

**IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) TERHADAP
KELUARGA SANGAT MISKIN (KSM) PENERIMA BANTUAN (STUDI DI
KECAMATAN RINDI KABUPATEN SUMBA TIMUR)**

Pelipus Pekuwal, Endang Indartuti, H. Zakariya.

Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
pelipuspekuwali22@gmail.com

ABSTRACT

Implementation of Hope Family Program (PKH) to Very Poor Family (KSM) Recipient Help (Study in Rindi District Sumba Timur). This study aims to describe the implementation of Family Hope Program (PKH) in Rindi District, East Sumba Regency. This research uses qualitative descriptive method type. Data collection techniques used in the form of interviews to get a deep data from the sources. And Techniques The collection of data from existing sources is through records, archives, and documents, textbooks, existing both in the institution related to PKH and the libraries that deal with the research problems discussed. Informant research that includes the implementers, target groups and public figures in general. The results of this study show that PKH Implementation in Rindi Sub-district of East Sumba Regency has many obstacles and has not been implemented well, socialization and information distribution about PKH has not been fully known by the figures and society in general except the executing party and the target group, And there is no clear SOP on PKH in Rindi District.

Keywords: implementation, program keluarga harapan (PKH)

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan issue strategis dalam pembangunan di sebuah Negara, namun kemiskinan seringkali menjadi hambatan bagi Negara berkembang didunia dalam proses pembangunan, seperti Indonesia. Hal tersebut sesuai dengan pendapat yang mengatakan bahwa : “Pembangunan di Negara berkembang selalu di latar belakang oleh permasalahan keterbelakangan, kemiskinan, dan pengangguran. Indonesia merupakan salah satu Negara berkembang yang tidak luput dari permasalahan kemiskinan tersebut. Bahkan kemiskinan di Indonesia di pandang sebagai kemiskinan budaya dan terjadi karna proses pemiskinan struktural” todora dalam wrihatnolo (2002:77)

BPS Tahun 2012 menyatakan bahwa jumlah penduduk miskin di Indonesia mencapai angka 12,49 %. Pada periode tahun 1996- 1998 angka kemiskinan di Indonesia mengalami peningkatan tajam, di mana angka kemiskinan di perkotaan naik menjadi 62,72% dan angka kemiskinan di pedesaan mencapai angka 61,1%. Kondisi ini hampir merata di seluru provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia, jumlah penduduk miskin yang ada di Indonesia per marat 2014 menurut BPS adalah sebanyak

28.280.010 jiwa tersebar di kota sebanyak 10.507.200 jiwa dan didesa 10.507.200 jiwa dan didesa 17.772.81 jiwa. persentase penduduk miskin sebanyak 11,25 % dengan persebaran 8,34 persen diperkotaan 14,17 didesa.

Pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan. Melalui Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) di bawah koordinasi wakil Presiden Republik Indonesia, pemerintah mengklasifikasikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan dalam tiga kelompok (klaster) kebijakan. Pertama, adalah kelompok kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial. Kebijakan ini merupakan program- program yang bersifat pemenuhan hak dasar utama individu dan rumah tangga miskin yang meliputi pendidikan, pelayanan kesehatan, pangan, sanitasi, dan air bersih. Mekanisme pelaksanaan program bersifat langsung dan manfaatnya dapat dirasakan langsung oleh keluarga sangat miskin (KSM). Klasifikasi program ini meliputi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), Beras Untuk Keluarga Miskin (RASKIN), Bantuan Siswa Miskin (BSM) dan Program Kelurga Harapan (PKH). Kedua, adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan masyarakat. Karakteristik kebijakan ini adalah program dengan pendekatan partisipatif, penguatan kapasitas kelembagaan masyarakat, pelaksanaan berkelompok kegiatan oleh masyarakat secara swakelola dan berkelompok, serta perencanaan pembangunan yang berkelanjutan. Penerima manfaat program adalah kelompok masyarakat yang di kategorikan miskin. Contohnya adalah PNPM Mandiri.

Ketiga, adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan usaha mikro dan kecil. Kebijakan ini bertujuan untuk memberikan akses dan penguatan ekonomi bagi pelaku usaha berskala mikro dan kecil. Karakteristik kebijakan ini berupa ini berupa program yang memberikan bantuan modal skala mikro, memperkuat kemandirian usaha dan meningkatkan manajemen usaha. Yang termasuk dalam kategori ini adalah Kredit Usaha Rakyat (KUR). Kata BPS soal penurunan angka kemiskinan di Indonesia mengalami penurunan. Namun laju pengetasan angka kemiskinan tersebut kian melambat dari tahun ke tahun. BPS mencatat penduduk miskin Indonesia per-Februari 2004 sebanyak 36,1 jjuta jiwa (16,6%), pada maret 2012 jumlahnya mengerucut menjadi 29,13 juta jiwa (11,96%). Disisi lain, BPS mencatat pada 2008 – 2009 angka kemiskinan berkurang 2,5 juta jiwa. Namun, pada periode tahun 2009-2012 rata- rata pengurangan penduduk miskin mengalami perlambatan menjadi 1 -1,5 juta jiwa pertahunnya. Adanya perlambatan tersebut tentu kontras dengan kontras dengan kucuran anggaran pemerintah yang selalu bertambah tiap tahunnya. Jika pada tahun 2004 anggaran penanggulangan kemiskinan sebesar 374 triliyun, pada tahun 2012 anggaran melonjak delapan kali lipat menjadi 1.548 triliyun. Berdasarkan data survey social ekonomi nasional (susenas) 2015, terdapat 28,51 juta warga yang beradapada garis kemisknan atau sebanyak 11,13 persen dan 73,95 juta retan miskin. Purwanto (2012:13) menyatakan bahwa selama ini banyak program atau kebijakan yang gagal melaksanakan dari pada yang berhasil di dilaksanakan, bahkan para ahli menyatakan bahwa implementasi yang berhasil hanyalah sebuah kebetulan (*by chance*), sementara kebijakan yang gagal dalam implementasi merupakan *by design*.

Sehingga perlambatan yang terjadi tersebut sangat mungkin disebabkan oleh banyaknya kendala dalam implementasi program penanggulangan kemiskinan. Permasalahan kemiskinan juga pasti terjadi di Nusa Tenggara Timur (NTT). NTT adalah Provinsi dengan jumlah penduduk 5.120.000 jiwa tahun 2015. Data BPS provinsi NTT menyatakan bahwa jumlah penduduk miskin mencapai 1,149 juta orang atau 22,19 persen dari total jumlah penduduk 5,3 juta orang. Jumlah penduduk miskin di NTT mengalami penurunan sekitar 10.610 orang di banding penduduk miskin pada September 2015 yang mencapai 1,160 juta orang atau 22,58 persen dari total penduduk NTT. Perkembangan kemiskinan di Nusa Tenggara Timur selama maret 2010 – maret 2016 cenderung mengalami penurunan walaupun sempat naik pada periode maret 2015 akan tetapi mulai bergerak turun secara perlahan. Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program nasional yang telah diimplementasikan sejak tahun 2007 oleh kementerian sosial Republik Indonesia. Bentuk program ini adalah pemberian bantuan tunai (*cash transfer*) kepada KSM penerima bantuan. Program ini berupaya untuk mengembangkan system perlindungan sosial terhadap warga miskin di Indonesia.

Berikut ada beberapa landasan Hukum Program Keluarga Harapan (PKH) :

1. PKH di jalankan sebagai pelaksanaan Undang- Undang No. 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional.
2. Undang-Undang No.11 tahun 2009 tentang kesejahteraan sosial.
3. Inpres No.3 tahun 2010 tentang program pembangunan yang berkeadilan poin lampiran pertama tentang penyempurnaan program keluarga harapan
4. Perpres No.15 tahun 2010 tentang percepatan penanggulangan kemiskinan dan
5. Undang – Undang No.39 tahun 1999 tentang hak asasi manusia.
6. Inpres nomor 1 tahun 2013 tentang pencegahan dan pemerantasan korupsi poin lampiran ke-46 tentang pelaksanaan transparansi penyaluran bantuan langsung tunai bersyarat bagi keluarga sangat miskin (KSM) sebagai peserta program keluarga harapan(PKH)

Dasar Pelaksanaan PKH, landasan program keluarga harapan:

1. Keputusan menteri koordinatir bidang kesejahteraan rakyat selaku ketua tim koordinasi penanggulangan kemiskinan, No:31/KEP/MENKO/-KESRA/IX/2007 tentang “tim pengendali program keluarga harapan”
2. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No.02A/HUK/2008 tentang “Tim Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Tahun 2008”
3. Keputusan gubernur tentang “ Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan(PKH) Provinsi/TKPDK”
4. Keputusan Bupati/walikota tentang “Tim koordinasi teknis Program keluarga Harapan (PKH) Kabupaten/kota/TKPDK”
5. Surat Kesepakatan bupati untuk berpartisipasi dalam program keluarga harapan

hingga 2018. PKH berbeda dengan program perlindungan sosial lainnya yang berbentuk bantuan tunai, seperti Bantuan Langsung Tunai (BLT), Bantuan Langsung

Sementara Masyarakat (BLSM) serta Kartu Keluarga Sejahtera (KKS). PKH merupakan pengembangan sistem perlindungan sosial berupa bantuan tunai bersyarat untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan dan pendidikan. Sehingga dalam jangka Rp. 214.967.303.000,- hingga penyaluran tahap 1 tahun 2015 PKH telah menyalurkan bantuan sebesar Rp. 44.302.298.750,- kepada 115.564 peserta PKH. Dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Provinsi NTT, tidak lepas dari dukungan dan kerjasama dengan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk mewujudkan keberhasilan bersama dalam mengentaskan kemiskinan masyarakat di seluruh Kabupaten/ Kota di Provinsi NTT.

Implementasi PKH di kabupaten Sumba Timur berjalan sejak tahun 2012 Tingkat kehidupan RumahTangga Sangat Miskin (RTSM) sebanyak 2720 KK dengan tingkat kemiskinan sebanyak 32,42% (74.000 Jiwa) Jumlah Penduduk yang mendiami Kabupaten sumba timur tersebut sebanyak 231,392 Jiwa (2011) dengan Kepadatan Penduduk 33 Jiwa/Km² yang terdiri dari 22 kecamatan yaitu Kecamatan Haharu, Kahunga Eti, Kambata Mapambuhang, Kambera, Kanatang, Karera, Katala Hammu, Kota Waingapu, Lewa, Lewa Tidahu, Mahu, Matawai Lapau, Ngadu Ngala, Nngga Oriangu, Paberiwai, Pahunga Lodu, Pandawai, Pinu Pahar, Rindi, Tambudung, Umalulu, Wulla Waijelu. Adapun pelaksanaan PKH di Kabupaten Sumba Timur dari Tahun ke Tahun yaitu : Tahun 2012 Kabupaten Sumba Timur masuk menjadi peserta Program Keluarga Harapan dengan Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial No. 66A/LJS/04/2012 Tanggal 2 April 2012 dengan sasaran pada 12 Kecamatan 76 desa dan 16 kelurahan dari 22 Kecamatan 156 desa/kelurahan di Kabupaten Sumba Timur

Tahun 2014 Melalui Surat Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor :161/LJS/12/2013 ditetapkan kembali 10 Kecamatan dengan 64 desa sebagai Kecamatan Pengembangan PKH di Kabupaten palaksana PKH tahun 2014, dengan demikian 22 kecamatan di Kabupaten Sumba Timur telah menjadi peserta PKH Tahun 2015 Sesuai Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial N0.22/LJS/06/2015 tentang penetapan lokasi penambahan kepesertaan Keluarga Sangat Miskin (KSM) pada kabupaten/kota pelaksana PKH Tahun 2015, Kabupaten Sumba Timur mendapat penambahan peserta PKH sebanyak 2.893 KSM yang tersebar pada 5 (lima) kecamatan dan setelah dilakukan validasi, KSM yang masih memenuhi syarat (*Eligible*) sebanyak 2.623 KSM yang tidak memenuhi syarat (*non eligible*) sebanyak 270 KSM Sesuai Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial N0.22/LJS/06/2015 tentang penetapan lokasi penambahan kepesertaan Keluarga Sangat Miskin (KSM) pada kabupaten/kota pelaksana PKH Tahun 2015, Kabupaten Sumba Timur mendapat penambahan peserta PKH sebanyak 2.893 KSM yang tersebar pada 5 (lima) kecamatan dan setelah dilakukan validasi, KSM yang masih memenuhi syarat (*Eligible*) sebanyak 2.623 KSM yang tidak memenuhi syarat (*non eligible*) sebanyak 270 KSM.

Berdasarkan uraian tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Keluarga

Sangat Miskin (KSM) penerima bantuan di Kecamatan Rindi Kabupaten Sumba Timur? Adapun yang menjadi tujuan dalam penelitian ini adalah untuk Menggambarkan implementasi kegiatan Program Keluarga Harapan (PKH) di kecamatan Rindi Kabupaten Sumba Timur.

1. Secara teoretis, diharapkan dapat menambah pengetahuan dalam pembahasan – pembahasan mengenai kebijakan publik. Selanjutnya penelitian ini dapat menjadi bahan informasi bagi masyarakat serta sebagai bahan referensi bagi peneliti bagi pihak lain yang tertarik.
2. Secara praktis, penelitian ini dapat memberikan masukan positif bagi pihak- pihak yang terlibat dalam program keluarga harapan (PKH) agar pelaksanaan program keluarga harapan (PKH) dapat berjalan dengan baik, sehingga tujuan dari program keluarga harapan (PKH) dapat tercapai, yaitu peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) melalui peningkatan akses dan kualitas di dalam bidang kesehatan dan pendidikan bagi masyarakat yang kurang mampu.

Kajian teori

Kebijakan publik Tinjauan ini terdiri dari beberapa referensi yaitu: *Publik Policy* oleh Riant Nugraho tahun 2009, serta *good governance*; Telaah dari dimensi akuntabilitas dan control birokrasi pada era desentralisasi dan otonomi daerah oleh Joko Widodo tahun 2001. Secara umum, istilah kebijakan atau *policy* dimaknai sebagai perilaku seseorang aktor (pejabat, suatu kelompok, atau suatu lembaga pemerintah) atau sejumlah aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Untuk

memahami lebih dalam, berikut beberapa pendapat ahli tentang konsep kebijakan publik. Pendapat Nugraho (2009:51-52) yang menyatakan bahwa Kebijakan publik merupakan bagian atau interaksi politik, ekonomi, sosial, dan kultural. Bahkan kebijakan publik adalah *melting pot* atau hasil sintesis dinamika politik, ekonomi, social, dan kultural tempat kebijakan itu sendiri berada. Kebijakan public merupakan bentuk dinamikan tiga dimensi kehidupan setiap Negara bangsa yaitu dimensi politik, dimensi hukum dan dimensi manajemen.

Pendapat laswell dalam Nugroho (2009: 85) menyatakan bahwa Kebijakan publik secara sederhana dimaknai sebagai keputusan yang dibuat oleh Negara, khususnya pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan Negara yang bersangkutan. kebijakan publik adalah suatu strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju pada masyarakat yang dicita-citakan. Pendapat Dey dalam widodo (2001: 189) yang menyatakan bahwa Kebijakan publik merupakan upaya untuk memahami dan mengartikan; apa yang dilakukan atau tidak lakukan oleh pemerintah mengenai suatu masalah, apa yang menyebabkan dan yang mempengaruhi-nya, serta apa pengaru dan dampak dari kebijakan publik tersebut. Pendapat kartasmita masih dalam widodo (2001:180) mangemukakan bahwa Kabijakan public adalah apa yang pemerintah katakana dan lakukan, atau tidak lakukan. kebijakan merupakan serangkaian tujuan dan sasaran dari program-program pemerintah (*what government say and do, or not to do it is the goals*

or purpose of government programs) Pendapat Edward III dalam Widodo (2001:190) menyatakan bahwa Kebijakan publik sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan masalah tertentu. kebijakan ialah pedoman untuk bertindak. pedoman itu bisa saja amat sederhana atau kompleks bersifat umum atau khusus, luas atau sempit, kabur atau jelas, longgar atau terperinci, bersifat kualitatif dan kuantitatif, publik atau privat. kebijakan dalam maknanya seperti ini mungkin berupa suatu deklarasi mengenai suatu dasar pedoman bertindak, suatu arah tindakan tertentu, suatu program mengenai aktivitas-aktivitas tertentu, atau suatu rencana (United Nation 1975).

Menurut pendapat Knoepfel dalam Solichin Abdul (2016:10) mengartikan kebijakan sebagai: “ *a series of decisions or activities resulting from structural and recurrent interactions between different actors, both public and private, who are involved in various different ways in the emergence, identifications and resolution of a problem defined politically as a public one*” (serangkaian keputusan atau tindakan-tindakan sebagai akibat dari interaksi terstruktur dan berulang diantara berbagai aktor, baik publik/pemerintah maupun privat/swasta yang terlibat cara dalam merespons, mengidentifikasi, dan memecahkan suatu masalah yang secara politis didefinisikan sebagai masalah publik) sedangkan Carl Friedrich mengatakan bahwa kebijakan publik ialah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang di usulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan. Konsep yang disodorkan oleh

Knoepfel maupun Friedrich di atas dapat dicermati bahwa fokus perhatian kita saat mempelajari/menganalisis kebijakan publik itu lebih pada apa yang nyata dilakukan oleh pemerintah dan bukan sekedar pada apa yang dipikirkan atau yang ingin dilakukannya, dan semua kebijakan secara normatif bersifat *Problem solving* (pemecahan masalah) artinya setiap kebijakan sejatinya dimaksudkan untuk memecahkan atau setidaknya mengurai kerumitan masalah publik yakni masalah-masalah kolektif yang sempat teridentifikasi dan berhasil masuk dalam agenda pemerintah (*governmental agenda*) kebijakan apapun sebenarnya mencerminkan respon/tanggapan system politik dan administrasi terhadap sebuah realita sosial yang secara politis dianggap tak lagi bisa diteloransi. Menurut Charles O Jones, ada empat golongan dan tipe aktor (pelaku) yang terlibat yakni:

1. Golongan Rasional yaitu gaya kerja seorang perencana yang komprehensif, yakni seseorang yang berusaha untuk menganalisis semua aspek dari semua aspek dari semua isu yang muncul dan menguji setiap alternatif yang mungkin.
2. Golongan Teknisi adalah seorang yang karna bidang keahliannya atau spesialisasi dilibatkan dalam beberapa tahapan dalam proses kebijakan
3. Golongan inkrementalis adalah golongan aktor yang identik dengan para politisi yang memiliki sikap kritis namun tidak sabar terhadap gaya kerja para perencana dan teknisi walaupun mereka sebenarnya tergantung apa yang dikerjakan oleh para perencana dan teknisi.

4. Golongan reformis (pemaharu) mengakui akan terbatasnya informasi dan pengetahuan yang dibutuhkan dalam proses kebijakan sebagai kebenaran akan perlunya mengarahkan diri kita langsung pada persoalan-persoalan yang berlangsung untuk memperoleh jawaban singkat, cepat dengan mem anfaatkan peserta analisis serta teori-teori muktahr yang teredia

Berdasarkan uraian pendapat pakar tersebut, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud kebijakan publik dalam penelitian ini adalah: serangkaian tindakan yang dilakukan oleh Negara yang mempunyai tujuan tertentu, di ikuti dan dilaksanakan oleh Negara dalam rangka memecahkan masalah tertentu. Program Keluarga Harapan (PKH) berdasarkan penjelasan tersebut, merupakan kebijakan dalam rangka program pengetasan kemiskinan di Indonesia.

Ada beberapa pendapat tentang implementasi kebijakan publik: Menurut Nugraho (2008:494) menyatakan bahwa Implementasi kebijakan publik pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. tidak lebih tidak kurang. untuk mengimplementasikan kebijakan, ada dua pilihan langka yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan tersebut. Menurut widodo (2001:191) menyatakan bahwa Sebuah kebijakan publik yang telah di sahkan tidak akan bermanfaat apabila tidak diimplementasikan. hal ini disebabkan karna implementasi kebijakan publik berusaha mewujudkan kebijakan publik yang masih bersifat abstrak kedalam realita nyata. dengan kata lain, pelaksanaan kebijakan publik berusaha menimbulkan hasil (*outcome*) yang dapat dinikmati terutaama oleh kelompok sasaran (*target groups*). Menurut Van Mater dan Van Horn dalam Widodo (2001:192) menyatakan bahwa Implementasi kebijakan menekankan pada suatu tindakan, baik yang dilakukan oleh pihak pemerintah maupun individu (atau kelompok) swasta, yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan kebijakan sebelumnya. tindakan-tindakan ini, pada suatu saat berusaha untuk mentransformasikan keputusan-keputusan menjadi pola-pola operasional, serta melanjutkan usaha- usaha tersebut untuk mencapai perubahan baik yang besar maupun yang kecil yang diamanatkan oleh keputusan-keputusan kebijakan tertentu. Menurut purwanto (2012:21) menyatakan bahwa Implementasi kebijakan publik adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh implementer kepada kelompok sasaran (*target group*) sebagai upaya untuk mewujudkan tujuan kebijakan. Berdasarkan peran tersebut, dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan publik yang dimaksud adalah suatu proses yang melibatkan sejumlah sumber- sumber yang didalamnya termasuk manusia, dana, kemampuan organisasional, baik oleh pemerintah maupun swasta (individu atau kelompok), untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya oleh pembuat kebijakan. Namun dalam penelitian ini, hanya dua model yang dipaparkan dalam kajian pustaka, mengingat dua model tersebut memiliki beberapa kemiripan, dan sesuai dengan design penelitian ini.

Model edward ini dikemukakan oleh George C. Edwards. Model ini mengajukan empat variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan sebuah

implementasi kebijakan. empat factor tersebut adalah faktor komunikasi (*communication*), sumber-sumber (*resources*), kecenderungan-kecenderungan atau tingkah laku-tingkah laku (*dispotitions*), serta struktur birokrasi (*bureaucratic structure*). empat factor tersebut bekerja secara simultan dan berinteraksi satu dengan yang lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan.

1. Komunikasi (*Communication*) Edwards membahas tiga hal penting dalam proses komunikasi kebijakan yaitu transmisi, konsistensi, kejelasan. Transmisi berkaitan dengan bagaimana meneruskan putusan kebijakan terhadap persnil sebelum putusan-putusan tersebut dapat diikuti. jika kebijakan ingin di implementasikan sebagaimana mestinya, maka petunjuk-petunjuk pelaksana harus jelas dan dapat dipahami. jika petunjuk pelaksana tidak jelas, maka implementor akan kebingungan dengan apa yang akan dilakukan.

Beberapa hambatan dalam proses transmisi meliputi pertetangan pendapat antara para pelaksana dengan perintah yang di keluarkan pengambil kebijakan, informasi melewati berlapis-lapis hierarki birokrasi, dan akhirnya terjadi perbedaan persepsi terhadap isi komunikasi-komunikasi yang sebenarnya. *kejelasan*, yang dimaksud adalah berkaitan dengan intruksi-intruksi kebijakan. ketidak jelasan pesan dalam komunikasi dapat mengakibatkan menjadikan interpretasi yang salah bahkan bertentangan dengan makna pesan awal. sedangkan yang dimaksud dengan konsistensi adalah adanya perintah yang jelas dan konsisten dalam implementasi kebijakan. lebih lanjut, Edward menjelaskan bahwa semakin banyak yang bagus dijangkau dengan komunikasi-komunikasi, maka semakin besar kemungkinan kehilangan beberapa diantaranya; dan semakin banyak birokrasi yang dilewati, maka semakin besar pula peluang perintah tersebut diabaikan dan terdistorsi.

2. Sumber-Sumber (*Recaurces*) Sumber-sumber yang dimaksud meliputi staf yang memadai, dan keahlian yang baik untuk melaksanakan tugas-tugas mereka, wewenang dan fasilitas untuk menterjemahkan usul-usul diatas kertas guna melaksanakapelayanan publik. Staf yang memiliki kecakapan dan jumlah memadai akan mendorong implementasi berjalan baik, namun sebaliknya jika kualitas staf rendah dan jumlah terbatas, maka pelayanan menjadi terlambat.

Sumber selanjutnya adalah informasi. Informasi mempunyai dua bentuk , yaitu informasi mengenai bagaimana melaksanakan suatu kebijakan atau pelaksana, dan kedua adalah informasi tentang porsonil-personil terhadap peraturan. Sumber berikutnya adalah wewenang. misalnya mengeluarkan surat panggilan, mengeluarkan perintah, memberikan sanksi serta menyediakan dana. dan sumber terakhir adalah fasilitas. fasilitas menurut Edward dapat berupa fasilitas fisik, seperti bangunan, buku-buku atau pelengkap lainnya yang mendukung implementasi sebuah kebijakan

3. Kecendurungan-Kecenderungan (*Dispotitions*) Kecendurungan menurut Edward dimaknai sebagai sikap baik serta dukungan oleh pelaksana kebijakan untuk melaksanakan suatu kebijakan. kebijakan akan berjalan efektif jika mendapat dukungan dari para pelaksana kebijakan, sebaliknya sebuah kebijakn akan

mengalami kendala dalam implementasi jika pelaksana kebijakan tidak mendukung kebijakan tersebut. Salah satu cara untuk mendapat dukungan pelaksana kebijakan adalah dengan membarikan insentif terhadap pelaksana kebijakan.

4. Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*) Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi menurut Edward memiliki dua karakter yaitu produsen-produk kerja, ukuran-ukuran dasar atau Standar Operasional Prosedur (SOP) dan fragmentasi birokrasi. SOP menjadi sebuah pedoman bagi implementor dalam bertindak.

Pengertian kemiskinan disampaikan oleh beberapa ahli atau lembaga, diantaranya adalah BAPPENAS (1993) mendefinisikan kemiskinan sebagai situasi serba kekurangan yang terjadi bukan karena kehendak oleh si miskin, melainkan karena keadaan yang tidak dapat dihindari dengan kekuatan yang ada padanya.

Leviton (1980) mengelompokkan kemiskinan adalah kekurangan barang-barang dan pelayanan-pelayanan yang dibutuhkan untuk mencapai suatu standar hidup yang layak. Faturchaman dan Marcelinus Molo (1994) mendefinisikan bahwa kemiskinan adalah ketidakmampuan individu dan atau rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.

Menurut Ellis (1994) kemiskinan merupakan gejala *multidimensional* yang dapat ditelaah dari dimensi ekonomi, sosial politik menurut Tjokrowinoto dalam Sulistiyani (2004:27) mendefinisikan kemiskinan bahwa kemiskinan tidak hanya menyangkut masalah kesejahteraan (*welfare*) semata, tetapi kemiskinan menyangkut persoalan kerentanan (*vulnerability*), ketidakberdayaan (*powerless*), tertutupnya akses kepada bagian peluang kerja, menghabiskan sebagian besar penghasilannya untuk konsumsi, angka ketergantungan tinggi, rendahnya akses terhadap pasar, dan kemiskinan terefleksi dalam budaya kemiskinan yang diwarisi dari satu generasi ke generasi berikutnya.

Reitsma dan Kleinpening (1994) mendefinisikan kemiskinan sebagai ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya, baik yang bersifat material maupun non-material. Friedman (1979) mengemukakan kemiskinan adalah ketidaksamaan kesempatan untuk memformulasikan basis kekuasaan sosial, yang meliputi: aset (tanah, perumahan, peralatan, kesehatan dan pendidikan), sumber keuangan (pendapatan dan kredit yang memadai), jaringan sosial untuk memperoleh pekerjaan, barang dan jasa, pengetahuan dan keterampilan yang memadai, dan informasi yang berguna, organisasi politik yang dapat dimanfaatkan untuk mencapai kepentingan bersama. Suharto (2008:170-180) menyatakan bahwa kemiskinan dapat dikategorikan dalam empat kategori yaitu :

1. Kemiskinan *absolut*, yaitu keadaan miskin yang diakibatkan oleh ketidakmampuan seseorang atau kelompok orang yang memenuhi kebutuhan pokoknya seperti kebutuhan untuk makan, pakaian, pendidikan, kesehatan, transportasi dan lain-lain. penentuan kemiskinan *absolut* ini diukur melalui batas kemiskinan atau garis kemiskinan (*poverty line*) baik yang berupa indikator tunggal maupun komposit, seperti nutrisi, kalori, beras, pendapatan pengeluaran, kebutuhan dasar, atau kombinasi beberapa *indicator*. Untuk mempermudah pengukuran biasanya

dikonfersikan dalam bentuk uang (pendapatan dan pengeluaran). sehingga seseorang atau kelompok yang kemampuan ekonominya dibawah garis kemiskinan, dapat dikategorikan sebagai miskin secara *absolut*.

2. kemiskinan *relatif*, kemiskinan yang dialami individu atau kelompok dibandingkan dengan kondisi umum pada masyarakat. jika batas kemiskinan misalnya Rp.100.000 perkapita setiap bulan, maka seseorang yang memiliki pendapatan Rp. 125.000 per bulan secara *absolut* di kategorikan tidak miskin. tetapi jika pendapatan rata-rata masyarakat setempat adalah Rp. 200.000 per bulan, maka secara relatif orang tersebut termasuk kategori miskin.
3. kemiskinan *kultural*,kemiskinan yang mengacu pada sikap,gaya hidup, nilai, orientasi sosial budaya seseorang atau masyarakat tidak sejalan dengan etos kemajuan masyarakat moder. Sikap malas, tidak memiliki kebutuhan berprestasi (*needs of achievement*), *fatalis*, berorientasi pada massa lalu, tidak memiliki jiwa wirausaha merupakan ciri dari kemiskinan dalam kategori kultural.
4. kemiskinan *Struktural*, kemiskinan yang diakibatkan oleh ketidakadilan struktur, baik struktur politik, sosial, maupun ekonomi, yang tidak memungkinkan seseorang atau kelompok menjangkau sumber-sumber penghidupan yang tersedia bagi mereka. adanya praktik monopoli dan oligopoli, dalam bidang ekonomi, akan menghasilkan mata rantai pemiskinan yang sulit dipecahkan. sekuat apapun motivasi dan kerja keras seseorang, kondisi struktur yang demikian tidak akan mampu melepaskan diri dari belenggu kemiskinannya. karna aset dan akses terhadap sumber-sumber telah dikuasai oleh golongan tertentu.

Kriteria miskin menurut standar BPS (terakhir dimodifikasi: 25 agustus 2014) sebagai berikut :

- a. luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
- b. jenis lantai bangunan terbuat dari tanah atau bamboo atau kayu murahan.
- c. jenis dinding tempat tinggal dari bambu atau rumbia atau kayu berkualitas rendah atau tembok tanpa diplester.
- d. tidak memiliki fasilitas buang air besar atau bersama-sama dengan rumah tangga lain.
- e. sumber penerangan rumah tidak menggunakan listrik
- f. sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tidak terlindungi atau sungai atau air hujan.
- g. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar atau arang atau minyak tanah
- h. hanya mengkonsumsi daging atau susu atau ayam dalam satu kali seminggu
- i. hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun
- j. hanya sanggup makan sebanyak satu atau dua kali sehari
- k. tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas atau poliklini dan biaya pendidikan
- l. sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah petani dengan luas lahan 500 m², buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,-per bulan

m. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga tidak sekolah atau tidak tamat SD atau tamat SD

tidak memiliki tabungan atau barang yang mudah dijual dengan minimal Rp500.000.- seperti sepeda motor kredit, emas, perak, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya. jika minimal 9 variabel terpenuhi maka suatu rumah tangga tersebut dinyatakan miskin

Program keluarga harapan Dalam rangka percepatan penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan kebijakan di bidang perlindungan sosial, Pemerintah Indonesia mulai tahun 2007 melaksanakan program keluarga harapan (PKH). Program serupa di negara lain dikenal dengan istilah *Conditional Cash Transfers (CCT)* atau bantuan tunai bersyarat. Program ini bukan dimaksudkan sebagai kelanjutan program Subsidi Langsung Tunai (SLT) yang diberikan dalam rangka membantu rumah tangga miskin mempertahankan daya belinya pada saat pemerintah melakukan penyesuaian harga BBM.

PKH lebih dimaksudkan kepada upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin. Berdasarkan pengalaman negara-negara lain, program serupa sangat bermanfaat terutama bagi keluarga dengan kemiskinan kronis. Pelaksanaan PKH di Indonesia diharapkan akan membantu penduduk termiskin, bagian masyarakat yang paling membutuhkan uluran tangan dari siapapun juga. Pelaksanaan PKH secara berkesinambungan setidaknya hingga tahun 2015 akan mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals atau MDGs*). Setidaknya terdapat 5 komponen MDGs yang secara tidak langsung akan terbantu oleh PKH, yaitu pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, dan pengurangan kematian ibu melahirkan.

Dalam PKH, bantuan akan diberikan kepada rumah tangga sangat miskin (RTSM) dan sebagai imbalannya RTSM tersebut diwajibkan untuk menyekolahkan anaknya, melakukan pemeriksaan kesehatan termasuk pemeriksaan gizi dan imunisasi balita, serta memeriksakan kandungan bagi ibu hamil. Untuk jangka pendek, bantuan ini akan membantu mengurangi beban pengeluaran RTSM, sedangkan untuk jangka panjang diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi.

Tingkat kemiskinan suatu rumah tangga secara umum terkait dengan tingkat pendidikan dan kesehatan. Rendahnya penghasilan keluarga sangat miskin menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatan, untuk tingkat minimal sekalipun. Pemeliharaan kesehatan ibu sedang mengandung pada keluarga sangat miskin sering tidak memadai sehingga menyebabkan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan atau bahkan kematian bayi. Angka kematian bayi pada kelompok penduduk berpendapatan terendah pada tahun 2003 adalah 61 persen, sedangkan pada kelompok berpendapatan tertinggi tinggal 17 persen (SDKI 2003). Angka kematian ibu di Indonesia juga tinggi, yaitu sekitar 310 wanita per 100 ribu kelahiran hidup, atau tertinggi di Asia Tenggara. Tingginya angka kematian ibu ini disebabkan oleh tidak adanya kehadiran tenaga

medis pada kelahiran, fasilitas kesehatan yang tidak tersedia pada saat dibutuhkan tindakan, atau masih banyaknya rumah tangga miskin yang lebih memilih tenaga kesehatan tradisional daripada tenaga medis lainnya.

Rendahnya kondisi kesehatan keluarga sangat miskin berdampak pada tidak optimalnya proses tumbuh kembang anak, terutama pada usia 0-5 tahun. Pada tahun 2003, angka kematian balita pada kelompok penduduk berpendapatan terendah adalah 77 persen per 1000 kelahiran hidup, sementara pada kelompok penduduk berpendapatan tertinggi hanya 22 persen per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2003). Pada tahun 2000-2005, terdapat kecenderungan bertambahnya kasus gizi kurang yang meningkat dari 24,5 persen pada tahun 2000 menjadi 29 persen pada tahun 2005. Gizi kurang berdampak buruk pada produktivitas dan daya tahan tubuh seseorang sehingga menyebabkannya terperangkap dalam siklus kesehatan yang buruk. 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 ada juga yang sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus membantu mencari nafkah. Meskipun angka partisipasi 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.

Berbagai indikator pemenuhan kebutuhan dasar, khususnya bidang pendidikan dan kesehatan, terutama bagi RTSM perlu ditingkatkan sejalan dengan upaya pemerintah membangun sarana dan prasarana pendidikan dan kesehatan serta meluncurkan program-program yang ditujukan bagi keluarga miskin.

Masih banyaknya RTSM yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan disebabkan oleh akar permasalahan yang terjadi baik pada sisi RTSM (*demand*) maupun sisi pelayanan (*supply*). Pada sisi RTSM, alasan terbesar untuk tidak melanjutkan sekolah ialah karena tidak adanya biaya, bekerja untuk mencari nafkah, merasa pendidikannya sudah cukup, dan alasan lainnya. Demikian halnya untuk kesehatan, RTSM tidak mampu membiayai pemeliharaan atau perawatan kesehatan bagi anggota keluarganya akibat rendahnya tingkat pendapatan. Sementara itu, permasalahan pada sisi *supply* yang menyebabkan rendahnya akses RTSM terhadap pendidikan dan kesehatan antara lain adalah belum tersedianya pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terjangkau oleh RTSM. Biaya pelayanan yang tidak terjangkau oleh RTSM serta jarak antara tempat tinggal dan lokasi pelayanan yang relatif jauh merupakan tantangan utama bagi penyedia pelayanan pendidikan dan kesehatan.

Dari sisi kebijakan sosial, PKH merupakan cikal bakal pengembangan sistem perlindungan sosial, khususnya bagi keluarga miskin. PKH yang mewajibkan RTSM menyekolahkan dan memeriksakan kesehatan anak-anaknya, serta memeriksakan ibu hamil, akan membawa perubahan perilaku RTSM terhadap pentingnya kesehatan dan pendidikan bagi anak-anaknya. Perubahan perilaku tersebut diharapkan juga akan berdampak pada berkurangnya anak usia sekolah RTSM yang bekerja. Sebaliknya hal

ini menjadi tantangan utama pemerintah, baik pusat maupun daerah, untuk meningkatkan pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi keluarga miskin, dimanapun mereka berada.

Salah satu tujuan akhir dari PKH adalah meningkatkan partisipasi sekolah baik itu sekolah dasar maupun sekolah menengah. Menurut data BPS masih terdapat banyak anak usia sekolah yang tidak berada dalam sistem persekolahan. Untuk meningkatkan tingkat partisipasi sekolah maka keikutsertaan mereka yang berada di luar sistem persekolahan harus ditingkatkan. Sebagian besar dari mereka yang pada usia sekolah tidak berada dalam sistem persekolahan biasanya mereka menjadi pekerja anak dengan jumlah yang cukup besar.

Untuk meningkatkan partisipasi sekolah PKH harus dapat menjangkau mereka yang berada di luar sistem persekolahan termasuk mereka yang menjadi pekerja anak. Pendamping PKH, terutama untuk daerah yang diduga banyak terdapat pekerja anaknya akan dibekali dengan pengetahuan berkaitan dengan bimbingan kepada pekerja anak dalam rangka mempersiapkan mereka kembali ke bangku sekolah.

Dengan demikian, PKH membuka peluang terjadinya sinergi antara program yang mengintervensi sisi *supply* dan *demand*, 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 sehingga pengembangan PKH memiliki bukti nyata yang bisa dipertanggungjawabkan. Untuk itu, pelaksanaan PKH juga akan diikuti dengan program monitoring dan evaluasi yang optimal.

Program Keluarga Harapan adalah program perlindungan sosial yang memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin dan bagi anggota keluarga RTSM diwajibkan melaksanakan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan. Program ini, dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban RTSM dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan. Pelaksanaan PKH juga mendukung upaya pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium. Lima Komponen Tujuan MDG's yang akan terbantu oleh PKH yaitu: Pengurangan penduduk miskin dan kelaparan; Pendidikan Dasar; Kesetaraan Gender; Pengurangan angka kematian bayi dan balita; Pengurangan kematian ibu melahirkan.

Tujuan PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta mengubah perilaku yang kurang mendukung peningkatan kesejahteraan dari kelompok paling miskin. Tujuan ini berkaitan langsung dengan upaya mempercepat pencapaian target Millennium Development Goals (MDGs). Secara khusus, tujuan PKH adalah:

- a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi Peserta PKH
- b. Meningkatkan taraf pendidikan Peserta PKH

- c. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil (bumil), ibu nifas, bawah lima tahun (balita) dan anak prasekolah anggota Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM)/Keluarga Sangat Miskin (KSM).
- d. Meningkatkan status sosial ekonomi RTSM

Sejak tahun 2012, untuk memperbaiki sasaran penerima PKH, data awal untuk penerima manfaat PKH diambil dari Basis Data Terpadu hasil PPLS 2011, yang dikelola oleh TNP2K. Sampai dengan tahun 2014, ditargetkan cakupan PKH adalah sebesar 3,2 juta keluarga. Sasaran PKH yang sebelumnya berbasis Rumah Tangga, terhitung sejak saat tersebut berubah menjadi berbasis Keluarga.

Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga (yaitu orang tua–ayah, ibu–dan anak) adalah satu orang tua memiliki tanggung jawab terhadap pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan masa depan anak. Karena itu keluarga adalah unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya memutus rantai kemiskinan antar generasi. Beberapa keluarga dapat berkumpul dalam satu rumah tangga yang mencerminkan satu kesatuan pengeluaran konsumsi (yang dioperasionalkan dalam bentuk satu dapur).

PKH diberikan kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM). Data keluarga yang dapat menjadi peserta PKH didapatkan dari Basis Data Terpadu dan memenuhi sedikitnya satu kriteria kepesertaan program berikut, yaitu:

- a. Memiliki ibu hamil/nifas/anak balita
- b. Memiliki anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah)
- c. Anak usia SD/MI/Paket A/SDLB (usia 7-12 tahun),
- d. Anak SLTP/MTs/Paket B/SMLB (Usia 12-15),
- e. Anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar termasuk anak dengan disabilitas.

Seluruh keluarga di dalam suatu rumah tangga berhak menerima bantuan tunai apabila memenuhi kriteria kepesertaan program dan memenuhi kewajibannya

Hak peserta PKH dalam bidang kesehatan RTSM yang terpilih sebagai peserta PKH berhak memperoleh bantuan uang tunai, bantuan uang tunai akan dibayarkan kepada peserta PKH setiap tiga bulan melalui kantor pos terdekat

- a. Bantuan langsung tunai jika peserta PKH telah menghadiri acara pertemuan awal yang di koordinir oleh UPPKH kecamatan dan telah mengunjungi puskesmas atau posyandu.
- b. Bantuan tunai tahap triwulan berikutnya akan diberikan jika anggota keluarga peserta PKH memenuhi komitmen yang ditetapkan dalam program. bukti bahwa anggota keluarga peserta PKH telah memenuhi komitmen harus diverifikasi oleh petugas kesehatan

Hak peserta PKH dalam bidang pendidikan RTSM yang terpilih sebagai peserta PKH berhak memperoleh bantuan uang tunai apabila telah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. besaran uang tunai untuk komponen pendidikan tergantung dari jumlah anak dan jenjang pendidikan yang diduduki oleh anak

bantuan tunai akan dibayarkan kepada peserta setiap tiga bulan melalui kantor pos terdekat. bantuan tunai diterima langsung oleh ibu RTSM atau perempuan pengasuh anak usai 0-15 tahun, atau anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar

- a. untuk tahap pertama, bantuan tunai PKH komponen pendidikan akan diberikan jika peserta PKH (ibu/perempuan dewasa) telah menghadiri pertemuan awal yang dikoordinir oleh UPPKH kecamatan dan anak-anak dari keluarga peserta PKH sudah terdaftar disatuan pendidikan yang telah ditetapkan
- b. untuk tahap triwulan berikutnya, bantuan tunai PKH komponen pendidikan akan diberikan jika anak-anak dari keluarga peserta PKH sudah memenuhi komitmen pendidikan yang ditetapkan (yakni kehadiran minimal 85% dikelas/kelompok belajar). sebagai bukti bahwa anak-anak telah memenuhi komitmen pendidikan, diperoleh dari hasil verifikasi yang dilakukan oleh pendidik (guru/tutor) dan diketahui oleh kepala sekolah/ketua penyelenggara satuan pendidikan

Kewajiban Penerima Program Keluarga Harapan (PKH)

Agar memperoleh bantuan tunai, peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan dan komitmen untuk ikut berperan aktif dalam kegiatan pendidikan anak dan kesehatan keluarga, terutama ibu dan anak.

Kewajiban peserta PKH dalam bidang Kesehatan

KSM yang sudah ditetapkan menjadi peserta PKH dan memiliki kartu PKH diwajibkan memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Anak usia 0-6 tahun:
 - a. Bayi baru lahir (BBL) harus mendapat IMD, pemeriksaan segera saat lahir, menjaga bayi tetap hangat, Vit K, HBO, salep mata, konseling menyusui.
 - b. 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).
 - c. Anak usia 0-11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
 - d. Anak usia 6-11 bulan harus mendapatkan Vitamin A minimal sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus.
 - e. Anak usia 12-59 bulan perlu mendapatkan imunisasi tambahan dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan
 - f. Anak usia 5-6 tahun ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan untuk dipantau tumbuh kembangnya dan atau mengikuti program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD/*Early Childhood Education*) apabila di lokasi/posyandu terdekat terdapat fasilitas PAUD.
2. Ibu hamil dan ibu nifas:
 - a. Selama kehamilan, ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak 4 (empat) kali, yaitu sekali pada usia kehamilan sekali pada usia 0-3 bulan, sekali pada usia kehamilan 4-6 bulan, dua kali pada kehamilan 7-9 bulan, dan mendapatkan suplemen tablet Fe.

- b. Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
- c. Ibu nifas harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatan dan mendapat pelayanan KB pasca persalinan setidaknya 3 (tiga) kali pada minggu I, IV dan VI setelah melahirkan.
- d. Anak dengan disabilitas: Anak penyandang disabilitas dapat memeriksa kesehatan di dokter spesialis atau psikolog sesudah dengan jenis dan derajat kecacatan.

kewajiban peserta PKH dalam bidang Pendidikan

Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan berkaitan dengan pendidikan mengikuti kehadiran di satuan pendidikan/rumah singgah minimal 85% dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung dengan catatan sebagai berikut:

1. 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/Paket B 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 persyaratan pendidikan.
2. 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.
3. 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).
4. 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 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.
5. Bila kedua persyaratan di atas, kesehatan dan pendidikan, dapat dilaksanakan secara konsisten oleh Peserta PKH, maka mereka akan memperoleh bantuan secara teratur.

Metode Penelitian

Tipe penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif . tipe penelitian deskriptif dimaksudkan untuk memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai fenomena tertentu sehingga dapat diperoleh pemahaman mengenai fenomena dari gambaran tersebut. seperti yang dikemukakan oleh hadari nawawi mengenai metode penelitian deskriptif sebagai berikut “ metode deskriptif diartikan

sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan atau melukiskan keadaan subyek atau obyek penelitian.

Nazir (1988:63) menyatakan bahwa metode deskripsi adalah suatu metode dalam penelitian status kelompok manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Tujuan dari penelitian deskriptif ini adalah untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, factual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki.

Bogdan dan Taylor menyatakan bahwa kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dan perilaku dari orang yang dapat diamati. Penelitian ini dilaksanakan di kecamatan Rindi Kabupaten Sumba Timur. pemilihan lokasi penelitian ini berdasarkan pada kondisi daerah tersebut termasuk wilayah yang jumlah penduduk miskinnya tinggi dan juga banyak keluarga yang menerima program keluarga harapan (PKH) di kecamatan Rindi. Data primer di peroleh dengan wawancara, sedangkan sekunder diperoleh dari dokumen-dokumen dan penelitian terdahulu yang sesuai dengan judul penelitian. Analisis data reduksi data Proses Pemilihan, pemusatan perhatian Pada penyederhanaan, mengabstraksikan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis dilapangan. Penyajian data adalah kumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Pengambilan Kesimpulan atau verifikasi yaitu mencari arti pola-pola penjelasan, kofigurasi yang mungkin, alur sebab akibat dan proposisi.

Hasil penelitian

Keberhasilan atau kegagalan implementasi program keluarga harapan di kecamatan Rindi Kabupaten Sumba Timur, menurut teori George Edward III terdiri dari 4 faktor yang mempengaruhi, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi yaitu:

1. Komunikasi Implementasi program keluarga harapan di Kecamatan Rindi akan berjalan efektif apa bila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggung jawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat dengan para pelaksana. Konsistensi atau keseragaman dari ukuran dasar dan tujuan perlu dikomunikasikan sehingga implementor mengetahui secara tepat ukuran maupun tujuan kebijakan itu. komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit. Agar implementasi berjalan dengan efektif, siapa yang bertanggung jawab melaksanakan sebuah keputusan harus mengetahui apakah mereka dapat melakukannya. Sesungguhnya implementasi kebijakan harus diterima oleh semua personel dan harus mengerti secara jelas dan akurat mengenai maksud dan tujuan kebijakan.
2. Sumber daya Tidak menjadi masalah bagaimana jelas dan konsisten implementasi dan bagaimana akuratnya komunikasi di kirim dan disampaikan. Jika personel

yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program kekurangan sumber daya dalam melakukan tugasnya, komponen sumber daya ini meliputi jumlah staff, keahlian dari pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa program dapat diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan kegiatan program seperti dana, dan sarana dan prasarana. Sumber daya lain yang penting adalah kewenangan untuk menentukan bagaimana program dilakukan, kewenangan untuk membelanjakan/mengatur keuangan, baik penyediaan uang, pengadaan staff maupun pengadaan supervisor. Fasilitas yang di perlukan untuk melaksanakan kebijakan/program harus terpenuhi seperti kantor, peralatan, serta dana yang mencukupi. Tanpa fasilitas ini mustahil program dapat berjalan.

3. Disposisi Salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi program keluarga harapan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian dari isi kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan menimbulkan banyak masalah, sikap dan respon implementor terhadap kebijakan, kesadaran pelaksana, petunjuk/arah pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, integritas dari respon tersebut. Para pelaksana mungkin memahami maksud dan sasaran program namun sering kali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karna mereka menolak tujuan yang ada didalamnya sehingga secara sembunyi mengalihkan dan menghindari implementasi program. Disamping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program. Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan program dapat mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari dukungan pimpinan ini adalah menempatkan kebijakan menjadi prioritas program, penempatan pelaksana dengan orang-orang yang mendukung program, memperhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik jenis kelamin dan karakteristik demografi yang lain. Disamping itu penyediaan dana yang cukup berguna memberikan insentif bagi para pelaksana program agar mereka mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan program kebijakan/program.
4. Struktur birokrasi Membahas pelaksana suatu kebijakan, tidak pernah terlepas dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Ketersediaan SOP yang mudah dipahami, seberapa jauh rentang kendali antara puncak pimpinan dan bawahan dalam struktur organisasi pelaksana. Semakin jauh semakin rumit, birokratis dan lamban untuk merespon perkembangan program.

Analisis Data

Komunikasi Dalam Implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi komunikasi dalam implementasi program PKH di kecamatan rindi menunjukkan bahwa komunikasi pihak kecamatan rindi dengan keluarga penerima PKH kurang berjalan dengan baik, terlihat masih adanya masyarakat yang mendapatkan informasi tentang PKH dari tetangga/masyarakat lain bukan dari pihak kecamatan dan pihak kecamatan tidak melibatkan pihak atau lapisan- lapisan hirarki seperti kepala desa, RT/RW karna sebenarnya aparat desa lebih dekat dengan masyarakat sehingga dalam penyaluran informasi lebih efektif dan tepat sasaran. Namun, pihak kecamatan dalam penyampaian informasinya secara langsung kepada penerima PKH sehingga informasi yang disampaikan juga lebih real, akurat dan efektif sehingga apa yang disampaikan dan diharapkan bisa terlaksana dengan baik. kejelasan komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan lebih jelas dan tidak membingungkan. konsisten pihak kecamatan yang diberikan belum konsisten dan tidak jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Sehingga perintah yang diberikan sering berubah- rubah dan berakibat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana dilapangan. Sosialisasi pihak kecamatan kepada masyarakat yang mengandalkan penyebaran informasi dari pihak kecamatan dan pendamping PKH merupakan sala satu titik lemah program. Umumnya program masyarakat dan penerima manfaat tidak mengetahui dan memperoleh informasi program PHK secara menyeluruh buktinya masyarakat masih banyak yang kurang tahu apa itu PKH.

Sumber Daya Dalam Implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi sumber daya dikecamatan rindi dalam mengimplementasikan program keluarga harapan menunjukkan bahwa kemampuan pihak kecamatan rindi dan pendamping PKH sebagai implementor dibidang pendidikan dan kesehatan sudah mampu mendukung keberhasilan program keluarga harapan karna jenjang pendidikan yang rata-rata lulusan sanjana dari berbagai jurusan, membuat kebaragaman pemahaman dan sudut pandang dari pihak kecamatan/pelaksana tentang tujuan dan sasaran PKH serta kemampuan dari pihak kecamatan tidak bisa maksimal karna keterbatasan sumber daya pendamping yang hanya satu orang. Selain ketersediaan dana yang dialokasikan oleh pihak pelaksana PKH dalam mendukung keberhasilan PKH cukup. Hal ini jelas dilihat koordinasi yang dilakukan oleh pihak kecamatan dan pendamping. dengan kejelasan dana tersebut membuat pihak kecamatan dan pendamping mampu mengambil tindakan tegas jika terjadi masalah dilapangan. Namun masalah yang ada pada sumber daya adalah kurangnya tenaga pelaksana PKH sehingga banyak masyarakat penerima PKH kurang terlayani.

Disposisi dalam Implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi Sedangkan penyajian data diatas menunjukkan bahwa kerakter pelaksana PKH di Kecamatan Rindi terkait tingkat komitmen dan kejujuran cukup baik karna ditemukan fakta dilapangan pernyataan pihak pelaksana dan pihak penerima dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Menurut buku paduan umum PKH tahun 2013 pendistribusian PKH dalam setahun 4 kali dalam setahun, bantuan PKH juga selalu dibagi tiap tiga bulan. Rata-rata yang diterima peserta PKH dalam setahun dengan bantuan tetap yaitu Rp.300.000, Bantuan peserta pkh dengan komponen: ibuhamil/menyusui/nifas/anak

usia dibawa 6 tahun Rp. 1000.000, anak sd dan sederajat Rp.500.000,anak smp yang sederajat Rp.1.000.000, bantuan maksimum Rp. 2.800.000, bantuan minimum per-KSM Rp.800.000,Rata- rata bantuan Rp.1.800.000 per-ksm/tahun tingkat namun berdasarkan ketentuan surat keputusan menteri sosial republik indonesia no 24/HUK/2015 tanggal 26 marat 2015 hasil diatas dapat diperoleh bahwa penerimaan PKH sudah sesuai dengan ketentuan dari pemerintah , dimana setiap RTSM mendapat bantuan tetap PKH Rp500.000,Bantuan peserta pkh dengan komponen: ibuhamil / menyusui / nifas / anak usia dibawa 6 tahun Rp. 1000.000, anak sd dan sederajat Rp.450.000,anak smp yang sederajat Rp. 750.000, anak sma yang sederajatRp. 1000.000, bantuan minimum per-KSM Rp.950.000, Bantuan maksimum per-ksm RP. 3.700.000 per-KSM/tahun demokrasinya juga masih kurang karna jarang sekali pihak kecamatan mengajak untuk bermusawarah dikecamatan dan hanya pendmping saja yang melakukan pengarah dan memecahkan masalah namun masih kurang efektif karna masih banyak masyarakat yang belum dijamgkau pendamping karna medan yang mendukung sehingga masyarakat penerima PKH tidak bisa mengutarakan masalah yang dihadapi. Karna tidak perna melakukan musyawarah dan hanya satu kali melakukan sosialisasi. Pendamping PKH melakukan musyawarah dengan penerima tiga bulan sekali namun kurang efetif karna masih banyak penerima PKH belum terjangkau karna akses dan medan yang berat.

Struktur birokrasi dalam implementasi program keluarga harapan di kecamatan rindi dalam implementasi program keluarga harapan menunjukan SOP terkait kurang jelas terkait pelaksanaan PKH. Ketidak jelasan ini membuat pihak kecamatan kesulitan untuk memahami tupoksinya didalam pelaksanaan program PKH di Kecamatan Rindi. Akibat dari hal tersebut rentan kendali antara puncak pimpinan dan bawahan dalam struktur organisasi pelaksana semakin jauh sehingga lambat untuk merespon perkembangan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi.

KESIMPULAN

Berdasarkan pada hasil penelitian yang dilakukan di Kecamatan Rindi Kabupaten Sumba Timur dapat di ambil kesimpulan Implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi Kabupaten Sumba Timur sejak tahun 2012 sampai sekarang adalah sebagai berikut :

- a. Komunikasi dalam implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi menunjukan kurang berjalan dengan baik terlihat masih adanya masyarakat yang terlihat masih ada peserta PKH yang mendapatkan informasi tentang PKH dari tetangga/masyarakat lain bukan dari pihak kecamatan dan pendamping. Dan juga penyaluran informasi tidak melibatkan atau melewati tingkatan-tingkatan birokrasi seperti dari Kecamatan terus kedesa dan selanjutnya kepenerima PKH karna pihak kecamatan menginginkan penyaluran informasi secara langsung kepada penerima PKH sehingga informasi yang disampaikan lebih real, akurat dan efektif, kejelasan informasi yang diterima oleh pelakana lebih jelas dan tidak membingungkan. Sosialisasi pihak Kecamatan kepada masyarakat yang mengandalakan penyebaran

informasi dari pihak Kecamatan dan Pendamping PKH merupakan titik kelemahan program.

- b. Sumber Daya di Kecamatan Rindi menunjukkan bahwa sudah mampu mendukung keberhasilan Program Keluarga Harapan karena implementasi PKH rata-rata lulusan sarjana dari berbagai jurusan, membuat keberagaman pemahaman dan sudut pandang tentang tujuan dan sasaran PKH. Dan hanya saja pihak kecamatan tidak bisa maksimal karena keterbatasan sumber daya pendamping yang hanya satu orang, selain itu ketersediaan Dana yang mendukung keberhasilan PKH sudah cukup.
- c. Terkait komitmen dan kejujuran pelaksanaan PKH di Kecamatan Rindi cukup baik karena ditemukan fakta dilampirkan pernyataan pihak pelaksana dan penerima sudah sesuai ketentuan yang berlaku pendistribusian PKH dalam setahun empat kali, bantuan PKH juga selalu dibagikan tiap tiga bulan. Dengan maksimum bantuan menurut buku panduan umum PKH tahun 2013 yaitu 2.800.000. Namun pada tahun 2015 sesuai dengan keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No.24 / HUK / 2015 bantuan yang diterima peserta PKH maksimum-nya Rp. 3.700.000 per-KSM / tahun. Untuk tingkat demokrasi masih kurang karena jarang pihak Kecamatan mengajak peserta PKH untuk bermusyawarah.
- d. Struktur Birokrasi dalam Implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi menunjukkan SOP kurang jelas terkait pelaksanaan PKH ketidakjelasan ini membuat pihak kecamatan kesulitan memahami tupoksinya dalam pelaksanaan PKH di Kecamatan Rindi, dan rentan kendali hubungan tingkat atas dan tingkat bawah berjalan baik dan kondusif.

Berdasarkan kesimpulan di atas, ada beberapa saran yang direkomendasikan peneliti sebagai bahan evaluasi dan masukan baik untuk pengembangan pengayaan teori ataupun kebutuhan praktis guna mendukung Program keluarga harapan khususnya di Kecamatan Rindi adalah sebagai berikut:

- a. Perlunya Tim pelaksana PKH di Kecamatan Rindi mengadakan Sosialisasi Program Keluarga Harapan tidak hanya penerima PKH, tetapi juga pihak-pihak lain pejabat, perangkat desa, RT/RW dan warga masyarakat secara luas, sehingga program keluarga harapan mendapat dukungan dari masyarakat secara pasif.
- b. Perlu ditambahkan Pendamping PKH supaya masyarakat dapat dilayani dengan baik yang membantu untuk melakukan pendampingan, pemecahan masalah yang dihadapi oleh Peserta PKH
- c. Perlunya SOP yang jelas terkait dengan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Rindi untuk mendukung keberhasilan program PKH sehingga bisa lebih jelas memahami Tupoksinya pihak pelaksana PKH

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin. (2016). *Analisis Kebijakan Dari Formulasi ke Penyusunan Model-model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Abidin, Said Zainal. (2012). *Kebijakan Publik*. Jakarta: Salemba Humanika.

- Ayu virgoreta. Dyah. (2015). *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Studi pada Desa Beji Kecamatan Jenu, Kabupaten Tuban*, 2, No.12, 1-6.
- Eka Suwinta, Antriya. (2016). *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar*, 1, No.1, 0-216.
- Fahrudin, Adi. (2014). *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Bandung: PT. Rafika
- Hikmat, Harry. (2010). *Strategi Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung. Humaniora Utama Press.
- <http://kupang.antaranews.com/berita/2225/pkh-bertambah-26406-keluarga>
<http://pkhntt.blogspot.co.id/> Di Akses 26, Mei 2017
<http://pkhntt.blogspot.co.id/2016/02/kabupaten-sumba-timur-merupakan.html> Di Akses Rabu, 31 Mei 2017
<http://www.pkhdaily.com/> DI Akses Kamis, 6 April 2017
<http://www.sumbatimurkab.go.id/> Di akses Senin, 12 Juni 2017
https://id.wikipedia.org/wiki/Rindi,_Sumba_Timur Di Akses Di akses Senin, 12 Juni 2017
<https://sumbatimurkab.bps.go.id/> Di akses Senin, 12 Juni 2017
- Ibrahim, Amin. (2009). *Pokok-Pokok Administrasi Publik & Implementasinya*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Khodidiziah, (2013). *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Mananggulangi Kemiskinan di Kecamatan Dawarblandong Kabupaten Mojokerto*, 2, No.4, 709-714.
- Maleong, lexi j. (2006). *Metode Penelitin Kualitatif*. Bandung. PT. Remaja Rosdakarya.
- Mubyarto, (1998). *Menanggulangi Kemiskinan*. Yogyakarta: Adytia Media
- Nasir, Mohamad. (1988). *Metode Penelitian*. Jakarta. Ghalia Indonesia.
- Naska Pedoman umum Program Keluarga Harapan (PKH). (2013). Kementerian Sosial RI
- Nugroho. Riant. (2009). *Public Policy*. Jakarta.PT. Elex Media Komputindo.
- Posolong, Harbani. (2007). *Teori Administrasi Publik*. Bandung. Alfabeta.
- Purwanto, Erwan Agus. (2012). *Implementasi Kebijakan Publik, Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: Gava Media.
- Suharto, Edi. (2010). *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Sulistiyani, Ambar Teguh. 2004. *Kemitraan dan Model Model Pemberdayaan*. Yogyakarta: Gava Media,
- Utomo, Dedy. (2013). *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan dalam meningkatkan kualitas hidup Rumah Tangga Miskin studi pada unit pelaksana program keluarga harapan kecamatan purwosari, kabupaten Kediri*, 2, No.1, 29-34.

Widodo, Joko. (2001). *Good Governance; Telaah Dari Dimensi Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah*. Surabaya: Insan Cendikia.

Wrihatnolo, Randy R. (2002). *Manajemen Pemberdayaan, Sebuah Pengantar dan Paduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

WWW.BPS.go.id Di Akses Kamis, 6 April 2017

WWW.KEMSOS.go.id, Di Akses Rabu, 5 april 2017