



**IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
DALAM UPAYA PENANGGULANGAN KEMISKINAN
DI DESA KLUWUT KECAMATAN BULAKAMBA
KABUPATEN BREBES**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Magister Sains**

TESIS

Disusun Oleh
Agnes Pradina S
0712516002

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU EKONOMI
PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

PENGESAHAN UJIAN TESIS

Tesis dengan judul “**Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes**” karya,

Nama : Agnes Pradina Simanjuntak

NIM : 0712516002

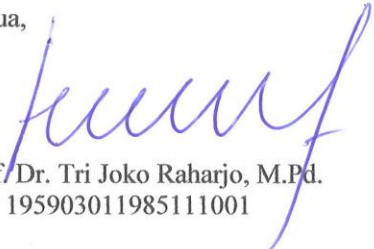
Program Studi : Ilmu Ekonomi, S2

telah dipertahankan dalam sidang panitia ujian tesis Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang pada hari Selasa, tanggal 23 April 2019.


Semarang, 23 April 2019

Panitia Ujian


Ketua,


Prof. Dr. Tri Joko Raharjo, M.Pd.
NIP 195903011985111001

Sekretaris,


Dr. Muhammad Khafid, M.Si.
NIP 197510101999031001


Penguji I,


Dr. Muhsin, M.Si
NIP 195411011980031002

Penguji II,


Prof. Dr. P. Eko Prasetyo, SE, M.Si
NIP. 196801022002121003

Penguji III,


Prof. Dr. Rusdarti, M.Si
NIP. 195904211984032001

PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya

Nama : Agnes Pradina Simanjuntak

NIM : 07125016002

Program Studi : Ilmu Ekonomi, S2

Menyatakan bahwa yang tertulis dalam tesis yang berjudul “Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes” ini benar-benar karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam tesis ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Atas pernyataan ini saya secara pribadi siap menanggung resiko/sanksi hukum yang dijatuhkan apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ini.

Semarang, 23 April 2019

Yang membuat pernyataan,

Agnes Pradina Simanjuntak
NIM. 0712516002

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

Laa Tahzan, Innallaha Ma'ana (Qs. At Taubah:40)

“Janganlah bersedih, Sesungguhnya Allah bersama kami”.

Persembahan

Tesis ini dipersembahkan untuk :

Almamater tercinta Pascasarjana Universitas Negeri Semarang

ABSTRAK

Simanjuntak, Agnes Pradina. 2019. “ Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes ”. Tesis Program Studi Ilmu Ekonomi. Pascasarjana. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing 1: Prof. Dr. Rusdarti, M.Si. Pembimbing 2: Prof. Dr. P. Eko Prasetyo, SE, M.Si.

Kata Kunci : Implementasi, PKH, Kemiskinan.

PKH (Program Keluarga Harapan) adalah program yang memberikan bantuan uang tunai bersyarat kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM). KSM tersebut diwajibkan untuk memenuhi persyaratan yang terkait dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) yaitu pendidikan dan kesehatan. PKH di Kabupaten Brebes terbanyak berada di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba. Kehidupan masyarakat pesisir dan nelayan, dengan potensi sumber daya alam yang memadai seringkali tidak sepadan dengan pendapatan dan kehidupannya yang layak. Ini merupakan salah satu faktor penyebab banyaknya warga Desa Kluwut menjadi penerima bantuan PKH.

Tujuan penelitian yaitu (1). Mendeskripsikan karakteristik Peserta PKH di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes. (2). Menganalisis Implementasi PKH di Desa Kluwut. (3). Menganalisis mekanisme penyaluran PKH di Desa Kluwut. (4). Menganalisis kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan implementasi PKH di Desa Kluwut. (5). Menganalisis solusi dalam mengatasi kendala implementasi PKH di Desa Kluwut. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Metode pengambilan data dalam penelitian ini dengan teknik kuesioner dan wawancara. Teknik kuesioner mengambil sampel sebanyak 30 Peserta PKH dan wawancara sebanyak 14 informan yang berkaitan dengan penelitian ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Peserta PKH dikisaran usia 31-40 tahun. Tingkat pendidikan sekitar 76,70 persen setara SD/MI. Implementasi PKH di Desa Kluwut telah berjalan dengan baik pedoman pelaksanaan PKH dan mampu meningkatkan taraf hidup Peserta PKH melalui akses layanan pendidikan dan kesehatan.

ABSTRACT

Simanjuntak, Agnes Pradina. 2019. “The Implementation of Hope Family Program (PKH) in Poverty Prevention Effort in Kluwut Village Bulakamba District Brebes Regency”. Thesis Economics Study Program. Postgraduate Universitas Negeri Semarang. Adviser 1: Prof. Dr. Rusdarti, M.Si. Adviser 2: Prof. Dr. P. Eko Prasetyo, SE, M.Si.

Keywords: Implementation, PKH, Poverty

PKH (Hope Family Program) is a social assistance program that provides conditional cash assistance to very poor families (KSM) and in return, the KSM is required to fulfill the relevant requirements in an effort to improve the quality of human resources, which is education and health. The most PKH in Brebes Regency is in Kluwut village, Bulakamba district. The life of coastal communities and fishermen, with the potential of adequate natural resources, is often not commensurate with their income and decent living. This is one of the factors that caused many residents of Kluwut village to become recipients of PKH assistance.

The research objectives are (1). Describe the characteristics of PKH participants in Kluwut village, Bulakamba district, Brebes Regency. (2). Analyzing PKH Implementation in Kluwut village. (3). Analyze the mechanism of PKH distribution in Kluwut village. (4). Analyze the obstacles faced in implementing the PKH in Kluwut village. (5). Analyze the solutions to overcome the obstacles of the PKH implementation in Kluwut village. This type of research is a qualitative descriptive. The data collection method in this study was questionnaire and interview techniques. The questionnaire took a sample of 30 PKH participants and interviewed 14 informants relating to this study.

The results of the study showed that the level of PKH participant education in the age of 31-40 years old has 76,70percent. It is equal with elementari school level. The implementation PKH in Kluwut village has gone well and is able to improve the standard of living of PKH participants through access to education and health services.

PRAKATA

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan rahmat-Nya. Berkat karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes”. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan meraih gelar Magister Sains pada Program Studi Ilmu Ekonomi Program Pascasarjana Universitas Negeri Semarang.

Penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada semua. Ucapan terima kasih peneliti sampaikan pertama kali kepada para pembimbing : Prof. Dr. Rusdarti, M.Si dan Prof. Dr. P. Eko Prasetyo, SE, M.Si.

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan juga kepada semua pihak yang telah membantu selama proses penyelesaian studi, diantaranya:

1. Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum, Rektor Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan kesempatan dan arahan selama proses pendidikan.
2. Prof. Dr. Achmad Slamet, M.Si, Direktur Pascasarjana Unnes, yang telah memberikan kesempatan serta arahan selama pendidikan, penelitian dan penyusunan tesis.
3. Dr. Muhammad Khafid, S.Pd., M.Si, Kordinator Program Studi Ilmu Ekonomi S2 Pascasarjana Unnes yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penulisan tesis.
4. Kepala Dinas Sosial Kabupaten Brebes, Ketua Pelaksana PKH, Kordinator PKH, Pendamping PKH Kabupaten Brebes yang telah membantu peneliti selama proses penelitian.
5. Bapak dan Ibu Dosen Pascasarjana Unnes, yang telah banyak memberikan bimbingan dan ilmu kepada peneliti selama menempuh pendidikan.

6. Kepada kedua orang tua saya Fally Bardi Simanjuntak dan Zahroh yang telah memberikan doa dan usaha terbaik untuk peneliti.
7. Teman-teman mahasiswa Ilmu Ekonomi angkatan 2016 Pascasarjana Universitas Negeri Semarang serta pihak-pihak lain yang telah membantu terselesainya penelitian ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi para pembaca.

Semarang, 12 April 2019

Agnes Pradina Simanjuntak

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan Ujian Tesis	ii
Pernyataan Keaslian	iii
Motto dan Persembahan.....	iv
Abstrak.....	v
Abstract.....	vi
Prakata.....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	18
1.3 Cakupan Masalah	19
1.4 Rumusan Masalah	20
1.5 Tujuan Penelitian	21
1.6 Manfaat Penelitian	21
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORITIS, DAN KERANGKA BERPIKIR	
2.1 Kajian Pustaka.....	23
2.2 Kerangka Teoritis.....	44
2.2.1 Kemiskinan.....	44
2.2.1.1 Ukuran Kemiskinan.....	46
2.2.1.2 Jenis- Jenis Kemiskinan	51
2.2.2 Bantuan Tunai Bersyarat.....	53
2.2.3 Program Keluarga Harapan	55
2.2.3.1 Pengertian PKH.....	55
2.2.3.2 Pelaksanaan PKH	56
2.2.3.3 Tujuan PKH	60
2.2.3.4 Hak dan Kewajiban Peserta PKH.....	60
2.2.3.5 Mekanisme Penyaluran PKH	63
2.2.3.6 Pendamping PKH.....	64
2.2.3.7 Kelembagaan PKH.....	67
2.2.4 Kebijakan Publik	76
2.2.5 Implementasi Kebijakan publik	79
2.2.6 Implementasi Kebijakan Model Edward.....	81
2.3 Kerangka Berpikir	86

BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Pendekatan Penelitian.....	87
3.2 Desain Penelitian	87
3.3 Fokus Penelitian	88
3.4 Data dan Sumber Data Penelitian	89
3.5 Teknik Pengumpulan Data	93
3.6 Teknik Keabsahan Data.....	94
3.7 Teknik Analisis Data	96
BAB IV GAMBARAN UMUM LATAR PENELITIAN	
4.1 Keadaan Geografis Desa Kluwut	100
4.2 Kondisi Demografi	103
BAB V KARAKTERISTIK PESERTA PKH DESA KLUWUT	
5.1 Karakteristik Usia Peserta PKH	117
5.2 Karakteristik Jenis Pekerjaan Peserta PKH.....	118
5.3 Karakteristik Tingkat Pendidikan Peserta PKH	120
5.2 Komponen Peserta PKH.....	122
BAB VI IMPLEMENTASI KEGIATAN PKH DI DESA KLUWUT	
6.1 Peran Pendamping PKH	127
6.2 Implementasi Kegiatan PKH Desa Kluwut.....	129
6.3 Hasil kuesioner Implementasi PKH	153
BAB VII MEKANISME PENYALURAN BANTUAN PKH DI DESA KLUWUT	
7.1 Proses Penyaluran dana PKH	163
6.3 Hasil kuesioner Mekanisme PKH.....	167
BAB VIII KENDALA YANG DIHADAPI DALAM PELAKSANAAN PKH DI DESA KLUWUT	
8.1 Kendala Pelaksanaan PKH	169
6.3 Hasil kuesioner Kendala PKH.....	178
BAB IX SOLUSI DALAM MENGATASI KENDALA YANG DIHADAPI DALAM PELAKSANAAN PKH DI DESA KLUWUT	
9.1 Solusi mengatasi Kendala Pelaksanaan PKH	180
BAB X PENUTUP	
10.1 Simpulan	186
10.2 Saran	188
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Jumlah Penduduk Miskin (ribu jiwa) dan Persentase Penduduk Miskin 34 Provinsi di Indonesia	4
1.2 jumlah Penduduk Miskin (Ribu Jiwa) dan Persentase Penduduk Miskin Kabupaten/Kota di Jawa Tengah (2015-2017).....	11
1.3 Jumlah Peserta PKH di Kabupaten Brebes Tahun 2017	14
1.4 Jumlah Peserta PKH di Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes Tahun 2017	16
2.1 Indeks Bantuan PKH Per Tahap	63
2.2 Indeks Bantuan PKH Per Tahun	64
3.1 Penentuan Informan Peneliti	92
4.1 Nama Dusun, Jumlah RW dan RT di Desa Kluwut.....	101
4.2 Penggunaan Lahan Desa Kluwut Tahun 2017	103
4.3 Jumlah Penduduk Desa Kluwut Menurut Kelompok Umur Tahun 2017	104
4.4 Jumlah Penduduk Desa Kluwut Usia 10 Tahun keatas yang bekerja menurut Mata Pencarian tahun 2017	106
4.5 Tingkat Pendidikan Penduduk Desa Kluwut Tahun 2017	107
4.6 Tabel Sarana Pendidikan di Desa Kluwut	109
4.7 Sarana Peribadatan di Desa Kluwut.....	110
4.8 Sarana Kesehatan di Desa Kluwut.....	111
4.9 Sarana dan Prasarana Transportasi di Desa Kluwut	113
4.10 Sarana dan Prasarana Komunikasi di Desa Kluwut.....	114
4.11 Sarana dan Prasarana Perekonomian di Desa Kluwut	115
5.1 Deskripsi Usia Peserta PKH	118
5.2 Deskripsi Jenis Pekerjaan Peserta PKH.....	119
5.3 Deskripsi Tingkat Pendidikan Peserta PKH	121
5.4 Komponen Peserta PKH Desa Kluwut	123
6.1 Hasil Kuesioner Implementasi PKH.....	155
7.1 Hasil Kuesioner Mekanisme Penyaluran PKH	167
8.1 Hasil Kuesioner Kendala Pelaksanaan PKH.....	178

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Mekanisme Pelaksanaan PKH	58
2.2 Proses Implementasi Kebijakan	80
2.3 Kerangka Berfikir	85
3.1 Komponen-Komponen Analisis Data Dengan Model Interaktif Menurut Miles dan Huberman	99
4.1 Balai Desa Kluwut	102
4.2 SDN Negeri 02 Kluwut	110
4.3 Masjid jami Al Munawaroh Kluwut	110
4.4 Pos Kesehatan Desa (PKD) Kluwut	112
4.5 Perahu Motor tempel di Pelabuhan Kluwut	113
4.6 Tempat Pelelangan Ikan (TPI) Kluwut	116
6.1 Materi Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) FDS	136
6.2 Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)	138
6.3 Alat bantu bahan ajar materi P2K2	141
6.4 Verifikasi Fasilitas Pendidikan di SDN 01 Kluwut	144
6.5 Kegiatan Posyandu di Desa Kluwut	145
6.6 Struktur Organisasi PPKH Kabupaten Brebes	147
8.1 Kartu Peserta PKH/Kartu Keluarga Sejahtera (KKS)	174
9.1 Proses pemasangan stiker di rumah Peserta PKH	184
9.2 Cap yang ditempel di rumah Peserta PKH	185

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kemiskinan secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu kondisi kekurangan uang, rendahnya tingkat pendapatan serta tidak terpenuhinya kebutuhan dasar hidup sehari-hari. Secara teoritis kemiskinan dikatakan sebagai sebuah fenomena dimana taraf hidup masyarakat didalam sebuah negara masih sangat memprihatinkan (rendah), dimana masyarakat tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup yang layak.

Kemiskinan disebabkan oleh banyak faktor. Jarang sekali ditemukan kemiskinan yang hanya disebabkan oleh faktor tunggal. Seseorang atau keluarga miskin bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang saling terkait satu sama lain, misalnya mengalami kecacatan, memiliki pendidikan rendah, tidak memiliki modal atau keterampilan untuk berusaha, tidak tersedianya kesempatan kerja, terkena Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), tidak adanya jaminan sosial (pensiun, kesehatan, kematian), atau hidup di lokasi terpencil dengan sumber daya alam dan infrastruktur yang terbatas (Suharto, 2010).

Kondisi kemiskinan suatu negara atau daerah dapat menjadi cerminan dari tingkat kesejahteraan penduduk yang tinggal pada negara atau daerah tersebut. Indonesia adalah negara yang tergolong masih berkembang dan kemiskinan merupakan suatu masalah yang masih menjadi perhatian. Badan Pusat Statistik (BPS, 2017), menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar

(*basic needs approach*) untuk mengukur kemiskinan . Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Jadi Penduduk Miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan. Guna meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, Pemerintah akhirnya mengeluarkan beberapa kebijakan publik dan program yang bertujuan meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui kesehatan dan pendidikan.

Hingga saat ini upaya penanggulangan kemiskinan di Indonesia telah dilaksanakan melalui berbagai program kebijakan sosial. Program tersebut antara lain: Program Inpres Desa Tertinggal, Program jaminan sosial, Program Kredit Pemberdayaan Teknologi Tepat Guna dalam Rangka Pengentasan Kemiskinan, Program Pengembangan Kecamatan, Program Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan (P2KP), Program Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS), Program Operasi Pasar Khusus (OPK-Beras), Program Beasiswa dan Dana Operasional Pendidikan Dasar dan Menengah atau Bantuan Operasional Sekolah, Program Asuransi Kesehatan untuk Keluarga Miskin (Askeskin), Program Asuransi Kesejahteraan Sosial (Askesos) dan Program Keluarga Harapan namun berbagai program intervensi tersebut cenderung tidak efektif dalam menanggulangi kemiskinan. Hal ini karena, program dilaksanakan tanpa koordinasi yang baik dan mengesampingkan peran penting Pemerintah Daerah (Pemda). Padahal, daerah merupakan terminal titik koordinasi bertemunya

aspirasi dari bawah (masyarakat) dan kebijakan dari atas (pemerintah pusat). (Gustina, 2008).

Kemiskinan merupakan gambaran kehidupan yang banyak terjadi di banyak negara berkembang salah satunya di Indonesia. Salah satu Provinsi yang memiliki jumlah penduduk miskin terbanyak ada di Jawa Tengah. Masalah kemiskinan masih menjadi persoalan utama di Jawa tengah. Pada tahun 2017 persentase penduduk miskin Jawa Tengah menempati posisi ke-13 dari 34 Provinsi di Indonesia. Peringkat pertama yaitu Provinsi Papua sebanyak 28,54 persen ditahun 2016 dan 27,62 persen di tahun 2017 diperingkat kedua Provinsi Papua Barat dan posisi ketiga Provinsi Nusa Tenggara Timur. Persentase penduduk miskin di Jawa tengah menempati peringkat tertinggi kedua di Pulau Jawa setelah DI Yogyakarta yakni di tahun 2017 sebanyak 13,01 persen dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 4.450.720 jiwa sehingga perlu adanya perbaikan tidak hanya di bidang ekonomi tetapi juga mulai dari persoalan kesehatan dan pendidikan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2017, dapat dilihat jumlah penduduk miskin di Jawa Tengah yaitu sebanyak 4.450.720 jiwa berada di urutan kedua setelah Jawa Timur sebanyak 4.617.010 jiwa. Urutan ketiga yaitu Jawa Barat sebanyak 4.168.440 jiwa. Masih tingginya angka kemiskinan di Jawa Tengah membuktikan provinsi yang memiliki luas wilayah 32.548 km² tersebut masih memiliki kesenjangan sosial yang sangat tinggi. Tabel mengenai persentasi penduduk miskin Jawa tengah dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1.1 Jumlah Penduduk Miskin (ribu jiwa) dan Persentase Penduduk Miskin (Persen) 34 Provinsi di Indonesia tahun 2016- 2017

No.	Provinsi	2016		2017	
		JPM	PPM	JPM	PPM
1	Papua	911,33	28,54	897,69	27,62
2	Papua Barat	225,81	25,43	228,38	25,10
3	Nusa Tenggara Timur	1.149,92	22,19	1.150,79	21,85
4	Maluku	327,72	19,18	320,51	18,45
5	Gorontalo	203,19	17,72	205,38	17,65
6	Aceh	848,44	16,73	872,61	16,89
7	Bengkulu	328,61	17,32	316,98	16,45
8	Nusa Tenggara Barat	804,45	16,48	793,78	16,07
9	Sulawesi Tengah	420,52	14,45	417,87	14,14
10	Lampung	1.169,60	14,29	1.131,73	13,69
11	Sumatera Selatan	1.101,20	13,54	1.086,92	13,19
12	DI Yogyakarta	494,94	13,34	488,53	13,02
13	Jawa Tengah	4.506,89	13,27	4.450,72	13,01
14	Sulawesi Tenggara	326,87	12,88	331,71	12,81
15	Jawa Timur	4703,3	12,05	4.617,01	11,77
16	Sulawesi Barat	152,73	11,74	149,76	11,30
17	Sumatera Utara	1.455,95	10,35	1.453,87	10,22
18	Sulawesi Selatan	807,03	9,40	813,07	9,38
19	Jawa Barat	4.224,32	8,95	4.168,44	8,71
20	Jambi	289,81	8,41	286,55	8,19
21	Sulawesi Utara	202,82	8,34	198,88	8,10
22	Kalimantan Barat	381,35	7,87	387,43	7,88
23	Riau	515,4	7,98	514,62	7,78
24	Kalimantan Utara	41,12	6,23	49,47	7,22
25	Sumatera Barat	371,55	7,09	364,51	6,87
26	Maluku Utara	74,67	6,33	76,47	6,35
27	Kalimantan Timur	212,92	6,11	220,17	6,19
28	Kepulauan Riau	120,41	5,98	125,37	6,06
29	DKI Jakarta	384,30	3,75	389,69	6,06
30	Banten	658,11	4,42	675,04	5,45
31	Kalimantan Tengah	143,49	5,66	139,16	5,37
32	Bangka Belitung	72,76	5,22	74,09	5,20
33	Kalimantan Selatan	195,70	4,85	193,92	4,73
34	Bali	178,18	4,25	180,13	4,25

Sumber : BPS Indonesia, 2017

Tingginya jumlah penduduk miskin di Jawa Tengah memerlukan kebijakan bersama dalam pengelolaan pemerintahan baik daerah dan provinsi serta pusat dengan cara fokus pada kabupaten atau kota yang banyak memiliki jumlah penduduk miskin agar permasalahan kemiskinan dapat segera diatasi. Pemerintah berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, membentuk Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) sebagai lembaga yang dijadikan wadah koordinasi lintas sektor dan lintas pemangku kepentingan di tingkat pusat yang diketuai Wakil Presiden Republik Indonesia, yang bertujuan untuk menyelaraskan berbagai kegiatan percepatan penanggulangan kemiskinan. Pemerintah mengklasifikasikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan dalam tiga kelompok (*klaster*) kebijakan :

1. Kelompok kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial.

Kebijakan ini berupa 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 Keluarga Harapan (PKH).

2. Kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan masyarakat.

Karakteristik kebijakan ini adalah program dengan pendekatan partisipatif, penguatan kapasitas kelembagaan masyarakat, pelaksanaan dilakukan secara berkelompok. Kegiatan ini dikelola oleh masyarakat secara swakelola dan berkelompok, serta perencanaan pembangunan yang berkelanjutan. Penerima manfaat program adalah kelompok masyarakat yang dikategorikan miskin. Contohnya adalah PNPM Mandiri.

3. 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 program yang memberikan bantuan modal skala mikro, memperkuat kemandirian usaha dan meningkatkan manajemen usaha. Yang termasuk dalam kategori ini adalah Kredit Usaha Rakyat (KUR).

Sebagai upaya percepatan penanggulangan kemiskinan, sejak tahun 2007 Pemerintah Indonesia telah meluncurkan PKH. Kebijakan PKH (Program Keluarga Harapan) yang merupakan salah satu dari kebijakan yang masuk dalam pengawalan TNP2K yang berada di kelompok 1 yaitu kelompok berbasis bantuan dan perlindungan sosial . Secara umum PKH adalah program yang memberikan bantuan uang tunai bersyarat kepada keluarga sangat miskin (KSM) dan sebagai imbalannya KSM tersebut diwajibkan untuk memenuhi persyaratan yang terkait dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) yaitu pendidikan dan kesehatan. PKH dilatar belakangi karena masih banyaknya masyarakat yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan.

PKH berbeda dengan program perlindungan sosial lainnya yang berbentuk bantuan tunai, seperti BLT (Bantuan Langsung Tunai), BLSM (Bantuan Langsung Sementara Masyarakat) serta KKS (Kartu Keluarga Sejahtera). Letak perbedaannya pada syarat dan kewajiban bagi penerima bantuan. PKH merupakan pengembangan sistem perlindungan sosial berupa bantuan tunai bersyarat untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan dan pendidikan dasar. Sehingga dalam jangka panjang dapat memutus mata rantai kemiskinan di Indonesia. Program Keluarga Harapan atau yang dikenal dengan PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam mengembangkan sistem perlindungan sosial dan mengubah sistem penyelenggaraan kelembagaan di Indonesia. PKH bukanlah bantuan tunai sebagai lanjutan program pemerintah seperti halnya Bantuan Langsung Tunai (BLT) yang diberikan sebagai upaya untuk membantu keluarga terhadap kenaikan Bahan Bakar Minyak (BBM). Secara umum bahwa PKH dilakukan guna melindungi kerentanan terhadap ibu hamil dan anak-anak yang bersekolah sehingga dapat mengakses fasilitas kesehatan dan pendidikan. Sasaran PKH adalah Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang sesuai dengan kriteria PKH yaitu memiliki ibu hamil, ibu menyusui, memiliki anak balita dan usia sekolah setingkat SD-SMP.

Program Keluarga Harapan ini dijalankan sebagai amanah pelaksanaan dari UU No.40 Tahun 2004 tentang jaminan sosial nasional, UU No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan sosial, Inpres No 3 Tahun 2010 tentang Rencana Tindak Percepatan Pencapaian Sasaran Program Pro-Rakyat dan Perpres No 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. PKH menjadikan

sebuah program jaminan sosial yang unik dimana disatu sisi PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan dalam konteks kebutuhan dasar terutama dalam hal pendidikan dan kesehatan, namun disisi lain PKH juga bernuansa pemberdayaan yaitu menguatkan rumah tangga miskin agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui peningkatan kesehatan dan mendorong anak untuk bersekolah. Sasaran dari PKH adalah keluarga sangat miskin dan rentan yang terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin yang memiliki komponen kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial.

Masih banyaknya KSM yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan disebabkan oleh akar permasalahan yang terjadi baik pada sisi KSM (*demand side*) maupun sisi pelayanan (*supply side*). Pada sisi permintaan, alasan tersebar untuk tidak melanjutkan sekolah karena tidak adanya biaya, berkerja untuk mencari nafkah, merasa pendidikannya sudah cukup, dan alasan lainnya. Demikian juga halnya untuk kesehatan, 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 KSM terhadap pendidikan dan kesehatan antara lain adalah belum tersedianya pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terjangkau oleh KSM. Biaya layanan yang tidak terjangkau oleh KSM serta jarak antar tempat tinggal dan lokasi pelayan yang relatif jauh merupakan tantangan utama bagi penyedia layanan pendidikan dan kesehatan dari sisi kebijakan sosial, PKH merupakan cikal bakal pengembangan sistem perlindungan sosial, khususnya bagi keluarga sangat miskin. PKH yang

mewajibkan KSM memeriksakan kesehatan ibu hamil dan memberikan imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang anak termasuk menyekolahkan anak-anak, akan membawa perubahan perilaku KSM terhadap pentingnya kesehatan dan pendidikan. Perubahan perilaku tersebut diharapkan juga berdampak pada berkurangnya anak usia sekolah KSM yang berkerja. Sebaliknya, hal ini menjadi tantangan utama pemerintah, baik pusat maupun daerah, untuk meningkatkan pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi keluarga miskin, dimanapun mereka berada. Pelaksanaan program keluarga harapan (PKH) hingga saat ini diharapkan dapat menjadi sebuah solusi dalam upaya memutus rantai kemiskinan bagi KSM dimana kepesertaan PKH tidak hanya dapat memberikan manfaat bagi masyarakat penerima PKH saja, tetapi perubahan pola hidup dan perilaku yang menyangkut pendidikan dan perbaikan kesehatan dapat berdampak luas kepada masyarakat di wilayah dilaksanakannya program PKH.

Implementasi PKH terutama di wilayah Provinsi Jawa Tengah telah dilaksanakan pada tahun keempat sejak program ini di *launching* yaitu pada tahun 2011. Provinsi Jawa Tengah melaksanakan program PKH mulai tahun 2011 yang terdiri dari 7 Kabupaten yaitu Kabupaten Brebes, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Pemasang, Kabupaten Semarang, Kabupaten Rembang, Kabupaten Wonogiri dan Kabupaten Sragen. Peserta bantuan PKH adalah ibu atau wanita yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (jika tidak ada ibu maka nenek, tante/bibi, atau kakak perempuan dapat menjadi penerima bantuan). Syarat keluarga Miskin peserta PKH adalah memiliki salah satu syarat: Ibu Hamil/Nifas, Anak Balita, Anak Usia Sekolah SD dan Anak Usia Sekolah SMP serta Anak Usia

SMA. Mulai tahun 2017 kategori penerima PKH ditambah Lanjut Usia (Lansia) diatas usia 70 tahun dan penyandang disabilitas berat juga memperoleh bantuan sosial (bansos) Program Keluarga Harapan (PKH).

Kabupaten Brebes menjadi salah satu Kabupaten pertama di Jawa Tengah yang melaksanakan PKH merupakan Kabupaten dengan jumlah penduduk yang terbanyak di Provinsi Jawa Tengah. Luas wilayah Kabupaten Brebes sebesar 1.902,37 km² dengan kepadatan penduduk sebanyak 1.066 jiwa/km² merupakan terluas kedua setelah Kabupaten Cilacap yang memiliki luas 2.142,59 km². Pertambahan penduduk yang cepat menyebabkan tingkat kepadatan penduduk menjadi tinggi. Kepadatan penduduk dapat dihitung berdasarkan jumlah penduduk untuk setiap satu kilometer persegi. Cara menghitungnya adalah dengan membandingkan jumlah penduduk di suatu daerah dengan luas daerah yang ditempati.

Kabupaten Brebes merupakan kabupaten di Provinsi Jawa Tengah dengan luas wilayahnya sekitar 5,88% dari total wilayah Jawa Tengah. Jumlah Penduduk Kabupaten Brebes pada akhir tahun 2016 adalah 1.788.880 jiwa. Tiga kecamatan dengan penduduk terbanyak adalah Kecamatan Bulakamba 169.542 jiwa (9,55 persen), Kecamatan Brebes 160.050 jiwa (8,94 persen), dan Kecamatan Wanasari sebanyak 149.644 jiwa (8,46 persen). (BPS Brebes,2017). Jumlah penduduk miskin Kabupaten Brebes merupakan yang terbanyak di Provinsi Jawa Tengah, hal ini dapat dilihat pada tabel 1.2 berikut ini.

Tabel 1.2 Jumlah Penduduk Miskin (Ribu Jiwa) dan Persentase Penduduk Miskin Kabupaten/Kota (Persen) di Jawa Tengah 2015-2017

No.	Kab/Kota	2015		2016		2017	
		JPM	PPM	JPM	PPM	JPM	PPM
1	Kab Cilacap	243.50	14.39	240.20	14.12	238.32	13.94
2	Kab Banyumas	285.90	17.52	283.90	17.23	283.25	17.05
3	Kab Purbalingga	176.50	19.70	171.80	18.98	171.88	18.80
4	Kab Banjarnegara	165.40	18.37	158.20	17.46	156.83	17.21
5	Kab Kebumen	241.90	20.44	235.90	19.86	233.45	19.60
6	Kab Purworejo	101.20	14.27	99.10	13.91	98.65	13.81
7	Kab Wonosobo	166.40	21.45	160.10	20.53	159.16	20.32
8	Kab Magelang	162.40	13.07	158.90	12.67	157.15	12.42
9	Kab Boyolali	120	12.45	117	12.09	116.39	11.96
10	Kab Klaten	172.30	14.89	168	14.46	164.99	14.15
11	Kab Sukoharjo	79.90	9.26	78.90	9.07	76.69	8.75
12	Kab Wonogiri	123	12.98	124.80	13.12	123.04	12.90
13	Kab Karanganyar	106.40	12.46	107.07	12.49	106.78	12.28
14	Kab Sragen	130.40	14.86	126.80	14.38	124.01	14.02
15	Kab Grobogan	184.50	13.68	184.10	13.57	180.95	13.27
16	Kab Blora	115	13.52	113.90	13.33	111.88	13.04
17	Kab Rembang	119.10	19.28	115.50	18.54	115.19	18.35
18	Kab Pati	147.10	11.95	144.20	11.65	141.73	11.38
19	Kab Kudus	64.10	7.73	64.20	7.65	64.45	7.59
20	Kab Jepara	100.60	8.50	100.30	8.35	98.98	8.12
21	Kab Demak	160.90	14.44	158.80	14.10	152.62	13.41
22	Kab Semarang	81.20	8.15	80.70	7.99	79.66	7.78
23	Kab Temanggung	87.50	11.76	87.10	11.60	86.77	11.46
24	Kab Kendal	109.30	11.62	107.80	11.37	106.07	11.10
25	Kab Batang	83.50	11.27	82.60	11.04	81.45	10.80
26	Kab Pekalongan	112.10	12.84	113.30	12.90	111.58	12.61
27	Kab Pemalang	235.50	18.30	227.10	17.58	225.00	17.37
28	Kab Tegal	143.50	10.09	144.20	10.10	141.80	9.90
29	Kab Brebes	352	19.79	348	19.47	343.46	19.14
30	Kota Magelang	10.09	9.05	10.06	8.79	10.63	8.75
31	Kota Surakarta	55.70	10.89	55.90	10.88	54.89	10.65
32	Kota Salatiga	10.06	5.80	09.07	5.24	9.55	5.07
33	Kota Semarang	84.30	4.97	83.60	4.85	80.86	4.62
34	Kota Pekalongan	24.10	8.09	23.06	7.92	22.51	7.47
35	Kota Tegal	20.30	8.26	20.30	8.20	20.11	8.11
	Jawa Tengah	4 577	13.58	4 506.89	13.27	4.450.72	13.01

Sumber : BPS Provinsi Jawa Tengah, 2017

Berdasarkan Tabel 1.2 dapat diketahui bahwa dari tahun 2015-2017 berturut-turut ada tiga kabupaten dengan persentase penduduk miskin terbanyak . Posisi pertama ditempati oleh Kabupaten Wonosobo disusul Kabupaten Kebumen dan yang ketiga ditempati Kabupaten Brebes. Setiap tahunnya dari kurun waktu 2015-2017 persentase penduduk miskin tiap Kabupaten/Kota rata-rata mengalami penurunan demikian juga dengan Kabupaten Brebes yaitu 19,79 persen (2015), 19,47 persen (2016) dan 19,14 persen (2017). Meskipun tiap tahunnya mengalami penurunan namun persentase penduduk miskin Kabupaten Brebes masih tergolong tinggi karena berada diatas 19 persen. Pada Tabel 1.2 juga dapat dilihat jumlah penduduk miskin Kabupaten Brebes dari tahun 2015 hingga tahun 2017 mengalami penurunan meskipun tidak banyak. Tahun 2015 berjumlah 352.000 jiwa dan di tahun berikutnya 2016 berjumlah 348.000 jiwa serta turun lagi di tahun 2017 menjadi 343.460 jiwa. Jumlah ini menjadikan Kabupaten Brebes memiliki jumlah penduduk miskin terbanyak di Provinsi Jawa Tengah dari tahun 2015 hingga tahun 2017. Selama 6 tahun terakhir, persentase penduduk miskin terus menurun. Penurunan persentase penduduk miskin ini disebabkan adanya bantuan beberapa program pemerintah yang pro rakyat miskin, seperti PKH, Jamkesda, Kredit Usaha Rakyat (KUR), dll (BPS, 2017).

Dalam memahami masalah kemiskinan di Indonesia, perlu diperhatikan lokalitas yang ada di masing-masing daerah, yaitu kemiskinan pada tingkat lokal yang ditentukan oleh komunitas dan pemerintah setempat. Dengan demikian kriteria kemiskinan, pendataan kemiskinan, penentuan sasaran, pemecahan

masalah dan upaya-upaya penanggulangan kemiskinan dapat lebih objektif dan tepat sasaran (Rusdarti, 2013).

Pemerintah Kabupaten Brebes telah melakukan beberapa upaya untuk menurunkan kemiskinan diantara pelatihan, pendidikan, keterampilan, bantuan perbaikan ekonomi, bantuan Rumah Tidak Layak Huni (RTLH), jambanisasi dan lain-lain. Pemerintah Brebes juga mendorong percepatan program pemerintah yang terkait dengan pemberantasan kemiskinan program-programnya antara lain, Raskin (Beras Miskin), BSM (Bea Siswa Miskin) dan PKH (Program Keluarga harapan). Program Pemberantasan kemiskinan merupakan program Pemerintah demi mencapai kesejahteraan rakyat. Meskipun berbagai program pembangunan baik dari Pusat maupun Daerah telah diimplementasikan, persoalan kemiskinan hingga saat ini tidak kunjung dapat diatasi secara signifikan. Diperlukan dukungan dari berbagai pihak lintas sektoral, Pemerintah provinsi dan Pemerintah Pusat.

Program Keluarga Harapan telah dilaksanakan di Kabupaten Brebes sejak tahun 2011 dan masih berlangsung hingga sekarang. Berdasarkan data dari Pelaksana Program Keluarga Harapan (PPKH) Kabupaten Brebes diketahui bahwa jumlah peserta PKH di Kabupaten Brebes terbanyak adalah Kecamatan Bulakamba. Kecamatan Bulakamba merupakan kecamatan dengan jumlah penduduk terbanyak di Kabupaten Brebes sebesar 169.542 Jiwa atau sekitar 9,55 persen dari seluruh penduduk Kabupaten Brebes dengan kepadatan penduduknya mencapai 1.647 jiwa/km (BPS, 2017). Kecamatan Bulakamba memiliki luas wilayah 102,93 Km² atau sekitar 16,9 persen dari seluruh wilayah Kabupaten

Brebes dan terdiri dari 19 Desa dengan jumlah RT sebanyak 268 serta 58 RW. Jumlah Peserta PKH di Kabupaten Brebes Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel 1.3 dibawah ini.

Tabel 1.3 Jumlah Peserta PKH di Kabupaten Brebes Tahun 2017

No.	Kecamatan	Peserta PKH
1	Banjarharjo	3703
2	Bantarkawung	3712
3	Brebes	5131
4	Bulakamba	8485
5	Bumiayu	2667
6	Jatibarang	1713
7	Kersana	1345
8	Ketanggungan	5289
9	Larangan	4517
10	Losari	5322
11	Paguyangan	5067
12	Salem	1780
13	Sirampog	2436
14	Songgom	1925
15	Tanjung	4287
16	Tonjong	2650
17	Wanasari	6929
	Jumlah	66958

Sumber : PPKH Kabupaten Brebes, 2017

Pada Tabel 1.3 menunjukkan bahwa Kabupaten Brebes di Tahun 2017 memiliki jumlah peserta PKH sebanyak 66.958 peserta yang tersebar di seluruh Kecamatan yang berjumlah 17 Kecamatan. Jumlah peserta PKH tahun 2017 terbanyak berada di Kecamatan Bulakamba sebanyak 8485 peserta. Menurut Febrina (2015), Penentuan peserta PKH di Kabupaten Brebes masih ada yang salah sasaran karena dipengaruhi oleh penggunaan data dengan rentan waktu yang cukup lama dan tidak adanya kewenangan pendamping untuk menentukan peserta

baru. Hal ini harus segera dibenahi karena apabila dibiarkan akan menimbulkan konflik. Sejak tahun 2012, untuk memperbaiki sasaran penerima PKH, data awal untuk penerima manfaat PKH diambil dari Basis Data Terpadu (BDT) hasil PPLS 2011, yang dikelola oleh TNP2K. Sasaran PKH yang sebelumnya berbasis Rumah Tangga, terhitung sejak saat tersebut berubah menjadi berbasis Keluarga. Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa sebuah 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.

Kabupaten Brebes terdiri dari 17 Kecamatan, dari 17 kecamatan yang ada, sebanyak lima kecamatan dihuni oleh penduduk yang bermatapencarian sebagai nelayan yang memiliki tingkat kehidupan yang masih memprihatinkan, masing-masing terdapat di Kecamatan Brebes, Wanasari, Bulakamba, Tanjung, dan Kecamatan Losari,(Tobirin, 2010). Kecamatan Bulakamba memiliki 19 desa dan keseluruhan desa mendapatkan bantuan PKH. Jumlah peserta PKH terbanyak berada di Desa Kluwut yaitu sebesar 1.319 peserta. Meskipun memiliki jumlah peserta terbanyak di Kecamatan Bulakamba tetapi jumlah tersebut hanya sekitar 6,75 persen dari jumlah penduduk Desa Kluwut sebanyak 18.633 jiwa (BPS, 2017). Desa Kluwut terletak di jalan pantura yang penduduknya bermata pencarian sebagai nelayan dan petani. Kehidupan masyarakat pesisir dan nelayan, dengan potensi sumber daya alam yang memadai seringkali tidak sepadan dengan pendapatan dan kehidupannya yang layak. Ini merupakan salah

satu faktor penyebab banyaknya warga Desa Kluwut menjadi penerima bantuan PKH. Jumlah Peserta PKH Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel 1.4 berikut ini.

Tabel 1.4 Jumlah Peserta PKH Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes Tahun 2017

No.	Desa	Peserta PKH
1	Bangsri	480
2	Banjaratma	528
3	Bulakamba	226
4	Bulakparen	123
5	Bulusari	527
6	Cimohong	335
7	Cipelem	707
8	Dukuhlo	300
9	Grinting	385
10	Jubang	200
11	Karangsari	283
12	Kluwut	1319
13	Luwunragi	652
14	Pakijangan	596
15	Petunjungan	331
16	Pulogading	364
17	Rancawuluh	470
18	Siwuluh	301
19	Tegalglagah	358
Jumlah		8485

Sumber : PPKH Kabupaten Brebes, 2017

Dalam pelaksanaan PKH, terdapat Pendamping yang merupakan aktor penting dalam mensukseskan program PKH. Pendamping PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan dikontrak kerjanya dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana pendampingan di tingkat kecamatan. Keberhasilan PKH dipengaruhi oleh implementasi pemberdayaan masyarakat miskin dan peran Pendamping. (Evi, 2017). Pendamping PKH bersama sama

dengan mitra kerja pendamping program lainnya (TKSK, TAGANA, PSM) merupakan pendamping sosial Kementerian Sosial sebagai ujung tombak dalam mengawal pelaksanaan berbagai program pengentasan kemiskinan yang dilaksanakan oleh Kementerian Sosial di lapangan yang pelaksanaan tugasnya dikoordinasikan oleh Dinas Sosial/Institusi Sosial daerah. (Pedoman Pelaksanaan PKH , 2017) .

Pendamping PKH menjalankan fungsi fasilitasi, mediasi dan advokasi bagi Peserta PKH dalam mengakses layanan fasilitas kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial, dan memastikan Peserta PKH memenuhi kewajibannya sesuai ketentuan dan persyaratan guna perubahan perilaku keluarga yang lebih baik. Program keluarga harapan yang dilaksanakan di Kabupaten Brebes sudah cukup baik namun program ini tidak terlepas dari masalah atau hal-hal yang tidak sesuai dengan program ini. Seperti yang terjadi di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba, implementasi dari program keluarga harapan belum terlaksana secara optimal. Masalah yang terjadi yaitu mengenai kelayakan peserta bantuan program keluarga harapan. Pada dasarnya program ini dikhususkan kepada masyarakat kurang mampu atau masyarakat sangat miskin. Tetapi yang terjadi, masyarakat mempersoalkan adanya peserta atau calon peserta program keluarga harapan yang dinilai tidak termasuk keluarga miskin, sementara pada saat bersamaan ada masyarakat yang dinilai keluarga kurang mampu sudah tereleminisi sebagai peserta program keluarga harapan. Alasan utama adanya PKH dikarenakan permasalahan kesejahteraan di Kabupaten Brebes yang masih rendah, maka diperlukan komitmen dari Pemerintah. Untuk mengatasi masalah tersebut

Pemerintah perlu memberikan beberapa bantuan program pemberdayaan masyarakat yang bertujuan untuk mengentaskan masalah kemiskinan. Fokus terhadap implementasi PKH di Kabupaten Brebes perlu diupayakan melalui penelitian mengenai kegiatan pelaksanaan program tersebut dengan melihat kendala yang dihadapi serta upaya memberikan solusi dalam menghadapi kendala yang dihadapi. Mengingat PKH merupakan program kebijakan yang dilaksanakan oleh pemerintah yang lintas sektoral maka perlunya melihat secara lebih lanjut implementasi program tersebut yang telah dijalankan selama ini di Kabupaten Brebes. Mengacu pada uraian latar belakang diatas maka diperlukan adanya penelitian lebih lanjut mengenai **“Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes”**.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah disebutkan peneliti mengidentifikasi permasalahan pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Kemiskinan adalah masalah utama yang dihadapi di Jawa Tengah, khususnya di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes.
2. Program Keluarga Harapan merupakan program bantuan bersyarat dari kementerian sosial yang berjalan dari tahun 2011 hingga sekarang sebagai upaya penanggulangan kemiskinan namun belum maksimal dikarenakan Kabupaten Brebes menempati posisi ketiga tertinggi untuk kemiskinan di Jawa Tengah dengan angka kemiskinan 19,14 persen.

3. Peserta PKH terbanyak ada di Kecamatan Bulakamba sebanyak 1.319 peserta namun jumlah tersebut hanya 6,75 persen dari jumlah penduduk Desa Bulakamba tahun 2017 menurut data BPS yaitu sebanyak 18.633 jiwa.
4. Desa Kluwut terletak di jalan pantura Kabupaten Brebes penduduknya bermata pencaharian sebagai nelayan. Kehidupan masyarakat pesisir dan nelayan, dengan potensi Sumber Daya Alam yang memadai seringkali tidak sepadan dengan pendapatan dan kehidupan yang layak.
5. Peserta PKH di tahun 2017 ini mayoritas telah menjadi peserta PKH sejak tahun 2011. Setelah enam tahun kepesertaan para peserta belum mandiri dan masih mengandalkan bantuan PKH dikarenakan lebih banyak peserta yang *non eligible* atau sudah tidak menerima bantuan PKH dikarenakan sudah lulus bangku sekolah, sehingga sudah tidak memenuhi syarat untuk menjadi peserta bukan dikarenakan sudah mampu.
6. Pada dasarnya program ini dikhususkan kepada masyarakat kurang mampu atau masyarakat miskin. Tetapi yang terjadi, masyarakat mempersoalkan adanya peserta atau calon peserta program keluarga harapan yang dinilai tidak termasuk keluarga miskin, sementara pada saat bersamaan ada masyarakat yang dinilai keluarga kurang mampu sudah tereleminasi sebagai peserta program keluarga harapan.

1.3 Cakupan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah yang telah diuraikan diatas, maka perlu dilakukan batasan masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini yaitu

merupakan program bantuan sosial dalam rangka menuntaskan masalah kemiskinan yang dilakukan oleh pemerintah dalam hal ini PKH (Program Keluarga Harapan). Cakupan masalah dalam penelitian ini adalah mencakup mengenai Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes meliputi karakteristik peserta PKH, Mekanisme penyaluran bantuan PKH, kendala serta solusi agar sesuai dengan tujuannya yaitu dalam jangka pendek mengurangi beban peserta PKH dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan melalui peningkatan pendidikan dan kesehatan.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan cakupan masalah yang telah diuraikan, Peneliti merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimanakah karakteristik peserta PKH di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes?
2. Bagaimanakah Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes
3. Bagaimanakah mekanisme penyaluran Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes?

4. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes?
5. Bagaimana solusi atas kendala yang dihadapi dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes?

1.5 Tujuan Penelitian

1. Mendeskripsikan karakteristik peserta PKH di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes.
2. Menganalisis Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes.
3. Menganalisis mekanisme penyaluran Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes.
4. Menganalisis kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes.
5. Menganalisis solusi atas kendala yang dihadapi dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes.

1.6 Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a) Hasil penelitian ini dapat memberi sumbangan pemikiran bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan menjadi bahan informasi untuk aktivitas kajian ilmiah bagi peneliti lain yang relevan.
- b) Hasil penelitian bermanfaat dalam memperkaya referensi tentang profesi pekerjaan sosial yang dimiliki khususnya dalam program keluarga harapan dalam mengurangi angka kemiskinan.

2. Manfaat Praktis

- a) Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi para pemangku kepentingan dalam upaya perumusan program atau alternatif kebijakan yang tepat.
- b) Hasil penelitian dapat menjadi masukan kepada masyarakat luas agar lebih peka dan responsif terhadap permasalahan sosial yang ada.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, DAN KERANGKA BERPIKIR

2.1 Kajian Pustaka

Kajian pustaka terdiri dari teori dan konsep yang dipaparkan untuk menjawab rumusan masalah dan tujuan penelitian ini yang meliputi tinjauan tentang kebijakan publik, implementasi kebijakan, kemiskinan, bantuan tunai bersyarat serta Program Keluarga Harapan (PKH). Kajian yang relevan merupakan suatu bentuk pijakan untuk mendapatkan hasil yang baik dalam sebuah penelitian. Pemaparan hasil penelitian terdahulu membantu peneliti untuk menentukan posisi penelitian yang akan dikaji. Penelitian ini berfokus pada implementasi Program Keluarga Harapan dalam mencapai tujuannya untuk menanggulangi kemiskinan. Penelitian ini sendiri mengambil sampel Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes, yang sebelumnya belum ada penelitian PKH dengan mengambil objek serupa di wilayah tersebut.

Barber, S. L. & Gertler, P. J. (2010) melakukan penelitian berjudul *“Empowering women: how Mexico's conditional cash transfer programme raised prenatal care quality and birth weight”*. Penelitian dilakukan di Meksiko bertujuan untuk melihat apakah pemberian bantuan bersyarat dapat memberikan pengaruh pada peningkatan jumlah pemeriksaan *Antenatal Care (ANC)* atau pemeriksaan kehamilan dan perencanaan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dibandingkan sebelum program ini dijalankan. Hasil penelitian ini

menyatakan bahwa bantuan tunai bersyarat dapat meningkatkan kualitas pemeriksaan kehamilan.

Dedy Utomo, dkk (2011) dalam penelitiannya yang berjudul “Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Purwoasri, Kabupaten Kediri)”. Pelaksanaan Program Keluarga Harapan yang terdapat di Kecamatan Purwoasri ini didasarkan pada tingginya jumlah rumah tangga miskin. Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif. Hasil penelitian diketahui, dalam pelaksanaannya pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) yang dilakukan di Kecamatan Purwoasri Kabupaten Kediri bertujuan untuk memberikan bukti nyata dalam pencapaian tujuan. Hasil evaluasi membuktikan bahwa penerima PKH setiap tahunnya mengalami penurunan. Kesamaannya dengan yang dikaji peneliti saat ini adalah sama-sama mengkaji tentang implementasi kebijakan PKH, namun perbedaannya hanya lokasi penelitiannya berbeda.

Penelitian oleh De Brauw, A. & Peterman, A. (2011) berjudul “*Can conditional cash transfers improve maternal health and birth outcomes?: Evidence from El Salvador's Comunidades Solidarias Rurale*”. Tujuan penelitian adalah menganalisis bantuan tunai dapat meningkatkan kesadaran ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan ANC dan memilih penolong persalinan yang terlatih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program bantuan tunai bersyarat terbukti dapat memberikan peningkatan terhadap kesehatan reproduksi ibu. Peningkatan ini diantaranya dilihat dari indikasi peningkatan pemeriksaan ANC

ibu hamil, perawatan setelah persalinan dan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Penelitian yang dilakukan oleh Habibullah (2011) di Kabupaten Karawang dengan judul “Peran Pendamping pada Program Keluarga Harapan Kabupaten Karawang” yang memberikan kesimpulan bahwa peran Pendamping sangat memberikan peran guna pelaksanaan PKH serta memberikan jaminan bagi penerima manfaat untuk selalu mengakses layanan pendidikan dan kesehatan. Selain itu perlu adanya pemberian *capacity building* bagi para Pendamping PKH dan peningkatan kesejahteraan melalui perbaikan honor yang diberikan. Penelitian dilakukan secara deskriptif. Persamaanya dengan penelitian yang sedang dikaji saat ini adalah sama-sama mengkaji tentang PKH, namun perbedaannya adalah penelitian ini berfokus pada peran Pendamping PKH dalam tugasnya mendampingi Peserta PKH bukan pada implementasi kebijakannya.

Fidyatun, (2012) dengan penelitiannya berjudul “Evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan Di Kabupaten Brebes Tahun 2011. Hasilnya Program Keluarga Harapan (PKH) bidang kesehatan di Kabupaten Brebes sudah berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat dari berjalannya program tersebut dengan baik di Kabupaten Brebes. Meskipun di awal program terjadi beberapa masalah dengan sektor kesehatan, namun sampai saat ini program tersebut sudah semakin baik dan mengalami perkembangan yang signifikan. Penelitian ini dilaksanakan di Dinas Sosial, Tenaga Kerja, dan Transmigrasi (Dinsosnakertrans) Kabupaten Brebes, Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kabupaten Brebes, dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Brebes.

Waktu pelaksanaan penelitian pada bulan Juli-Agustus 2012. Obyek yang diteliti adalah kelembagaan, kepesertaan, pembiayaan, dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Subyek dalam penelitian ini adalah Kepala Dinsosnakertrans, Pemegang program PKH, Dinas Kesehatan, dan Koordinator UPPKH Kabupaten. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu diambil dengan menggunakan *purposive sampling*. Syarat pemilihan informan yaitu yang berhubungan langsung pelaksanaan PKH. Jumlah informan utama ada 3 orang yaitu kepala Dinas Sosial, Tenaga Kerja, dan Transmigrasi (Dinsosnakertrans) Kabupaten Brebes yang diwakilkan oleh sekretaris, Kordinator Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kabupaten Brebes, dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Brebes. Uji validitas yang digunakan adalah triangulasi sumber yang terdiri dari 5 orang yaitu Pendamping PKH , Bidan Desa, dan Kepala Desa.

Penelitian Nainggolan, dkk (2012) berjudul “Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH sebagai bantuan tunai bersyarat merupakan sarana yang efektif untuk menjangkau orang miskin, yang mengalami kerentanan hidup, dan mempengaruhi perilaku keluarganya, serta menunjukkan upaya dinamis untuk mencegah transmisi kemiskinan antar generasi. Penelitian yang dilakukan oleh Nainggolan, dkk menunjukkan bahwa PKH sebagai bantuan tunai bersyarat merupakan sarana yang efektif untuk menjangkau orang miskin, yang mengalami kerentanan hidup, dan mempengaruhi perilaku keluarganya, serta menunjukkan upaya dinamis untuk mencegah transmisi

kemiskinan antar generasi. Tujuh Provinsi yang dijadikan sampel antara lain DKI Jakarta, Gorontalo, Jawa Barat, Jawa Timur, Sumatera Barat, Sulawesi Utara dan Nusa Tenggara Timur. Istilah RTSM merupakan sasaran garap yang diarahkan pada pelaksanaan PKH hingga tahun 2011. Setelah itu sasaran garap lebih menitikberatkan dengan istilah KSM (Keluarga Sangat Miskin) yaitu orang tua (ayah dan ibu) dan anak Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif untuk mengukur dampak dari PKH.

Purwanto, dkk (2013) melaksanakan penelitian berjudul “ Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Memutus Rantai Kemiskinan (Kajian di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto)”. Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara dan pengamatan menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Mojosari ini sudah berjalan dengan cukup baik. Ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang berjalan lancar. Apabila dilihat dari keadaan penerima bantuan PKH tersebut mereka menggunakannya untuk membantu kondisi sosial dan pendidikan anak-anak Keluarga Sangat Miskin, membantu biaya kesehatan & gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari Keluarga Sangat Miskin, serta menyadarkan peserta PKH akan pentingnya layanan pendidikan dan Kesehatan. Penelitian Purwanto menggambarkan dampak program PKH terhadap kondisi kemiskinan khususnya penerima manfaat dari KSM. Adapun kelemahannya adalah belum mampu menggambarkan faktor penunjang dan pendukung dalam implementasi program PKH yang berjalan dengan baik dan upaya-upaya yang dilakukan implemetator program PKH. Kesamaan dengan

peneliti sama-sama mengkaji implementasi program PKH dan perbedaanya peneliti lebih melihat kendala dalam implementasinya.

Rusdarti, (2013) dengan penelitiannya berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah”. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan kemiskinan di Propinsi Jawa Tengah dan menganalisis pengaruh Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), pengangguran, dan belanja publik terhadap kemiskinan. Analisis data menggunakan teknik *Ordinary Least Square* (OLS). Secara grafis menunjukkan fenomena bahwa jumlah penduduk miskin cenderung banyak di Kabupaten dibandingkan Kota di Provinsi Jawa Tengah. Jumlah penduduk miskin paling rendah di Kota Magelang sedangkan jumlah penduduk miskin paling tinggi ada di Kabupaten Brebes. Fenomena yang terjadi adalah tingkat PDRB masing-masing daerah cukup tinggi jika dibandingkan dengan jumlah kemiskinan yang ada. Hal ini merupakan peluang jika daerah mempunyai pertumbuhan ekonomi yang cukup baik maka akan berpengaruh pada penurunan kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah. Ketidakmerataan besarnya perolehan PDRB masing-masing daerah juga masih terlihat, hal ini akan mengindikasikan bahwa potensi masing-masing daerah juga berbeda, sehingga hal tersebut juga akan berpengaruh pada tingkat kemiskinan di daerah tersebut.

Asmawati, (2014) dalam penelitiannya “Evaluasi Pelaksanaan Program Bantuan Langsung Sementara Masyarakat di Yogyakarta Studi di Kelurahan Hargobinangun Kecamatan Pakem, Sleman-Yogyakarta”. Menyatakan bahwa Walaupun pelaksanaan program BLSM telah sesuai dengan sasaran yang dituju,

namun pelaksanaan program masih menimbulkan beberapa catatan diantaranya adalah jumlah bantuan Rp.150.000,- perbulan selama empat bulan tersebut dirasa belum memenuhi kebutuhan rumah tangga miskin, penerima BLSM belum merata, masih terdapat rumah tangga miskin yang belum menerima program BLSM, serta program tersebut tidak memecahkan akar masalah kemiskinan itu sendiri. Persamaan dengan peneliti sama-sama membahas mengenai bantuan langsung yang diberikan oleh Pemerintah namun perbedaannya adalah bantuan yang diteliti kali ini adalah bantuan tunai bersyarat.

Penelitian Usman, (2014) berjudul “Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan (Suatu Studi di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo)”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) yang jelas dapat menyelesaikan kemelaratan. Penelitian ini ditempatkan di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kuantitatif dengan sampel sebanyak 90 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden berpendapat di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo tentang efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) rata-rata di kategori sedang atau moderat, yaitu 46,7% dari 90 responden, sedangkan dalam kategori rendah adalah 23,3% dari responden, dan dalam kategori tinggi hanya sekitar 19,1%, sedangkan untuk penanggulangan kemiskinan rata-rata berada di kategori sedang adalah 48,9% sedangkan pada kategori rendah yaitu 14,4% dari 13 responden dan kategori tinggi sekitar 36,7%. Hasil penelitian ini berhasil menguji hipotesis yaitu

efektivitas program keluarga harapan berpengaruh positif dan signifikan dalam menanggulangi kemiskinan di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo.

Lidiana,dkk (2014) dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Dan Efektifitas Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Partisipasi Pendidikan Di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dan efektifitas Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Partisipasi Pendidikan di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie. Hasil penelitian menunjukkan dana bantuan PKH yang diberikan untuk meningkatkan partisipasi pendidikan di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie adalah telah dilakukan dengan sangat efektif, dimana rata-rata tingkat efektifitas pemberian bantuan PKH dari tahun 2008-2013 mencapai 95,58 persen.

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Putri, (2014) dengan judul “Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Peningkatan Kesehatan Dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM)/KSM Di Umbulharjo Kota Yogyakarta”. Penelitian ini bertujuan, mengetahui pelaksanaan PKH bagi keluarga RTSM/KSM di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta serta mengetahui efektifitas PKH ini dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan pendidikan anak. Penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, yang dirancang untuk mengumpulkan data dan informasi secara mendalam tentang peserta PKH di Kecamatan Umbulharjo, Kota Yogyakarta DIY. Informan dipilih secara purposif dan bukan pada jumlah yang banyak atau acak melainkan lebih pada keterwakilan masalah dan keterhandalan informasi dan observasi terhadap tujuh

peserta PKH sebagai informan. Teknik Analisa Data menggunakan (1) Reduksi data (2) Penyajian data (3) Penyimpulan data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: (1) karakteristik peserta PKH berusia produktif, kualitas pendidikan formal rendah, menganut sistem keluarga besar, dengan kondisi hunian rumah kurang layak, kondisi ekonomi kurang yang ditandai penghasilan rendah; (2) 100% peserta PKH di Kecamatan Umbulharjo adalah RTSM/KSM. (3) Sebanyak 42,86% kondisi keluarga peserta PKH di Kecamatan Umbulharjo berada di bawah Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK) DIY tahun 2014 sebab dalam keluarga RTSM/KSM yang menjadi tulang punggung keluarga adalah perempuan (57.14%); (4) pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Umbulharjo merupakan salah satu program yang efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil, kesehatan keluarga RTSM/KSM, mengurangi beban hidup, dan meningkatkan pendidikan. Pada penelitian Putri ini memiliki persamaan dengan penelitian yang akan diteliti peneliti, yaitu sama-sama membahas mengenai Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH). Teknik analisis yang digunakan juga sama menggunakan pendekatan dekriptif kualitatif. Perbedaannya berada di lokasi penelitian.

Laluhang, (2014) pada penelitiannya yang berjudul “Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kendahe II Kecamatan Kendahe Kabupaten Sangihe”. Salah satu cara yang dilakukan Pemerintah untuk mengatasi masalah kemiskinan adalah dengan memberikan bantuan kepada masyarakat yang kurang mampu atau miskin yang disebut sebagai Bantuan Sosial atau (Bansos), dan salah satunya adalah Program

Keluarga Harapan (PKH). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan yang dilakukan oleh tim pelaksana yaitu unit pengelola PKH kabupaten dan Pendamping dengan bekerja sama dengan Pemerintah Kecamatan dan Pemerintah Desa dalam implementasi kegiatan PKH adalah antara lain: pendataan calon peserta, sosialisasi, pertemuan kelompok, pencairan dana bantuan, pengawasan. Hambatan pelaksanaan yang dihadapi: kendala geografis, kecemburuan sosial, kendala teknis dalam pencairan dana bantuan, dan kurangnya kesadaran peserta dalam melaporkan status kepesertaan. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan Subjek penelitian yaitu Kepala Desa, Sekretaris Desa, Tokoh Masyarakat, masyarakat peserta PKH, dan masyarakat umum. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah menggunakan teknik wawancara, observasi dan dokumentasi. Kesamaan dengan peneliti adalah sama-sama mengkaji mengenai implementasi program PKH dilihat dari kendala yang dihadapi.

Penelitian berikutnya oleh Nurmiza,dkk (2014) berjudul “Implementasi Program Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM) Tahun 2013 di Kelurahan Kampung Baru Kecamatan Tanjung Pinang Barat”. Masalah utama dalam pelaksanaan program BLSM berkaitan dengan basis data yang digunakan sebagai calon penerima merupakan data tahun 2011, masih ditemukannya masyarakat yang mampu namun mendapatkan BLSM, kurangnya koordinasi pelaksana program, serta terjadinya gejolak ditengah masyarakat akibat penerima BLSM yang tidak sesuai dengan sasaran program. Persamaan dengan peneliti adalah sama-sama membahas mengenai bantuan langsung tunai yang diberikan

oleh pemerintah namun perbedaannya adalah bantuan yang diteliti kali ini adalah bantuan tunai bersyarat.

Virgoreta, dkk (2015) dalam penelitiannya yang berjudul “Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat (Studi pada Desa Beji Kecamatan Jenu, Kabupaten Tuban)”. Implementasi program keluarga harapan yang terdapat di Desa Beji ini didasarkan pada tingginya jumlah rumah tangga miskin. Diharapkan implementasi dari Program Keluarga Harapan (PKH) dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang pendidikan dan kesehatan. Implementasi PKH di desa Beji sudah baik, terbukti dari peserta PKH yang memenuhi komitmennya. Karena Pendamping PKH seringkali mengingatkan kepada seluruh peserta PKH untuk selalu memenuhi komitmen dan adanya sanksi yang cukup jelas dan tegas bagi peserta PKH yang tidak memenuhi komitmennya. Hasil penelitian mengenai besaran bantuan yang diterima oleh KSM di Desa Beji yaitu sudah cukup memadai. Dengan bantuan yang diberikan untuk KSM tersebut setidaknya dapat mengurangi beban kebutuhan hidup mereka khususnya terkait dengan kebutuhan pendidikan dan kesehatan bagi KSM di Desa Beji.

Azriah, (2015) dalam penelitiannya berjudul “Evaluasi Dampak Program Keluarga Harapan dalam Upaya Pencapaian *Mellenium a Development Goals* di Desa Jeruklegi Kulon Kecamatan Jeruklegi Kabupaten Cilacap”. Penelitian dilator belakangi adanya program bantuan bersyarat oleh pemerintah berupa Program Keluarga Harapan (PKH) yang diberikan kepada Keluarga Sangat Miskin. PKH tersebut telah berlangsung sejak tahun 2011 sehingga layak untuk

dievaluasi guna mengetahui sejauhmana dampak yang ditimbulkan, pada aspek partisipasi, manajemen, dan kualitas hidup KSM tersebut. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi KSM penerima PKH sebagai kelompok *treatment* dan KSM bukan penerima PKH sebagai kelompok *control*. Penelitian menggunakan metode penelitian kuantitatif. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* untuk kelompok *treatment* sejumlah 64 orang dan kelompok *control* sejumlah 64 orang. Metode pengumpulan data menggunakan kuesioner, observasi, dokumentasi, dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan tingkat partisipasi dan kualitas hidup kelompok *treatment* dengan kelompok *control* di bidang kesehatan. Sedangkan tingkat manajemen kelompok *treatment* jauh lebih baik daripada kelompok *control*, baik dalam bidang kesehatan maupun pendidikan. Maka diharapkan agar pendamping dan tenaga kesehatan terlatih memberikan sosialisasi kembali mengenai pentingnya asupan gizi dan nutrisi seimbang juga pentingnya memeriksakan kandungan agar dapat meningkatkan partisipasi maupun kualitas hidup ibu dan anak di bidang kesehatan. Persamaan dengan peneliti adalah mengkaji tentang pelaksanaan PKH, namun perbedaan yaitu pada penelitian Azriah fokus pada evaluasi program yang sudah berjalan selama 4 tahun di Kabupaten Cilacap.

Debora, Hemi Manongko (2015) dengan penelitiannya yang berjudul “Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Di Kecamatan Belang Kabupaten Minasaha Tenggara”. Data kemudian di analisis menggunakan konsep model implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh Van Meter dan Van

Horn. Hasil penelitian menunjukkan sejak tahun 2011 program keluarga harapan dilaksanakan di Kecamatan Belang, dengan jumlah 20 desa, dan sebanyak 333 peserta PKH menerima bantuan PKH, kesimpulan dari penelitian ini adalah dari proses dan mekanisme yang dijalankan di Kecamatan Belang, terdapat beberapa kendala yang berhubungan dengan mekanisme serta pencairan dana, oleh sebab itu diperlukan kesadaran dari peserta, dan pendamping untuk menjalankan program sesuai dengan ketentuan dan pedoman PKH, serta pemerintah lebih meningkatkan kontrol atau pengawasan bagi jalannya program kerluarga harapan di Kecamatan Belang.

Febrina, Ghina (2016) dalam penelitiannya berjudul “Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Brebes Tahun 2014”. Dalam pelaksanaannya, PKH di Kabupaten Brebes telah memenuhi sebagian besar variabel-variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan namun PKH belum mampu mengurangi angka kemiskinan di Kabupaten Brebes secara signifikan karena dipengaruhi oleh beberapa faktor penghambat yang utama yaitu kualitas SDM peserta PKH yang rendah dan juga terjadinya penyalahgunaan bantuan oleh peserta PKH.

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Suwinta, dan Indah Prabawati (2016) berjudul “Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi PKH di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar kurang berhasil. Hal ini dikarenakan walaupun serangkaian tahapan yang berjalan dengan lancar, sumber daya yang dimiliki meliputi staf, kewenangan, informasi

dan fasilitas maupun kemampuan pelaksana (disposisi) PKH di Desa Maron juga telah memberikan kontribusi pada pelaksanaan PKH dan para pelaksana di Desa Maron juga telah menjalankan tugas sesuai dengan *Standard Operational Procedures* (SOP's) serta melakukan pembagian tata kerjanya dengan baik namun demikian dalam implementasi PKH di Desa Maron masih ditemui kendala antara lain kurang sadarnya Peserta PKH terhadap inti sari PKH dan arti pentingnya PKH bagi kehidupan Peserta PKH, permasalahan *intern* antara Pelaksana Pusat dan Daerah.

Rusmiyati, dkk (2016) melakukan penelitian berjudul “Analisis Kebutuhan Pelayanan Sosial bagi Keluarga Nelayan Miskin”. Kajian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis kebutuhan pelayanan sosial bagi keluarga nelayan miskin Kajian dilakukan di Kabupaten Padang Pariaman, subjek penelitian sebanyak 30 keluarga nelayan miskin dan petugas penyuluh yang mendampingi nelayan. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif. Hasil kajian menunjukkan bahwa kondisi keluarga nelayan miskin di Padang Pariaman memiliki pendapatan rendah di bawah upah minimum regional kabupaten Rp 1.630.000,-, dengan jumlah tanggungan lebih dari tiga orang. Tingkat pendidikan rendah yaitu SD/ sederajatnya. Sebagian besar memiliki rumah diperoleh dari warisan orang tua dan ada yang menumpang di rumah orang tua atau mertua. Kondisi rumah sebagian permanen dan sebagian semi permanen. Berkaitan dengan layanan kesehatan, ketika sebagian besar memanfaatkan fasilitas puskesmas, sebagian berobat ke dokter umum atau mantri kesehatan. Kementerian Sosial agar lebih mengotimalkan peran penyuluh sosial dalam memberi pendampingan dan

pelayanan sosial yang bisa membantu meningkatkan kualitas hidup nelayan, memotivasi dan memberi tambahan keterampilan bagi nelayan dan keluarganya agar kualitas dan kesejahteraan hidup mereka meningkat. Kesamaan dengan penelitisama-sama mengkaji. Kesamaan dengan peneliti yaitu sama-sama menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif meskipun fokus yang diteliti berbeda. Fokus penelitian Rusmiyati adalah kebutuhan pelayanan bagi nelayan miskin. Namun penelitian ini saling berhubungan karena lokasi yang dipilih Peneliti adalah sebagian besar masyarakatnya bekerja sebagai nelayan miskin.

Penelitian berikutnya oleh Riyadi, Slamet (2016) berjudul “Analisis Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Keluarga Sangat Miskin (KSM) Penerima Bantuan (Studi di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah)”. Penelitian ini bertujuan untuk (1) menganalisis implementasi PKH, (2) faktor pendukung, serta (3) menganalisis hambatan implementasi PKH di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah tahun 2011-2014. Tipe penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sumber data berupa hasil wawancara dengan informan, dokumen kepustakaan dan hasil penelitian ilmiah. Informan dipilih dengan sengaja (*purposive*). Teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan studi kepustakaan. Teknik analisis data dengan (1) teknik reduksi data, (2) penyajian data dan (3) penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan (1) implementasi PKH di Kecamatan Gunung Sugih tahun 2011 - 2014 yang meliputi: aspek Input berupa penetapan Rumah Tangga Sasaran (RTS); aspek Proses berupa kegiatan Pertemuan Awal dan validasi, Pembentukan Kelompok, dan Pemutahiran Data; serta aspek Output berupa Verifikasi

Komitmen, dan Penyaluran Bantuan telah berjalan sesuai ketentuan PKH. (2) Faktor pendukung implementasi meliputi; aspek *communication* berupa dukungan kelembagaan PKH yang telah berjalan efektif, aspek *dispotitions* berupa kebijakan alokasi dana *sharing* PKH; serta aspek *resources* berupa komitmen dan kapabilitas implementor program. (3) hambatan implementasi meliputi kendala dalam pelaksanaan penetapan Rumah Tangga Sasaran (RTS) akibat sumber data yang tidak akurat, keterlambatan pelaksanaan kegiatan pemutahiran data akibat tidak terpenuhinya sebagian prasyarat administratif, serta keterlambatan pelaksanaan verifikasi komitmen akibat kinerja oknum petugas pendamping PKH yang kurang optimal. Tipe penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sumber data berupa hasil wawancara dengan informan, dokumen kepustakaan dan hasil penelitian ilmiah.

Hidayatullah, (2016) dalam penelitiannya berjudul “Implementasi Kelembagaan Program Keluarga Harapan Dalam Kebijakan Perlindungan Sosial Bagi Keluarga Miskin (Studi Implementasi Kelembagaan UPPKH di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta)”. Penelitian ini menggunakan teori perangkat kemiskinan dari Chambers yang berisikan beberapa poin yang menyebabkan masyarakat sulit keluar dalam belenggu kemiskinan. Metode yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan model pemilihan sampel secara *purposive sampling*. Jumlah sampel sendiri ditetapkan berjumlah 19 responden yang terdiri atas peserta PKH, Pendamping, dan Pemerintah Desa. Berdasarkan hasil dari temuan yang peneliti dapatkan, bawasannya ketidakefektifan PKH dalam penanggulangan kemiskinan ternyata tidak hanya disebabkan oleh

kelemahan dalam tataran implementasi, melainkan terdapat kelemahan dari sisi peserta yang belum mampu mengoptimalkan bantuan pemerintah dengan optimal. Uang lebih yang mereka peroleh banyak yang mereka alokasikan untuk membayar hutang, biaya sosial, dan juga biaya tidak produktif lainnya. Di sisi lain kapasitas mereka juga belum memadai dalam manajemen bantuan PKH untuk meningkatkan produktivitas ekonomi rumah tangga. Alhasil, hal ini menyebabkan mereka terjerembab dalam perangkap kemiskinan, meski telah mendapat bantuan pemerintah.

Ayal, L Nugrahaningsih, (2016) dalam penelitiannya yang berjudul “Penanganan Kemiskinan Melalui Kelompok Usaha bersama (KUBE) Studi Kasus di Kota Banjarmasin”. Penelitian bertujuan mengetahui dan menggambarkan program penanggulangan kemiskinan melalui Kube, beserta faktor pendukung dan penghambat dalam kegiatan usaha ekonomi produktif. Penelitian ini ditemukan faktor pendukung dan penghambat penanganan kemiskinan melalui Kube. Faktor yang mendukung diantaranya semangat anggota kelompok yang cukup tinggi dalam upaya peningkatan kesejahteraan sosial melalui Kube. Faktor penghambat penanganan kemiskinan melalui Kube: rendahnya tingkat pendidikan anggota kelompok yang menyebabkan kurangnya kemampuan untuk mengelola Kube. Kondisi ini yang mengakibatkan usaha yang dilakukan kurang dapat berkembang, anggota peserta susah memahami hal baru karena terbiasa seperti kondisi sebelumnya, sehingga usaha mereka terbatas dan tidak berani berspekulasi untuk membuka usaha lain. Penelitian ini memiliki kesamaan yaitu merupakan program Pemerintah dalam Percepatan Penanggulangan Kemiskinan yang masuk

pada kluster Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Perbedaannya adalah Kube merupakan kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan usaha mikro dan kecil sedangkan PKH masuk dalam kelompok kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial.

Sahib, (2016) dalam penelitiannya berjudul “Pengaruh Kebijakan Program Keluarga Harapan terhadap Penanggulangan Kemiskinan di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa”. Penelitian ini membahas tentang Program Keluarga Harapan serta pengaruhnya terhadap penanggulangan kemiskinan di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa. Program Keluarga Harapan merupakan salah satu kebijakan Pemerintah untuk mengatasi masalah kemiskinan khususnya pemenuhan kebutuhan kesehatan dan pendidikan dasar bagi anak-anak dari keluarga miskin dan memberikan bantuan dengan persyaratan yang harus dipenuhi peserta sebelum menerima bantuan. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa dan melihat pelaksanaan Program Keluarga Harapan dari segi Prinsip-prinsip ekonomi Islam serta untuk mengetahui apakah Program Keluarga Harapan berpengaruh terhadap penanggulangan Kemiskinan di Kecamatan Bajeng Kab Gowa.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kombinasi (*mix methodes*) guna mengungkapkan fakta yang berkaitan dengan Program Keluarga Harapan dan pengaruhnya terhadap penanggulangan kemiskinan di Kecamatan Bajeng. Untuk mengukur pendapat responden melalui kuesioner mengenai kejadian dan gejala yang mereka alami, maka peneliti menggunakan

teknik skala *Likert*. Analisis data menggunakan analisis statistik deskriptif dan inferensial dengan sistem SPSS serta analisis data melalui observasi dan wawancara untuk memperkuat hasil analisis statistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa berjalan dengan sangat baik. Hal ini ditunjukkan dengan skor rata-rata yang di dapatkan dari item pertanyaan sebesar 224 atau sebesar 82,6% yang menandakan bahwa Program Keluarga Harapan dalam pelaksanaannya menempati kategori sangat tinggi/sangat baik dan dengan melihat kenyataan dilapangan ditemukan bahwa Program keluarga Harapan sesuai dengan prinsip tauhid, prinsip keseimbangan, prinsip khilafah dan prinsip keadilan yang terdapat dalam Prinsip Ekonomi Islam. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa PKH berpengaruh positif dan signifikan terhadap penanggulangan kemiskinan yakni sebesar 38,4% sedangkan 61,6% dijelaskan oleh faktor-faktor lain.

Laoh, Stevianus, dkk (2016) dengan penelitian yang berjudul “Evaluasi Proses Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kelurahan Malalayang Satu Kecamatan Malalayang Kota Manado”. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi dan mendeskripsikan apakah penerima bantuan PKH ini sudah tepat sasaran, dan bagaimana komitmen atau kewajiban yang dilakukan oleh peserta PKH, juga apakah bantuan dana yang diterima oleh peserta PKH digunakan untuk kebutuhan pendidikan dan kesehatan atau untuk kebutuhan lain. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa peserta PKH di Kelurahan Malalayang Satu hampir tepat sasaran berdasarkan 14 kriteria BPS dan Kementerian Sosial, tetapi peserta PKH

kurang menjalankan komitmen berdasarkan PKH, juga bantuan dana yang diterima oleh peserta PKH digunakan untuk kebutuhan lain selain pendidikan dan kesehatan.

Penelitian selanjutnya dilakukan Aminatun, (2017) dengan judul “Peran Keluarga Dalam Peningkatan Kesejahteraan Sosial Anak Melalui Program Keluarga Harapan”. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui peran keluarga dalam peningkatan kesejahteraan sosial anak melalui Program Keluarga Harapan. Sumber data dalam penelitian ini adalah pendamping PKH, KSM sebagai penerima manfaat, aparat Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kabupaten Banjar. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi, dan telaah dokumen. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa PKH mendapatkan respon positif dari KSM penerima manfaat. Kesadaran dan kepercayaan diri KSM terhadap potensi yang dimilikinya telah meningkatkan kemauan dirinya untuk dapat melaksanakan kewajiban sebagai orang tua/keluarga dengan menyekolahkan anak-anaknya, sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara wajar. Berdasarkan hasil penelitian tersebut direkomendasikan kepada Kementerian Sosial RI dalam hal ini Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial untuk mengembangkan program yang mendasarkan pada prinsip bahwa, lingkungan yang terbaik bagi tumbuh kembang anak secara maksimal adalah dalam asuhan dan perlindungan orangtua/keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Maharani, (2017) yang berjudul “Implementasi Kebijakan Distribusi Program Raskin Di Desa Kawengen Kabupaten Semarang”. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi

Program Raskin di Desa Kawengen, menganalisis mekanisme Program Raskin, menganalisis kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Program Raskin di Desa Kawengen, serta menyarankan upaya pelaksanaan Program Raskin ke depannya di Kabupaten Semarang. Pendekatan penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan model deskriptif. Fokus penelitian ini merupakan pokok-pokok kajian pelaksanaan program raskin di Desa Kawengen, Kecamatan Ungaran Timur, Kabupaten Semarang. Teknik penentuan informan penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan kriteria-kriteria informan yang ditentukan oleh peneliti. Penelitian ini menggunakan analisis data model interaktif oleh Miles dan Huberman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi program raskin di Desa Kawengen Kabupaten Semarang belum bisa berjalan dengan optimal seperti yang diharapkan karena ketidaktepatan administrasi yang menyebabkan tersendatnya pembayaran uang HTR. Hal ini mengindikasikan belum sepenuhnya tercapai indikator keberhasilan raskin terkait 6 tepat. Penelitian ini memiliki kesamaan yaitu merupakan program Pemerintah dalam Percepatan Penanggulangan Kemiskinan yang masuk pada kluster Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) Kelompok kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial meskipun obyek yang diteliti berbeda namun metode yang digunakan sama yaitu pendekatan deskriptif kualitatif.

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Evi Rahmawati, Bagus Kisworo, (2017) berjudul “Peran Pendamping dalam Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Program Keluarga Harapan”. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan peran Pendamping, faktor penghambat dan pendukung dalam pendampingan

Program Keluarga Harapan di Kecamatan Semarang Tengah. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, pendamping sebagai subjek penelitiannya. Wawancara, observasi dan dokumentasi sebagai teknik pengumpulan data. Keabsahan data menggunakan triangulasi sumber, metode dan teori. Analisis datanya menggunakan siklus interaktif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendamping memiliki empat peran keterampilan yaitu peran fasilitatif, pendidik, representatif/perwakilan masyarakat, dan teknis. Faktor internal yang menjadi kendala adalah sulitnya peserta untuk mengumpulkan berkas data, dan beradaptasi dengan lingkungan baru pendamping memerlukan waktu lama. Faktor eksternal yang menjadi kendala adalah penginformasian dari pusat sifatnya mendadak, jarak tempuh pendamping ke tempat pendampingan cukup jauh dan lokasi tempat pendampingan yang berada di gang sempit. Faktor pendukung adalah antusiasme penerima bantuan serta sarana yang memadai.

Berdasarkan beberapa penelitian yang telah diuraikan dapat diidentifikasi bahwa penelitian yang dilakukan merupakan penelitian deskriptif tentang pelaksanaan PKH . Hasil penelusuran penelitian terdahulu dapat dilihat bahwa penelitian diatas memiliki perbedaan dalam hal subjek, metode, tempat serta waktu penelitian. Beberapa referensi diatas digunakan Peneliti sebagai referensi dalam menelaah implementasi PKH. Peneliti berharap referensi tersebut diatas dapat membantu dalam menganalisis objek kajian penelitian.

2.2 Kerangka Teoretis

2.2.1 Kemiskinan

Pada umumnya, ketika orang berbicara tentang kemiskinan, yang

dimaksud adalah kemiskinan dalam hal materi. Dalam pengertian ini, maka seseorang dikategorikan miskin apabila tidak mampu memenuhi standar minimum kebutuhan pokok untuk dapat hidup secara layak. Kemiskinan menurut Badan Pusat Statistik (2000) merupakan keadaan dimana seseorang individu atau sekelompok orang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan yang dianggap sebagai kebutuhan minimal dan memiliki standar tertentu. Terkait dengan yang dialami oleh keluarga miskin yang berada di Desa Kluwut Kabupaten Brebes, bahwa kemiskinan sendiri disebabkan oleh beberapa faktor, bisa faktor internal maupun faktor eksternal yang mempengaruhi kemampuannya untuk memanfaatkan tenaga fisik dan mental untuk memenuhi kebutuhan ekonomi diri sendiri dan keluarga tersebut.

Kemiskinan dilihat dari pendekatan kebutuhan dasar sebagai suatu ketidakmampuan (*lack of capabilities*) seseorang, keluarga dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan minimum, antara lain pangan, sandang, papan, pelayanan kesehatan, pendidikan, penyediaan air bersih dan sanitasi. Sedangkan dari pendekatan pendapatan, kemiskinan disebabkan oleh rendahnya penguasaan aset, dan alat-alat produktif seperti tanah dan lahan pertanian atau perkebunan, sehingga secara langsung mempengaruhi pendapatan seseorang dalam masyarakat. Pendekatan ini, menentukan secara standar pendapatan seseorang di dalam masyarakat untuk membedakan kelas sosialnya. Pendekatan kemampuan dasar menilai kemiskinan sebagai keterbatasan kemampuan dasar seperti kemampuan membaca dan menulis

untuk menjalankan fungsi minimal dalam masyarakat. Keterbatasan kemampuan ini menyebabkan tertutupnya kemungkinan bagi orang miskin terlibat dalam pengambilan keputusan. Pendekatan obyektif atau sering juga disebut sebagai pendekatan kesejahteraan (*the weifare approach*) menekankan pada penilaian normatif dan syarat yang harus dipenuhi agar keluar dari kemiskinan. (Sahdan, 2005).

2.2.1.1 Ukuran Kemiskinan

Kemiskinan mempunyai pengertian yang luas dan memang tidak mudah untuk mengukurnya. Pada dasarnya konsep kemiskinan dikaitkan dengan perkiraan tingkat pendapatan dan kebutuhan. Perkiraan kebutuhan hanya dibatasi pada kebutuhan pokok atau kebutuhan dasar minimum yang memungkinkan seseorang untuk dapat hidup secara layak. Bila pendapatan tidak dapat mencapai kebutuhan minimum, maka orang dapat dikatakan miskin. Dengan demikian, kemiskinan diukur dengan membandingkan tingkat pendapatan orang dengan tingkat pendapatan yang dibutuhkan untuk memperoleh kebutuhan dasarnya. Tingkat pendapatan minimum merupakan pembatas antara keadaan miskin dengan tidak miskin atau sering disebut garis batas kemiskinan. Konsep ini dimaksudkan untuk menentukan tingkat pendapatan minimum yang cukup untuk memenuhi kebutuhan fisik terhadap makanan, pakaian, dan perumahan untuk menjamin kelangsungan hidup (Todaro, 2000).

BPS (2009) menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*) Untuk mengukur kemiskinan. Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk

memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Jadi Penduduk Miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan. Sumber data utama yang dipakai adalah data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Modul Konsumsi dan Pengeluaran. Garis Kemiskinan (GK) merupakan penjumlahan dari Garis Kemiskinan Makanan (GKM) dan Garis Kemiskinan Non Makanan (GKNM). Penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita per bulan dibawah Garis Kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk miskin. Garis Kemiskinan Makanan (GKM) merupakan nilai pengeluaran kebutuhan minimum makanan yang disetarakan dengan 2100 kilokalori perkapita perhari. Paket komoditi kebutuhan dasar makanan diwakili oleh 52 jenis komoditi (padi-padian, umbi-umbian, ikan, daging, telur dan susu, sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, minyak dan lemak, dll). Garis Kemiskinan Non Makanan (GKNM) adalah kebutuhan minimum untuk perumahan, sandang, pendidikan dan kesehatan. Paket komoditi kebutuhan dasar non makanan diwakili oleh 51 jenis komoditi di perkotaan dan 47 jenis komoditi di pedesaan.

Wrihatnolo (2007: 158) menyatakan bahwa terdapat dua unit analisis untuk pendataan rumah tangga miskin, yaitu unit wilayah dalam bentuk Satuan Lingkungan Setempat (SLS) berupa Rukun Tetangga atau sejenisnya, serta unit rumah tangga yang ditentukan berdasarkan kriteria Keluarga Miskin Menurut Standar BPS berikut ini :

- a. Luas lantai per anggota rumah tangga/keluarga kurang dari 8 meter persegi.

- b. Jenis lantai rumah berupa tanah/papan dengan kualitas rendah.
- c. Jenis dinding rumah berupa bambu atau papan dengan kualitas rendah.
- d. Fasilitas buang air besar belum ada.
- e. Sumber air minum bukan air bersih.
- f. Penerangan yang digunakan bukan listrik.
- g. Bahan bakar yang digunakan kayu/arang.
- h. Frekuensi makan dalam sehari kurang dari 2 kali.
- i. Tidak memiliki kemampuan membeli daging/susu/ayam dalam seminggu.
- j. Tidak memiliki kemampuan membeli baju baru setiap anggota rumah tangga.
- k. Tidak memiliki kemampuan berobat dipuskesmas/poliklinik.
- l. Lapangan pekerjaan berupa petani gurem, nelayan atau pekebun.
- m. Pendidikan kepala rumah tangga tidak tamat SD atau belum sekolah,
- n. Tidak memiliki asset/barang berharga minimal Rp.500.000.

Wrihatnolo (2007: 159) setelah melalui kajian mendalam berdasarkan uji statistik hasil survei BPS, disimpulkan bahwa hubungan antara 14 variabel kemiskinan dan kemampuan memenuhi kebutuhan kalori dan kebutuhan dasar non-makanan paling representatif menjelaskan garis kemiskinan di Indonesia.

Bank dunia menetapkan ukuran garis kemiskinan untuk Indonesia berdasarkan pendapatan per kapita. Penduduk yang pendapatan per kapitanya kurang dari sepertiga rata-rata pendapatan per kapita nasional termasuk dalam

kategori miskin. Bank Dunia menetapkan garis kemiskinan internasional sebesar 1,25 dollar AS per kapita per hari. Artinya, yang dianggap miskin di dunia ini, di negara manapun individu tersebut berada adalah yang memiliki pendapatan kurang dari 1,25 dollar AS per hari. Hal itu merupakan rata-rata garis kemiskinan dari 15 negara termiskin dari 75 negara yang diikutkan dalam penghitungan, garis kemiskinan sebesar 1,25 dollar AS per kapita per hari dapat dikatakan hanya mengukur kemiskinan dari perspektif negara-negara miskin. Karena itu Bank Dunia juga menetapkan garis kemiskinan internasional sebesar 2 dollar AS per kapita per hari yang merupakan median (nilai tengah) dari garis kemiskinan seluruh negara berkembang (*developing countries*). Garis kemiskinan sebesar 1,25 dollar AS per kapita per hari merupakan revisi atau penyempurnaan terhadap garis kemiskinan internasional yang digunakan Bank Dunia sebelumnya, yakni sebesar 1,08 dollar AS per kapita per hari. Garis kemiskinan sebesar 1,08 dollar AS merupakan hasil revisi terhadap garis kemiskinan sebelumnya: 1 dollar AS per kapita per hari.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menetapkan kriteria untuk mengukur garis kemiskinan berdasarkan tahapan keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera. Indikator pengukuran keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera yaitu:

- a) Keluarga Pra Sejahtera (sangat miskin), adalah keluarga-keluarga yang belum mampu memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, seperti kebutuhan akan spiritual, pangan, sandang, papan dan kesehatan. Pada keluarga prasejahtera, belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indikator berikut:

1. Anggota keluarga melaksanakan ibadah menurut agama masing-masing.
 2. Pada umumnya anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
 3. Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, belanja/sekolah dan bepergian.
 4. Bagian lantai yang terluas bukan dari tanah.
 5. Bila anak sakit atau pasangan usia subur ingin ber-KB dibawah sarana kesehatan.
- b) Keluarga Sejahtera I (miskin), apabila memenuhi lima (5) indikator pada keluarga pra sejahtera dan delapan (8) indikator berikut:
1. Paling kurang sekali seminggu anggota keluarga makan daging/telur/ikan.
 2. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu pasang pakaian baru dalam setahun.
 3. Luas lantai paling kurang 8 m² untuk setiap penghuni rumah.
 4. Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing.
 5. Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan tetap.
 6. Seluruh anggota keluarga usia 10-60 tahun bisa baca tulis latin.
 7. Seluruh anak usia 6-15 tahun bersekolah.
 8. Bila anak lebih dari 2 orang, maka pasangan usia subur harus ber-KB.
- c) Keluarga Sejahtera II, apabila memenuhi indikator keluarga sejahtera I namun karena alasan ekonomi belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indikator berikut:

1. Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama.
 2. Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang atau barang.
 3. Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dimanfaatkan untuk berkomunikasi.
 4. Keluarga ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal.
 5. Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/majalah/radio/televisi.
 6. Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi.
- d) Keluarga Sejahtera III, memenuhi tahapan keluarga sejahtera I dan keluarga sejahtera II namun belum mampu memenuhi indikator berikut:
1. Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial.
 2. Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/insitusi masyarakat.
- e) Keluarga Sejahtera III plus
- Memenuhi tahapan kehidupan keluarga sejahtera I, keluarga sejahtera II, dan keluarga sejahtera III.

2.2.1.2 Jenis –Jenis Kemiskinan

Suharto (2010: 170-180) menyatakan bahwa kemiskinan dapat dikategorikan dalam empat kategori yaitu :

- a. Kemiskinan Absolut, yaitu keadaan miskin yang diakibatkan oleh ketidakmampuan seseorang atau sekelompok orang dalam 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 indikator. Untuk mempermudah pengukuran biasanya dikonversikan dalam bentuk uang (pendapatan atau pengeluaran). Sehingga seseorang atau kelompok yang kemampuan ekonominya dibawah garis kemiskinan, dapat dikategorikan sebagai miskin secara absolut.

- b. Kemiskinan Relatif, yaitu kemiskinan yang dialami individu atau kelompok dibandingkan dengan kondisi umum suatu masyarakat. Jika batas kemiskinan misalnya Rp.100.000 per kapita setiap bulan, maka seseorang yang memiliki pendapatan Rp.125.000 per bulan secara absolut dikategorikan tidak miskin, tetapi jika pendapatan rata-rata masyarakat setempat adalah Rp.200.000 per bulan, maka secara relatif orang tersebut termasuk dalam kategori miskin.
- c. Kemiskinan Kultural, kemiskinan yang mengacu pada sikap, gaya hidup, nilai, orientasi sosial budaya seseorang atau masyarakat yang tidak sejalan dengan etos kemajuan masyarakat modern. Sikap malas, tidak memiliki kebutuhan berprestasi (*needs of achievement*), fatalis, berorientasi ke masa lalu, tidak memiliki jiwa wirausaha merupakan ciri dari kemiskinan dalam kategori kultural.
- d. Kemiskinan Struktural, kemiskinan yang diakibatkan oleh ketidakadilan struktur, baik struktur politik, sosial, maupun ekonomi yang tidak

memungkinkan seseorang atau sekelompok orang menjangkau sumber-sumber kehidupan yang sebenarnya 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, dalam kondisi struktur yang demikian tidak akan mampu melepaskan diri dari belenggu kemiskinannya. Karena aset dan akses terhadap sumber-sumber telah dikuasai oleh segolongan orang tertentu.

2.2.2 Bantuan Tunai Bersyarat

Mekanisme Bantuan Tunai Bersyarat (*Conditional Cash Transfer/CCT*) dilaksanakan dalam bentuk intervensi sebagai instrumen untuk memutus mata rantai kemiskinan merupakan bantuan sosial yang bersifat inovatif dan semakin populer. Pendekatan ini memberikan uang kepada keluarga miskin yang diberikan berdasarkan perilaku tertentu dan dimaksudkan sebagai investasi sumber daya manusia dan diorientasikan sebagai bagian dari strategi penanggulangan kemiskinan. Sebagai contoh adalah menjaga anak-anak untuk tetap bersekolah atau dengan secara rutin memeriksakan ibu hamil dan balita pada pusat layanan kesehatan. Upaya pendekatan ini sangat berbeda dengan bantuan tak bersyarat yaitu dimana bantuan diberikan bagi orang maupun kelompok masyarakat yang didasarkan pada ketentuan atau kriteria tertentu atau hanya diberikan sesuai dengan suatu kondisi dan kriteria yang telah dipersyaratkan sebelumnya.

Habibullah (2011) menyatakan bahwa program CCT ini pertama kali diimplementasikan di sejumlah Negara Amerika latin dan kepulauan Karibia. Meksiko meluncurkan *the Programa de Educación, Saludy Alimentación* (PROGRESA) pada tahun 1997. Brazil memiliki *Programa Nacional de Bolsa Escola dan Programa de Erradicaçao Trabalho Infantil*, (PETI). Kolumbia meluncurkan *the Familias en Acción program* (FA), Honduras the *Programa de Asignación Familiar* (PRAF), Jamaika mengintrodusir *the Program of Advancement through Health an Education* (PATH) dan Nikaragua memperkenalkan *the Red de Protección Social* (RPS). Program serupa bernama India's Janani Suraksha Yojanadi India juga menunjukkan keberhasilannya dalam meningkatkan kelahiran di fasilitas pelayan kesehatan. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa program India's Janani Suraksha Yojanadi telah secara signifikan meningkatkan cakupan ANC di kalangan ibu dari keluarga miskin dan berpendidikan rendah (Lim, Stephen S., *et al.*, 2010). Selanjutnya program CCT ini semakin marak dan berkembang sebagai bentuk perlindungan sosial di berbagai negara.

Bantuan Tunai Bersyarat (CCT) banyak diadopsi dalam beberapa dekade terakhir. Program ini bertujuan memberikan bantuan tunai untuk membiayai kebutuhan saat ini namun penerimaannya mensyaratkan perilaku seperti kehadiran sekolah secara rutin/teratur atau memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar. Program CCT ini dimaksudkan untuk mengurangi kemiskinan saat ini melalui kemanfaatan moneter dan menyentuh secara langsung terhadap kebutuhan riil sebagaimana halnya mereduksi tingkat kemiskinan di masa depan, memperkuat

investasi dalam pendidikan, kesehatan dan pemenuhan kecukupan gizi. Habibullah menjelaskan bahwa pelaksanaan CCT diberbagai Negara selalu diikuti pengukuran dampak. Hasil evaluasi menunjukkan keberhasilan CCT dengan meningkatkan indikator perbaikan kualitas SDM. Indikator ini umumnya sejalan dengan kewajiban yang telah ditetapkan dalam program CCT tersebut.

2.2.3 Program Keluarga Harapan (PKH)

2.2.3.1 Pengertian Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan merupakan program bantuan dan perlindungan sosial yang termasuk dalam klaster pertama strategi penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Program ini merupakan bantuan tunai bersyarat yang berkaitan dengan persyaratan pendidikan dan kesehatan. Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin yang ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat PKH (Pedoman PPKH, 2017). Menurut Ritonga (2009) dalam Laoh (2016) program-program pengentasan kemiskinan sebelum Program Keluarga Harapan dinyatakan tidak signifikan hasilnya oleh berbagai pihak karena cenderung berfokus pada upaya penyaluran bantuan sosial untuk orang miskin dan karena kurangnya pemahaman berbagai pihak tentang penyebab kemiskinan itu sendiri. Sejak tahun 2012, PKH telah menjadi program nasional. Ada dua hal yang menjadikan PKH sebagai program nasional yaitu: pertama, program PKH telah menjangkau seluruh provinsi. Kedua, pelaksanaan PKH dilakukan secara bersama-sama oleh masing-masing kementerian dan lembaga sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-

masing kementerian dan lembaga. Kriteria Peserta PKH adalah keluarga sangat miskin yang memenuhi minimal salah satu syarat berikut:

a. Kriteria komponen kesehatan meliputi:

- 1) Ibu hamil/menyusui
- 2) Anak berusia 0 (nol) sampai dengan 5 (lima) tahun 11 (sebelas) bulan.

b. Kriteria komponen pendidikan meliputi:

- 1) Anak SD/MI atau sederajat
- 2) Anak SMP/MTs atau sederajat
- 3) Anak SMA/MA atau sederajat
- 4) Anak usia 6 (enam) sampai dengan 21 (dua puluh satu) tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 (dua belas) tahun.

c. Kriteria komponen kesejahteraan sosial meliputi:

- 1) Lanjut usia diutamakan mulai dari 70 (tujuh puluh tahun).
- 2) Penyandang disabilitas diutamakan penyandang disabilitas berat.

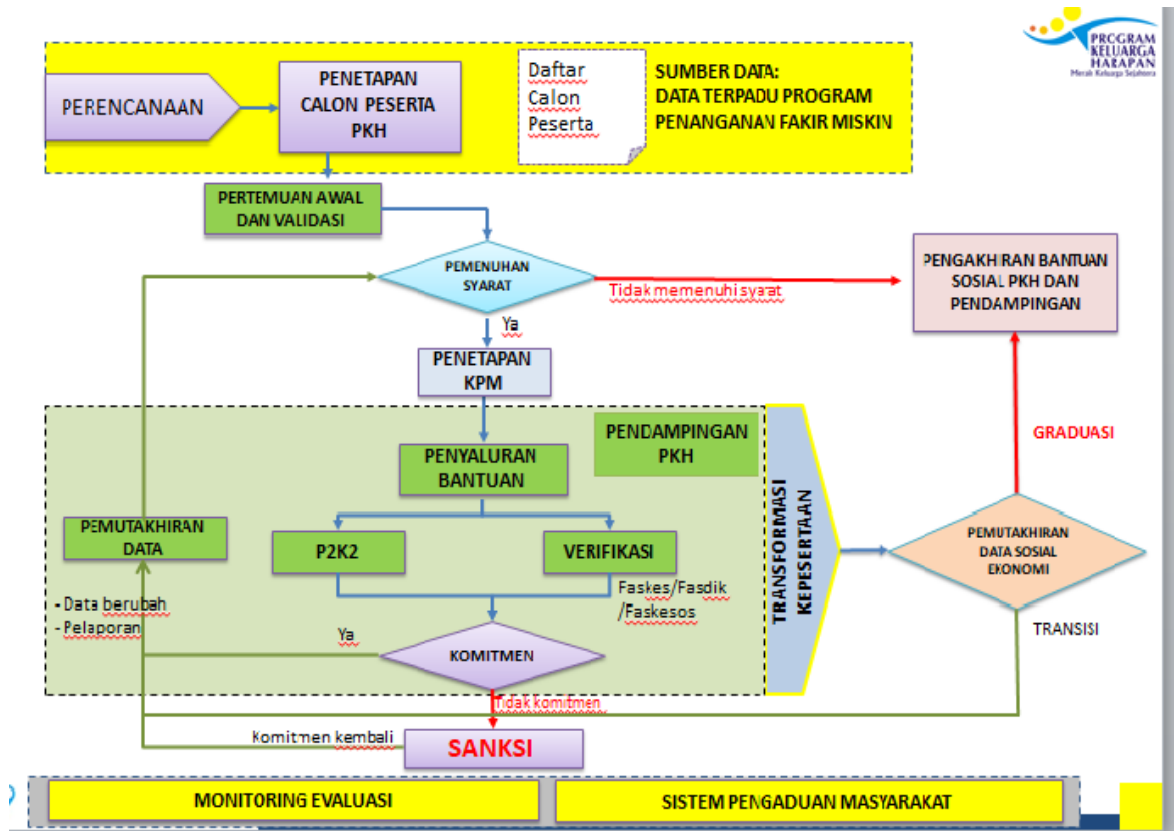
2.2.3.2 Pelaksanaan Program Keluarga Harapan

Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di laksanakan secara berkelanjutan yang dimulai dengan uji coba di 7 Provinsi pada tahun 2007. Ketujuh Provinsi tersebut antara lain Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur (NTT), Sulawesi Utara dan Gorontalo. Pada saat pertama kali diluncurkan di tujuh Provinsi yang telah disebutkan diatas pelaksanaan PKH didasarkan pada kondisi kemiskinan, gizi buruk, tingginya angka putus sekolah dan kesiapan dalam pelayanan kesehatan dan pendidikan. Dalam rangka memperluas cakupan sasaran maka pengembangan pelaksanaan

PKH dilakukan di tingkat kecamatan di Provinsi yang telah melaksanakan PKH. Provinsi Jawa Tengah menjadi peserta PKH tahun 2011 dengan kepesertaan awal terdiri dari 7 Kabupaten yaitu Kabupaten Brebes, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Pemalang, Kabupaten Semarang, Kabupaten Rembang, Kabupaten Wonogiri dan Kabupaten Sragen dimaksudkan untuk menguji instrumen terkait dan diperlukan dalam pelaksanaan PKH, seperti antara lain metode penentuan sasaran, validasi data, verifikasi, persyaratan mekanisme penyaluran, pengaduan masyarakat, proses pendampingan, dan lain-lain. Pada tahun 2012, PKH telah disepakati menjadi Program nasional, dikarenakan PKH telah menjangkau seluruh Provinsi di Indonesia dan Pelaksanaan PKH dilakukan secara bersama-sama oleh masing-masing Kementerian dan lembaga.

Kegiatan PKH merupakan tahapan pelaksanaan PKH yang meliputi berbagai kegiatan yang dilakukan oleh seluruh komponen PKH dari awal ditetapkan suatu lokasi PKH sampai dengan berakhirnya program PKH. Berdasarkan pedoman umum, kegiatan PKH meliputi sebagai berikut:

- a. Penetapan Sasaran (*targeting*)
- b. Pertemuan Awal dan Validasi
- c. Pertemuan Kelompok Peserta PKH
- d. Penyaluran Bantuan
- e. Verifikasi Komitmen
- f. Pemutahiran Data Peserta PKH
- g. Pengaduan



Gambar 2.1 Mekanisme Pelaksanaan Program Keluarga Harapan
Sumber: Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018

Pada pelaksanaan PKH tidak terlepas dari pihak-pihak yang terkait di dalamnya antara lain :

1. Tenaga Ahli adalah sumber daya manusia yang direkrut, diseleksi, dan ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga yang bertanggung-jawab dalam pelaksanaan PKH dan bertugas membantu Direktur yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan PKH mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelaksanaan PKH.
2. Koordinator Wilayah PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut, diseleksi, dan ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan PKH dan bertugas membantu kepala

dinas/instansi sosial provinsi dalam mengoordinir sumber daya manusia PKH di tingkat provinsi.

3. Koordinator Kabupaten/Kota PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut, diseleksi, dan/atau direkomendasikan oleh Dinas/Instansi Sosial dan ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan PKH dan bertugas membantu kepala dinas/instansi sosial kabupaten/kota dalam dalam mengoordinir sumber daya manusia PKH di tingkat kabupaten/kota.
4. Pendamping PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut, diseleksi, dan ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan PKH dan bertugas melaksanakan tugas pendampingan di tingkat kecamatan.
5. Operator PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut, diseleksi, dan ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan PKH dan bertugas mengumpulkan, memverifikasi, mengolah dan mendistribusikan data PKH di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota.

Pada akhirnya implikasi positif dari pelaksanaan PKH harus bisa di buktikan secara empiris sehingga pengembangan PKH memiliki bukti nyata yang bisa dipertanggungjawabkan. Investasi di PKH sebagai investasi jangka panjang pembangunan manusia Indonesia dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pembangunan bangsa dan penanggulangan kemiskinan.

2.2.3.3 Tujuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan PKH tahun 2017 Program Keluarga Harapan bertujuan:

1. Untuk meningkatkan taraf hidup keluarga penerima manfaat melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial.
2. Mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan.
3. Menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian keluarga penerima manfaat dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial.
4. Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan antar kelompok pendapatan.

Program Keluarga Harapan (PKH) dalam jangka pendek memberikan efek pendapatan (*income effect*) kepada keluarga sangat miskin melalui pengurangan beban pengeluaran, dan dalam jangka panjang dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan (*price effect*) keluarga miskin serta memberikan kepastian kepada si anak akan masa depannya (*insurance effect*).

2.2.3.4 Hak dan Kewajiban Peserta PKH

Berikut ini deskripsi mengenai Hak dan Kewajiban Peserta PKH :

1. Hak Peserta PKH
 - a. Menerima bantuan sosial
 - b. Pendampingan sosial

- c. Pelayanan di fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial.
- d. Program bantuan komplementer di bidang pangan, kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya.

2. Kewajiban Peserta PKH

Seluruh anggota Peserta PKH memiliki kewajiban memenuhi komitmen berdasarkan kriteria komponen masing-masing sebagai berikut:

- a. Memeriksa kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan protokol kesehatan bagi ibu hamil/menyusui dan anak berusia 0 (nol) sampai dengan 5 (lima) tahun 11 (sebelas) bulan.
- b. Mengikuti kegiatan belajar dengan tingkat kehadiran paling sedikit 85% (delapan puluh lima persen) dari hari belajar efektif bagi anak usia sekolah wajib belajar 12 (dua belas) tahun.
- c. Mengikuti kegiatan di bidang kesejahteraan sosial sesuai kebutuhan bagi keluarga yang memiliki komponen lanjut usia mulai dari 70 (tujuh puluh) tahun dan/atau penyandang disabilitas berat.

3. Pemenuhan Kewajiban

Pemenuhan kewajiban oleh Peserta PKH akan berdampak pada hak kepesertaan. Peserta yang telah memenuhi kewajibannya akan mendapatkan hak sesuai ketentuan program, sedangkan Peserta PKH yang tidak memenuhi kewajibannya maka bantuan yang diberikan akan ditangguhkan jika anggota PKH tidak memenuhi komitmen yang telah ditentukan minimal 1 bulan dalam siklus penyaluran bantuan, maka dana yang ada di

rekening akan diblokir. Peserta PKH akan dapat menarik dana yang sebelumnya diblokir apabila pada tahap berikutnya memenuhi komitmen dan kepesertaan PKH akan dikeluarkan jika tidak memenuhi komitmen verifikasi yang telah ditentukan untuk 3 kali siklus Penyaluran bantuan (9 bulan berturut-turut) melalui investigasi dalam monitoring dan evaluasi kegiatan dan bantuan yang ada dalam rekening penerima menjadi hak Peserta PKH.

Peserta yang tidak memenuhi kewajiban dikenakan penangguhan dan/atau penghentian bantuan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Peserta PKH terbukti tidak memenuhi kriteria sebagai Peserta PKH, maka dikeluarkan dari kepesertaan PKH
2. Peserta PKH yang telah dikeluarkan kepesertaannya, tidak dapat diajukan kembali sebagai Peserta PKH.
3. Penangguhan program bagi pemerintah Kabupaten/Kota dapat terjadi apabila pemerintah Kabupaten/Kota yang bersangkutan tidak melaksanakan komitmennya yaitu menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan dan pendidikan sebagaimana telah ditetapkan pada saat awal pelaksanaan program melalui proses berikut:
 - a. Terdapat pengaduan terkait pelayanan pendidikan dan kesehatan, seperti ketidak-tersediaan guru, tenaga kesehatan, dan vaksin, hingga melebihi 20% dari total jumlah Peserta PKH di Kabupaten/Kota tersebut dalam waktu 4 bulan berturut-turut

- b. Dalam 3 (tiga) bulan, belum ada penyelesaian terhadap indikasi permasalahan penyediaan pelayanan kesehatan dan pendidikan
- c. Kabupaten/Kota menyatakan keluar dari program.

2.2.3.5 Mekanisme Penyaluran Program Keluarga Harapan (PKH)

Penyaluran Bantuan Sosial PKH adalah pemberian bantuan berupa uang kepada keluarga dan/atau seseorang miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial berdasarkan penetapan pejabat yang menangani pelaksanaan PKH. Penyaluran bantuan diberikan kepada Peserta PKH yang memiliki komponen kepesertaan. Penyaluran bantuan bagi peserta yang ditetapkan pada tahun anggaran sebelumnya dilaksanakan empat tahap dalam satu tahun, sedangkan untuk kepesertaan yang ditetapkan pada tahun berjalan, penyalurannya dilaksanakan dalam satu tahap. Tabel 2.1 menunjukkan indeks bantuan PKH yang diberikan sebanyak empat tahap dalam satu tahun. Nominal tahap satu sampai dengan tahap tiga sebesar Rp 500.000 (Lima Ratus Ribu Rupiah) sedangkan tahap empat sebesar Rp 390.000 (Tiga Ratus Sembilan Puluh Ribu Rupiah). Total bantuan PKH yang diberikan dalam satu tahun sebesar Rp 1.890.000 (Satu Juta Delapan Ratus Ribu Rupiah).

Tabel 2.1 Indeks Bantuan PKH Per Tahap

Uraian	Bantuan Rp. 1.890.000/tahun			
	Tahap 1	Tahap 2	Tahap 3	Tahap 4
Bantuan Komponen Anak SD/MI	Rp.500.000	Rp.500.000	Rp.500.000	Rp. 390.000

Sumber : Pedoman Pelaksanaan PKH, 2017

Bantuan PKH diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Nilai bantuan merujuk Surat Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor 26/LJS/12/2016 tanggal 27 Desember 2016 tentang Indeks dan Komponen Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan Tahun 2017. Surat keputusan ini terdapat perubahan yang tadinya hanya Bantuan sosial bagi kategori di bidang pendidikan dan kesehatan mulai 2017 terdapat tambahan kategori bagi peserta PKH yaitu Bantuan Lanjut Usia dan Bantuan Penyandang Disabilitas.
2. Nilai bantuan bagi kepesertaan yang ditetapkan pada tahun berjalan, menyesuaikan dengan ketersediaan anggaran.
3. Transfer dana dari Kas Negara ke lembaga bayar disalurkan per-tahap dengan mekanisme non tunai.

Tabel 2.2 Indeks Bantuan PKH Per Tahun

No	Komponen Bantuan	Indeks Bantuan (Rp)
1	Bantuan Sosial PKH Komponen Kesehatan dan Pendidikan	1.890.000
2	Bantuan Lanjut Usia	2.000.000
3	Bantuan Penyandang Disabilitas	2.000.000
4	Bantuan Wilayah Papua dan Papua Barat	2.000.000

Sumber : Pedoman Pelaksanaan PKH, 2017

2.2.3.6 Pendamping PKH

Pendamping PKH sangat dibutuhkan sebab sebagian besar Peserta PKH mempunyai kemampuan yang terbatas dalam memperjuangkan hak-haknya. Oleh karena itu, dibutuhkan kegiatan pendampingan yang bertujuan untuk membantu peserta memperoleh haknya sebagai peserta PKH maupun hak lainnya terkait dengan program-program komplementaritas, baik yang diberikan oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah, seperti: RASKIN, BSM (KIP), JKN-Kesehatan (KIS), KUBE, UEP, Rumah Tinggal Layak Huni dan sebagainya. Selain itu Pendamping PKH juga diperlukan untuk membantu tugas-tugas PPKH Pusat/Daerah dalam melakukan identifikasi dan melaporkan segala permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan PKH, serta untuk melakukan tindak lanjut penanganan dan penyelesaiannya dalam waktu singkat.

Pendamping PKH bersama sama dengan mitra kerja pendamping program lainnya (TKSK, TAGANA) merupakan Pendamping Sosial yang bekerja dibawah Kementerian Sosial sebagai ujung tombak dalam mengawal pelaksanaan berbagai program pengentasan kemiskinan yang dilaksanakan oleh Kementerian Sosial di lapangan yang pelaksanaan tugasnya dikoordinasikan oleh Dinas Sosial/Institusi Sosial daerah. (Pedoman Pelaksanaan PKH, 2017). Pendamping PKH menjalankan fungsi fasilitasi, mediasi dan advokasi bagi Peserta PKH dalam mengakses layanan fasilitas kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial, dan memastikan Peserta PKH memenuhi kewajibannya sesuai ketentuan dan persyaratan guna perubahan perilaku keluarga yang lebih baik. Tugas pendamping PKH antara lain melakukan, mensosialisasikan, memvalidasi data peserta PKH,

pengawasan dan mendampingi rumah tangga sangat miskin dalam memenuhi komitmennya (Suryana, 2016). Pendamping PKH direkrut oleh Kementerian Sosial melalui seleksi secara terbuka dengan persyaratan pendidikan minimal Diploma Tiga dan bersedia ditempatkan di lokasi pelaksanaan PKH. Jumlah Pendamping PKH tiap kecamatan ditentukan berdasarkan rasio yang telah ditetapkan dan didasarkan atas 6 (enam) aspek berikut :

1. Kondisi topografi
2. Jumlah desa/kelurahan
3. Jumlah fasilitas pendidikan dan kesehatan
4. Waktu tempuh rata-rata dari Kecamatan ke Desa
5. Waktu tempuh rata-rata ke fasilitas pendidikan dan fasilitas kesehatan
6. Alat transportasi yang digunakan

Berdasarkan rasio tersebut, jumlah dampingan Peserta PKH untuk tiap 1 (satu) orang Pendamping ditetapkan sesuai ketentuan berikut :

1. Kecamatan dengan kategori normal, dengan jumlah 150 hingga 450 Peserta PKH.
2. Kecamatan dengan kategori sulit, dengan jumlah 75 hingga 300 Peserta PKH
3. Kecamatan dengan kategori sangat sulit, dengan jumlah 50 hingga 200 Peserta PKH.

Ketentuan rasio jumlah dampingan bagi Pendamping PKH dapat berubah sesuai dengan kebutuhan. Tugas utama Pendamping PKH adalah melaksanakan seluruh tahapan pelaksanaan PKH yakni pertemuan awal, validasi calon Peserta PKH, pemutakhiran data, verifikasi komitmen kehadiran di layanan pendidikan

dan kesehatan, mengawal penyaluran bantuan, melakukan pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (P2K2), melakukan penanganan pengaduan, membuat laporan serta menyelesaikan permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan PKH di lapangan. Pendampingan komponen kesehatan dan pendidikan, dilakukan dengan ketentuan berikut:

1. Pendamping PKH berkewajiban mengadakan pertemuan kelompok bulanan dengan Peserta PKH dampungannya.
2. Pendamping PKH berkewajiban memastikan bantuan komponen kesehatan dan pendidikan sampai kepada sasaran .

Pendamping PKH berkantor di Sekretariat PPKH Kecamatan yang berada di kantor kecamatan atau tempat lain yang disiapkan oleh Pemerintah Daerah. Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan PKH Tahun 2017 Pendamping PKH memiliki kewajiban :

1. Melaksanakan seluruh ketentuan dan peraturan PKH yang telah ditetapkan sesuai buku pedoman PKH dan kebijakan program.
2. Melakukan koordinasi dengan aparat kecamatan, pemerintahan desa/kelurahan, Unit Pelaksana Teknis (UPT) Pendidikan dan UPT Kesehatan.
3. Berkoordinasi dengan Koordinator Kabupaten/Kota dan bekerjasama dengan Pendamping PKH lain di wilayahnya.
4. Berkoordinasi dan membangun kemitraan dengan unsur-unsur di luar PKH termasuk unsur-unsur berbasis masyarakat dalam rangka pengembangan dan pemberdayaan keluarga peserta PKH di wilayah tugasnya.

5. Melakukan pendampingan kepada Peserta PKH dan memastikan pelaksanaan komitmen kehadiran pada layanan fasilitas pendidikan dan layanan fasilitas kesehatan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
6. Melakukan pendampingan dan advokasi kepada peserta PKH agar bisa memperoleh haknya sebagai peserta PKH maupun untuk mendapatkan hak-hak program komplementaritas, yang meliputi Program Indonesia Pintar (PIP), Program Indonesia Sehat (PIS), Program Simpanan Keluarga Sejahtera (PSKS), dan bantuan beras miskin (RASKIN) serta program penanggulangan kemiskinan, meliputi Kelompok Usaha Bersama (KUBE), Usaha Ekonomi Produktif (UEP), Rumah Tinggal Layak Huni.
7. Bertanggung jawab terhadap capaian target dan kualitas pelaksanaan kegiatan PKH di wilayah kerjanya.

2.2.3.7 Kelembagaan PKH

Kelembagaan PKH terdiri atas Tim Koordinasi Nasional, Tim Koordinasi Teknis, dan Pelaksana Program Keluarga Harapan (Pelaksana PKH) yang dibentuk di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan.

1. Kelembagaan di Tingkat Pusat

Kelembagaan PKH di tingkat pusat terdiri dari:

a. Tim Koordinasi Nasional

Pengarah : Menteri Koordinator bidang Pembangunan Manusia dan
Kebudayaan

Ketua : Menteri Sosial

Anggota Tim Koordinasi Nasional terdiri dari pejabat eselon I kementerian/lembaga yang membidangi urusan pengentasan kemiskinan, pendidikan, kesehatan, anak, keluarga, disabilitas, lanjut usia, data, komunikasi, sebagai berikut:

- a. Kementerian Sosial
- b. Kementerian PPN/Bappenas
- c. Kementerian Kesehatan
- d. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
- e. Kementerian Agama
- f. Kementerian Dalam Negeri

Tugas Tim Koordinasi Nasional antara lain

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

Tim Koordinasi Nasional PKH ditetapkan melalui Keputusan Menteri Sosial.

b. Tim Koordinasi Teknis

Pengarah : Menteri Sosial

Ketua : Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial

Sekretaris : Direktur Jaminan Sosial Keluarga

Anggota Tim Koordinasi Teknis PKH Pusat terdiri dari pejabat eselon II wakil kementerian/lembaga terkait yang membidangi urusan pengentasan, kemiskinan, pendidikan, kesehatan, anak, keluarga, fakir miskin, disabilitas,

lanjut usia, data, komunikasi informasi, publikasi, kerjasama, kelembagaan, perencanaan, keuangan dan audit.

Tim Koordinasi Teknis Pusat bertugas:

- a. Mengkaji berbagai rencana operasional yang disiapkan oleh Direktorat Teknis Pelaksana PKH.
- b. Melakukan koordinasi lintas sektor terkait agar tujuan PKH dapat berjalan baik.
- c. Membentuk Tim Lintas Sektor yang terdiri dari perwakilan kementerian/lembaga terkait.
- d. Tim Lintas Sektor bertugas menentukan sasaran Peserta PKH.
- e. Melakukan pengawasan pelaksanaan PKH.

c. Tim Pelaksana PKH di Pusat

Pelaksana Program Keluarga Harapan pusat adalah Direktorat Jaminan Sosial Keluarga, Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial Republik Indonesia.

Tugas Pelaksana PKH Pusat antara lain

- a. Melaksanakan seluruh kebijakan pelaksanaan PKH meliputi penetapan sasaran, validasi, terminasi, bantuan sosial, kepesertaan dan sumber daya;
- b. Memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana;
- c. Menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH;
- d. Membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak untuk perluasan dan penyempurnaan program;
- e. Melakukan pemantauan dan pengendalian kegiatan PKH;

- f. Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan PKH kepada Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial.

2. Kelembagaan PKH di Daerah

Kelembagaan PKH di daerah terdiri dari Tim Koordinasi Teknis Provinsi, Tim Koordinasi Teknis Kabupaten/Kota, Pelaksana PKH Kabupaten/Kota, dan Pelaksana PKH Kecamatan.

a. Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi

Susunan Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi terdiri atas:

Pembina : Gubernur

Ketua Tim Pengarah : Sekretaris Daerah Provinsi

Ketua : Kepala Bappeda Provinsi

Sekretaris : Kepala Dinas/Instansi Sosial Provinsi

Anggota tim terdiri dari,

- a) Kepala Dinas/Instansi Pendidikan
- b) Kepala Dinas/Instansi Kesehatan
- c) Kepala BPS Provinsi
- d) Kepala BPS Provinsi
- e) Kepala Kantor Wilayah Kementerian Agama
- f) Kepala Dinas/Instansi Komunikasi dan Informatika
- g) Kepala Dinas/Instansi Tenaga Kerja
- h) Kepala Dinas/Instansi Kependudukan dan Catatan Sipil
- i) Lembaga lain yang dianggap sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah

Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi bertugas:

- 1) Menyusun program dan rencana kegiatan PKH.
- 2) Memastikan komitmen penyediaan anggaran penyertaan kegiatan PKH.
- 3) Melakukan koordinasi dengan satuan kerja perangkat daerah terkait dan instansi/lembaga vertikal di provinsi.

b. Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota

Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota dibentuk untuk memastikan persiapan dan pemenuhan tanggung jawab Kabupaten/Kota terhadap pelaksanaan PKH. Tim Koordinasi Kabupaten/Kota diperlukan untuk mendorong partisipasi pemberi pelayanan dan menyelesaikan masalah pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terkait dengan pelaksanaan program di tingkat Kabupaten/Kota.

Susunan Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota terdiri atas:

Pembina : Bupati/Walikota sebagai

Ketua Tim Pengarah : Sekretaris Daerah Kab/Kota

Ketua : Kepala Bappeda Kabupaten/Kota

Sekretaris : Kepala Dinas/Instansi Sosial Kabupaten/Kota

Anggota tim terdiri dari:

- a) Kepala Dinas/Instansi Pendidikan
- b) Kepala Dinas/Instansi Kesehatan
- c) Kepala BPS Kabupaten/ Kota
- d) Kepala Kantor Wilayah Kementerian Agama
- e) Kepala Dinas/Instansi Komunikasi dan Informatika

- f) Kepala Dinas/Instansi Tenaga Kerja
- g) Kepala Dinas/Instansi Kependudukan dan Catatan Sipil
- h) Lembaga lain yang dianggap sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah.

Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota bertugas:

- 1) Menyusun program dan rencana kegiatan PKH Kabupaten/Kota.
- 2) Berkomitmen terhadap penyediaan anggaran penyertaan kegiatan PKH.
- 3) Penyediaan fasilitas layanan pendidikan dan kesehatan.
- 4) Melakukan koordinasi dengan satuan kerja perangkat daerah terkait dan instansi/lembaga vertikal di kabupaten/kota.
- 5) Melakukan pemantauan dan pengendalian kegiatan PKH.
- 6) Menyelesaikan masalah yang timbul dalam pelaksanaan PKH dilapangan.
- 7) Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan PKH kepada kepala daerah, kepada pelaksana PKH provinsi dan pelaksana PKH Pusat.

3. Pelaksana PKH Daerah

Pelaksana PKH daerah dilakukan oleh dinas/instansi sosial tingkat provinsi dan kabupaten/kota yang membidangi bantuan sosial, perlindungan dan jaminan sosial. Pelaksana PKH Daerah terdiri atas Pelaksana PKH Provinsi, Pelaksana PKH Kabupaten/Kota, dan Pelaksana PKH Kecamatan.

a. Pelaksana PKH Provinsi

Pelaksana PKH Provinsi adalah Dinas/Instansi Sosial terdiri atas:

Kepala Dinas sebagai Pengarah, Kepala Bidang Dinas Sosial penanggung jawab PKH selaku Ketua Pelaksana PKH. Sekretaris merupakan Kepala Seksi Bantuan dan Jaminan Sosial. Anggota tim adalah staf Dinas Sosial yang bertanggung

jawab pada bidang: Data Keluarga Miskin, Sistem Pengaduan Masyarakat, Penyaluran bantuan, Verifikasi dan Monitoring Evaluasi

Pelaksana PKH Provinsi bertugas:

- a) Bertanggung jawab dalam penyediaan informasi dan sosialisasi PKH di kabupaten/kota;
- b) Melakukan supervisi, pengawasan, dan pembinaan terhadap pelaksanaan PKH di kabupaten/kota;
- c) Memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana;
- d) Menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH;
- e) Membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan PKH;
- f) Melaporkan secara berkala capaian pelaksanaan PKH di kabupaten/kota kepada pelaksana Pusat.

b. Pelaksana PKH Kabupaten/Kota

Pelaksana PKH Kabupaten/Kota adalah Dinas/Instansi Sosial terdiri atas:

Kepala Dinas sebagai Pengarah, Ketua Pelaksana PKH adalah Kepala Bidang Urusan Bantuan dan Jaminan Sosial, Sekretaris adalah Kepala Seksi Bantuan dan Jaminan Sosial, Koordinator Kabupaten Kota, Pendamping dan Operator.

Pelaksana PKH Kabupaten/Kota bertugas:

- a) Bertanggung jawab dalam penyediaan informasi dan sosialisasi PKH di kecamatan.
- b) Melakukan supervisi, pengawasan, dan pembinaan terhadap pelaksanaan PKH di kecamatan.

- c) Memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana.
- d) Menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH.
- e) Membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan PKH.
- f) Melaporkan pelaksanaan PKH kabupaten/kota kepada pelaksana PKH pelaksana Pusat dengan tembusan kepada Pelaksana PKH provinsi.

c. Pelaksana PKH Kecamatan

Tim Koordinasi Teknis PKH Kecamatan dibentuk untuk memastikan persiapan dan pemenuhan tanggung jawab Kecamatan terhadap pelaksanaan PKH. Tim Koordinasi Kecamatan diperlukan untuk mendorong partisipasi pemberi pelayanan dan menyelesaikan masalah pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terkait dengan pelaksanaan program di tingkat kecamatan. Pelaksana PKH Kecamatan adalah Pendamping PKH yang bertugas di kecamatan dan berkoordinasi dengan camat sebagai Pengarah. Pelaksana adalah seksi yang membidangi kesejahteraan sosial, bantuan sosial, perlindungan sosial dan atau jaminan sosial. Jika dalam satu wilayah kecamatan terdapat lebih dari satu pendamping, maka wajib ditunjuk salah seorang dari pendamping untuk menjadi Koordinator Pendamping tingkat kecamatan. Pelaksana PKH Kecamatan bertugas:

- 1) Bertanggung jawab dalam penyediaan informasi dan sosialisasi PKH di kelurahan/desa/nama lain.
- 2) Melakukan kegiatan pendampingan PKH di kelurahan/desa.
- 3) Memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana.

- 4) Menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH
- 5) Membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan PKH
- 6) Melaporkan pelaksanaan PKH kepada pelaksana PKH kabupaten/kota.
(Pedoman Pelaksanaan PKH, 2017)

2.2.4 Kebijakan Publik

Nugroho (2009: 51-52) 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, sosial dan kultural tempat kebijakan itu sendiri berada. Kebijakan publik merupakan bentuk dinamika tiga dimensi kehidupan setiap Negara bangsa yaitu dimensi politik, dimensi hukum dan dimensi manajemen.

Lingkup dari studi kebijakan publik sangat luas karena mencakup berbagai bidang dan sektor seperti ekonomi, politik, sosial, budaya, hukum, dan sebagainya. Disamping itu dilihat dari hirarkinya kebijakan publik dapat bersifat nasional, regional maupun lokal seperti undang-undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, Peraturan Pemerintah Daerah/Provinsi, Keputusan Gubernur, Peraturan Daerah Kabupaten/Kota dan Keputusan Bupati/Walikota. Secara umum, istilah kebijakan atau *policy* dimaknai sebagai perilaku seorang aktor (pejabat, suatu kelompok, atau suatu lembaga pemerintah) atau sejumlah aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu.

Salah satu fungsi politik adalah untuk membuat kebijakan dan kebijakan ada karena 2 faktor yaitu; adanya masalah sosial dan adanya pergantian kekuasaan

yang megakibatkan kebijakan pun berubah-ubah. Kebijakan dapat diwujudkan dengan cara; Pembuatan Peraturan UU, Perencanaan Kegiatan, Aneka intervensi terhadap ekonomi/sosial masyarakat. Karena kebijakan itu merupakan tindakan dan keputusan pemerintah maka kebijakan tersebut dicirikan dengan kekuasaan yang didominasi oleh pemerintah serta sesuai hukum dan wewenang pemerintah. Kebijakan (*policy*) adalah sebuah instrumen pemerintahan, bukan saja arti dalam *government* yang hanya menyangkut aparatur negara, melainkan pula *governance* yang menyentuh pengelolaan sumberdaya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendisbusian sumberdaya alam, finansial dan manusia demi kepentingan publik, yakni rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga negara. Banyak sekali definisi mengenai kebijakan publik sebagian besar ahli memberi pengertian kebijakan publik dalam kaitannya dengan keputusan atau ketetapan pemerintah untuk melakukan suatu tindakan yang dianggap akan membawa dampak baik bagi kehidupan warganya.

Kebijakan publik pada akhirnya menyangkut pencapaian tujuan publik. Artinya, kebijakan adalah seperangkat tindakan pemerintah yang didesain untuk mencapai hasil-hasil tertentu yang diharapkan oleh publik sebagai konstituen pemerintah. Proses kebijakan harus mampu membantu para pembuat kebijakan merumuskan tujuan-tujuan. Sebuah kebijakan tanpa tujuan tidak memiliki arti, bahkan tidak mustahil akan menimbulkan masalah baru. Misalnya, sebuah kebijakan yang tidak memiliki tujuan yang jelas, program-program akan diterapkan secara berbeda-beda, strategi pencapaiannya menjadi kabur, dan akhirnya para

analisis akan menyatakan pemerintah telah kehilangan arah (Suharto, 2010). Program Keluarga Harapan (PKH) berdasarkan penjelasan tersebut, merupakan kebijakan publik dalam rangka program pengentasan kemiskinan di Indonesia.

PKH merupakan Program perlindungan sosial dalam pelaksanaannya lebih didasarkan pada pendekatan berbasis hak dimana pendekatan ini lebih memperhatikan hubungan antara proses-proses makro ekonomi dan strategi-strategi pengurangan kemiskinan yang menekankan pentingnya investasi sosial dalam mencegah dan mengurangi kemiskinan. Manfaat dengan pendekatan ini adalah sesuai dengan pembangunan nasional maupun internasional yang semakin dituntut untuk memperhatikan hak asasi manusia. Dalam pendekatan berbasis hak inilah PKH memainkan peranan tujuan yang jelas sesuai dengan pencapaian MDGs dengan memberikan pesan secara jelas tentang kebijakan pembangunan sosial dimana kebijakan sosial terutama di Indonesia masih menghadapi tantangan yang cukup besar dikarenakan Indonesia masih masuk sebagai negara berkembang dimana tantangan sosial masih cukup besar untuk diselesaikan. Melalui PKH inilah diharapkan dapat menyelesaikan dan menuntaskan hak-hak dasar masyarakat miskin terutama dalam bidang pendidikan dan kesehatan. Salah satu penyebab kurang efektifnya program pengentasan kemiskinan adalah karena secara umum program tersebut dilakukan secara sektoral, parsial dan kurang melibatkan berbagai pihak terkait. Sebagai solusi untuk mengatasi hal tersebut maka Program Keluarga Harapan (PKH) menjadi salah satu program kemiskinan yang bersifat multi sektoral dan melibatkan berbagai pihak. PKH menjadi senjata bagi program pengentasan kemiskinan oleh pemerintah karena telah melibatkan

berbagai pihak sehingga secara sinergi dapat mengurangi dan memutus mata rantai kemiskinan. PKH yang lebih cenderung bersifat *social security* atau perlindungan sosial bagi ibu hamil, anak-anak dan pendidikan.

2.2.5 Implementasi Kebijakan Publik

Berikut pendapat-pendapat ahli tentang konsep implementasi kebijakan publik: Pendapat *pertama*, oleh Nugroho (2009: 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 langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan tersebut.

Pendapat *kedua*, oleh Widodo (2001: 191) menyatakan implementasi kebijakan adalah:

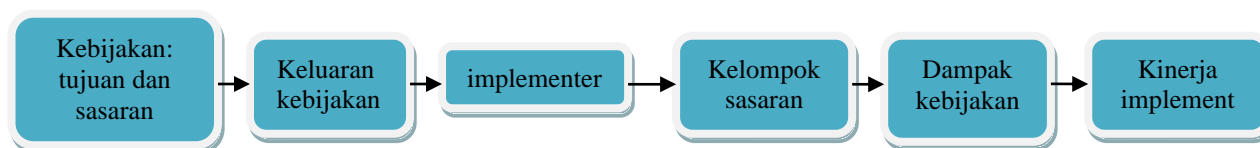
Sebuah kebijakan publik yang telah disahkan tidak akan bermanfaat apabila tidak diimplementasikan. Hal ini disebabkan karena implementasi kebijakan publik berusaha mewujudkan kebijakan publik yang masih bersifat abstrak ke dalam realitas nyata. Dengan kata lain, pelaksanaan kebijakan publik berusaha menimbulkan hasil (*outcome*) yang dapat dinikmati terutama oleh kelompok sasaran (*target groups*).

Pendapat *ketiga*, oleh Purwanto (2012: 21) menyatakan bahwa:

Implementasi kebijakan publik adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh para implementer kepada kelompok sasaran (*target group*) sebagai upaya untuk mewujudkan tujuan kebijakan.

Berdasarkan pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan publik yang dimaksud adalah suatu proses yang melibatkan sejumlah sumber yang didalamnya termasuk manusia, dana, dan kemampuan

organisasional, baik oleh pemerintah maupun swasta (individu atau kelompok), untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya oleh pembuat kebijakan.



Gambar.2.2 Proses Implementasi Kebijakan
Sumber: Purwanto (20012: 72)

Subarsono, (2016), mengemukakan bahwa kebijakan mengandung unsur formulasi, implementasi dan evaluasi. Namun dari ketiga unsur tersebut tahapan implementasi adalah tahapan yang paling menentukan keberhasilan dari suatu kebijakan dimana implementasi merupakan proses pelaksanaan suatu kebijakan. Adapun indikator implementasi/pelaksanaan kebijakan adalah: 1) penyiapan sumber daya, unit pelaksana dan metode; 2) penerjemahan kebijakan menjadi rencana dan arahan yang dapat diterima dan diajukan, 3) penyediaan layanan, pembayaran dan hal lain secara rutin. Dengan melihat teori tersebut, maka dalam pelaksanaan kebijakan Program Keluarga Harapan peneliti menetapkan indikator sebagai berikut:

1. Peran pendamping sebagai sumber daya/pelaksana PKH yang terjun langsung dalam masyarakat.
2. Proses pendataan yaitu verifikasi dan pemutakhiran data yang dilakukan secara rutin sebagai metode yang dilakukan untuk mendukung terlaksananya kebijakan.
3. Kemudahan akses pelayanan dasar berupa pelayanan pendidikan dan kesehatan.
4. Penyaluran bantuan/pembayaran

5. Perubahan pola pikir Peserta PKH terhadap pentingnya pendidikan dan kesehatan.

2.2.6 Implementasi Kebijakan Model Edward

Nugroho (2008: 503-515) menyatakan bahwa, untuk memahami implementasi sebuah kebijakan, terdapat sembilan model implementasi kebijakan yang dapat dijadikan dasar teori yaitu model Edward, Van Mater dan Van Horn, Mazmania dan Sabatier, Hogwood dan Gunn, Goggin, Grindle, Elmore dan Model Jaringan.

Penelitian ini menggunakan model yang dikemukakan oleh George C. Edwards. Model ini mengajukan empat variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan sebuah implementasi kebijakan. Empat faktor tersebut adalah faktor komunikasi (*communication*), sumber-sumber (*resources*), kecenderungan-kecenderungan atau tingkah laku-tingkah laku (*dispotitions*), serta struktur birokrasi (*bureaucratic stucture*). Empat faktor tersebut bekerja secara simultan dan berinteraksi satu dengan yang lain untuk membantu atau menghambat implementasi kebijakan.

1. Komunikasi (*Communication*)

Edwards membahas tiga hal penting dalam proses komunikasi kebijakan yaitu transmisi, konsistensi dan kejelasan. Transmisi berkaitan dengan bagaimana meneruskan putusan kebijakan terhadap personil sebelum putusan-putusan tersebut dapat diikuti. Jika kebijakan ingin diimplementasikan sebagaimana mestinya, maka petunjuk-petunjuk pelaksana harus jelas dan dapat difahami. Jika petunjuk pelaksana tidak jelas, maka implementor akan

kebingungan dengan apa yang akan dilakukan. Beberapa hambatan dalam proses transmisi meliputi pertentangan pendapat antara para pelaksana dengan perintah yang dikeluarkan 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 instruksi-instruksi kebijakan. Ketidak jelasan pesan dalam komunikasi 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. Perintah yang konsisten akan menghindari parapelaksana kebijakan mengambil tindakan longgar dalam menafsirkan dan mengimplementasikan kebijakan. Lebih lanjut, Edwards menjelaskan bahwa semakin banyak yang harus 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. Dalam pelaksanaan PKH komunikasi penting perannya dalam menyampaikan segala informasi yang berkaitan dengan program terlebih program ini merupakan program dari pemerintah pusat yang membutuhkan suatu bentuk penyampaian informasi yang baik hingga sampai kepada lapisan yang paling bawah.

2. Sumber-Sumber (*Resources*)

Sumber-sumber yang dimaksud meliputi staf yang memadai, dan keahlian yang baik untuk melaksanakan tugas-tugas mereka, wewenang dan

fasilitas untuk menterjemahkan usul-usul di atas kertas guna melaksanakan pelayanan 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 terhambat. Dalam implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumber daya baik sumber daya manusia, material, dan metoda. Program Keluarga Harapan yang menjadi proyek dari Pemerintah Pusat tentunya membutuhkan sumber daya yang sangat besar, terlebih lagi program ini menjadi program nasional yang sudah dilaksanakan diseluruh wilayah Indonesia.

Sumber selanjutnya adalah informasi. Informasi mempunyai dua bentuk, yaitu informasi mengenai bagaimana melaksanakan suatu kebijakan atau petunjuk pelaksana, dan kedua adalah informasi tentang ketaatan personil-personil terhadap peraturan. Sumber berikutnya adalah wewenang. Misalnya mengeluarkan surat panggilan, mengeluarkan perintah, memberikan sanksi serta menyediakan dana. Sumber yang terakhir adalah fasilitas. Fasilitas menurut Edwards dapat berupa fasilitas fisik, seperti bangunan, buku-buku atau perlengkapan lain yang mendukung implementasi sebuah kebijakan.

3. Kecenderungan-Kecenderungan (*Dispotitions*)

Faktor disposisi lebih menitikberatkan pada sikap dan perilaku dari implemetor, kebijakan atau program akan berjalan dengan baik apabila implementor memiliki sikap dan komitmen sesuai dengan pembuat kebijakan. Implementor dalam Program Keluarga Harapan meliputi Dinas Sosial Kabupaten Brebes, PPKH Kabupaten, PPKH Kecamatan dan peserta PKH.

Kebijakan akan berjalan efektif jika mendapat dukungan dari para pelaksana kebijakan, sebaliknya sebuah kebijakan akan mengalami kendala dalam implementasi jika pelaksana kebijakan tidak mendukung kebijakan tersebut. Salah satu cara untuk mendapat dukungan pelaksana kebijakan adalah dengan memberikan insentif terhadap pelaksana kebijakan.

4. Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*)

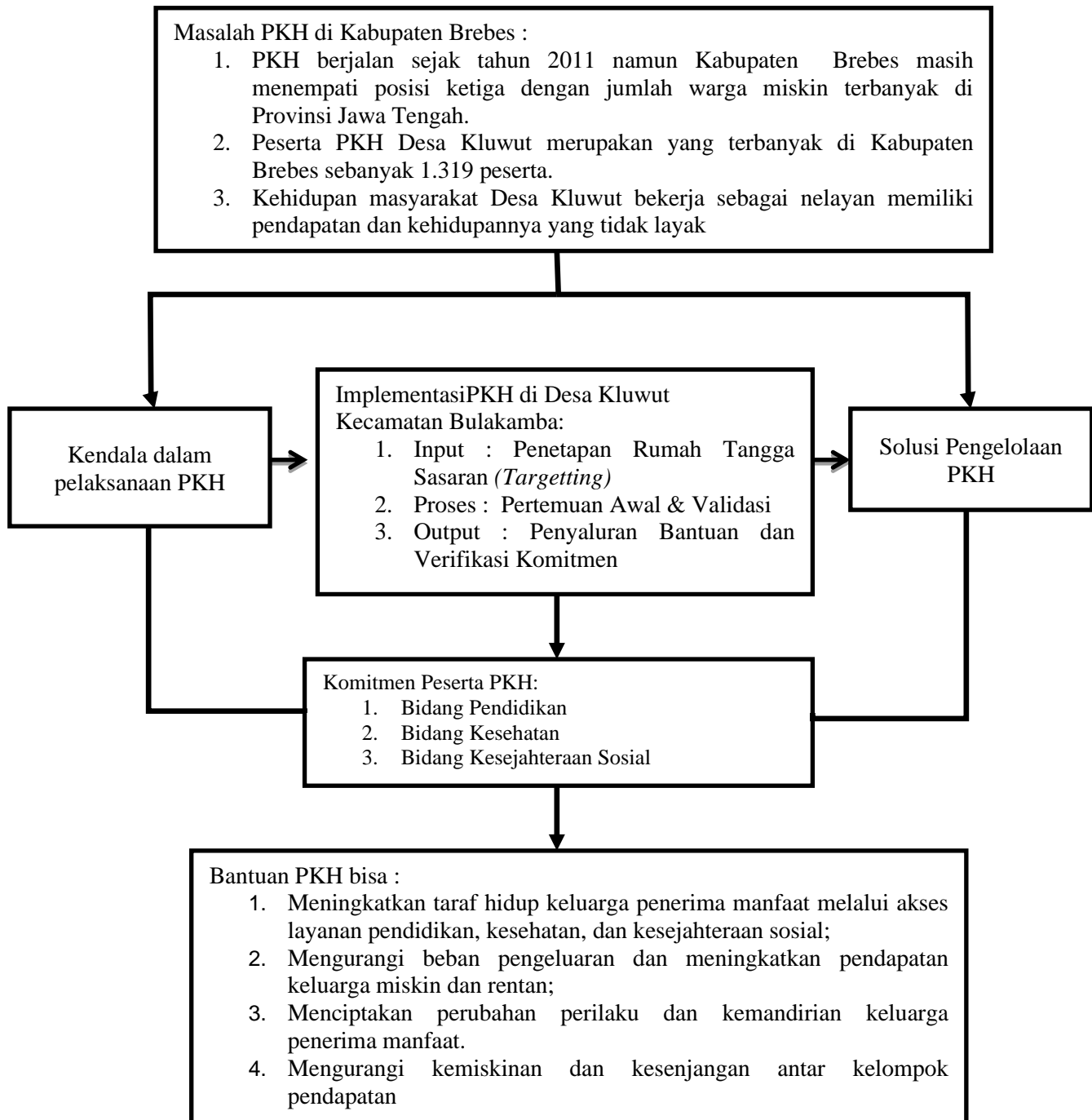
Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi menurut Edwards memiliki dua karakter yaitu prosedur-prosedur kerja, ukuran-ukuran dasar atau Standar Operasional Prosedur (SOP) dan fragmentasi birokrasi. SOP menjadi sebuah pedoman bagi implementor dalam bertindak. Struktur birokrasi menjadi bagian penting dalam sebuah organisasi yang memberikan perbedaan tugas pokok, fungsi, dan wewenang. Sama halnya dengan organisasi, Program Keluarga Harapan juga memiliki struktur birokrasi mulai dari Pemerintah Pusat sampai pada unit paling akhir yaitu PPKH Kecamatan.

Peneliti memutuskan untuk menggunakan model implementasi kebijakan Edward sebagai panduan dalam penelitian. Penelitian ini akan memfokuskan kajian pada empat indikator keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan sesuai pendapat Edward yang meliputi aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

2.3 Kerangka Berpikir

Kerangka pemikiran teoritis merupakan alur pemikiran suatu teori yang diambil oleh penulis dan dianggap relevan dengan fokus penelitian dalam upaya

menjawab masalah-masalah yang ada pada rumusan masalah tersebut. Pemikiran awal yang melandasi penelitian ini adalah fakta masih tingginya angka kemiskinan di Kabupaten Brebes khususnya di Kecamatan Bulakamba. Dalam penelitian ini meneliti Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes dengan menggunakan implementasi kebijakan model Edward. Model ini mengajukan empat variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan sebuah implementasi kebijakan. Empat faktor tersebut adalah faktor komunikasi (*communication*), sumber-sumber (*resources*), kecenderungan-kecenderungan atau tingkah laku-tingkah laku (*dispotitions*), serta serta struktur birokrasi (*bureaucratic stucture*).Proses implementasi PKH meliputi kegiatan penetapan sasaran (*targeting*), pertemuan awal dan validasi, pembentukan kelompok peserta, penyaluran bantuan, verifikasi komitmen dan pemutahiran data peserta PKH. Selain siklus tersebut, terdapat beberapa kegiatan pendukung yang turut mempengaruhi implementasi PKH, kegiatan tersebut meliputi koordinasi dan sosialisasi, rapat koordinasi tingkat kabupaten dan kecamatan.



Gambar 2.3 Kerangka Berfikir

BAB X

PENUTUP

10.1 Simpulan

Berdasarkan pengumpulan data dan analisis yang telah dilakukan, maka penelitian berjudul “Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes” dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik Peserta PKH Desa Kluwut dilihat dari usia Peserta PKH paling banyak berada pada kisaran usia 31–40 tahun. Pada umumnya dikisaran usia 31-40 tahun wanita sudah menikah dan memiliki anak begitu juga dengan Peserta PKH yang kebanyakan di usia tersebut sudah berkeluarga dan memiliki anak sesuai dengan yang dikategorikan sebagai syarat menjadi Peserta PKH baik komponen kesehatan maupun komponen pendidikan. Dilihat dari tingkat pendidikan sekitar 76,70 persen Peserta PKH berpendidikan setara SD/MI. Hal ini dikarenakan keterbatasan ekonomi sehingga Peserta PKH tidak melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi. Selanjutnya dilihat dari pekerjaan utama Jenis pekerjaan terbanyak Peserta PKH adalah bekerja sebagai Ibu rumah Tangga dan Kepala keluarga paling banyak bekerja sebagai nelayan. jumlah kategori yang dimiliki oleh Peserta PKH paling banyak adalah komponen usia anak SD. Informasi mengenai karakteristik Peserta PKH didapatkan melalui kuesioner dan wawancara.

2. Mekanisme implementasi Program Keluarga Harapan di Desa Kluwut terdiri dari proses penetapan sasaran (*targetting*) yang meliputi penetapan lokasi dan pemilihan calon peserta PKH, Pertemuan awal dan validasi, penyaluran bantuan, verifikasi komitmen, dan pemutakhiran data. Seluruh proses utama dalam implementasi kegiatan PKH ini selalu melibatkan Pendamping PKH dan telah sesuai dengan pedoman pelaksanaan PKH.
3. Penyaluran bantuan dilakukan empat tahap dalam satu tahun yang sesuai dengan siklus penyaluran bantuan PKH yang merupakan ketentuan dari Pemerintah Pusat. Penyaluran dana tunai yang terdiri dari Penyaluran pertama setelah validasi bagi peserta baru dan Penyaluran selanjutnya berdasarkan hasil verifikasi komitmen bagi peserta PKH. Bantuan PKH langsung dibayarkan kepada Peserta PKH melalui rekening bank Pengurus Peserta PKH pada Lembaga Pembayar dan diambil langsung oleh Peserta PKH.
4. Pelaksanaan kegiatan PKH di Desa Kluwut Kecamatan Bulakamba ditemukan beberapa kendala antara lain Kurangnya komitmen dalam melaksanakan kewajiban bagi Peserta Program Keluarga Harapan, Sumber data pelaksanaan penetapan Rumah Tangga Sasaran (RTS), Kurangnya sosialisasi PKH dikalangan masyarakat, Penyaluran bantuan PKH melalui Bank Himbara, Peserta PKH mampu/mandiri yang tidak mau mengundurkan diri
5. Strategi dan upaya dalam memberikan solusi atas kendala yang terjadi selama pelaksanaan PKH di desa Kluwut dilakukan dengan cara

pemberian sanksi bagi Peserta PKH yang tidak memenuhi komitmen serta graduasi Peserta PKH bagi yang sudah mampu dan mandiri secara ekonomi sehingga tujuan pelaksanaan PKH dapat tercapai.

10.2 Saran

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan, saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

1. Pengentasan kemiskinan melalui Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai bagian dari upaya membangun sistem perlindungan sosial bagi masyarakat miskin telah menunjukkan hasil positif. Implementasi PKH menunjukkan kecenderungan meningkatkan partisipasi peserta PKH terhadap Fasilitas pendidikan dan Fasilitas kesehatan. Peningkatan partisipasi tersebut, akan berimplikasi pada peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan peserta PKH. Hendaknya Pemerintah memberikan prioritas terhadap perluasan dan kesinambungan PKH dengan memperluas jumlah penerima, serta peningkatan persentase indeks bantuan PKH.
2. Program keluarga harapan perlu di evaluasi dan monitoring lebih baik lagi, perlu melakukan sosialisasi baik secara nasional untuk memberikan kesadaran dan pemahaman yang benar mengenai program ini kepada semua pemangku kepentingan, baik aparat pelaksana maupun masyarakat. Kegiatan sosialisasi tersebut harus diatur secara tegas terarah dan sesuai dengan pedoman pelaksanaan PKH. Dalam penentuan calon Peserta PKH diharapkan menggunakan data yang valid agar lebih tepat sasaran.

3. Dalam rangka mempercepat kemandirian penerima PKH sebagaimana konsep pemberdayaan masyarakat, hendaknya Pemerintah memberikan program tambahan berupa kegiatan kewirausahaan atau peningkatan perekonomian keluarga seperti; program Kelompok Usaha Bersama (KUBE), atau Usaha Ekonomi Produktif (UEP) lainnya guna meningkatkan pendapatan dan mempercepat kemandirian peserta PKH.

DAFTAR PUSTAKA

- Aminatun, 2017. *Peran Keluarga Dalam Peningkatan Kesejahteraan Sosial Anak Melalui Program Keluarga Harapan*. Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial, Volume 40 Nomor 3 Desember 2016. Halaman 243-254.
- Arikunto, Suharsini. 2005. *Menejemen Penelitian*. Jakarta. PT. Rineka Cipta.
- Asmawati, Fikriyah. 2014. *Evaluasi Pelaksanaan Program Bantuan Langsung Sementara Masyarakat di Yogyakarta Studi di Kelurahan Hargobinangun Kecamatan Pakem, Sleman-Yogyakarta*. UIN Sunan Kalijaga.
- Ayal, Lidia Nugrahaningsih. 2016. *Penanganan Kemiskinan Melalui Kelompok Usaha Bersama (KUBE) Studi Kasus di Kota Banjarmasin*. Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial, Vol.40, No.2, Agustus 2016. 177-190
- Azriah, Thahrina. 2015. *Evaluasi Dampak Program Keluarga Harapan dalam Upaya Pencapaian Mellenium a Development Goals di Desa Jeruklegi Kulon Kecamatan Jeruklegi*. Tesis. Universitas Jenderal Soedirman.
- Barber, S. L. & Gertler, P. J. (2010) *Empowering women: how Mexico's conditional cash transfer programme raised prenatal care quality and birth weight*. *Journal of development effectiveness*, 2(1): 51-73.
- De Brauw, A. & Peterman, A. (2011) *Can conditional cash transfers improve maternal health and birth outcomes?: Evidence from El Salvador's Comunidades Solidarias Rurales*. *International Food Policy Research Institute (IFPRI)*.
- Debora, Hemi Manongko. 2016. *Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Di Kecamatan Belang Kabupaten Minasaha Tenggara*. *Jurnal Eksekutif* Vol 1, No 7

- Dedy, Utomo, Abdul Hakim, Heru Ribawanto. 2011. *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Purwoasri, Kabupaten Kediri)*. *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, Vol. 2, No. 1, Hal. 29-34.
- Evi Rahmawati, Bagus Kisworo. 2017. "Peran Pendamping dalam Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Program Keluarga Harapan". *Journal of Non formal Education and Community Empowerment*. Volume 1 (2): 161-169.
- Fidyatun, Erna. 2012. *Evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan Di Kabupaten Brebes Tahun 2011*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 1, Nomor 2, Tahun 2012, Halaman 26 – 36
- Febrina. Ghina 2016. *Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Brebes Tahun 2014*.
- Gustina, Indah. 2008. *Implementasi Program Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (P2KP) di Kecamatan Medan Maimun* dalam repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/7102/1/057024035.pdf. Tesis Universitas Sumatera Utara
- Habibullah. 2011. *Peran pendamping pada program keluarga harapan kabupaten karawang*. *Jurnal Informasi (Kajian Permasalahan Sosial Dan Usaha Kesejahteraan Sosial)*, 16(2), 101–116
- Hasan, M.I. 2002. *Pokok-pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*. Jakarta. Ghalia Indonesia.
- Hidayatullah, A. Nururrochman. 2016. *Implementasi Kelembagaan Program Keluarga Harapan Dalam Kebijakan Perlindungan Sosial Bagi Keluarga Miskin (Studi Implementasi Kelembagaan UPPKH di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta)*. Tesis. Magister Pembangunan Sosial dan Kesejahteraan. Universitas Gadjah Mada.
- Laluhang, Sri Masita. 2014. *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kendahe II Kecamatan Kendahe Kabupaten Sangihe*, *Ejurnal Unsrat*, di akses <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jurnaleksektif>, pada 15

Maret 2015.

- Laoh,Stevianus, dkk. 2016. *Evaluasi Proses Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kelurahan Malalayang Satu Kecamatan Malalayang Kota Manado*. Agri-Sosio Ekonomi Unsrat, ISSN 1907– 4298 , Volume 12 Nomor 2A, Juli 2016 : 315 – 330.
- Lidiana,Mohd.Nursyechalad, Muhammad Nasir. 2014. *Pengaruh Dan Efektifitas Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Partisipasi Pendidikan Di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie*. *Jurnal Ilmu Ekonomi* ISSN 2302-0172.Pascasarjana Universitas Syiah Kuala.ISSN 2302-0172.Volume 2, No. 2, Mei 2014.
- Lim, Stephen S., et al. 2010. *India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation*. *Lancet*. 2010; 375: 2009–23.
- Maharani, Elsa Rizki dan Rusdarti .2017. *Implementasi Kebijakan Distribusi Program Raskin Di Desa Kawengen Kabupaten Semarang*. *Economic Development Analysis Journal*.Vol,6.N0.4. 2017.Halaman 451-457
- Milles, Mattew. 1992. *Analisa Data Kualitatif. Buku Sumber Tentang Metode metode Baru*. Jakarta. Universitas Indonesia Press.
- Moleong, Lexy J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung. PT. Remaja Rosdakarya.
- Nainggolan, Togiartua, dkk. 2012. *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi*, P3KS Press.
- Nurmiza, dkk. 2014. *Implementasi Program Bantuan Langsung Sementara Masyarakat(BLSM) Tahun 2013 di Kelurahan Kampung Baru Kecamatan TanjungPinang Barat*. Universitas Maritim Raja Ali Haji.
- Nugroho, Riant. 2009. *Public Policy*. Jakarta. PT. Elex Media Komputindo.
- Puspita, dita wahyu. 2015. “*Analisis Determinan Kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah*”. *JEJAK Journal of Economics and Policy*. Jejak 8 (1) (2015): 100-107
- Putri, Depi. 2014. *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Peningkatan Kesehatan dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin*

(RTSM) di Umbulharjo Kota Yogyakarta. Tesis. Program Studi Interdisiplinair Islamic Studies Konsentrasi Pekerjaan Sosial Program Pasca Sarjana UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

- Purwanto, Erwan Agus dkk. 2012. *Implementasi Kebijakan Publik, Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta . Gava Media.
- Purwanto, Slamet Agus, dkk, 2013. *Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Memutus Rantai Kemiskinan (Kajian di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto)*, *Jurnal Wacana* Vol. 16, No.2(2013), diakses <http://wacana.ub.ac.id/index.php/wacana/article/view/246/245>, pada 26 April 2017.
- Riyadi, Slamet . 2016. *Analisis Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Keluarga Sangat Miskin (KSM) Penerima Bantuan (Studi di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah)*". Tesis. Program Studi Magister Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung. Bandar Lampung.
- Rusdarti, Lesta Karolina Sebayang. 2013. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah*. *Jurnal Economia* Volume 9, Nomor 1, April 2013
- Rusmiyati, Chatarina dan Ahkmad Purnama. 2016. *Analisis Kebutuhan Pelayanan Sosial bagi Keluarga Nelayan Miskin*. *Jurnal PKS* Vol.15 No.3 September 2016; 219-234
- Sahdan, Gregorius. 2005. Menanggulangi Kemiskinan Desa, *Artikel • Eiamnmi Rakyat dan Kemiskinan - Maret 2005*.
- Sahib, Munawwarah. 2016. *Pengaruh Kebijakan Program Keluarga Harapan terhadap Penanggulangan Kemiskinan di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa*. Tesis. *Ekonomi Islam*. Program Pascasarjana Universitas Islam Negeri Alaudin Makassar
- Subarsono, AG. 2016. *Analisis Kebijakan Publik. Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. 2016. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto, Edi. 2010. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Bandung. PT. Refika Aditama.

- Suharto, Edi. 2013. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung. Alfabeta.
- Suryana,dkk, 2016. *Pengaruh Atribut Agen Perubahan (Agent of Change) Pendamping Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Perubahan Sikap Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Bandung*. *Jurnal Manajemen Komunikasi* Vol.1. No.1. Tahun 2016.
- Suryawati Chriswardani, 2005. *Memahami Kemiskinan secara Multidimensional.*,*JMPK* Vol.08/No.03/September/2005:121-129
- Suwinta,Antriya Eka dan Indah Prabawati. 2016. *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar*.*Kajian Kebijakan Publik*. Volume 1 Nomor 1 Tahun 2016, 0-216.
- Teddy Christianto, 2013. *Determinan dan karakteristik kemiskinan di provinsi Riau* Volume VII, No. 2, Desember 2013 ISSN : 1978 - 3612.
- Tobirin, Slamet Rosyadi. 2010. *Perumusan Kebijakan Publikdalam Menggali Akar Kemiskinan*.*Jurnal Ilmu Administrasi Negara*, Volume 10, Nomor 2 Juli 2010:114-125.
- Todaro, Michael P. 2000. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. (Terjemahan Haris Munandar). Jakarta. Erlangga.
- Usman, Claudio. 2014. *Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan (Suatu Studi di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo)* *Jurnal Online*. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/JAP/article/download/4503/4032>. Di akses tanggal 20 Maret 2018
- Virgoreta, dyah ayu, Ratih Nur Pratiwi, Suwondo. 2015. *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat(Studi pada Desa Beji Kecamatan Jenu, Kabupaten Tuban)*. *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, Vol.2, No12, Hal. 1-6.

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

Wrihatnolo, Randy R, dkk. 2002. *Manajemen Pemberdayaan, Sebuah Pengantar dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta. PT. Elex Media Komputindo.

Peraturan Perundang-undangan

Inpres No 3 Tahun 2010 tentang Rencana Tindak Percepatan Pencapaian Sasaran Program Pro-Rakyat.

Pasal 32 Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 Tanggal 8 Januari 2018 tentang Program Keluarga Harapan.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.

UU No.40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional

UU No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial

Data Lain-Lain

Badan Pusat Statistik, 2009. "*Berita Resmi Statistik Jawa Tengah*". Jawa Tengah.

Badan Pusat Statistik, 2017. "*Kabupaten Brebes Dalam Angka*". Melalui Brebeskab.bps.go.id diakses tanggal 5 Februari 2018

Badan Pusat Statistik, 2017. "*Kecamatan Bulakamba Dalam Angka*". Melalui Brebeskab.bps.go.id diakses tanggal 16 Februari 2018

Badan Pusat Statistik, 2017. "*Provinsi Jawa Tengah Dalam Angka*". Melalui jateng.bps.go.id diakses 24 Maret 2018

Panduan Umum Program Keluarga Harapan oleh Kementerian Sosial RI Tahun 2017

Surat Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor 26/LJS/12/2016 tanggal 27 Desember 2016 tentang Indeks dan Komponen Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan Tahun 2017

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).2010