

**Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan
Dalam Upaya Meningkatkan Aksesibilitas Pelayanan
Kesehatan dan Pendidikan Keluarga Sangat Miskin**

**(STUDI PADA UNIT PELAKSANA PROGRAM KELUARGA HARAPAN
KECAMATAN SUKUN, KOTA MALANG)**

SKRIPSI

**Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana
Pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya**

**SITI NABILA RANI FITRI
NIM. 125030601111003**



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
MINAT PERENCANAAN PEMBANGUNAN
MALANG
2016**

MOTTO

"Action without vision is only passing time, vision without action is merely day dreaming, but vision with action can change the world." -*Nelson Mandela*



TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul Skripsi :Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Meningkatkan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan Keluarga Sangat Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Sukun, Kota Malang)

Disusun Oleh : Siti Nabila Rani Fitri
NIM : 125030601111003
Fakultas : Ilmu Administrasi
Jurusan : Administrasi Publik
Minat : Perencanaan Pembangunan

Malang, 28 Juni 2016

Komisi Pembimbing

Ketua Komisi Pembimbing



Dr. Bambang Santoso Haryono, MS
NIP. 19610204 198601 1 001

Anggota Komisi Pembimbing



Firda Hidayati, S.Sos, MPA, DPA
NIP. 19711013 2000032 001

TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada:

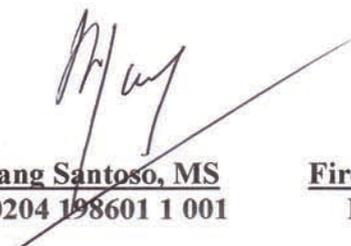
Hari : Selasa
Tanggal : 09 Agustus 2016
Jam : 09.00
Skripsi Atas Nama : Siti Nabila Rani Fitri
Judul : Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Meningkatkan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan Keluarga Sangat Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Sukun, Kota Malang)

Dan dinyatakan **LULUS**

MAJELIS PENGUJI

Ketua

Anggota


Dr. Bambang Santoso, MS
NIP. 19610204 198601 1 001


Firda Hidayati, S.Sos, MPA, DPA
NIP. 19711013 200003 2 001

Anggota

Anggota


Dr. Hermawan, S.IP, M.Si
NIP. 19720405 200312 1 001


Drs. Stefanus Pani Rengu, M.AP
NIP. 19531113 198212 1 001

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No. 20 Tahun 2003, pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Malang, 13 Juli 2016



Nama : Siti Nabila Rani Fitri

NIM : 125030601111003

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya dedikasikan kepada kedua orang tua, keluarga dan kerabat serta seluruh pihak yang selalu memberi semangat dan kasih sayang yang tiada henti serta selalu mendukung saya dalam keadaan apapun, baik dari segi moril maupun materil, terimakasih.....



*Malang, Juli
2016*



RINGKASAN

Siti Nabila Rani Fitri, 2016, **Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Meningkatkan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan Keluarga Sangat Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Sukun, Kota Malang)**. Dr. Bambang Santoso, MS, Firda Hidayati, S.Sos, MPA, DPA, 177 hal +xii

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh tingginya angka kemiskinan di Kota Malang, yakni menurut data BPS tahun 2012 tercatat 43.500 dari 834.527 jiwa masih tergolong miskin. Artinya, presentase penduduk miskin Kota Malang tergolong cukup tinggi yaitu sekitar 5,21% dari total penduduk maka, pada tahun 2013 Kota Malang menerima kebijakan sosial dari pemerintah yang berupa bantuan perlindungan sosial, yaitu Program Keluarga Harapan.

Kecamatan Sukun merupakan kecamatan di Kota Malang dengan jumlah Keluarga Sangat Miskin (KSM) terbanyak di Kota Malang, yaitu sebesar 1.148 pada tahun 2016. Selain jumlah peserta PKH yang banyak, permasalahan lain dalam pelaksanaan PKH lebih banyak ditemukan di Kecamatan Sukun. Dengan demikian, perlu adanya tindakan evaluasi untuk dapat menganalisis seberapa jauh program diimplementasikan khususnya dalam upaya meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan di Kecamatan Sukun.

Hasil analisis dari penelitian ini antara lain secara umum kewajiban dan hak peserta PKH dan penyedia layanan telah sesuai dengan SOP program. Namun, masih perlu adanya koordinasi yang lebih baik lagi dengan pendamping dan peserta PKH agar target program dapat terealisasi dengan cepat. Sementara itu, ditemukan indikasi keterlambatan pada penjadwalan penyaluran bantuan yang tidak sesuai dengan SOP program.

Saran yang dapat direkomendasikan antara lain meningkatkan hubungan koordinasi dengan penyedia layanan serta *stakeholder* terkait, meningkatkan kesadaran peserta PKH melalui kegiatan penyuluhan tentang kesehatan dan pendidikan, memperbaiki fasilitas layanan terutama fasilitas Posyandu yang masih dirasa kurang, meningkatkan hubungan koordinasi secara personal antara pihak pendamping PKH dengan anak serta orang tua untuk menumbuhkan motivasi belajar anak, perlu adanya pembaharuan SOP program, dan perlu adanya pembaharuan data mengenai jumlah penduduk miskin yang memenuhi kriteria PKH, jumlah fasilitas kesehatan dan pendidikan di Kecamatan Sukun.

SUMMARY

Siti Nabila Rani Fitri, 2016, **Policy Evaluation of Family Hope Program to Increase Accessibility of Health Care and Family Education Very Poor (Study Implementation at Unit Family Hope Program Sukun Subdistrict, Malang)**. Dr. Bambang Santoso , MS , Firda Hidayati, S. Sos, MPA, DPA, 177 pages +xii.

This research is motivated by the high level of poverty in Malang City, which according to BPS data in 2012 recorded 43.500 of 834.527 inhabitants are poor. That is, the percentage of poor population Malang is quite high at approximately 5.21% of the total population, in 2013 the city of Malang receive social policies of the government in the form of social protection assistance , namely the Family Hope Program.

Sukun Subdistrict is a subdistrict in Malang with the highest number of Very Poor Family (KSM), amounting to 1.148 in 2016. In addition to the number of participants PKH that much, other problems in the implementation of the PKH are more common in Sukun Subdistrict. Thus, need for action evaluation to be able to analyze how far the program is implemented in particular in improving the accessibility of health care and education in Sukun Subdistrict..

The results analysis of this research include in the general, obligations and rights PKH participants and service providers in accordance with the SOP program. However, there is still need for make a better coordination with partners and participants PKH program that targets can be realized quickly. Meanwhile, there were indications of delay in scheduling the distribution of aid is not in accordance with the SOP program.

Suggestions that can be recommended include improving coordination between the service provider and the relevant stakeholders, raising awareness of the participants PKH through counseling activities on health and education, improve service facilities, especially facilities IHC is still lacking, improving coordination relationship is personal between the companion PKH with child and parents to motivate children's learning, the need for renewal of the SOP program, and the need for updates regarding the number of poor people who meet the criteria PKH, the number of health and education facilities in Sukun Subdistrict.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayahNya. Tidak lupa sholawat dan salam pun selalu tercurah kepada junjungan Nabi Muhammad SAW, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Meningkatkan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan Keluarga Sangat Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Sukun, Kota Malang)”**. Skripsi ini diajukan dalam rangka menempuh ujian sarjana pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.

Peneliti sangat bersyukur atas terselesaikannya skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa hal tersebut tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dari berbagai pihak. Maka dari itu, peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu peneliti selama pembuatan skripsi berlangsung sehingga terealisasikanlah skripsi ini. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof, Dr. Bambang Supriyono selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Bapak Choirul Saleh, Dr.,M.Si dan Bapak Minto Hadi, Drs., M.Si selaku Ketua dan Sekertaris Jurusan Ilmu Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya.

3. Bapak Hermawan, Dr., S.IP, M.Si dan Ibu Erlita Cahyasari, SAP, MAP selaku Ketua dan Sekertaris Program Studi Perencanaan Pembangunan, Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya.
4. Bapak Dr. Bambang Santoso, MS selaku Ketua Komisi Pembimbing dan Ibu Firda Hidayati S.Sos, M.PA, DPA selaku Anggota Komisi Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan serta kesabarannya untuk terus memberikan masukan yang membangun agar skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Seluruh Bapak dan Ibu dosen Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya yang telah memberikan banyak ilmu dan masukan yang bermanfaat selama masa perkuliahan.
6. Seluruh Staff dan Karyawan Fakultas Ilmu Administrasi Jurusan Administrasi Publik Universitas Brawijaya atas bantuan yang telah diberikan.
7. Kedua orang tua saya yaitu, Bapak Ir. H. Muhammad Najib dan Ibu Rachmawati Nurmala, ST serta kedua adik saya, Azmi Akbar Rana Fitra dan Amalina Zahirah Rani Fitri yang selalu memberikan dukungan moril maupun materil. Terimakasih atas doa yang tiada henti dilantunkan dan panjatkan untuk kelancaran dan kesuksesan saya.
8. Keluarga besar Bani Musthofa Zain, tante-tante, om-om, seluruh saudara sepupu saya, terimakasih atas dukungan berupa saran dan semangat untuk saya, sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Aufar Hilman, terimakasih telah menemani dan tetap mendukung di saat semangat mulai runtuh. Terimakasih juga sudah menemani disaat penelitian

berlangsung, tanpa dukungan dan semangat darimu skripsi ini juga tidak akan terwujud.

10. Keluarga besar Boss Geng “Irene, Ko’o, Ayu, Amel” yang selalu menyemangati agar saya cepat lulus. Terutama saya ucapkan terimakasih kepada Irene, yang disaat-saat terakhir masih sempat menemani revisi dan penelitian ulang di Puskesmas, terimakasih sahabatku.
11. Keluarga besar Bokerz “Andrea, Mega, Nike, Delsya” terimakasih atas dukungan dan doanya selama ini.
12. Keluarga besar Gegeks Family “Jihan, Putri, Novalia, Nurina, Tyas, Alfin” terimakasih atas motivasi yang tiada henti diberikan untuk saya.
13. Sahabat sekaligus teman seperjuangan di Perencanaan Pembangunan “Hanna, Vara, Nanda, Titik, Shely, Weldy, Agus, Tino, Anas, Rizky, Muhsin, Sigid, Pepen” dan keluarga besar prodi Perencanaan Pembangunan yang tidak dapat saya sebutkan satu-satu, terimakasih karena selalu ada dan selalu menghibur disaat semangat mulai memudar.
14. Seluruh pihak yang turut membantu peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini. Terutama, teruntuk keluarga besar Dinas Sosial Kota Malang dan Pendamping PKH Kecamatan Sukun terimakasih atas kerjasama dan bantuan yang telah diberikan selama penelitian berlangsung.

Malang, 28 Juli 2016

Peneliti

Siti Nabila Rani Fitri

DAFTAR ISI

	Halaman
MOTTO	i
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	ii
TANDA PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
RINGKASAN	vi
SUMMARY.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR GRAFIK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	13
C. Tujuan Penelitian	14
D. Kontribusi Penelitian	14
E. Sistematika Penulisan	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Perencanaan Pembangunan di Bidang Sosial	17
1. Pengertian Perencanaan Pembangunan	17
2. Perencanaan Sosial	20
3. Pembangunan Sosial	21
B. Kebijakan Publik.....	23
1. Definisi Kebijakan Publik.....	23
2. Rumusan Kebijakan Publik	25
3. Kebijakan Sosial	27
C. Kemiskinan	30
1. Definisi Kemiskinan	30
2. Penyebab Kemiskinan	32
3. Ciri-Ciri Keluarga Miskin.....	34
4. Penanggulangan Kemiskinan.....	35
D. Pelayanan Sosial	37
1. Konsepsi Pelayanan Sosial	37
2. Pelayanan Kesehatan	40
3. Pelayanan Pendidikan.....	43
E. Evaluasi Kebijakan	46
1. Konsep Evaluasi Kebijakan.....	46
2. Evaluasi Kebijakan Sosial	50
3. Jenis Evaluasi Kebijakan	52
4. Tahapan Evaluasi Kebijakan	54



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	56
B. Fokus Penelitian.....	57
C. Lokasi dan Situs Penelitian.....	59
D. Sumber Data.....	60
E. Teknik Pengumpulan Data.....	63
F. Instrumen Penelitian.....	65
G. Analisis Data.....	67

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	62
1. Kecamatan Sukun.....	62
a) Kondisi Geografis dan Topografis.....	73
b) Kondisi Penduduk.....	74
c) Perekonomian.....	77
d) Akses Kesehatan dan Pendidikan.....	80
2. Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kecamatan Sukun.....	84
a) Struktur Organisasi.....	85
b) Tugas Pokok dan Fungsi.....	86
B. Penyajian Data Fokus.....	89
1. Evaluasi Pelaksanaan PKH di Kecamatan Sukun.....	89
a) Indikator Masukan / <i>Input</i> Program.....	89
1) Komponen Kesehatan.....	89
2) Komponen Pendidikan.....	93
b) Indikator Proses Program.....	97
c) Indikator Keluaran / <i>Output</i> Program.....	111
1) Komponen Kesehatan.....	111
2) Komponen Pendidikan.....	120
2. Kesesuaian Antara Implementasi PKH dengan SOP Program.....	128
a) SOP Pelayanan Kesehatan.....	128
1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Kesehatan.....	128
2) Pemberi Pelayanan Kesehatan.....	136
b) SOP Pelayanan Pendidikan.....	141
1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Pendidikan.....	141
2) Pemberi Pelayanan Pendidikan.....	144
C. Analisis Data Penelitian.....	148
1. Evaluasi Pelaksanaan PKH di Kecamatan Sukun.....	148
a) Indikator Masukan / <i>Input</i> Program.....	148
1) Komponen Kesehatan.....	149
2) Komponen Pendidikan.....	149
b) Indikator Proses Program.....	149
c) Indikator Keluaran / <i>Output</i> Program.....	152
1) Komponen Kesehatan.....	154

2) Komponen Pendidikan.....	157
2. Kesesuaian Antara Implementasi PKH dengan SOP Program	159
a) SOP Pelayanan Kesehatan	159
1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Kesehatan	159
2) Pemberi Pelayanan Kesehatan	164
b) SOP Pelayanan Pendidikan	167
1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Pendidikan	167
2) Pemberi Pelayanan Pendidikan	172

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	175
B. Saran	176

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**



DAFTAR TABEL

No.	Judul	Halaman
1.	Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia	5
2.	Data KSM Kota Malang Menurut Kecamatan Tahun 2013-2015	9
3.	Data KSM Kecamatan Sukun Tahun 2016	10
4.	Skenario Nominal Bantuan Per Tahun	12
5.	Model Perumusan Kebijakan	26
6.	Jenis Pelayanan Sosial.....	38
7.	Model-Model Jaminan Kesehatan.....	43
8.	Tipe Kriteria Evaluasi Menurut Dunn	48
9.	Pendekatan-Pendekatan dalam Evaluasi	49
10.	Daftar Kelurahan dan Luas Wilayah Kelurahan	73
11.	Data Keluarga Miskin di Kecamatan Sukun.....	76
12.	Data KSM peserta PKH Kecamatan Sukun Tahun 2013.....	77
13.	Daftar Fasilitas Kesehatan Kecamatan Sukun	80
14.	Daftar Lembaga Pendidikan Kecamatan Sukun	83
15.	Daftar Jumlah Guru di Kecamatan Sukun	83
16.	Rasio Antara Pendamping PKH dan KSM di Kecamatan Sukun	85
17.	Pembagian Pendampingan PKH di Kecamatan Sukun.....	87
18.	Proses Pencairan Dana Tahap Pertama Tahun 2016.....	100
19.	Variasi Nominal Bantuan Peserta PKH	101
20.	Daftar Puskesmas di Kecamatan Sukun.....	112
21.	Daftar Puskesmas Pembantu di Kecamatan Sukun.....	114
22.	Kegiatan Posyandu.....	116
23.	Data Anak Putus Sekolah di Kecamatan Sukun Tahun 2014	125
24.	Data Anak Putus Sekolah Peserta PKH Kecamatan Sukun Tahun 2016	126
25.	Data Komponen Kesehatan di Kecamatan Sukun Tahun 2013-2016	129
26.	Siklus Penyaluran Bantuan PKH	150
27.	Tipe Kriteria Evaluasi	153
28.	Skenario Bantuan Komponen Kesehatan.....	160
29.	Kewajiban Peserta PKH Komponen Kesehatan	161
30.	Sanksi Peserta PKH Komponen Kesehatan	163
31.	Kewajiban Pemberi Pelayanan Kesehatan	166
32.	Skenario Bantuan Komponen Pendidikan	169
33.	Hak dan Kewajiban Peserta PKH Komponen Pendidikan.....	170
34.	Jumlah Maksimal Ketidakhadiran Anak di Satuan Pendidikan.....	171
35.	Mekanisme Pengurangan Bantuan Komponen Pendidikan	172
36.	Peran Lembaga Pendidikan.....	174

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1.	Tahapan Dalam Proses Pembuatan Kebijakan Publik	24
2.	Model Segitiga Perumusan Kebijakan	27
3.	Tujuan Kebijakan Sosial	29
4.	Analisis Model Interaktif	68
5.	Kantor Kecamatan Sukun	71
6.	Jumlah Penduduk Kecamatan Sukun	74
7.	Kantor UPPKH Kecamatan Sukun	84
8.	Struktur Organisasi Manajemen UPPKH Kecamatan Sukun	86
9.	Pertemuan Rutin Kelompok PKH	104
10.	Kondisi Rumah Ibu Masula	109
11.	Isi Rumah Ibu Masula	110
12.	Hasil Karya Perlengkapan Dekorasi	110
13.	Fasilitas Pendidikan di Kecamatan Sukun	120
14.	Daftar Kunjungan Peserta PKH	131
15.	Fasilitas Tempat Tidur	133
16.	Fasilitas Alat Timbang Bayi	134
17.	Verifikasi Komitmen Kesehatan	140
18.	Pengesahan Formulir Verifikasi Pendidikan	147
19.	Jaringan PPK bagi Peserta PKH	164



DAFTAR GRAFIK

No	Judul	Halaman
1.	Perkembangan Sektor Perdagangan dan Penyedia Akomodasi, Makan dan Minum Tahun 2014	78
2.	Daftar Penyedia Jasa Pendidikan dan Jasa Kesehatan di Kecamatan Sukun Tahun 2013	79
3.	Daftar Tenaga Kesehatan di Kecamatan Sukun Tahun 2014	82
4.	Komponen PKH Ibu Hamil/Nifas	91
5.	Komponen PKH Balita/Apras	92
6.	Komponen Pendidikan SD/Sederajat	94
7.	Komponen Pendidikan SMP/Sederajat	95
8.	Komponen Pendidikan SMA/SMK Sederajat	96
9.	Data Fasilitas Kesehatan Kecamatan Sukun	139
10.	Data Penyedia Pelayanan Pendidikan Kecamatan Sukun	146



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Negara berkembang memerlukan upaya nasional sebagai bentuk usaha yang dilakukan untuk bertumbuh, berkembang, dan berubah secara sadar dan terencana dalam semua segi kehidupan dan penghidupan negara bangsa yang bersangkutan dalam rangka pencapaian tujuan akhirnya. Maka dari itu, untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif diperlukan adanya suatu perencanaan. Menurut Tjokroamidjojo (1996:12) perencanaan pembangunan diperlukan sebagai pengarah penggunaan sumber-sumber pembangunan (termasuk sumber-sumber ekonomi) yang terbatas adanya, untuk mencapai tujuan-tujuan keadaan sosial ekonomi yang lebih baik secara lebih efisien dan efektif.

Perencanaan dilakukan guna memahami suatu permasalahan, setelah masalah dikenali dan diidentifikasi dengan baik selanjutnya rencana kebijakan dapat dirumuskan (Winarno, 2014:123). Rumusan kebijakan yang dapat mengenali dan mendefinisikan permasalahan dengan baik akan menjadi alternatif pemecahan masalah publik terbaik, yang sering disebut sebagai kebijakan publik. Menurut Suharto (2008:3) kebijakan publik merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumberdaya alam, finansial dan manusia demi kepentingan publik.

Permasalahan utama di negara berkembang adalah permasalahan sosial ekonomi yang berkaitan erat dengan masalah kemiskinan. Menurut Suparlan

(1984:12) kemiskinan didefinisikan sebagai suatu standar tingkat hidup yang rendah, yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau golongan orang di dibandingkan dengan standar kehidupan yang umum berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan. Standar kehidupan yang rendah ini secara langsung terlihat pengaruhnya terhadap tingkat keadaan kesehatan, kehidupan moral, rasa harga diri mereka yang tergolong sebagai orang miskin. Akibat kemiskinan hak rakyat untuk memperoleh pendidikan hingga jenjang tinggi, pekerjaan yang memadai dan mengakses kesehatan yang terjamin sangat terbatas.

Maka dari itu, diperlukan upaya penanggulangan permasalahan sosial tersebut. Menurut Conyers (1991:3) sebagian besar negara-negara miskin dan sedang berkembang mengakui besar kecilnya kepentingan dari apa yang selama ini dikenal sebagai aspirasi tujuan sosial dan perlu dipertimbangkannya faktor-faktor sosial dalam perencanaan program dan proyek-proyek pembangunan. Maka dari itu, aspek sosial perlu dipertimbangkan dalam perencanaan rumusan kebijakan publik dengan pendekatan-pendekatan masalah di bidang sosial.

Program dan proyek-proyek pembangunan dengan pendekatan masalah di bidang sosial perlu dievaluasi untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan harapan suatu kebijakan yang telah ditetapkan. Evaluasi kebijakan sosial menurut Jones (1991:336) dapat dilakukan dari melihat dan menilai pelaksanaan dari program-program sosial yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup dalam lingkungan perkotaan, memberikan perawatan kesehatan yang lebih baik bagi lingkungan-lingkungan yang kurang beruntung, ataupun mengembangkan kualitas pendidikan bagi anak-anak miskin dan sebagainya.

Dengan dilakukan evaluasi maka, dihasilkan masukan-masukan guna penyempurnaan rencana kebijakan atau perumusan kebijakan selanjutnya. Dengan demikian, pada hakikatnya perumusan kebijakan merupakan proses terus-menerus tanpa henti (Suharto, 2008:40).

Negara berkembang dalam rencana rumusan kebijakan dan program pembangunannya mengacu pada Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals*-MDGs). Tujuan Pembangunan Milenium merupakan kesepakatan deklarasi oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) di New York pada bulan September tahun 2000. Deklarasi Milenium menegaskan kepedulian utama secara global terhadap kesejahteraan masyarakat dunia yang berisi delapan tujuan pembangunan yang saling terkait, yakni: (1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan; (2) mencapai pendidikan dasar; (3) mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; (4) menurunkan angka kematian anak; (5) meningkatkan kesehatan ibu; (6) memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya; (7) memastikan kelestarian lingkungan hidup; (8) mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan (BAPPENAS, 2007:7).

Sebagai salah satu negara anggota PBB, Indonesia ikut serta berkomitmen untuk melaksanakan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) dan mengintegrasikan MDGs sebagai bagian dari program pembangunan nasional. Pada hakikatnya tujuan dan target MDGs selaras dengan cita-cita Bangsa Indonesia jauh sebelum MDGs menjadi agenda pembangunan global dideklarasikan. Hal tersebut tertuang dalam pembukaan Undang-Undang Dasar

1945 pada alinea ke empat yang menyatakan bahwa cita-cita Bangsa Indonesia adalah untuk melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, menuju kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia dan ikut serta melaksanakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan abadi dan keadilan sosial. Dengan demikian, amanat konstitusi Undang-Undang Dasar (UUD) secara tegas menempatkan tugas untuk memberikan tanggung jawab kepada negara dan pemerintah untuk memelihara kelompok masyarakat agar dapat mencapai kesejahteraan umum.

Kelompok masyarakat yang dimaksud adalah masyarakat yang memiliki permasalahan dengan kesejahteraan sosial. Oleh sebab itu, sesuai dengan amanat konstitusi tersebut pemerintah berkewajiban dan berkewenangan memberikan kebijakan atau program dalam upaya meningkatkan kesejahteraan sosial masyarakat. Permasalahan kesejahteraan di Indonesia sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial pasal 5 ayat (2) menyebutkan bahwa Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) ini dikelompokkan ke dalam beberapa kelompok pemasalahan, yaitu kemiskinan, keterlantaran, kecacatan, keterpencilan, ketunaan sosial, korban bencana, korban tindak kekerasan, eksploitasi dan diskriminasi.

Kemiskinan merupakan salah satu fenomena permasalahan kesejahteraan sosial yang tidak lepas dari sudut perkotaan maupun perdesaan di Indonesia. Jumlah penduduk miskin di Indonesia menurut data olahan Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2015 tercatat 28.513.570 jiwa, yang artinya 11,13% dari total jumlah

penduduk di Indonesia masih hidup serba kekurangan. Jumlah penduduk miskin di Indonesia disajikan dalam tabel 1. berikut.

Tabel 1. Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia

2014			2015		
Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia (ribu)			Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia (ribu)		
Pekotaan	Perdesaan	Jumlah	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
10 356.69	17 371.09	27 727.78	10 619.86	17 893.71	28 513.57

Sumber : Badan Pusat Statistik, 2015

Tabel 1. diatas menunjukkan jumlah penduduk miskin di Indonesia dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2015 mengalami kenaikan sejumlah 785.790 jiwa. Padahal Pemerintah Indonesia telah berupaya mengatasi permasalahan kemiskinan, namun kenaikan jumlah penduduk miskin masih saja terjadi.

Remi dan Tjiptoherijanto (2002:1) mengemukakan bahwa upaya menurunkan tingkat kemiskinan telah dimulai awal tahun 1970-an diantaranya melalui program Bimbingan Masyarakat (Bimas) dan Bantuan Desa (Bandes). Akan tetapi, upaya tersebut mengalami tahapan jenuh pada pertengahan tahun 1980-an, yang juga berarti upaya penurunan kemiskinan di tahun 1970-an tidak maksimal, sehingga jumlah orang miskin pada awal 1990-an kembali naik. Permasalahan kemiskinan yang cukup kompleks meliputi ketidakmerataan pendapatan melebar yang mencakup antar sektor, antar kelompok, dan ketidakmerataan antar wilayah. Sementara itu, penanganannya selama ini cenderung parsial dan tidak berkelanjutan untuk itu diperlukan perubahan yang bersifat sistemik dan menyeluruh dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pendekatan yang sistematis, terpadu, dan menyeluruh diperlukan untuk mengurangi beban dan memenuhi hak-hak dasar warga negara secara layak yang berkeadilan dan berkelanjutan. Upaya penanganan fakir miskin diatur dalam Undang-Undang No. 13 Tahun 2011 yang menjelaskan bahwa penanganan fakir miskin merupakan upaya yang terarah, terpadu, dan berkelanjutan yang dilakukan pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat dalam bentuk kebijakan, program dan kegiatan pemberdayaan, pendampingan, serta fasilitasi untuk memenuhi kebutuhan dasar setiap warga. Penanganan fakir miskin pemerintah harus mentaati azas-azas kemanusiaan, keadilan sosial, non-diskriminasi, kesejahteraan, kesetiakawanan dan pemberdayaan.

Oleh karena itu, guna mendukung upaya penanganan fakir miskin dalam pemenuhan aksesibilitas pelayanan kebutuhan dasar, presiden mengeluarkan Peraturan Presiden No. 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Sebagaimana yang tertuang pada Pasal (5) salah satu program percepatan penanggulangan kemiskinan terdiri atas kelompok program bantuan sosial terpadu berbasis keluarga, bertujuan untuk melakukan pemenuhan hak dasar, pengurangan beban hidup, dan perbaikan kualitas hidup masyarakat miskin. Keluarga merupakan satu unit yang relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia. Orang tua memiliki tanggung jawab terhadap pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan masa depan anak. Oleh karena itu keluarga dapat dikatakan unit yang relevan dalam upaya memutus rantai kemiskinan antar generasi.

Dengan demikian, guna mendukung percepatan penanggulangan kemiskinan di Indonesia, Pemerintah Indonesia melaksanakan Program Bantuan Tunai Bersyarat (BTB) yang dikenal dengan Program Keluarga Harapan (PKH) untuk terlaksananya percepatan penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan kebijakan dibidang perlindungan sosial. Program ini termasuk dalam klaster pertama strategi penanggulangan kemiskinan di Indonesia, yaitu bantuan dan perlindungan sosial kelompok sasaran yaitu, keluarga sangat miskin. PKH dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial yang berfokus terhadap peningkatan aksesibilitas pelayanan sosial dasar yang meliputi pendidikan, kesehatan, pangan dan gizi, termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial.

PKH berkontribusi dalam mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium. Setidaknya 5 (lima) komponen tujuan MDGs yang didukung melalui program ini, yaitu penanggulangan kemiskinan dan kelaparan, pencapaian pendidikan dasar untuk semua, kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, pengurangan angka kematian anak dan peningkatan kesehatan ibu (Pedoman Umum, 2013:2). Secara khusus, tujuan PKH menurut Pedoman Umum (2013,13) terdiri dari: (1) Meningkatkan kualitas kesehatan Keluarga Sangat Miskin (KSM); (2) Meningkatkan taraf pendidikan anak KSM; (3) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan.

PKH dilaksanakan secara berkelanjutan sejak tahun 2007 di tujuh provinsi melalui Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH), salah satunya

adalah Provinsi Jawa Timur. Akan tetapi, tidak semua kabupaten/kota di Jawa Timur melaksanakan program tersebut. Program Keluarga Harapan baru telaksana secara menyeluruh di Indonesia pada tahun 2013, termasuk juga di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur, salah satunya Kota Malang.

Kota Malang merupakan kota besar kedua di Jawa Timur setelah Kota Surabaya yang memiliki wilayah seluas 110,06 km², terdiri dari 5 kecamatan dan 57 kelurahan. Kota ini mengalami perkembangan pada sektor ekonomi, dapat dilihat dari data yang diperoleh dari Lakip Pemerintah Kota (Pemkot) Malang bahwa pertumbuhan ekonomi Kota Malang cukup baik dan meningkat yakni, pada awal tahun 2014 menunjukkan pertumbuhan ekonomi mencapai 7,92%. Meskipun mengalami peningkatan pada sektor ekonomi, Kota Malang juga tidak lepas dari permasalahan sosial. Permasalahan tersebut ialah tingkat kemiskinan penduduk kota yang perlu dikendalikan guna terwujudnya kesejahteraan yang dapat dirasakan secara adil dan merata.

Menurut data BPS tahun 2012, Kota Malang memiliki jumlah penduduk sebesar 834.527 jiwa dan terdapat sekitar 43.500 jiwa masih tergolong miskin. Rata-rata warga miskin Kota Malang bermukim di kawasan Daerah Aliran Sungai (DAS) Brantas dan wilayah kumuh. Presentase penduduk miskin Kota Malang tergolong cukup tinggi yaitu sekitar 5,21% dari total penduduk maka, pada tahun 2013 Kota Malang menerima kebijakan sosial dari pemerintah yang berupa bantuan perlindungan sosial, yaitu PKH. Data keluarga sangat miskin di Kota Malang dapat dilihat pada tabel 2. berikut.

Tabel 2. Data KSM Kota Malang Menurut Kecamatan Tahun 2013-2015

No.	Kecamatan	Jumlah KSM			
		2013	2014	2015	2016
1.	Kedungkandang	1.230	1.072	1.052	1.046
2.	Klojen	538	481	469	465
3.	Blimbing	990	929	919	916
4.	Lowokwaru	884	771	770	770
5.	Sukun	1.225	1.181	1.154	1.148
Total		4.867	4.434	4.364	4.345

Sumber :Data Operator UPPKH Kota Malang, 2016

Kota Malang terdiri dari 5 Kecamatan, yaitu: Kecamatan Klojen, Kecamatan Lowokwaru, Kecamatan Blimbing, Kecamatan Sukun, dan Kecamatan Kedungkandang. Berdasarkan olahan data dari Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kota Malang pada tabel 2. diatas, KSM penerima bantuan di Kota Malang pada tahun 2016 sejumlah 4.345 Rumah Tangga Sasaran (RTS), wilayah dengan jumlah KSM terbanyak terdapat pada Kecamatan Sukun yakni, 1.148 RTS. Pada tahun 2015 sejumlah 4.364 RTS dan pada 2014 sejumlah 4.434, sedangkan pada tahun 2013 sejumlah 4.867 RTS. Artinya, jumlah KSM Kota Malang pada tahun 2016 mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2013 sampai dengan 2015. Data yang diperoleh tersebut merupakan data yang telah diverifikasi oleh UPPKH Kota Malang.

Kecamatan Sukun merupakan kecamatan dengan jumlah KSM terbanyak di Kota Malang, yaitu sebesar 1.148 pada tahun 2016. Kecamatan Sukun terdiri dari 11 kelurahan dengan rincian data KSM disajikan dalam tabel 3. berikut.

Tabel 3. Data KSM Kecamatan Sukun Tahun 2016

Kecamatan	Kelurahan	Jumlah KSM
Sukun	Karang Besuki	96
	Gadang	98
	Kebonsari	21
	Bandungrejosari	219
	Ciptomulyo	15
	Pisang Candi	65
	Bandulan	75
	Mulyorejo	40
	Bakalan Krajan	55
	Sukun	85
	Tanjungrejo	379
Total		1.148

Sumber :Data Operator UPPKH Kota Malang, 2016

Hal ini menarik dijadikan sebagai objek penelitian karena melihat pertumbuhan ekonomi yang terjadi pada Kota Malang yang cukup pesat, dibalik hal tersebut masih terdapat masyarakat kota yang masih hidup kekurangan. Namun, dalam pelaksanaan program masih ditemukan adanya hambatan-hambatan yang tidak mendukung keberhasilan program dalam upaya mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial masyarakat miskin.

Seperti permasalahan yang terdapat di Kelurahan Tanjunglejo, Kecamatan Sukun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tawakal (2014) mahasiswa

Fakultas Ekonomi Universitas Brawijaya Malang menyatakan pada tahun 2014 lalu, ditemukan hambatan-hambatan dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kelurahan Tanjungrejo, yakni sebagian besar penduduk kelurahan bekerja di sektor informal dan memiliki persepsi bahwa upaya untuk pemenuhan kebutuhan anak di bidang pendidikan dan kesehatan melalui PKH tidak memberikan dampak yang positif bagi peningkatan kesejahteraan hidup. Selanjutnya, indikasi adanya ketidaksesuaian pelaksanaan dalam penyaluran dana bantuan sudah terlihat pada saat pencairan tahap pertama berlangsung, dana bantuan yang seharusnya cair pada bulan April atau Mei menjadi mundur hingga bulan Juli 2014. Serta masih kurangnya fasilitas pendidikan dan kesehatan di Kelurahan Tanjungrejo.

Dengan demikian, keterlambatan penyaluran dana bantuan juga merupakan salah satu kondisi yang dapat menghambat jalannya program. Menurut buku pedoman umum PKH, penyaluran dana bantuan dilakukan secara bertahap sesuai dengan Surat Keputusan (SK) Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial tahun 2013. Tahapan penyaluran bantuan terbagi atas 4 (empat) tahap dalam satu tahun, pencairan dana diterima peserta PKH setiap 3 (tiga) bulan sekali. Berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu Shela Indah Savitri, S.Kom,MM selaku operator PKH Kota Malang, untuk tahun 2015 pemerintah menyediakan anggaran bantuan PKH sebesar Rp. 8.210.807.500. Jumlah bantuan yang diterima setiap KSM akan bervariasi sesuai dengan komposisi tiap anggota KSM. Ilustrasi skenario bantuan yang diterima setiap KSM disajikan pada tabel 4. berikut.

Tabel 4. Skenario Nominal Bantuan Per Tahun (Berdasarkan Komponen PKH)

Skenario Bantuan	Jumlah Bantuan
Bantuan Tetap	Rp. 300.000
Bantuan bagi KSM yang memiliki: Anak balita, anak pra sekolah, Ibu hamil/nifas	Rp. 1.000.000
Anak peserta PKH komponen pendidikan setara SD/MI/Paket A/SDLB	Rp. 500.000
Anak peserta PKH komponen pendidikan setara SMP/Mts/Paket B/SMLB	Rp. 1.000.000
Bantuan maksimum per KSM	Rp. 2.800.000
Bantuan minimum per KSM	Rp. 800.000
Rata-rata bantuan per KSM	Rp.1.800.000

Sumber : Pedoman Umum PKH (2013:23)

Bantuan tetap yang diterima tiap KSM sebesar Rp. 300.000 per tahun yang diberikan pada tahap penyaluran tahap kedua. Jumlah bantuan yang diterima akan bervariasi sesuai dengan komposisi tiap anggota KSM, yaitu minimal sebesar Rp. 800.000 (untuk bantuan tetap dan 1 anak SD) hingga maksimal sebesar Rp. 2.800.000 per tahun. Diharapkan *output* dari program ini dapat memenuhi pelayanan dasar berupa kesehatan dan pendidikan anak KSM. Hal tersebut dapat dilihat dari tingkat konsumsi makanan bernutrisi (pemenuhan pangan dan gizi), tingkat partisipasi sekolah anak KSM, tingkat pola konsumsi KSM dan tingkat akses pelayanan kesehatan dan pendidikan bagi KSM.

Dari uraian permasalahan di atas diperlukan tindakan evaluasi untuk dapat menganalisis seberapa jauh program diimplementasikan serta kondisi-kondisi

yang dapat meningkatkan keberhasilan implementasi tersebut khususnya dalam upaya meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan. Dengan demikian, peneliti tertarik untuk meneliti kesesuaian pelaksanaan PKH dengan prosedur operasional pelayanan yang ditentukan dan menilai seberapa jauh hasil atau capaian dari pelaksanaan PKH di Kecamatan Sukun, dengan membandingkan sebagian hasil program dalam kaitannya dengan *input* yang digunakan dengan *output* dan *outcome* yang dihasilkan, maka dari itu peneliti mengambil judul penelitian “**Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Meningkatkan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan Keluarga Sangat Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Sukun, Kota Malang)**”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka dapat ditarik beberapa rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah evaluasi Program Keluarga Harapan dalam meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan keluarga sangat miskin di Kecamatan Sukun?
2. Bagaimanakah kesesuaian antara implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun dengan *Standart Operating Procedure* (SOP) program?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah penelitian, adapun tujuan penelitian yang akan dicapai adalah:

1. Mengidentifikasi dan menilai hasil pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan program dalam meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan bagi keluarga miskin di Kecamatan Sukun, serta ikut memberikan kontribusi berupa masukan atau rekomendasi untuk penyempurnaan program.
2. Menganalisis dan mendeskripsikan kesesuaian *Standart Operating Procedure* (SOP) program dengan tahapan pelaksanaan PKH di Kecamatan Sukun dalam rangka mengetahui kesesuaian perencanaan program dengan pelaksanaan program di lapangan sehingga dapat mendukung hasil evaluasi program dalam mencapai tujuan meningkatkan aksesibilitas kesehatan dan pendidikan KSM di Kecamatan Sukun.

D. Kontribusi Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Akademis

Sebagai masukan untuk penelitian selanjutnya yang akan meneliti permasalahan terkait dengan penilaian kebijakan atau program sosial seperti kebijakan penanggulangan kemiskinan dan permasalahan kesejahteraan sosial lainnya, serta sebagai bahan perbandingan dalam mengkaji hasil dan capaian

Program Keluarga Harapan (PKH) yang diharapkan mampu meningkatkan taraf hidup masyarakat melalui peningkatan pelayanan kebutuhan dasar, yakni kesehatan dan pendidikan.

2. Manfaat Praktis

a) Bagi Pemerintah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah informasi bagi pemerintah dengan memberikan fakta empiris tentang hasil capaian PKH terkait dengan peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan anak keluarga miskin yang dilaksanakan di Kecamatan Sukun. Selain itu, hasil dari evaluasi pelaksanaan PKH dapat dijadikan acuan untuk perbaikan dan penyempurnaan dalam perencanaan kebijakan pemerintah selanjutnya.

b) Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana sosialisasi PKH yang bertujuan untuk meningkatkan taraf hidup keluarga sangat miskin dengan fokus pada peningkatan kesehatan dan pendidikan anak, sehingga diharapkan bantuan yang diberikan dapat dimanfaatkan sepenuhnya untuk mengakses kesehatan dan pendidikan guna tercapainya tujuan PKH.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada penelitian ini berdasarkan buku pedoman penyusunan proposal, terbagi menjadi tiga bab, yaitu:

BAB I. PENDAHULUAN

Pada pendahuluan, berisikan latar belakang yang terkait dengan permasalahan dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun, sehingga peneliti tertarik mengevaluasi pelaksanaan program. Selanjutnya terdapat rumusan masalah penelitian, tujuan penelitian, kontribusi penelitian dan sistematika penulisan pada skripsi ini.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

Menjabarkan teori-teori dan temuan-temuan terkait dengan permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini. Adapun teori yang digunakan antara lain: Administrasi Pembangunan, Kebijakan Publik, Kemiskinan, Kesehatan, Pendidikan dan Evaluasi Kebijakan.

BAB III. METODE PENELITIAN

Metode penelitian berisikan metode atau cara yang digunakan dalam penyusunan skripsi ini, yang meliputi: jenis penelitian, fokus penelitian, pemilihan lokasi dan situs penelitian, sumber data yang digunakan, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian, dan analisis data yang digunakan dalam penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perencanaan Pembangunan di Bidang Sosial

1. Pengertian Perencanaan Pembangunan

Perencanaan menurut Tjokroamidjojo (1996:12) dalam arti seluas-luasnya tidak lain adalah suatu proses mempersiapkan secara sistematis kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai sesuatu untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Perencanaan merupakan salah satu fungsi organik manajemen, yang secara umum dalam prosesnya terdiri atas: penyusunan rencana, penyusunan program rencana, pelaksanaan perencanaan, pengawasan perencanaan, dan evaluasi. Sebagai salah satu fungsi organik manajemen, maka perencanaan mutlak dilakukan oleh dan setiap organisasi, apa pun tujuannya, apa pun kegiatannya dan tanpa melihat apakah organisasi yang bersangkutan besar atau kecil, termasuk negara pun merupakan organisasi dan oleh karenanya dalam usaha pencapaian tujuan nasionalnya melalui berbagai kegiatan pembangunan, para pimpinanya mau tidak mau pasti terlibat dalam kegiatan-kegiatan perencanaan.

Apabila berbagai definisi tentang perencanaan dikaji dengan mendalam, maka akan terlihat bahwa dalam kegiatan perencanaan, terdapat beberapa ide pokok menurut Siagian (1984:87), seperti:

- a) Perencanaan pada hakikatnya merupakan kegiatan berpikir karena merencanakan memang didahului oleh konseptualisasi usaha sebelum bertindak.
- b) Perencanaan pada dasarnya merupakan kegiatan pengambilan keputusan sekarang tentang hal-hal yang akan dilaksanakan di masa depan.

- c) Perencanaan berarti meletakkan dasar-dasar rasionalitas untuk berbagai usaha di masa mendatang dengan maksud dan tujuan mempengaruhi dan mengendalikan arah perubahan yang diduga terjadi.
- d) Perencanaan juga merupakan proses pemilihan dan usaha menghubungkan-hubungkan fakta untuk dijadikan bahan dalam membuat berbagai pra anggapan mengenai masa depan yang akan dihadapi untuk kemudian dituangkan dalam program kerja dan kegiatan operasional yang dirasakan perlu dalam usaha pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.
- e) Perencanaan dapat pula dikatakan sebagai usaha persiapan yang sistematis tentang berbagai kegiatan yang perlu dilaksanakan dalam rangka pencapaian tujuan.
- f) Perencanaan juga berarti pengalokasian yang sistematis dan rasional dari berbagai sarana dan prasarana kerja yang sifatnya terbatas untuk memperoleh hasil yang maksimal.

Sementara itu, Tjokroamidjojo (1996:12) mendefinisikan perencanaan pembangunan sebagai suatu pengarahan penggunaan sumber-sumber pembangunan (termasuk sumber-sumber ekonomi) yang terbatas adanya, untuk mencapai tujuan-tujuan keadaan sosial ekonomi yang lebih baik secara lebih efisien dan efektif. Di negara-negara yang sedang berkembang, para perencana dihadapkan pada suatu dilema yaitu di satu pihak pembangunan menuntut lebih banyak kegiatan perencanaan, akan tetapi di lain pihak disadari pula jika kemampuan terbatas. Keterbatasan kemampuan menampakkan dirinya dalam berbagai bentuk kelangkaan seperti kelangkaan biaya, kelangkaan tenaga kerja, yang ahli dan trampil serta kelangkaan teknologi. Maka dari itu, keberhasilan menyelenggarakan kegiatan pembangunan pada suatu tahap tertentu mengakibatkan tuntutan masyarakat yang semakin meningkat.

Peningkatan tersebut muncul dari adanya keinginan yang kuat untuk mampu mengendalikan masa depan bangsa dan negara sesuai dengan kebijakan dan strategi pembangunan yang telah ditetapkan dalam upaya

mewujudkan kondisi kemasyarakatan dan kenegaraan yang di cita-citakan. Di negara berkembang, perencanaan timbul bersama-sama dengan timbulnya tekad dan kemauan untuk membangun. Karena menghadapi keadaan objektif, paling sedikit terdapat tiga sifat perencanaan yang khusus berlaku untuk pembangunan nasional menurut Siagian (1984:93), yaitu:

- a) Perencanaan yang bersifat alokatif, dalam arti bahwa dalam rencana terlihat dengan jelas distribusi dari dana dan daya yang terbatas sehingga seluruh segi pembangunan nasional mendapat porsi yang wajar secara proporsional sesuai dengan skala prioritas yang telah ditetapkan.
- b) Perencanaan yang bersifat inovatif dalam arti menghasilkan perubahan struktural dalam suatu sistem hubungan kemasyarakatan yang memungkinkan masyarakat menemukan bentuk masa depan yang diinginkannya.
- c) Pendekatan yang bersifat multi fungsional dan interdisipliner. Pendekatan ini menjadi amat penting apabila diingat bahwa para perencana harus dapat memecahkan “persaingan” yang timbul di antara berbagai sektor dan program untuk mendapatkan porsi yang lebih besar.

Menurut Tjokroamidjojo (1996:19), Perencanaan pembangunan yang sering diberlakukan di negara-negara baru berkembang, antara lain:

- a) Perencanaan proyek demi proyek (*project by project approach*).
- b) Perencanaan sektoral. Perencanaan kebijaksanaan dan kegiatan usaha untuk perkembangan suatu sektor kegiatan ekonomi tertentu.
- c) Perencanaan investasi menyeluruh sektor publik (*intergrated public investment planning*).
- d) Perencanaan komprehensif meliputi sektor pemerintah dan sektor masyarakat.

Perencanaan proyek demi proyek merupakan perencanaan dan pelaksanaan proyek demi proyek di sektor publik yang hubungan antara proyek-proyek dapat saling terkait, namun perencanaan ini tidak dilandasi suatu kerangka dasar atau kebijaksanaan yang bersifat menyatukan. Perencanaan sektoral ini pada umumnya hanya menyangkut sektor publik, sedangkan untuk perencanaan investasi sektor publik juga terdiri atas

berbagai program dan proyek tetapi dilandasi oleh kerangka dasar atau kebijaksanaan yang menyatukan di sektor publik tersebut. Berbeda dengan perencanaan komprehensif yang meliputi sektor pemerintah dan sektor masyarakat, seringkali disebut juga sebagai perencanaan menyeluruh yang meliputi bidang politik, ekonomi, sosial, dan budaya.

2. Perencanaan Sosial

Menurut Conyers (1991:3) aspek sosial dari perencanaan merupakan salah satu bentuk-bentuk penekanan yang sangat dirasakan meningkat dengan adanya perubahan-perubahan di bidang perencanaan pembangunan dalam dasa warsa 1970-an. Pada pertengahan awal masa pasca perang tepat pada awal mula perencanaan pembangunan menjadi pusat perhatian masyarakat, pembangunan hanyalah ditinjau dari segi ekonomi dan pencapaian pertumbuhan ekonomi dianggap sebagai tujuan utama perencanaan pembangunan (Conyers, 1991:6). Pertumbuhan ekonomi sebagai tujuan perencanaan pembangunan menimbulkan permasalahan, seperti yang dikemukakan Suharto (2005:15) keberhasilan pembangunan ekonomi dibangun atas biaya sosial golongan marjinal yang disisihkan dari keberlangsungan proses pembangunan dan hanya dinikmati oleh sekelompok kecil dalam tatanan sistem sosial dan politik masyarakat.

Maka dari itu, pertumbuhan ekonomi justru menimbulkan masalah ketimpangan dan ketidakadilan sosial. Pertumbuhan ekonomi tanpa pemerataan adalah bertentangan dengan cita-cita masyarakat dan distribusi keadilan (Mehmet, 1978:29-30). Oleh sebab itu, perencanaan sosial hadir sebagai upaya pemerataan dan keadilan sosial dalam tatanan masyarakat.

Conyers (1991:14) mengemukakan bahwa perencanaan sosial berkaitan dengan segi-segi non ekonomis dari pembangunan dan tercapainya hak-hak asasi dan tujuan tertentu (khususnya berkaitan dengan persamaan hak) serta terlibatnya rakyat secara langsung dalam proses perencanaan dan pembangunan. Adapun bidang-bidang jenis kegiatan dalam perencanaan sosial menurut Conyers (1991:21) berikut:

- 1) Perencanaan pelayanan sosial
- 2) Memperhitungkan skala prioritas sosial dan mempertimbangkannya dalam perencanaan pembangunan
- 3) Jaminan terhadap adanya partisipasi yang luas dalam perencanaan

Ketiga bidang kegiatan tersebut merupakan kegiatan dalam perencanaan sosial, contohnya dalam perencanaan pelayanan sosial yaitu perencanaan pelayanan yang memberikan sumbangan terhadap kesejahteraan sosial penduduk seperti pelayanan dibidang pendidikan, kesehatan, perumahan, pengadaan air bersih, dan penyedia sarana rekreasi. Sementara itu, untuk memperhitungkan skala prioritas sosial dapat ditinjau dari perumusan kebijakan sosial untuk menumpas kriminalitas diperkotaan, mengatasi masalah pengangguran dan anak putus sekolah, dan kebijakan lainnya di bidang sosial. Selanjutnya memberi jaminan partisipasi yang luas pada masyarakat dalam proses perencanaan (Conyers, 1991:27).

3. Pembangunan Sosial

Pengalaman Indonesia pada tahap-tahap awal pembangunan hingga tahun 1970-an, memberi pesan jelas bahwa untuk memacu dan mempertahankan pertumbuhan ekonomi serta mewujudkan kesejahteraan sosial yang adil,

pendekatan pembangunan harus mempertimbangkan aspek-aspek sosial (Suharto, 2005:2). Maka dari itu, pendekatan sosial perlu diterapkan bersamaan dengan pendekatan ekonomi dalam strategi pembangunan. Munculnya konsepsi mengenai pembangunan sosial menurut Suharto (2005:5) adalah kritik atas kekurangan model-model pembangunan konvensional, baik sosialis ataupun kapitalis yang terlalu memusatkan perhatian pada produksi dan industri padat modal dengan mengabaikan prinsip keadilan sosial serta kurang memiliki perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan dasar dan pemberdayaan kelompok lemah. Secara ringkas, pembangunan sosial merupakan sebuah strategi pembangunan yang pro-kerakyatan, anti kemiskinan dan anti kesenjangan.

Menurut Hardiman dan Midgley dalam Suharto (2005:5) model pembangunan sosial menekankan pada pentingnya pengentasan kemiskinan melalui pemberdayaan kelompok marjinal, yakni peningkatan taraf hidup masyarakat yang kurang memiliki kemampuan ekonomi secara berkelanjutan.

Tujuan tersebut dicapai melalui (Suharto, 2005:5), antara lain:

- 1) Menumbuhkembangkan potensi diri (produktivitas masyarakat) yang lemah secara ekonomi sebagai suatu asset tenaga kerja.
- 2) Menyediakan dan memberikan pelayanan sosial khususnya pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, perumahan serta pelayanan yang memungkinkan mereka dapat meningkatkan produktivitas dan partisipasi sosial dalam kehidupan masyarakatnya.

Prinsip pokok pembangunan sosial menempatkan masyarakat sebagai pusat dari proses pembangunan dan ekonomi adalah cara untuk melayani kebutuhan manusia.

B. Kebijakan Publik

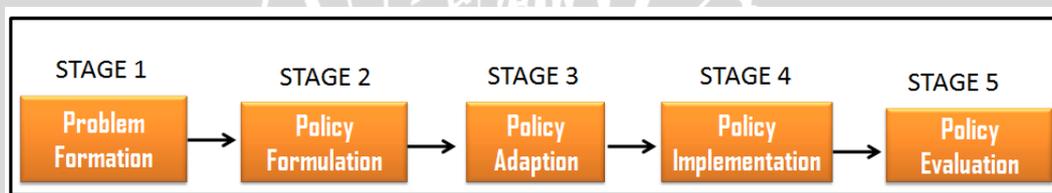
1. Definisi Kebijakan Publik

Menurut Wahab (2012:12) kebijakan publik merupakan kajian yang bersifat plural dan karena itu masalah-masalah kebijakan dijadikan sebuah *academic enquiry* (permintaan akademik) tidak hanya menjadi minat perhatian para ahli dari disiplin ilmu tertentu yang mempelajari maupun mendekatinya secara monodisiplin. Oleh karena itu, sudah sejak lama masalah-masalah kebijakan menjadi arena pergumulan para ahli dari berbagai macam disiplin ilmu sosial yang sengaja mengorientasikan diri pada kebijakan dan yang mempelajari atau meneliti secara interdisiplin.

Maka dari itu, lahirlah definisi kebijakan publik yang berbeda-beda sesuai dengan kebutuhan dari berbagai disiplin ilmu sosial dalam kepustakaan ilmu-ilmu kebijakan yang adakalanya disebut juga sebagai studi-studi kebijakan yang hingga kini sudah ribuan jumlahnya, dapat ditemukan berbagai definisi mengenai kebijakan publik. Menurut Parsons (2008:3) ide kebijakan publik mengandung anggapan bahwa ada suatu ruang atau domain dalam kehidupan yang bukan privat atau murni milik individual, tetapi milik bersama atau milik umum. Publik itu sendiri berisi aktivitas manusia yang dipandang perlu untuk diatur atau diintervensi oleh pemerintah atau aturan sosial, atau setidaknya oleh tindakan bersama.

Selanjutnya, Menurut Suharto (2008:3) kebijakan publik diartikan sebagai keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumberdaya alam, finansial dan manusia demi kepentingan publik. Kepentingan publik yang dimaksud adalah mencakup rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga negara. Pada intinya kebijakan publik berkaitan dengan keputusan atau ketetapan pemerintah untuk melakukan suatu tindakan yang dianggap akan membawa dampak baik bagi kehidupan warganya.

Berbeda dari beberapa pendapat di atas yang lebih menitikberatkan kebijakan lebih kepada tindakan apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah, maka Portney memandang kebijakan publik sebagai suatu proses politik yang terangkai dari beberapa tahap yang digambarkan seperti skema pada (**Gambar 1.**).



Gambar 1. Tahapan Dalam Proses Pembuatan Kebijakan Publik
Sumber: Kent E. Portney (1986:5)

Berikut penjelasan tahapan-tahapan dalam proses pembuatan kebijakan publik diatas, yaitu :

- a) Permunculan dan pembentukan masalah kebijakan (*Problem Formation*), Pada tahap ini perumus kebijakan menempatkan masalah pada agenda kebijakan.

- b) Perumusan kebijakan (*Policy Formulation*), pada tahap ini masalah yang telah menjadi agenda kebijakan dibahas oleh pembuat kebijakan untuk mendapatkan alternatif pemecahan masalah yang terbaik.
- c) Penerimaan dan pengadopsian kebijakan (*Policy Adaption*), setelah mendapatkan alternatif pemecahan masalah yang terbaik dari tahapan sebelumnya, kemudian hasil pemecahan masalah tersebut di adopsi.
- d) Pelaksanaan kebijakan (*Policy Implementation*), tahapan ini merupakan tahapan pelaksanaan kebijakan dimana kebijakan dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasi sumber daya finansial dan manusia.
- e) Penilaian dan evaluasi kebijakan (*Policy Evaluation*), tahapan ini merupakan tahap penilaian atau evaluasi dari kebijakan yang telah dilaksanakan.

2. Rumusan Kebijakan Publik

Menurut Conyers (1991:34) seorang perencana atau perumus kebijakan harus mempertimbangkan tujuan-tujuan dan sasaran kebijakan agar rencana-rencana tersebut dirancang untuk dapat dicapai, sebab interaksi dan penentuan kebijakan serta perencanaan adalah sedemikian rupa yaitu setiap perencana pasti terlibat dalam penentuan kebijakan dan oleh sebab itu perencana atau perumus kebijakan harus memiliki pengertian dan pemahaman yang lebih jauh terhadap berbagai isu yang ada. Merumuskan kebijakan merupakan salah satu tahapan yang cukup krusial dalam mengkaji kebijakan publik karena banyak perumus kebijakan gagal menyelesaikan persoalan-persoalan publik dengan tepat, karena gagal dalam memahami permasalahan. Dengan demikian,

pemahaman terhadap masalah merupakan poin penting, setelah masalah dikenali dan diidentifikasi dengan baik barulah perencanaan kebijakan dapat dirumuskan atau disusun. Masalah-masalah kebijakan publik biasanya dikembangkan dari isu kebijakan.

Adapun model-model perumusan kebijakan menurut Gilbert dan Specht dalam Suharto (2005:77) yang digambarkan pada tabel. 5 berikut.

Tabel. 5 Model Perumusan Kebijakan

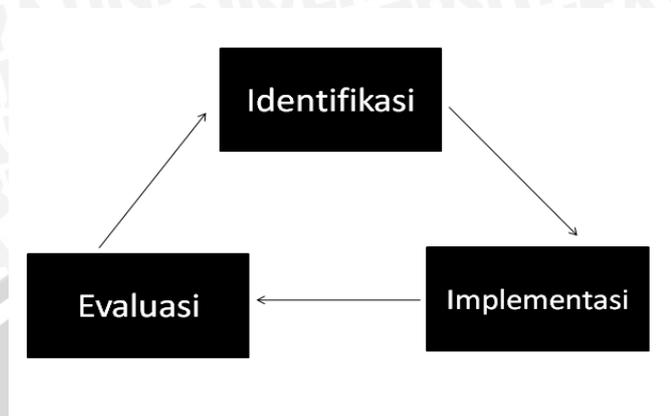
Model A Perencanaan	Model B Pembuatan Kebijakan	Model C Pengembangan Kebijakan
1) Dorongan perencanaan 2) Eksplorasi/Penelitian 3) Pendefinisian tugas-tugas perencanaan 4) Perumusan kebijakan 5) Perumusan program 6) Evaluasi	1) Pengidentifikasian masalah 2) Perumusan kebijakan 3) Legitimasi kebijakan 4) Implementasi Kebijakan 5) Evaluasi kebijakan	1) Perencanaan kebijakan 2) Pengembangan dan implementasi program 3) Evaluasi

Sumber: Gilbert dan Specht, 1986

Tabel di atas memperlihatkan bahwa perumusan kebijakan dapat dilakukan melalui beberapa tahap yang berbeda namun memiliki kesamaan. Model A dikembangkan oleh Alfred J. Kahn yang menekankan perumusan kebijakan berkaitan erat dengan proses perencanaan, sementara untuk Model B dikembangkan oleh Dinitto dan Dye yang dikenal dengan istilah “Proses Pembuatan Kebijakan”. Selanjutnya, Model C yang dikembangkan oleh Freeman dan Sherwood yaitu “Proses Pengembangan Kebijakan”.

Pada dasarnya Model A,B,C memiliki kesamaan, yaitu Model C merupakan penyederhanaan dari Model B dan A. Berdasarkan ketiga model tersebut Suharto (2005:78) merumuskan kebijakan yang dikelompokkan

dalam 3 tahap yang disebut sebagai segitiga perumusan kebijakan (Gambar.2).



Gambar. 2 Model Segitiga Perumusan Kebijakan
Sumber: Suharto (2005:78)

Pada tahap identifikasi terdiri atas indentifikasi masalah dan kebutuhan, analisis masalah dan kebutuhan, penginformasian rencana kebijakan, perumusan tujuan kebijakan, pemilihan model kebijakan, penentuan indikator kebijakan, serta membangun dukungan dan legitimasi publik. Selanjutnya pada tahap implementasi hal yang dilakukan adalah rencana kebijakan yang telah disepakati dirumuskan kedalam strategi dan pemilihan tindakan serta pedoman peraturan pelaksanaannya setelah itu mengoprasionalkan kebijakan kedalam usulan-usulan program untuk dilaksanakan. Sementara itu, tahap evaluasi dilakukan baik terhadap proses maupun hasil implementasi kebijakan, penilaian terhadap proses kebijakan difokuskan pada tahapan perumusan kebijakan, terutama untuk melihat keterpaduan antar tahapan dan sejauh mana program dan pelayanan mengikuti garis kebijakan yang telah ditetapkan.

3. Kebijakan Sosial

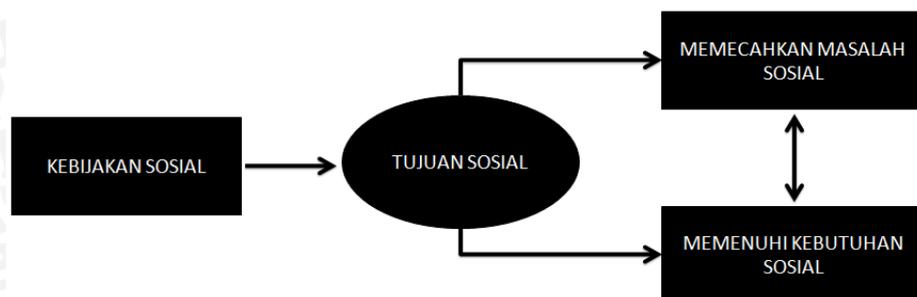
Kebijakan sosial merupakan bagian dari kebijakan publik dengan pendekatan-pendekatan masalah di bidang sosial. Menurut Suharto (2005:7)

kebijakan sosial terdiri dari dua kata yang memiliki banyak makna, yakni kata kebijakan dan sosial, makna kebijakan adalah prinsip atau cara bertindak yang dipilih untuk mengarahkan pengambilan keputusan dan kata sosial dalam kebijakan sosial menunjuk pada pengertian kebijakan yang menyangkut aspek sosial dalam pengertian spesifik, yakni menyangkut bidang kesejahteraan sosial. Selanjutnya, Suharto (2008:82) menjelaskan kebijakan sosial merupakan seperangkat tindakan (*course of action*), kerangka kerja (*framework*), petunjuk (*guideline*), rencana (*plan*), peta (*map*) atau strategi yang dirancang untuk menterjemahkan visi politis pemerintah atau lembaga pemerintah kedalam program dan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu di bidang kesejahteraan sosial (*social welfare*). Sementara itu, Marshall dalam Suharto (2005:10) mendefinisikan kebijakan sosial sebagai kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan tindakan yang memiliki dampak langsung terhadap kesejahteraan warga negara melalui penyediaan pelayanan sosial dan bantuan keuangan.

Di negara berkembang, pengangguran, kemiskinan, kesenjangan sosial, kelangkaan pelayanan sosial merupakan masalah sosial utama sejak dulu (Suharto, 2005:59). Sebagai suatu produk, kebijakan sosial adalah hasil dari proses perumusan kebijakan atau perencanaan sosial. konsepsi mengenai kebijakan sosial sangat berkaitan erat dengan konsepsi mengenai perencanaan sosial. Menurut Conyers (1991:3) aspek sosial dari perencanaan merupakan salah satu bentuk-bentuk penekanan yang sangat dirasakan meningkat dengan adanya perubahan-perubahan di bidang perencanaan pembangunan pada tahun 1970-an.

Awalnya perencanaan di bidang sosial muncul karena pertumbuhan dan perubahan akibat proses pembangunan yang dirasa tidak banyak manfaatnya dan justru melahirkan goncangan sosial bagi masyarakat. Pembangunan yang dihasilkan membuat yang kuat semakin berkuasa dan yang lemah semakin tidak berdaya. Akibatnya, terjadi ketimpangan dan ketidakadilan yang begitu nyata di masyarakat, pengangguran merajalela, upah buruh pun juga rendah, dan akhirnya kemiskinan timbul akibat dari pembangunan yang tidak memperhatikan aspek sosial tersebut. Kebijakan sosial hadir untuk mengatasi permasalahan tersebut. Menurut Parsons (2008:94) upaya para pembaru sosial dan perkembangan analisis empiris atas problem sosial seperti, kemiskinan, tenaga kerja anak-anak, kesehatan, penjara, dan sebagainya menjadi landasan positif dalam riset kebijakan sosial.

Dalam konteks pembangunan sosial, kebijakan sosial merupakan suatu perangkat, mekanisme dan sistem yang dapat mengarahkan dan menterjemahkan tujuan-tujuan pembangunan yang berorientasi pada pencapaian tujuan sosial. Menurut Suharto (2005:61) tujuan sosial ini mengandung dua pengertian yang saling terkait, yaitu: memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial. Jika digambarkan dengan bagan akan terlihat pada (**Gambar 3.**).



Gambar 3. Tujuan Kebijakan Sosial
Sumber: Suharto (2005:61)

Tujuan pemecahan masalah mengandung arti mengusahakan atau mengadakan perbaikan karena ada sesuatu keadaan yang tidak diharapkan (misalnya kemiskinan) atau kejadian yang bersifat destruktif atau patologis yang mengganggu dan merusak tatanan masyarakat (misalnya kenakalan remaja). Tujuan pemenuhan kebutuhan mengandung arti menyediakan pelayanan-pelayanan sosial yang diperlukan, baik dikarenakan adanya masalah maupun tidak ada masalah, dalam arti bersifat pencegahan atau pengembangan yang meningkatkan kualitas suatu kondisi agar lebih baik dari keadaan sebelumnya.

C. Kemiskinan

1. Definisi Kemiskinan

Menurut Kartasasmita (1996:21) kemiskinan merupakan situasi serba kekurangan yang terjadi bukan karena dikehendaki oleh si miskin, melainkan karena tidak dapat dihindari dengan kekuatan yang ada padanya. Kemiskinan antara lain ditandai dengan adanya sikap dan tingkah laku yang menerima keadaan yang seakan-akan tidak dapat diubah, yang tercermin di dalam lemahnya kemauan untuk maju, rendahnya produktifitas, terbatasnya modal yang dimiliki, dan rendahnya pendapatan. Dengan demikian, kemiskinan telah membatasi hak rakyat untuk memperoleh pendidikan hingga jenjang tinggi, pekerjaan yang memadai, mengakses kesehatan yang terjamin karena adanya keterbatasan pada diri mereka.

Pendapat lain dikemukakan oleh Suparlan (1984:12) yang mendefinisikan kemiskinan sebagai suatu standar tingkat hidup yang rendah, yaitu adanya

suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau segolongan orang di bandingkan dengan standar kehidupan yang umum berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan. Definisi kemiskinan yang lebih spesifik yakni, kemiskinan merupakan sebuah kondisi yang berada pada garis nilai standar kebutuhan minimum, baik untuk makanan maupun non makanan, yang disebut dengan garis kemiskinan (*poverty line*) atau batas kemiskinan (*poverty threshold*). garis kemiskinan adalah sejumlah rupiah yang diperlukan oleh setiap individu untuk membayar kebutuhan makanan setara 2100 kilo kalori per orang per hari dan kebutuhan non makanan yang terdiri dari perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, serta aneka barang dan jasa lainnya (BPS dan Departemen Sosial, 2002:4).

Pada dasarnya kemiskinan dibedakan menjadi dua, yaitu kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. menurut Kuncoro,dkk (2010:53) berdasarkan cara pandangnya kemiskinan absolut adalah kemiskinan yang dipandang dari pendapatan masyarakat yang secara nyata di bawah garis kemiskinan atau tidak cukup untuk memenuhi pangan, sandang, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang diperlukan untuk dapat hidup dan bekerja, sedangkan kemiskinan relatif merupakan kemiskinan yang dilihat berdasarkan perbandingan antara satu tingkat pendapatan dengan pendapatan lainnya. Dalam Program Keluarga Harapan (PKH) ini kemiskinan yang dijadikan sebagai acuan adalah kemiskinan absolut, karena sasaran program penerima bantuan merupakan Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar mereka.

2. Penyebab Kemiskinan

Proses pembangunan yang mengakibatkan ketimpangan sosial karena ketidakadilan dan ketidakmerataan hasil pembangunan berpengaruh terhadap kaum yang lemah karena semakin tidak berdaya. Pertumbuhan yang dihasilkan dari proses pembangunan dirasa tidak banyak manfaatnya dan lebih melahirkan guncangan sosial sifatnya, hal ini ditunjukkan dari tingkat kemiskinan dalam masyarakat cukup tinggi. Selain hasil pembangunan yang tidak merata, terdapat faktor-faktor penyebab kemiskinan lainnya menurut Sumodiningrat (2006:5), yakni:

- a) kemiskinan terjadi disebabkan oleh faktor internal, yaitu ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, ketidakmampuan dalam mengatasi masalah-masalah sosial yang dihadapinya.
- b) Faktor eksternal atau faktor yang berada di luar jangkauan individu. Faktor ini secara kongkret lebih bersifat hambatan, kelembagaan atau struktur masyarakat yang dapat menghambat seseorang untuk meraih kesempatannya. seperti: kebijakan publik yang belum berpihak pada penduduk miskin, tidak tersedianya pelayananan sosial dasar, tidak dilindunginya hak atas kepemilikan tanah, terbatasnya lapangan kerja, kesenjangan dan ketidakadilan sosial, serta dampak pembangunan yang berorientasi kapitalis.

Adapun faktor penyebab kemiskinan (asal mula kemiskinan) menurut Sudarwati (2009:24), yang meliputi kemiskinan natural, kemiskinan kultural, dan kemiskinan struktural, berikut penjelasannya :

- a) Kemiskinan natural adalah keadaan miskin karena dari awalnya memang miskin. Kelompok masyarakat tersebut menjadi miskin karena tidak memiliki sumber daya yang memadai baik sumber daya alam, sumber daya manusia maupun sumber daya pembangunan, hanya mendapat imbalan pendapatan yang rendah.
- b) Kemiskinan kultural mengacu pada sikap hidup seseorang atau kelompok masyarakat yang disebabkan oleh gaya hidup, kebiasaan hidup, dan budaya dimana mereka merasa hidup berkecukupan dan tidak merasa kekurangan. Kelompok masyarakat seperti ini tidak mudah untuk diajak berpartisipasi dalam pembangunan, tidak mau berusaha untuk memperbaiki dan merubah tingkat kehidupannya. Akibatnya tingkat pendapat mereka rendah menurut ukuran yang dipakai secara umum.
- c) Kemiskinan struktural merupakan kemiskinan yang disebabkan oleh faktor-faktor buatan manusia seperti kebijakan ekonomi yang tidak adil, distribusi asset produksi yang tidak merata, korupsi dan kolusi serta tatanan ekonomi dunia yang cenderung menguntungkan kelompok masyarakat tertentu.

Selanjutnya sebab-sebab terjadinya kemiskinan yaitu terkait dengan model interaksi antara manusia dengan dirinya sendiri, dengan sesamanya, dengan alam dan dengan masyarakatnya. Menurut Kuncoro,dkk (2010:55) sebab-sebab kemiskinan yang berkaitan dengan kondisi alam terjadi bila dilakukan pola destruktif antara manusia dan alam seperti eksploitasi alam tanpa melakukan analisa dampak lingkungan, kecenderungan untuk menghabiskan

seluruh potensi alam, keengganan mengadakan peremajaan demi kelanjutan alam, akibatnya pola interaksi yang demikian menyebabkan terjadinya kemiskinan, baik secara langsung, maupun tidak. Sedang sebab-sebab kemiskinan yang berkaitan dengan kondisi manusia itu sendiri adalah kurangnya percaya pada kemampuan dan enggan mengaktualisasikan potensi yang ada, serta enggan memberi respon yang optimal terhadap perputaran waktu. Selanjutnya sebab kemiskinan yang berkaitan dengan kondisi sosial adalah terkonsentrasinya modal di tangan orang-orang kaya hal tersebut mengakibatkan orang yang miskin tidak mendapat kesempatan untuk mengaktualisasikan potensinya demi meraih prestasi di bidang ekonomi.

3. Ciri-Ciri Keluarga Miskin

Pada dasarnya seseorang dikatakan miskin apabila mereka tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri. Tolok ukur kemiskinan di Indonesia dapat diukur dengan garis kemiskinan, apabila seseorang berada dibawah garis kemiskinan itu artinya mereka tidak memiliki pendapatan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan yang paling pokok seperti pangan, pakaian, dan tempat beteduh. Adapun ciri-ciri kemiskinan menurut Suharto (2004:7) yang berada dibawah garis kemiskinan, antara lain:

- a) ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (sandang, pangan, papan).
- b) ketiadaan akses terhadap kebutuhan dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih, dan transportasi).
- c) ketiadaan jaminan masa depan (karena tiadanya investasi untuk pendidikan dan keluarga).
- d) kerentanan terhadap goncangan yang bersifat individual maupun mssal.
- e) rendahnya kualitas sumber daya manusia dan keterbatasan sumber daya alam.
- f) ketiadaan akses terhadap lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan.

- g) ketidakmampuan untuk berusaha karena cacat fisik maupun mental.
- h) ketidakmampuan dan ketidakberuntungan sosial (anak terlantar, wanita korban tindak kekerasan rumah tangga, janda miskin, kelompok marginal dan terpencil).

Ciri-ciri kemiskinan di atas merupakan ciri-ciri kemiskinan yang dialami oleh siapa saja yang berada dibawah garis kemiskinan. Oleh karena itu, Badan Pusat Statistik (BPS) menetapkan secara rinci ciri-ciri atau kriteria keluarga miskin sebagai berikut:

- a) Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
- b) Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan.
- c) Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari *bamboo*/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester.
- d) tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain.
- e) Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
- f) Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan.
- g) Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah.
- h) Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu.
- i) Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
- j) Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari.
- k) Tidak sanggup membayar biaya pengobatan puskesmas/poliklinik.
- l) Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0,5 ha. buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp 600.000 per bulan.
- m) Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya SD.
- n) Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp 500.000, seperti: sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

4. Penanggulangan Kemiskinan

Pokok permasalahan kemiskinan sangat kompleks dari segi material maupun non material (Kuncoro,dkk, 2010:57). Hal tersebut membutuhkan intervensi semua pihak secara bersama dan terkoordinasi. Penanganan kemiskinan selama ini cenderung parsial dan tidak berkelanjutan dikarenakan

tiap daerah memiliki pokok permasalahan yang berbeda. Maka dari itu, diperlukan perubahan yang bersifat sistemik dan menyeluruh dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Maka dari itu, diperlukan pendekatan yang sistematis, terpadu, dan menyeluruh untuk mengurangi beban dan memenuhi hak-hak dasar warga negara secara layak yang berkeadilan dan berkelanjutan. Berikut merupakan pendekatan-pendekatan yang dipandang lebih cocok diterapkan dalam rangka penanggulangan kemiskinan menurut Sudarwati (2009:48), antara lain:

- a) Pendekatan kebutuhan dasar (*basic needs approach*), yaitu ketidakmampuan seseorang, keluarga dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan hidup minimum antara lain sandang, perumahan, pelayanan kesehatan dan pendidikan, penyediaan air bersih dan sarana sanitasi.
- b) Pendekatan pendapatan (*income approach*), yaitu ukuran tingkat pendapatan atau pengeluaran seseorang, keluarga dan masyarakat berada di bawah ukuran tertentu (garis kemiskinan).
- c) pendekatan kemampuan dasar (*human capability approach*), yaitu suatu keterbatasan kemampuan dasar (membaca, menulis dan seseorang atau keluarga untuk menjalankan fungsi minimal dalam suatu masyarakat). keterbatasan kemampuan dasar akan menghambat seseorang dan keluarga dalam menikmati hidup yang lebih sehat, maju dan berumur panjang. keterbatasan ini juga akan memperkecil kesempatan dalam pengambilan keputusan yang menyangkut

kehidupan masyarakat dan mengurangi kebebasan dalam menentukan pilihan terbaik bagi kehidupan pribadi.

- d) Pendekatan objektif dan subjektif (*objective and subjective approach*), pendekatan objektif sering disebut dengan pendekatan kesejahteraan yang menekankan pada penilaian normatif tentang faktor penyebab kemiskinan dan syarat yang harus dipenuhi agar keluar dari perangkap kemiskinan, sedangkan pendekatan subjektif menekankan pada pandangan atau pendapat pribadi dari penduduk miskin itu sendiri tentang kondisi kemiskinan yang mereka hadapi.

Berdasarkan pendekatan-pendekatan penanggulangan kemiskinan di atas, Program Keluarga Harapan (PKH) lebih condong pada pendekatan kebutuhan dasar (*basic need approach*). Hal ini dikarenakan Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan bentuk perlindungan sosial dari pemerintah untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak khususnya dalam memenuhi aksesibilitas pelayanan sosial dasar untuk keluarga miskin, yang meliputi: kesehatan, pangan dan gizi, termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang selama ini melekat pada diri masyarakat miskin.

D. Pelayanan Sosial

1. Konsepsi Pelayanan Sosial

Konsep pelayanan berasal dari usaha untuk memberikan sesuatu yang terbaik bagi individu, kelompok lain dan masyarakat, hal tersebut sama dengan pelayanan sosial pada umumnya yang dilakukan oleh seorang pekerja

sosial untuk meningkatkan kesejahteraan kelompok atau individu yang mengalami masalah baik dalam diri, kelompok, dan lingkungan sosial (Sukmana, dkk, 2015:106). Secara garis besar pengertian pelayanan sosial menurut Muhidin (1992:410) terbagi menjadi dua bagian, yaitu pengertian dalam arti luas dan sempit; (1) Pelayanan sosial dalam arti luas yaitu pelayanan sosial yang mencakup fungsi pengembangan termasuk dalam bidang kesehatan, pendidikan, perumahan, tenaga kerja, dan sebagainya. (2) Pelayanan sosial dalam arti sempit disebut juga pelayanan kesejahteraan sosial yang mencakup program pertolongan dan perlindungan kepada golongan-golongan yang tidak beruntung, seperti pelayanan sosial bagi anak terlantar, keluarga miskin, orang cacat, tuna susila, dan sebagainya.

Adapun jenis pelayanan sosial yang dibutuhkan oleh setiap manusia digambarkan pada tabel. 6 berikut.

Tabel. 6 Jenis Pelayanan Sosial

No	Jenis Pelayanan Sosial	Deskripsi Singkat
1.	Bantuan sosial umum (<i>public assistance</i>)	Orang yang membutuhkan langsung, termasuk asistensi sosial menanggulangi kemiskinan, bantuan untuk lansia, orang cacat dan anak yatim piatu.
2.	Asuransi sosial (<i>social insurance</i>)	Bantuan bagi para buruh serta keluarganya untuk menanggulangi hilangnya mata pencaharian mereka, pengangguran, kecelakaan dalam industry, dan penyakit selama bekerja.
3.	Pelayanan kesejahteraan keluarga (<i>family services</i>)	Penyuluhan tentang hubungan-hubungan pribadi dan keluarga, tentang soal perkawinan, kesehatan dan masalah keluarga lainnya.
4.	Pelayanan kesejahteraan anak (<i>child welfare services</i>)	Menempatkan anak yatim piatu dirumah orang tua angkat/panti asuhan, pelayanan sosial di dalam sekolah, perlindungan anak yang bekerja, dll.

5.	Pelayanan kesehatan dan pengobatan (<i>health and medical services</i>)	Mendirikan pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak, kunjungan juru rawat, mengusahakan rehabilitasi anak cacat.
6.	Pelayanan kesejahteraan kesehatan jiwa (<i>mental hygiene service</i>)	Pelayanan di rumah sakit dan sanatorium untuk orang-orang yang sakit jiwa.
7.	Pelayanan kesejahteraan dalam bidang kejahatan (<i>corektinol services</i>)	Pelayanan bagi pemuda yang mendapat pelayanan percobaan dan pengadilan kriminal, dll.
8.	Pelayanan kesejahteraan para pemuda di dalam pengisian waktu luangnya (<i>youth leure-time service</i>)	Mendirikan pusat kegiatan bagi pemuda, rumah penampungan, menyediakan fasilitas rekreasi, dll.
9.	Pelayanan kesejahteraan bagi veteran (<i>veteran's services</i>)	Pelayanan yang diberikan untuk kesejahteraan veteran, diantaranya bimbingan sosial.
10.	Pelayanan kesejahteraan di bidang penempatan tenaga kerja (<i>employment services</i>)	Mencarikan lapangan pekerjaan, memberikan perlindungan buruh, dll.
11.	Pelayanan kesejahteraan sosial di bidang perumahan (<i>housing services</i>)	Membantu perumahan, membersihkan daerah kumuh, dll.
12.	Pelayanan kesejahteraan sosial masyarakat (<i>community welfare service</i>)	Usaha-usaha perencanaan, pengorganisasian dan dana-dana sosial.
13.	Pelayanan-pelayanan internasional	Program bantuan PBB, dana anak-anak PBB, dll.

Sumber: Hariwoerjanto, 1986

Sementara itu, jika dikaitkan dengan tujuan PKH yang lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial yang berfokus terhadap peningkatan aksesibilitas pelayanan sosial dasar yang meliputi kesehatan dan pendidikan. Pelayanan kesehatan dan pendidikan termasuk dalam pelayanan sosial dasar guna meningkatkan taraf hidup masyarakat miskin untuk memperoleh hak di bidang pendidikan dan kesehatan.

2. Pelayanan Kesehatan

Hak untuk mendapatkan kesehatan yang baik sangat susah, termasuk hak atas lingkungan hidup yang sehat. Masalah-masalah dibidang kesehatan misalnya yang muncul seperti tidak terpenuhinya akses terhadap fasilitas rumah sakit/puskesmas, tenaga medis dan obat-obatan yang mahal dan kualitasnya sering dipertanyakan. Selain itu, sering terjadi gizi buruk dan pencemaran lingkungan (Puspitosari, dkk, 2012:108). Maka dari itu, negara berkewajiban untuk memberikan pelayanan sosial dan akses terhadap kesehatan khususnya, seperti yang dijelaskan oleh Azwar (1988:1) bahwa pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang dilakukan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok dan ataupun masyarakat.

Menurut Conyers (1991:65) sebagian besar negara berkembang keinginan untuk memperbaiki pelayanan sosial adalah sangat besar, tetapi sumber dana untuk pengadaan pelayanan tersebut sangat terbatas. Salah satu masalah yang sering di jumpai adalah pelayanan di bidang kesehatan. Pelayanan di bidang kesehatan pernah hanya dianggap sebagai alat penyembuhan dan bukan sebagai alat pencegahan penyakit. Tekanannya adalah pada hal perawatan manusia yang sakit dengan tujuannya menghindarkannya dari kematian dan mengurangi penderitaannya. Penekanan semacam ini telah direfleksikan di sebagian besar negara dalam bentuk fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada saat ini, yang secara fundamental merupakan tempat dimana orang memerlukan

perawatan serta terlihat juga dari cara latihan bagi tenaga-tenaga perawat kesehatan dan sikap masyarakat pada umumnya.

Namun, saat ini kebijaksanaan kesehatan di sebagian negara telah mulai lebih difokuskan pada hal-hal pencegahan penyakit. Artinya, ada perhatian yang lebih besar dalam program pengembangan kesehatan seperti misalnya, sanitasi lingkungan, perawatan ibu dan anaknya, keluarga berencana, vaksinasi, imunisasi, dan pembersihan tempat dari faktor penyakit (Conyers, 1991:66). Hal ini berarti kurang begitu mementingkan pembangunan rumah sakit dan berbagai fasilitas kesehatan lainnya yang lebih konvensional, tetapi pelayanan lebih ditekankan pada tersedianya tim-tim medis yang lincah, pendidikan kesehatan dan program kesehatan yang terpadu dengan program-program pembangunan sosial ekonomi.

Menurut Suharto (2009:45) akses terhadap kesehatan merupakan faktor penting bagi pembangunan ekonomi. Salah satu penyelenggara negara kepada masyarakat adalah akses pelayanan jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam penanggulangan kemiskinan. Banyak studi menunjukkan bahwa investasi di bidang kesehatan berkaitan dengan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Sistem jaminan kesehatan yang baik menentukan pembangunan ekonomi yang berkelanjutan, dan pembangunan ekonomi yang berkeadilan.

Menurut Suharto (2009:59) secara konseptual jaminan sosial terdiri dari bantuan sosial (*social assistance*) dan asuransi sosial (*social insurance*). Bantuan sosial atau yang sering disebut dengan bantuan publik dapat berbentuk tunjangan uang, barang atau pelayanan sosial tanpa memperhatikan

kontribusi atau premi dari penerima. Bantuan sosial dalam bidang kesehatan ditujukan bagi keluarga miskin, jompo, dan anak terlantar. Sementara, asuransi sosial merupakan jaminan yang hanya diberikan pada peserta sesuai dengan kontribusinya, yakni premi atau tabungan yang dibayarkan. Contoh dari asuransi sosial dalam bidang kesehatan adalah asuransi kesehatan.

Sementara itu, Program Keluarga Harapan (PKH) termasuk dalam jaminan sosial bidang kesehatan yang berupa bantuan sosial untuk diberikan pada keluarga sangat miskin, yakni bantuan berupa tunjangan uang tunai. Bantuan uang yang diberikan merupakan Bantuan Tunai Bersyarat (BTB) yang diberikan pemerintah agar memudahkan keluarga miskin dalam memanfaatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Hal ini diharapkan mampu meningkatkan kualitas kesehatan keluarga miskin.

Jaminan kesehatan merupakan sistem yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Menurut Suharto (2009:59) jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam menanggulangi kemiskinan. Jaminan kesehatan telah diakui sebagai strategi kebijakan sosial yang penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi.

Setiap negara memiliki sistem dan mekanisme pelayanan kesehatan yang relatif berbeda. Namun, semuanya mengarah pada pencapaian tujuan dasar pelayanan kesehatan yang relatif sama, yakni untuk menjaga agar orang tetap sehat, merawat orang yang sakit dan melindungi keluarga yang tidak mampu akibat tagihan medis. Meskipun terdapat variasi, sistem jaminan dan

perawatan kesehatan cenderung memiliki pola-pola umum yang dapat dikelompokkan menjadi empat model seperti pada tabel. 7 berikut.

Tabel. 7 Model – Model Jaminan Kesehatan

Tipe	Karakteristik Utama
Model Beveridge	<ul style="list-style-type: none"> • Skema jaminan kesehatan berbasis pajak • Kepesertaan bersifat wajib, premi dibayar pemerintah • Fasilitas, tenaga, dan perawatan kesehatan disediakan dan dibiayai pemerintah • Negara sebagai <i>sole payer</i> menentukan jenis dan harga pelayanan kesehatan
Model Bismarck	<ul style="list-style-type: none"> • Skema jaminan kesehatan berbasis kontribusi • Kepesertaan bersifat wajib, namun hanya premi orang miskin yang ditanggung pemerintah • Fasilitas, tenaga dan perawatan kesehatan sebagian besar disediakan dan dikelola swasta • Tidak menggunakan sistem pembayar tunggal
Model Asuransi Kesehatan Nasional	<ul style="list-style-type: none"> • Gabungan Model Beveridge dan Bismarck • Kepesertaan bersifat wajib • Penyedia pelayanan adalah pihak swasta, namun pembayaran klaim didanai pemerintah melalui program asuransi nasional • Menggunakan sistem pembayaran tunggal
Model Biaya Sendiri	<ul style="list-style-type: none"> • Skema jaminan kesehatan berbasis kontribusi • Kepesertaan secara normatif bersifat wajib, namun kenyataannya tidak jelas dan <i>fragmented</i> • Fasilitas dan pelayanan kesehatan disediakan oleh pemerintah dan swasta, namun sistem pembiayaan didominasi mekanisme pembayaran tunai (<i>fee for service</i>) • Manajemen sumber dana dan pembayaran kurang terkoordinasi

Sumber : Suharto (2009:81)

3. Pelayanan Pendidikan

Dalam kehidupan sehari-hari setiap warga negara memerlukan berbagai macam pelayanan, baik yang berupa pelayanan barang maupun pelayanan jasa untuk memenuhi kehidupan yang berkualitas, karena hal itu adalah hak setiap warga negara. Menurut Puspitosari,dkk (2012:102) pokok perhatian pelayanan yang paling utama adalah masalah kebutuhan-kebutuhan dasar masyarakat yang menyangkut pendidikan, kesehatan dan pelayanan dasar

yang melekat secara alamiah (kodrati) dalam diri warga negara. Salah satu contoh layanan tersebut adalah layanan penyelenggaraan pendidikan adalah dimana setiap hak yang seharusnya dinikmati oleh masyarakat adalah fasilitas pendidikan.

Masalah pendidikan juga termasuk dalam persoalan yang paling *urgent* terutama di negara miskin dan negara berkembang. Seperti contoh, sebagian besar gedung sekolah tidak layak dan tidak kondusif untuk kegiatan belajar mengajar, kurangnya aksesibilitas untuk mendapat pendidikan, serta cara pandang sebagian besar masyarakat pedesaan yang menganggap pendidikan dasar kurang mempunyai nilai guna bagi peningkatan taraf kehidupan mereka. Maka dari itu, sebagai salah satu negara sedang berkembang, Indonesia berusaha meningkatkan pemerataan pendidikan.

Upaya pemerataan pendidikan dasar di Indonesia mulai tahun 1994 diarahkan pada wajib belajar 9 tahun, yakni wajib bagi semua anak berusia 7-15 tahun (Achmady, dkk, 1994: 44). Wajib belajar 9 tahun merupakan upaya dalam meningkatkan rata-rata tingkat pendidikan rakyat sampai dengan Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau sederajat, pemerataan pendidikan secara adil, baik di perkotaan maupun di pedesaan sehingga nantinya dapat meningkatkan akses ekonomi yang merata dan adil pula bagi semua lapisan masyarakat, serta sebagai upaya peningkatan kemampuan dan keterampilan guna memperbesar peluang untuk meningkatkan martabat, kesejahteraan, dan makna hidupnya.

Seperti yang telah dijelaskan, pendidikan termasuk pendidikan dasar dituntut untuk memiliki relevansi dengan kebutuhan peserta didik dalam

rangka meningkatkan taraf hidupnya. Dari perspektif tersebut, pendidikan memiliki relevansi dengan upaya mengentaskan kemiskinan. Perlunya keseimbangan dalam memandang makna dan fungsi pendidikan, khususnya pendidikan dasar, juga didasarkan pada kenyataan yang hidup dalam masyarakat kita. Kalangan masyarakat dari tingkat sosial ekonomi rendah masih memandang pendidikan dasar kurang mempunyai nilai guna bagi pengentasan taraf kehidupan mereka, karena apa yang mereka peroleh di sekolah tidak mempunyai banyak arti bagi peserta didik dan keluarganya.

Peserta didik dari kalangan masyarakat dari tingkat sosial ekonomi rendah merasa telah mengeluarkan waktu dan biaya untuk pergi ke sekolah yang bagi mereka pengorbanan itu sangat berharga jika digunakan untuk mencari nafkah (Achmady, dkk, 1994:50). Cara pandang yang lugu dan apa adanya inilah yang meliputi sebagian masyarakat di pedesaan. Akibatnya, oleh sebagian masyarakat, sekolah dianggap menjauhkan mereka dari kehidupannya. Hal ini lah yang menjadi salah satu penyebab masih tingginya angka putus sekolah, khususnya di sekolah dasar. Banyak anak putus sekolah dan menjadi pekerja anak.

Maka dari itu, Program Keluarga Harapan dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin melalui pemberian bantuan tunai bersyarat bagi keluarga miskin. Hal ini diharapkan mampu memberi kemudahan bagi keluarga miskin untuk memanfaatkan akses pelayanan sosial dasar termasuk pendidikan guna pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium yakni, pencapaian pendidikan dasar untuk semua.

E. Evaluasi Kebijakan

1. Konsep Evaluasi Kebijakan

Evaluasi mengandung dua aspek yang saling terkait, yaitu: evaluasi kebijakan dan kandungan programnya dan evaluasi terhadap orang-orang yang bekerja di dalam organisasi yang bertanggung jawab untuk mengimplementasikan kebijakan dan program. Menurut Suharto (2008:40) evaluasi kebijakan pada dasarnya merupakan alat untuk mengumpulkan dan mengelola informasi mengenai program atau pelayanan yang diterapkan. Evaluasi kebijakan menyediakan data dan informasi yang dapat dipergunakan untuk menganalisis kebijakan dan menunjukkan rekomendasi-rekomendasi untuk perbaikan yang diperlukan.

Bila kebijakan dipandang sebagai suatu pola kegiatan yang berurutan, maka evaluasi kebijakan merupakan tahap akhir dalam proses kebijakan. Fungsi dari evaluasi kebijakan adalah untuk memberikan masukan bagi penyempurnaan kebijakan. Dengan melakukan evaluasi, pemerintah dapat meningkatkan efektivitas program sehingga meningkat pula kepuasan publik terhadap kebijakan pemerintah. Para pengambil kebijakan menyadari perlu mengetahui bagaimana kebijakan itu sesungguhnya berjalan. Untuk mengukur keberhasilan dalam kondisi pelaksanaan dan menyelidiki apakah kebijakan dilaksanakan sesuai dengan apa yang diinginkan (Wibawa, 1994:V).

Menurut Nugroho (2009:535) tujuan pokok evaluasi bukanlah untuk menyalah-nyalahkan, melainkan untuk melihat seberapa besar kesenjangan

antara pencapaian dan harapan suatu kebijakan publik. Tugas selanjutnya adalah bagaimana mengurangi atau menutup kesenjangan tersebut. Evaluasi diperlukan guna memberi informasi terkait efisiensi anggaran atau biaya dan efektivitas pelaksanaan program kebijakan dalam capaian yang diharapkan. Menurut Agustino (2006:128) ada tiga hal evaluasi kebijakan yang perlu diperhatikan, yaitu :

- a) Evaluasi kebijakan berusaha memberi informasi yang valid tentang kinerja kebijakan.
- b) Evaluasi kebijakan berusaha untuk menilai kepastian tujuan atau target dengan masalah yang dihadapi.
- c) Evaluasi kebijakan berusaha untuk memberi sumbangan pada kebijakan lain terutama dari segi metodologi.

Untuk dapat menilai atau mengevaluasi suatu kebijakan khususnya kebijakan publik, diperlukan kriteria untuk mencerminkan kualitas suatu kebijakan tersebut. Beberapa ahli menetapkan berbagai macam kategori atas kriteria evaluasi yang dimaksud. Diantaranya yang dikenal dengan *Bardach's typology* (Patton dan Sawicki, 1986:156), terdiri dari: *technical feasibility*, *political viability*, *economic and financial possibility* dan *administrative operability*.

a) *Technical Feasibility*

Kriteria ini mengukur sejauh mana *outcome* yang dihasilkan dari kebijakan dan program dapat terpenuhi sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan secara teknis. Meliputi teknis operasional untuk implementasi kebijakan dan program.

b) *Political Viability*

Kriteria ini mengukur dampak dari kebijakan atau program bagi kelompok-kelompok yang relevan seperti pengambil kebijakan, legislatif, administrator, koalisi masyarakat, organisasi/persatuan masyarakat, dan kelompok-kelompok politik lainnya.

c) *Economic and Financial Possibility*

Kriteria ini untuk mengukur berapa anggaran atau biaya untuk pelaksanaan program dan apakah pelaksanaan program tersebut dapat memberikan keuntungan.

d) *Administrative Operability*

Kriteria ini menilai kemungkinan tercapainya tujuan dari kebijakan dan program yang telah ditetapkan dalam konteks politik, sosial dan administrasi.

Analisis kebijakan menggunakan tipe kriteria yang berbeda untuk mengevaluasi hasil kebijakan. Untuk deskripsi lebih jauh mengenai kriteria evaluasi Dunn (2000:610) menggambarkan kriteria-kriteria evaluasi kebijakan seperti pada tabel 8. berikut.

Tabel 8. Tipe Kriteria Evaluasi Menurut Dunn

Tipe Kriteria	Pertanyaan	Ilustri
Efektivitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?	Unit pelayanan
Efisiensi	Seberapa banyak usaha diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?	Unit biaya, manfaat bersih, rasio <i>cost-benefit</i>
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?	Biaya tetap. Efektivitas tetap.
Perataan	Apakah biaya manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok-kelompok yang berbeda?	Kriteria Pareto, Kriteria Kaldor-Hick, Kriteria Rawls.
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan	Konsistensi dengan

	memuaskan kebutuhan, prefensi, atau nilai kelompok-kelompok tertentu?	survei warga negara.
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?	Program publik harus merata dan efisien.

Sumber: William N. Dunn (2009:610)

Menurut Dunn (2000:609) evaluasi memberi informasi yang valid dan dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah kesempatan telah dicapai melalui tindakan publik. Evaluasi juga memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target serta memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk rumusan masalah dan rekomendasi. Maka dari itu penentuan kriteria sangat penting dalam evaluasi kebijakan untuk dapat menghasilkan informasi valid dan dipercaya mengenai kinerja kebijakan. Untuk lebih memudahkan dalam penentuan kriteria dan cara mengevaluasi kebijakan atau program Dunn (2000:612-634) secara spesifik memberikan gambaran-gambaran pendekatan dalam evaluasi kebijakan seperti pada tabel. 9. berikut.

Tabel. 9. Pendekatan-Pendekatan dalam Evaluasi

Pendekatan	Tujuan	Asumsi	Bentuk-Bentuk Utama	Teknik
Evaluasi Semu	Menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid tentang hasil kebijakan.	Ukuran manfaat atau nilai terbukti dengan sendirinya atau tidak kontroversial.	Eksperimental sosial. Akuntansi sistem sosial. Pemeriksaan sosial. Sintesis riset dan praktik.	Sajian grafik. Tampilan tabel. Angka indeks. Analisis seri waktu. Analisis seri terkontrol. Analisis

				diskontinuregresi.
Evaluasi Formal	Menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil kebijakan secara formal diumumkan sebagai tujuan program-kebijakan.	Tujuan dan sasaran pengambil kebijakan dan administrator yang secara resmi diumumkan merupakan ukuran yang tepat dari manfaat atau nilai.	Evaluasi perkembangan. Evaluasi Eksperimental. Evaluasi proses retrospektif (<i>ex-post</i>) Evaluasi hasil retrospektif.	Pemetaan sasaran. Klarifikasi nilai. Kritik nilai. Pemetaan hambatan. Analisis dampak silang. <i>Discounting</i> .
Evaluasi Keputusan Teoritis	Menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil kebijakan yang secara eksplisit diinginkan oleh berbagai pelaku kebijakan.	Tujuan dan sasaran dari berbagai pelaku yang diumumkan secara formal ataupun diam-diam merupakan ukuran yang tepat dari manfaat atau nilai.	Penilaian tentang dapat-tidaknya dievaluasi. Analisis utilitas multi-atribut.	<i>Brainstroming</i> . Analisis Argumentasi. Delphi kebijakan. Analisis survei pemakai.

Sumber: William N. Dunn (2000:612-634)

2. Evaluasi Kebijakan Sosial

Evaluasi pada kebijakan sosial hampir tidak memiliki perbedaan dengan evaluasi kebijakan pada umumnya, namun yang lebih ditekankan adalah bentuk kebijakan atau program pada aspek-aspek sosial. Lebih spesifiknya seperti kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan tindakan yang memiliki dampak langsung terhadap kesejahteraan warga negara melalui penyediaan pelayanan sosial dan bantuan keuangan. Menurut Rossi dalam Jones (1991:366) program-program kesejahteraan lebih sulit untuk diukur karena program tersebut dirancang untuk membawa perubahan-perubahan bagi individu atau institusi.

Maka dari itu, tujuan-tujuan yang digongkan bagi program-program sosial ini sulit untuk dinyatakan dengan kekhususan (*specificity*) ataupun kejelasan

(*clarity*). Sebagai contoh, memperbaiki kualitas hidup dalam lingkungan perkotaan, memberikan perawatan kesehatan yang lebih baik bagi lingkungan-lingkungan yang kurang beruntung, ataupun mengembangkan kualitas pendidikan bagi anak-anak miskin dan sebagainya (Jones, 1991:336). Akan tetapi, program-program tersebut sangat penting mewakili perubahan dalam sikap tanggung jawab pemerintah yang lebih besar terhadap keprihatinan dan keterlibatan dalam kehidupan sosial.

Oleh sebab itu, Menurut Jones (1991:367) program-program sosial dinilai memiliki tujuan-tujuan yang indikatornya tidak bisa kita miliki sehingga yang ada hanyalah konsensus-konsensus yang luas. Akan tetapi, Suharto (2008:41) dapat merumuskan kriteria evaluasi kebijakan sosial berdasarkan indikator-indikator berikut:

a) Indikator Masukan (*Input Indicators*)

Input yang dimaksud merupakan bahan-bahan dan sumberdaya yang digunakan untuk mengimplementasikan kebijakan.

b) Indikator proses (*Process Indicators*)

Cara-cara dengan mana bahan-bahan dan sumberdaya diolah atau ditransformasikan menjadi penyedia pelayanan.

c) Indikator Keluaran (*Output Indicators*)

Output yang dimaksud meliputi barang-barang atau pelayanan-pelayanan yang diproduksi oleh suatu program.

d) Indikator Dampak (*Outcome Indicators*)

Penilaian terhadap hasil atau akibat yang ditimbulkan dari suatu program.

3. Jenis Evaluasi Kebijakan

Menurut Palumbo dalam Parsons (2005:548) evaluasi kebijakan terbagi menjadi dua, yaitu:

a) Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan ketika kebijakan atau program sedang diimplementasikan yang menganalisis tentang seberapa jauh program diimplementasikan dan apa yang bisa meningkatkan keberhasilan implementasi. Oleh karena itu, evaluasi formatif diperlukan dalam tahap implementasi untuk memonitor cara di mana sebuah program dikelola atau diatur untuk menghasilkan umpan balik yang bisa berfungsi untuk meningkatkan proses implementasi. Rossi dan Freeman dalam Parsons (2005:550) mendeskripsikan mode evaluasi ini sebagai evaluasi pada tiga persoalan:

- 1) Sejauh mana sebuah program mencapai target populasi yang tepat.
- 2) Apakah penyampaian pelayanannya konsisten dengan spesifikasi desain program atau tidak.
- 3) Sumber daya apa yang dikeluarkan dalam program.

Evaluasi formatif dalam tahap implementasi berfungsi sebagai alat bagi pembuat kebijakan, *stakeholder* dan manajer untuk mengevaluasi cara program dilaksanakan, sehingga informasi ini dapat digunakan mengoreksi dan atau mengontrol proses penyampaian kebijakan secara lebih efektif.

b) Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif mengukur bagaimana kebijakan atau program secara aktual berdampak pada *problem* yang ditanganinya. Dalam hal ini evaluasi dimaksudkan untuk memperkirakan efek dari intervensi. Ini pada dasarnya adalah mode penelitian komparatif, membandingkan, misalnya, sebelum dan sesudah; membandingkan dampak intervensi terhadap satu kelompok dengan kelompok lain, atau antara satu kelompok yang menjadi subjek intervensi dan kelompok lain yang tidak (kelompok kontrol), membandingkan apa yang terjadi dengan apa yang mungkin terjadi tanpa intervensi, atau membandingkan bagaimana bagian-bagian yang berbeda dari suatu negara mengalami dampak yang berbeda-beda akibat dari kebijakan yang sama (Parsons, 2005:552-553).

Menurut Dunn (2000:614) evaluasi formatif dan evaluasi sumatif termasuk jenis evaluasi kebijakan dengan pendekatan evaluasi formal. Jika dipandang dengan pendekatan evaluasi formal, evaluasi sumatif meliputi usaha untuk memantau pencapaian tujuan dan target formal setelah suatu kebijakan atau program diterapkan untuk jangka waktu tertentu. Sebaliknya, evaluasi formatif meliputi usaha yang terus menerus memantau pencapaian tujuan dan target formal. Perbedaan evaluasi sumatif dan formatif adalah persoalan derajat, yakni pada jumlah titik waktu di mana hasil kebijakan dipantau.

Untuk mengevaluasi pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun, peneliti menggunakan jenis evaluasi formatif yakni, evaluasi pada saat program dilaksanakan atau disebut juga dengan evaluasi

proses program atau pemantauan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui dan menganalisis apakah program tersebut mencapai orang-orang, rumah tangga, atau unit-unit sasaran lainnya seperti yang menjadi tujuan program tersebut dan apakah program tersebut menyediakan sumberdaya, pelayanan dan manfaat-manfaat atau keuntungan-keuntungan lain seperti yang disiratkan oleh rancangan program.

4. Tahapan Evaluasi Kebijakan

Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik meraih hasil yang diinginkan, seringkali kebijakan publik gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, untuk melakukan evaluasi yang baik dengan *margin* kesalahan yang minimal beberapa ahli mengembangkan langkah-langkah dalam evaluasi kebijakan. Salah satu ahli tersebut adalah Edward A. Suchman. Suchman dalam Winarno (2014:233) mengemukakan enam langkah dalam evaluasi kebijakan, yakni:

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

Selain itu, Suchman juga mengidentifikasi beberapa pertanyaan operasional untuk menjalankan riset evaluasi, yakni: apakah yang menjadi isi dari tujuan program? siapa yang menjadi target program?, kapan perubahan yang diharapkan terjadi?, apakah tujuan yang ditetapkan satu atau banyak, apakah dampak yang diharapkan besar, dan bagaimanakah tujuan-tujuan tersebut dicapai?. Dari keseluruhan tahap di atas, mendefinisikan masalah

merupakan tahap yang paling penting dalam evaluasi. Setelah masalah-masalah dapat didefinisikan secara jelas, maka tujuan-tujuan dapat disusun dengan jelas pula (Suchman dalam Winarno, 2014:234).

Selanjutnya, Jones (1991: 357) menjelaskan bahwa evaluasi merupakan suatu aktivitas yang terdiri dari beberapa sub-sub kegiatan yang meliputi, spesifikasi, pengukuran, analisis dan rekomendasi yang dilakukan untuk menimbang manfaat program dan proses pemerintahan, berikut penjelasannya:

- a) Spesifikasi merupakan sub kegiatan terpenting yang mengacu pada identifikasi tujuan-tujuan serta kriteria-kriteria yang harus dievaluasi dalam suatu proses atau program.
- b) Pengukuran (*measurement*) secara sederhana mengacu pada pengumpulan informasi yang relevan dengan tujuan evaluasi. Baik bersifat pasti atau bersifat tak pasti dan impresionistis.
- c) Analisis adalah penyerapan dan penggunaan informasi yang dikumpulkan guna membuat kesimpulan.
- d) Rekomendasi adalah suatu penentuan atau penentuan mengenai apa yang akan dilakukan selanjutnya.

Empat tahap diatas dapat mencirikan suatu bentuk evaluasi, karena pada tahap spesifikasi berguna dalam menentukan dimana “manfaat” harus dinilai dan dipertimbangkan. Selanjutnya, pada tahap pengukuran berguna dalam mendapatkan informasi yang relevan terkait dengan tujuan evaluasi, lalu pada saat menganalisis berguna dalam menemukan perbedaan dalam metode dan gaya yang sifatnya impresionistis dan eksperimental. Tahap rekomendasi merupakan tahap penentuan apa yang selanjutnya akan dilakukan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Menurut Herdiansyah (2011:5) inti esensi dari penelitian kualitatif adalah untuk memahami. Memahami yang dimaksud adalah memahami “sesuatu” yang dapat berarti banyak hal, misalnya memahami sesuatu yang dirasakan orang lain, memahami pola pikir dan sudut pandang orang lain, memahami suatu fenomena berdasarkan sudut pandang sekelompok orang atau komunitas tertentu dalam *setting* alamiah. Makna memahami adalah benar-benar memahami dari sudut pandang subjek atau sekelompok subjek, dan fungsi peneliti hanya sebagai orang yang “mengemas” hal-hal yang dilihat oleh subjek atau sekelompok subjek.

Oleh karena itu, peneliti berupaya untuk memberikan gambaran deskripsi atas hasil capaian program terkait dengan pengentasan kemiskinan yang berfokus pada pemenuhan pelayanan dasar berupa kesehatan dan pendidikan, yakni Program Keluarga Harapan (PKH) yang dilaksanakan di Kecamatan Sukun, Kota Malang. Penelitian ini dilakukan dengan cara mengamati hasil dari pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di tinjau dari aspek aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan anak Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang terpenuhi.

Melalui proses penelitian kualitatif, peneliti melakukan pengumpulan data dan informasi secara holistik pada aktor-aktor terkait mulai dari Dinas Sosial Kota Malang, Unit pelaksana Program Keluarga Harapan Kota Malang, hingga Unit

Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kecamatan Sukun untuk mencari informasi yang sebenarnya terkait dengan pelaksanaan program serta melakukan pengumpulan data dan informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian. Setelah pengumpulan data dilakukan, peneliti mengidentifikasi dan menganalisis data serta informasi yang telah didapatkan kemudian mendeskripsikan dalam hasil laporan penelitian, sehingga hasil yang didapatkan menunjukkan capaian program dalam pemenuhan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM) sesuai dengan mekanisme dan prosedur pelaksanaan program dalam pedoman operasional bagi pemberi pelayanan pendidikan dan kesehatan.

B. Fokus Penelitian

Penentuan fokus penelitian dilakukan untuk membatasi studi sehingga penelitian yang dilakukan lebih fokus dan terarah sehingga dapat menyaring informasi yang lebih relevan, agar peneliti terhindar dari pengumpulan data yang berlebihan atau tidak perlu. Selain itu dalam penelitian kualitatif juga menghendaki batas-batas permasalahan dalam penelitian yang dijadikan acuan dalam penentuan fokus penelitian.

Menurut Moleong (2007:94), Penentuan fokus penelitian dalam sebuah penelitian kualitatif berfungsi untuk :

1. Penetapan fokus penelitian dapat membatasi studi. Dalam hal ini fokus akan membatasi bidang inkuiri, peneliti tidak perlu kesana kemari untuk mencari subjek penelitian karena sudah dengan sendirinya dibatasi oleh fokusnya
2. Penetapan fokus juga berfungsi memenuhi kriteria inklusi-eksklusif atau kriteria keluar-masuk (*inclusion-exclusion criteria*) suatu yang baru diperoleh di lapangan.

Berdasarkan permasalahan dari pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun dalam upaya peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan anak Keluarga Sangat Miskin (KSM) dan melihat kesesuaian mekanisme atau prosedur pelayanan yang diberikan dengan pedoman operasional bagi pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan untuk Keluarga Sangat Miskin (KSM), maka peneliti menetapkan fokus penelitian ini sebagai berikut:

1. Evaluasi pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun dengan menggunakan jenis evaluasi formatif dengan penentuan kriteria menurut Suharto (2008:41), sebagai berikut:
 - a) Indikator Masukan Program
 - 1) Komponen kesehatan
 - 2) Komponen pendidikan
 - b) Indikator Proses Program
 - 1) Proses penyaluran bantuan bidang kesehatan
 - 2) Proses penyaluran bidang pendidikan
 - c) Indikator Keluaran Program
 - 1) Aksesibilitas pelayanan kesehatan
 - 2) Aksesibilitas pelayanan pendidikan
2. Kajian tentang kesesuaian antara implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun dengan *Standart Operating Procedure* (SOP) program :
 - a) *Standart Operating Procedure* (SOP) pelayanan kesehatan
 - 1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Kesehatan

- 2) Pemberi Pelayanan Kesehatan
- b) *Standart Operating Procedure* (SOP) pelayanan pendidikan
 - 1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Pendidikan
 - 2) Pemberi Pelayanan Pendidikan

C. Lokasi dan Situs Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat peneliti memperoleh data dan informasi secara aktual dan faktual, sehingga data dan informasi yang diperoleh peneliti relevan dengan tema, masalah serta fokus penelitian yang telah ditetapkan. Lokasi penelitian ini yaitu di Kecamatan Sukun, Kota Malang, Provinsi Jawa Timur. Adapun pemilihan lokasi dikarenakan Kota Malang sebagai kota terbesar kedua di Jawa Timur masih memiliki tingkat penduduk miskin yang cukup tinggi. Kota Malang terpilih menjadi daerah yang mendapat bantuan program Pemerintah berupa bantuan perlindungan sosial sejak tahun 2013, yaitu Program Keluarga Harapan (PKH). Pada tahun 2016 KSM penerima dana bantuan Program Keluarga Harapan sejumlah 4.345 Rumah Tangga Sasaran (RTS), wilayah dengan jumlah KSM terbanyak terdapat pada kecamatan Sukun yakni, 1.148 RTS. Maka dari itu, peneliti menentukan lokasi penelitian di Kecamatan Sukun.

Pemilihan lokasi penelitian di Kecamatan Sukun didasari oleh banyaknya data keluarga sangat miskin yang terdapat di Kecamatan Sukun. Selain itu, Kecamatan Sukun terdiri atas 11 kelurahan yang

memiliki ciri masing-masing baik dari segi topografi wilayah dan karakteristik penduduk sehingga dalam proses pelaksanaan program terdapat indikasi metode yang diberikan pendamping juga berbeda. Seperti tindakan persuasif yang diberikan masing-masing pendamping cenderung berbeda di setiap kelurahan karena melihat karakteristik wilayah dan penduduk setempat

2. Situs Penelitian

Situs penelitian adalah letak sebenarnya peneliti mengadakan penelitian untuk mendapatkan data yang valid, akurat dan benar-benar dibutuhkan dalam penelitian. Situs penelitian ini antara lain:

- a) Dinas Sosial Kota Malang, Bidang Pemberdayaan Sosial
- b) Kantor Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan-Daerah (UPPKH-D) Kota Malang.
- c) Kantor Kecamatan Sukun
- d) Kantor Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan-Kecamatan Sukun.

D. Sumber Data

Sumber data merupakan subjek dari mana data diperoleh (Arikunto, 2006:129). Sesuai dengan masalah dan fokus dalam penelitian ini, maka sumber data dalam penelitian ini adalah:

1. *Key informan*

Key informan merupakan informan kunci yang dipilih secara (*purposive sampling*). Hal ini dimaksudkan untuk memilih informan

yang benar-benar relevan dan kompeten dengan masalah penelitian. Informan selanjutnya diminta kepada informan kunci untuk membujuk orang lain agar dapat memberikan informasi yang relevan dengan pertanyaan permasalahan dan begitu seterusnya. Cara ini biasa disebut dengan *snowball sampling* yang dilakukan secara serial atau berurutan. *Snowball sampling* merupakan teknik pengambilan sampel dengan bantuan *key informan* yang nantinya akan berkembang sesuai dengan petunjuknya (Subagyo, 2006:31). Untuk keperluan ini informan kunci adalah pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun.

Informan kunci diawali dengan Bapak M. Mochtar selaku Sekertaris Bidang Pemberdayaan Sosial di Dinas Sosial Kota Malang. Selanjutnya, terkait dengan permasalahan mengenai data peserta PKH merujuk pada Ibu Shela Indah Savitri, S.Kom,MM selaku Operator PKH yang mengolah data PKH Kota Malang. Selanjutnya, merujuk pada tim PKH yang mendampingi peserta PKH Kecamatan Sukun, antara lain: Ibu Sri Endahyani selaku koordinator pendamping PKH Kecamatan Sukun, Deka Ranga Putra, S.psi selaku pendamping PKH Kecamatan Sukun, Rafika Nurlaili selaku pendamping PKH Kecamatan Sukun, serta Bapak Ir. Nasianto selaku pendamping PKH Kecamatan Sukun. Sementara itu, adapun sampel yang dirujuk untuk mengetahui hasil yang dirasakan oleh peserta PKH yaitu, Ibu Indriani selaku ketua kelompok PKH Kelurahan Ciptomulyo, Ibu Masula selaku ketua kelompok PKH

Kelurahan Gadang, Ibu Tri Subekti selaku ketua kelompo PKH Kelurahan Karangbesuki, serta Ibu Suliyah selaku ketua kelompok PKH Kelurahan Kebonsari

2. Peristiwa

Berbagai peristiwa atau situasi sosial yang diobservasi penelitian terkait dengan masalah atau fokus penelitian. Peristiwa-peristiwa yang diamati dalam penelitian ini meliputi kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh *stakeholder* pelaksana Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun dalam memenuhi pelayanan, dan segala sesuatu yang terjadi dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan. Sebagai contoh: kegiatan penyaluran dan bantuan, kegiatan pendampingan, kegiatan verifikasi di bidang kesehatan dan pendidikan, kegiatan pelayanan posyandu, kegiatan pelayanan puskesmas.

3. Dokumen

Dokumen berkaitan dengan permasalahan dan fokus penelitian, yang meliputi: dokumen kebijakan berupa undang-undang atau regulasi serta peraturan yang mengatur pelaksanaan Program Keluarga Harapan, laporan hasil rekap jumlah KSM dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2016, data fasilitas kesehatan dan pendidikan di Kecamatan Sukun tahun 2014, dokumen-dokumen terkait dengan SOP atau pedoman operasional bagi pemberi pelayanan pendidikan dan kesehatan PKH tahun 2013, serta buku pedoman umum Program Keluarga Harapan tahun 2013.

E. Teknik Pengumpulan Data

Bungin (2010:107), menjelaskan bahwa metode pengumpulan data kualitatif yang paling independen terhadap semua metode pengumpulan data dan teknik analisis data adalah teknik wawancara mendalam, observasi dan bahan dokumenter, sehingga pengumpulan data pada penelitian ini juga menggunakan tiga teknik tersebut.

1. Teknik *Interview* (wawancara)

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan dilakukan oleh dua pihak, yaitu *interviewer* (pewawancara) yang mengajukan pertanyaan dan *interviewee* (terwawancara) yang memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut (Meleong dalam Herdiansyah, 2011:118). Teknik mendapatkan data atau informasi melalui tanya jawab secara langsung dengan narasumber yang dianggap berkompeten untuk memperoleh data empiris terkait informasi dari gambaran atau deskripsi pelaksanaan Program Keluarga Harapan dan hasil dari pelaksanaan program untuk membuktikan adanya peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan di Kecamatan Sukun, Kota Malang. Penelitian ini menggunakan metode atau teknik wawancara semiterstruktur yang menggunakan pertanyaan-pertanyaan terbuka, namun ada batasan tema dan alur pembicaraan yang terdaftar dalam draft pertanyaan sebagai acuan dasar. Pertanyaan terbuka tersebut berarti bahwa jawaban yang diberikan oleh terwawancara tidak dibatasi,

sehingga subjek dapat lebih bebas mengemukakan jawaban dan pendapatnya sepanjang tidak keluar dari konteks pembicaraan. Dengan demikian peneliti dapat menemukan permasalahan penelitian secara terbuka tergantung situasi dan kondisi serta alur pembicaraan.

2. Teknik Observasi atau Pengamatan

Menurut Herdiansyah (2011:131) inti dari observasi adalah adanya perilaku yang tampak dan adanya tujuan yang ingin dicapai. Perilaku yang tampak dapat berupa perilaku yang dapat dilihat langsung oleh mata, dapat didengar, dapat dihitung, dan dapat diukur. Proses pengumpulan data observasi penelitian ini dilakukan secara tidak langsung maupun langsung pada objek penelitian dan juga dengan pencatatan secara sistematis, pengamatan terhadap fenomena yang diteliti dalam hal ini berkaitan dengan melihat kesesuaian implementasi program dengan pedoman prosedur operasional bagi pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan anak keluarga miskin serta menganalisis sejauh mana output yang dihasilkan dari pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun, Kota Malang, Jawa Timur.

3. Teknik Dokumentasi

Teknik dokumentasi merupakan salah satu metode pengumpulan data kualitatif dengan melihat atau menganalisis dokumen-dokumen yang dibuat oleh subjek sendiri ataupun orang lain tentang subjek. Teknik dokumentasi dilakukan dengan kegiatan mengumpulkan dan mempelajari data-data yang meliputi dokumen-dokumen, arsip-arsip

terkait dengan hasil rekap penyaluran bantuan Program Keluarga Harapan (PKH), catatan-catatan dan laporan resmi yang berkaitan dengan jumlah peserta Program Keluarga Harapan (PKH), pelaksanaan Program Keluarga Harapan, dan laporan hasil pelaksanaan program di Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kecamatan Sukun, Kota Malang yang didapatkan langsung dari informan atau situs penelitian ini juga berupa gambar atau foto.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data, mengelola, dan menginterpretasikan informasi dari para informan yang diperlukan dalam penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain:

1. Peneliti

Pada penelitian kualitatif ini peneliti sebagai instrumen karena peneliti terlibat dalam proses penelitian dari awal hingga akhir. Peneliti melakukan pengumpulan data dan mencari informasi, memilah data yang relevan, menyajikan hasil analisis data penelitian terkait masalah dan fokus penelitian, yakni kesesuaian implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun dengan *Standart Operating Procedure* (SOP) yang ditinjau dari aspek aksesibilitas pelayanan kesehatan serta peneliti melakukan evaluasi atau penilaian hasil pelaksanaan Program Keluarga Harapan yang dilaksanakan oleh Unit

Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kecamatan Sukun dengan menggunakan jenis evaluasi formatif.

2. *Interview Guide* (Pedoman Wawancara)

Pedoman wawancara merupakan acuan dasar bagi peneliti yang didalamnya berisi materi atau poin-poin yang menjadi dasar dan acuan dalam melakukan wawancara sesuai dengan batasan tema dan alur pembicaraan. Pedoman wawancara dalam penelitian ini yaitu terkait dengan kesesuaian prosedur pada implementasi Program Keluarga Harapan dan hasil dari pelaksanaan program dalam upaya meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan anak Keluarga Sangat Miskin (KSM) di Kecamatan Sukun, Kota Malang. Pedoman wawancara ini juga memuat daftar pertanyaan yang relevan dengan konteks penelitian serta mampu menggali kedalaman informasi yang dibutuhkan oleh peneliti terkait permasalahan dan fokus penelitian.

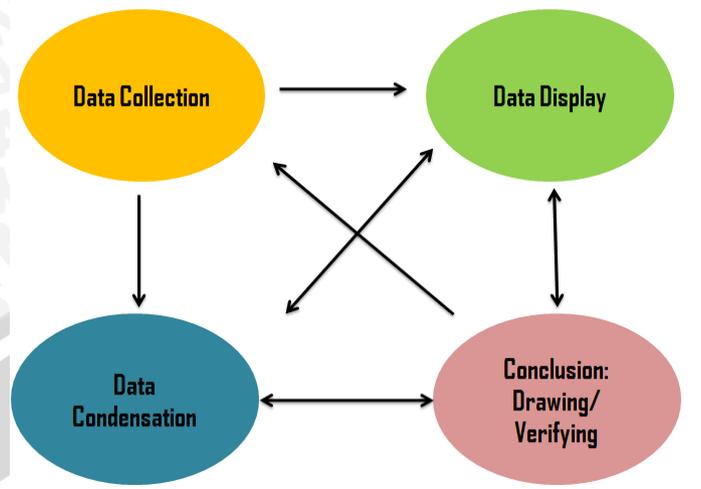
3. Perangkat Penunjang

Perangkat penunjang yang digunakan dalam penelitian ini meliputi *field note* (catatan lapangan), alat *recorder* (alat perekam), dan kamera. Catatan lapangan dalam penelitian ini digunakan untuk mencatat informasi-informasi penting terkait dengan permasalahan dalam penelitian yakni mengenai kesesuaian pelaksanaan program dengan standar operasional pelayanan dan juga hasil dari pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) dilihat dari segi pemenuhan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan anak Keluarga Sangat

Miskin (KSM) yang didapatkan dari observasi dan wawancara, sehingga catatan lapangan menjadi instrumen penting dalam penelitian ini. Selain itu, untuk mempermudah penelitian, Peneliti juga menggunakan *recorder* (alat perekam) untuk merekam wawancara dengan informan agar mempermudah peneliti dalam mengingat perkataan dan juga jalannya wawancara. Peneliti juga menggunakan kamera untuk mengambil gambar-gambar yang menunjang data penelitian.

G. Analisis Data

Analisis data diperlukan untuk membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan permasalahan dan fokus penelitian, maka peneliti harus mengadakan analisis data terhadap data yang diperoleh. Penelitian ini menggunakan model dan teknik analisis yang berbentuk analisis deskriptif kualitatif, yaitu suatu teknik analisis yang menjelaskan dan menjabarkan hasil penelitian secara kualitatif, yakni berfikir secara induktif. Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Sementara itu, teknik analisis data dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis data kualitatif dengan menggunakan Model Interaktif menurut langkah-langkah Miles, Huberman, & Saldana (2014:14) yang terdiri dari empat komponen alur kegiatan. Empat komponen tersebut dapat digambarkan dalam bentuk skema pada (**Gambar 4.**) .



Gambar 4. Analisis Model Interaktif
 Sumber: Miles, Huberman, & Saldana (2014:14)

Berikut merupakan penjelasan komponen-komponen analisis dalam model interaksi, yaitu:

1. *Data Collection* (Pengumpulan Data)

Tahap awal merupakan kegiatan mengumpulkan data yang relevan dengan masalah dan fokus penelitian yakni terkait dengan permasalahan empiris yang berhubungan dengan implementasi program di lapangan. Data didapatkan dengan menggunakan teknik pengumpulan data. Peneliti menggunakan tiga teknik yaitu melalui wawancara, observasi dan dokumentasi. Data yang dikumpulkan berupa informasi-informasi aktual dan faktual, dokumen, laporan ataupun pendapat seseorang yang memiliki kompetensi sesuai dengan masalah dan fokus penelitian.

2. *Display Data* (Penyajian Data)

Penyajian data atau *display* data dimaksudkan untuk memudahkan peneliti untuk melihat gambaran secara keseluruhan dan bagian-bagian tertentu dari penelitian. Dengan adanya penyajian data, peneliti akan

dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan berdasarkan pemahaman tentang penyajian data serta memungkinkan peneliti untuk memberikan kemudahan dalam penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.

3. *Data Condensation* (Kondensasi Data)

Tahap ini merupakan tahap proses pemilihan, pemusatan, penyederhanaan dan ditransformasi menjadi rangkuman, tabel, maupun gambar yang biasa disebut dengan reduksi data. Reduksi data secara sederhana dapat diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan data “kasar” yang diperoleh dari data lapangan. Tahapan ini data yang diperoleh peneliti lebih difokuskan pada permasalahan dan fokus penelitian dan proses ini berlangsung terus menerus selama penelitian. Reduksi data dapat memudahkan peneliti dalam melakukan penilaian hasil dari implementasi program dalam memenuhi aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan anak Keluarga Sangat Miskin (KSM).

4. *Drawing/Verifying Conclusions* (Penarikan Kesimpulan/verifikasi)

Verifikasi dalam tahap ini dilakukan secara terus-menerus sepanjang proses penelitian berlangsung sejak awal dan selama proses pengumpulan data. Sehingga mendapatkan hipotesis yang dituangkan dalam kesimpulan yang bersifat tentatif, yakni kesimpulan yang diambil longgar dan terbuka sehingga kesimpulan yang semula belum jelas, kemudian akan menjadi lebih rinci dan kuat yang bersifat *grounded*. Dengan kata lain setiap kesimpulan terus diverifikasi selama penelitian berlangsung dengan

maksud-maksud menguji kebenaran, kekokohan dan kecocokannya yang merupakan validitasnya. Sehingga peneliti dapat mendapat hasil dari pelaksanaan Program Keluarga Harapan yang dapat dipertanggungjawabkan.

Alasan peneliti menggunakan analisis data Model Interaktif karena 4 (empat) komponen dalam model ini relevan dalam menjawab permasalahan dan fokus dalam penelitian. Data diperoleh, kemudian dikumpulkan untuk diolah secara sistematis yang dimulai dari wawancara, observasi/pengamatan dan dokumentasi, kemudian hasil pengumpulan data disajikan dalam bentuk data dan laporan lapangan untuk melihat gambaran secara keseluruhan dan bagian-bagian tertentu dari penelitian. Setelah itu, dapat dilakukan kondensasi data untuk mereduksi atau memilah hal yang pokok sesuai dengan fokus penelitian terkait dengan kesesuaian pelaksanaan program dan penilaian hasil dari evaluasi PKH dalam upaya meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan anak keluarga sangat miskin di Kecamatan Sukun, Kota Malang. Setelah tahapan kondensasi data, selanjutnya verifikasi data dilakukan secara terus menerus untuk mendapatkan penarikan kesimpulan akhir yang mampu menjawab permasalahan penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

a) Kecamatan Sukun



Gambar 5. Kantor Kecamatan Sukun
Sumber: Hasil Dokumentasi Penulis, 2016

Kecamatan Sukun merupakan salah satu kecamatan yang berada di sisi barat Kota Malang, Jawa Timur. Kecamatan Sukun terbagi dalam 11 kelurahan, yaitu Kelurahan Ciptomulyo, Kelurahan Gadang, Kelurahan Kebonsari, Kelurahan Bandungrejosari, Kelurahan Sukun, Kelurahan Tanjungrejo, Kelurahan Bandulan, Kelurahan Mulyorejo, Kelurahan Bakalanrajan, Kelurahan Pisangcandi, dan Kelurahan Karangbesuki. Berdasarkan Perda Kota Malang Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kecamatan dan Kelurahan dan Keputusan Walikota Malang Nomor 70 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Kecamatan se Kota Malang disebutkan bahwa kecamatan merupakan perangkat daerah sebagai pelaksana teknis kewilayahan yang

mempunyai wilayah kerja tertentu, Kecamatan Sukun dipimpin oleh seorang Camat yang didalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan tanggung jawab kepada Walikota melalui Sekertaris Daerah.

Tugas pokok yang dimaksud adalah sebagai penyelenggara kewenangan pemerintahan yang dilimpahkan Walikota untuk menangani sebagian urusan otonomi daerah dan tugas umum pemerintahan. Maka dari itu, sesuai dengan amanah tersebut Kecamatan Sukun berkewenangan untuk merumuskan Rencana Strategis (Renstra) dan Rencana Kerja (Renja) sebagai upaya sinkronisasi rencana program dan kegiatan dari Walikota yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Malang 2013-2018. Sebagai perangkat daerah, Kecamatan Sukun memiliki wilayah kerja tertentu yaitu sebagai pelaksana teknis kewilayahan Kecamatan Sukun dalam melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada tujuan yang dicita-citakan yaitu **“MENCiptakan MASYARAKAT KECAMATAN SUKUN YANG MAKMUR BERBUDAYA DAN TERDIDIK BERDASARKAN NILAI-NILAI SPIRITUAL YANG AGAMIS TOLERAN DAN SETARA”**. Oleh sebab itu, untuk mewujudkan visi tersebut Kecamatan Sukun merumuskan strategi atau misi sebagai upaya untuk mewujudkan cita-cita tersebut, misi Kecamatan Sukun antara lain:

- 1) Meningkatkan pertumbuhan ekonomi, menurunkan angka pengangguran dan mengentas masyarakat miskin.

- 2) Mengantarkan masyarakat pada kondisi yang semakin berbudaya, dengan nilai-nilai religius-toleran, saling menghormati perbedaan, dan tidak adanya konflik dan kekerasan atas nama SARA di Kecamatan Sukun.
 - 3) Menciptakan masyarakat Kecamatan Sukun yang tertib dan aman, yang ditandai dengan minimnya angka kriminalitas, dan semakin terjaminnya keamanan dan ketertiban masyarakat.
 - 4) Memprioritaskan pendidikan masyarakat secara formal dan non-formal menjadi prioritas masyarakat Kecamatan Sukun dengan cara mendorong keberlangsungan pendidikan di Kecamatan Sukun menjadi lebih baik.
- a) Kondisi Geografis dan Topografis

Kecamatan Sukun memiliki luas wilayah 2.655,19 Ha yang terbagi dalam 11 kelurahan. Rincian daftar 11 kelurahan dan luas wilayahnya terlampir pada tabel 8. berikut.

Tabel 10. Daftar Kelurahan dan Luas Wilayah Kelurahan

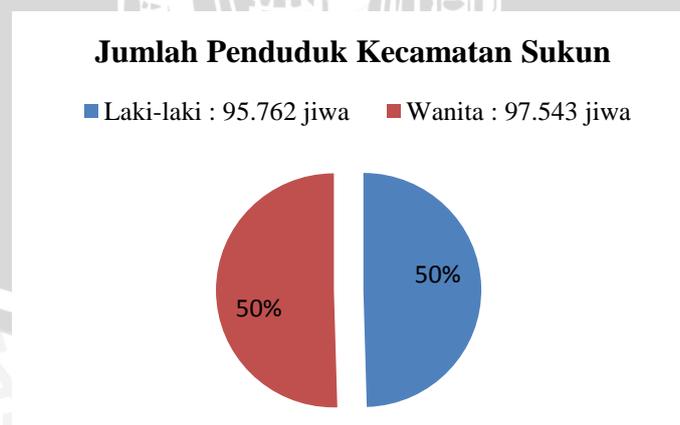
No.	Kelurahan	Luas Wilayah (Km ²)
1.	Ciptomulyo	0,83
2.	Tanjungrejo	0,93
3.	Sukun	1,29
4.	Kebonsari	1,57
5.	Bakalankrajan	1,78
6.	Pisangcandi	1,84
7.	Gadang	1,95
8.	Bandulan	2,24
9.	Mulyorejo	2,75
10.	Bandungrejosari	2,75
11.	Karangbesuki	3,04

Sumber: Profil Kecamatan Sukun, 2014

Secara geografis Kecamatan Sukun berbatasan dengan Kecamatan di Kota Malang dan sebagian berbatasan langsung dengan Kecamatan di Kabupaten Malang. Rincian daerah perbatasan Kecamatan Sukun, sebagai berikut :

- 1) Sebelah Utara : Kecamatan Lowokwaru dan Klojen
 - 2) Sebelah Timur : Kecamatan Kedungkandang
 - 3) Sebelah Selatan : Kecamatan Pakisaji Kabupaten Malang
 - 4) Sebelah Barat : Kecamatan Wagir dan Dau Kabupaten Malang
 - 5) Sebelah Selatan : Kecamatan Wagir dan Dau Kabupaten Malang
- b) Kondisi Penduduk

Jumlah penduduk Kecamatan Sukun menurut data yang diperoleh dari buku monografi Kecamatan Sukun tahun 2015 adalah sejumlah 193.305 jiwa dengan rincian pada (**Gambar 6.**).



Gambar 6. Jumlah Penduduk Kecamatan Sukun
Sumber: Buku Monografi Kecamatan Sukun, 2015

Sementara itu, untuk rincian jumlah penduduk menurut usia di Kecamatan Sukun adalah sebagai berikut :

- 1) Usia 0-15 tahun : 49.768 jiwa
- 2) Usia 15-65 tahun: 123.232 jiwa
- 3) Usia 65 ke atas : 21.634 jiwa

Dengan demikian, dapat dilihat bahwa mayoritas penduduk di Kecamatan Sukun adalah penduduk dengan usia produktif, yaitu usia 15-65 tahun yang mencapai 64% dari total penduduk. Selanjutnya, jumlah penduduk usia anak dan remaja di Kecamatan Sukun cukup banyak yakni 25% dari total penduduk merupakan anak-anak yang masih membutuhkan hak memperoleh pendidikan dasar, sedangkan 11% sisanya adalah penduduk lanjut usia.

Melihat struktur penduduk di Kecamatan Sukun yang cenderung memiliki potensi usia produktif paling banyak, hal ini seharusnya diikuti dengan perkembangan ekonomi yang baik pula. Namun, masih banyak terdapat masyarakat yang hidup dibawah garis kemiskinan. Menurut data dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) Kota Malang tahun 2011 terdapat 5.112 data keluarga miskin di Kecamatan Sukun. Sebagian besar penduduk miskin berada di Kelurahan Tanjungrejo, secara rinci data terlampir pada tabel 11. berikut.

Tabel 11. Data Keluarga Miskin di Kecamatan Sukun

No.	Kelurahan	PPLS 2011
1.	Kebonsari	161
2.	Gadang	428
3.	Ciptomulyo	104
4.	Sukun	499
5.	Bandungrejosari	890
6.	Bakalankrajan	165
7.	Mulyorejo	304
8.	Bandulan	305
9.	Tanjungrejo	1.527
10.	Pisang Candi	244
11.	Karangbesuki	485
	Jumlah	5.112

Sumber: *Profil Kecamatan Sukun, 2014*

Data diatas merupakan data keluarga miskin di Kecamatan Sukun di tiap-tiap Kelurahan. Maka dari itu, perlu adanya tindakan penanganan fakir miskin sesuai dengan amanat Undang-Undang No. 13 Tahun 2011 dalam bentuk perlindungan sosial untuk melindungi masyarakat miskin tersebut. Hal ini sesuai dengan visi Kecamatan Sukun yang ingin masyarakatnya hidup makmur dan sejahtera yakni dengan cara meningkatkan pertumbuhan ekonomi, menurunkan angka pengangguran dan mengentas masyarakat miskin. Salah satu program untuk mengatasi permasalahan kemiskinan yakni, Program Keluarga Harapan (PKH).

PKH dilaksanakan di Kecamatan Sukun sejak tahun 2013, bantuan PKH hanya diberikan untuk keluarga sangat miskin. Maka dari itu, data dari PPLS tidak serta merta diratakan semua keluarga yang terdaftar mendapat bantuan tersebut. Terdapat beberapa persyaratan yang harus dipenuhi untuk menjadi peserta PKH, yaitu

harus keluarga yang benar-benar miskin, memiliki anak balita dan anak usia wajib sekolah serta terdapat ibu hamil atau nifas. Rincian data Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang berhak mendapatkan bantuan PKH pada tahun 2013 disajikan pada tabel 12. berikut.

Tabel 12. Data Keluarga Sangat Miskin (KSM) peserta PKH Kecamatan Sukun Tahun 2013

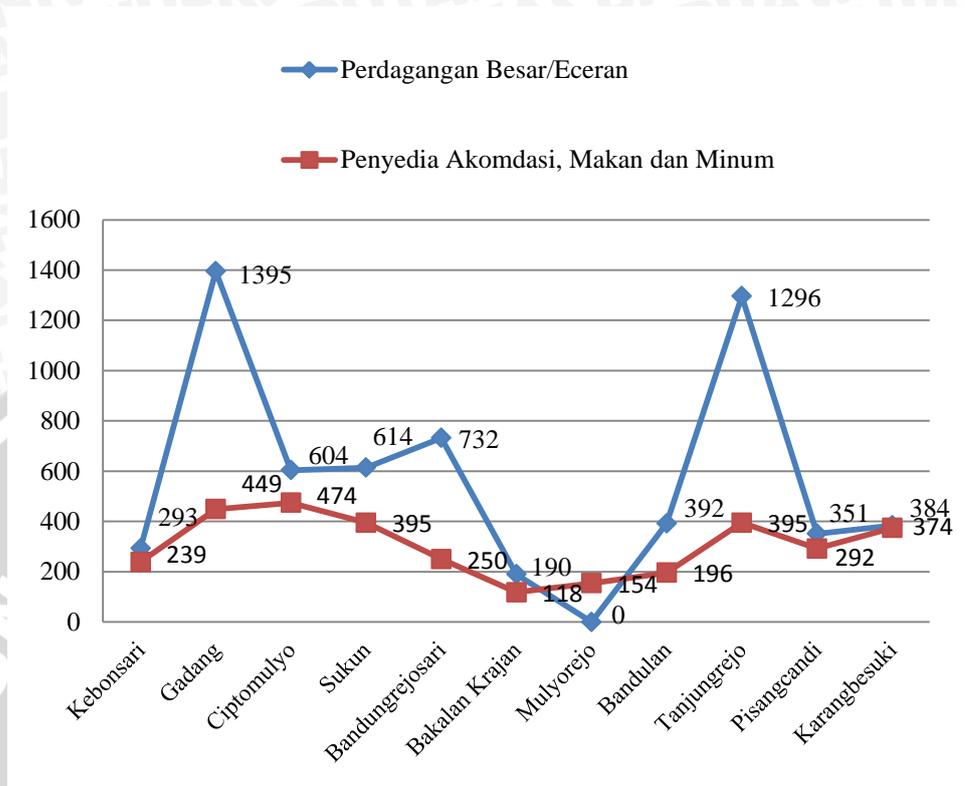
No.	Kelurahan	Jumlah KSM
1.	Kebonsari	22
2.	Gadang	104
3.	Ciptomulyo	15
4.	Sukun	90
5.	Bandungrejosari	229
6.	Bakalankrajan	57
7.	Mulyorejo	40
8.	Bandulan	83
9.	Tanjungrejo	407
10.	Pisangcandi	76
11.	Karangbesuki	102
	Jumlah	1.225

Sumber: UPPKH Kecamatan Sukun, 2013

c) Perekonomian

Kecamatan Sukun merupakan pintu masuk Kota Malang dari sisi barat, sehingga lokasinya sangat strategis untuk dapat mengembangkan perekonomian masyarakat dengan baik. Secara umum masyarakat Kecamatan Sukun paling banyak bekerja pada sektor perdagangan dan penyedia akomodasi, makan dan minum.

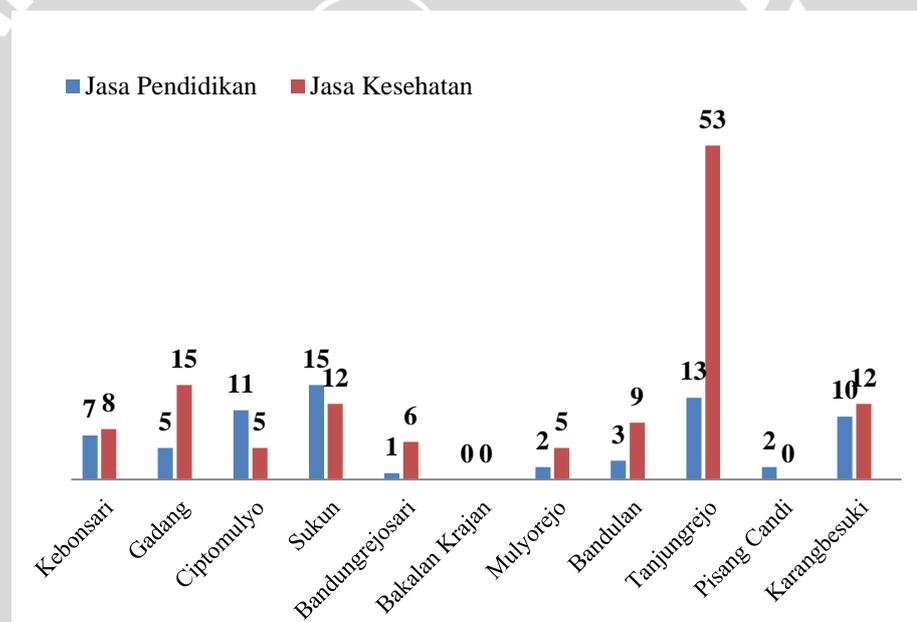
Data perkembangan sektor perdagangan dan penyedia akomodasi, makan dan minum yang tergambar pada **Grafik 1.** berikut.



Grafik 1. Perkembangan Sektor Perdagangan dan Penyedia Akomodasi, Makan dan Minum Tahun 2014
Sumber: Arsip Perekonomian Kecamatan Sukun, 2014

Data diatas menunjukkan bahwa mayoritas penduduk di Kecamatan Sukun bekerja pada sektor perdagangan dalam partai besar maupun eceran. Kelurahan Gadang merupakan wilayah yang paling banyak dan termasuk baik perkembangannya di sektor perdagangan, yaitu tercatat 1.395 usaha. Sektor perdagangan dalam partai besar maupun eceran di Kecamatan Sukun terdapat 6.445 usaha yang tercatat sampai dengan tahun 2014. Sementara itu, sektor kedua yang paling berkembang di Kecamatan Sukun adalah penyedia akomodasi, makan dan minum dengan total 3.336 yang tercatat sampai dengan tahun 2014.

Melihat potensi perekonomian di Kecamatan Sukun yang didominasi oleh sektor perdagangan dan penyedia akomodasi, makan dan minum, hal tersebut timpang bila dibandingkan dengan sektor penyedia jasa. Terutama jasa di bidang pendidikan dan kesehatan yang termasuk paling sedikit penduduk Kecamatan Sukun yang bekerja pada sektor tersebut. Berikut daftar penyedia jasa pendidikan dan jasa kesehatan di Kecamatan Sukun pada tahun 2014.



Grafik 2. Daftar Penyedia Jasa Pendidikan dan Jasa Kesehatan di Kecamatan Sukun Tahun 2014

Sumber: Arsip Perekonomian Kecamatan Sukun, 2014

Dapat dilihat dari daftar **Grafik 2.** diatas yang hanya sebagian kecil penduduk di Kecamatan Sukun bekerja pada sektor jasa pendidikan dan Kesehatan. Sebagai contoh, sebagian penduduk Kelurahan Pisang Candi berminat bekerja pada sektor

pendidikan yakni terdapat 2 jasa pendidikan di kelurahan ini, sedangkan untuk jasa kesehatan tidak ada sama sekali. Demikian pula yang terjadi di Kelurahan Bakalan Krajan yang penduduknya sama sekali tidak berminat bekerja pada sektor pendidikan dan kesehatan. Maka dari itu, perlu adanya kesadaran bahwa sektor pendidikan dan kesehatan sangat penting untuk menunjang kesejahteraan yang dicita-citakan bersama.

d) Akses Kesehatan dan Pendidikan

Kesehatan dan pendidikan merupakan aspek penting dalam menunjang tingkat kesejahteraan masyarakat. Melalui kesehatan dan pendidikan yang terjamin dapat menjamin masa depan masyarakat pula. Begitu pula di Kecamatan Sukun, untuk mempermudah akses dan sekaligus mewujudkan cita-cita Kecamatan Sukun, maka langkah awal adalah menyediakan fasilitas kesehatan dan pendidikan sebagai upaya memudahkan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan pendidikan. Fasilitas kesehatan yang dimaksud berupa sarana dan prasarana kesehatan yang terlampir pada tabel 13. berikut.

Tabel 13. Daftar Fasilitas Kesehatan Kecamatan Sukun

No.	Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1.	Rumah Sakit	1
2.	Rumah Sakit Bersalin	2
3.	Puskesmas dengan Rawat Inap	1
4.	Puskesmas tanpa Rawat Inap	2
5.	Puskesmas Pembantu	16
6.	Poliklinik/Balai Pengobatan	10
7.	Tempat Praktek Dokter	51
8.	Tempat Praktek	60

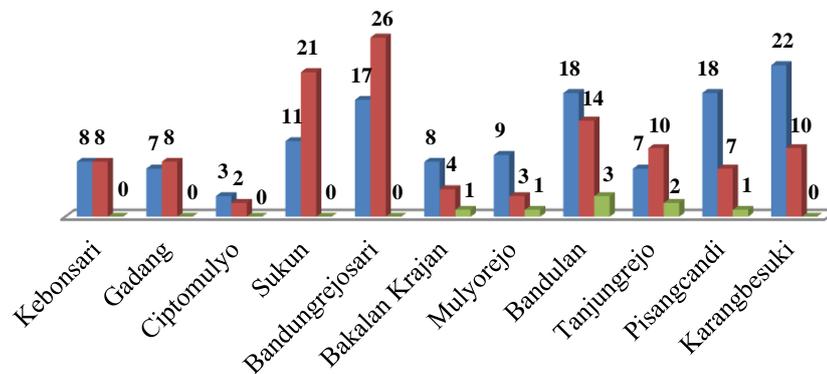
No.	Fasilitas Kesehatan	Jumlah
9.	Poskesdes	8
10.	Polindes	-
11.	Posyandu	155
12.	Apotek	13

Sumber: *Arsip Kesehatan Kecamatan Sukun, 2014*

Kecamatan Sukun hanya tidak memiliki fasilitas polindes. Meskipun tidak memiliki polindes, setidaknya di Kecamatan Sukun terdapat tiga puskesmas dan satu rumah sakit serta fasilitas kesehatan yang dapat di akses oleh masyarakat. Akan tetapi, puskesmas yang ada tidak tersebar merata karna hanya ada di Kelurahan Sukun, Kelurahan Ciptomulyo dan Kelurahan Mulyorejo. Untungnya hal tersebut tidak menjadi masalah susah nya akses kesehatan di Kecamatan Sukun karena masih terdapat puskesmas pembantu, poliklinik, tempat praktek dokter dan fasilitas kesehatan lainnya yang tersebar di seluruh wilayah Kecamatan Sukun.

Selain fasilitas yang berupa sarana kesehatan, hal yang perlu diperhatikan juga jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kecamatan Sukun. Daftar tenaga kesehatan di Kecamatan Sukun tergambar pada **Grafik 3.** berikut.

■ Dokter (Umum, Gigi, THT, Kulit) ■ Tenaga Kesehatan Lainnya ■ Dukun Bayi



Grafik 3. Daftar Tenaga Kesehatan di Kecamatan Sukun
Sumber: Arsip Kesehatan Kecamatan Sukun, 2014

Secara umum persebaran dokter dan tenaga kesehatan lainnya merata di tiap-tiap kelurahan, namun hanya dukun bayi yang jumlahnya sangat terbatas bahkan Kelurahan Kebonsari, Gadang, Ciptomulyo, Sukun, Bandungrejosari dan Karangbesuki tidak terdapat dukun bayi.

Selain aspek kesehatan, aspek pendidikan juga merupakan hal yang harus diperhatikan untuk memastikan bahwa penduduk di Kecamatan Sukun dapat makmur dan terdidik sesuai dengan yang di cita-citakan. Maka dari itu misi Kecamatan Sukun salah satunya adalah untuk memprioritaskan pendidikan masyarakat baik secara formal maupun non-formal. Maka dari itu, penyediaan fasilitas berupa lembaga pendidikan diperlukan untuk mempermudah akses pendidikan bagi masyarakat. Daftar lembaga pendidikan di Kecamatan Sukun terlampir pada tabel 14. berikut.

Tabel 14. Daftar Lembaga Pendidikan Kecamatan Sukun

No.	Lembaga Pendidikan	Jumlah Sekolah
1.	Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	94
2.	Taman kanak-Kanak Negeri dan Swasta	68
3.	SD Negeri dan Swasta	58
4.	Madrasah Ibtidaiyah Negeri dan Swasta	12
5.	SMP Negeri dan Swasta	16
6.	Madrasah Tsanawiyah Negeri dan Swasta	2
7.	SMA Negeri dan Swasta	6
8.	Madrasah Aliyah Negeri dan Swasta	1
9.	SMK Negeri dan Swasta	10
10.	Perguruan Tinggi Negeri dan Swasta	4
11.	Pendidikan Luar Biasa	4

Sumber: *Arsip Pendidikan Kecamatan Sukun, 2014*

Data diatas menunjukkan terdapat sarana pendidikan di Kecamatan Sukun sebanyak 275 lembaga pendidikan. Selain lembaga pendidikan yang memadai, jumlah guru juga harus tercukupi agar rasio guru dan siswa yang diajar juga ideal. Daftar jumlah guru di Kecamatan Sukun terlampir pada tabel 15. berikut.

Tabel 15. Daftar Jumlah Guru di Kecamatan Sukun

No.	Lembaga Pendidikan	Jumlah Guru
2.	Taman kanak-Kanak Negeri dan Swasta	368
3.	SD Negeri dan Swasta	864
4.	Madrasah Ibtidaiyah Negeri dan Swasta	163
5.	SMP Negeri dan Swasta	389
6.	Madrasah Tsanawiyah Negeri dan Swasta	53
7.	SMA Negeri dan Swasta	110
8.	Madrasah Aliyah Negeri dan Swasta	122
9.	SMK Negeri dan Swasta	478

Sumber: *Arsip Pendidikan Kecamatan Sukun, 2014*

2. Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kecamatan Sukun



Gambar 7. Kantor UPPKH Kecamatan Sukun
Sumber: Hasil Dokumentasi Penulis, 2016

Unit Pelaksana PKH (UPPKH) dibentuk di setiap kecamatan yang melaksanakan PKH. UPPKH Kecamatan merupakan ujung tombak PKH karena unit ini akan berhubungan langsung dengan peserta PKH. Begitu pula di Kecamatan Sukun yang merupakan unit yang berhubungan langsung dengan peserta PKH di Kecamatan Sukun. Maka dari itu, dibutuhkan personel UPPKH Kecamatan yang terdiri atas pendamping PKH yang meliputi seluruh daerah satuan wilayah kerjanya. Hal tersebut telah ditetapkan berdasarkan tugas pokok dan tanggung jawab sebagai pendamping PKH.

Jumlah pendamping disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang terdaftar di Kecamatan. Menurut buku kerja pendamping PKH tahun 2013, Rasio pendamping di suatu wilayah kecamatan yaitu, satu orang pendamping mendampingi dengan rasio 300-500 KSM peserta PKH yang di sesuaikan dengan kondisi daerah. Sementara itu, di Kecamatan

Sukun pendamping PKH terdiri dari 4 orang yang terbagi atas wilayah satuan kerjanya masing-masing yang disajikan pada tabel 16. berikut.

Tabel 16. Rasio Antara Pendamping PKH dan KSM di Kecamatan Sukun

No.	Nama Pendamping	Kelurahan	Jumlah KSM per Kelurahan
1.	Sri Endahyani, Rafika Nurlaili	Bakalankrajan, Bandungrejosari, Sukun	361
2.	Rafika Nurlaili, Sri Endahyani	Gadang, Kebonsari, Ciptomulyo	134
3.	Nasianto, Rafika Nurlaili	Tanjungrejo	379
4.	Deka Rangga Putra	Karangbesuki, Mulyorejo, Pisangcandi	277
Total			1.151

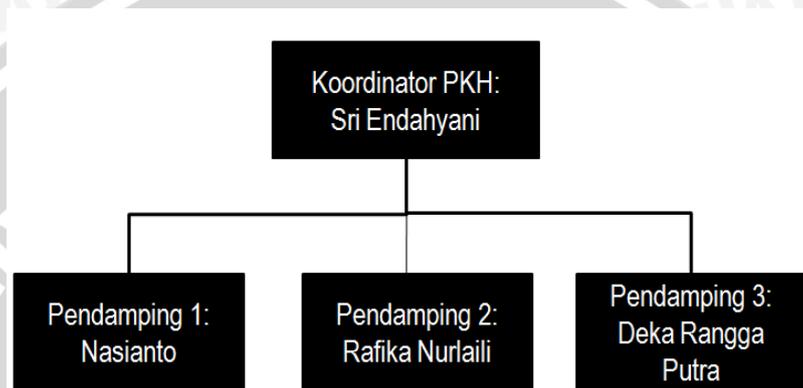
Sumber: UPPKH Kecamatan Sukun, 2016

Dalam melaksanakan tugas-tugasnya, UPPKH Kecamatan bertanggung jawab kepada UPPKH Kabupaten/Kota dan berkoordinasi dengan Camat setempat. Kecamatan Sukun memiliki KSM sejumlah 1.151 maka dari itu, pendamping di Kecamatan Sukun terdiri atas empat pendamping.

a) Struktur Organisasi

Berdasarkan buku pedoman umum tahun 2013, apabila dalam satu kecamatan terdapat lebih dari dua pendamping maka wajib ditunjuk salah seorang dari pendamping untuk menjadi koordinator pendamping tingkat kecamatan. Hal tersebut terjadi pula di Kecamatan Sukun, maka dari itu dalam pelaksanaan manajemen UPPKH Kecamatan diperlukan koordinator pendamping sebagai penanggung jawab terhadap pengendalian

pelaksanaan PKH Kecamatan dan dapat berkoordinasi dengan tenaga ahli UPPKH Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan PKH. Berikut struktur organisasi manajemen UPPKH Kecamatan Sukun yang disajikan pada (**Gambar 8.**).



Gambar 8. Struktur Organisasi Manajemen UPPKH Kecamatan Sukun
Sumber: UPPKH Kecamatan Sukun, 2016

b) Tugas Pokok dan Fungsi

Pelaksanaan tugas dan tanggung jawab pendamping PKH atau UPPKH Kecamatan secara umum adalah melaksanakan tugas pendampingan kepada KSM. Wilayah kerjanya meliputi seluruh desa atau kelurahan dalam satuan wilayah kerja di Kecamatan. UPPKH Kecamatan dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada UPPKH Kabupaten atau Kota dan berkoordinasi dengan Camat setempat.

Begitu pula UPPKH Kecamatan Sukun yang dalam melaksanakan tugas pendampingan KSM dilaksanakan di seluruh

wilayah kelurahan yang ada. Pembagian pendampingan di Kecamatan Sukun disajikan pada tabel 17. berikut.

Tabel 17. Pembagian Pendampingan PKH di Kecamatan Sukun

Kecamatan	Kelurahan	Nama Pendamping PKH
Sukun	Bakalankrajan, Bandungrejosari, Sukun	Sri Endahyani, Rafika Nurlaili
	Tanjungrejo	Nasianto, Rafika Nurlaili
	Bandulan, Karangbesuki, Mulyorejo, Pisangcandi	Deka Rangga Putra
	Gadang, Kebonsari, Ciptomulyo	Rafika Nurlaili, Sri Endahyani

Sumber: UPPKH Kecamatan Sukun, 2016

Berdasarkan tabel. diatas dapat disimpulkan bahwa pendamping PKH memiliki tugas untuk secara langsung melaksanakan tugas pendampingan pada KSM peserta PKH.

Selain tugas pendampingan KSM, menurut Pedoman Umum PKH (2013:78) pendamping PKH memiliki tugas utama lainnya, antara lain:

- 1) Melakukan pemutakhiran data.
- 2) Memfasilitasi dan menyelesaikan kasus pengaduan.
- 3) Mengunjungi rumah peserta PKH.
- 4) Melakukan koordinasi dengan aparat setempat dan pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan.
- 5) Melakukan pertemuan bulanan dengan ketua kelompok dan seluruh peserta PKH.

- 6) Melakukan temu kunjung bulanan dengan petugas kesehatan dan pendidikan di lokasi pelayanan.
- 7) Memberikan motivasi kepada peserta PKH dalam menjalankan komitmen.
- 8) Melakukan upaya yang sinergi antara pendamping PKH dengan pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan dalam pengisian formulir verifikasi.
- 9) Melakukan pencatatan dan pelaporan.

Berdasarkan pemaparan tugas utama pendamping PKH diatas, erat berkaitan dan berhubungan dengan pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan. Maka dari itu, pedoman bagi pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan dapat dijadikan acuan sebagai pedoman pelaksanaan bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang terlibat dan juga bagi pemberi pelayanan pendidikan yang terlibat agar dapat memahami peran dan fungsinya.

Tugas utama diatas merupakan hal yang wajib dilaksanakan oleh pendamping PKH. Selanjutnya hak dan kewajiban pendamping, peserta PKH, dan penyedia layanan secara rinci diatur dalam Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan dan Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan atau biasa disebut *Standart Operating Procedure (SOP)* program.

B. Penyajian Data Fokus

1. Evaluasi Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun

a) Indikator Masukan / *Input* Program

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program bantuan tunai bersyarat yang diberikan kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial yang berfokus terhadap peningkatan aksesibilitas pelayanan sosial dasar yang meliputi pendidikan dan kesehatan. Tujuan pelaksanaan program adalah meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan Keluarga Sangat Miskin (KSM). Maka dari itu, masukan atau bahan dan sumber daya yang digunakan untuk mengimplementasikan program antara lain anggaran bantuan untuk komponen kesehatan dan pendidikan, pendamping PKH yang bertugas dan bertanggungjawab melakukan pendampingan, serta peserta PKH yang memiliki kriteria dibawah ini :

1) Komponen Kesehatan

Komponen kesehatan yang dimaksud terdiri atas ibu hamil/nifas, anak balita serta anak usia 5-7 tahun (anak pra-sekolah) yang sesuai dengan aturan SOP pelayanan kesehatan tahun 2013. Komponen kesehatan dalam pelaksanaan PKH

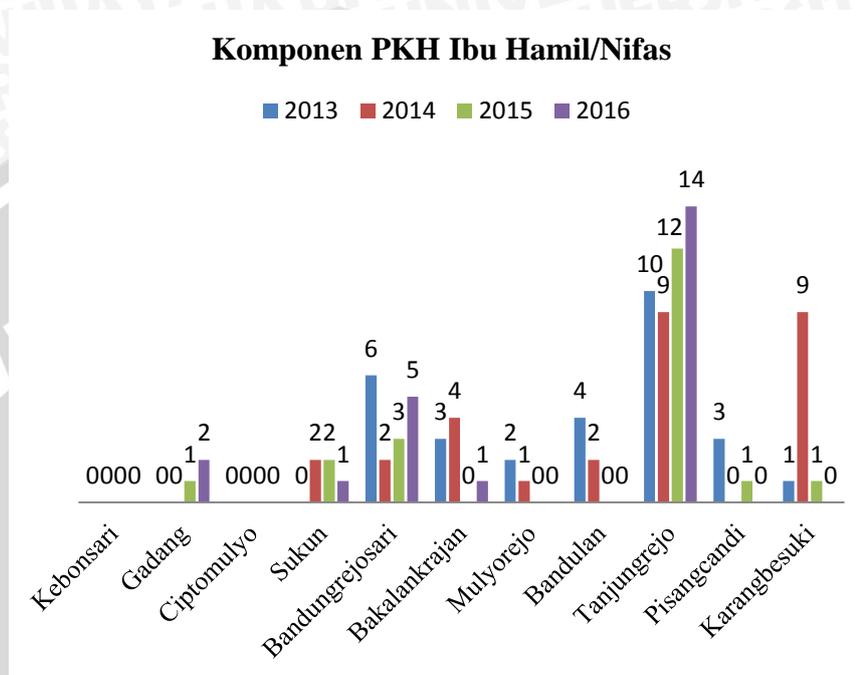
bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui peningkatan status kesehatan ibu dan anak. Maka dari itu, ibu hamil/nifas, anak balita serta anak pra-sekolah (Apras) 5-7 tahun dari keluarga sangat miskin merupakan indikator *input* program yang akan diberikan jaminan berupa aksesibilitas pelayanan kesehatan.

Data jumlah komponen kesehatan di Kecamatan Sukun mengalami fluktuasi setiap tahun. Hal tersebut dikarenakan berbagai faktor, seperti yang disampaikan oleh Deka Rangga Putra selaku pendamping PKH berikut.

“Jumlah komponen kesehatan tiap tahun ngga mesti Bil, kadang bertambah kadang berkurang. Kalau berkurang itu biasanya mereka keluar PKH karena *natural exit*, maksudnya karena mereka (KSM) sudah *ngga* ada komponen kesehatan dan pendidikan *makanya* mereka sudah ga berhak mendapatkan bantuan lagi atau bisa juga karena mereka pindah alamat.”(Hasil wawancara 13 April 2016)

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa fluktuasi tersebut dikarenakan peserta PKH sudah tidak memiliki komponen kesehatan atau disebut *natural exit* sehingga tidak berhak mendapatkan bantuan PKH komponen kesehatan. Selain itu, fluktuasi jumlah komponen juga dikarenakan peserta PKH yang berpindah tempat tinggal sehingga tidak terdaftar di tempat tinggal semula.

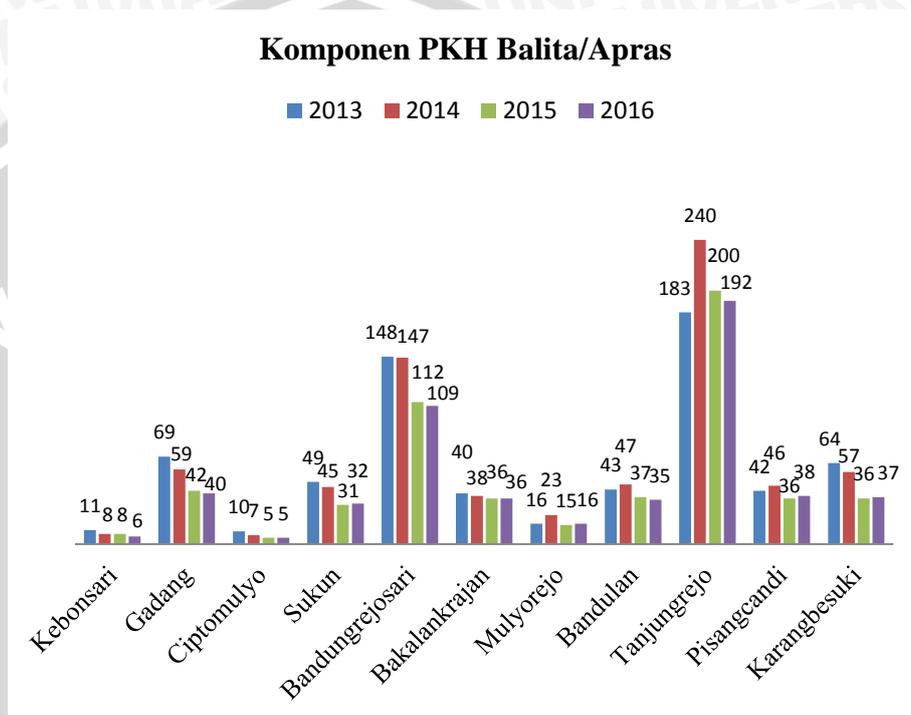
Data komponen ibu hamil/nifas dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2016 disajikan pada **Grafik 4.** berikut.



Grafik 4. Komponen PKH Ibu Hamil/Nifas
Sumber: Arsip UPPKH Kecamatan Sukun

Berdasarkan data di atas, dapat diketahui bahwa perkembangan jumlah ibu hamil/nifas terbanyak ada di Kelurahan Tanjungrejo yaitu sebanyak 14 ibu hamil/nifas. Sementara itu, di Kelurahan Kebonsari dan Kelurahan Ciptomulyo perkembangan ibu hamil/nifas relatif rendah. Hal tersebut dapat dilihat sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2016 tidak terdapat ibu hamil/nifas di wilayah tersebut.

Sementara itu, Data komponen kesehatan untuk kategori balita dan anak pra-sekolah (Apras) dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2016 disajikan pada **Grafik 5.** berikut.



Grafik 5. Komponen PKH Balita/Apras
Sumber: Arsip UPPKH Kecamatan Sukun

Data di atas menunjukkan rata-rata perkembangan jumlah balita di Kecamatan Sukun mengalami fluktuasi, antara lain di Kelurahan Sukun, Bakalankrajan, Mulyorejo, Bandulan, Tanjungrejo, Pisang Candi dan Karangbesuki. Sementara itu, beberapa kelurahan mengalami penurunan jumlah balita/Apras antara lain, Kelurahan Kebonsari, Gadang, Ciptomulyo dan Bandungrejosari. Namun demikian, wilayah dengan jumlah balita dan apras paling banyak berada di Kelurahan Tanjungrejo dan Kelurahan Bandungrejosari.

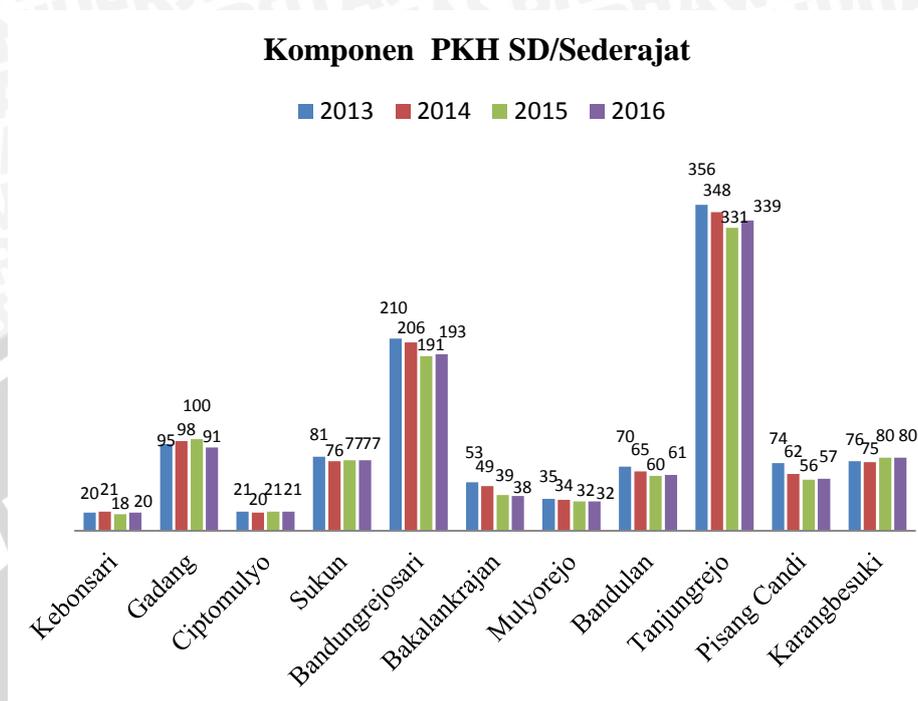
2) Komponen Pendidikan

Komponen pendidikan PKH di Kecamatan Sukun terdiri atas anak-anak keluarga sangat miskin yang terdiri atas, anak usia SD/ sederajat dan SMP/ sederajat yang harus menuntaskan program wajib belajar 9 tahun. Komponen pendidikan di Kecamatan Sukun juga mengalami fluktuasi seperti yang terjadi pada komponen kesehatan, yaitu dikarenakan beberapa faktor. Namun, selain faktor *natural exit* dan pindah alamat terdapat juga faktor lain seperti yang disampaikan oleh Rafika Nurlaili selaku pendamping berikut.

“Kurangnya motivasi dari orang tua untuk menyekolahkan anaknya, ada anak peserta PKH Kelurahan Bandulan yang tidak mau sekolah karena ada masalah dengan temannya, di Kelurahan Tanjungrejo juga ada yang dipaksa ikut bekerja dengan orang tuanya, maka dari itu pendamping dan pihak sekolah berusaha keras untuk membuat anak itu mau sekolah lagi. Tapi yaa ada yang terpaksa ngga bisa dibantu dan akhirnya mereka putus sekolah. Kalau di wilayah daminganku anak yang putus sekolah ada 1 di Tanjungrejo, 1 di Sukun, dan 1 di Bandulan.” (20 April 2016)

Pernyataan di atas menegaskan bahwa selain pihak penyedia layanan pendidikan, peran orang tua juga penting untuk mendukung anak agar tetap melanjutkan pendidikan.

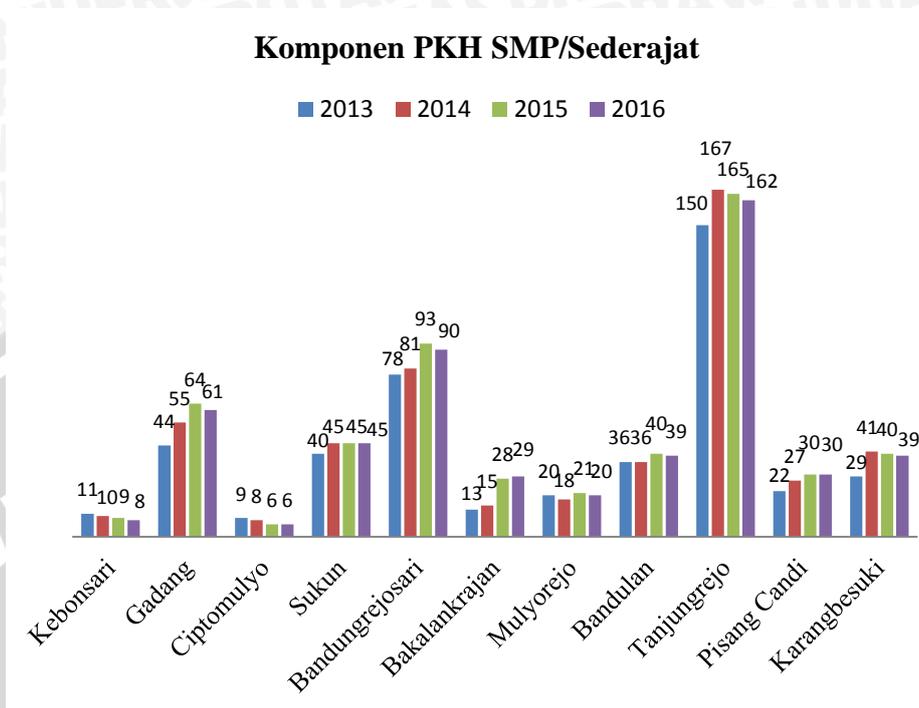
Maka dari itu, terjadi fluktuasi jumlah komponen pendidikan di tiap kelurahan. Data komponen pendidikan anak SD/ sederajat disajikan pada **Grafik 6.** berikut.



Grafik 6. Komponen Pendidikan SD/Sederajat
Sumber: Arsip UPPKH Kecamatan Sukun

Data di atas menunjukkan bahwa jumlah anak SD/ sederajat mengalami fluktuasi yang relatif sedang. Jumlah komponen anak SD/ sederajat paling banyak berada di Kelurahan Tanjungrejo dan Kelurahan Bandungrejosari.

Sementara itu, untuk komponen SMP/ sederajat dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2016 tergambar pada **Grafik 7.** berikut



Grafik 7. Komponen Pendidikan SMP/Sederajat
Sumber: Arsip UPPKH Kecamatan Sukun, 2016

Grafik 7. menunjukkan bahwa komponen pendidikan untuk anak SMP/ sederajat juga mengalami fluktuasi sedang. Seperti yang terjadi pada Kelurahan Gadang, Sukun, Bandungrejosari, Bakalankrajan, Mulyorejo, Bandulan, Tanjungrejo dan Karangbesuki. Sementara itu, Kelurahan Tanjungrejo dan Bandungrejosari merupakan kelurahan dengan jumlah komponen anak SMP/ sederajat paling banyak.

Awalnya komponen pendidikan hanya mencakup anak usia SMP/ sederajat, tetapi sejak tahun 2015 terdapat tambahan komponen baru di bidang pendidikan. Tambahan komponen yang dimaksud yaitu peserta PKH yang memiliki anak usia SMA/ SMK sederajat dapat diikutsertakan dalam PKH. Hal

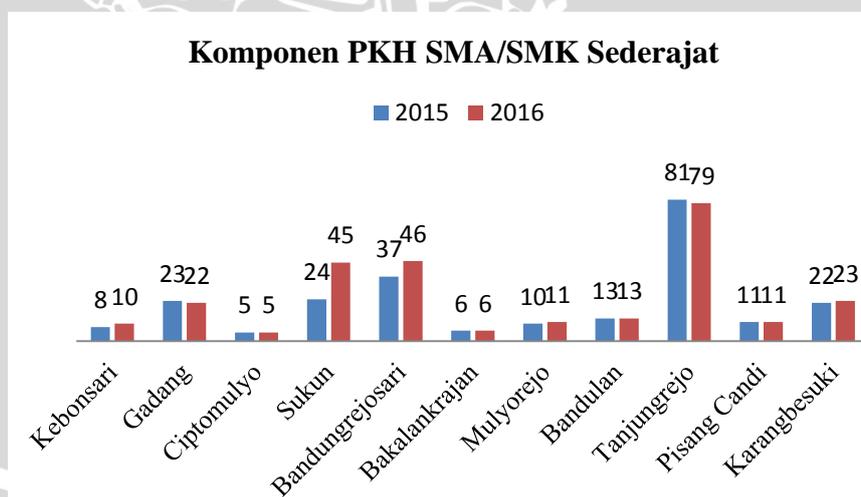


tersebut disampaikan oleh Bapak Nasianto selaku pendamping PKH berikut.

“Untuk komponen pendidikan yaitu peserta PKH yang memiliki anak SD/ sederajat dan SMP/ sederajat harus terdaftar di satuan pendidikan dan kehadirannya minimal 85%. Tapi baru tahun 2015 ada ketentuan baru, yaitu anak SMA/ sederajat juga masuk dalam komponen pendidikan karena dirasa lulusan SMP saja masih kurang untuk mendapatkan pekerjaan yang baik.”
(Hasil wawancara 13 April 2016)

Pada tahun 2015 terdapat komponen baru, namun SOP program tetap mengacu pada SOP tahun 2013. Oleh sebab itu, bantuan untuk komponen SMA/ sederajat disamakan dengan komponen SMP/ sederajat.

Data komponen SMA/ SMK sederajat Kecamatan Sukun disajikan pada **Grafik 8.** berikut.



Grafik 8. Komponen Pendidikan SMA/SMK Sederajat
Sumber: ArsipUPPKH Kecamatan Sukun

Data pada **Grafik 8.** di atas menunjukkan jumlah komponen anak SMA/SMK sederajat dari peserta PKH yang terdaftar di

satuan pendidikan sejak tahun 2015. Terdapat beberapa kelurahan yang cenderung bertambah, seperti pada Kelurahan Sukun dan Kelurahan Bandungrejosari. Kelurahan Sukun mengalami kenaikan sebesar 87%, sedangkan Kelurahan Bandungrejosari sebesar 24%.

b) Indikator Proses

1) Proses Penyaluran Bantuan di Bidang Kesehatan dan Pendidikan

PKH merupakan program bantuan berupa uang tunai kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang memiliki komponen kesehatan dan pendidikan. Bantuan uang tunai tersebut akan disalurkan kepada yang berhak apabila peserta PKH komitmen dengan kewajiban sesuai dengan aturan SOP program. Bantuan uang tunai tersebut diarahkan untuk memanfaatkan akses pelayanan kesehatan dan pendidikan anak.

Sementara itu, penyaluran bantuan PKH akan dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang ditentukan oleh kantor cabang lembaga bayar di Kecamatan Sukun setelah mendapat pemberitahuan mengenai batas akhir penyaluran bantuan dari kantor unit lembaga bayar pusat, seperti yang telah dipaparkan oleh Putri Lolhita sebagai berikut.

“Gini dek, kalau untuk jadwal penyaluran bantuan itu nunggu surat pemberitahuan batas akhir penyaluran

bantuan dari Direktorat Jaminan Sosial yang biasa disebut SP2D (Surat Pemberitahuan Pencairan Dana). Setelah surat terbit dan dana sudah diterima oleh lembaga bayar, kantor unit lembaga bayar memberitahukan ke kantor cabang lembaga bayar untuk segera melakukan penjadwalan penyaluran bantuan PKH dan berkoordinasi dengan pendamping. Setelah berkoordinasi dan menentukan jadwal, pendamping memberitahukan jadwal penyaluran bantuan kepada peserta PKH dampingannya.” (Hasil wawancara 12 April 2016)

Penjelasan tersebut menegaskan bahwa jadwal penyaluran bantuan PKH ditentukan oleh lembaga bayar dengan koordinasi pendamping terlebih dahulu. Setelah penentuan jadwal dilakukan, maka selanjutnya pendamping member informasi kepada peserta PKH mengenai jadwal dan tempat pencairan dana.

Hal tersebut jugadijelaskan oleh Bapak Nasianto selaku pendamping berikut.

“Kalau mau ada penyaluran bantuan biasanya pas pertemuan saya kasih info dulu mbak, yaa untuk mempersiapkan apa-apa saja yang diperlukan untuk dapat mengambil bantuannya, misal fotokopi KTP, fotokopi kartu PKH dan untuk suami atau anak laki-laki yang mewakili istri atau ibunya dianjurkan untuk fotokopi Kartu Keluarga (KK) juga mbak. Setelah itu, saya sebar undangan juga yang sudah ada jadwal dan dimana tempat pengambilan bantuan tersebut.” (Hasil wawancara 13 April 2016)

Dengan demikian, peserta PKH dianjurkan menyiapkan fotokopi KTP ataupun fotokopi kartu PKH untuk memudahkan pendamping PKH menyiapkan slip penarikan uang tunai yang

digunakan untuk mengambil bantuan dalam proses pencairan dana.

Pencairan dana Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun disalurkan melalui lembaga bayar terdekat, seperti yang disampaikan oleh Deka Rangga Putra selaku pendamping PKH berikut.

“Penyaluran bantuan lewat lembaga bayar Bil, ya kantor pos terdekat. Misal pencairan dana di Kecamatan Sukun ini, ga langsung satu hari selesai, tapi kita bagi tempat dan waktunya untuk meminimalisir kesalahan dan biar lebih efektif. Penyaluran tahap pertama tahun ini tanggal 13 April-16 April 2016, Tanggal 13 April waktunya untuk Kelurahan Kebonsari, Sukun, dan Tanjungrejo.”
(Hasil wawancara 13 April 2016)

Dari pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa agar penyaluran bantuan di Kecamatan Sukun berjalan lebih efektif, maka penyaluran bantuan tidak dilaksanakan selama satu hari saja. Melihat banyaknya jumlah KSM dan juga melihat jangkauan terdekat dari tempat tinggal KSM yang tersebar di 11 Kelurahan.

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti pada tanggal 13-16 April 2016 saat pencairan dana diselenggarakan, proses pencairan dana relatif berjalan lancar. Pencairan dana dijadwalkan mulai pukul 08:30 WIB sampai dengan selesai. Rata-rata pencairan dana selesai pada pukul 11:00, hanya saja pada tanggal 13 April berakhir pada pukul 12:00 WIB

dikarenakan banyaknya KSM yang mencakup 3 Kelurahan, yaitu Kelurahan Kebonsari, Tanjungrejo, dan Sukun yang mencakup 485 peserta PKH.

Berikut rincian pengamatan peneliti saat proses pencairan dana pada tanggal 13-16 April 2016 di Kecamatan Sukun.

Tabel 18. Proses Pencairan Dana Tahap Pertama Tahun 2016

No.	Kegiatan	Keterangan
1.		Pada pukul 08:30 WIB peserta PKH mulai berdatangan dan menyerahkan undangan, fotokopi KTP atau fotokopi kartu PKH kepada pendamping.
2.		Setelah itu, pendamping menyiapkan slip penarikan uang tunai yang digunakan untuk mengambil bantuan tunai.
3.		Peserta harus menunggu untuk dipanggil salah satu pendamping untuk penandatanganan absensi kehadiran saat pencairan dana dan juga pengecekan data peserta serta nominal yang diterima.

4.		Setelah tanda tangan dan pengecekan, peserta PKH mendapatkan uang tunai sesuai dengan komponen yang dimiliki.
----	--	---

Sumber: Hasil Dokumentasi Penulis, 13 April 2016

Berdasarkan pengamatan tersebut juga ditemukan oleh peneliti bahwa nominal bantuan yang diterima tiap peserta berbeda. Hal tersebut disesuaikan dengan komponen yang dimiliki oleh KSM.

Ilustrasi variasi nominal bantuan yang diterima oleh peserta PKH disajikan pada tabel 19. berikut.

Tabel 19. Variasi Nominal Bantuan Peserta PKH

No.	Nominal Bantuan /Tahun	Bantuan Tetap	Bantuan Berdasarkan Komponen			Keterangan
			Bumil/ Nifas/ Balita	Anak SD	Anak SMP	
1.	800.000	300.000	-	500.000	-	Bila 1 anak SD
2.	1.300.000	300.000	1.000.000	-	-	Bila ada bumil/nifas/balita
			-	1.000.000	-	Bila 2 anak SD
			-	-	1.000.000	Bila 1 anak SMP
3.	1.800.000	300.000	1.000.000	500.000	-	Bila ada bumil/nifas/balita dan 1 anak SD
			-	500.000	1.000.000	Bila anak SD dan 1 anak SMP
			-	1.500.000	-	Bila 3 anak SD
4.	2.300.000	300.000	1.000.000	-	1.000.000	Bila ada bumil/nifas/balita dan 1 anak SMP
			1.000.000	1.000.000	-	Bila ada bumil/nifas/balita dan 2 anak SD
			-	1.000.000	1.000.000	Bila 2 anak SD dan 1 anak SMP

No.	Nominal Bantuan /Tahun	Bantuan Tetap	Bantuan Berdasarkan Komponen			Keterangan
			Bumil/ Nifas/ Balita	Anak SD	Anak SMP	
5.	2.800.000	300.000	-	-	2.000.000	Bila 2 anak SMP
			1.000.000	500.000	1.000.000	Bila ada bumil/nifas/balita dan 1 anak SD dan 1 anak SMP
			1.000.000	1.500.000	-	Bila ada bumil/nifas/balita dan 3 anak SD
			-	1.500.000	1.000.000	Bila 3 anak SD dan 1 anak SMP
			-	500.000	2.000.000	Bila 1 anak SD dan 2 anak SMP

Sumber: Pedoman Umum PKH, 2013

Bantuan yang diterima peserta PKH berbeda-beda sesuai dengan komponen yang dimiliki. Bantuan maksimal yang diterima sebesar Rp. 2.800.000 sedangkan bantuan minimal yang diterima sebesar Rp. 800.000.

Bantuan berupa uang tunai yang di terima oleh peserta PKH tidak serta merta diberikan langsung pada satu kali pencairan dana. Penyaluran bantuan terbagi atas empat (4) tahapan dalam satu tahun. Seperti yang disampaikan oleh Deka Rangga Putra berikut.

“Pencairan dana itu *ngga* cuma sekali Bil, ada 4 tahap pencairan dana dalam satu tahun pokoknya jadwalnya nunggu SP2D terbit. Normalnya, tahap pertama dilaksanakan di bulan Maret, terus tahap kedua itu bulan Juni, lanjut September dan yang tahap terakhir itu Desember. Tapi, kalau molor-molor dikit itu wajar Bil, *kaya* sekarang kan baru bulan April pencairan dana tahap pertamanya.”(Hasil wawancara 13 April 2016)

Hal tersebut selaras dengan yang disampaikan oleh beberapa KSM, salah satunya Ibu Wagini peserta PKH Kelurahan Bandungrejosari berikut.

“Lek pencairan dana ya rutin kok mbak, 4 kali mbak setahun paling yoo telat 1 minggu atau 2 mingguan aja mbak. Lah niki kan bulan April angsal pertama paling Juni mengke biasane angsal maleh mbak.” (Hasil wawancara 13 April 2016)

Pencairan dana di Kelurahan Bandungrejosari relatif lancar dan tidak pernah telat dalam melakukan penyaluran bantuan. Begitu pula di Kelurahan lainnya, yaitu Kelurahan Sukun dan Tanjungrejo karena penyaluran dana dilakukan secara bersamaan dengan kedua kelurahan tersebut.

Selaras dengan pernyataan Ibu Wagini di atas, Ibu Sunarsih warga Kelurahan Bandulan menegaskan sebagai berikut.

“Ya.. kalau menurut saya di Bandulan ini pencairan dananya teratur sih mbak dari dulu, lek telat paling ya itungan dino sampe minggu mbak, ngga tau sampe ulanan.” (Hasil wawancara 16 April 2016)

Hal tersebut juga menegaskan tidak ada masalah yang berarti dengan penjadwalan pencairan dana. Demikian pula yang terjadi di Kelurahan Mulyorejo, Bakalankrajan, Pisang Candi, dan Karangbesuki karena pelaksanaan pencairan dana dilakukan secara bersamaan dengan Kelurahan Bandulan.

Hal serupa juga disampaikan oleh Ibu Masula warga Kelurahan Gadang sebagai berikut.

“Pencairan dana ngga pernah telat mbak, sudah rutin tiap tahun ada 4 kali cairan. *Nah lek mboten salah tiap tiga (3) nopo kale (2) ulan sekali ngoten*, cuman di setiap cairan bantuan *nominal’e mboten sami* tergantung komponennya mbak.” (Pencairan dana tidak pernah telat mbak, sudah rutin tiap tahun ada 4 kali cairan. Kalau tidak salah setiap tiga bulan atau dua bulan sekali begitu, tetapi di setiap cairan bantuan nominalnya tidak sama tergantung komponennya mbak) (Hasil wawancara 15 April 2016)

Berdasarkan pernyataan diatas, pencairan dana di Kelurahan Gadang relatif lancar. Dengan demikian, dapat disimpulkan Kelurahan Kebonsari dan Ciptomulyo juga relatif lancar dalam pencairan dana karena ketiga kelurahan tersebut selalu diselenggarakan bersamaan, pencairan dana dilakukan di PT. Pos Indonesia Cabang Gadang, Kecamatan Sukun.



Gambar 9. Pertemuan Rutin Kelompok PKH
Sumber: Dokumentasi Penulis, 2016

Selain memberikan bantuan uang tunai, PKH juga memberikan fasilitas kegiatan pendampingan. Seperti pada **Gambar 9.** yang menggambarkan suasana pada saat pertemuan rutin sebagai salah satu kegiatan pendampingan. Kegiatan pendampingan dilakukan oleh pendamping wilayah

masing-masing dalam pertemuan rutin setiap satu bulan sekali. Kegiatan tersebut dilakukan untuk menumbuhkan kesadaran dan motivasi bagi peserta PKH akan pentingnya kesehatan dan pendidikan untuk menunjang kesejahteraan hidup. Seperti yang disampaikan oleh Deka Rangga Putra selaku pendamping berikut.

“Kalau hanya di kasih uang saja tanpa pendampingan ya ga jalan Bil programnya hehehe. Makanya perlu adanya pendampingan, minimal untuk ngasih tau apa saja yang menjadi kewajiban peserta dan apa sanksinya. Kalau aku biasanya setiap pertemuan bulanan tak sempetin *sharing* biar lebih tahu kondisi mental dan lebih dekat dengan mereka, biasanya kan.. maaf orang miskin itu pengetahuannya kurang jadi aku ajak temen-temen mahasiswa untuk ngadain penyuluhan. Misalnya bulan kemarin itu ngadain penyuluhan *parenting* gimana cara mendidik anak dan memotivasi anak dalam belajar, juga ada dulu dari ahli gizi untuk penyuluhan nutrisi dan gizi anak.” (Hasil Wawancara 26 April 2016)

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa pendamping juga harus memiliki hubungan yang baik dengan peserta PKH untuk memberikan informasi maupun motivasi kepada peserta PKH.

Selain kegiatan pendampingan, pendamping juga diharuskan mengontrol kunjungan dan partisipasi peserta PKH dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan untuk memastikan bantuan uang tunai dimanfaatkan dalam rangka pemenuhan gizi anak dan menunjang pendidikan anak. Hal tersebut memerlukan adanya koordinasi yang baik antara pendamping dengan ketua kelompok PKH, penyedia layanan

kesehatan dan pendidikan. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Nasianto selaku pendamping berikut.

“Untuk memastikan bahwa uang yang diterima peserta PKH digunakan mengakses layanan kesehatan dan pendidikan, pendamping diharuskan untuk memantau hal tersebut. Sekarang biaya pendidikan SD Negeri, SMP Negeri gratis makanya uang untuk komponen pendidikan bisa digunakan untuk membeli baju seragam, tas, sepatu, buku atau lainnya untuk menunjang kegiatan belajar anak, kalau untuk kesehatan ya untuk beli obat-obatan dan makanan bergizi. Untuk memantau hal tersebut, saya serahkan kepada masing-masing ketua kelompok untuk bertanggung jawab mengumpulkan struk pembelian nanti saya cek saat pertemuan bulanan.” (Hasil Wawancara 16 April 2016)

Tindakan pemantauan tersebut dilakukan untuk mengontrol pelaksanaan program agar dapat mencapai target yang ingin dicapai yaitu meningkatnya kualitas sumber daya manusia melalui kesehatan dan pendidikan. Aturan yang digunakan oleh Bapak Nasianto di atas adalah bentuk inovasi pendamping dalam melakukan tindak pengontrolan, sedangkan untuk aturan yang wajib dipenuhi tercantum dalam SOP program.

Sejauh ini, perkembangan selama tiga tahun berjalannya program di Kecamatan Sukun adalah mulai tumbuh kesadaran masyarakat miskin agar rutin mengakses layanan kesehatan dan pendidikan. Seperti yang disampaikan Ibu Putri Lolhita berikut.

“Seperti yang uda aku bilang tadi dek, memang membangun mental itu susah ya dek. Menanamkan kesadaran ke mereka tentang pentingnya kesehatan dan pendidikan itu susah dulunya. Makanya perlu adanya komunikasi yang baik antara pendamping dengan KSM karena dengan kedekatan emosional tersebut, maka mereka akan lebih terbuka dan mau mendengarkan kita. Tapi, untuk sekarang mungkin karena program sudah 3 tahun berjalan, jadi KSM sudah terbiasa untuk ke Posyandu dan mengakses faskes lainnya. Awalnya mereka takut pergi ke faskes karena memang mereka takut dek kalau di suruh bayar. Setelah tau kalau ke faskes ternyata tidak bayar dan justru mereka merasa senang jadi ya mulai sadar dek.”(Hasil wawancara 8 April 2016)

Maka dari itu, menanamkan kesadaran kepada KSM akan pentingnya kesehatan dan pendidikan perlu waktu. Perlu adanya penyuluhan dan informasi-informasi terkait dengan pentingnya mengakses kesehatan dan pendidikan.

Selaras dengan hal tersebut, Pak Nasianto selaku pendamping menyampaikan hal berikut.

“Ya semua memang butuh waktu, apalagi di tahun-tahun pertama. Sebenarnya tujuan PKH ini kan untuk memutus rantai kemiskinan tetapi, selama 3 tahun ini yang terlihat ya hanya kesadaran mereka untuk mengakses kesehatan dan pendidikan saja. Untuk melihat dari tingkat sosial ekonominya saya kira ya masih tetap saja.” (Hasil wawancara 13 April 2016)

Hal tersebut menegaskan bahwa kesadaran KSM untuk mengakses kesehatan dan pendidikan sudah mulai tumbuh. Hanya saja jika dilihat dari sisi ekonomi masih tetap saja peserta PKH tergolong KSM yang berhak mendapatkan bantuan PKH.

Sejak program dilaksanakan di Kecamatan Sukun tidak ditemukan indikasi peserta PKH yang keluar dari PKH karena berganti status menjadi “mampu”. Selama ini komponen pendidikan dan kesehatan peserta PKH berkurang karena *natural exit* atau karena tidak memiliki komponen karena anak peserta telah lulus dan anak balita peserta PKH telah bertumbuh. Hal tersebut ditegaskan oleh Deka Rangga Putra berikut.

“Sekarang ini yang bisa dilihat bukan tingkat kesejahteraan atau kemampuan KSM yang istilahnya sudah naik level, toh selama 3 tahun berjalannya program belum ada ceritanya KSM lulus dari PKH karena memang sudah mampu, biasanya hanya karena sudah tidak ada komponen lagi baik kesehatan maupun pendidikan atau karena pindah alamat, jadi udah ga terdaftar menjadi peserta PKH Kecamatan Sukun. Tapi di sisi lain peserta PKH boleh ikut kegiatan pelatihan-pelatihan dari Dinas Sosial yang bisa diikuti peserta PKH, seperti kegiatan pelatihan keterampilan, biar nanti outputnya diharapkan KSM memiliki keterampilan dan dapat memanfaatkannya agar bisa dijadikan sebagai usaha.”(Hasil wawancara 15 April 2016)

Kegiatan pelatihan tersebut dilakukan untuk menumbuhkan jiwa wirausaha kepada KSM. Dengan demikian, keterampilan yang dimiliki KSM dapat dimanfaatkan untuk menambah penghasilan.

Selaras dengan hal tersebut, Rafika Nurlaili menyampaikan hal berikut.

“Selain kesadaran mereka untuk mengakses pendidikan dan kesehatan, seperti sudah ada motivasi dari diri orang tua agar menyekolahkan anaknya dan mau mengontrol kesehatan anak-anaknya beberapa peserta PKH juga menggunakan dana bantuan untuk berjualan dan mengembangkan usaha kecil mereka untuk berkembang. Setidaknya ada rasa ingin berkembang secara ekonomi juga.”(Hasil wawancara 23 April 2016)

Beberapa peserta PKH memanfaatkan sebagian dana bantuan untuk modal usaha. Usaha yang dilakukan sesuai dengan keterampilan yang dimiliki, ada yang berjualan jajanan pasar, perlengkapan dekorasi dan lain-lain.

Seperti yang dilakukan oleh Ibu Masula warga Kelurahan Gadang yang menghabiskan sebagian waktunya untuk membuat peralatan dekorasi yang nantinya akan dijual ke pengepul.



Gambar 10. Kondisi Rumah Ibu Masula
Sumber: Hasil Dokumentasi Penulis, 2016



Gambar 11. Isi Rumah Ibu Masula
Sumber: Hasil Dokumentasi Penulis, 2016



Gambar 12. Hasil Karya Perlengkapan Dekorasi
Sumber: Hasil Dokumentasi Penulis, 2016

Sehari-hari Ibu Masula berkerja untuk menambah penghasilan suaminya. Suami dari Ibu Masula bekerja sebagai montir di bengkel. Sementara ini, untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari Ibu Masula selain membuat peralatan dekorasi juga menjadi buruh kupas bawang merah.

Bantuan PKH dirasa dapat meringankan beban untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan 4 anak. Seperti yang disampaikan beliau berikut.

“Ya di bilang cukup itu ya di cukup-cukupin mbak pokoknya bersyukur. Adanya PKH juga membantu meringankan beban mbak, saya ini Cuma buruh kupas brambang yang sehari ngupas 5 kg brambang dapet Rp. 7.500,- mbak. Bapak ya kerja mbengkel penghasilan gak mesti anak 4 dengan PKH ini saya seneng mbak setidaknya beban agak sedikit ringan.”(Hasil wawancara 15 April 2016)

Bantuan PKH dimanfaatkan selain untuk pendidikan dan kesehatan oleh KSM banyak digunakan untuk usaha dan memenuhi kebutuhan sehari-hari lainnya. Hal tersebut dilakukan karena biaya siswa SD Negeri sekarang sudah dibebaskan biaya. Jadi, sisa bantuan dapat dimanfaatkan untuk kegiatan produktif oleh peserta PKH.

c) Indikator Keluaran / *Output* Program

1) Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas yang dimaksud adalah seberapa mudah masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan. PKH menjamin aksesibilitas layanan kesehatan, seperti tersedianya layanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) untuk peserta PKH. Peserta PKH dijamin mendapat layanan Jamkesmas, apabila peserta PKH belum memiliki kartu

Jamkesmas maka dapat menggunakan kartu PKH untuk mengakses pelayanan kesehatan.

Selain itu, aksesibilitas pelayanan kesehatan juga dapat diukur melalui jarak ataupun banyaknya fasilitas kesehatan ada di Kecamatan Sukun. Akses kesehatan apabila ditinjau dari jarak tempuh tiap-tiap kelurahan tidak begitu jauh. Seperti Puskesmas yang memang memiliki fasilitas yang lumayan lengkap dan paling banyak dikunjungi masyarakat di Kecamatan Sukun hanya terdapat tiga (3) Puskesmas yang terlampir pada tabel 18. berikut.

Tabel 18. Daftar Puskesmas di Kecamatan Sukun

No.	Puskesmas	Akses Kelurahan Terdekat (Jarak 1 km -2 km)
1.	Puskesmas Njanti, Kelurahan Sukun 	Kelurahan Sukun, Tanjungrejo, Bandungrejosari
2.	Puskesmas Ciptomulyo, Kelurahan Ciptomulyo 	Kelurahan Gadang, Ciptomulyo, Kebonsari

- | | | |
|----|---|---|
| 3. | Puskesmas Mulyorejo,
Kelurahan Mulyorejo | Kelurahan Mulyorejo,
Bandulan, Pisang Candi, Mulyorejo,
Bakalankrajan |
|----|---|---|



Sumber: Hasil Dokumentasi Peneliti, 2016

Tabel diatas menunjukkan jangkauan Puskesmas terdekat dari masing-masing Kecamatan Sukun. Meskipun hanya terdapat 3 Puskesmas, namun masyarakat tidak begitu kesusahan untuk mengakses. Hal tersebut dikarenakan hampir di setiap kelurahan terdapat Puskesmas Pembantu.

Puskesmas Pembantu di Kecamatan Sukun sangat membantu masyarakat yang ingin mengakses kesehatan. Menurut Bapak Nasianto selaku pendamping PKH menyatakan hal berikut.

“Di Kelurahan Tanjungrejo tidak terdapat Puskesmas, maka dari itu peserta PKH Kelurahan Tanjungrejo untuk mengakses kesehatan lebih memilih ke Puskesmas Pembantu di Mergan dan di Bandulan yang merupakan akses terdekat.’ (Hasil Wawancara 16 April 2016)

Puskesmas Pembantu yang tersedia dapat di akses dengan mudah karena faktor jarak tempuh yang sangat dekat dengan tempat tinggal peserta PKH, yakni antara 1 km – 2 km.

Kecamatan Sukun memiliki daftar 16 Puskesmas Pembantu. Namun, berdasarkan hasil wawancara dan observasi wilayah Kecamatan Sukun hanya terdapat 10 Puskesmas Pembantu yang aktif. Rincian data Puskesmas Pembantu yang aktif di Kecamatan Sukun terlampir pada tabel 21. berikut.

Tabel 21. Daftar Puskesmas Pembantu di Kecamatan Sukun

No.	Unit Puskesmas Pembantu	Alamat
1.	Bandungrejosari	Jl. Kemantren III C, Kelurahan Bandungrejosari
2.	Mergan	Jl. Mergan, Kelurahan Tanjungrejo
3.	Sukun	Jl. S Supriyadi, Kelurahan Sukun
4.	Bakalan Krajan	Kelurahan Bakalan Krajan
5.	Mulyorejo	Jl. Tebo Selatan
6.	Bandulan	Jl. Bandulan IX/583, Kelurahan Bandulan
7.	Pisang Candi	Jl. Juwet Barat, Kelurahan Pisang Candi
8.	Karangbesuki	Kelurahan Karangbesuki
9.	Kebonsari	Jl. Kebonsari RT 6 RW 4
10.	Gadang	Jl. Gadang XV

Sumber: UPPKH Kecamatan Sukun, 2016

Jika melihat data fasilitas kesehatan yang ada di Kecamatan Sukun sebenarnya akses pelayanan kesehatan di Kecamatan Sukun sudah tercukupi dengan adanya unit Puskesmas Pembantu yang tersedia hampir di setiap kelurahan. Selain Puskesmas Pembantu, anak balita dan ibu hamil dapat

mengakses kesehatan melalui Posyandu yang diselenggarakan satu bulan sekali di tiap-tiap RW, hanya saja yang kurang adalah Kader-Kader yang kurang aktif sehingga Pustu dan Posyandu tidak ada lagi.

Hal tersebut juga disampaikan oleh salah satu pendamping PKH, Deka Rangga Putra berikut.

“Kalau masalah faskes, terutama Posyandu di beberapa RW di Kelurahan Gadang, Karangbesuki, Pisangcandi, dan Bandulan masih terdapat Kader-Kader Posyandu yang ngga aktif, tapi nggga banyak kok. Kaya yang di Karangbesuki Posyandu yang aktif hanya ada di RW 2,3,5 dan 6.” (Hasil wawancara 27 April 2016)

Hal tersebut menegaskan bahwa Posyandu di tiap-tiap RW tidak selalu aktif dan memiliki Kader yang aktif. Kader Posyandu merupakan anggota masyarakat setempat yang dipilih dari dan oleh masyarakat dan mau serta mampu bekerja bersama dalam kegiatan Posyandu secara sukarela.

Salah satu contoh Posyandu dengan Kader yang aktif terdapat di Kelurahan Karangbesuki RW 2. Kegiatan Posyandu dilaksanakan secara rutin setiap bulan dan Kader selalu aktif dalam kegiatan Posyandu. Kegiatan Posyandu tersebut dapat dilihat dari hasil pengamatan penulis yang terinci pada tabel 22. berikut.

Tabel 22. Kegiatan Posyandu

No.	Kegiatan	Keterangan
1.		Pukul 09.00 WIB warga mulai berdatangan untuk menghadiri Posyandu di balai RW 2 Kelurahan Karangbesuki
2.		Peserta Posyandu dipersilahkan untuk mengukur tinggi dan berat badan anak, kemudian hasil dari pengukuran tersebut disampaikan kepada petugas Posyandu
3.		Peserta Posyandu mengisi daftar hadir sekaligus mengumpulkan Kartu Menuju Sehat (KMS) yang berisikan pemantauan tumbuh kembang janin dan anak.
4.		Setelah itu, petugas memanggil peserta sesuai dengan daftar hadir.

5.		Selanjutnya, Petugas Puskesmas memberikan tindakan medis untuk bayi maupun balita sesuai dengan kebutuhan.
----	--	--

Sumber : Hasil Dokumentasi Penulis, 18 Juni 2016

Pelaksanaan Posyandu di RW 02 Kelurahan Karangbesuki di atas hanya berlangsung selama 3 Jam. Partisipasi warga untuk membawa anak (bayi, balita, dan Apras) cukup tinggi untuk mengakses layanan kesehatan. Hal tersebut membuktikan bahwa akses layanan Posyandu terpenuhi dengan baik meskipun masih terdapat Kader yang tidak aktif di beberapa wilayah.

Permasalahan Kader yang tidak aktif bukan menjadi permasalahan utama dalam pelaksanaan PKH. Permasalahan utama tersebut justru timbul dari peserta PKH itu sendiri. seperti yang disampaikan oleh Ibu Putri Lolhita selaku pendamping berikut.

“Ya.. awalnya memang susah ya dek mengajak mereka untuk mau rutin mengakses kesehatan, tahun-tahun terberat ya di awal-awal program berjalan. Mereka itu takut kalau mengakses kesehatan itu disuruh bayar dek. Jadi, dulu ya awal-awal aku adain pertemuan warga untuk sarana *sharing*, konseling, dan juga kasih-kasih informasi mengenai kesehatan dan gimana cara mengakses kesehatan yang gratis. Dari pertemuan-pertemuan itu akhirnya ya kita bisa dekat secara emosional, jadi bisa enak kalau ngobrol-ngobrol masalah hal apapun ke mereka, jadi akhirnya mereka ya mau mendengarkan apa yang aku maksud, ya

Alhamdulillah akhirnya mau juga warga disana untuk sadar kalau mengakses kesehatan itu penting.” (Hasil wawancara 8 April 2016)

Maka dari itu, pemahaman nilai-nilai kesehatan juga perlu diterapkan termasuk konsumsi makanan bernutrisi dan kaya gizi yang baik bagi pertumbuhan anak.

Hal tersebut dikarenakan masih ditemukan permasalahan gizi buruk di Kecamatan Sukun. Tahun 2016 tercatat penanganan 9 kasus gizi buruk di Puskesmas Mulyorejo. Permasalahan gizi buruk pada anak balita seperti kekurangan gizi dan busung lapar dapat dicegah melalui kegiatan posyandu. Posyandu dapat diakses oleh KSM sebagai layanan kesehatan yang terdekat, posyandu sangat berperan penting dalam deteksi dini masalah gizi. Deteksi dini balita gizi buruk merupakan kegiatan penentuan status gizi balita melalui KMS (Kartu Menuju Sehat) yang mencakup data dari berat badan menurut umur.

Sementara itu, di Kelurahan Gadang, Karangbesuki, Pisang Candi dan Bandulan tidak terdapat kasus gizi buruk klinis. Hanya terdapat anak balita yang hampir terkena gizi buruk. Hal ini disampaikan oleh Deka Rangga Putra berikut.

“Kemarin ada 2 kasus KMS-nya memang sudah diperbatasan antar gizi hampir buruk sama gizi buruk, alasannya yang satu anaknya susah disuruh makan sayur dan buah dan yang satu lagi karena anaknya lahir

premature. Tapi di keseharian anaknya aktif beraktifitas seperti anak normal, Cuma di catatan KMS-nya memang begitu, berat badannya *ngga* ideal.” (Hasil wawancara 24 Mei 2016)

Dengan demikian, melakukan pemantauan melalui KMS (Kartu Menuju Sehat) sangat penting untuk mengetahui pertumbuhan anak setiap bulan, maka status gizi dan jalur pertumbuhan anak selalu terkontrol. Jika terdapat kelainan dalam grafik pertumbuhan akan segera terdeteksi dan akan mudah untuk melakukan perbaikan status gizi anak.

Maka dari itu, keaktifan orang tua untuk datang dan memanfaatkan pelayanan kesehatan di posyandu dapat mencegah dan mendeteksi sedini mungkin gangguan dan hambatan pertumbuhan pada balita. Selain itu, konsumsi makanan anak juga perlu diperhatikan. Mengonsumsi makanan berenergi dan berprotein dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan gizi anak. Namun, karena peserta PKH merupakan keluarga sangat miskin yang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari susah apalagi untuk memenuhi gizi. Seperti yang disampaikan oleh Rafika Nurlaili berikut.

“Bantuan yang diberikan kepada Ibu hamil dan anak balita itu tujuannya agar ibu dapat memenuhi gizi anak-anaknya. Tapi, kenyataannya bantuan yang diberikan malah lebih banyak untuk membayar hutang di warung yang selama ini dibelanjakan untuk kebutuhan sehari-hari. Keluarga yang benar-benar miskin bahkan *ngga* sanggup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari untuk makan keluarganya yaa.. meskipun cuma tahu tempe mereka terpaksa hutang di

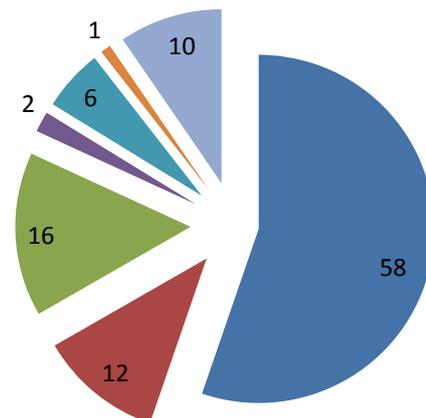
warung untuk makan. Kalau dapat bantuan ya dibuat bayar hutang yang sudah numpuk itu dek.”(Hasil wawancara 23 April 2016)

Hal tersebut terjadi di beberapa kelurahan, antara lain Kelurahan Bandulan, Sukun, dan Tanjungrejo. Memenuhi kebutuhan sehari-hari saja peserta PKH tidak mampu apalagi harus memenuhi nilai gizi keluarga.

2) Aksesibilitas Pelayanan Pendidikan

Akses pelayanan pendidikan juga dapat diukur melalui seberapa mudah masyarakat dapat mengakses pelayanan pendidikan. Seperti jarak ataupun banyaknya penyedia layanan pendidikan di Kecamatan Sukun. Akses penyedia layanan pendidikan di Kecamatan Sukun tergambar pada (**Gambar 13**).

- SD Negeri dan Swasta
- Madrasah Ibtidaiyah Negeri dan Swasta
- SMP Negeri dan Swasta
- Madrasah Tsanawiyah Negeri dan Swasta
- SMA Negeri dan Swasta
- Madrasah Aliyah Negeri dan Swasta
- SMK Negeri dan Swasta



Gambar 13. Fasilitas Pendidikan di Kecamatan Sukun
Sumber: *Arsip Fasilitas Pendidikan Kecamatan Sukun, 2014*

Data di atas merupakan data akses penyedia layanan pendidikan yang dapat di akses oleh anak peserta PKH di Kecamatan Sukun.

Penyedia pelayanan pendidikan yang terlibat dalam PKH, yaitu meliputi seluruh satuan lembaga pendidikan tingkat SD/ sederajat, SMP/ sederajat dan SMA/ SMK sederajat. Seperti yang disampaikan oleh Deka Rangga Putra berikut.

“Lembaga pendidikan yang terlibat dalam PKH ini ya semua satuan pendidikan tingkat SD, SMP dan SMA baik sekolah negeri maupun swasta. Anak-anak peserta PKH usia sekolah bisa mengakses pendidikan dengan gratis dan berhak mendapatkan pengajaran sesuai dengan kurikulum yang berlaku. Itu berlaku di seluruh Kecamatan Sukun bahkan di Kota Malang atau bisa juga sampai keluar kota Bil.” (Hasil wawancara 16 April 2016)

Dari penjelasan pendamping PKH tersebut dapat disimpulkan bahwa PKH memberikan akses pendidikan seluas-luasnya untuk anak peserta PKH.

Apabila anak peserta PKH bersekolah di luar wilayah Kecamatan Sukun, seperti di Kecamatan Klojen, Kota Malang hal tersebut dapat di atasi oleh pendamping Kecamatan Sukun. Akan tetapi, jika yang bersangkutan bersekolah di luar kota, seperti di Kota Surabaya maka pemantauan diserahkan kepada orang tua yang bersangkutan.

Selain memiliki hubungan yang baik antara orang tua anak dengan pendamping PKH, pendamping juga harus memiliki hubungan yang baik dengan penyedia pelayanan pendidikan.

Sejauh ini hubungan pedamping dengan penyedia layanan pendidikan cukup baik. Hal tersebut disampaikan oleh Deka Rangga Putra berikut.

“Kalau fasilitas pendidikan sudah mencukupi dan sangat kooperatif, kalau menurutku akses fasilitasnya sudah cukup baik Bil, *ngga* ada masalah kalau masalah aksesnya. Seperti jaraknya dan mudahnya jangkauan fasilitas pendidikan. Sekolah SD, SMP, SMA di Kecamatan Sukun ya udah banyak. Ya... *kaya* yang di wilayah daminganku ini, Karangbesuki, Pisang Candi, Gadang sama Bandulan di tiap RW hampir ada SD Negeri. Kalau SMP dan SMA ya ada di tiap kelurahan, jadi kalau masalah akses aku rasa *ngga* ada masalah Bil. Cuma ya masalahnya itu biasanya dari KSM itu sendiri, anak putus sekolah ya biasanya atas kemauannya sendiri ada juga yang karena *ngga* diurus orang tuanya lagi, orang tua *ngga* perhatian dan jarang dirumah jadi *ngga* peduli sama pendidikan anaknya padahal akses juga sudah mudah.” (Hasil wawancara 27 April 2016)

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa akses pelayanan pendidikan di Kecamatan Sukun sudah cukup dan baik. Penyedia layanan pendidikan juga sangat kooperatif, hanya saja permasalahan seperti anak putus sekolah berasal dari KSM peserta PKH.

Selaras dengan hal tersebut, Bapak Nasianto selaku pendamping wilayah Kelurahan Tanjungrejo menyampaikan hal berikut.

“Fasdik di kecamatan sudah cukup mbak menurut saya, karena juga Kecamatan Sukun masih tergolong kota jadi akses fasdik dan faskes tidak sulit, hanya saja untuk menyadarkan masyarakat untuk mau mengakses itu yang perlu waktu. Yaa.. meskipun memang susah awalnya. tetapi Alhamdulillah sekarang KSM itu sudah mulai ada kesadaran. Awalnya susah mbak, terutama ngajak anak-

anaknya sekolah karena memang, maaf mbak kebanyakan di Kelurahan Tanjungrejo itu warganya bekerja menjadi pengamen dan pengemis jadi anaknya juga dibawa kerja biar bisa nambah penghasilan. Sekarang orang tua sudah mulai mengerti, anak boleh sekolah tetapi setelahnya harus tetap ikut membantu orang tuanya.” (Hasil wawancara 14 April 2016)

Hal tersebut menjelaskan bahwa akses pendidikan di Kelurahan Tanjungrejo juga sudah cukup. Namun, angka putus sekolah masih saja terjadi karena memang anak-anak dipaksa untuk bekerja menemani orang tuanya dan ada pula yang memang ingin bekerja untuk membantu perekonomian keluarga. Seperti kasus Kelurahan Tanjungrejo di atas, meskipun sekarang anak-anak KSM disekolahkan, namun sepulang sekolah anak-anak harus tetap membantu orang tua.

Kelurahan Tanjungrejo sebagai kelurahan dengan jumlah peserta PKH terbanyak sekaligus merupakan salah satu kelurahan yang memiliki komponen pendidikan paling banyak di Kecamatan Sukun. Oleh sebab itu, fasilitas pendidikan di Kelurahan Tanjungrejo harus tercukupi. Terutama sekolah untuk tingkat SD/ sederajat di wilayah Kelurahan Tanjungrejo, karena jumlah komponen anak usia SD/ sederajat lebih banyak bila dibandingkan dengan anak usia SMP/ sederajat dan SMA/ SMK sederajat.

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu KSM Kelurahan Tanjungrejo akses sekolah dasar di Kelurahan

Tanjungrejo sudah cukup dan berjarak relatif dekat dengan tempat tinggal warga. Seperti yang disampaikan oleh Ibu Ida Warsini berikut.

“Untuk sekolah anak *nggeh* dekat kok mbak dari rumah, kalau di Kelurahan Tanjungrejo SD-nya banyak kok mbak, SD Negeri mbak. Hampir di tiap RW *wonten* SDN mbak, jadi anak jalan kaki juga bisa mbak. SMP dan SMA *nggeh* banyak mbak di sini.” (Hasil wawancara 13 April 2016)

Pernyataan tersebut menegaskan bahwa akses pendidikan di Kelurahan Tanjungrejo sudah tercukupi, hanya saja perilaku orang tua yang berpengaruh terhadap motivasi belajar anak.

Kemudahan akses yang diberikan oleh program ini diharapkan mampu mengurangi angka putus sekolah dan jam bekerja anak atau diharapkan tidak ada lagi anak yang bekerja. Namun, itu semua memerlukan proses dan waktu. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Nasianto berikut.

“Faskes dan fasdik sudah cukup mbak menurut saya, karena juga Kecamatan Sukun masih tergolong kota jadi akses fasdik dan faskes tidak sulit, hanya saja untuk menyadarkan masyarakat untuk mau mengakses itu yang perlu waktu. susah awalnya, tapi Alhamdulillah sekarang KSM itu sudah mulai ada kesadaran. Untuk anak pengamen dan pengemis sekarang sudah boleh sekolah sama orang tuanya, tapi sepulang sekolah harus tetap membantu orang tuanya.” (Hasil wawancara 13 April 2016)

Hal tersebut menegaskan bahwa semua butuh waktu, pendamping juga bekerja semaksimal mungkin agar dapat mengubah pola pikir masyarakat akan pentingnya pendidikan

dan kesehatan guna meningkatkan kesejahteraan. Berawal dari sesuatu yang dipaksakan kemudian akan menjadi terbiasa.

Maka dari itu, perlu usaha dari berbagai pihak untuk mendukung terlaksananya keberlangsungan PKH di bidang pendidikan. Selaras dengan hal tersebut, Rafika Nurlaili menyampaikan hal berikut.

“Sebenarnya untuk pendidikan peserta PKH cenderung memiliki kesadaran untuk mengikuti aktivitas belajar di sekolah dengan baik. Walaupun mungkin ada beberapa anak peserta PKH yang memiliki masalah di sekolah, sehingga *ngga* mau sekolah. Orang tua, guru, pendamping berusaha semaksimal mungkin untuk bisa membantu dan mencari jalan keluar biar anak tadi mau melanjutkan sekolah, tapi ada beberapa kasus yang pendamping udah berusaha semaksimal mungkin untuk mengatasi masalah anak peserta PKH di sekolah *tetep ngga* bisa jadi ya anak harus putus sekolah.” (Hasil wawancara 23 April 2016)

Pendamping dan pihak penyelenggara pendidikan berupaya meningkatkan partisipasi anak belajar di sekolah. Akan tetapi, tidak menutup kemungkinan jika anak memutuskan untuk tidak bersekolah karena berbagai hal.

Adapun data angka anak putus sekolah di Kecamatan Sukun tahun 2014 disajikan pada tabel 23. berikut.

Tabel 23. Data Anak Putus Sekolah di Kecamatan Sukun Tahun 2014

No.	Lembaga Pendidikan	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah
1.	SD	5	0	5
2.	Madrasah Ibtidaiyah	0	0	0
3.	SMP	7	7	14

No.	Lembaga Pendidikan	Laki - Laki	Perempuan	Jumlah
4.	Madrasah Tsanawiyah	0	0	0
5.	SMA	9	2	11
6.	Madrasah Aliyah	0	0	0
7.	SMK	24	42	66
Jumlah				96

Sumber: *Arsip Angka Putus Sekolah Kecamatan Sukun, 2014*

Pada tahun 2014 masih banyak ditemukan anak yang putus sekolah di Kecamatan Sukun. Data tersebut merupakan data keseluruhan secara umum, tidak hanya anak peserta PKH saja.

Sementara itu, berikut data anak angka putus peserta PKH tahun 2016 disajikan pada tabel 24. di bawah ini.

Tabel 24. Data Anak Putus Sekolah Peserta PKH Kecamatan Sukun Tahun 2016

No.	Kelurahan	Jumlah Anak Putus Sekolah
1.	Sukun	1
2.	Tanjungrejo	1
3.	Bandulan	1
4.	Mulyorejo	1
5.	Kebonsari	1
6.	Karangbesuki	2
7.	Gadang	1
8.	Pisangcandi	1
9.	Bandungrejosari	2
10.	Bakalankrajan	1
11.	Ciptomulyo	1
Jumlah		13

Sumber: *Arsip UPPKH Kecamatan Sukun, 2016*

Data di atas menunjukkan bahwa jumlah angka anak peserta PKH yang putus sekolah di Kecamatan Sukun relatif rendah.

Anak peserta PKH yang putus sekolah memiliki alasan masing-masing.

Adapun anak putus sekolah di Kelurahan Gadang karena terpengaruh lingkungan. Seperti yang disampaikan Deka Rangga Putra selaku pendamping PKH berikut.

“Di Gadang ada anak *ngga* mau sekolah lagi, padahal sudah di jenjang SMP. Sayang banget sebenarnya, karena dia terpengaruh lingkungan jadi sekarang dia lebih milih untuk ikut ngamen. Sudah dibujuk dan diusahakan biar mau sekolah lagi tetap *ngga* mau.” (Hasil wawancara 26 Mei 2016)

Selain permasalahan pengaruh lingkungan, ada pula anak putus sekolah di Kelurahan Karangbesuki karena memang kemauan anak sendiri untuk membantu orang tua, menikah dan terpaksa berhenti sekolah, berhenti sekolah kasus kriminal.

Akses berupa fasilitas pendidikan telah tersedia dengan terbuka, baik dari lembaga pendidikan formal maupun pendidikan non formal. Namun, pendidikan tidak dapat dipaksakan karena adalah hak setiap warga negara. Selain untuk menambah wawasan dan ilmu, melalui pendidikan diharapkan dapat merubah kualitas hidup keluarga miskin. Maka dari itu, PKH berkontribusi untuk membuka kesempatan anak-anak peserta PKH untuk mendapatkan layanan pendidikan dan meningkatkan angka partisipasi sekolah serta mengurangi jumlah pekerja anak.

Sejauh ini pihak pendamping PKH dan penyedia layanan pendidikan di Kecamatan Sukun telah berusaha semaksimal mungkin untuk mendukung target program dalam pencapaian partisipasi angka anak sekolah. Selain memudahkan akses pendidikan anak, pihak pendamping PKH dan penyedia layanan juga menumbuhkan motivasi belajar dan membantu menyelesaikan permasalahan yang menyebabkan anak tidak mau sekolah. Akan tetapi, apabila anak tetap berkeinginan untuk tidak melanjutkan sekolah pihak pendamping PKH dan penyedia layanan tidak dapat berbuat lebih.

2. Kesesuaian Antara Implementasi dengan *Standart Operating Procedure* (SOP) Program

a) *Standart Operating Procedure* (SOP) Pelayanan Kesehatan

1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Kesehatan

Pelaksanaan PKH di bidang kesehatan bertujuan untuk mempercepat pencapaian target program kesehatan, khususnya bagi kesehatan ibu dan anak. Adapun pedoman atau prosedur pelaksanaan pelayanan kesehatan di Kecamatan Sukun adalah untuk mengetahui hak dan kewajiban peserta PKH komponen kesehatan dan pendamping PKH atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) terkait dengan melaksanakan hak dan kewajiban di bidang kesehatan. Maka dari itu, kesesuaian pelaksanaan dengan prosedur pelayanan kesehatan yang ada

dapat dijadikan sebagai tolok ukur pencapaian target program khususnya di bidang kesehatan.

Penerima bantuan PKH bidang kesehatan yang dimaksud adalah Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang memiliki komponen kesehatan. Sesuai dengan SOP Pelayanan Kesehatan, komponen kesehatan yang dimaksud terdiri atas ibu hamil/nifas, anak balita dan anak usia 5-7 tahun (anak pra sekolah/Apras). Data komponen kesehatan di Kecamatan Sukun tahun 2013-2016 yang terinci pada tabel 25. berikut.

Tabel 25. Data Komponen Kesehatan di Kecamatan Sukun Tahun 2013-2016

No.	Kelurahan	Jumlah Komponen				
		Tahun 2013		Tahun 2016		
		Ibu Hamil/Nifas	Anak Balita/Apras	Ibu Hamil Nifas	Anak Balita	Apras
1.	Kebonsari	0	11	0	6	0
2.	Gadang	0	69	2	40	0
3.	Ciptomulyo	0	10	0	5	0
4.	Sukun	0	49	1	32	0
5.	Bandungrejosari	6	148	5	108	1
6.	Bakalankrajan	3	40	1	36	0
7.	Mulyorejo	2	16	0	16	0
8.	Bandulan	4	43	0	34	1
9.	Tanjungrejo	10	183	14	191	1
10.	Pisangcandi	3	42	0	38	0
11.	Karangbesuki	1	64	0	37	0
Jumlah		29	675	23	529	3

Sumber: UPPKH Kecamatan Sukun, 2016

PKH di Kecamatan Sukun dilaksanakan sejak tahun 2013 hingga sekarang, pada tahun 2013 tersebut komponen anak balita dan Apras dikelompokkan menjadi satu komponen, sedangkan di tahun 2016 balita dan apras di pisah karena perbedaan kewajiban di bidang kesehatan.

Hal tersebut ditegaskan oleh Deka Rangga Putra selaku pendamping PKH di Kecamatan Sukun

“Memang waktu tahun 2013 belum di klasifikasikan sendiri antara balita dengan Apras, waktu dulu masih di anggap sama makanya dijadikan satu kategori dengan balita tapi tugas komitmennya udah beda dari dulu, sama dengan ibu hamil dan nifas itu juga punya komitmen yang berbeda tetapi sampai sekarang masih dijadikan satu kategori.”(Hasil wawancara 12 April 2016)

Meskipun anak balita dan anak pra- sekolah masuk dalam satu kategori di tahun 2013, namun keduanya memiliki kewajiban yang berbeda di bidang kesehatan.

Kewajiban untuk anak balita adalah melakukan kunjungan ke Posyandu atau ke fasilitas kesehatan lainnya setiap satu bulan sekali untuk dimonitor tumbuh kembang anak dengan melakukan penimbangan secara rutin setiap bulan dan mendapatkan Vitamin A200,000IU sebanyak dua kali setahun pada bulan Februari dan Agustus. Sedangkan anak pra- sekolah (1-7 tahun) diharuskan datang ke fasilitas kesehatan rutin setiap 3 bulan sekali untuk dimonitor tumbuh kembang anak

melalui penimbangan. Hal tersebut telah di atur oleh protokol kesehatan dalam SOP Pelayanan Kesehatan.

Kunjungan peserta PKH komponen kesehatan dipantau melalui daftar kunjungan ke layanan kesehatan dan Kartu Menuju Sehat (KMS). Berdasarkan hasil pengamatan penulis pada tanggal 17 Juni 2016, kegiatan Posyandu di Kelurahan Karangbesuki dihadiri oleh Ibu hamil, bayi, dan balita/Apras. Kunjungan tersebut dilakukan secara rutin setiap satu bulan sekali. Sebagai contoh, kunjungan Ibu Syifa Afifah warga Kelurahan Karangbesuki disajikan pada (**Gambar 14.**)

TARIK TANGGAL	URAIAN PEMERIKSAAN	TANDA TANGAN
11/1/16	Sehat	[Signature]
20/2/16	Kontrol BB/BP	[Signature]
20/3/16	[Blank]	[Signature]
18/4/16	[Blank]	[Signature]
16/5/16	Sehat	[Signature]
20/6/16	[Blank]	[Signature]

IBU KHANTU: 0000.00000000
 NAMA: IBU KHANTU
 ALAMAT: RT. 0000/0000 RW. 0000/0000
 KEL. KARANG BESUKI
 KEC. BUNING
 KABUPATEN GORONTALO
 PROVINSI GORONTALO

Gambar 14. Daftar Kunjungan Peserta PKH
Sumber: Dokumentasi Penulis, 2016

Dapat dilihat bahwa Ibu Syifa Afifah melakukan kunjungan rutin ke Posyandu untuk memonitoring tumbuh kembang anak balita dari Ibu Syifa Afifah.

Contoh di atas merupakan salah satu peserta PKH yang memenuhi kewajibannya untuk mengakses layanan kesehatan secara rutin. Apabila terdapat Ibu Hamil, bayi, balita/Apras yang belum melaksanakan kewajiban sesuai dengan protokol kesehatan diharuskan tetap mengganti di bulan berikutnya untuk menyesuaikan. Apabila peserta PKH memenuhi komitmen sesuai dengan protokol kesehatan yang ditetapkan, maka adapun hak-hak yang diterima peserta PKH komponen kesehatan yaitu mendapatkan bantuan tunai sebesar Rp. 1.000.000,- yang dapat digunakan untuk mengakses kesehatan. Bantuan tersebut diterima peserta PKH setahun sekali secara bertahap, dalam satu tahun terdiri atas empat (4) tahap.

Berdasarkan data pada tabel 23. halaman 128, sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2016 wilayah yang memiliki jumlah balita dan ibu hamil paling banyak terdapat di Kelurahan Bandungrejosari dan Kelurahan Tanjungrejo. Dengan demikian, akses kesehatan di wilayah tersebut harus tercukupi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Sementara itu, menurut Ibu Indarsih peserta PKH yang bertempat tinggal di Jl. Klayatan Kelurahan Bandungrejosari menyatakan bahwa untuk mengakses kesehatan ibu dengan dua (2) anak balita ini lebih memilih langsung ke Puskesmas Jati, karena lebih

lengkap dan lebih nyaman di tambah lagi posyandu di daerah tempat tinggal Ibu Indarsih yang jarang aktif (12 April 2016).

Selaras dengan hal tersebut, Ibu Ida Warsini selaku peserta PKH warga Kelurahan Tanjungrejo menyatakan hal berikut.

“Nggeh nek kulo langsung ten Puskesmas Jati mbak, lebih enak dan nyaman ya meskipun lumayan jarak e tapi lebih enak disana. Soale mboten wonten Puskesmas ten Kelurahan Tanjungrejo, wonten cedek Mergan tapi lebih enak langsung ten Puskesmas Jati mbak.” (Yaa.. kalau saya langsung ke Puskesmas Jati mbak, lebih enak dan nyaman ya meskipun jaraknya lumayan tapi lebih enak disana. Soalnya tidak ada puskesmas di Kelurahan Tanjungrejo, ada sih dekat Megan tapi lebih enak langsung ke Puskesmas Jati mba) (Hasil wawancara 12 April 2016)

Hal tersebut menegaskan bahwa warga lebih memilih mengakses kesehatan di Puskesmas karena fasilitas lebih lengkap dan nyaman.

Fasilitas Puskesmas Jati disajikan pada **Gambar 15.** dan **Gambar 16.** berikut



Gambar 15. Fasilitas Tempat Tidur
Sumber: Dokumentasi Penulis, 2016



Gambar 16. Fasilitas Alat Timbang Bayi

Sumber: Dokumentasi Penulis, 2016

Berdasarkan gambar di atas dapat disimpulkan bahwa puskesmas memiliki fasilitas yang lebih lengkap dan tempat yang nyaman, seperti tersedianya ruang imunisasi yang nyaman lengkap dengan tempat tidur dan alat timbang bayi yang lebih baik. Maka dari itu, beberapa orang lebih memilih untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas.

Menurut penjelasan dari Ibu Sri Endahyani selaku pendamping PKH Kelurahan Bangunrejosari yang sekaligus menjadi Koordinator Kecamatan Sukun, Kelurahan Bandungrejosari terbagi atas 13 RW, setidaknya di tiap RW ada Posyandu untuk dapat memudahkan ibu hamil dan balita yang ingin mengakses kesehatan. Namun, di beberapa RW memang terdapat kader yang tidak aktif sehingga beberapa

KSM lebih memilih Posyandu yang aktif di RW lainnya yang terdekat dari rumah mereka, ada juga yang langsung mengakses ke Puskesmas Jati, Kelurahan Sukun. Sedangkan, Pak Nasianto selaku pendamping PKH Kelurahan Tanjungrejo memaparkan penjelasannya sebagai berikut.

“Warga Kelurahan Tanjungrejo bisa mengakses kesehatan ke Puskesmas Pembantu terdekat di Mergan dekat Pasar Mergan itu mbak sama di Kelurahan Bandulan, karena di Tanjungrejo tidak memiliki Puskesmas. Namun demikian, terdapat Posyandu di tiap RW yang dapat di akses oleh ibu hamil dan anak balita Kelurahan Tanjungrejo.” (Hasil wawancara 13 April 2016)

Dengan demikian, sebenarnya akses kesehatan di Kecamatan Sukun sudah tercukupi dengan adanya Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu serta fasilitas kesehatan lainnya. Program Keluarga Harapan mengajak keluarga miskin untuk sadar kesehatan, terutama kesehatan untuk anak karena mereka yang nantinya dapat merubah nasib orang tuanya. Maka dari itu, orang tua sebagai peserta PKH harus memenuhi komitmen kewajiban di bidang kesehatan.

Maka dari itu, setiap anggota keluarga peserta PKH dapat mengunjungi dan memanfaatkan berbagai fasilitas kesehatan yang ada. Seperti yang disampaikan oleh Ibu Sri Endahyani sebagai berikut.

“Ibu hamil, anak balita dan apras diharuskan melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan, kunjungan peserta PKH

harus sesuai dengan protokol kesehatannya, seperti ibu hamil yang minimal harus 4 kali datang semasa kehamilannya, dari situ kita dapat memantau juga dari kunjungan-kunjungan mereka ke faskes (fasilitas kesehatan), kalau anak balita dan apras harus rutin ke Posyandu untuk dipantau bagaimana perkembangan dan kesehatannya kalau tidak komitmen dan tidak aktif melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan, maka ada sanksi berupa pengurangan bantuan.”(Hasil wawancara 8 April 2016)

Dengan demikian, peserta PKH komponen kesehatan harus melakukan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan. Jika tidak komitmen, maka akan ada sanksi berupa pengurangan bantuan. Pengurangan bantuan sebesar 10% dari total jumlah bantuan yang seharusnya diterima.

Pengurangan bantuan dilakukan untuk memberikan efek jera kepada peserta PKH sehingga bersedia untuk mengakses pelayanan kesehatan secara rutin. Tindakan pengurangan bantuan kepada peserta PKH yang tidak komitmen terhadap kewajiban di bidang kesehatan dinilai efektif. Hal tersebut dikarenakan peserta PKH tidak ingin kehilangan kesempatan untuk mendapatkan hak berupa uang tunai secara penuh.

2) Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang di maksud adalah pihak-pihak yang menyediakan fasilitas kesehatan untuk KSM peserta PKH. Setiap anggota keluarga PKH dapat mengunjungi dan memanfaatkan berbagai fasilitas kesehatan

sesuai dengan jadwal yang telah disepakati. Jadwal kunjungan tersebut disepakati oleh pihak penyedia layanan kesehatan dengan pendamping sesuai dengan aturan pedoman operasional pemberi pelayanan kesehatan atau SOP Pelayanan Kesehatan.

Seperti yang disampaikan oleh Ibu Putri Lolitha selaku pendamping PKH, tujuan adanya SOP pelayanan kesehatan adalah agar pelaksanaan bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang terlibat sejalan dengan tujuan yang hendak dicapai. Selanjutnya Ibu Putri memberi penjelasan mengenai SOP kesehatan sebagai berikut.

“SOP kesehatan digunakan untuk memonitoring peserta PKH dengan menilai atau verifikasi komitmen kunjungan peserta PKH sesuai dengan protokol kesehatannya, seperti ibu hamil yang minimal harus 4 kali datang semasa kehamilannya, dari situ kita dapat memantau juga dari kunjungan-kunjungan mereka ke faskes (fasilitas kesehatan) melalui absensi, selanjutnya baru dapat di presentase kira-kira berapa persen (%) keaktifan mereka, jika tidak aktif maka ada sanksi berupa pengurangan bantuan.”(Hasil wawancara 8 April 2016)

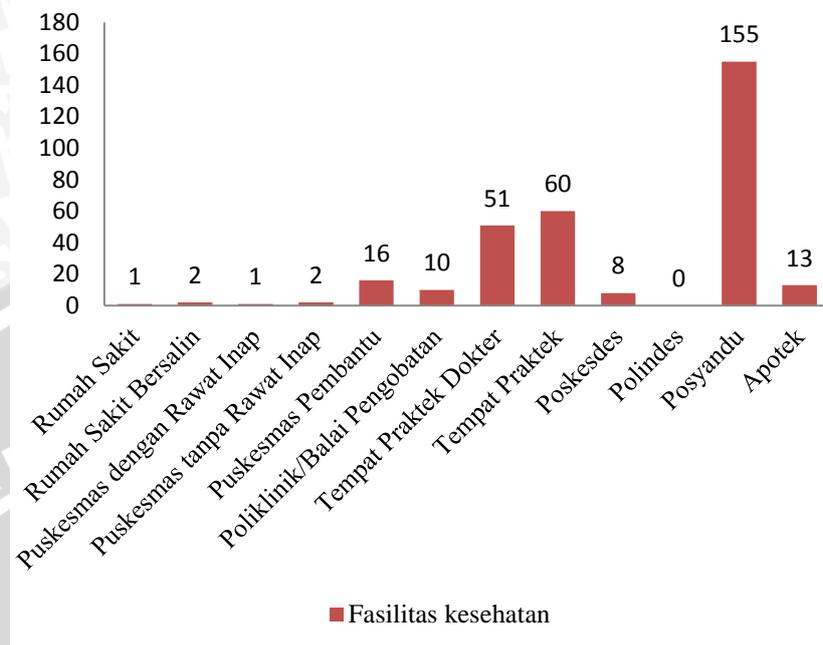
Dengan demikian, pendamping PKH harus memiliki hubungan koordinasi yang baik dengan penyedia fasilitas kesehatan di Kecamatan Sukun. Koordinasi tersebut dilakukan untuk menetapkan jadwal kunjungan bagi setiap anggota keluarga peserta PKH dan juga menjelaskan tata cara mendapatkan pelayanan kesehatan serta mengesahkan verifikasi komitmen peserta PKH.

Adapun fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat di akses oleh peserta PKH seperti yang disampaikan oleh Ibu di Putri Lolitha selaku pendamping berikut.

“Fasilitas kesehatan yang dapat di akses dengan gratis oleh peserta PKH adalah semua fasilitas kesehatan milik pemerintah atau fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu dan lainnya yang menerima dan melayani peserta PKH secara gratis melalui Jamkesmas, Jampersal, Jamkesda, Kartu Sakti, ataupun BPJS-Penerima Bantuan Iuran (PBI).” (Hasil wawancara 8 April 2016)

Peserta PKH komponen kesehatan yang tidak memiliki akses Jamkesmas, Jampersal, Jamkesda, Kartu Sakti, ataupun BPJS-PBI akan di data oleh pendamping PKH dan diberi kemudahan untuk membuat akses tersebut untuk memudahkan peserta PKH untuk mengakses kesehatan di fasilitas kesehatan secara gratis.

Fasilitas kesehatan di Kecamatan Sukun terdiri atas sarana dan prasarana kesehatan yang tersebar di wilayah kecamatan. Berikut daftar fasilitas kesehatan di Kecamatan Sukun yang disajikan pada **Grafik 9**. berikut.



Grafik 9. Data Fasilitas Kesehatan Kecamatan Sukun
Sumber: Arsip Fasilitas Kesehatan Kecamatan Sukun, 2014

Berdasarkan data grafik di atas fasilitas kesehatan di Kecamatan Sukun di dominasi oleh Posyandu dan tempat praktek dokter lainnya. Berbagai fasilitas kesehatan tersebut dapat diakses oleh peserta PKH secara gratis apabila penyedia layanan kesehatan telah menyepakati dan melakukan koordinasi dengan pendamping.

Maka dari itu, pendamping PKH harus memastikan fasilitas kesehatan bersedia memberikan akses kepada peserta PKH. Selaras dengan hal tersebut, Ibu Putri Lolhita menyampaikan tugas sebagai pendamping PKH sebagai berikut.

“Sebagai pendamping sih memastikan akses faskes di wilayah dampingan bersedia memberi akses kesehatan untuk KSM dan memastikan di tiap RW ada Kader-Kader

kesehatan di Posyandu. Setelah berkoordinasi dengan pihak Puskesmas dan faskes lainnya kami selaku pendamping menentukan jadwal kunjungan peserta PKH. Selanjutnya, komitmen mereka (KSM) di pantau melalui formulir verifikasi komitmen yaitu aku cek kunjungan peserta dari buku kunjungan pasien di PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) atau faskes, kalau peserta ngga datang berkunjung ke sana ya dicatat di formulir verifikasi”. (Hasil wawancara 8 April 2016)

Terkait dengan verifikasi komitmen peserta PKH di bidang kesehatan, pendamping PKH harus melakukan koordinasi dengan pihak penyedia layanan kesehatan.



Gambar 17. Verifikasi Komitmen Kesehatan
Sumber: Dokumentasi Penulis, 2016

Verifikasi komitmen dilakukan oleh pendamping sebagai tindakan pengontrolan dan memastikan peserta PKH telah mengakses kesehatan. Seperti yang dipaparkan oleh Deka Rangga Putra berikut.

“Kalau verifikasi kesehatan aku ya datang langsung ke Puskesmas, biasanya ke Puskesmas Mulyorejo soalnya akses terdekat ya disana,. Aku ngecek kunjungan mereka (KSM) lewat absensi atau dari KMS (Kartu Menuju Sehat) yang dimiliki peserta. Sebenarnya untuk pengecekan kondisional dilakukan sebulan sekali tapi kalau ada sesuatu hal bisa jadi lebih dari satu kali, misal pendamping

menemukan peserta PKH yang anaknya terlewat atau belum imunisasi jadi harus di antar ke fasilitas kesehatan untuk melakukan imunisasi.”(Hasil wawancara 27 April 2016)

Dari penjelasan diatas dapat dipahami bahwa pendamping juga harus memastikan partisipasi peserta PKH dalam mengakses kesehatan dan berkewajiban untuk memantau kunjungan peserta melalui verifikasi yang dilakukan setiap bulan seperti yang di atur dalam SOP Pelayanan Kesehatan.

Sesuai dengan SOP Pelayanan Kesehatan, pendamping PKH diharuskan untuk melakukan pengontrolan terhadap kunjungan peserta PKH ke fasilitas kesehatan. Kunjungan peserta PKH sesuai dengan kesepakatan antara penyedia layanan dengan pendamping. Setelah jadwal ditentukan (Penyedia Pelayanan Kesehatan) PPK akan menerima formulir verifikasi komitmen peserta PKH dari pendamping. Selanjutnya, pendamping berdasarkan buku kunjungan pasien di PPK melakukan pengecekan terhadap kunjungan peserta PKH. Peserta PKH yang tidak mengunjungi PPK di catat dalam formulir verifikasi.

b) *Standart Operating Procedure* (SOP) Pelayanan Pendidikan

1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Pendidikan

SOP Pelayanan Pendidikan digunakan agar pemberi pelayanan pendidikan memahami peran dan tugasnya dalam

pelaksanaan PKH. Sesuai dengan SOP Pelayanan Pendidikan, komponen pendidikan dalam PKH dikembangkan dalam rangka meningkatkan angka partisipasi pendidikan dasar (wajib belajar 9 tahun). Hal tersebut dilaksanakan untuk mengurangi angka pekerja anak khususnya bagi anak-anak peserta PKH. Anak peserta PKH yang berusia 7-15 tahun wajib terdaftar atau didaftarkan pada satuan pendidikan serta mengikuti kehadiran di kelas minimal 85% dari hari belajar efektif. Jika peserta PKH memenuhi syarat tersebut maka, peserta PKH yang memiliki komponen pendidikan tersebut berhak memperoleh bantuan uang tunai bersyarat.

Besaran bantuan tunai untuk komponen pendidikan tergantung dari jumlah anak dan jenjang pendidikan yang diduduki oleh anak. Seperti yang disampaikan oleh Sri Endahyani selaku pendamping berikut.

“Rincian besaran bantuan untuk komponen pendidikan ditentukan dari seberapa banyak jumlah anak dalam satu keluarga dan juga apa jenjang pendidikan anak. Kalau anak usia SD/ sederajat mendapat bantuan sebesar Rp. 500.000,-, sedangkan untuk anak usia SMP/ sederajat sebesar Rp. 1.000.000,-.”(Hasil wawancara 12 April 2016)

Bantuan tunai bersyarat tersebut akan dibayarkan pada peserta setiap tiga bulan melalui lembaga bayar terdekat. Bantuan diterima langsung oleh ibu, nenek, bibi atau perempuan dewasa yang mengasuh anak usia 7-18 tahun yang terdaftar disekolah ataupun anak yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.

Jika tidak memenuhi tingkat kehadiran di kelas sebesar 85% maka ada sanksi yang akan diterima sesuai yang tercantum dalam SOP Pelayanan Pendidikan. Selaras dengan hal Bapak Nasianto selaku pendamping PKH menegaskan.

“Bagi peserta PKH yang memiliki anak SD/ sederajat dan SMP/ sederajat harus terdaftar di satuan pendidikan dan kehadirannya minimal 85% dalam satu bulan mbak. Kalau tingkat kehadiran mereka selama 3 bulan berturut-turut kurang dari 85% maka akan mendapati sanksi di saat pencairan dana. Sanksi tersebut berupa pengurangan bantuan sebesar 30% dari total bantuan yang akan diterima.” (14 April 2016)

Penjelasan di atas membenarkan bahwa akan ada sanksi yang diterima oleh peserta PKH komponen pendidikan yang tidak komitmen terhadap kewajibannya. Pengurangan bantuan sebesar 30% dilakukan apabila selama tiga bulan berturut-turut anak peserta PKH tidak memenuhi kehadirannya di sekolah.

Maka dari itu, perilaku orang tua juga berperan penting terhadap motivasi belajar anak dan juga lingkungan anak harus mendukung. Beberapa orang tua membiarkan anaknya, orang tua mengerti anak pamit pergi ke sekolah namun yang terjadi tidak demikian. Seperti yang disampaikan oleh salah satu Ibu Indarsih selaku ketua kelompok PKH Kelurahan Kebonsari berikut.

“Ada orang tua dari anak yang ngga ndukung sekolah anaknya, ibunya kerja jadi TKW di luar negeri lah bapaknya kerja siang kalau malem jual sego goreng. *Kaya ngga ngereken* gitu mbak makanya anaknya terpaksa putus sekolah.” (*ada orang tua yang tidak mendukung sekolah*)

anaknya, ibunya bekerja sebagai TKW di luar negeri, sedangkan ayahnya kerja siang kalau malam jualan nasi goreng. Seperti tidak peduli mbak, jadi anaknya terpaksa putus sekolah) (Hasil wawancara 15 April 2016)

Anak tersebut putus sekolah karena orang tua tidak memantau dan tidak perhatian terhadap keberlangsungan sekolah anak. Maka dari itu, mau tidak mau orang tua juga tidak berhak lagi mendapatkan bantuan PKH, karena uang tunai yang diberikan pemerintah tidak digunakan untuk mengakses pendidikan secara penuh.

Selaras dengan hal tersebut Ibu Masula selaku peserta PKH Kelurahan Gadang menyampaikan.

“Saya punya anak 4 mbak, 1 SD, 2 SMP, sama 1 balita mbak. Ya, saya percaya saja dengan anak saya, kalau waktunya sekolah ya pamit ke sekolah, waktunya libur ya bilang libur. Saya percaya saja mbak sama anak-anak saya, sebagai orang tua pasti tetep ndukung biar anaknya ga malas sekolah mbak. Kalau memang sakit saya tidak paksa untuk sekolah, yang penting anak sehat dulu.” (Hasil wawancara 15 April 2016)

Hal tersebut dikarenakan keterbatasan untuk memantau ketiga anaknya, maka dari itu Ibu Masula tetap percaya kepada anaknya. Namun demikian, Ibu Masula tetap memberikan motivasi agar tetap rajin sekolah.

2) Pemberi Pelayanan Pendidikan

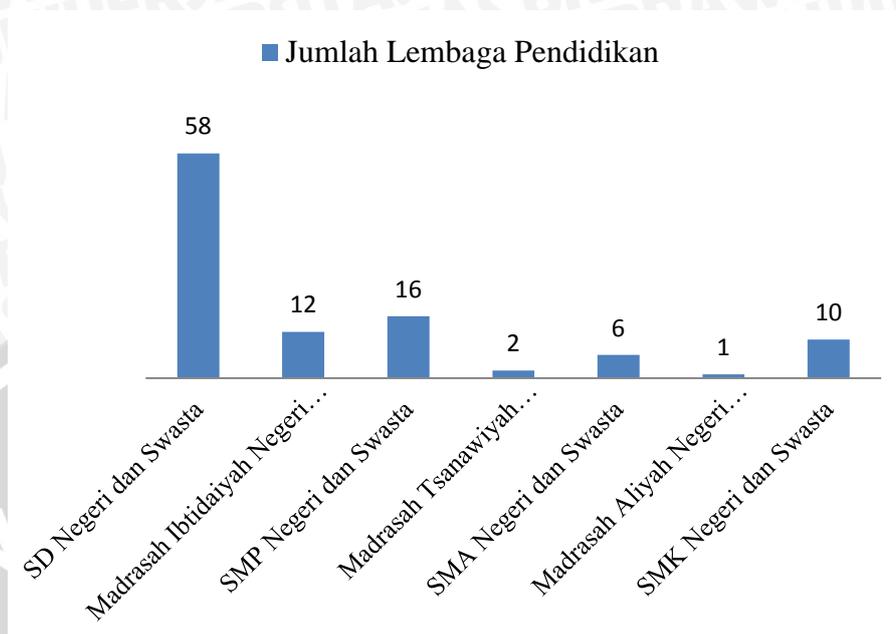
Pemberi pelayanan pendidikan yang dimaksud adalah lembaga pendidikan yang terdiri atas lembaga pendidikan formal dan lembaga pendidikan non formal. Lembaga

pendidikan tersebut memiliki peranan penting untuk mensukseskan pencapaian tujuan PKH dalam rangka meningkatkan angka partisipasi sekolah anak. Hal tersebut diungkapkan secara rinci oleh Ibu Putri Lolhita berikut.

“Sama dengan SOP kesehatan, SOP pelayanan pendidikan juga ditujukan untuk melihat komitmen peserta PKH, tapi di bidang pendidikan dek. Peserta PKH yang masuk ke dalam komponen pendidikan adalah peserta PKH yang memiliki anak usia SD/ sederajat dan SMP/ sederajat harus didaftarkan atau terdaftar ke satuan lembaga pendidikan. Tapi baru tahun 2015 ada ketentuan baru, yaitu anak SMA/ sederajat juga masuk ke dalam komponen pendidikan karena dirasa lulusan SMP saja masih kurang untuk mendapatkan pekerjaan yang baik. Kan tujuan PKH ini juga untuk mengurangi angka pekerja anak dek, jadi diharapkan nanti setelah lulus sekolah baru bisa mencari kerja yang lebih baik.” (Hasil wawancara 8 April 2016)

Dengan demikian, anak-anak peserta PKH diharapkan mampu mengubah nasib melalui pendidikan.

Adapun daftar pemberi pelayanan pendidikan di Kecamatan Sukun yang tergambar pada **Grafik 10**. berikut.



Grafik 10. Data Penyedia Pelayanan Pendidikan Kecamatan Sukun

Sumber: Arsip Fasilitas Pendidikan Kecamatan Sukun, 2014

Data penyedia layanan pendidikan atau lembaga pendidikan di atas menunjukkan bahwa lembaga pendidikan di Kecamatan Sukun di dominasi dengan Sekolah Dasar atau SD/ sederajat yang mencapai 70 sekolah, selanjutnya terdapat 18 sekolah untuk SMP/ sederajat, serta terdapat 17 sekolah untuk SMA/ SMK sederajat.

Lembaga-lembaga pendidikan yang terlibat dalam PKH tersebut memiliki peranan penting yang dipaparkan oleh Ibu Sri Endahyani berikut.

“Setiap satuan pendidikan diwajibkan menerima anak peserta PKH yang mendaftar sekolah dan dibebaskan dari segala bentuk biaya pendidikan. Penyelenggara satuan pendidikan juga berkewajiban memberikan pendidikan kepada seluruh anak peserta PKH sesuai

dengan kurikulum yang berlaku dan yang terakhir petugas pemberi pelayanan pendidikan (kepala sekolah atau petugas tata usaha) mengesahkan formulir verifikasi yang diisi oleh pendamping.” (Hail wawancara 13 April 2016)

Hal-hal tersebut wajib dipenuhi oleh satuan pendidikan atau lembaga pendidikan yang terlibat dalam PKH guna mendukung pencapaian tujuan program.

Sama halnya dengan verifikasi di bidang kesehatan, pendamping berkewajiban melakukan pemantauan kehadiran anak di sekolah melalui formulir verifikasi.



Gambar 18. Pengesahan Formulir Verifikasi Pendidikan
Sumber: Dokumentasi Penulis, 2016

Pendamping berkewajiban melakukan pengontrolan kehadiran anak di sekolah dengan mendatangi setiap satuan pendidikan yang terdapat anak peserta PKH dan melakukan pengesahan formulir verifikasi kepada kepala sekolah ataupun petugas tata usaha seperti yang dilakukan Deka Rangga Putra pada **Gambar 18.** di atas. Formulir verifikasi tersebut yang

dapat menentukan nominal bantuan yang akan diterima oleh KSM peserta PKH.

C. Analisis Data Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, analisis data akan dilakukan pada rumusan masalah berikut ini:

1. Evaluasi Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun

Jenis evaluasi yang digunakan oleh peneliti adalah jenis evaluasi formatif, yaitu evaluasi yang dilakukan ketika program sedang diimplementasikan. Menurut Dunn (2000:614) evaluasi formatif meliputi usaha yang terus menerus memantau pencapaian tujuan dan target formal. Hal tersebut dilakukan untuk menganalisis seberapa jauh program diimplementasikan dan apa yang bisa meningkatkan keberhasilan program. PKH merupakan salah satu program sosial yang dilaksanakan guna tercapainya tujuan-tujuan sosial dengan target yang diformalkan dalam SOP program.

Menurut Jones (1991:367) program-program sosial dinilai memiliki tujuan-tujuan yang indikatornya tidak bisa kita miliki sehingga yang ada hanyalah konsensus-konsensus yang luas. Akan tetapi, Suharto (2008:41) merumuskan kriteria evaluasi kebijakan sosial berdasarkan indikator-indikator berikut:

a) Indikator Masukan (*Input Indicators*) Program

Input yang dimaksud merupakan bahan-bahan dan sumber daya yang digunakan untuk mengimplementasikan kebijakan. Adapun

input atau masukan yang dapat mendukung keberhasilan pelaksanaan program di Kecamatan Sukun antara lain:

1) Komponen pendidikan

Komponen pendidikan yang dapat mendukung terlaksananya PKH di Kecamatan Sukun meliputi jumlah anak usia sekolah tingkat SD/ sederajat, SMP/ sederajat dan SMA/ sederajat. Selain itu, terdapat pendamping dan penyedia pelayanan pendidikan atau satuan pendidikan yang saling bersinergi untuk memberikan kemudahan aksesibilitas pendidikan bagi keluarga miskin di Kecamatan Sukun.

2) Komponen Kesehatan

Komponen kesehatan yang dimaksud terdiri atas jumlah ibu hamil/nifas, anak balita dan anak pra- sekolah yang menjadi peserta PKH. Selain itu juga diperlukan peran pendamping dan Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) untuk memfasilitasi layanan kesehatan kepada keluarga miskin.

b) Indikator proses (*Process Indicators*)

Hal-hal yang termasuk ke dalam indikator proses adalah cara penggunaan bahan-bahan dan sumberdaya ditransformasikan menjadi penyedia pelayanan. PKH merupakan bantuan tunai bersyarat yang diberikan kepada keluarga sangat miskin yang terdaftar menjadi peserta PKH. Aspek penting dalam program ini adalah bantuan yang

diberikan diharapkan diprioritaskan untuk akses kesehatan dan pendidikan anak.

Bantuan yang diberikan kepada peserta PKH diatur dalam SOP program. Bantuan diberikan kepada peserta PKH secara bertahap. Dalam satu tahun terdiri dari 4 kali penyaluran bantuan. Berikut siklus penyaluran bantuan PKH disajikan pada tabel 26. berikut.

Tabel 26. Siklus Penyaluran Bantuan PKH

Kegiatan	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
Proses Penyaluran Dana I														
Proses Penyaluran Dana II														
Proses Penyaluran Dana III														
Proses Penyaluran Dana IV														

Sumber: Pedoman Operasional Penyaluran Dana Bantuan, 2013

Sesuai dengan siklus penyaluran bantuan di atas, seharusnya tahap pertama penyaluran bantuan dilaksanakan pada bulan maret. Namun, ditemukan indikasi keterlambatan pada penjadwalan penyaluran bantuan tahap I (satu) terlambat 1 (satu) bulan dan pada tahap II (dua) pada SOP dijadwalkan pada bulan Juni, namun hingga Juli Surat Pemberitahuan Pencairan Dana (SP2D) belum terbit.

Penjadwalan tersebut ditentukan setelah surat pemberitahuan batas akhir penyaluran bantuan dari Direktorat Jaminan Sosial yang biasa disebut Surat Pemberitahuan Pencairan Dana (SP2D). Setelah surat

terbit dan dana sudah diterima oleh lembaga bayar, kantor unit lembaga bayar memberitahukan ke kantor cabang lembaga bayar untuk segera melakukan penjadwalan penyaluran bantuan PKH dan berkoordinasi dengan pendamping. Setelah itu pendamping, memberitahukan kepada peserta PKH mengenai tempat dan jadwal pengambilan bantuan.

Bantuan yang disalurkan kepada peserta PKH diarahkan untuk memanfaatkan untuk mengunjungi fasilitas kesehatan dan pendidikan. Maka dari itu, diberlakukan syarat yang harus dipenuhi peserta PKH agar mendapatkan nominal bantuan sesuai dengan komponen yang dimiliki. Jika terdapat peserta PKH yang tidak komitmen dengan syarat dan kewajibannya, maka akan dikenai sanksi sesuai dengan SOP program.

Selama ini pelaksanaan PKH di Kecamatan Sukun berjalan relatif lancar. Bantuan yang disalurkan kepada KSM di rasa tepat sasaran sesuai dengan data yang diperoleh dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2011 yang telah diverifikasi melalui *by name by address*. Jadi, dapat dipastikan bahwa bantuan yang disalurkan telah tepat sasaran berdasarkan data yang telah di verifikasi.

Namun demikian, karena data yang dipakai adalah data tahun 2011. Itu artinya data yang dipakai adalah data 5 tahun terakhir, maka banyak pihak-pihak yang mengaduh kepada RT/RW bahkan hingga kantor kecamatan karena tidak tejangring PKH. Maka dari itu, perlu

adanya pembaharuan atau *update* data sehingga semua pihak merasa adil dan merata.

c) Indikator Keluaran (*Output Indicators*) Program

Output yang dimaksud meliputi barang-barang atau pelayanan-pelayanan yang diproduksi oleh suatu program. Jones (1991:336) menyebutkan contoh tujuan program sosial sebagai berikut.

“Maka dari itu, tujuan-tujuan yang digongkan bagi program-program sosial ini sulit untuk dinyatakan dengan kekhususan (*specificity*) ataupun kejelasan (*clarity*). Sebagai contoh, memperbaiki kualitas hidup dalam lingkungan perkotaan, memberikan perawatan kesehatan yang lebih baik bagi lingkungan-lingkungan yang kurang beruntung, ataupun mengembangkan kualitas pendidikan bagi anak-anak miskin dan sebagainya.”

Program Keluarga Harapan (PKH) juga memiliki tujuan yang hampir sama dengan apa yang disampaikan oleh Jones. PKH bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup keluarga sangat miskin melalui pemberian akses kesehatan dan pendidikan bagi anak-anak miskin. Sehingga anak yang sebelumnya putus sekolah karena harus terpaksa bekerja demi membantu perekonomian keluarga dapat kembali bersekolah.

Keluaran atau *output* program digunakan untuk memantau hasil program. Keluaran dari PKH berbentuk barang, layanan, atau sumber daya yang diterima oleh Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang memiliki keterbatasan untuk menggunakan akses layanan kesehatan dan pendidikan. Seperti yang disampaikan oleh Dunn (2000:513) bahwa keluaran kebijakan adalah barang, layanan, atau sumber daya yang diterima oleh kelompok sasaran atau kelompok penerima

(*beneficiaries*), sebagai contoh santunan per orang dan jumlah makanan yang diterima oleh orang jompo. Maka dari itu, untuk menilai keluaran atau hasil dari pelaksanaan PKH diperlukan adanya penentuan kriteria.

Penilaian hasil suatu program sosial dilakukan dengan penentuan kriteria agar dapat memudahkan peneliti dalam menganalisis. Seperti yang diungkapkan Dunn (2009:609) berikut.

“Evaluasi memberi informasi yang valid dan dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dicapai melalui tindakan publik. Evaluasi juga memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target serta memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk rumusan masalah dan rekomendasi. Maka dari itu penentuan kriteria sangat penting dalam evaluasi kebijakan untuk dapat menghasilkan informasi valid dan dipercaya mengenai kinerja kebijakan.”

Maka dari itu, perlu adanya penentuan kriteria agar memudahkan peneliti untuk menganalisis serta mendapatkan hasil yang dapat dipercaya.

Selanjutnya Dunn memberikan tipe kriteria untuk memudahkan menilai suatu program. Berikut tipe kriteria evaluasi menurut Dunn.

Tabel 27. Tipe Kriteria Evaluasi

Tipe Kriteria	Pertanyaan
Efektivitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?
Efisiensi	Seberapa banyak usaha diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?
Perataan	Apakah biaya manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok-kelompok yang berbeda?
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan,

	prefensi, atau nilai kelompok-kelompok tertentu?
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?

Sumber : Dunn (2000:610)

Program Keluarga Harapan merupakan program sosial yang dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial yang berfokus terhadap peningkatan aksesibilitas pelayanan sosial dasar yang meliputi pendidikan, kesehatan, pangan dan gizi, termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial. Sementara itu, evaluasi PKH di Kecamatan Sukun dilakukan pada saat program sedang diimplementasikan. Maka dari itu, menilai *output* atau hasil dari pelaksanaan program di Kecamatan Sukun mencakup beberapa indikator yang ditentukan, antara lain:

1) Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin sangat penting adanya. Banyak permasalahan gizi buruk, busung lapar, dan penyakit lainnya yang sering menyerang orang miskin. Menurut Puspitosari, dkk (2012:108) masalah-masalah dibidang kesehatan misalnya yang muncul seperti tidak terpenuhinya akses terhadap fasilitas rumah sakit/puskesmas, tenaga medis dan obat-obatan yang mahal dan

kualitasnya sering dipertanyakan. Selain itu, sering terjadi gizi buruk dan pencemaran lingkungan.

Maka dari itu, PKH berkontribusi untuk memberikan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Adapun akses kesehatan yang tersedia untuk peserta PKH di Kecamatan Sukun berupa layanan kesehatan, seperti fasilitas-fasilitas kesehatan dan kemudahan akses untuk mendapatkan akses Jamkesmas, Jampersal, Jamkesda, Kartu Sakti, ataupun BPJS-PBI bagi peserta PKH yang tidak memiliki. Termasuk jaminan kesehatan untuk KSM peserta PKH.

PKH termasuk dalam jaminan sosial bidang kesehatan yang berupa bantuan sosial untuk diberikan pada keluarga sangat miskin, yakni bantuan berupa tunjangan uang tunai. Bantuan uang yang diberikan merupakan Bantuan Tunai Bersyarat (BTB) yang diberikan pemerintah agar memudahkan keluarga miskin dalam memanfaatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Hal ini diharapkan mampu meningkatkan kualitas kesehatan keluarga miskin. Menurut Suharto (2009:59) jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam menanggulangi kemiskinan. Jaminan kesehatan tersebut merupakan bentuk strategi kebijakan sosial yang penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi. Hal tersebut dikarenakan dengan meningkatnya kualitas

kesehatan keluarga miskin, maka potensi untuk menaikkan derajat hidup juga lebih tinggi.

Maka dari itu, PKH di Kecamatan Sukun berkontribusi menumbuhkan rasa kesadaran untuk mengakses layanan kesehatan secara rutin. Awalnya perlu waktu dalam membiasakan keluarga miskin untuk rutin berkunjung ke fasilitas kesehatan. Akan tetapi, dengan berjalannya waktu peserta PKH semakin rutin mengunjungi fasilitas kesehatan untuk mengontrol pertumbuhan dan kesehatan anak.

Selama ini kesehatan dianggap tidak berkorelasi dengan meningkatnya kesejahteraan oleh keluarga miskin. Sementara itu, Suharto (2009:45) menyampaikan hal berikut.

“Akses terhadap kesehatan merupakan faktor penting bagi pembangunan ekonomi. Salah satu penyelenggara negara kepada masyarakat adalah akses pelayanan jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam penanggulangan kemiskinan. Banyak studi menunjukkan bahwa investasi di bidang kesehatan berkaitan dengan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Sistem jaminan kesehatan yang baik menentukan pembangunan ekonomi yang berkelanjutan, dan pembangunan ekonomi yang berkeadilan.”

Kesehatan sangat berpengaruh terhadap tingkat produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Sekarang peserta PKH di Kecamatan Sukun telah memiliki kesadaran untuk memelihara dan mengontrol kesehatan anak. Dengan demikian, anak-anak

usia bayi, balita dan Apras peserta PKH lebih terjamin kesehatannya karena tumbuh kembang anak yang terkontrol.

Hal tersebut tak lepas dari dukungan dan peran dari pendamping PKH Kecamatan Sukun yang berusaha menjalin hubungan yang baik dengan peserta PKH dan dengan penyedia layanan. Sehingga pelaksanaan program dapat berjalan dengan baik. Sementara ini, pelaksanaan PKH di Kecamatan Sukun berjalan dengan baik sesuai dengan prosedur program.

2) Aksesibilitas Pelayanan Pendidikan

Output yang dihasilkan dari pelaksanaan PKH selain di bidang kesehatan, juga tersedianya akses untuk bidang pendidikan. Selama ini, banyak anak putus sekolah akibat tidak dapat memenuhi persyaratan biaya dengan adanya PKH, kini anak dapat bersekolah kembali. Seperti yang diungkapkan oleh Achmady, dkk (1994:50) bahwa peserta didik dari kalangan masyarakat dari tingkat sosial ekonomi rendah merasa telah mengeluarkan waktu dan biaya untuk pergi ke sekolah yang bagi mereka pengorbanan itu sangat berharga jika digunakan untuk mencari nafkah.

Maka dari itu, banyak anak usia sekolah memilih untuk tidak melanjutkan sekolah untuk membantu perekonomian keluarga. PKH berkontribusi untuk meningkatkan angka partisipasi sekolah dan mengurangi jam bekerja anak atau

meniadakan pekerja anak. Dengan demikian, peserta PKH yang memiliki komponen pendidikan harus memenuhi komitmen kehadiran di sekolah minimal 85%.

Jika tidak memenuhi komitmen tersebut maka peserta PKH akan menerima sanksi sesuai dengan SOP program. Di Kecamatan Sukun terdapat beberapa anak peserta PKH yang tidak memenuhi komitmen dikarenakan beberapa alasan. Apapun alasannya sanksi berupa pengurangan bantuan tetap dilaksanakan untuk menimbulkan efek jera. Adapun anak peserta PKH yang tidak ingin melanjutkan pendidikan. Anak peserta PKH yang tidak lagi ingin melanjutkan pendidikan menjadi putus sekolah. Permasalahan tersebut didasari oleh berbagai alasan.

Berbagai alasan anak memilih untuk putus sekolah karena ada yang memang ingin membantu perekonomian keluarga, ada pula yang menikah dan memutuskan untuk tidak melanjutkan sekolah dan ada pula yang terpengaruh lingkungan yang buruk akibatnya anak putus sekolah. Hal tersebut tidak dibiarkan begitu saja oleh orang tua, pendamping dan penyedia layanan. Segala usaha telah diupayakan untuk membuat anak tetap melanjutkan sekolah, tetapi semua adalah keputusan anak karena sejatinya pendidikan adalah hak setiap warga negara.

2. Kesesuaian Antara Implementasi dengan *Standart Operating Procedure* (SOP) Program

a) *Standart Operating Procedure* (SOP) Pelayanan Kesehatan

1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Kesehatan

Program Keluarga Harapan (PKH) bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui peningkatan status kesehatan ibu, bayi dan balita untuk perbaikan status gizi balita. Status kesehatan sangat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia. Semakin tinggi status kesehatan semakin baik kualitas sumber daya manusia yang dimiliki sebuah negara.

Upaya peningkatan kesehatan anak harus diintegrasikan dengan upaya peningkatan kesehatan ibu, antara lain dengan memberikan penyuluhan tentang gizi yang baik dan benar, pentingnya imunisasi, pemberian ASI eksklusif dan persalinan harus ditolong petugas kesehatan. PKH memperkuat upaya pemerintah selama ini dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Balita (AKB) yang pada gilirannya akan berimplikasi positif terhadap peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Indonesia dengan memberikan bantuan tunai bersyarat kepada keluarga sangat miskin. Untuk mencapai tujuan tersebut, PKH berupaya memotivasi Keluarga Sangat Miskin (KSM) agar mengakses

layanan kesehatan dengan melakukan pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, menimbang bayi dan balita serta meningkatkan aksesibilitas peserta PKH terhadap layanan kesehatan.

Adapun persyaratan dan kewajiban yang harus dipenuhi agar dapat mendapatkan hak bantuan PKH di bidang kesehatan (Pedoman Umum PKH, 2013:19). Hal pertama yang menjadi syarat peserta PKH komponen kesehatan adalah KSM yang memiliki kriteria:

- 1) Ibu hamil/nifas
- 2) Anak balita
- 3) Anak usia 5-7 tahun (anak pra sekolah)

Bagi KSM yang memenuhi kriteria tersebut akan mendapatkan bantuan tunai yang nantinya digunakan untuk mengakses kesehatan. Rincian besaran bantuan disajikan dalam tabel 28. berikut.

Tabel 28. Skenario Bantuan Komponen Kesehatan

Skenario Bantuan	Jumlah Bantuan
Bantuan bagi KSM yang memiliki: anak balita, anak usia pra sekolah, ibu	Rp. 1.000.000

Sumber: *Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan (2013:9)*

Peserta PKH akan mendapatkan bantuan uang tunai apabila peserta PKH memenuhi kewajiban atau komitmen yang ditetapkan.

Kewajiban atau komitmen yang harus dipenuhi sebagai syarat peserta PKH komponen kesehatan terlampir pada protokol kesehatan yang disajikan dalam tabel 29. berikut.

Tabel 29. Kewajiban Peserta PKH Komponen Kesehatan

Sasaran	Kewajiban Peserta	Fasilitas
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan (antenatal care) sebanyak minimal 4 kali (yaitu K1 di trimester I, K2 di trimester II, K3 dan K4 di trimester III) selama masa kehamilan. ➤ Mereka akan mendapat tablet tambah darah (Fe) dan imunisasi Tetanus Toksoi (TT) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puskesmas, Pustu, Polindes, Poskesdes, Posyandu ➤ Dokter, Bidan, Petugas gizi, Kader, Perawat ➤ Bidan Kit, Posyandu Kit, antropometri kit, imunisasi kit
Ibu melahirkan	Proses kelahiran bayi harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.	
Ibu nifas	Ibu yang telah melahirkan harus melakukan pemeriksaan atau diperiksakan kesehatannya setidaknya 3 kali pada minggu ke-1, minggu ke-2, dan minggu ke-4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tablet Fe, Kapsul Vitamin A, Obat-obatan dan bahan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir
Bayi usia 0-11 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bayi baru lahir/neonatus usia 0-28 hari harus diperiksa kesehatannya sebanyak 3 kali: pemeriksaan pertama pada 6-48 jam, kedua 3-7 hari, ketiga 8-28 hari. ➤ Anak usia 0-11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B), ditimbang berat badannya secara rutin tiap bulan dan dideteksi perkembangan empat kali setahun 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vaksin BCG, DPT/ HB Combo, Polio, Campak, Hepatitis B, TT ibu hamil ➤ Buku register (kohort ibu hamil, kohort bayi, buku imunisasi,
Bayi usia 6-11 bulan	Mendapatkan satu suplemen kapsul Vitamin A100,000IU	
Anak usia	➤ Anak usia 1-5 tahun dimonitor	

1-5 tahun	tumbuh kembang dengan melakukan penimbangan di secara rutin setiap bulan ➤ Mendapatkan Vitamin A200,000IU sebanyak 2 kali setahun pada bulan Februari dan Agustus	penimbangan
Anak usia 5-6 tahun	Anak berusia 5-6 tahun dimonitor tumbuh kembang dengan melakukan penimbangan setiap 3 bulan	

Sumber: *Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan (2013:14-15)*

Secara ringkas kewajiban peserta PKH harus memenuhi komitmen bidang kesehatan yang telah ditetapkan (Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan, 2013:21), antara lain:

- 1) Menghadiri pertemuan awal untuk mengikuti sosialisasi program perbaikan data peserta (jika ada), penandatanganan perjanjian komitmen peserta, dan lain-lain.
- 2) Melakukan kunjungan awal ke pusat pelayanan kesehatan.
- 3) Memenuhi komitmen untuk mengunjungi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) sesuai jadwal yang telah disepakati.

Peserta PKH yang tidak memenuhi komitmen kesehatan akan dikenakan sanksi berupa pengurangan bantuan. Penghitungan pengurangan sanksi dilakukan dalam satu tahap penyaluran yaitu sebesar 10% setiap bulannya, peserta tidak akan menerima bantuan jika seluruh anggota tidak memenuhi kewajiban selama 3 bulan berturut-turut.

Berikut ilustrasi pengurangan bantuan disajikan pada tabel 30. di bawah ini.

Tabel 30. Sanksi Peserta PKH Komponen Kesehatan

Anggota Rumah Tangga	Tidak memenuhi komitmen			
	Bulan ke 1	Bulan ke 2	Bulan ke 3	Total pengurangan
Seluruh	10%	10%	10%	100%
Sebagian/Tanggung Renteng	10%	10%	10%	30%

Sumber: *Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan, (2013:22)*

Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi kondisi akibat bencana alam, bencana sosial, ketiadaan dokter, bidan dan obat-obatan serta pusat layanan tutup atau tidak bersedia memberikan layanan.

Sejauh ini komitmen peserta PKH di Kecamatan Sukun dijalankan sesuai prosedur dan apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen maka akan menanggung sanksi. Seperti ketentuan sanksi tanggung renteng, apabila bila ada satu saja anggota KSM tidak memenuhi kewajiban di bidang kesehatan maka akan dilakukan pengurangan bantuan sebesar 30%. Akan tetapi, jika seluruh anggota keluarga peserta PKH tidak komitmen, maka akan dilakukan pengurangan bantuan sebesar 100%.

2) Pemberi Pelayanan Kesehatan

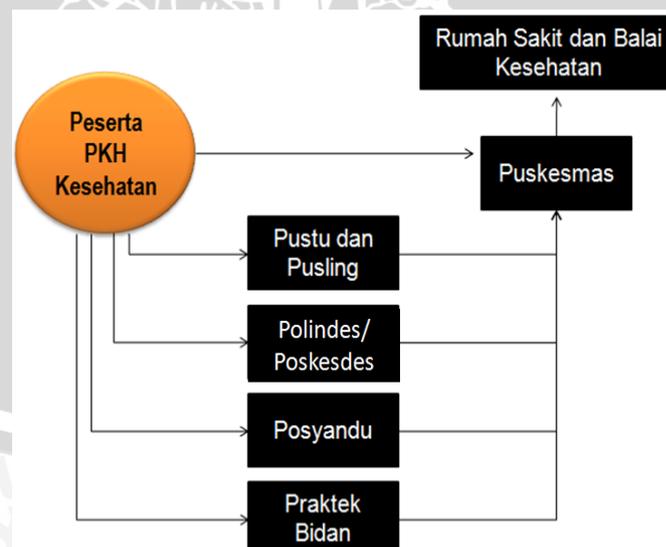
Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) meliputi akses fasilitas yang dapat dimanfaatkan oleh peserta PKH untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan keluarga miskin.

Seperti yang dijelaskan oleh Azwar (1988:1) berikut.

“Pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang dilakukan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok dan ataupun masyarakat.”

Maka dari itu diperlukan suatu jaringan PPK untuk memudahkan akses kesehatan bagi keluarga miskin.

Adapun alternatif jaringan PPK yang dapat dimanfaatkan oleh peserta PKH di Kecamatan Sukun sesuai dengan SOP program berikut.



Gambar 19. Jaringan PPK bagi Peserta PKH
Sumber: Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan (2013:25)

Berbagai fasilitas diatas dapat diakses oleh peserta PKH secara gratis melalui Jamkesmas, Jampersal, Jamkesda, Kartu Sakti, ataupun BPJS-PBI.

Puskesmas diharapkan mampu memberi seluruh paket layanan kesehatan yang menjadi persyaratan bagi peserta PKH termasuk memberi rujukan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit. Sementara itu, Puskesmas Pembantu merupakan satelit Puskesmas yang sangat diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir. Sementara itu, Pondok Besrsalin Desa (Polindes) biasanya dilengkapi dengan tenaga bidan desa yang diharapkan mampu memberi pertolongan ibu selama kehamilan, persalinan, maupun pertolongan pertama pada kasus gawat darurat. Berbeda dengan Polindes, Posyandu memberikan pelayanan antenatal, penimbangan bayi dan balita, pemantauan tumbuh kembang, serta penyuluhan kesehatan. (Pendoman Operasional Kesehatan, 2013:26)

Di Kecamatan Sukun fasilitas yang dapat dimanfaatkan oleh peserta PKH selain Rumah Sakit adalah Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Polindes dan Poskesdes tidak tersedia di Kecamatan Sukun, namun keberadaannya dapat digantikan oleh fasilitas kesehatan lainnya. Peserta PKH secara rutin sesuai dengan protocol kesehatannya untuk

mengunjungi Puskesmas ataupun Posyandu untuk mengontrol tumbuh kembang anak melalui penimbangan rutin dan pemberian vitamin kepada balita dan ibu hamil.

Apabila terdapat balita yang terlewat mendapatkan imunisasi, pemberian vaksin ataupun pemberian vitamin, maka pendamping berkewajiban untuk membawa orang tua dan anak balita ke fasilitas kesehatan terdekat. Hal tersebut dilakukan sebagai tindakan preventif atau pencegahan dini agar balita tetap sehat. Setiap kunjungan ke fasilitas kesehatan, peserta PKH wajib mengontrol perkembangan balita melalui KMS (Kartu Menuju Sehat) agar orang tua dan pendamping mengetahui pertumbuhan dan kecukupan gizi anak.

Kewajiban dan komitmen kesehatan tidak hanya diperuntukkan bagi peserta PKH, tetapi bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) juga. Berikut kewajiban PPK menurut SOP Pemberi Pelayanan Kesehatan disajikan pada tabel 31. di bawah ini.

Tabel 31. Kewajiban Pemberi Pelayanan Kesehatan

No.	Kewajiban PPK
1.	Mengklarifikasi status pemberian pelayanan kesehatan bagi peserta PKH dan menetapkan jadwal kunjungan bagi setiap anggota keluarga peserta PKH
2.	Menghadiri pertemuan awal dengan calon peserta PKH untuk ikut menjelaskan tata cara mendapatkan pelayanan bagi peserta PKH (khusus bagi petugas Puskesmas dan atau kader Posyandu).

No.	Kewajiban PPK
3.	Memberi pelayanan kesehatan pada peserta PKH
4	Mengesahkan verifikasi komitmen peserta PKH

Sumber: *Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan (2013:27)*

Sejauh ini PPK di Kecamatan sukun telah melaksanakan kewajibannya dengan baik. Mulai dari memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan jadwal yang ditentukan, pendamping, kader posyandu dan petugas puskesmas memberikan penyuluhan dan informasi terkait kesehatan yang dapat diakses oleh peserta PKH, serta mengesahkan verifikasi peserta PKH yang dilakukan oleh pendamping.

b) *Standart Operating Procedure* (SOP) Pelayanan Pendidikan

1) Hak dan Kewajiban Peserta PKH di Bidang Pendidikan

Standart Operating Procedure (SOP) atau pedoman operasional pelayanan pendidikan bertujuan untuk memberikan acuan pelaksanaan bagi pemberi pelayanan pendidikan yang terlibat dalam pelaksanaan PKH. Komponen pendidikan dalam PKH dikembangkan dalam rangka meningkatkan angka partisipasi pendidikan dasar (wajib belajar 9 tahun), khususnya bagi anak-anak peserta PKH dan untuk mengurangi angka pekerja anak. Sasaran pelayanan pendidikan dalam PKH adalah anak yang terdaftar pada satuan pendidikan

SD/ sederajat dan anak yang terdaftar pada satuan pendidikan SMP/ sederajat.

Selaras dengan hal tersebut program wajib belajar tahun sebenarnya telah ada sejak tahun 1994. Seperti yang disampaikan oleh Achmady, dkk (1994:44) berikut.

“Pendidikan dasar di Indonesia mulai tahun 1994 diarahkan pada wajib belajar 9 tahun, yakni wajib bagi semua anak berusia 7-15 tahun. Wajib belajar 9 tahun merupakan upaya dalam meningkatkan rata-rata tingkat pendidikan rakyat sampai dengan Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau sederajat, pemerataan pendidikan secara adil, baik di perkotaan maupun di pedesaan sehingga nantinya dapat meningkatkan akses ekonomi yang merata dan adil pula bagi semua lapisan masyarakat, serta sebagai upaya peningkatan kemampuan dan keterampilan guna memperbesar peluang untuk meningkatkan martabat, kesejahteraan, dan makna hidupnya.”

Demikian pula untuk peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan mengikuti wajib belajar 9 tahun jika memiliki anak yang berusia 7-15 tahun. Anak peserta PKH tersebut harus didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85% dari hari belajar efektif dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung. Apabila terdapat anak yang berusia 5-6 tahun yang telah masuk sekolah dasar dan sejenisnya serta anak usia 7-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka peserta diwajibkan mendaftarkan anak tersebut ke satuan pendidikan yang

menyelenggarakan program wajib belajar 9 tahun/ pendidikan kesetaraan.

Sementara itu, anak peserta PKH yang bekerja atau menjadi pekerja anak atau telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka anak tersebut harus mengikuti *remedial program* yakni. Program remedial ini adalah layanan rumah singgah atau *shelter* yang dilaksanakan Kementerian Sosial untuk anak jalanan dan Kementerian Tenaga Kerja dan Transportasi (Kemenakertrans) untuk pekerja.

Adapun hak yang akan diperoleh peserta PKH yang memiliki komponen pendidikan, yaitu berupa bantuan uang tunai bersyarat. Besaran bantuan tunai untuk komponen pendidikan tergantung dari jumlah anak dan jenjang pendidikan yang diduduki oleh anak. Rincian besaran bantuan komponen pendidikan disajikan pada tabel 32. berikut.

Tabel 32. Skenario Bantuan Komponen Pendidikan

Skenario Bantuan			Bantuan per tahun
Anak Usia	SD/MI/SDLB/Salafiyah	Ula/Paket A	Rp. 500.000,-
Anak Usia	SMP/MTs/SMPLB/Salafiyah	Wustha/Paket B	Rp. 1.000.000,-

Sumber: Pedoman Operasional Pelayanan Pendidikan (2013:10)

Bantuan tunai bersyarat tersebut akan dibayarkan pada peserta setiap tiga bulan melalui lembaga bayar terdekat. Bantuan diterima langsung oleh ibu, nenek, bibi atau perempuan dewasa

yang mengasuh anak usia 7-18 tahun yang terdaftar disekolah ataupun anak yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.

Akan tetapi, sejak tahun 2015 di Kecamatan Sukun terdapat penambahan komponen baru di bidang pendidikan. Lulusan SMP/ sederajat saja dianggap tidak mampu memperoleh pekerjaan yang lebih baik. Maka dari itu, PKH mewajibkan peserta PKH yang memiliki anak usia SMA/SMK sederajat mengikuti komitmen pendidikan yang telah ditentukan dan berhak memperoleh bantuan dana.

Bantuan dana tersebut berupa bantuan tunai bersyarat yang akan diterima oleh peserta PKH jika memenuhi kewajiban sebagai peserta. Ringkasan hak dan kewajiban peserta PKH komponen pendidikan disajikan pada tabel 33 berikut.

Tabel 33. Hak dan Kewajiban Peserta PKH Komponen Pendidikan

Hak Peserta PKH	Kewajiban Peserta PKH
Memperoleh bantuan tunai bersyarat	1. Menghadiri pertemuan awal untuk mengikuti sosialisasi program, perbaikan data peserta (jika ada), penandatanganan perjanjian komitmen.
	2. Mendaftarkan anak ke satuan pendidikan.
	3. Jika anak telah terdaftar dalam satuan pendidikan, anak harus mengikuti kehadiran di kelas minimal 85% dari hari efektif sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung.

Sumber: *Pedoman Operasional Pelayanan Pendidikan (2013:18)*

Bantuan tunai bersyarat diberikan jika peserta PKH (Ibu, nenek, bibi, atau perempuan dewasa) telah menghadiri acara pertemuan awal yang dikoordinasikan oleh UPPKH Kecamatan dan anak dari keluarga peserta PKH yang terdaftar di satuan pendidikan yang telah ditetapkan. Tahap berikutnya, bantuan tunai PKH komponen pendidikan akan diberikan jika anak dari keluarga peserta PKH telah memenuhi komitmen pendidikan yang telah ditetapkan, yakni kehadiran minimal 85% di kelas atau kelompok belajar.

Sementara itu, rincian jumlah maksimal ketidakhadiran anak di satuan pendidikan disajikan pada tabel 34. berikut.

Tabel 34. Jumlah Maksimal Ketidakhadiran Anak di Satuan Pendidikan

Jumlah hari efektif sekolah dalam satu bulan	Jumlah hari maksimal ketidakhadiran
22 hari	3 hari
19 hari	2 hari
13 hari	1 hari

Sumber: Pedoman Operasional Pelayanan Pendidikan (2013:17)

Tabel di atas merupakan contoh menghitung batas maksimal ketidakhadiran peserta didik menurut jumlah hari efektif sekolah yang berlangsung dalam satu bulan berjalan. Jika anak peserta PKH tidak memenuhi komitmen kehadiran 85%, maka akan dikenakan sanksi melalui pengurangan bantuan.

Berikut ilustrasi mekanisme pengurangan bantuan komponen pendidikan yang disajikan pada tabel 35. berikut.

Tabel 35. Mekanisme Pengurangan Bantuan Komponen Pendidikan

Anggota Rumah Tangga	Tidak memenuhi komitmen			
	Bulan ke-1	Bulan ke-2	Bulan ke-3	Total Pengurangan
Seluruh	10%	10%	10%	100%
Sebagian/Tanggung Renteng	10%	10%	10%	30%

Sumber: *Pedoman Operasional Pelayanan Pendidikan (2013:19)*

Perhitungan pengurangan bantuan dilakukan dalam satu triwulan (3 bulan), maka besaran bantuan yang akan diterima berkurang dengan rincian:

- 1) Pengurangan bantuan adalah 10% setiap bulan sebelum pembayaran periode berikutnya.
- 2) Peserta tidak akan menerima bantuan jika seluruh anggota tidak memenuhi kewajiban selama 3 bulan berturut-turut.
- 3) Pemberi Pelayanan Pendidikan

PenMBERI pelayanan pendidikan yang terlibat dalam PKH yaitu terdiri atas lembaga pendidikan formal dan lembaga pendidikan non formal. Lembaga pendidikan formal meliputi Sekolah Dasar (SD), Sekolah Dasar Luar Biasa (SDLB), Madrasah Ibtidaiyah (MI), Sekolah Menengah Pertama (SMP), Sekolah Menengah Pertama Luar Biasa (SMPLB), SMP

Terbuka, Madrasah Tsanawiyah (MTs) dan Pesantren Salafiyah. Sementara itu, lembaga pendidikan non formal meliputi Balai Pengembangan Kegiatan Belajar (BPKB), Sanggar Kegiatan Belajar (SKB), Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKMB), Paket A dan B.

Dengan demikian, akses pelayanan pendidikan lebih mudah dan terbuka untuk warga miskin memperoleh hak pendidikan. Seperti yang dikemukakan Puspitosari,dkk (2012:102) berikut.

“Pokok perhatian pelayanan yang paling utama adalah masalah kebutuhan-kebutuhan dasar masyarakat yang menyangkut pendidikan, kesehatan dan pelayanan dasar yang melekat secara alamiah (kodrati) dalam diri warga negara. Salah satu contoh layanan tersebut adalah layanan penyelenggaraan pendidikan adalah dimana setiap hak yang seharusnya dinikmati oleh masyarakat adalah fasilitas pendidikan.”

Sejauh ini, fasilitas pendidikan di Kecamatan Sukun sudah tercukupi dengan rata-rata usia anak SD/ sederajat yang paling banyak ada di tiap kelurahan.

Sementara itu, untuk mensukseskan pencapaian tujuan PKH di bidang pendidikan terdapat peranan penting yang dimiliki oleh lembaga pendidikan. Berikut ringkasan peran lembaga pendidikan dalam PKH disajikan pada tabel 36. berikut.

Tabel 36. Peran Lembaga Pendidikan

No.	Peran Lembaga Pendidikan
1.	Menerima pendaftaran anak keluarga peserta PKH di satuan pendidikan
2.	Memberikan pelayanan pendidikan kepada anak peserta PKH
3.	Mengesahkan formulir verifikasi kehadiran anak peserta PKH yang diisi oleh pendamping

Sumber: *Pedoman Operasional Pelayanan Pendidikan (2013:25)*

Tabel 36. merupakan peran lembaga pendidikan dalam mendukung pelaksanaan PKH di bidang pendidikan. Intitusi penyelenggara satuan pendidikan wajib memberikan pengajaran yang mengacu pada kurikulum yang berlaku dan berkewajiban mengesahkan formulir verifikasi kehadiran anak di sekolah.

Lembaga pendidikan di Kecamatan Sukun telah melaksanakan peran dan kewajibannya dengan baik. Setiap satuan pendidikan menerima siswa anak peserta PKH dan memberikan pengajaran sesuai dengan kurikulum serta mengesahkan formulir verifikasi kehadiran anak. Jika terdapat anak yang sering tidak masuk sekolah tanpa alasan, maka pihak sekolah juga akan turun tangan apabila pendamping tidak dapat menyelesaikan permasalahan anak. Hal tersebut dilakukan untuk memastikan agar anak tidak putus sekolah dan berkeinginan keras untuk melanjutkan pendidikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pada hasil penelitian, analisis dan interpretasi data terkait dengan evaluasi kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) dalam upaya meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan Keluarga Sangat Miskin (KSM) di Kecamatan Sukun yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan beberapa hal, yaitu:

Pertama, hasil evaluasi pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sukun digunakan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan program dalam meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan bagi keluarga miskin di Kecamatan Sukun. Evaluasi pelaksanaan PKH dilakukan dengan penentuan indikator yang telah ditetapkan antara lain; (1) Indikator Masukan / *Input* Program, Indikator Proses Program dan Indikator Keluaran / *Output* Program.

Adapun hasil yang didapatkan dari evaluasi PKH di Kecamatan Sukun yakni adanya peningkatan angka partisipasi sekolah anak dan berkurangnya status gizi buruk di Kecamatan Sukun. Pada tahun 2014 tercatat 96 anak putus sekolah, sementara di tahun 2016 tercatat 13 anak putus sekolah. Di bidang kesehatan, orang tua mulai rutin melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan untuk mengontrol tumbuh kembang dan kesehatan anak, meskipun pada awal tahun 2016 masih ditemukan 9 kasus gizi buruk di Kecamatan Sukun.

Kedua, peneliti menganalisis kesesuaian antara implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun dengan *Standart Operating Procedure* (SOP) program dalam rangka mengetahui kesesuaian perencanaan program dengan pelaksanaan program di lapangan terutama untuk melihat keterpaduan antar tahapan dan sejauh mana program dan pelayanan mengikuti garis kebijakan yang telah ditetapkan sehingga dapat mencapai tujuan dalam meningkatkan aksesibilitas kesehatan dan pendidikan.

Pada dasarnya pelaksanaan PKH dalam bidang kesehatan dan pendidikan telah sesuai dengan SOP program. Pemenuhan hak dan kewajiban peserta dan penyedia layanan di bidang kesehatan dan pendidikan juga terlaksana sesuai dengan aturan SOP pelayanan kesehatan dan pendidikan tahun 2013. Namun, pada tahun 2015 terjadi penambahan komponen anak usia SMA/ sederajat yang belum tercantum pada SOP tahun 2013. Hal tersebut dikarenakan anak dengan lulusan SMP/ sederajat tidak mampu bersaing dan memperoleh pekerjaan yang baik dan dinilai tidak dapat meningkatkan taraf hidup mereka.

B. Saran

Berdasarkan pada hasil penelitian, pembahasan serta analisis data yang telah dijelaskan, maka peneliti dapat memberikan beberapa saran dan rekomendasi untuk perbaikan dan penyempurnaan program selanjutnya sebagai bahan masukan perencanaan bagi *stakeholder* terkait. Adapun saran dan rekomendasi sebagai upaya mendukung pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sukun agar dapat mencapai target program dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui kesehatan dan pendidikan, antara lain:

1. Sebagai kebijakan atau program sosial, dalam melakukan penilaian capaian PKH penentuan indikator sulit dinyatakan dengan kekhususan (*specificity*) ataupun kejelasan (*clarity*). Adapun hal-hal yang dapat disarankan oleh peneliti untuk tindak penelitian selanjutnya, yaitu perlu memperhatikan jalannya rencana dengan implementasi kebijakan, kesesuaian orientasi kebijakan dengan permasalahan dan kebutuhan masyarakat karena hal tersebut yang dapat membantu menilai keberhasilan atau kegagalan program sosial.
2. Bagi pendamping PKH, peneliti menyarankan kegiatan penyuluhan di bidang kesehatan dan pendidikan dilakukan secara rutin. Misalnya, penyuluhan tentang gizi yang baik dan benar, pentingnya imunisasi, pemberian ASI eksklusif dan lainnya. Sementara itu, penyuluhan tentang pendidikan bagi anak juga perlu dilakukan terutama dalam hal meningkatkan motivasi belajar anak.
3. Untuk layanan Posyandu sebagai akses yang paling mudah dijangkau oleh masyarakat, ada baiknya fasilitas layanan lebih diperhatikan agar bayi dan balita juga merasa nyaman dan orang tua lebih termotivasi untuk rutin mengunjungi Posyandu.
4. Perlu adanya pembaharuan SOP program, karena SOP yang berlaku adalah SOP tahun 2013. Pembaharuan SOP program disarankan agar jelas untuk informasi pembaharuan komponen, nominal bantuan, penjadwalan penyaluran bantuan, dan lain-lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmady, Z.A, dkk. 1994. *Kebijakan Publik dan Pembangunan*. Malang: Fakultas Ilmu Administrasi Brawijaya.
- Agustino, Leo. 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Azwar, Azrul. 1988. *Administrasi Kesehatan Edisi Kedua*. Jakarta: PT Binarupa Aksara.
- BAPPENAS. 2007. *Kumpulan Bahan Latihan, Pemantauan dan Evaluasi Program-Program Penanggulangan Kemiskinan*. Jakarta.
- BPS, 2016. Profil Tingkat Kemiskinan di Indonesia Tahun 2014-2015. Diakses pada tanggal 10 Februari 2016 melalui <http://www.bps.go.id>.
- BPS, 2016. Presentase Penduduk Miskin Kota Malang Tahun 2012. Diakses pada tanggal 10 Februari 2016 melalui <http://www.bps.go.id>.
- Bungin, Burhan. 2010. *Penelitian Kualitatif Cetakan keempat*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Conyers, Diana. 1991. *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga, Suatu Pengantar*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial dan Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial.2013. *Buku Kerja Pendamping PKH*. Jakarta: Departemen Sosial RI.
- Dunn, William. N. 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik terjemahan Samodra Wibawa dkk Edisi Kedua*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Freeman, H.E.et.al. 1979. *Evaluating Social Project in Development Countries*. Paris: OECD.
- Gilbert, Neil and Harry Specht. 1986. *Dimensions of Social Welfare Policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Hariwoerjanto, S. Kasni. 1986. *Metodologi dan Praktek Pekerjaan Sosial*. Bandung: PT Bale Bandung.

Herdiansyah, Haris. 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.

Jones, Charles O. 1991. *Kebijakan Publik (Public Policy)*. Jakarta: CV Rajawali.

Kartasasmita, Ginandjar. 1996. *Pembangunan untuk Rakyat: Memadukan Pertumbuhan dan Pemerataan*. Jakarta: CIDDES.

Kementerian Sosial RI. 2013. *Pedoman Operasional Penyaluran Dana Bantuan Program Keluarga Harapan*. Jakarta.

Kementerian Sosial RI. 2013. *Pedoman Operasional Program Keluarga Harapan Bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan*. Jakarta.

Kementerian Sosial RI. 2013. *Pedoman Operasional Program Keluarga Harapan Bagi Pemberi Pelayanan Pendidikan*. Jakarta.

Kementerian Sosial RI. 2013. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta.

Kuncoro, Mudrajat, dkk. 2010. *Pengentasan Kemiskinan*. Jakarta: Dirjen Pendidikan Tinggi.

Marshall, Thomas H. 1975. *Social Policy*. UK: Hutchinson Educ.

Mehmet, O. 1978. *Economic Planning and Social Justice in Developing Country*. London: Croom Helm.

Miles, Matthew B, Michael Huberman and Johnny Saldana. 2014. *Qualitative Data Analysis-Third Edition*. London: Sage Publication Inc.

Moleong, Lexy. J. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

_____. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Nugroho, Riant. 2009. *Public Policy (Edisi Revisi)*. Jakarta: PT Gramedia

Parsons, Wayne. 2008. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana.

Patton, Carl V. and Sawicki, David S. 1986. *Basic Method of Policy Analysis and Planning*. Englewood Cliff: Prentice Hall.

Pemerintah Kota Malang, 2014. Lakip Pemkot Malang Tahun 2014. Diakses pada tanggal 02 Maret 2016 melalui <http://malangkota.go.id.pdf>.

Portney, Kent E. 1986. *Approaching Public Policy Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Puspitosari, Hesti, Khalikussabir, dan Luthfi J. Kurniawan. 2012. *Filosofi Pelayanan Publik*. Malang: SETARA Press.

Remi, Sutystie Soemitro dan Prijono Tjiptoherijanto. 2002. *Kemiskinan dan Ketidakmerataan di Indonesia*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Rossi, Peter H. 1982. *Standarts for Evaluation Practice*. San Fransisco: Jossey-Bass

Siagian, Sondang.P. 1984. *Proses Pengelolaan Pembangunan Nasional*. Jakarta: PT Gunung Agung.

_____. 2001. *Administrasi Pembanguna: Konsep, Dimensi, dan Strateginya*. Jakarta: PT Bumi Aksara.

Soegijoko, Budi Tjahjati S. dan BS Kusbianto (ed). 1997. *Bunga Rampai Perencanaan Pembangunan di Indonesia*. Bandung: Yayasan Soegijanto Soegijoko.

Subagyo, P. Joko. 2006. *Metode Penelitian dalam Teori dan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Suchman, Edward A. 1968. *Evaluative Research: Principle and Practice in Public Service and Social Action Program*. NY: Russel Sage.

Sudarwati, Ninik. 2009. *Kebijakan Pengentasan Kemiskinan*. Malang: Intermedia.

Sugiyono, 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

_____. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Cetakan Ketujuh. Jakarta: Alfabeta.

Suharto, Edi. 2005. *Analisis Kebijakan Publik: Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial*. Bandung: Alfabeta.

_____. 2008. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta

_____. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. Bandung: Alfabeta.

Sukmana, Oman, dkk. 2015. *Negara Kesejahteraan dan Pelayanan Sosial*. Malang: *Intrans Publishing*.

Sumodiningrat, Gunawan. 2006. *Kemiskinan Bukan Kepasrahan: Strategic Management*. Yogyakarta: .

Suparlan, Parsudi. 1984. *Kemiskinan di Perkotaan*. Jakarta: Penerbit Sinar Harapan.

Tawakal, Lingga. 2014. *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai Salah Satu Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan (Studi pada Kelurahan Tanjungrejo, Kecamatan Sukun, Kota Malang)*. [skripsi]. Malang: Universitas Brawijaya.

Tjokroamidjojo, Bintoro. 1987. *Pengantar Administrasi Pembangunan*. Jakarta: LP3ES.

_____. 1996. *Perencanaan Pembangunan*. Jakarta: PT Toko Gunung Agung.

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945.

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial.

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin.

UPPKH Kota Malang, 2015. *Data Rekap Peserta PKH Kota Malang Tahun 2013-2015*. UPPKH Kota Malang.

Wahab, Solichin Abdul. 2012. *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.

Wibawa, Samodra. 1994. *Kebijakan Publik: Proses dan Analisis*. Jakarta: Intermedia.

Winarno, Budi. 2014. *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)*. Yogyakarta: CAPS (*Center of Academic Publishing Service*)