

**IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)  
DALAM RANGKA MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP  
MASYARAKAT  
(STUDI KASUS DI KABUPATEN PROBOLINGGO)**

**TESIS**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Magister**



Oleh:

**Aldiastri Damayanti Dwi Andrini**

**NIM. 116030102111006**

**PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK  
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG**

**2016**

## Lembar Pengesahan

### TESIS IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP MASYARAKAT (STUDI KASUS DI KABUPATEN PROBOLINGGO)

Oleh:

**Aldiastri Damayanti Dwi Andriani**  
NIM.116030102111006

telah dipertahankan di depan penguji  
Pada tanggal 20 Agustus 2016  
Dinyatakan telah memenuhi syarat

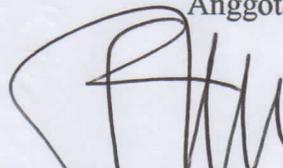
Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Ketua,



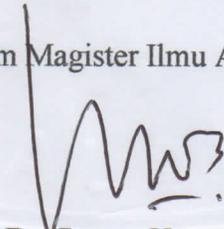
**Drs. Andy Fefta Wijaya, MDA, Ph.D**  
NIP. 19670217 199103 1 000

Anggota,



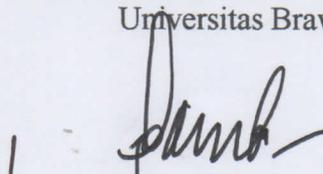
**Dr. Imam Hanafi, M.Si, MS**  
NIP. 19691002 199802 1 001

Ketua Program Magister Ilmu Administrasi Publik



**Dr. Irwan Noor, MA**  
NIP. 19611024 198601 1 002

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu Administrasi  
Universitas Brawijaya



**Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS**  
NIP. 19610905198601 1 002

## Lembar Pengesahan

### TESIS IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP MASYARAKAT (STUDI KASUS DI KABUPATEN PROBOLINGGO)

Oleh:

**Aldiastri Damayanti Dwi Andrini**  
NIM.116030102111006

telah dipertahankan di depan penguji  
Pada tanggal 20 Agustus 2016  
Dinyatakan telah memenuhi syarat

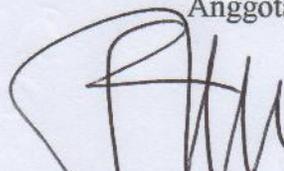
Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Ketua,



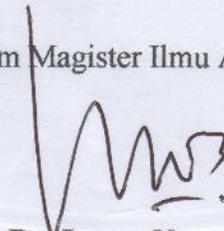
**Drs. Andy Fefta Wijaya, MDA, Ph.D**  
NIP. 19670217 199103 1 000

Anggota,



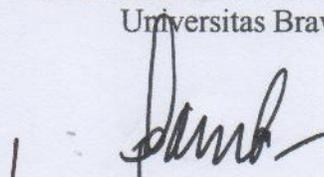
**Dr. Imam Hanafi, M.Si, MS**  
NIP. 19691002 199802 1 001

Ketua Program Magister Ilmu Administrasi Publik



**Dr. Irwan Noor, MA**  
NIP. 19611024 198601 1 002

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu Administrasi  
Universitas Brawijaya



**Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS**  
NIP. 19610905198601 1 002

## PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam Naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(UU No : 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal 70)

Malang, 2 September 2016

Mahasiswa,



Nama : Aldiastri Damayanti Dwi Andrini  
NIM : 116030102111006  
PS : Magister Administrasi Publik



**SERTIFIKAT BEBAS PLAGIASI**

Nomor: 2347/UN10.14/PI/2016

Sertifikat ini diberikan kepada:

**Aldiastri Damayanti Dwi Andrini**

Dengan Judul Tesis

Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Meningkatkan Kualitas  
Hidup Masyarakat (Studi Kasus di Kabupaten Probolinggo)

Telah dideteksi tingkat plagiasinya dengan kriteria toleransi < 5%,  
dan dinyatakan Bebas dari Plagiasi.



Direktur

Prof. Dr. Drs. Abdul Hakim, M.Si  
NIP. 19610202 198503 1 006

Malang, 31 Agustus 2016  
Ketua Tim Deteksi Plagiasi

Dr. Ir. Harsuko Riniwati, MP  
NIP. 19660604 199002 2 001

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR GAMBAR.....	iv
DAFTAR TABEL.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	13
1.3 Tujuan Penelitian.....	14
1.4 Batasan Penelitian.....	14
1.5 Manfaat Penelitian.....	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	16
2.1 Implementasi .....	17
2.1.1. Konsep dan Definisi Implementasi.....	17
2.1.2. Teori Implementasi .....	21
2.1.3. Konsep Implementasi Program.....	27
2.2 Kemiskinan.....	31
2.2.1. Pengertian Kemiskinan .....	31
2.2.2. Sebab-Sebab Terjadinya Kemiskinan.....	33
2.2.3. Karakteristik Kemiskinan.....	34
2.2.4. Strategi Penanggulangan Kemiskinan.....	35
2.3 Program Keluarga Harapan (PKH) .....	37
2.3.1. Pengertian PKH.....	37
2.3.2. Dasar dan Tujuan PKH.....	38
2.3.3. Pelaksanaan PKH.....	41
2.3.4. Ketentuan Peserta PKH.....	44

2.3.5. Hak dan Kewajiban Peserta PKH.....	45
2.3.6. Penelitian Terdahulu.....	53
2.3.7. Kerangka Alur Pikir.....	69
<b>BAB III ANALISIS GAMBARAN SOSIAL PENELITIAN.....</b>	<b>72</b>
3.1. Gambaran Umum Kabupaten Probolinggo.....	72
3.1.1. Letak Geografis Kabupaten Probolinggo.....	72
3.1.2. Kondisi Geografis Kabupaten Probolinggo.....	72
3.1.3. Pembagian Wilayah Administratif.....	73
3.1.4. Demografis Kabupaten Probolinggo.....	76
3.2. Visi dan Misi Kabupaten Probolinggo.....	79
3.3. Struktur Organisasi Pemerintah Kabupaten Probolinggo.....	80
<b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>	<b>87</b>
4.1. Jenis Penelitian.....	87
4.2. Fokus Penelitian.....	88
4.3. Lokasi dan Situs Penelitian.....	89
4.4. Jenis dan Sumber Data.....	89
4.5. Teknik Pengumpulan Data.....	91
4.6. Instrumen Penelitian.....	92
4.7. Pengujian Validitas dan Reliabilitas.....	93
4.8. Analisis Data.....	96
<b>BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>100</b>
5.1. Rancangan Umum Program Keluarga Harapan.....	100
5.2. Penyajian Data Penelitian.....	103
5.2.1. Implementasi PKH di Kabupaten Probolinggo.....	103
5.2.2. Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan PKH.....	127
5.3. Analisis Data Penelitian.....	134

5.3.1 Implementasi PKH di Kabupaten Probolinggo..... 134

5.3.2 Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan PKH..... 140

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN..... 145**

6.1 Kesimpulan..... 145

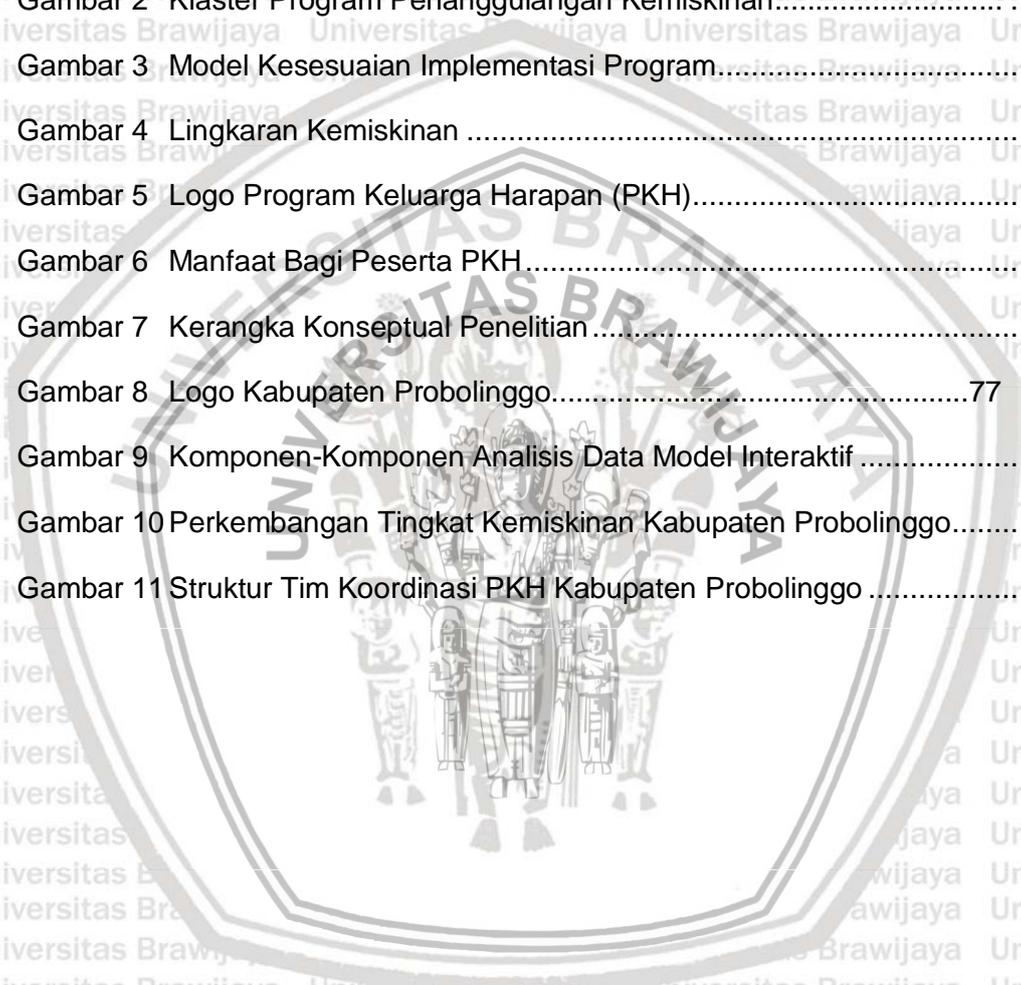
6.2 Saran..... 147

**DAFTAR PUSTAKA..... 150**



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1 Tujuan Program Keluarga Harapan (PKH).....	7
Gambar 2 Klaster Program Penanggulangan Kemiskinan.....	8
Gambar 3 Model Kesesuaian Implementasi Program.....	28
Gambar 4 Lingkaran Kemiskinan .....	33
Gambar 5 Logo Program Keluarga Harapan (PKH).....	37
Gambar 6 Manfaat Bagi Peserta PKH.....	41
Gambar 7 Kerangka Konseptual Penelitian.....	70
Gambar 8 Logo Kabupaten Probolinggo.....	77
Gambar 9 Komponen-Komponen Analisis Data Model Interaktif .....	98
Gambar 10 Perkembangan Tingkat Kemiskinan Kabupaten Probolinggo.....	107
Gambar 11 Struktur Tim Koordinasi PKH Kabupaten Probolinggo .....	117



DAFTAR TABEL

Tabel 1	Target Sasaran Penerima PKH Hingga Tahun 2018.....	43
Tabel 2	Protokol Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta PKH.....	45
Tabel 3	Skenario Besar Bantuan PKH.....	49
Tabel 4	Variasi Komposisi Anggota Keluarga dan Jumlah Bantuan.....	50
Tabel 5	Persentase Mata Pencaharian Penduduk Kabupaten Probolinggo ....	76
Tabel 6	Dana Penunjang APBD Kegiatan PKH Kabupaten Probolinggo Tahun 2010-2014.....	106
Tabel 7	Perkembangan Pencapaian Hasil Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Probolinggo.....	110
Tabel 8	Perkembangan RTSM Peserta PKH 2007-2014.....	114
Tabel 9	Pelaksanaan Rakor PKH Kabupaten Probolinggo Tahun 2014.....	124
Tabel 10	Berita Acara Penyelesaian Data Entry PKH.....	126
Tabel 11	Rekapitulasi Laporan Realisasi Pembayaran PKH Kabupaten Probolinggo Tahun 2014.....	126



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
PROGRAM PASCASARJANA

Jl. Mayjen Haryono 169, Malang 65145, Indonesia  
Telp.: +62-341-571260 ; Fax: +62-341-580801  
http://ppsub.ub.ac.id E-mail: ppsub@ub.ac.id

**SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI**

Nomor: 2347/UN10.14/PI/2016

Direktur Program Pascasarjana Universitas Brawijaya menyatakan bahwa Tesis:

Nama : Aldiastri Damayanti Dwi Andrini  
NIM : 116030102111006  
Judul : Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat (Studi Kasus di Kabupaten Probolinggo)  
Program studi : Program Magister Administrasi Publik  
Fakultas : Fakultas Ilmu Administrasi

telah dideteksi tingkat plagiasinya dengan kriteria toleransi  $\leq 5\%$ , dan dinyatakan bebas dari plagiasi (Rincian hasil plagiasi terlampir).

Demikian surat ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.



Malang, 31 Agustus 2016

Direktur

Prof. Dr. Drs. Abdul Hakim, M.Si  
NIP. 19610202 198503 1 006

Tembusan:

1. Ketua Program Studi yang bersangkutan
2. Pembimbing/Promotor



SURAT KETERANGAN REVISI TESIS

UT-11

Yang bertanda tangan dibawah ini, dosen Pembimbing Utama dari Mahasiswa Program Magister Universitas Brawijaya :

Nama : Aldiastri Damayanti Dwi Andrini  
NIM. : 116030102111006  
Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik  
Judul Tesis : Implementasi Program Keluarga Harapan Dalam Rangka Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat (Studi Kasus Pada Kecamatan Kabupaten Probolinggo)  
Alamat Asal :  
Alamat di Malang :

telah merevisi tesisnya sesuai dengan permintaan.

Demikian surat keterangan ini kami buat agar dapat dipergunakan untuk **pendaftaran yudisium dan wisuda**.

Mengetahui,

Ketua Program Studi S2 Adm. Publik

Dr. Irwan Noor, MA

NIP. 19611024 198601 1 002

Pembimbing Utama,

Drs. Andy Fefta Wijaya, MDA, Ph.D

NIP. 131 966 869

No	Pembimbing	Nama	Tanda Tangan
1	Pembimbing II	Dr. Imam Hanafi, M.Si NIP. 19691002 199802 1 001	1.
2	Penguji I	Dr. Bambang Santoso Haryono, MS NIP. 19610204 198601 1 001	2.
3	Penguji II	Dr. Suryadi, MS NIP. 19601103 198703 1 003	3.



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI**

Jl. MT. Haryono 163, Malang 65145, Indonesia

Telp. : +62-341-553737, 568914, 558226 Fax : +62-341-558227

http://fia.ub.ac.id

E-mail: fia@ub.ac.id

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

**Nama Lengkap** : ALDIASTRI DAMAYANTI DWI ANDRINI  
**Asal Institusi** : SEKRETARIAT DPRD KOTA MALANG  
**E-mail** : chizzone88@yahoo.co.id  
**No. Telp/ HP** : 081336009004  
**Alamat Asli** : Perum Graha Dewata Blok EE Kav. 123 Dau Malang

Dengan ini menyatakan bahwa naskah jurnal berjudul: IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP MASYARAKAT (STUDI DI KABUPATEN PROBOLINGGO); belum pernah dipublikasikan dalam bentuk jurnal maupun buku selain *JIAP (Jurnal Ilmiah Administrasi Publik)*. Apabila saya sebagai penulis melanggar ketentuan ini, maka penulis bersedia bertanggungjawab serta mengganti kerugian sebesar **Rp. 10.000.000,-** (*sepuluh juta rupiah*).

Malang, 16 November 2016

**Yang Menyatakan,**



**(ALDIASTRI DAMAYANTI. DA)**

## BAB I

### PENDAHULUAN

Bagian Pendahuluan ini mengemukakan latar belakang yang menjadi landasan adanya penelitian, permasalahan penelitian, tujuan penelitian, batasan penelitian, serta manfaat yang dapat diambil dari adanya penelitian ini.

#### 1.1 Latar Belakang

Kebijakan Pemerintah yang paling utama adalah dalam bidang pembangunan sumber daya manusia. Apabila tanpa adanya upaya dari pemerintah untuk mengembangkan sumber daya manusia dan kualitas penduduknya maka bukan mustahil jika nanti suatu negara tidak mungkin mampu mencapai kemajuan pembangunan sebagaimana yang telah dicapai oleh negara-negara maju (Effendi, 1990, dikutip oleh Surahmi, 2003, h. 2).

Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945) secara jelas memberikan arahan dalam kehidupan berbangsa dan bernegara khususnya bagi para penyelenggara Negara untuk menghasilkan sumber daya manusia Indonesia yang seutuhnya. Pembangunan sumber daya manusia sejatinya telah dilandaskan dalam UUD 1945 tepatnya pada Pasal 28H ayat (1) dan (2).

Di dalam pasal 28H ayat (1), disebutkan: "...setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan...". Pada ayat (2) disebutkan: "...setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus

untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan...”.

Program-program pembangunan yang dilaksanakan selama ini selalu memberikan harapan besar terhadap upaya pengentasan kemiskinan karena pada dasarnya pembangunan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat meskipun masalah kemiskinan sampai saat ini masih terus-menerus menjadi isu berkepanjangan. Sebenarnya banyak program pengentasan kemiskinan yang dilakukan pemerintah namun belum membawa perubahan yang berarti (Nano Prawoto, 2009, 56-58)<sup>1</sup>.

Meskipun masyarakat miskin telah mendapatkan bantuan program pengentasan kemiskinan, tetapi hasilnya tidak seperti yang diharapkan. Dengan demikian evaluasi harus selalu dilakukan oleh pemerintah karena bagaimanapun program penanggulangan kemiskinan tetap harus dijalankan sebab jumlah orang miskin makin hari makin bertambah. Kemiskinan merupakan masalah yang sangat kompleks. Untuk itu, cara penanggulangan kemiskinan membutuhkan analisis yang tepat dan melibatkan seluruh komponen masyarakat. Selain itu, penanggulangan kemiskinan juga membutuhkan strategi penanganan yang efektif, berkelanjutan dan bersifat permanen. Faktor kultur dan struktural juga sering dianggap sebagai elemen-elemen penting yang menentukan tingkat kemakmuran dan kesejahteraan masyarakat. Tidak ada yang salah dengan pendekatan dengan memperhatikan faktor tersebut, tetapi pendekatan dari berbagai dimensi ini diperlukan untuk menginvestigasi berbagai faktor penyebab

---

<sup>1</sup> Nano Prawoto Jurnal Ekonomi Pembangunan, *Memahami Kemiskinan dan Strategi Penanggulangannya*. Vol 9 Nomor 1, April 2009: 56-58.

terjadinya kemiskinan sehingga kebijakan penanggulangan kemiskinan yang dilakukan tidak bersifat temporer tetapi diharapkan sifatnya berkelanjutan.

Permasalahan kemiskinan yang cukup kompleks membutuhkan intervensi semua pihak secara bersama dan terkoordinasi. Namun penanganannya selama ini dalam kenyataannya cenderung parsial dan tidak berkelanjutan. Peran dunia usaha dan masyarakat pada umumnya juga belum optimal. Kerelawanan sosial dalam kehidupan masyarakat yang dapat menjadi sumber penting pemberdayaan dan pemecahan akar permasalahan kemiskinan juga mulai luntur. Untuk itu diperlukan perubahan yang bersifat sistematis dan menyeluruh dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Di Indonesia, masalah kemiskinan merupakan masalah yang terus relevan untuk dikaji. Kemiskinan dapat dikategorikan ke dalam 4 (empat) kategori, yaitu: kemiskinan absolut, kemiskinan relatif, kemiskinan kultural dan kemiskinan struktural. Pertama, kemiskinan absolut adalah keadaan miskin yang disebabkan oleh ketidakmampuan seseorang atau sekelompok orang dalam memenuhi kebutuhan pokoknya seperti makanan, pakaian, pendidikan, kesehatan dan transportasi. Kedua, kemiskinan relatif adalah keadaan miskin yang dialami oleh individu atau kelompok dibandingkan dengan kondisi umum suatu masyarakat. Jika batas kemiskinan misalnya Rp. 100.000,- per kapita per bulan, maka seseorang yang memiliki pendapatan Rp. 125.000,- per bulan secara absolut tidak miskin. Tetapi, jika pendapatan rata-rata masyarakat setempat adalah Rp. 200.000,- per orang tiap bulan, maka secara relatif orang tersebut termasuk orang miskin. Ketiga, kemiskinan kultural mengacu pada sikap, gaya hidup, nilai atau orientasi sosial budaya seseorang di masyarakat tidak sejalan dengan etos kemajuan (masyarakat modern). Keempat, kemiskinan

struktural adalah kemiskinan yang disebabkan oleh ketidakadilan struktural, baik struktural politik, sosial maupun ekonomi yang tidak memungkinkan seseorang atau sekelompok orang menjangkau sumber-sumber penghidupan yang sebenarnya tersedia bagi mereka (Edi Suharto, Bandung: Alfabeta, 2010, h. 17-18)<sup>2</sup>.

Nugroho<sup>3</sup> (1995:31-32) menyebutkan ada 3 (tiga) dimensi kemiskinan yaitu:

1. Dimensi Ekonomi atau Material

Dimensi ini menjelma dalam berbagai kebutuhan dasar manusia yang sifatnya material seperti sandang, pangan, perumahan, kesehatan, pendidikan dan lain-lain. Dimensi ini dapat diukur dalam rupiah meskipun harganya selalu berubah-ubah setiap tahunnya tergantung dari tingkat inflasi rupiah itu sendiri;

2. Dimensi Sosial dan Budaya

Ukuran kuantitatif kurang digunakan untuk memahami ini sehingga ukuran sangat bersifat kualitatif. Lapisan yang secara ekonomis masyarakat miskin akan membentuk kantong-kantong kebudayaan yang disebut dengan budaya kemiskinan dan demi kelangsungan hidup. Budaya kemiskinan dapat ditunjukkan dengan terlembaganya nilai-nilai seperti apatis, apolitis, fatalitis, kerentanan ketidakberdayaan dan lain-lain;

3. Dimensi Struktural atau Politik

<sup>2</sup> Suharto, Edi. 2010. *CSR & COMDEV*. Bandung: Alfabeta

<sup>3</sup> Nugroho, Riant. 2006. *Kebijakan Publik Untuk Negara-Negara Berkembang*. PT Elex Media Komputindo. Jakarta

Orang yang memahami kemiskinan ekonomi pada hakikatnya karena memahami kemiskinan struktural atau politik. Kemiskinan ini terjadi karena orang miskin tersebut tidak memiliki sarana dalam proses politik, tidak memiliki kekuatan politik, sehingga menduduki struktur sosial paling bawah.

Chambers<sup>4</sup> sebagaimana dikutip oleh Soetomo (2006:285) menyatakan bahwa kondisi kemiskinan yang dialami suatu masyarakat seringkali berkembang dan bertali-temali dengan berbagai faktor lain yang membentuk jaringan kemiskinan, dimana dalam proses berikutnya dapat memperteguh kondisi kemiskinan itu sendiri. Faktor-faktor yang diidentifikasi membentuk jaringan atau perangkat kemiskinan tersebut adalah kelemahan fisik, isolasi, kerentanan, dan ketidakberdayaan. Faktor kelemahan fisik dapat disebabkan karena kondisi kesehatan dan faktor gizi buruk, sehingga dapat mengakibatkan produktivitas kerja yang rendah. Faktor isolasi terkait dengan lingkup jaringan ineteraksi sosial yang terbatas, serta akses terhadap informasi, peluang ekonomi dan fasilitas pelayanan yang terbatas pula. Faktor kerentanan terkait dengan tingkat kemampuan yang rendah dalam menghadapi kebutuhan dan persoalan yang mendadak. Faktor ketidakberdayaan terkait dengan akses dalam pengambilan keputusan, akses terhadap penguasaan sumber daya dan posisi tawar (bargaining position).

Dalam rangka percepatan penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan program di bidang perlindungan sosial, sejak tahun 2007 Pemerintah Indonesia telah melaksanakan Program Bantuan Tunai Bersyarat

---

<sup>4</sup> Chambers, Robert. 1996. PRA: *Memahami Desa Secara Partisipatif*. Kanisius-Oxfam-Yayasan Mitra Tani. Yogyakarta

(BTB) yang saat ini dikenal dengan nama Program Keluarga Harapan (PKH).

Program Bantuan Tunai Bersyarat ini telah dilaksanakan di beberapa negara di dunia seperti Brasil, Kolombia, Nikaragua dan Meksiko<sup>5</sup> yang dikenal dengan Conditional Cash Transfers (CCT) dan program ini terbukti cukup berhasil dalam mengurangi beban dan penderitaan kelompok-kelompok sasarannya. penanggulangan kemiskinan tersebut.

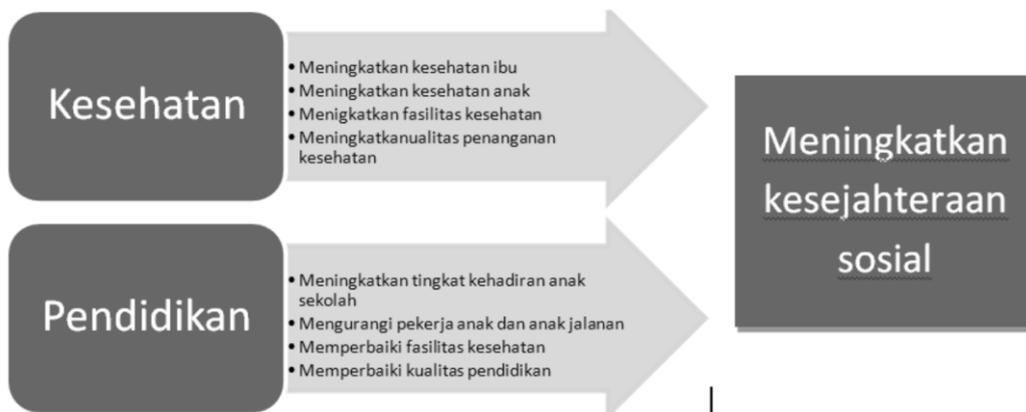
PKH adalah program perlindungan sosial yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dan bagi anggota keluarga RTSM diwajibkan melaksanakan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan.

Program ini dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban RTSM dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan.

Pelaksanaan PKH juga mendukung upaya pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium. Lima komponen Tujuan MDG's yang akan terbantu oleh PKH yaitu:

Pengurangan penduduk miskin dan kelaparan; Pendidikan Dasar; Kesetaraan Gender; Pengurangan Angka Kematian Bayi dan Balita (AKB); Pengurangan kematian ibu melahirkan.

<sup>5</sup> Desmiwati, "Conditional Cash Transfer Pembelajaran dari Amerika Latin untuk Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia, dalam [www.wongdesmiwati.wordpress.com](http://www.wongdesmiwati.wordpress.com)



Sumber: UPPKH-Kemensos, 2014

**Gambar 1.** Tujuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Secara garis besar, PKH merupakan program pemberian uang tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajibannya. Program semacam ini secara internasional dikenal sebagai program Conditional Cash Transfer (CCT). Program Bantuan Tunai Bersyarat ini telah dilaksanakan di beberapa negara dan cukup berhasil dalam penanggulangan kemiskinan.

Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (misalnya bagi anak usia sekolah), ataupun kehadiran di fasilitas kesehatan (misalnya bagi anak balita, atau bagi ibu hamil).

PKH tidak sama dengan atau bukan lanjutan program Subsidi Langsung Tunai (BLT) yang sudah berlangsung selama ini dalam rangka membantu rumah tangga miskin mempertahankan daya beli pada saat pemerintah melakukan penyesuaian harga BBM. PKH lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin

sekaligus sebagai upaya memotong rantai kemiskinan yang terjadi selama ini. Berdasarkan pengalaman negara-negara lain, program serupa sangat bermanfaat bagi keluarga miskin terutama dengan kemiskinan kronis.

PKH merupakan program bantuan dan perlindungan sosial yang termasuk dalam klaster pertama. Program ini merupakan bantuan tunai bersyarat yang berkaitan dengan persyaratan pendidikan dan kesehatan. Program ini diharapkan berkesinambungan dan mampu berkontribusi untuk mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs). Setidaknya ada 5 komponen MDGs yang didukung melalui PKH, yaitu pengurangan penduduk miskin ekstrem dan kelaparan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, dan pengurangan kematian ibu melahirkan.

### 1. Bantuan dan Perlindungan Sosial Kelompok Sasaran

Sasaran 19,1 juta RTS (Raskin, Program Keluarga Harapan, Bantuan Operasional Sekolah, dll), termasuk pemberian layanan khusus bagi 3,9 juta rumah tangga sangat miskin

### 2. Pemberdayaan Masyarakat

Program-program yang tergabung dalam PNPM.

Fokus:

5.720 kecamatan  
Bentuk:  
Bantuan langsung masyarakat Rp. 3 M per kecamatan

### 3. Pemberdayaan Usaha Mikro dan Kecil (UMK)

Sasaran:

Pelaku usaha mikro dan kecil.

Penyaluran KUR:

Diarahkan untuk kredit Rp. 5 juta kebawah.

Plus: penyaluran program pendanaan K/L

Sumber: Kementerian Kesra, 2010

Gambar 2: Klaster Program Penanggulangan Kemiskinan

Dengan PKH diharapkan RTSM peserta PKH (selanjutnya disebut RTSM) memiliki akses yang lebih baik untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar, yaitu: kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang selama ini melekat pada diri warga miskin.

Peserta PKH memiliki berbagai kewajiban yang harus dipenuhi khususnya kewajiban yang terkait dengan kesehatan dan pendidikan. Kewajiban kesehatan berkaitan dengan pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemeriksaan kesehatan, pemberian asupan gizi dan imunisasi anak balita, kewajiban pendidikan berkaitan dengan menyekolahkan anak ke sekolah dasar dan lanjutan (SD s.d SLTP). PKH akan memberi manfaat jangka pendek dan panjang. Untuk jangka pendek PKH akan memberikan *income effect* kepada RTSM melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga. Untuk jangka panjang memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan (*price effect* anak keluarga miskin); serta memberikan kepastian kepada si anak akan masa deapnnya (*insurance effect*).

Secara faktual dan menurut teori yang ada tingkat kemiskinan suatu rumah tangga secara umum terkait dengan tingkat kesehatan dan pendidikan. Rendahnya penghasilan keluarga sangat miskin menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan, untuk tingkat minimal sekalipun. Pemeliharaan kesehatan ibu sedang mengandung pada keluarga sangat miskin sering tidak memadai sehingga menyebabkan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan atau bahkan berdampak pada tingginya kematian bayi. Fakta menunjukkan, angka kematian bayi pada kelompok

penduduk berpendapatan terendah pada tahun 2007 adalah 56 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan pada kelompok berpendapatan tertinggi tinggal 26 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Angka kematian ibu di Indonesia juga tinggi, yaitu sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, atau tertinggi di Asia Tenggara (SDKI, 2007).

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

Sementara dari sisi supply, mengenai rendahnya akses RTSM terhadap pendidikan dan kesehatan antara lain adalah belum tersedianya pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terjangkau RTSM. Biaya pelayanan yang tidak terjangkau serta jarak antara tempat tinggal dan lokasi pelayanan yang relatif jauh merupakan tantangan utama bagi penyedia pelayanan pendidikan dan kesehatan.

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

berdampak pada berkurangnya anak usia sekolah RTSM yang bekerja.

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

Sejak tahun 2012, Program Keluarga Harapan (PKH) telah menjadi program nasional. Ada 2 (dua) pengertian program nasional, yaitu: pertama, program PKH telah menjangkau seluruh provinsi. Kedua, pelaksanaan PKH telah dilakukan secara bersama-sama oleh masing-masing kementerian dan lembaga sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing kementerian dan lembaga itu sendiri (Kementerian Sosial Republik Indonesia, 2013, h. 1-4)<sup>6</sup>.

Mengingat otonomi daerah keberadaan dan pelaksanaan PKH di daerah merupakan tanggung jawab dan tugas daerah juga, Kabupaten Probolinggo terpilih sebagai daerah uji coba pada tahun 2007, dengan ketentuan diantaranya komitmen daerah dengan membentuk tim koordinasi dan menjamin ketersediaan terhadap pelayanan pendidikan dan kesehatan yang mendukung PKH secara langsung terhadap pemberian dan penerimaan manfaat PKH (RTSM).

Pilot project di Kabupaten Probolinggo didasari oleh tingginya angka kemiskinan, yaitu peringkat ke-9 se-Jawa Timur (berdasarkan data BPS), termasuk tingginya angka kematian bayi dan balita, ibu melahirkan, dan tingginya angka putus sekolah. Masalah kemiskinan di Kabupaten Probolinggo yang antara lain ditandai oleh jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan dan penduduk yang rentan untuk jatuh ke bawah garis kemiskinan. Berdasarkan data yang dirilis BPS jumlah rumah tangga miskin di Kabupaten Probolinggo

<sup>6</sup> Kementerian Sosial Republik Indonesia, *Pedoman Operasional Kelembagaan PKH Tahun 2013*

tahun 2008 sebanyak 112.955 KK atau 305.100 jiwa dan secara berangsur-angsur turun sampai pada angka 231.920 pada tahun 2014.

Pemerintah daerah Kabupaten Probolinggo juga mendukung sisi supply dalam artian ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan serta pendidikan.

Untuk pelayanan kesehatan, pemerintah daerah memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada RTSM disarana kesehatan melalui sinergi program JPKMM/Askeskin. Sedangkan pada pelayanan pendidikan, pemerintah daerah melalui Dinas Pendidikan memprioritaskan anak-anak usia sekolah wajib belajar dari RTSM untuk memperoleh bea siswa miskin sehingga mereka dapat mengakses dan memperoleh pendidikan pada jenjang SD dan SLTP.

Pada Kabupaten Probolinggo, Program Keluarga Harapan dimulai pada tahun 2007. Dengan jumlah RTSM tahun 2007 sebanyak 15.356 dan mengalami penurunan pada tahun 2008 menjadi 14.366. Sedangkan di tahun 2009, jumlah RTSM meningkat tajam menjadi 19.249. Tahun berikutnya ada penurunan menjadi 18.459. Pada tahun 2011, jumlah RTSM menjadi 18.591 dan kondisi terakhir RTSM di tahun 2012 menjadi 19.711. Fluktuasi jumlah RTSM ini terjadi setiap tahun. Di tahun pertama dan kedua, peserta PHK sejumlah 13 Kecamatan. Pada tahun ketiga hingga kelima (2009-2011) jumlah peserta menjadi 20 Kecamatan. Dan di tahun 2012, peserta PKH menjadi 21 Kecamatan. Melihat perkembangan jumlah kecamatan maka tidak mengherankan apabila terjadi lonjakan yang cukup tajam ditahun ketiga PKH diluncurkan di Kabupaten Probolinggo.

Program PKH masuk di Kabupaten Probolinggo mulai tahun pertama yaitu tahun 2007. Dengan jumlah 18 desa, RTSM tergolong tinggi apabila dibandingkan dengan Kecamatan lainnya yaitu sebesar 1.154 pada tahun 2007

dan menjadi 1.022 pada akhir program ditahun 2012. Pengurangan sekitar 132 selama 5 tahun program berjalan dirasa sudah baik. Karena Kabupaten Probolinggo sudah memiliki Ibu Kota Kabupaten sendiri yaitu Kecamatan Kraksaan, diharapkan tingkat kesejahteraan masyarakat semakin meningkat. Karena saat ini, dukungan dari sisi supply di Kecamatan Kraksaan sudah tergolong yang paling tinggi diantara kecamatan-kecamatan lainnya mengingat jumlah fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikannya merupakan yang terbanyak. Dan tentunya diharapkan bagi kecamatan-kecamatan yang lain mampu mengikuti jejak kemajuan Kecamatan Kraksaan.

Sekilas, program ini membawa dampak baik berupa pengurangan jumlah RTSM yang dapat diartikan sebagai peningkatan kualitas hidup masyarakat miskin. Namun peneliti ingin lebih mendalami lagi dengan melihat fenomena dilapangan. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk mengajukan penelitian yang berjudul **“IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM RANGKA MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP MASYARAKAT (STUDI KASUS DI KABUPATEN PROBOLINGGO)”**.

Fokus penelitian ini adalah mendapatkan gambaran atau deskripsi riil di lapangan mengenai dampak pelaksanaan program keluarga harapan yang sudah berjalan sejak tahun 2007 hingga 2014. Secara sekunder, program dapat dikatakan sukses dan berhasil dengan baik, namun peneliti ingin lebih mendalami pada penerima program tersebut. Dampak apa yang paling dirasakan oleh warga miskin. Bagaimana persepsi mereka mengenai program ini dan apa saja kendala serta pendukungnya sehingga untuk peluncuran program ini dimasa mendatang, peneliti bisa melayangkan saran kepada Pemerintah Daerah

setempat untuk mereduksi faktor penghambat dan mengoptimalkan faktor pendukung.

## 1.2 Rumusan Masalah

Tujuan akhir berupa pengurangan angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta merubah perilaku RTSM yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan, diharapkan sudah menampakkan hasil di akhir tahun 2015 ini sebagai tahap pertama peluncuran program PKH.

Sejalan dengan pemaparan latar belakang sebelumnya, maka penelitian ini difokuskan untuk mengetahui:

1. Bagaimana implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat Kabupaten Probolinggo?
2. Faktor apa sajakah yang menjadi kendala bagi pelaksanaan program PKH di Kabupaten Probolinggo?

## 1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang telah dijabarkan di atas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk:

1. Mengetahui dan menganalisis implementasi program PKH dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat Kabupaten Probolinggo khususnya di bidang kesehatan dan pendidikan mengingat program tersebut telah berjalan selama 7 (tujuh) tahun mulai tahun 2007-2014 di Kabupaten Probolinggo.
2. Mengetahui faktor penghambat implementasi program PKH, sehingga kedepan bisa mereduksi faktor penghambat tersebut.

#### 1.4 Batasan Penelitian

Batasan masalah berguna untuk mengarahkan penelitian agar tidak melebar dan tetap fokus pada permasalahan yang dikemukakan. Batasan yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

Stakeholder adalah pihak terkait dalam pelaksanaan program PKH antara lain pihak penerima atau keluarga yang termasuk dalam kategori Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dan mediator dalam hal ini adalah personel UPPKH Kabupaten Probolinggo.

#### 1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai hasil yang telah dicapai di lapangan sehingga mampu memberikan sumbangan secara ilmiah baik bagi perkembangan ilmu pengetahuan di sektor publik maupun kebutuhan praktis bagi Pemerintah Daerah (Kabupaten Probolinggo) dalam menangani permasalahan-permasalahan yang terjadi dalam penyelenggaraan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo.

Sesuai dengan apa yang menjadi tujuan dari penelitian, maka hasil penelitian ini diharapkan mempunyai manfaat atau kegunaan sebagai berikut, yaitu:

##### 1. Manfaat Teoritis

Memberikan kajian yang lebih luas mengenai implementasi program PKH guna meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

##### 2. Manfaat Praktis

a. Media referensi bagi pihak-pihak yang berkaitan langsung dengan program PKH.

- b. Media referensi bagi pemerintah, baik pusat maupun daerah dalam menentukan kebijakan yang berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup masyarakat melalui program-program rakyat.
- c. Memberikan inspirasi dan tambahan wawasan bagi peneliti yang tertarik pada topik sejenis agar dapat mengembangkan secara luas dan mendalam.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bagian ini akan dikupas mengenai berbagai kajian teori yang berhubungan dengan topik penelitian diantaranya adalah mengenai implementasi, kemiskinan, PKH, dan peningkatan kualitas hidup masyarakat.

Pada bab ini juga akan dipaparkan hasil penelitian terdahulu dan kerangka pikir yang mendasari penelitian ini.

#### 2.1. Implementasi

##### 2.1.1 Konsep dan Definisi Implementasi

Pengertian implementasi menurut Daniel A. Mazmanian dalam (Widodo, 2006:88)<sup>9</sup> adalah bahwa:

“Implementasi merupakan pelaksanaan keputusan dasar yang biasanya dilakukan dalam bentuk undang-undang atau perintah maupun keputusan-keputusan eksekutif maupun badan peradilan”.

Biasanya keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang dihadapi, dan struktur dari proses implementasi. Proses ini normalnya melewati berbagai tahapan yaitu mengeluarkan peraturan dasarnya selanjutnya diikuti keputusan kebijakan dari pelaksana, dampak aktual, dan terakhir revisi terhadap aturan dasarnya. Selanjutnya Mazmanian dan Sabatier dalam Wahab (2008:65)<sup>10</sup> menyatakan bahwa:

<sup>9</sup> Widodo, Joko. 2006. *Membangun Birokrasi Berbasis Kinerja*. Bayumedia Publishing. Malang

<sup>10</sup> Wahab, Solichin Abdul. 2008. *Analisis Kebijakan; Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Sinar Grafika

“mempelajari masalah implementasi berarti berusaha untuk memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan, yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan program negara baik itu menyangkut usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat ataupun peristiwa-peristiwa”.

Tahap implementasi tidak akan dimulai sebelum tujuan dan sasaran ditetapkan terlebih dahulu yang dilakukan oleh formulasi program. Dengan demikian, tahap implementasi program terjadi hanya setelah undang-undang ditetapkan dan dana disediakan untuk membiayai implementasi program tersebut.

Implementasi program merupakan tahapan yang bersifat praktis dan dibedakan dari formulasi program yang dapat dipandang sebagai tahapan yang bersifat teoritis. Anderson dalam (Tachjan, 2006: 24) mengemukakan bahwa: “Implementasi program merupakan proses kegiatan administratif yang dilakukan setelah program ditetapkan/disetujui. Kegiatan ini terletak diantara perumusan program dan evaluasi program. Implementasi program mengandung logika yang top-down, maksudnya menurunkan atau menafsirkan alternatif-alternatif yang masih abstrak atau makro menjadi alternatif yang bersifat konkrit atau mikro”.

Tahapan implementasi sebuah program merupakan tahapan yang sangat penting karena tahapan ini menentukan keberhasilan dari sebuah program itu sendiri. Pentingnya implementasi kebijakan ditegaskan oleh pendapat Udoji dalam Agustino (2006:154) bahwa: “The execution of policies is as important than policy making. Policy will remain dreams or blue prints jackets unless they are implemented”. Tahapan implementasi perlu dipersiapkan dengan baik pada tahap perumusan dan pembuatan sebuah program. Secara etimologis, pengertian implementasi menurut Solichin Abdul Wahab adalah “konsep implementasi berasal dari bahasa Inggris yaitu to impelement (mengimplementasikan) berarti to provide the means for carrying out (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu) dan to give practical effect to

(untuk menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu)". (Webster Dalam Wahab, 2001)<sup>11</sup>.

Berdasarkan pengertian-pengertian menurut pendapat para ahli diatas, maka implementasi merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan.

Akan tetapi pemerintah dalam membuat sebuah program juga harus mengkaji terlebih dahulu apakah program tersebut dapat memberikan dampak yang buruk atau tidak bagi masyarakat. Hal itu bertujuan agar suatu program tidak bertentangan dengan masyarakat apalagi sampai merugikan masyarakat.

Sejauh mana pentingnya implementasi merupakan langkah konkrit dalam mencapai tujuan dari suatu program untuk publik. Implementasi suatu program untuk publik yang telah ditentukan tidak selalu mendapatkan secara persis tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Hal ini disebabkan karena dalam implementasi terdapat faktor yang mempengaruhi diluar program itu sendiri.

Selain itu kondisi dari lingkungan terutama masyarakat yang selalu dinamis menyebabkan implementasi belum tentu berhasil walau telah direncanakan secara matang.

Implementasi sering dilihat sebagai suatu proses yang penuh dengan muatan politik, dimana mereka yang berkepentingan berusaha semampu mungkin mempengaruhinya. Implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap selesai.

<sup>11</sup> Setyadi, Iwan Tritenty. 2005. Evaluasi Implementasi Proyek Inovasi

Pada prinsipnya ada “Empat Tepat” yang harus dipenuhi dalam keefektifan implementasi program, yaitu tepat secara kebijakan, tepat secara pelaksanaan, tepat target, dan tepat lingkungan. Tepat kebijakan dapat ditinjau dari apakah kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal untuk memecahkan masalah, apakah kebijakan sudah dirumuskan sesuai karakter masalah yang akan dipecahkan dan dibuat oleh lembaga yang mempunyai wewenang terhadap masalah yang akan dipecahkan. Tepat pelaksana maksudnya aktor yang terlibat tidaklah hanya pemerintah melainkan kerjasama antara masyarakat dan swasta. Definisi ketepatan target bukan hanya sekedar tepat secara sasaran namun yang hendak dijelaskan adalah apakah target sesuai dengan yang direncanakan dan tidak tumpang tindih dengan program lain. Kedua, kesiapan target secara fisik dan psikologis, serta apakah program ini bersifat baru atau memperbaiki program sebelumnya. Tepat lingkungan adalah ada dua lingkungan yang paling menentukan, yaitu lingkungan di dalam sasaran program dan lingkungan eksternal program. Lingkungan di dalam sasaran program adalah interaksi diantara lembaga perumus program dan pelaksana dengan lembaga lain yang terkait (Dwijowijoto, 2003).

Implementasi yang dimaksud dalam Program Keluarga Harapan adalah membantu mengurangi kemiskinan dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia pada kelompok masyarakat sangat miskin. Dalam jangka pendek, bantuan ini membantu mengurangi beban pengeluaran RTSM sedangkan untuk jangka panjang, dengan mensyaratkan keluarga penerima untuk menyekolahkan anaknya, melakukan imunisasi balita, memeriksakan kandungan bagi ibu hamil, dan perbaikan gizi, diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi

serta RTSM mampu memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.

### 2.1.2. Teori Implementasi

Teori Implementasi menurut George. C. Edwards<sup>12</sup> (1980) menjelaskan bahwa terdapat 4 (empat) variabel kritis dalam implementasi program diantaranya, komunikasi atau kejelasan informasi, konsistensi informasi (communications), ketersediaan sumber daya dalam jumlah dan mutu tertentu (resources), sikap dan komitmen dari pelaksana program atau kebijakan birokrat (disposition), dan struktur birokrasi atau standar operasi yang mengatur tata kerja dan tata laksana (bureaucratic structure). Variabel-variabel tersebut saling berkaitan satu sama lain untuk mencapai tujuan implementasi program.

Keempat variabel tersebut antara lain:

1. Komunikasi (Communication)  
Berkenaan dengan bagaimana sebuah program dikomunikasikan pada organisasi dan atau publik, ketersediaan sumber daya untuk melaksanakan program, sikap dan tanggap dari para pelaku yang terlibat, dan bagaimana struktur organisasi pelaksana program. Komunikasi dibutuhkan oleh setiap pelaksana program untuk mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Bagi suatu organisasi, komunikasi merupakan suatu proses penyampaian informasi, ide-ide diantara para anggota organisasi secara timbal balik dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Keberhasilan komunikasi ditentukan oleh 3 (tiga)

<sup>12</sup> George C. Edwards III, 1980, *Implementing Public Policy*, Quartely Press, Congressional.

indikator, yaitu penyaluran komunikasi, konsistensi komunikasi dan kejelasan komunikasi. Faktor komunikasi dianggap penting, karena dalam proses kegiatan yang melibatkan unsur manusia dan unsur sumber daya akan selalu berurusan dengan permasalahan “bagaimana hubungan yang dilakukan”.

## 2. Sumber Daya (Resources)

berkenaan dengan sumber daya pendukung untuk melaksanakan program yaitu :

- Sumber Daya Manusia

merupakan aktor penting dalam pelaksanaan suatu program dan merupakan potensi manusiawi yang melekat keberadaannya pada seseorang meliputi fisik maupun non fisik berupa kemampuan seorang pegawai yang terakumulasi baik dari latar belakang pengalaman, keahlian, keterampilan dan hubungan personal.

- Informasi

merupakan sumberdaya kedua yang penting dalam implementasi program. Informasi yang disampaikan atau diterima haruslah jelas sehingga dapat mempermudah atau memperlancar pelaksanaan program.

- Kewenangan

hak untuk mengambil keputusan, hak untuk mengarahkan pekerjaan orang lain dan hak untuk memberi perintah.

- Sarana dan Prasarana

merupakan alat pendukung dan pelaksana suatu kegiatan.

Sarana dan prasarana dapat juga disebut dengan perlengkapan yang dimiliki oleh organisasi dalam membantu para pekerja di dalam pelaksanaan kegiatan mereka.

- Pendanaan

membayai operasional implementasi program tersebut, informasi yang relevan, dan yang mencukupi tentang bagaimana cara mengimplementasikan suatu program, dan kerelaan atau kesanggupan dari berbagai pihak yang terlibat dalam implementasi program tersebut. Hal ini dimaksudkan agar para implementator tidak melakukan kesalahan dalam mengimplementasikan program tersebut.

### 3. Disposisi

Suatu disposisi dalam implementasi dan karakteristik, sikap yang dimiliki oleh implementor program, seperti komitmen, kejujuran, komunikatif, cerdas dan sifat demokratis. Implementor baik harus memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan program dengan baik seperti apa yang diinginkan dan ditetapkan oleh pembuat program. Implementasi program apabila memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat program, maka proses implementasinya menjadi tidak efektif dan efisien. Wahab (2010), menjelaskan bahwa disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki

disposisi yang baik, maka dia akan menjalankan program dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat program.

#### 4. Struktur Birokrasi (Bureaucratic Structure)

berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi program. Struktur birokrasi

menjelaskan susunan tugas dan para pelaksana program,

memecahkannya dalam rincian tugas serta menetapkan prosedur

standar operasi. Organisasi, menyediakan peta sederhana untuk

menunjukkan secara umum kegiatan-kegiatannya dan jarak dari

puncak menunjukkan status relatifnya. Garis-garis antara

berbagai posisi-posisi itu dibingkai untuk menunjukkan interaksi

formal yang diterapkan. Kebanyakan peta organisasi bersifat

hirarki yang menentukan hubungan antara atasan dan bawahan

dan hubungan secara diagonal langsung organisasi melalui lima

hal harus tergambar, yaitu; (1) jenjang hirarki jabatan-jabatan

manajerial yang jelas sehingga terlihat "Siapa yang

bertanggungjawab kepada siapa?"; (2) pelembagaan berbagai

jenis kegiatan operasional sehingga nyata jawaban terhadap

pertanyaan "Siapa yang melakukan apa?"; (3) Berbagai saluran

komunikasi yang terdapat dalam organisasi sebagai jawaban

terhadap pertanyaan "Siapa yang berhubungan dengan siapa dan

untuk kepentingan apa?"; (4) jaringan informasi yang dapat

digunakan untuk berbagai kepentingan, baik yang sifatnya

institusional maupun individual; (5) hubungan antara satu satuan

kerja dengan berbagai satuan kerja yang lain. Dalam

implementasi program, struktur organisasi mempunyai peranan yang penting. Salah satu dari aspek struktur organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (standard operating procedures/SOP). Fungsi dari SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni birokrasi yang rumit dan kompleks. Hal demikian pada gilirannya menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

Namun kembali lagi, dari berbagai variabel implementasi program yang telah disebutkan tetap dipengaruhi oleh faktor pendukung maupun penghambat yang terdapat di lapangan. Dalam setiap implementasi sebuah program selalu dipengaruhi oleh hal-hal yang dapat menyebabkan berhasil atau tidaknya sebuah implementasi program. Randal B. Ripley dan Grace A. Franklin<sup>13</sup> menuliskan tentang dua pendekatan untuk menilai implementasi program yaitu :

1. Compliance (Kepatuhan)

Tingkat keberhasilan implementasi program dapat diukur dengan melihat tingkat kepatuhan (baik tingkat kepatuhan bawahan kepada atasan atau kepatuhan implementator terhadap peraturan) dalam mengimplementasikan sebuah program. Kepatuhan tersebut mengacu pada perilaku implementator itu sendiri sesuai dengan standart dan prosedur serta aturan yang diterapkan. Implementasi program akan berhasil apabila para implementatornya mematuhi aturan-aturan yang diberikan. Berdasarkan hal tersebut terdapat 2

<sup>13</sup> Randall B. Ripley & Grace A. Franklin, *Policy Implementation and Burreaucracy*, The Dorsey Press, Chicago, Illinois, 1986, hlm. 11.

(dua) indikator dalam pendekatan kepatuhan yaitu Perilaku Implementator dan Pemahaman Implementator.

## 2. What's Happening and Why (Apa yang Terjadi dan Mengapa?)

Pendekatan ini melihat bagaimana implementasi berlangsung serta untuk melihat faktor-faktor penyebab yang mempengaruhi suatu program. Ripley dan Franklin menjelaskan bahwa indikator untuk pendekatan ini yaitu:

### a. Banyaknya Aktor yang Terlibat

Proses implementasi melibatkan banyak aktor, Dengan kata lain, semakin kompleks suatu program yang dijalankan oleh Pemerintah maka semakin banyak aktor yang terlibat. Pelaksana program harus memiliki keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakan pekerjaan. Kurangnya personil yang terlatih dengan baik akan menghambat pelaksanaan program. Ada beberapa hal yang menjelaskan lebih lanjut mengenai indikator ini yaitu jumlah dan identitas, peran dari pihak yang berkepentingan dan ketiadaan hierarki.

### b. Kejelasan Tujuan

Kejelasan dan konsistensi tujuan dapat dipahami sebagai kejelasan isi program. Semakin jelas dan rinci isi sebuah program maka program tersebut akan mudah diimplementasikan karena implementator mudah memahami dan menerjemahkan dalam tindakan nyata, sebaliknya ketidakjelasan isi program merupakan potensi lahirnya distorsi dalam implementasi program.

c. Perkembangan dan Kerumitan Program

Kerumitan program dilihat dari tingkat kerumitan aturan program yang bersangkutan. Dinamisnya petunjuk pelaksanaan yang dibuat akan mempengaruhi berhasil atau tidaknya program untuk diimplementasikan.

d. Partisipasi pada Semua Unit Pemerintahan

Partisipasi pada semua unit pemerintahan yang dimaksud adalah partisipasi dari semua aktor yang terlibat dalam implementasi program tersebut.

e. Faktor-Faktor yang Tidak Terkendali yang Mempengaruhi Implementasi

Faktor yang tidak terkendali ini yaitu apakah ada faktor-faktor di luar teknis yang telah melampaui batas kontrol dari implementator yang secara tidak langsung berhubungan dengan pengimplementasian program, sehingga dapat menghambat bahkan menggagalkan implementasi program yang telah dirancang sebelumnya.

### 2.1.3. Konsep Implementasi Program

Program di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia didefinisikan sebagai rancangan mengenai asas-asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan. Program merupakan upaya yang berwenang untuk mencapai tujuan. Menurut Charles O. Jones (Siti Erna Latifi Suryana, 2009:28) ada tiga pilar aktifitas dalam mengoperasikan program yaitu:

1. Pengorganisasian

Struktur organisasi yang jelas diperlukan dalam mengoperasikan program sehingga tenaga pelaksana dapat terbentuk dari sumber daya manusia yang kompeten dan berkualitas.

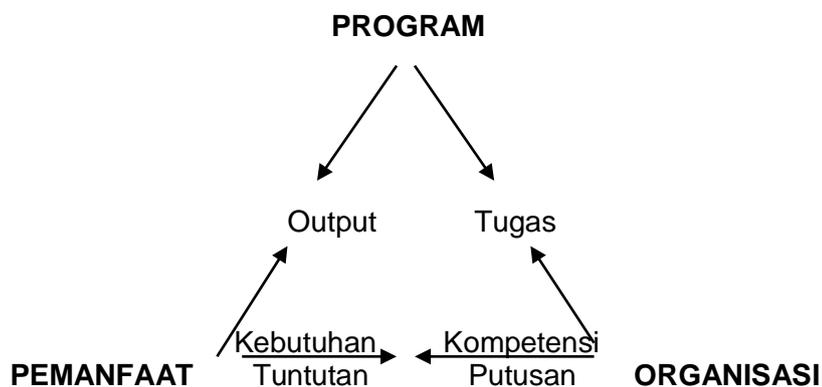
2. Interpretasi

Para pelaksana harus mampu menjalankan program sesuai dengan petunjuk teknis dan petunjuk pelaksana agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

3. Penerapan atau Aplikasi

Perlu adanya pembuatan prosedur kerja yang jelas agar program kerja dapat berjalan sesuai dengan jadwal kegiatan sehingga tidak berbenturan dengan program lainnya.

Salah satu model implementasi program yakni model yang diungkapkan oleh David C. Korsten. Model ini memakai pendekatan proses pembelajarandan lebih dikenal dengan model kesesuaian implementasi program. Model kesesuaian Korsten digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3. Model Kesesuaian Implementasi Program

<sup>14</sup> Haedar Akib dan Antonius Tarigan (2000:12). Artikulasi Konsep Implementasi Kebijakan: Perspektif, Model Dan Kriteria Pengukurannya, Jurnal Kebijakan Publik

pelaksanaan program, dan kelompok sasaran program. Korten menyatakan bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program. Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaat, yaitu kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat). Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara tugas yang disyaratkan oleh program dengan kemampuan organisasi pelaksana. Ketiga, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh output program dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program.

Berdasarkan pola yang dikembangkan Korten, dapat dipahami bahwa kinerja program tidak akan berhasil sesuai dengan apa yang diharapkan kalau tidak terdapat kesesuaian antara tiga unsur implementasi program. Hal ini disebabkan apabila output program tidak sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran, jelas output tidak dapat dimanfaatkan. Jika organisasi pelaksana program tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang disyaratkan oleh program, maka organisasinya tidak dapat menyampaikan output program dengan tepat. Oleh karena itu, kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan mutlak diperlukan agar program berjalan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Terkait landasan dan mutu implementasi, menurut Islamy<sup>15</sup>, untuk

bisa melihat apakah proses implementasi telah berjalan dengan baik ada kriteria yang perlu diperhatikan, beberapa diantaranya yakni :

1. Apakah unit pelaksana teknis telah disiapkan ?
2. Apakah pelaksana program telah mengerti akan rencana, tujuan dan sasaran kebijakan ?
3. Apakah aktor-aktor utama telah ditetapkan dan siap menerima tanggung jawab pelaksanaan program tersebut ?
4. Apakah koordinasi pelaksanaan telah dilakukan dengan baik ?
5. Apakah hak dan kewajiban, kekuasaan dan tanggung jawab telah diberikan dan dipahami serta dilaksanakan dengan baik oleh pelaksana program ?
6. Apakah kriteria penilaian keberhasilan pelaksanaan program telah ada, jelas dan diterapkan dengan baik ?

Berbagai pertanyaan diatas dapat menjadi bahan pedoman dalam proses pengumpulan data dalam upaya untuk mendeskripsikan pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo.

Kesimpulannya program merupakan interpretasi dari sebuah rencana Pemerintah yang berisi kumpulan instruksi, yang dibuat untuk memperbaiki permasalahan yang sedang berkembang. Program harus ada dalam mengimplementasikan suatu rencana. Program pemerintah yang menjadi fokus kajian penelitian ini yakni Program Keluarga Harapan yang merupakan salah satu komponen untuk peningkatan kualitas hidup masyarakat.

<sup>15</sup> Maryono, *Menakar Kebijakan RSBI: Analisis Kritis Studi Implementasi*, 2014, hlm. 43

## 2.2. Kemiskinan

### 2.2.1. Pengertian Kemiskinan

Bagaimanapun, pembangunan harus menempatkan manusia sebagai pusat perhatian atau sebagai subjek yang berperan aktif, sedangkan proses pembangunannya harus menguntungkan semua pihak. Dalam masalah ini, kemiskinan, kelompok rentan, dan semakin meningkatnya pengangguran perlu mendapat perhatian utama. Permasalahan tersebut membawa pengaruh negatif, seperti semakin melonggarnya ikatan-ikatan sosial dan melemahnya nilai-nilai, serta hubungan antar manusia.

Supriatna (1997:90)<sup>16</sup> menyatakan bahwa kemiskinan adalah situasi yang serba terbatas yang terjadi bukan atas kehendak orang yang bersangkutan. Suatu penduduk dikatakan miskin bila ditandai oleh rendahnya tingkat pendidikan, produktivitas kerja, pendapatan, kesehatan dan gizi serta kesejahteraan hidupnya, yang menunjukkan lingkaran ketidakberdayaan. Kemiskinan bisa disebabkan oleh terbatasnya sumber daya manusia yang ada, baik lewat jalur pendidikan formal maupun nonformal yang pada akhirnya menimbulkan konsekuensi terhadap rendahnya pendidikan informal.

Lebih lanjut Emil Salim (dalam Supriatna, 1997: 82) mengemukakan lima karakteristik penduduk miskin. Kelima karakteristik penduduk miskin tersebut adalah: 1) Tidak memiliki faktor produksi sendiri, 2) Tidak mempunyai kemungkinan untuk memperoleh aset produksi dengan kekuatan sendiri, 3) Tingkat

<sup>16</sup> Supriatna, Tjahya. 1997. *Strategi Pembangunan dan Kemiskinan*. P.T. Rineka Cipta. Jakarta

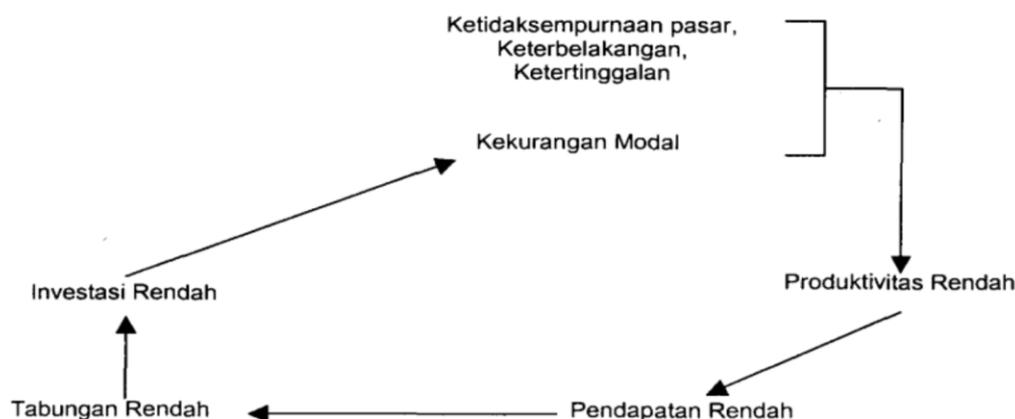
pendidikan pada umumnya rendah, 4) Banyak di antara mereka yang tidak mempunyai fasilitas, dan 5) Di antara mereka berusia relatif muda dan tidak mempunyai keterampilan atau pendidikan yang memadai.

Untuk memecahkan masalah ini, perlu kebijaksanaan yang tepat dengan mengidentifikasi golongan masyarakat yang hidup di bawah garis kemiskinan berikut karakteristiknya lebih dulu. Umumnya, suatu keadaan disebut miskin bila ditandai oleh kekurangan atau tidak mampu memenuhi tingkat kebutuhan dasar manusia. Kemiskinan tersebut meliputi tidak terpenuhinya kebutuhan dasar yang mencakup aspek primer dan sekunder. Aspek primer berupa miskinnya aset pengetahuan dan keterampilan, sedangkan aspek sekunder berupa miskinnya jaringan sosial, sumber-sumber keuangan, dan informal, seperti kekurangan gizi, air, perumahan, perawatan kesehatan yang kurang baik dan pendidikan yang relatif rendah.

Oleh karena itu, komitmen dan konsistensi pemerintah dalam meningkatkan pertumbuhan ekonomi (economic growth) dengan cara-cara yang adil tanpa mengecualikan masyarakat miskin akan meningkatkan keterpaduan sosial dengan politik yang didasari oleh hak-hak asasi manusia, nondiskriminasi, dan memberikan perlindungan kepada mereka yang kurang beruntung merupakan hakikat paradigma pembangunan sosial.

### 2.2.2. Sebab-Sebab Terjadinya Kemiskinan

Kuncoro (1997:131)<sup>17</sup> mencoba mengidentifikasi penyebab kemiskinan dipandang dari sisi ekonomi. Pertama, secara mikro, kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumberdaya yang menimbulkan distribusi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumberdaya dalam jumlah terbatas dan kualitasnya rendah. Kedua, kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumberdaya manusia. Kualitas sumberdaya manusia yang rendah berarti produktivitasnya rendah, yang pada gilirannya upahnya rendah. Rendahnya kualitas sumberdaya manusia ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, atau karena keturunan. Ketiga, kemiskinan muncul akibat perbedaan akses dalam modal. Muara dari penyebab-penyebab kemiskinan dijelaskan pada gambar berikut :



Dikutip dari Kuncoro, (1997:132)

Gambar 4. Lingkaran Setan Kemiskinan (vicious cycle of poverty)

Dan uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa faktor penyebab terjadinya kemiskinan adalah adanya faktor internal berupa kebutuhan

<sup>17</sup> Kuncoro, Mudrajad, 1997. *Ekonomi Pembangunan*. UPP AMP YKPN. 1997. Yogyakarta

yang segera harus terpenuhi namun tidak memiliki kemampuan yang cukup dalam berusaha mengelola sumber daya yang dimiliki (keterampilan tidak memadai, tingkat pendidikan yang minim dan lain-lain). Faktor eksternal berupa bencana alam seperti halnya krisis ekonomi ini, serta tidak adanya pemihakan berupa kebijakan yang memberikan kesempatan dan peluang bagi masyarakat miskin.

### 2.2.3 Karakteristik Kemiskinan

Soemardjan (dalam Sumodiningrat 1999:81)<sup>18</sup>, mendeskripsikan berabagai cara pengukuran kemiskinan dengan standar yang berbeda-beda, dengan tetap memperhatikan dua kategori tingkat kemiskinan, sebagai berikut: Pertama, kemiskinan absolut adalah suatu kondisi dimana tingkat pendapatan seseorang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan pokoknya seperti pangan, sandang, papan, kesehatan dan pedidikan; Kedua, kemiskinan relatif adalah penghitungan kemiskinan berdasarkan proporsi distribusi pendapatan dalam suatu daerah. Kemiskinan jenis ini dikatakan relatif kerana berkaitan dengan distribusi pendapatan antar lapisan sosial.

Moeljarto (1995:98)<sup>19</sup> mengemukakan tentang Poverty Profile sebagaimana berikut: Masalah kemiskinan bukan saja masalah welfare akan tetapi mengandung enam buah alasan antara lain : (a) Masalah kemiskinan adalah masalah kerentanan. (b) Kemiskinan berarti tertutupnya akses kepada berbagai peluang kerja karena

<sup>18</sup> Sumodiningrat, Gunawan. 1999. *Pemberdayaan Msyarakat dan Jaring Pengaman Sosial*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta

<sup>19</sup> Moeljarto, Tjokroaminoto. 1995. *Politik Pembangunan Sebuah Analisis, Konsep Arah dan Strategi*. Tiara Wacana. Yogyakarta.

hubungan produksi dalam masyarakat tidak memberi peluang kepada mereka untuk berpartisipasi dalam proses produksi. (c) Masalah ketidakpercayaan, perasaan impotensi, emosional dan sosial dalam menghadapi elit desa dan para birokrat yang menentukan keputusan menyangkut dirinya tanpa memberi kesempatan untuk mengaktualisasikan diri, sehingga membuatnya tidak berdaya. (d) Kemiskinan juga berarti menghabiskan sebagian besar penghasilannya untuk konsumsi pangan dalam kualitas dan kuantitas terbatas. (e) Tingginya rasio ketergantungan, karena jumlah keluarga yang besar. (f) Adanya kemiskinan yang diwariskan secara terus menerus.

Pemahaman terhadap karakteristik kemiskinan dimaksudkan agar dapat pula mengetahui strategi program yang bagaimana yang relevan dengan upaya penanggulangan kemiskinan tersebut.

#### **2.2.4. Strategi Penanggulangan Kemiskinan**

Upaya lain untuk menanggulangi masalah kemiskinan adalah partisipasi aktif seluruh masyarakat melalui sebuah gerakan yang massif. Gerakan ini dilakukan untuk menghilangkan kesan bahwa upaya penanggulangan kemiskinan “hanya” merupakan tanggung jawab pemerintah. Partisipasi aktif masyarakat juga menunjukkan bahwa mereka memiliki empati yang dalam yang dibangun dari prinsip silih asih, silih asuh dan silih asah. Kepedulian pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan dapat dilihat melalui Program Keluarga Harapan yang dicanangkan pemerintah sejak tahun 2007.

Program Keluarga Harapan merupakan upaya penanggulangan kemiskinan yang terpadu dan menyeluruh yang dilakukan pemerintah pusat dan daerah, kalangan swasta, lembaga swadaya masyarakat (NGO), dan organisasi masyarakat, masyarakat luas, serta keluarga miskin itu sendiri. Sebagai upaya konkrit kearah itulah maka sejak tahun 2007 diimplementasikan kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) yang secara substantif menggugah partisipasi aktif masyarakat dalam ikut serta dalam gerakan penanggulangan kemiskinan.

Sementara itu Rondinelli, (1990:91)<sup>20</sup> mengemukakan ada tiga strategi dasar program yang bertujuan untuk membantu penduduk miskin yakni: 1. Bantuan disalurkan ke tempat dimana mayoritas orang miskin hidup, melalui program pembangunan desa terpadu atau proyek produksi pelayanan yang berorientasi pada penduduk desa. 2. Bantuan dipusatkan untuk mengatasi cacat standar kehidupan orang-orang miskin melalui program kebutuhan dasar manusia. 3. Bantuan dipusatkan pada kelompok yang mempunyai ciri sosio ekonomi yang sama yang mendorong atau mempertahankan mereka untuk terus berkubang di dalam lingkaran kemiskinan melalui proyek yang dirancang bagi masyarakat tertentu.

<sup>20</sup> Rondinelli, A. Dennis. 1990. *Proyek Pembangunan Sebagai Manajemen Terpadu: Pendekatan Adaaktif Terhadap Pelayanan Publik*. Bumi Aksara. Jakarta

## 2.3. Program Keluarga Harapan (PKH)

### 2.3.1. Pengertian

Program Keluarga Harapan adalah program yang memberikan bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang telah ditetapkan sebagai peserta PKH. Agar memperoleh bantuan, peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan dan komitmen yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan.



**Gambar 5.** Logo Program Keluarga Harapan (PKH)

PKH merupakan program pemberian uang tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajibannya. Program semacam ini secara internasional dikenal sebagai program Conditional Cash Transfer (CCT). Program Bantuan Tunai Bersyarat ini telah dilaksanakan di beberapa negara dan cukup berhasil dalam penanggulangan kemiskinan. Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (misalnya bagi anak usia sekolah),

ataupun kehadiran di fasilitas kesehatan (misalnya bagi anak balita, atau bagi ibu hamil).

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

### 2.3.2 Dasar dan Tujuan Program Keluarga Harapan

#### a. Dasar Program Keluarga Harapan

Yang dimaksud dengan dasar adalah landasan tempat berpijak atau sandaran dari pada dilakukannya suatu perbuatan. Dengan demikian, yang dijadikan landasan suatu perbuatan itu harus mempunyai kekuatan hukum sehingga suatu tindakan dapat dipertanggung jawabkan keabsahannya<sup>21</sup>.

Untuk menjamin keberlangsungan suatu usaha atau kegiatan diperlukan dasar atau landasan hukum yang kuat, sehingga yang dimaksud dengan dasar program keluarga harapan di sini adalah landasan tempat berpijak atau bersandar dari dikembangkannya sebuah program tersebut.

<sup>21</sup> H. Abu Ahmadi, 1991, Ilmu Pendidikan, diterbitkan oleh Rineka Cipta di Jakarta, h. 190.

Adapun landasan hukum pelaksanaan program keluarga harapan berpedoman pada perundang-undangan yang berlaku sebagai berikut<sup>22</sup>:

1. Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
2. Undang-undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin;
3. Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan;
4. Inpres Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan;
5. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku ketua Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan, Nomor: 31/KEP/MENKO/-KESRA/IX/2007 tentang Tim Pengendali Program Keluarga Harapan tanggal 21 September 2007;
6. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 02A/HUK/2008 tentang Tim Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Tahun 2008 tanggal 8 Januari 2008;
7. Keputusan Gubernur tentang Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) Provinsi/TKPKD;
8. Keputusan Bupati/Walikota tentang Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) Kabupaten/Kota/TKPKD;

<sup>22</sup> Materi Diklat Pendamping PKH, 2012, Yogyakarta.

9. Surat Kesepakatan Bupati/Walikota untuk Berpartisipasi dalam Program Keluarga Harapan.

Landasan hukum yang dipaparkan diatas merupakan acuan dalam melaksanakan Program Keluarga Harapan agar kemudian dapat mensinergikan antara upaya penanggulangan kemiskinan baik di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten. Karena penanggulangan kemiskinan tidak akan berhasil apabila dilakukan tanpa koordinasi dengan segala tingkat pemerintahan baik itu pemerintahan Pusat, Provinsi dan Daerah.

b. Tujuan Program Keluarga Harapan

Tujuan Program Keluarga Harapan adalah hasil yang diharapkan oleh Pemerintah Pusat. Namun tujuan dari Program Keluarga Harapan itu sendiri dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun tujuan-tujuan Program Keluarga Harapan adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Tujuan umum PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta merubah perilaku RTSM yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target Millenium Development Goals.

2. Tujuan Khusus

Adapun secara khusus tujuan dari Program Keluarga Harapan antara lain sebagai berikut:

- a. Meningkatkan status sosial ekonomi RTSM;
- b. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, anak dibawah lima tahun (balita) dan anak prasekolah anggota Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) / Keluarga Sangat Miskin (KSM);
- c. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi Peserta RTSM;
- d. Meningkatkan taraf pendidikan Peserta RTSM.



**Gambar 6.** Manfaat Bagi Peserta PKH

### 2.3.3 Pelaksanaan PKH

Teknis pelaksanaan PKH didasarkan pada 3 (tiga) hal, yaitu:

- Verifikasi, yang merupakan esensi utama dari PKH. Kegiatan verifikasi mengecek kepatuhan dan kepatutan dari peserta apakah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan atau tidak;

- PKH melaksanakan pemotongan bantuan tunai bagi keluarga yang tidak mematuhi kewajiban yang telah ditetapkan Peserta PKH mengetahui persis bahwa mereka harus memenuhi sejumlah kewajiban untuk dapat menerima bantuan tunai. Peserta adalah elemen penting dalam program ini. Pengetahuan atas kewajiban ini yang menjadi dasar perubahan perilaku keluarga dan anggota keluarga di bidang pendidikan dan kesehatan;
- Peserta PKH mengetahui persis bahwa mereka harus memenuhi sejumlah kewajiban untuk dapat menerima bantuan tunai. Peserta adalah elemen penting dalam program ini. Pengetahuan atas kewajiban ini yang menjadi dasar perubahan perilaku keluarga dan anggota keluarga di bidang pendidikan dan kesehatan.

Program Keluarga Harapan (PKH) diharapkan dilaksanakan secara berkelanjutan yang dimulai dengan uji coba di 7 provinsi pada tahun 2007. Uji coba ini dimaksudkan untuk menguji instrumen yang terkait dan diperlukan dalam pelaksanaan PKH, seperti antara lain metode penentuan sasaran, validasi data, verifikasi persyaratan, mekanisme pembayaran, pengaduan masyarakat, proses pendampingan, dan lain-lain. Sampai dengan tahun 2011, pelaksanaan PKH telah dikembangkan di 25 provinsi, 118 Kabupaten/Kota dengan target peserta PKH mencapai 1.116.000 RTSM.

PKH diharapkan dapat dilaksanakan di seluruh provinsi sesuai target dan komitmen MDGs. Selama periode ini, target penerima PKH

akan ditingkatkan secara bertahap hingga mencakup seluruh RTSM

sebagaimana terlampir dalam tabel berikut ini:

**Tabel 1**  
**Target Sasaran Penerima PKH Hingga Tahun 2018**

Tahun	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tahun 1	392,000	392,000	392,000	392,000	392,000	392,000	Exit	Exit	Exit	Exit	Exit	Exit
Tahun 2		224,000	224,000	224,000	224,000	224,000	224,000	Exit	Exit	Exit	Exit	Exit
Tahun 3			120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	Exit	Exit	Exit	Exit
Tahun 4				76,000	76,000	76,000	76,000	76,000	76,000	Exit	Exit	Exit
Tahun 5/1					190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	Exit	Exit
Tahun 5/2					116,000	116,000	116,000	116,000	116,000	116,000	116,000	Exit
Tahun 6						500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
Tahun 7						600,000	600,000	600,000	600,000	600,000	600,000	600,000
Total RTSM	392,000	616,000	736,000	812,000	1,116,000	1,516,000	2,400,000	3,000,000	1,482,000	1,406,000	1,216,000	1,100,000
Total Biaya	1T	1,1T	1,1T	1,3T	1,6T	1,8T	3,2T	4,2T	2,68T	2,53T	1,74T	0,95T

*Catatan:*

- *Menggunakan asumsi rumah tangga sangat miskin RTSM dan miskin sebesar 6,5 juta RTSM yang memiliki anak usia 0-15 tahun (data diolah dari data Susenas 2005).*
- *Biaya dihitung berdasarkan rata-rata bantuan tunai sebesar Rp. 1.390.000 per RTSM/tahun serta kegiatan administrasi dan pendukung (survey, sosialisasi, pelatihan pendamping dan sebagainya).*

Pada rencana awal pelaksanaan PKH telah disusun tahapan cakupan penerima termasuk pendanaannya yang dimulai sejak tahun 2007 hingga setidaknya 2015. Dalam proses perjalanan PKH hingga 2009 target tersebut belum dapat tercapai karena berbagai alasan antara lain kesiapan daerah, kesiapan pengelolaan program dan keterbatasan dana APBN. Dalam rangka memperluas cakupan sasaran,

pengembangan PKH tetap dilaksanakan khususnya pada perluasan kecamatan di provinsi yang telah melaksanakan PKH

### 2.3.4 Ketentuan peserta PKH

Peserta PKH adalah rumah tangga sangat miskin yang sesuai dengan kriteria BPS dan memenuhi satu atau beberapa kriteria program, yaitu:

- Memiliki ibu hamil/nifas, dan atau
- Memiliki anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD, dan atau
- Memiliki anak usia SD dan SMP dan anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.

Setiap peserta PKH diberikan kartu peserta PKH sebagai bukti kepesertaan atas nama perempuan dewasa (ibu, nenek, bibi) yang mengurus RTSM. Kartu tersebut digunakan untuk menerima bantuan PKH. Sesuai dengan pedoman pelaksanaan Jamkesmas tahun 2009, kartu PKH dapat berfungsi sebagai kartu Jamkesmas untuk seluruh keluarga penerima PKH.

Kepesertaan PKH tidak menutup kemungkinan pada keikutsertaannya pada program-program pemerintah lainnya yang termasuk pada klaster I, seperti: Jamkesmas, BOS, Raskin dan BLT.

**2.3.5. Hak dan Kewajiban peserta PKH**

**a) Kewajiban Penerima PKH**

Ada beberapa kewajiban RTSM penerima PKH yang harus dipenuhi sebagai peserta PKH, meliputi:

**1. Berkaitan dengan Kesehatan**

- RTSM yang sudah ditetapkan menjadi peserta PKH dan memiliki kartu PKH, wajib memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan, seperti pada tabel 2.2.
- Adapun peserta PKH yang dikenakan persyaratan kesehatan adalah RTSM yang memiliki ibu hamil/nifas, anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD.

**Tabel 2**  
**Protokol Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta PKH**

Sasaran	Persyaratan ( kewajiban peserta )
Ibu Hamil	Melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan (antenatal care) sebanyak minimal 4 kali yaitu 1 kali di trimester pertama, 1 kali di trimester kedua, 2 kali di trimester ketiga) selama masa kehamilan dan mendapatkan suplemen tablet yang mengandung zat besi (Fe).
Ibu Melahirkan	Proses kelahiran bayi harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
Ibu Nifas	Ibu yang telah melahirkan harus melakukan pemeriksaan dan diperiksa kesehatannya setidaknya 2 kali sebelum bayi mencapai usia 28 hari (minggu I, IV, VI setelah melahirkan).

Bayi usia 0-11 bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi Baru Lahir (BBL) harus mendapat IMD (Inisiasi Menyusui Dini), pemeriksaan segera saat lahir, menjaga bayi tetap hangat, Vitamin K, salep mata, konseling menyusui;</li> <li>• Bayi usia 0-28 hari ( neonatus ) harus diperiksa kesehatannya sebanyak 3 kali, pemeriksaan pertama pada 6-48 jam, kedua: 3-7 hari, ketiga: 8-28 hari. Bayi usia 0-6 bulan harus diberikan ASI eksklusif (ASI saja);</li> <li>• Bayi usia 0-11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.</li> </ul>
Bayi usia 6-11 bulan	Bayi usia 6-11 bulan harus mendapatkan Vitamin A minimal sebanyak 2 kali dalam setahun yaitu bulan Februari dan Agustus.
Anak usia 1-5 tahun	Anak berusia 1-5 tahun perlu mendapatkan imunisasi tambahan dan dimonitor tumbuh kembang dengan melakukan penimbangan secara rutin setiap 1 bulan 1 kali.
Anak usia 5-6 tahun	Melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 bulan sekali untuk memantau tumbuh kembangnya dan mengikuti program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) apabila di lokasi / posyandu terdekat terdapat fasilitas PAUD

Sumber : Buku Pedoman Umum Program Keluarga Harapan 2007:6

Fasilitas yang disediakan adalah:

- Puskesmas, Pustu (Puskesmas Pembantu), Polindes (Pondok Bersalin Desa), Posyandu (Pos Pelayanan Keluarga Berencana-Kesehatan Terpadu);
- Dokter, Bidan, Petugas Gizi, Kader, Perawat;
- Bidan kit, Posyandu kit, Antropometri kit, Imunisasi,kit;
- Tablet Fe (zat besi), Vitamin A, obat-obatan dan bahan-bahan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir;
- Vitamin BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B, TT Ibu Hamil;
- Buku Register (Kartu Menuju Sehat).

## 2. Berkaitan dengan Pendidikan

Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan berkaitan dengan pendidikan jika memiliki anak berusia 7-15 tahun. Anak peserta

PKH tersebut harus didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan

(SD/MI/SDLB/Salafiyah Ula/Paket A atau

SMP/MTs/SMLB/Salafiyah Wustha/Paket B termasuk SMP/MTs

Terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 persen dari

hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung.

Apabila ada anak yang berusia 5-6 tahun yang sudah masuk

sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan

dikenakan persyaratan pendidikan seperti anak peserta PKH

lainnya.

Jika peserta PKH memiliki anak usia 15-18 tahun yang belum

menyelesaikan pendidikan dasar, maka peserta diwajibkan

mendaftarkan anak tersebut ke satuan pendidikan yang

menyelenggarakan program Wajib Belajar 9 tahun/pendidikan

kesetaraan. Apabila anak yang bersangkutan bekerja/pekerja

anak atau telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup

lama, maka anak tersebut harus mengikuti program remedial

untuk mempersiapkannya kembali ke satuan pendidikan. Dalam

rangka pelaksanaan remedial dimaksud satuan pendidikan harus

menyediakan program remedial. Apabila anak yang bersangkutan

dengan usia tersebut diatas masih buta aksara, maka diwajibkan

untuk mengikuti pendidikan keaksaraan fungsional di Pusat

Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) terdekat.

b) Hak Penerima PKH

Secara umum, hak bagi peserta PKH adalah:

- Menerima bantuan uang tunai;
- Menerima pelayanan kesehatan (bagi ibu dan bayi) di Puskesmas, Posyandu, Polindes, dan lain-lain sesuai ketentuan yang berlaku;
- Menerima pelayanan pendidikan bagi anak usia wajib belajar Pendidikan Dasar 9 tahun sesuai ketentuan yang berlaku.

Hak-hak bagi peserta penerima PKH diatas tentunya akan diberikan dengan memperhatikan faktor kelayakan dan kepatutan dari peserta penerima PKH itu sendiri apakah ia memenuhi persyaratan yang telah ditentukan atau tidak. Hak-hak tersebut akan gugur apabila peserta penerima PKH terbukti tidak memenuhi persyaratan atau melakukan kecurangan dalam proses pendataan peserta oleh UPPKH di daerah penerima PKH tersebut.

Semua peserta WAJIB menjalankan kewajiban. Apabila tidak memenuhi kewajiban, maka jumlah bantuan yang diterima akan dikurangi bahkan bantuan dapat dihentikan.

Peserta PKH berhak mendapatkan besaran bantuan per RTSM dengan mengikuti skenario bantuan seperti yang tersaji pada tabel berikut:

**Tabel 3**  
Skenario Besar Bantuan PKH

Skenario Bantuan	Besar Bantuan per RTSM per Tahun
Bantuan Tetap	Rp. 200.000
Bantuan bagi RTSM yang memiliki: Anak usia di bawah 6 tahun, ibu hamil/menyusui	Rp. 800.000
Anak peserta pendidikan setara SD/MI	Rp. 400.000
Anak peserta pendidikan setara SMP/MTs	Rp. 800.000
Rata-rata bantuan per RTSM	Rp. 1.390.000
Bantuan minimum per RTSM	Rp. 600.000
Bantuan maksimum per RTSM	Rp. 2.200.000

Sumber: Buku Pedoman Umum Program Keluarga Harapan 2009:22

**Catatan:**

- *Bantuan terkait kesehatan berlaku bagi RTSM dengan anak di bawah 6 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Besar bantuan ini tidak dihitung berdasarkan jumlah anak.*
- *Besar bantuan adalah 16% rata-rata pendapatan RTSM per tahun.*
- *Batas minimum dan maksimum adalah antara 15-25% pendapatan rata-rata RTSM per tahun.*

**Tabel 4**

Variasi Komposisi Anggota Keluarga dan Jumlah Bantuan

No.	Nominal Bantuan/Tahun	Bantuan Tetap	Bantuan Berdasarkan Komponen			Keterangan
			Bumil/Nifas	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 2 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 1 anak SD dan 1 anak SMP
			-	1.500.000	-	Bila 3 anak SD
4	2.300.000	300.000	1.000.000	-	1.000.000	Bila ada bumil/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
5	2.800.000	300.000	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 SMP
			-	500.000	2.000.000	Bila 1 anak SD dan 2 SMP

Sumber: [tnp2k.go.id](http://tnp2k.go.id)

Seluruh anggota rumah tangga yang menjadi penerima bantuan PKH, seperti yang tertera pada tabel 2.4 (Variasi Nominal Bantuan/tahun, berdasarkan Komponen PKH) di atas, diharuskan menjalankan kewajiban sebagai peserta PKH.

Apabila peserta PKH tidak memenuhi kewajiban atas syarat kepesertaan dalam 3 (tiga) bulan, maka akan dilakukan pengurangan pembayaran bantuan tunai. Pemotongan langsung dikenakan terhadap total bantuan pada periode tersebut.

Penggunaan bantuan tidak diatur dan ditentukan, tetapi diprioritaskan untuk mengakses layanan pendidikan dan kesehatan. Penggunaan bantuan tidak diperbolehkan untuk konsumsi yang merugikan hak anak seperti rokok, minuman keras, judi dan lainnya.

Mengingat bahwa besaran bantuan PKH telah berjalan selama hampir 5 tahun, maka pada tahun-tahun mendatang besaran bantuan ini akan dievaluasi dan disesuaikan dengan tingkat harga dan kemampuan keuangan negara.

Dengan adanya perbedaan komposisi anggota keluarga RTSM, maka besar bantuan yang diterima setiap RTSM akan bervariasi. Apabila besar bantuan yang diterima RTSM melebihi batas maksimum yang ditetapkan sebagaimana skema bantuan, maka untuk dapat menjadi peserta PKH seluruh anggota RTSM yang memenuhi persyaratan harus mengikuti ketentuan PKH.

Penggunaan dan pemanfaatan bantuan PKH tidak ditentukan, tergantung pada peserta PKH, tetapi diprioritaskan dalam mengakses layanan

pendidikan dan kesehatan, serta tidak digunakan untuk konsumsi yang merugikan hak anak, seperti rokok, minuman keras, judi dan lain-lain.

Peserta PKH juga berhak mendapatkan layanan program Bantuan Sosial secara terintegrasi. Karena Peserta PKH merupakan kelompok yang paling miskin, maka idealnya Peserta PKH juga secara otomatis mendapatkan program lainnya seperti Jaminan Kesehatan, Bantuan Pendidikan bagi Siswa Miskin, Beras untuk Rumah Tangga Miskin, dan lainnya.

Meski Program Keluarga Harapan termasuk program jangka panjang, namun kepesertaan PKH tidak akan bersifat permanen. Kepesertaan penerima bantuan PKH selama enam tahun selama mereka masih memenuhi persyaratan yang ditentukan, apabila tidak ada lagi persyaratan yang mengikat maka mereka harus keluar secara alamiah (Natural Exit). Untuk peserta PKH yang tidak keluar alamiah, setelah enam tahun diharapkan terjadi perubahan perilaku terhadap peserta PKH dalam bidang pendidikan, kesehatan dan peningkatan status sosial ekonomi. Pada tahun kelima kepesertaan PKH akan dilakukan Resertifikasi, yaitu pendataan ulang pada tahun kelima kepesertaan rumah tangga dengan menggunakan metode tertentu. Resertifikasi melihat kondisi sosial ekonomi serta syarat kepesertaan PKH. Rumah tangga yang tidak memenuhi persyaratan akan keluar dari program (Lulus), sementara yang masih memenuhi persyaratan akan menerima tambahan program 3 tahun (Transisi). Rumah Tangga Transisi diwajibkan mengikuti kegiatan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) untuk memperoleh pengetahuan Ekonomi, Pendidikan, Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga. Rumah Tangga yang Lulus direkomendasikan menerima program perlindungan sosial lainnya.

### 2.3.6. Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai kinerja Program Keluarga Harapan telah banyak dilakukan. Beberapa penelitian sebelumnya yang memiliki kaitan erat dengan penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dan acuan pada penelitian ini.

Penelitian mengenai efektivitas penyelenggaraan pelayanan publik atau lembaga pelayanan terpadu satu pintu pada khususnya adalah sebagai berikut:

Rohmatunnisa (2010) dengan judul Evaluasi Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Wilayah Serang, Banten mengevaluasi tentang sejauhmana tingkat keberhasilan pelaksanaan Program Keluarga Harapan di lokasi penelitian penulis. Penelitian menunjukkan bahwa evaluasi pelaksanaan PKH terlaksana sebesar 66,4 persen atau bisa disimpulkan bahwa pelaksanaan PKH di lokasi penelitian penulis berjalan sesuai dengan yang diharapkan walaupun belum sempurna.

Penulis meneliti tingkat keberhasilan PKH dengan menggunakan beberapa indikator evaluasi. Kemudian untuk skor atau nilai rata-rata tiap indikator evaluasi yaitu untuk indikator Efektifitas sebesar 73,78 persen, hal tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program PKH di lokasi penelitian penulis dalam hal efektifitas telah sesuai dengan apa yang diharapkan.

Sementara untuk indikator Efisiensi sebesar 62,14 persen, hal tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program PKH di lokasi penelitian penulis dalam hal efisiensi memiliki nilai yang masih rendah terutama pada sub indikator kemampuan peserta PKH dalam memenuhi kebutuhan dengan dana bantuan yang diberikan. Kemudian pada indikator Kecukupan sebesar 62,44 persen, artinya bahwa pelaksanaan program PKH di lokasi penelitian penulis

dalam hal kecukupan memiliki nilai yang masih rendah terutama dalam sub-indikator kecukupan dan kuantitas dana bantuan. Indikator Perataan sebesar 65,52 persen artinya bahwa pelaksanaan program PKH di lokasi penelitian penulis belum merata. Responsivitas sebesar 61,35 persen artinya bahwa pelaksanaan program PKH di lokasi penelitian penulis dalam hal responsivitas masih terbilang rendah. Sementara untuk indikator ketepatan sebesar 71,89 persen, artinya bahwa pelaksanaan program PKH di lokasi penelitian penulis berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan angka persentase rata-rata tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa indikator yang paling tinggi tingkat keberhasilannya adalah indikator efektifitas sebesar 73,78 persen, sedangkan yang paling rendah tingkat keberhasilannya adalah indikator responsivitas yaitu sebesar 61,35 persen.

Dari hasil penelitian penulis terdapat empat indikator yang belum berjalan maksimal, yaitu indikator Efisiensi (Efficiency), Kecukupan (Adequacy), Perataan, dan Responsifitas (Responsiveness). Maka untuk dapat mengatasinya, Pemerintah daerah setempat dapat meningkatkan anggaran dana bantuan PKH agar kebutuhan RTSM tercukupi serta menambah alokasi dana bantuan PKH agar diterima secara merata oleh RTSM yang belum memperoleh dana bantuan. Selain itu diperlukan koordinasi yang solid mulai dari Dinas Sosial, UPPKH Kabupaten, Kantor Pos dan Pendamping PKH terkait dengan sosialisasi kepada masyarakat agar informasi dari tingkat atas sampai tingkat bawah lebih mudan diinformasikan kepada RTSM agar lebih mengerti substansi esensial dari Program Keluarga Harapan.

Ghina Febrina (2010)<sup>23</sup> dengan judul penelitian Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Brebes Tahun 2014, memaparkan bahwa pelaksanaan program PKH di Kabupaten Brebes didasari oleh permasalahan kesejahteraan di Kabupaten Brebes seperti ingginya angka kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan dan kesehatan. Untuk Kabupaten Brebes sendiri PKH sudah terlaksana sejak tahun 2011. Tahun 2014 peserta PKH sudah tersebar di 17 kecamatan, 296 desa dengan jumlah pendamping 181 orang dan tenaga operator sebanyak 8 orang. Sedangkan untuk peserta pada Tahap IV tahun 2014 sebanyak 52.554 KSM. Jumlah penerima bantuan PKH pada tahun 2014 tersebut mengalami peningkatan dibanding pada tahun 2011 yaitu 30.042 KSM, akan tetapi angka kemiskinan Kabupaten Brebes masih dalam katagori tinggi di Jawa Tengah, di waktu yang sama dengan waktu pelaksanaan PKH. Hal inilah yang mendasari penulis untuk melakukan analisis lebih lanjut untuk mengamati proses pelaksanaan program PKH di Kabupaten Brebes tersebut. Masalah komunikasi dinilai menjadi salah satu penyebab terhambatnya kelancaran pelaksanaan program PKH. Untuk Kabupaten Brebes, sosialisasi kepada peserta PKH dilakukan pada tahap Pertemuan Awal yang dilakukan oleh pendamping PKH. Sosialisasi kepada pemberi layanan kesehatan dan pendidikan juga dilakukan oleh pendamping dengan cara langsung mendatangi Polindes dan sekolah. Hanya saja yang masih menjadi catatan yaitu sosialisasi kepada masyarakat umum masih kurang sehingga masih banyak masyarakat yang belum paham bagaimana sistematika pelaksanaan PKH. Lalu kebutuhan akan fasilitas pendukung juga masih kurang seperti

<sup>23</sup> Febrina, Ghina. 2014. *Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Brebes Tahun 2014*. Semarang

ruang sekretariat UPPKH dan juga alat-alat pelengkap, kemudian pemenuhan untuk fasilitas kesehatan dan pendidikan tidak secara khusus dialokasikan untuk PKH melainkan sudah ada sebelumnya dan menjadi bagian dari program lain. Aspek yang juga berpengaruh yaitu kebutuhan akan sumber daya manusia. Dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan Program Keluarga Harapan yang lebih profesional, PKH merekrut sumber daya manusia yang dapat membantu terlaksana program. Saat ini jumlah pendamping PKH di Kabupaten Brebes sebanyak 181 orang dan tenaga operator sebanyak 8 orang. 1 orang pendamping bertanggung jawab pada ±275 KSM, 1 operator bertanggung jawab pada ±7000 KSM. Selain itu ada tenaga fasilitas pendidikan (guru) dan tenaga fasilitas kesehatan (bidan) yang jumlahnya sesuai dengan masing-masing wilayah. Kemampuan yang dimiliki oleh sumber daya manusia dalam pelaksanaan PKH di Kabupaten Brebes sudah baik sehingga dapat menjalankan tugasnya sesuai dengan aturan. Namun pada dasarnya alasan utama adanya PKH karena permasalahan kesejahteraan di Kabupaten Brebes yang masih rendah, diperlukan komitmen dari Pemerintah Daerah untuk dapat konsisten dalam melaksanakan program ini sebaik mungkin. Komitmen ini juga berpengaruh pada awal sebelum program ini dilaksanakan, karena tanpa adanya komitmen maka Pemerintah Pusat tidak akan memberikan persetujuan.

Peran PKH dalam meningkatkan taraf hidup masyarakat miskin juga dibahas melalui sebuah tesis oleh Santoso Wibowo<sup>24</sup>, seorang mahasiswa Program Magister Ekonomi dan Studi Pembangunan Fakultas Ekonomi di Universitas Sebelas Maret di Tahun 2011 yang berjudul *Kajian Implementasi*

<sup>24</sup> Wibowo, Santoso. 2011. *Kajian Implementasi Program Keluarga Harapan Sebagai Salah Satu Program Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Miskin*. Surakarta

Program Keluarga Harapan Sebagai Salah Satu Program Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Miskin di Kabupaten Ngawi. Diawali dengan tujuan awal penulis meneliti ialah untuk mendeskripsi dan menganalisa dampak dari Program Keluarga Harapan terhadap masyarakat miskin di Kabupaten Ngawi. Penulis menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan cara menebar kuesioner pada responden secara acak disertai dengan wawancara dan observasi lapangan. Dari sejumlah metode yang telah digunakan penulis menemukan kesimpulan bahwa Program PKH mampu memberikan kontribusi yang serius dan signifikan dalam upaya membantu masyarakat sangat miskin. Dengan adanya PKH, masalah pendidikan dasar, kesehatan dasar bahkan tingkat penghasilan keluarga dapat diperhatikan. Apresiasi yang tinggi layak diberikan kepada Pemerintah karena begitu besar kepeduliannya dalam memprioritaskan arah dan sasaran pembangunan untuk penanggulangan kemiskinan. Untuk itu Program Keluarga Harapan layak untuk berkelanjutan dan berkesinambungan sesuai target yang telah ditentukan dengan harapan bahwa cita-cita luhur bangsa yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia, memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa serta ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial dapat terwujud.

Tahun 2010 merupakan tahun ketiga Program Keluarga Harapan di Kabupaten Ngawi dilaksanakan, tentunya banyak sekali perkembangan yang terjadi khususnya pada wilayah yang mendapatkan alokasi dana PKH. Pada tahun 2007 dan 2008 jumlah Kecamatan penerima manfaat PKH sebanyak 9 kecamatan, kemudian pada tahun 2009 berkembang menjadi 13 kecamatan

dengan 96 desa. Jumlah RTSM yang semula sejumlah 7.273, lalu di tahun 2007 menjadi berjumlah 7081, di tahun 2008 sejumlah 9459 dan di tahun 2010 sejumlah 9193. Perkembangan ini selain membawa dampak positif bagi PKH di Ngawi, tentunya juga menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota serta para stake holder untuk mensukseskannya. Pada kajian analisa data dan pembahasan penulis menemukan beberapa kesimpulan bahwa ada beberapa hal yang menjadi kelemahan sekaligus tantangan bagi program PKH di Kabupaten Ngawi yang perlu mendapat perhatian lebih, yaitu antara lain seperti Pendataan RTSM calon peserta PKH dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), namun data tersebut banyak yang terbukti tidak valid meski telah dilakukan beberapa kali pemutakhiran oleh UPPKH Kabupaten sesuai dengan perubahan dan perbaikan data yang eligible. Namun ketika dikirimkan kembali ke UPPKH pusat, ternyata data yang terolah masih data lama. Kekeliruan ini berlangsung terus menerus dan mengganggu kelancaran pelaksanaan PKH karena data peserta PKH tidak bersifat konstan dan selalu mengalami perubahan. Selain itu permasalahan lain datang dari pendamping PKH. Pendamping selalu mengadakan pertemuan rutin dengan para peserta PKH yang didampingi, namun pendamping merasa terbebani apabila ada dana yang harus dikeluarkan ketika pelaksanaan pertemuan tersebut (dalam hal ini kondisional seperti konsumsi pertemuan, transportasi dan lain sebagainya). Lalu sebagian besar UPPKH Kabupaten mengaku adanya koordinasi yang kondusif dengan dinas-dinas terkait lainnya seperti PT. POS, faskes, fasdik, Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan. Namun beberapa UPPKH Kabupaten masih ada yang mengalami kesulitan koordinasi. Sulitnya berkoordinasi akan mempengaruhi

kelancaran pelaksanaan PKH. Untuk itu permasalahan kerjasama ini perlu mendapatkan perhatian yang serius. Lalu masih banyak permasalahan-permasalahan yang lain seperti kurangnya sosialisasi tentang PKH ke seluruh lapisan masyarakat, masih adanya kartu PKH yang belum bisa difungsikan, dan data nama dalam kartu peserta PKH tidak sesuai dengan penerima layanan.

Depi Putri (2014)<sup>25</sup> dengan judul Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Peningkatan Kesehatan dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) di Wilayah Daerah Khusus Ibukota Yogyakarta. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan bahwa Program Keluarga Harapan merupakan program yang sangat efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil, kesehatan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM), mengurangi beban hidup dan meningkatkan pendidikan anak di Yogyakarta. Program Keluarga Harapan baik aspek kesehatan maupun aspek pendidikan di Yogyakarta sudah berjalan dengan baik dilihat dari proses pelaksanaannya sudah sesuai dengan harapan pemerintah meskipun di awal program terjadi beberapa kendala di sektor kesehatan namun sampai saat ini program tersebut sudah semakin baik dan mengalami perkembangan yang signifikan. Keberhasilan program PKH ini layak untuk dipertahankan dan dikembangkan dengan harapan terjadinya sinergisitas antara aspek kesehatan dan aspek pendidikan.

Keberhasilan Program Keluarga Harapan di Yogyakarta tidak terlepas dari koordinasi yang baik dari para stakeholder. Dinas Kesehatan,

<sup>25</sup> Putri, Depi. 2014. *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Peningkatan Kesehatan dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Di Umbulharjo Kota Yogyakarta*. Yogyakarta

dalam pelaksanaan PKH adalah sebagai atasan yang membawahi Puskesmas dan bidan desa yang bertugas memberi pelayanan kesehatan kepada peserta PKH. Sosialisasi kepada peserta PKH dilakukan di awal program oleh pendamping di balai desa/kelurahan. Data kepesertaan yang digunakan berasal dari Badan Pusat Statistik (BPS) Pusat. Kesulitan bagi peserta PKH bidang kesehatan adalah kewajiban peserta datang ke posyandu untuk pemantauan tumbuh kembang balita. Sementara itu pengajuan peserta baru tidak bisa dilakukan karena hanya bisa dilakukan oleh dan melalui BPS.

Mengingat pembiayaan sumber dana PKH di Yogyakarta berasal dari APBN dan APBD, maka berbagai evaluasi dan analisis terhadap kebijakan yang menyangkut Program Keluarga Harapan sebaiknya dilakukan secara komprehensif sehingga dapat direalisasikan secara terpadu di lingkungan RTSM. Pemerintah kedepannya juga diharapkan dapat menambah dana bantuan di bidang pendidikan sehingga anak-anak dari RTSM peserta PKH dapat melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Selain itu, lembaga pemerintah diharapkan juga dapat memberikan tambahan pendamping PKH untuk setiap kabupaten/kota mengingat terjadi beberapa kasus yang dialami oleh beberapa pendamping PKH akibat dari terlalu banyaknya peserta PKH yang harus dihandle sehingga dapat mengganggu kinerja program karena pendamping kecamatan lain yang juga mendampingi wilayahnya sendiri.

Slamet Agus Purwanto (2013)<sup>26</sup> dengan judul Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Memutus Rantai Kemiskinan di Wilayah Kabupaten Mojokerto. Penulis memaparkan bahwa secara umum pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan

<sup>26</sup> <http://wacana.ub.ac.id/index.php/wacana/article/view/246>

Mojosari ini sudah berjalan dengan cukup baik. Ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang berjalan lancar. Dihat dari keadaan penerima bantuan PKH tersebut mereka menggunakannya untuk membantu kondisi sosial dan pendidikan anak-anak Rumah Tangga Sangat Miskin, membantu biaya kesehatan & gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari Rumah Tangga Sangat Miskin, serta menyadarkan peserta PKH akan pentingnya layanan pendidikan dan Kesehatan. Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Mojokerto mampu untuk merubah pola pikir masyarakat desa, yang semula mereka tidak begitu memperhatikan kesehatan dan pendidikan anak, dengan adanya Program Keluarga Harapan (PKH) RTSM sudah mulai aktif dan mulai sadar akan pentingnya pendidikan dan kesehatan bagi anak-anak mereka guna menatap masa depan yang lebih baik. keberhasilan Program Keluarga Harapan (PKH) sangat didukung oleh efektifitas organisasi pelaksana dalam memberi pembelajaran, pendampingan, kemandirian, bagi masyarakat miskin

Adanya komitmen yang kuat antara pemerintah pusat dan daerah untuk mensukseskan program keluarga harapan (PKH) guna membantu memutus rantai kemiskinan di tingkat masyarakat miskin serta adanya aturan yang jelas mengenai mekanisme pelaksanaan program dan adanya jaminan memperoleh kesehatan dan pendidikan yang layak dari pemerintah melalui Dinas Sosial merupakan faktor yang membuat Program Keluarga Harapan di Kabupaten Mojokerto berjalan dengan cukup baik sesuai dengan apa yang diharapkan. Meskipun begitu, terdapat hal-hal lain yang membuat implementasi PKH di Kabupaten Mojokerto terhambat, seperti rendahnya pendidikan RTSM dan sulitnya merubah pola berfikir RTSM untuk

memandang pentingnya arti kesehatan dan pendidikan anak-anak serta kurang adanya komunikasi dan koordinasi antara stakeholder secara intens dan masih rendahnya partisipasi dari RTSM.

Pengentasan kemiskinan dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di wilayah Kabupaten Mojokerto dapat dikatakan tinggi sekali. Indikatornya adalah dalam setiap tahap kegiatan, masyarakat selalu antusias. Dalam tahap persiapan, penyusunan jadwal pertemuan, proses pelaksanaan kegiatan, dan pengawasan semuanya hampir berjalan sesuai rencana. Masyarakat sudah sadar akan pentingnya kesehatan dan pendidikan anak-anak mereka, sehingga mereka sangat antusias dan bersemangat menjalankan program ini.

Lalu disusul oleh penelitian yang ditulis oleh Tri Ramadhan (2010)<sup>27</sup> dengan judul Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Pemberdayaan Masyarakat Miskin di Kecamatan Kelapa Gading Kotamadya Jakarta Utara yang menuai kesuksesan. Dengan dilatarbelakangi oleh usaha menurunkan tingkat kemiskinan yang mencapai lebih dari 37 juta jiwa (BPS, 2007), PKH dan bermacam-macam program penanggulangan kemiskinan lainnya, angka kemiskinan di Indonesia pada awal 2009 dapat diturunkan menjadi 33,7 juta jiwa (BPS, 2009). Program PKH sebagai program eksperimental di tahun 2007 memiliki sasaran mencakup 500 ribu Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang tersebar di 7 propinsi. Khusus di Provinsi DKI Jakarta, PKH dilaksanakan hanya di Kotamadya Jakarta Utara yang meliputi 6 kecamatan, yaitu Penjaringan, Pademangan, Koja, Tanjung Priok, Cilincing, dan Kelapa Gading. Di Kelapa Gading sendiri, ada sekitar 6,3% dari

<sup>27</sup> [http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian\\_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku\\_id=45900](http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=45900)

jumlah penduduk sebesar 109.053 jiwa di kecamatan tersebut dikategorikan kurang mampu atau miskin, namun RTSM yang terdaftar sebagai peserta PKH kurang lebih 325 RTSM. Dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pengumpulan data primer melalui wawancara mendalam dan FGD, data sekunder diperoleh dari laporan-laporan hasil pelaksanaan PKH serta data pemerintah, Ada beberapa indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan implementasi PKH, yakni indikator tepat waktu, tepat guna, dan tepat sasaran. Sementara itu indikator tambahan juga digunakan untuk menilai keberhasilan PKH sebagai program pemberdayaan masyarakat, yakni pemberdayaan dengan kebijakan dan perencanaan, pemberdayaan melalui aksi sosial dan politik, serta pemberdayaan melalui pendidikan dan penyadartahuan. Penulis memilih lokus penelitian di Kelapa Gading karena kecamatan tersebut merupakan salah satu kecamatan di Jakarta yang memiliki tingkat kesenjangan (disparitas) sosial yang tinggi dibandingkan kecamatan lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH membawa dampak yang cukup berarti bagi peningkatan kapabilitas sumber daya manusia pada golongan RTSM di Kelapa Gading. Intervensi PKH berupa pemberian pelayanan kesehatan gratis di puskesmas, posyandu, maupun rumah sakit dan pembayaran dana bantuan untuk sekolah anak-anak RTSM membangkitkan harapan agar warga miskin dapat melepaskan diri dari jerat kemiskinan di masa depan. PKH yang sudah bergulir di Kelapa Gading telah memenuhi kriteria penilaian implementasi, seperti tepat waktu, tepat guna, dan tepat sasaran. Inilah bukti keberhasilan PKH. Meskipun demikian dalam PKH masih ada sejumlah kelemahan, antara lain sasaran PKH sudah tepat namun hanya untuk warga miskin yang mempunyai KTP, kualitas pelayanan

pendidikan dan kesehatan yang kurang memadai di beberapa tempat, dan PKH hanya mencakup pendidikan anak warga miskin hingga jenjang SMP saja sehingga warga masih sulit melakukan mobilitas vertikal karena zaman sekarang warga dituntut memiliki kualifikasi pendidikan yang lebih tinggi dalam mencari kerja. Kemudian, faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi PKH yang paling menonjol ada dua faktor, yaitu faktor organisasi dan faktor lingkungan implementasi program. Kedua faktor itu sangat menentukan dalam keberhasilan implementasi PKH di Kelapa Gading.

Berbanding terbalik dengan penelitian-penelitian tersebut diatas, Antriya Eka Suwita dan Indah Prabawati<sup>28</sup> (2016) dengan judul Implementasi Program Keluarga Harapan (PH) di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar mengungkapkan bahwa berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara, pengamatan dan dokumentasi, implementasi PKH di lokus penelitian tidak berhasil. Ketidaktepatan asaran di Desa Maron sebesar 0.72% atau sejumlah 3 peserta dari 24 peserta yang disebabkan hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang tidak maksimal. Data kemiskinan yang digunakan PPLS untuk implementasi PKH Tahun 2015 adalah data tahun 2004 yang sudah sangat tidak relevan. Walaupun serangkaian tahapan yang berjalan dengan lancar, sumberdaya yang dimiliki meliputi staf, kewenangan, informasi dan fasilitas maupun kemampuan pelaksana (disposisi) PKH di Desa Maron juga telah memberikan kontribusi pada pelaksanaan PKH dan para pelaksana di Desa Maron juga telah melaksanakan tugasnya sesuai Standard Operational Procedures (SOP) dan melakukan pembagian tata kerjanya dengan baik namun demikian dalam

<sup>28</sup> [jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/article/17591/42/article.pdf](http://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/article/17591/42/article.pdf)

implementasinya masih ditemui kendala antara lain kurang sadarnya peserta PKH terhadap inti sari dari PKH itu sendiri sehingga menyebabkan mereka tidak mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan bagi kehidupan sehingga tujuan PKH dalam jangka pendek belum bisa tercapai. Permasalahan terkait dengan ketidaksesuaian SOP yang ada yaitu mengenai tidak adanya sanksi terhadap pelanggaran komitmen. Selain itu, permasalahan intern antara pelaksana pusat dan daerah seperti permasalahan bidan yang kurang bisa bekerja sama dengan baik juga dinilai turut andil dalam ketidakberhasilan PKH di Desa Maron seperti Bidan yang enggan berkoordinasi dengan pendamping terkait laporan jumlah peserta PKH yang memenuhi komitmen. Hal ini disebabkan karena beberapa peserta PKH ada yang memanfaatkan jasa tenaga kesehatan selain Bidan untuk peralihan sehingga Bidan merasa tidak bertanggungjawab atas yang bersangkutan tersebut. Berkaitan dengan hal ini ternyata dari Pusat tidak mensosialisasikan PKH ke semua daerah. Hal ini dibuktikan bahwa ternyata Kabupaten Blitar ini mengetahui adanya program PKH bukan dari pemberitaan resmi dari provinsi tetapi dari rekan kerja pada saat di Surabaya. Pihak Kabupaten Blitar hingga sekarang belum mengetahui secara pasti maksud, tujuan maupun alasan pihak Provinsi tidak mensosialisasikan PKH sehingga memunculkan dugaan Kabupaten Blitar dianggap kurang mampu dijadikan daerah percontohan penerapan PKH di Jawa Timur.

Kemudian Sri Masita Luluhang (2015)<sup>29</sup> dengan judul Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan di Kabupaten Sangihe juga memaparkan bahwa implementasi

<sup>29</sup> <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jurnaleksektif/article/view/7597>

program keluarga harapan di wilayah tersebut belum terlaksana atau terealisasi secara optimal. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, pelaksanaan program keluarga harapan tidak terlepas dari berbagai penyimpangan. Data dan fakta yang ada menunjukkan bahwa, pendataan calon peserta program keluarga harapan yang dilakukan oleh pemerintah desa dapat dikatakan tidak transparan karena pendataan calon peserta hanya dilakukan oleh kepala desa tanpa melibatkan perangkat desa yaitu sekretaris desa dan kepala-kepala lingkungan.

Kurangnya sosialisasi dari tim pelaksana lapangan UPPKH kabupaten dan pendamping kecamatan kepada rumah tangga miskin peserta program keluarga harapan mengakibatkan peserta program keluarga harapan tidak paham betul tentang syarat dan ketentuan program keluarga harapan. Pada proses pembayaran dana program kepada rumah tangga miskin peserta program terdapat potongan dengan jumlah yang berbeda-beda. Serta masih kurangnya pengawasan dari UPPKH kabupaten dan pendamping kecamatan.

Program keluarga harapan di Kabupaten Sangihe masih belum tepat sasaran dan belum mencakup semua rumah tangga miskin. Sehingga program keluarga harapan tidak memberikan dampak yang signifikan dalam rangka penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Sangihe.

Dengan fenomena yang terjadi di lokasi penelitian tersebut penulis mencoba mengungkapkan hal-hal yang sebaiknya dilakukan dalam rangka menertibkan pelaksanaan PKH di Kabupaten Sangihe antara lain seperti proses pendataan calon peserta sebaiknya lebih terbuka atau transparan dan harus adanya koordinasi dari Pemerintah setempat dimulai dari pemerintah desa yaitu kepala desa bersama perangkat desa dengan pemerintah

kecamatan, pendamping kecamatan dan tim pelaksana unit pengelola program keluarga harapan kabupaten. Selain itu sebaiknya dilakukan sosialisasi terus menerus mengenai PKH, sehingga masyarakat peserta bantuan paham betul mengenai program yang sedang dilaksanakan serta dilakukan pengawasan secara rutin oleh pendamping dan tim pelaksana sehingga tujuan program yang dijalankan dapat tercapai.

Munawwarah Sahib (2016)<sup>30</sup> dengan judul Pengaruh Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Penanggulangan Kemiskinan di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa, yang lebih menelaah dari segi ekonomi keislaman, menunjukkan bahwa pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa berjalan dengan sangat baik. Hal ini ditunjukkan dengan skor rata-rata yang di dapatkan dari item pertanyaan sebesar 224 atau sebesar 82,6% yang menandakan bahwa Program Keluarga Harapan dalam pelaksanaannya menempati kategori sangat tinggi/sangat baik dan dengan melihat kenyataan di lapangan ditemukan bahwa Program Keluarga Harapan sesuai dengan prinsip Tauhid, prinsip Keseimbangan, prinsip Khilafah dan prinsip Keadilan yang terdapat dalam Prinsip Ekonomi Islam. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa PKH berpengaruh positif dan signifikan terhadap penanggulangan kemiskinan yakni sebesar 38,4% sedangkan 61,6% dijelaskan oleh faktor-faktor lain, seperti rendahnya sumber daya manusia yang mengakibatkan rendahnya daya saing dalam merebut peluang kerja. Masalah tersebut menjadi penyebab tingginya angka pengangguran dan kemiskinan. Rendahnya sumber daya manusia dilatar belakangi oleh tingkat kesehatan dan pendidikan yang masih

<sup>30</sup> <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/1798/1/MUNAWWARAH.pdf>

rendah serta kebanyakan masyarakat di Kabupaten Gowa khususnya di Kecamatan Bajeng yang lebih memilih bekerja di usia muda sebagai buruh dan petani. Oleh karena itu PKH diharapkan mampu merubah pola pikir orang tua tentang pentingnya pendidikan sehingga mereka mampu mengarahkan anak-anak mereka untuk terus belajar demi masa depan dan diharapkan para orang tua mampu memanfaatkan bantuan yang diterima dengan sebaik-baiknya.

Lalu Slamet Riyadi (2016) dengan judul Analisis Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Keluarga Sangat Miskin (KSM) Penerima Bantuan dengan lokus penelitian di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah memaparkan bahwa terdapat beberapa aspek yang mendasari pelaksanaan PKH selama kurun waktu pelaksanaan tahun 2011-2014 yaitu aspek Input berupa penetapan rumah tangga sasaran (RTS), aspek Proses berupa kegiatan pertemuan awal dan validasi, pembentukan kelompok dan pemutakhiran data serta aspek Output berupa verifikasi komitmen dan penyaluran bantuan telah berjalan sesuai ketentuan PKH. Lalu dalam pelaksanaan PKH di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah didukung oleh komunikasi yang efektif berupa dukungan kelembagaan PKH, disposisi berupa kebijakan alokasi dana sharing PKH serta komitmen dan kapabilitas implementor program. Sedangkan tantangan yang dihadapi dalam implementasi PKH antara lain penetapan pelaksanaan rumah tangga sasaran (RTS) akibat sumber data yang tidak akurat, keterlambatan pelaksanaan kegiatan pemutakhiran data akibat tidak terpenuhinya sebagian prasyarat administratif, serta keterlambatan pelaksanaan verifikasi komitmen akibat kinerja oknum petugas pendamping

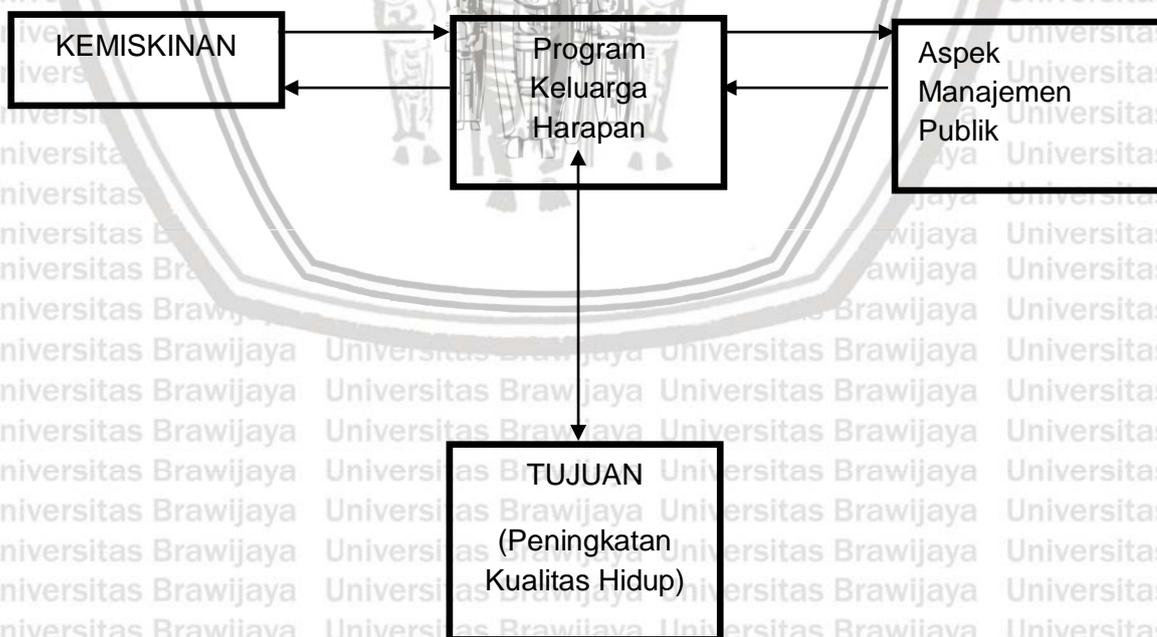
PKH yang kurang optimal. Kualitas PKH dinilai lebih baik jika dibandingkan dengan varian bantuan langsung lainnya seperti PSKS/BLSM.

Adapun mengenai posisi penelitian ini merupakan penelitian yang sifatnya meneruskan atau melengkapi keanekaragaman penelitian dengan tema yang sama mengenai kinerja program keluarga harapan dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Nilai kebaruan dari penelitian ini merupakan penelitian yang ditujukan untuk menelaah, menganalisa dan menginterpretasikan kinerja program keluarga harapan dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat di Kabupaten Probolinggo yaitu Kecamatan Kraksaan sebagai kecamatan yang menjadi ibu kota kabupaten sekaligus menjadi pilot project keberhasilan pelaksanaan program keluarga harapan di Kabupaten Probolinggo. Penelitian ini menyoroti tentang kinerja Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo dalam mencapai tujuannya yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup atau dengan kata lain mengentaskan kemiskinan secara bertahap dengan memfokuskan pada sektor pendidikan dan kesehatan agar kondisi ekonomi masyarakat berangsur membaik sesuai dengan tujuan dasar dari program keluarga harapan itu sendiri. Selain itu, selanjutnya akan dilakukan pengawasan secara bertahap untuk memastikan agar bantuan PKH terdistribusi secara tepat kepada RTSM penerima serta untuk meminimalisir terjadinya penyelewengan penggunaan dana bantuan PKH oleh RTSM penerima yang bersangkutan.

### 2.3.7. Kerangka Alur Pikir

Penelitian ini dilatar belakangi oleh masalah kemiskinan dan juga keterbelakangan pendidikan di Kabupaten Probolinggo sehingga mendorong

Pemerintah Kabupaten Probolinggo untuk menjalankan Program Keluarga Harapan dengan Kecamatan Kraksaan sebagai pilot projectnya. Keberhasilan pelaksanaan Program Keluarga Harapan ini tentunya membutuhkan peran penting dari Unit Pelaksana Program PKH (UPPKH) mengingat UPPKH ini merupakan kunci utama untuk mensukseskan pelaksanaan PKH dan akan menjadi saluran informasi penting antara UPPKH Pusat dengan Tim Koordinasi Provinsi dan Tim Koordinasi Kabupaten/Kota. Sehingga penting disini bagi peneliti untuk melakukan wawancara, observasi serta mengambil data sekunder terkait pelaksanaan program PKH kepada informan dari UPPKH Kabupaten Probolinggo. Termasuk disini adalah Unit Pelaksana tingkat Kecamatan, yang merupakan ujung tombak PKH karena unit inilah yang berhubungan langsung dengan peserta PKH.



**Gambar 7.** Kerangka Konseptual Penelitian

Dari demand side, atau warga miskin penerima bantuan, akan dilakukan penggalan informasi dan dilakukan cross check dengan data sekunder serta

data primer dari pihak UPPKH. Mengenai persepsi warga miskin terhadap program dan juga keterangan mengenai hambatan dan dukungan yang terjadi di tengah warga. Sedangkan dari sisi supply, data sekunder dan primer juga diperlukan untuk digali lebih jauh lagi. Hasilnya untuk mendukung pernyataan dari kedua belah pihak baik itu pelaksana (UPPKH) maupun penerima (warga/RTSM).

Secara deskriptif akan tergambar melalui data primer dan sekunder mengenai program PKH selama 5 tahun terakhir diluncurkan di Kabupaten Probolinggo. Sehingga bisa ditarik kesimpulan oleh peneliti mengenai kinerja program PKH di 5 tahun pertamanya. Selain menggambarkan persepsi, peneliti juga akan mendalami faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Hal ini berguna untuk lebih menajamkan hasil penelitian untuk selanjutnya diharapkan dapat menjadi tambahan informasi bagi stakeholder terkait.

**BAB III****ANALISIS GAMBARAN SOSIAL PENELITIAN****3.1 Gambaran Umum Kabupaten Probolinggo****3.1.1. Letak Geografis Kabupaten Probolinggo**

Kabupaten Probolinggo secara astronomis terletak pada koordinat  $112^{\circ} 51'$  sampai  $113^{\circ} 30'$  bujur timur yang terbentang dari daerah barat ke selatan mulai dari Kecamatan Tongas sebagai Kecamatan paling barat sampai Kecamatan Lumbang sebagai Kecamatan paling selatan dan  $7^{\circ} 40'$  sampai  $8^{\circ} 10'$  lintang selatan sebelah timur mulai dari Kecamatan Paiton sebagai Kecamatan paling timur sampai Kecamatan Tiris serta Kecamatan Krucil di posisi arah tenggara yang berbatasan dengan wilayah Kabupaten Situbondo dan Jember. Dengan luas  $1.696,17 \text{ km}^2$ , secara administratif wilayah Kabupaten Probolinggo terdiri dari 24 kecamatan dan 5 kelurahan dengan total 325 desa. Kabupaten Probolinggo merupakan salah satu Kabupaten yang terletak di wilayah Tapal Kuda, Jawa Timur. Kabupaten ini dikelilingi oleh Pegunungan Tengger, Gunung Semeru dan Gunung Argopuro.

**3.1.2. Kondisi Geografis Kabupaten Probolinggo**

Dilihat dari geografisnya, Kabupaten Probolinggo terletak di lereng pegunungan yang membujur dari Barat ke Timur, yaitu Gunung Semeru, Gunung Argopuro, Gunung Lemongan dan pegunungan Bromo-Tengger. Selain itu, terdapat gunung lainnya seperti Gunung Bromo, Widodaren, Gilap, Gambir, Jombang, Cemoro Lawang, Malang dan Batuajar. Dilihat dari ketinggian berada pada 0-2500 m diatas permukaan laut dengan temperatur rata-rata  $27-30^{\circ}\text{C}$ .

Wilayah Kabupaten Probolinggo adalah daerah pantai yang sangat asri, seperti di Kecamatan Tongas, Kecamatan Sumberasih, Kecamatan Dringu, Kecamatan Pajarakan, Kecamatan Kraksaan, Kecamatan Paiton dan terdapat Wisata Pantai Pasir Putih. Sedangkan daerah pegunungan seperti Kecamatan Sukapura dan Kecamatan Lumbang berpotensi untuk pengembangan sektor perkebunan dengan berbagai komoditinya.

Rincian kondisi geografis Kabupaten Probolinggo adalah sebagai berikut :

- Permukiman, seluas 147,74 km<sup>2</sup>
- Persawahan, seluas 373,13 km<sup>2</sup>
- Tegal, seluas 513,80 km<sup>2</sup>
- Perkebunan, seluas 32,81 km<sup>2</sup>
- Hutan, seluas 426,46 km<sup>2</sup>
- Tambak, seluas 13,99 km<sup>2</sup>
- Pulau Gili Ketapang, seluas 0,6 km<sup>2</sup>
- Lain-lain, seluas 188,24 km<sup>2</sup>

(Sumber: Peraturan Pemerintah Nomor 10 tahun 2010 tentang Pemindahan

Ibukota Kabupaten Probolinggo dari wilayah Kota Probolinggo ke Wilayah Kecamatan Kraksaan)

### **3.1.3. Pembagian Wilayah Administratif**

Sejak digulirkannya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2014 tentang Otonomi Daerah, maka perkembangan di Probolinggo semakin cepat dan pesat, dimana Kota Probolinggo telah mampu berdiri sebagai Kota Madya dengan Ibu Kota Probolinggo, sedangkan Kabupaten Probolinggo yang

semula ikon ibu kotanya adalah Probolinggo, kini harus bergeser dengan membentuk ibu kota sendiri yakni Kraksaan sebagai ibu kota kabupatennya.

Secara administratif, wilayah Kabupaten Probolinggo berbatasan dengan:

Sebelah Utara : Selat Madura

Sebelah Selatan : Kabupaten Lumajang dan Kabupaten Malang

Sebelah Timur : Kabupaten Situbondo dan Kabupaten Jember

Sebelah Barat : Kabupaten Pasuruan

Kabupaten Probolinggo terdiri dari 24 Kecamatan, berikut daftar kecamatan yang ada di Kabupaten Probolinggo :

1. Kecamatan Bantaran;
2. Kecamatan Banyuanyar;
3. Kecamatan Besuk;
4. Kecamatan Dringu;
5. Kecamatan Gading;
6. Kecamatan Gending;
7. Kecamatan Kotaanyar;
8. Kecamatan Kraksaan;
9. Kecamatan Krejengan;
10. Kecamatan Krucil;
11. Kecamatan Kuripan;
12. Kecamatan Leces;
13. Kecamatan Lumbang;
14. Kecamatan Maron;
15. Kecamatan Paiton;

16. Kecamatan Pajajaran;
17. Kecamatan Pakuniran;
18. Kecamatan Sukapura;
19. Kecamatan Sumber;
20. Kecamatan Sumberasih;
21. Kecamatan Tegalsiwalan;
22. Kecamatan Tiris;
23. Kecamatan Tongas;
24. Kecamatan Wonomerto.

Dengan bentang alam yang cukup luas ini, maka tidak salah apabila Kraksaan dipilih sebagai tempat Ibu Kota Kabupaten Probolinggo sehingga terpisah dengan Ibu Kota Kota Madya. Sebenarnya antara kabupaten dan kota madya berada pada jenjang yang sama. Perbedaan status daerah kabupaten dan kota dimaksudkan untuk memberikan penekanan pada kondisi masyarakat atau kawasan setempat. Daerah kabupaten dimaksudkan bagi masyarakat atau kawasan pedesaan (rural area) dan daerah kota dimaksudkan bagi masyarakat atau kawasan perkotaan (urban area) (Muluk, 2005:140).

Dengan adanya penekanan yang berpola pada perbedaan kawasan tersebut, maka dengan dipilihnya Kraksaan sebagai Ibu Kota Kabupaten Probolinggo secara psikologis akan memberikan dampak positif bagi seluruh warga masyarakat kabupaten, karena ibu kota merupakan lambang kebanggaan tentang keberadaan suatu wilayah dan sekaligus sebagai cermin bagi keberhasilan suatu pemerintahan.

### 3.1.4. Demografis Kabupaten Probolinggo

Kabupaten Probolinggo berdasarkan perhitungan BPS pada tahun 2014 memiliki jumlah penduduk sebanyak 1.092.036 terdiri atas 523.652 orang laki-laki dan 568.384 orang perempuan. Dengan tingkat pertumbuhan penduduk sebesar 1.01%. Adapun tingkat kepadatan penduduk rata-rata 644 jiwa/km<sup>2</sup> dengan tingkat kepadatan tertinggi di Kecamatan Sumberasih dan tingkat kepadatan terendah di Kecamatan Sumber.

Mayoritas penduduknya beragama Islam sebanyak 95.4%, beragama Kristen/Protestan sebanyak 1,46%, Katolik sebanyak 1,45%, Buddha sebanyak 0.08% serta beragama Hindu sebanyak 1,5% yang banyak tersebar di Kecamatan Sumber dan Kecamatan Sukapura.

Adapun persentase mata pencaharian penduduk Kabupaten Probolinggo adalah sebagai berikut :

**Tabel 5**

Persentase Mata Pencaharian Penduduk Kabupaten Probolinggo

PEKERJAAN	PERSENTASE
Petani	46,2%
Buruh Tani	37,0%
Nelayan	0,80%
Petani Tambak	2,0%
Berdagang/Pengusaha	6,5%
Buruh Industri/Bangunan/Pertambangan	2,7%
PNS/TNI	2,2%
Pengrajin	0,4%
Pensiunan	0,6%
Lain-lain	1,6%

Sumber: [www.probolinggokab.go.id](http://www.probolinggokab.go.id)



**Gambar 8.** Logo Kabupaten Probolinggo

Kabupaten Probolinggo mempunyai semboyan "*Prasaja Ngesti Wibawa*".

Makna semboyan *Prasaja* berarti bersahaja, blaka, jujur, bares, dengan terus terang. *Ngesti* berarti menginginkan, menciptakan, mempunyai tujuan. *Wibawa* berarti mukti, luhur, mulia. "*Prasaja Ngesti Wibawa*" berarti: Dengan rasa tulus ikhlas (bersahaja, jujur, bares) menuju kemuliaan.

Kabupaten Probolinggo ditetapkan sebagai salah satu kabupaten yang menjadi pilot project pelaksanaan PKH nasional mulai tahun perdana peluncuran program di tahun 2007 hingga sekarang. Hal yang mendasari pemilihan tersebut karena tingkat kemiskinan di kabupaten Probolinggo berada pada peringkat ke-9 se-Jawa Timur, termasuk tingginya angka kematian pada bayi dan balita, ibu melahirkan serta tingginya angka putus sekolah.

Selain fenomena sosial tersebut, pemilihan ini juga ditentukan oleh kesediaan pemerintah daerah untuk melaksanakan PKH. Hal ini penting dan menjadi pertimbangan mendasar guna menjamin pelaksanaan PKH di daerah, karena untuk melaksanakan PKH harus ada dukungan secara langsung terhadap penerima PKH baik dari segi pelayanan dan ketersediaan fasilitas kesehatan

maupun pelayanan dan ketersediaan fasilitas pendidikan, dimana pendidikan dan kesehatan adalah inti dari program PKH.

Pemerintah daerah Kabupaten Probolinggo mendukung penuh pelaksanaan PKH di daerah. Bentuk nyata dari dukungan pemerintah daerah adalah adanya komitmen dalam penyediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan melalui intervensi program dari sisi supply yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada RTSM disarana pelayanan kesehatan melalui sinergi program JPKMM/Askeskin. Pelayanan kesehatan untuk peserta PKH terdiri dari pelayanan tingkat dasar dan juga rujukan, untuk pelayanan rujukan peserta PKH dapat dilayani diseluruh rumah sakit Kabupaten Probolinggo yang sudah memiliki perjanjian kerja sama (PKS) dengan pemerintah, serta prioritas kepada anak-anak usia sekolah wajib belajar dari RTSM untuk memperoleh bea siswa miskin sehingga mereka dapat mengakses dan memperoleh pendidikan pada jenjang SD dan SMP.

Kabupaten Probolinggo terdiri dari 21 kecamatan dengan total 286 desa. Pada awal peluncuran PKH, kecamatan penerima hanya sejumlah 13. Tahun 2008 jumlah kecamatan penerima PKH bertambah 4 Kecamatan yaitu Kecamatan Tongas, Kecamatan Sumber, Kecamatan Tiris dan Kecamatan Lumbang. Sedangkan pada tahun ketiga atau tahun 2009, jumlah kecamatan penerima PKH bertambah 3 kecamatan sehingga total kecamatan penerima PKH menjadi 20, menyisakan kecamatan Paiton hingga akhir tahun anggaran 2011. Pada tahun 2012. Seluruh kecamatan di Kabupaten Probolinggo telah mendapat kucuran dana dari Program Keluarga Harapan (PKH).

### 3.2 Visi dan Misi Kabupaten Probolinggo

Visi Kabupaten Probolinggo secara umum adalah terwujudnya Kabupaten Probolinggo Yang Sejahtera, Berkeadilan, Mandiri, Berwawasan Lingkungan dan Berakhlak Mulia. Adapun visi Kabupaten Probolinggo lebih detailnya mengenai keterkaitannya dengan penyelenggaraan pemerintahan adalah sebagai berikut :

1. Sebagai penggerak penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan profesional;
2. Sebagai penggerak terkandung upaya dan peran sekretariat daerah, utamanya bagian hukum dalam mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan profesional;
3. Penyelenggaraan Pemerintahan Yang Baik adalah suatu kondisi penyelenggaraan pemerintahan yang memenuhi kriteria partisipatif, menjunjung tinggi supremasi hukum, transparansi, akuntabel, tanggap terhadap kebutuhan masyarakat, berkeadilan, efisiensi, dan efektif serta bervisi strategis;
4. Professional Suatu sifat dari aparatur yang dalam menjalankan tugasnya selalu bekerja sesuai prosedur, memiliki kemampuan yang berlandaskan ilmu, berkompeten, selalu mengembangkan diri dan bekerja sesuai standar etik.

Selaras dengan visi Kabupaten Probolinggo, maka guna tercapainya visi tersebut perlu diiringi dengan misi yang harus dilaksanakan, antara lain :

1. Mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat Melalui Peningkatan Daya Saing Daerah, Pertumbuhan Ekonomi Berbasis Kerakyatan, dan Optimalisasi Pengelolaan Sumber Daya Yang Berkelanjutan;

2. Mewujudkan Masyarakat Yang Berakhlak Mulia Melalui Peningkatan Kualitas Pelaksanaan Otonomi Daerah Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Yang Baik dan Bersih

### 3.3 Struktur Organisasi Pemerintah Kabupaten Probolinggo

Untuk membantu kelancaran pelaksanaan tugas-tugas Kepala Daerah telah ditetapkan organisasi dan tata kerja serta uraian tugas dan fungsinya berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Probolinggo sebagai berikut :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Probolinggo Nomor 07 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Daerah dan Staf Ahli Kabupaten Probolinggo serta Uraian Tugas dan Fungsinya, yang terdiri dari :

- a. Sekretariat Daerah

Sekretariat Daerah mempunyai tugas membantu Bupati dalam menyusun kebijakan dan mengkoordinasikan dinas daerah dan lembaga teknis daerah. Untuk melaksanakan tugasnya, Sekretariat Daerah mempunyai fungsi :

- Penyusunan kebijakan pemerintahan daerah;
- Pengkoordinasian pelaksanaan tugas dinas daerah dan lembaga teknis daerah;
- Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan pemerintahan daerah;
- Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### b. Staf Ahli

Dalam melaksanakan tugasnya Bupati dibantu oleh Staf Ahli, yang terdiri dari :

- Staf Ahli Bidang Hukum dan Politik
- Staf Ahli Bidang Pemerintahan
- Staf Ahli Bidang Pembangunan
- Staf Ahli Bidang Kemasyarakatan dan Sumber Daya Manusia
- Staf Ahli Bidang Ekonomi dan Keuangan

#### c. Asisten Tata Praja

Asisten Tata Praja mempunyai tugas memberikan pelayanan administratif dalam penyelenggaraan tugas-tugas pemerintahan daerah dan mengkoordinasikan perumusan kebijakan penyelenggaraan tugas dan fungsi perangkat daerah meliputi bidang pertanahan, kependudukan, tenaga kerja dan transmigrasi, catatan sipil, perlindungan masyarakat dan kesatuan bangsa, satuan polisi pamong praja, hukum, Pembinaan organisasi dan tatalaksana, penelitian dan pengembangan, pengawasan, perijinan dan usaha-usaha pemasukan keuangan daerah, pembinaan aparat kecamatan, kelurahan dan desa. Asisten Tata Praja meliputi : Bagian Pemerintahan, Bagian Hukum, serta Bagian Organisasi.

Untuk melaksanakan tugas, Asisten Tata Praja mempunyai fungsi :

- Perumusan kebijakan, program penyelenggaraan bidang pemerintahan daerah, tenaga kerja dan transmigrasi, catatan sipil,

perlindungan masyarakat dan kesatuan bangsa, satuan polisi

pamong praja, hukum, pembinaan organisasi dan tatalaksana,

perijinan dan usaha-usaha pemasukan keuangan daerah, pembinaan

aparatus kecamatan, kelurahan dan desa;

- Pelaksanaan koordinasi bidang pemerintahan daerah, tenaga kerja dan transmigrasi, catatan sipil, perlindungan masyarakat dan kesatuan bangsa, satuan polisi pamong praja, hukum, pembinaan organisasi dan tatalaksana, perijinan dan usaha-usaha pemasukan keuangan daerah, pembinaan aparatus kecamatan, kelurahan dan desa;
- Penyusunan bahan kebijakan dan koordinasi perumusan peraturan perundang-undangan;
- Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

d. Asisten Ekonomi dan Pembangunan

Asisten Ekonomi dan Pembangunan mempunyai tugas memberikan pelayanan administratif dalam penyelenggaraan tugas pemerintah daerah

dan mengkoordinasikan perumusan kebijakan penyelenggaraan tugas dan fungsi perangkat daerah meliputi perencanaan, penelitian dan

pengembangan, pertanian, perkebunan, kehutanan, perhubungan, pariwisata, industri, perdagangan, penanaman modal, koperasi dan

pengusaha kecil dan menengah, kelautan, perikanan, peternakan, pertambangan, badan usaha milik daerah, pekerjaan umum, lingkungan

hidup, permukiman dan pengembangan wilayah, kesehatan, pendidikan,

kebudayaan dan pariwisata, hubungan dengan lembaga resmi masyarakat, pemuda, keluarga berencana dan pemberdayaan perempuan. Asisten Ekonomi dan Pembangunan meliputi : Bagian Penyusunan Program, Bagian Komunikasi dan Informatika serta Bagian Kesejahteraan Rakyat.

Untuk melaksanakan tugas, Asisten Ekonomi dan Pembangunan mempunyai fungsi :

- Pelaksanaan koordinasi kegiatan penyelenggaraan pembangunan, perekonomian dan kesejahteraan rakyat;
- Perumusan bahan kebijaksanaan penyusunan program dan petunjuk teknis serta memantau penyelenggaraan pembangunan, perekonomian, kesejahteraan sosial dan pemberdayaan perempuan;
- Penyelenggaraan pembinaan pelaksanaan pembangunan, perekonomian dan kesejahteraan rakyat;
- Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

e. Asisten Administrasi

Asisten Administrasi mempunyai tugas memberikan pelayanan administratif dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah dan mengkoordinasikan perumusan kebijakan penyelenggaraan tugas dan fungsi perangkat daerah meliputi bidang umum, kepegawaian, pendidikan dan pelatihan, keuangan dan perlengkapan. Asisten Administrasi meliputi: Bagian Umum, Bagian Protokol dan Rumah Tangga serta Bagian Pengelolaan dan Pengadaan.

Untuk melaksanakan tugas, Asisten Administrasi mempunyai fungsi :

- Pelaksanaan koordinasi penyusunan pedoman dan petunjuk pengelolaan anggaran dan membantu melaksanakan koordinasi penyusunan program anggaran;
  - Pelaksanaan koordinasi penyusunan pedoman dan petunjuk kerja dibidang umum, kepegawaian, pendidikan dan pelatihan, keuangan dan perlengkapan;
  - Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
2. Peraturan Daerah Kabupaten Probolinggo Nomor 08 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Probolinggo serta Uraian Tugas dan Fungsinya
  3. Peraturan Daerah Kabupaten Probolinggo Nomor 09 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Kabupaten Probolinggo serta Uraian Tugas dan Fungsinya, yang terdiri dari :
    - Dinas Pendidikan
    - Dinas Kesehatan
    - Dinas Sosial
    - Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi
    - Dinas Perhubungan
    - Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil
    - Dinas Pekerjaan Umum Bina Marga

- Dinas Pekerjaan Umum Cipta Karya
- Dinas Pekerjaan Umum Pengairan
- Dinas Koperasi, Usaha Kecil dan Menengah
- Dinas Perindustrian dan Perdagangan
- Dinas Pertanian
- Dinas Perkebunan dan Kehutanan
- Dinas Peternakan dan Kesehatan Hewan
- Dinas Perikanan dan Kelautan
- Dinas Kebudayaan dan Pariwisata
- Dinas Pengelolaan Keuangan Daerah
- Dinas Pendapatan Daerah

4. Peraturan Daerah Kabupaten Probolinggo Nomor 10 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Probolinggo serta Uraian Tugas dan Fungsinya, yang terdiri dari :

- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
- Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat
- Badan Lingkungan Hidup
- Badan Ketahanan Pangan dan Pelaksana Penyuluhan Pertanian
- Badan Pemberdayaan Masyarakat
- Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana
- Kantor Arsip Daerah

- Kantor Perpustakaan Umum Daerah
- Kantor Pemuda dan Olah Raga
- Kantor Penanaman Modal dan Perijinan



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dipakai di dalam penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif ini dimaknai sebagai metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah (Sugiyono, 2005:1)<sup>31</sup>. Berbeda dengan penelitian yang bersifat eksperimen dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif maka akan digunakan pendekatan kualitatif, sebagaimana disebutkan oleh Nazir (1985:52)<sup>32</sup>:

“Suatu metode penelitian status kelompok manusia, suatu obyek, suatu situasi dan kondisi, suatu pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa mendatang. Tujuan penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antara fenomena yang diselidiki”.

Dalam penelitian ini dimaksudkan untuk membuat deskripsi dan analisis terhadap data yang didapatkan dari berbagai sumber, baik berupa tulisan ataupun lisan mengenai implementasi Program PKH dalam rangka meningkatkan kualitas hidup masyarakat di Kabupaten Probolinggo Jawa Timur.

<sup>31</sup> Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung. Alfabeta

<sup>32</sup> Nazir, Moh. 1985. *Metode Penelitian*. Grafika Indonesia. Bandung

#### 4.2 Fokus Penelitian

Fokus penelitian menguraikan tentang masalah yang menjadi pusat perhatian dalam penelitian ini. Fokus berkedudukan sebagai batas, berguna mencegah terjadinya pembiasan dalam mempersepsikan. Selain itu, pembatasan tersebut agar peneliti memperoleh gambaran jelas dan menyeluruh tentang situasi yang diteliti dan pengumpulan data dapat dilaksanakan dengan tepat sasaran. Hal ini menghasilkan penelitian yang terarah dan dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Adapun yang menjadi fokus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Implementasi Program Keluarga Harapan selama tahun anggaran 2007-2014 yang terdiri atas fenomena-fenomena sebagai berikut:
  - a. Pemilihan dan penetapan daerah;
  - b. Keikutsertaan daerah dalam PKH;
  - c. Pemilihan peserta PKH;
  - d. Penetapan peserta PKH;
  - e. Pertemuan Awal;
  - f. Pembayaran;
  - g. Verifikasi Komitmen;
  - h. Pemutakhiran data;
  - i. Pelaporan.
- 2) Faktor penghambat yang mempengaruhi implementasi dilihat dari sisi pelaksana program.

#### 4.3. Lokasi dan Situs penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat dimana peneliti menggambarkan kejadian yang sebenarnya dari obyek atau fenomena yang diteliti. Dari lokasi penelitian inilah nantinya akan didapat data dan informasi berkaitan dengan masalah yang akan diteliti. Sedangkan pengertian dari situs itu sendiri adalah menunjukkan dimana sebenarnya peneliti dapat menangkap keadaan dari obyek yang akan diteliti, sehingga keakuratan data yang diperlukan dapat diperoleh.

Berkaitan dengan tujuan dan fokus penelitian ini Kabupaten Probolinggo memiliki hasil yang menarik setiap tahunnya untuk diteliti. Dimana dengan adanya fasilitas pendidikan yang banyak (diatas rata-rata) dan fasilitas kesehatan terbanyak bila dibandingkan dengan kecamatan-kecamatan lainnya, hasil dari implementasi program PKH di Kabupaten Probolinggo selalu berfluktuasi.

#### 4.4. Jenis dan Sumber Data

Sumber data adalah subyek data diperoleh atau dapat dijabarkan yaitu seseorang atau suatu hal atau benda dimana peneliti mengamati, bertanya, atau membaca tentang hal yang berkenaan dengan variable yang diteliti, yang dijadikan sumber untuk mendapatkan data atau informasi yang berhubungan dengan masalah penelitian. Yang dimaksud sumber data dalam penelitian ini adalah subyek darimana data diperoleh. Menurut Lofland dan Lofland (1984 : 47)<sup>33</sup> sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata - kata atau tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen-dokumen, buku-buku, artikel dan lain-lain.

<sup>33</sup> Lofland, John & Lynn. H. Lofland. 1984. Analyzing Social Settings. California. Wadsworth Publishing Company

Sumber data dari penelitian ini adalah:

1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh, atau dikumpulkan, atau juga data yang didapatkan dari laporan secara langsung di lapangan oleh orang yang melakukan penelitian. Data primer ini, disebut juga data asli atau data baru, data primer dari penelitian ini adalah:

- a. Hasil observasi langsung ke lapangan, yaitu RTSM penerima bantuan PKH;
- b. Hasil wawancara dengan kelembagaan atau institusi lembaga PKH yaitu pendamping program/koordinator UPPKH Kabupaten Probolinggo Bp. Kharisman, KH;
- c. Hasil wawancara dengan pihak RTSM penerima dana bantuan PKH;
- d. Hasil wawancara dengan fasilitator/pelaksana program PKH dalam hal ini yaitu Sekretaris Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh atau dikumpulkan secara tidak langsung oleh peneliti dari sumber-sumber yang ada, guna memperkuat atau mendukung data primer. Data sekunder ini, disebut juga sebagai data yang telah tersedia.

Adapun data sekunder dalam penelitian ini adalah:

- a. Data yang berupa informasi-informasi langsung dari sumber yakni Tim UPPKH Kabupaten Probolinggo dan RTSM penerima bantuan.
- b. Media informasi lainnya, yaitu:
  - 1) Situs resmi Pemerintah Kabupaten Probolinggo.
  - 2) Laporan dan hasil penelitian Tim UPPKH.
  - 3) Buku pedoman PKH.

Dari beberapa sumber data yang telah disebutkan, tidak menutup kemungkinan ketika proses penelitian berlangsung di lapangan akan bertambah bahkan data yang diatas tidak berkontribusi pada tema penelitin ini. Data acuan juga mencakup hasil pengkajian literature dan artikel-artikel, jurnal-jurnal ilmiah terkait dengan permasalahan yang diangkat. Pengamatan lapangan dilakukan terutama untuk pengecekan ulang data sekunder dengan fakta-fakta yang terjadi. Kegiatan utama difokuskan untuk mengetahui kinerja program PKH di Kecamatan Kraksaan Kabupaten Probolinggo. Kegiatan dilakukan pada wilayah-wilayah yang dianggap bisa mewakili keseluruhan fenomena yang ada.

#### 4.5. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data adalah langkah yang sangat penting dalam sebuah penelitian ilmiah, karena data yang dihasilkan ini diharapkan dapat digunakan untuk menjawab sekaligus memecahkan permasalahan yang ada. Maka dari itu data tersebut harus valid dan akurat.

Dalam teknik pengumpulan data, menurut Creswell (1994:149)<sup>34</sup> penelitian kualitatif terbagi dalam tiga tipe dasar yaitu:

##### 1. Observasi (pengamatan)

Pengamatan dilakukan secara langsung oleh peneliti terhadap obyek yang diteliti. Pengamatan juga dilakukan terhadap fenomena dari obyek yang diteliti.

##### 2. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung oleh pewawancara

<sup>34</sup> Creswell, John. 1994. Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches. London. SAGE Publications

(peneliti) kepada responden dengan maksud tertentu. Peneliti di sini akan menggunakan wawancara berstruktur dan atau tidak berstruktur. Hal ini dimungkinkan untuk mengurangi terjadinya kekeliruan dalam mendapatkan data. Dalam penelitian kualitatif, metode wawancara ini lebih dipandang efektif sebab, para subyek tahu bahwa mereka sedang diwawancarai, sekaligus mereka akan mengetahui pula maksud dari wawancara itu. Sehingga, dapat diperoleh data informasi yang diperlukan dalam penelitian. Wawancara ini dilakukan dengan bentuk tanya jawab secara langsung dengan pihak Kecamatan dan warga penerima program PKH. Dalam melakukan wawancara, peneliti menggunakan pedoman wawancara agar pertanyaan-pertanyaan yang diajukan tidak menyimpang dari fokus penelitian.

### 3. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu teknik pengumpulan data dengan menggunakan dokumen suatu data. Dokumen yang diperlukan dalam penelitian ini berupa bahan tertulis yang berkaitan dengan judul penelitian sebagai sumber data yang bermanfaat untuk menguji, menafsir bahkan meramalkan. Pengumpulan data melalui penggunaan sumber-sumber tertulis yang berupa buku, majalah, buletin, laporan-laporan penelitian terdahulu, arsip-arsip perusahaan, dan sumber-sumber tertulis lainnya yang relevan.

### 4.6. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang dipergunakan untuk memperoleh atau mengumpulkan data dalam proses penelitian. Peneliti itu

sendiri yang menjadi instrumen atau alat peneliti di dalam penelitian kualitatif.

Oleh sebab itu peneliti sebagai instrumen juga harus divalidasi seberapa jauh peneliti kualitatif siap melakukan penelitian selanjutnya terjun ke lapangan (Sugiyono, 2005:59)<sup>35</sup>. Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian sebagai berikut:

1. Pedoman wawancara (Interview Guide) yaitu alat yang berupa daftar-daftar pertanyaan sesuai dengan obyek yang akan dituju oleh penelitian, diantaranya disini mewawancarai langsung kepada pihak Kecamatan Kraksaan yang menangani pelaksanaan program PKH, pihak penerima yaitu warga-warga penerima bantuan program PKH dan cross check dengan melakukan wawancara pada pihak mediator atau fasilitator (Tim UPPKH Kabupaten Probolinggo).
2. Observasi, yaitu dengan cara mengamati secara langsung peristiwa-peristiwa yang berkaitan dengan obyek penelitian, diantaranya disini mengamati kinerja pelaksana program PKH dan mengamati berbagai sarana yang menunjang antara lain fasilitas pendidikan dan fasilitas kesehatan.
3. Catatan lapangan (Field Note) yaitu catatan-catatan yang sistematis yang disusun berdasarkan temuan lapangan pada saat observasi dilaksanakan.

#### **4.7. Pengujian Validitas & Reliabilitas**

##### **1. Pengertian Validitas**

Pengertian validitas menurut (Sugiyono, 2007:363) merupakan derajat ketepatan antara data yang terjadi pada obyek penelitian dengan data yang dilaporkan oleh peneliti. Jadi jelas batasan validitas adalah

<sup>35</sup> Sugiyono. 2005. Metode Penelitian Administrasi. Bandung. Alfabeta

berkenaan dengan derajat ketepatan, antara data obyek sebenarnya dengan data penelitian.

Validitas dalam penelitian kualitatif menunjukkan sejauh mana tingkat interpretasi dan konsep-konsep yang diperoleh memiliki makna yang sesuai antara peneliti dan partisipan. Dengan kata lain, partisipan dan peneliti memiliki kesesuaian dalam mendeskripsikan suatu peristiwa terutama dalam memaknai peristiwa tersebut.

## 2. Pengertian Reliabilitas

Reliabilitas menurut (Sugiyono, 2009:364)<sup>36</sup> reliabilitas berkenaan dengan derajat konsistensi dan stabilitas data atau temuan. Terdapat perbedaan yang mendasar antara validitas dan reliabilitas dalam penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif. Dalam penelitian kuantitatif untuk mendapatkan data yang valid dan reliable yang diuji validitas dan reliabilitasnya adalah instrument penelitiannya. Sedangkan dalam penelitian kualitatif yang diuji adalah datanya. Dalam penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti.

Pengertian reliabilitas dalam penelitian kuantitatif dan kualitatif pun berbeda. Dalam penelitian kualitatif suatu realitas itu bersifat majemuk/ganda, dinamis/selalu berubah, sehingga tidak ada yang konsisten, dan berulang seperti semula. Situasi senantiasa berubah demikian juga perilaku manusia yang terlibat di dalamnya.

<sup>36</sup> Sugiyono. 2009. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung. Alfabeta

Menurut Prof. Dr. Sugiyono. Pengujian validitas dan reliabilitas data dalam penelitian kualitatif meliputi uji kredibilitas, uji transferability, uji dependability, dan uji confirmability.

a. Uji Kredibilitas

Uji kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain:

1) Peningkatan ketekunan dalam penelitian

Peneliti melakukan pengecekan kembali, apakah data yang telah ditemukan salah atau benar.

2) Perpanjangan Pengamatan

Peneliti kembali melakukan pengamatan dilapangan/dilokasi penelitian. Menjadikan hubungan peneliti dengan partisipan/nara sumber semakin akrab.

3) Triangulasi

Pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu, antara lain:

(a) Triangulasi sumber;

(b) Triangulasi teknik pengumpulan data;

(c) Triangulasi waktu pengumpulan data.

4) Analisis kasus negatif

Peneliti mencari data yang berbeda atau bahkan bertentangan dengan data yang telah ditemukan. Apabila tidak terdapat data yang berbeda, maka data yang diperoleh sudah dapat dipercaya.

#### 5) Mengecek

Proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Tujuannya untuk mengetahui sejauhmana data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan pemberi data.

#### b. Uji Transferability

Berkaitan dengan sejauh mana hasil penelitian dapat ditetapkan dan digunakan dalam situasi lain. Oleh karena itu, untuk dapat memahami hasil penelitian ada kemungkinan peneliti harus membuat laporan rinci, singkat, jelas dan sistematis, dan pastinya dapat dipercaya.

#### c. Uji Dependability dan Uji Konfirmability

Uji dependability dilakukan dengan mengaudit seluruh proses penelitian, dilakukan oleh auditor yang independen. Uji konfirmability hampir sama dengan Uji dependability, yaitu menguji hasil penelitian dikaitkan dengan proses yang dilakukan. Apabila hasil penelitian merupakan fungsi dari proses penelitian, maka penelitian tersebut telah memenuhi standar konfirmability. Oleh karena itu dua pengujian ini sering dilakukan secara bersama-sama.

### 4.8. Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam suatu penelitian ilmiah karena dengan analisis suatu data dapat diberi arti atau makna yang berguna dalam memecahkan masalah-masalah penelitian. Dalam penelitian ini analisis data yang digunakan adalah analisis data kualitatif yaitu analisis yang tidak menggunakan perhitungan-perhitungan yang bersifat statistik.

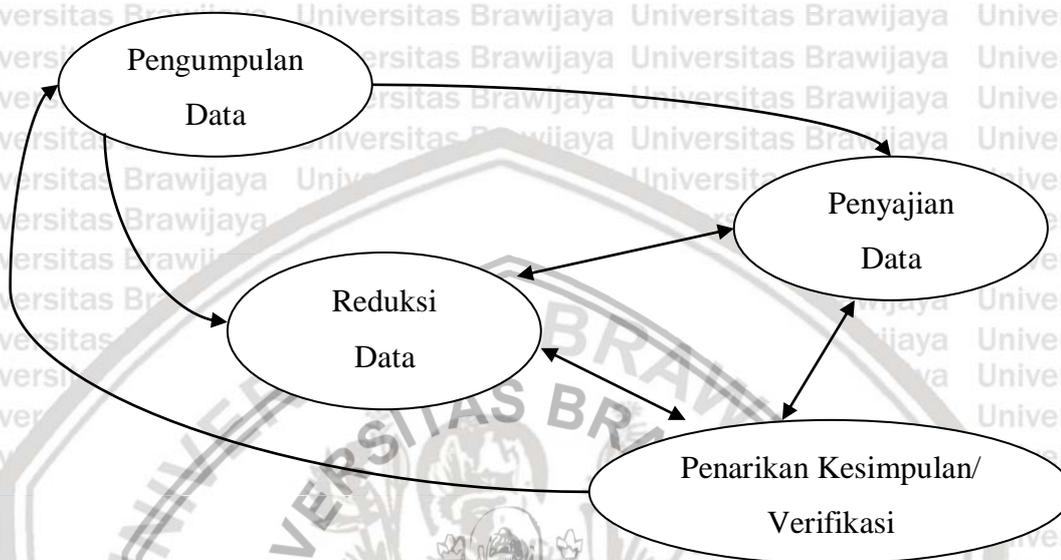
Dalam penelitian kualitatif, analisis data dilakukan sejak awal penelitian dan selama proses penelitian dilaksanakan. Data diperoleh, kemudian dikumpulkan untuk diolah secara sistematis. Dimulai dari wawancara, observasi, mengedit, mengklasifikasi, mereduksi, selanjutnya aktivitas penyajian data serta menyimpulkan data. Dalam penelitian ini digunakan analisis data model interaktif (Miles dan Huberman, 1992: 18-21)<sup>37</sup>.

Tahapan analisis data dalam penelitian ini antara lain adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data yaitu proses mengumpulkan data-data mentah yang belum diolah dan dianalisis serta merupakan hasil dari interview terhadap para pihak terkait pelaksanaan program PKH Kabupaten Probolinggo, observasi dan dokumentasi di RTSM penerima bantuan serta wilayah penerima serta UPPKH Kabupaten Probolinggo.
2. Reduksi data yaitu data lapangan dari semua stakeholder dituangkan dalam uraian atau laporan yang lengkap dan terinci. Laporan lapangan akan direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal yang pokok, difokuskan pada hal-hal yang penting kemudian dicari tema atau polanya. Reduksi data berlangsung secara terus menerus selama proses penelitian berlangsung.
3. Penyajian data yaitu sekumpulan informasi dari stakeholder yang tersusun yang memungkinkan penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan, melalui penyajian data, peneliti menyederhanakan informasi yang kompleks ke dalam bentuk yang lebih sederhana atau konfigurasi yang mudah dipahami.
4. Penarikan kesimpulan/verifikasi, data yang telah diperoleh di lapangan sedemikian rupa kemudian dilakukan analisis dan interpretasi terhadap data tersebut untuk memperoleh hasil yang sebenarnya.

<sup>37</sup> Miles, Matthew B dan Huberman, A Michael. 1992. Analisis Data Kualitatif. Jakarta. Universitas Indonesia Press.

**Komponen-komponen Analisis Data Model Interaktif**



Sumber: Miles and Hubberman (1992: 20)

**Gambar 9.** Komponen-Komponen Analisis Data Model Interaktif

Ketiga komponen analisis berinteraksi sampai didapat suatu kesimpulan yang benar, apabila ternyata kesimpulannya tidak memadai, maka perlu diadakan pengujian ulang, yaitu dengan cara mencari beberapa data lagi di lapangan, dicoba untuk diinterpretasikan dengan fokus yang lebih terarah. Dengan begitu, analisis data tersebut merupakan proses interaksi antara ketiga komponen analisis dengan pengumpulan data dan merupakan suatu proses siklus sampai dengan aktivitas penelitian selesai.

Alasan peneliti memilih analisis data interaktif ini adalah karena dalam bentuk ini peneliti tetap dapat bergerak di antara tiga komponen analisis dengan proses pengumpulan data selama kegiatan pengumpulan data berlangsung. Sesudah pengumpulan data berakhir, peneliti bergerak di antara tiga komponen analisisnya dengan menggunakan waktu yang masih tersisa bagi penelitiannya.

**BAB V****HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN****5.1. Rancangan Umum Program Keluarga Harapan**

Leading sector atau Executing agency dalam pelaksanaan PKH ini adalah Kementerian Sosial. Dalam pelaksanaan di lapangan melibatkan Kementerian dan Lembaga (K/L) terkait, yang meliputi:

- Bappenas, yang berperan mulai dari proses perencanaan, monitoring sampai pada evaluasi program;
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), yang berperan mulai dari proses monitoring, evaluasi sampai proses koordinasi;
- BPS, yang berperan sebagai penyediaan database dasar untuk proses targeting;
- Kementerian Sosial, yang berperan dalam penentuan kriteria kepesertaan, validasi dan pembayaran;
- Kementerian Kesehatan, terkait dengan penyediaan layanan kesehatan dan verifikasi kesehatan;
- Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian Agama, terkait dengan penyediaan layanan pendidikan dan verifikasi pendidikan;
- Kementerian Komunikasi, terkait dengan proses sosialisasi PKH;
- Kementerian Keuangan dan PT POS Indonesia yang berperan dalam penyaluran bantuan bagi peserta PKH;

- Kementerian Dalam Negeri yang berperan dalam menjamin dan menerbitkan Kartu Identitas Diri (KTP) peserta PKH;
- Pemerintah Daerah yang berperan dalam memastikan ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan dan pendidikan yang dibutuhkan untuk kelancaran pelaksanaan PKH ini sesuai dengan komitmen yang sudah ditandatangani oleh masing-masing kepala daerah.

Proses PKH dalam arti aliran informasi data RTSM yang menjadi target PKH tercakup dalam proses-proses berikut: 1) Targetting; 2) Validasi 3) Pembayaran; 4) Verifikasi; dan 5) Pemutakhiran Data.

Di samping kegiatan diatas, ada kegiatan pendukung untuk kelancaran dan perbaikan implementasi PKH, yang meliputi:

- 1) Sosialisasi dan komitmen daerah;
- 2) Rekrutmen dan pelatihan;
- 3) Kesepakatan antara Kementerian Sosial dan instansi penyalur dana (PT. POS/BRI);
- 4) Pengaduan masyarakat;
- 5) Monitoring dan evaluasi.

Proses targetting dilakukan oleh UPPKH Pusat. Proses ini menghasilkan data calon peserta PKH sesuai dengan persyaratan PKH dan jumlah calon peserta PKH per daerah (provinsi, kabupaten, kecamatan, kelurahan/desa). Data calon peserta PKH berasal dari database yang dihasilkan oleh BPS.

Data calon peserta PKH hasil dari proses targetting akan divalidasi oleh pendamping. Proses validasi ini bertujuan untuk mengecek keabsahan data/informasi calon peserta PKH sesuai dengan kondisi sebenarnya. Proses ini dilakukan oleh pendamping saat Pertemuan Awal dan juga kunjungan ke tempat tinggal calon peserta PKH. Setelah RTSM menyetujui dan menandatangani formulir validasi RTSM tersebut, RTSM tersebut baru dinyatakan sebagai peserta PKH.

UPPKH pusat melakukan penghitungan jumlah bantuan/dana dari hasil validasi. Proses pembayaran dilakukan oleh PT POS. Pembayaran dilakukan empat kali dalam satu tahun. Khusus untuk wilayah pengembangan PKH, pembayaran dilakukan setelah adanya penetapan oleh pejabat yang berwenang. Penerima dana bantuan PKH adalah seorang perempuan dewasa (ibu, nenek, bibi) yang mengurus RTSM. Untuk pembayaran pertama kali tidak berdasarkan verifikasi kepatuhan peserta pada syarat-syarat yang ditentukan. Penggunaan bantuan PKH ditujukan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan RTSM.

Untuk tahap berikutnya, petugas fasilitas pendidikan (SD/MI atau SMP/MTS) melakukan verifikasi kehadiran anak RTSM di sekolah masing-masing. Pada saat yang sama, petugas fasilitas kesehatan (puskesmas, posyandu, pustu) melakukan verifikasi kehadiran ibu hamil dan atau balita RTSM di tempat masing-masing sesuai dengan jadwal kunjungan yang ditetapkan. Hasil dari proses jadwal verifikasi ini dipakai UPPKH pusat sebagai data dasar untuk menghitung jumlah dana bantuan PKH untuk setiap RTSM pada tahap berikutnya. Jika ada anggota RTSM yang tidak memenuhi kondisionalitas, maka

pembayaran dana bantuan tahap berikutnya dipotong sesuai dengan aturan yang ada.

Kegiatan lain dalam PKH adalah pengaduan masyarakat, monitoring dan evaluasi terhadap keseluruhan pelaksanaan PKH.

## **5.2. Penyajian Data Penelitian**

### **5.2.1. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo**

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program nasional, mengingat otonomi daerah, keberadaan dan pelaksanaan PKH di daerah merupakan tanggung jawab dan tugas dari pemerintah daerah juga. Kabupaten Probolinggo terpilih sebagai daerah uji coba mulai pada tahun 2007 dengan ketentuan diantaranya komitmen daerah dengan membentuk Tim Koordinasi dan menjamin ketersediaan terhadap pelayanan pendidikan dan kesehatan terutama untuk keluarga Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dengan cara sharing dana.

Kabupaten Probolinggo ditetapkan sebagai salah satu kabupaten yang menjadi uji coba atau pilot project pelaksanaan Program Keluarga Harapan nasional yang bermula di tahun 2007. Hal yang mendasari pemilihan tersebut adalah tingginya angka kemiskinan yang berdasarkan data BPS berada di peringkat ke-9 di Provinsi Jawa Timur, termasuk tingginya angka kematian bayi dan balita, ibu melahirkan, dan tingginya angka putus sekolah, seperti yang disampaikan oleh Sekretaris Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo melalui wawancara pada tanggal 2 Oktober 2014:

*“ Pada tahap awal pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) sejak tahun 2007 Kabupaten Probolinggo terpilih sebagai Kabupaten penerima program uji coba PKH berdasarkan tingginya angka kemiskinan juga kasus kematian ibu melahirkan serta kematian bayi termasuk gizi buruk dan angka putus sekolah pendidikan dasar juga cukup tinggi, berdasarkan data BPS tahun 2008 angka kemiskinan Kabupaten Probolinggo di urutan kesembilan di Provinsi Jawa Timur ”.*

Keikutsertaan Kabupaten Probolinggo sebagai daerah uji coba PKH sejak tahun 2007 dari 49 Kabupaten/Kota dan 348 Kecamatan di Indonesia dengan dibuktikan oleh surat pernyataan Bupati sebagai Kepala Daerah<sup>38</sup>.

Keikutsertaan Kabupaten Probolinggo dalam PKH ditentukan juga oleh kesediaan Pemerintah Daerah untuk melaksanakan PKH. Hal ini dimaksudkan untuk menjamin pelaksanaan PKH di daerah terlaksana dengan tersedianya fasilitas kesehatan (faskes) dan fasilitas pendidikan (fasdik) yang mendukung pelaksanaan PKH secara langsung terhadap penerima manfaat bantuan PKH dengan melampirkan:

- Tingginya angka kemiskinan;
- Tingginya angka gizi buruk;
- Tingginya angka kematian ibu (AKI);
- Tingginya angka kematian balita (AKB);
- Tingginya angka putus sekolah, serta;
- Komitmen daerah dengan ketersediaan sarana dan prasarana (supply) fasilitas pendidikan dan kesehatan.

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program nasional, pembiayaan PKH berasal dari APBN dan APBD Kabupaten, APBN digunakan untuk bantuan kepada peserta PKH dan untuk gaji Operator dan

<sup>38</sup> Pedoman Umum PKH, 2007, hlm. 17

Pendamping PKH. Dukungan dan komitmen daerah dalam bentuk sharing dana APBD diperlukan guna mendukung operasional kegiatan di daerah seperti Rapat Koordinasi, Rapat Evaluasi, kebutuhan operasional lainnya di lapangan seperti membeli alat tulis (ATK) dan lain-lain, sebagaimana disampaikan oleh Sekretaris Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo dalam wawancara pada tanggal 6 Oktober 2013 :

*“ Pendanaan PKH didanai melalui APBN pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Direktorat Jenderal Jaminan Kesejahteraan Sosial Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial Republik Indonesia. Anggaran dana tersebut terdiri dari bantuan bagi peserta PKH dan penunjang yang digunakan untuk rekrutmen dan pelatihan tenaga pendamping dan operator, biaya Sekretariat PKH Provinsi dan Kabupaten/Kota, UPPKH Pusat, UPPKH Kabupaten/Kota dan Kecamatan, serta untuk rapat-rapat Tim Koordinasi, monitoring dan evaluasi”.*

Komitmen daerah dalam mendukung Program Keluarga Harapan (PKH) melalui sharing bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) dan penggunaannya untuk memperkuat pelaksanaan operasional yang diperuntukkan untuk kegiatan Rapat Koordinasi, Rapat Evaluasi, Operasional pembayaran untuk 4 (empat) tahap pencairan dana dalam 1 tahun, kebutuhan di lapangan seperti membeli alat tulis dan lain-lain yang dikoordinir oleh Bappeda dan Dinas Sosial.

Dukungan dana penunjang melalui anggaran APBD merupakan komitmen daerah Kabupaten Probolinggo dalam mendukung operasional kegiatan PKH di daerah sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 6**

**Dana Penunjang APBD Kegiatan PKH Kabupaten Probolinggo  
(Tahun 2010-2014)**

Tahun	Dinas Sosial	BAPPEDA	Total Dana
2010	525.000.000	150.000.000	675.000.000
2011	525.000.000	75.000.000	600.000.000
2012	550.000.000	125.000.000	675.000.000
2013	550.000.000	125.000.000	675.000.000

Sumber: Data UPPKH Kabupaten Probolinggo (Oktober 2014)

Dalam pelaksanaannya Kabupaten Probolinggo mendukung terlaksananya PKH dengan komitmennya dalam menyediakan fasilitas pendidikan dan fasilitas kesehatan melalui intervensi program dari sisi supply yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat atau RTSM di sarana pelayanan kesehatan melalui sinergi program JPKMM/Akseskin. Pelayanan kesehatan untuk peserta PKH terdiri dari pelayanan tingkat dasar dan juga rujukan. Untuk pelayanan rujukan peserta PKH dapat dilayani di seluruh rumah sakit di Kabupaten Probolinggo yang sudah memiliki perjanjian kerjasama dengan pemerintah. Prioritas pelayanan pendidikan kepada anak-anak usia sekolah wajib belajar dari RTSM untuk memperoleh bea siswa miskin sehingga mereka dapat mengakses dan memperoleh pendidikan pada jenjang SD dan SLTP.

Implementasi pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Probolinggo dapat ditelaah melalui komponen-komponen sebagai berikut :

A. Komponen Kemiskinan

Berdasarkan perhitungan Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2008 jumlah penduduk Kabupaten Probolinggo sebanyak 1.092.036 terdiri atas 523.652 orang laki-laki dan 568.384 orang perempuan. Dengan jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Probolinggo sebesar 112.955 RTM (35,87%). Angka tersebut menempatkan Kabupaten Probolinggo di urutan kesembilan di Provinsi Jawa Timur<sup>39</sup>. Masalah kemiskinan di Kabupaten Probolinggo antara lain ditandai oleh jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan dan penduduk yang rentan untuk jatuh ke bawah garis kemiskinan.



**Gambar 10.** Perkembangan Tingkat Kemiskinan Kabupaten Probolinggo Tahun 2007-2014

Dari data yang dirilis oleh BPS Pusat, tingkat kemiskinan di Kabupaten Probolinggo mulai tahun 2003 sampai dengan 2008 secara

<sup>39</sup> <http://www.probolinggokab.go.id/site/>

umum mengalami kenaikan meskipun pada tahun 2005 dan 2007 sempat mengalami penurunan. Pada tahun 2008 tingkat kemiskinan Kabupaten Probolinggo mencapai posisi tertinggi dan telah menembus angka 30,13. Pada tahun 2011 tingkat kemiskinan di Kabupaten Probolinggo adalah 23,48% akan tetapi telah mengalami penurunan sebesar 3,04% pada tahun 2014 menjadi 20,44%. Angka ini masih jauh diatas rata-rata Nasional dan Provinsi Jawa Timur, dimana Provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 telah turun 1,57% menjadi 12,28% .

Upaya penanggulangan kemiskinan dirumuskan 4 (empat) strategi utama penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Probolinggo adalah sebagai berikut :

- Perluasan kesempatan: Strategi yang dilakukan untuk menciptakan kondisi dan lingkungan ekonomi, politik, dan sosial yang memungkinkan masyarakat miskin baik laki-laki maupun perempuan dapat memperoleh kesempatan seluas-luasnya dalam pemenuhan hak-hak dasar dan peningkatan taraf hidup secara berkelanjutan;
- Pemberdayaan kelembagaan masyarakat: Strategi yang dilakukan untuk memperkuat kelembagaan sosial, politik, ekonomi dan budaya masyarakat, dan memperluas partisipasi masyarakat miskin baik laki-laki maupun perempuan dalam pengambilan keputusan kebijakan publik yang menjamin penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak-hak dasar;

- Peningkatan kapasitas: Strategi yang dilakukan untuk mengembangkan kemampuan dasar dan kemampuan berusaha masyarakat miskin baik laki-laki maupun perempuan agar dapat memanfaatkan perkembangan lingkungan;

- Perlindungan sosial : Strategi yang dilakukan untuk memberikan perlindungan dan rasa aman bagi kelompok rentan (perempuan kepala rumah tangga, fakir miskin, orang jompo, anak terlantar, kemampuan berbeda/ penyandang cacat) dan masyarakat miskin baru baik laki-laki maupun perempuan yang disebabkan antara lain oleh bencana alam, dampak negatif krisis ekonomi, dan konflik sosial.

Berbagai program kegiatan telah dilaksanakan Pemerintah Kabupaten Probolinggo dalam rangka menanggulangi kemiskinan sebagai salah satu upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Pemerintah Kabupaten Probolinggo juga telah membentuk Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah yang diketuai oleh Wakil Bupati sesuai dengan Keputusan Bupati Probolinggo Nomor : 460/426/426.12/2013 tentang Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Kabupaten Probolinggo, yang mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 42 Tahun 2010.

Dengan terbentuknya Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK) ini diharapkan dapat menjadi wadah yang dapat mengkoordinasikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan serta mengkoordinasikan pengendalian pelaksanaan

program penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Probolinggo untuk pencapaian tujuan dan sasaran program yang tepat dalam rangka menurunkan angka kemiskinan secara signifikan yang mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat.

**B. Komponen Kesehatan**

Komponen kesehatan dalam PKH dikembangkan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak, khususnya bagi kelompok ibu masyarakat tidak mampu. Rendahnya status kesehatan ibu ini akan berdampak bukan hanya pada kesehatan ibu saja, namun juga secara langsung terhadap kesehatan bayi. Dengan demikian upaya peningkatan kesehatan anak harus diintegrasikan dengan upaya peningkatan kesehatan ibu. Salah satu hasil pembangunan di bidang kesehatan dapat dilihat dari indikator pencapaian hasil program kesehatan ibu dan anak. Adapun gambaran dari pencapaian hasil program tersebut dalam RPJMD Kabupaten Probolinggo Tahun 2009-2014 (2008, hlm. 18) yang disusun oleh BAPPEDA Kabupaten Probolinggo berdasarkan data yang dihimpun dari Badan Pusat Statistik (BPS).

**Tabel 7**  
**Perekembangan Pencapaian Hasil Program Kesehatan Ibu dan Anak**  
**Di Kabupaten Probolinggo**

No	Uraian	Satuan	2010	2011	2012	2013	2014
1	Angka Kematian Bayi (AKB)	Promil	6,61	9,00	5,02	8,18	9,5

2	Angka Kematian Ibu (AKI)	Promil	0,10	1,50	0,85	0,41	0,61
3	Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)	Prosen	1,42	1,80	1,53	1,70	2,1
4	Cakupan Ibu Hamil (K1)	Prosen	96,90	101,00	97,10	97,04	96,5
5	Cakupan Ibu Hamil (K4)	Prosen	79,02	71,90	84,40	84,40	88,5
6	Cakupan Persalinan (Linakas)	Prosen	83,10	81,90	85,40	85,40	90,6
7	Cakupan Kunjungan Neonatus (KN2)	Prosen	106,60	93,40	96,40	96,4	97,6

Dari tabel terlihat bahwa indikator angka kematian bayi (AKB) mengalami peningkatan, yaitu pada tahun 2010 sebanyak 6,61 promil dan tahun 2014 sebanyak 9,5 promil. Indikator berat bayi lahir rendah (BBLR) mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2010 sebesar 1,42% dan tahun 2014 sebesar 2,1%. Sedangkan indikator cakupan persalinan (Linakas) mengalami peningkatan dari sebesar 83,10% pada tahun 2010 menjadi 90,6% pada tahun 2014. Dari hasil indikator tersebut, dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ke depan perlu mendapat perhatian.

Komitmen PKH Kabupaten Probolinggo guna mendukung terwujudnya potensi lokal yang berdaya saing terutama penyiapan SDM berkualitas sejak dini, Pemerintah Daerah terus berupaya dan berkomitmen dalam perencanaan dan penganggaran khususnya pemenuhan hak masyarakat miskin (Maskin) atas pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terjangkau melalui program dan kegiatan SKPD dalam mendukung PKH secara langsung. Hal ini dibuktikan dengan adanya sumber daya pendukung berupa lembaga kesehatan sebagai pelaksana PKH di tahun 2014 terdiri dari 211

Polindes, 33 Puskesmas, 1.323 Posyandu, 87 Pustu, 33 Pusling dan 2 Rumah Sakit. Sedangkan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Probolinggo terdiri dari 54 Tenaga Dokter Umum, 24 Dokter Gigi, 8 Apoteker, 317 Perawat, 361 Bidan, 24 Perawat Gigi, 34 Tenaga Gizi, 35 Apoteker serta 35 Petugas Sanitasi<sup>40</sup>.

### C. Komponen Pendidikan

Penyelenggaraan urusan Pemerintah Kabupaten Probolinggo di bidang pendidikan termasuk dalam urusan wajib pendidikan, dilaksanakan untuk peningkatan angka partisipasi sekolah, peningkatan partisipasi masyarakat di bidang pendidikan, peningkatan kualitas proses pembelajaran, peningkatan pelayanan pendidikan dan kebudayaan, peningkatan kualitas tenaga pendidik, pengawas dan penilik serta peningkatan minat baca masyarakat.

PKH dalam bidang pendidikan mensyaratkan anak-anak keluarga penerima bantuan harus terdaftar di sekolah dan menghadiri kegiatan belajar mengajar sesuai ketentuan yang berlaku. Oleh sebab itu, pemberi pelayanan pendidikan merupakan komponen penting dalam mensukseskan tujuan PKH bidang pendidikan.

Tersedianya fasilitas dan pelayanan pendidikan seperti sekolah, sarana belajar, buku-buku dan tenaga pendidik yang memadai merupakan syarat utama yang harus dipenuhi untuk mensukseskan tujuan pelaksanaan PKH. Ketersediaan tenaga pendidik seperti guru, pamong, tutor, dan lain-lain yang kompeten bukan hanya diperlukan dalam memberikan pengajaran saja, tetapi mereka juga dituntut harus

<sup>40</sup> BPS Kabupaten Probolinggo 2013, Kabupaten Probolinggo Dalam Angka 2013.

berkontribusi aktif dalam mensukseskan pelaksanaan PKH bidang pendidikan, yaitu melalui keterlibatannya untuk memberikan pendidikan yang berkualitas serta melakukan verifikasi komitmen kehadiran anak-anak peserta PKH di kelas.

Di tingkat Sekolah Dasar (SD), jumlah sekolah turun dari 636 di tahun 2012 menjadi 570 di tahun 2013. Adapun jumlah guru dari 7.509 di tahun 2012 menjadi 6.615 di tahun 2013, jumlah murid turun dari 94.489 di tahun 2012 menjadi 78.227 di tahun 2013. Ratio murid dan guru yaitu 1:12<sup>41</sup>.

Di tingkat SLTP, jumlah sekolah meningkat dari 149 di tahun 2012 menjadi 172 di tahun 2013. Jumlah guru bertambah dari 2.647 di tahun 2012 menjadi 2.870 di tahun 2013. Jumlah murid meningkat dari 28.302 di tahun 2012 menjadi 30.823 di tahun 2013. Adapun ratio murid dan guru yaitu 1:11<sup>42</sup>.

Implementasi pelaksanaan PKH di Kabupaten Probolinggo dilakukan melalui beberapa tahap sesuai dengan Pedoman Umum PKH Tahun 2007, adapun tahapan-tahapan yang harus dilalui antara lain :

#### A. Pemilihan dan Penetapan Peserta PKH

Pemilihan dan penetapan peserta PKH di Kabupaten Probolinggo sebagaimana disampaikan Sekretaris Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo wawancara pada 2 Oktober 2014 berikut :

*“ Penetapan peserta PKH di Kabupaten Probolinggo dilakukan oleh BPS (hasil pengolahan data dari Survey Sosial Ekonomi Nasional) dengan data dasar yang diambil dari data daftar penerima Subsidi Langsung Tunai kategori Sangat Miskin dan Miskin, juga penetapan peserta PKH berdasarkan kuota RTSM per kecamatan ditentukan oleh UPPKH Pusat “.*

<sup>41</sup> Kabupaten Probolinggo Dalam Angka 2014, hlm. 114

<sup>42</sup> Kabupaten Probolinggo Dalam Angka 2014, hlm. 117

Pada perkembangan RTSM dari awal pelaksanaan PKH tahun 2007 hingga tahun 2014 terealisasi penuh untuk 24 kecamatan di Kabupaten Probolinggo, dengan perkembangan kuota kecamatan sebagai berikut :

**Tabel 8**  
Perkembangan RTSM Peserta PKH 2007-2014

No	Tahun	Jumlah	Kecamatan
1	2007	13	Banyuanyar, Besuk, Gading, Gending, Kraksaan, Krejengan, Leces, Maron, Pajarakan, Pakuniran, Sukapura, Tegalsiwalan, Wonomerto
2	2008	4	Sumber, Tiris, Lumbang, Tongas
3	2009	3	Bantaran, Krucil, Sumberasih
4	2010	0	Dalam Pengusulan (Dringu, Kotaanyar, Paiton, Kuripan)
5	2011	0	Dalam Pengusulan (Dringu, Kotaanyar, Paiton, Kuripan)
6	2012	1	Dringu
7	2013	1	Kotaanyar
8	2014	2	Paiton dan Kuripan

Sumber: Data UPPKH Kabupaten Probolinggo, Oktober: 2015

Penambahan kuota kecamatan di Kabupaten Probolinggo dilakukan pada tahun 2008 di empat kecamatan, Sumber, Tiris, Lumbang dan Tongas (29 Desa dengan jumlah peserta 2056 RTSM). Penambahan tahap kedua pada tahun 2009 terdiri dari tiga kecamatan, Bantaran, Krucil dan Lumbang (37 Desa dengan jumlah peserta 2575 RTSM).

**B. Sosialisasi/Pertemuan Awal Program Keluarga Harapan (PKH)**

Kegiatan pertemuan awal merupakan bertemunya pendamping PKH dengan peserta PKH. Kegiatan ini diselenggarakan di masing-masing desa

RTSM untuk keperluan validasi data RTSM serta silakukan sosialisasi terkait dengan hak, kewajiban serta sanksi bagi RTSM yang tisdak memenuhi kehadiran sesuai dengan persyaratan PKH. Kepesertaan RTSM dibuktikan dengan kepemilikan Kartu PKH sebagaimana disampaikan koordinator UPPKH Kabupaten Probolinggo Bp. Kharisman KH melalui wawancara pada tanggal 3 Oktober 2013 :

*“ Pelaksanaan pertemuan awal merupakan bertemunya pendamping dengan RTSM dampungannya. Untuk pertama kalinya dalam rangka melakukan sosialisasi program yang dilaksanakan di seluruh desa fasilitasi pendamping. Sosialisasi program ini berkaitan dengan maksud dan tujuan program, berkaitan dengan hak dan kewajiban peserta beserta sanksi bagi peserta PKH. Kegiatan pertemuan awal dilaksanakan di Balai Desa RTSM yang bersangkutan dengan kehadiran Bidan Desa dan perwakilan sekolah. Untuk pertemuan tersebut pendamping dibekali Formulir Validasi dan surat kesediaan berpartisipasi dalam PKH untuk divalidasi oleh pendamping”.*

Berdasarkan hasil wawancara, kegiatan pertemuan awal merupakan bertemunya pertama kali pendamping dengan RTSM. Kegiatan yang dilakukan pada pertemuan tersebut berupa sosialisasi program tentang hak dan kewajiban peserta, validasi data sebagai dasar pembayaran tahap pertama serta menentukan jadwal kinjungan dan kehadiran siswa dengan fasilitasi kesehatan dan pendidikan serta dilakukan pembentukan ketua kelompok. Penyelenggaraan pertemuan awal dilakukan dengan koordinasi oleh tenaga fasilitasi pendamping kecamatan di lokasi dampungannya dan pertemuan bertempat di desa lokasi peserta.

### C. 1. Pengorganisasian

Aktivitas pengorganisasian (organized) pelaksana PKH di Kabupaten Probolinggo berdasarkan pada Surat Keputusan Bupati sebagai Kepala Daerah dengan dibentuknya Tim Koordinasi Kabupaten dengan struktur

organisasi terdiri dari instansi terkait lalu terbentuklah UPPKH (Unit Pendamping PKH) Kabupaten dan UPPKH (Unit Pendamping PKH) Kecamatan serta dukungan dari penyedia layanan (service provider) baik dari penyedia fasilitas kesehatan maupun pendidikan dan PT. POS. Sebagai pelaksana kegiatan program dengan struktur organisasi beserta tugas dan wewenangnya, masing-masing instansi atau lembaga mempunyai tugas pokok dan fungsi yang berbeda. Pelaksanaan PKH harus didukung dengan adanya sumber daya manusia sebagai pelaksana, sumber dana dan fasilitas, serta keahlian pelaksana terhadap pokok-pokok pelaksanaan program.

Agar pelaksanaan PKH di Kabupaten Probolinggo dapat terealisasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, maka setiap petugas harus memiliki kemampuan yang memadai sesuai bidangnya, mengetahui apa yang harus disiapkan dan dilakukan, siapa sasarannya dan hasil apa yang akan dicapai dari pelaksanaan program. Untuk itu dibentuk pelaksana tugas sesuai Surat Keputusan Bupati Probolinggo Nomor: 050/499/412.12/2011 yang terdiri atas: Tim Koordinasi PKH Kabupaten, UPPKH Kabupaten dan Kecamatan, pelayanan kesehatan dan pendidikan termasuk PT. POS dengan susunan tugas yang sudah ditentukan. Adapun susunan pelaksana tugas tersebut sebagai berikut :

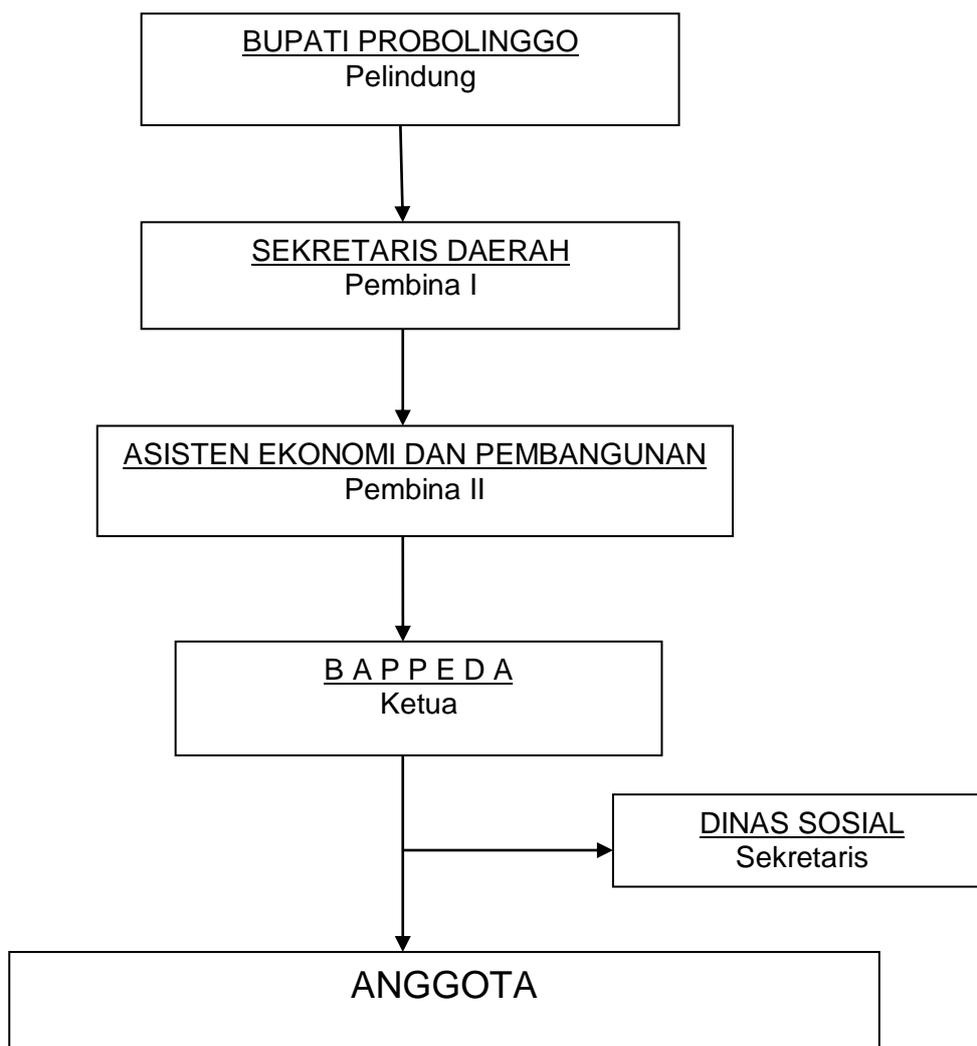
1. Tim Koordinasi PKH Tingkat Kabupaten

Dukungan dan komitmen daerah Kabupaten Probolinggo dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Bupati Kabupaten Probolinggo selaku Kepala Daerah dan Pembentukan Tim Koordinasi Kabupaten. Susunan

Tim Koordinasi PKH Tingkat Kabupaten sesuai Surat Keputusan (SK)

Bupati Probolinggo Nomor: 050/499/412.12/2011 terdiri atas :

**STRUKTUR TIM KOORDINASI PKH KABUPATEN PROBOLINGGO**



**Gambar 11.** Struktur Tim Koordinasi PKH Kabupaten Probolinggo

Struktur Tim Koordinasi PKH Tingkat Kabupaten Probolinggo :

1. Bupati Probolinggo sebagai Pelindung
2. Sekretaris Daerah sebagai Pembina I
3. Asisten Ekonomi dan Pembangunan sebagai Pembina II

4. Kepala BAPPEDA sebagai Ketua Tim Koordinasi
5. Kepala Dinas Sosial sebagai Sekretaris
6. Anggota yang terdiri dari unsur :
  - Kepala Dinas Pendidikan
  - Kepala Dinas Kesehatan
  - Kepala Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi
  - Kepala Kantor Kementerian Agama Kabupaten Probolinggo
  - Kepala Bagian Komunikasi dan Informasi
  - Ketua Tim Penggerak PKK Kabupaten Probolinggo
  - Kepala Bidang Sosial Budaya BAPPEDA Kabupaten Probolinggo
  - Kepala Sub Bidang Kependudukan dan Kesejahteraan Sosial Bidang Sosial Budaya BAPPEDA Kabupaten Probolinggo
  - Kepala Sub Bagian Perencanaan Kabupaten Probolinggo
  - Unsur Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Probolinggo

Selain tim ini juga terdapat lembaga lain di luar struktur yang berperan penting dalam pelaksanaan kegiatan PKH, yaitu lembaga pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan di tiap kecamatan serta PT. POS dimana PKH dilaksanakan.

Unit Pelaksana PKH Kabupaten adalah Pelaksana program yang berada dibawah koordinasi instansi sosial, sesuai dengan arahan dan prosedur yang ditentukan oleh Tim Koordinasi PKH Provinsi dan Direktorat Jenderal Jaminan Sosial Kementerian Sosial Republik Indonesia. UPPKH Kabupaten bertempat berdekatan dengan Dinas Sosial Kabupaten dengan jumlah 11 personil terdiri dari 1 orang Koordinator, Sistem Pengaduan Masyarakat (SPM) 1 orang, Sistem

Informasi Manajemen (SIM) 1 orang, Administrasi 1 orang dan Operator sebanyak 7 orang.

UPPKH Kabupaten akan menempati ruangan yang berlokasi di lingkungan Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo dyang dilengkapi dengan fasilitas pendukung terdiri dari ruangan kantor yang cukup untuk staf, konsultan dan personel data entri, meja dan kursi sesuai kebutuhan, seperangkat komputer, jaringan internet, software dan lainnya sesuai dengan jumlah staf, konsultan dan personel data entri.

Biaya sewa ruangan tersebut dianggarkan dari APBN. Biaya kegiatan operasional Sekretariat UPPKH Kabupaten yang dikelola Dinas Sosial disampaikan dalam wawancara dengan Koordinator UPPKH Kabupaten pada tanggal 12 Oktober 2013 :

*“ Fasilitas Sekretariat UPPKH Kabupaten, sarana dan prasarana pendukung kegiatan menggunakan anggaran APBN, pengadaan sekretariat difasilitasi Dinas Sosial, dan untuk pemanfaatannya, operator masih mengajukan anggaran kebutuhan operasional tiap 3 (tiga) bulan sekali ke Dinas Sosial dan ini meyulitkan, kadang untuk kekurangan kebutuhan ATK masih menggunakan dana mandiri urunan dari para operator “.*

## 2. Tim Koordinasi PKH Tingkat Kecamatan (Pendamping)

Personel UPPKH Kecamatan terdiri atas 73 pendamping PKH. Jumlah pendamping PKH disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang terdaftar di setiap kecamatan. Sebagai acuan, setiap pendamping PKH akan mendampingi kurang lebih 375 RTSM peserta PKH. Selanjutnya tiap-tiap 3-4 pendamping PKH akan dikelola oleh satu koordinator Pendamping PKH di 20 kecamatan dan 276 desa. Pendamping dan Koordinator yang ditunjuk akan ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial Departemen Sosial Republik Indonesia.

Penetapan lokasi UPPKH Kecamatan melekat pada Kantor Pos setempat. Apabila di Kecamatan tersebut tidak ada Kantor Pos, maka lokasi UPPKH Kecamatan berada di Kantor Kecamatan. Pengadaan Sekretariat UPPKH Kecamatan difasilitasi oleh PT. POS. Fasilitas yang disediakan terdiri dari ruangan lengkap dengan meja kursi (d disesuaikan dengan tenaga fasilitator). Pengadaan fasilitas disediakan APBN melalui SKPD yang menangani sosial di tingkat provinsi. Apabila terdapat kebutuhan lainnya diharapkan partisipasi daerah untuk memenuhi.

#### D. Pemutakhiran Data

Selama pelaksanaan program, tidak mustahil akan terjadi berbagai kejadian dalam rumah tangga, yaitu perubahan dalam struktur keluarga peserta yang berpengaruh pada perubahan data peserta. Pemutakhiran data RTSM ini dilakukan rutin baik melalui kunjungan insidentil berupa kunjungan ke rumah RTSM dan melalui forum pertemuan bulanan kelompok, perubahan ini meliputi kehamilan, kelahiran bayi, kematian anggota rumah tangga, perpindahan penduduk, perubahan tingkat pendidikan anak, perbaikan nama atau dokumen, perubahan nama penerima PKH. Perubahan data ini bisa terjadi sebagai hasil kegiatan pendampingan yang dilaksanakan oleh Pendamping atau jika peserta memberitahu mengenai perubahan data tersendiri. Sebagaimana disampaikan Pendamping PKH Kecamatan Pajarakan melalui wawancara pada tanggal 5 Oktober 2013:

*"Pemutakhiran data dilakukan melalui kunjungan insidentil ke rumah RTSM dan melalui forum pertemuan bulanan kelompok. Semua perubahan data harus didukung pula oleh bukti-bukti yang kuat,*

misalnya karena ibu hamil harus dibuktikan dengan Kartu Ibu Hamil dari Bidan Desa".

Tugas pendamping selanjutnya adalah membantu peserta mengisi Formulir Pemutakhiran Data untuk dimasukkan oleh UPPKH

Kabupaten/Kota melalui data SIM ke dalam master data base sebagaimana diungkapkan oleh Operator PKH pada wawancara tanggal

11 Oktober 2013 :

" Hasil pemutakhiran data RTSM yang dilakukan pendamping ditindaklanjuti ke UPPKH Kabupaten dan dilakukan entry data oleh operator melalui aplikasi online UPPKH Pusat. Pemutakhiran data bisa dilakukan setiap saat oleh Pendamping selama jam kerja".

Berdasarkan hasil wawancara pelaksanaan pemutakhiran data telah dilaksanakan pendamping, dengan pemutakhiran data ini akan berimplikasi dalam pelaksanaan program yang akan mempengaruhi besaran bantuan sebagai dasar pembayaran pada tiap tahapan realisasi bantuan peserta.

#### E. Verifikasi

Verifikasi atas pemenuhan syarat peserta PKH dilakukan untuk memantau kehadiran peserta PKH dalam mengakses pelayanan kesehatan dan pendidikan terhadap pendaftaran (enrollment) dan kehadiran (attendance) baik di sekolah untuk komponen pendidikan maupun puskesmas dan jaringannya untuk komponen kesehatan.

Verifikasi dilaksanakan secara rutin oleh pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan menggunakan formulir verifikasi yang telah disediakan oleh program. Verifikasi kehadiran dilakukan pada pemeriksaan yang dilakukan di pusat pelayanan kesehatan terdekat dengan tempat

tinggal peserta, baik puskesmas maupun jaringannya. Dalam melakukan verifikasi, petugas kesehatan dan pendidikan mencatat berdasarkan ketidakhadiran peserta dalam pemeriksaan ataupun kunjungan berikutnya. Intervensi pendidikan akan berpengaruh langsung pada kemampuan belajar anak-anak RTSM dan partisipasi mereka dalam pendidikan (memenuhi kehadiran minimal 85%). Sebagai contoh seperti yang disampaikan Kepala Sekolah SDN I Besuk Agung dalam wawancara pada tanggal 8 Oktober 2013 :

*“ Pengisian formulir verifikasi fasdik saya terima tiap tiga bulan sekali dan untuk pengisian tersebut pihak sekolah sudah menunjuk guru kelas Ibu Sulastri, S.Pd untuk mengisinya sehingga Bapak Pendamping kalau mengambil meskipun tidak ketemu dengan saya, cukup saya wakikan dan bisa diambil form verifikasinya”.*

Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa kesiapan pelayanan (supply side) telah melakukan tugasnya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, berkaitan dengan tugas dan peran Kesiapan Pelayanan (Supply Side) antara lain sebagai berikut :

1. Menerima pendaftaran anak keluarga penerima bantuan PKH di satuan pendidikan dan kesehatan
2. Memberikan pelayanan kesehatan kepada anak keluarga penerima bantuan PKH, seperti :
  - a. Pelayanan bagi ibu hamil sudah bisa diberikan secara maksimal oleh faskes. Diantaranya adalah pemeriksaan, pemberian Fe (zat besi), pertolongan melahirkan hingga pemeriksaan nifas;
  - b. Pelayanan yang diberikan bagi balita, terutama berkaitan dengan imunisasi;

- c. Melakukan verifikasi kehadiran anak keluarga penerima bantuan PKH di tiap-tiap kelas/kelompok belajar dan kehadiran (pembuktian tingkat kehadiran) di fasilitas kesehatan seperti misal pada waktu posyandu, pemeriksaan ibu hamil, dll.

#### F. Pelaksanaan

Pelaksanaan ini dimaksudkan apakah petunjuk pelaksanaan program dan petunjuk teknis telah berjalan sesuai dengan ketentuan. Penjelasan pelaksanaan dilihat dari mekanisme pelaksanaan PKH yang terdiri dari pembayaran serta pelaporan kegiatan.

Dasar pelaksanaan pembayaran bantuan PKH berdasarkan Surat Edaran Kementerian Sosial Republik Indonesia seperti yang disampaikan Koordinator UPPKH Kabupaten Probolinggo pada wawancara tanggal 18 Oktober 2013:

*“ Pelaksanaan realisasi pencairan menunggu datangnya resi dan uang bantuan dari UPPKH Pusat ke PT. POS Kabupaten dan penjadwalan realisasi pencairan didasarkan pada Surat Edaran Kementerian Sosial Republik Indonesia tentang jadwal dan batas akhir pencairan serta pelaporan pencairan”.*

Bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM yang terpilih sebagai peserta PKH dan mengikuti syarat program (pendidikan dan/atau kesehatan). Bukti kepesertaannya adalah kepemilikan Kartu Peserta PKH yang tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak. Kartu PKH diberikan kepada setiap peserta oleh pendamping sebelum pembayaran pertama dilakukan. Seperti disampaikan Koordinator UPPKH Kabupaten Bp. Kharisman KH pada wawancara tanggal 5 Oktober 2013 :

“Kabupaten Probolinggo pertama kali mengikuti PKH dimulai pada tahun 2007, pada awal program penghitungan pembayaran tahap pertama didasarkan pada data hasil validasi pertemuan awal yang dilakukan pendamping, hasil validasi dihitung nilai pembayaran pertama masing-masing peserta PKH, sekaligus dicetak Kartu PKH dan resi pembayaran oleh PT. POS. Sedangkan pembayaran tahap selanjutnya dihitung dari data hasil verifikasi pendidikan dan kesehatan serta data hasil pemutakhiran (updating). Tahap pembayaran dari tahun 2007 sampai dengan 2009 dilakukan tiga tahap dan dari 2010 sampai sekarang dilakukan realisasi empat tahap”.

Secara umum Tahapan Penyaluran Dana PKH kepada RTSM mekanisme pembayaran PKH di Kabupaten Probolinggo dilaksanakan dengan persiapan melalui Rapat Koordinasi (Rakor) yang diikuti oleh Tim Koordinasi PKH Kabupaten sebagaimana disampaikan Koordinator Operator PKH pada wawancara tanggal 13 Oktober 2013 adalah sebagai berikut :

- Sosialisasi Pelaksanaan PKH
- Rakor Pelaksanaan PKH
- Rakor Persiapan Pencairan
- Rakor Evaluasi Pencairan

**Tabel 9**

Pelaksanaan Rakor PKH Kabupaten Probolinggo Tahun 2014

No	Tanggal	Kegiatan	Tempat
1	08/03/14	Rakor Persiapan Pencairan Tahap I	Ruang Joyo Lelono
2	28/06/14	Rakor Persiapan Pencairan Tahap II	Ruang Tengger
3	26/09/14	Rakor Evaluasi Pelaksanaan PKH Tahap I dan II	Ruang Bappeda
4	26/09/14	Rakor Persiapan Pencairan Tahap III	Ruang Bentar
5	28/09/14	Rakor dengan Tim PKH Pusat	Ruang Bentar
6	18/10/14	Bimtek Service Provider PKH	Ruang Joyo Lelono
7	07/12/14	Rakor Persiapan Pencairan Tahap IV	Ruang Tengger
8	25/12/14	Rakor Evaluasi Pelaksanaan PKH Tahap III dan IV	Ruang Bappeda

Sumber: Data Operator UPPKH Kabupaten Probolinggo

Berdasarkan hasil penelitian pelaksanaan pembayaran peserta PKH di Kabupaten Probolinggo telah dilaksanakan sesuai ketentuan yang ada, seperti :

1. Bantuan kepada peserta PKH dilaksanakan secara bertahap 4 (empat) kali dalam satu tahun dengan tempat pembayaran di Kecamatan penerima bantuan program;
2. Besaran bantuan sesuai dengan hasil verifikasi komitmen peserta PKH (pencatatan peserta PKH dalam mengakses fasilitas kesehatan dan pendidikan)
3. Penerima bantuan PKH adalah ibu-ibu (wanita pengurus rumah tangga)
4. Bantuan langsung disalurkan ke penerima melalui PT. POS Indonesia (menghindari pemotongan)

#### G. Pelaporan

Hasil akhir dari kegiatan pemutakhiran data yang dilakukan pendamping serta pengisian form verifikasi yang dilaksanakan dengan mengisi form verifikasi faskes dan fasdik oleh service provider serta dibuatnya berita acara yang diketahui dan disahkan oleh Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo. Berita acara ini sebagai dasar UPPKH Pusat mengirim data ke PT. POS Pusat untuk pencetakan resi/wesel bantuan PKH untuk peserta PKH serta hasil rekapitulasi realisasi pencairan tahap pertama sampai dengan tahap keempat tahun 2014 di Kabupaten Probolinggo.

**Tabel 10**  
Berita Acara Penyelesaian Data Entry PKH

Tanggal Berita Acara	16/02/14	01/06/14	24/08/14	28/11/14
Jumlah Non Eligible	757	831	894	1.216
Jumlah Pindah Alamat	75	78	92	110
Jumlah Alamat Tidak Ditemukan	204	201	200	201
Jumlah Non RTSM/Mampu	73	86	91	86
Jumlah Double	8	10	11	11
Jumlah Komponen PKH Sesuai Kategori				
Komponen Syarat PKH	Tahap I	Tahap II	Tahap III	Tahap IV
Jumlah Ibu Hamil	635	682	669	605
Jumlah Balita	9.967	9.971	9.941	8.988
Anak SD/MI	15.256	15.236	15.173	14.716
Anak SMP/MTs	5.638	5.530	5.570	5.803
Peserta PKH	19308	19.225	19.145	18.951

Sumber: Data Operator UPPKH Kabupaten

**Tabel 11**  
Rekapitulasi Laporan Realisasi Pembayaran PKH Kabupaten Probolinggo  
Tahun 2014

Tahap	Alokasi		Realisasi		Return		Terserap %	Keterangan Tanggal Bayar
	RTSM	Nominal	RTSM	Nominal	RTSM	Nominal		
I	19.308	5.449.250.00	19.296	5.446.750.000	12	2.500.000	99,95	13 s/d 12 Desember 2014
II	19.225	5.399.900.00	19.219	5.398.850.000	6	1.050.000	99,97	4 s/d 11 September 2014
III	19.145	5.419.500.00	19.130	5.416.050.000	15	3.450.000	99,92	30 September s/d 1 Oktober 2014
IV	18.591	5.236.600.00	18.586	5.235.450.000	5	1.150.000	99,97	12 s/d 14 September 2014
Jumlah		21.505.250.00		21.497.100.000	43	8.150.000	99,95	

Sumber: Data Operator UPPKH Kabupaten

## 5.2.2. Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan PKH di Kabupaten

### Probolinggo

Sebuah program pada hakekatnya bertujuan untuk mencapai tujuan tertentu melalui tahap-tahap yang sudah ditentukan sebelumnya. Namun ada kalanya dalam mengimplementasikannya, sebuah program harus menemui berbagai kendala yang disebabkan oleh faktor-faktor tertentu. Begitu pula dalam pelaksanaan implementasi PKH di Kabupaten Probolinggo. Dalam pelaksanaannya, PKH di Kabupaten Probolinggo juga sempat menemui beberapa kendala dalam tiap tahapannya. Berikut ini faktor-faktor yang menghambat implementasi pelaksanaan PKH di Kabupaten Probolinggo pada masing-masing tahapan :

#### A. Pemilihan dan Penetapan Peserta PKH

Penetapan peserta berdasarkan data BPS pada peserta PKH mulai awal program di tahun 2007 sampai dengan tahun 2014 belum mengalami pergantian, masih tetap mengacu pada data lama (Sensus Nasional tahun 2007). Tidak ada perubahan dan pemerataan pada peserta sesuai dengan yang disampaikan oleh Koordinator UPPKH Kabupaten Probolinggo Bp. Kharisman KH dalam wawancara pada tanggal 4 Oktober 2013 :

" Penerima bantuan Program Keluarga Harapan tahun 2014 masih menggunakan hasil penetapan calon peserta PKH yang dilakukan oleh BPS melalui data dari Survey Sosial Ekonomi Nasional tahun 2007. Pemakaian data tersebut untuk pembagian kali ini sangat riskan karena kemungkinan data tersebut tidak up to date dan terjadi banyak perubahan karena sudah hampir 7 tahun. Ada yang tadinya miskin, kemudian sudah terangkat derajatnya. Tapi ada pula yang tadinya pas-pasan kemudian sekarang menjadi miskin. Oleh sebab itu banyak Kepala Desa di Kabupaten Probolinggo terutama di awal program kurang mendukung jika data yang dipakai tidak dilakukan revisi atau di sertifikasi. Alasannya banyak kepala rumah tangga yang bersebelahan dengan kondisi yang

*hampir sama , yang satu dapat PKH dan yang satu lagi tidak. Hal inilah yang menyebabkan kecemburuan dan perdebatan diantara masyarakat penerima dan yang bukan penerima ".*

Berdasarkan hasil penelitian, pendataan peserta PKH menggunakan data dari BPS, dianggap masih belum memenuhi ketepatan sasaran, hal ini dikarenakan standar data yang digunakan adalah standart nasional, sedangkan keadaan di lapangan memiliki standart kemiskinan yang berbeda dengan daerah lain. Pemerintah Desa sebaiknya dilibatkan dalam penentuan peserta penerima PKH, hal ini dikarenakan pihak Pemerintah Desa lebih megetahui keadan di lapangan yang sebenarnya. Ketidaksesuaian antara data miskin yang berasal dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) dengan kenyataan di lapangan, banyak masyarakat miskin yang tidak masuk ke dalam Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) sehingga tidak terdaftar/tercover sebagai Peserta PKH.

#### B. Sosialisasi/Pertemuan Awal Program Keluarga Harapan (PKH)

Pada pelaksanaan pertemuan awal terjadi permasalahan pada kelompok masyarakat yang meminta didata oleh pendamping. Mereka protes merasa sama-sama miskin dibandingkan anggota lain yang dapat, dan menunggu sampai kegiatan pertemuan awal selesai seperti disampaikan pendamping Desa Alas Tengah pada wawancara tanggal 3 Oktober

2013:

*" Pada pertemuan awal tersebut banyak warga yang bukan peserta PKH mengadu dan minta kepada pendamping untuk dicatat sebagai peserta PKH dan menunggu sampai acara pertemuan selesai, bahkan di beberapa desa ada yang menyalahkan Kepala Desanya karena tidak tercatat sebagai penerima/peserta PKH. Suasannya sungguh kacau, ya ..... begitulah. Tetapi permasalahan tersebut hanya di awal program saja setelahnya tidak banyak yang memperlmasalahkannya artinya program berjalan tanpa banyak gangguan ".*

Pelaksanaan sosialisasi di Kabupaten Probolinggo masih kurang optimal.

Keterlibatan Bagian Komunikasi dan Informasi (Kominfo) Kabupaten Probolinggo sebagai intitusi pelaksana dalam sosialisasi tidak banyak terlibat dalam pelaksanaan PKH. Sosialisasi lebih banyak dilakukan pendamping kepada RTSM dan belum menjangkau sasaran yang luas seperti: Tokoh Masyarakat, Pemerintah Desa dan Perangkat Desa, LSM, Ormas, PKK, masyarakat non peserta PKH. Pelaksanaan sosialisasi dilakukan setelah pemberian bantuan PKH.

#### C. Pengorganisasian

Tidak ada kendala tertentu dalam tahap pengorganisasian ini karena sudah ditentukan dalam Pedoman Umum PKH yang disusun oleh Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial Republik Indonesia dan diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Sarana Komunikasi dan Diseminasi Informasi Departemen Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia.

#### D. Pemutakhiran Data

Pemutakhiran data merupakan salah satu kegiatan yang harus dilakukan pendamping dalam rangka validasi data RTSM dilakukan setiap saat terjadi perubahan status ART peserta PKH, sebagaimana disampaikan

Operator UPPKH Kabupaten dalam wawancara tanggal 30 Oktober 2013:

*" Pada kegiatan pemutakhiran data tidak semua pendamping melakukan pemutakhiran data terhadap semua RTSM fasilitasnya, tetapi hanya pada beberapa RTSM fasilitas dampungannya yang karena komposisi ART berubah dikarenakan hal seperti kehamilan, kelahiran, pindah alamat, pindah sekolah. Pemutakhiran akan dilakukan menyeluruh terhadap RTSM jika kenaikan kelas/kelulusan karena banyak status ART yang berubah "*

Berdasarkan pengamatan pada pelaksanaan pemutakhiran data, tidak semua pendamping melakukan pemutakhiran terhadap seluruh RTSM tetapi beberapa RTSM misal karena kehamilan, kelahiran, drop out dari sekolah karena menikah, dan lain-lain. Pemutakhiran secara menyeluruh akan dilakukan pendamping bila kenaikan kelas/tahun ajaran baru.

#### E. Verifikasi

Perubahan pendistribusian dan penjemputan formulir verifikasi dari PT.

POS digantikan perannya oleh pendamping sesuai Memo MIS UPPKH

Pusat tanggal 1 Desember 2012 seperti yang disampaikan Kepala Kantor

POS Probolinggo dalam wawancara tanggal 8 Oktober 2013 "

*" Mengingat keterbatasan tenaga PT. POS untuk lebih memaksimalkan penghantaran pengambilan formulir verifikasi, dilakukan perubahan dari PT. POS kepada tenaga pendamping karena pendamping dianggap lebih tahu dan kunjungan yang dilakukan akan lebih mengefektifkan kinerja mereka, bukan itu saja perpindahan tapi juga ada kompensasi pelaksanaan distribusi dan pick-up formulir sebesar Rp 200.000,- yang diterima lewat honor pendamping sejak Januari 2012 " .*

Hasil temuan di lapangan dengan masih adanya sekolah meminta fee atas jasa pengisian form verifikasi serta menganggap pengisian formir

bukan merupakan tugas dan tanggung jawabnya dan dilimpahkan kepada

guru honorer seperti yang disampaikan oleh Kepala Sekolah SDN Alas

Tengah dalam wawancara pada tanggal 3 Oktober 2013 :

*" Ya... semestinya sama tahu lah... pengisian form verifikasi di sekolah kami kan... ada yang mengisi, dan mereka dari tenaga honorer sekolah, kalau bisa, diadakan uang jasa untuk pengisian itu, kasihan mereka. Berkaitan dengan BSM, tidak semua ART peserta PKH masih kami usulkan " .*

Kewajiban pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan

kesehatan kepada peserta PKH, masih ditemukan adanya Bidan Desa

yang tidak paham PKH dan jaminan persalinan (Jampersal) seperti yang

disampaikan oleh Bidan Desa Biduk Agung dalam wawancara tanggal 20

Oktober 2013 :

" Saya... tidak paham apa PKH itu apalagi mengisi form verifikasi kesehatan peserta PKH, saya juga tidak tahu peserta PKH dan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat, maklum saya masih tenaga baru dan pindahan dari Lumajang, saya baru kali ini tahu PKH. Di Lumajang tidak ada PKH, saya juga belum mengetahui cara untuk mengklaim tagihan peserta PKH yang melakukan persalinan maupun pemeriksaan di tempat praktek, nanti akan saya tanyakan ke Bidan Induk Puskesmas".

Berdasarkan hasil wawancara dan pengamatan di lapangan, masih ditemukan beberapa permasalahan diantaranya perubahan pendistribusian dan penjemputan form verifikasi dari PT. POS ke pendamping, permasalahan pada pelayanan komponen pendidikan. Tidak semua ART peserta PKH mendapat Bantuan Siswa Miskin (BSM) dan komponen kesehatan, tidak semua petugas kesehatan paham tentang penggunaan Kartu PKH yang juga sama fungsinya (sebagai pengganti) Kartu Jamkesmas apabila peserta PKH tidak memiliki Kartu Jamkesmas. Sebaliknya, peserta PKH juga tidak paham dalam memanfaatkan Kartu PKH pada saat kunjungan berobat ke fasilitas kesehatan. Komitmen RTSM berkaitan dengan pendidikan dan kesehatan, rendahnya SDM dan kesadaran peserta PKH sehingga tidak terlalu mempedulikan ART untuk melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan (faskes) dan fasilitas pendidikan (fasdik).

#### F. Pelaksanaan

Tidak meratanya kompetensi dan komitmen tenaga fasilitasi. Masih ada tenaga fasilitasi yang tidak menjalankan tugas dan tanggung jawabnya.

Hal ini terlihat dari kunjungan fasilitator ke desa yang difasilitasinya, koordinasi dilakukan apabila ada kebutuhan data dan mendekati

pencairan dengan hanya memanfaatkan ketua kelompok dan pamong desa. Masih adanya RTSM yang tidak mengenal pendampingnya, seperti disampaikan oleh Koordinator Operator dalam wawancara pada tanggal 31 Oktober 2013 :

" Dari beberapa evaluasi yang dilakukan operator informasi yang kami dapatkan, jarangnya kunjungan pendamping ke RTSM, pendamping akan turun kalau sudah ada kebutuhan berkaitan dengan data dan persiapan pencairan saja, dan persiapan laporan, bahkan ada RTSM yang sampai tiak mengenal pendampingnya. Mereka menerima informasi dari pamongnya bahkan di salah satu kecamatan ada pendamping yang menarik jasa ke RTSM dengan alasan untuk koordinasi. Kami sudah memberi peringatan dengan memanggil pendamping dan memberikan surat teguran ".

Kurangnya komitmen pendamping fasilitasi kunjungan pendamping ke desa yang difasilitasi, dan fasilitasi pertemuan insidental maupun pertemuan bulanan yang jarang dilakukan sesuai Pedoman Umum PKH, yaitu jadwal hari kerja pendamping adalah 5 (lima) hari kerja mulai hari Senin sampai hari Kamis, hari Jum'at koordinasi pendamping dan operator, baik pengumpulan laporan maupun pemutakhiran data RTSM di Sekretariat UPPKH Kabupaten. Jarang berkunjungnya pendamping ke desa fasilitasi, itulah alasan yang sering disampaikan dan disebabkan karena ada kegiatan lain (double job).

Pelaksana program di beberapa instansi/lembaga/dinas memandang bahwa PKH merupakan program dari Kementerian Sosial, akibatnya tugasnya dalam PKH dianggap sebagai tugas tambahan, bukan tugas pokok, adanya anggapan demikian mengakibatkan kinerja dari masing-masing pihak yang terlibat dalam PKH tidak maksimal, akhirnya kegiatan tidak dapat berjalan dengan baik sesuai harapan.

Pelaksanaan realisasi pencairan di kecamatan yang hanya dilaksanakan dalam 1 (satu) hari, dengan jumlah peserta PKH (RTSM) di masing-masing kecamatan berbeda, disesuaikan kuota kecamatan penambahan petugas POS bayar, seperti disampaikan oleh Kepala Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo dalam wawancara pada tanggal 18 Oktober 2013:

" *Pelaksanaan realisasi pencairan di masing-masing kecamatan yang dilaksanakan dalam satu hari sesuai jadwal yang dibuat Dinas Sosial bersama PT. POS tidak lain karena Protap sehingga untuk pelaksanaannya petugas POS disesuaikan dengan jumlah RTSM yang ada di kecamatan dan penambahan petugas POS bayar, sehingga kami membagi jadwal pencairan untuk 24 kecamatan menjadi 2 hari, jadwal untuk 12 kecamatan dan hari kedua untuk 12 kecamatan yang ada di Kabupaten Probolinggo. Pencairan dana PKH untuk Kecamatan Gending, Pajajaran, Maron, Krejengan, Gading, Krucil, Pakuniran, Besuk dan Kraksaan dilaksanakan Senin ( 3 September 2013) kemarin. Sementara Kecamatan Lece, Tegalsiwalan, Banyuwang, Tiris, Sumberasih, Wonomerto, Bantaran, Sumber, Tongas, Lumbang dan Sukapura, Dringu plus Paiton dilaksanakan pada Rabu (5 September 2013) besok. Pencairan dilakukan mulai pukul 08.00-13.00 WIB "*

Berdasarkan hasil wawancara dan pengamatan di lapangan, masih juga ditemukan adanya pembayaran yang tidak sesuai dengan komposisi anggota keluarga. Adanya pemotongan bantuan disebabkan oleh komitmen RTSM yang tidak melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan dan memantau perkembangan pendidikan anak. Masih ada RTSM yang tidak tahu berapa dana bantuan yang akan mereka terima.

Pemutakhiran data peserta oleh pendamping bagi RTSM Non Eligible tidak disampaikan kepada RTSM sehingga masih ada RTSM Non Eligible yang hadir dan ikut antrian pada saat pencairan. Masih adanya antrian panjang dalam pembagian PKH karena direalisasikan hanya dalam satu hari pada masing-masing Kecamatan, meskipun petugas bayar dari POS disesuaikan dengan jumlah kuota RTSM di masing-masing kecamatan,

lokasi pembayaran PKH terpusat di Ibukota Kecamatan menyulitkan peserta yang lokasinya jauh dari kecamatan seperti di daerah pegunungan dan lokasi yang harus menyeberang laut.

### **5.3. Analisis Data Penelitian**

Berdasarkan fokus penelitian yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya, maka data-data yang diperoleh dalam penelitian ini dari hasil wawancara mendalam dengan key informant, observasi, telaah dokumen terhadap permasalahan yang terkait. Adapun proses penentuan key informant didasarkan dengan alasan bahwa pemilihan orang-orang ini mempunyai kapasitas dalam memberikan informasi yang relevan dengan fokus penelitian yang telah ditentukan. Penentuan key informant dilakukan dengan prinsip purposive sampling, sehingga dengan demikian informasi yang diperoleh sudah sangat mewakili untuk menjawab permasalahan penelitian seperti yang terdapat dalam fokus penelitian. Pembahasan dilakukan dengan membandingkan data hasil observasi dan data yang didapat dari wawancara.

#### **5.3.1. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo**

Analisa data dalam meningkatkan kualitas hidup melalui implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo dilakukan oleh stakeholder terkait yaitu unsur Pemerintah Daerah, mulai dari Bupati, Sekretaris Daerah, Asisten Ekonomi dan Pembangunan beserta semua jajarannya dan PT. POS.

Dalam instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan pada Diktum Kesatu dinyatakan

bahwa dalam rangka pelaksanaan program Pro Rakyat difokuskan pada Program Penanggulangan Kemiskinan berbasis Keluarga.

Yeremias T. Keban<sup>43</sup> mengemukakan pendapatnya bahwa secara khusus manajemen publik menunjuk pada manajemen instansi pemerintah. Manajemen publik merupakan ranah pemerintah dalam mengatur sumber daya yang ada untuk mencapai keefektifan dan keefisienan. Sedangkan, Woodrow Wilson mengemukakan mengenai poin-poin yang ada dalam manajemen publik, yaitu pemerintah sebagai setting utama dalam organisasi, pemerintah yang mengatur dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat, fungsi eksekutif merupakan fokus utama dalam manajemen publik, prinsip manajemen sebagai kunci pengembangan kompetensi administrasi dan yang terakhir adalah metode perbandingan sebagai metode pengembangan bidang administrasi publik.

Berdasarkan teori yang telah dijabarkan diatas, penulis menyimpulkan bahwa manajemen publik berkaitan dengan manajemen pemerintah, dimana berupa kinerja dari pemerintah dalam melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengontrolan terhadap pelayanan kepada masyarakat atau publik dan aktor utama dalam manajemen publik adalah pemerintah dan seluruh seluruh pegawainya untuk melayani masyarakat dengan sebaik-baiknya sehingga masyarakat merasa puas dan terpenuhi kebutuhannya. Dalam hal ini kegiatan pelayanan dari pemerintah tidak dilakukan untuk mendapatkan profit atau keuntungan tetapi karena kewajiban pemerintah untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat sehingga harus memperhatikan manajemen

---

<sup>43</sup> Yeremias T Keban, "Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik : Konsep, Teori, dan Isu", Penerbit Gava Media, Yogyakarta, 2004.

semua aspek yang menjadi penunjang kinerja organisasi. Dan intinya manajemen publik itu, pemerintah sebagai aktor utama berkewajiban mengatur sumber daya yang ada untuk mencapai keefektifan dan keefisienan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Analisa data dalam meningkatkan kualitas hidup melalui implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo dilakukan oleh stakeholder terkait yaitu unsur Pemerintah Daerah, mulai dari Bupati, Sekretaris Daerah, Asisten Ekonomi dan Pembangunan beserta semua jajarannya dan PT. POS.

Oleh karena itu secara khusus manajemen publik yang dikemukakan oleh Ott, Hyde, dan Shafritz (1990)<sup>44</sup> menegaskan bahwa secara spesifik, manajemen publik memfokuskan pada bagaimana organisasi publik mengimplementasikan sebuah program. Perencanaan, pengorganisasian, dan pengontrolan merupakan perangkat utama yang dilakukan oleh manajer publik dalam rangka menyelenggarakan pelayanan pemerintah/publik. Selanjutnya menurut Ott, Hyde, dan Shafritz menyebutkan bahwa manajemen publik memfokuskan pada alat-alat manajerial, tehnik-tehnik, ilmu pengetahuan dan keahlian yang dapat digunakan untuk menerapkan ide-ide ke dalam program-program tindakan.

Dalam Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan pada Diktum Kesatu dinyatakan bahwa dalam rangka pelaksanaan program Pro Rakyat difokuskan pada Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Keluarga.

<sup>44</sup> Shafritz J. M, Ott J. S., dan A.C. Hyde, Public Management: *The Essentials Reading*, 1991, II:Lyceum Books/Nelson-Hall Publisher, Chicago

Peraturan tersebut mendukung implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Probolinggo yang didasari oleh kesediaan Pemerintah Daerah untuk menjamin pelaksanaan PKH di daerah agar terlaksana dengan tersedianya fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan yang mendukung PKH secara langsung terhadap penerima manfaat PKH melalui intervensi program dari sisi supply yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat/RTSM di sarana pelayanan kesehatan lewat sinergi program JPKMM/Akseskin. Pelayanan kesehatan untuk peserta PKH terdiri dari pelayanan tingkat dasar dan juga rujukan. Untuk pelayanan rujukan peserta PKH dapat dilayani di seluruh rumah sakit Kabupaten Probolinggo yang sudah memiliki perjanjian kerjasama (PKS) dengan Pemerintah, serta prioritas kepada anak-anak usia sekolah wajib belajar dari RTSM untuk memperoleh beasiswa miskin sehingga mereka dapat mengakses dan memperoleh pendidikan di jenjang SD dan SLTP.

Penentuan RTSM peserta PKH yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, merupakan data RTSM yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik, seluruh data peserta PKH yang telah ditetapkan akan menjadi Data Dasar Utama (Master Data Base) UPPKH dan merupakan daftar resmi peserta PKH yang kemudian diolah sebagai dasar penentuan sasaran RTSM penerima PKH. Berdasarkan Master Data Base tersebut, program akan mencetak kartu peserta, dan format-format lainnya yang diperlukan untuk verifikasi, pembayaran, pemutakhiran. Pada pelaksanaannya pendataan peserta PKH menggunakan data dari BPS, dianggap masih belum memenuhi ketepatan sasaran. Hal ini dikarenakan standart data yang digunakan adalah standart nasional, sedangkan keadaan di lapangan memiliki standart kemiskinan yang berbeda dengan daerah lain.

Ketidaksesuaian antara data miskin yang berasal dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) dengan kenyataan di lapangan, banyak warga miskin yang tidak masuk ke dalam Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) sehingga tidak terdaftar sebagai peserta PKH. Pemerintah Desa sebaiknya dilibatkan di dalam penentuan peserta dikarenakan pihak Pemerintah Desa yang lebih mengetahui keadaan di lapangan sesungguhnya.

Kabupaten Probolinggo melalui kegiatan pertemuan yang dilaksanakan oleh tenaga fasilitasi pendamping kecamatan, sudah melaksanakan kegiatan sosialisasi program di semua kecamatan. Kegiatan sosialisasi melibatkan Tim Koordinasi Kabupaten, UPPKH Kabupaten, service provide dengan peserta sosialisasi PKH adalah tokoh masyarakat, perwakilan service provider dan perwakilan ibu-ibu PKK. Terdiri dari pertemuan awal, pertemuan rutin, dan koordinasi yang dibangun melalui fasilitasi dan ketua kelompok. Secara umum sosialisasi bertujuan untuk menjalin proses komunikasi, aliran informasi dan pembelajaran pada berbagai pelaksana di pusat dan daerah, kalangan media, LSM, akademisi dan masyarakat termasuk penerima bantuan.

Pelaksanaan PKH didukung dengan adanya sumber daya manusia sebagai pelaksana, sumber dana dan fasilitas serta keahlian pelaksana terhadap pokok-pokok program. Untuk itu dibentuk pelaksana tugas sesuai Surat Keputusan Bupati Probolinggo Nomor 050/499/412.12/2011 sebagai dukungan dan komitmen daerah, yang terdiri atas Tim Koordinasi Kabupaten, UPPKH Kabupaten dan Kecamatan serta dukungan service provide fasilitas kesehatan dan pendidikan termasuk didalamnya PT. POS.

Setiap peserta PKH akan mendapatkan pelayanan dalam bentuk pendampingan karena sebagian besar RTSM memiliki keterbatasan kemampuan

dalam memperjuangkan haknya. Sehingga dengan adanya pendampingan ini RTSM yang memenuhi syarat dapat memperjuangkan haknya, diantaranya pada tahap pemutakhiran data, perubahan data peserta yang meliputi kehamilan, kelahiran, kematian, perpindahan penduduk, perubahan tingkat pendidikan, perbaikan atau perubahan nama. Hasil pemutakhiran data akan ditindaklanjuti ke UPPKH Kabupaten dan di entry data oleh operator melalui aplikasi online UPPKH Pusat selama jam kerja pendamping.

Pembiayaan PKH berasal dari APBN dan APBD Kabupaten, pendanaan PKH didanai melalui APBN melalui Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial Direktorat Jenderal Bantuan Sosial Kementerian Sosial RI. Penentuan alokasi anggaran bantuan ditentukan berdasarkan kuota yang ditetapkan UPPKH Pusat di masing-masing Kabupaten/Kota melalui mekanisme yang ditentukan. Dalam hal penyaluran dana bantuan PKH, merupakan tanggung jawab PT. POS untuk merealisasikan ke sasaran program. Dukungan dan komitmen daerah dalam bentuk sharing dana APBD diperlukan guna mendukung operasional kegiatan di daerah, digunakan untuk operasional PKH seperti rapat koordinasi, rapat evaluasi, kebutuhan operasional di lapangan seperti alat tulis kantor dan lain-lain,

Bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM terpilih sebagai penerima PKH dan mengikuti syarat program (pendidikan/kesehatan). Mekanisme pembayaran dana bantuan PKH dilaksanakan sesuai prosedur melalui rapat koordinasi pihak terkait yang difasilitasi bersama Bappeda, Dinas Sosial dan PT. POS, diselenggarakan di Gedung Pemerintah Kabupaten Probolinggo (Ruang Bentar, Ruang Joyolelono, Ruang Tengger dan Ruang

Bappeda) dengan agenda membahas jadwal realisasi pencairan termasuk dukungan biaya operasional.

Pelaksanaan program diawali oleh kegiatan asistensi pendamping melalui fasilitasi dimana pendamping melaporkan pemutakhiran data RTSM yang didapat melalui kunjungan rutin dan pertemuan bulanan, serta verifikasi faskes dan fasdik yang dilakukan oleh service provider melalui form verifikasi yang pendistribusian dan penjemputannya dilakukan oleh pendamping berdasarkan form verifikasi dan pemutakhiran data di entry oleh operator serta disusunnya Berita Acara penyelesaian data entry (closing data entry) yang dibuat oleh operator dan disahkan/diketahui oleh Kepala Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo sebagai penanggungjawab program. Berita Acara ini digunakan sebagai dasar UPPKH Pusat mengirim data ke PT. POS Pusat untuk pencetakan Resi/Wesel.

### **5.3.2. Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan PKH di Kabupaten Probolinggo**

Pada pelaksanaan PKH Tahun 2011, pemilihan dan penetapan peserta PKH dengan menggunakan data dari BPS pada data lama (Sensus Nasional 2005) dianggap belum memenuhi ketepatan sasaran karena standart data yang digunakan adalah standart nasional, sedangkan keadaan lapangan memiliki standart kemiskinan yang berbeda dengan daerah lain. Ketidak sesuaian antara data miskin yang berasal dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) dengan kenyataan di lapangan, banyak warga miskin yang tidak masuk menjadi peserta PKH, dengan belum pernah terlaksananya exit strategi yang dilakukan dengan resertifikasi sebagai proses pendataan peserta untuk dilakukan perubahan dan pergantian RTSM.

Terkait pelaksanaan Sosialisasi, di Kabupaten Probolinggo sudah dilaksanakan akan tetapi kurang optimal. Sebagaimana dalam Pedoman Umum PKH Tahun 2007 dijelaskan bahwa keterlibatan Bagian Komunikasi dan Informasi (Kominfo) merupakan institusi pelaksana dalam sosialisasi PKH akan tetapi dalam pelaksanaannya di Kabupaten Probolinggo, Kominfo tidak banyak terlibat/dilibatkan. Sosialisasi lebih banyak dilakukan pendamping terhadap RTSM dan belum menjangkau sasaran yang luas, seperti tokoh masyarakat, Pemerintah Desa dan Perangkat Desa, LSM, Organisasi Masyarakat, PKK, masyarakat non peserta PKH. Pelaksanaan sosialisasi dilakukan hanya di awal program dan di beberapa kecamatan saja, itupun dilaksanakan setelah pemberian dana bantuan PKH.

Keberhasilan dari pelaksanaan suatu kegiatan atau program sangat dipengaruhi oleh kesiapan pelaksana tugas. Menurut Merrile Grindle (1980) pengukuran keberhasilan implementasi program dapat dilihat dari prosesnya dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan, yaitu melihat pada action program dari individual projects. Pelaksana tugas dalam PKH terdiri dari tenaga fasilitasi (Pendamping PKH) dan service provider (faskes dan fasdik) yang dalam tugasnya melaksanakan pokok-pokok pelaksanaan program, diantaranya melakukan pemutakhiran data dan verifikasi komitmen peserta PKH. Perubahan terhadap data peserta dimungkinkan sebagai ketentuan persyaratan bagi peserta PKH dalam menentukan besaran bantuan PKH melalui pelaksanaan pemutakhiran data peserta PKH, verifikasi faskes dan fasdik sebagai dasar pembayaran.

Kegiatan pemutakhiran data merupakan salah satu kegiatan yang harus dilakukan pendamping dalam rangka validasi data RTSM dilakukan setiap saat

terjadi perubahan status ART peserta PKH. Pada pelaksanaannya, kegiatan pemutakhiran data tidak semua pendamping melakukan pemutakhiran data terhadap semua RTSM fasilitasnya, tapi hanya pada beberapa RTSM fasilitas dampungannya karena komposisi ART berubah seperti kehamilan, kelahiran, pindah alamat, atau pindah sekolah. Pemutakhiran akan dilakukan menyeluruh terhadap RTSM jika kenaikan kelas/kelulusan karena banyak status ART yang berubah, tidak meratanya kompetensi dan komitmen tenaga fasilitasi, masih ada tenaga fasilitasi yang tidak menjalankan tugas dan tanggung jawabnya, serta koordinasi dilakukan apabila ada kebutuhan data dan mendekati pencairan dengan hanya memanfaatkan ketua kelompok dan pamong desa, serta masih adanya RTSM yang tidak mengenal pendampingnya, terlihat dari kunjungan ke desa fasilitasnya. Pertemuan insidental maupun pertemuan bulanan yang jarang dilakukan, sesuai Pedoman Umum jadwal kerja Pendamping PKH 5 (lima) hari kerja mulai Senin sampai Kamis merupakan kegiatan fasilitasi pendampingan sedangkan hari Jum'at merupakan kegiatan koordinasi yang dilakukan pendamping dan operator melalui kegiatan pengumpulan laporan dan pemutakhiran data RTSM di Sekretariat UPPKH Kabupaten. Jarang berkunjungnya pendamping ke desa fasilitasi, merupakan alasan yang sering disampaikan disebabkan ada kegiatan lain (double job).

Pengisian formulir verifikasi dilakukan dengan tingkat kehadiran peserta PKH yang pada pelaksanaannya masih ditemukan pelaksana tugas (service provider) yang tidak memahami dan melaksanakan tugasnya sesuai dengan tupoksinya. Di beberapa Instansi/lembaga/Dinas memandang bahwa PKH merupakan Program Kementerian Sosial, akibatnya tugasnya dalam PKH dianggap sebagai tugas tambahan, bukan tugas pokok. Adanya tanggapan

demikian mengakibatkan kinerja dari masing-masing pihak yang terlibat dalam

PKH tidak maksimal, akhirnya kegiatan tidak dapat berjalan baik sesuai harapan.

Asistensi pendamping sangat diperlukan untuk meningkatkan komitmen peserta melalui kunjungan dan pertemuan peserta PKH.

Pelaksanaan realisasi pencairan PKH di Kabupaten Probolinggo di masing-masing kecamatan yang dilaksanakan dalam 1 (satu) hari sesuai jadwal yang dibuat oleh Dinas Sosial bersama PT. POS tidak lain karena merupakan Program Tetap (Protap) sesuai hasil wawancara dengan Kepala Dinas Sosial Kabupaten Probolinggo sehingga untuk pelaksanaannya petugas POS disesuaikan dengan kuota peserta PKH, sehingga dilakukan pembagian jadwal pencairan untuk 24 kecamatan menjadi 2 (dua) hari. Jadwal pertama untuk 12 kecamatan dan hari kedua untuk 12 kecamatan, dimulai pukul 08.00-13.00 WIB :

- Pencairan dana PKH dilaksanakan pada hari pertama untuk Kecamatan Gending, Pajawakan, Maron, Kotaanyar, Krejengan, Gading, Krucil, Pakuniran, Besuk dan Kraksaan;
- Pencairan dana PKH dilaksanakan pada hari kedua untuk Kecamatan Leces, Tegalsiwalan, Banyuanyar, Tiris, Sumberasih, Wonomerto, Bantaran, Sumber, Tongas, Lumbang, Dringu dan Sukapura.

Berdasarkan hasil wawancara dan pengamatan peneliti, masih adanya permasalahan yang sering terjadi pada saat pencairan dana PKH di Kabupaten Probolinggo diantaranya :

1. Lokasi pembayaran yang terpusat di ibukota kecamatan, hal ini menyulitkan masyarakat yang jauh dari ibukota kecamatan sehingga terpaksa keluar ongkos untuk biaya transportasi terutama di lokasi dataran tinggi seperti Desa Krucil, Desa Tiris, Desa Sumber, Desa Sukapura, Desa

Lumbang dan Desa Gili Ketapang yang harus menyeberang laut untuk mengambil dana bantuan di Kecamatan Sumberasih;

2. Dana operasional yang ada hanya cukup untuk penyediaan sewa tenda dan kursi serta konsumsi petugas dalam satu hari saja. Sarana tenda peneduh yang kurang, menyebabkan tidak tertampungnya para penerima PKH, sehingga harus megalami hawa panas oleh terik matahari. Terbatasnya jumlah kursi antrian, menyebabkan masyarakat penerima PKH terpaksa berdiri.
3. Terjadinya antrian yang sangat panjang, disebabkan oleh terbatasnya petugas pembayaran. Serta karena persyaratan administrasi yang tidak dibawa peserta yang tidak bisa diwakilkan;
4. Beberapa RTSM yang mendapatkan pengurangan bantuan, adanya pemotongan bantuan disebabkan komitmen RTSM yang tidak melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan dan memantau perkembangan pendidikan anak. Pasalnya PKH merupakan bantuan bersyarat, jadi kepada penerima dana PKH diharapkan memanfaatkan fasilitas yang sudah ditentukan mulai dari bidang pendidikan maupun kesehatan.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dan analisis yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Ditetapkannya Kabupaten Probolinggo sebagai peserta PKH berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) yang menunjukkan bahwa tingginya angka kemiskinan yang berada di urutan ke-9 di Provinsi Jawa Timur, dengan tingginya angka kematian bayi dan balita, ibu melahirkan, dan cukup tingginya angka putus sekolah;
2. Bantuan tunai yang disalurkan kepada peserta PKH bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) untuk operasional manajemen untuk kelancaran pelaksanaan PKH di Kabupaten/Kota. Untuk pembiayaan bidang kesehatan peserta PKH klaim dimasukkan ke dalam pembiayaan Jamkesmas, sedangkan untuk pembiayaan bidang pendidikan sebagian anggota rumah tangga peserta PKH mendapatkan bantuan siswa miskin (BSM) melalui program BSM UPPKH Pusat yang difasilitasi oleh lembaga pendidikan;
3. Setiap peserta PKH akan mendapatkan pelayanan dalam bentuk pendampingan. Hal ini dibutuhkan karena sebagian besar RTSM mempunyai keterbatasan kemampuan dalam memperjuangkan haknya. Sehingga dengan adanya pendampingan maka RTSM yang

memenuhi syarat dapat dibantu untuk mendapatkan hak yang patut mereka peroleh dari PKH;

4. Pelaksanaan realisasi bantuan PKH di Kabupaten Probolinggo telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang ada, seperti bantuan kepada peserta PKH dilaksanakan secara bertahap sebanyak 4 (empat) kali dalam setahun dengan tempat bayar di Kecamatan penerima program. Besaran bantuan sesuai dengan hasil verifikasi komitmen peserta PKH. Penerima bantuan PKH adalah ibu-ibu (wanita pengurus rumah tangga). Bantuan langsung disalurkan ke penerima melalui PT. POS Indonesia tiap 3 bulan sekali;
5. Pemilihan dan penetapan peserta PKH dengan menggunakan data dari BPS dianggap masih belum memenuhi ketepatan sasaran hal ini dikarenakan standart data yang digunakan adalah standart nasional, sedangkan keadaan di lapangan memiliki standart kemiskinan yang berbeda dengan daerah lain. Banyak warga miskin yang tidak masuk menjadi peserta PKH akibat ketidaksesuaian data miskin yang berasal dari Program Perlindungan Sosial (PPLS) dengan kenyataan di lapangan;
6. Pelaksanaan sosialisasi yang dilaksanakan di Kabupaten belum maksimal mengingat kurangnya keterlibatan dari Dinas Komunikasi dan Informasi. Selama ini sosialisasi banyak dilakukan oleh pendamping terhadap RTSM dan belum menjangkau sasaran yang luas seperti masyarakat non peserta PKH. Pelaksanaan sosialisasi hanya dilakukan di awal program dan di beberapa kecamatan saja, itu pun dilaksanakan setelah pemberian bantuan PKH.

## 6.2. Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan, diusulkan beberapa saran yang dapat menjadi bahan pertimbangan bahwa PKH merupakan Program Nasional, sebagai program kolaborasi yang melibatkan berbagai Kementerian maupun lembaga atau instansi, merupakan kesatuan yang utuh, agar tujuan program terlaksana.

Perlu adanya konsolidasi di tingkat pusat hingga ke daerah agar tiap kesepakatan di tingkat pusat informasinya dapat sampai ke daerah dan dapat segera diimplementasikan di daerah. Dengan demikian permasalahan yang ditemukan di daerah dapat langsung ditangani sehingga masing-masing Kementerian, lembaga maupun instansi terkait dapat mengambil tindak lanjut yang konkrit untuk mengatasinya dan permasalahan yang ada tidak terulang setiap tahun.

Selain itu, perlu adanya penegasan kembali bahwa PKH merupakan Program Nasional yang melibatkan berbagai Kementerian, lembaga maupun instansi yang merupakan satu kesatuan utuh. Keberhasilan PKH bergantung kepada dukungan dari para pihak terkait. Agar PKH mampu berjalan dengan baik perlu diikuti dengan dukungan dari Pemerintah yang dalam hal ini Kementerian, lembaga maupun instansi yang terkait dengan PKH. Bukan hanya dalam bentuk perintah berupa surat edaran kepada dinas di daerah saja, akan tetapi perlu juga pengalokasian dana yang sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing.

Perlu ada peningkatan pemahaman di daerah tentang PKH bahwa PKH merupakan Program Nasional yang keberadaannya di daerah menjadi tugas dan tanggung jawab Pemerintah Daerah mengingat otonomi saat ini keberadaan PKH di daerah berdasarkan atas kesediaan dan persetujuan dari Pemerintah Daerah. Oleh karena itu, keberhasilan PKH menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah juga.

Mengingat petugas berada di bawah wewenang Pemerintah Daerah, maka berikut hal-hal yang harus dilakukan:

1. Perlu ada koordinasi dan komunikasi yang lebih baik antara petugas fasilitas kesehatan maupun petugas fasilitas pendidikan dengan pendamping Tim Koordinasi PKH Kabupaten;
2. Fungsi pendamping PKH perlu dioptimalkan mengingat posisinya sebagai ujung tombak pelaksanaan PKH di tingkat kecamatan dan desa;
3. Perlunya edukasi yang disampaikan dalam sosialisasi kepada RTSM penerima dana bantuan PKH tentang pemanfaatan kartu PKH, bagaimana cara menggunakannya agar bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia;
4. Perlunya edukasi tambahan atau mungkin langkah nyata dari pendamping PKH untuk memantau para peserta PKH agar menyisihkan dana PKH yang diperoleh agar ditabung untuk kelangsungan pendidikan dan kesehatan keluarga di masa mendatang;
5. Karena masih banyak RTSM yang belum tercover oleh PKH, maka sudah seharusnya apabila wilayah PKH diperluas jangkauannya.

Selain itu, perlu adanya penunjukan secara tertulis yang menjadi kepastian dalam pelaksanaan PKH di masing-masing daerah sehingga pelaksana pelayanan fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan mempunyai dasar kepastian untuk melaksanakan kegiatan secara berkala dan efektif.



## DAFTAR PUSTAKA

Ahmadi, Abu. 1991. *Ilmu Pendidikan*. PT. Rineka Cipta.

Agustino, Leo. 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Alfabeta. Bandung.

Akib, Haedar dan Tarigan, Antonius. 2000. *Artikulasi Konsep Implementasi Kebijakan: Perspektif, Model Dan Kriteria Pengukurannya*, Jurnal Kebijakan Publik.

BAPPEDA. 2008. *RPJMD Kabupaten Probolinggo Tahun 2009-2014*. hlm. 18.

Budiharsono, Sugeng. 2013. *RPJM PELD Berbasis Daya Saing 2015-2019*. Bahan Ringkas Presentasi.

BPS Kabupaten Probolinggo. 2013. *Kabupaten Probolinggo Dalam Angka 2013*

Chambers, Robert. 1983. *Rural Development Putting The Last First*. Published by Longmann. Inc. UK.

Chambers, Robert. 1996. *PRA: Memahami Desa Secara Partisipatif*. Kanisius-Oxfam-Yayasan Mitra Tani. Yogyakarta.

Creswell, John. 1994. *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. London. SAGE Publications.

Desmiwati, "Conditional Cash Transfer Pembelajaran dari Amerika Latin untuk Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia", dalam [www.wongdesmiwati.wordpress.com](http://www.wongdesmiwati.wordpress.com)

Dwijowijoto. 2003. *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta.

Edwards III, George C, 1980, *Implementing Public Policy*. Congressional, Quartely Press.

Eriyatno, (1998) *Ilmu Sistem : Meningkatkan Mutu dan Efektivitas Manajemen*, Bogor : IPB Press.

Febrina, Ghina. 2014. *Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Brebes Tahun 2014*. Semarang.

Haines, Stephen G. (2000). *The Systems Thinking Approach To Strategic Planning and Management*, CRC Press LLC, Boca Raton.

<http://www.probolinggokab.go.id/site/>

Juliartha, Edward. 2009. *Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta. Trio Rimba Persada.

Keban, T. Yeremias. 2004. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik : Konsep, Teori dan Isu*. Yogyakarta. Gava Media.

Kementerian Sosial Republik Indonesia, *Pedoman Operasional Kelembagaan PKH Tahun 2013*.

Kuncoro, Mudrajad. 1997. *Ekonomi Pembangunan*. Yogyakarta. UPP AMP YKPN.

Lofland, John & Lynn. H. Lofland. 1984. *Analyzing Social Settings*. California. Wadsworth Publishing Company.

Maryono. 2014. *Menakar Kebijakan RSBI: Analisis Kritis Studi Implementasi*. hlm. 43

Materi Diklat Pendamping PKH, 2012, Yogyakarta.

Miles, Matthew B dan Huberman, A Michael. 1992. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta. Universitas Indonesia Press.

Moeljarto, Tjokroaminoto. 1995. *Politik Pembangunan Sebuah Analisis, Konsep Arah dan Strategi*. Tiara Wacana. Yogyakarta.

Nazir, Moh. 1985. *Metode Penelitian*. Grafika Indonesia. Bandung

Nugroho, Riant. 2006. *Kebijakan Publik Untuk Negara-Negara Berkembang*. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta.

Pedoman Umum PKH. 2007. hlm 17.

Prawoto, Nano. 2009. *Jurnal Ekonomi Pembangunan, Memahami Kemiskinan dan Strategi Penanggulangannya*. Vol. 9. Nomor 1, April 2009: 56-58.

Putri, Depi. 2014. *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Peningkatan Kesehatan dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Di Umbulharjo Kota Yogyakarta*. Yogyakarta.

Randall B. Ripley & Grace A. Franklin, *Policy Implementation and Burreaucracy*, The Dorsey Press, Chicago, Illinois, 1986, hlm. 11.

Richardson, Harry W. 1991. *Dasar-dasar Ilmu Ekonomi Regional (Terjemahan Paul Sitohang)* LPEE-UI, Jakarta.

Rondinelli, A. Dennis. 1990. *Proyek Pembangunan Sebagai Manajemen Terpadu: Pendekatan Adaktif Terhadap Pelayanan Publik*. Jakarta. Bumi Aksara.

Setyadi, Iwan Tritenty. 2005. *Evaluasi Implementasi Proyek Inovasi*.

Soeprpto, H. R. Riyadi. 2003. *Pengembangan Kapasitas Pemerintah Daerah Menuju Good Governance*. Pidato Pengukuhan Guru Besar Dalam Ilmu Administrasi Pembangunan Pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.

Solichin Abdul Wahab. 1991. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta. Bumi Aksara.

Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung. Alfabeta.

Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung. Alfabeta

Suharto, Edi. 2010. *CSR & COMDEV*. Bandung: Alfabeta.

Sudarsono, H. 2003. *Krisis di Mata Para Presiden: Kaidah Berpikir Sistem Para Pemimpin Bangsa*. Yogyakarta: Mata Bangsa.

Supriatna, Tjahya. 1997. *Strategi Pembangunan dan Kemiskinan*. Jakarta. P.T. Rineka Cipta.

Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sumodiningrat, Gunawan. 1999. *Pemberdayaan Masyarakat dan Jaring Pengaman Sosial*. Jakarta. Gramedia Pustaka Tama.

Suryana, Siti Erna Latifi. 2009. *Implementasi Kebijakan Tentang Pengujian Kendaraan Bermotor Di Kabupaten Aceh Tamiang*. Universitas Sumatera Utara.

Tachjan, Dr. H, M.Si. 2006. *Implementasi Kebijakan Publik*. AIPI. Bandung

Wahab, Solichin Abdul. 2008. *Analisis Kebijaksanaan; Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Sinar Grafika. Jakarta

Wibowo, Santoso. 2011. *Kajian Implementasi Program Keluarga Harapan Sebagai Salah Satu Program Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Miskin*. Surakarta

Widodo, Joko. 2006. *Membangun Birokrasi Berbasis Kinerja*. Bayumedia Publishing. Malang

#### Rujukan Elektronik

[http://digilib.uin-suka.ac.id/15085/1/1220010031\\_bab-i\\_iv-atau-v\\_daftar-pustaka.pdf](http://digilib.uin-suka.ac.id/15085/1/1220010031_bab-i_iv-atau-v_daftar-pustaka.pdf)

<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jurnaleksekutif/article/view/7597>

[http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian\\_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku\\_id=45900](http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=45900)

[jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/article/17591/42/article.pdf](http://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/article/17591/42/article.pdf)

<https://media.neliti.com/media/publications/107064-ID-analisis-pelaksanaan-program-keluarga-ha.pdf>

<http://www.probolinggokab.go.id>

<http://repositori.uin-alauddin.ac.id/1798/1/MUNAWWARAH.pdf>

<http://wacana.ub.ac.id/index.php/wacana/article/view/246>

Peraturan Perundang-undangan

