

**EFEKTIVITAS KEBIJAKAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN
BERBASIS BANTUAN DAN PERLINDUNGAN SOSIAL BAGI
MASYARAKAT
(Studi Kasus Di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung)**

(Tesis)

OLEH

**MISFI LAILI ROHMI
NPM 1621021004**



**PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU EKONOMI
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2018**

ABSTRAK

EFEKTIVITAS KEBIJAKAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN BERBASIS BANTUAN DAN PERLINDUNGAN SOSIAL BAGI MASYARAKAT (Studi Kasus di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung)

Oleh

MISFI LAILI ROHMI

Masalah kemiskinan masih menjadi isu penting di Indonesia. Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk menanggulangi masalah kemiskinan, salah satunya melalui kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial yang berupa pemenuhan kebutuhan dasar individu maupun rumah tangga miskin yang meliputi pendidikan, pelayanan kesehatan, pangan, sanitasi, dan air bersih. Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan salah satu bentuk kebijakan tersebut yang menitikberatkan pada bidang kesehatan dan pendidikan anak-anak dari Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dengan harapan kelak akan memutus mata rantai kemiskinan melalui investasi pada kedua bidang tersebut.

Dalam pelaksanaannya, PKH tidak luput dari berbagai permasalahan. Mulai dari aspek input yaitu adanya dugaan ketidaktepatan sasaran program, proses yang belum sesuai dengan pedoman umum PKH, serta aspek output yaitu belum tercapainya beberapa indikator pada bidang kesehatan dan pendidikan. Dengan demikian, penelitian ini bertujuan untuk melihat efektivitas PKH dilihat dari aspek input, proses, dan output program. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan instrumen kuesioner yang dipandu oleh peneliti. Teknik analisis data menggunakan skoring kuesioner yang kemudian dibandingkan dengan kriteria ideal yang telah ditetapkan dalam PKH.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH sudah efektif dari aspek input (sudah tepat sasaran), aspek proses (sudah berjalan sesuai pedoman umum PKH) dan aspek output bidang pendidikan (anak didaftarkan di satuan pendidikan SD-SMA). Akan tetapi, PKH belum efektif dari aspek kesehatan pada beberapa indikator yaitu, perolehan suplemen fe, pemeriksaan *posnatal care* sebanyak 3 kali, pemeriksaan bayi 0-1 bulan sebanyak 3 kali, cakupan imunisasi lengkap balita 0-11 bulan, dan cakupan balita 0-11 bulan mendapat Vitamin A sesuai jadwal.

Kata kunci: PKH, Keluarga Penerima Manfaat (KPM), efektivitas, aspek input, proses dan output

ABSTRACT

THE EFFECTIVITY OF CASH TRANSFER AND SOCIAL PROTECTION-BASED POVERTY REDUCTION POLICY FOR CITIZENS (A Case Study in Pringsewu Regency, Lampung Province)

By

MISFI LAILI ROHMI

Poverty has become a crucial issue in Indonesia. The government has put efforts to alleviate poverty, one of which is through cash transfer and social protection-based policy in form of poor individuals as well as households' basic needs and rights compliance consisting of education, health service, food, sanitation, and clean water. Program Keluarga Harapan (PKH) is one of the policies emphasizing on health care and children's need of schooling for the beneficiaries (KPM) with an expectation that it will be able to break intergenerational poverty in the long run by the effort of investment to the two sectors.

In its application, PKH is no exception to face difficulties and hindrances. One of which is the input aspect – the issue of beneficiaries' eligibility. It was presumed that the process involved in the determining the candidates of beneficiaries was not objective and appropriate based on the general guidance of PKH. Another is the output aspect of several indicators on health service and children school attendance that have not yet been achieved. Therefore, this research is aimed at investigating the effectiveness of PKH viewed from the aspects of input, process, and output of the program. This research utilized quantitative descriptive design occupying questionnaire as the instrument guided by the writer. Meanwhile, data analysis technique was in form of questionnaire scoring that was then, compared to the ideal criteria that have been established in PKH general guidance.

Research result indicates that PKH is effectively run in the input aspect (in the matter of beneficiaries' eligibility), process aspect (undergoing appropriately based on the general guidance of PKH), and output aspect in education (children were sent to school – primary school, junior high school, and senior high school). On the other side, however, PKH does not go well in the health care side. It is seen in some of its indicators comprising low gain of supplement fe, insufficient posnatal care check as well as minimum 0-1 month infant health check (only three time respectively), slightly a bit coverage of 0-11 month infant complete immunisation and scheduled Vitamin A distribution.

Key words: PKH, Beneficiaries (KPM), Effectiveness, Input, Process, and Output Aspects

**EFEKTIVITAS KEBIJAKAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN
BERBASIS BANTUAN DAN PERLINDUNGAN SOSIAL BAGI
MASYARAKAT
(Studi Kasus Di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung)**

Oleh

MISFI LAILI ROHMI

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER SAINS**

Pada

**Program Pascasarjana Magister Ilmu Ekonomi
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung**



**PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU EKONOMI
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2018**

**Judul Tesis : EFEKTIVITAS KEBIJAKAN
PENANGGULANGAN KEMISKINAN
BERBASIS BANTUAN DAN
PERLINDUNGAN SOSIAL BAGI
MASYARAKAT (STUDI KASUS DI
KABUPATEN PRINGSEWU PROVINSI
LAMPUNG)**

Nama Mahasiswa : Misfi Laili Rohmi

Nomor Pokok Mahasiswa : 1621021004

Konsentrasi : Perencanaan dan Pembangunan Keuangan Daerah

**Program Studi : Magister Ilmu Ekonomi
Program Pascasarjana Fakultas Ekonomi dan
Bisnis Universitas Lampung**

MENYETUJUI

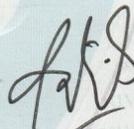
Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



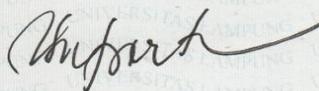
Dr. Marselina, S.E., M.P.M.
NIP 19670710 199003 2001



Dr. Arivina Ratih Taher, S.E., M.M.
NIP 19800705 200604 2002

**Program Studi Magister Ilmu Ekonomi
Program Pascasarjana Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Lampung**

Ketua Program Studi



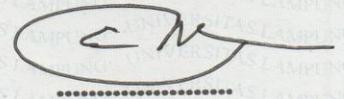
Dr. I Wayan Suparta, S.E., M.Si.
NIP 19611209 198803 1003

MENGESAHKAN

1. Komisi Penguji

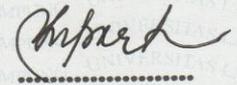
**1.1. Ketua Komisi Penguji
(Pembimbing I)**

: Dr. Marselina, S.E., M.P.M.



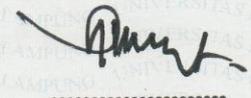
**1.2. Anggota Komisi Penguji
(Penguji I)**

: Dr. I Wayan Suparta, S.E., M.Si.



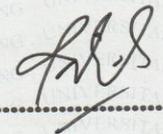
**1.3. Anggota Komisi Penguji
(Penguji II)**

: Dr. Toto Gunarto, S.E., M.Si.



**1.4. Sekretaris
(Pembimbing II)**

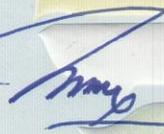
: Dr. Arivina Ratih Taher, S.E., M.M.



2. Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung



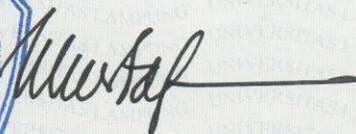
Prof. Dr. H. Satria Bangsawan, S.E., M.Si.
NIP 19610904 198703 1011



Direktur Program Pascasarjana



Prof. Drs. Mustofa, MA., Ph.D.
NIP 19570101 198403 1 020



4. Tanggal Lulus Ujian Tesis : 28 Maret 2018

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan Judul “Efektivitas Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Bantuan dan Perlindungan Sosial Bagi Masyarakat (Studi Kasus di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung)” adalah karya saya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai dengan tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut *plagiarisme*;
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas Pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya. Saya bersedia dan sanggup dituntut sesuai dengan hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, Maret 2018
Yang Membuat Pernyataan



MISFI LAILI ROHMI
NPM. 1621021004

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Desa Pagelaran, Kabupaten Pringsewu pada tanggal 29 Maret 1989. Sebagai anak keenam dari pasangan bapak Bahrin (Alm) dan ibu Robiah. Pendidikan formal awal penulis ditempuh di SDN 1 Pagelaran diselesaikan tahun 2000, SMPN 1 Pagelaran diselesaikan tahun 2003, SMAN 1 Pringsewu diselesaikan tahun 2006.

Pada tahun 2006, penulis diterima sebagai mahasiswa Strata 1 (S1) Program Studi Pendidikan Ekonomi Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan (FKIP) Universitas Lampung melalui jalur SNMPTN, menerima beasiswa Peningkatan Prestasi Akademik (PPA) selama kuliah, dan lulus pada tahun 2010. Selama menempuh pendidikan S1 penulis aktif pada beberapa kegiatan ekstrakurikuler. Penulis aktif sebagai Kepala Bidang Pendidikan Himpunan Mahasiswa Pendidikan IPS (HIMAPIS) tahun 2006, Bendahara Umum Himpunan Mahasiswa Pendidikan IPS (HIMAPIS) tahun 2007 serta Bendahara Umum Himpunan Mahasiswa Islam (HMI) Komisariat KIP Unila tahun 2008-2009.

Penulis pernah mengikuti beberapa kegiatan dan pelatihan, seperti Latihan Kepemimpinan Mahasiswa Tingkat Dasar (LKMTD) HIMAPIS Unila Tahun 2006, Latihan Kaderisasi (LK) I HMI Komisariat KIP Unila tahun 2008 dan LK II HMI Cabang Bandar Lampung tahun 2009. Setelah lulus kuliah, penulis memiliki beberapa pengalaman kerja, diantaranya sebagai surveyor Lembaga Survei Indonesia (LSI), pernah aktif mengajar di beberapa lembaga bimbingan belajar

seperti Bimbingan Belajar KSM dan Inten, dan tahun 2016 sebagai Pemeriksa Lapangan (PML) Survei Ekonomi BPS. Tahun 2012-sekarang, penulis terdaftar sebagai Pendamping Sosial Program Keluarga Harapan (PKH) Kabupaten Pringsewu. Tahun 2016, penulis melanjutkan pendidikan Strata 2 (S2) pada Program Pascasarjana Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi dan Bisnis (FEB) Universitas Lampung.

PERSEMBAHAN

*Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang,
Segala puji hanya milik Allah, Tuhan seru sekalian alam,
Sungguh, tiada daya dan upaya melainkan karena pertolongan Allah sehingga tesis
ini mampu penulis selesaikan.*

*Karya kecil ini kupersembahkan untuk anakku tercinta, Danish Alkhalifi Ahnaf,
universitas kehidupanku yang sesungguhnya, tempat belajar banyak hal yang
membuat diri ini sadar betapa masih jauh dari kata baik sebagai seorang ibu. Namun
yang pasti, Bunda sampai pada titik ini semata-mata agar Bunda bisa menguatkan
engkau dan adik-adikmu kelak ketika kalian lelah dalam belajar.*

SANWACANA

Segala puji syukur hanya milik Allah, Tuhan semesta alam. Sungguh, tiada daya dan upaya melainkan karena pertolongan-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Efektivitas Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Bantuan dan Perlindungan Sosial (Studi Kasus di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung)” sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi di Program Pascasarjana Ilmu Ekonomi Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Marselina, S.E., M.P.M., selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memberikan ilmu, arahan, motivasi serta saran dalam penyusunan tesis penulis;
2. Ibu Dr. Arivina Ratih, S.E., M.M., selaku Dosen Pembimbing atas bimbingan, arahan, dan motivasi selama ini;
3. Bapak Dr. I Wayan Suparta, S.E., M.Si., selaku Ketua Program Studi Ilmu Ekonomi sekaligus Dosen Penguji. Terima kasih untuk segala nasihat, motivasi dan saran-saran selama penulis menempuh pendidikan di program Pascasarjana Ilmu Ekonomi dan selama proses penyusunan tesis ini;
4. Bapak Dr. Toto Gunarto, S.E., M.Si., selaku dosen penguji, terima kasih untuk segala masukannya demi perbaikan tesis ini;

5. Bapak Prof. Dr. H. Satria Bangsawan, S.E., M.Si. selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung;
6. Bapak dan Ibu Dosen Program Pascasarjana Ilmu Ekonomi Universitas Lampung;
7. Seluruh staff dan karyawan Program Pascasarjana Ilmu Ekonomi Universitas Lampung;
8. Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Provinsi Lampung dan PKH Kabupaten Pringsewu;
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu;
10. Orang tuaku tercinta, Ayah (Alm) dan Ibu, terima kasih tak terhingga atas curahan kasih sayang dan doa yang tiada henti;
11. Emak dan Bak, terima kasih atas doa dan dukungan selama ini;
12. Seluruh keluarga besar atas doa, motivasi, dan bantuan kepada penulis;
13. Anakku, Danish Alkhalifi Ahnaf, yang sejak awal selalu menemani perjuangan penyelesaian tesis ini. Terima kasih telah menjadi anak yang begitu baik, menemani Bunda bimbingan, mencari bahan, didera panas dan hujan selama perjalanan, hingga tertidur di manapun saat tubuh kecilmu terlalu lelah menemani Bunda. Maaf untuk segala waktu yang tersita, semoga Danish kelak menjadi manusia pembelajar yang tidak lelah mencari ilmu untuk dunia dan akhirat;
14. Suamiku, Rozain, meski jarak memisahkan, terima kasih atas kesempatan dan kepercayaan yang diberikan untuk melanjutkan studi S2 ini, semoga Allah kelak menghimpun kita dalam ruang yang sama;

15. Koordinator Wilayah (Korwil) PKH Lampung 1, Ketua PPKH Kabupaten Pringsewu, Koordinator Kabupaten (Korkab) PKH Pringsewu, serta seluruh staff dan jajaran Dinas Sosial Kabupaten Pringsewu;
16. Rekan-rekan pendamping sosial serta Tim Pangkalan Data PKH Kabupaten Pringsewu;
17. Seluruh responden Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH;
18. Sahabat-sahabat terbaik: Mb Fatma terimakasih selalu punya waktu mendengar keluh kesah; Endah yang juga sedang berjuang menyelesaikan S2, Lilis Fauziah yang tulus ikhlas membantu mentranslate tugas-tugas kuliah;
19. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana Ilmu Ekonomi 2016: Deffa, Nissa, Tiara, Desy, Nova, Dina, Adis, Ibu Upi, Genio, Ridho, dan Guntur, terima kasih untuk kebersamannya selama ini;
20. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu: semoga Allah membalas dengan kebaikan yang berlipat ganda dan menjadi amal jariyah atas segala bantuan yang diberikan kepada penulis.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, akan tetapi sedikit harapan semoga tesis ini dapat berguna bagi kita semua. Aaamiin.

Bandar Lampung, Maret 2018

MISFI LAILI ROHMI

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	ii
DAFTAR GAMBAR	iii
DAFTAR LAMPIRAN	vi
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian	18
1.3 Tujuan Penelitian	18
1.4 Manfaat Penelitian	18
1.5 Sistematika Penelitian	19
II. TINJAUAN PUSTAKA	20
2.1 Tinjauan Teoritis	20
2.1.1 Kebijakan Publik.....	20
2.1.1.1 Definisi.....	20
2.1.1.2 Proses Kebijakan Publik	21
2.1.2 Efektivitas Kebijakan.....	22
2.1.2.1 Definisi Efektivitas Kebijakan	22
2.1.2.2 Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH)	23
2.1.3 Program Keluarga Harapan (PKH).....	25
2.1.3.1 Pengertian PKH.....	25
2.1.3.2 Dasar Hukum.....	25
2.1.3.3 Tujuan PKH.....	26
2.1.3.4 Penerima PKH.....	26
2.1.3.5 Kewajiban Peserta PKH	27
a. Kewajiban Bidang Kesehatan.....	27
b. Kewajiban Bidang Pendidikan	28

2.1.3.6	Besaran Bantuan PKH.....	28
2.1.3.7	Kelembagaan PKH.....	29
	a. Kelembagaan Tingkat Pusat.....	29
	b. Kelembagaan Tingkat Daerah.....	29
2.1.3.8	Kegiatan PKH.....	30
2.2	Penelitian Terdahulu.....	31
2.3	Kerangka Pikir.....	36
III.	METODE PENELITIAN.....	37
3.1	Objek dan Subjek Penelitian.....	37
	3.1.1 Objek Penelitian.....	37
	3.1.2 Subjek Penelitian.....	37
3.2	Instrumen dan Uji Instrumen Penelitian.....	38
	3.2.1 Instrumen Penelitian.....	38
	3.2.2 Uji Instrumen Penelitian.....	41
	a. Uji Validitas Instrumen.....	41
	b. Uji Reliabilitas Instrumen.....	46
3.3	Jenis Data.....	48
3.4	Teknik Pengumpulan Data.....	48
3.5	Jenis Penelitian.....	48
3.6	Waktu dan Lokasi Penelitian.....	49
3.7	Definisi Operasional Variabel.....	50
3.8	Metode Pengambilan Sampel.....	52
3.9	Metode Pengolahan dan Teknik Analisis Data.....	54
	3.9.1 Metode Pengolahan Data.....	54
	3.9.2 Teknik Analisis Data.....	55
IV.	ANALISIS DAN PEMBAHASAN.....	58
4.1	Deskripsi Umum Program Keluarga Harapan di Kabupaten Pringsewu....	58
	4.1.1 Gambaran Umum Pendidikan.....	59
	4.1.2 Fasilitas Pendidikan di Kabupaten Pringsewu.....	59
	4.1.3 Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Pringsewu.....	60
4.2	Karakteristik Responden.....	61
	4.2.1 Jenis Kelamin.....	61
	4.2.2 Usia.....	61
	4.2.3 Pekerjaan.....	62
	4.2.4 Pendidikan.....	63

4.3 Deskripsi Hasil Penelitian.....	63
4.3.1 Efektivitas Program Dari Aspek Input.....	64
a. Status Penguasaan Bangunan Tempat Tinggal.....	65
b. Status Lahan yang Ditempati.....	66
c. Jenis Lantai Terluas	67
d. Jenis Dinding Terluas	67
e. Kondisi Dinding.....	68
f. Jenis Atap Terluas	68
g. Kondisi Atap.....	69
h. Sumber Air Utama.....	69
i. Sumber Air Minum	70
j. Sumber Penerangan.....	71
k. Daya Listrik yang Digunakan.....	71
l. Bahan Bakar Utama Untuk Memasak.....	72
m. Status Kepemilikan Fasilitas BAB	72
n. Jenis Kloset yang Digunakan	73
4.3.2 Efektivitas Program dari Aspek Proses.....	73
a. Pertemuan Awal dan Validasi Data	77
b. Pertemuan Kelompok Bulanan.....	79
c. Verifikasi Komitmen	80
d. Penyaluran Bantuan.....	81
e. Pemutakhiran Data.....	83
4.3.3 Efektivitas Program dari Aspek Output.....	83
4.3.3.1 Bidang Kesehatan.....	83
a. Cakupan Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Fe.....	86
b. Cakupan Pelayanan <i>Postnatal Care</i>	88
c. Cakupan Bayi Usia 0-11 Bulan yang Melakukan Pemeriksaan Kesehatan.....	89
d. Cakupan Vaksinasi Lengkap Balita Usia 0-11 Bulan.....	90
d. Cakupan Anak Usia 0-11 Bulan yang Mendapat Vitamin A.....	91
4.3.3.2 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan KPM dalam Melaksanakan Kewajiban Bidang Kesehatan.....	92
a. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kepatuhan Ibu Hamil Melakukan Pemeriksaan <i>Antenatal Care</i>	92
b. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Perolehan Tablet Fe Selama Kehamilan.....	93
c. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kesadaran Melahirkan Pada Tenaga Kesehatan Terlatih	94

d.	Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kesadaran Melakukan Pemeriksaan <i>Postnatal Care</i> Pada Ibu Nifas.....	95
e.	Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kesadaran Melakukan Pemeriksaan Pada Bayi Usia 0-11 Bulan	96
f.	Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Vaksinasi Lengkap Balita Usia 0-11 Bulan.....	97
g.	Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kewajiban Melakukan Kunjungan Ke Posyandu Balita Usia 0-11 Bulan	98
h.	Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Perolehan Suplemen Vitamin A Pada Anak Usia 0-11 Bulan.....	99
4.3.3.3	Bidang Pendidikan.....	100
a.	Tingkat Pendaftaran Anak di Satuan Pendidikan	100
b.	Tingkat Kehadiran di Kelas	103
4.3.3.4	Keterkaitan Kesehatan dan Pendidikan Anak dalam Memutus Mata Rantai Kemiskinan	104
4.3.3.5	Program Keluarga Harapan (PKH) ditinjau dari aspek Ekonomi.....	112
a.	Implikasi Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap produktivitas tenaga kerja	112
b.	Implikasi Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap pertumbuhan ekonomi	118
c.	Implikasi Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap angka kemiskinan.....	122
V.	SIMPULAN DAN SARAN	125
5.1	Simpulan	125
5.2	Saran	125
5.3	Rekomendasi Kebijakan	129
	DAFTAR PUSTAKA	131
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.5	Partisipasi Kesehatan Masyarakat Kabupaten Pringsewu	13
Tabel 2.1	Tahap Analisis Kebijakan.....	22
Tabel 2.2	Indikator Efektivitas Kebijakan PKH.....	23
Tabel 2.3	Skema Bantuan PKH Tahun 2012-2016.....	28
Tabel 2.4	Skema Bantuan PKH Tahap 3 Tahun 2017	29
Tabel 2.5	Penelitian Terdahulu	31
Tabel 3.1	Subjek Penelitian	38
Tabel 3.2	Kisi-Kisi Instrumen Penelitian	40
Tabel 3.3	Hasil Uji Validitas Efektivitas Input.....	42
Tabel 3.4	Hasil Uji Coba Ulang Validitas Efektivitas Input	43
Tabel 3.5	Hasil Uji Validitas Efektivitas Proses PKH.....	43
Tabel 3.6	Hasil Uji Coba Ulang Validitas Efektivitas Proses PKH	44
Tabel 3.7	Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki Anak Usia 0-11 Bulan	44
Tabel 3.8	Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki Anak Usia 1-5 Tahun	45
Tabel 3.9	Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki Anak SD	45
Tabel 3.10	Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki Anak SMP	45
Tabel 3.11	Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki Anak SMA.....	45

Tabel 3.12	Definisi Operasional Variabel	50
Tabel 3.13	Perhitungan Sampel Proporsional.....	53
Tabel 3.14	Sampel Penelitian	54
Tabel 3.15	Jawaban Responden Untuk Variabel Efektivitas Input	55
Tabel 3.16	Jawaban Responden Untuk Variabel Efektivitas Input	56
Tabel 3.17	Predikat Efektivitas PKH.....	57
Tabel 4.1	Kecamatan Penerima Bantuan PKH dan Total Nominal yang dicairkan	58
Tabel 4.2	Angka Partisipasi Murni (APM) Kabupaten Pringsewu Tahun Ajaran 2016/2017	59
Tabel 4.3	Fasilitas Pendidikan Menurut Kecamatan di Kabupaten Pringsewu Tahun Ajaran 2016/2017	60
Tabel 4.4	Fasilitas Kesehatan Menurut Kecamatan di Kabupaten Pringsewu	60
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin	61
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Usia	62
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pekerjaan	62
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan.....	63
Tabel 4.9	Kriteria Efektivitas Proses PKH	77
Tabel 4.10	Efektivitas Output dalam Bidang Kesehatan	84
Tabel 4.11	Partisipasi Kesehatan Seluruh Masyarakat Kabupaten Pringsewu Tahun 2016	86
Tabel 4.12	Hasil <i>Crosstab</i> Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Melakukan Pemeriksaan <i>Antenatal Care</i>	92
Tabel 4.13	Hasil <i>Crostabb</i> Tingkat Pendidikan Dengan Perolehan Tablet Fe Selama Masa Kehamilan	93
Tabel 4.14	Hasil <i>Crostabb</i> Tingkat Pendidikan dan Kesadaran Melahirkan pada Tenaga Kesehatan Terlatih.....	94

Tabel 4.15 Hasil <i>Crostabb</i> Tingkat Pendidikan dan Kesadaran Melakukan Pemeriksaan <i>Postnatal Care</i> /Masa Nifas	95
Tabel 4.16 Hasil <i>Crostabb</i> Tingkat Pendidikan dan Kesadaran Melakukan Pemeriksaan pada Bayi Usia 0-1 Bulan.....	96
Tabel 4.17 Hasil <i>Crostabb</i> Tingkat Pendidikan dan Perolehan Vaksinasi Lengkap Balita Usia 0-11 Bulan.....	97
Tabel 4.18 Hasil <i>Crostabb</i> Tingkat Pendidikan dan Kewajiban Melakukan Kunjungan ke Posyandu Balita Usia 0-11 Bulan	98
Tabel 4.19 Hasil <i>Crostabb</i> Tingkat Pendidikan dan Perolehan Suplemen Vitamin A pada Anak Usia 0-11 Bulan	99
Tabel 4.20 Tingkat Pendaftaran Anak di Satuan Pendidikan	100
Tabel 4.21 Angka Partisipasi Murni (APM) Kabupaten Pringsewu Tahun Ajaran 2016/2017	101
Tabel 4.22 Tingkat Kehadiran di Kelas Masing-Masing Jenjang Pendidikan	103
Tabel 4.23 Jumlah Komponen Peserta PKH Kabupaten Pringsewu Tahun 2012-2016.....	117
Tabel 4.24 Data Siswa PKH yang Melanjutkan ke Jenjang SMP dan SMA.....	117

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Persentase Kemiskinan Terhadap Jumlah Penduduk di Indonesia Tahun 2007- 2017	2
Gambar 1.2	Skema Kebijakan Nasional Penanggulangan Kemiskinan.....	4
Gambar 1.3	Kabupaten/Kota Penerima Bantuan PKH di Provinsi Lampung	11
Gambar 1.4	Angka Partisipasi Murni (APM) SD, SMP, SMA/ sederajat Kabupaten Pringsewu Tahun Ajaran 2016/2017.....	12
Gambar 2.6	Kerangka Pikir.....	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.1 Kuesioner Penelitian.....	138
Lampiran 2.1 Jawaban Uji Coba Angket.....	150
Lampiran 3.1 Uji Validitas Efektivitas Input.....	155
Lampiran 3.2 Uji Coba Ulang Validitas Efektivitas Input.....	158
Lampiran 3.3 Uji Validitas Efektivitas Proses.....	161
Lampiran 3.4 Uji Coba Ulang Validitas Efektivitas Proses.....	164
Lampiran 3.5 Uji Validitas Efektivitas Output	167
Lampiran 4.1 Uji Reliabilitas.....	169
Lampiran 5.1 Distribusi Jawaban Responden Untuk Efektivitas Input	175
Lampiran 5.2 Distribusi Jawaban Responden Untuk Efektivitas Proses	184
Lampiran 5.3 Distribusi Jawaban Responden Untuk Efektivitas Output Kelompok Responden yang Memiliki Bayi Usia 0-1 Bulan	194
Lampiran 5.4 Jawaban Responden yang Memiliki Balita Usia 1-5 Tahun	196
Lampiran 5.5 Jawaban Responden yang Memiliki Anak SD	197
Lampiran 5.6 Jawaban Responden yang Memiliki Anak SMP	198
Lampiran 5.7 Jawaban Responden yang Memiliki Anak SMA.....	199
Lampiran 6.1 Tingkat Efektivitas Proses Untuk Indikator Pertemuan Awal dan Validasi Data	200
Lampiran 6.2 Jawaban Efektivitas Proses Untuk Indikator Pertemuan Kelompok Bulanan.....	205
Lampiran 6.3 Efektivitas Proses Untuk Indikator Verifikasi Komitmen.....	210

Lampiran 6.4	Efektivitas Proses Untuk Indikator Penyaluran Bantuan.....	215
Lampiran 6.5	Efektivitas Proses Untuk Indikator Pemutakhiran Data.....	220
Lampiran 7.1	Ketepatan Waktu Penyaluran Bantuan dan lain-lain	225
Lampiran 8.1	Karakteristik Responden	226
Lampiran 9.1	Hasil Olah Data Efektivitas Input	229
Lampiran 10.1	Pemeriksaan Selama Masa Kehamilan dan lain-lain	234
Lampiran 11.1	Pendaftaran Anak di Satuan Pendidikan	238
Lampiran 12.1	Alasan Responden Tidak Melakukan Kewajiban	240
Lampiran 13.1	Hubungan Tingkat Pendidikan Responden dan Kepatuhan Melaksanakan Kewajiban Bidang Kesehatan	244
Lampiran 14.1	Pendidikan Responden yang Anaknya Putus Sekolah.....	251
Lampiran 15.1	Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari PPKH Provinsi Lampung	252
Lampiran 15.2	Surat Izin Penelitian Dari Kesbangpol.....	253
Lampiran 15.3	Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari PPKH Kabupaten Pringsewu (Operator)	254
Lampiran 15.4	Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari PPKH Kabupaten Pringsewu (Kooordinator Kabupaten).....	255
Lampiran 15.5	Surat Izin Telah Melaksanakan Penelitian dari Dinkes Kabupaten Pringsewu.....	256
Lampiran 16.1	Foto-Foto Penelitian.....	257
Lampiran 17.1	Daftar Hadir Responden.....	259

BAB I PENDAHULUAN

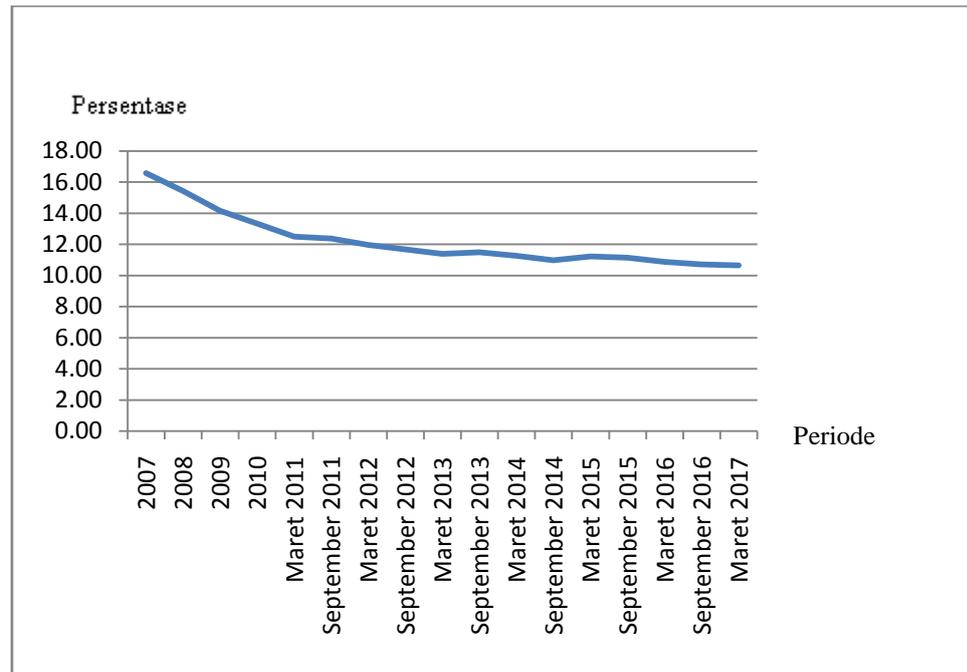
1.1 Latar Belakang

Kemiskinan merupakan isu strategis dalam pembangunan di sebuah negara, dimana kemiskinan sering kali menjadi hambatan bagi negara dunia ketiga dalam proses pembangunan, seperti di Indonesia. Todaro (2003) menyatakan bahwa pembangunan harus berupaya untuk menghapus dan mengurangi tingkat kemiskinan, ketimpangan pendapatan, dan pengangguran. Kemiskinan merupakan masalah publik yang kompleks dan bersifat multidimensi. Sebagaimana pendapat Wrihatnolo (2002) yang menyatakan bahwa multidimensional sifat kemiskinan tidak hanya disebabkan satu faktor, melainkan berbagai faktor seperti aspek ekonomi, sosiologis, antropologis, kebijakan, teknologi serta perubahan global. Kemiskinan juga berimplikasi terhadap pendidikan, kesehatan, kemampuan ekonomi, serta partisipasi politik masyarakat dalam sebuah negara.

Suharto (2010) menyatakan bahwa persoalan kemiskinan mempunyai dampak negatif yang bersifat menyebar (*multiplier effects*) terhadap tatanan masyarakat secara menyeluruh. Banyak studi yang menunjukkan bahwa kemiskinan merupakan muara dari masalah-masalah sosial lainnya seperti; anak jalanan, pekerja anak, kekerasan rumah tangga, kebodohan, pengangguran bahkan kerawanan sosial.

Badan Pusat Statistik (BPS) pusat menyatakan persentase kemiskinan di Indonesia yang meliputi persentase kemiskinan perkotaan dan pedesaan menunjukkan tren fluktuatif selama kurun waktu 10 tahun terakhir.

Gambar 1.1 Persentase Kemiskinan Terhadap Jumlah Penduduk di Indonesia Tahun 2007-2017



Sumber: BPS, 2017 (data diolah)

Pada tahun 2007, persentase kemiskinan terhadap jumlah penduduk berada pada angka 16,58 % dan persentase tersebut terus menurun hingga Maret 2013 menjadi 11,37%. Akan tetapi, pada periode September 2013 persentase kemiskinan mengalami kenaikan sebesar 0,10% menjadi 11,47%. Periode selanjutnya hingga September 2014 persentase kemiskinan kembali mengalami penurunan menjadi 10,96%. Pada periode Maret 2015 persentase kemiskinan kembali mengalami peningkatan menjadi 11,22%

Pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan tersebut. Melalui Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) di bawah koordinasi Wakil Presiden Republik Indonesia, Pemerintah mengklasifikasikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan dalam tiga kelompok (*cluster*) kebijakan (www.tnp2k.go.id).

Pertama, adalah kelompok kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial. Kebijakan ini berupa program-program yang bersifat pemenuhan hak dasar utama individu dan rumah tangga miskin yang meliputi pendidikan, pelayanan kesehatan, pangan, sanitasi, dan air bersih. Mekanisme pelaksanaan program bersifat langsung dan manfaatnya dapat dirasakan langsung oleh Keluarga Sangat Miskin (KSM). Klasifikasi program ini meliputi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), Beras untuk Keluarga Miskin (RASKIN), Bantuan Siswa Miskin (BSM) dan Program Keluarga Harapan (PKH).

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

Ketiga adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan usaha mikro dan kecil. Kebijakan ini bertujuan untuk memberikan akses dan penguatan ekonomi bagi pelaku usaha berskala mikro dan kecil. Karakteristik kebijakan ini berupa program yang memberikan bantuan modal skala mikro, memperkuat kemandirian

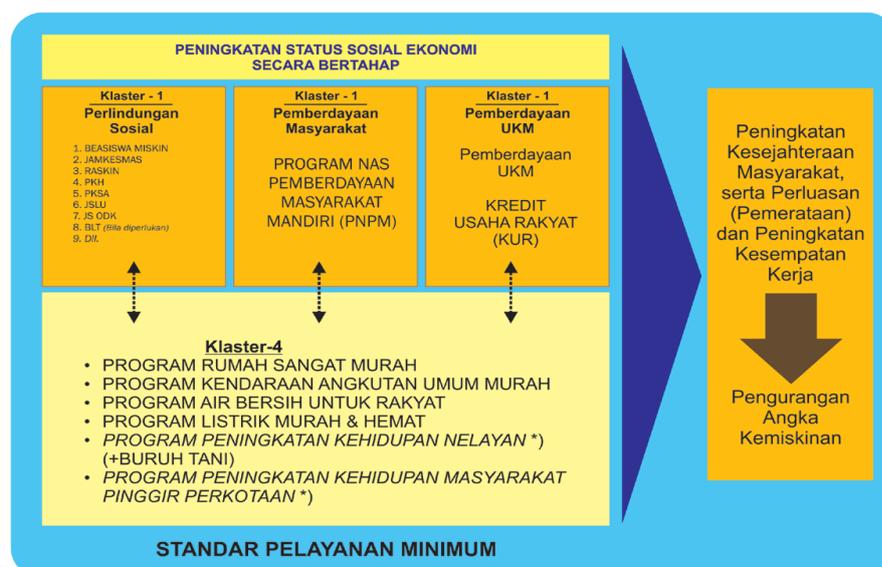
usaha dan meningkatkan manajemen usaha. Contohnya adalah Kredit Usaha Rakyat (KUR).

Selain tiga instrumen utama penanggulangan kemiskinan di atas, pemerintah menerbitkan Keputusan Presiden Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tim Koordinasi Peningkatan Dan Perluasan Program Pro-Rakyat. Upaya peningkatan dan perluasan program pro-rakyat (klaster IV) dilakukan melalui:

- 1) Program rumah sangat murah
- 2) Program kendaraan angkutan umum murah
- 3) Program air bersih untuk rakyat
- 4) Program listrik murah dan hemat
- 5) Program peningkatan kehidupan nelayan
- 6) Program peningkatan kehidupan masyarakat pinggir perkotaan

Program penanggulangan kemiskinan tersebut dapat dilihat pada gambar berikut

Gambar 1.2 Skema Kebijakan Nasional Penanggulangan Kemiskinan



Sumber: Nainggolan, dkk, 2012

Di Indonesia, terdapat kecenderungan bahwa seakan-akan kemiskinan hanya bisa diberantas oleh program-program pemberdayaan masyarakat dalam arti sempit. Pemberdayaan seolah hanya mencakup pemberian modal usaha untuk membuka warung kecil di sudut kampung, pemberian sapi atau kambing untuk peternakan, dan pelatihan keterampilan perbengkelan atau kerajinan tangan. Asumsi sederhananya, jika orang-orang miskin diberi modal dan dilatih, maka mereka akan memiliki pekerjaan dan pendapatan. Kehidupan mereka kemudian akan menjadi lebih baik dan tidak miskin lagi. Asumsi ini telah menjadi keyakinan umum dan bahkan cenderung dianggap keyakinan mutlak (Suharto, 2009).

Penanggulangan kemiskinan membutuhkan analisis yang tepat serta melibatkan semua komponen masyarakat. Kemiskinan bukan lagi sekedar masalah kesenjangan pendapatan (*income discrepancy*), tetapi lebih kompleks lagi menyangkut ketidakberdayaan (*incapability*), ketiadaan pengetahuan dan keterampilan (*lack of knowledge and skills*) dan kelangkaan akses pada modal dan sumber daya (*scarcity of capital and resource*) atau *human capability* (Sen dalam Ustama, 2009). Elemen dasar *human capability* adalah pendidikan yang memainkan peranan sentral dalam mengatasi masalah kemiskinan. Selain aspek pendidikan, dimensi kesehatan juga memegang peranan penting, rendahnya mutu kesehatan masyarakat menyebabkan rendahnya produktivitas kerja yang berakhir pada persoalan ekonomi. Pendekatan dari berbagai dimensi ini dibutuhkan untuk merumuskan kebijakan penanggulangan kemiskinan yang tidak bersifat temporer melainkan berkelanjutan.

Prawoto (2009) menyatakan bahwa program yang dilakukan pemerintah banyak mengalami kegagalan dikarenakan pada pelaksanaannya terjadi penyimpangan-penyimpangan, seperti Kredit Usaha Tani (KUT). Sejak tahun 2000, program KUT dianggap gagal total, dan program tersebut diganti oleh pemerintah dengan program Kredit Ketahanan Pangan (KKP), dan pelaksanaannya diserahkan sepenuhnya kepada Bank. Pemerintah pada awalnya hanya bertindak sebagai pemberi subsidi.

Selain Program KUT dan KKP, terdapat Program Pengembangan Kecamatan (PPK). Program ini bertujuan mengurangi kemiskinan di tingkat pedesaan sekaligus memperbaiki kinerja pemerintah daerah dengan cara memberi bantuan modal dan pengadaan infrastruktur. Program ini di beberapa daerah mengalami kegagalan karena tidak adanya perencanaan yang matang dan juga kurang transparansi penggunaan dan alokasi anggaran kepada masyarakat desa.

Kegagalan program lainnya adalah Program Padat Karya Desa-Pengembangan Wilayah Terpadu (PKD-PWT) di NTT, NTB, Sulawesi Selatan, dan Sulawesi Utara, serta Program Daerah Mengatasi Dampak Krisis Ekonomi (PDM-DKE) di Jawa Barat. Program PKD-PWT membagikan uang bantuan sebesar Rp 50.000.000,- kepada setiap desa melalui rekening Tim Pelaksana Desa (TPD). Jumlah desa yang dibantu oleh program ini mencapai 1.957 desa. Akan tetapi, program ini mengalami kegagalan karena proses perencanaan, pelaksanaan, dan penyaluran bantuan kepada desa sangat bergantung kepada Tim Pelaksana Desa (TPD). Sementara PDM-DKE di Jawa Barat mengalami kegagalan karena dana bergulir yang diberikan kepada masing-masing desa sebesar Rp.14.000.000,- perdesa digunakan untuk tujuan konsumtif.

Kebijakan penanggulangan kemiskinan lainnya yang cukup menarik perhatian adalah kebijakan kluster I. Kebijakan kluster I menjadi penting karena sifatnya yang sangat mendasar yakni berupa pemenuhan kebutuhan akan pendidikan, pelayanan kesehatan, pangan, sanitasi, dan air bersih. Raskin misalnya, diharapkan akan berdampak pada peningkatan gizi dan ketahanan pangan. Tabungan implisit yang diperoleh rumah tangga karena subsidi harga, harapannya dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar lainnya. Namun ibarat pedang bermata dua, Raskin sebagai wujud perlindungan sosial yang dilakukan pemerintah kepada kelompok miskin terhadap faktor yang mendorong timbulnya kerawanan sosial itu pun mempunyai sisi positif dan negatif. Dalam jangka pendek, Raskin mampu mengeliminasi rawan pangan dan kelaparan, namun dalam jangka panjang tidak menutup kemungkinan menyimpan pula dampak negatif. Tabungan implisit yang diperoleh dari selisih harga pembelian beras dengan berbagai sebab tidak secara signifikan berkontribusi terhadap peningkatan ekonomi keluarga (Dewi, 2013). Di lain pihak, program yang bersifat temporer menciptakan masyarakat yang konsumtif dan bergantung pada bantuan. Program-program penanggulangan kemiskinan cenderung bersifat praktis dan tidak berkelanjutan pada akhirnya tidak dapat menumbuhkan kreatifitas dan daya juang masyarakat untuk keluar dari belenggu kemiskinan.

Kebijakan kluster I lainnya adalah JAMKESMAS dan BSM (Bantuan Siswa Miskin). JAMKESMAS fokus pada bidang kesehatan, sementara BSM (Bantuan Siswa Miskin) fokus pada pemberian bantuan dana pendidikan bagi siswa yang tidak mampu. JAMKESMAS maupun BSM hanya fokus dalam satu

bidang saja. Sementara itu, kebijakan kluster I lainnya yang memberi perhatian pada bidang kesehatan dan pendidikan adalah Program Keluarga Harapan (PKH).

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program yang memberikan bantuan tunai bersyarat (*conditional cash transfers*) kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang kemudian disebut Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Melalui PKH pemerintah berharap dapat membantu masyarakat miskin untuk memenuhi kebutuhannya melalui pemberian dana bantuan untuk menyekolahkan anak mereka dan mendapatkan fasilitas kesehatan yang layak (Buku Kerja Pendamping, 2013).

Dasar hukum Program Keluarga Harapan (PKH) yaitu:

- a) Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- b) Undang-undang nomor 13 Tahun 2011 tentang penanganan Fakir Miskin
- c) Peraturan Presiden nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
- d) Inpres nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan poin lampiran ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan
- e) Inpres nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi poin lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat Bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM) Sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

Merujuk pada Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004, PKH menjadi model jaminan yang unik yakni menghendaki Keluarga Penerima Manfaat (KPM) untuk memperoleh layanan kesehatan bagi ibu hamil/nifas dan balita sekaligus menuntaskan wajib belajar 12 tahun bagi anak SD sampai SMA. Di satu sisi, PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan (*life survival*) dalam kebutuhan dasar terutama pendidikan dan kesehatan. Di sisi lain, PKH bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan rumah tangga miskin agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui promosi kesehatan dan mendorong anak bersekolah (Nainggolan dkk, 2012).

PKH berbeda dengan program perlindungan sosial lainnya yang berbentuk bantuan tunai, seperti BLT (Bantuan Langsung Tunai), BLSM (Bantuan Langsung Sementara Masyarakat) serta KKS (Kartu Keluarga Sejahtera). Letak perbedaannya pada syarat dan kewajiban bagi KPM. PKH merupakan pengembangan sistem perlindungan sosial berupa bantuan tunai bersyarat untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan dan pendidikan dasar sehingga dalam jangka panjang dapat memutus mata rantai kemiskinan di Indonesia (Buku Kerja Pendamping PKH, 2013). Sementara itu, BLT dan BLSM tidak mensyaratkan apapun pada penerimanya. Penerima bebas menggunakan uang tersebut untuk kebutuhan apapun.

PKH membantu terwujudnya *Millennium Development Goals (MDGs)* yakni untuk mencapai pendidikan dasar, menurunkan angka kematian ibu dan bayi, dan meningkatkan kesehatan ibu pasca melahirkan (Nainggolan dkk, 2012). Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan adopsi dari program bantuan tunai bersyarat atau yang lebih dikenal dengan *Conditional Cash Transfer (CCT)* di

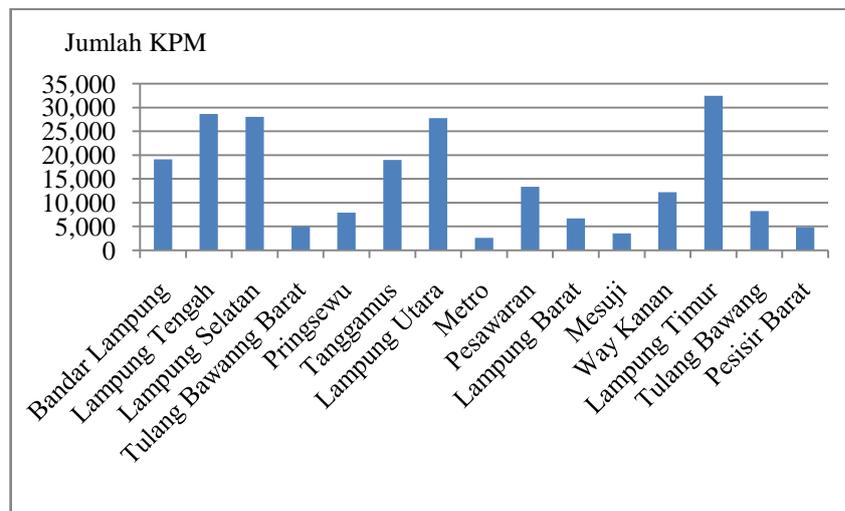
negara-negara Amerika Latin dan Karibia. Program CCT mampu menciptakan lapangan pekerjaan tambahan, meningkatkan tingkat produktifitas, dan menstimulasi pasar lokal (Yablonski dan O'Donnell, 2009). Selain itu bantuan tunai juga dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui faktor pendidikan dan kesehatan (Adato, 2007).

Sebaliknya Oosterbeek, Ponce, dan Schady di tahun 2008 menyebutkan dari hasil penelitian mereka bahwa bantuan tunai tidak memiliki dampak terhadap tingkat pendaftaran sekolah. Hal ini senada dengan penelitian dari Syukri, Arif, Rosfadhila dan Isdijoso (2010) bahwa penerima bantuan langsung tunai masih banyak yang tidak menggunakan bantuan tersebut untuk keperluan pendaftaran sekolah dan pemeriksaan kesehatan. Masih terdapat beberapa penerima bantuan yang menggunakan dana bantuan untuk membayar hutang mereka yang terdahulu atau membelikan aset lain.

Program Keluarga Harapan (PKH) mulai dilaksanakan di Indonesia pada bulan Maret tahun 2007 dengan uji coba di tujuh provinsi (Sumatra Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, NTT, Sulawesi Utara, dan Gorontalo). Pada tahun 2014, PKH telah mencakup pada 33 provinsi, 336 kabupaten/kota, 3.429 kecamatan, dengan total penerima 2,7 juta keluarga. Di tahun 2016, penerima PKH meningkat menjadi 6 juta keluarga dan di akhir tahun 2017 terjadi penambahan peserta menjadi 10 juta keluarga. Provinsi Lampung mendapat penambahan KPM dengan jumlah sekitar 382.641 keluarga. Angka ini terbesar ke-5 Nasional setelah Jatim, Jateng, Jabar, dan Papua (PPKH Provinsi Lampung, 2017). Penambahan peserta yang cukup besar di Provinsi Lampung mengindikasikan bahwa Kementerian Sosial menilai Provinsi Lampung masih

sangat perlu dibantu untuk keluar dari perangkap kemiskinan. Hal ini sejalan dengan realita yang ada, dimana Provinsi Lampung menempati urutan ke-9 Provinsi termiskin di Indonesia (BPS Pusat, 2017). Pelaksanaan PKH di Provinsi Lampung sendiri dilaksanakan sejak tahun 2012 yang tersebar di 15 Kabupaten/Kota di Lampung seperti terlihat pada gambar berikut.

Gambar 1.3 Kabupaten/Kota Penerima bantuan PKH di Provinsi Lampung



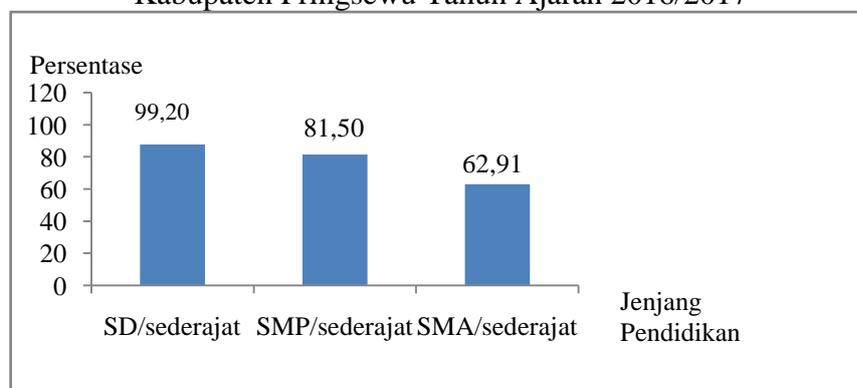
Sumber: Operator PPKH Provinsi Lampung, 2017

Dalam praktiknya, Program Keluarga Harapan (PKH) tidak luput dari berbagai permasalahan. Dari sisi input, berdasarkan observasi lapangan dari pendamping PKH, ada beberapa permasalahan yang ditemui, antara lain ketidaktepatan sasaran program, artinya yang menjadi peserta Program Keluarga Harapan (PKH) adalah warga yang sudah mampu. Dari sisi implementasi, dalam pemeriksaannya, BPK RI masih menemukan permasalahan dalam pelaksanaan PKH secara nasional, antara lain komitmen Pemerintah Daerah dalam mendukung PKH masih kurang, proses validasi tidak sesuai ketentuan sehingga hasil validasi tidak akurat, proses verifikasi atas komitmen peserta PKH terhadap kesehatan dan

pendidikan belum optimal, tidak ada keseragaman kebijakan yang ditetapkan oleh Kemensos sehingga pembayaran bantuan menjadi kurang efektif dan monitoring rutin/berkala dan evaluasi belum dilaksanakan sesuai dengan pedoman umum (BPK RI, 2012).

Temuan BPK RI sejalan dengan temuan Pelaksana Program Keluarga Harapan (PPKH) Provinsi Lampung dalam *monitoring* dan evaluasi (monev) di seluruh kabupaten/kota sebagai agenda rutin dalam memantau pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH). Di tahun 2013 dan 2016, Kabupaten Pringsewu merupakan satu-satunya kabupaten yang mendapat penilaian buruk karena ada laporan pungutan liar (pungli) yang dilakukan oleh oknum pendamping kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Kasus ini bahkan sudah masuk tahap *hearing* dengan DPRD Kabupaten Pringsewu. Hal tersebut merupakan salah satu alasan peneliti tertarik mengambil lokasi penelitian di Kabupaten Pringsewu. Dari aspek output bidang pendidikan, Angka Partisipasi Murni (APM) di Kabupaten Pringsewu untuk tingkat SMA/ sederajat tergolong masih rendah karena masih banyaknya anak-anak yang putus sekolah, seperti terlihat pada grafik berikut.

Gambar 1.4 Angka Partisipasi Murni (APM) Jenjang SD, SMP, SMA/Sederajat Kabupaten Pringsewu Tahun Ajaran 2016/2017



Sumber: BPS Kabupaten Pringsewu, 2017

Dari gambar 1.4 tersebut terlihat Angka Partisipasi Murni (APM) untuk tingkat SMA berada di angka 62,91%, artinya ada sekitar 37,09% anak-anak usia SMA tidak melanjutkan pendidikan. Sementara itu, Program Keluarga Harapan (PKH) menghendaki setidaknya 80% anak-anak penerima manfaat terdaftar di satuan pendidikan SD sampai SMA. Peneliti menduga Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai bagian dari penduduk di Kabupaten Pringsewu menyumbang pada rendahnya persentase Angka Partisipasi Murni (APM) tersebut.

Dalam bidang kesehatan, ketercapaian PKH terdiri dari beberapa indikator yaitu kunjungan ibu hamil selama masa *antenatal care*, persentase ibu melahirkan dibantu tenaga kesehatan terlatih, pemberian suplemen Fe, cakupan imunisasi, balita mendapat Vitamin A, dan kunjungan posyandu. Tabel berikut menjelaskan indikator-indikator yang diduga belum tercapai dalam bidang kesehatan.

Tabel 1.5 Partisipasi Kesehatan Seluruh Masyarakat Kabupaten Pringsewu Tahun 2016

No	Indikator	Persentase Partisipasi Kesehatan Penduduk Kabupaten Pringsewu (Peserta dan Non-peserta PKH)	Persentase yang diharapkan tercapai dalam PKH
1	Ibu hamil yang mendapatkan suplemen Fe	84,2%	100%
2	Cakupan ibu melahirkan melakukan pemeriksaan <i>postnatal care</i> sebanyak 3 kali	16,8%	100%
3	Cakupan bayi usia 0-1 bulan melakukan pemeriksaan kesehatan sebanyak 3 (tiga) kali	16,5%	100%
4	Vaksinasi lengkap balita usia 0-11 bulan	80,8%	95%
5	Cakupan balita 0-11 bulan yang mendapat vitamin A pada Februari dan Agustus	72,7%	95%

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2017

Dari tabel 1.5 tersebut terlihat beberapa indikator kesehatan yang capaian persentasenya masih rendah karena diduga peserta Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai bagian dari masyarakat Kabupaten Pringsewu tidak melaksanakan kewajiban di bidang kesehatan. Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) turut menyumbang persentase partisipasi kesehatan masyarakat Kabupaten Pringsewu secara umum.

Indikator pertama yang diduga belum tercapai dalam PKH adalah pemberian suplemen Fe (zat besi) selama kehamilan. Anemia defisiensi besi pada wanita hamil merupakan problema kesehatan yang dialami oleh wanita di seluruh dunia terutama di negara berkembang. Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) melaporkan bahwa prevalensi ibu-ibu hamil yang mengalami defisiensi besi sekitar 35-75% serta semakin meningkat seiring dengan pertambahan usia kehamilan. Menurut WHO, 40% kematian ibu di negara berkembang berkaitan dengan anemia pada kehamilan. Oleh sebab itu, Program Keluarga Harapan (PKH) mewajibkan setiap ibu mendapatkan tablet Fe sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan atau sekitar 10 tablet setiap bulan untuk mengurangi resiko kematian ibu hamil karena anemia zat besi. Akan tetapi, dari tabel dapat kita lihat bahwa di tingkat kabupaten, hanya 84,2% ibu hamil, baik peserta maupun non-peserta PKH yang memperoleh cukup tablet Fe selama masa kehamilan. Peneliti menduga ketidaktercapaian target 100% disebabkan karena peserta PKH sebagai bagian dari penduduk Kabupaten Pringsewu tidak memperoleh suplemen Fe karena keterbatasan pengetahuan akan pentingnya tablet Fe tersebut.

Indikator kedua yang diduga belum tercapai dalam PKH adalah ibu melakukan pemeriksaan *postnatal care*. Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia, 80% karena komplikasi obstetri dan 20% oleh sebab lainnya salah satunya karena ibu melahirkan tidak melakukan pemeriksaan kesehatan pasca melahirkan (Pernyataan Menkes Endang Rahayu Sedyaningsih dalam dialog interaktif nasional “*Tanggung Jawab Bersama Mengurangi Kematian Ibu dan Balita*” pada 10 Mei 2010). Program Keluarga Harapan (PKH) turut berupaya dalam pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) melalui upaya pencegahan kematian ibu melahirkan dengan mewajibkan ibu melakukan pemeriksaan *postnatal care*. Akan tetapi, dari tabel 1.5 tersebut angka ketercapaian seluruh ibu melakukan pemeriksaan *postnatal care* sebanyak 3 (tiga) kali baik peserta maupun non-peserta PKH baru mencapai angka 16,8% dari target 95%. Peneliti menduga ketidaktercapaian ini disumbangkan oleh ibu melahirkan dari peserta PKH karena seperti yang kita ketahui keterbatasan pendidikan maupun pengetahuan orang miskin menyebabkan sebagian dari mereka masih ada yang tidak menyadari pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan pasca melahirkan.

Indikator ketiga yang diduga belum tercapai dalam PKH adalah bayi usia 0-1 bulan diperiksa kesehatannya sebanyak 3 kali. Bayi yang baru dilahirkan harus dipantau kondisi kesehatannya untuk mencegah Angka Kematian Balita (AKB). Akan tetapi, dari tabel terlihat indikator pemeriksaan kesehatan sebanyak 3 (tiga) kali bayi usia 0-1 bulan di Kabupaten Pringsewu baik peserta maupun non-peserta PKH masih sangat rendah, yaitu 16,5% dari target 95% yang dicanangkan. Peneliti menduga, rendahnya ketercapaian tersebut karena peserta

PKH yang merupakan keluarga miskin belum memiliki kesadaran penuh dalam memantau kondisi kesehatan anak yang baru dilahirkan.

Indikator keempat yang diduga belum tercapai adalah pemberian vaksinasi lengkap bagi anak balita usia 0-11 bulan. Pemberian vaksinasi lengkap sangat penting untuk mencegah berbagai penyakit. Akan tetapi, masih banyak anggapan yang salah tentang vaksin seperti vaksin mengandung zat yang diharamkan oleh agama, anak-anak yang divaksin akan mengalami Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), dan sebagainya.

Indikator kelima yang diduga belum tercapai dalam PKH adalah cakupan balita usia 0-11 bulan yang mendapatkan vitamin A pada Februari dan Agustus. Pemberian suplementasi Vitamin A sebanyak 2 (dua) kali pada anak umur < 1 tahun dapat mencegah kekurangan vitamin A dan kebutaan (buta senja), juga meningkatkan sistem kekebalan tubuh sehingga mengurangi angka kesakitan dan kematian pada balita karena vitamin A dapat mencegah terjadinya komplikasi penyakit seperti campak dan diare (Wijaya, 2015). Masih berkenaan dengan pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs), Program Keluarga Harapan (PKH) menghendaki balita tumbuh sehat dan mendapatkan vitamin A sesuai jadwal mengingat pentingnya vitamin tersebut. Akan tetapi, temuan awal ketidaktercapaian target cakupan vitamin A balita di Kabupaten Pringsewu baik peserta PKH maupun nonpeserta yakni sebesar 72,7% dari target 95% karena peserta PKH yang memiliki anak balita diduga enggan membawa balitanya ke posyandu.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian guna mengetahui efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai salah satu

program penanggulangan kemiskinan berbasis bantuan dan perlindungan sosial, dari mulai tahapan input, proses sampai pada output karena Angka Partisipasi Murni (APM) dan SMA/ sederajat di Kabupaten Pringsewu masih di bawah angka 80%. Dalam bidang kesehatan, ada beberapa indikator yang ketercapaiannya diduga masih berada di bawah harapan.

Efektivitas program yang hendak dikaji dalam penelitian ini mencakup tahapan awal program berupa ketepatan sasaran program. Peserta PKH adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dengan 14 kriteria yang telah ditetapkan oleh Kementerian Sosial, apabila 9 (sembilan) dari 14 kriteria tersebut terpenuhi, maka rumah tangga tersebut dianggap layak menerima bantuan PKH. Rumah tangga calon penerima PKH tentunya yang memiliki salah satu dari beberapa komponen: ibu hamil/nifas, balita, serta anak SD-SMA.

Sementara itu, efektivitas proses pelaksanaan PKH yang hendak diukur dalam penelitian ini mencakup tahapan-tahapan yang telah ditetapkan dalam pedoman umum pelaksanaan PKH meliputi pertemuan awal, validasi, ketepatan waktu proses pembayaran, pertemuan kelompok bulanan, verifikasi komitmen, dan pemutakhiran data. Terakhir adalah efektivitas output, mencakup tujuan yang hendak dicapai dari program PKH yakni peserta memperoleh layanan kesehatan dan pendidikan menurut persentase indikator yang telah ditetapkan dalam pedoman umum. Dengan demikian, judul penelitian ini adalah “Efektivitas Kebijakan Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Bantuan dan Perlindungan Sosial (Studi Kasus di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung)”.

1.2 Rumusan Masalah

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah salah satu program penanggulangan kemiskinan berbasis bantuan dan perlindungan sosial melalui pemberian bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang selanjutnya disebut Keluarga Penerima Manfaat (KPM) agar memperoleh layanan kesehatan dan pendidikan. Akan tetapi, dalam pelaksanaannya PKH menemui beberapa masalah seperti yang telah diuraikan pada latar belakang. Dengan demikian rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) sudah efektif dilihat dari 3 (tiga) aspek, yaitu aspek input, proses serta aspek output?”

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun yang menjadi tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat efektifitas kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) dilihat dari 3 (tiga) aspek yaitu input, proses, serta output.

1.4 Manfaat Penelitian

- a. Secara akademis, diharapkan kajian ini dapat memberikan kontribusi baik secara langsung atau tidak langsung bagi kepustakaan Program Studi Magister Ilmu Ekonomi Universitas Lampung, serta menjadi alternatif referensi bagi peneliti yang tertarik pada kajian efektivitas kebijakan publik.
- b. Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi dan bahan masukan kepada *stakeholder* yang berkepentingan pada pengentasan kemiskinan di Indonesia, terutama Kementerian Sosial RI, mengingat PKH telah menelan dana yang tidak sedikit dari APBN dan akhir

tahun 2017 dicanangkan akan menjangkau 10 juta KPM. Bahkan tahun 2019 direncanakan akan mencapai 15 juta KPM.

1.5 Sistematika Penelitian

Tesis ini meliputi beberapa bab yaitu: Bab I-Pendahuluan, Bab II-Tinjauan Pustaka, Bab III-Metode Penelitian, Bab IV-Analisis dan Pembahasan, Bab V-Kesimpulan dan Saran.

- 1) Bab I-Pendahuluan terdiri dari latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan penelitian terdahulu.
- 2) Bab II-Tinjauan Pustaka merupakan pengembangan dari tinjauan pustaka yang telah ditulis pada proposal tesis, kerangka pikir, dan hipotesis.
- 3) Bab III-Metode Penelitian berisi pengembangan metode penelitian yang terdiri dari objek, subjek, data, instrumen penelitian, desain penelitian, variabel dan definisi operasional variabel, alat uji atau alat analisis.
- 4) Bab IV-Analisis dan Pembahasan memuat analisis hasil penelitian dan pembahasan yang terpadu.
- 5) Bab V-Kesimpulan dan Saran. Kesimpulan merupakan pernyataan singkat dan tepat yang dijabarkan dari hasil penelitian dan pembahasan untuk membuktikan kebenaran hipotesis. Saran dibuat berdasarkan literatur terdahulu, pengalaman dan pertimbangan penulis, dapat berupa implikasi penelitian bagi akademisi maupun praktisi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teoritis

2.1.1 Kebijakan Publik

2.1.1.1 Definisi

Dye dalam Subarsono (2005) kebijakan publik adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan (*public policy is whatever governments choose to do or not to do*). Konsep tersebut sangat luas karena kebijakan publik mencakup sesuatu yang tidak dilakukan oleh pemerintah di samping yang dilakukan pemerintah ketika pemerintah menghadapi suatu masalah publik. Friedrich dalam Winarno (2007) kebijakan publik sebagai suatu arah tindakan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang memberikan hambatan-hambatan dan peluang-peluang terhadap kebijakan yang diusulkan untuk menggunakan dan mengatasi dalam rangka mencapai tujuan atau merealisasikan suatu sasaran atau suatu maksud tertentu.

Anderson dalam Agustino (2008) kebijakan publik adalah serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Konsep kebijakan ini menitikberatkan pada apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan atau dimaksud.

Agustino (2008) menyimpulkan beberapa karakteristik utama kebijakan publik. *Pertama*, pada umumnya kebijakan publik perhatiannya ditujukan pada tindakan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu daripada perilaku yang berubah atau acak. *Kedua*, kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah daripada keputusan yang terpisah-pisah. *Ketiga*, kebijakan publik merupakan apa yang sesungguhnya dikerjakan oleh pemerintah, bukan apa maksud yang akan dikerjakan atau yang akan dikerjakan. *Keempat*, kebijakan publik dapat berbentuk positif dan negatif. Secara positif, kebijakan melibatkan beberapa tindakan pemerintah yang jelas dalam menangani suatu permasalahan; secara negatif, kebijakan publik dapat melibatkan suatu keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan suatu tindakan atau tidak mengerjakan apapun. Terakhir, kebijakan publik, paling tidak secara positif, didasarkan pada hukum dan merupakan tindakan yang bersifat memerintah.

2.1.1.2 Proses Kebijakan Publik

Menurut Subarsono (2005), proses analisis kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut nampak dalam serangkaian kegiatan yang mencakup penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian kebijakan. Tahapan analisis kebijakan tersebut dijelaskan dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.1 Tahap Analisis Kebijakan

Tahap	Karakteristik
Perumusan Masalah	Memberikan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah
<i>Forecasting</i>	Memberikan informasi mengenai konsekuensi di masa mendatang dari diterapkannya alternatif kebijakan, termasuk apabila tidak membuat kebijakan
Rekomendasi Kebijakan	Memberikan informasi mengenai manfaat bersih dari setiap alternatif, dan merekomendasikan alternatif kebijakan yang memberikan manfaat bersih paling tinggi
Monitoring Kebijakan	Memberikan informasi mengenai konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan termasuk kendala-kendalanya
Evaluasi Kebijakan	Memberikan informasi mengenai kinerja atau hasil dari suatu kebijakan

Sumber: Subarsono (2005)

2.1.2 Efektifitas Kebijakan

2.1.2.1 Definisi Efektifitas Kebijakan

Gibson (2002) menyatakan bahwa efektivitas adalah pencapaian sasaran yang telah disepakati bersama. Menurut Dunn (2003) efektivitas berkaitan dengan pencapaian hasil yang diinginkan. Pengukuran terhadap konsep efektivitas menurut Makmur (2008) adalah keberhasilan program; keberhasilan sasaran; kepuasan terhadap program; efisiensi; pencapaian tujuan.

Pencapaian hasil (efektivitas) yang dilakukan oleh suatu organisasi menurut Jones (1994) terdiri dari tiga tahap, yakni masukan (input), proses (*conversion*), dan keluaran (output). Input meliputi semua sumber daya yang dimiliki, informasi dan pengetahuan, bahan-bahan mentah serta modal. Dalam tahap input, tingkat efisiensi sumber daya yang dimiliki sangat menentukan kemampuan yang dimiliki. Tahap proses (*conversion*) ditentukan oleh kemampuan organisasi untuk

memanfaatkan sumber daya yang dimiliki, manajemen dan penggunaan teknologi agar dapat menghasilkan nilai. Dalam tahap ini, tingkat keahlian SDM dan daya tanggap organisasi terhadap perubahan lingkungan sangat menentukan tingkat produktifitasnya. Sedangkan dalam tahap keluaran (output), pelayanan yang diberikan merupakan hasil dari penggunaan teknologi dan keahlian SDM. Organisasi yang dapat memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya secara efisien dapat meningkatkan kemampuannya untuk meningkatkan pelayanan dengan memuaskan kebutuhan pelanggan atau pengguna.

2.1.2.2 Efektivitas Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH)

Efektivitas kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) berkenaan dengan sejauh mana tujuan program tercapai yaitu meningkatnya perolehan layanan kesehatan dan pendidikan bagi Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Indikator efektivitas yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada Pedoman Umum PKH tahun 2007.

Tabel 2.2 Indikator Efektivitas Kebijakan PKH

Efektivitas PKH	Indikator
Input	<p>Ketepatan sasaran program: sasaran PKH adalah RTSM (Rumah Tangga Sangat Miskin)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status penguasaan bangunan tempat tinggal 2. Status lahan tempat tinggal yang ditempati 3. Jenis lantai terluas 4. Jenis dinding terluas 5. Kondisi dinding 6. Jenis atap terluas 7. Kondisi atap 8. Sumber air minum 9. Cara membeli air minum 10. Sumber penerangan 11. Daya Penerangan 12. Bahan bakar utama untuk memasak 13. Kepemilikan fasilitas BAB 14. Jenis Kloset

Tabel 2.2 Lanjutan

Efektivitas PKH	Indikator
Proses	<p>Persepsi KPM terhadap pelaksanaan program</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan awal dan validasi Persepsi KPM terhadap kemampuan pendamping dalam memberikan penjelasan tentang PKH; komitmen/kewajiban dan hak KPM; sanksi bila tidak melaksanakan kewajiban; serta memfasilitasi pembentukan kelompok penerima bantuan. 2. Pertemuan kelompok bulanan (frekuensi melakukan pertemuan; kemampuan pendamping dalam memberikan motivasi bagi KPM untuk melaksanakan komitmen, kesempatan berbagi ide/gagasan/pemikiran dengan pendamping, kesempatan berbagi pengalaman dan keluh kesah dengan pendamping) 3. Verifikasi komitmen Pendamping melakukan pengecekan buku posyandu dan kartu bantu absensi siswa secara rutin 4. Penyaluran bantuan <ol style="list-style-type: none"> a. Ketepatan waktu penyaluran bantuan b. Pendamping mendampingi saat proses penyaluran bantuan c. Kepuasan terhadap pelayanan petugas bank d. Persepsi terhadap kecukupan dana bantuan 5. Pemutakhiran data Pendamping melakukan pemutakhiran data bila terjadi perubahan kategori atau pengurus
Output	<p>Tercapainya tujuan PKH: meningkatnya akses KPM terhadap layanan kesehatan dan pendidikan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komitmen KPM di bidang kesehatan <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu hamil melakukan kunjungan ke layanan kesehatan minimal 4 kali selama masa kehamilan b. Ibu hamil mendapat suplemen Fe selama masa kehamilan c. Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan d. Ibu melahirkan melakukan kunjungan <i>postnatal care</i> sebanyak 3 (tiga) kali e. Balita 0-11 bulan rutin melakukan kunjungan ke posyandu dan mendapat

Tabel 2.2 Lanjutan

Efektivitas PKH	Indikator
	f. Vitamin A sesuai jadwal
	g. Balita mendapat vaksinasi rutin sesuai tahapan usia
	h. Meningkatnya konsumsi makanan berenergi dan berprotein bagi balita.
	2. Komitmen KPM di bidang pendidikan
	a. Anak-anak terdaftar di satuan pendidikan SD-SMA/ sederajat
	b. Anak-anak hadir di sekolah, kecuali sakit. Ketidakhadiran yang diperbolehkan maksimal 3 (tiga) hari dalam sebulan

Sumber: Pedoman Umum PKH, 2007

2.1.3 Program Keluarga Harapan (PKH)

2.1.3.1 Pengertian PKH

Berdasarkan Pedoman Umum, Program Keluarga Harapan (PKH) adalah suatu program penanggulangan kemiskinan yang memberikan bantuan uang tunai bersyarat kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang ditetapkan sebagai peserta PKH untuk meningkatkan perolehan layanan kesehatan dan pendidikan.

2.1.3.2 Dasar Hukum

Dasar hukum Program Keluarga Harapan (PKH) yaitu

- a) Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- b) Undang-undang nomor 13 Tahun 2011 tentang penanganan Fakir Miskin
- c) Peraturan Presiden nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan

- d) Inpres nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan poin lampiran ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan
- e) Inpres nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi poin lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat Bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM) Sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

2.1.3.4 Tujuan PKH

Tujuan umum Program Keluarga Harapan (PKH) adalah untuk mengurangi angka kemiskinan dan memutus mata rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta merubah perilaku KPM yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target *Millinnium Development Goals* (MDGs).

Tujuan khusus PKH yaitu:

- a. Meningkatkan taraf pendidikan anak KPM
- b. Meningkatkan status kesehatan ibu hamil dan nifas serta gizi anak balita
- c. Meningkatkan perolehan pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak Keluarga Penerima Manfaat (KPM).

2.1.3.5 Penerima PKH

Penerima PKH adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM), di mana data RTSM diperoleh dari Basis Data Terpadu (BDT) hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2011. RTSM selanjutnya disebut Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memenuhi satu atau beberapa kriteria yaitu:

- a. Ibu hamil
- b. Anak balita
- c. Anak SD/MI/ sederajat
- d. Anak SLTP/ MTs/ sederajat
- e. Anak SMA/MA/ sederajat

2.1.3.6 Kewajiban Peserta PKH

a. Kewajiban Bidang Kesehatan

Dalam bidang kesehatan, KPM yang sudah ditetapkan menjadi penerima diwajibkan memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam *protocol* pelayanan kesehatan. Adapun *protocol* pelayanan kesehatan bagi peserta PKH meliputi:

- 1) Selama kehamilan, ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak 4 (empat) kali
- 2) Ibu hamil mendapatkan suplemen tablet Fe selama masa kehamilan
- 3) Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
- 4) Ibu nifas memeriksakan diri sebanyak 3 kali
- 5) Anak usia 0-1 bulan mendapat pemeriksaan kesehatan sebanyak 3 kali
- 6) Anak usia 0-11 bulan ditimbang secara rutin setiap bulan dan mendapat vaksin lengkap sesuai tahapan usia
- 7) Anak usia 6-11 bulan harus mendapatkan vitamin A sebanyak dua kali dalam setahun yaitu bulan Februari dan Agustus
- 8) Anak usia 1-5 tahun perlu ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan

b. Kewajiban Pendidikan

Anak peserta PKH usia 7 – 18 tahun harus didaftarkan atau terdaftar pada satuan pendidikan baik SD/MI/SDLB/Salafiyah Ula/Paket A atau SMP/MTs/SMLB/Salafiyah Wustha/Paket B termasuk SMP/MTs serta SMA/MA/Sederajat/Paket C dan mengikuti kehadiran dikelas minimal 85% dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung.

2.1.3.7 Besaran Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Skema bantuan PKH selama kurun waktu 2012-2016 disesuaikan dengan jumlah komponen keluarga penerima seperti pada tabel berikut.

Tabel 2.3 Skema Bantuan PKH Tahun 2012-2016

Komponen	Besaran Bantuan Pertahun (Dicairkan Setiap Triwulan)
Ibu Hamil/Balita	Rp.1.200.000
Anak SD	Rp 500.000
Anak SMP	Rp.700.000
Anak SMA* (Bantuan Anak SMA mulai berlaku di tahap 4 tahun 2016)	Rp. 1.000.000
Bantuan Tetap	Rp.500.000
Bantuan maksimal	Rp. 3.900.000

Sumber: *Pedoman Umum PKH, 2007*

Pada realisasi pencairan tahap 3 tahun 2017, terjadi perubahan skema besaran bantuan yakni setiap peserta mendapat bantuan yang jumlahnya sama untuk setiap keluarga tanpa memandang jumlah komponen dalam keluarga tersebut. Bantuan yang diterima oleh KPM adalah Rp. 1.890.000 yang dicairkan dalam empat tahap seperti terlihat tabel berikut.

Tabel 2.4 Skema Bantuan PKH Tahap 3 Tahun 2017

Tahap	Nominal
1 (Maret)	Rp. 500.000,00
2 (Juni)	Rp. 500.000,00
3 (September)	Rp. 500.000,00
4 (Desember)	Rp. 390.000,00

Sumber: *Pedoman Umum PKH, 2017*

2.1.3.8 Kelembagaan PKH

a. Kelembagaan Tingkat Pusat

Kelembagaan ditingkat Pusat terdiri dari Tim Pengendali yang diketuai oleh Menteri Koordinasi Bidang Kesejahteraan Rakyat; Tim Pengarah Pusat terdiri dari Kementerian PPN/Bappenas, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, Kementerian Keuangan, Kementerian Agama, Kementerian Komunikasi dan Informatika, Kementerian Dalam Negeri, BPS dan Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi; Tim Koordinasi Teknis Pusat yang terdiri dari pejabat eselon II atau eselon III yang ditunjuk Tim Pengarah Pusat; dan Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (PPKH Pusat) yang merupakan pelaksana program dibawah kendali Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial.

b. Kelembagaan Tingkat Daerah

Terdiri dari Tim Koordinasi PKH Provinsi, Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota, dan PPKH Kabupaten/Kota. Tim Koordinasi PKH Propinsi terdiri dari Gubernur sebagai pembina, Sekretaris Daerah ketua tim pengarah, kepala Bappeda Provinsi ketua tim teknis, kepala Dinas Sosial Provinsi sebagai sekretaris, dan anggota meliputi kepala dinas Pendidikan, Kesehatan, kepala BPS, kepala kantor wilayah Agama, dan kepala instansi lain yang dianggap perlu.

Tugas dan tanggungjawab Tim Koordinasi PKH Provinsi secara umum meliputi koordinasi persiapan provinsi untuk mendukung pelaksanaan PKH, dan koordinasi rutin terhadap partisipasi Provinsi dan Kabupaten/kota terkait pelaksanaan PKH. Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota meliputi Bupati sebagai Pembina, Sekertaris Daerah sebagai ketua tim pengarah, Bappeda sebagai ketua tim teknis, Kepala Dinas Sosial sebagai sekretaris, dan anggota yang terdiri dari kepala dinas Pendidikan, Kesehatan, BPS, Koordinator PPKH Kabupaten, Camat Lokasi PKH serta instansi lain yang dianggap perlu.

Pelaksana PKH (PPKH) Kabupaten terdiri dari unsur Dinas Sosial Kabupaten/Kota, serta tenaga Operator yang direkrut oleh Kementerian Sosial dan ditempatkan di secretariat PPKH Kabupaten/Kota. Sedangkan PPKH Kecamatan merupakan pelaksana PKH pada tingkatan terbawah pada pelaksana PKH. Keanggotaan PPKH Kecamatan terdiri dari Camat, Sekretaris Camat, Kasi Kesejahteraan Masyarakat, Kepala UPTD Pendidikan, Kepala UPTD Kesehatan, BPS, Pendamping PKH dan Kepala-kepala Kampung.

2.1.3.9 Kegiatan PKH

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

- a. Penetapan sasaran (*targeting*)
- b. Pertemuan awal dan validasi
- c. Pembentukan kelompok Keluarga Penerima Manfaat (KPM)
- d. Penyaluran bantuan

- e. Verifikasi komitmen
- f. Pemutahiran data Keluarga Penerima Manfaat (KPM)

Untuk mendukung terlaksananya kegiatan tersebut, maka dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut.

- a. Koordinasi dan sosialisasi
- b. Rekrutmen dan pelatihan
- c. Rapat koordinasi tingkat pusat, propinsi, dan kabupaten/kota
- d. Bimbingan teknis pendamping dan operator (reguler) serta penyedia layanan (*service provider*)
- e. Pengaduan masyarakat
- f. Monitoring dan evaluasi
- g. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

2.1 Penelitian Terdahulu

Berikut ini adalah beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait Program Keluarga Harapan (PKH).

Tabel 2.5 Penelitian Terdahulu

No	Nama	Judul	Variabel dan Jenis Penelitian	Hasil
1	Slamet Riyadi (2016)	Analisis Implementasi Program Harapan Terhadap Keluarga Sangat Miskin (KSM) Penerima Bantuan (Studi Di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah)	Variabel: Implementasi PKH Jenis Penelitian: deskriptif kualitatif	Implementasi telah berjalan sesuai ketentuan. Faktor pendukung implementasi meliputi; aspek <i>communication, dispotitions, resources</i> berupa komitmen & kapabilitas implementor.

Tabel 2.5 Lanjutan

No	Nama	Judul	Variabel dan Jenis Penelitian	Hasil
2	Lidya Nafatilona (2011)	Analisis Pelaksanaan Program Harapan (PKH) Kota Administrasi Jakarta Utara (Studi Kasus Di Kelurahan Warakas, Kecamatan Tanjung Priok) Tesis	Variabel: Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Jenis Penelitian: deskriptif kualitatif	Pelaksanaan PKH di Kelurahan Warakas ada beberapa permasalahan yang ditemukan seperti dalam sosialisasi, pencairan dana, dan budaya masyarakat Kelurahan Warakas yang membuat beberapa RTSM tidak lagi menjadi peserta PKH.
3	Hendratno (2010)	Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Cakupan Pemeriksaan Kehamilan, Partisipasi Dasar dan Lanjutan Pertama, dan Rumah Tangga	Variabel bebas: PKH Variabel terikat: cakupan imunisasi, pemeriksaan kehamilan, angka partisipasi tingkat konsumsi rumah tangga Jenis penelitian: eksperimen dengan uji beda rata-rata untuk melihat dampak PKH terhadap KPM sebelum dan setelah adanya PKH	1) PKH menambah cakupan imunisasi sebesar 0.75x dibandingkan rumah tangga kontrol 2) PKH menambah persentase pemeriksaan kehamilan triwulan 1 naik sebesar 11,5%, triwulan 2 naik sebesar 17,8% dan triwulan ketiga sebesar 3.9% 3) Efek total partisipasi murni sekolah dasar sebesar 0,84%, sekolah lanjutan sebesar 0,62% 4) Efek dampak terhadap pengeluaran

Tabel 2.5 Lanjutan

No	Nama	Judul	Variabel dan Jenis Penelitian	Hasil
				perkapita makanan sebesar Rp.3.250, bukan makanan sebesar Rp.3,776 dan perkapita total rumah tangga sebesar 6.926 rupiah.
4	Santoso Wibowo (2011)	Kajian Implementasi PKH sebagai Salah Satu Program Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Miskin di Kabupaten Ngawi	Variabel: Implementasi bidang pendidikan, kesehatan, dan penghasilan Jenis penelitian Deskriptif kuantitatif dengan uji beda <i>sample paired</i>	Implementasi PKH mampu memberi kontribusi yang serius dan signifikan dalam upaya membantu penduduk miskin
5	Fikri Nurcahya (2015)	Evaluasi Program <i>Family Development Session</i> di Desa Kebundalem Lor, Prambanan, Klaten (Studi Survei Di Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Prambanan) Skripsi	Variabel: Efisiensi, efektifitas, dan responsivitas FDS Jenis Penelitian: Survei evaluatif dengan pendekatan kuantitatif	1. Persentase efisiensi program <i>Familly Development Session</i> yaitu 84,0% berada pada kategori sangat baik. 2. Persentase efektivitas program <i>Familly Development Session</i> yaitu 85,7% berada pada kategori sangat baik 3. Persentase responsivitas FDS yaitu

Tabel 2.5 Lanjutan

No	Nama	Judul	Variabel dan Jenis Penelitian	Hasil
				81,8% berada pada kategori sangat baik.
6	Nenda Mesa Fitriani (2012)	Nur Evaluasi Implementasi PKH di Kecamatan Majasari Kabupaten Pandeglang Skripsi	Variabel: Evaluasi PKH Deskriptif kuantitatif dengan uji hipotesis t-test satu sampel	Pelaksanaan PKH di Kecamatan Majasari berjalan dengan baik mencapai angka 71,50% lebih besar dari angka yang dihipotesiskan.
7	Nanda Nadilia Putri	Evaluasi PKH di Desa Lundo Kecamatan Benjeng Kabupaten Gresik	Evaluasi, PKH	Evaluasi berjalan dengan baik walaupun secara umum masih ada masyarakat yang belum mentas dari bantuan
8	Claudio Usman	Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan (Suatu Studi di Kecamatan Kota Utara Gorontalo) Jurnal	Efektivitas Program Keluarga Harapan (X), penanggulangan kemiskinan (Y) Jenis Penelitian: Deskriptif kuantitatif dengan uji statistik deskriptif dan statistik inferensial	1. Efektivitas Program Keluarga Harapan di Kecamatan Kota Utara dalam memberikan kontribusi untuk membantu RTSM belum secara optimal terpenuhi. 2. Efektivitas Program Keluarga Harapan ternyata berpengaruh

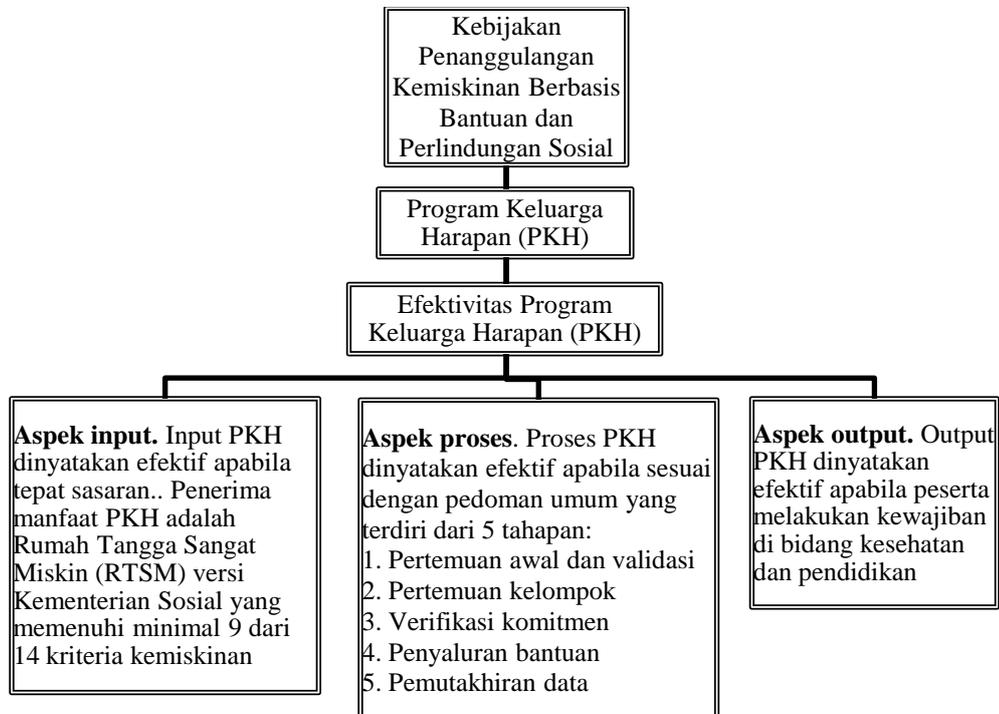
Tabel 2.5 Lanjutan

No	Nama	Judul	Variabel dan Jenis Penelitian	Hasil
				secara nyata atau signifikan terhadap penanggulangan kemiskinan.
9	Nainggolan, dkk (2112)	Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi	Variabel: Dampak PKH dari aspek pendidikan, kesehatan dan ekonomi Penelitian kuantitatif dengan desain non-eksperimental.	PKH memberikan dampak yang signifikan pada RTSM sebelum dan setelah PKH baik dari aspek pendidikan, kesehatan, dan ekonomi.
9	Sebastian Patrick J. Galiani, McEwan (2013)	The Heterogeneous Impact Of Conditional Cash Transfers Jurnal	Variabel: Kehadiran di sekolah, Pekerja anak, dan <i>conditional cash transfer (CCT)</i> Jenis Penelitian: kuantitatif dengan model regresi	Program CCT Honduras meningkatkan angka kehadiran anak di sekolah sebesar 8 poin persentase (meningkat 12%). Lebih lanjut, terlihat juga bahwa program ini menurunkan jumlah pekerja anak.

2.2 Kerangka Pikir

Berikut kerangka pikir dalam penelitian ini

Gambar 2.6 Kerangka Pikir



BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Objek dan Subjek Penelitian

3.1.1 Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) dilihat dari 3 (tiga) aspek yaitu input, proses, dan output. Efektivitas input dilihat dari indikator ketepatan sasaran program, yaitu Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh BPS melalui TNP2K dan Kementerian Sosial dalam Panduan Resertifikasi dan Pemutakhiran Sosial Ekonomi, yaitu 14 daftar pertanyaan yang disusun untuk menilai status kemiskinan calon penerima, apabila terpenuhi 9 dari 14 kriteria yang ditetapkan maka rumah tangga dianggap layak menerima bantuan PKH.

Efektivitas proses dilihat dari pertemuan awal dan validasi, pertemuan kelompok bulanan, verifikasi komitmen, penyaluran bantuan dan pemutakhiran data. Efektivitas output dilihat dari kewajiban Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di bidang kesehatan dan pendidikan.

3.1.2 Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH yang terbagi ke dalam 5 (lima) kelompok subjek penelitian.

Tabel 3.1 Subjek Penelitian

Subjek Penelitian	Alasan Pemilihan Subjek Penelitian
Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki bayi usia 0-11 bulan	1) KPM masih mengingat proses kehamilan dan kewajiban yang dilaksanakan selama masa kehamilan dan masa nifas 2) Untuk dapat menjawab indikator kewajiban pada bayi usia < 1 tahun
Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki balita usia 1-5 tahun	Untuk dapat menjawab indikator penimbangan dan pemenuhan gizi balita usia 1-5 tahun
Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SD	Untuk dapat menjawab indikator pendaftaran anak di satuan pendidikan SD dan tingkat kehadiran di kelas
Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SMP	Untuk dapat menjawab indikator pendaftaran anak di satuan pendidikan SMP dan tingkat kehadiran di kelas
Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SMA	Untuk dapat menjawab indikator pendaftaran anak di satuan pendidikan SMA dan tingkat kehadiran di kelas

Apabila dalam 1 (satu) rumah tangga memiliki lebih dari 1 (anak), misalkan memiliki anak balita 1-5 tahun dan anak SD, peneliti hanya memilih salah satu di antara 2 (dua) kategori tersebut, jadi peneliti memasukkan responden tersebut ke dalam kategori responden dengan anak balita 1-5 tahun atau responden dengan kategori anak SD. Hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi *double* responden untuk 1 (satu) rumah tangga sehingga jawaban yang dihasilkan nantinya akan lebih variatif.

3.2 Instrumen dan Uji Instrumen Penelitian

3.2.1 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini berbentuk kuesioner dengan skala *Likert* dan *rating scale*. Skala *Likert* dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur

persepsi KPM terhadap efektivitas proses PKH salah satunya dari pilihan sangat setuju – setuju - tidak setuju - sangat tidak setuju dan jawaban responden diberi skor dari rentang 4 sampai 1. Penelitian ini tidak menggunakan skor 5 sampai 1 karena tidak menghendaki jawaban yang netral/ragu-ragu/tidak berpendapat (skor 3 sebagai angka tengah). Peneliti mengharapkan responden memberikan jawaban/bersikap terhadap proses Program Keluarga Harapan (PKH) selama ini. Alasan lainnya karena responden penelitian ini adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dengan mayoritas tingkat pendidikan setingkat SD sehingga dikhawatirkan ketika ada pilihan netral/ragu-ragu/tidak berpendapat mereka cenderung memilih jawaban tersebut karena malas untuk berpikir.

Untuk mengukur efektivitas dari segi input dan output (kewajiban KPM dalam bidang kesehatan dan pendidikan) peneliti menggunakan skala *rating scale* karena *rating scale* bersifat lebih fleksibel, tidak terbatas untuk pengukuran sikap saja tetapi untuk mengukur persepsi responden terhadap fenomena lainnya, seperti skala untuk mengukur status sosial ekonomi, kelembagaan, pengetahuan, kemampuan, dan lain-lain (Sugiyono, 2005). Dalam *rating scale*, jawaban responden diberi skor kemudian diterjemahkan ke dalam kalimat kualitatif. Misalnya untuk mengukur status kepemilikan bangunan tempat tinggal, skor 4 diterjemahkan bahwa responden menumpang pada orang lain, skor 3 bermakna responden mengontrak, skor 2 berarti responden kredit perumahan, sementara skor 1 berarti responden memiliki bangunan sendiri sebagai tempat tinggal.

Kuesioner digunakan dalam wawancara tatap muka dengan responden untuk menghasilkan jawaban yang objektif. Pertimbangan lainnya karena pendidikan responden yang sebagian besar setingkat Sekolah Dasar sehingga dikhawatirkan

responden sulit memahami maksud pertanyaan apabila kuesioner disebar. Berikut peneliti uraikan kisi-kisi instrumen penelitian untuk mendapat gambaran pertanyaan atau pernyataan yang nanti akan digunakan dalam kuesioner.

Tabel 3.2 Kisi-Kisi Instrumen Penelitian

Efektivitas PKH	Indikator
Input. Apabila terpenuhi 9 dari 14 kriteria yang ditetapkan maka rumah tangga dinyatakan layak menjadi peserta PKH.	<p>Ketepatan sasaran program</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status penguasaan bangunan tempat tinggal 2. Status lahan tempat tinggal yang ditempati 3. Jenis lantai terluas 4. Jenis dinding terluas 5. Kondisi dinding 6. Jenis atap terluas 7. Kondisi atap 8. Sumber air 9. Cara membeli air minum 10. Sumber penerangan 11. Daya penerangan 12. Bahan bakar utama untuk memasak 13. Status Kepemilikan Fasilitas buang air besar 14. Jenis kloset yang digunakan
Proses pelaksanaan. Proses pelaksanaan dinyatakan efektif apabila sesuai dengan pedoman umum pelaksanaan PKH yang telah ditetapkan	<p>Persepsi KPM terhadap pelaksanaan program</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan awal dan validasi Persepsi KPM terhadap kemampuan pendamping dalam memberikan penjelasan tentang PKH; kewajiban dan hak KPM; sanksi bila tidak melaksanakan kewajiban; serta memfasilitasi pembentukan kelompok penerima bantuan. 2. Pertemuan kelompok bulanan (frekuensi melakukan pertemuan; kemampuan pendamping dalam memberikan motivasi bagi KPM untuk melaksanakan kewajiban, kesempatan berbagi ide/gagasan/pemikiran dengan pendamping, kesempatan berbagi pengalaman dan keluh kesah dengan pendamping). 3. Verifikasi komitmen Pendamping melakukan pengecekan buku posyandu dan kartu bantu absensi siswa secara rutin 4. Penyaluran bantuan <ol style="list-style-type: none"> a. Ketepatan waktu penyaluran bantuan b. Pendamping mendampingi saat proses penyaluran bantuan c. Kepuasan terhadap pelayanan petugas bank d. Persepsi terhadap kecukupan dana bantuan

Tabel 3.2 Lanjutan

Efektivitas PKH	Indikator
	5. Pemutakhiran data Pendamping melakukan pemutakhiran data bila terjadi perubahan kategori atau pengurus
Output. Output PKH dinyatakan efektif apabila Keluarga Penerima Manfaat (KPM) melaksanakan kewajiban di bidang kesehatan dan pendidikan	<p>1. Kewajiban KPM di bidang kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ibu hamil melakukan kunjungan ke layanan kesehatan minimal 4 kali selama masa kehamilan b. Ibu hamil mendapat suplemen Fe selama masa kehamilan c. Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan d. Ibu melahirkan melakukan kunjungan <i>postnatal care</i> sebanyak 3 (tiga) kali e. Balita 0-1 bulan melakukan pemeriksaan kesehatan sebanyak 3 (tiga) kali f. Balita 0-11 bulan rutin melakukan kunjungan ke posyandu setiap bulan g. Balita 0-11 bulan mendapatkan vitamin A di posyandu sesuai jadwal (Februari dan Agustus) h. Balita 0-11 bulan mendapat vaksinasi rutin sesuai tahapan usia i. Balita 1-5 tahun melakukan kunjungan rutin ke posyandu setiap bulan <p>2. Kewajiban KPM di bidang pendidikan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anak-anak terdaftar di satuan pendidikan SD-SMA/ sederajat b. Anak-anak hadir di sekolah, kecuali sakit. Ketidakhadiran yang diperbolehkan maksimal 3 (tiga) hari dalam sebulan

Sumber: Pedoman Umum PKH, 2007; Panduan Resertifikasi dan Pemutakhiran Sosial Ekonomi, 2017

3.2.2 Uji Instrumen Penelitian

Setelah kuesioner dibuat, selanjutnya akan dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen.

a) Uji Validitas Instrumen

Uji validitas instrumen dilakukan untuk menunjukkan keabsahan dari instrumen yang akan dipakai pada penelitian. Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan dan kesahihan suatu instrumen (Arikunto, 2006).

Rumus yang digunakan untuk mengukur validitas instrumen adalah Korelasi

Pearson Product Moment (Arikunto, 2005) :

$$r_{xy} = \frac{n\sum X_i Y_i - (\sum X_i)(\sum Y_i)}{\sqrt{[n\sum X_i^2 - (\sum X_i)^2][n\sum Y_i^2 - (\sum Y_i)^2]}}$$

Keterangan:

- r_{xy} : Koefisien korelasi butir
 n : Jumlah responden uji coba
 $\sum X_i$: Jumlah skor dalam sebaran X
 $\sum Y_i$: Jumlah skor dalam sebaran Y

Keputusan pengujian validitas instrumen adalah :

1. Item pernyataan dikatakan valid apabila $r_{hitung} > r_{tabel}$
2. Item pernyataan dikatakan tidak valid apabila $r_{hitung} < r_{tabel}$

Dari hasil uji coba kepada 20 responden didapat hasil pengujian validitas sebagai berikut.

1) Uji Validitas Efektivitas Input (Ketepatan Sasaran)

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas Efektivitas Input

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,852	0,444	Valid
2	0,825	0,444	Valid
3	0,619	0,444	Valid
4	0,910	0,444	Valid
5	0,487	0,444	Valid
6	0,726	0,444	Valid
7	0,830	0,444	Valid
8	0,545	0,444	Valid
9	0,750	0,444	Valid
10	0,688	0,444	Valid
11	0,546	0,444	Valid
12	0,264	0,444	Tidak Valid
13	0,950	0,444	Valid
14	0,912	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.1

Item pertanyaan no 12 yang tidak valid tersebut kemudian diperbaiki dan kembali diujikan kepada responden sehingga hasil yang didapat item tersebut menjadi valid seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 3.4 Tabel Hasil Uji Coba Ulang Validitas Efektivitas Input

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,869	0,444	Valid
2	0,823	0,444	Valid
3	0,592	0,444	Valid
4	0,910	0,444	Valid
5	0,488	0,444	Valid
6	0,741	0,444	Valid
7	0,812	0,444	Valid
8	0,564	0,444	Valid
9	0,742	0,444	Valid
10	0,708	0,444	Valid
11	0,537	0,444	Valid
12	0,537	0,444	Valid
13	0,953	0,444	Valid
14	0,908	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.2

2) Uji Validitas Efektivitas Proses PKH

Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas Efektivitas Proses PKH

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,901	0,444	Valid
2	0,848	0,444	Valid
3	0,870	0,444	Valid
4	0,856	0,444	Valid
5	0,516	0,444	Valid
6	0,735	0,444	Valid
7	0,774	0,444	Valid
8	0,782	0,444	Valid
9	0,885	0,444	Valid
10	0,568	0,444	Valid
11	0,140	0,444	Tidak Valid
12	0,843	0,444	Valid
13	0,856	0,444	Valid
14	0,683	0,444	Valid
15	0,568	0,444	Valid
16	0,910	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.3

Item pertanyaan no 11 yang tidak valid tersebut kemudian diperbaiki dan kembali diujikan kepada responden sehingga hasil yang didapat item tersebut menjadi valid seperti terlihat pada tabel 3.6 berikut.

Tabel 3.6 Hasil Uji Coba Ulang Validitas Efektivitas Proses PKH

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,897	0,444	Valid
2	0,847	0,444	Valid
3	0,864	0,444	Valid
4	0,864	0,444	Valid
5	0,503	0,444	Valid
6	0,734	0,444	Valid
7	0,763	0,444	Valid
8	0,794	0,444	Valid
9	0,883	0,444	Valid
10	0,579	0,444	Valid
11	0,529	0,444	Valid
12	0,846	0,444	Valid
13	0,851	0,444	Valid
14	0,693	0,444	Valid
15	0,586	0,444	Valid
16	0,908	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.4

3) Uji Validitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki Anak Usia 0-11 bulan

Tabel 3.7 Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki anak Usia 0-11 bulan

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,887	0,444	Valid
2	0,890	0,444	Valid
3	0,554	0,444	Valid
4	0,713	0,444	Valid
5	0,707	0,444	Valid
6	0,804	0,444	Valid
7	0,887	0,444	Valid
8	0,807	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.5

4) Uji Validitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki Anak Usia 1-5 tahun

Tabel 3.8 Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki anak Usia 1-5 Tahun

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,962	0,444	Valid
2	0,994	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.5

5) Uji Validitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki Anak SD

Tabel 3.9 Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki anak SD

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,925	0,444	Valid
2	0,945	0,444	Valid
3	0,945	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.5

6) Uji Validitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki Anak SMP

Tabel 3.10 Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki Anak SMP

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,964	0,444	Valid
2	0,940	0,444	Valid
3	0,972	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.5

7) Uji Validitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki Anak SMA

Tabel 3.11 Hasil Uji Validitas Efektivitas Output KPM yang memiliki Anak SMA

No Item Pertanyaan	Nilai R hitung	Nilai R tabel	Kesimpulan
1	0,929	0,444	Valid
2	0,942	0,444	Valid
3	0,953	0,444	Valid

Sumber: Lampiran 3.5

b) Uji Reliabilitas Instrumen

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui ketetapan suatu instrumen (alat ukur) didalam mengukur gejala yang sama walaupun dalam waktu yang berbeda. Reliabilitas instrumen yaitu suatu instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, maka akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2005). Hasil pengukuran yang memiliki tingkat reliabilitas yang tinggi akan mampu memberikan hasil yang terpercaya. Tinggi rendahnya reliabilitas instrumen ditunjukkan oleh suatu angka yang disebut koefisien reliabilitas. Jika suatu instrumen dipakai dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukurannya yang diperoleh konsisten, instrumen itu reliabel. Untuk menguji reliabilitas instrumen dalam penelitian ini, menggunakan koefisien reliabilitas *Alfa Cronbach* (Arikunto, 2005:239)

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan :

r_{11} : reliabilitas instrumen
 k : banyaknya butir pernyataan
 $\sum \sigma_b^2$: jumlah varians butir
 σ_t^2 : varians total

Hasil perhitungan dibandingkan dengan pada $\alpha = 5\%$ dengan kriteria kelayakan jika $r_{11} > r_{\text{tabel}}$ dinyatakan reliabel, dan jika $r_{11} < r_{\text{tabel}}$ maka dinyatakan tidak reliabel. Dari hasil uji coba kepada 20 responden didapat hasil pengujian reliabilitas sebagai berikut (Lampiran 4).

1) Hasil Uji Reliabilitas Efektivitas Input

Nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,928 lebih besar dibandingkan r tabel sebesar 0,444. Maka dapat disimpulkan butir-butir pertanyaan reliabel.

2) **Hasil Uji Reliabilitas Efektivitas Proses PKH**

Nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,950 lebih besar dibandingkan r tabel sebesar 0,444. Maka dapat disimpulkan butir-butir pertanyaan reliabel.

3) **Hasil Uji Reliabilitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki anak Usia 0-11 bulan**

Nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,886 lebih besar dibandingkan r tabel sebesar 0,444. Maka dapat disimpulkan butir-butir pertanyaan reliabel.

4) **Hasil Uji Reliabilitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki anak Usia 1-5 Tahun**

Nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,778 lebih besar dibandingkan r tabel sebesar 0,444. Maka dapat disimpulkan butir-butir pertanyaan reliabel.

5) **Hasil Uji Reliabilitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki anak SD**

Nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,914 lebih besar dibandingkan r tabel sebesar 0,444. Maka dapat disimpulkan butir-butir pertanyaan reliabel.

6) **Hasil Uji Reliabilitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki anak SMP**

Nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,911 lebih besar dibandingkan r tabel sebesar 0,444. Maka dapat disimpulkan butir-butir pertanyaan reliabel.

7) **Hasil Uji Reliabilitas Efektivitas Output bagi KPM yang memiliki anak SMA**

Nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,953 lebih besar dibandingkan r tabel sebesar 0,444. Maka dapat disimpulkan butir-butir pertanyaan reliabel.

3.3 Jenis Data

Data dalam penelitian ini adalah data primer yaitu data yang diperoleh dari sumber-sumber primer yaitu sumber asli atau informan yang memuat informasi atau data tersebut. Data primer diperoleh dari responden yaitu Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui metode wawancara dengan menggunakan kuesioner yang dipandu oleh peneliti mengingat keterbatasan pendidikan responden sehingga dikhawatirkan responden akan kesulitan memahami maksud pertanyaan. Kuesioner berisi daftar pertanyaan mengenai efektivitas PKH dilihat dari 3 (tiga) aspek yaitu input (ketepatan sasaran), proses pelaksanaan, dan output program.

3.5 Jenis Penelitian

Penelitian ini masuk jenis penelitian deskriptif karena peneliti ingin memperoleh gambaran bagaimana tingkat efektivitas Program Keluarga Harapan dilihat dari 3 (tiga) aspek, apakah sudah tepat sasaran, apakah pelaksanaannya sudah sesuai dengan pedoman umum PKH, dan apakah output dari program ini sudah tercapai secara efektif atau tidak. Di samping itu, penelitian ini termasuk ke dalam penelitian lapangan karena peneliti terlibat langsung dalam penelitian dengan mengumpulkan data dan informasi yang diperoleh langsung dari responden.

Selain itu, penelitian ini termasuk ke dalam jenis penelitian kuantitatif karena menggunakan data yang berbentuk angka atau data kualitatif yang diangkakan.

Dalam hal ini, jawaban kualitatif responden diberi skor *skala Likert* dan *rating scale* dengan skor 4 sampai 1.

3.6 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada kurun waktu Desember 2017 yang berlokasi di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung dengan beberapa alasan, yaitu:

- a) Kabupaten Pringsewu adalah satu-satunya kabupaten yang mendapat penilaian buruk dari Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Provinsi Lampung dalam Monitoring dan Evaluasi pada tahun 2013 dan 2016. Penilaian tersebut didasarkan adanya laporan dari Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang dimuat di salah satu surat kabar di Lampung mengenai pungutan liar (pungli) yang dilakukan oleh oknum pendamping. Laporan tersebut bahkan sudah masuk tahap *hearing* dengan DPRD Kabupaten Pringsewu (PPKH Provinsi Lampung, 2017).
- b) Pringsewu juga mendapat penambahan peserta PKH terbanyak se-Provinsi Lampung pada tahun 2017 (PPKH Provinsi Lampung, 2017).
- c) Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari responden dengan metode wawancara dengan menggunakan kuesioner yang dipandu oleh peneliti. Pemilihan Kabupaten Pringsewu didasarkan pada pertimbangan biaya, waktu, tenaga dan kemampuan peneliti agar peneliti dapat langsung wawancara tatap muka dengan responden sehingga jawaban-jawaban yang diberikan bersifat objektif.

3.7 Definisi Operasional Variabel

Berikut variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 3.12 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi	Indikator	Skala
Efektivitas Input	Input PKH yaitu Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Input PKH dikatakan efektif apabila tepat sasaran, yakni terpenuhinya 9 dari 14 kriteria kemiskinan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Sosial melalui TNP2K.	1) Status penguasaan bangunan tempat tinggal 2) Status lahan tempat tinggal yang ditempati 3) Jenis lantai terluas 4) Jenis dinding terluas 5) Kondisi dinding 6) Jenis atap terluas 7) Kondisi atap 8) Sumber air minum 9) Cara memperoleh air minum 10) Sumber penerangan 11) Daya sumber penerangan 12) Bahan bakar utama untuk memasak 13) Kepemilikan fasilitas buang air besar 14) Jenis kloset fasilitas BAB	<i>Rating Scale</i>
Efektivitas Proses	Efektivitas pelaksanaan PKH adalah segala aktivitas yang dilakukan agar PKH terlaksana sesuai pedoman umum yang telah ditetapkan	Persepsi KPM terhadap pelaksanaan program 1. Pertemuan awal dan validasi Persepsi KPM terhadap kemampuan pendamping dalam memberikan penjelasan tentang PKH; kewajiban dan hak KPM; sanksi bila tidak melaksanakan kewajiban; serta memfasilitasi pembentukan kelompok penerima bantuan. 2. Pertemuan kelompok bulanan (frekuensi melakukan pertemuan; kemampuan pendamping dalam memberikan motivasi bagi KPM untuk melaksanakan kewajiban, kesempatan berbagi ide/gagasan/pemikiran dengan pendamping, kesempatan berbagi pengalaman dan keluh kesah dengan pendamping)	<i>Skala Likert</i>

Tabel 3.12 Lanjutan

Variabel	Definisi	Indikator	Skala
		3. Verifikasi komitmen Pendamping melakukan pengecekan buku posyandu dan kartu bantu absensi siswa secara rutin	
		4. Penyaluran bantuan a) Ketepatan waktu penyaluran bantuan b) Pendamping mendampingi saat proses penyaluran bantuan c) Kepuasan terhadap pelayanan petugas bank d) Persepsi terhadap kecukupan dana bantuan	
		6. Pemutakhiran data Pendamping melakukan pemutakhiran data bila terjadi perubahan kategori atau pengurus	
Efektivitas Output	Efektivitas output dalam PKH adalah tercapainya tujuan program yaitu meningkatnya perolehan layanan kesehatan dan pendidikan.	Kewajiban KPM di bidang kesehatan 1) Ibu hamil melakukan kunjungan ke layanan kesehatan minimal 4 kali selama masa kehamilan 2) Ibu hamil mendapat suplemen Fe selama masa kehamilan 3) Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan 4) Ibu melahirkan melakukan kunjungan <i>postnatal care</i> sebanyak 3 (tiga) kali 5) Bayi usia 0-1 bulan melakukan pemeriksaan kesehatan sebanyak 3 kali 6) Balita 0-11 bulan rutin melakukan kunjungan ke posyandu setiap bulan 7) Balita 0-11 bulan mendapatkan vitamin A di posyandu sesuai jadwal (Februari dan Agustus) 8) Balita 0-11 bulan mendapat vaksinasi sesuai tahapan usia	Rating Scale

Tabel 3.12 Lanjutan

Variabel	Definisi	Indikator	Skala
		9) Balita usia 1-5 tahun melakukan kunjungan rutin ke posyandu setiap bulan	
		Kewajiban KPM di bidang pendidikan	
		1) Anak-anak terdaftar di satuan pendidikan SD-SMA/ sederajat	
		2) Anak-anak hadir di sekolah, kecuali sakit. Ketidakhadiran yang diperbolehkan maksimal 3 (tiga) hari dalam sebulan	

3.8 Metode Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil melalui metode *non-probability sampling* dengan pertimbangan/alasan tertentu (*purposive*). Pertimbangan tersebut yaitu setiap Keluarga Penerima Manfaat (KPM) memiliki kategori tanggungan yang bervariasi. Ada KPM yang hanya memiliki tanggungan balita/hamil saja; memiliki tanggungan anak sekolah saja (anak SD/SMP/SMA); memiliki tanggungan balita dan anak sekolah (SD/SMP/SMA) serta memiliki seluruh kategori tanggungan (hamil, balita dan anak SD-SMP-SMA).

Responden dengan kategori hanya ibu hamil tidak bisa dijadikan subjek penelitian karena tidak bisa menjawab beberapa item pertanyaan. Dengan demikian, peneliti mengambil sampel Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dengan kriteria:

- a) Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki bayi usia 0 – 11 bulan
- b) Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki balita usia 1 – 5 tahun
- c) Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SD
- d) Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SMP
- e) Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SMA

Alasan pemilihan sampel agar item dalam kuesioner bisa dijawab seluruhnya. Untuk mengukur besarnya sampel, peneliti menggunakan rumus *Slovin* (dalam Muhamad, 2008).

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan

n = ukuran sampel

N = populasi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH)

e = tingkat kesalahan

Berikut hasil perhitungan besarnya sampel dalam penelitian ini

$$n = \frac{7.912}{1 + (7.912)(0,05)^2}$$

$$n = \frac{7.912}{20,78}$$

n = 380,75 Keluarga Penerima Manfaat (KPM)

n = 381 Keluarga Penerima Manfaat (KPM)

Sampel tersebut dibagi secara proporsional untuk masing-masing kecamatan seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 3.13 Perhitungan Sampel Proporsional

Kecamatan	Total KPM	Perhitungan Sampel Proporsional	Jumlah Sampel
Adiluwih	356	$(356/7.912)*381$	17 KPM
Ambarawa	359	$(359/7.912)*381$	17 KPM
Banyumas	29	$(229/7.912)*381$	11 KPM
Gadingrejo	1.377	$(1.377/7.912)*381$	66 KPM
Pagelaran	1.946	$(1.946/7.912)*381$	94 KPM
Pagelaran utara	206	$(206/7.912)*381$	10 KPM
Pardasuka	1.644	$(1.644/7.912)*381$	79 KPM
Pringsewu	1.020	$(1.020/7.912)*381$	49 KPM
Sukoharjo	75	$(775/7.912)*381$	38 KPM
Total	7.912		381KPM

Sampel tersebut dibagi lagi dalam 5 (lima) kategori sebagai berikut.

Tabel 3.14 Sampel Penelitian

No	Kelompok Sampel	Banyak Sampel
1	Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki bayi usia 0 – 11 bulan	77 KPM
2	Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki balita usia 1 – 5 tahun	76 KPM
3	Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SD	76 KPM
4	Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SMP	76 KPM
5	Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anak SMA	76 KPM
	Total	381 KPM

3.9 Metode Pengolahan dan Teknik Analisis Data

3.9.1 Metode Pengolahan Data

Setelah data dikumpulkan maka tahap selanjutnya adalah pengolahan data, yang terdiri dari tahap:

- a. *Editing data*. *Editing data* dalam penelitian ini dilakukan dengan cara meneliti kembali data yang terkumpul dari penyebaran kuesioner. Langkah tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah data yang terkumpul sudah cukup baik. Pemeriksaan data atau *editing* dilakukan terhadap jawaban yang telah ada dalam kuesioner dengan memperhatikan hal-hal meliputi: kelengkapan pengisian identitas responden, kelengkapan jawaban, serta kesesuaian antar jawaban. Dari hasil *editing data* diketahui seluruh kuesioner sudah terjawab.
- b. *Coding data*. *Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan untuk mempermudah pengolahan data. Dalam penelitian ini, *coding* diberikan pada karakteristik responden, meliputi: jenis kelamin (1= laki-laki; 2= perempuan), pekerjaan (1= petani; 2= buruh harian lepas; 3= pedagang; 4=wiraswasta; 5= ibu rumah tangga; 6=

lainnya) , dan pendidikan terakhir (1= tidak pernah sekolah; 2= tidak tamat SD; 3=SD/ sederajat; 4=SMP/ sederajat; 5=SMA/ sederajat)

- c. *Tabulating data.* *Tabulating data* yaitu memasukkan jawaban responden hasil pereolehan kuesioner yang telah diberi skor ke dalam tabel untuk selanjutnya dianalisis guna menentukan tingkat efektivitas kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) dilihat dari 3 aspek yaitu input, proses dan output program.

3.9.2 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif kuantitatif dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Untuk efektivitas input Program Keluarga Harapan (PKH) didapat dari hasil skoring kuesioner yang hasilnya nanti akan disajikan seperti pada tabel berikut.

Tabel 3.15 Jawaban Responden Untuk Variabel Efektivitas Input

Responden	Item Pernyataan							Skor
	1	2	3	14	
1	4	4	3	3	4	4	3	25
2	3	4	3	4	3	3	3	23
3	3	3	4	4	4	3	4	25
.....	2	3	4	2	4	4	4	23
.....	4	1	4	2	4	4	2	21
381	4	2	3	2	3	4	4	22
Total Skor								139

Catatan: skor-skor di atas hanya pemisalan, jawaban hasil penelitian terdapat di pembahasan

- b) Menghitung jawaban responden ke dalam bentuk persentase

$$\text{Persentase} = \frac{\text{Total skor hasil penelitian}}{\text{Skor kriterium (skor ideal)}} \times 100\%$$

$$\text{Persentase efektivitas input} = \frac{\text{Skor hasil penelitian}}{381 \times 4 \times 14} \times 100 \%$$

- c) Menentukan predikat untuk efektivitas input PKH. Apabila persentase jawaban responden kurang dari kriteria ideal yang ditentukan, maka input tidak efektif karena tidak tepat sasaran. Kriteria tepat sasaran apabila terpenuhi 9 dari 14 kriteria yang ditetapkan Kementerian Sosial.

$$\text{Efektivitas PKH} = \frac{9}{14} \times 100\% = 64,285\% = 64\%$$

- d) Untuk variabel efektivitas proses PKH juga diperoleh dari hasil skoring kuesioner yang nantinya akan disusun dalam tabel berikut.

Tabel 3.16 Jawaban Responden Untuk Variabel Efektivitas Proses PKH

Responden	Item Pernyataan							Skor
	1	2	3	16	
1	4	3	2	3	4	3	4	23
2	4	2	4	4	4	3	3	24
3	3	3	4	4	2	4	4	24
....	4	4	3	4	4	3	2	24
....	3	4	4	2	4	4	3	24
381	4	4	3	4	3	4	4	26
Total Skor								145

Catatan: skor-skor di atas hanya pemisalan, jawaban hasil penelitian terdapat di pembahasan

- e) Menghitung persentase efektivitas proses PKH

$$\text{Persentase efektivitas proses PKH} = \frac{\text{Total Skor hasil penelitian}}{381 \times 4 \times 16} \times 100\%$$

Untuk menentukan predikat efektivitas proses PKH, skor-skor hasil penelitian tersebut disusun ke dalam 4 (empat) kelas sesuai jawaban kuesioner dengan interval kelas = $\frac{\text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}}{4}$

- f) Menginterpretasi efektivitas proses PKH

Setelah interval kelas didapat, selanjutnya membuat tabel distribusi frekuensi untuk eektivitas proses PKH.

Tabel 3.17 Predikat Efektivitas Proses PKH

Predikat	Persentase*
Sangat Efektif	
Efektif	
Tidak Efektif	
Sangat Tidak Efektif	

*Persentase akan diketahui setelah penelitian dilakukan

- g) Selanjutnya untuk variabel output bidang kesehatan dan pendidikan juga digunakan skoring angket kemudian persentase yang diperoleh dibandingkan dengan persentase ideal yang telah ditetapkan dalam pedoman umum Program Keluarga Harapan (PKH). Apabila persentase yang diperoleh lebih kecil dari kriteria yang ditetapkan, maka Program Keluarga Harapan (PKH) dinyatakan tidak efektif dari aspek output.

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai salah satu program penanggulangan kemiskinan berbasis bantuan dan perlindungan sosial, didapat beberapa simpulan sebagai berikut.

- a) Program Keluarga Harapan (PKH) efektif dilihat dari aspek input;
- b) Program Keluarga Harapan (PKH) efektif dilihat dari aspek proses;
- c) Program Keluarga Harapan (PKH) belum efektif dilihat dari aspek output program bidang kesehatan karena ada beberapa indikator yang tidak tercapai seperti perolehan suplemen Fe selama masa kehamilan, pemeriksaan *postnatal care* sebanyak 3 (tiga) kali, pemeriksaan bayi usia 0-1 bulan sebanyak 3 (tiga) kali, cakupan imunisasi lengkap balita usia 0-11 bulan, serta cakupan perolehan vitamin A balita usia 0-11 bulan sesuai jadwal;
- d) Program Keluarga Harapan (PKH) efektif dilihat dari aspek output program bidang pendidikan.

5.2 Saran

Saran dari penelitian ini adalah sebagai berikut

- a) Dari aspek input, karena ukuran kemiskinan bersifat dinamis hendaknya Kementerian Sosial merevisi kriteria kemiskinan yang dirasa kurang relevan

seperti sumber penerangan mengingat saat ini hampir seluruh wilayah di Indonesia sudah dialiri listrik;

- b) Dari aspek proses, penelitian menunjukkan adanya pungutan liar (pungli) yang dilakukan oleh oknum pendamping kepada KPM. Hendaknya PPKH Provinsi maupun Kabupaten menindak tegas oknum pendamping tersebut agar kejadian yang sama tidak terulang. Dari waktu penyaluran bantuan yang terlambat, hendaknya PPKH Pusat merealisasikan pencairan bantuan sesuai jadwal karena keterlambatan waktu pencairan sangat menyulitkan KPM dalam memenuhi kebutuhan bidang kesehatan dan pendidikan anak-anak mereka, terutama saat tahun ajaran baru.

Dalam hal kecukupan bantuan, banyak KPM yang mengakui nominal dana bantuan yang sama untuk setiap keluarga tanpa memandang jumlah komponen, sangat menyulitkan mereka dalam mengatur keuangan. Hendaknya PPKH Pusat mempertimbangkan untuk kembali memberikan bantuan sesuai dengan banyaknya komponen dalam sebuah keluarga. Kebutuhan keluarga yang memiliki 3 (tiga) anak sekolah tentu berbeda dengan keluarga yang hanya memiliki 1 (satu) anak saja.

- c) Dari aspek output program bidang kesehatan, karena ada beberapa indikator kesehatan yang tidak tercapai dan dari hasil wawancara dengan responden diketahui alasan mereka tidak melakukan kewajiban bidang kesehatan karena kurangnya kesadaran dan karena ketidaktahuan, maka pemerintah daerah khususnya dinas kesehatan hendaknya melakukan penyuluhan berkala untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat akan pentingnya kesehatan anak-

anak-anak demi masa depan mereka. Alasan lainnya yaitu lokasi bidan/fasilitas kesehatan serta ketiadaan kendaraan menjadikan KPM enggan melakukan pemeriksaan kesehatan. Hendaknya dinas kesehatan yang bekerja sama dengan fasilitas kesehatan di daerah tersebut mengadakan semacam puskesmas keliling untuk menjangkau masyarakat yang lokasinya jauh. Selain itu, untuk alasan ketidakcukupan dana bantuan yang menyebabkan KPM tidak melakukan pemeriksaan, hendaknya PPKH Pusat melakukan penyesuaian jumlah bantuan (menaikkan nominal bantuan disesuaikan dengan inflasi yang terjadi setiap tahun).

- d) Dari aspek output bidang pendidikan, diketahui ada anak-anak yang putus sekolah karena orang tua menganggap pendidikan bukan sesuatu yang penting sehingga anak-anak menjadi kurang motivasi dan akhirnya berhenti sekolah. Pemerintah baik tingkat pusat maupun daerah hendaknya mendukung dinas pendidikan hingga sekolah-sekolah untuk mengadakan sosialisasi, motivasi, dan penyuluhan kepada mereka yang secara ekonomi tidak beruntung mengenai pentingnya pendidikan sebagai investasi masa depan.

Ada pula anak-anak yang putus sekolah karena bekerja. Dalam hal ini, hendaknya pemerintah baik pusat maupun daerah mengakomodir anak-anak peserta PKH tersebut untuk menuntaskan wajib belajar lewat paket A, paket B, ataupun paket C secara gratis. Selain itu, bisa dilakukan dengan pemberian beasiswa agar mereka kembali bersemangat melanjutkan pendidikan karena menurut orang tua yang anak-anaknya putus sekolah, dana bantuan PKH

tidak cukup membiayai anak-anak mereka sehingga desakan kebutuhan ekonomi menyebabkan mereka memilih untuk bekerja membantu orang tua.

- e) Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peserta yang menggunakan dana bantuan bukan untuk kepentingan pendidikan dan kesehatan anak, melainkan untuk kebutuhan konsumsi maupun kebutuhan konsumtif lainnya sehingga sebaiknya dana bantuan direalisasikan dalam bentuk bantuan non-tunai (bukan dalam bentuk uang *cash*). Dana bantuan dapat berupa *virtual currency*, yakni semacam kartu yang dapat digunakan sebagai alat pembayaran ketika peserta mengakses layanan kesehatan dan pendidikan.
- f) Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian bantuan justru menjadikan peserta malas berusaha (hanya mengandalkan dana bantuan). Oleh sebab itu, sebaiknya Program Keluarga Harapan (PKH) berdampingan dengan program pemberdayaan sehingga peserta yang sebagian besar perempuan memiliki keterampilan sebagai sumber pemasukan untuk membantu perekonomian keluarga.
- g) Fakta di lapangan menunjukkan bahwa terjadi kecemburuan sosial di masyarakat karena masih ada warga tidak mampu dan memenuhi komponen namun belum tersentuh bantuan PKH. Sebaliknya, ada warga yang termasuk kategori sejahtera namun justru tercatat sebagai peserta. Oleh sebab itu, sebaiknya untuk penambahan peserta baru (saturasi) di tahun-tahun mendatang melibatkan pendamping yang benar-benar mengetahui kondisi di lapangan. Penambahan peserta baru 3 (tiga) tahun terakhir menunjukkan data yang diusulkan dari pendamping hanya sebagian kecil yang terealisasi,

sebagian besar masih menggunakan data Basis Data Terpadu (BDT) 2011 yang sudah tidak relevan.

5.3 Rekomendasi Kebijakan

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan upaya membangun sistem perlindungan sosial bagi masyarakat yang dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan melalui peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan penerimanya. Program ini sebaiknya terus dilaksanakan secara berkesinambungan agar dampak terhadap penurunan angka kemiskinan bisa dirasakan, namun dengan beberapa catatan sebagai berikut.

- a) Pemerintah memberikan prioritas terhadap penambahan jumlah peserta yang benar-benar masuk kategori miskin, serta mengubah pola pemberian dana bantuan secara *cash* menjadi *virtual currency*. Hal ini dimaksudkan untuk meminimalisir penyalahgunaan dana bantuan karena fakta di lapangan menunjukkan bahwa dana bantuan digunakan bukan untuk kepentingan mengakses pendidikan dan kesehatan, melainkan untuk konsumsi bahkan untuk pemenuhan gaya hidup.
- b) Untuk mempercepat kemandirian peserta, sebaiknya PKH berdampingan dengan program pemberdayaan seperti program Kelompok Usaha Bersama (KUBE), atau Usaha Ekonomi Produktif (UEP) lainnya. Sebagian besar penerima PKH adalah kaum perempuan sehingga diharapkan mereka memiliki keterampilan yang bisa membantu meningkatkan pendapatan keluarga.

- c) Perlunya komplementaritas program-program lainnya untuk mendukung keberhasilan Program Keluarga Harapan (PKH) karena fakta di lapangan menunjukkan dana bantuan PKH tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan terhadap kesehatan dan pendidikan bagi keluarga yang memiliki lebih dari 1 (satu) komponen. Apabila PKH dilengkapi dengan program lain seperti Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Indonesia Pintar (KIP), Kartu Keluarga Sejahtera (KKS), beras sejahtera (RASTRA), Bantuan Pangan Non-Tunai (BPNT), tentunya akan semakin meringkankan beban pengeluaran peserta sehingga dana bantuan PKH akan cukup untuk memenuhi akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. CV. Bandung: Alfabeta.
- Anderson, James E. 1969. *Public Policy Making*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Arifin, Tatang. 1995. *Menyusun Rencana Penelitian*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- _____. 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. 2006. *Metodelogi penelitian*. Yogyakarta: Bina Aksara.
- Azwar, Syaifudin. 1998. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badri, Sutrisno. 2012. *Metode Statistika Untuk Penelitian Kuantitatif*. Yogyakarta: Penerbit Ombak.
- Bungin, Burhan. 2009. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana.
- _____. 2003. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta : PT. Grafindo Persada.
- Dornbusch, Rudinger dan Stanley Fisher. 2008. *Makroekonomi*. Alih bahasa Julius A. Mulyadi. Jakarta: Erlangga.
- Dunn, William N.,2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Gibson, James L. 2006. *Organisasi/Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Jones, Gareth R. 1993. *Organizational Theory: Text and Cases*. New York: Wesley Publishing Company.
- Kementerian Sosial RI. 2013. *Buku Saku Pendamping PKH*. Jakarta: Kementrian Sosial RI

- _____. 2007. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Kementerian Sosial RI
- Komaruddin. 1993. *Pengantar Kebijakan Ekonomi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Makmur, Syarif. 2008. *Pemberdayaan Sumber Daya Manusia dan Efektivitas Organisasi/Kajian Penyelenggaraan Pemerintahan Desa*. Jakarta: Kencana
- Mankiw, N. Gregory. (2007). *Makroekonomi*. Edisi Keenam. Terjemahan oleh Fitria Liza dan Imam Nurmawan. Jakarta: Erlangga.
- Mason, Robert D & Lind, Douglas A. 1999. *Teknik Statistika untuk Bisnis dan Ekonomi*. Jakarta: Erlangga.
- Moleong, Lexy J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Muhamad. 2008. *Metodologi Penelitian Ekonomi Islam: Pendekatan Kuantitatif*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Nazir, Mohamad. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Priadana, Mohammad Sidik. 2009. *Metodologi Penelitian Ekonomi dan Bisnis*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Purwanto, Erwan Agus dkk. 2012. *Implementasi Kebijakan Publik, Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta : Gava Media.
- Ritonga, Hamongan. 2003. *Masalah Keberlanjutan Kemiskinan Indonesia*, Bandung: Pikiran Rakyat, Bening Keliping.
- _____. 1997. *Statistika untuk Penelitian Psikologi dan Penelitian*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi UI .
- Saifuddin, Azwar. 1998. *Metode Penelitian*. Yogyakarta : Pustaka pelajar.
- Siagian, Sondang P (2002). *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Silalahi, Ulber. 2009. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Simanjuntak, Payaman J. (1998). *Pengantar Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Jakarta: LPFE: UI.
- Sinungan, Muchdarsyah. 2005. *Produktivitas Apa dan Bagaimana*. Jakarta, Bumi Aksara.
- Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Sudaryono. 2012. *Statistika Probabilitas – Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- Sudjana, Djuju. 2004. *Pendidikan Nonformal (Wawasan, Sejarah, dan Teori Pendukung, serta Asas)*. Bandung: Falah Production.
- Sudjarwo & Basrowi. 2009. *Manajemen Penelitian Sosial*. Bandung: CV. Mandar Maju.
- Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Suharno. 2013. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik: Kajian, Proses, dan Analisis Kebijakan*. Yogyakarta: Ombak (Anggota IKAPI).
- Suharto, Edi. 2010. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Silalahi, Ulber. 2009. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Sukmadinata, Nana Syaodih. (2007). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Sulistiyani, Ambar Teguh. 2004. *Kemitraan dan Model Model Pemberdayaan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Suparlan, Parsudi. 2004. *Kemiskinan di Perkotaan: Bacaan Untuk Antropologi Perkotaan*. Jakarta: Sinar Harapan dan Yayasan Obor Indonesia.
- Tarwaka, dkk, 2004, *Ergonomi Untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja Dan Produktivitas*. Surakarta. Uniba Press.
- Tilaar R. 1990. *Pendidikan Dalam Pembangunan Nasional Menyongsong Abad 21*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Todaro, Michael P. 2003. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. Jakarta: Erlangga.
- Universitas Lampung. 2016. *Panduan Penulisan Tesis FEB UNILA*. Bandar Lampung: Universitas Lampung.
- Usman, Husaini & Akbar, Purnomo Setiady. 2005. *Pengantar Statistika*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Winarno, Budi. 2012. *Kebijakan Publik. Teori, Proses dan Studi Kasus*. Yogyakarta: CAPS.
- _____. 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Wrihatnolo, Randy R, dkk. 2002. *Manajemen Pemberdayaan, Sebuah Pengantar*

dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

Sumber Lain:

Tesis:

Dewi, Chandra. 2013. *Dampak Kebijakan Raskin Dan Dukungannya Terhadap Ketahanan Pangan*. Yogyakarta: UGM

Nafatilona, Lidya. 2011. *Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Kota Administrasi Jakarta Utara (Studi Kasus Di Kelurahan Warakas, Kecamatan Tanjung Priok)*. Universitas Indonesia.

Putri, Depi. 2014. *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Peningkatan Kesehatan dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) di Umbul Harjo Kota Yogyakarta*. UIN Sunan Kalijaga.

Riyadi, Slamet. 2016. *Analisis Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Keluarga Sangat Miskin (KSM) Penerima Bantuan (Studi di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah*. Universitas Lampung.

Wibowo, Santososo. 2011. *Kajian Implementasi Program Keluarga Harapan sebagai Salah Satu Prpgram Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Miskin di Kabupaten Ngawi*. Universitas Sebelas Maret.

Skripsi:

Fitriani, Nenda Mesa Nur. 2012. *Evaluasi Implementasi PKH di Kecamatan Majasari Kabupaten Pandeglang*. Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.

Nurchahya, Fikri. 2015. *Evaluasi Program Family Develompent Session Di Desa Kebundalem Lor, Prambanan, Klaten (Studi Survei Di Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Prambanan)*. Universitas Negeri Yogyakarta.

Jurnal dan Paper

Argadiredja, Dadi S. 2002. *Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan*. Disampaikan pada Rapat Koordinasi Pembangunan Pusat Kementerian Kesehatan RI.

Arshad, M.N. dan Malik Z. (2015). *Quality of Human Capital and Labor Productivity: a Case of Malaysia*. International Journal of Economics, 1(2015):37- 55.

- Adato, M. 2007. *Combining Survey and Ethnographic Methods to Evaluate Conditional Cash Transfer Programs*. International Food Policy Research Institute.
- Britto, Tatiana. 2007. *Brazil's Bolsa Familia: Understanding its Origin and Challenges*
- Galiani Sebastian, Patrick J. McEwan. 2013. *The Heterogeneous Impact Of Conditional Cash Transfers*. *Journal of Public Economics* 103 (2013) 85–96.
- Harahap, Y. Muhammad. 2003. *Identifikasi Kemiskinan dan Strategi Perencanaan Pembangunan Kabupaten Dairi*. Medan: PPs Unimed.
- Hardianto. 2017. *Pengaruh Ekonomi Terhadap Pendidikan Dan Peran Pendidikan Membangun Ekonomi*. *Jurnal Pendidikan Islam* Vol. 6, No. 1 Januari – Juni 2017.
- Iskarno, Puput Evira, dkk. 2014. *Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Infrastruktur Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Di Indonesia (Tahun 2008 – 2012)*
- Jhonson. 2000. *Ana/isis Elastisitas Kesempatan Kerja dan Produktivitas Tenaga Kerja di Propinsi Sumatera Utara*. Banda Aceh.
- Moses, Melmambessy. (2012). *Analisis Pengaruh Pendidikan, Pelatihan, dan Pengalaman Kerja terhadap Produktivitas Kerja Pegawai Dinas Pertambangan dan Energi Provinsi Papua*. *Media Riset Bisnis & Manajemen* 12(1): 18-36.
- Nano Prawoto. *Memahami Kemiskinan Dan Strategi Penaggulangannya*. *Jurnal Ekonomi Dan Studi Pembangunan* Vol 9 No 1 April 2009.
- Norton, Cebula. 2002. *The Impact of Economic Freedom On Percapita Real GDP: A Study of OECD Nations*. *JRAP*. 43(1):34-41.
- Oosterbeek, Hessel., Ponce, Juan., & Schady, Nortbert. 2008. *The Impact of Cash Transfers on School Enrollment: Evidence from Ecuador*. *Police Research Working Paper: The World Bank Development and Public Service Team*.
- Pambudhi, Agung. 2003. *Daya Tarik Investasi Kabupaten/Kota di Indonesia*. Jakarta: Komite Pemantau Pelaksana Otonomi Daerah (KPPOD).
- Nano, Prawoto. *Memahami Kemiskinan Dan Strategi Penaggulangannya*. *Jurnal Ekonomi Dan Studi Pembangunan* Vol 9 No 1 April 2009.
- Nurtanio, Agus Purwanto. *Kontribusi Pendidikan Bagi Pembangunan Ekonomi Negara*. *Jurnal Manajemen Pendidikan*. Vo. 2. No. 2 Hal 1-7, 2006.

- Putri, Nanda Nadilia. *Evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Lundo Kecamatan Benjeng Kabupaten Gresik*.
- Rawlings, L. B. (2004). *A New Approach To Social Assistance: Latin America's Experience With Conditional Cash Transfer Programs*. Washington DC: The World Bank.
- Sihombing, A. Buyung. 2002. *Studi Kependudukan dalam Pembangunan*. Medan: Jurnal Ekonomi PPS Unimed.
- Soares, Fabio Veras, dkk. 2007. *Conditional Cash Transfer in Africa and Latin America's: an overview*.
- Syukri, M., Arif, Sirojuddin., Roshfadhila, Meutia., & Ishdijoso, Widjajanti. 2010. *Making the Best of all Resources: How Indonesian Household Recipients Use the CCT Allowance*. IDS Bulletin Volume 41 Number 4 July 2010.
- Usman, Claudio. 2014. *Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan (Suatu Studi di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo)*.
- Ustama, Dicky Djatnika. 2009. *Peranan Pendidikan Dalam Pengentasan Kemiskinan*. JIAKP, Vol. 6, No. 1, Januari 2009:1-12.
- Villatoro, Pablo. 2005. *Conditional Cash Transfer Programmes: Experiences From Latin America*. pablo.villatoro@cepal.org pablo.villatoro@cepal.org
- Wijaya, Awi Muliadi. 2015. *Suplementasi Vitamin A bagi Anak Balita dan Ibu Nifas*
- Yablonski, J. and O'Donnell, M., 2009. *Lasting Benefits: The Role of Cash Transfers in Tackling Child Mortality*. Published by Save the Children Fund, London.

Publikasi

- BAPENAS dan UNICEF. 2017. *Laporan Baseline SDG tentang Anak-Anak di Indonesia*. Jakarta: BAPPENAS dan UNICEF
- BPS Kabupaten Pringsewu. 2017. *Kabupaten Pringsewu Dalam Angka 2017*. Pringsewu: BPS Provinsi Lampung.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. 2017. *Ihtisar Data Pendidikan Tahun 2016/2017*. Jakarta: Pusat Data dan Statistik Pendidikan dan Kebudayaan.
- Nainggolan, dkk. 2012. *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin Di Tujuh Provinsi*. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial (P3KS).

UNESCO. 2014. *Bagaimana Pendidikan Dapat Berkontribusi Pada Program Sasaran Pembangunan Berkelanjutan Setelah Tahun 2015* (Terjemahan).

UNICEF. 2016. *Laporan Tahunan Indonesia 2015*.

UNICEF. 2004. *Kerangka Kerja Untuk Perlindungan, Perawatan dan Bantuan bagi Anak Yatim dan Anak-Anak yang Rentan yang Hidup Di Dunia HIV Dan AIDS*.

Website:

<https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20171023133152-78-250312/program-keluarga-harapan-diklaim-efektif-tekan-kemiskinan>

<https://www.antaraneews.com/berita/605438/mensos-pkh-efektif-turunkan-kemiskinan-dan-kesenjangan>

<https://bps.go.id/>

<https://pringsewukab.bps.go.id/>