

**PENINGKATAN KUALITAS HIDUP KELUARGA PENERIMA MANFAAT
DALAM KAJIAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN: TINJAUAN
EMPIRIK DAMPAK KESEJAHTERAAN DAN KUALITAS HIDUP
PENERIMA MANFAAT**

***IMPROVING THE QUALITY OF LIFE FAMILY RECIPIENTS IN STUDY OF
HOPE FAMILY PROGRAMS: EMPIRIC REVIEW IMPACT OF WELFARE
AND QUALITY OF LIFE BENEFITS***

A. Nururrochman Hidayatulloh

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS). Kementerian Sosial RI
Jl. Kesejahteraan Sosial 1 Sonosewu Yogyakarta. Indonesia Telpon (0274) 377265.

Email: anhidayatullah79@gmail.com HP. 085643885019

Naskah diterima 13 Mei 2019, direvisi 6 Juni 2019, disetujui 27 Juni 2019

Abstract

Program Keluarga Harapan is a national program in poverty alleviation efforts and provides access to basic services namely education and health. PKH has been running for 11 years and has had a positive impact. The implementation of PKH as a form of social protection for poor families seeks to reduce and empower poor vulnerable groups. PKH is present as an instrument to improve the level of welfare for the poor. The aim of the study is to see the contribution, impact and fulfillment of services through the 6T parameters, namely on target, right benefits, right amount, right benefits, right quality, right administration. The research location takes place in the Bone District of South Sulawesi Province. The methodology uses a qualitative descriptive approach. Informant involvement of 54 people as beneficiaries came from elements of poor families who have children under five, school children, the elderly and families with disabilities. The results showed that in the analysis of 6T it was shown that the success of PKH as an instrument that had a positive impact. PKH's contribution to meeting the needs of beneficiaries was 10.93%. In the aspect of need, PKH has provided food contribution of 42.46% and non-food 55.64%. The results of the impact have been assessed based on the effectiveness of the program and have provided success in the efforts to prosper poor families. In this competition PKH has contributed to reducing the burden of basic family needs, especially in terms of education and health. PKH is an aid that gives significance in improving the lives of the poor as a social safety net. Recommendations to the Government through the Ministry of Social Affairs as the leading sector program entities seek to expand the target and the existing social assistance index can increase the value of its assistance. In addition to the regional government the need for synergy and joint commitment to be able to back up the participation of programs that have not covered social protection programs

Keywords: PKH, Poverty, Welfare, Socio Economic Impact, Education and Healthy.

Abstrak

Program Keluarga Harapan adalah program nasional dalam upaya pengentasan kemiskinan dan memberikan akses pelayanan dasar yaitu pendidikan dan kesehatan. PKH telah berjalan selama 11 tahun telah memberikan dampak positif. Implementasi PKH sebagai bentuk perlindungan sosial keluarga miskin berupaya untuk menurunkan dan memberdayakan kelompok rentan miskin. PKH hadir sebagai instrumen untuk meningkatkan derajat kesejahteraan bagi masyarakat miskin. Tujuan penelitian untuk melihat kontribusi, dampak dan keterpenuhan pelayanan melalui parameter 6T yaitu tepat sasaran, tepat manfaat, tepat jumlah, tepat manfaat, tepat kualitas, tepat administrasi. Lokasi penelitian mengambil setting lokasi di Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan. Metodologi menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Pelibatan informan sebanyak 54 orang sebagai penerima manfaat yang berasal dari unsur keluarga miskin yang memiliki anak balita, anak sekolah, lansia dan keluarga penyandang disabilitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam analisis terhadap 6T telah menunjukkan keberhasilan PKH sebagai instrumen yang telah memberikan

dampak positif. Kontribusi PKH terhadap pemenuhan kebutuhan penerima manfaat sebesar 10,93%. Pada aspek kebutuhan, PKH telah memberikan kontribusi makanan sebesar 42,46% dan non makanan 55,64%. Hasil dampak telah di dikaji berdasarkan pada efektifitas program dan telah memberikan keberhasilan dalam upaya mensejahterakan keluarga miskin. Disamping itu PKH telah berkontribusi mengurangi beban kebutuhan dasar keluarga khususnya dari segi pendidikan dan kesehatan. PKH menjadi bantuan yang memberikan signifikansi keberhasilan dalam meningkatkan derajat kehidupan masyarakat miskin sebagai jaring pengaman sosial. Rekomendasi kepada pemerintah melalui Kementerian Sosial sebagai entitas leading sektor program mengupayakan perluasan sasaran dan indeks bantuan sosial yang ada kiranya dapat di perbesar nilai bantuannya. Selain itu, perlunya sinergi dan komitmen bersama agar dapat memback up kepesertaan program yang belum tercover program perlindungan sosial.

Kata kunci: PKH, Kemiskinan, Kesejahteraan, Dampak Sosial Ekonomi, Pendidikan dan Kesehatan.

A. PENDAHULUAN

Pemerintah pada tahun 2007 meluncurkan program penanggulangan kemiskinan yang spesifik di bidang perlindungan sosial, dengan melaksanakan Program Keluarga Harapan (PKH). Program tersebut ditujukan untuk membantu keluarga sangat miskin melalui bantuan tunai bersyarat yang ditujukan langsung pada ibu rumah tangga agar dapat memberikan pelayanan kesehatan dan Pendidikan lebih baik kepada anak bagi balita, anak pra sekolah, dan anak usia SD dan SLTP, SMA (2015). Sejak tahun 2016 terdapat penambahan komponen kesejahteraan, yaitu penyandang disabilitas dan lanjut usia mulai tahun 70 tahun.

Dengan pelaksanaan PKH diharapkan dapat meningkatkan jangkauan atau aksesibilitas keluarga miskin terhadap pelayanan pendidikan dan kesehatan, dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan anak, meningkatkan angka partisipasi pendidikan wajib belajar 12 tahun, dan mengurangi jumlah pekerja anak. Tujuan akhir PKH diharapkan dapat mengubah sikap dan/atau perilaku pentingnya kesehatan, pendidikan, dan dapat memutuskan mata rantai kemiskinan generasi mendatang, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, serta pengurangan kematian ibu yang melahirkan. Dengan demikian terjadi proses perbaikan kualitas hidup dan peningkatan taraf kesejahteraan keluarga.

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa PKH memberikan dampak terhadap perubahan konsumsi rumah tangga seperti pelaksanaan program *Conditioning Cash Transfer* (CCT) yang cukup berhasil menanggulangi kemiskinan di sejumlah negara Amerika Latin dan negara berkembang di Asia. Di Indonesia, PKH yang

digulirkan pemerintah sejak tahun 2007 hingga tahun 2017 berhasil meningkatkan konsumsi keluarga penerima manfaat sebesar 4,8 persen.

1. Pada PJP tahun 2010–2014 terjadi peningkatan target *beneficiaries* dan alokasi budget PKH, melampaui *baseline* target perencanaan.
2. Pelaksanaan PKH tahun 2016 sebanyak 6 juta keluarga miskin dengan anggaran sebesar Rp.10 Triliun.
3. Target pelaksanaan PKH tahun 2017 masih sebanyak 6 juta keluarga miskin dengan anggaran kurang lebih Rp.11,5 Triliun.
4. Program Keluarga Harapan tahun 2018 direncanakan diperluas cakupannya menjadi 10 juta KSM dengan anggaran 17,317 Triliun atau terjadi peningkatan jumlah peserta KPM sebesar 66,67 persen.

Proses dan bentuk perlindungan sosial PKH mengalami perubahan mekanisme ke dalam bentuk bantuan sosial non tunai berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2017 tentang Penyaluran Bantuan Sosial Secara Non Tunai. Penyaluran bantuan non tunai dimaksudkan agar bantuan tepat sasaran, tepat jumlah, tepat waktu, tepat kualitas, tepat manfaat, dan tepat administrasi (6 T). Penyaluran Bantuan Sosial secara non tunai dapat dikecualikan bagi penyandang disabilitas berat, lanjut usia terlantar non potensial, eks penderita penyakit kronis non potensial, Komunitas Adat Terpencil (KAT), dan/ atau daerah yang belum memiliki infrastruktur untuk mendukung penyaluran Bantuan Sosial secara non tunai.

Sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (Faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (Fasdik) yang tersedia di sekitar mereka. Manfaat PKH juga mulai

didorong untuk mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf kesejahteraan sosial sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden RI.

Melalui PKH, keluarga miskin didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, dan pendampingan, termasuk akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lain yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. Program ini sebagai instrumen pendukung untuk kesiapan *exit* dari KPM-PKH. Program komplementer mencakup Jaminan kesehatan nasional (JKN), Beras Sejahtera (Rastra), Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), Program Indonesia Pintar (PIP), Kelompok Usaha Bersama (Kube), Rumah Tinggal layak Huni (Rutilahu), Asistensi Lanjut Usia terlanjar (Aslut), Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB), dan bantuan sosial lainnya yang berasal dari pemerintah daerah, masyarakat, dan dunia usaha. PKH diarahkan menjadi *center of excellence* penanggulangan kemiskinan dengan mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional.

Mengingat PKH telah dilaksanakan selama 10 tahun telah mengalami perubahan mekanisme dari bentuk bantuan sosial tunai menjadi bentuk bantuan sosial non tunai sejak tahun 2017. Oleh karena itu implementasi PKH perlu dibuktikan secara empiris untuk mengetahui sejauhmana efektivitas dan dampak nyata pelaksanaan PKH dalam pengentasan kemiskinan. Terkait dengan hal tersebut PKH perlu dievaluasi sehingga diperoleh gambaran efektivitas pelaksanaan dan dampak bantuan sosial PKH terhadap kesejahteraan sosial KPM.

Mengacu pada latar belakang penelitian, maka masalah dirumuskan masalah penelitian bagaimana efektivitas implementasi PKH terhadap kesejahteraan sosial Keluarga Penerima Manfaat (KPM)? Sejauh mana dampak layanan PKH terhadap kesejahteraan sosial Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH?

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Jenis

penelitian kuantitatif dimaksudkan sebagai upaya menjelaskan fenomena yang ada dengan menggunakan angka-angka untuk mengetahui karakteristik individu atau kelompok. Responden 54 yang merupakan keluarga penerima manfaat dengan teknik purposive sampling selama enam hari. Keluarga Penerima Manfaat (KPM) mayoritas dari kelompok peserta reguler yaitu yang berstatus memiliki anak balita, anak bersekolah SD dan SMP serta Lansia sebagai responden utama penelitian. Lokasi penelitian mengambil setting wilayah Kabupaten Bone. Wilayah tersebut merupakan salah satu lokasi yang memiliki topografi wilayah perbukitan dan merepresentasikan wilayah perdesaan di timur Indonesia. Kabupaten Bone telah mengimplementasikan PKH sejak tahun 2010 dan resprentatif untuk di teliti.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Bone merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan yang terletak di pesisir timur Provinsi Sulawesi Selatan yang berjarak 174 km dari Kota Makassar Ibukotanya adalah Tanete Riattang. Mempunyai garis pantai sepanjang 138 km dari arah selatan kearah utara. Secara astronomis terletak dalam posisi 4013'- 5006' Lintang Selatan dan antara 119042'-120040' Bujur Timur dengan batas-batas wilayah sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Wajo dan Soppeng, Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Maros, Pangkep, dan Barru. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Sinjai dan Kabupaten Gowa., Sebelah Timur berbatasan dengan Teluk Bone.

Kabupaten Bone dengan pusat pemerintahan di Kecamatan Tanete Riattang merupakan wilayah dengan tingkat kepadatan penduduk tertinggi, yakni mencapai 20,97 jiwa/Ha. Jumlah rumah tangga yang tercatat sebanyak 12.427 KK, dengan jumlah penduduk 49.887 jiwa. Luas wilayah Kecamatan Tanete Riattang tercatat 2.379 Ha (0,52) persen dari luas wilayah Kabupaten Bone) dengan luas area terbangun 701,38 Ha yang meliputi 8 kelurahan. (Lihat Tabel 2.3 Jumlah Penduduk dan Kepadatannya 5 Tahun Terakhir) Rata-rata pertumbuhan penduduk Kabupaten Bone khususnya lima tahun terakhir

(tahun 2008-2012) menunjukkan angka 2,72 % pertahun. Proyeksi penduduk untuk 5 Tahun kedepan tahun 2018 diprediksikan penduduk Kabupaten Bone mencapai 763.412 jiwa dengan kepadatan penduduk 1,67 jiwa/Ha. Berdasarkan informasi dari BPS menyebutkan bahwa Penduduk Kabupaten Bone berdasarkan proyeksi penduduk tahun 2016 sebanyak 746.973 jiwa yang terdiri atas 356.691 jiwa penduduk laki-laki dan 390.282 jiwa penduduk perempuan. Dibandingkan dengan proyeksi jumlah penduduk tahun 2015, penduduk Bone mengalami pertumbuhan sebesar 0,55 persen dengan masing-masing persentase pertumbuhan penduduk laki-laki sebesar 0,62 persen dan penduduk perempuan sebesar 0,48 persen. Sementara itu besarnya angka rasio jenis kelamin tahun 2016 penduduk laki-laki terhadap penduduk perempuan sebesar 91,39. Kepadatan penduduk di Kabupaten Bone tahun 2016

mencapai 164 jiwa/km². Kepadatan Penduduk di 27 kecamatan cukup beragam dengan kepadatan penduduk tertinggi terletak di kecamatan Tanete Riattang dengan kepadatan sebesar 2.193 jiwa/km² dan terendah di Kecamatan Bontocani sebesar 34 jiwa/km². Jumlah penduduk miskin pada tahun 2016 sebesar 70.090 jiwa. Berdasarkan sumber dari BPS 2016 garis kemiskinan bagi penduduk miskin paling rendah memiliki pendapatan senilai Rp.260.552,-.

Ketersediaan Fasilitas kesehatan dan pendidikan digunakan untuk meningkatkan kualitas manusia di Kabupaten Bone. Peningkatan status baik pendidikan dan kesehatan menjadi modal utama menuju pencapaian derajat kesehatan dan pendidikan. Di Kabupaten Bone fasilitas kesehatan tersedia meskipun dari sisi pelayanan masih perlu ditingkatkan.

Tabel 1.
Sarana Kesehatan di Kabupaten Bone Tahun 2017

No	Jenis Sarana					
	Rumah Sakit	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Klinik/Balai Kesehatan	Jumlah
1	3	38	156	942	13	1152

Sumber BPS Kabupaten Bone 2017

Data di atas menunjukkan bahwa layanan kesehatan yang tersebar di Kabupaten Bone terdiri dari 3 rumah sakit tersebar di pusat kecamatan. Meskipun kondisi geografisnya yang berbukit-bukit ada beberapa wilayah yang masih termasuk sulit untuk dijangkau oleh fasilitas kesehatan. Namun secara umum Kabupaten Bone yang berjumlah 746.973 jiwa yang tersebar di 26 kecamatan dari sisi penyediaan fasilitas kesehatan telah cukup memadai terutama dalam hal akses pendidikan dan kesehatan. Ketersediaan layanan di Kabupaten Bone didukung oleh tenaga medis meliputi Dokter 4, Perawat 210, Bidan 186 Tenaga Farmasi 15 Selain tenaga medis, layanan kesehatan.

Pendidikan merupakan salah satu faktor utama keberhasilan pembangunan di suatu daerah, dengan tersedianya sumber daya manusia yang memiliki keahlian yang memadai khususnya layanan pendidikan. Oleh karena itu di Kabupaten Bone memiliki fasilitas pendidikan yang tersebar

di wilayah tersebut. Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional, Maret 2016, Angka Partisipasi Murni (APM) tertinggi berada pada jenjang SD/MI dengan APM mencapai 97,97 sedangkan Angka Partisipasi Kasar (APK) tertinggi berada pada jenjang SD/MI dengan APK 116,03. Menurut data Dinas Pendidikan Nasional dan Kementerian Agama Kabupaten Bone, pada tahun 2016 terdapat 476 TK, 670 Sekolah Dasar, 75 Madrasah Ibtidaiyah, 122 SMP, 91 madrasah Tsanawiyah, 38 SMA, 24 SMK, dan 37 Madrasah Aliyah.

Tabel.2
Sarana Pendidikan di Kabupaten Bone Tahun 2017

No	Keterangan	F	%
1	Taman Kanak-kanak	476	31
2	SD/MI	745	48,64
3	SMP/MTs	213	13,9
4	SMA/MA/SMK	99	6,46
	Jumlah	1533	100

Sumber: BPS Kabupaten Bone 2017

Keberadaan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial di Kabupaten Bone tidak dapat dilepaskan dari peran dinas sosial setempat. PMKS menjadi sasaran garap instansi sosial guna menyelesaikan permasalahan sosial di Kab Bone. Pada akhir tahun 2016 jumlah PMKS yang ada di

Kabupaten Bone lebih banyak anak terlantar atau putus sekolah dan fakir miskin, selanjutnya dengan wanita rawan sosial ekonomi dan penyandang disabilitas. Berikut ini disajikan data mengenai penyandang masalah kesejahteraan sosial yang ada di Kabupaten Bone.

Tabel 3.
Data Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)

1	Anak Jalanan	13
2	Anak dengan kedisabilitas (AKD/Cacat)	826
3	Anak yang menjadi korban tindak kekerasan atau dipelakukan salah	72
4	Anak yang memerlukan perlindungan khusus	20
5	Lanjut Usia Terlantar	168
6	Penyandang Disabilitas	2.887
7	Tuna Susila	57
8	Gelandangan	5
9	Pengemis	23
10	Pemulung	75
11	Kelompok Minoritas	-
12	Bekas Warga Binaan Lembaga Permasalahatan (BWBLP)	302
13	Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)	-
14	Korban Penyalahgunaan NAPZA	43
15	Korban Trafficking	-
16	Korban Tindak Kekerasan	33
17	Pekerja Migran Bermasalah Sosial (PMBS)	-
18	Korban Bencana Alam	881
19	Korban Bencana Sosial	488
20	Wanita Rawan Sosial Ekonomi	3.297
21	Fakir Miskin (FM)	92.002
22	Keluarga Bermasalah Sosial Psikologis	5
23	Komunitas Adat Terpencil(KAT)	146
JUMLAH		150.369

Sumber : Dinas Sosial Kabupaten Bone 2017

Berdasarkan pada table 3 di atas dapat diketahui bahwa mayoritas PMKS di Kabupaten Bone di dominasi oleh Fakir Miskin sebanyak 92.002 dan anak yang putus sekolah sebanyak 49.959 orang. Sementara itu untuk pengembangan dan peningkatan kesejahteraan sosial maka sumber dan potensi kesejahteraan perlu di dayagunakan dan di optimalkan. PSKS

yang sangat berperan di Kabupaten Bone adalah Pekerja Sosial Masyarakat sebanyak 1.539 dengan pendamping PKH sebanyak 59 Orang. Sementara itu Tagana di Kabupaten Bone sebanyak 169, Lembaga Kesejahteraan Sosial 19 buah lembaga. Berikut ini disajikan data mengenai kondisi PSKS di Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan sebagaimana tergambar dalam grafik di bawah ini.

Tabel 4.
Data PSKS Kabupaten Bone

NO.	JENIS PSKS	JUMLAH
1	Pekerja Sosial Profesional	9
2	Pekerja Sosial Masyarakat (PSM)	1.539
	- Pendamping & Operator Program Keluarga Harapan (PKH)	59

3	Taruna Siaga Bencana (TAGANA)	169
4	Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS)	19
5	Karang Taruna (KT)	372
	- Personil Karang Taruna	11.160
6	Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga (LK3)	1
	- Personil Konsultasi Kesejahteraan Keluarga (LK3)	9
7	Keluarga Pioner	0
8	Wahana Kesejahteraan Sosial Keluarga Berbasis Masyarakat (WKS KBM)	60
9	Wanita Pemimpin Kesejahteraan Sosial (WPKS)	52
10	Penyuluh Sosial	68
11	Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK)	27
12	Dunia Usaha	56
JUMLAH		13.600

Sumber : Dinas Sosial Kabupaten Bone 2016

Responden utama dalam penelitian ini adalah keluarga penerima manfaat. Responden dalam penelitian sebanyak 54 terdiri dari komponen reguler 47 KPM, lansia 7 orang. Berdasarkan hasil analisis diungkapkan secara jelas kondisi KPM berdasarkan usia, status perkawinan, pendidikan, jumlah tanggungan keluarga, pekerjaan dan penghasilan responden.

1. Usia Responden

Jika dicermati dari data yang ada lebih dari separuh responden (57,4 %) masih berusia

produktif dengan rentang usia antara 19 hingga 40 tahun. Dengan melihat pengelompokan umur yang masih produktif, maka dapat diketahui profesi dan sumber daya manusia yang dimiliki responden masih cukup tinggi untuk dapat dikembangkan melalui pemberdayaan sesuai dengan minat peserta PKH sehingga diharapkan mereka terentaskan dari kemiskinan dan graduasi secara mandiri.

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19-30	10	18,5	18,5
	31-40	21	38,9	57,4
	41-50	12	22,2	79,6
	51-60	4	7,4	87,0
	> 60	7	13,0	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Sumber : Olah data Penelitian 2018

2. Status Perkawinan

Salah satu persyaratan yang dibutuhkan untuk menjadi peserta PKH adalah kepala keluarga. Seorang kepala keluarga dapat berstatus kawin, pernah kawin dalam arti janda atau duda dan belum kawin. Responden dengan status belum kawin dikarenakan mereka sudah berusia kawin tapi belum kawin

dan mempunyai KK sendiri dan berkewajiban menanggung keluarganya. Dalam penelitian tersebut responden yang telah kawin sebanyak 50 orang atau 92,6 % dan yang belum kawin hanya 1 saja karena yang bersangkutan memiliki satu orang anak dan menjadi wali atas anak tersebut. Sedangkan sebanyak 3 orang atau 5,6 % merupakan cerai hidup. Berikut ini disajikan tabel distribusi status perkawinan responden.

Tabel 6. Distribusi Responden berdasarkan Status perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	50	92,6	92,6	92,6
	Belum Kawin	1	1,9	1,9	94,4
	Cerai Hidup	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Sumber: Oleh Data Penelitian 2018

3. Pendidikan

Tingkat pendidikan responden dilihat dari sudut pandang sumber daya manusia masih tergolong rendah dari data yang ada menunjukkan bahwa jumlah responden yang tidak tamat SD dan hanya tamat SD lebih mendominasi yaitu sebanyak 50 orang (92,6 %). Dengan demikian tampak bahwa orang dengan kondisi sosial ekonomi yang relatif miskin tidak mampu mengakses pendidikan

yang tinggi. Penyebab rendahnya pendidikan antara lain adanya kemiskinan struktural, pada saat responden berusia sekolah orang tuanya juga dalam keadaan ekonomi yang kurang mampu, sehingga tidak memungkinkan untuk menyekolahkan responden pada sekolah yang lebih tinggi. Jika dilihat dari hasil wawancara, ada kecenderungan responden ingin menyekolahkan anaknya minimal sampai sekolah menengah atas, hal ini juga dipicu dengan adanya program dari pemerintah berupa program KIS dan PKH.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Pendidikan responden

		pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tamat SD	7	13,0	13,0	13,0
	Tamat SD	43	79,6	79,6	92,6
	SMP/Mts/Sederajat	4	7,4	7,4	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

4. Pekerjaan

Kepemilikan pekerjaan sangat erat berkaitan dengan tingkat pendidikan dan kondisi geografis dimana responden bertempat tinggal. Responden dengan tingkat pendidikan yang hanya lulus SD bahkan tidak lulus SD sangat sulit untuk mendapatkan pekerjaan yang layak baik dalam hal jenis maupun gaji. Apalagi dengan kondisi wilayah tempat tinggal mereka yang berada di pegunungan dan jauh dari kota yang ada hanyalah pekerjaan dibidang pertanian dan perkebunan. Dilihat dari data yang ada responden yang bermata pencaharian sebagai petani/pekebun sebanyak 59,3 % dalam arti petani

gurem dalam arti petani yang hanya memiliki ladang yang relatif kecil bahkan sebanyak 31,5 persen hanya bermata pencaharian sebagai buruh. Yang hasilnya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga secara layak.

Sebagai upaya untuk mencukupi kebutuhan rumah tangga responden membantu suami mencari pekerjaan tambahan/sampingan selain pekerjaan pokoknya sebagai ibu rumah tangga. Pekerjaan sampingan responden tetap saja sebagian besar adalah sebagai buruh baik di bidang pertanian maupun non pertanian. Pekerjaan sampingan responden berupa pemecah kemiri, buruh tebang tebu, buruh jahit dan ada seorang sebagai guru mengaji.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden

Pekerjaan responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Usaha Sendiri/Berdagang/Bengkel	1	1,9	1,9	1,9
	Tani/Pekebun	32	59,3	59,3	61,1
	Buruh	17	31,5	31,5	92,6
	Tidak Bekerja	3	5,6	5,6	98,1
	Lainnya	1	1,9	1,9	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

5. Penghasilan

Penghasilan responden di lokasi penelitian merupakan perpaduan antara penghasilan utama dan penghasilan tambahan. Sebagian besar

responden memiliki penghasilan tambahan untuk menopang pemenuhan kebutuhan rumah tangga. Penghasilan responden secara rinci tersaji pada tabel berikut.

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Jumlah Penghasilan KPM di Kabupaten Bone

No	Penghasilan	f	%
1	< 600 000	35	64,81
2	600.001 – 1.000.000	10	18,52
3	1000.001 - 1.500.000	6	11,11
4	1500.001 - 2000 000	3	5,56
5	2000 001 - 2500 000	-	
6	2500 001 - 3000 000	-	
7	>3000 000	-	
Jumlah		54	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa, sebagian besar responden berpenghasilan antara Rp. <600.000 sd. 1.000.001,- sebanyak 45 responden (64,81%),. Penghasilan responden secara nominal tergolong rendah sedangkan mereka yang berpenghasilan lebih dari Rp. 1.000.001 s.d. lebih dari Rp. 2.000.000,- hanya 9 orang. Penghasilan responden secara keseluruhan belum dapat memenuhi kebutuhan ekonomi secara signifikan mengingat beban biaya yang harus dikeluarkan responden sebagian besar 1.000.000 dalam pengeluarannya sehingga mereka sangat bergantung pada bantuan PKH yang diterima selama ini.

Beban responden yang memiliki anak SMP apalagi SMA tentunya akan lebih berat dari yang hanya memiliki anak SD ataupun Balita. Meskipun seluruh responden KPM PKH mendapat program KIP bantuan tersebut belum sepenuhnya mampu memenuhi kebutuhan biaya pendidikan anak responden. Apalagi responden yang memiliki SMA/ sederajat terutama di sekolah swasta harus

mengeluarkan biaya sebagai uang pangkal awal masuk sekolah, SPP tiap bulan, dan berbagai sarana perlengkapan kegiatan ekstra kurikuler. Selain mendapat PKH responden merasa lebih terbantu dengan adanya program komplementer berupa berupa BPNT, KIS, KPM telah mendapat subsidi listrik, KIP bagi KPM yang memiliki anak SD, SMP, dan SMA. Bantuan komplementer yang diterima KPM dapat mengurangi beban pengeluaran rumah tangga. Dengan berbagai program komplementer diharapkan KPM segera hidup sejahtera dan dapat terentaskan dari kemiskinan.

1. Implementasi PKH di Kabupaten Bone Sulawesi Selatan

Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Bone dimulai pada akhir tahun 2010;. Dari 27 Kecamatan yang ada di kabupaten Bone baru 10 kecamatan yang diintervensi oleh Program Keluarga Harapan, dengan jumlah RTSM sebanyak 2.545 yang tersebar di 127 desa/Kelurahan, Istilah Rumah Tangga Sangat

Miskin (RTSM) sejak tahun 2014 ini diganti menjadi Keluarga Sangat Miskin (KPM). Dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Bone telah memberikan sumbangan perubahan terhadap penurunan angka kemiskinan di daerah yaitu sebesar 7 (tujuh) persen; hal ini dikemukakan dalam rapat koordinasi Tim Koordinasi penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) Kabupaten Bone Tahun 2012 yang lalu. Pemerintah Kabupaten Bone melalui Dinas Kesejahteraan sosial sangat berharap adanya tambahan kuota dan pengembangan wilayah Program Keluarga Harapan karena merupakan salah satu program unggulan yang lebih pro poor.

Jumlah penduduk miskin Kabupaten Bone pada tahun 2011, sebanyak 278.050 jiwa yang dibagi kedalam 3 (tiga) kategori berdasarkan data hasil PPLS 2011. Jumlah penduduk miskin I (Miskin Sekali) sebanyak 92.002 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 44.457 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 47.545 jiwa, Kategori II (Miskin) sebanyak 93.155 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 44.048 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 49.107 jiwa dan Kategori III (Hampir Miskin) sebanyak 92.893 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 43.120 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 49.773 jiwa.

Bila jumlah penduduk miskin tersebut dibandingkan dengan jumlah keseluruhan penduduk Kabupaten Bone pada tahun 2011,

maka penduduk miskin Kabupaten Bone sebesar 12,69 % untuk kategori I, 12,85% untuk kategori II dan 12,81% untuk kategori III.

Berdasarkan data pada tabel 1 terlihat bahwa penduduk miskin di Kabupaten Bone terbanyak terdapat pada Kecamatan Tellu Siatting'e dengan jumlah total penduduk miskin sebanyak 16.012 jiwa (kategori I sebanyak 4.541 jiwa, kategori II sebanyak 4.746 jiwa dan kategori III sebanyak 6.725 jiwa) sedangkan kecamatan dengan penduduk miskin paling sedikit terdapat di Kecamatan Tonra dengan jumlah total penduduk miskin sebanyak 6.084 jiwa (kategori I sebanyak 2.452 jiwa, kategori II sebanyak 2.065 jiwa dan kategori III sebanyak 1.567 jiwa),

Dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Bone yang dimulai pertengahan Tahun 2010 dapat diberi gambaran, bahwa berdasarkan data dari BPS Tahun 2010 dari 27 kecamatan terdapat 37.295 KPM. Dan berdasarkan Sumber Data BPS Tahun 2012 melalui Pendataan Terpadu untuk Program Perlindungan Sosial (Maret 2012) terjadi penurunan jumlah KPM di Kabupaten Bone menjadi 20.058. hal ini disebabkan dengan adanya strategi pemerintah dalam mengurangi kemiskinan melalui intervensi program PKH, Bea Siswa Miskin, BOS, Jamkesmas, BLSM dan Raskin yang ditujukan kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (KPM) serta didukung pula dengan Program Pemberdayaan seperti PNPM dan KUBE serta Kredit Usaha Rakyat (KUR). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 10 di bawah ini.

Tabel 10
Data Umum KPM Lokasi PKH Kabupaten Bone

TAHAP /TAHUN	KPM	BUMIL	BALITA	APRAS	SD	SMP	SMA	LANSIA	DB	TOTAL BANTUAN (Rp)
TAHAP 3 - 2010	2,545	164	1,876	-	3,676	1,096	-	-	-	953,650,000
TAHAP 4 - 2010	2,545	164	1,876	-	3,676	1,096	-	-	-	953,650,000
										1,907,300,000
TAHAP 1 - 2011	2,502	105	1,939	-	3,556	874	-	-	-	913,000,000
TAHAP 2 - 2011	2,520	99	2,006	-	3,562	883	-	-	-	922,200,000
TAHAP 3 - 2011	2,500	103	1,949	-	3,425	877	-	-	-	878,350,000
TAHAP 4 - 2011	2,484	105	1,917	-	3,422	917	-	-	-	900,150,000
										3,613,700,000
TAHAP 1 - 2012	2,477	99	1,885	-	3,352	901	-	-	-	877,700,000
TAHAP 2 - 2012	2,467	90	1,926	-	3,300	888	-	-	-	1,113,285,000
TAHAP 3 - 2012	2,455	93	1,804	-	3,250	936	-	-	-	759,020,000
TAHAP 4 - 2012	2,442	97	1,727	-	3,271	983	-	-	-	759,150,000
										3,509,155,000
TAHAP 1 - 2013	2,442	99	1,738	-	3,243	977	-	-	-	751,290,000
TAHAP 2 - 2013	2,441	116	1,723	-	3,232	1,012	-	-	-	1,685,272,000
TAHAP 3 - 2013	2,381	94	1,419	-	3,177	1,061	-	-	-	906,112,500
TAHAP 4 - 2013	2,363	93	1,408	-	3,142	1,060	-	-	-	898,150,000

										4,240,824,500
TAHAP 1 - 2014	2,347	83	1,402	-	3,120	1,046	-	-	-	881,862,500
TAHAP 2 - 2014	2,324	75	1,362	-	3,104	1,042	-	-	-	1,430,199,500
TAHAP 3 - 2014	2,273	43	1,061	-	2,938	1,123	-	-	-	830,950,000
TAHAP 4 - 2014	9,110	290	6,618	-	9,988	3,003	-	-	-	3,630,492,500
										6,773,504,500
TAHAP 1 - 2015	8,955	270	6,686	-	9,772	2,795	-	-	-	2,831,238,750
TAHAP 2 - 2015	8,928	254	6,743	-	9,720	2,771	812	-	-	7,766,773,750
TAHAP 3 - 2015	8,909	273	6,735	-	9,712	2,755	808	-	-	3,097,512,500
TAHAP 4 - 2015	8,838	255	5,626	-	9,732	3,129	998	-	-	3,030,001,250
										16,725,526,250
TAHAP 1 - 2016	8,779	278	5,668	-	9,655	3,060	1,039	-	-	7,571,847,500
TAHAP 2 - 2016	8,706	322	5,698	-	9,537	3,011	1,044	-	-	3,267,150,000
TAHAP 3 - 2016	8,678	312	5,783	-	9,503	2,999	1,071	-	-	3,249,422,500
TAHAP 4 - 2016	19,522	684	8,355	-	17,377	7,745	3,709	4,361	190	6,466,787,500
										20,555,207,500
TAHAP 1 - 2017	19,417	431	7,807	1,112	15,704	7,184	3,467	3,571	172	9,708,500,000
TAHAP 2 - 2017	19,107	488	8,154	1,291	16,815	7,190	3,348	3,568	172	9,553,500,000
TAHAP 3 - 2017	19,111	488	8,168	1,289	16,783	7,185	3,346	3,963	265	9,555,500,000
TAHAP 4 - 2017	18,866	366	6,998	82	15,722	7,636	4,132	3,946	261	7,468,510,000
										36,286,010,000

Sumber PPKH Kab Bone Tahun 2017

Proses Layanan PKH

1. Sosialisasi dan Pertemuan awal

Sejak pertengahan Tahun 2010 Program Keluarga Harapan (PKH) yang dilokasikan di 10 kecamatan di Kabupaten Bone telah berjalan sesuai dengan prinsip-prinsip dasar pelaksanaan data KPM di 10 Kecamatan di Tahun 2010. dan kuota KPM untuk Kabupaten Bone pada 10 kecamatan tersebut berjumlah 2.950 KPM. Namun setelah diadakan validasi data oleh 14 pendamping yang ditugaskan di 10 lokasi PKH tersebut, yang terealisasi hanya 2454 KPM. pada tahun 2014 kab bone sudah tercover 27 kecamatan hingga akhir 2017 Kab Bone sudah mengalami tiga penambahan kuota KPM yang pertama tahun 2014, 2016 dan 2017.

Proses kegiatan sosialisasi telah dilakukan oleh PPKH Kabupaten sejak tahun 2010 dengan melibatkan berbagai tokoh masyarakat dan pemerintah mengenai pelaksanaan PKH di Kabupaten Bone. Pelaksanaan pertemuan awal telah diinisiasi oleh para pendamping PKH dengan mengundang pihak desa, kecamatan dan para pemangku kepentingan. Pelaksanaan sosialisasi juga berlaku pada level kecamatan yang dilaksnakan UPPKH Kabupaten bersama pendamping PKH yang disesuaikan dengan

prosedur kerja. Hadir para ketua RT, Aparat desa, tokoh masyarakat dan perwakilan dari unsur UPTD Pendidikan dan Puskesmas serta perwakilan masyarakat (BPD).

Dalam kegiatan sosialisasi tersebut masyarakat menyambut baik dan dapat berjalannya program tersebut sehingga mendapat dukungan penuh dari masyarakat. Selanjutnya para pendamping melanjutkan proses sosalilisasi lanjutan dan koordinasi dengan melakukan pertemuan awal yang telah melibatkan calon peserta. Pada pertemuan tersebut telah disepakati. Pada tahapan awal setelah penentuan dan penentuan kepesertaan sehingga diperoleh Nomor peserta PKH, kemudian ditetapkan dan berikutnya adalah pembentukan kelompok PKH yang dipimpin oleh salah satu dari peserta PKH tersebut.

2. Validasi

Sebagai pelaksanaan kegiatan PKH di Kabupaten Bone. Peneliti telah mendapatkan data KPM yang telah eligible sehingga pelaksanaan PKH menjadi lebih tepat sasaran. Adapun detail KPM yang eligible sampai pada tahun 2017 sebagai berikut.

Tabel 11
Data Eligible KPM Lokasi PKH Kabupaten Bone Tahun 2017

NO	KECAMATAN	DATA ELIGIBEL PADA TAHUN 2017			
		THP I	THP II	THP III	THP IV
1	AJANGALE	598	541	584	569
2	AMALI	597	527	580	573
3	AWANGPONE	754	585	743	733
4	BAREBBO	867	734	836	823
5	BENGO	557	500	549	539
6	BONTOCANI	864	799	858	854
7	CENRANA	622	585	615	611
8	CINA	645	557	624	621
9	DUA BOCCOE	405	389	403	393
10	KAHU	1048	925	1038	1024
11	KAJUARA	997	803	967	968
12	LAMURU	500	447	495	487
13	LAPPARIAJA	550	478	538	524
14	LIBURENG	898	780	875	862
15	MARE	907	836	903	887
16	PALAKKA	631	517	629	617
17	PATIMPENG	447	426	444	434
18	PONRE	368	337	365	362
19	SALOMEKKO	658	600	650	644
20	SIBULUE	1206	1029	1182	1172
21	TANETE RIATTANG	412	371	408	403
22	TANETE RIATTANG BAF	611	566	605	605
23	TANETE RIATTANG TIM	960	864	952	936
24	TELLU LIMPOE	640	535	622	617
25	TELLU SIATTINGE	1136	963	1121	1104
26	TONRA	603	550	599	597
27	ULAWENG	936	796	926	907
	TOTAL	19.417	17.040	19.111	18.866

3. Pelaksanaan Validasi

Pada pelaksanaan kegiatan validasi saat ini telah menggunakan aplikasi berbasis android dimana penggunaan melalui smartphone ini lebih memudahkan para mendamping untuk memonitor kegiatan serta kegiatan validasi data. Pendamping telah familiar penggunaan aplikasi tersebut sehingga memudahkan pendamping melaksanakan kegiatan validasi. Aplikasi berbasis android telah berlangsung selama kurang lebih dua tahun.

Didalam proses validasi membutuhkan kecermatan, ketelitian guna mencocokkan jumlah KPM dengan besaran bantuan yang diterima sesuai dengan kategori sasaran penerima PKH (besaran komponen yang diterima). Hasil validasi kemudian dikirim ke PPKH Kabupaten kemudian diserahkan ke PPKH Pusat di Jakarta dan mengirim kan tembusan nya ke Dinas Sosial Provinsi di Makassar. Hasil dari validasi tersebut digunakan untuk dasar pencairan bagi KPM yang disalurkan melalui rekening masing-masing KPM.

4. Entry Data

Hasil Proses validasi dilakukan guna meminimalisir kesalahan dalam pemberian bantuan. Hal tersebut dilakukan oleh pendamping

secara berkala dan mengurangi kesalahan terhadap sasaran bantuan. Waktu pencairan dilakukan secara berkala dalam 3 bulan. Entry data dilakukan secara berjenjang dari mulai tingkat lapangan yang dilakukan oleh pendamping hingga tingkat Kabupaten Bone. Proses tersebut dilakukan secara otomatis melalui program berbasis android dimana pendamping diberikan akses untuk melakukan kegiatan validasi kepesertaan sesuai dengan kepatuhan dari KPM perihal kewajiban yang harus di laksanakan sebagai peserta program.

Pendamping memperoleh perkembangan kegiatan KPM melalui pertemuan KPM dan kewajiban KPM dalam bidang kesehatan dan perkembangan kehidupan KPM secara berkala. Laporan yang dilakukan pendamping disamping proses validasi untuk menentukan pencairan selanjutnya di serahkan kepada PPKH tingkat kabupaten dan diteruskan ke Kementerian Sosial Pusat untuk di putuskan sebagai penerima bantuan PKH.

5. Proses Penyaluran Bantuan

Proses penyaluran bantuan sosial yang diterima PKH telah dimulai pada awal 2016 secara elektronik dan dilakukan oleh PPKH Kabupaten

melalui 4 tahapan pencairan. Provider HIMBARA yang ditunjuk oleh Kementerian Sosial di Kabupaten Bone adalah Bank Mandiri. 4 Tahapan pencairan sesuai dengan arahan dari Kementerian Sosial dalam hal ini Ditjen Perlindungan dan Jaminan Sosial dilakukan pada bulan Februari, Mei, Agustus dan November. Proses penyaluran bantuan dilakukan melalui informasi yang telah di lakukan oleh pendamping. Mekanisme pelaksanaan penyaluran di fokuskan pada lokasi yang strategis misalnya di Kota Kecamatan atau di Balai Desa setempat. Tergantung pada aspek lokasi nya. Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Bone ditemukan hampir dari 1000 KPM belum mendapatkan bantuan karena gaga burekol dengan dalih buku tabungan tersebut belum terdistribusi dengan baik akan tetapi hal tersebut telah daat diselesaikan dengan turunnya tim khusus dari BI (Bank Indonesia), Tim Pusat dan Provinsi.

6. Layanan FDS

Pelaksanaan kegiatan FDS (*Family Developmen Session*) merupakan kegiatan penunjang dalam upaya pemberdayaan masyarakat guna meningkatkan ketahan dan memandirikan keluarga. Unsur pemberdayaan pada FDS sangat dominan dan memberikan pola arah berfikir tentang tujuan hidup. FDS menjadi instrumen kemandirian karena di dalamnya terhubung proses dialektika antara pendamping dan KPM. Beberapa materi yang diberikan terkait dengan pelayanan anak, cara memelihara kesehatan, lansia dan penyandang disabilitas.

Hasil kajian di Kabupaten Bone menunjukkan bahwa para pendamping belum secara resmi mendapatkan pelatihan mengenai FDS. Hanya koordinator Kabupaten yang telah mendapatkan materi mengenai FDS. Dalam pelaksanaan FDS koordinator kabupaten memberikan materi terkait FDS kepada para pendamping. Namun dalam pelaksanaanya FDS di Kabupaten Bone belum maksimal karena para pendamping belum mendapatkan pelatihan tentang FDS. Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Bone layanan FDS yang diberikan oleh pendamping telah dapat di pahami oleh KPM. Dalam setiap kali pertemuan yang dilakukan oleh pendamping selalu memberikan materi tentang bagaimana

mengelola keuangan keluarga, merawat anak dan membuat lingkungan yang nyaman dan menjaga kebersihan. Di samping itu, pula warga jadi peduli dan saling mengerti mengenai kebutuhan utama keluarga terutama pendidikan dan kesehatan untuk meningkatkan status sosial keluarganya. Dalam penelitian ini terbuti para kontribusi atau tingkat kehadiran para KPM telah menunjukkan partisipasi aktif dalam setiap pertemuan sekali dalam sebulan.

2. Kontribusi PKH terhadap Kebutuhan Rumah Tangga KPM

Program Keluarga Harapan setelah berjalan selama 11 tahun (2013 hingga 2018), menunjukkan adanya kebermanfaatan dalam meningkatkan akses layanan Faskes sebesar 75 persen yang berdampak pada peningkatan kesehatan ibu dan anak balita. Kebermanfaatan dalam bidang pendidikan terjadi peningkatan angka partisipasi anak disekolah karena peningkatan akses Fasdik anak usia sekolah KPM sebesar 75 persen. Hal ini berdampak pada kelangsungan pendidikan wajib belajar 12 tahun, mengurangi drop out sekolah, pekerja anak dan mengubah sikap perilaku pentingnya pendidikan, kesehatan serta diharapkan dapat memutuskan mata rantai kemiskinan pada generasi mendatang.

Bantuan sosial nontunai sebesar Rp.1890.000,- sangat berarti bagi KPM dan berkontribusi dalam mengurangi beban pengeluaran kebutuhan rumah tangga terutama untuk perbaikan gizi keluarga dan pendidikan anak. Hasil penelitian menunjukkan variasi kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pemenuhan kebutuhan rumah tangga yang dilihat dari pengeluaran kebutuhan rumah tangga. Secara rinci kontribusi PKH terhadap kebutuhan rumah tangga tersaji pada tabel berikut.

Tabel 12. Distribusi Frekuensi Kontribusi Bantuan Sosial PKH terhadap Pengeluaran Kebutuhan Rumah Tangga KPM

No	Kontribusi Pengeluaran RT (%)	f	%
1	<3	-	-
2	4-6	5	9,26
3	7-9	9	16,67
4	10-12	30	55,56
5	13-15	10	18,51
Jumlah		54	100

Sumber: Data Primer, 2018

Dari data di atas menunjukkan bahwa kontribusi bantuan sosial PKH sebesar (4 hingga 6) persen dari pengeluaran kebutuhan rumah tangga KPM kepada sebagian responden yaitu sebanyak 5 orang (9,26 %), sebesar (7 hingga 9) persen sebanyak 9 orang (16,67%) persen dan selebihnya (10 hingga 15) persen sebanyak 40 orang (74,07) persen. Apabila dirata-rata kontribusi bantuan sosial PKH adalah sebesar (10,93%) persen dari pengeluaran kebutuhan rumah tangga 54 orang KPM. Temuan di lapangan, semakin kecil penghasilan KPM semakin besar kontribusi bantuan sosial PKH.

Kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pengeluaran kebutuhan rumah tangga KPM yang rata-rata dibawah sembilan persen dikelompokkan kedalam kebutuhan makan dan nonmakanan. Kebutuhan makan yang dimaksud adalah beras, minyak sayur, gula, teh, kopi, telur, susu, daging, ikan, sayuran, bahan air minum, makanan dan minuman jadi. Kebutuhan nonmakan yang dimaksud adalah sarana prasarana sekolah, transportasi, bahan bakar, listrik, air, pakaian, pajak kendaraan, biaya sosial, pulsa internet. Rata – rata penggunaan dana bantuan sosial PKH, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar digunakan pertama untuk pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kedua untuk perbaikan gizi. Hal ini sesuai dengan tujuan PKH yaitu meningkatkan kualitas manusia (SDM), menciptakan generasi berkualitas, mampu bersaing/kompetitif dalam mengakses lapangan pekerjaan dan dapat menjadi subjek pembangunan bukan objek pembangunan.

Berkaitan dengan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa kontribusi PKH cukup efektif untuk pemenuhan kebutuhan rumah tangga KPM terutama untuk pendidikan dan perbaikan gizi, namun belum mampu untuk menabung sebagai modal usaha ekonomi produktif. Dengan adanya usaha ekonomi produktif diharapkan

KPM siap graduasi secara mandiri dan terentah dari kemiskinan serta dapat memutus mata rantai kemiskinan generasi mendatang. PKH merupakan program nasional yang melibatkan berbagai instansi terkait dan pemerintah daerah, keberadaannya sangat bermanfaat bagi peningkatan kesejahteraan keluarga miskin. Dengan demikian komponen dana bantuan sosial PKH perlu ditingkatkan sesuai kepesertaan agar signifikan dalam meningkatkan kesejahteraan KPM.

3. Bantuan Sosial Nontunai PKH bagi KPM

Dengan adanya Program Keluarga Harapan (PKH) yang dialokasikan di Kabupaten Bone sangat mempengaruhi kebijakan dan perencanaan serta strategi penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Bone. Salah satu bentuknya, yaitu dengan lebih meningkatnya koordinasi PKH di Kabupaten Bone dapat dilihat dengan seringnya dilaksanakan rapat yang mengagendakan tentang pelaksanaan PKH melalui Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) Kabupaten Bone, dengan melibatkan semua anggota tim TKPKD, di antaranya pihak Bappeda, Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Kantor Kementerian Agama dan Instansi terkait lainnya.

Bentuk komitmen Dinas Sosial pada tahun 2017 telah memberikan dana penunjang APBD sebesar Rp. 350.000.000 sebagai dana bantuan sharing dana PKH. Dana tersebut digunakan untuk kegiatan penunjang seperti pertemuan awal dan kegiatan koordinasi di tingkat Kabupaten Bone. Pada pembahasan terkait dengan bantuan sosial nontunai ini akan dijelaskan mengenai analisis terhadap pengukuran 6 (enam) Ketepatan yaitu tepat sasaran, tepat jumlah, tepat waktu, tepat manfaat, tepat kualitas dan tepat administrasi. Berikut ini disajikan mengenai ketepatan penyaluran bantuan sosial PKH non tunai di Kabupaten Bone

Tabel 13. Ketepatan Penyaluran Bantuan Sosial PKH Non Tunai di Kabupaten Bone

No.	Kategori	Sasaran		Jumlah		Waktu		Manfaat		Kualitas		Administrasi	
		f	%	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%
1	Baik	50	94,4	41	75,9	36	66,70	35	63	9	14,8	44	77,8
2	Cukup	1	1,9	6	11,14	12	24,10	14	37	30	63	10	22,2
3	Kurang	3	3,7	7	12,96	6	9,30	-	0	6	22,2		0
	Jumlah	54	100	54	100	54	100	54	100	54	100	54	100

Sumber : Olah data penelitian 2018

Tepat Sasaran

Bantuan PKH yang diberikan kepada penduduk miskin sebagai peserta PKH di dasarkan pada hasil BDT Tahun 2015. Keikutsertaan keluarga dalam PKH yang terdaftar pada tahun 2010 diambilkan pada data PPLS tahun 2008. Hasil penelitian terhadap responden yang dilakukan pada lokasi penelitian diketahui bahwa kartu PKH sebagai alat utama pemberian bantuan. Pada ketepatan sasaran ini telah tergalai informasi tentang pemahaman para responden terkait dengan kepesertaannya. Secara umum responden mengetahui tentang keikutsertaan penerima PKH antara lain ibu hamil, ibu menyusui, anak balita, anak usia SD hingga lansia dan anggota keluarga yang memiliki penyandang disabilitas.

Dari data yang diperoleh dari lapangan di Kabupaten Bone menyatakan bahwa bantuan yang diperoleh dapat digunakan untuk memenuhi sebagian kebutuhan pendidikan dan makanan yang memiliki nilai kandungan gizi yang terjamin. Anak dapat memperoleh gizi yang cukup. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa 51 responden (94,4%) responden memegang kartu Kartu kepesertaan sendiri dan sekaligus mengambil uang bantuan yang menjadi hak. Ada responden yang mengambil uang langsung ke Bank walaupun dengan jarak tempuh yang cukup jauh yaitu kurang lebih 1 jam perjalanan dengan naik angkot atau pun sepeda motor. Namun untuk memudahkan penerima bantuan pihak pemerintah setempat mengambil inisiatif mendatangkan pihak Bank (Bank Mandiri) atau agen penyalur ke ibukota kecamatan sehingga lebih memudahkan penerima bantuan untuk mengambil uang bantuan.

Tepat Jumlah

Ketepatan jumlah yang dimaksud disini adalah mengenai jumlah besaran bantuan yang diberikan atau yang diterima KPM. Besaran bantuan yang telah diberikan KPM sesuai dengan mekanisme yang telah ditetapkan dalam pedoman yang ditetapkan Kementerian Sosial. Berdasarkan hasil informasi yang diperoleh di Kabupaten Bone bahwa bantuan terbagi dalam 4 (empat) tahapan. Bagi KPM dengan kepesertaan yaitu ibu hamil, memiliki anak balita, Anak pra sekolah dan Anak usia sekolah SD, SMP dan SMA mendapatkan

bantuan sebesar 1.890.000. Rincian besaran bantuan pertahapan yaitu pada tahap pertama hingga ketiga masing-masing mendapatkan bantuan sebesar Rp 500.000,-. Sedangkan pada tahap keempat mendapatkan Rp.390.000. Untuk kepesertaan lansia dan penyandang disabilitas mendapatkan bantuan sebesar Rp 2.000.000 namun dilapangan banyak dijumpai bahwa besaran bantuan yang di peroleh terutama bagi lansia dan penyandang disabilitas mendapatkan jumlah bantuan yang sama dengan reguler. Hal tersebut menjadi permasalahan baik bagi penerima bantuan maupun bagi pendamping. Hasil di lapangan menunjukkan bahwa 41 responden atau 75,9 persen menyatakan bahwa jumlah bantuan yang telah mereka peroleh telah sesuai dengan jumlah yang di dapatkan. Sedangkan sisanya yaitu 13 orang (24,1%) responden menyatakan bahwa bantuan yang diperoleh mendapatkan potongan terutama dari pihak Bank.

Tepat Waktu

Dalam hal ketepatan waktu sebesar 36 responden (66,7%) mengatakan tepat didalam penyaluran bantuan karena mereka tahu setelah adanya pemberitahuan dari para pendamping melalui ketua kelompoknya. Pendamping melalui ketua kelompoknya memberikan informasi terkait jadwal pencairan yang di informasikan kepada KPM penerima bantuan. Waktu pencairan telah di beritahu oleh pendamping dan tempat pelaksanaan pencairan. Mengikuti pada agenda agustus tuntas yang di galakkan pada tahun 2017.

Diperoleh informasi dari salah satu informan bahwa pencairan bantuan yang ada di Kabupaten Bone sesungguhnya dari aspek penerima manfaat telah cukup tepat waktu akan tetapi informasi yang diperoleh dari PPKH mengatakan bahwa upaya bantuan tersebut disesuaikan dari informasi yang mereka peroleh dari Kementerian Sosial dan kesiapan dari pihak Bank Mandiri untuk penyaluran bantuan tersebut. Disini sesungguhnya dapat di ketahui bahwa komitmen dari pihak Bank memberikan signifikansi ketepatan waktu jadwal pencairan dilakukan. Sementara itu disisi lain pihak KPM hanya mendapatkan informasi dari ketua kelompok ataupun dari pendamping langsung. KPM hanya merasa bahwa ketepatan bantuan

hanya ketika bantuan tersebut diinformasikan oleh pendamping. Hal ini tentunya menjadi evaluasi bagi penyedia jasa layanan perbankan untuk lebih siap dalam menyalurkan bantuan sosial kepada KPM.

Tepat Kualitas

Yang dimaksud dengan tepat kualitas dalam hal layanan kesehatan dan pendidikan. Dilihat dari data yang ada sebanyak 34 responden (63%) mengatakan bahwa institusi layanan kesehatan dan pendidikan baik dalam menjalankan tugas dan kewajibannya terutama membantu dan melayani peserta PKH dan anak-anaknya dalam bersekolah. Institusi kesehatan selalu melayani peserta PKH baik ibu hamil maupun anak balita. Pemeriksaan bagi ibu hamil dilakukan setiap satu bulan sekali dan pemberian multivitamin dan zat besi setiap kali pemeriksaan di puskesmas. Di samping ibu hamil dan anak balita tentunya tidak ketinggalan bagi para lansia sebagai penerima PKH. Lansia di Kabupaten Bone memerlukan tindakan pemeriksaan kunjungan ke rumah atau lebih dikenal home visit. Sehingga dengan demikian pemantauan kesehatan terhadap para lansia ini lebih terjamin. Rata-rata kondisi lansia lebih pada penyakit usia senja seperti penglihatan yang menurun, batuk rejan, kondisi penurunan kesehatan paru-paru. Pada penelitian ini ada sebanyak 7 orang lansia yang rawan terhadap kesehatannya dan memerlukan pemantauan secara berkala.

Tepat Manfaat

Tepat manfaat dalam penyaluran bantuan sosial PKH nontunai dimaksudkan adalah ketepatan penggunaan dana bantuan yang diberikan kepada KPM. Bentuk ketepatan tersebut lebih berorientasi pada penggunaan bantuan itu sendiri terutama bagi pendidikan dan kesehatan. Sebanyak 8 responden atau 14,8 persen menyatakan bahwa pemanfaatan bantuan tersebut digunakan secara khusus untuk bidang kesehatan, perbaikan gizi anak dan ditabung. Sementara sebanyak 34 responden atau (63%) menyatakan bahwa bantuan yang diperoleh digunakan untuk kebutuhan kesehatan, pendidikan dan kebutuhan rumah tangga lainnya.

Akan tetapi bedanya adalah para KPM mengaku tidak memiliki sisa bantuan untuk ditabung. Hal tersebut berkategori cukup. Disisi lainnya yang menyatakan kurang adalah 12 responden yang menyatakan bahwa besaran bantuan di gunakan untuk disamping pendidikan dan kesehatan juga digunakan untuk memenuhi kebutuhan lainnya. Dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan bantuan di Kabupaten Bone hampir seluruhnya menjadi bantuan yang bersifat penggunaannya pada segi konsumtif. Sangat sedikit yang menyalurkan bantuannya untuk ditabung. Di Kabupaten Bone yang dapat ditabung lebih pada kelompok lansia meskipun peruntukan menabung dalam jangka pendek akan tetapi bantuan tersebut masih tetap tersimpan dalam rekening tabungan.

Administrasi

Ketepatan administrasi dalam penyaluran bantuan non tunai ini adalah dari segi kelengkapan berkas dokumen persyaratan menjadi peserta PKH, berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Bone menunjukkan bahwa sebanyak 77,80 % KPM telah memiliki persyaratan administratif yang baik seperti KTP, Akta nikah, dan akte kelahiran si anak. Di samping memiliki kartu kepesertaan PKH juga memiliki KKS, KIS, KIP. Sementara yang memberikan penilaian cukup ada sebanyak 22,20 persen responden. Hal tersebut dikarenakan ada beberapa anak balita atau anak sekolah yang sengaja dititipkan kepadanya wali dan mendapatkan bantuan PKH sehingga dari walinya kurang mengetahui administrasi yang dibutuhkan sebagai penerima manfaat.

4. Dampak PKH terhadap Kesejahteraan Sosial KPM

Pada pembahasan berikutnya adalah mengenai dampak implementasi PKH terhadap bidang kesehatan, pendidikan dan ekonomi KPM. Semangat utama dari PKH adalah bagaimana memutus mata rantai kemiskinan antargenerasi dengan penguatan ketahanan keluarga dan peningkatan kualitas kehidupan dengan jalur pendidikan dan kesehatan. Berikut ini dijelaskan hasil analisis yang dilakukan di Kabupaten Bone terkait dengan dampak yang telah dirasakan oleh keluarga penerima manfaat sebagai peserta PKH.

1. Dampak di bidang Kesehatan

Dampak kesehatan telah memberikan efek yang cukup baik bagi keluarga penerima manfaat. Sebanyak 50 persen responden menyatakan baik mengenai dampak yang dirasakan ketika menjadi peserta PKH meningkat. Beberapa indikator yang dapat dirasakan oleh KPM adalah terpenuhinya kebutuhan gizi KPM baik bagi anak, keluarga, lansia atau penyandang disabilitas. Di Kabupaten Bone responden hanya pada unsur ibu hamil, anak balita, anak usia sekolah dan lansia. Terpenuhi gizi yang seimbang tentu berdampak pada kualitas derajat kesehatan keluarga. Sementara itu penilaian cukup dari responden sebesar 40,80 persen. Hal tersebut memberikan penafsiran bahwa bantuan PKH telah berdampak baik dan cukup bagi aspek kesehatan, sisanya yang memberikan penilaian kurang sebanyak 9,20 persen terbanyak berasal dari para lansia dimana mereka belum sepenuhnya tersentuh penanganan dari puskesmas.

2. Dampak Pendidikan

Untuk aspek terhadap dampak pendidikan di Kabupaten Bone sebanyak 55,56 persen memberikan penilaian baik sedangkan 35,18 persen memberikan penilaian cukup baik dari aspek pendidikan. Tidak jauh berbeda bahwa peruntukan bantuan di bidang pendidikan lebih utama. Meningkatkan partisipasi pendidikan bagi KPM sangat dirasakan terutama mengenai biaya kebutuhan KPM. Komitmen utama bagi KPM adalah kepatuhan dalam sekolah sehingga kepatuhan KPM dalam bidang pendidikan menjadi lebih terpantau. KPM merasakan beban keluarga berkurang dengan adanya bantuan untuk pendidikan sehingga kebutuhan pendidikan telah dijamin dari besaran bantuan yang diterima. Beberapa bantuan yang diwujudkan dengan membeli tas sekolah, sepatu dan perlengkapan sekolah lainnya guna menunjang kebutuhan sekolah anak.

3. Dampak Ekonomi

Sumbangsih PKH tidak hanya berlaku pada sektor pendidikan dan kesehatan semata, tetapi juga pada sektor ekonomi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dampak ekonomimemberikan pengaruh bagi KPM. Sebanyak 62,96 persen KPM mengaku memberikan penilaian baik dan

sebanyak 35,18 persen responden memberikan respon cukup terhadap dampak yang dirasakan mengalami perbaikan dari sisi kebutuhan ekonomi. Secara tidak langsung bantuan tersebut akan bersinggungan dengan kebutuhan rumah tangga. Jika dilihat dari sisi kontribusi PKH terhadap kebutuhan rumah tangga di Kabupaten Bone memberikan signifikansi sebesar 10,03 persen bagi kehidupan rumah tangga.

5. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi PKH

Faktor Pendukung

- a. Adanya komitmen dari pendamping dalam melaksanakan tugas pendampingan bagi peserta PKH, walaupun harus menempuh perjalanan cukup jauh dari tempat tinggal mereka.
- b. Adanya komitmen dari peserta PKH untuk tertib melakukan pemeriksaan kesehatan dan menyekolahkan anaknya demi menempuh pendidikan

Faktor Penghambat

- a. Akses internet yang masih minim menyebabkan kesulitan dalam pencairan dana.
- b. Kondisi geografi yang berada didaerah pegunungan / perbukitan menyulitkan dan jauh dari pusat layanan perbankan sehingga menyulitkan peserta PKH untuk mencairkan uang bantuan.
- c. Untuk mencairkan dana bantuan terpaksa pihak pemerintah setempat mengambil solusi untuk mendatangkan pihak bank yang bermitra ke lokasi kecamatan dimana peserta PKH berada.
- d. Masih sering terjadi error atau pesan kesalahan pada sistem aplikasi PKH yang mana servernya berada di Kementrian Sosial .
- e. Kurangnya waktu deadline diberikan oleh pusat jika ada permintaan data yang berhubungan dengan data pendamping di lapangan berhubung kondisi topografi daerah Kabupaten Bone ada kecamatan yang wilayahnya sulit dijangkau.
- f. Minimnya fasilitas peralatan Komputer dalam penginputan data PKH ke sistem

- aplikasi yang mana personil operator yang jumlahnya delapan orang sedangkan Komputer cuma 4 (empat) Unit.
- g. Sempitnya tempat atau ruangan sekretariat yang seluas 3 X 2.5 meter dalam proses penginputan data PKH oleh operator yang berjumlah 8 orang ditambah lagi dengan dua orang supervisor dan dua Korkab.
 - h. Masih banyak terdapat pendamping yang belum memahami format isian yang menggunakan komputer yang berikan oleh operator kepada pendamping sehingga menghambat dalam proses perekapan data PKH.
 - i. Kurang adanya profesionalisme kerja Tim PPKH Pusat dalam hal pelaksanaan pemrosesan data hasil verifikasi fasdik/faskes dari pendamping sehingga KPM yang tidak memenuhi komitmen tetapi tetap tersalurkan bantuannya .
 - j. Semua pendamping belum mengikuti diklat P2K2 FDS sehingga pelaksanaan FDS dilapangan kurang maksimal .
 - k. Kurangnya dukungan dari Pemerintah daerah terkait dengan pemenuhan dana cost sharing PKH.
 - l. Kurangnya biaya operasional pendamping sehingga kurang maksimalnya pemenuhan jadwal FDS ke lapangan.
 - m. Kondisi daerah yang sulit dijangkau seperti kecamatan Tellu Limpoe yang mana daerahnya harus melintas kabupaten lain.

D. SIMPULAN

Efektifitas PKH Bone berdasarkan parameter 6T memiliki kecenderungan pada angka yang baik. Kesehatan dan sosial ekonomi sudah masuk kategori baik tetapi peran sosial-ekonomi tidak bisa dielakkan karena kondisi kemiskinan mereka alami sehingga ada sebagian besaran bantuan dialokasikan untuk pemenuhan kebutuhan hidup. Implementasi PKH memiliki kontribusi dari kualitas hidup khususnya tiga aspek, yaitu kesehatan, pendidikan sosial ekonomi. Pembelajaran kecakapan hidup melalui FDS belum sepenuhnya mereka dapatkan sehingga perlu penanganan lebih jauh. Saran dalam penelitian ini:

1. Bagi Pemerintah Daerah

- a. Perlunya peningkatan dukungan pemerintah daerah kepada Tim Koordinasi PKH terkait koordinasi, sinergitas pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi PKH sebagai bahan data *sharing* anggaran APBD.
- b. Perlunya peningkatan atensi dan komitmen pemerintah daerah, khususnya perbaikan anggaran APBD yang sangat diperlukan untuk memaksimalkan efektifitas PKH di daerah. Komitmen dapat diwujudkan dalam bentuk *sharing* APBD minimal lima persen dari Total bantuan PKH per tahun atau disesuaikan dengan kemampuan daerah. *Sharing* APBD mencakup biaya sarana prasarana layanan kesehatan (pengobatan penyakit kronis, berat, dan perbaikan gizi), pendidikan (SPP) dan alat peraga (ATK, LCD, sarana simulasi/ permainan), serta sarana transportasi bagi Pendamping dalam kegiatan FDS.
- c. Dukungan anggaran APBD untuk program komplementer pemberdayaan dalam bentuk peningkatan kapasitas/ kemampuan KPM dan bantuan stimulan modal usaha ekonomi produktif.

2. Bagi Dinas Sosial Kabupaten/Kota

- a. Peran aktif Dinas Sosial sebagai *leading sector* pelaksanaan PKH untuk berfungsinya Tim Koordinasi PKH sangat menentukan keberhasilan pencapaian hasil program PKH di daerah. Peningkatan koordinasi dengan mensinergiskan berbagai *stakeholders* daerah terkait sasaran program (KPM) disesuaikan dengan potensi sumber daya masing-masing daerah.
- b. Peningkatan kegiatan monitoring dan evaluasi melalui pertemuan berkala bersama Korkab/Korkot, Pendamping PKH, Petugas pendidikan dan Petugas Kesehatan (*service provider*), pelaksana PKH Kab/Kota.
- c. Berperan aktif dalam *sharing* anggaran yang di dukung data akurat hasil monitoring dan evaluasi.

3. Bagi Kementerian Sosial cq Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial

- a. Akurasi data KPM antara Kementerian Sosial dengan pihak Bank sehingga ada kesesuaian data KPM dan tidak terjadi gagal burekol.
- b. Penyesuaian komponen bantuan dengan beban keluarga dan komponen kepesertaan PKH.
- c. Dukungan kerja sama intern antara Dirjen Linjamsos dengan Dirjen Pemberdayaan sosial dalam program komplementer pemberdayaan sosial ekonomi KPM untuk persiapan graduasi.
- d. Terlaksananya Diklat FDS bagi Pendamping PKH dan peningkatan intensitas pertemuan FDS untuk mewujudkan kemandirian KPM dan kesiapan graduasi.
- e. Peningkatan jumlah KPM diimbangi dengan jumlah pendamping sehingga terdapat pendampingan ideal sesuai pedoman umum PKH (1 Pendamping : 250 KPM). Pendampingan yang efektif berdampak pada kesejahteraan sosial KPM.

4. Bagi Bank Penyalur Bantuan Sosial PKH.

- a. Komitmen pihak Bank Penyalur terhadap batas waktu pencairan bantuan.
- b. Bank Himbara yang ada di daerah diberikan kewenangan mencetak KKS KPM yang hilang atau rusak sehingga cepat terganti.

E. UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kepada pemerintah kabupaten Bone, Sulawesi Selatan melalui Dinas Sosial Kabupaten Bone, Badan Pusat Statistik Kabupaten Bone, Pelaksana Program Keluarga Harapan (PPKH), serta responden penelitian.

Daftar Pustaka

- Adi Fahrudin. (2012). *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Aji, Kresno., Fakhira, Ria., Endah. (2017). *Menuju 10 Juta KPM*. Jakarta: Societa Edisi II 2017., Biro Humas Kemensos R.I.

Chambers, Robert. (1981). Rapid rural appraisal: Rationale and Repertoire, *Public Administration and Development*, 1-2). Institute of Development Studies. University of Sussex, Brighton, UK).

Edi Suharto. (2008). *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: C V. Alfabeta.

-----, dkk. (2004). *Kemiskinan dan Keberfungsian Sosial: Studi Kasus Rumah Tangga Miskin Indonesia*. Bandung: STKS Press.

-----, (2004). *Membangun Masyarakat atau Memberdayakan Rakyat*. Bandung: PT Refika Aditama

-----, (2009), *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. Bandung: CV. Alfabeta.

-----, (2009). *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: CV Alfabeta

Heru Nugroho. (2000). *Negara, Pasar dan Keadilan Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

James Midgley, (1997), *Social Welfare in Global Contexts*. USA: Sage Publications,

Kementerian Sosial RI. (2017). *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Direktorat Jaminan Sosial Keluarga

----- (2017) *Mekanisme Pelaksanaan Program Keluarga Harapan. : Sosialisasi Kebijakan PKH Kota*. Jakarta: Direktorat Jaminan Sosial Keluarga

-----, (2016). *Modul Diklat Pendamping Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) PKH Bidang Pelayanan Penyandang Disabilitas Berat*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial

-----, (2014) *Modul Pengelolaan Keuangan Perencanaan Usaha*. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial

-----, (2014). *Buku Panduan Pendamping PKH . Sesi Kesehatan dan gizi*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial

-----, (2016). *Modul Diklat Pendamping Pertemuan Peningkatan Kemampuan*

- Keluarga (P2K2) PKH Bidang Peningkatan Kesejahteraan Lanjut Usia*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial
- ,(2014). *Modul Pengasuhan dan Pendidikan Anak*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial
- ,(2014). *Buku Pintar Peserta PKH Bidang Perlindungan Anak* .Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial
- Komir Bastaman. (2000). *Pemberdayaan*. Bandung: BDPTS, Makalah Tidak Diterbitkan.
- Margono, S. (2005). *Metode Penelitian Pendidikan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Margaretha, Farah 2005. *Teori dan Aplikasi Manajemen Keuangan Investasi dan Sumber Dana Jangka pendek*. Jakarta: PT Grasindo
- Miftachul Huda, (2009). *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial Sebuah Pengantar*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- OECD. (2009). *Promoting pro-poor growth: Sosial Protection*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development
- Owin Jamasay.(2004). *Keadilan, Pemberdayaan dan Penanggulangan Kemiskinan*. Bandung: Blantika.
- Raudi R. dan Riant Nugroho. (2007). *Manajemen Pemberdayaan Sebuah Pengantar dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Yogyakarta: Elex Media Komputindo.
- Rusmin Tumanggor. (2010). *Tinjauan Konseptual tentang keluarga. Informasi Kajian Permasalahan Sosial dan Usaha Kesejahteraan Sosial*,15(2), 100-113
- Syamsuddin, dkk. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan Bahasa*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta
- Sunyoto, H. (2004). *Jaminan Kualitas Pelayanan Konsumen*. Yogyakarta. Liberty
- Vidya Metayunika, (2013). *Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan (Tangibles, Reliability, Resposiveness, Assurance, Emphaty, terhadap Kepuasan Konsumen*. Semarang: Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Diponegoro
- Suharsimi Arikunto, (2005). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Margono, S. (2005). *Metode Penelitian Pendidikan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Undang-undang No 11/ 2009 tentang *Kesejahteraan Sosial*
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang *Perlindungan Anak* persen,
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan*,
- Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang *Penyandang Disabilitas*.
- Undang-undang No 13/2011 tentang *Penanganan Fakir Miskin*.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No 63 Tahun 2017 tentang *Penyaluran Bantuan Sosial Secara Non Tunai*
- Laporan pelaksanaan PKH Kabupaten Bone tahun 2017
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bone 2017
- Situs Internet
- C Dheby dkk. (2017). Implementasi Program Keluarga Harapan Di Kecamatan Tamalate Kota Makassar. *Jurnal Administrasi Publik*, Agustus 2017 Volume 3 Nomor 2. Website: <http://journal.unismuh.ac.id/index.php/kolaborasi>
- K Kartiawati. (2017). *Analisis Efektivitas Program Keluarga Harapan (Pkh) Dalam Pengentasan Kemiskinan Ditinjau dari Perspektif Ekonomi Islam (Studi Pada Peserta Pkh Kampung Bonglai Kec. Banjit Kab. Way Kanan)*. Skripsi. repository.radenintan.ac.id/2479/1/SKRIPSI_KARTIAWATI.pdf
- Mudiyono. *Jaminan Sosial di Indonesia: Relevansi Pendekatan Informal*. *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik* ISSN 1410-4946. Volume 6 Nomor 1, Juli 2002
- https://id.wikipedia.org/wiki/Jaminan_sosial
- Melviona. (2017). *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH)*. *Jom FISIP*

Volume 4 No 2 Oktober 2017. <http://jom.unri.ac.id/index.php/JOMFSIP/article/viewFile/15249/14796>

www.depkes.go.id/download.php?file.../Analisis%20Lansia%20Indonesia%202017 pada laman https://www.google.co.id/search?dcr=0&source=hp&ei=JE_DWvezH8v9vATmzbFo&q=data+lansia+nasional&oq=data+lansia&gs_l=psyab.3.0.35i39k1j0i9.1223.3189.0.4824.12.11.0.0.0.172.1499.0j11.11.0....0...1c.1.64.psyb..1.11.1495.0..0i131k1j0i67k1j0i131i67k1.0.EzaSE7SSjFY diakses tgl 3 april 2018

<http://validnews.co/Fasilitas-Publik-dan-Penyandang-Disabilitas--V0000362> diakses tgl 3 april 2017