

IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DI KABUPATEN WONOSOBO TAHUN 2015 - 2107

Abstract. Poverty is a humanity problem that inhibits welfare and civilization and is a problem that must and can be solved. Poverty alleviation is currently still material-oriented so that the sustainability of this alleviation is highly dependent on the budget availability and government commitment. The poverty reduction program in Indonesia that is not just material-oriented is the *Family Expectency Program*. The implementation of PKH is expected to improve the socio-economic, educational, and public health, especially for the poor. The purpose of this study is to describe the implementation of PKH, the form of the program of PKH, and to find the supporting and inhibiting factors and solutions to solve the problem of poverty in Wonosobo District.

The theoretical approach used in this research is the approach model of policy implementation George Edward III. The theory takes four main variables for effective policy implementation ie communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. The research method used in this research is the method of mix (mix method) with qualitative as the main approach and data collecting techniques such as observation, interview, kuesione, and document studies. The informants in this study were divided into two categories, The first is Category I that consists of The Informants who have access and high intensity to PKH, the key figures who know more information in the implementation of *Family Expectency Program* (PKH), namely The Head of Si (Kasi) Protection and Social Welfare Warranty Department of Community and Village Empowerment of Wonosobo Regency, Coordinator of PKH Regency of Wonosobo Regency, and Assistant PKH of Wonosobo Regency. The Second Category, Category II consists of The community beneficiaries of the Family Hope Program in Wonosobo District, especially that are in the four sample districts (Garung, Kalikajar, Kertek, and Kepil Subdistricts) in total 100 samples of KPM. For the second category of informants, the questions to be asked are using the research questionnaire

The results of the study show that the Implementation of *Family Expectency Program* in Wonosobo District in 2015 - 2017 covers several processes and stages consist of planning, socialization, data collection, mentoring, and distribution of assistance. In practice, there are still technical constraints. The data of PKH participants has not been comprehensive, so there are still some people who have not got PKH yet. The number of KPM is still not comparable with the number of available companion so that the companion is still overload and should be added again. For long term, PKH needs commitment and support from all parts so that this program can run so well to reduce the burden of poverty in Wonosobo.

Keywords : *Policy Implementation, Family Expectency Program*

Abstrak

Kemiskinan merupakan problema kemanusiaan yang menghambat kesejahteraan dan peradaban serta merupakan permasalahan yang harus dan bisa ditanggulangi. Penanggulangan kemiskinan saat ini masih berorientasi material sehingga keberlanjutannya sangat tergantung pada ketersediaan anggaran dan komitmen pemerintah. Program penanggulangan kemiskinan di Indonesia yang tidak hanya berorientasi material saja adalah Program Keluarga Harapan (PKH). Pelaksanaan PKH diharapkan dapat meningkatkan taraf kehidupan sosial ekonomi, pendidikan, dan kesehatan masyarakat terutama kelompok masyarakat miskin.

Tujuan dari penelitian ini adalah mendeskripsikan implementasi PKH, bentuk program dari PKH, serta untuk menemukan faktor pendukung dan penghambat dan solusi-solusi untuk mengatasinya di Kabupaten Wonosobo. Pendekatan teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah model pendekatan implementasi kebijakan George Edward III. Teori tersebut memperhatikan empat variabel pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi. Metode penelitian yang digunakan adalah metode campuran (*mix method*) dengan kualitatif sebagai pendekatan utama. Dengan teknik pengumpulan data yaitu observasi, wawancara, kuesione, dan studi dokumen. Informan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu Kategori I Informan yang memiliki akses dan intensitas tinggi terhadap PKH, serta tokoh-tokoh kunci yang mengetahui informasi lebih luas dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH), yaitu Kepala Si (Kasi) Perlindungan dan Jaminan Sosial Dinas Sosial Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Kabupaten Wonosobo, Koordinator Kabupaten PKH Kabupaten Wonosobo, serta Pendamping PKH Kabupaten Wonosobo. Kategori II Masyarakat penerima bantuan Program Keluarga Harapan/ RTSM yang ada di Kabupaten Wonosobo khususnya yang terdapat di empat kecamatan sampel (Kecamatan Garung, Kalikajar, Kertek, dan Kepil) yang seluruhnya berjumlah 100 sampel KPM. Untuk informan kategori kedua ini, pertanyaan – pertanyaan yang akan diajukan yaitu menggunakan kuesioner penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Wonosobo tahun 2015 – 2017 mencakup beberapa proses dan tahapan-tahapan yang terdiri dari perencanaan, sosialisasi, pendataan, pendampingan, dan penyaluran bantuan. Dalam pelaksanaannya masih terdapat kendala-kendala yang sifatnya teknis. Pendataan peserta PKH belum menyeluruh sehingga masih banyak yang belum mendapatkan PKH. Jumlah KPM yang sangat banyak masih belum sebanding dengan jumlah pendamping yang tersedia sehingga masih terjadi *overload* dan sebaiknya perlu ditambah pendamping lagi. Untuk jangka panjang, diperlukan komitmen serta dukungan dari semua pihak agar program ini dapat berjalan dengan baik sehingga dapat mengurangi beban

kemiskinan di Wonosobo. **Kata Kunci : Implementasi Kebijakan, Program Keluarga Harapan**

1. PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan masalah sosial yang bersifat global. Artinya, kemiskinan merupakan masalah yang dihadapi dan menjadi perhatian banyak orang di dunia ini. Meskipun dalam tingkatan yang berbeda, tidak ada satupun negara di jagat raya ini yang “kebal” dari kemiskinan. Semua negara di dunia ini sepakat bahwa kemiskinan merupakan problema kemanusiaan yang menghambat kesejahteraan dan peradaban serta merupakan permasalahan yang harus dan bisa ditanggulangi.

Banyak dampak negatif yang disebabkan oleh kemiskinan, selain timbulnya banyak masalah-masalah sosial, kemiskinan juga dapat mempengaruhi pembangunan ekonomi suatu negara. Kemiskinan yang tinggi akan menyebabkan biaya yang harus dikeluarkan untuk melakukan pembangunan ekonomi menjadi lebih besar, sehingga secara tidak langsung akan menghambat pembangunan.

Tabel 1.1
Jumlah Penduduk Miskin Provinsi di Pulau Jawa
Tahun 2013 – 2016 (ribu jiwa)

Provinsi	2013	2014	2015	2016
DKI Jakarta	375,70	412,79	368,67	385,84
Banten	682,71	649,19	690,67	658,11
Jawa Barat	4.382,65	4.238,96	4.485,65	4.168,11
Jawa Tengah	4.704,87	4.561,82	4.505,78	4.493,75
Jawa Timur	4.865,82	4.748,42	4.775,97	4.638,63
DI Yogyakarta	535,18	532,58	485,56	488,83

Sumber : BPS, Jumlah Penduduk Miskin menurut Provinsi, 2016

Pembangunan yang sejak masa sentralistik terdapat di Pulau Jawa tidak meluputkan Jawa dari masalah kemiskinan. Menurut Siregar dan Wahyuniarti (2008), jumlah penduduk miskin di Indonesia terpusat di Pulau Jawa, terutama di Provinsi Jawa Timur (11,85%), Jawa Tengah (13,19%), dan DIY (13,10%). Konsentrasi penduduk miskin di Pulau Jawa mencapai rata – rata 57,5% dari total penduduk miskin di Indonesia. Hal tersebut menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi selama ini hanya dinikmati oleh golongan masyarakat tertentu, tidak merata bagi seluruh golongan masyarakat (lihat *Tabel 1*).

Dalam masalah kemiskinan, Jawa Tengah termasuk provinsi dengan angka kemiskinan yang paling tinggi (*catatan bps*). Potret kemiskinan di Jawa Tengah tercatat lebih tinggi dibanding angka kemiskinan secara nasional. Kemiskinan di Jawa Tengah berjumlah hampir 4,5 juta jiwa, atau 13,19 persen. Angka tersebut lebih tinggi dari angka kemiskinan nasional yang mencapai 11,13 persen (Kompas.com). Tingginya angka kemiskinan tersebut menjadikan problem utama pembangunan di Jawa Tengah yang harus segera diperbaiki. Terdapat 15 kabupaten dari 35 kabupaten di Jawa Tengah yang masih berada di zona kemiskinan terparah (*termiskin*) dikarenakan presentase kemiskinan di daerah tersebut masih jauh lebih tinggi dari presentase rata – rata di tingkat provinsi maupun nasional.

Jumlah penduduk miskin (penduduk yang berada dibawah Garis Kemiskinan) di Provinsi Jawa Tengah pada September 2016 mencapai 4,494 juta orang (13,19 persen) turun sekitar 13 ribu orang jika dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2016 yang tercatat sebesar 4,507 juta orang (13,27 persen). Meskipun secara absolut meningkat namun secara persentase penduduk miskin turun yaitu sebesar 0,08 persen.

Dengan memahami kemiskinan sebagai persoalan yang bersifat multidimensi, maka implikasinya adalah tidak ada satupun cara atau kebijakan tunggal yang dapat menanggulangi kemiskinan. Dengan kata lain pendekatan kebijakan penanggulangan kemiskinan tidak bisa parsial, melainkan harus pula

bersifat multidimensi dan komprehensif. Mengingat regim sentralistik dalam sistem pemerintahan Indonesia telah beralih menjadi regim desentralistik dan otonom, maka sekarang ini pemerintah daerah provinsi maupun kabupaten/ kota memiliki kewenangan dalam menentukan kebijakan di wilayahnya yang telah diatur dalam Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah.

Meskipun memiliki kewenangan dalam menentukan kebijakan di wilayahnya, pemerintah daerah hanya mempunyai tugas pokok dan kewajiban yaitu melakukan koordinasi penanggulangan kemiskinan di daerah (Provinsi, Kabupaten dan Kota); serta mengendalikan pelaksanaan penanggulangan kemiskinan di daerah (Provinsi, Kabupaten dan Kota) yang dalam hal ini diserahkan kepada TKPKD (Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah) baik itu di tingkat provinsi maupun di tingkat kabupaten/ kota. Sedangkan wewenang untuk menentukan kebijakan dan menyusun program penanggulangan kemiskinan dimiliki oleh pemerintah pusat yaitu ditangani oleh TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan).

Dalam Rawlings dan Rubio yang dikutip oleh Hendratno (2010) mengungkapkan bahwa program bantuan tunai bersyarat atau *Conditional Cash Transfers* (CCT) saat ini banyak diadopsi di berbagai negara sebagai strategi program bantuan sosial. karakteristik utama program CCT adalah mensyaratkan perilaku yang harus dilakukan oleh penerima program, dengan demikian program penanggulangan kemiskinan yang semacam ini tidak memberi bantuan secara cuma-cuma namun juga menuntut penerima bantuan agar melaksanakan kewajiban yang disyaratkan. Program penanggulangan yang semacam ini berbeda dari kebijakan sebelumnya yang hanya memberi secara cuma-cuma namun juga mensyaratkan penerima bantuan mampu memenuhi syarat-syarat yang telah ditentukan yang merupakan tujuan dasar dari program CCT, kemudian setelah penerima bantuan mampu memenuhi kewajibannya barulah penerima bantuan

berhak atas bantuan tunai tersebut. Hal inilah yang membuat program bantuan ini menjadi berbeda karena dalam pelaksanaannya penerima bantuan diarahkan dan diberikan kesadaran tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan dasar seperti kesehatan dan pendidikan bukan terbatas hanya pada pemberian bantuan semata.

Adopsi CCT di Indonesia adalah Program Keluarga Harapan (PKH). Program Keluarga Harapan ini termasuk salah satu program klaster I yaitu Kelompok Program Penanggulangan Kemiskinan Bantuan Sosial Terpadu Berbasis Keluarga. Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program perlindungan sosial yang memberikan bantuan tunai bersyarat kepada Keluarga Miskin (KM), dan bagi anggota KM diwajibkan melaksanakan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan. Tujuan Program ini dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban RTSM (Rumah Tangga Sangat Miskin) dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan.

Ada banyak daerah di Indonesia yang menerima bantuan PKH, salah satunya di Kabupaten Wonosobo, Jawa Tengah. Ketertarikan peneliti menentukan wilayah penelitian dengan fokusnya di Kabupaten Wonosobo adalah karena Kabupaten Wonosobo merupakan kabupaten yang menempati peringkat pertama dengan presentase jumlah penduduk miskin terbanyak di Provinsi Jawa Tengah. Sebagai kabupaten dengan persentase angka kemiskinan tertinggi, fenomena kemiskinan yang terdapat di Kabupaten Wonosobo menjadi hal yang menarik dan perlu untuk diteliti.

Tidak hanya itu, kemiskinan di Kabupaten Wonosobo jika dilihat berdasarkan indikator kemiskinannya juga memiliki angka yang paling tinggi di antara kabupaten lain di Jawa Tengah. Indikator kemiskinan yang dimaksud ialah *headcount index* (mengukur presentase penduduk miskin terhadap total penduduk),

indeks kedalaman kemiskinan / *Poverty Gap Index*, dan indeks keparahan kemiskinan / *Poverty Saverity Index*.

Tabel 1.2
Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin, Indeks Kedalaman Kemiskinan,
Indeks Keparahan Kemiskinan, dan Garis Kemiskinan
menurut Kabupaten/Kota di Jawa Tengah Tahun 2015

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Penduduk Miskin (000 jiwa)	Persentase Penduduk Miskin	Indeks Kedalaman Kemiskinan	Indeks Keparahan Kemiskinan	Garis Kemiskinan (RP/Kapita/ Bulan)
1	Kab. Cilacap	243,5	14,39	2,71	0,76	273.828
2	Kab. Banyumas	285,9	17,52	2,91	0,71	320.585
3	Kab. Purbalingga	176,5	19,7	3,37	0,85	283.366
4	Kab. Banjarnegara	165,4	18,37	3,51	0,93	236.399
5	Kab. Kebumen	241,9	20,44	4,08	1,19	292.177
6	Kab. Purworejo	101,2	14,27	2,43	0,63	294.158
7	Kab. Wonosobo	166,4	21,45	4,74	1,6	275.180
8	Kab. Magelang	162,4	13,07	1,6	0,32	253.866
9	Kab. Boyolali	120	12,45	2,01	0,5	263.734
10	Kab. Klaten	172,3	14,89	2,72	0,72	340.484
11	Kab. Sukoharjo	79,9	9,26	1,09	0,25	303.030
12	Kab. Wonogiri	123	12,98	2,1	0,5	252.903
13	Kab. Karanganyar	106,4	12,46	1,82	0,4	303.056
14	Kab. Sragen	130,4	14,86	2,69	0,76	263.199
15	Kab. Grobogan	185,5	13,68	2,56	0,65	303.455
16	Kab. Blora	115	13,52	2,08	0,54	257.581
17	Kab. Rembang	119,1	19,28	3,47	0,99	314.596
18	Kab. Pati	147,1	11,95	2,02	0,55	347.575
19	Kab. Kudus	64,1	7,73	0,9	0,17	328.404
20	Kab. Jepara	100,6	8,5	1,28	0,28	314.422
21	Kab. Demak	160,9	14,44	2,32	0,6	328.529
22	Kab. Semarang	81,2	8,15	1,33	0,3	286.918
23	Kab. Temanggung	87,5	11,76	1,99	0,47	248.866
24	Kab. Kendal	109,3	11,62	2,17	0,57	301.449
25	Kab. Batang	83,5	11,27	1,8	0,43	224.437
26	Kab. Pekalongan	112,1	12,84	1,98	0,46	317.796

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Penduduk Miskin (000 jiwa)	Persentase Penduduk Miskin	Indeks Kedalaman Kemiskinan	Indeks Keparahan Kemiskinan	Garis Kemiskinan (RP/Kapita/Bulan)
27	Kab. Pemalang	235,5	18,3	3,93	1,24	298.622
28	Kab. Tegal	143,5	10,09	1,5	0,36	282.861
29	Kab. Brebes	352	19,79	3,52	0,93	340.538
30	Kota Magelang	10,9	9,05	1,39	0,31	405.228
31	Kota Surakarta	55,7	10,89	1,74	0,4	406.840
32	Kota Salatiga	10,6	5,8	1,07	0,26	337.511
33	Kota Semarang	84,3	4,97	0,5	0,09	368.477
34	Kota Pekalongan	24,1	8,09	0,83	0,15	352.717
35	Kota Tegal	20,3	8,26	1,34	0,35	371.528
Provinsi Jawa Tengah		4.577	13,58	2,44	0,65	297.851

Sumber: BPS, *Data dan Informasi Kemiskinan Jawa Tengah 2010-2015*

Label sebagai kabupaten termiskin di Jawa Tengah menjadi tantangan bagi pemerintah Kabupaten Wonosobo bagaimana program pembangunan tahun 2015-2019 harus benar-benar difokuskan kepada Rumah Tangga Miskin. Hal ini menjadikan masalah tentang kemiskinan sebagai salah satu isu strategis yang paling di prioritaskan penanggulangannya oleh pemerintah daerah kabupaten Wonosobo dalam RPJMD Kabupaten Wonosobo 2016 – 2019. Dalam melakukan upaya penanggulangan kemiskinan terdapat beberapa faktor yang menjadi indikator keberhasilan, salah satunya yaitu Pemenuhan Atas Hak Dasar yang meliputi pemenuhan faktor ekonomi (kesejahteraan), faktor pendidikan, dan faktor pelayanan kesehatan. UUD 1945 Pasal 28C ayat 1 menyebutkan bahwa setiap warga negara memiliki hak untuk mengembangkan diri dan melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya dan berhak mendapat pendidikan, ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya demi meningkatkan kualitas hidupnya demi kesejahteraan hidup manusia. Pemenuhan hak atas kesejahteraan ini sangatlah mendesak untuk segera dituntaskan. Konstitusi kita sendiri telah mengakomodasi hak atas kesejahteraan

sosial, dan para pendiri bangsa ini telah tidak melupakan hak dasar ini, dan tinggal bagaimana sekarang kita berjuang untuk mewujudkannya.

Kondisi kualitas kesehatan di Kabupaten Wonosobo terbilang masih rendah jika mengacu pada data-data statistik berikut ini, dimana sarana dan fasilitas kesehatan di Wonosobo pada tahun 2015 tercatat 4 unit Rumah Sakit (tiga diantaranya terdapat di kota dan satu terdapat di Kecamatan Kertek), 24 unit Puskesmas yang tersebar di 15 kecamatan, 13 unit Balai Kesehatan yang hanya terdapat di 8 kecamatan, dan 1319 unit Posyandu. Selain itu, jumlah tenaga medis pun mengalami penurunan drastis dari tahun 2014 yaitu untuk kategori dokter umum yang tadinya berjumlah 31 orang turun menjadi 24 orang. Dokter gigi dari 11 orang menjadi 6 orang, perawat di tahun 2014 sebanyak 398 orang turun di tahun 2015 menjadi hanya 125 orang, dan bidan menjadi 316 orang yang sebelumnya berjumlah 358 orang. Sementara jumlah penduduk yang harus dilayani untuk mendapatkan akses kesehatan adalah sebanyak 777.116 orang.

Indikator kesejahteraan berikutnya adalah mengenai kualitas pendidikan. Pendidikan merupakan kebutuhan dasar yang harus terpenuhi dalam diri setiap manusia untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang siap dan menunjang dalam upaya pembangunan di segala sektor, sebagai upaya mengentaskan angka kemiskinan. Pasal 31 UUD 1945 mengamanatkan bahwa pendidikan merupakan hak bagi setiap warga negara tetapi pendidikan dasar merupakan kewajiban yang harus diikuti oleh setiap warga negara dan pemerintah wajib membiayai kegiatan tersebut. Pemerintah harus bisa menyediakan segala fasilitas, sarana dan prasarana agar pelaksanaan pendidikan dapat berjalan dengan baik.

Ketersediaan instansi pendidikan di Kabupaten Wonosobo dari 15 kecamatan secara keseluruhan dari SD/MI sampai SMA/MA/SMK baik negeri maupun swasta mencapai 785 sekolah, terdiri dari SD/MI 578 buah, SMP/MTs 139

buah, dan SMA/MA 38 buah, dan SMK 30 buah. Kualitas pendidikan berkaitan erat dengan ketersediaan fasilitasnya. Salah satu indikatornya adalah rasio murid-guru, rasio murid-guru untuk tingkat SD adalah 17 siswa dibimbing oleh 1 guru, untuk rasio SMP/MTs adalah 17 : 1, untuk rasio SMA/MA adalah 15 : 1, dan untuk SMK adalah 17 : 1. Artinya rasio di atas masih normal menurut Suryadarma yang dirujuk oleh perhitungan BPS (2015:5), karena rasio yang ideal adalah kurang dari 25 orang siswa. Selain itu, kualitas dari pelaksanaan pendidikan juga dilihat dari seberapa besar angka partisipasi melanjutkan sekolah pada setiap jenjang. Di Kabupaten Wonosobo sendiri, angka partisipasi tersebut masih fluktuatif dan masih terbilang rendah untuk semua kategori tingkatan pendidikan mulai dari SD hingga SMA.

Indikator dari permasalahan kesejahteraan, kesehatan dan pendidikan yang terjadi di Kabupaten Wonosobo tersebut belumlah semua tersajikan. Namun dari gambaran tersebut, peneliti menganggap sudah cukup alasan untuk melakukan penelitian terhadap fenomena implementasi kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Wonosobo. Bantuan PKH diharapkan dapat membantu RTSM di Kabupaten Wonosobo agar dapat mengakses pelayanan dasar, khususnya pelayanan pendidikan dan kesehatan guna mencapai kesejahteraan.

2. METODE PENELITIAN

Tulisan ini dihasilkan dari hasil wawancara dengan narasumber di Dinas Sosial Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Kabupaten Wonosobo, serta di UPPKH Kabupaten Wonosobo. Kemudian peneliti juga melakukan observasi lapangan dan dengan data sekunder yang diperoleh dari Bappeda Kabupaten Wonosobo, Dinas Sosial Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Kabupaten Wonosobo, serta UPPKH Kabupaten Wonosobo dan dari beberapa sumber yang relevan baik dari jurnal maupun media online.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Wonosobo Tahun 2015-2017.

1. Perencanaan

Masuknya program PKH di Wonosobo di tahun 2015 Sesuai dengan Surat Keputusan Direktur Jendral Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor 01/LJS/01/2015 tentang Penetapan Lokasi Pengembangan Kabupaten/Kota di Provinsi Pelaksana PKH Tahun 2015 terdapat penambahan Kabupaten Peserta PKH di Jawa Tengah yaitu Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Boyolali.

Menindaklanjuti penetapan lokasi PKH di masing-masing daerah, maka Kabupaten Wonosobo telah mempersiapkan hal-hal sebagai berikut :

- a. Pembentukan Tim Koordinasi PKH di Kabupaten/ Kota dengan berkoordinasi dengan Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK)
- b. Dinas/ Instansi Sosial Kabupaten/ Kota menyediakan infrastruktur terkait untuk mendukung pelaksanaan PKH Kabupaten/ Kota.
- c. Kantor Kantor kecamatan menyediakan infrastruktur terkait untuk mendukung pelaksanaan PKH di Kecamatan.
- d. Melakukan sosialisasi, meliputi :
 1. Sosialisasi kepada tim koordinasi Kabupate/ Kota
 2. Sosialisasi kepada aparat pemerintah di tingkat kecamatan dan kelurahan
 3. Sosialisasi kepada masyarakat.

Dengan sebelumnya Kabupaten Wonosobo juga membuat usulan berupa proposal yang memuat hal-hal sebagai berikut:

- a. Ketersediaan fasilitas pendidikan (fasdik) dan fasilitas kesehatan (faskes) yang memadai untuk mendukung program PKH
- b. Penyediaan fasilitas sekretariat Pelaksana PKH Kabupaten/Kota

- c. Penyediaan fasilitas sekretariat untuk Pendamping PKH di Kecamatan
- d. Penyediaan alokasi dana penyertaan PKH melalui APBD I dan II minimal sebesar 5% dihitung dari total bantuan yang diterima peserta PKH baik di Provinsi maupun di Kabupaten/Kota.

Dalam melengkapi persyaratan-persyaratan tersebut, sebenarnya bukanlah menjadi suatu kendala bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Wonosobo. Bisa dibayangkan, ketersediaan fasilitas dan instansi terkait yang dapat mendukung pelaksanaan PKH sudah terpenuhi, bahkan Dinas Sosial pada waktu itu sudah bertipe A. Namun, yang menjadi kendala terberat adalah terkait dana sharing 5% dari APBD yang pada waktu itu belum mencapai kesepakatan bersama.

2. Sosialisasi

Dalam Pedoman Umum PKH Tahun 2016, sosialisasi merupakan salah satu kunci sukses dalam pelaksanaan PKH. Fokus sosialisasi PKH tidak hanya pada aspek implementasi dan keberhasilan program PKH, tetapi juga pada aspek pengembangan kebijakan, khususnya dalam membangun dukungan dan komitmen untuk melembagakan PKH dalam bentuk Sistem Jaminan Sosial. Sosialisasi dirancang untuk terjadinya proses komunikasi, penyaluran informasi, dan pembelajaran pada berbagai pelaksana di pusat dan daerah, kalangan media, kelompok masyarakat, stakeholder-stakeholder yang terlibat, serta mencakup masyarakat umum sebagai lingkungan yang langsung maupun tidak langsung berkaitan dengan peserta PKH mempunyai peran penting dalam menjamin kelancaran pelaksanaan program PKH.

Pada awal diturunkannya bantuan PKH tahun 2015 di Kabupaten Wonosobo, sosialisasi tidak langsung disampaikan kepada masyarakat, melainkan terlebih dahulu diberikan kepada pelaksana di tingkat kecamatan dan juga para stakeholder (perangkat kecamatan/ desa). Sosialisasi ini dimaksudkan untuk memberikan pemahaman kepada mereka terutama yang belum mengerti apa itu bantuan PKH.

Dalam proses sosialisasi tersebut, tidak semua perangkat desa di Kabupaten Wonosobo menerima bantuan PKH diberikan kepada masyarakat. Terdapat beberapa perangkat yang menolak program tersebut, hal itu dikarenakan kekhawatiran mereka bahwa program PKH adalah program yang dapat menimbulkan kecemburuan sosial di masyarakat.

Setelah terjadi kesesuaian dengan perangkat desa setempat, sosialisasi berlanjut diberikan kepada masyarakat yang terdata sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM) bantuan PKH. Melalui pertemuan awal, para pendamping PKH dengan giat memberikan penjelasan kepada KPM agar lebih memahami terhadap bantuan PKH, dan berlanjut secara intensif komunikasi melalui pertemuan – pertemuan kelompok di setiap desa masing-masing.

Dilihat dari sudut KPM sebagai obyek kebijakan, pengetahuan mereka mengenai PKH yang telah disampaikan tentunya berbeda-beda. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi, yaitu faktor pendidikan, faktor usia, dan juga faktor-faktor yang lain. Apalagi terhadap kategori peserta yang baru ini, yaitu kategori lansia, tentunya untuk memahamkan mereka tidaklah mudah. Memberikan pengertian tentang PKH, fungsi PKH, tujuan, dan lain sebagainya memang sedikit susah, tapi pendamping di Kabupaten Wonosobo yakin apabila mereka bertemu dan berkomunikasi langsung secara intensif, maka secara bertahap pasti bisa memberikan kepahaman terhadap KPM.

3. Pendataan

Penetapan sasaran (*targetting*) dilakukan dalam rangka perluasan jangkauan penerima manfaat PKH. Sumber data penetapan sasaran didasarkan atas data hasil verifikasi data KKS oleh Pusdatin Kesos Kementerian Sosial yang tertuang dalam Undang-undang nomor 13 Tahun 2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin Pasal 8 terkait pendataan fakir miskin.

Data peserta PKH diperoleh dari Basis Data Terpadu (BDT) yang diolah berdasarkan ranking kemiskinan terendah (sekitar 11% dari Keluarga Miskin). Adapun alur penetapan data adalah sebagai berikut:

- a. Direktorat Jaminan Sosial Keluarga mengirimkan data calon penerima PKH kepada Pemerintah Daerah (Dinas/ Instansi Sosial Kabupaten/ Kota)
- b. Pemerintah daerah (Dinas/ Instansi Sosial Kabupaten/ Kota) melakukan pemilihan data yang sudah dan belum menjadi peserta PKH.
- c. Dalam hal Pemerintah Daerah memiliki data baru di luar data yang dikirim oleh Pusat, maka Pemerintah Daerah dapat mengusulkan data tersebut untuk dijadikan data awal validasi untuk kemudian dilakukan pemadanan dengan data BDT oleh Kementerian Sosial RI sesuai kuota.
- d. Hasil pemilihan data pada butir b dan usulan data pada butir c dikirimkan ke Direktorat Jaminan Sosial Keluarga sebagai data awal validasi PKH sesuai kuota yang telah ditetapkan oleh Kementerian Sosial disertai Berita Acara Penetapan yang disahkan oleh Pemerintah daerah (Dinas/ Instansi Sosial Kabupaten/ Kota)
- e. Pengusulan data oleh Pemerintah Daerah akan dijadikan sebagai data awal pelaksanaan validasi tahun berjalan
- f. Peserta PKH ditetapkan dengan Surat Keputusan (SK) Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial RI tentang Penetapan Lokasi PKH.

Dalam menetapkan RTSM/KSM agar bisa menjadi peserta PKH, terdapat beberapa kriteria yaitu :

- 1) Ibu hamil/ nifas,
- 2) Anak berusia di bawah 6 tahun,
- 3) Anak usia SD,
- 4) Anak usia SMP,

- 5) Anak usia 15 – 18 tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar
- 6) Lansia 70 tahun ke atas
- 7) Penyandang disabilitas berat

(nomor 6 dan 7 adalah penambahan kriteria untuk tahun 2017)

Hasil proses seleksi tersebut adalah daftar nama RTSM/KSM calon peserta PKH yang dilengkapi dengan alamatnya. Daftar nama di sini adalah perempuan dewasa (ibu, nenek, bibi) yang mengurus RTSM/KSM yang akan menerima bantuan PKH dan nama anggota RTSM/KSM yang berhak menerima bantuan PKH.

Setelah menerima data dari Pemerintah Pusat yang dikoordinasikan dengan Pemerintah Daerah, UPPKH Kabupaten Wonosobo kemudian melakukan kroscek untuk melihat kelayakan penerima Program PKH berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan seperti halnya yang disampaikan oleh Koordinator Kabupaten Wonosobo dalam hasil wawancara di atas. Dari hasil yang didapatkan setelah turun ke lapangan, ternyata masih banyak masyarakat yang termasuk dalam kategori penerima bantuan PKH namun belum menerima bantuan atau namanya tidak tercantum dalam data yang ada.

Penilaian masyarakat terhadap ketepatan sasaran pemberian bantuan PKH berdasarkan pendataan yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, ternyata 21% masyarakat menilai belum tepat sasaran, dan 79% menilai sudah tepat sasaran.

Pemberian bantuan yang belum tepat sasaran akibat permasalahan data juga disampaikan oleh Bapak Misto selaku Kasi Perlindungan dan Jaminan Sosial Dinsoskesra Kabupaten Wonosobo. Menurutnya, implementasi PKH di Kabupaten Wonosobo sudah 80% tepat sasaran. Data yang berasal dari BDT 2015 sebagai acuan dalam memberikan bantuan memang bersifat dinamis, namun belum terkonfirmasi dengan data yang baru, sehingga keterpaduan data yang ada dengan kondisi nyata di lapangan belum terealisasi dengan benar yang mengakibatkan

program ini belum mampu diberikan kepada seluruh masyarakat yang membutuhkan .

4. Pendampingan Peserta PKH

Pendamping PKH adalah pelaksana PKH yang dibentuk di setiap kecamatan yang merupakan ujung tombak PKH karena mereka langsung berhubungan dengan KPM (Keluarga Penerima Manfaat). Jumlah pendamping disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang terdaftar di Kecamatan.

Rasio dampingan untuk satu orang Pendamping adalah 1 : 200 hingga 250 KPM peserta PKH. Rasio ini dapat pula disesuaikan dengan kondisi daerah terkait geografis, topografis, maupun iklim di lokasi pelaksana PKH.

Pendamping PKH dalam melakukan tugasnya harus berkoordinasi dengan aparat setempat dan pemberi pelayanan di bidang pendidikan dan bidang kesehatan. Komunikasi dengan perangkat setempat harus selalu terjaga agar dalam melaksanakan tugasnya dapat berjalan dengan lancar karena segala keperluan terkait data dari KPM tentunya membutuhkan peran serta dari perangkat terkait terutama kebutuhan data seperti KK, KTP, dan lain sebagainya.

Pendampingan merupakan tugas utama dari seluruh Pendamping PKH di setiap kecamatan berkoordinasi dengan operator PKH dan diawasi oleh Koordinator PKH Kabupaten. Pengawasan yang dilakukan oleh koordinator PKH Kabupaten salah satunya yaitu dengan melihat laporan bulanan yang dibuat oleh pendamping setiap bulannya. Pendampingan dilakukan dengan turun langsung ke lapangan di Pertemuan Kelompok (PKH) yang berisi himpunan ibu-ibu penerima manfaat PKH. Untuk waktunya sesuai kesepakatan dari pendamping dan kelompok tersebut, idealnya adalah sebulan sekali diadakan pertemuan kelompok.

Pendampingan atau biasa disebut FDS (*Family Development Session*) yang dilaksanakan rutin setiap bulan tersebut, berisi pengarahan, pendampingan mental,

pengetahuan, dan pemberian informasi yang sudah tersedia dalam modul. Modul tersebut dibuat langsung dari pusat sehingga bagi para pendamping dalam melakukan pendampingan sudah ada alur yang jelas, arahan dan materi yang jelas yang sudah disiapkan langsung dari pusat.

Di Kabupaten Wonosobo, KPM yang sering menghadiri pertemuan kelompok tidak mencapai 90%. Ini menunjukkan bahwa tingkat kesadaran KPM terhadap komitmen sebagai peserta PKH belum sepenuhnya dipatuhi. Dalam pertemuan kelompok tersebut ada presensi kehadiran yang digunakan untuk memantau seberapa komit peserta PKH tersebut, tapi ternyata masih terdapat KPM yang tidak rutin menghadiri pertemuan kelompok tersebut sebanyak 10% dan bahkan ada yang tidak pernah sama sekali menghadiri pertemuan kelompok.

Hal di atas disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kurangnya kesadaran dari KPM, waktu pertemuan kelompok yang tidak menentu, serta akses komunikasi, transportasi, dan cuaca yang kadang menjadi kendala. Oleh karena itu diperlukan manajemen dan strategi yang lebih baik lagi dalam melakukan pendampingan sehingga dapat menambah antusias KPM dalam menghadiri pertemuan kelompok terutama dalam menyadarkan mereka terhadap komitmen sebagai peserta PKH.

5. Proses Penyaluran Bantuan

Penyaluran bantuan adalah penyaluran dana bantuan PKH yang disalurkan dari Rekening Pemberi Bantuan Sosial ke Rekening Penerima Bantuan Sosial. Bantuan PKH diberikan kepada RTSM/KSM yang telah menjadi peserta PKH. Sesuai Pedoman Umum PKH, penyaluran bantuan PKH dilaksanakan empat kali penyaluran dalam satu tahun. Khusus pembayaran bantuan bagi peserta PKH dilokasi baru dilakukan setelah ada surat penetapan dari Pejabat Berwenang. Jadwal pembayaran dan pelaksanaan pembayaran bantuan disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada pada tahun berjalan sesuai kebijakan yang dibuat untuk memperlancar pelaksanaan penyaluran bantuan. Sedangkan untuk pembayaran

bantuan tahap berikutnya, dapat tetap dilaksanakan walaupun proses verifikasi belum dilaksanakan secara optimal.

Berdasarkan data yang peneliti dapatkan dari UPPKH Kabupaten Wonosobo, terdapat sebanyak 36.291 keluarga penerima manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Wonosobo yang tersebar di 15 kecamatan. Ketika kita berbicara mengenai sasaran dari PKH yaitu untuk kategori Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM), jumlah tersebut bisa dikatakan masih kurang mencukupi untuk seluruh masyarakat dengan kategori Sangat Miskin yang ada di Kabupaten Wonosobo. Jumlah RTSM di Kabupaten Wonosobo berdasarkan PBDT 2015 berjumlah 39.803 dan kategori Rumah Tangga Miskin sebanyak 20.448.

Selain kuota bantuan yang dinilai kurang mencukupi, masyarakat penerima bantuan (KPM) juga menilai bahwa besaran bantuan yang diterima kurang memadai. Terdapat lebih dari 50% KPM yang menganggap bahwa bantuan yang diterima masih kurang memadai, dan hanya sebanyak 47% KPM yang beranggapan bantuan tersebut sudah memadai. Berikut ini adalah hasil penilaian dari KPM.

Proses pendistribusian bantuan PKH dilaksanakan di kecamatan masing-masing. Pemerintah selama ini berkerjasama dengan PT Pos dalam melakukan penyaluran bantuan kepada KPM dengan bantuan dari pendamping PKH di masing-masing desa/kecamatan. Tugas pendamping di sini adalah mendampingi KPM melakukan proses pencairan dana, dan tidak boleh mengambilkan. Dana bantuan tersebut nantinya akan digunakan oleh KPM untuk mengakses fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan sesuai dengan komponen penerima bantuan yang dimilikinya.

3.2. Implementasi Bentuk Program PKH di Kabupaten Wonosobo Tahun 2015 – 2017.

Program Keluarga Harapan pada dasarnya adalah program dari pemerintah yang dimiliki tujuan untuk memutus rantai kemiskinan di Indonesia. Dengan demikian segala bentuk program yang dijalankan dalam PKH harus sesuai dengan garis tujuan yang telah ditetapkan tersebut. Untuk dapat memutus rantai kemiskinan, harus ada upaya peningkatan kualitas dan kuantitas kesejahteraan masyarakat dalam berbagai bidang. Bidang yang paling mendasar yang diperlukan untuk dapat mewujudkan hal tersebut adalah bidang pendidikan dan kesehatan yang menjadi fokus utama dari dilaksanakannya PKH.

Bentuk pemberdayaan masyarakat di bidang pendidikan dan kesehatan dalam Program PKH dilakukan melalui pendampingan oleh pendamping PKH. Di pihak penerima bantuan, mereka diwajibkan melakukan verifikasi atas pemenuhan syarat sebagai bentuk ketaatan mereka terhadap komitmen. Verifikasi atas pemenuhan syarat peserta PKH dilakukan terhadap pendaftaran (enrollment) dan kehadiran (attendance) baik di sekolah untuk komponen pendidikan maupun puskesmas dan jaringannya untuk komponen kesehatan. Verifikasi dilaksanakan secara rutin oleh pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan menggunakan formulir verifikasi yang telah disediakan oleh program. Ketika lembar verifikasi tidak diisi (tidak ke posyandu atau sekolah) maka sanksi akan diberikan kepada penerima bantuan.

Di Kabupaten Wonosobo, pemanfaatan fasilitas pendidikan oleh KPM PKH sudah sangat bagus. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel 3.1 yang menunjukkan tingginya persentase penggunaan fasilitas pendidikan yang mencapai 98%.

Tabel 3.1.
Akses Terhadap Fasilitas Pendidikan

Akses KPM Terhadap Fasdik	Jumlah	Presentase
Iya/ Sudah Mengakses	98	98,0
Belum Mengakses	2	2,0
Tidak Mengakses	0	0

Total	100	100,0
-------	-----	-------

Sumber. Data Primer yang diolah Tahun 2017

Tingginya angka tersebut disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Salah satu komponen dari penerima bantuan PKH adalah terdapatnya anak usia sekolah dalam Keluarga Penerima Manfaat (KPM), dan mayoritas penerima bantuan PKH di Kabupaten Wonosobo memiliki komponen tersebut.

2. Ketersediaan fasilitas pendidikan. Di Kabupaten Wonosobo, jumlah fasilitas atau sekolah sebanyak 757 sekolah dari jenjang SD-SLTA dimana di setiap desa/kelurahan pasti terdapat sekolah dasar (SD) sehingga tidak ada alasan untuk tidak sekolah meskipun untuk jenjang pendidikan SMP/ sederajat tidak begitu banyak namun karena menjadi kewajiban KPM untuk menyekolahkan anak. Dukungan dari pemerintah pun sangat besar yaitu dengan program wajib belajar dan biaya sekolah yang murah disertai bantuan-bantuan lainnya.

3. Kesadaran dari KPM. Komitmen yang dibuat pada awal pengumuman sebagai peserta PKH dapat menjadi motivasi KPM dalam menerima bantuan untuk dimanfaatkan penggunaannya terhadap fasilitas pendidikan dengan harapan memperoleh taraf hidup yang lebih baik kelak.

Di aspek kesehatan, jumlah KPM yang mengakses fasilitas kesehatan di Kabupaten Wonosobo sudah cukup tinggi yaitu mencapai 81%, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2.
Akses Terhadap Fasilitas Kesehatan

Akses terhadap Faskes	Jumlah	Persentase
Selalu Menggunakan	70	70,0
Kadang Menggunakan Kadang tidak	11	11,0
Tidak Pernah	19	19,0
Total	100	100,0

Sumber. Data Primer yang diolah Tahun 2017

Meskipun demikian, masih ada pembenahan yang harus dilakukan terhadap penyediaan pelayanan kesehatan karena terdapat 19% KPM yang tidak pernah sama sekali mengakses fasilitas kesehatan. Angka yang cukup tinggi tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Tidak tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan di sekitar tempat tinggal KPM sehingga menjadi kendala dalam segi jarak dan transportasi. Hal tersebut harusnya diantisipasi oleh pemerintah daerah setempat dengan menambah fasilitas kesehatan seperti puskesmas, klinik, atau posyandu dan tenaga kesehatannya yang dapat diakses masyarakat dengan mudah.
2. Masyarakat/ KPM yang tidak mengakses fasilitas kesehatan bisa saja karena mereka memang tidak memiliki komponen yang diwajibkan untuk selalu mengakses fasilitas kesehatan. Komponen tersebut ialah balita, anak pra sekolah, ibu hamil, menyusui, penyandang disabilitas, dan lansia.

Dengan demikian, dapat kita simpulkan bahwa akses terhadap fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh komponen dalam KPM PKH, ketersediaan fasilitas kesehatan yang dapat diakses dengan mudah, tenaga kesehatan yang mencukupi, serta kesadaran dari KPM itu sendiri. Oleh karena itu, pemerintah melalui program PKH dan dengan usaha dari pendamping harus bisa memberikan motivasi akan pentingnya menjaga kesehatan serta keuntungan dari mengakses fasilitas kesehatan yang telah disediakan untuk KPM.

3.3. Faktor-faktor Penghambat dan Faktor-Faktor Pendukung Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Wonosobo.

Secara umum, hambatan-hambatan dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Wonosobo lebih bersifat teknis. Hambatan-hambatan yang bersifat teknis yang terjadi di lapangan tersebut misalnya adalah seperti hambatan dalam proses pencairan, pendampingan, dan koordinasi antar stakeholder dalam hal teknis pelaksanaan PKH. Selain itu, masih terdapatnya masyarakat miskin yang belum menerima bantuan PKH juga menjadi kendala bagi pelaksana PKH di

Kabupaten Wonosobo karena masyarakat miskin yang belum menerima bantuan tersebut mengeluhkan kepada pendamping atau petugas PKH. Ketika di lapangan dijumpai data mengenai kondisi keluarga yang miskin namun tidak termasuk dalam anggota PKH, maka pelaksana PKH di tingkat kabupaten/ kecamatan tidak dapat berbuat banyak. Mereka tidak dapat memasukan masyarakat miskin tersebut menjadi anggota PKH apabila keputusan tidak berasal dari pusat.

Hambatan selanjutnya adalah berkaitan dengan kurangnya jumlah pendamping PKH. Kurangnya jumlah pendamping ini menjadi kendala yang cukup berarti karena untuk menghadapi jumlah KPM yang sedemikian banyaknya tidaklah mudah, apalagi dengan mempertimbangkan jarak dan kondisi desa para penerima bantuan yang berbeda-beda.

Selain memiliki hambatan dan kendala dalam implementasi PKH di Kabupaten Wonosobo, terdapat juga faktor-faktor yang dapat mendukung implementasi PKH diantaranya adalah adanya dukungan dari semua pihak yang terlibat dalam proses implementasi PKH di Kabupaten Wonosobo baik dari UPPKH Kabupaten atau kecamatan, penamping, operator, perangkat desa, dinas sosial, dan elit-elit politik yang ada, dan lain sebagainya. Selain itu, dukungan yang berasal Sumber Daya Manusia pelaksana PKH (pendamping dan operator) sebagai ujung tombak dan penghubung antara pemerintah dengan masyarakat khususnya KPM sangatlah berpengaruh terhadap keberhasilan program karena mereka yang secara langsung terjun ke masyarakat sehingga segala aktivitas yang dilakukan pendamping dalam kegiatan pendampingan akan sangat berpengaruh terhadap sikap dan pemahaman KPM.

4. KESIMPULAN

Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Wonosobo tahun 2015 – 2017 mencakup beberapa proses dan tahapan-tahapan yang terdiri dari perencanaan, sosialisasi, pendataan, pendampingan, dan penyaluran bantuan. Dalam

pelaksanaannya masih terdapat kendala-kendala yang sifatnya teknis. Pendataan peserta PKH belum menyeluruh sehingga masih banyak yang belum mendapatkan PKH. Jumlah KPM yang sangat banyak masih belum sebanding dengan jumlah pendamping yang tersedia sehingga masih terjadi *overload* dan sebaiknya perlu ditambah pendamping lagi. Untuk jangka panjang, diperlukan komitmen serta dukungan dari semua pihak agar program ini dapat berjalan dengan baik sehingga dapat mengurangi beban kemiskinan di Wonosobo.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin. 2009. Fenomena Kemiskinan di Indonesia (Akar Masalah dan Alternatif Solusinya). [*Jurnal FKIP*] : *REGION Vol 1, No 1 REGION*
- AE Suwinta, Indah Prabawati. 2016. *Implementasi PKH di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar*. Kajian Kebijakan Publik. Volume 1 Nomor 1 Tahun 2016, 0-216.
- Badjuri, Abdulkahar & Yuwono, Teguh. 2002. *Kebijakan Publik: Konsep dan Strategi*. Semarang : Jurusan Ilmu Pemerintahan FISIP Undip.
- Berita Resmi Statistik, BPS Provinsi Jawa Tengah. 2016. *Profil Kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah Maret 2016*. No. 49/07/33/Th. X. Semarang
- Chriswardani, Suryawati. 2005. *Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Eriyanto. 2007. *Teknik Sampling – Analisis Opini Publik*. Yogyakarta: Lkis Yogyakarta.
- Ernan R, Sunsun S, dan Dyah R. 2009. *Perencanaan dan Pengembangan Wilayah*. Jakarta: Crestpent Press dan Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

- Erwan AP & Dyah RS, 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif – Untuk Administrasi Publik dan Masalah-masalah Sosial*. Yogyakarta : Gava Media.
- Erwan AP & Dyah RS. 2012. *Implementasi Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: Gava Media.
- Ismet,Sulila. 2015. *Implementasi Dimensi Pelayanan Publik dalam Konteks Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Deepublish.
- Martono Nanang, 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Rajagrafindo
- Nawawi, Ismail. 2009. *Public Policy: analisis strategi advokasi teori dan praktek*, Surabaya: PMN.
- Mawardi, Sumarto. 2003. *Kebijakan Publik yang Memihak Orang Miskin (Fokus: Pro-Poor Budgeting)*. Lembaga Penelitian SMERU.
- Nano,Prawoto.2009. *Memahami Kemiskinan dan Strategi Penanggulangannya*
Jurnal Ekonomi dan Studi Pembangunan Volume 9, Nomor 1.
- Nawawi,Ismail.2009. *Public Policy: analisis strategi advokasi teori dan praktek*.
Surabaya: PMN.
- Nugroho,Riant. 2009. *Public Policy*, Jakarta: PT.Elex Media Komputindo.
- Nurcholis, Hanif, *Teori dan Praktik Pemerintahan dan Otonomi Daerah*, 2005, PT
Grasindo, Jakarta.
- Prawoto, Nano. 2009. *Memahami Kemiskinan dan Strategi Penanggulangannya*
[Jurnal] Ekonomi dan Studi Pembangunan Volume 9 : 56 - 68
- RPJMD Kabupaten Wonosobo 2016-2019.
- Sugiyono, 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung:
ALFABETA.

Suharto, Edi. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: ALFABETA.

Susanto Hari, 2006. *Dinamika Penanggulangan Kemiskinan – Historis Era Orde Baru*. Jakarta: Khanata, Pustaka LP3ES Indonesia.

Tantoro, Swis. 2014 . *Pembasmian Kemiskinan Perspektif Sosiologis – Antropologis*. Yogyakarta: PUSTAKA PELAJAR.

Wasis.2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.

Winarno, Budi. 2007. *Kebijakan Publik : Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.