

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Representasi Sosial

2.1.1. Definisi Representasi Sosial

Abric (dalam Deaux dan Philogene, 2001: 83) representasi sosial merupakan suatu pandangan fungsional yang memungkinkan individu atau kelompok memberikan makna dan arti terhadap tindakan yang dilakukannya untuk mengerti suatu realita kehidupan sesuai dengan referensi yang mereka miliki dan untuk beradaptasi terhadap realitas tersebut. Representasi sosial ini sebagai cara berpikir rasional yang praktis melalui hubungan sosial dengan menggunakan gaya dan logikanya sendiri, yang kemudian didistribusikan kepada anggota suatu kelompok yang sama melalui komunikasi sehari-hari.

Representasi Sosial merupakan sebuah sistem nilai, gagasan dan perbuatan, yang memiliki fungsi ganda. Fungsi yang dimaksudkan ialah untuk membangun sebuah tata aturan bagi setiap individu untuk menyesuaikan diri dan memahami serta menguasai lingkungan fisik ataupun lingkungan sosialnya (Moscovici, dalam Bergman, 1998: 25). Representasi sosial dapat mengubah suatu hal yang tidak lazim atau tidak dikenal menjadi sesuatu hal yang dapat dikenali. Representasi sosial merupakan hasil dari pemaknaan individu terhadap nilai, gagasan dan perbuatan, namun disamping itu representasi sosial juga merupakan penghasil dari berbagai macam nilai, gagasan dan perbuatan tersebut.

Dapat disimpulkan bahwa representasi sosial adalah pandangan masyarakat dalam memandang sesuatu hal atau objek yang kemudian

didistribusikan kepada orang lain disekitarnya melalui komunikasi sehari-hari baik secara disadari ataupun tidak, secara terus menerus dan akhirnya representasi sosial tersebut akan cenderung mempengaruhi perilaku mereka.

2.1.2. Fungsi Representasi Sosial

Representasi sosial berperan sebagai sebuah jembatan yang menghubungkan antara individu dengan dunia sosialnya (Deaux dan Philogene, 2001: 112). Representasi sosial memiliki dua buah fungsi sekaligus (Moscovici, dalam Adriana 2009: 30), antara lain:

1. Representasi sosial dapat berfungsi sebagai tata aturan bagi individu untuk menyesuaikan diri dan memahami (serta menguasai keadaan) pada lingkungan fisik ataupun lingkungan sosialnya.
2. Selain itu, representasi sosial juga dapat memungkinkan terjadinya aktivitas berkomunikasi antar anggota komunitas dengan adanya sandi untuk aktivitas pertukaran sosial mereka, dan sebagai kode untuk menamai serta mengklasifikasikan dengan jelas berbagai macam aspek pada lingkungan, kesejarahan individu dan kesejarahan kelompoknya.

Teori representasi sosial terlihat pada pemikiran subjektif seorang individu yang menciptakan sebuah kenyataan dari kenyataan yang tidak diketahui sebelumnya. Oleh sebab itu, representasi sosial memiliki fungsi sebagai alat untuk memberikan arti bagi setiap istilah yang asing atau abstrak bagi mereka (Bergman, 1998: 33). Terdapat lima fungsi dari representasi sosial (Josh dan Ignatow, 2001: 130) yaitu:

1. *Group Coordination*. Representasi sosial berfungsi untuk menyelaraskan (*coordinating*) aktivitas kelompok dan memudahkan kerjasama antar anggotanya.
2. *Rational Argumentation*. Representasi sosial juga mungkin mempunyai sebuah fungsi penting lainnya dalam kehidupan negara yang liberal (kondisi yang terbuka dan adanya demokrasi) yaitu memudahkan seseorang untuk mengeluarkan argumentasi/bantahan yang masuk akal bagi nya. Hal ini terkait dengan konsep ideal Ruang Publik yang digagas oleh Habermas.
3. *Symbolic Copying*. Representasi sosial juga dapat berfungsi untuk merubah suatu hal yang tidak dikenal menjadi hal yang dapat dikenal dengan menggambarkan hal yang baru tersebut kepada sesuatu yang sudah ada pada pengalaman sebelumnya.
4. *Environmental Compensation*. Representasi sosial berfungsi untuk menggambarkan atau membandingkan hal yang tabu menjadi hal yang dapat dengan mudah dikenali oleh masyarakat atau sebuah kelompok dengan menggunakan perumpamaan yang berasal dari lingkungan yang memiliki sedikit persamaan dengan hal yang digambarkan tersebut. Fungsi ini merupakan pelengkap dari proses pembentukan representasi sosial tahap *anchoring* yang dikemukakan oleh Moscovici.
5. *System Justification*. Representasi sosial yang timbul dalam sebuah kelompok merupakan usaha untuk mempengaruhi orang lain agar turut menggunakan representasi sosial tersebut sehingga tujuan sosial dan politik dapat tercapai.

2.1.3. Proses Pembentukan Representasi

Sosial Representasi Sosial dapat merubah suatu hal yang tidak lazim dan atau tidak dikenal menjadi sesuatu hal yang dapat dikenali, melalui dua proses pembentukan. Proses pembentukan representasi sosial tersebut terjadi dalam dua tahapan (Deaux dan Philogene, 2001: 135):

1. *Anchoring* merupakan proses yang mengacu pada proses pengenalan atau pengaitan suatu objek tertentu dalam pikiran individu. Pada proses ini, informasi yang baru didapat diintegrasikan ke dalam sistem pemikiran dan sistem makna yang telah dimiliki oleh individu sebelumnya.
2. *Objectifications* merupakan proses penerjemahan ide-ide yang abstrak dari suatu objek ke dalam gambaran tertentu yang lebih konkrit atau mengaitkan abstraksi tersebut dengan objek yang konkrit. Proses ini dipengaruhi oleh kerangka sosial individu, misalnya norma, nilai, dan kode-kode yang merupakan bagian dari proses kognitif atau afek dari komunikasi serta pemilihan dan penataan representasi mental atas objek tersebut.

Representasi sosial mengalami transformasi dan kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya hal tersebut ialah:

- a. Keterlibatan tinggi dalam kelompok.
- b. Perubahan keadaan eksternal (keadaan fisik, ekonomi, lingkungan sosial yang berhubungan langsung dengan objek representasi) yang mengganggu grup.
- c. Tantangan terhadap nilai tradisional dalam grup yang tidak dapat dihindari.
(Guimelli, 1993: 25)

2.1.4. Elemen Representasi Sosial

Representasi sosial terdiri atas elemen informasi, keyakinan, pendapat, dan sikap tentang suatu objek (Abric, dalam Deaux dan Philogene, 2001: 142).

Elemen pengetahuan ialah segala informasi yang diketahui oleh anggota suatu komunitas mengenai suatu objek tertentu, pendapat ialah hasil pemikiran mereka, keyakinan ialah segala sesuatu hal yang dipercayai dan diyakini (Adriana, 2009: 36), dan sikap ialah kecendrungan respon suka atau tidak suka, penilaian, pengaruh atau penolakan, serta kepositifan atau kenegatifan terhadap suatu objek tersebut (Sarwono, 2006: 52). Bagian-bagian tersebut akan terorganisir, terstruktur dan kemudian menjadi sistem kognisi sosial seseorang.

Struktur representasi sosial terdiri dari *central core dan peripheral core*. *Central core* tersusun atas sejumlah elemen yang terorganisir yang mengatur seluruh representasi dengan menentukan maknanya, sehingga seluruh hal yang penting dapat menjadi stabil. Bagian lainnya di sekeliling struktur tersebut ialah *peripheral core* yang memiliki sifat konkret dan merupakan elemen yang dapat diakses secara langsung, serta bersifat lebih fleksibel bila dibandingkan dengan *central core* (Abric, dalam Deaux dan Philogene, 2001: 150).

2.1.5. Hubungan Representasi Sosial dengan Perilaku

Menurut Campbell (dalam Bergman, 1998: 42), dinyatakan bahwa representasi sosial, sikap dan nilai dapat dipertimbangkan sebagai kecenderungan untuk bertingkah laku (*behavioural dispositions*). Disposisi perilaku ini merupakan suatu kekuatan yang menyalurkan manusia dalam mempersepsikan, mengkategorisasikan, mengorganisasikan atau memilih, namun memiliki beberapa konsekuensi. Kecenderungan berperilaku yang

diperoleh, hampir seluruhnya adalah kecenderungan berperilaku yang disosialisasikan (antar anggota kelompok).

Pada hasil penelitian Adriana (2009) diketahui bahwa perbedaan representasi sosial terlihat mempunyai pengaruh terhadap perbedaan perilaku. Selanjutnya dari hasil penelitian Gunawan (2003) terbukti bahwa representasi sosial dapat mempengaruhi perilaku, khususnya performa kerja, sehingga representasi sosial yang berbeda-beda menyebabkan perilaku kerja yang muncul juga memiliki perbedaan.

Representasi sosial juga dikembangkan dalam bentuk lain menjadi representasi profesional. Representasi tersebut terbentuk dalam aksi dan interaksi profesional, yang memberikannya suatu konteks. Representasi profesional dipengaruhi oleh konteks, yang dalam hal ini bukan hanya situasi fisik tetapi juga pola interaksi diantara subjek yang berinteraksi. Mengenai hubungan antara representasi profesional dengan praktek (tindakan/perilaku) terdapat beberapa tipe hubungan, namun diantaranya ialah representasi tidak memiliki hubungan dengan perilaku jika adanya pengaruh paksaan dari luar (Blin, dalam Pandjaitan, 1998: 35).

2.1.6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Representasi Sosial

Terdapat beberapa hal yang dapat mempengaruhi pembentukan representasi sosial. Mulai dari karakteristik individu/kelompok yang bersangkutan hingga berbagai faktor eksternal lainnya. Menurut Moscovici (dalam Adriana 2009: 37) pada proses objektifikasi, pembentukan representasi sosial dapat dipengaruhi oleh kerangka sosial individu seperti norma, nilai dan kode yang

merupakan bagian dari proses kognitif dan afek dari komunikasi dalam pemilihan dan penataan representasi mental atas objek tersebut.

Elemen central core sebuah representasi sosial dapat saja berubah sesuai dengan keadaan, namun kaitannya dengan sejarah masa lalu subjek yang bersangkutan tidak dapat diabaikan. Selanjutnya, keterlibatan tingkat tinggi dalam grup menjadi dasar dari segalanya pada kondisi transformasi representasi sosial. Keterlibatan individu dalam kelompok atau lingkungan profesionalnya juga diyakini oleh sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi representasi profesional (Guimelli, 1993: 42)

Hasil penelitian Gunawan (2003), representasi sosial yang terbentuk pada suatu kelompok masyarakat dipengaruhi oleh faktor kesejarahan, kondisi geografis, serta pola dan situasi interaksi yang ada. Adriana (2009) menambahkan, proses representasi sosial pada individu dalam kelompok tertentu dipengaruhi oleh beberapa faktor demografi subjek, faktor internal, faktor eksternal, serta faktor struktural yang mempengaruhi lingkungan sosialnya seperti kebijakan pemerintah. Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi representasi sosial antara lain berupa faktor internal dalam hal ini karakteristik individu yang bersangkutan, tingkat keterlibatan individu dalam kelompok, serta komunikasi sehari-hari dalam kelompok.

2.1.7. Metode Pengukuran Representasi Sosial

Berbagai macam metode dapat digunakan untuk mengungkap representasi sosial yang ada pada suatu komunitas ataupun masyarakat. Beberapa ahli psikologi sosial menggunakan metode eksperimen laboratorium untuk mengetahui representasi sosial pada objek yang mereka amati. Selain

itu, representasi sosial juga dapat diukur dengan menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif (Farr dan Moscovici 1984: 31). Penelitian yang telah dilakukan oleh Jodelet menggunakan metode yang memanfaatkan data naratif dan kualitatif, namun dalam waktu bersamaan juga menggunakan metodologi antropologi dan etnografi (Deaux dan Philogene, 2001: 161).

Selanjutnya, dari beberapa penelitian mengenai representasi sosial sebelumnya, terlihat cara yang lebih familiar dan yang lebih sering digunakan ialah dengan metode kualitatif dan asosiasi kata/asosiasi bebas. Metode kualitatif dapat dilaksanakan dengan beberapa teknik pengumpulan data, diantaranya yaitu pengamatan langsung, wawancara mendalam (*indepth interview*) personal maupun kelompok (*focus group interview*), studi dokumentasi, serta memperoleh informasi dari informan (Tarigan, 2004: 68; Gunawan, 2003: 55). Metode lainnya ialah dengan asosiasi kata atau asosiasi bebas yaitu sebuah metode pengumpulan kata-kata atau kalimat pendek, langsung dari subjek penelitian mengenai pemaknaan mereka terhadap suatu hal (Putra, I.E. dkk, 2009: 66; Adriana, 2009: 74). Metode ini ditempuh dengan cara memberikan pertanyaan terbuka mengenai pemaknaan mereka terhadap suatu hal serta apa yang mereka bayangkan dan mereka simpulkan ketika mendengar tentang suatu hal tersebut. Hasil dari asosiasi bebas tersebut, juga dapat disajikan kembali dengan alat pengumpulan data berupa angket atau kuesioner dengan pertanyaan terbuka maupun tertutup bahkan penggunaan gambar, untuk mendapat hasil yang lebih akurat menurut teknik kuantitatif mengenai representasi sosial tersebut.

Menurut Nunnally (dalam Suryabrata, 1999: 56) mengenai inti/tujuan penggunaan metode kuantitatif dalam studi psikologi adalah bahwa pengukuran itu terdiri dari aturan–aturan untuk mengenakan bilangan kepada objek sedemikian rupa guna menunjukkan kuantitas atribut objek itu. Selanjutnya penerapan aturan–aturan seperti tersebut, secara langsung berkenaan dengan pembakuan, yang dimaksudkan agar para ilmuwan yang bekerja secara terpisah menghasilkan yang sama atau sekurang–kurangnya setara agar diperoleh objektivitas, kuantifikasi, murah dari segi ekonomi, serta generalisasi ilmiah.

2.2. Kemiskinan

Kemiskinan merupakan masalah pribadi, keluarga, masyarakat, negara bahkan dunia. PBB sendiri memiliki agenda khusus sehubungan dengan penanggulangan masalah kemiskinan. Dalam Millenium Development Goals, institusi sejagat tersebut memiliki target tertentu sehubungan dengan upaya penyelesaian masalah kemiskinan dimuka bumi ini. Demikian halnya dengan negara, baik di tingkat pusat maupun daerah, melalui berbagai kementerian, dinas maupun badan memiliki berbagai program penanggulangan masalah kemiskinan. Sebagai suatu kondisi, kemiskinan adalah suatu fakta dimana seseorang atau sekelompok orang hidup dibawah atau lebih rendah dari kondisi hidup layak sebagai manusia disebabkan ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Sedangkan sebagai suatu proses, kemiskinan merupakan proses menurunnya daya dukung terhadap hidup seseorang atau sekelompok orang sehingga pada gilirannya ia atau kelompok tersebut tidak

mampu memenuhi kebutuhan hidupnya dan tidak pula mampu mencapai taraf kehidupan yang dianggap layak sesuai dengan harkat dan martabatnya sebagai manusia.

Secara umum istilah miskin atau kemiskinan dapat dengan mudah diartikan sebagai suatu kondisi yang kurang atau minim. Dalam hal ini konsep kurang maupun minim dilihat secara komparatif antara kondisi nyata kehidupan pribadi atau sekelompok orang disatu pihak dengan kebutuhan pribadi atau sekelompok orang dilain pihak. Pengertian minim disini bersifat relatif,dapat berbeda dengan rentang waktu yang berbeda. Dapat pula berbeda dengan lingkungan yang berbeda (Siagian, 2012: 4).

Kemiskinan adalah gejala penurunan kemampuan seseorang atau sekelompok orang atau wilayah sehingga mempengaruhi daya dukung hidup seseorang atau sekelompok orang tersebut, dimana pada suatu titik waktu secara nyata mereka tidak mampu mencapai kehidupan yang layak (Mencher, dalam Siagian, 2012: 5).

Kemiskinan merupakan produk dari interaksi teknologi, sumber daya alam dan modal, dengan sumber daya manusia serta kelembagaan (Pearce, dalam Siagian, 2012: 7).

Ada beberapa jenis-jenis kemiskinan yang akan diuraikan yaitu;

1. Kemiskinan absolut yaitu suatu kondisi, dimana seseorang atau sekelompok orang tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya, sehingga orang tersebut memiliki taraf kehidupan yang rendah, dianggap tidak layak atau tidak sesuai dengan harkat dan martabat sebagai manusia.
2. Kemiskinan relatif yaitu kemiskinan yang didasari pada komparasi kondisi kehidupan antara seseorang dengan orang lain. Analisis komparatif

tentang kondisi hidup manusia dilakukan karena kondisi taraf hidup disuatu lingkungan berbeda dengan lingkungan yang lainnya.

3. Kemiskinan massa yaitu kemiskinan yang dialami secara massal penduduk dalam suatu lingkungan wilayah.
4. Kemiskinan non massa yaitu kemiskinan yang dihadapi oleh segelintir orang dalam suatu wilayah.
5. Kemiskinan alamiah yaitu kemiskinan yang terjadi sebagai konsekwensi dari kondisi alam yang tidak memenuhi dimana seseorang atau sekelompok orang tersebut bermukim.
6. Kemiskinan kultural yaitu kemiskinan yang disebabkan karena budaya dimana masyarakat banyak yang tidak menyadari bahwa mereka miskin.
7. Kemiskinan terinvolusi yaitu seseorang yang mengetahui bahwa dia miskin, namun sekelompok orang tersebut menganggap kemiskinan itu merupakan hal yang wajar dan bukanlah masalah yang esensial.
8. Kemiskinan struktural yaitu mendeskripsikan bahwa struktur sosial masyarakat itu berbeda, sehingga menghambat masyarakat untuk mengembangkan kemampuan hidupnya.
9. Kemiskinan situasional yaitu kondisi kehidupan yang tidak layak yang disebabkan oleh situasi yang ada, maksud dari kondisi situasi yang ada adalah bahwa kondisi situasi itu tidak kondusif bagi masyarakat untuk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
10. Kemiskianan buatan yaitu terjadi karena kelembagaan yang ada mengakibatkan anggota dalam kelompok tidak menguasai sarana ekonomi yang ada secara merata.

2.3. Kesejahteraan Sosial

Istilah kesejahteraan sosial bukanlah hal baru, baik dalam wacana global maupun nasional. Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) misalnya telah mengatur masalah ini sebagai salah satu bidang kegiatan masyarakat internasional.

Di Indonesia, konsep kesejahteraan sosial juga telah lama dikenal. Ia telah ada dalam sistem ketatanegaraan Indonesia (Suharto,2009:1).

Perserikatan Bangsa-Bangsa memberi batasan kesejahteraan sosial sebagai kegiatan-kegiatan yang terorganisasi yang bertujuan untuk membantu individu atau masyarakat guna memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasarnya dan meningkatkan kesejahteraan selaras dengan kepentingan keluarga dan masyarakat. Defenisi ini menekankan bahwa, kesejahteraan sosial adalah suatu institusi atau bidang kegiatan yang melibatkan aktivitas yang terorganisir yang diselenggarakan baik oleh lembaga-lembaga pemerintah maupun swasta yang bertujuan untuk mencegah, mengatasi atau memberikan kontribusi terhadap pemecahan masalah sosial, dan peningkatan kualitas hidup individu, kelompok dan masyarakat.

Kesejahteraan sosial dalam artian luas mencakup berbagai tindakan yang dilakukan manusia untuk mencapai taraf hidup yang lebih baik. Taraf kehidupan yang lebih baik ini tidak hanya diukur secara ekonomi, dan fisik belaka, tetapi juga ikut memperhatikan aspek sosial, mental dan segi kehidupan spiritual (Adi,2003:40).

Kesejahteraan sosial dapat dilihat dalam empat sudut pandang yaitu:

1. Kesejahteraan sosial sebagai suatu keadilan (kondisi)

Kesejahteraan sosial sebagai suatu kondisi, kesejahteraan sosial dapat dilihat dari rumusan Undang-Undang No 11 tahun 2009 tentang ketentuan-ketentuan pokok kesejahteraan sosial, pasal 2 ayat 1:

Kesejahteraan Sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.

2. Kesejahteraan sosial sebagai suatu ilmu

Sebagai suatu ilmu, pada dasarnya suatu ilmu yang mencoba mengembangkan pemikiran, strategi dan teknik untuk meningkatkan kesejahteraan suatu masyarakat, baik dari level mikro, mezzo, maupun makro.

3. Kesejahteraan sosial sebagai suatu kegiatan

Sebagai suatu kegiatan, pengertian kesejahteraan sosial dapat dilihat antara lain dari defenisi yang dikembangkan oleh Friedlander (dalam Adi,2003):
“Kesejahteraan sosial merupakan sisitem yang terorganisir dari berbagai institusi dan usaha-usaha kesejahteraan sosial yang dirancang guna membantu individu ataupun kelompok agar dapat mencapai standar hidup dan kesehatan yang lebih memuaskan.”

Pengertian ini sekurang-kurangnya menggambarkan kesejahteraan sosial sebagai suatu sistem pelayanan yang dirancang guna meningkatkan taraf hidup masyarakat. Meskipun dalam pengertian yang dikemukakan Friedlender secara eksplisif menyatakan bahwa target dari kegiatan

tersebut adalah individu dan kelompok, tetapi dalam arti luas pengertian Friedlender juga melihat masyarakat sebagai suatu totalitas.

4. Kesejahteraan sosial sebagai suatu gerakan

Sebagai suatu gerakan, isu kesejahteraan sosial sudah menyebar luas hampir ke seluruh penjuru dunia sehingga menjadi gerakan tersendiri yang bertujuan memberitahukan kepada dunia bahwa masalah kesejahteraan sosial merupakan hal yang perlu diperhatikan secara seksama oleh masyarakat dunai, baik secara global maupun parsial. Oleh karena itu, muncullah berbagai macam gerakan dalam wujud organisasi lokal, regional maupun internasional yang berusaha menangani isu kesejahteraan sosial ini.

2.4. Program Keluarga Harapan

2.4.1. Pengertian Program Keluarga Harapan

Program Keluarga Harapan adalah program yang memberikan bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang telah ditetapkan sebagai peserta PKH. Agar memperoleh bantuan, peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan dan komitmen yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan (Pedoman Umum Program Keluarga Harapan, 2011: 11).

Program Keluarga Harapan merupakan salah satu program penanggulangan kemiskinan yang melibatkan berbagai sektor yang di dalamnya memerlukan kontribusi dan komitmen lembaga/instansi terkait yang meliputi: Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian Agama, BPS, dan PT Pos Indonesia dan Lembaga Keuangan dalam

penyaluran bantuan bagi peserta PKH (Pedoman Umum Program Keluarga Harapan, 2011: 10).

2.4.2. Latar Belakang Program Keluarga Harapan

Dalam rangka percepatan penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan kebijakan di bidang perlindungan sosial, sejak tahun 2007 Pemerintah Indonesia telah melaksanakan Program Bantuan Tunai Bersyarat (BTB) yang saat ini dikenal dengan nama Program Keluarga Harapan (PKH). Program Bantuan Tunai Bersyarat ini telah dilaksanakan di beberapa negara yang dikenal dengan *Conditional Cash Transfers (CCT)* dan cukup berhasil dalam penanggulangan kemiskinan tersebut.

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

Program Keluarga Harapan merupakan bantuan dan perlindungan sosial yang termasuk dalam kluster pertama. Program ini merupakan bantuan tunai bersyarat yang berkaitan dengan persyaratan pendidikan dan kesehatan. Program ini diharapkan berkesinambungan setidaknya sampai tahun 2015 dan mampu

berkontribusi untuk mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau *MDGs*). Setidaknya ada 5 komponen MDGs yang didukung melalui PKH, yaitu pengurangan penduduk miskin ekstrim dan kelaparan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, dan pengurangan kematian ibu melahirkan.

Anggarannya berasal dari APBN dimana kedudukan PKH merupakan bagian dari program-program penanggulangan kemiskinan lainnya. PKH berada di bawah koordinasi Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik di Pusat maupun di daerah. PKH merupakan program lintas Kementrian dan lembaga, karena aktor utamanya adalah Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Komunikasi dan Informatika, dan Badan Pusat Statistik.

Program Keluarga Harapan (PKH) diluncurkan Presiden SBY di Gorontalo Juli 2007. Pada tahap awal, Program Keluarga Harapan dilaksanakan di tujuh provinsi melibatkan 500.000 kepada rumah tangga yang sangat miskin (RTSM). Tujuh provinsi yaitu: Gorontalo, Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, dan Nusa Tenggara Timur. Tahun 2007 merupakan tahap awal pengembangan program atau tahap uji coba. Tujuan uji coba adalah untuk menguji berbagai instrumen yang diperlukan dalam pelaksanaan PKH, seperti antara lain metode penentuan sasaran, verifikasi persyaratan, mekanisme pembayaran, dan pengaduan masyarakat, apabila tahap uji coba ini berhasil, maka PKH akan dilaksanakan setidaknya sampai dengan tahun 2015. Hal ini sejalan dengan komitmen pencapaian Millenium Development

Goals (MDGs). Selama periode tersebut, target peserta secara bertahap akan ditingkatkan hingga mencakup seluruh RSTM dengan anak usia pendidikan dasar dan ibu hamil/nifas.

Pada tahun 2008, pelaksanaan Program Keluarga Harapan ditambah lagi menjadi 13 provinsi. Enam tambahan itu adalah: Nanggroe Aceh Darusalam, Sumatera Utara, Daerah Istimewa Yogyakarta, Banten, Nusa Tenggara Barat, dan Kalimantan Selatan. PKH sudah dilaksanakan di 72 kabupaten di 13 provinsi, dengan penerima 700 ribu RTSM pada tahun 2008. Program Keluarga Harapan (PKH) adalah suatu program yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RSTM), yaitu program pemerintah yang tertuang dalam RPJPN (Rencana Pembangunan Jangka Panjang) Tahun 2005 s/d 2025 (Undang Undang N0. 17 tahun 2007). Sebagai imbalannya RTSM diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan jika mereka memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan.

2.4.3. Tujuan Program keluarga Harapan

Tujuan utama dari PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin, serta merubah perilaku RTSM yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan. Dalam jangka pendek, bantuan ini membantu mengurangi beban pengeluaran RTSM, sedangkan untuk jangka panjang, dengan mensyaratkan keluarga penerima untuk menyekolahkan anaknya,

melakukan imunisasi balita, memeriksakan kandungan bagi ibu hamil, dan perbaikan gizi, diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antargenerasi.

Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target MDGs. Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas:

- (1) Meningkatkan status sosial ekonomi RTSM;
- (2) Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM;
- (3) Meningkatkan kualitas kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun yang belum masuk sekolah dasar dari RTSM;
- (4) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak RTSM.

2.4.4. Ketentuan Peserta Program Keluarga Harapan

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

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

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

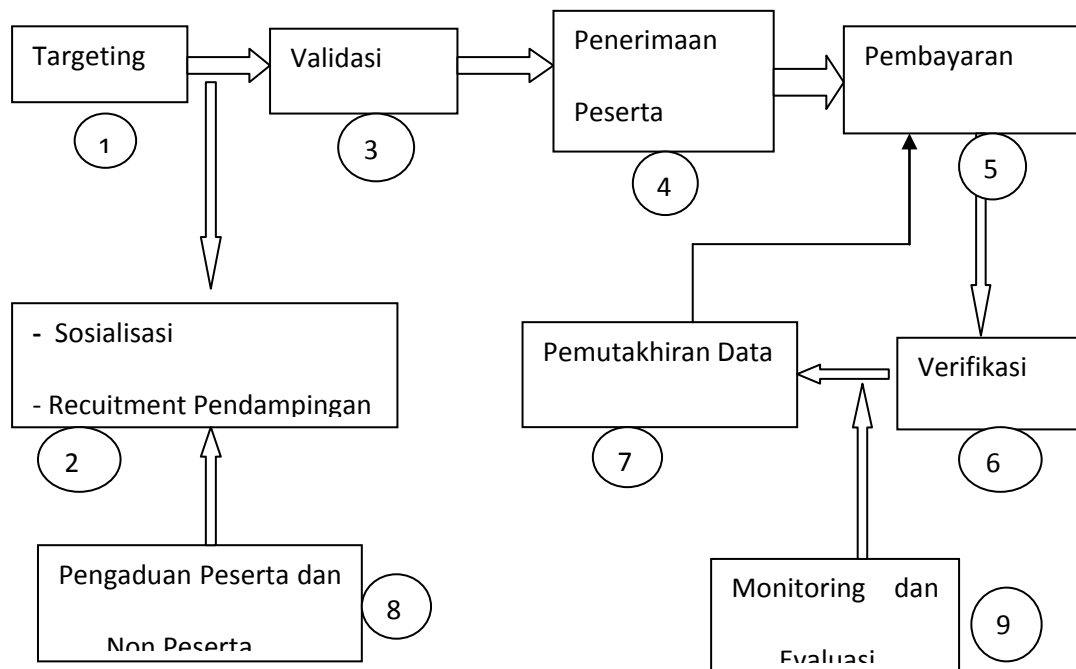
menutup keikutsertaannya pada program-program pemerintah lainnya yang termasuk pada klaster I, seperti: Jamkesmas, BOS, Raskin dan BLT.

2.4.5. Proses PKH

Proses Pelaksanaan Program Keluarga Harapan dapat dilihat dalam gambar berikut, yaitu:

Bagan 2.1

Proses PKH



Keterangan:

- 1) Target Program Keluarga Harapan adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM).
- 2) Rekrutmen Pendampingan dan Operator. Pendamping kemudian melakukan sosialisasi kepada calon peserta PKH.
- 3) Pendamping melakukan validasi data yang diperoleh dari UPPKH pusat dan kemudian mengembalikan data itu lagi kepada UPPKH.

- 4) Penerimaan PKH yang sesuai dengan kriteria PKH. Kemudian peserta PKH mendapatkan kartu peserta.
- 5) Penerimaan dana PKH. Peserta yang dapat mengambil adalah ibu yang menjadi anggota dalam PKH dengan menunjukkan kartu PKH dan tidak dapat diwakilkan untuk pengambilan langsung ke kantor pos terdekat.
- 6) Verifikasi data dilakukan pendamping setiap 3bulan sekali untuk mengecek perubahan data peserta PKH.
- 7) Pemuktahiran data dilakukan oleh operator dengan mengirimkan data peserta PKH yang telah diverifikasi kepada UPPKH pusat. Data tersebut dijadikan sebagai acuan untuk menentukan besarnya dana PKH tahap selanjutnya.
- 8) Bagi peserta dan non peserta yang memiliki pertayaan atau pengaduan terkait pelaksanaan PKH baik disampaikan langsung kepada koordinator peserta, pendamping kantor UPPKH Kabupaten maupun secara tulisan.
- 9) Pelaksanaan PKH dilapangan dimonitoring dan permasalahan yang terjadi dilapangan selanjutnya dijadikan bahan evaluasi untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

2.4.6. Hak dan Kewajiban Penerima PKH

2.4.6.1. Hak dan Kewajiban Penerima PKH dalam Bidang Kesehatan

2.4.6.1.1 Hak Penerima PKH dalam Bidang Kesehatan

Calon peserta PKH adalah Keluarga Sangat Miskin (KSM) yang ditetapkan sebagai calon peserta PKH dan akan menerima bantuan bidang kesehatan, jika pada saat pendataan ditemukan anggota keluarganya terdiri dari: (i) Ibu hamil; (ii) Ibu nifas dan/atau (iii) anak usia 0-6 tahun. Calon

peserta PKH selanjutnya ditetapkan sebagai peserta PKH apabila calon peserta tersebut telah menghadiri pertemuan awal dan/atau menandatangani surat perjanjian untuk mematuhi komitmen yang ditetapkan dalam program.

Hak Peserta PKH Bidang Kesehatan :

KSM yang terpilih sebagai peserta PKH berhak memperoleh bantuan uang tunai. Bantuan tunai akan dibayarkan kepada peserta PKH setiap a bulan satu kali melalui kantor pos terdekat.

- a. Bantuan tunai tahap pertama akan diberikan jika peserta PKH telah menghadiri acara pertemuan awal yang dikoordinir oleh UPPKH Kecamatan dan telah mengunjungi puskesmas atau posyandu.
- b. Bantuan tunai tahap berikutnya akan diberikan jika anggota keluarga peserta PKH memenuhi komitmen yang telah ditetapkan dalam program. Bukti bahwa anggota keluarga peserta PKH telah memenuhi komitmen harus diverifikasi dalam form verifikasi kesehatan oleh petugas kesehatan serta menunjukkan buku Kesehatan Ibu dan Anak.

2.4.6.1.2 Kewajiban Penerima PKH dalam Bidang Kesehatan

Untuk bisa menerima hak (menerima bantuan tunai), peserta PKH harus memenuhi kewajiban atau komitmen yang ditetapkan. Kewajibanyang dimaksud adalah:

- a. Menghadiri pertemuan awal

Pertemuan awal yang dikoordinasi oleh UPPKH Kecamatan diselenggarakan ditingkat kecamatan. Tempat pertemuan diupayakan dilokasi terdekat dengan tempat tinggal calon peserta. Tujuan pertemuan ini adalah untuk:

1. Sosialisasi PKH sebagai berikut:

- a) Menginformasikan tujuan, besaran bantuan, mekanisme dan hal terkait lain dengan PKH;
 - b) Menjelaskan komitmen (kewajiban) yang harus dilakukajn oleh calon peserta PKH untuk dapat menerima bantuan;
 - c) Menjelaskan hak dan kewajiban ibu dan atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumahtangga yang bersangkutan;
 - d) Menjelaskan sanksi dan konsekuensinya apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen yang ditetapkan dalam program;
2. Memeriksa dan memperbaiki data pribadi peserta PKH yang ada dalam formulir Validasi;
 3. Mengumpulkan semua formulir validasi yang sudah ditandatangani oleh peserta PKH sebagai bukti kesiapan mereka mengikuti semua persyaratan dan ketentuan yang ditetapkan PKH;
 4. Menjelaskan tata cara mendapatkan pelayanan kesehatan serta tempat pelayanan kesehatan terdekat yang bisa dimanfaatkan oleh peserta PKH;
 5. Menjelaskan mekanisme dan prosedur keluhan dan pengaduan atas pelaksanaan PKH;
 6. Memfasilitasi pembentukan kelompok peserta PKH dan memfasilitasi pemilihan Ketua Kelompok;
 7. Menjelaskan kewajiban ketua kelompok dalam PKH.

Calon penerima bantuan PKH (dalam hal ini ibu atau wanita dewasa yang memiliki/mengurus anak pada KSM) diwajibkan menghadiri acara pertemuan awal tersebut. Jika berhalangan maka pendamping PKH akan mengatur sedemikian rupa agar tujuan kegiatan pertemuan tetap dapat terlaksana (misalnya,

pendamping mengunjungi calon peserta PKH atau menyelenggarakan pertemuan susulan jika jumlah calon peserta PKH banyak yang berhalangan). Petugas UPPKH kecamatan (pendamping) juga mengundang petugas puskesmas kecamatan untuk menghadiri pertemuan tersebut.

b. Melakukan Kunjungan Awal ke Posyandu

Segera setelah pertemuan awal, seluruh peserta PKH Kesehatan wajib melakukan kunjungan awal ke posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya, tujuannya untuk:

- a. Dicatat data kesehatan anggota keluarganya pada awal program
- b. Mendapat informasi awal kunjungan berikutnya bagi setiap anggota keluarga peserta PKH yang ditentukan oleh kader posyandu atau petugas kesehatan lainnya sesuai persyaratan yang ditentukan.
- c. Mematuhi Komitmen untuk Mengunjungi Pemberi Pelayanan Kesehatan Sesuai Dengan Jadwal yang Telah Disepakati

Sebagai penerima bantuan kesehatan PKH, tiap peserta harus melakukan kewajiban-kewajiban sebagai berikut:

Tabel 2.1

Protokol Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PKH

Sasaran	Persyaratan (kewajiban peserta)
Ibu Hamil	Melakukan pemeriksaan kehamilan (antenatal care) sebanyak minimal 4 kali (K1 di trimester 1, K2 di trimester 2, K3 dan K4 di trimester 3) selama masa kehamilan.
Ibu Melahirkan	Proses kelahiran bayi harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih

Ibu Nifas	Ibu yang telah melahirkan harus melakukan pemeriksaan atau diperiksa kesehatannya setidaknya 2 kali sebelum bayi mencapai usia 28 hari
Bayi Usia 0-11 Bulan	Anak berusia di bawah 1 tahun harus diimunisasi lengkap dan ditimbang secara rutin setiap bulan.
Bayi Usia 6-11 Bulan	Mendapat suplemen tablet vitamin A
Anak Usia 1-5 Tahun	Dimonitor tumbuh kembang dengan melakukan penimbangan secara rutin setiap 1 bulan; Mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali setahun pada bulan Februari dan Agustus
Anak Usia 5-6 Tahun	Melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 bulan sekali dan/atau mengikuti program pendidikan anak usia dini.

Sumber: Pedoman Umum PKH

2.4.6.2 Hak dan Kewajiban Penerima PKH dalam Bidang Pendidikan

2.4.6.2.1 Hak Penerima PKH dalam Bidang Pendidikan

Rumah Tangga Sangat Miskin yang terpilih sebagai peserta PKH berhak memperoleh bantuan tunai jika telah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Besaran uang tunai untuk komponen pendidikan tergantung dari jumlah anak dan jenjang pendidikan yang diduduki oleh anak. Bantuan tunai akan dibayarkan kepada peserta setiap tiga bulan melalui kantor pos terdekat. Bantuan tunai langsung diterima oleh ibu RTSM atau perempuan yang mengasuh anak usia 0-15 tahun, atau anak yang usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.

1. Untuk tahap pertama, bantuan tunai PKH komponen pendidikan akan diberikan jika peserta PKH (ibu/perempuan desawa) telah menghadiri acara pertemuan awal yang dikoordinir UPPKH Kecamatan dan anak-anak dari keluarga peserta PKH sudah terdaftar disatuan pendidikan yang telah ditetapkan.
2. Untuk tahap triwulan berikutnya, bantuan tunai PKH komponen pendidikan akan diberikan jika anak-anak dari keluarga peserta PKH sudah memenuhi komponen pendidikan yang telah ditetapkan (yakni kehadiran minimal 85% di kelas atau kelompok belajar). Sebagai bukti anak-anak telah memenuhi komitmen pendidikan, diperoleh dari hasil verifikasi yang dilakukan oleh tenaga pendidik (guru/tutor) dan diketahui oleh kepala sekolah atau ketua penyelenggara satuan pendidikan.

2.4.6.2.2 Kewajiban Peserta PKH dalam Bidang Pendidikan

Untuk bisa menerima hak (menerima bantuan tunai), peserta PKH diharuskan memenuhi kewajiban atau komitmen yang ditetapkan. Kewajiban yang dimaksud adalah sebagai berikut:

a. Menghadiri Pertemuan awal

Sebelum bantuan tahap pertama dibayarkan, pertemuan awal yang dikoordinasikan oleh UPPKH Kecamatan akan diselenggarakan di tingkat Kecamatan. Seluruh calon peserta PKH yang terpilih (dalam hal ini Ibu) diwajibkan menghadiri acara pertemuan tersebut. Kantor UPPKH Kecamatan juga akan mengundang perwakilan para tenaga pendidik untuk menghadiri acara pertemuan tersebut. Tujuan pertemuan ini adalah untuk:

1. Menginformasikan tujuan, tingkat bantuan, mekanisme dan lainnya mengenai PKH serta membagikan bahan-bahan program (buku saku peserta PKH)
2. Menjelaskan komitmen (kewajiban) yang harus dilakukan calon peserta PKH untuk dapat menerima bantuan
3. Menjelaskan hak dan kewajiban Ibu peserta PKH
4. Menjelaskan sanksi dan konsekuensinya apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen yang telah ditetapkan dalam program
5. Menjelaskan perlunya melakukan pendaftaran ke sekolah/satuan pendidikan bagi anak-anak yang belum terdaftar di sekolah/satuan pendidikan (khusus peserta PKH pendidikan)
6. Menjelaskan perlunya melakukan kunjungan awal ke Puskesmas untuk menetapkan jadwal kunjungan bagi setiap anggota keluarga peserta PKH Kesehatan
7. Membantu peserta PKH mengisi Formulir Klarifikasi data (perbaikan data pribadi peserta)
8. Mengumpulkan semua Formulir Klarifikasi yang sudah diisi dan Formulir Perjanjian Kesediaan peserta PKH mengikuti komitmen PKH yang sudah ditandatangani
9. Menjelaskan mekanisme dan prosedur keluhan dan pengaduan atas pelaksanaan PKH
10. Memfasilitasi pembentukan kelompok peserta PKH dan memfasilitasi pemilihan Ketua Kelompok
11. Menjelaskan kewajiban Ketua Kelompok dalam PKH

b. Mendaftarkan Anak ke Satuan Pendidikan

Apabila hasil klarifikasi/perbaikan data anggota rumahtangga, yang dilakukan ketika pertemuan awal, ditemukan adanya:

1. Anak usia sekolah (6-15 tahun) belum terdaftar disekolah, maka Ibu dari RTSM peserta PKH harus segera mendaftarkan anak tersebut ke sekolah SD/MI atau SMP/MTs atau satuan pendidikan setara SD atau SMP
2. Anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar dan atau buta aksara, maka ibu dari RTSM peserta PKH harus mendaftarkan anak tersebut ke sekolah terdekat atau satuan pendidikan non formal (seperti: keaksaraan fungsional, Paket A setara SD atau Paket B setara SMP atau pendidikan pesantren setara SD/SMP
3. Anak usia 6-15 tahun dan usia 15-18 tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar dan diketahui bahwa mereka bekerja, baik di sektor formal maupun informal, maka Ibu dari RTSM peserta PKH harus mengikutkan anak tersebut ke dalam program persiapan pendidikan (seperti: rumah singgah, rumah perlindungan sosial anak, panti sosial asuhan anak, dll) dan selanjutnya mendaftarkan anak tersebut ke satuan pendidikan formal dan non-formal (Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat [PKBM], Sanggar Kegiatan Belajar [SKB], dan Pendidikan Luar Sekolah [PLS] lainnya).

Ketika melakukan pendaftaran anak ke satuan pendidikan tersebut, Ibu RTSM akan didampingi oleh pendamping PKH dari kantor UPPKH Kecamatan. Informasi nama sekolah dan/atau nama penyelenggara pendidikan non formal

selanjutnya harus dilaporkan ke pendamping PKH untuk keperluan pelaksanaan program lebih lanjut.

c. Mematuhi Komitmen

Kewajiban peserta PKH selanjutnya adalah mematuhi komitmen atau persyaratan yang ditetapkan dalam program, yaitu:

1. Bagi peserta PKH dengan anak usia 6-15 tahun
 - a. Peserta PKH yang memiliki anak usia 6-15 tahun harus mendaftarkan anak tersebut di sekolah SD/MI atau SMP/MTs atau pendidikan kesetaraan. Jika sudah terdaftar disatuan pendidikan, anak tersebut harus mengikuti kehadiran minimal 85% dari hari efektif tatap muka dalam sebulan selama tahun pelajaran berlangsung.
 - b. Untuk keperluan pembuktian tingkat kehadiran (verifikasi), apabila jumlah hari sekolah dalam satu bulan adalah 22-20 hari, jumlah maksimal ketidakhadiran anak di sekolah yang diperbolehkan adalah 3 hari.
 - c. Pengecualian dilakukan bagi peserta didik yang absen karena sakit atau terjadinya bencana alam di daerah tersebut. Jika absen karena sakit lebih dari 3 hari secara berturut-turut, peserta didik tersebut diwajibkan memberikan surat keterangan sakit yang dikeluarkan oleh dokter atau petugas kesehatan yang diakui. Selain itu pengecualian juga diberlakukan pada saat masa libur sekolah, masa transisi dari SD/MI ke SMP/MTs.

Untuk keperluan pembuktian tingkat kehadiran (verifikasi) bagi pendidikan kesetaraan, jumlah hari tatap muka dalam satu bulan harus memenuhi 85% tatao

muka. Sebagai contoh, apabila tatap muka berjumlah 3 kali per minggu atau 12 kali per bulan, maka kehadiran harus memenuhi 10,2 hari atau dibulatkan menjadi 10 kali pertemuan. Hal ini juga berlaku pada kegiatan yang ada dipanti sosial dan insntitusi serupamyang menangani pekerja anak atau mereka yang membutuhkan program penyesuaian kembali ke bangku sekolah.

2. Bagi peserta PKH yang memiliki anak dengan kemampuan terbatas

Peserta PKH yang memiliki anak dengan kemampuan terbatas (tuna daksa, keterbelakangan mental, keterbatasan penyerapan dan sejenisnya) memiliki pengecualian dalam hal usia. Semua anak dari kelompok ini yang masih mengikuti pendidikan dasar tidak dibatasi rentang usianya (6-15 tahun) jika peserta didik tersebut dapat didaftarkan di sekolah khusus (seperti, SDLB/SMPLB) maupun sekolah umum yang menyediakan program khusus. Komimen yang harus dipenuhi tetap berbasi tingkat kehadiran 85%.

2.4.7. Hak dan Kewajiban Pemberi PKH Dalam Bidang Kesehatan

2.4.7.1 Hak Pemberi Pelayanan Kesehatan

Program ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari program JPKMM. Maka kegiatan PKH kesehatan sepenuhnya dibiayai Jamkesmas dari sumber JPKMM/Jamkesmas di puskesmas. Oleh karena itu, hak-hak yang diterima PPK sesuai dengan apa yang diatur dalam petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis program JPKMM/Jamkesmas.

2.4.7.2. Kewajiban Pemberi Pelayanan Kesehatan

a. Menetapkan jadwal kunjungan

Pada tahap awal pelaksanaan, puskesmas dan posyandu memiliki peran penting dalam menetapkan jadwal kunjungan bagi setiap anggota keluarga

peserta PKH ke berbagai fasilitas kesehatan. Prosedur penetapan jadwal kunjungan peserta PKH adalah sebagai berikut:

1. Puskesmas akan menerima formulir jadwal kunjungan peserta PKH kesehatan dari UPPKH Kecamatan (Pendamping).

Dalam formulir jadwal kunjungan tersebut sudah tertulis nama anggota keluarga, jenis pelayanan/pemeriksaan kesehatan yang diwajibkan, status pelayanan/pemeriksaan kesehatan, tanggal dan nama/tempat pelayanan kesehatan.

2. Untuk mengisi status pemberian pelayanan kesehatan:

- a. Jika calon peserta PKH sudah pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan atau jaringan kerja Puskesmas tersebut, maka petugas puskesmas harus mencocokkan dengan register yang tersedia di Puskesmas (yaitu kohor ibu hamil, KMS, buku imunisasi, penimbangan, dll). Berdasarkan informasi yang diperoleh dari buku register, petugas puskesmas mengklarifikasi status pemberian pelayanan kesehatan yang sudah diberikan kepada setiap anggota keluarga peserta PKH.
- b. Jika calon peserta PKH belum pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan atau jaringan kerja Puskesmas (ini berarti register calon peserta tersebut tidak tersedia di puskesmas), maka petugas puskesmas harus menanyakan langsung kepada calon peserta PKH pada waktu acara pertemuan awal.
- c. Setelah klarifikasi status pemberian pelayanan kesehatan dilakukan, petugas puskesmas menetapkan tanggal dan nama

sarana kesehatan/PPK yang harus dikunjungi oleh seluruh anggota keluarga peserta PKH yang disyaratkan.

- d. Formulir kunjungan yang sudah terisi akan diambil langsung oleh pendamping PKH di puskesmas (paling telat 1 minggu sebelum acara pertemuan awal).

b. Menghadiri pertemuan awal

Perwakilan puskesmas akan diundang untuk menghadiri acara pertemuan awal dengan seluruh calon peserta PKH. Dalam pertemuan ini, petugas puskesmas berkewajiban untuk:

1. Mengklarifikasi status pemberian pelayanan kesehatan dengan calon peserta PKH, khususnya bagi mereka yang datanya tidak tercatat dalam register.
2. Menjelaskan tata cara mendapatkan pelayanan kesehatan serta tempat PPK terdekat yang bisa dimanfaatkan oleh peserta PKH.

c. Memberi Pelayanan Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan baik secara aktif maupun pasif kepada semua peserta PKH. Secara aktif, misalnya mengunjungi peserta PKH yang tidak hadir sesuai jadwal yang sudah ditetapkan untuk diberikan pelayanan dan pembinaan. Secara pasif dengan cara memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta yang mendatangi fasilitas kesehatan. Dalam memberikan pelayanan, petugas kesehatan harus mengacu kepada ketentuan dan pedoman pelayanan kesehatan yang berlaku.

Penetapan persyaratan PKH kesehatan akan berimplikasi pada peningkatan jumlah kunjungan di fasilitas kesehatan. Oleh karenanya, pemberi pelayanan

kesehatan harus menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan yang dibutuhkan (seperti, Vitamin A, Vaksin, tenaga kesehatan, dll).

d. Memverifikasi Komitmen Peserta PKH

Pembayaran bantuan komponen kesehatan pada tahap berikutnya diberikan atas dasar verifikasi yang dilakukan oleh petugas puskesmas. Jika peserta PKH memenuhi komitmennya (yaitu mengunjungi fasilitas kesehatan yang sudah ditetapkan sesuai jadwal kunjungan di atas), maka peserta PKH akan menerima bantuan tunai sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.4.8. Jaringan Pemberi Layanan Kesehatan

1. Puskesmas

Puskesmas diharapkan mampu memberi seluruh paket layanan kesehatan yang menjadi persyaratan bagi peserta PKH Kesehatan termasuk memberikan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (puskesmas PONED) dan rujukan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit.

2. Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Keliling (Pusling)

Puskesmas pembantu dan Puskesmas Keliling yang merupakan satelit Puskesmas (jika dilengkapi dengan tenaga bidan), sangat diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir.

3. Polindes/Poskesdes

Pondok bersalin desa (dikenal dengan sebutan Polindes) biasanya dilengkapi dengan tenaga bidan desa. Polindes diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi ibu selama kehamilan, pertolongan persalinan, dan bayi baru lahir, maupun pertolongan pertama pada kasus-kasus gawat darurat.

4. Posyandu

Posyandu yang dikelola oleh para kader kesehatan dengan bantuan dan supervisi dari Puskesmas, Pustu, serta Bidan desa diharapkan dapat memberikan pelayanan antenatal, penimbangan bayi dan balita, pemantauan tumbuh kembang, serta penyuluhan kesehatan.

5. Bidan Desa

Disamping memberikan pelayanan kesehatan di Polindes, bidan desa yang melakukan praktek di rumah dapat dimanfaatkan oleh peserta PKH, khususnya dalam pemeriksaan ibu hamil, memberikan pertolongan persalinan, maupun memberikan pertolongan pertama pada kasus-kasus kegawatdaruratan.

6. Rumah Sakit dan Balai Kesehatan

Rumah Sakit dan Balai Kesehatan mampu memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, termasuk memberikan Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif* (PONEK). Pelayanan di Rumah Sakit dan Balai Kesehatan harus melalui proses rujukan dari puskesmas, kecuali pada kasus emergensi.

Rumah Sakit dalam program Jamkesmas meliputi: RS Pemerintah dan beberapa RS Swasta yang melayani peserta Jamkesmas. Sedangkan Balai Kesehatan meliputi Balai Kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah: Balai Pelayanan Pengobatan Penyakit Paru (BP4), Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Kesehatan Indra Masyarakat (BKIM), Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM), Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM).

2.4.9. Pemberi Pelayanan Pendidikan

Jenis lembaga pendidikan dasar yang dapat dimanfaatkan oleh anak-anak penerima PKH adalah:

1. Lembaga pendidikan formal

- a) Sekolah dasar (SD)
- b) Sekolah dasar luar biasa (SDLB)
- c) Madrasah Ibtidaiyah (MI)
- d) Sekolah menengah pertama (SMP)
- e) Sekolah menengah pertama luar biasa (SMPLB)
- f) SMP terbuka
- g) Madrasah Tsanawiah (MTs)
- h) Pesantren Salafiyah
- i) Pesantren diniyah formal

2. Lembaga pendidikan non formal

- a) BPKB (Balai Pengembangan Kegiatan Belajar)
- b) SKB (Sanggar Kegiatan Belajar)
- c) PKBM (Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat)
- d) Pondok pesantren penyelenggara pendidikan kesetaraan
- e) Lembaga pendidikan alternatif khusus, sekolah komunitas dan layanan diksetara).

3. Peran Pemberi Pelayanan Pendidikan

Lembaga pendidikan tersebut diatas memiliki peranan penting untuk mensukseskan pencapaian tujuan PKH Pendidikan. Peran yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- a) Menerima pendaftaran anak peserta PKH di satuan pendidikan
- b) Memberi pelayanan pendidikan
- c) Melakukan verifikasi komitmen peserta PKH Pendidikan

2.4.10. Sasaran Penerima Program Keluarga Harapan

Sasaran atau Penerima bantuan PKH adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun dan/atau ibu hamil/nifas dan berada pada lokasi terpilih. Penerima bantuan adalah Ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (jika tidak ada Ibu maka: nenek, tante/bibi, atau kakak perempuan dapat menjadi penerima bantuan). Jadi, pada kartu kepesertaan PKH pun akan tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga. Untuk itu, orang yang harus dan berhak mengambil pembayaran adalah orang yang namanya tercantum di Kartu PKH.

Calon Penerima terpilih harus menandatangani persetujuan bahwa selama mereka menerima bantuan, mereka akan:

- 1) Menyekolahkan anak 7-15 tahun serta anak usia 16-18 tahun namun belum selesai pendidikan dasar 9 tahun wajib belajar;
- 2) Membawa anak usia 0-6 tahun ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi anak;
- 3) Untuk ibu hamil, harus memeriksakan kesehatan diri dan janinnya ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi Ibu Hamil.

Dalam pengertian PKH jelas disebutkan bahwa komponen yang menjadi fokus utama adalah bidang kesehatan dan pendidikan. Tujuan utama PKH Kesehatan adalah meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di Indonesia, khususnya bagi kelompok masyarakat sangat miskin, melalui pemberian insentif untuk melakukan kunjungan kesehatan yang bersifat preventif (pencegahan, dan bukan pengobatan). Meliputi misalnya anak usia 0-11 bulan harus mendapat imunisasi lengkap dan di timbang berat badannya secara rutin setiap bulan, anak usia 6-11 bulan harus mendapatkan Vitamin A sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun. Sedangkan bagi ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak empat kali dan ketika melahirkan harus di tolong oleh tenaga kesehatan dan beberapa ketentuan lainnya.

Komponen pendidikan dalam PKH dikembangkan untuk meningkatkan angka partisipasi pendidikan dasar wajib 9 tahun serta upaya mengurangi angka pekerja anak pada keluarga yang sangat miskin. Anak penerima PKH Pendidikan yang berusia 7-18 tahun dan belum menyelesaikan program pendidikan dasar 9 tahun harus mendaftarkan diri di sekolah formal atau non formal serta hadir sekurang-kurangnya 85% waktu tatap muka dalam sebulan. Setiap anak peserta PKH berhak menerima bantuan selain PKH, baik itu program nasional maupun lokal. Bantuan PKH bukanlah pengganti program-program lainnya karenanya tidak cukup membantu pengeluaran lainnya seperti seragam, buku dan sebagainya. PKH merupakan bantuan agar orang tua dapat mengirim anak-anak ke sekolah.

2.4.11. Besar Bantuan PKH

Besaran bantuan tunai untuk peserta PKH bervariasi tergantung jumlah anggota keluarga yang diperhitungkan dalam penerimaan bantuan, baik komponen kesehatan maupun pendidikan. Besaran bantuan ini di kemudian hari bisa berubah sesuai dengan kondisi keluarga saat itu atau bila peserta tidak dapat memenuhi syarat yang ditentukan.

Tabel 2.2

Skenario Bantuan per RTSM per tahun

Skenario Bantuan	Bantuan per RTSM per tahun
Bantuan tetap	. 300.000
Bantuan bagi RTSM yang memiliki	
a. Anak usia dibawah 6 tahun	. 1.000.000
b. Ibu hamil/menyusui	. 1.000.000
c. Anak usia SD/MI	. 500.000
d. Anak usia SMP/MTs	. 1.000.000
Rata-rata bantuan per RTSM	. 1.800.000
Bantuan minimum per RTSM	. 800.000
Bantuan maksimum per RTSM	. 2.800.000

Sumber: Pedoman Umum PKH

Keterangan:

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

Apabila peserta tidak memenuhi komitmennya dalam tiga bulan maka besaran bantuan yang diterima akan berkurang dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam satu bula. Maka bantuan akan berkurang sebesar Rp.50.000,-
- 2) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam dua bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp.100.000,-
- 3) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam tiga bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp.150.000,-
- 4) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam tiga bulan berturut-turut, maka tidak akan menerima bantuan dalam periode pembayaran.

2.4.12. Keikutsertaan Daerah dalam PKH

Keikutsertaan daerah dalam PKH dilakukan melalui tahapan berikut:

- 1) Tahap pertama adalah pemilihan provinsi yang dilakukan atas dasar:
 - a. Kesiadaan pemerintah provinsi pada saat Munsrenbang.
 - b. Keberagaman karakteristik daerah (tingkat kemiskinan tinggi/sedang/rendah, daerah perkotaan/perdesaan, daerah kepulauan/pesisir, daerah dengan aksesibilitas relatif/mudah/sulit, dll).

2) Tahap kedua adalah pemilihan kabupaten/kota dan kecamatan.

- a. Pemilihan kabupaten/kota dan kecamatan dilakukan dengan memperhatikan data BPS berdasarkan kriteria: (i) tingginya angka kemiskinan. (ii) angka gizi buruk dan angka transisi dari SD/MI ke SMP/MTs, (iii) ketersediaan sarana dan prasarana (supply) baik secara pendidikan maupun kesehatan.
- b. Adanya komitmen daerah.
- c. Adanya kriteria khusus, seperti daerah yang mengalami bencana (pasca bencana).

2.4.13. Pemilihan Peserta PKH

Target penerima bantuan PKH adalah rumah tangga yang sangat miskin (RTSM). Penetapan rumah tangga sasaran sebagai RTSM dilakukan dengan menggunakan metodologi dan indikator yang transparan. Secara umum, proses penetapan RTSM sampai menjadi peserta PKH adalah sebagai berikut:

1) Pemilihan RTSM sebagai calon peserta PKH

Sebuah rumah tangga dikategorikan sebagai RTSM jika rumah tangga tersebut memenuhi indikator kemiskinan. Indikator kemiskinan dikembangkan dari hasil model estimasi yang menggunakan faktor-faktor yang secara statistik memiliki korelasi dengan kemiskinan multidimensi, seperti kondisi demografi dan sosio-ekonomi. Indikator-indikator ini lebih lanjut dikembangkan kedalam kuesioner yang digunakan untuk memverifikasi status kemiskinan rumah tangga.

Rumah tangga yang berpotensi dipilih sebagai calon peserta PKH pada tahun 2007 adalah rumah tangga dengan kategori sangat miskin dan terdapat

anggota keluarga yang terdiri dari: ibu hamil, ibu nifas, dan anak-anak yang berusia dibawah 15 tahun atau lebih dari 15 tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar.

Verifikasi status kemiskinan rumah tangga dilakukan melalui survey terhadap calon peserta tahun 2007, verifikasi dilakukan oleh BPS dengan data dasar penerima diambil dari data BLT kategori sangat miskin dan miskin, dan data pendukung lainnya untuk memasukan rumah tangga pada kedua kategori tersebut namun bukan penerima BLT. Dalam melakukan verifikasi, petugas terdiri atas unsur BPS, non BPS dan pengawas.

2) Penetapan peserta PKH

Informasi yang diperoleh dari survei di atas digunakan untuk mengurutkan RTSM berdasarkan tingkat kemiskinannya, agar distribusi RTSM antar kecamatan tersebar secara proporsional, dengan menggunakan model statistik ditetapkan kuota per kecamatan. Penetapan peserta PKH dilakukan oleh UPPKH pusat. Sebelum penetapan, UPPKH pusat dapat berkoordinasi dengan tim teknis PKH pusat, tim koordinasi PKH provinsi dan tim koordinasi PKH Kabupaten/Kota.

3) Data dasar peserta PKH

Seluruh data peserta PKH yang telah ditetapkan akan menjadi data dasar utama UPPKH dan merupakan daftar resmi peserta PKH. Seluruh informasi tersebut dapat diakses pada website program dan media publik lainnya. Berdasarkan master data base tersebut, program akan mencetak kartu peserta dan format-format lainnya yang diperlukan untuk verifikasi, pembayaran, pemuktahiran dan sebagainya.

2.4.14. Pembayaran

Bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM yang telah terpilih sebagai peserta PKH dan mengikuti ketentuan yang diatur dalam program. Bukti kepesertaannya adalah kepemilikan kartu PKH dikirim ke setiap peserta oleh pendamping sebelum pembayaran pertama dilakukan.

Pembayaran bantuan dilakukan oleh PT POS setiap tiga bulan pada tanggal yang ditentukan oleh masing-masing kantor pos untuk masing-masing desa/kelurahan. Sampai dengan tahun 2009 PKH masih melakukan pembayaran 3 kali dalam setahun, karena disebabkan beberapa kendala teknis di lapangan. Tetapi mulai tahun 2010 dan seterusnya pembayaran kepada RTSM akan dilaksanakan sebanyak 4 kali dalam setahun dengan asumsi semua sistem PKH (MIS, ketersediaan formulir verifikasi dan pemuktahiran, verifikasi supply side) telah berjalan dengan baik.

2.4.15. Pengorganisasian

1. Organisasi Pelaksana PKH

PKH dilaksanakan oleh UPPKH Pusat, UPPKH Kabupaten/Kota dan Pendamping PKH. Masing-masing pelaksana memegang peran penting dalam menjamin keberhasilan PKH. Mereka adalah:

- a) UPPKH Pusat (Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Pusat) merupakan badan yang merancang dan mengelola persiapan dan pelaksanaan program. UPPKH Pusat juga melakukan pengawasan perkembangan yang terjadi di tingkat daerah serta menyediakan bantuan yang dibutuhkan.

- b) UPPKH Kab/Kota (Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kab/Kota)- Pelaksanakan program dan memastikan bahwa alur informasi yang diterima dari kecamatan ke pusat dapat berjalan dengan baik dan lancar. UPPKH Kab/Kota juga berperan dalam mengelola dan mengawasi kinerja pendamping serta memberi bantuan jika diperlukan.
- c) Pendamping merupakan pihak kunci yang menjembatani penerima manfaat dengan pihakpihak lain yang terlibat di tingkat kecamatan maupun dengan program di tingkat kabupaten/kota. Tugas Pendamping termasuk didalamnya melakukan sosialisasi, pengawasan dan mendampingi para penerima manfaat dalam memenuhi komitmennya. Jumlah pendamping disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang terdaftar di setiap kecamatan. Sebagai acuan, setiap pendamping mendampingi kurang lebih 375 RTSM peserta PKH. Selanjutnya tiap-tiap 3-4 pendamping akan dikelola oleh satu koordinator pendamping. Pendamping menghabiskan sebagian besar waktunya dengan melakukan kegiatan di lapangan, yaitu mengadakan pertemuan dengan Ketua Kelompok, berkunjung dan berdiskusi dengan petugas pemberi pelayanan kesehatan, pendidikan, pemuka daerah maupun dengan peserta itu sendiri.

Dalam pelaksanaan PKH terdapat Tim Koordinasi yang membantu kelancaran program di tingkat provinsi dan PT Pos yang bertugas menyampaikan informasi berupa undangan pertemuan, perubahan data, pengaduan dan seterusnya serta menyampaikan bantuan ke tangan penerima manfaat langsung. Selain tim ini, juga terdapat lembaga lain di luar struktur yang berperan penting dalam

pelaksanaan kegiatan PKH, yaitu lembaga pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan di tiap kecamatan dimana PKH dilaksanakan.

2.5 Kerangka Pemikiran

Representasi sosial peserta PKH terhadap PKH ialah cara berfikir rasional peserta PKH yang terdiri atas pengetahuan, pendapat, keyakinan dan sikap tentang PKH. Representasi sosial tersebut didistribusikan kepada anggota kelompok lainnya, ataupun orang lain disekitarnya, melalui komunikasi sehari-hari baik disadari ataupun tidak secara terus menerus. Banyak sekali representasi mengenai PKH yang mungkin terbentuk pada setiap anggota, dan setiap individu anggota memiliki perbedaan satu sama lainnya. Hipotesis pertama dalam penelitian ini ialah diduga terdapat beberapa tipe representasi sosial.

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi pembentukan representasi sosial, diantaranya ialah tingkat keterlibatan individu dalam kelompok, pola interaksi pada komunikasi sehari-hari dalam kelompok, serta karakteristik individu tersebut (Pandjaitan, 1998; Gunawan, 2003; Adriana, 2009). Begitu juga dengan representasi sosial peserta PKH terhadap PKH.

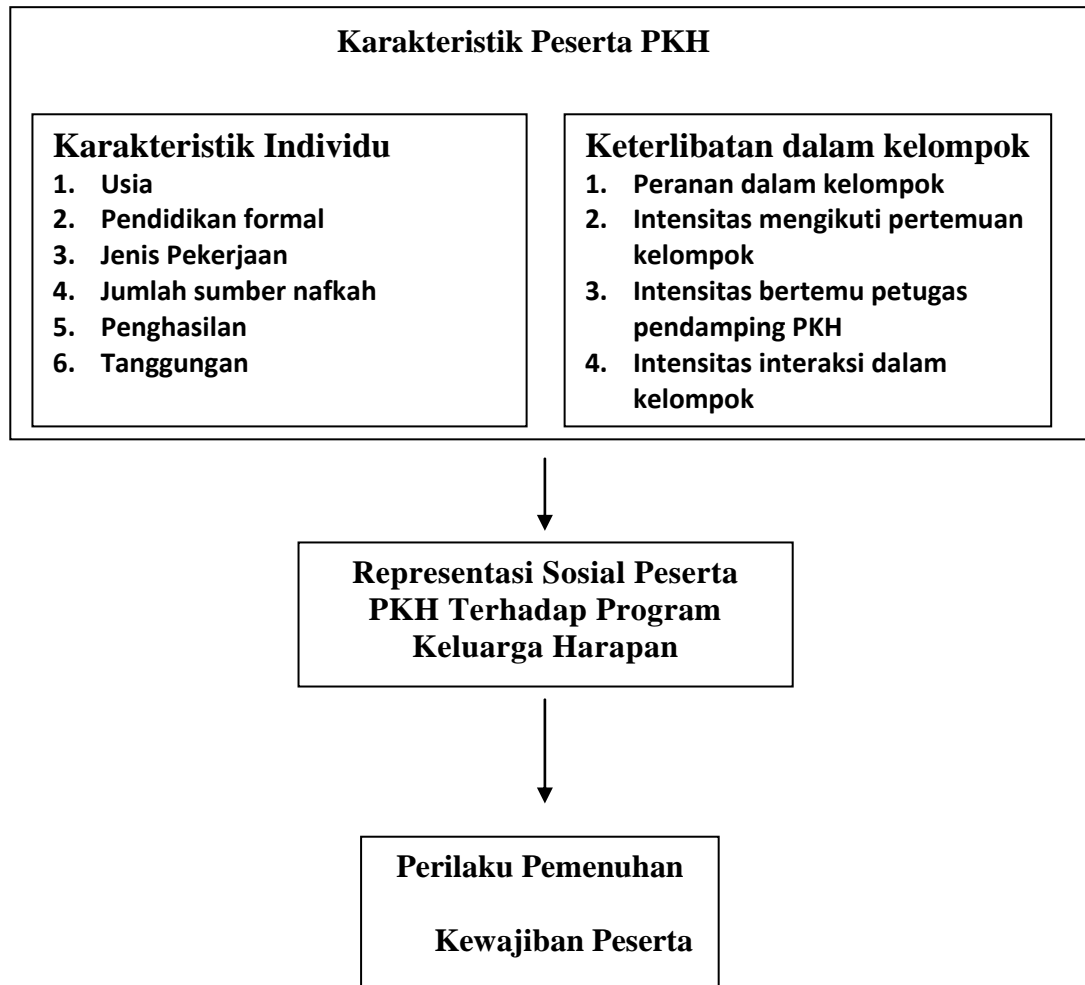
Pada penelitian ini, dilihat bagaimanakah karakteristik peserta PKH, seperti karakteristik individu dan tingkat keterlibatan peserta PKH dalam kelompok PKH. Karakteristik individu ialah usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tingkat pendapatan, jumlah sumber nafkah, dan tanggungan. Selanjutnya keterlibatan dalam kelompok dibagi ke dalam empat hal yaitu peranan dalam kelompok, intensitas mengikuti pertemuan kelompok,

intensitas bertemu pendamping, dan intensitas interaksi antar anggota PKH dalam kelompok PKH.

Di dalam penelitian ini diduga karakteristik individu dan keterlibatan dalam kelompok memiliki hubungan dengan representasi sosial mereka. Perbedaan yang ada pada karakteristik peserta akan menyebabkan adanya perbedaan pada representasi sosial mereka.

Bagan 2.2

Kerangka Pemikiran



Keterangan:

—: hubungan

Bagan 2.2. Kerangka Pemikiran

Kemudian berdasarkan teori bahwa representasi sosial merupakan disposisi berperilaku (Campbell, dalam Bergman, 1998), maka diduga representasi

sosial peserta PKH juga memiliki hubungan dengan perilaku mereka. Sehingga hipotesis terakhir pada penelitian ini adalah perbedaan representasi yang dimiliki peserta PKH akan mempengaruhi perilaku pemenuhan kewajiban mereka sebagai peserta PKH.

2.6. Hipotesis

Secara etimologis istilah hipotesis berasal dari bahasa latin, yang terdiri dari dua kata yaitu hipo yang berarti sementara dan these yang berarti pernyataan. Dengan demikian secara sederhana hipotesis dapat diartikan sebagai pernyataan sementara. Kerlinger (1997) mengemukakan bahwa hipotesis adalah suatu pernyataan sementara yang menyatakan hubungan antara dua variabel atau lebih. Hipotesis harus dirumuskan dalam bentuk kalimat pernyataan (Siagian, 2011: 147-148).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Terdapat beberapa tipe representasi sosial terhadap PKH.
2. Karakteristik peserta PKH berhubungan dengan representasi sosial terhadap PKH.
3. Representasi sosial terhadap PKH berhubungan dengan perilaku pemenuhan kewajiban peserta PKH.

2.7. Definisi Konsep dan Operasional

2.7.1. Defenisi Konsep

Defenisi konsep merupakan sejumlah pengertian atau ciri-ciri yang berkaitan dengan berbagai peristiwa, obyek, kondisi, situasi dan hal-hal lain yang sejenis . konsep diciptakan dengan menggunakan mengelompokkan obyek-obyek atau peristiwa-peristiwa yang mempunyai ciri-ciri yang sama.

Defenisi konsep bertujuan untuk merumuskan sejumlah pengertian yang digunakan secara mendasar dan menyamakan persepsi tentang apa yang akan diteliti serta menghindari salah pengertian yang dapat mengaburkan tujuan penelitian (Silalahi, 2009: 112).

Menghindari salah pengertian atas makna konsep-konsep yang dijadikan obyek penelitian, maka seorang peneliti harus menegaskan dan membuat mambatasi makna-makna konsep yang diteliti. Proses dan upaya penegasan dan pembatasan makna konsep dalam suatu penelitian disebut dengan defenisi konsep. Secara sederhana defrnisi disini diartikan sebagai batasan arti. Defenisi konsep adalah pengertian yang terbatas dari suatu konsep yang dianut dalam suatu penelitian (Siagian, 2011: 138)

Adapun batasan konsep dalam penelitian ini adalah:

- a) Representasi sosial dalam penelitian ini adalah pandangan peserta PKH dalam memandang Program Keluarga Harapan tersebut atau dengan pemaknaan yang dilakukan oleh penerima manfaat program. Representasi sosial tersebut kemudian didistribusikan kepada anggota kelompoknya, ataupun orang lain disekitarnya melalui komunikasi sehari-hari baik secara disadari ataupun tidak, secara terus menerus dan akhirnya representasi sosial tersebut akan cenderung mempengaruhi perilaku mereka.
- b) Program Keluarga Harapan adalah program yang memberikan bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang telah ditetapkan sebagai peserta PKH. Agar memperoleh bantuan, peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan dan komitmen yang terkait dengan

upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan.

2.7.2. Definisi Operasional

Perumusan definisi operasional adalah langkah lanjutan dari perumusan definisi konsep. Definisi operasional sering disebut sebagai proses operasionalisasi konsep. Operasionalisasi konsep berarti menjadikan konsep yang semula bersifat statis menjadi dinamis. Definisi operasional merupakan petunjuk bagaimana suatu variabel dapat diukur (Siagian, 2011: 141).

Adapun yang menjadi definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik peserta PKH ialah variabel yang melekat pada diri responden sebagai peserta PKH yang dibagi menjadi karakteristik individu dan keterlibatan dalam kelompok.

I. Karakteristik individu

- a) Usia ialah jumlah tahun sejak responden lahir sampai dengan saat penelitian dilaksanakan. Pada kuesioner ditanyakan dalam bentuk pertanyaan terbuka. Namun, untuk mengetahui struktur umur peserta PKH, pada analisis dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:

- a. Umur < 40 tahun (skor = 1)
- b. Umur 40 – 55 tahun (skor = 2)
- c. Umur > 55 tahun (skor = 3)

- b) Pendidikan formal merupakan pendidikan formal terakhir yang telah ditempuh peserta PKH hingga saat penelitian, dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:

- a. Tidak sekolah (skor = 1)
 - b. Tamat SD (skor = 2)
 - c. Tamat SLTP (skor = 3)
 - d. Tamat SLTA (skor = 4)
 - e. Akademik/Diploma (skor = 5)
 - f. Sarjana (skor = 6)
- c) Pekerjaan peserta: ialah aktivitas ekonomi peserta PKH dalam memenuhi ataupun turut membantu memenuhi kebutuhan rumah tangga yang dikategorikan dengan skala nominal menjadi:
- a. Pedagang (kode = 1)
 - b. Buruh (kode = 2)
 - c. Petani (kode = 3)
 - d. Serabutan (kode = 4)
 - e. Tidak bekerja (kode = 5)
- d) Jumlah sumber nafkah rumah tangga ialah jumlah sumber nafkah yang dilakukan oleh seluruh anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan rumah tangga. Jumlah sumber nafkah rumah tangga dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:
- a. Satu sumber nafkah (skor = 1)
 - b. Dua sumber nafkah (skor = 2)
 - c. Lebih dari dua sumber nafkah (skor = 3)
- e) Penghasilan rumah tangga merupakan estimasi rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga yang bekerja (dalam rupiah/bulan), dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:

- a. Rp. 1.000.000 – 1.500.000 (skor = 1)
 - b. Rp. 1.500.000 – 2.000.000 (skor = 2)
 - c. Rp. 2.000.000 – 2.500.000 (skor = 3)
 - d. Rp. > 2.500.000 (skor = 4)
- f) Tanggungan rumah tangga merupakan jumlah anggota rumah tangga yang belum/tidak bekerja dan kebutuhannya ditanggung oleh rumah tangga. Pertanyaan ini ditanyakan dalam pertanyaan terbuka namun untuk kebutuhan analisis dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:
- a. Kurang dari 2 orang (skor = 1)
 - b. Antara 2 – 3 orang (skor = 2)
 - c. Lebih dari 3 orang (skor = 3)

II. Keterlibatan dalam kelompok dalam penelitian tentang PKH ini dibagi menjadi:

- a) Peranan dalam kelompok merupakan peranan peserta dalam kelompok peserta PKH yang dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:
- a. Anggota kelompok (skor = 1)
 - b. Ketua kelompok (skor = 2)
- b) Intensitas kehadiran pada pertemuan kelompok merupakan jumlah kehadiran RTSM dalam kegiatan pertemuan kelompok yang didampingi oleh petugas pendamping PKH. Pertemuan kelompok yang dimaksudkan disini ialah dalam satu tahun sebelum rancangan penelitian dibuat yaitu tahun 2013 atau empat kali pertemuan

kelompok. Intensitas kehadiran pada pertemuan kelompok dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:

- a. Tidak pernah: 0 kali (skor = 1)
 - b. Jarang: 1–2 kali (skor = 2)
 - c. Sering: 3–4 kali (skor = 3)
- c) Intensitas pertemuan dengan petugas pendamping merupakan intensitas bertemunya RTSM dengan petugas pendamping baik pada pertemuan kelompok dan pencairan dana bantuan ataupun di luar kegiatan tersebut seperti kunjungan pra dan pasca pencairan. Intensitas pertemuan dengan petugas pendamping dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:
- a. Jarang: mengikuti pertemuan kelompok kurang dari 2 kali dalam setahun dan tidak bertemu dengan petugas pendamping diluar kegiatan pertemuan kelompok. (skor = 1)
 - b. Kadang-kadang: mengikuti pertemuan kelompok 2 – 4 kali dalam setahun dan tidak bertemu dengan petugas pendamping diluar kegiatan pertemuan kelompok. (skor = 2)
 - c. Sering: selalu mengikuti pertemuan kelompok dan juga pernah bertemu di luar kegiatan pertemuan kelompok. (skor = 3)
- d) Intensitas interaksi dalam kelompok merupakan tingkat interaksi peserta PKH dengan peserta PKH lainnya dalam kelompok PKH.

Akumulasi skor dikategorikan dengan skala ordinal ke dalam:

- a. Jarang (skor = 1)
- b. Kadang-kadang (skor = 2)

c. Sering (skor = 3)

2. Representasi sosial terhadap PKH merupakan pandangan peserta PKH terhadap PKH yang dikumpulkan melalui asosiasi kata, yaitu dengan cara setiap responden menyebutkan (serta menjelaskan) maksimal 5 kata yang terlintas dalam pikiran mereka saat mendengar kata Program Keluarga Harapan. Kata yang memiliki keserupaan dan persamaan dikategorikan ke dalam beberapa kategori besar untuk memperoleh klasifikasi yang lebih general. Selanjutnya pengolahan dilakukan dengan cara mengelompokkan seluruh kata yang diperoleh langsung dari responden ke dalam kategori kata yang telah ada. Setiap responden akan dilihat kepada kategori kata manakah ia memiliki representasi sosial yang lebih dominan dan kategori kata yang lebih dominan tersebut akan menjadi tipe representasi sosial mereka.

Pada penelitian ini, representasi sosial terhadap PKH ialah representasi sosial utama yang akan diteliti. Namun, sebagai data pendukung juga dilihat representasi sosial peserta PKH terhadap kata Pendidikan dan Kemiskinan. Representasi sosial pendukung tersebut diperoleh dan diolah dengan cara yang sama dengan representasi sosial utama.

3. Perilaku peserta PKH merupakan bentuk pemenuhan tanggung jawab peserta PKH yang menerima bantuan komponen pendidikan yang harus dipenuhinya selama mendapatkan program bantuan. Bentuk perilaku tersebut ialah dengan mengikuti pertemuan kelompok, menyekolahkan anak usia sekolah SD/SMP, Tingkat kehadiran anak di sekolah sesuai standar, memenuhi kebutuhan pendidikan anak, serta memberikan dukungan dalam kegiatan belajar anak.

- a) Pertemuan kelompok telah diketahui pada bagian kuesioner keterlibatan dalam kelompok.
- b) Menyekolahkan anak usia sekolah SD/SMP yaitu mendaftar anak yang memenuhi persyaratan dalam PKH ke salah satu instansi pendidikan, dikategorikan dengan skala ordinal menjadi:
 - a. Tidak (skor = 1)
 - b. Ya (skor = 2)
- c) Tingkat kehadiran anak di sekolah sesuai standar ialah tingkat kehadiran anak di satuan pendidikan dimana ia terdaftar yang disesuaikan dengan ketentuan PKH yaitu minimal 85 persen hari tatap muka dalam sebulan selama tahun pelajaran berlangsung. Pada penelitian ini, waktu penilaian terhadap tingkat kehadiran ini ialah dua semester terakhir, dikategorikan menjadi skala ordinal:
 - a. Tidak memenuhi standar (skor = 1)
 - b. Kurang Memenuhi standar (skor = 2)
 - c. Memenuhi standar (skor = 3)
- d) Memenuhi kebutuhan pendidikan yaitu penggunaan dana PKH oleh peserta untuk memenuhi kebutuhan anaknya yang bersekolah di SD/SMP. Terdapat beberapa pernyataan mengenai penggunaan uang PKH yang dapat dipilih oleh responden. Pemilihan penggunaan tersebut tergantung kepada kondisi sebenarnya, sehingga setiap jawaban responden memiliki kombinasi yang berbeda. Akumulasi persentase penggunaan dana tersebut dikategorikan dengan skala ordinal ke dalam:

- a. Tidak (skor = 1)
- b. Ya (skor = 2)
- e) Memberikan dukungan dalam kegiatan belajar anak ialah tindakan peserta dalam mendampingi kegiatan belajar, saat anak belajar di rumah maupun di sekolah.

Akumulasi skor dikategorikan dengan skala ordinal ke dalam:

- a. Kurang mendukung (skor = 1)
- b. Mendukung (skor = 2)
- c. Sangat mendukung (skor = 3)