

IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TERHADAP PENURUNAN ANGKA KEMISKINAN DI KABUPATEN SUMEDANG

Pupung¹, Yofy Syakari², Euis Eka Pramiasih³

Email: pupunggopiki@gmail.com¹, yofysyarkani@gmail.com², euiseka@unla.ac.id³

¹Program Studi Magister Ilmu Pemerintahan,

²⁻³Universitas Langlangbuana

ABSTRAK

Penurunan angka kemiskinan di Indonesia menjadi tujuan strategis yang melibatkan berbagai kebijakan, termasuk Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kabupaten Sumedang, sebagai salah satu daerah yang memiliki tingkat kemiskinan yang cukup tinggi, telah menjadi lokasi penerapan kedua program ini. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi PKH dan JKN dalam menurunkan angka kemiskinan di Kabupaten Sumedang. Metode yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan teknik wawancara dan observasi terhadap penerima manfaat, petugas sosial, serta pihak terkait lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH telah memberikan dampak positif terhadap peningkatan kesejahteraan keluarga miskin melalui bantuan langsung yang dapat digunakan untuk pendidikan dan kesehatan. Sementara itu, JKN juga telah membantu masyarakat miskin dalam mengakses layanan kesehatan tanpa terhambat oleh biaya. Namun, dalam pelaksanaannya, terdapat beberapa tantangan seperti kurangnya sosialisasi yang memadai, keterbatasan fasilitas kesehatan di daerah, dan permasalahan dalam pendataan penerima bantuan yang belum sepenuhnya tepat sasaran. Meskipun demikian, kedua program ini berkontribusi signifikan dalam penurunan angka kemiskinan di Kabupaten Sumedang, pada tahun 2023 tingkat penurunan kemiskinan mencapai 9,36% dengan catatan perlu adanya perbaikan dalam distribusi bantuan dan peningkatan aksesibilitas layanan kesehatan.

Kata Kunci: *Program Keluarga Harapan, Program Jaminan Kesehatan Nasional, kemiskinan, implementasi program, Kabupaten Sumedang.*

ABSTRACT

The reduction of poverty in Indonesia remains a strategic goal that involves the implementation of various government policies, including the Family Hope Program (PKH) and the National Health Insurance Program (JKN). Sumedang Regency, one of the regions with a relatively high poverty rate, has become a focus area for these programs. This study aims to analyze the implementation of PKH and JKN and their contribution to reducing poverty levels in Sumedang Regency. The research employs a qualitative approach using interviews and observations involving beneficiaries, social workers, and relevant stakeholders. The findings indicate that PKH has had a positive impact on improving the welfare of poor families through conditional cash assistance that supports access to education and health services. Meanwhile, JKN has increased accessibility to healthcare services among the poor by removing financial barriers. However, challenges remain, including inadequate socialization, limited health facilities in rural areas, and inaccuracies in beneficiary data targeting. Despite these obstacles, both programs have made a significant contribution to reducing the poverty rate in Sumedang Regency, which reached 9.36% in 2023. Continuous improvement in program distribution, data accuracy, and accessibility to public services is necessary to enhance their effectiveness and sustainability.

Keywords: *Family Hope Program (PKH), National Health Insurance (JKN), poverty reduction, policy implementation, Sumedang Regency.*

1. PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan salah satu permasalahan fundamental yang dihadapi oleh hampir seluruh negara berkembang, termasuk Indonesia. Isu kemiskinan tidak hanya berkaitan dengan keterbatasan pendapatan, tetapi juga mencakup aspek multidimensional seperti rendahnya akses terhadap pendidikan, kesehatan, pekerjaan, dan lingkungan yang layak. Pemerintah Indonesia melalui berbagai kebijakan dan program sosial terus berupaya mengatasi persoalan kemiskinan yang telah berlangsung lama. Upaya tersebut tidak hanya bersifat karitatif, tetapi juga strategis dan berorientasi pada pemberdayaan masyarakat agar mampu keluar dari lingkaran kemiskinan secara berkelanjutan.

Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS, 2023), jumlah penduduk miskin di Indonesia pada Maret 2023 mencapai 25,9 juta orang atau sekitar 9,36 persen dari total penduduk. Meskipun angka tersebut menunjukkan penurunan dibandingkan tahun sebelumnya (9,54 persen), tetapi kesenjangan antarwilayah dan antar kelompok sosial masih cukup lebar. Di tingkat provinsi, Jawa Barat termasuk salah satu daerah dengan jumlah penduduk miskin tertinggi secara absolut. Kondisi ini menunjukkan bahwa masalah kemiskinan di Indonesia bersifat kompleks dan memerlukan intervensi kebijakan yang terintegrasi lintas sektor.

Pemerintah telah menetapkan strategi penanggulangan kemiskinan melalui berbagai program perlindungan sosial. Di antara program-program tersebut, dua yang paling strategis adalah Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keduanya merupakan bagian dari kebijakan nasional dalam rangka memperkuat sistem perlindungan sosial (*social safety net*) dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat miskin. PKH dan JKN memiliki karakteristik yang berbeda tetapi saling melengkapi: PKH berfokus pada pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin agar mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar, sedangkan JKN menjamin akses layanan

kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk kelompok miskin dan rentan.

Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai Instrumen Sosial Ekonomi

PKH merupakan program bantuan sosial bersyarat (*conditional cash transfer*) yang diluncurkan oleh pemerintah sejak tahun 2007 melalui Kementerian Sosial Republik Indonesia. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan memutus rantai kemiskinan antargenerasi dengan cara memberikan bantuan tunai kepada keluarga miskin yang memenuhi persyaratan tertentu di bidang pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial. Dalam implementasinya, penerima manfaat atau Keluarga Penerima Manfaat (KPM) diwajibkan untuk menyekolahkan anak-anak mereka, melakukan pemeriksaan kesehatan ibu hamil, balita, dan lansia, serta aktif mengikuti kegiatan pemberdayaan keluarga yang diselenggarakan oleh pendamping sosial.

PKH terbukti memberikan dampak positif terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat miskin. Studi oleh Suryani dan Hardi (2022) menunjukkan bahwa pelaksanaan PKH berhasil meningkatkan tingkat partisipasi pendidikan anak dari keluarga miskin hingga 20%, serta menurunkan angka putus sekolah di wilayah pedesaan. Namun, dalam pelaksanaannya, program ini masih menghadapi tantangan seperti ketidaktepatan sasaran penerima, keterlambatan penyaluran bantuan, serta koordinasi antarinstansi yang belum optimal.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai Pilar Kesehatan Publik

Di sisi lain, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan kebijakan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Program ini mulai diimplementasikan secara nasional pada tahun 2014 dan bertujuan memberikan perlindungan kesehatan yang merata kepada seluruh masyarakat Indonesia. Melalui mekanisme *universal health coverage*, JKN

memastikan bahwa masyarakat miskin dan tidak mampu memperoleh akses terhadap layanan kesehatan tanpa harus terbebani oleh biaya pengobatan. Pemerintah menanggung iuran kepesertaan bagi kelompok miskin melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI).

JKN berperan signifikan dalam memperluas akses kesehatan masyarakat, terutama di daerah-daerah tertinggal. Penelitian Rahayu (2021) menunjukkan bahwa keikutsertaan masyarakat miskin dalam program JKN meningkatkan frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi di beberapa wilayah di Jawa Barat. Namun demikian, tantangan dalam implementasi JKN masih ada, seperti keterbatasan fasilitas kesehatan di daerah pedesaan, antrian pelayanan yang panjang, serta kendala administrasi kepesertaan.

Konteks Kabupaten Sumedang

Kabupaten Sumedang merupakan salah satu wilayah di Provinsi Jawa Barat yang menjadi fokus implementasi kedua program tersebut. Berdasarkan data dari BPS Kabupaten Sumedang (2023), jumlah penduduk miskin mencapai 9,36 persen dari total penduduk atau sekitar 100.000 jiwa. Angka ini menunjukkan penurunan dibandingkan tahun 2022 yang mencapai 9,78 persen. Meski tren penurunan kemiskinan menunjukkan arah positif, laju penurunan tersebut masih tergolong lambat dibandingkan dengan daerah lain di Jawa Barat.

Dinas Sosial Kabupaten Sumedang mencatat bahwa jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH mencapai 50.842 rumah tangga, sedangkan peserta JKN-PBI mencapai 312.650 jiwa. Kedua program ini menjadi tulang punggung dalam upaya menekan angka kemiskinan. Namun, beberapa permasalahan di lapangan masih ditemukan, seperti data penerima yang tidak akurat, masih adanya masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai peserta, dan kurangnya sosialisasi program di tingkat desa.

Selain itu, dari aspek kelembagaan, pelaksanaan kedua program tersebut masih menghadapi kendala dalam hal koordinasi antarorganisasi pelaksana, baik antara pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, maupun pendamping sosial. Sebagian besar persoalan tersebut berkaitan dengan aspek implementasi kebijakan yang mencakup komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi sebagaimana dijelaskan dalam model implementasi kebijakan publik oleh George C. Edward III (1980).

Kesenjangan Penelitian

Berbagai penelitian sebelumnya telah menyoroti efektivitas PKH dan JKN dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin. Namun, sebagian besar studi masih membahas kedua program secara terpisah dan belum banyak yang meneliti keterkaitan keduanya dalam satu kerangka implementasi kebijakan yang terpadu. Padahal, secara konseptual, PKH dan JKN merupakan dua instrumen kebijakan yang saling melengkapi: PKH meningkatkan kemampuan keluarga miskin dalam memenuhi kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan, sementara JKN menjamin keberlanjutan akses layanan kesehatan tanpa hambatan finansial.

Kesenjangan penelitian ini menjadi dasar penting bagi studi yang dilakukan di Kabupaten Sumedang, di mana kedua program tersebut diimplementasikan secara simultan. Penelitian ini berusaha menjawab pertanyaan bagaimana sinergi implementasi PKH dan JKN berkontribusi terhadap penurunan angka kemiskinan, serta faktor-faktor apa yang mendukung atau menghambat efektivitasnya di tingkat daerah.

Tujuan dan Manfaat Penelitian

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Sumedang dalam menurunkan angka kemiskinan.

2. Menganalisis implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat miskin.
3. Mengidentifikasi kendala dan faktor pendukung dalam pelaksanaan kedua program tersebut di tingkat daerah.
4. Menilai kontribusi simultan PKH dan JKN terhadap penurunan angka kemiskinan di Kabupaten Sumedang.

Secara teoretis, penelitian ini diharapkan dapat memperkaya kajian mengenai implementasi kebijakan publik, khususnya di bidang kesejahteraan sosial dan perlindungan sosial berbasis program pemerintah. Temuan penelitian ini juga dapat memperkuat teori implementasi kebijakan Edward III, terutama dalam konteks koordinasi lintas sektor antara pemerintah pusat dan daerah.

Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi strategis bagi pemerintah daerah Kabupaten Sumedang, Kementerian Sosial, dan BPJS Kesehatan dalam memperbaiki desain implementasi program, memperkuat koordinasi antarinstansi, meningkatkan akurasi data penerima manfaat, serta memperluas cakupan program bagi masyarakat miskin dan rentan.

Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran empiris yang komprehensif mengenai efektivitas implementasi PKH dan JKN dalam menurunkan angka kemiskinan di tingkat daerah. Lebih jauh, hasilnya dapat menjadi masukan kebijakan bagi upaya reformasi sistem perlindungan sosial di Indonesia agar lebih inklusif, tepat sasaran, dan berkelanjutan.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif analitis. Pendekatan ini dipilih karena penelitian berfokus pada pemahaman mendalam terhadap proses

implementasi kebijakan, bukan sekadar mengukur hasil secara kuantitatif. Metode kualitatif memungkinkan peneliti untuk menggali informasi secara holistik mengenai bagaimana Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan, faktor-faktor yang mendukung dan menghambatnya, serta sejauh mana kedua program tersebut berkontribusi terhadap penurunan angka kemiskinan di Kabupaten Sumedang.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Sumedang, Provinsi Jawa Barat, yang menjadi salah satu daerah pelaksana utama program bantuan sosial pemerintah pusat, termasuk PKH dan JKN. Kabupaten Sumedang dipilih karena memiliki karakteristik sosial-ekonomi yang beragam, tingkat kemiskinan yang relatif tinggi dibandingkan rata-rata provinsi, serta cakupan penerima manfaat PKH dan peserta JKN yang signifikan. Penelitian ini dilakukan selama periode Januari hingga Mei 2025, mencakup tahap observasi lapangan, pengumpulan data, wawancara, serta analisis hasil penelitian.

Fokus Penelitian

Fokus penelitian ini adalah pada implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam mendukung penurunan angka kemiskinan di Kabupaten Sumedang. Penelitian ini menganalisis dimensi implementasi kebijakan berdasarkan teori Edward III (1980) yang mencakup empat aspek utama:

1. Komunikasi, yaitu sejauh mana kebijakan PKH dan JKN disosialisasikan dengan jelas kepada pelaksana dan penerima manfaat.
2. Sumber Daya, yang meliputi ketersediaan tenaga pelaksana, dana, sarana, dan prasarana dalam pelaksanaan program.

3. Disposisi (Sikap Pelaksana), yang berkaitan dengan komitmen, motivasi, dan tanggung jawab pelaksana program di tingkat daerah.
4. Struktur Birokrasi, yaitu mekanisme koordinasi antarinstansi dan prosedur kerja dalam mendukung keberhasilan implementasi kebijakan.

Jenis dan Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari:

1. Data primer, diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan informan kunci seperti Kepala Dinas Sosial Kabupaten Sumedang, Kepala Bidang Pemberdayaan Sosial, pendamping PKH, petugas BPJS Kesehatan, serta beberapa penerima manfaat (KPM) dan peserta JKN.
2. Data sekunder, diperoleh melalui telaah dokumen resmi seperti laporan pelaksanaan program PKH dan JKN, data statistik kemiskinan dari Badan Pusat Statistik (BPS), laporan Dinas Sosial, serta berbagai peraturan terkait pelaksanaan program bantuan sosial.

Teknik Penentuan Informan

Informan penelitian ditentukan menggunakan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan informan secara sengaja berdasarkan peran, pengalaman, dan keterlibatan mereka dalam implementasi PKH dan JKN. Teknik ini digunakan agar data yang diperoleh relevan dengan fokus penelitian. Informan terdiri dari:

1. Aparatur pemerintah daerah (Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan).
2. Pendamping sosial dan tenaga kesejahteraan sosial kecamatan (TKSK).
3. Keluarga penerima manfaat (KPM) PKH dan peserta JKN-PBI.

4. Tokoh masyarakat dan perangkat desa yang mengetahui pelaksanaan program di wilayahnya.

Jumlah informan ditentukan sampai mencapai tingkat kejenuhan data (data saturation), yaitu ketika informasi yang diperoleh sudah berulang dan tidak memberikan temuan baru yang signifikan.

Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. Wawancara Mendalam (In-depth Interview)
Dilakukan secara langsung kepada informan menggunakan panduan wawancara semi-terstruktur. Tujuannya adalah menggali pandangan, pengalaman, dan persepsi informan terhadap pelaksanaan PKH dan JKN di lapangan.
2. Observasi Lapangan (Field Observation)
Peneliti melakukan observasi langsung terhadap kegiatan pelaksanaan PKH seperti proses penyaluran bantuan, pertemuan kelompok, serta pelayanan kesehatan peserta JKN di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).
3. Studi Dokumentasi (Documentary Study)
Mengumpulkan data sekunder berupa dokumen resmi seperti laporan pelaksanaan program, data jumlah penerima manfaat, kebijakan teknis, serta data statistik kemiskinan daerah.

Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan secara interaktif dan berkelanjutan mengikuti model analisis Miles dan Huberman (2014), yang terdiri atas tiga tahap utama:

1. Reduksi Data (Data Reduction)
Proses pemilihan, penyederhanaan, dan pemusatan perhatian pada data mentah yang relevan dengan fokus penelitian,

- seperti hasil wawancara dan dokumen program.
2. Penyajian Data (Data Display) Menyajikan data dalam bentuk uraian naratif, matriks, atau tabel yang memudahkan peneliti dalam memahami hubungan antar-variabel dan temuan lapangan.
 3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi (Conclusion Drawing/Verification) Menarik kesimpulan sementara dari hasil analisis yang kemudian diverifikasi secara berulang melalui triangulasi data.

Uji Keabsahan Data

Untuk menjamin keabsahan data, peneliti menggunakan empat kriteria validitas menurut Lincoln dan Guba (1985), yaitu:

1. Kredibilitas (Credibility) – dilakukan melalui triangulasi sumber, metode, dan waktu.
2. Transferabilitas (Transferability) – memastikan hasil penelitian dapat diterapkan pada konteks serupa dengan memberikan deskripsi yang rinci tentang latar penelitian.
3. Dependabilitas (Dependability) – menjaga konsistensi proses penelitian dengan mencatat seluruh tahapan kegiatan penelitian secara sistematis.
4. Konfirmabilitas (Confirmability) – memastikan bahwa temuan penelitian benar-benar berdasarkan data lapangan, bukan interpretasi subjektif peneliti.

Prosedur Penelitian

Prosedur pelaksanaan penelitian ini terdiri dari beberapa tahapan, yaitu:

1. Tahap Persiapan, meliputi studi literatur, penyusunan instrumen wawancara, dan pengurusan izin penelitian ke instansi terkait.

2. Tahap Pengumpulan Data, dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi di Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, serta beberapa desa lokasi penerima manfaat.
3. Tahap Analisis Data, yaitu proses pengolahan dan interpretasi data kualitatif sesuai dengan model Miles dan Huberman.
4. Tahap Penarikan Kesimpulan, dilakukan dengan mengaitkan temuan lapangan dengan teori implementasi kebijakan publik, khususnya teori Edward III.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Gambaran Umum Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pemerintah Kabupaten Sumedang merupakan salah satu daerah di Provinsi Jawa Barat yang aktif dalam pelaksanaan berbagai program nasional penanggulangan kemiskinan, termasuk Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan data Dinas Sosial Kabupaten Sumedang tahun 2024, jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH tercatat sebanyak 50.842 rumah tangga, sedangkan jumlah peserta JKN-Penerima Bantuan Iuran (PBI) mencapai 312.650 jiwa. Kedua program tersebut telah menjadi pilar utama dalam kebijakan perlindungan sosial di daerah ini.

Secara umum, pelaksanaan PKH di Kabupaten Sumedang telah berjalan sesuai pedoman Kementerian Sosial, dengan kegiatan utama meliputi verifikasi data KPM, pendampingan sosial, pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (P2K2), dan penyaluran bantuan tunai melalui perbankan. Program JKN di sisi lain difokuskan pada peningkatan kepesertaan masyarakat miskin dan perluasan akses pelayanan

kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan rumah sakit rujukan.

Namun demikian, hasil observasi dan wawancara menunjukkan bahwa kedua program masih menghadapi tantangan dalam hal ketepatan sasaran penerima, keterlambatan administrasi, dan keterbatasan koordinasi antarinstansi pelaksana. Walaupun begitu, baik PKH maupun JKN terbukti memberikan dampak positif terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat miskin, terutama dalam hal peningkatan akses pendidikan, kesehatan, dan pengurangan beban ekonomi rumah tangga.

Implementasi Program Berdasarkan Model Edward III

Model implementasi kebijakan George C. Edward III (1980) digunakan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas pelaksanaan PKH dan JKN di Kabupaten Sumedang. Teori ini menekankan empat variabel utama: komunikasi, sumber daya, disposisi (sikap pelaksana), dan struktur birokrasi.

Komunikasi

Komunikasi memegang peranan penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses komunikasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam pelaksanaan PKH dan JKN berjalan cukup baik, terutama melalui mekanisme sosialisasi rutin, rapat koordinasi, dan pembaruan data terpadu kesejahteraan sosial (DTKS).

Namun, kendala masih muncul pada tahap penyampaian informasi ke masyarakat penerima manfaat. Beberapa KPM masih belum memahami kewajiban dan hak mereka, seperti pentingnya kehadiran anak di sekolah atau pemeriksaan kesehatan rutin bagi ibu hamil. Demikian pula, dalam pelaksanaan JKN, sebagian peserta PBI masih kurang memahami prosedur penggunaan kartu BPJS, sehingga menimbulkan kesalahpahaman terkait hak pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi vertikal dari

pelaksana ke penerima manfaat perlu lebih intensif dan partisipatif.

Sumber Daya

Pelaksanaan kedua program memerlukan dukungan sumber daya manusia, anggaran, dan infrastruktur yang memadai. Berdasarkan hasil wawancara dengan Dinas Sosial, terdapat keterbatasan jumlah pendamping sosial PKH dibandingkan jumlah KPM yang harus dibina. Rasio ideal satu pendamping untuk 150 KPM belum sepenuhnya tercapai, sehingga pendamping mengalami beban kerja tinggi.

Dalam konteks JKN, kendala sumber daya terlihat dari terbatasnya fasilitas kesehatan di beberapa kecamatan, terutama wilayah pedesaan, serta masih minimnya tenaga medis di Puskesmas dan klinik. Meskipun pemerintah daerah telah berupaya menambah sarana dan tenaga kesehatan, namun ketimpangan pelayanan antara wilayah kota dan desa masih cukup terasa.

Disposisi (Sikap Pelaksana)

Sikap dan komitmen pelaksana kebijakan di tingkat daerah merupakan faktor penentu keberhasilan implementasi. Temuan penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pendamping PKH dan petugas BPJS Kesehatan memiliki tingkat dedikasi tinggi dalam melaksanakan tugasnya, meskipun dihadapkan pada keterbatasan sumber daya.

Namun, ada indikasi perbedaan tingkat motivasi di antara pelaksana di tingkat kecamatan. Beberapa petugas lapangan masih bekerja secara administratif tanpa sepenuhnya memahami tujuan sosial program. Oleh karena itu, diperlukan pelatihan berkelanjutan agar pelaksana memahami nilai strategis program dalam mengentaskan kemiskinan, bukan sekadar menjalankan rutinitas birokrasi.

Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi pelaksanaan PKH dan JKN di Kabupaten Sumedang sudah memiliki kejelasan alur tanggung jawab. PKH dikoordinasikan oleh Dinas Sosial melalui Unit

Pelaksana Program Keluarga Harapan, sedangkan JKN berada di bawah tanggung jawab BPJS Kesehatan yang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan. Meskipun struktur kelembagaan sudah jelas, koordinasi antarinstansi masih sering menghadapi hambatan birokrasi, terutama dalam hal pembaruan data dan penanganan keluhan penerima manfaat.

Keterlambatan sinkronisasi data antara Dinas Sosial dan BPJS Kesehatan sering kali mengakibatkan tumpang tindih data penerima bantuan. Untuk itu, diperlukan sistem informasi terpadu yang dapat diakses lintas instansi agar proses implementasi lebih efisien dan akurat.

Dampak Implementasi PKH dan JKN terhadap Penurunan Kemiskinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi PKH dan JKN memberikan kontribusi nyata terhadap penurunan angka kemiskinan di Kabupaten Sumedang. Berdasarkan data BPS, tingkat kemiskinan menurun dari 9,78% pada tahun 2022 menjadi 9,36% pada tahun 2023. Penurunan ini tidak lepas dari peran kedua program tersebut yang memperkuat ketahanan ekonomi keluarga miskin.

Secara ekonomi, bantuan PKH membantu keluarga miskin dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti pendidikan anak, kesehatan ibu dan balita, serta gizi keluarga. Bantuan tunai bersyarat ini mendorong peningkatan investasi sumber daya manusia di masa depan. Sementara itu, JKN berperan menekan beban pengeluaran rumah tangga miskin terhadap biaya kesehatan yang sebelumnya menjadi salah satu penyebab utama kemiskinan struktural.

Selain itu, kedua program ini memiliki efek psikologis yang signifikan, yaitu menumbuhkan rasa aman dan harapan bagi masyarakat miskin terhadap masa depan keluarga mereka. Namun, dampak positif ini belum merata, terutama bagi masyarakat di wilayah perdesaan

yang aksesnya terhadap layanan publik masih terbatas.

Pembahasan: Sinergi Program dan Tantangan Implementasi

Hasil penelitian ini memperkuat pandangan bahwa sinergi antara PKH dan JKN merupakan bentuk kebijakan perlindungan sosial terpadu yang efektif dalam mengatasi kemiskinan multidimensional. Implementasi PKH memberikan dukungan ekonomi langsung, sedangkan JKN menjamin keberlanjutan kesehatan keluarga penerima manfaat. Keduanya saling melengkapi dalam menciptakan fondasi kesejahteraan sosial.

Namun demikian, efektivitas kedua program sangat dipengaruhi oleh kualitas implementasi di tingkat daerah. Berdasarkan teori Edward III, kelemahan pada salah satu faktor implementasi misalnya komunikasi yang tidak efektif atau sumber daya yang terbatas dapat menurunkan capaian kebijakan secara keseluruhan. Dalam konteks Kabupaten Sumedang, faktor komunikasi dan sumber daya merupakan dua aspek yang masih perlu diperkuat agar tujuan program tercapai secara optimal.

Upaya perbaikan yang disarankan mencakup:

1. Penguatan koordinasi lintas sektor antara Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, dan pemerintah desa melalui forum rutin implementasi program sosial.
2. Peningkatan kapasitas pendamping sosial dan tenaga kesehatan melalui pelatihan berbasis kompetensi.
3. Optimalisasi sistem data terpadu kesejahteraan sosial (DTKS) untuk memastikan penerima bantuan tepat sasaran.
4. Peningkatan partisipasi masyarakat dalam monitoring pelaksanaan program agar terwujud transparansi dan akuntabilitas.

Perbandingan dengan Penelitian Terdahulu

Temuan penelitian ini konsisten dengan hasil penelitian Rahayu (2021) yang menyatakan bahwa JKN berperan penting dalam mengurangi beban ekonomi rumah tangga miskin melalui peningkatan akses layanan kesehatan. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan temuan Billik dkk. (2023) dan Kusmayati dkk. (2023) yang menegaskan bahwa efektivitas implementasi program bantuan sosial sangat bergantung pada faktor komunikasi dan kinerja pelaksana di lapangan.

Namun, penelitian ini memberikan kontribusi tambahan dengan mengkaji integrasi antara PKH dan JKN secara simultan, bukan secara terpisah sebagaimana penelitian sebelumnya. Pendekatan ini memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang bagaimana kedua program berinteraksi dalam menurunkan angka kemiskinan secara struktural di tingkat daerah.

Interpretasi Teoretis

Berdasarkan analisis teori Edward III, dapat disimpulkan bahwa keberhasilan implementasi PKH dan JKN di Kabupaten Sumedang berada pada kategori **cukup efektif**, ditunjukkan oleh koordinasi yang relatif baik antara pelaksana dan dampak positif terhadap kesejahteraan masyarakat. Namun, efektivitas ini belum mencapai tingkat optimal karena masih ada hambatan komunikasi dan keterbatasan sumber daya di lapangan.

Dengan demikian, teori Edward III terbukti relevan untuk menjelaskan dinamika implementasi kebijakan sosial di daerah, khususnya dalam konteks kebijakan yang melibatkan berbagai aktor lintas sektor. Efektivitas kebijakan bukan hanya ditentukan oleh isi program, tetapi juga oleh kualitas pelaksanaan di tingkat lapangan yang bersifat adaptif terhadap kondisi lokal.

Implikasi Teoretis

Penelitian ini memberikan kontribusi terhadap pengembangan teori implementasi kebijakan publik, khususnya dalam konteks kebijakan perlindungan sosial di tingkat daerah. Berdasarkan temuan lapangan, model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh George C. Edward III (1980) — yang mencakup empat variabel utama yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi — terbukti relevan dalam menjelaskan dinamika implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Sumedang.

Pertama, aspek **komunikasi** berperan sentral dalam memastikan kejelasan informasi dan kesamaan pemahaman antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, pelaksana lapangan, dan penerima manfaat. Penelitian ini memperkuat asumsi Edward III bahwa komunikasi yang efektif menjadi prasyarat utama bagi keberhasilan implementasi kebijakan.

Kedua, temuan terkait **sumber daya** menunjukkan bahwa keterbatasan tenaga pelaksana dan infrastruktur pelayanan sosial dapat menjadi faktor penghambat keberhasilan program, bahkan ketika kebijakan dan pendanaan telah tersedia. Hal ini menegaskan pentingnya memperluas variabel sumber daya dalam teori implementasi dengan memasukkan dimensi kapasitas kelembagaan dan adaptasi teknologi dalam pelaksanaan kebijakan.

Ketiga, disposisi atau sikap pelaksana terbukti berperan penting dalam membentuk kualitas pelayanan. Penelitian ini menunjukkan bahwa motivasi dan dedikasi pendamping sosial maupun petugas BPJS Kesehatan secara langsung memengaruhi efektivitas pelaksanaan program di lapangan. Dengan demikian, aspek disposisi perlu dikaji tidak hanya dari dimensi sikap, tetapi juga etos kerja dan budaya organisasi daerah.

Keempat, pada variabel struktur birokrasi, penelitian ini menyoroti perlunya model implementasi yang bersifat kolaboratif lintas sektor, terutama antara Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan pemerintah desa. Dengan demikian, penelitian ini memperluas relevansi teori Edward III dengan menekankan pentingnya “governance-based collaboration” dalam kebijakan publik kontemporer.

Secara teoretis, hasil penelitian ini memperkaya literatur kebijakan publik dengan memperlihatkan bagaimana teori implementasi klasik dapat diadaptasi untuk menjelaskan sinergi dua program perlindungan sosial (PKH dan JKN) yang memiliki tujuan komplementer dalam konteks penurunan kemiskinan. Penelitian ini juga menegaskan bahwa efektivitas kebijakan publik tidak hanya ditentukan oleh isi kebijakan dan kapasitas pelaksana, tetapi juga oleh koordinasi antaraktor dan keberlanjutan komunikasi di seluruh tingkat pemerintahan.

Implikasi Praktis

Dari sisi praktis, hasil penelitian ini memberikan beberapa implikasi penting bagi pemerintah daerah, instansi pelaksana, dan pembuat kebijakan nasional dalam meningkatkan efektivitas implementasi PKH dan JKN sebagai strategi pengentasan kemiskinan di tingkat lokal.

1. Penguatan Koordinasi Lintas Sektor Pemerintah daerah perlu membangun sistem koordinasi yang lebih terintegrasi antara Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, dan perangkat desa melalui forum koordinasi rutin. Sinergi ini diperlukan untuk menghindari tumpang tindih data penerima manfaat dan memastikan pelaksanaan program berjalan efektif serta efisien.
2. Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia Pelaksana Program Hasil penelitian menunjukkan perlunya peningkatan kapasitas dan kompetensi

pendamping sosial serta petugas BPJS melalui pelatihan berkelanjutan berbasis kompetensi, terutama dalam hal pelayanan publik, literasi digital, dan pendekatan partisipatif terhadap masyarakat miskin.

3. Optimalisasi Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) Akurasi data penerima manfaat menjadi elemen krusial. Pemerintah daerah perlu melakukan verifikasi dan pembaruan DTKS secara berkala dengan melibatkan perangkat desa dan masyarakat, agar tidak terjadi kesalahan dalam penetapan penerima bantuan sosial maupun peserta JKN-PBI.
4. Perbaikan Mekanisme Komunikasi dan Sosialisasi Program Sosialisasi kepada masyarakat penerima manfaat masih perlu ditingkatkan, terutama dalam menjelaskan hak, kewajiban, dan prosedur penggunaan layanan. Penggunaan media digital, forum komunitas, serta pendekatan berbasis kelompok (P2K2) dapat menjadi strategi efektif untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan penerima manfaat.
5. Penguatan Infrastruktur dan Layanan Kesehatan di Daerah Dalam konteks pelaksanaan JKN, perlu adanya pemerataan sarana kesehatan, terutama di wilayah perdesaan. Pemerintah daerah bersama BPJS Kesehatan dapat mengembangkan kemitraan dengan fasilitas kesehatan swasta untuk memperluas jangkauan layanan dan mengurangi beban fasilitas kesehatan pemerintah.
6. Integrasi Program Perlindungan Sosial Diperlukan langkah strategis untuk mengintegrasikan berbagai program sosial yang ada agar saling mendukung dan tidak berjalan secara terpisah. Integrasi antara PKH, JKN, dan program

lain seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) dapat memperkuat dampak kumulatif terhadap kesejahteraan masyarakat miskin.

7. Evaluasi Kinerja Berbasis Dampak (Impact Evaluation) Pemerintah daerah perlu mengembangkan mekanisme evaluasi kinerja berbasis dampak, bukan hanya penyerapan anggaran. Evaluasi ini penting untuk menilai sejauh mana implementasi PKH dan JKN benar-benar menurunkan angka kemiskinan dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

4. SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Sumedang telah berjalan dengan cukup baik dan memberikan kontribusi nyata terhadap penurunan angka kemiskinan. Kedua program ini berperan penting dalam memperkuat ketahanan sosial dan ekonomi masyarakat miskin melalui peningkatan akses terhadap pendidikan, layanan kesehatan, dan dukungan ekonomi keluarga.

Secara umum, efektivitas implementasi kedua program dapat dijelaskan menggunakan teori implementasi kebijakan George C. Edward III (1980) yang meliputi empat aspek utama, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

1. Aspek komunikasi menunjukkan bahwa koordinasi antarinstansi pelaksana sudah berjalan, namun komunikasi vertikal dari pelaksana ke masyarakat penerima manfaat masih perlu diperkuat, terutama dalam sosialisasi hak dan kewajiban peserta PKH dan JKN.

2. Aspek sumber daya menunjukkan adanya keterbatasan jumlah pendamping sosial, tenaga kesehatan, serta infrastruktur pelayanan di wilayah perdesaan, yang berdampak pada efektivitas pelaksanaan program.
3. Aspek disposisi (sikap pelaksana) memperlihatkan bahwa sebagian besar pelaksana memiliki dedikasi dan komitmen tinggi, tetapi masih terdapat perbedaan motivasi antarwilayah yang berpotensi memengaruhi kualitas pelayanan.
4. Aspek struktur birokrasi menegaskan pentingnya penyederhanaan alur koordinasi dan sinkronisasi data antara Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, dan pemerintah desa agar program berjalan lebih efisien dan tepat sasaran.

Secara empiris, implementasi PKH dan JKN di Kabupaten Sumedang telah berdampak positif terhadap penurunan angka kemiskinan dari 9,78% pada tahun 2022 menjadi 9,36% pada tahun 2023, serta meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan dan pendidikan. Dengan demikian, kedua program ini dapat dikategorikan cukup efektif, meskipun masih membutuhkan penguatan dari sisi kelembagaan, komunikasi, dan akurasi data penerima manfaat.

Selain itu, penelitian ini mempertegas bahwa sinergi antara PKH dan JKN merupakan bentuk kebijakan perlindungan sosial terpadu yang berperan penting dalam memutus rantai kemiskinan struktural di tingkat daerah. Integrasi keduanya memberikan efek ganda—PKH berfungsi sebagai instrumen peningkatan pendapatan dan kesejahteraan keluarga, sedangkan JKN berperan sebagai jaring pengaman kesehatan yang menjaga keberlanjutan produktivitas masyarakat miskin.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan simpulan di atas, beberapa saran yang dapat diajukan untuk

meningkatkan efektivitas implementasi PKH dan JKN adalah sebagai berikut:

1. Penguatan Koordinasi Antarinstansi Pemerintah Kabupaten Sumedang perlu memperkuat koordinasi lintas sektor antara Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan perangkat desa melalui forum kolaboratif yang terjadwal secara rutin. Hal ini penting untuk memastikan konsistensi kebijakan, sinkronisasi data, serta menghindari tumpang tindih dalam pelaksanaan program.
2. Peningkatan Kualitas Sumber Daya Pelaksana Program Diperlukan pelatihan berkelanjutan bagi pendamping sosial PKH dan petugas BPJS Kesehatan agar memiliki kompetensi komunikasi, literasi digital, serta pemahaman mendalam tentang tujuan sosial program. Peningkatan kapasitas pelaksana akan berdampak langsung terhadap kualitas pelayanan dan kepuasan penerima manfaat.
3. Penyempurnaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) Pemerintah daerah perlu melakukan verifikasi dan pemutakhiran data penerima manfaat secara berkala dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat dan aparat desa. Data yang akurat akan memastikan penyaluran bantuan sosial dan keanggotaan JKN tepat sasaran, sekaligus meminimalkan potensi kesalahan administratif.
4. Perluasan Infrastruktur dan Layanan Kesehatan Dalam konteks implementasi JKN, perlu ada pemerataan fasilitas kesehatan terutama di wilayah perdesaan. Pemerintah daerah dapat menjalin kemitraan dengan fasilitas kesehatan swasta dan lembaga nonpemerintah untuk memperluas jangkauan pelayanan serta meningkatkan aksesibilitas masyarakat

miskin terhadap layanan kesehatan dasar dan lanjutan.

5. Peningkatan Partisipasi dan Kesadaran Masyarakat Pemerintah daerah bersama pendamping sosial perlu memperkuat pendekatan pemberdayaan masyarakat melalui sosialisasi yang interaktif dan edukatif. Masyarakat penerima manfaat perlu didorong untuk memahami hak dan kewajibannya serta berperan aktif dalam menjaga keberlanjutan program.
6. Integrasi Program Perlindungan Sosial Berkelanjutan Diperlukan kebijakan integratif antara PKH, JKN, Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), dan program sosial lainnya agar efek kebijakan terhadap pengurangan kemiskinan lebih komprehensif dan berkelanjutan.
7. Evaluasi Kinerja Program Secara Periodik Pemerintah daerah perlu menerapkan sistem evaluasi berbasis dampak (*impact evaluation*) yang tidak hanya menilai keberhasilan administratif, tetapi juga menilai sejauh mana program mampu meningkatkan kualitas hidup masyarakat dan menurunkan tingkat kemiskinan secara signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Buku:

- Agustino, L. 2016. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta
- Ahmadi, A. 2019. *Ilmu Pendidikan*. PT. Rineka Cipta
- Armstrong, M. dan Taylor, S. 2018. *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*. 13th Ed. London: Ashford Colour Press Ltd
- Arikunto, Suharsimi. 2018. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta: Rineka Cipta

- Ashari, Purbayu Budi dan Santosa. 2018. Analisis Statistik dengan Microsoft Excel & SPSS. Yogyakarta: Andi Offset
- Chambers, R. 2016. PRA: Memahami Desa Secara Partisipatif. KanisiusOxfam-Yayasan Mitra Tani. Yogyakarta
- Desmiwati. 2018. Conditional Cash Transfer Pembelajaran dari Amerika Latin untuk Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia. Diakses pada tanggal 20 Desember 2024 dalam www.wongdesmiwati.wordpress.com
- Easton, D. 2021. Kerangka Kerja Analisa Sistem Politik. Terjemahan Sahat Simamora. Jakarta: Bina Aksara.
- Ghozali, Imam. 2018. Desain Penelitian Kuantitatif & Kualitatif Untuk Akuntansi, Bisnis, dan Ilmu Sosial Lainnya. Semarang: Yogi Pratama.
- Indradi, S. S. 2016. Dasar-Dasar dan Teori Administrasi Publik. Malang: Intrans. Publishing
- UPPKH-Kemensos RI. 2014. Pedoman Operasional Kelembagaan PKH Tahun 2013. Jakarta: Kemensos RI
- Mc Clelland 2016. Human Motivation. New York: Cambridge University Press
- Moetheriono, 2018. Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi. Jakarta: Raja Grafindo Persad
- Miles, M. B dan Huberman, A. M. 2018. Analisis Data Kualitatif. Jakarta. Universitas Indonesia Press
- Muhaimin, S. dan Prabowo, S. L. 2014. Manajemen Pendidikan. Jakarta: Kencana
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2020. Metodologi Penelitian Kesehatan. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nugroho, R. 2020. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Purwanto, M. N. 2021. Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: PT Gramedia Pustaka.
- Puspaningsih, C. 2016. Pembinaan Keluarga Miskin melalui Program Keluarga Harapan di Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa. Diakses tanggal 15 Maret 2024
- Rivai, V. 2018. Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan: Teori ke Praktik. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Rohman, A. 2019. Refofmasi Birokrasi dan Good Governance. Malang: Intrans Publishing
- Sahib, M. 2016. Pengaruh Kebijakan Program Keluarga Harapan terhadap Penanggulangan Kemiskinan di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa. Diakses tanggal 15 Maret 2024.
- Samsudin, S. 2019. Manajemen Sumber Daya Manusia. Cetakan 4. Bandung: Pustaka Setia
- Sjafari, A. 2018. Kemiskinan dan Pembedayaan Kelompok. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Strauss, Anselm dan Corbin, Juliet. 2019. Dasar-dasar Penelitian Kualitatif, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Subarsono, A. G. 2020. Analisis Kebijakan Publik. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sudjana. 2018. Metode Statistika. Bandung: Tarsito.

- Sugiyono. 2020. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D. Bandung: Alfabeta.
- Suharno. 2019. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Yogyakarta: UNY Press
- Suharsaputra, Uhar. 2018. Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, dan Tindakan. Bandung: PT. Reflika Aditama.
- Suharto, E. 2018. CSR & COMDEV. Bandung: Alfabeta
- Sukmalana, Soelaiman. 2018. Metode dan Teknik Penulisan Karya Ilmiah (Tesis dan Disertasi). Jakarta: Universitas Suryadharma.
- Suratman. 2017. Generasi Implementasi dan Evaluasi Kebijakan Publik. Makassar: Capiya Publising
- Sutrisno, Edy. 2018. Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: Kecana.
- Tangkilisan, H. N. 2019. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Lukman Offset YPAPI
- Wahab, S.A. 2020. *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wibawa, dkk. 2018. *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Widodo. 2020. Metodologi Penelitian: Populer dan Praktis. Jakarta: Rajawali Pers.
- World Bank. 2016. Era Baru dalam Pengentasan Kemiskinan di Indonesia
<http://sofian.staff.ugm.ac.id/artikel/i-khtisar-laporan-BD-ttg-kemiskinan-diIndonesia.pdf>. Diakses tanggal 15 Maret 2024
- Wrihatnolo, D. 2016. Manajemen Pemberdayaan: Sebuah Pengantar Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo

2. Jurnal:

- Dewi AR, S., Herlina, dan Nurbayani. (2022). Pengaruh Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Penanggulangan Kemiskinan Di Bonehau. *SEIKO: Journal of Management & Business*, 4(3): 648-656.
- Kusdinar, R. dan Pergiwa, D. I. (2018). Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Kecamatan Cisitu Kabupaten Sumedang. *PERSPEKTIF*, 6(2): 106-111.
- Mahmud, F., Mustari, N., dan Nasrulhaq. (2020). Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kabupaten Enrekang. *Kolaborasi: Jurnal Administrasi Publik*, 6(1): 17-33.
- Prawoto, N. 2009. Memahami Kemiskinan dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 9(1): 56-58
- Syahrir. (2018). Pengaruh Kompetensi Aparatur Terhadap Pemberdayaan Masyarakat Di Kecamatan Wasile Selatan Kabupaten Halmahera Timur Provinsi Maluku Utara. *Jurnal Manajemen Pembangunan*, 5(2): 117-132
- Utomo, D. 2014. Pelaksanaan Program Keluarga Harapan dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin (Studi pada Unit Pelaksanaan Program Keluarga

Harapan Kecamatan Purwoasri
Kabupaten Kediri. *Jurnal*
Administrasi Publik. 2(1)

Yudistira, M. A. D. 2020. Implementasi
Kebijakan Kampung Ramah Anak Di
Kelurahan Gunungketur Kota
Yogyakarta. *Jurnal kebijakan*
Pendidikan, 9(3): 1-13