

Analisis Peran Program Keluarga Harapan Terhadap Akses Kesehatan Dan Pendidikan Pada Keluarga Penerima Manfaat

¹Bismi Rahma Putri, ²Ifdal, ³Osmet

^{1,2,3}Program Studi Pembangunan Wilayah dan Pedesaan, Universitas Andalas

Korespondensi : bismi88@yahoo.com

Abstrak

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan program keluarga harapan di Nagari Koto Baru Simalanggang, akses kesehatan bagi ibu hamil dan balita dari KPM (keluarga penerima manfaat) PKH (program keluarga harapan). Jumlah sampel penelitian sebanyak 170 KPM dari 295 jumlah KPM di Nagari Koto Baru Simalanggang.. Metode penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan Program keluarga harapan di Koto Baru Simalanggang telah dilaksanakan dengan baik sesuai dengan petunjuk teknis pelaksanaan program mulai dari penerimaan bansos hingga proses pendampingan program. PKH mempunyai peran terhadap perubahan Akses kesehatan bagi ibu hamil dan balita serta akses pendidikan bagi anak usia sekolah melalui pendampingan, kegiatan kelompok dan komitmen individu serta bantuan non tunai yang saling memperkuat dorongan perubahan perilaku dan akses terhadap pendidikan dan kesehatan.

Kata kunci: access to health and education, P2K2, Mentoring

Abstract

The purpose of this study was to determine the implementation of the family of hope program in Nagari Koto Baru Simalanggang, health access for pregnant women and children under five from KPM (beneficiary families) PKH (family hope program). The number of research samples was 170 KPM from 295 KPM in Nagari Koto Baru Simalanggang. Data analysis was descriptive research method with an interview approach and supported by qualitative data. Quantitative data was collected using a questionnaire. While qualitative data was obtained through observation, observation, in-depth interviews with respondents and informants as outlined in the form of interview notes. The results showed that the Family Hope Program in Koto Baru Simalanggang had been well implemented in accordance with the technical instructions for implementing the program starting from receiving social assistance to the program mentoring process. , group activities and individual commitments as well as mutually reinforcing non-cash support for behavior change and access to education and health.

Keyword: akses kesehatan dan pendidikan, P2K2, Pendampingan

1. PENDAHULUAN

Berbagai pengertian muncul dalam banyak teori dan pendekatan sehingga dapat dilakukan berbagai strategi pengentasan kemiskinan. Menurut Kotze dalam Hikmat, 2004: menyatakan bahwa masyarakat miskin memiliki kemampuan yang relatif baik untuk memperoleh sumber melalui kesempatan yang ada. Kendatipun bantuan luar kadang-kadang digunakan, tetapi tidak begitu saja dapat dipastikan sehingga masyarakat bergantung pada dukungan dari luar. Pendekatan pemberdayaan ini dianggap tidak berhasil karena tidak ada masyarakat yang dapat hidup dan berkembang bila terisolasi dari kelompok masyarakat lainnya. Pada Laporan Badan Pusat Statistik (BPS) bulan maret tahun 2022 Garis Kemiskinan pada Maret 2022 tercatat sebesar Rp505.469,00/kapita/bulan dengan komposisi Garis Kemiskinan Makanan sebesar Rp374.455,00 (74,08 persen) dan Garis Kemiskinan Bukan Makanan

sebesar Rp131.014,00 (25,92 persen). Pada Maret 2022, secara rata-rata rumah tangga miskin di Indonesia memiliki 4,74 orang anggota rumah tangga. Dengan demikian, besarnya Garis Kemiskinan per rumah tangga miskin secara rata-rata adalah sebesar Rp2.395.923,00/rumah tangga miskin/bulan. Akibat dari kemiskinan tersebut adalah keterbatasan terhadap akses pendidikan dan kesehatan. Melalui program keluarga harapan diharapkan masyarakat miskin dapat mengakses layanan kesehatan dan pendidikan.

Berdasarkan beberapa indikator akses pendidikan dan kesehatan Nagari Koto Baru Simalanggang kondisinya lebih baik daripada nagari lainnya di Kecamatan payakumbuh, seperti kondisi stunting yang lebih rendah daripada nagari lainnya, jumlah anak putus sekolah juga lebih rendah sedangkan untuk graduasi atau keluarnya KPM dari program cukup tinggi. Graduasi merupakan salah satu indikator keberhasilan terhadap akses pendidikan dan kesehatan.

Berdasarkan rumusan masalah penelitian ini maka ditetapkan tujuan penelitian ; (1) mendeskripsikan proses pelaksanaan Program PKH di Nagari Koto Baru Simalanggang, (2) Melihat peran PKH dalam meningkatkan akses ke pendidikan dan kesehatan bagi KPM di Nagari Koto baru Simalanggang.

2. METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan menggunakan kuisioner. Sedangkan data kualitatif diperoleh melalui pengamatan, observasi, wawancara mendalam kepada responden dan informan yang dituangkan dalam bentuk catatan wawancara. Survey menurut Sugiyono (2017) metode survey adalah: Metode yang digunakan untuk mencari pengaruh treatment (perlakuan) tertentu. Metode survey merupakan metode penelitian yang umum yang dilakukan, dengan wawancara dan pemberian kuisioner (Gay dan Diehl, 1992). Pada penelitian ini informasi didapat dari wawancara dan kuisioner dari sampel penelitian. Menurut Bailey (1999) metode survey merupakan satu metode penelitian yang teknik pengambilan datanya dilakukan secara lisan dan tulisan.

Sesuai dengan tujuan penelitian, maka analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mendeskripsikan pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Nagari Koto Baru Simalanggang pada penelitian ini yaitu dengan dua jenis data yang diolah dan dianalisis, yaitu data kuantitatif dan kualitatif. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisioner dan pertanyaan terstruktur sebagai pedoman wawancara mendalam. Kuisioner digunakan untuk mengumpulkan data kuantitatif diolah menggunakan aplikasi *Microsoft Excel 2010*. Pembuatan tabel frekuensi dan tabel tabulasi silang untuk menggambarkan data awal responden penelitian.
2. Kemudian, daftar pertanyaan wawancara terstruktur digunakan untuk mengumpulkan data kualitatif akan dianalisis melalui tiga tahap, yaitu ; reduksi data, penyajian data dan verifikasi. Pertama, Proses reduksi data dimulai dari proses pemilihan dan penyederhanaan hasil wawancara mendalam berupa catatan lapangan dan observasi yang direduksi dalam tulisan tematik. Reduksi data ini bertujuan untuk mempertajam, menggolongkan, mengarahkan dan membuang data yang tidak dibutuhkan. Kedua, proses penyajian data dilakukan dengan menyusun segala informasi dan data yang diperoleh menjadi serangkaian kata-kata yang mudah dibaca ke dalam laporan berupa kutipan atau tipologi. Terakhir, verifikasi merupakan penarikan kesimpulan dari hasil yang telah diolah untuk mendukung data kuantitatif.

Untuk menganalisis akses KPM PKH pada pelayanan dasar yaitu kesehatan dan pendidikan, maka dilakukan analisa data kuantitatif dengan statistik deskriptif untuk melihat ukuran terpenuhinya. Data kuantitatif didapat menggunakan scoring adalah pemberian skor pada masing-masing kode/symbol. Skoring memudahkan hitungan, maka setiap alternatif pertanyaan responden diberikan skor seperti skor (1) untuk kelas rendah, skor (2) untuk kelas sedang dan skor (3) untuk kelas tinggi (Risanty, 2015). Masing-masing pertanyaan diberi skor 1-5 sesuai pernyataan yang diberikan. Tingkat persepsi pada akses pendidikan dan kesehatan diklasifikasikan menjadi 3 kategori yaitu: (1) rendah, (2) sedang dan (3) tinggi. Sedangkan pelaksanaan PKH diklasifikasikan menjadi 3 juga yaitu (1) baik, (2) sedang dan (3) rendah.

3.HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan Program keluarga Harapan di Nagari Koto baru Simalanggang

Program Keluarga Harapan merupakan suatu kebijakan pemerintah dalam usaha penanggulangan kemiskinan berbasis keluarga. PKH adalah pemberian bantuan tunai bersyarat yang diberikan kepada rumah tangga sangat miskin yang memiliki anggota keluarga yang termasuk dalam kategori antara lain ibu hamil, balita, anak usia SD/ sederajat, dan anak usia SMP/ sederajat. Program tersebut meliputi persyaratan pendidikan dan kesehatan. Adapun indikator yang digunakan dalam penelitian ini adalah peran aktif pendamping dalam melakukan tugas pendampingan, kegiatan pendataan peserta PKH secara rutin, proses pembayaran bantuan, kemudahan akses pelayanan dasar, dan perubahan pola pikir. Program ini bertujuan untuk memutus mata rantai kemiskinan antar generasi dengan titik beratkan pada akses bidang pendidikan dan kesehatan. kegiatan pada PKH ada 2 yaitu :

1. Bantuan Sosial (Hak KPM)

Bantuan sosial non tunai merupakan hak serta sebagai motivasi perubahan sosial KPM PKH yang nilainya berbeda-beda sehingga diharapkan dapat memicu KPM mendapatkan akses bidang pendidikan dengan lebih mudah. Bantuan sosial ini merupakan pemicu masyarakat untuk dapat melakukan proses pemberdayaan yang akhirnya dapat mengurangi kerentanan baik dalam bidang ekonomi maupun sosial. Bantuan sosial setiap KPM akan berbeda-beda pada setiap kpm berdasarkan jumlah komponen yang dipunyai. Jumlah bantuan KPM anak sekolah dasar yaitu Rp.225.000, SLTP Rp 375.000, SLTA Rp 500.000 dan balita dengan ibu hamil sebesar Rp 750.000.

Bantuan non tunai ini diharapkan dapat mengurangi beban pengeluaran keluarga sehingga dapat memberikan sedikit ruang untuk keluarga tersebut dalam keuangan. Bantuan PKH ini diterima KPM satu kali dalam 3 bulan dalam empat tahap tiap tahunnya. Bantuan PKH Non Tunai ini diharapkan dapat meningkatkan akses pendidikan dan kesehatan keluarga penerima manfaat. Berdasarkan hasil pengamatan lapangan, kuisioner dan wawancara dengan pihak terkait komponen maka penggunaan bantuan oleh KPM di Nagari Koto Baru Simalanggang sudah digunakan sesuai dengan tujuan program.

2. Kewajiban (komitmen) keluarga penerima manfaat program Keluarga Harapan.

Kewajiban atau komitmen yang harus dilakukan KPM adalah sesuai dengan juknis program yaitu

1. Anggota keluarga memeriksakan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan protokol kesehatan bagi ibu hamil/menyusui dan anak berusia 0 (nol) sampai dengan 6 (enam) tahun. berdasarkan data yang didapat KPM Di Nagari koto Baru Simalanggang kegiatan Posyandu untuk balita dan ibu hamil telah dilakukan oleh KPM sehingga keadaan kesehatan balita dan ibu hamil terkontrol. Berdasarkan pengamatan lapangan tidak ada lagi keluhan terhadap keadaan kesehatan balita dan ibu hamil. Hampir tiap bulan ada kegiatan peningkatan untuk kesehatan keluarga KPM khusus balita dan ibu hamil. KPM yang tidak hadir di posyandu maupun di kegiatan pelayanan

kesehatan lainnya akan dikunjungi bidan desa bersama pendamping sehingga akan menimbulkan tekanan tertentu terhadap KPM, sehingga KPM akan merasa wajib untuk hadir dalam setiap kegiatan kesehatan baik di polindes maupun di Nagari.

Berdasarkan pengamatan dan hasil wawancara dengan bidan desa dan nagari KPM yang awalnya malas untuk datang memeriksakan kesehatan balita dan kehamilan mulai berkurang. “KPM mulai sadar akan kesehatan balita dan pentingnya pemeriksaan kehamilan, biasanya sewaktu kami ada kegiatan posyandu dan lainnya mereka beralasan, *kami pai ka sawah* ¹, namun semenjak mereka masuk dalam program PKH itu sudah tidak ada lagi” ungkap Bidan Elsi yang bertugas di Jorong Parumpung. Munculnya kesadaran diri membuat banyak perubahan pada KPM PKH Nagari Koto Baru Simalanggang, bahkan beberapa KPM mulai melakukan perubahan pada lingkungan rumah yang dulunya kotor berubah menjadi lebih nyaman dan bersih (Lampiran). Menurut pengamatan dan hasil wawancara dengan pihak nagari, kemiskinan yang muncul dimasyakati sebagai syarat menjadi KPM PKH banyak diakibatkan oleh kemalasan masyarakat Nagari Koto Baru, apalagi untuk bidang kesehatan. Masyarakat lebih memilih untuk memberi makanan yang tidak sehat untuk balita dengan cara membeli instan, jajanan dan lainnya daripada harus memasak makanan sehat di rumah. Begitupun dengan ibu hamil. “kebiasaan malas pada masyarakat KPM membuat bantuan sosial apapun menjadi tidak berarti karena tidak diikuti oleh keinginan untuk berubah dan mengikuti sesuai dengan ketentuan, namun PKH membuat masyarakat yang mendapatkan bantuan menjadi berkomitmen di bidang kesehatan baik ke fasilitas kesehatan maupun yang lainnya” ujar Sekretaris Nagari Koto Baru Simalanggang. “Absensi yang dilakukan oleh program diawasi pendamping merupakan awal kebiasaan dari KPM sehingga pada akhirnya membuat mereka berkomitmen dengan diri sendiri” tambah beliau.

2. Anak KPM Usia sekolah mengikuti kegiatan belajar dengan tingkat kehadiran paling sedikit 85% (delapan puluh lima persen) dari hari belajar efektif bagi anak usia sekolah wajib belajar 12 (dua belas) tahun. Kehadiran di sekolah pada KPM yang memiliki anak menurut hasil wawancara di sekolah lebih dari 85% bahkan 100% (Lampiran). Menurut Guru Kelas 5 SD 02 Parumpung dan kepala sekolah SMP/SMA Uswatun Hasanah, dulu sebelum menjadi KPM PKH, anak hasil 60% dari hari belajar, dengan alasan mereka tidak hadir karena belum membayar tunggakan sekolah namun saat ini hampir seluruh anak yang telah masuk dalam PKH hadir 100% di sekolah karena ada konsekuensi kehadiran di sekolah sehingga komitmen mereka menjadi lebih baik untuk akses kependidikan KPM. Contohnya pada KPM PKH dengan pengurus bernama Pendri Enita, anak beliau dilaporkan oleh guru kelas 3 kepada pendamping bahwa banyak tunggakan yang belum dibayar padahal beliau sudah menjadi anggota PKH dari Tahun 2013, sehingga berdasarkan laporan sekolah tersebut maka ada konsekuensi kepada jumlah penerimaan bantuan beliau. Akibat adanya konsekuensi tersebut jumlah bantuan beliau berkurang sehingga ini awalnya menimbulkan ketakutan akan dikeluarkan dari program, setelah kejadian tersebut beliau mulai memantau pendidikan anak, penampilan anak di sekolah, dan kewajiban beliau yang harus dilunasi di sekolah. “*takuk awak klo ndak sekolah anak lai hilang bantuan PKH*” ² ujar Pendri Anita. Akhirnya banyak KPM mulai sadar akan pentingnya akses pendidikan ini melalui komitmen diri terhadap pendidikan memunculkan perubahan pada KPM PKH.
3. Pertemuan Kelompok (P2K2) merupakan kewajiban KPM PKH minimal 1 kali dalam sebulan. Pada awalnya menurut pendamping PKH kohor 2013 KPM Nagari Koto Baru Simalanggang agak sulit untuk melakukan pertemuan setiap bulannya karena mereka beranggapan tidak penting padahal salah satu kewajiban mereka adalah berkomitmen untuk pertemuan 1 kali dalam sebulan. Namun karena ada konsekuensi bagi KPM yang kehadiran P2K2 kurang dari 85% setiap pada setiap tahap atau tidak hadir lebih dari 2 kali maka bantuan akan diblokir atau jika lebih dari 3 kali maka akan dikeluarkan dari program akhirnya ini membuat mereka berkomitmen pada diri sendiri untuk selalu hadir dalam

pertemuan kelompok maupun kegiatan PKH lainnya, untuk di Nagari Koto Baru bukan hanya pertemuan kelompok tapi KPM juga berkomitmen untuk melakukan kegiatan peningkatan ekonomi dan keterampilan supaya bisa keluar dari kemiskinan yaitu membentuk Posdaya Bundo Saiyo sebagai wadah untuk melakukan kegiatan apapun.

Kelompok KPM PKH

Kelompok pada PKH bukan berdasarkan kepada pengelompokan pada komponen yang dipunyai seperti hanya punya balita atau kelompok ibu hamil, namun berdasarkan kedekatan tempat tinggal sehingga di Nagari Koto Baru Simalanggang terdapat 13 kelompok berdasarkan kedekatan tinggal. KPM PKH Nagari Koto Baru Simalanggang yang tinggal di daerah Tabek Panjang misalnya ada 4 Kelompok yaitu yang tinggal pada daerah Dusun Palawan disatukan menjadi satu kelompok karena akan mudah untuk saling berkomunikasi dalam penyampaian berita apapun dan mudah untuk menentukan tempat pertemuan karena tempat tinggal saling berdekatan begitupun kelompok lainnya. Dalam satu kelompok bisa terdiri dari KPM yang memiliki balita, KPM hamil maupun KPM yang mempunyai anak usia sekolah.

Proses pendampingan merupakan proses awal pemberdayaan sehingga pada akhirnya KPM akan di mandirikan melalui proses pemberdayaan. Pendampingan merupakan inti program PKH, sehingga tanpa pendampingan program tersebut tidak dapat berjalan semestinya jika hanya diberikan bantuan.

Tabel 1. Daftar Kehadiran Posyandu Ibu Hamil

No	Nama	Kehadiran Di Posyandu	Cek Kesehatan Ibu Hamil	Pola Makan Sehari-Hari
1	Marta Riza	100%	Baik	Baik
2	Sofia Hendra	100%	Baik	Baik
3	Esi Oktavia	100%	Lila <2	Kurang Baik
4	Desni Elita	100%	Baik	Baik

Sumber : verifikasi kesehatan ibu hamil tahap 4 tahun 2019 dan tahap 4 tahun 2020 dan data kesehatan ibu hamil bidan Nagari Koto Baru Simalanggang

Kehadiran KPM PKH hamil di tahun 2020 sebanyak 4 orang dilihat dari tabel 1 adalah 100% sehingga memenuhi verifikasi komitmen akses bidang kesehatan, namun berdasarkan cek kesehatan ibu salah satu KPM hamil menderita kek yang berarti gizi buruk pada ibu hamil dan akan berdampak pada bayi yang dikandung karena salah satu penyebab stunting adalah gizi saat di kandungan. Menurut bidan desa memang pola makan KPM tersebut kurang baik karena pola pikir KPM namun secara garis besar KPM PKH telah melakukan akses di bidang kesehatan yang dikontrol pendamping secara berkala untuk setiap pencairan bansos yaitu 3 bulan sekali untuk 4 tahap dalam satu tahun.

Kegiatan Pemberdayaan

Kegiatan pendampingan di Nagari Koto Baru Simalanggang tidak hanya menoton pada kegiatan formal namun ada kegiatan yang berupa bentuk komitmen perorangan yang di inisiasi oleh pendamping yang akhirnya membentuk suatu tempat atau wadah untuk pemberdayaan khusus untuk KPM PKH yaitu Pos Pemberdayaan Bundo Saiyo yang berdiri pada tahun 2019 dan pada tahun 2020 mulai banyak

melakukan kegiatan pemberdayaan seperti pelatihan merajut, pelatihan pembuatan makanan bergizi, mengadakan rumah baca yang di desain oleh pendamping untuk dapat lebih mendekatkan diri kepada komponen KPM usia sekolah sehingga lebih mudah untuk memotivasi KPM dan Komponen untuk mengakses pendidikan, berbagi makanan bergizi, tempat membagikan sembako untuk KPM PKH, tempat untuk memudahkan KPM dalam bertransaksi perbankan, serta tempat KPM saling berbagi dan berkumpul untuk bisa saling memotivasi. Pos Pemberdayaan juga bertujuan untuk memotivasi KPM lebih kreatif dalam ekonomi dan mudah mendapatkan pelayanan pendidikan karena adanya Sekolah paket yang bermanfaat untuk mengurangi angkat putus sekolah pada keluarga KPM.

Peran PKH dalam memperbaiki Akses ke Kesehatan dan pendidikan

Mendapatkan akses di bidang kesehatan dan pendidikan merupakan salah satu hak dari KPM PKH karena salah satu indikator keberhasilan PKH adalah KPM mendapatkan kemudahan dalam akses pelayanan dasar. Namun disini lain mengakses dibidang kesehatan dan pendidikan juga merupakan kewajiban dari KPM bukan hanya mengakses dalam pelayanan dasar namun lebih komplek lagi yaitu merubah pola pikir KPM. Pendampingan pada akses pelayanan dasar ini dilakukan dengan verifikasi komitmen KPM yang mempunyai balita, ibu hamil dan anak usia sekolah dengan datang ke posyandu dan sekolah. Pada jadwal P2K2, pendamping juga akan menjelaskan tentang kesehatan pada ibu hamil dan balita sehingga dapat dikatakan PKH dapat meningkatkan kesehatan dan Gizi serta mampu meningkatkan kualitas lingkungan. Penekanan oleh pendamping untuk KPM akan menyebabkan muncul keinginan KPM untuk merubah pola pikir terhadap kesehatan serta mengakses kesehatan.

Tabel 2. Tingkat akses pelayanan kesehatan balita KPM PKH

Tingkat Akses	Persentase
Rendah	0%
Sedang	11,40%
Tinggi	88,60%

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa KPM PKH dapat mengakses bidang kesehatan dengan sangat mudah ini berdasarkan hasil pernyataan diatas bahwa tingkat akses yang terbesar KPM adalah Tinggi yaitu sebesar 88,60%. Bisa disimpulkan bahwa PKH memberikan kemudahan dalam akses kesehatan pada balita sehingga dengan kemudahan akses ini dapat mengurangi atau menghilangkan kasus stunting maupun gizi buruk pada balita KPM PKH.

Berdasarkan pernyataan dari sampel ibu PKH yang hamil di tabel 2, maka didapatkan bahwa akses ibu hamil dibidang kesehatan tinggi sehingga ini menggambarkan bahwa ibu hamil di Nagari Koto Baru Simalanggang sudah mendapatkan pelayanan bidang kesehatan.

Tabel 3. Tingkat akses kesehatan bagi ibu hamil KPM PKH

Tingkat Akses	Persentase
Rendah	0
Sedang	0%
Tinggi	50%

Akses pendidikan merupakan aspek pelayanan dasar untuk KPM PKH yang akan memberikan efek sangat besar dalam proses pemberdayaan dan kemandirian KPM serta memutuskan mata rantai kemiskinan. Berdasarkan pernyataan sampel di Nagari Koto Baru Simalanggang di dapatkan hasil sebagai berikut

Tabel 4. Tingkat akses pendidikan KPM PKH Nagari Koto Baru Simalanggang

Tingkat Akses Pendidikan	Persentase
Rendah 6-13	0%
Sedang (14-21)	0%
Tinggi (22-30)	100%

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat bahwa akses pendidikan KPM PKH dapat mengakses bidang pendidikan adalah Tinggi yaitu sebesar 100%.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan analisis data dan pembahasan yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pelaksanaan program PKH dan melihat tingkat akses pelayanan kesehatan serta pendidikan KPM PKH di Nagari Koto Baru Simalanggang maka kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah :

1. Program keluarga harapan di Koto Baru Simalanggang telah dilaksanakan dengan baik sesuai dengan petunjuk teknis pelaksanaan program mulai dari penerimaan bansos hingga proses pendampingan program.
2. PKH mempunyai peran terhadap perubahan Akses kesehatan bagi ibu hamil dan balita serta akses pendidikan bagi anak usia sekolah melalui pendampingan, kegiatan kelompok dan komitmen individu serta bantuan non tunai yang saling memperkuat dorongan perubahan perilaku dan akses terhadap pendidikan dan kesehatan.

5. SARAN

1. Perlu adanya kegiatan peningkatan kemampuan untuk KPM PKH sehingga pemberdayaan akan lebih cepat dirasakan karena pemberdayaan dengan fasilitasi bantuan sosial akan membuat KPM merasa harus melakukan karena jika tidak akan mereka takut akan dikeluarkan dari program
2. Perlunya pengawasan pendataan nagari dan kesepakatan penentuan keadaan miskin masyarakat karena banyak menimbulkan keresahan baik di masyarakat maupun pendamping PKH
3. Perlunya penentuan kriteria miskin menurut nagari masing-masing karena banyak pengaduan ketimpangan .
4. Perlunya peningkatan kapasitas pendamping setiap tahunnya untuk meningkatkan kemampuan pendampingan

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Badan Pusat Statistik. 2018. Statistik Indonesia 2018
- [2] Bailey, Kenneth D. 1999. *Methods Of Social Research*. New York.
- [3] Buku Demografi Desa Koto Baru Simalanggang. 2020
- [4] Chambers, R. (1983). *Rural Development Putting The Last First*. Copublished in the US with John Wiley dan on. Inc, New York.
- [5] Direktorat Jaminan Sosial, Direktorat Jenderal Perlindungan dan jaminan Sosial Kementerian Sosial RI. *Buku Kerja Pendamping Program Keluarga Harapan*. Ed. Revisi, 2012
- [6] Direktorat Jaminan Sosial, Direktorat Jenderal Perlindungan dan jaminan Sosial Kementerian Sosial RI. *Pedoman Operasional PKH Bagi Pemberi Pelayanan Pendidikan*, 2013.
- [7] Direktorat Jaminan Sosial, Direktorat Jenderal Perlindungan dan jaminan Sosial Kementerian Sosial RI. *Pedoman Operasional PKH Bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan*, 2013.
- [8] Hikmat, Harry, (2004). *Strategi Pemberdayaan Masyarakat*. Penerbit Humaniora Bandung.
- [9] Kabupaten Lima Puluh Kota Dalam Angka 2019. Pemerintahan Kabupaten Lima Puluh Kota .
- [10] Kartasmita, G. (1996). *Pembangunan untuk rakyat: memadukan pertumbuhan dan pemerataan*. Cides.
- [11] Mudrajat, K. (1997). *Ekonomi pembangunan: teori, masalah, dan kebijakan*. Yogyakarta: UPP AMP YKPN.
- [12] Morissan. *Metode Penelitian Survei*. Ed. 1; Cet. 1; Jakarta: Kencana, 2012.
- [13] Muhajir, Noeng. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. 1989. Yogyakarta: Rake Sarasin.