

SOLIDARITAS SOSIAL KESEHATAN BAGI RUMAH TANGGA SANGAT MISKIN MELALUI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI DESA SEKENDAL KECAMATAN AIR BESAR KABUPATEN LANDAK

Oleh:
MELKI MAGDALENA
NIM. E11112069

Program Studi Pembangunan Sosial/Ilmu Sosiatri Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Tanjungpura Pontianak Tahun 2017

Email: Melky.magdalena@gmail.com

Abstrak

Tujuan penelitian ini dimaksud untuk memberikan pemahaman mengenai solidaritas sosial PKH yang telah dilaksanakan di desa Sekendal oleh rumah tangga sangat miskin khususnya kesehatan balita. Penelitian ini menggunakan metode *deskriptif*, dengan teori solidaritas sosial oleh Emile Durkheim.

Mengenai permasalahan program keluarga harapan (PKH) di desa ini cukup menarik untuk diteliti, mengingat tidak terlaksananya persyaratan dan prosedur yang telah ditetapkan oleh kementerian sosial yaitu persyaratan pertemuan rutin PKH tidak terlaksana, membawa balita ke Puskesmas setiap bulan tidak terlaksana, dan prosedur pengambilan uang tidak tepat waktu, jumlah uang tidak sesuai prosedur, pengambilan uang tidak dikantor pos melainkan lewat pendamping PKH. Menurut solidaritas mekanis, adanya ikatan dalam aktivitas yang sama dan memiliki tanggung jawab yang sama hanya terjalin saat penerimaan uang berlangsung antara penerima PKH dan pendamping PKH, hal ini dikarenakan adanya kontak langsung saat pengambilan uang, sedangkan adanya ketergantungan antara pendamping dengan penerima dikarenakan kebutuhan bagi pendamping, dikarenakan persyaratan dan prosedur mengarahkan kerja sama antara penerima dengan pendamping PKH dan ikatan ketergantungan ini tercipta karena adanya kebutuhan satu dengan yang lainnya dalam PKH artinya ikatan ketergantungan ini tercipta karena kebutuhan dan kewajiban pendamping bertugas untuk mendampingi penerima PKH.

Kata-kata Kunci : Rumah Tangga Sangat Miskin, PKH, dan Solidaritas Sosial

SOCIAL HEALTH SOLIDARITY FOR DESTITUTE FAMILY THROUGH PROSPECTIVE FAMILY PROGRAM IN SEKENDAL VILLAGE OF AIR BESAR SUB-DISTRICT OF LANDAK REGENCY

Abstract

The research aims to investigate the implementation of social health solidarity for destitute families in particular the health of children under five years through prospective family program in Sekendal Village of Air Besar Sub-district of Landak Regency. To explore more about the implementation of the program, a qualitative research with descriptive approach is utilized. The findings indicate that the implementation of Social Health Solidarity for Destitute Families Through Prospective Family Program in Sekendal Village of Air Besar Sub-district of Landak Regency has not run effectively. The process of program implementation did not agree with the Social Ministry's standard operation procedure specifically unproductive meetings for implementing the programs of Prospective Family, irregular schedule for housewives to bring their under age children to public health centre for general check up, delays for distributing money, incorrect number of money to be paid and inappropriate person that allocate the money. The implication from this study is that the assistants of Social Health Solidarity should guide and assist the destitute families predominantly the housewives in order to the program of prospective family can run effectively and the society members in particular the destitute families that have under age children can put on and experience the benefits of the program.

Keywords: destitute family, prospective family program, social health solidarity

A. PENDAHULUAN

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan salah satu program penanggulangan kemiskinan. PKH adalah suatu program bantuan tunai bersyarat yang diberikan kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM), yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-19 tahun dan/ibu hamil/nifas yang berada pada lokasi terpilih, jika mereka memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) yaitu kesehatan.

Sasaran Program PKH adalah berbasis Keluarga (yaitu orang tua-ayah, ibu dan anak) salah satu orang tua memiliki tanggung jawab terhadap kesehatan. Karena itu keluarga adalah unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya memutuskan rantai kemiskinan antar generasi. Kecamatan Air Besar merupakan salah satu Kecamatan di Kabupaten Landak yang melaksanakan PKH tersebut dilaksanakan disemua desa yang berada di kecamatan air besar.

Menurut dari Dinas Sosial Ngabang menyebutkan jumlah masyarakat penerima PKH di desa Sekendal Kecamatan Air Besar dari rekapitulasi data penyaluran tahap dua (2) tahun 2015 berjumlah 40 jiwa dari empat

(4) dusun dan satu (1) desa dengan jumlah penduduk 3619 jiwa dan luar wilayah 122 km². Bentuk bantuannya berupa uang, jumlah uang yang diterima berbeda-beda dari Rp 540.000,00 yang paling rendah, sampai Rp.3.700.000,00 yang paling tinggi, itu sesuai dengan ketentuan syarat-syarat yang berlaku dalam penerimaan program keluarga harapan.

Bantuan program PKH terdiri dari bumil/nifas/anak usia dibawah 6 tahun, anak peserta PKH pendidik setara SD/MI, anak peserta PKH pendidik setara SMP/MTs, anak peserta PKH pendidik setara SMA, bantuan maksimum perKSM, dan bantuan minimum per KSM, dimana dalam skema lama dan skema baru sangat memiliki perbandingan yang berbeda.

Bumil/nifas/anak usia dibawah enam (6) tahun, dari skema lama mendapat bantuan sebesar Rp.1.000.000,00 dan di skema baru mendapat bantuan sebesar Rp.1.000.000,00 jadi tidak ada perubahan. Anak peserta PKH pendidik setara SD/MI, di skema lama mendapat bantuan sebesar Rp.500.000,00 dan di skema baru mendapat bantuan sebesar Rp.450.000,00 jadi didalam dua (2) skema diatas mengalami perubahan, dimana skema lama lebih tinggi/besar angka bantuannya dibandingkan skema baru, angka perbandingan skema lama dan baru sebesar

Rp.50.000,00 Anak peserta PKH pendidik setara SMP/MTs, dari skema lama mendapat bantuan sebesar Rp.1.000.000,00 dan di skema baru mendapat bantuan sebesar Rp.750.000,00 jadi didalam dua (2) skema diatas dimana skema lama lebih tinggi/besar angka bantuannya dibandingkan skema baru, angka perbandingan skema lama dan skema baru yaitu Rp.250.000,00.

Anak peserta PKH pendidik setara SMA, dari skema lama mendapat bantuan sebesar Rp.0, dan di skema baru mendapat bantuan sebesar Rp.1.000.000,00 jadi didalam dua (2) skema diatas dimana skema baru lebih tinggi/besar angka bantuannya dibandingkan skema lama, angka perbandingan skema lama dan baru yaitu Rp.1.000.000,00.

Bantuan maksimum perKSM, dari skema lama mendapat bantuan sebesar Rp.2.740.000,00 dan di skema baru mendapat bantuan sebesar Rp.3.700.000,00 Jadi didalam dua (2) skema diatas dimana skema baru lebih tinggi/besar angka bantuannya dibandingkan skema lama, angka perbandingan skema lama dan skema baru yaitu Rp.1.040.000,00. Bantuan minimum perKSM, dari skema lama mendapat bantuan sebesar Rp.740.000,00 dan skema baru mendapat bantuan sebesar Rp.950.000,00. Jadi didalam dua (2) skema diatas dimana

skema baru lebih tinggi/besar angka bantuannya dibandingkan skema lama, angka perbandingan skema lama dan skema baru yaitu Rp.210.000,00.

Bantuan dana diatas dalam satu (1) tahun empat (4) tahap pengambilan, dimana pada bulan tiga (3) Rp.250.000,00, bulan enam (6) Rp.250.000,00, bulan Sembilan (9) Rp.250.000,00, bulan duabelas (12) Rp.250.000,00 jadi total Rp.1.000.000,00, jadi jumlah bantuan di tambah bantuan tetap, bantuan tetap pada skema baru Rp.500.000,00 jadi total Rp.1.500.000,00 dalam setahun.

Desa Sekendal merupakan salah satu Kecamatan yang berada di Kecamatan Air Besar Kabupaten Landak dengan jumlah penerima bantuan PKH sebanyak 40 KSM dari jumlah penduduk 3619 jiwa, luas desa 122 Km², kepadatan penduduk 11,31 per Km². (sumber: Data monografi Desa Sekendal 2015).

Masalah penelitian ini menarik untuk diteliti karena pelaksanaan PKH tidak berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Kementerian Sosial di Desa Sekendal (salah satu desa yang ada di Kecamatan Air Besar) dan kurangnya kesadaran masyarakat tentang solidaritas sosial antara pendamping dengan penerima PKH dan tidak mengarah kepada kesehatan,

tetapi uang tunai dari PKH digunakan untuk belanja keperluan dapur dan peralatan rumah tangga, hal ini dikarenakan penghasilan tidak memenuhi kebutuhan pokok dan nonpokok di kehidupan sehari-hari, dan prosedur serta persyaratan tidak diberlakukan dengan baik untuk penerima PKH dikarenakan pendamping tidak berkerjasama dengan pihak polindes desa Sekendal.

Penerima program ini adalah Rumah Tangga Sangat Miskin, di kehidupan sehari-hari pekerjaannya sebagai petani karet, buruh sawit, dan petani padi musiman (Ladang/sawah). Hal ini memicu rendahnya kesadaran mereka tentang pentingnya kesehatan, karena uang tunai yang diterima tidak tepat sasaran untuk kesehatan artinya tidak digunakan dengan baik sesuai prosedur yang telah diarahkan kepada penerima. Penerima PKH harus memiliki balita, dalam satu rumah hanya dibolehkan satu balita yang menerima, walaupun si penerima mempunyai dua (2) balita, saat dilapangan penulis melihat penerima PKH memiliki pendapatan rendah, miliki anak banyak (lebih dari dua (2)), warga miskin yang rendah pendidikan.

Disini penerima beranggapan uang yang diterima mereka akan terus ada setiap tahun nya, alasan ini membuat penerima

PKH tidak menggunakan uang dengan ketentuan yang telah ditetapkan dan diarahkan oleh pihak Dinas Sosial. Pendamping PKH tidak tinggal di desa Sekendal, tidak adanya kerjasama dengan pihak posyandu dan polindes desa mengakibatkan uang diterima untuk perawatan balita tidak digunakan dengan baik sesuai prosedur dan persyaratan yang belaku dari Kementerian Sosial, bukan hanya itu sosialisasi atau arahan dari pendamping juga kurang artinya jarak adalah salah satu pemicu utama bagi pendamping untuk bersosialisasi dengan baik dengan penerima, dan uang yang diterima juga tidak lewat kantor pos tapi langsung lewat pendamping, padahal menurut prosedur dari kementerian sosial penerimaan harus lewat pos tidak bisa diwakili oleh orang lain selain penerima dan jangka penerimaan menurut prosedur empat (4) kali dalam satu (1) tahun, tetapi menurut info dari warga penerimaan PKH hanya dua (2) dan tiga (3) kali, jumlah uang yang mereka dapat tidak pernah sesuai prosedur yang telah ditetapkan, contohnya ibu daun seharusnya tahun ini dia mendapatkan Rp.1.500.000,00 dalam satu (1) tahun untuk balita akan tetapi ibu Daun cuma menerima uang hanya Rp.800.000, dari pendamping tidak menjelaskan mengapa uang yang diterima tidak sesuai prosedur dan ibu Daun

pun tidak tahu jumlah uang yang seharusnya ia terima dalam satu (1) tahun serta dari ibu Daun sendiri selaku penerima PKH tidak ada upaya untuk menanyakan berapa sebenarnya jumlah uang yang seharusnya diterima dalam satu (1) tahun.

B. TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Solidaritas Sosial

Pengertian solidaritas sosial berasal dari dua pemaknaan kata yaitu solidaritas dan sosial. Solidaritas sosial merupakan perasaan atau ungkapan dalam sebuah kelompok yang dibentuk oleh kepentingan bersama. Solidaritas sosial terdiri atas dua tipe solidaritas menurut teori Emile Durkheim, yakni solidaritas mekanik dan organis. Menurut teori Emile Durkheim solidaritas mekanis adalah bentuk awal, bentuk primitif dari organisasional dan masih dapat dilihat dalam kehidupan masyarakat primitif yang ada kini. Terdapat kecenderungan dan ide bersama yang lebih banyak (dibandingkan dengan perbedaan individu), tata sosial mempunyai keseragaman yang besar.

Sedangkan solidaritas organis menurut Emile Durkheim berasal dari pembagian kerja yang menyertai

perkembangan sosial, lebih berakar di dalam perbedaan ketimbang kesamaan. Kumpulan masyarakat yang semakin meningkat, menurut solidaritas yang didasarkan atas diferensiasi, bermacam-macam fungsi dan pembagian kerja, menjadi inti solidaritas organis. Bahwa dengan munculnya solidaritas organis dikarenakan perkembangan masyarakat yang semakin pesat dengan begitulah Durkheim menyatakan bahwa dalam masyarakat modern yang modern ini menghasilkan solidaritas organis.

Spesialisasi yang berbeda-beda dalam bidang pekerjaan dan peranan sosial menciptakan ketergantungan yang mengikat orang kepada sesamanya, karena mereka tidak lagi dapat memenuhi seluruh kebutuhan mereka sendiri. Dalam masyarakat yang mekanis, misalnya para petani garam hidup dalam masyarakat yang terjalin bersama oleh warisan bersama dan pekerjaan yang sama. Dalam masyarakat modern organik, para pekerja memperoleh gaji dan harus mengadakan orang lain yang mengkhususkan diri dalam produk-produk tertentu (bahan makanan, pakaian, dan lain-lain) untuk memenuhi kebutuhan mereka.

Anthony Giddens (1972) dalam buku Rakhmat Hidayat, Sosiologi Pendidikan Emile Durkheim (2003:89),

mengemukakan bahwa kesadaran kolektif dalam tipe masyarakat tersebut bisa dibedakan menjadi empat dimensi-volume, kekuatan, kejelasan, dan isi. Volume adalah sejumlah orang diikat bersama oleh suatu kesadaran kolektif. Kekuatan adalah bagaimana sebenarnya individu merasakan kesadaran kolektif tersebut. Kejelasan adalah bagaimana semua itu didefinisikan dengan jelas, dan isi adalah bentuk yang dihasilkan oleh kesadaran kolektif di dalam kedua tipe masyarakat.

Masyarakat yang dibentuk oleh solidaritas mekanis, kesadaran kolektif melingkupi seluruh masyarakat dan seluruh anggotanya; dia sangat diyakini sangat rigid dan isinya sangat bersifat religius. Sementara dalam masyarakat yang memiliki solidaritas organis, kesadaran kolektif dibatasi pada sebagian kelompok, tidak dirasakan terlalu mengikat, kurang rigid dan isinya adalah kepentingan individu yang lebih tinggi daripada pedoman moral.

Penjelasan teori ini apabila dikaitkan dengan permasalahan yang ada di dalam penelitian ini adalah bahwa adanya suatu faktor yang mempengaruhi seorang individu atau masyarakat yang memiliki dorongan solidaritas serta tanggung jawab dalam memanfaatkan PKH. Ciri-ciri solidaritas sosial salah satunya memiliki rasa

kebersamaan dan tanggung jawab yang tinggi, sedangkan ciri-ciri solidaritas mekanik yaitu :

- a. memiliki ikatan lebih kuat kedalam daripada keluar.
- b. perhatian bersifat lebih lokal dan dipusatkan pada kehidupan desa dengan sikap menghindari pertentangan dan lebih banyak bersatu dengan mereka yang sependapat (*like minded*).
- c. Kekurangan individu dirasakan sebagai kekurangan masyarakat desa secara keseluruhan.

Teori yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini yang berjudul solidaritas sosial kesehatan bagi rumah tangga sangat miskin melalui program keluarga harapan didesa Sekendal Kecamatan Air Besar Kabupaten Landak yakni menggunakan teori Emile Durkheim yang menyatakan bahwa solidaritas sosial merupakan suatu keadaan hubungan antara individu dan kelompok yang didasarkan pada perasaan moral kepercayaan yang dianut bersama dan diperkuat oleh pengalaman dan emosional bersama.

Pandangan seorang sosiolog Prancis, Emile Durkheim, menjelaskan bahwa pada masyarakat desa, perbedaan kepandaian pada umumnya kurang menonjol, sehingga kedudukan para anggota secara individual

tidak begitu penting. Dari sudut pembagian kerja, jika ada seorang anggota yang dikeluarkan, maka hal itu tidak akan begitu dirasakan. Secara keseluruhan, masyarakat mempunyai kedudukan yang lebih penting daripada individu. Keadaan atau struktur demikian oleh Durkheim, disebut struktur yang mekanis. Sebaliknya, keadaan dalam masyarakat-masyarakat yang kompleks, di mana telah diadakan spesialisasi bagi anggotanya masing-masing, maka timbullah keahlian sehingga setiap golongan tidak akan dapat hidup secara sendiri.

Emile Durkheim (2003:90) melihat bahwa masyarakat berkembang dari masyarakat sederhana menuju masyarakat modern salah satu komponen utama masyarakat yang menjadi perhatian Durkheim dalam memperhatikan perkembangan masyarakat adalah bentuk solidaritas sosialnya. Meskipun teori solidaritas Emile Durkheim dibagi menjadi dua (2), yaitu solidaritas organis dan mekanis peneliti menggunakan satu teori yang dirasakan oleh peneliti lebih cocok untuk dijadikan teori dalam tulisan ini, dengan tujuan agar penelitian ini lebih terfokus, maka dari itu penulis memutuskan untuk menggunakan teori solidaritas mekanis karna lebih cocok dengan

masyarakat miskin dalam menuju kehidupan yang modern.

Dari penjelasan teori ini apabila dikaitkan dengan permasalahan yang ada didalam penelitian ini adalah bahwa adanya suatu faktor yang mempengaruhi seorang individu atau lebih tepatnya di sini rumah tangga sangat miskin untuk merasa terdorong dan termotivasi untuk memperoleh layanan kesehatan yang sewajarnya diterimanya.

Fungsi Program Keluarga Harapan

Program Keluarga Harapan (PKH) Menurut Kementrian Sosial adalah Program bantuan sosial yang berupa uang tunai yang diberikan kepada rumah tangga sangat miskin (RTSM) berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajiban melaksanakan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan.

Program ini, dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban RTSM dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan. Pelaksanaan PKH juga mendukung upaya pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium. Lima Komponen

Tujuan MDG's yang akan terbantu oleh PKH yaitu: Pengurangan penduduk miskin dan kelaparan; Pendidikan Dasar; Kesetaraan Gender; Pengurangan angka kematian bayi dan balita; Pengurangan kematian ibu melahirkan.

Bantuan dana tunai PKH diberikan kepada ibu atau perempuan dewasa (nenek, bibi atau kakak perempuan) dan selanjutnya disebut Pengurus Keluarga. Dana yang diberikan kepada pengurus keluarga perempuan ini telah terbukti lebih efektif dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan penerima bantuan. Pengecualian dari ketentuan diatas dapat dilakukan pada kondisi tertentu, misalnya bila tidak ada perempuan dewasa dalam keluarga maka dapat digantikan oleh kepala keluarga.

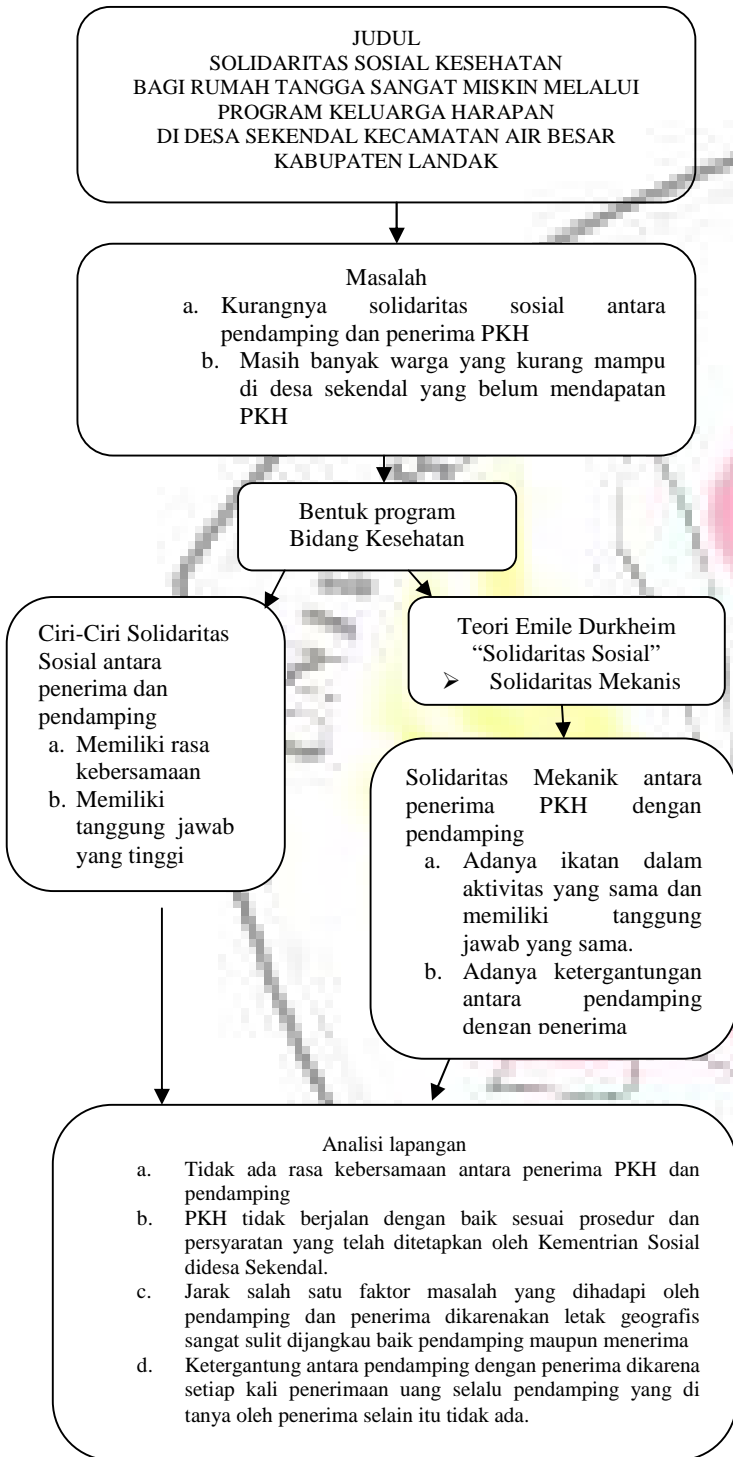
Sebagai bukti kepesertaan PKH, KSM diberikan Kartu Peserta PKH. Uang bantuan dapat diambil oleh Pengurus Keluarga di Kantor Pos terdekat dengan membawa Kartu Peserta PKH dan tidak dapat diwakilkan. Alasan tidak dapat diwakili agar tidak menimbulkan suatu hal negatif, contohnya kalau diwakili dengan orang lain yang bukan keluarga, otomatis uang tersebut pasti digunakan oleh yang mewakili untuk hal lain, ibaratnya upah telah mengambil uang untuk peserta PKH.

Menurut suryawati (2005:6) menyebutkan ciri-ciri kelompok (penduduk) masyarakat miskin adalah :

- a. Rata-rata tidak mempunyai faktor produksi sendiri seperti tanah, modal, peralatan kerja dan keterampilan.
- b. Mempunyai pendidikan yang rendah.
- c. Kebanyakan bekerja atau berusaha sendiri dan bersifat usaha kecil (sector informal), setengah menganggur atau menganggur (tidak bekerja).
- d. Kebanyakan berada di pedesaan atau daerah tertentu perkotaan (*slum area*), Dan
- e. Kurangnya kesempatan untuk memperoleh bahan kebutuhan pokok, pakaian, perumahan, fasilitas kesehatan, air minum, pendidikan, angkutan, fasilitas komunikasi, dan kesejahteraan sosial lainnya

Kerangka Pemikiran

Gambar 1
Kerangka Pemikiran



C. METODE PENELITIAN

Pendekatan penelitian yang penulis gunakan adalah pendekatan penelitian kualitatif. Dalam penelitian kualitatif, upaya untuk menjawab pertanyaan peneliti tidak tergantung secara ketat pada teori melainkan pada data langsung. Teori hanya sebagai alat bantu memberikan gagasan tentang konsep-konsep apa saja yang bisa diteliti dan tujuan akhir dari peneliti bukan untuk membuktikan kebenaran dengan teori. Menurut Bogdan dan Taylor (dalam Moleong,2007:4) mendefinisikan metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati.

Berdasarkan tujuan penelitiannya, jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Tujuan dari penelitian yang bersifat deskriptif itu sendiri untuk menggambarkan tentang suatu masyarakat atau suatu kelompok orang tertentu atau gambaran tentang suatu gejala atau hubungan antara dua gejala (Soehartono, 2008:35).

Subjek dalam penelitian ini diambil secara *purposive sampling* untuk mengetahui informasi sesuai tujuan penelitian yakni informan yang dapat memberikan informasi

tentang permasalahan yang akan diteliti. . Dalam penelitian ini, penulis menggunakan informan yang dianggap dapat dijadikan sebagai sumber informasi yang dibutuhkan, baik informasi berupa dokumen-dokumen, maupun informasi dari hasil wawancara (Moleong, 2007:166). Instansi Pemerintahan seperti Kepala bidang PKH Dinas Sosial yang menangani program keluarga harapan di Kabupaten Landak, pedamping PKH di Desa Sekendal, serta masyarakat yang menerima PKH yang akan di jadikan informan atau subjek dalam penelitian ini.

Adapun informasi yang didapat oleh peneliti dalam Solidaritas sosial kesehatan bagi rumah tangga sangat miskin melalui PKH di desa Sekendal Kecamatan Air Besar Kabupaten Landak adalah pertama dari informan pokok yaitu, Sekretaris desa Sekendal dan warga desa Sekendal. Berikutnya adalah informan pangkal yaitu meliputi, Kepala Bidang PKH Dinas sosial yang menangani PKH Kabupaten Landak, Pedamping PKH di desa Sekendal Kecamatan Air Besar kabupaten landak, Badan Pusat Statistik Ngabang, Kabupaten Landak dan Tenaga Medis di desa Sekendal.

Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data dalam penelitian kualitatif ini yang menjadi instrument utama penelitian adalah peneliti sendiri. Untuk membantu

memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian ini, peneliti menggunakan alat penelitian sebagai berikut yaitu pedoman wawancara, yaitu daftar pertanyaan yang berhubungan dengan masalah yang akan diteliti, Dokumentasi, dalam penelitian ini penulis berusaha memperoleh data/informasi melalui cara mengumpulkan dokumen-dokumen yang berhubungan dengan fokus penelitian, Pedoman Observasi, yaitu berupa catatan-catatan untuk mencatat hal-hal yang terjadi pada saat observasi di lapangan. Teknik pengumpulan data penulis menggunakan observasi lapangan, wawancara mendalam dan dokumentasi.

Teknik analisis data yang digunakan adalah teknik Analisis Komponensial (Componential Analysis), yaitu digunakan dalam analisis kualitatif untuk menganalisis unsur-unsur yang memiliki hubungan-hubungan yang kontras satu sama lain dalam domain-domain yang telah ditentukan untuk dianalisis secara lebih terperinci. Teknik Analisis Komponensial baru layak dilakukan kalau seluruh kegiatan observasi dan wawancara yang berulang-ulang telah memperoleh hasil maksimal sesuai dengan yang diharapkan dalam penelitian. Kegiatan analisis dapat dimulai dengan menggunakan beberapa tahap yaitu:

1. Penggelaran Hasil Observasi dan wawancara

Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan berkali-kali digelarkan dalam lembaran-lembaran yang mudah dibaca. Data-data tersebut pada tahap ini tidak perlu dikelompokkan sesuai dengan domain dan atau sub-domain yang telah dipilih, yang penting bahwa hasil-hasil observasi dan wawancara dapat dibaca dengan mudah. Dari data-data pada tahap ini sesungguhnya peneliti telah dapat melakukan editing terbatas pada data tersebut.

2. Pemilahan Hasil Observasi dan Wawancara

Penelitian selanjutnya melakukan pemilahan terhadap hasil wawancara. Artinya, hasil wawancara tersebut dipilah menurut domain dan sub-domain tanpa harus mempersoalkan dari elemen mana sub-sub domain itu berasal.

3. dan Menemukan Elemen-elemen Kontras

Pada tahap ini, peneliti dapat membuat tabel tertentu yang dipakai untuk mencari dan menempatkan pilahan sub-domain yang telah ditemukan elemen kontras.

Teknik keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan uji kredibilitas data. Untuk menguji keabsahan data, agar

data tersebut menjadi valid maka peneliti menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi dilakukan melalui wawancara, observasi langsung. Teknik pengumpulan data yang digunakan akan melengkapi dalam memperoleh data primer dan sekunder, observasi dan interview digunakan untuk menjaring data primer yang berkaitan antara masyarakat dengan program pemerintah dalam upaya meringankan biaya masyarakat yang kurang mampu, sementara studi dokumentasi digunakan untuk menjaring data sekunder yang dapat diangkat dari berbagai dokumentasi tentang PKH yang ada didesa Sekendal Kecamatan Air Besar Kabupaten Landak.

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

Persyaratan dan Prosedur Penerimaan PKH didesa Sekendal

Persyaratan masyarakat/warga yang menerima PKH didesa Sekendal harus mempunyai balita, Artinya disini syarat penerima harus mempunyai balita, dari umur 0-5 tahun, walaupun masyarakat itu miskin kalau tidak ada anak balita maka masyarakat itu tidak penerima PKH, pada setiap bulan penerima di desa Sekendal diwajibkan membawa balita posyandu dan polindes, ini

adalah syarat yang telah ditetapkan oleh kementerian sosial dalam PKH agar tidak ada kematian bayi dibawah umur diakibatkan kurang gizi, serta terjadinya gizi buruk kepada balita, dikarena tidak ada biaya untuk periksa kesehatan balita dipukesmas, posyandu dan polindes.

Setiap bulan penerima didesa Sekendal wajib ikut pertemuan rutin PKH, Pertemuan rutin ini sangat penting bagi penerima, karna disini pendamping/koordinator dari PKH akan menjelaskan tentang PKH dan bertambah atau berkurangnya uang yang diterima oleh penerima tiap tahunnya. Disini penerima didesa sekendal diharuskan mengisi formulir data diri dan menyerahkan fotocopy kartu keluarga dengan pendamping dan pendamping menyerahkan data kekoordinator PKH dari dinas sosial, Data diri dan kartu keluarga sangat penting dikarenakan data diri dan kartu keluarga adalah bukti kalau penerima adalah rumah tangga sangat miskin, dapat dilihat dari jenis pekerjaannya di kartu keluarga.

Didesa Sekendal penerimaan balita ada 40 orang dimana penerima diwajibkan mengambil uang lewat pos, hal ini dilakukan agar uang yang diterima sesuai dengan prosedur, pengambilan uang dilakukan oleh penerima pada bulan 3, bulan 6, bulan 9 dan

bulan 12. Pengambilan uang tidak dapat diambil oleh laki-laki, kalau penerima sakit bisa diambil alih oleh adek perempuan atau anak perempuan, hal ini dilakukan agar uang tepat sasaran. Penerima PKH didesa Sekendal adalah rumah tangga sangat miskin, rumah tanpa listrik, karena listrik belum dialirkan didesa Sekendal, sinyal pun tidak ada, jadi warga sangat ketinggalan informasi tentang pentingnya PKH, mereka yang menerima hanya mendengar syarat PKH saat pertemuan awal PKH di Kecamatan, rumah dengan lantai papan kayu, dinding papan kayu, bahkan ada warga yang dapurnya dinding dari bambu atap daun sagu. Kewajiban/syarat penerima balita hanya umur 5 tahun, setelah itu maka penerima kesehatan dipindahkan kependidikan.

Prosedur penerimaan PKH didesa sekendal menurut informan saat wawancara dilapangan sebagai berikut ini, data diolah oleh BPS sebagai data mentah dari daerah, selanjutnya data tersebut dipilih oleh TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan) dan dikirim kepada kementerian sosial. Selanjutnya data hasil penerimaan akan dikirim kedinas sosial yang ada di Kota dan Kabupaten.

Nama-nama penerima ada 40 orang akan disurvei oleh pihak dari dinas sosial

di setiap kecamatan, desa dan dusun. Hal ini dilakukan agar masyarakat/warga tau bahwa ia mendapatkan PKH, dan dapat mengikuti persyaratan yang telah ditetapkan oleh kementerian sosial dan mengolah data dilapangan apakah sesuai dengan data dari kementerian sosial.

Kegiatan pencatatan anggota keluarga sangat miskin peserta PKH, kegiatan pencatatan ini sangat penting karena merupakan kewajiban peserta difasilitas pendidikan dan kesehatan dimana pencatatan ini meliputi pencatatan angka ketidakhadiran siswa peserta PKH pendidik (alpha, izin, sakit), untuk pemenuhan komitmen pendidikan dan keterangan mengenai kehadiran ibu hamil dan balita di fasilitas kesehatan (hadir, tidak hadir, belum jadwal, tertunda) untuk memenuhi komitmen masyarakat.

Kewajiban batas umur balita dalam mendapatkan PKH yaitu umur 0-5 tahun. hal ini adalah prosedur yang telah ditetapkan oleh kementerian sosial tentang batas usia balita dalam penerimaan PKH. Apabila usia balita sudah 6/7 tahun dan sudah masuk SD (Sekolah Dasar), maka sudah termasuk bagian pendidikan bukan lagi kesehatan uang yang diterima oleh penerima balita adalah Rp.1.000.000,00. Usia 0-11 bulan anak berusia dibawah 1 tahun harus

diimunisasi lengkap dan ditimbang secara rutin setiap bulan, bayi usia 6-11 bulan mendapatkan suplemen tablet vitamin A, anak usia 1-5 tahun dimonitor tumbuh kembang dengan melakukan penimbangan secara rutin setiap bulan mendapatkan vitamin A sebanyak dua (2) kali setahun pada bulan februari dan agustus.

Akan tetapi penerima tidak memenuhi peraturan yang ada diprosedur, seperti kegiatan rutin pemeriksaan balita dipuskemas/polindes/posyandu, begitu juga pendamping tidak tinggal ditempat pelaksana PKH berlangsung, pendamping hanya datang disaat ada tugas dari dinas sosial.

Solidaritas Mekanis Antara Penerima PKH Dengan Pendamping

Solidaritas mekanis antara penerima PKH dengan pendamping yaitu adanya ikatan dalam aktivitas yang sama dan memiliki tanggung jawab yang sama dan adanya ketergantungan antara pendamping dengan penerima, dibawah ini penulis memaparkan solidaritas mekanis antara penerima PKH dengan pendamping :

- a. Adanya ikatan dalam aktivitas yang sama dan memiliki tanggung jawab yang sama
Aktivitas PKH antara penerima dan pendamping terjalin saat

pengambilan uang dan pertemuan rutin, ada hubungan erat yang terjalin saat pengambil uang dan pertemuan rutin dikarenakan kebutuhan dan kewajiban, hal ini terjadi dikarenakan penerimaan uang tidak lewat pos tapi lewat pendamping, pendamping PKH tidak tinggal didesa Sekendal, melainkan di Ngabang.

Aktivitas penerima PKH didesa Sekendal yaitu mengisi data diri yang diberikan oleh pendamping dan mengikuti aktivitas yang berkaitan dengan PKH seperti pertemuan tentang materi PKH pada awal pertemuan di Kecamatan Air Besar dengan pendamping dan Koordinator PKH, menentukan ketua kelompok PKH bagi penerima, melakukan absensi penerimaan PKH, dan melakukan aktivitas seperti pengambilan uang dikantor pos dan dengan pendamping.

Kurangnya pemahaman masyarakat serta kurangnya aktivitas yang terjalin antara penerima PKH dan pendamping mengakibatkan prosedur yang telah ditetapkan oleh Kementerian Sosial tidak berjalan dengan baik, ditambah lagi pemahaman masyarakat mengenai PKH sangat kurang dikarenakan tidak ada sinyal internet yang masuk, tidak ada

listrik, dan ibu-ibu penerima PKH tidak pandai membaca (buta huruf).

Kurangnya pemahaman masyarakat mengenai PKH disebabkan sumber daya manusia (SDM) yang masih rendah, penduduk yang menerima PKH adalah ibu-ibu yang tidak sekolah dan ada juga cuma tamat SD (Sekolah Dasar) dibandingkan lulusan SMP (Sekolah Menengah Pertama) dan SMA (Sekolah Menengah Atas), tidak dapat membawa menjadi kendala dikarenakan kondisi ini dimanfaatkan oleh pendamping untuk membutakan penerima dan membohongi si penerima, karna penerima yang tidak dapat membaca hanya mendengarkan apa kata pendamping dibanding pembaca prosur saat pertemuan awal.

Saat pendamping mengarahkan bulan-bulan saat pengambilan uang penerima hanya mengikuti tanpa sadar bulan penerimaan tidak sesuai prosedur, contoh nya saat penulis mewawancarai salah satu penerima PKH didesa Sekendal penerimaan hanya dilakukan tiga (3) kali dalam setahun yaitu bulan empat (4),bulan delapan (8) dan duabelas (12), padahal menurut prosedur penerimaan dilakukan empat (4) kali dalam setahun, yaitu pada bulan tiga (3),

bulan enam (6), bulan Sembilan (9) dan bulan duabelas (12). Bukan hanya itu penerima juga tidak menegrti cara menjumlahkan uang yang seharusnya mereka terima dari PKH.

- b. Adanya ketergantungan antara pendamping dengan penerima.

Dalam PKH ikatan ketergantungan antara pendamping dengan penerima dikarenakan persyaratan dan prosedur yang mengarahkan kerjasama antara pendamping dengan penerima PKH. Ketergantungan Pendamping dengan penerima dikarena pendamping memiliki tugas yang berada diruang lingkup dengan penerima, ikatan ketergantungan ini tercipta karna adanya kebutuhan satu dengan yang lainnya dalam PKH artinya ikatan ketergantungan ini tercipta dikarena kebutuhan dan kewajiban pendamping bertugas untuk mendampingi penerima PKH.

Kebersamaan Pendamping dan Penerima PKH dalam pembagian dana (uang)

Tugas pendamping dan menerima adalah sebagai pelaksana PKH dimana pendamping dan penerima harus mengikuti persyaratan dan prosedur yang telat ditetapkan oleh Kementrian Sosial demi

mengsukseskan PKH agar masyarakat terbebas dari beban pendidikan dan kesehatan yang sangat mahal bagi rumah tangga sangat miskin.

Pendamping dan menerima diberi persyaratan dimana setiap bulan harus pertemuan rutin, dimana pendamping memberikan informasi perkembangan dan pencapaian program, menggali informasi tentang permasalahan terkait dengan menggali informasi perubahan data, menggali informasi keluhan yang dihadapi peserta PKH dan lain-lain.

Pertemuan rutin ini hanya dua (2) kali di lakukan didesa sekendal yaitu pada saat memberi informasi tentang PKH dan mengisi data diri, selanjutnya tidak pernah dilakukan lagi, padahal seharusnya pertemuan PKH dilakukan setiap bulan sekali, agar perkembangan PKH berjalan sesuai prosedur.

Tugas pendamping yaitu melakukan kunjungan bulanan dengan ketua kelompok, akan tetapi dari hasil penelitian dilapangan kunjungan dari pendamping dengan ketua kelompok tidak ada, yang ada ketua kelompok yang mendatangi pendamping saat pengambilan uang, karna penerimaan tidak diambil di kantor pos saat ini, tetapi melalui pendamping.

Saat penulis menanyakan tentang sistem pengambilan uang, pendamping hanya menjawab karna penerima malas ke kantor pos dan jarak ke kantor pos sangat jauh, makanya pendamping memilih cara kalau uang yang diterima diwakili oleh pendamping jadi penerima mengambil uang langsung dengan pendamping tidak lagi lewat pos. Hubungan solidaritas sosial nya terjalin karena kebutuhan dan kewajiban, hal ini dapat dilihat dari paparan diatas tentang kebersamaan pendamping dan penerima dalam pembagian dana PKH.

E. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan oleh peneliti lapangan adalah dalam penulisan skripsi ini penulis menggunakan teori solidaritas sosial yaitu teori Emile Durkheim, skripsi ini berfokus pada solidaritas mekanik antara penerima PKH dengan pendamping, dan penulis juga memfokuskan ini pada persyaratan penerimaan PKH dan prosedur penerimaan PKH.

Dibawah ini adalah paparan dari fokus penelitian yaitu:

- a. Solidaritas mekanik antara penerima PKH dengan pendamping didesa Sekendal yaitu adanya ikatan dalam aktivitas yang sama dan memiliki tanggung jawab yang sama, dan adanya ketergantungan antara penerima dengan pendamping dikarenakan penerima pengambil uang lewat pendamping bukan lewat kantor pos, ikatan terjalinnya hubungan dalam aktivitas ini dikarenakan peran pendamping sangat berpengaruh dalam pelaksanaan PKH.
- b. Mendeskripsikan persyaratan dan prosedur penerima PKH didesa Sekendal, dimana persyaratan dalam skripsi ini yaitu penerima PKH adalah ibu-ibu yang memiliki balita untuk bidang kesehatan, untuk bidang pendidikan harus memiliki anak yang duduk dibangku sekolah seperti SD (Sekolah Dasar), SMP (Sekolah Mengengah Atas), dan SMA (Sekolah Mengengah Atas) kalau tidak punya balita, anak SD, SMP dan SMA biar dikatakan miskin tidak akan dapat program ini, karna program ini adalah program yang berfokus pada kesehatan ibu hamil, balita, dan pendidikan SD, SMP dan SMA, dan memenuhi persyarakat miskin, seperti rumah tidak ada listrik, rumah berbahan dari kayu,

tidak memiliki WC didalam rumah, pekerjaan petani biasa yang penghasilannya bergantung pada alam. Sedangkan prosedur penerimaan PKH yaitu balita harus dibawah secara rutin di posyandu/puskemas/polindes terdekat, penerimaan uang untuk balita yaitu berjumlah Rp.1.000.000,00. Sedangkan kewajiban umur 0-5 tahun, penerima PKH harus mengambil uang tepat waktu sesuai dengan prosedur.

Adapun yang menjadi faktor permasalahan yang melatarbelakangi rendahnya solidaritas sosial dalam PKH yaitu kurangnya pemahaman penerima PKH dengan prosedur dan persyaratan PKH, dikarena penerima tidak dapat membaca dan tidak ada sinyal atau tv didesa Sekendal, sehingga pengetahuan mereka tentang PKH hanya diperoleh saat awal pertemuan PKH, dan penerima tidak mendalami PKH dengan baik, akibatnya mereka tidak pernah dapat uang sesuai prosedur PKH.

Penerima PKH adalah ibu-ibu yang berjumlah 40 orang yang dipilih oleh Kementrian Sosial dari rumah tangga sangat miskin, dimana kedudukan PKH merupakan salah satu bagian dari program penanggulangan kemiskinan lainnya yang berada dibawah Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik

dari pusat maupun dari didaerah. PKH dijalankan sebagai pelaksanaan dari UU no. 40 tahun 2004 tentang jaminan sosial. Bantuan dana penerima PKH balita yaitu Rp.1.000.000,00 ditambah bantuan tetap jadi totalnya yaitu Rp.1.500.000,00 pertahun, dimana pengambilan dana (uang) dilakukan empat (4) kali dalam setahun yaitu pada bulan tiga (3), enam (6), Sembilan (9) dan duabelas (12).

Peserta penerima PKH balita diwajibkan setiap bulan harus kepolindes/posyandu/puskemas itu adalah salah satu persyaratan bagi penerima PKH balita, akan tetapi persyaratan itu tidak dilaksanakan di desa Sekendal dikarenakan pendamping tidak melaksanakan tugasnya dengan baik dilapangan, penerimaan uang tidak melalui pos tetapi melalui pendamping, penerimaan lewat pos hanya pada awal penerimaan, pertemuan rutin tidak dilaksanakan oleh penerima dengan pendamping, hal ini mengakibatkan rendahnya solidaritas sosial antara penerima PKH dengan pendamping.

F. SARAN

Disini penulis ingin memberikan saran bagi pemerintah, koordinator PKH pendamping dan penerima PKH yakni:

1. Pemerintah

Seharusnya tidak memandang sebelah mata tentang program yang telah dilaksanakan, seharusnya ada laporan akhir atau perlu harus ada yang terjun langsung untuk melihat hasil dari program yang telah dilaksanakan, agar oknum-oknum yang melaksanakan program tidak bisa melakukan kecurangan dalam program yang dibuat oleh pemerintah. Oleh karena itu merupakan hal penting bagi pemerintah terkait untuk meningkatkan sosialisasi PKH agar tercipta mekanisme dan strategi yang lebih baik lagi untuk mencegah ketimpangan distribusi kesehatan terutama masyarakat miskin. Telah kita ketahui bahwa keberhasilan suatu program yang diciptakan tersebut, seharusnya bisa merangkul dan menerapkan suatu kepercayaan kepada masyarakat bahwa program tersebut sangat berguna bagi masyarakat kurang mampu, dan penerapan prosedur dan persyaratan PKH harus ditegaskan

dalam program ini agar program ini bisa bermanfaat bagi penerima PKH.

2. Koordinator PKH

Sebagai ketua pelaksana PKH yang dipercaya oleh Kementerian Sosial, yang bekerja sama dengan pihak dinas sosial, seharusnya koordinator lebih aktif memantau perkembangan PKH dilapangan tanpa harus menunggu hasil dikantor tanpa terjun langsung, karna keberhasilan program tidak akan berjalan dengan baik tanpa tindakan, pendamping tidak akan melakukan kelalai kalau saja Koordinator aktif dengan memantau kinerja pendamping saat dilapangan.

3. Pendamping

Seharusnya pendamping berfokus pada pekerjaan sebagai pendamping, jangan merasa anda orang pintar, anda memperdaya masyarakat yang sangat miskin, yang tidak dapat membaca, dan hanya bisa mengikuti apa yang anda katakan, pemerintah sudah susah payah membuat program ini, seharusnya anda dipekerjakan dalam program bisa memberikan yang terbaik agar program ini bisa berjalan dengan lancar sesuai prosedur yang telah ditetapkan, bukan memanfaatkan pekerjaan untuk merugikan orang lain, atau berkerja

hanya sebatas mencari keuntungan yang bukan milik anda, pendamping harus menciptakan solidaritas sosial dengan penerima agar PKH bisa berjalan dengan baik sesuai prosedur dan persyaratan, pendamping juga harus berada di desa Sekendal dan harus koordinasi dengan pihak polindes agar pelaksanaan rutin balita berjalan, agar balita terbebas dari gizi buruk dan penyakit lainnya.

4. Penerima PKH

Kemudian untuk penerima PKH, makna kesehatan itu sangatlah penting, kerana tanpa kesehatan masyarakat tidak akan bisa melakukan segala sesuatu yang menjadi suatu keinginan yang harus tercapai. Oleh karena itu penerima harus kritis dalam pelaksanaan PKH saat dilapangan, dan harus tegas kalau menurut anda ada yang salah dalam pengambilan uang, penerima harus protes karna itu adalah hak anda sebagai penerima, kalau uang yang anda terima tidak sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh pemerintah, jangan ikut alur kalau hal itu salah menurut penerima, kerana program yang diciptakan tidak pernah salah tetapi ada pihak penyelenggara

yang bekerja didalamnya tidak melaksanakan sesuai ketentuan diatas.

G. REFERENSI

Azwar A. 2001. *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Bungin, Burhan., 2001., *Metode Penelitian Sosial*; Format-format Kuantitatif dan Kualitatif, Surabaya: AUP.

.....2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana Gaung Persada Press.

Durkheim, E. (1893) *The Division of Labor in Society*. Terj. George Simpson, New York, Free Press, 1964.

Jones, Charles O, 1996, *Pengantar Kebijakan Publik*, Raja Grafindo Perkasa, Jakarta.

Kementerian Sosial RI, 2007. *Pedoman Umum PKH*. Jakarta: UPPKH pusat bagian 2 tentang bantuan PKH.

Kalimantan Dalam Angka. 2014. BPS (Badan Pusat Statistik). Kalimantan Barat.

Landak Dalam Angka. 2013. BPS (Badan Pusat Statistik). Kabupaten Landak.

.....2014. BPS (Badan Pusat Statistik). Kabupaten Landak.

Moleong, J. Lexy. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Rakhmat Hidayat. 2003. *Sosiologi Pendidikan Emile Durkheim*. Jakarta: Pretasi Pustaka.

Ritzer, George dan Goodman, Douglas J. 2008. Teori Sosiologi Dari Teori Sosiologi Klasik, *The Division of Labor in Society* (Durkheim, 1893/1964;Gibbs,2003).

Soehartono, Irawan. 2008. Metode Penelitian Sosial. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Suharsimi, Arikunto. 1993. Manajemen Penelitian. Jakarta: Rineka Cipta.

Sumber Dari Skripsi/Tesis

Lisdiana. 2013. Skripsi: *Partisipasi Masyarakat Dalam Program Keluarga Berencana Pada Puskesmas Parit H. Husien II Kecamatan Pontianak Tenggara*. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Tanjungpura. Pontianak.

Veronika Novi Natalia. 2014. Skripsi : *Pemanfaatan Program Jamkesmas di Polindes di desa Kayu Ara Kecamatan Jelimpo Kabupaten Landak*. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Universitas Tanjungpura. Pontianak.

Ika Ernawati. 2013. Skripsi. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kec. Sambungmaacan, Kab. Sragen. Program Studi Ilmu Administrasi Negara.

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik.
Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Oktiano Regian Zufri. 2014. Skripsi. Peran Pendamping Program Keluarga Harapan di Kabupaten Jombang. Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Rujukan Elektronik

Artikel dari Kementerian Sosial RI

<http://www.depsos.go.id>.

<https://www.google.com/search?q=solidaritas+sosial&ie=utf-8&oe=utf-8>

<http://www.depsos.go.id/modules.php?name=New&file=article&sid=404>

<http://www.scribd.com/doc/75649946/Landak-Dalam-Angka-2011#scribd>

<http://www.definisi-pengertian.com/2015/07/definisi-pengertian-pemanfaatan.html>

<http://www.tnp2k.go.id/id/tanya-jawab/klaster-i/program-keluarga-harapan-pkh/>

http://inifanfan.blogspot.co.id/2013/09/sosiologi-klasik-solidaritas-sosial_3514.html

<http://berkarya.um.ac.id/2010/02/05/konflik-dan-lunturnya-solidaritas-sosial-masyarakat-desa-transisi-oleh-zulkarnain-nasution>

<http://fungsi.web.id/2015/12/ciri-ciri-masyarakat-paguyuban-gemeinschaft-dan-patembayan-gesellschaft.html>

<http://fungsi.web.id/2015/12/ciri-ciri-masyarakat-paguyuban-gemeinschaft-dan-patembayan-gesellschaft.html>

<http://fungsi.web.id/2015/12/ciri-ciri-masyarakat-paguyuban-gemeinschaft-dan-patembayan-gesellschaft.html>

<http://fungsi.web.id/2015/12/ciri-ciri-masyarakat-paguyuban-gemeinschaft-dan-patembayan-gesellschaft.html>



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN UNGGAH / PUBLIKASI
 KARYA ILMIAH UNTUK JURNAL ELEKTRONIK MAHASISWA

Sebagai sivitas akademika Universitas Tanjungpura, yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Lengkap : Melki Magdalena
 NIM / Periode lulus : E.1111.20.69
 Tanggal Lulus : 27-01-2017
 Fakultas/ Jurusan : ISIP / Sosiologi
 Program Studi : Pembangunan Sosial
 E-mail address/ HP : 085250060018

demi pengembangan ilmu pengetahuan dan pemenuhan syarat administratif kelulusan mahasiswa (S1), menyetujui untuk memberikan kepada Pengelola Jurnal Mahasiswa*) pada Program Studi Fakultas Ilmu sosial dan Ilmu Politik Universitas Tanjungpura, Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul**):

Solidaritas Sosial bagi Rumah Tangga Jangget Kiriwin Melalui Program Keluarga Harapan di desa Sekelad Kecamatan Air Besar Kabupaten Landak

beserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, Pengelola Jurnal berhak menyimpan, mengalih-media/ format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikannya, dan menampilkan/ mempublikasikannya di Internet atau media lain):

- Secara *fulltext*
 content artikel sesuai dengan standar penulis jurnal yang berlaku.

untuk kepentingan akademis tanpa tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan atau penerbit yang bersangkutan.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Pengelola Jurnal, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demiikian pernyataan ini yang saya buat dengan sebenarnya.



Mengetahui/ disetujui
 Pengelola Jurnal

[Signature]
 Listyaningrum, M.Si
 NIP. 19630430200502001

Dibuat di : Pontianak
 Pada tanggal :

[Signature]
 Melki Magdalena
 NIM. E.1111.20.69

Catatan :
 *tuliskan nama jurnal sesuai prodi masing-masing
 (Publika/Governance/Aspirasi/Sociodev/Sosiologique)

Setelah mendapat persetujuan dari pengelola Jurnal, berkas ini harus di scan dalam format PDF dan dilampirkan pada step4 upload supplementary sesuai proses unggah penyerahan berkas (submission author)