



Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi

La Ode Muhammad Elwan¹

Universitas Halu Oleo Sulawesi Tenggara Indonesia

muh.elwan@uho.ac.id

ABSTRAK

Penanggulangan kemiskinan merupakan masalah yang harus segera diatasi oleh pemerintah untuk segera dituntaskan dan diputus rantai penyebabnya. Penanggulangan kemiskinan saat ini masih berorientasi material sehingga keberlanjutannya sangat tergantung pada ketersediaan anggaran dan komitmen pemerintah. Langkah kebijakan yang dilakukan pemerintah untuk mengentaskannya salah satunya adalah Program Keluarga Harapan (PKH). Kesejahteraan merupakan tujuan akhir dari PKH, yaitu meningkatkan kualitas hidup Keluarga Sangat Miskin (KSM) dengan mengakses layanan kesehatan dan pendidikan. Dengan dilaksanakannya PKH diharapkan dapat meningkatkan taraf kehidupan sosial ekonomi, pendidikan serta kesehatan masyarakat terutama pada kelompok masyarakat miskin. Tujuan dari penelitian ini adalah mendeskripsikan implementasi PKH, menemukan faktor pendukung dan penghambat dan upaya mengatasinya di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi. Pendekatan teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan implementasi kebijakan Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier. Teori tersebut melihat variabel mudah tidaknya masalah dikendalikan, variabel kemampuan kebijakan dalam menstruktur proses implementasi secara tepat dan variabel di luar kebijakan yang mempengaruhi proses implementasi. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan melalui pengamatan dan wawancara. Hasil penelitiannya menunjukkan implementasi PKH di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi banyak mengalami kendala dan belum diimplementasikan dengan baik. Sosialisasinya belum menyeluruh, sehingga kurang mendapat dukungan dari pihak-pihak terkait. Pendataan peserta penerima PKH belum menyeluruh, masih banyak yang belum mendapatkan PKH. Pendampingan belum dilakukan dengan baik dan penggunaan dana PKH oleh RTSM kerap digunakan diluar ketentuan. Untuk jangka panjang belum bisa merubah pola pikir dan perilaku RTSM secara signifikan.

Kata Kunci: Implementasi Kebijakan, Program Keluarga Harapan

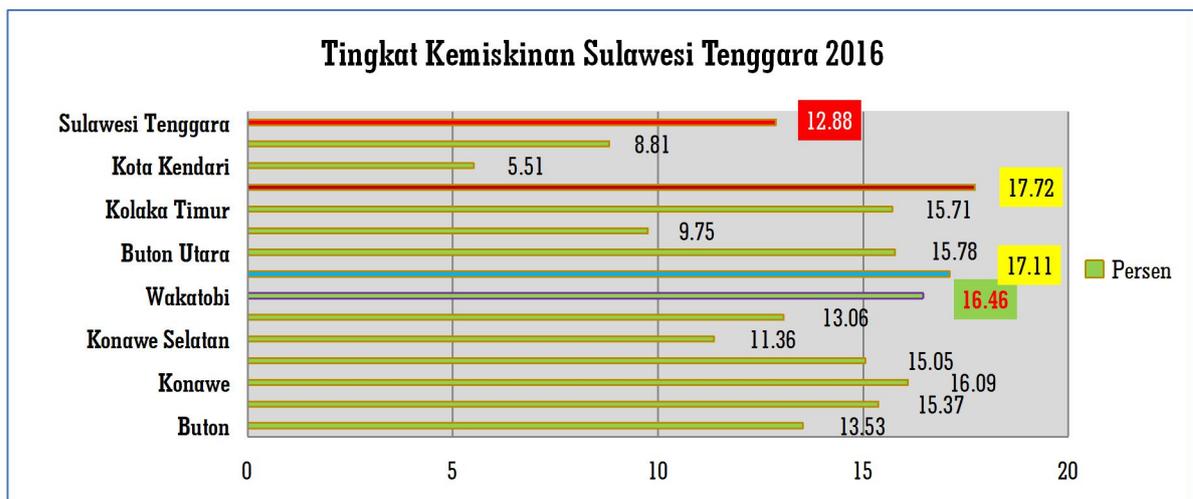
¹ Dosen Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Halu Oleo



I. LATAR BELAKANG

Kesejahteraan biasanya tidak akan lepas dari fenomena kemiskinan. Telah banyak upaya untuk mengatasi masalah kemiskinan yang dilakukan oleh pemerintah dari rezim ke rezim. Fenomena tersebut seperti sebuah penyakit yang sudah akut, namun masih sedang dalam perawatan serta masih di lakukan eksperimen penyembuhannya. Beberapa program perlindungan sosial yang diambil oleh Pemerintah Indonesia sebagai langkah penanggulangan kemiskinan dalam mendorong kesejahteraan masyarakat. Program unggulan yang di lakukan pemerintah, salah satunya adalah PKH (Program Keluarga Harapan). PKH merupakan salah satu program *Conditional Cash Transfer (CCT)* yang juga dikenal di dunia dalam menanggulangi kemiskinan yang kronis, sebagai bentuk penanggulangan sosial. Program ini memberikan bantuan dana kepada RTSM (Rumah Tangga Sangat Miskin). Sebagai upaya percepatan penanggulangan kemiskinan, sejak tahun 2007 Pemerintah Indonesia telah mengklaim melaksanakan Program Bantuan Tunai Bersyarat (PBT) yang dikenal dengan nama Program Keluarga Harapan (PKH) tersebut.

Pada perkembangannya, tingkat kemiskinan Provinsi Sulawesi Tenggara pada 2016 memperlihatkan pola yang menurun. Perkembangan tingkat kemiskinan selama kurun waktu Maret 2012- Maret 2016. Pada Maret 2012 angka kemiskinan Sulawesi Tenggara tercatat sebesar 13,05 persen dengan jumlah penduduk 825,79 ribu jiwa.. Namun September 2015 tingkat kemiskinan mengalami peningkatan. Angka kemiskinan naik dari 12,77 persen pada Maret 2014 menjadi 13,74 persen pada September 2015. Sementara itu jumlah penduduk miskin meningkat dari 314,09 ribu jiwa menjadi 345,02 ribu jiwa pada periode yang sama.



Sumber: BPS Provinsi Sulawesi Tenggara, 2016

Gambar 1.
Persentase Penduduk Miskin Provinsi Sulawesi Tenggara Menurut Kabupaten/Kota 2016

Gambar 1 menjelaskan bahwa persentase Penduduk miskin tertinggi terletak di Kabupaten Konawe Kepulauan 17.72 persen, dan Kabupaten Kolaka Utara, dengan persentase mencapai 17.11 persen dan Kabupaten Wakatobi berada pada urutan ketiga 16,46 persen dalam Persentase Penduduk miskin di Provinsi Sulawesi Tenggara.

Berdasarkan data di atas, teridentifikasi beberapa permasalahan sebagai berikut:

1. Kemiskinan di Provinsi Sulawesi Tenggara sangat bervariasi.
2. Belum adanya program yang tepat sasaran dalam menanggulangi kemiskinan.



3. Program penanggulangan kemiskinan masih dipengaruhi oleh ketersediaan anggaran, sehingga masalah kemiskinan permanen tidak dapat ditanggulangi.

Berdasarkan permasalahan kemiskinan diatas, Binongko merupakan salah satu kecamatan yang menjadi kantong kemiskinan di Kabupaten Wakatobi. Kecamatan Binongko juga tingkat pendidikan dan kesehatan merupakan salah satu indikator dari kesejahteraan. Kesehatan merupakan hal fundamental setiap individu, keluarga dan masyarakat luas. Indikator kesejahteraan yang menjadi sasaran dalam program PKH salah satunya adalah kualitas pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus terpenuhi dalam diri setiap manusia untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang siap dan menunjang dalam upaya pembangunan di segala sektor, sebagai upaya mengentaskan angka kemiskinan.

Bantuan dana PKH merupakan salah satu solusi yang dilakukan pemerintah dan berorientasi kepada kemampuan untuk memenuhi kewajibannya dibidang pendidikan dan kesehatan. Tidak semua RTSM bisa menjadi peserta PKH, hanya keluarga yang mempunyai ibu hamil dan atau terdapat anak yang berusia 0-15 tahun. Program perlindungan sosial ini bertujuan meningkatkan kualitas hidup Keluarga Sangat Miskin (KSM) dengan syarat mengakses layanan kesehatan dan pendidikan tertentu yang telah ditetapkan bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM). Dengan pemberian akses ini, diharapkan terjadi perubahan perilaku yang mendukung tercapainya kesejahteraan sosial.

Peneliti menemukan permasalahan implementasi PKH, ketika PKH diluncurkan pada tahun 2007, penerima manfaat program yang dipilih merupakan rumah tangga yang sangat miskin, yaitu mereka yang berada dibawah 80 persen garis kemiskinan. Hingga tahun 2012, program ini menjangkau 1,5 juta keluarga, dibanding 60 juta total keluarga miskin di Indonesia serta sekitar 6,5 juta keluarga yang berada dibawah garis kemiskinan. Seharusnya PKH mampu menjangkau sesuai jumlah keluarga miskin yang berkembang. Pada tahun 2012 PKH akhirnya beroperasi di seluruh provinsi Indonesia, meskipun masih belum menjangkau seluruh kabupaten disetiap provinsi. Perluasan cakupan PKH merupakan tantangan program jika ingin memberikan dampak besar bagi penduduk miskin Indonesia, (Suahasil Nazara dan Sri Kusumastuti Rahayu, 2013:1).

Program Keluarga Harapan PKH di Kabupaten Wakatobi Khususnya kecamatan Binongko baru dimulai kegiatannya pada bulan Oktober 2013 dengan jumlah RTSM sebanyak 268 RTSM, dan terdapat 268 RTSM di tahun 2018 jumlah RTSM meningkat sebanyak 508 RTSM. Angka ini cukup fantastis, sehingga di butuhkan keseriusan semua pihak untuk bersama-sama sadar dan bertindak sesuai ketentuan program PKH.

Secara umum, permasalahan implementasi PKH di Kecamatan Binongko diindikasikan disebabkan oleh beberapa hal, yaitu kurangnya sosialisasi dari Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH), lambatnya penyaluran dana PKH kepada peserta, dana PKH yang diberikan tidak cukup untuk biaya sekolah anak, adanya kesalahan memfungsikan dana PKH yang diberikan kepada RSTM untuk hal-hal tidak dianjurkan dalam program PKH. Selain itu permasalahan lain adalah kurang tepat sasaran dalam melakukan pendataan RSTM sebagai penerima manfaat PKH, akses dan kualitas pendidikan dan kesehatan bagi peserta PKH belum dipandang meningkat status kesehatan dan gizinya terhadap ibu hamil, ibu nifas, bawah lima tahun (balita) dan Anak Pra Sekolah Anggota RSTM.

Mengacu pada indikasi permasalahan diatas, penulis menganalisis **Bagaimana Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi**”.

Tujuan Penelitian ini adalah ntuk mengetahui Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi



II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Implementasi Kebijakan

Secara umum istilah implementasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1997:87) berarti pelaksanaan atau penerapan. Istilah implementasi biasanya dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu. Kamus Webster, merumuskan bahwa *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carryingout* (melaksanakan sarana untuk melaksanakan sesuatu). *To give practicia effect to* (menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu). Implementasi kebijakan adalah hal yang paling berat, karena disini masalah-masalah yang kadang tidak dijumpai didalam konsep, muncul dilapangan. Selain itu, ancaman utama adalah konsistensi implementasi.

Di bawah ini akan diuraikan beberapa pendapat dari para ahli mengenai pengertian implementasi kebijakan publik, seperti yang dikutip Leo Agustino (2006:153-154) dalam bukunya "*Politik dan Kebijakan Publik*", diantaranya adalah *Van Meter* dan *Van Horn* (dalam Agustino, 2006:153), mendefinisikan implementasi kebijakan adalah :

"tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan".

Pandangan tokoh lainnya Howlett dan Ramesh (Suharto, 2007:36) mengatakan bahwa,

"Implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh hakekat dan perumusan masalah kebijakan itu, keragaman masalah yang ditangani oleh pemerintah, ukuran kelompok-kelompok sasaran, dan tingkat perubahan perilaku yang diharapkan".

Dari definisi implementasi yang dikemukakan oleh tokoh di atas, maka implementasi kebijakan dapat diartikan sebagai pelaksanaan dari proses perencanaan yang telah dilakukan sebelumnya dan tetap berpegangan terhadap tujuan yang dicapai.

Dalam perkembangannya Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier (dalam Agustino, 2006:144), yang memperkenalkan model implementasi kebijakan publik. Model yang ditawarkan oleh kedua tokoh tersebut mengklasifikasi proses implementasi kebijakan kedalam tiga variabel dan untuk mempermudah memahami teori tersebut, maka dijelaskan peneliti menganggap bahwa kerangka teori dari kedua tokoh tersebut dapat menjelaskan dan menganalisa implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi.

Kontribusi teori ini terhadap Program Keluarga Harapan dapat di klasifikasi dalam implementasi kebijakan pada tiga (3) variabel :

1. Variabel mudah atau tidaknya masalah yang digarap dari program PKH, artinya peneliti menganalisa program PKH dari tingkat kemudahan dan kesulitannya dalam implementasi kebijakannya, yang mencakup:
 - a. Kesukaran teknis atau mudahnya persyaratan teknis, yang di dalamnya termasuk kemampuan untuk mengembangkan indikator-indikator pengukur prestasi kerja dalam mencapai tujuan PKH
 - b. Keberagaman perilaku yang diatur dalam program PKH, baik prilaku penerima PKH maupun pejabat pelaksana PKH



- c. Tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki, yaitu merubah pola hidup peserta program PKH atau Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) untuk menjadi lebih baik tingkat kesejahteraannya.
2. Variabel kemampuan kebijakan PKH menstruktur proses implementasinya secara cepat, terdiri atas:
 - a. Kejelasan dan konsistensi tujuan, artinya menganalisa program peraturan PKH memberikan petunjuk-petunjuk yang cermat dan disusun secara jelas skala prioritasnya untuk dilaksanakan oleh para pejabat pelaksana PKH dan aktor lainnya dalam pelaksanaan program PKH.
 - b. Dipergunakannya teori kausal, artinya konsep ini menganalisa perubahan kualitas kehidupan masyarakat miskin atau RTSM yang menjadi sasaran tujuan PKH, ketika PKH tersebut terealisasi.
 - c. Ketepatan alokasi sumberdana, artinya analisa yang digunakan melihat distribusi sumber dana yang dipergunakan RTSM dan para tim pendamping untuk sampai kepenerima.
 - d. Keterpaduan hierarki antara lembaga pelaksana, artinya analisa yang dilakukan mengetahui kemampuan untuk menyatu padukan atau koordinasi dari dinas, badan, dan lembaga pelaksana dari program PKH.
 - e. Aturan pelaksana dari lembaga pembuat pelaksana, artinya analisa yang dilihat mengenai kejelasan dan konsistensi tujuan dan kepatuhan kelompok sasaran pada aturan yang telah ditetapkan dari lembaga-lembaga pelaksana dalam implementasi program PKH.
 - f. Perekrutan pejabat pelaksana, artinya analisisnya melihat fenomena para pejabat pelaksana PKH menjalankan kesepakatan atau kepatuhan pada komitmen yang telah disyaratkan demi tercapainya tujuan PKH
 - g. Keterbukaan terhadap pihak luar, artinya menganalisa keterlibatan pihak luar dari lembaga di luar pelaksana program PKH ikut terlibat dalam mendukung tujuan program PKH.
3. Variabel diluar kebijakan yang mempengaruhi proses implementasi
 - a. Kondisi sosial-ekonomi dan teknologi, artinya penilaian analisa yang dilihat perbedaan waktu dan perbedaan wilayah-wilayah hukum pemerintah dalam kondisi sosial, ekonomi dan teknologi yang dapat mempengaruhi pencapaian tujuan program PKH.
 - b. Dukungan publik, artinya analisa yang dilihat berupa dukungan dari warga atau masyarakat lain terhadap tujuan program PKH
 - c. Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki masyarakat, hal ini menilai dan menganalisa sumber-sumber yang dimiliki warga dan sikap-sikap masyarakat yang kondusif atau tidak dalam dukungan program PKH atau semacam kearifan lokal yang dimiliki oleh warga yang dapat mempengaruhi keberhasilan atau ketidakberhasilan implementasi kebijakan program PKH.
 - d. Kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana, dalam hal ini analisa yang dilihat berupa kesepakatan para pejabat pelaksana PKH menjalankan fungsi dari kemampuan dari aturan kebijakan PKH dan kemampuan berinteraksi antar lembaga untuk mensukseskan implementasi kebijakan program PKH, sebagai indikasi penting keberhasilan kinerja implementasi program PKH di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi

2.2. Konsep Program Keluarga Harapan

Segel dan Bruzy (Astria Widyastuti, 2009:2-3) menyatakan, bahwa kesejahteraan merupakan titik ukur bagi semua masyarakat bahwa telah berada pada kondisi sejahtera. Kesejahteraan tersebut dapat di ukur dari kesehatan, keadaan ekonomi, kebahagiaan dan kualitas hidup rakyat. Kesejahteraan ini di wujudkan agar warga negara tersebut dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri sehingga mampu melaksanakan fungsi sosialnya dengan baik, jika masyarakat sejahtera berarti masyarakat tersebut mengalami kemakmuran.

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Sebagai imbalannya RTSM diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait



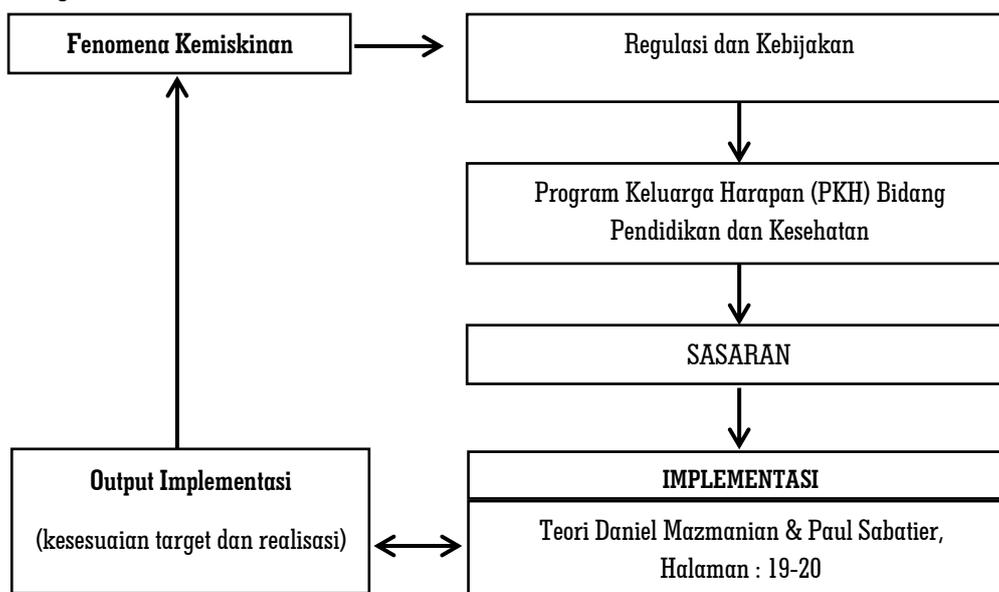
dengan upaya peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. RTSM yang menjadi sasaran PKH adalah sekelompok orang yang tinggal satu atap, baik yang terikat oleh pertalian darah (keluarga batih) maupun tidak (keluarga luas) yang memiliki pendapatan per kapita per bulan dibawah garis fakir miskin Rp. 92.192. Kriteria Peserta PKH adalah RTSM/KSM yang memenuhi satu atau beberapa kriteria yaitu memiliki: a) Ibu hamil/ibu nifas/anak balita, b) Anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah), c) Anak SD (usia 7-17 tahun), d) Anak SLTP/MTs (usia 12-15 tahun), e) Anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar. (Direktorat Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI, 2013).

2.3. Aturan Kebijakan dan Dasar Hukum Penyelenggaraan PKH

Secara teknis, kegiatan PKH melibatkan kementerian dan lembaga, yaitu: Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Komunikasi dan Informatika, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, BPS, TNP2K, dan Pemerintah Daerah. Sumber dana PKH berasal dari APBN. Oleh karena itu, dalam pelaksanaannya PKH dijalankan berdasarkan peraturan:

1. Undang-Undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Undang-Undang nomor 11 Tahun 2010, tentang Kesejahteraan Sosial.
3. Undang-Undang nomor 13 Tahun 2011 tentang penanganan Fakir Miskin.
4. Peraturan Presiden nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
5. Inpres nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan poin 1 lampiran ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan
6. Inpres nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM) sebagai peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

2.5. Kerangka Pikir



Gambar 2. Kerangka Pikir Penelitian



Berdasarkan kerangka pikir pada gambar 2, desain penelitian ini di dasari oleh adanya fenomena kemiskinan yang terjadi di masyarakat. Tanggungjawab kemiskinan bukan hanya menjadi tanggungjawab satu kementerian, sektor atau bidang tertentu sehingga pemerintah membuat kebijakan dan program yang *Pro Poor*. Dalam rangka percepatan pengentasan kemiskinan, pemerintah mempunyai banyak program yang bermuara kepada masyarakat miskin dengan membuka akses atau peningkatan jangkauan masyarakat tidak mampu terhadap pelayanan publik kesehatan dan pendidikan, atau yang lebih dikenal dengan Program Keluarga Harapan yang ditujukan untuk keluarga miskin yang berfokus pada peningkatan kualitas sumberdaya manusia khususnya bidang pendidikan dan kesehatan.

Misi Program Keluarga Harapan mengupayakan perubahan perilaku dan pola pikir keluarga peserta terhadap kesehatan anak dan ibu hamil serta tingkat pendidikan anak-anak rumah tangga sangat miskin yang pada gilirannya dapat memutus mata rantai kemiskinan. Kebijakan dan misi yang baik ada kalanya tidak sesuai dengan cita-cita atau harapan yang akan dicapai kadang justru memiskinkan masyarakat secara struktural, hal demikian dapat terjadi pada kebijakan pemerintah yang tidak tepat sasaran, seperti yang dapat terungkap bahwa ada kecenderungan masyarakat miskin yang dapat bantuan tunai untuk pendidikan anak justru dipergunakan untuk konsumsi kebutuhan hidup sehari-hari, hal ini dikarenakan program penanggulangan kemiskinan perlu penanganannya yang komprehensif terpadu, sinergi dan berkelanjutan, belum optimalnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan pendidikan, dan masih rendahnya penghasilan masyarakat dan minimnya akses pelayanan kebutuhan dasar, perumahan, kesehatan, pendidikan, dan pangan. Atas dasar inilah yang dijadikan motivasi penelitian ini untuk mengetahui Implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi Provinsi Sulawesi Tenggara.

III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang diteliti, metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Pendekatan ini merupakan metode yang menggambarkan permasalahan yang dijelaskan berdasarkan fakta yang bersifat khusus kemudian diteliti dan menarik kesimpulan secara umum.

Penelitian kualitatif menurut Bogdan dan Taylor (dalam Kaelan, 2012 :16) yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata lisan, catatan-catatan yang berhubungan dengan makna, nilai serta pengertian dari perilaku orang yang dapat diamati.

3.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi Sulawesi Tenggara, pemilihan lokasi penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang kaya dengan data-data penunjang untuk penelitian ini sehingga dapat membantu mengatasi permasalahan yang ada di lokasi penelitian

3.3. Informan Penelitian

Penelitian ini memilih informan dengan menggunakan teknik *Purposive Sampling* dan *Snowball Sampling* Menurut Bungin (2011 :107) *purposive sampling* adalah strategi menentukan kelompok peserta menjadi informan sesuai kriteria terpilih yang relevan dengan masalah penelitian. Key Informan digunakan berdasarkan penguasaan informasi yang biasanya dilakoni oleh tokoh-tokoh kunci terkait dengan kegiatan tersebut. Selanjutnya teknik *snowball sampling* digunakan untuk mencari dan menemukan informan tersembunyi yaitu kelompok yang tidak mudah diakses oleh peneliti sehingga memungkinkan peneliti



menemukan informan baru dari satu informan ke informan lainnya dan membentuk seperti bola salju yang semakin membesar dan disesuaikan dengan kebetulan data peneliti.

Adapun informan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang yang terdiri :

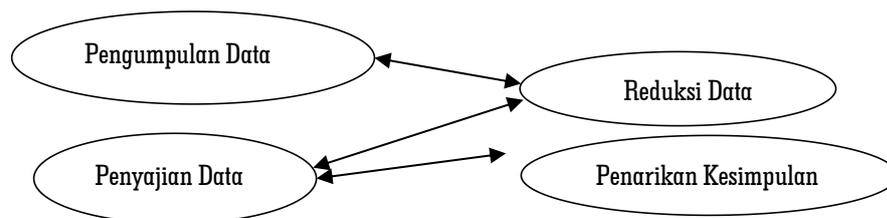
- Ketua UPPKH Kecamatan Binongko (*key informan*)
- Pendamping PKH Kecamatan Binongko (*key informan*)
- Para Peserta PKH/RTSM di Kecamatan Binongko (*key informan*) 4 orang
- Tokoh Masyarakat sebagai *secondary informan* yang mewakili Tokoh Masyarakat di Kecamatan Binongko (1 orang)
- Unsur masyarakat lainnya, 1 orang Kepala Desa sebagai *secondary informan*

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Menurut (Sugiyono, 2008: 308), teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling utama dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data.

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah 1) wawancara; 2) observasi; 3) studi literatur; 4) Studi Dokumentasi

3.5. Teknik Analisa Data



Sumber : Miles dan Huberman, dalam Sugiyono (2008:246)

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Penerima Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Binongko

Di Kecamatan Binongko yang berjumlah 4 Kelurahan dan 5 Desa, seluruhnya mendapatkan bantuan PKH. Kelurahan Wali merupakan salah satu Kelurahan yang terbanyak mendapatkan bantuan PKH dengan jumlah 116 RTSM. Sedangkan desa yang paling sedikit mendapatkan bantuan PKH adalah Desa Palahidu Barat dengan jumlah 23 RTSM. Berikut jumlah penerima bantuan PKH per Kel/Desa di Kecamatan Binongko.

Tabel 1. Jumlah Penerima Bantuan PKH Per Kel/Desa Di Kecamatan Binongko Tahun 2018

| No | Kelurahan/Desa | Jumlah (jiwa) |
|----|------------------|---------------|
| 1 | Kel. Palahidu | 53 |
| 2 | Kel. Rukuwa | 63 |
| 3 | Kel. Wali | 116 |
| 4 | Kel. Taipabu | 34 |
| 5 | Desa Makoro | 52 |
| 6 | Desa Kampo-Kampo | 46 |



Journal publiho is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

| No | Kelurahan/Desa | Jumlah (jiwa) |
|----------------------|---------------------|---------------|
| 7 | Desa Lagongga | 49 |
| 8 | Desa Palahidu Barat | 23 |
| 9 | Desa Jaya Makmur | 72 |
| Kec. Binongko | | 508 |

Sumber: UPPKH Kecamatan Binongko 2018

4.2. Deskripsi Analisis Implementasi Program PKH Di Kecamatan Binongko

Untuk menganalisa implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Binongko mengacu pada model implementasi kebijakan yang dikemukakan Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier (dalam Agustino, 2006:144). Kedua tokoh diatas mengklasifikasikan proses implementasi kebijakan ke dalam tiga variabel:

1. Variabel mudah tidaknya masalah yang di kendalikan

Menganalisa program PKH dari tingkat kemudahan dan kesulitannya dalam implementasi kebijakannya yang dilakukan di Kecamatan Binongko. Yang mencakup sebagai berikut:

a. Kesukaran Teknis Implementasi Program PKH:

- 1) Kendala Teknis Dalam Sosialisasi Program PKH; sosialisasi program PKH yang dilakukan oleh petugas PKH Kecamatan Binongko tidak maksimal sehingga banyak masyarakat belum mengetahui program PKH. Kendalanya yaitu: keterbatasan dalam mengumpulkan masyarakat dan stakeholders untuk dilakukan sosialisasi oleh petugas PKH di Kecamatan Binongko, dikarenakan jarak tempat tinggal petugas yang jauh dari lokasi pendampingan dan memiliki kesibukan sendiri menyebabkan sulit melakukan pertemuan.
- 2) Kendala Teknis Dalam Proses Pendataan Penerima Program PKH; dalam proses pendataan penerima untuk menentukan peserta penerima program PKH di Kecamatan Binongko mengalami berbagai kendala, diantaranya: data yang diambil dari Badan Pusat Statistik dipandang tidak mencerminkan keadaan masyarakat yang sebenarnya. Di indikasikan proses pendataan tidak dilakukan dengan prosedur yang benar, karena masih banyak masyarakat yang seharusnya menjadi peserta PKH, tetapi tidak terdaftar. Kondisi tersebut diungkapkan oleh beberapa informan. Selain itu, teridentifikasi bahwa penerima PKH kebanyakan dari keluarga pendamping PKH, sehingga hal tersebut menimbulkan gejala dan kecemburuan di masyarakat. Dari fenomena tersebut diperlukan pemutakhiran data. Peserta yang menjadi penerima program PKH mendapatkan sesuai dengan target dan tujuan program PKH
- 3) Kendala Teknis Dalam Pendampingan Program PKH; Kendala dalam proses pendampingan berasal dari petugas pendamping sendiri yaitu kurangnya kehadiran dilokasi pendampingan dikarenakan tempat tinggal pendamping jauh dari lokasi. Hal tersebut menyulitkan untuk selalu mendampingi peserta PKH dilapangan. Kemudian, kesulitan pendamping yaitu mempunyai kesibukan yang lain diluar PKH, sehingga sulit mengawasi kondisi penerima PKH. Selain itu juga, pendamping kurang melakukan koordinasi dengan aparat setempat dan pemberi pelayanan pendidikan dan kesehatan. Kemudian, pertemuan bulanan dengan ketua kelompok dan seluruh peserta PKH juga tidak dilakukan. Petugas PKH otomatis ketika tidak melakukan pendampingan juga tidak memberikan motivasi kepada pserta PKH dalam menjalankan komitmennya. Padahal



dari proses pendampingan tersebut menjadi dasar dalam pemutakhiran data penerima PKH selanjutnya, apakah ada kemajuan kesejahteraan atau tidak.

- 4) **Kendala Teknis Dalam Penyaluran dan Penggunaan Dana Program PKH;** proses pendistribusian kadang terjadi keterlambatan waktu tidak sesuai jadwal saat pemberian dana kepada peserta PKH, karena kendala keras ombak, selain itu kerap terjadi antrian yang padat saat pembagian dana karena dilakukan pada satu tempat saja. Dalam hal penggunaan dana PKH oleh peserta sering digunakan tidak sesuai ketentuan peruntukannya. Seharusnya dana PKH digunakan untuk kebutuhan pendidikan anak-anak sekolah dan kesehatan, tetapi sering digunakan untuk kebutuhan lain diluar ketentuan. Dana tersebut ada juga digunakan untuk kebutuhan sehari-hari orang tua akibat desakan ekonomi. Kendala yang dihadapi oleh peserta PKH, dalam hal pendidikan misalnya masih banyak anak sekolah yang duduk dibangku SD dan SMP enggan bersekolah dengan alasan kemalasan serta tidak ada motivasi dari orang tua juga lingkungan membuat anak malas sekolah. Di bidang kesehatan, masyarakat malas ketempat pelayanan kesehatan karena tempat pelayanan dipandang terlalu jauh kemudian kepercayaan masyarakat masih mengandalkan dukun anak dalam melakukan pengobatan kesehatan dan cara-cara tradisional baik pengobatan untuk balita maupun untuk mengurus ibu-ibu hamil, ketimbang petugas kesehatan yang disediakan pemerintah.

b. Keberagaman perilaku yang di atur dalam implementasi program PKH

Keberagaman perilaku yang diatur dalam program PKH baik perilaku penerima PKH maupun pejabat pelaksana PKH Kecamatan Binongko, ditemukan beberapa fenomena perilaku yang berpotensi mendukung dan menghambat program PKH. Dari perilaku peserta PKH misalnya dana didapatkan dari program tersebut dipandang hanya sebagai pemberian Cuma-Cuma dari pemerintah yang dapat digunakan sekehendaknya. Misalnya ditemukan dana tersebut oleh penerima PKH untuk berbelanja kebutuhan pokok sehari-hari mereka. Padahal dana tersebut untuk membantu peningkatan kualitas keluarga dalam pendidikan dan kesehatan yang sudah ada ketentuannya yang harus dipatuhi. Kemudian perilaku peserta PKH dalam melakukan pelayanan kesehatan, misalnya masih menggunakan cara-cara tradisional dan tidak menggunakan pelayanan puskesmas yang disediakan pemerintah. Sedangkan perilaku dalam perbaikan pendidikan yang dialami oleh RTSM masih ditemukan banyak anak yang tidak mau sekolah dan bermalas-malasan. Kurangnya motivasi dari orang tua dan lingkungan yang mengakibatkan anak yang menjadi malas bersekolah.

Selanjutnya perilaku dari pejabat pelaksana program PKH, yang terkesan hanya melaksanakan tugas secara formalitas. Karena banyak ketentuan peran dan fungsi yang seharusnya dilaksanakan tidak dilaksanakan. Seperti proses pendampingan yang tidak dilakukan, dan perilaku pendamping yang datang ke desa-desa penerima PKH hanya saat pencairan dana saja untuk didistribusikan kepada RTSM. Kondisi perilaku tersebut menjadi penghambat terwujudnya tujuan program PKH yaitu mengurangi kemiskinan dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia pada kelompok masyarakat yang sangat miskin, baik kualitas pendidikannya maupun kesehatannya.

Dalam menjalankan tugasnya seharusnya tugas utama pendamping PKH adalah melakukan pemutakhiran data. Akhirnya pemutakhiran tidak valid dilakukan oleh pendamping, karena tidak mengetahui perkembangan secara nyata dari keberadaan RTSM. Kemudian tugas mengunjungi rumah peserta PKH ini pun tidak dilakukan. Tugas selanjutnya melakukan koordinasi dengan aparat setempat dan pemberi pelayanan pendidikan dan kesehatan. Kondisi ini didapatkan seperti tidak



dilakukan karena pejabat kelurahan atau tokoh masyarakat tidak banyak mengetahui program PKH secara baik, Banyak agenda program yang tidak dikoordinasikan dengan baik. Pertemuan bulanan dengan ketua kelompok dan seluruh peserta PKH, dan juga melakukan temu kunjung bulanan dengan petugas kesehatan dan pendidikan dilokasi pelayanan, tetapi perilaku ini tidak terjadi. Sehingga motivasi yang diterima peserta PKH dalam menjalankan komitmennya sangat lemah untuk merubah kualitas kehidupan RTSM nya, artinya pelaporan pencatatan yang dilakukan pendamping PKH perlu diklarifikasi keabsahannya karena hal tersebut penting untuk berkelanjutan program PKH berjalan secara sehat dan sesuai tujuan.

c. Tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki dalam implementasi program pkh

Tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki dalam implementasi program PKH disini adalah merubah pola hidup peserta program PKH atau RTSM untuk menjadi lebih baik tingkat kesejahteraannya dalam hal kesehatan dan pendidikannya. Ruang lingkup perubahan perilaku untuk merubah perilaku kesehatan RTSM belum terealisasi dengan baik sesuai mekanisme yang ditentukan dalam aturan pelaksanaan PKH. Karena hal tersebut masih banyak ditemukn perilaku yang dilakukan peserta PKH dengan menggunakan cara-cara tradisional untuk melakukan pelayanan kesehatan. Peserta PKH tidak menggunakan pelayanan puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan. Artinya implementasi program PKH perilaku yang dikehendaki belum terwujud sesuai tujuan.

Ruang lingkup dalam perubahan peserta PKH untuk perbaikan kualitas pendidikan. Kondisi ini masih ditemukan banyak anak yang tidak mau sekolah dan bermalas-malasan. Perilaku tersebut disebabkan faktor kurangnya motivasi dari orang tua dan lingkungan, sehingga menyebabkab anak menjadi malas bersekolah.

2. Variabel Kemampuan Kebijakan dalam Menstruktur Proses Implementasi Secara Tepat

a. Kejelasan dan Konsistensi Tujuan

Kejelasan aturan prosedur dalam pelaksanaan program PKH di Kecamatan Binongko adalah dilakukan pertemua awal, dimulai dengan pengiriman pemberitahuan terpilihnya sebagai RTSM sebagai peserta PKH, yang disertai data RTSM, pernyataan persetujuan memenuhi ketentuan PKH, dan undangan untuk menghadiri pertemuan awal yang dikoordinasikan oleh UPPKH Kecamatan dengan mengundang petugas puskesmas dan sekolah di Kecamatan tersebut, hal ini berjalan sesuai dengan prosedur

Selanjutnya prosedur pembayaran, dimana bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM yang telah terpilih sebagai peserta PKH dan mengikuti ketentuan yang diatur dalam program. Bukti kepesertaannya adalah kepemilikan kartu PKH yang tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak. Kartu PKH dikirim kesetiap peserta oleh pendamping sebelum pembayaran pertama dilakukan. Setelah pembayaran dilakukan, UPPKH Kecamatan memfasilitasi pertemuan kelompok ibu peserta PKH. Setiap 10-15 RTSM disarankan memiliki ketua kelompok yang berfungsi sebagai kontak bagi UPPKH untuk setiap kegiatan seperti sosialisasi, pelatihan, penyuluhan, penyelesaian masalah dan sebagainya selama program berlangsung.

Prosedur berikutnya adalah verifikasi komitmen peserta PKH, pada prinsipnya dilakukan pada pendaftaran dan kehadiran baik disekolah untuk komponen pendidikan maupun puskesmas. Kepada pihak mpelaksana pendidikan diharapkan peran aktifnya untuk dapat menarik kembali untuk anak-anak RTSM, khususnya yang belum menyelesaikan pendidikan dasar namun telah meninggalkan banku sekolah, untuk kembali ke sekolah.



Proses selanjutnya adalah pemutakhiran data. Merupakan perubahan sebagian data awal yang tercatat pada data base. Misalnya perubahan informasi dari rumah tangga seperti kelahiran anggota keluarga, penarikan anak-anak dari program (kematian, pindah sekolah dan sebagainya), masuknya anak-anak baru ke sekolah, ibu hamil. Pemutakhiran data dilaporkan oleh peserta PKH di UPPKH Kecamatan. Pendamping PKH bekerjasama dengan ketua kelompok ibu peserta PKH akan memverifikasi perubahan data tersebut. Dari proses mekanisme pemutakhiran data diatas, tidak dijalankan dengan baik sehingga konsistensi dengan tujuan PKH di Kecamatan Binongko Wakatobi terhambat dan tidak terwujud.

b. Dipergunakannya teori kausal

Konsep ini mengungkap bagaimana perubahan kualitas kehidupan masyarakat miskin atau RTSM yang menjadi peserta PKH, ketika PKH tersebut terealisasi di Kecamatan Binongko baik dalam pelayanan pendidikan maupun kesehatan. Dalam tujuan utama PKH adalah mengurangi kemiskinan dengan cara meningkatkan kualitas dengan sumber daya manusia pada kelompok masyarakat sangat miskin. Untuk jangka pendek bantuan ini membantu mengurangi beban pengeluaran RTSM, sedangkan untuk jangka panjang dengan menyaratkan keluarga penerima untuk menyekolahkan anaknya, melakukan imunisasi balita, memeriksakan kandungan bagi ibu hamil diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi. Berdasarkan implementasinya, program PKH di Kecamatan Binongko melalui bidang pendidikan dan kesehatan dipandang belum memberikan perubahan kualitas hidup pada RTSM yang sesuai dengan tujuan PKH.

c. Ketepatan Alokasi Sumber Dana

Ketepatan alokasi sumber dana adalah untuk melihat distribusi sumber dana yang dipergunakan RTSM dan para tim pendamping untuk sampai hingga ke penerima. Terdapat permasalahan dalam proses pendistribusian dana PKH kepada RTSM yang dilakukan oleh petugas PKH, diantaranya yaitu: proses pendistribusian sering terjadi keterlambatan waktu dari jadwal yang ditentukan. Hal tersebut disebabkan keras ombak, kemudian sering terjadi antrian yang padat saat pembagian dana dilakukan. Penggunaan dana PKH oleh RTSM sering digunakan tidak sesuai ketentuan peruntukannya. Ditemukan adanya RTSM yang menggunakannya untuk kebutuhan lain diluar ketentuan misalnya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari orang tua. Hal tersebut sudah menyalahi ketentuan implementasi PKH.

d. Keterpaduan Hirarki antara Lembaga Pelaksana

Keterpaduan hirarki antara lembaga pelaksana merupakan untuk mengetahui kemampuan menyatu padukan atau koordinasi dari dinas, badan dan lembaga pelaksana dari program PKH. Dalam implementasinya di Kecamatan Binongko, bahwa koordinasi dilakukan oleh tim pendamping atau petugas PKH kurang berjalan dengan baik, seperti dengan lembaga kelurahan, desa/tokoh masyarakat. Karena teridentifikasi banyak diantara lembaga terkait tidak mengetahui agenda dan kegiatan PKH. Artinya sosialisasi dan koordinasi lembaga sangat lemah dan menyebabkan kurang dukungan dari lembaga-lembaga tersebut secara massif.

e. Aturan Pelaksana dari Lembaga Pelaksana

Aturan pelaksana dari lembaga pembuat pelaksana merupakan sebuah kejelasan dan konsisten tujuan dan kepatuhan kelompok sasaran pada aturan yang telah ditetapkan dari lembaga-lembaga pelaksana dalam implementasi program PKH di Kecamatan Binongko. Seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa kepatuhan kelompok sasaran atau RTSM sebagai peserta PKH banyak yang tidak mematuhi aturan



yang telah ditetapkan. Pelanggaran aturan dalam program PKH dilakukan RTSM. Misalnya penyalahgunaan dana bantuan PKH untuk kebutuhan sehari-hari dan digunakan diluar ketentuan. Pelanggaran juga dilakukan oleh pendamping PKH yang tidak menjalankan tugas dan fungsi dengan baik di lapangan. Sehingga proses pendampingan dilakukan tidak maksimal sesuai tujuan PKH.

f. Perekrutan Lembaga Pelaksana

Dalam perekrutan pejabat pelaksana PKH dilakukan untuk menjalankan kesepakatan atau kepatuhan pada komitmen yang telah disyaratkan demi tercapainya rujukan PKH. Rekrutmen calon pendamping dan operator PKH mengacu pada pedoman yang dikeluarkan oleh Kementerian Sosial RI melalui Dirjen Perlindungan dan Jaminan Sosial. Pedoman tersebut bertujuan agar kualitas proses rekrutmen dan seleksi pendamping dan operator PKH berjalan secara obyektif, transparan dan akuntabel sesuai dengan standar diseluruh lokasi yang ditentukan. Selain tim seleksi Pemerintah Pusat dari Kementerian Sosial RI, tim seleksi juga melibatkan pemerintah daerah provinsi dan Kabupaten/Kota melalui dinas sosial masing-masing. Tahapan seleksi terdiri dari administrasi dilakukan secara online (Tim Kemensos RI), secara manual dilakukan oleh pejabat yang ditunjuk di dinas sosial setempat. Kemudian tahap seleksi psikotes, tes tertulis, uji praktek dan wawancara. Tim seleksi ditunjuk dan ditugaskan oleh Direktur Jendral Jaminan Sosial Kemensos RI.

Dalam pelaksanaannya, setelah terpilih pendamping dan operator PKH khususnya di Kecamatan Binongko, bahwa pendamping kurang berintegritas dan berkomitmen dalam menjalankan kewajibannya. Karena pendamping selalu tidak bisa hadir di lokasi pendampingan, dengan alasan tempat tinggal pendamping terlalu jauh dan memiliki kesibukan yang lain. Kondisi ini menyulitkan mereka untuk mendampingi peserta PKH di lapangan dan sulit untuk mengawasi perkembangan penerima PKH. Pendamping akhirnya tidak bisa memastikan perkembangan dari target tujuan program PKH dengan baik. Koordinasi kurang dilakukan oleh pendamping dengan aparat setempat dengan aparat pelayanan pendidikan dan kesehatan. Pertemuan bulanan dengan ketua kelompok dan seluruh peserta PKH juga tidak dilakukan.

g. Keterbukaan kepada pihak luar

Keterlibatan pihak luar dari lembaga di luar pelaksana program PKH ikut terlibat dalam mendukung tujuan program PKH. Implementasi program PKH di Kecamatan Binongko dalam hal ini keterlibatan dan partisipasi masyarakat kurang terlibat dalam pelaksanaannya. Dari data yang dideskripsikan di atas, banyak dari tokoh masyarakat yang seharusnya terlibat untuk mengawasi program PKH, banyak yang tidak mengetahuinya. Selain itu pejabat Kelurahan pun tidak memahami PKH dengan baik, hal tersebut bisa dikatakan dukungan dari lembaga terkait di luar tim petugas dan pendamping PKH kurang terasa, dan dari lembaga sekolah dan kesehatan kurang respek, dan hanya berjalan sebagai formalitas saja, sehingga program PKH belum berjalan maksimal di Kecamatan Binongko.

3. Variabel Diluar Kebijakan Yang Mempengaruhi Proses Implementasi

a. Kondisi Sosial Ekonomi dan Teknologi

Penilaian dari variabel ini adalah analisa yang dilihat perbedaan waktu dan perbedaan wilayah hukum pemerintah dalam kondisi sosial, ekonomi dan teknologi yang dapat mempengaruhi pencapaian tujuan program PKH di Kecamatan Binongko. Penduduk di Kecamatan Binongko rata-rata bermata pencaharian bertani dan nelayan. Kemudian teknologi, seperti sarana komunikasi dan teknologi informasi khususnya keberadaan sinyal handphone di Kecamatan Binongko tergolong lemah bahkan ada wilayah yang belum terjangkau jaringan telekomunikasi. Dari implementasi program PKH, salah satu kesulitan pendamping untuk melakukan sosialisasi adalah sulit menginformasikan melalui



jaringan handphone karena keberadaan sinyal telekomunikasi sangat lemah khususnya di desa-desa perbatasan. Selain itu alat komunikasi seperti handphone, masih menjadi alat yang mewah dan sulit dioperasikan oleh masyarakat awam dan banyak RTSM atau peserta PKH belum bisa menggunakannya.

b. Dukungan Publik

Indikator dukungan public ini dilihat berupa dukungan dari warga atau masyarakat lain terhadap tujuan program PKH di Kecamatan Binongko. Seperti yang telah dijelaskan diatas bahwa pada dasarnya masyarakat mendukung penuh diimplementasikannya program PKH di wilayahnya karena program tersebut membantu masyarakat khususnya yang berkategori miskin yang memenuhi persyaratan peserta PKH. Namun keberadaan mereka kurang dilibatkan dalam proses implementasi, karena banyak dari mereka tidak mengetahui program PKH tersebut. Sehingga perlu dilakukan sosialisasi agar kekuatan masyarakat yang telah positif mendukung bisa mendorong secara nyata, dalam hal ini proses pengawasan yang proaktif guna mendorong perbaikan kualitas kehidupan RTSM, karena jika pengawasan tidak melibatkan masyarakat akan rentan penyimpangan dan mengakibatkan program tersebut menjadi tidak berhasil.

c. Sikap dan sumber-sumber yang di miliki masyarakat

Variabel ini menilai dan menganalisa sumber-sumber yang dimiliki warga dan sikap masyarakat yang kondusif atau tidak dalam mendukung program PKH yang dapat mempengaruhi keberhasilan atau ketidakberhasilan implementasi kebijakan program PKH di Kecamatan Binongko. Sikap masyarakat secara umum sejauh ini dalam menyikapi keberlangsungan implementasi program PKH masih terlihat acuh dan belum peduli untuk terlibat dan hanya baru sebatas mendengar saja.

Secara sosiologis warga masyarakat Kecamatan Binongko merupakan masyarakat desa yang kebanyakan masih melakukan kebiasaan hidup secara tradisional. Paguyuban dan swadaya masyarakat masih tinggi, memiliki adat yang masih kuat, dan tergolong masyarakat yang menjunjung tinggi nilai agama. Artinya program PKH bisa melibatkan para tokoh masyarakat dalam memberikan motivasi dan pandangan hidup pada peserta PKH (RTSM) agar semangat untuk merubah kualitas hidup mereka terdorong dengan baik. Selain itu, keterlibatan tokoh masyarakat juga perlu dilakukan agar pengawasan program PKH berjalan sesuai tujuannya.

d. Kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana

Analisa yang dilihat adalah kesepakatan dan kemampuan para pejabat pelaksana PKH di Kecamatan Binongko. Para pejabat pelaksana PKH menjalankan fungsi dari aturan kebijakan dan berinteraksi antara lembaga untuk mensukseskan implelementasi kebijakan program PKH. Dari proses implementasi yang telah berjalan dalam realisasi program PKH di Kecamatan Binongko para petugas atau pendamping kurang melakukan koordinasi untuk melibatkan pihak lain atau lembaga-lebaga terkait seperti pejabat kecamatan dan kelurahan, tokoh masyarakat dan lembaga pendidikan serta kesehatan. Sehingga keberhasilan program PKH di Kecamatan Binongko belum terealisasi dengan baik mencapai tujuan yang digariskan yaitu membantu mengurangi kemiskinan dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia pada kelompok masyarakat sangat miskin.



V. KESIMPULAN

Berdasarkan deskripsi pada pembahasan, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Implementasi PKH di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi

Mengenai pengetahuan dan sosialisasi program PKH dilakukan oleh petugas/pendamping PKH di Kecamatan Binongko hanya dilakukan antara penerima program PKH dan petugasnya saja. Sementara, sosialisasi yang dilakukan kepada tokoh masyarakat, pejabat kelurahan dan masyarakat luas tidak dilakukan dengan baik.

Proses pendataan dalam menentukan peserta penerima PKH di Kecamatan Binongko sudah dilakukan dengan prosedur dan ketentuan program PKH. Meski demikian, masih banyak masyarakat yang semestinya masuk dalam kriteria sebagai penerima program PKH, tetapi belum mendapatkan.

Proses pendistribusian dana PKH kepada penerima PKH atau RTSM, dilakukan oleh petugas PKH dengan dibagikan ke gedung serbaguna Kecamatan Binongko. Dan dana diterima oleh peserta PKH kerap digunakan untuk keperluan lain diluar ketentuan PKH. Seperti digunakan untuk keperluan sehari-hari.

2. Bentuk Program PKH di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi

Program bidang kesehatan, jenis program ini adalah untuk meningkatkan jangkauan atau aksesibilitas masyarakat yang tidak mampu terhadap pelayanan kesehatan. Peserta PKH dikenakan persyaratan kesehatan adalah peserta yang memiliki ibu hamil, anak balita yang belum masuk pendidikan SD. Untuk bidang kesehatan ini belum berjalan sesuai protokoler yang dibuat. RTSM belum menggunakan puskesmas atau poskesdes sebagai sarana pelayanan kesehatan, tetapi masih menggunakan sarana tradisional seperti melahirkan masih dilakukan oleh dukun anak dan enggan mau ke bidan.

Program PKH bidang pendidikan diberlakukan pada peserta PKH yang memiliki anak usia 7-15 tahun diwajibkan untuk didaftarkan pada lembaga pendidikan dasar (SD) atau SMP/MTs. Dalam implementasi bidang pendidikan pada PKH di Kecamatan Binongko masih mengalami kendala, karena ditemukan anak dari RTSM yang tidak bersekolah dengan alasan malas sekolah, dan kurang motivasi orang tua dan lingkungan.

3. Kondisi RTSM di Kecamatan Binongko Sejak di Impelementasikannya PKH

Secara perubahan yang dirasakan oleh peserta program PKH setelah mereka mendapatkan program tersebut terlihat sangat dirasakan manfaatnya, baik dari akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maupun pelayanan pendidikan. Meski demikian, untuk jangka panjang program PKH yang diharapkan belum terjadi perubahan signifikan terutama pada pola pikir dan perilaku serta kesinambungan terhadap perbaikan kehidupan RTSM. Seperti kesehatan ibu hamil, balita, serta tingkat pendidikan anak-anak RTSM/KSMb belum bisa terlihat. Sehingga program PKH yang bisa memutus rantai kemiskinan yang ada di Kecamatan Binongko belum bisa dilihat dengan nyata.



REKOMENDASI:

Berdasarkan kesimpulan diatas, ada beberapa rekomendasi peneliti sebagai bahan evaluasi dan masukan baik untuk pengembangan teori maupun kebutuhan praktis guna mendukung program PKH khususnya di Kecamatan Binongko Kabupaten Wakatobi Sulawesi Tenggara:

1. Tim pelaksana PKH di Kecamatan Binongko mengadakan sosialisasi Program PKH tidak hanya kepada peserta PKH, tetapi juga kepada pihak-pihak lain seperti pejabat kelurahan, desa, dan warga masyarakat luas, sehingga program PKH mendapat dukungan masyarakat secara massif.
2. Perlu dilakukan pemutakhiran data secara benar sebagai bentuk proses pendataan peserta penerima PKH di Kecamatan Binongko. Hal tersebut untuk mengurangi masyarakat yang semestinya masuk dalam kriteria sebagai penerima program PKH, tetapi belum mendapatkan sehingga kecemburuan yang memicu konflik diantara masyarakat bisa diminimalisir.
3. Perlu dilakukan evaluasi pada kinerja pendamping agar terjadi pendampingan secara konsisten. Perlu adanya pelatihan pemberdayaan kepada pendamping agar lebih siap melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai pendamping professional. Sehingga bisa mengentaskan kemiskinan di masyarakat sesuai tujuan program PKH.
4. Tim pendamping atau tugas PKH perlu melakukan pengawasan dan pemahaman RTSM agar dana tunai yang diterima dari program PKH bisa digunakan sesuai ketentuan PKH. Para *stakeholders* harus turut serta untuk mengawasi dan mendorong implementasi PKH agar berjalan dengan baik.

REFERENSI:

Agustino, Leo. 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung : CV Alfabeta Bandung

----- 2006. *Politik dan Kebijakan Publik*. Bandung : Puslit KP2W Lemlit Unpad.

Dewanti, Ajeng Kusuma. 2012. Iplementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Gedangsari Kabupaten Gunungkidul, *Skripsi*, Universitas Negeri Yogyakarta (UNY).

Sugiyono. 2005. Memahami *Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.

----- 2007. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta

Nazara, Suahasil dan Sri Kusumastusi Rahayu, 2013. *Program Keluarga Harapan (PKH): Program Bantuan Dana Tunai Bersyarat di Indonesia*, International Policy Center for Inclusive Growth (IPC-IG), United Nations Development Programme, dan Pemerintah Brazil. dari <http://www.ipc-undp.org/pub/bah/UPCPolicyResearch Brief42.pdf>, pada 25 Desember 2015

Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung : Alfabeta

Widyastuti, Astriana. 2012. Analisis Hubungan Antara Produktivitas Pekerja dan Tingkat Pendidikan Pekerja Terhadap Kesejahteraan Keluarga di Jawa Tengah Tahun 2009, *Economics Development Analysis*



Journal publiho is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Journal EDAJ 1 (2) (2012) *Universitas Negeri Semarang*, dari <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/edaj>, pada 25 Desember 2015.

Peraturan Perundang-undangan

Inpres Nomor 3 Tahun 2010 Tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan poin lampiran ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan

Inpres Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi poin lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM) sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH)

Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan, No: 31/KEP/MENKO/-KESRA/IX/2007 tentang "Tim Pengendali Program Keluarga Harapan" tanggal 21 September 2007.

Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 02A/HUK/2008 tentang "Tim Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) tahun 2008" tanggal 08 Januari 2008.

Surat Keputusan Dirjen Perlindungan dan Jaminan Sosial Kemensos Nomor 2 Tahun 2017, tentang Penetapan Alokasi Penerima Bantuan Nontunai sekaligus Aturan Besaran Dana PKH

Direktorat Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI, 2013

Sumber Lain:

Badan Pusat Statistik, 2016. *Persentase Penduduk Miskin Provinsi Sulawesi Tenggara Menurut Kabupaten/Kota, 2010-2016*

UPPKH Kecamatan Binongko, 2018