

IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI JENEPONTO, SULAWESI SELATAN

THE IMPLEMENTATION OF PROGRAM KELUARGA HARAPAN IN JENEPONTO, SOUTH SULAWESI

Sugiyanto

Peneliti Puslitbang Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial RI
Jl. Dewi Sartika No. 200 Cawang III Jakarta Timur Telp. (021) 8017126
E-mail: sugiyanto222@ymail.com

Diterima: 29 Januari 2015; Direvisi: 18 Juni 2015; Disetujui: 13 Juli 2015

Abstrak

Penelitian Implementasi Program Keluarga Harapan di Jeneponto, bertujuan untuk mengidentifikasi pelaksanaan, hasil yang dicapai dan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan PKH di Jeneponto. Studi ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Responden penelitian, yaitu kepala keluarga miskin, Kepala Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Sosial, Ketua Bapeda Kepala Dinas Pendidikan Nasional, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Kesejahteraan Sosial Dinas Tenaga Kerja Transmigrasi dan Sosial Kabupaten, serta Pendamping. Pengumpulan data dengan tehnik wawancara mendalam, studi dokumentasi dan FGD. Data yang telah dikumpulkan dianalisis dengan teknik analisis kualitatif. Hasil penelitian membuktikan bahwa pelaksanaan dan capaian hasil PKH di Jeneponto belum optimal. Hal ini disebabkan oleh sejumlah hambatan, yang berkaitan dengan kondisi wilayah yang sulit dijangkau, baik dari aspek transportasi maupun komunikasi. Disarankan perlunya program ini lebih ditingkatkan dengan memperluas cakupan peserta PKH dan peningkatan kapasitas pendamping yang dilengkapi sarana transportasi dan komunikasi yang memadai, mekanisme pembayaran melalui bank, meningkatkan sistem informasi manajemennya, penataan ulang dengan mengadakan intervensi di bidang sosial ekonomi keluarga, dan memperpanjang pendidikan anak hingga SLTA.

Kata kunci: kemiskinan, jaminan sosial dan pendampingan.

Abstract

The study of Implementation of Program Keluarga Harapan (a kind of Conditional Cash Transfer Program) in Jeneponto has intended to identify program operational, result of the program and some related factors. This study uses descriptive method with qualitative approach. Respondents of this research consists of head of poor household, Head of Manpower, Transmigration and Social Affairs Institution, Head of Municipal Development Planning Agency, Head of Secondary Education Affairs Institution, Head of Health Affairs Institution, Head of Social Affairs Institution and facilitators. Data has been compiled through in-depth interview, documentary study and FGD. Those above data has been analyzed through qualitative technique. The research result shows that the program has not got optimum result. Its caused by few barrier such as due to geographic condition then effect in transportation and communication network. The writer suggest in terms of enlarging program coverage, capacity building for facilitator, fulfilling transportation vehicle and communication tools, cash transfer in bank mechanism, build up management information system, rearranging the intervention for beneficiaries in terms of socio-economic and also enhancing program coverage till the children enrolled to secondary school.

Keywords: poverty, social security, facilitating.

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan fenomena yang kompleks, bersifat fundamental permasalahan ini dikenali dari aspek internal dan eksternal. Faktor internal yaitu kesenjangan antar daerah, antar sektor dan kesenjangan antar manusia/golongan. Sedangkan faktor eksternal berupa tantangan meningkatkan daya saing untuk bersaing dengan pasar. Kegagalan bersaing dengan pasar menyebabkan munculnya berbagai persoalan ikutan antara lain pengangguran, rendahnya kualitas kesehatan dan pendidikan, ketiadaan mata pencaharian, yang ujungnya adalah kemiskinan dan semakin banyak kelompok masyarakat kurang beruntung.

Ada beberapa pola atau berbagai dimensi (*multiple faced*) tentang kemiskinan, yaitu pertama, kemiskinan struktural, kedua kemiskinan budaya dan ketiga budaya miskin (Suradi, 2006). Bank Dunia menjelaskan bahwa kemiskinan adalah ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar minimal untuk hidup layak (Sumodiningrat, Santoso dan Maiwan, 1999). Kemiskinan pada umumnya didefinisikan dari segi pendapatan dalam bentuk uang ditambah dengan keuntungan-keuntungan non-material yang diterima oleh seseorang. Secara luas kemiskinan meliputi kekurangan atau tidak memiliki pendidikan, kesehatan yang buruk, dan kekurangan transportasi yang dibutuhkan oleh masyarakat (Suharto, 2004).

Berdasarkan Perpres Nomor 7 Tahun 2005 tentang RPJMN, kemiskinan terjadi ketika seseorang atau sekelompok orang, baik laki-laki dan perempuan, tidak terpenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat. Menurut Ridlo (2001) definisi ini beranjak dari pendekatan berbasis hak yang mengakui bahwa masyarakat miskin mempunyai hak-hak dasar yang sama dengan anggota masyarakat

lainnya. Ketidaksamaan kesempatan untuk mengakumulasi basis kekuatan sosial yang meliputi: aset, sumber-sumber keuangan, organisasi dan jaringan sosial, pengetahuan dan informasi untuk memperoleh pekerjaan menjadikan seseorang menjadi miskin.

Demikian juga menurut Effendi (1993) kemiskinan dapat ditinjau dari tinjauan ekonomi, sosial dan politik. Secara ekonomi kemiskinan adalah kekurangan sumber daya yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesejahteraan. Secara sosial kemiskinan diartikan kekurangan jaringan sosial dan struktur untuk mendapatkan kesempatan-kesempatan meningkatkan produktivitas. Sedangkan secara politik kemiskinan diartikan kekurangan akses terhadap kekuasaan. Sedangkan Nugroho dan Dahuri (2004) menyatakan bahwa dari aspek ekonomi, kemiskinan merupakan kesenjangan antara lemahnya daya pembelian (positif) dan keinginan untuk memenuhi kebutuhan dasar (normatif).

Suparlan (1984) mendefinisikan kemiskinan sebagai standard tingkat hidup rendah, yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau segolongan orang dibandingkan dengan standard kehidupan yang umum berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan. Standard kehidupan yang rendah ini secara langsung tampak pengaruhnya terhadap tingkat keadaan kesehatan, kehidupan moral dan rasa harga diri mereka yang tergolong sebagai orang miskin. Untuk kepentingan operasional program, Kementerian Sosial menggunakan pengertian kemiskinan, yaitu ketidakmampuan orang untuk memenuhi kebutuhan pokok, baik orang tersebut memiliki pekerjaan ataupun tidak memiliki pekerjaan, yang dijabarkan dengan pengertian fakir miskin. Dikemukakan oleh Kartono (1983) dalam bukunya "Patologi Sosial", kemiskinan di samping sebagai masalah sosial, juga menimbulkan permasalahan sosial

baru dalam masyarakat. Dapat disebutkan di sini antara lain kegiatan perjudian, pelacuran, kriminalitas, penyalahgunaan anak dan bahkan penolakan terhadap anak.

Terkait dengan kemiskinan, pada saat ini di Indonesia ada 183 kabupaten tertinggal. Dari 183 kabupaten tertinggal, sebanyak 34 kabupaten merupakan daerah otonomi baru. Kabupaten tertinggal mencakup 26.746 desa atau 35,47 persen dari total 75.410 desa yang ada di Indonesia. Target dari Kabinet Indonesia bersatu II adalah 50 kabupaten dari ketertinggalan (Zaini, 2010). Tertinggalan perekonomian masyarakat di daerah-daerah tertinggal juga rendah. Ini terjadi karena sebagian besar pola mata pencaharian masyarakat bertumpu pada sektor pertanian, dan pengelolaannya juga cenderung masih konvensional. Dampak dari hal tersebut, tingkat kemiskinan di daerah tertinggal rata-rata sebesar 23,4 persen. Bahkan sebagian besar (75 persen) kabupaten daerah tertinggal berada di atas garis tingkat kemiskinan nasional (16,6 persen) (Zaini, 2010).

Keputusan Menteri Negara Pembangunan Daerah Tertinggal Republik Indonesia Nomor 001/KEP/M-PDT/1/2005, tentang Strategi Nasional Daerah Tertinggal, dijelaskan bahwa pembangunan daerah tertinggal merupakan upaya terencana untuk mengubah suatu daerah yang dihuni oleh komunitas dengan berbagai permasalahan sosial ekonomi dan keterbatasan fisik menjadi daerah yang maju dengan komunitas yang kualitas hidupnya sama atau tidak jauh berbeda dengan masyarakat Indonesia lainnya. Kabupaten Jeneponto sebelum 2010 merupakan daerah kabupaten yang masyarakat serta wilayahnya relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain di wilayah Sulawesi Selatan. Dengan kondisi yang ada, Kabupaten Jeneponto dinyatakan sebagai kabupaten/daerah tertinggal. Kondisi ini menjadikan

Kabupaten Jeneponto sebagai daerah yang menjadi prioritas untuk memperoleh bantuan pembangunan dari pusat.

Penetapan kabupaten Jeneponto termasuk kriteria daerah tertinggal dilakukan dengan menggunakan pendekatan relatif berdasarkan pada perhitungan yaitu: (i) perekonomian masyarakat, (ii) sumber daya manusia, (iii) prasarana (infrastruktur), (iv) kemampuan keuangan daerah, (v) aksesibilitas, (vi) karakteristik daerah (Huruswati, 2009). Setelah dinyatakan sebagai daerah tertinggal di Tahun 2010 (Kepmensos RI Nomor 06B/HUK/2010), kabupaten melakukan langkah-langkah kegiatan upaya pengentasan dari ketertinggalannya. Langkah awal, pemerintah melakukan identifikasi desa tertinggal, yang dilakukan pada tahun 2010. Hasil identifikasi memperlihatkan sebanyak 50 desa/kelurahan tertinggal. Sehingga perlu mendapatkan program jaminan sosial dari pemerintah Pusat.

Jaminan sosial adalah suatu program yang didanai atau diberikan oleh pemerintah untuk memenuhi kebutuhan dasar orang tanpa sumber daya (Chazali (2013). Pada umumnya hal itu diarahkan pada mereka yang hidup dalam kemiskinan, penyandang cacat, keluarga kurang mampu dan sebagainya. Di AS, konsep ini mulai menjadi populer dengan *Social Security Act 1935*. *International Labour Organization* (ILO) memberikan definisi *Social Security*, sebagai berikut (Sulastomo, 2008): *Social Security is the protection which society provides for its members through a series of public measure: To offset the absence or substantial reduction of income from work resulting from various contingencies (notable sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death of breadwinner); To provide people with healthcare; To provide benefit for families with children.*

Dari definisi-definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa sistem jaminan sosial adalah upaya mewujudkan kesejahteraan, memberikan rasa aman sepanjang hidup manusia, melalui pendekatan sistem, yaitu harus beraturan, sistematis, dan terukur. Peran Negara dan masyarakat tergantung filosofi buat apa Negara itu didirikan. Namun disisi lain, kita sadar betul tidak ada definisi tentang Jaminan Sosial yang bisa diterima dan diterapkan secara umum. Penjelasan yang sering digunakan adalah seluruh rangkaian langkah wajib yang dilakukan oleh masyarakat untuk melindungi mereka dan keluarga mereka dari segala akibat yang timbul karena gangguan yang tidak terhindarkan, atau karena berkurangnya penghasilan yang mereka butuhkan untuk mempertahankan taraf hidup yang layak. Sehingga pengertian tentang jaminan sosial begitu beragam akan tetapi esensinya memiliki kesamaan. Dilihat dari pendekatan asuransi sosial, maka berarti jaminan sosial sebagai teknik atau metode penanganan risiko yang terkait dengan hubungan kerja yang berbasis pada hukum bilangan besar (*law of large numbers*). Dari sisi bantuan sosial, maka jaminan sosial berarti sebagai dukungan pendapatan bagi komunitas kurang beruntung untuk keperluan konsumsi.

Oleh karena itu sejak tahun 2007 Pemerintah melalui Kementerian Sosial mencoba meluncurkan Program Keluarga Harapan (PKH) yang merupakan bagian dari komitmen pemerintah Indonesia untuk mempercepat pencapaian tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs). PKH ini dilaksanakan melalui pengembangan Sistem Jaminan Sosial, dengan prinsip dasar program memberikan bantuan uang tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Ada 5 komponen MDGs yang ingin dicapai melalui PKH yaitu: Pengurangan penduduk miskin, tercapainya pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka

kematian bayi dan balita dan pengurangan kematian Ibu melahirkan. Pelaksanaan PKH di Jeneponto dimulai pada akhir tahun 2011 di 11 kecamatan 113 desa/kelurahan dengan jumlah sebanyak 6024 RTSM.

Berdasarkan kajian atau penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Smeru (2008), Bappenas (2009), Nainggolan (2012), dan Hikmawati (2012) lebih mencermati pada aspek manajemen. Selanjutnya, Habibullah (2011), mencermati pendamping PKH lebih berperan pada kegiatan administratif, sementara itu kegiatan substantifnya kurang dilaksanakan seperti: fasilitatif, representatif, dan edukatif. Sepengetahuan peneliti, secara khusus yang mencermati pelaksanaan PKH di Jeneponto secara utuh belum pernah dilakukan penelitian.

Atas permasalahan tersebut di atas, pertanyaan penelitian ini adalah: (1) Bagaimanakah pelaksanaan PKH di Jeneponto? (2) Faktor-faktor apa saja yang menjadi penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan PKH di Jeneponto? dan (3) Upaya-upaya apa saja yang dilakukan dalam mengatasi hambatan-hambatan yang terjadi untuk menuju PKH yang lebih baik di Jeneponto? Dengan demikian, tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan jawaban atas pertanyaan penelitian tersebut. Manfaat penelitian ini, secara praktis diharapkan dapat menjadi input penyusunan program khususnya direktorat terkait Kementerian Sosial Republik Indonesia, dan umumnya bagi instansi pemerintah daerah khususnya pemerintah daerah Kabupaten Jeneponto, dan masyarakat. Sedangkan secara akademik, hasil penelitian ini dapat menjadi titik masuk bagi mereka yang ingin melakukan penelitian lebih mendalam dalam upaya memberdayakan Rumah Tangga Sangat Miskin.

METODOLOGI

Metode Penelitian, yang digunakan dalam penelitian ini antara lain menggunakan jenis pendekatan penelitian deskriptif kualitatif, yaitu menggambarkan semua gejala dan fakta serta menganalisa permasalahan yang ada sekarang (Surakhmat, 1978), berkaitan dengan PKH. Penelitian ini merupakan penelitian kasus di Kabupaten Jeneponto Provinsi Sulawesi Selatan, dengan pertimbangan lokasi ini merupakan daerah yang tingkat pendidikan dan kesehatannya rendah, merupakan daerah tertinggal, dan konsentrasi PKH. Obyek penelitian pada Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Sosial Kabupaten Jeneponto.

Informan ditentukan secara purposive, yaitu; Kepala Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Sosial Kabupaten Jeneponto (informasi mengenai kebijakan PKH), Ketua Bapeda Jeneponto (informasi mengenai kebijakan Pemda), Kepala Dinas Pendidikan Nasional Jeneponto (informasi mengenai kebijakan Pendidikan), Kepala Dinas Kesehatan Jeneponto (informasi mengenai kebijakan Kesehatan), Kepala Bidang Kesos Dinas Tenaga Kerja Transmigrasi dan Sosial Kabupaten Jeneponto (informasi pelaksanaan PKH), Pendamping PKH (informasi terkait pendampingan) dan Penerima PKH (informasi terkait mengakses pelayanan kesehatan dan pendidikan).

Pengumpulan data ini dilakukan melalui tahap-tahap penelitian, antara lain sebagai berikut: Studi Kepustakaan (*library research*), dilakukan untuk mendapatkan atau mencari konsepsi-konsepsi, teori-teori, asas-asas dan hasil-hasil pemikiran lainnya yang berkaitan dengan permasalahan penelitian ini; Studi Lapangan (*field research*), dilakukan untuk memperoleh data primer yang akan digunakan sebagai data penunjang dalam penelitian ini. Selain itu juga dibutuhkan bahan pustaka

yang merupakan data dasar yang digolongkan sebagai data sekunder. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini yang dipergunakan adalah pedoman wawancara serta studi terhadap bahan-bahan dokumen lainnya.

Untuk memperoleh data yang relevan atau sesuai dengan permasalahan yang diteliti, dilaksanakan 2 (dua) tahap penelitian antara lain: dilakukannya penelitian ke lapangan untuk memperoleh data primer dengan melalui pengumpulan data yang merupakan bahan utama penelitian ini. Penelitian kepustakaan dilakukan untuk memperoleh data sekunder baik yang berupa bahan Pedoman Operasional PKH, Pedoman Operasional Penyaluran Dana Bantuan PKH, Pedoman Operasional Kelembagaan PKH, Pedoman Operasional Sistem Pengaduan Masyarakat PKH, dan lain-lain.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian dengan menggunakan metode kualitatif bertolak dari asumsi tentang realitas atau fenomena sosial yang bersifat unik dan kompleks. Padanya terdapat regularitas atau pola tertentu, namun penuh dengan variasi (keragaman) (Bungi, 2003). Data yang terhimpun melalui penelitian ini akan dianalisis secara kualitatif menggunakan metode deskriptif. Menurut Sugiyono (2010) analisis deskriptif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan/melukiskan keadaan subjek/objek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada saat sekarang berdasarkan fakta yang tampak atau sebagaimana adanya. Dalam kerangka ini tidak hanya terbatas pada pengumpulan dan penyusunan data, tetapi meliputi analisis dan interpretasi tentang arti data tersebut. Karena analisa data adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, kategori dan satuan uraian

dasar (Moleong, 2004). Sedangkan metode kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kasus di Kabupaten Jeneponto dengan luas wilayahnya mencapai 749,79 km². Pemerintahannya, mencakup 113 desa/kelurahan dengan rincian 82 desa dan 31 kelurahan. Ditinjau dari status desa/kelurahan yang tertinggal yaitu sebanyak 50 desa/kelurahan. Sisanya yang lain yaitu sebanyak 63 desa/kelurahan tidak tertinggal lagi. Pada tahun 2012 penduduknya berjumlah 348.138 jiwa, yang tersebar di 11 kecamatan. Jumlah penduduk terbesar di Kecamatan Binamu yaitu 53.252 jiwa. Secara keseluruhan jumlah penduduk yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada penduduk yang berjenis kelamin laki-laki. Pada tahun 2012 jumlah penduduk perempuan sebesar 179.113 jiwa dan laki-laki sebesar 169.025 jiwa (BPS Jeneponto, 2013).

Secara umum rata-rata masalah-masalah yang dihadapi daerah ini berkaitan dengan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang relatif rendah, dengan tingkat pendidikan di bawah rata-rata nasional. Indeks pembangunan manusia (IPM) daerah tertinggal pada 2008 sebanyak 85 persen, berada di IPM daerah nasional (71,2 persen). Selain itu juga terkait dengan adanya pelayanan kesehatan yang belum maksimal. Hal tersebut berkaitan dengan kemampuan keuangan lokal dan perekonomian masyarakat. Kondisi ini menjadikan Kabupaten Jeneponto sebagai daerah yang menjadi prioritas untuk memperoleh bantuan pembangunan dari pusat. Seperti diuraikan di atas, pada akhir tahun 2011 Kabupaten Jeneponto mulai dilaksanakan PKH yang menjangkau di 11 Kecamatan

meliputi 113 Desa/Kelurahan dengan jumlah RTSM sebanyak 6024 jiwa.

Dengan demikian program dari Pusat yang cukup eksis di wilayah ini adalah PKH. Walaupun ada program-program lain dari Pusat, misalnya: Fakir Miskin Pedesaan (FMD), Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga (LK3), Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK), Program Kesejahteraan Sosial Anak (PKSA), Asistensi Sosial Lembaga Kesejahteraan Sosial ODK (ASLKS ODK), Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB), Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT), Bantuan Keserasian Sosial, Asuransi Kesejahteraan Sosial (ASKESOS), Rumah Sosial, dan Penyuluhan Sosial.

Terkait penyaluran bantuan PKH bagi peserta yang telah ditetapkan pada tahun anggaran sebelumnya, menjadi empat tahap dalam satu tahun. Sedangkan untuk kepesertaan yang ditetapkan pada tahun berjalan, penyaluran dilaksanakan satu tahap. Rekapitulasi penyaluran bantuan peserta PKH update 31 Desember 2013 di Jeneponto, adalah: tahap I, jumlah peserta PKH 5.569 dengan nominal Rp.1.741.600.000,-; tahap II, jumlah peserta PKH 5.560 dengan nominal Rp.3.855.375.000,-; tahap III, jumlah peserta PKH 5.540 dengan nominal Rp. 2.238.250.000,-; dan tahap IV, jumlah peserta PKH 5.538 dengan nominal Rp.2.131.862.500,- (Direktorat Jaminan Sosial-Kemensos, 2013).

Jadwal dan pelaksanaan penyaluran bantuan disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada pada tahun berjalan, serta kebijakan yang dibuat untuk mempelancar pelaksanaan penyaluran bantuan. Proses penyaluran dana bantuan PKH, dilakukan dalam kurun waktu triwulanan. Tahap I disalurkan pada bulan Maret, tahap II disalurkan pada bulan Juni, tahap III disalurkan pada bulan September,

dan tahap IV disalurkan pada bulan Desember tahun berjalan.

Seiring dengan pelaksanaan PKH di Kabupaten Jeneponto yang dilaksanakan sejak akhir Tahun 2012 sampai dengan tahun 2013, telah terjadi perubahan-perubahan data KSM setiap tahunnya pada tahapan program. Namun perubahannya tidak signifikan, baik itu jumlah nominal dana bantuan PKH, data ibu hamil, balita maupun anak SD dan SMP, menunjukkan bahwa secara jumlah KSM yang mendapat bantuan PKH seharusnya tidak mengalami penambahan. Seandainya mengalami perubahan disebabkan karena adanya: non eligible, pindah alamat, alamat tidak ditemukan, non KSM/mampu dan *double*. Namun apabila dilihat secara nominal ada peningkatan signifikan dari tahun 2012 ke tahun 2013, yaitu dari Rp.1.932.350.000,- meningkat menjadi Rp.9.967.087.500,-. Sehingga apabila dijumlah secara nominal sampai tahun 2013, berjumlah Rp.11.899.437.500,-. Belum lagi ditambah dana *sharing* dari pemerintah daerah Kabupaten Jeneponto.

Dengan adanya perbedaan komposisi anggota keluarga peserta PKH, maka besar bantuan yang diterima akan bervariasi pada setiap tahapan bantuan. Demikian halnya di Kabupaten Jeneponto, besaran bantuan yang diterima anggota PKH sangat bervariasi pada setiap tahapan, dari tingkat jumlah populasi KSM yang ada di tingkat kecamatan. Tentunya juga mempengaruhi tingkat pengeluaran anggaran di setiap kecamatan sehingga tidak ditemui sama jumlahnya. Apabila di lihat yang menduduki 5 (lima) besar dari sebelas kecamatan yang populasi tertinggi pada akhir tahun 2013, adalah (1) Kecamatan Tematatea dengan 726 peserta dengan nominal Rp.302.887.500,- (2) Kecamatan Binamu dengan 650 peserta dengan nominal Rp.256.425.000,- (3) Kecamatan Bangkala dengan 643 peserta dengan

nominal Rp.264.612.500,- (4) Kecamatan Bontoramba dengan 609 peserta dengan nominal Rp.258.812.500,- dan (5) Kecamatan Rumbia dengan 528 peserta dengan nominal Rp.194.887.500,-. Hal tersebut dimungkinkan karena kecamatan tersebut di atas termasuk wilayah desa/kelurahan yang tertinggal.

Banyak hal dan kejadian unik yang sering terjadi dengan bertambahnya pengetahuan dan pengalaman pendamping dan peserta PKH seiring perjalanan program. Mengevaluasi hak dan kewajiban peserta PKH, merupakan pekerjaan sehari-hari bagi pendamping. Hal yang wajar terlihat adalah melihat kesedihan dan kemiskinan yang dihadapi oleh peserta PKH. Tetapi mengurai benang kusut dari kemiskinan peserta PKH adalah keharusan. Dan cara untuk itu adalah peserta PKH harus mendapatkan akses kesehatan dan pendidikan.

Hingga saat ini, aktivitas peserta PKH di Jeneponto dalam mengakses pendidikan dan kesehatan telah terasa dan berkembang. Tingkat partisipasi sekolah dan kehadiran di Posyandu menjadi bukti tak terbantahkan. Sosialisasi yang intens, serta pelaksana PKH dan *service provider* menjadikan petugas kesehatan dan pendidikan bekerja maksimal. Tetapi untuk memutuskan mata rantai kemiskinan masih jauh dari harapan. Menghilangkan karakter miskin serta membangun pola pikir maju merupakan sebuah perjuangan yang perlu waktu lama.

Secara kelembagaan, pelaksana PKH terdiri dari Unit Pelaksana Program Keluarga (UPPKH) Pusat, UPPKH Provinsi, UPPKH Kabupaten/Kota dan UPPKH Kecamatan. UPPKH Kecamatan dibentuk di setiap kecamatan yang terdapat peserta PKH. UPPKH Kecamatan merupakan ujung tombak PKH karena unit berhubungan langsung dengan peserta PKH. Personil UPPKH Kecamatan terdiri dari Pendamping PKH, jumlah pendamping PKH

disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang terdaftar di kecamatan.

Dalam pelaksanaan program PKH, terdapat sekelompok pahlawan yang berjasa dalam mensukseskan program ini, mereka inilah yang disebut sebagai “pendamping”. Berdasarkan data UPPKH pusat, saat ini terdapat 11.010 pendamping dan operator yang tersebar di 33 provinsi di seluruh Indonesia. Jumlah pendamping disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang tercatat di setiap kecamatan. Sebagai acuan, menurut Dit. Jamsos, jumlah pendamping PKH ditentukan dengan jumlah KSM yang ada di program, yang idealnya rasio pendamping dengan sasaran PKH yang didampingi 1: 300 – 500 KSM (Habibullah, 2014). Namun demikian di Jeneponto, setiap pendamping mendampingi 252 - 313 KSM sesuai dengan kondisi geografis di setiap daerah ini. Selanjutnya setiap kecamatan yang memiliki pendamping lebih dari satu orang, terdapat seorang koordinator. Jumlah rasio pendamping dapat berubah sesuai dengan perkembangan.

Pendampingan terhadap KSM dibutuhkan mengingat KSM pada umumnya memiliki keterbatasan kemampuan dalam memperjuangkan haknya. Untuk itu kehadiran pendamping dibutuhkan guna membantu mereka dalam memperoleh hak yang selayaknya mereka terima dari PKH. Selain untuk kepentingan peserta, pendamping memiliki tugas pokok antara lain melakukan validasi, pertemuan bulanan dan verifikasi. Tugas pokok ini untuk membantu tugas-tugas Unit UPPKH (Usaha Pelaksana Program Keluarga Harapan) dalam mendeteksi segala permasalahan dan melakukan tindak lanjut dalam waktu cepat dan tepat.

Sebagai pelaksanaan PKH, telah ditunjuk dan ditetapkan secara teknis unit pelaksana kegiatan yang disebut UPPKH. Dinas atau

Instansi Sosial di daerah ditunjuk sebagai pelaksana kegiatan PKH. Di kabupaten Jeneponto sendiri Sekretariat UPPKHnya beralamat di Dinas Tenaga Kerja Transmigrasi Sosial Kabupaten Jeneponto, dimana Kepala Bidang Kesetiakawanan Sosial merupakan Ketua UPPKH kabupaten dibantu oleh sekretaris dan beberapa anggota yang direkrut dari Pegawai di lingkungan Dinas Tenaga Kerja Transmigrasi dan Sosial Kabupaten Jeneponto. UPPKH Kabupaten Jeneponto dalam melaksanakan aktivitasnya dilandasi dengan diterbitkannya SK Kepala Dinas Tenaga Kerja Transmigrasi dan Sosial Kabupaten Jeneponto setiap tahun berjalan. Dalam mensukseskan PKH di Kabupaten Jeneponto tidak lepas dari peran dan fungsi 22 Pendamping Kecamatan dan 2 Operator UPPKH. Pada tahun 2013 semua pendamping dan Operator PKH di Kabupaten Jeneponto telah dievaluasi kinerjanya dan dinyatakan masih layak oleh Dinas Tenaga Kerja Transmigrasi dan Sosial Kabupaten Jeneponto melalui UPPKH untuk dapat melanjutkan masa kontraknya.

Dengan demikian, pendamping merupakan aktor penting dalam mensukseskan PKH, karena pendamping adalah pelaksana PKH di tingkat kecamatan. Untuk itu, pendamping diperlukan karena: (1) Sebagian besar orang miskin tidak memiliki kekuatan, tidak memiliki suara dan kemampuan untuk memperjuangkan hak mereka yang sesungguhnya. Mereka membutuhkan pejuang yang menyuarakan mereka, yang membantu mereka mendapatkan hak; (2) UPPKH Kabupaten/Kota tidak memiliki kemampuan melakukan tugasnya di seluruh tingkat kecamatan dalam waktu bersamaan.

Berdasarkan data Pendamping dan Operator UPPKH, dilihat dari latar belakang pendidikan relatif tinggi. Dari 24 orang tenaga Pendamping Dan Operator hanya 7 orang (29,16%) berlatar

belakang pendidikan SLTA, selebihnya 17 orang (70,84%) berpendidikan S1. Demikian juga, dilihat dari latar belakang disiplin ilmu sangat bervariasi, antara lain: Sarjana Hukum (SH), Sarjana Ekonomi (SE), Sarjana Komputer (S.Kom), Sarjana Keperawatan (S.Kep), Sarjana Pendidikan (S.Pd), dan Sarjana Sosial (S.Sos).

Dengan kondisi petugas yang terbatas tersebut tentunya amatlah sulit mendeteksi segala macam permasalahan dan melakukan tindak lanjut dalam waktu cepat. Jadi pendamping sangat dibutuhkan, karena pendamping adalah panca indera PKH. Harusnya jumlah pendamping disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang terdaftar di setiap kecamatan. Sebagai acuan, setiap pendamping mendampingi kurang lebih 375 RTSM peserta PKH. Selanjutnya tiap-tiap 3-4 pendamping akan dikoordinir oleh satu koordinator pendamping. Selain itu, Pendamping PKH diprioritaskan berasal dari kecamatan dampingan, walaupun masih ada yang tidak berasal dari kecamatan dampingan, hal ini disebabkan karena tidak ada pelamar dari kecamatan dampingan. Rata-rata Pendamping PKH sudah memiliki masa kerja 2 tahun relatif sudah mapan dalam melaksanakan pendampingan, namun yang dikeluhkan oleh Pendamping PKH yaitu keberlanjutan PKH dan keberlanjutan kegiatan pendampingan. Hal tersebut disebabkan dengan masa kerja dan umur yang relatif tua tersebut agak sulit untuk mendapatkan pekerjaan mampu menopang kehidupan pendamping PKH.

Karena pendamping menghabiskan sebagian besar waktunya dengan melakukan kegiatan di lapangan, yaitu mengadakan pertemuan dengan Ketua Kelompok, berkunjung dan berdiskusi dengan petugas pemberi pelayanan kesehatan, pendidikan, pemuka daerah maupun dengan peserta itu sendiri. Pendamping juga bisa ditemui di UPPKH Kabupaten/Kota, karena

paling tidak sebulan sekali untuk menyampaikan pembaharuan dan perkembangan yang terjadi di tingkat kecamatan. Lokasi kantor pendamping sendiri terletak di UPPKH Kecamatan yang berada di kantor camat, atau di kantor yang dekat dengan PT POS dan atau kantor kecamatan di wilayah yang memiliki peserta. Di sini pendamping melakukan berbagai tugas utama lainnya, seperti: membuat laporan, memperbaharui dan menyimpan formulir serta kegiatan rutin administrasi lainnya.

Jumlah 22 orang pendamping tersebut, untuk menjangkau 11 kecamatan dengan setiap kecamatan terdapat 2 orang pendamping, sehingga setiap pendamping mendampingi peserta PKH rata-rata 252 orang. Namun, juga ada beberapa kecamatan yang jumlah peserta yang cukup banyak, yaitu Kecamatan Tamalatea sebesar 726 peserta (setiap pendamping mendampingi 313 peserta). Berdasarkan rasio pendampingan hanya 6 kecamatan yang memenuhi kriteria dan 5 kecamatan melebihi kuota. Karena Pendamping mempunyai peran ganda sebagai fasilitator, pendidik, perwakilan masyarakat, mediator, pembela dan pelindung peserta PKH.

Peran-peran tersebut belum dapat dijalankan dengan baik. Faktor penyebabnya, antara lain direkrutmen dari berbagai latar belakang pendidikan, pembekalan melalui kegiatan pendidikan dan ketrampilan yang relatif singkat, dukungan sarana prasarana yang terbatas, serta tidak adanya jaminan yang memadai. Di sisi lain, pendamping adalah seorang manusia, dan sangat manusiawi jika dalam menjalankan aktifitasnya terkadang diselingi dengan rasa gundah, dan merasa bekerja dengan ketidakpastian. Selain itu, jika pendamping menoleh ke kiri dan ke kanan melihat rekan-rekan yang berprofesi sebagai guru maupun dosen, mereka tengah sibuk mempersiapkan sertifikasi. Sering terbersit

dalam pikiran, akankah pendamping diangkat menjadi PNS atau juga disertifikasi?

Evaluasi kinerja Pendamping PKH dikaitkan dengan tugas pendamping, yaitu tugas pokok, tugas pengembang, dan tugas penunjang. Berdasarkan rekapitulasi CKP pendamping periode Januari 2012- Mei 2013 paling banyak 54 kegiatan tiap bulan, rata-rata 22 kegiatan dan paling sedikit 4 kegiatan tiap bulannya. Dengan rata-rata sebanyak 22 kegiatan tersebut maka tiap minggu paling sedikit 5 kegiatan yang dilakukan oleh pendamping. Kinerja pendamping jika dilihat dari kecakapan kerja, keterampilan, kesungguhan dalam melaksanakan tugas, hasil kerja (kesesuaian antara volume kerja dengan jadwal dan batas waktu), tanggung jawab terhadap penyelesaian tugas, tanggung jawab pendamping di tempat tugas, ketepatan waktu, laporan hasil kerja, kemampuan kerjasama, kreativitas, dan kemampuan memberikan saran rata-rata baik bahkan sangat baik.

Dengan adanya PKH yang dialokasikan di kabupaten Jeneponto sangat mempengaruhi kebijakan dan perencanaan serta strategi penanggulangan kemiskinan di kabupaten Jeneponto. Salah satu bentuknya, yaitu dengan seringnya dilaksanakan rapat yang mengagendakan tentang pelaksanaan PKH melalui Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) kabupaten Jeneponto, dengan melibatkan semua anggota tim TKPKD, diantaranya Bappeda, Dinas Pendidikan, Dinas kesehatan, Kantor Kementerian Agama kabupaten Jeneponto dan Instansi terkait lainnya.

Gambaran kemajuan PKH di Kabupaten Jeneponto juga dapat dilihat dengan meningkatnya partisipasi *Service Provider* (PelayanankesehatandanPelayananPendidikan) dalam bekerja sama dengan pendamping

dalam mendampingi dan mengawasi serta memberikan pelayanan kepada KSM, sehingga pendamping dalam melaksanakan validasi data yang diperoleh setiap bulannya dapat lebih akurat. Selain itu dengan adanya hubungan kerjasama yang baik antara pendamping PKH dan sangat mempengaruhi komitmen KSM dalam menjalankan *Service Provider* kewajibannya. Dengan adanya kerjasama yang baik dari semua pihak, baik dari lembaga pemerintah maupun non pemerintah, salah satu kemajuan yang cukup menggembirakan terlayannya KSM dalam program pemerintah lainnya, seperti Jamkesmas, BLSSM, Bea Siswa Miskin, KTP dan Raskin.

Salah satu pihak yang sangat mendukung kemajuan PKH di kabupaten jeneponto adalah peran dari media cetak (terutama Radar Jeneponto, Tribun Jeneponto) dalam memsosialisasikan kegiatan PKH di Kabupaten Jeneponto, dimana masyarakat dapat lebih memahami manfaat, arah dan tujuan dari pada PKH, sehingga PKH tidak menimbulkan masalah sebagaimana program yang lain yang kurang terintegrasi dan terkoordinasi dengan berbagai sektor. Selain itu pula kemajuan PKH di Kabupaten Jeneponto tidak lepas dari peran dari pada PT. POS yang betul-betul melaksanakan penyaluran bantuan sesuai dengan MOU yang telah disepakati dengan Pemerintah Pusat.

Kemajuan PKH di Kabupaten Jeneponto tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak salah satu dukungan daerah Pemerintah Daerah Kabupaten Jeneponto. Adapun dukungan Pemerintah Daerah pada tahun 2013 memberikan dana sharing (penunjang) untuk pelaksanaan PKH sebesar Rp. 200.000.000,- . Selain itu juga di bentuknya Tim Koordinasi PKH Tingkat Kabupaten Jeneponto menjadi salah satu bentuk sinerginitas yang baik dalam mendukung PKH. Hal ini dapat juga dilihat

keterlibatan Tim Koordinasi PKH dalam Tim TKPKD Kabupaten Jeneponto.

Faktor pendukung pelaksanaan PKH di Kabupaten Jeneponto, adalah: (1) Adanya solidaritas yang tinggi antara pendamping, operator dan pihak-pihak yang terlibat dalam PKH; (2) Adanya dukungan dari *stakeholders* yang ada di kabupaten Jeneponto; (3) Adanya respon yang positif dari masyarakat Kabupaten Jeneponto terhadap PKH, sehingga sangat mendukung kesuksesan program ini; dan (4) Meningkatnya jalinan koordinasi antar instansi terkait melalui Tim Koordinasi PKH Kabupaten dan Tim TKPKD Kabupaten Jeneponto

Hambatan yang utama dalam pelaksanaan PKH di Kabupaten Jeneponto, adalah berkaitan dengan kondisi wilayah, karena di wilayah ini kondisi geografisnya sulit dijangkau, baik itu dari aspek transportasi maupun komunikasi. Program keluarga Harapan di kabupaten Jeneponto berlokasi di 11 kecamatan. Dari 11 kecamatan terdapat 2 kecamatan yang kondisi geografis desanya sulit dijangkau karena merupakan daerah pegunungan dan berbatasan dengan beberapa kabupaten lainnya di Sulawesi Selatan, sehingga masyarakat di beberapa desa perbatasan tersebut aktivitasnya lebih banyak di kabupaten tetangga. Adapun kedua kecamatan tersebut, yaitu kecamatan Bangkala dan Bangkala Barat. Selain itu juga adanya keterlambatan jadwal pertemuan awal dari pusat sehingga dalam pelaksanaan kegiatan dilapangan, pendamping kewalahan dengan waktu yang telah ditentukan.

Terkait pendamping tersebut di atas, dalam melaksanakan tugas sebagai pendamping tidak lepas dari masalah-masalah, baik yang bersifat teknis maupun administrasi, baik yang berhubungan dengan KSM maupun yang berhubungan dengan pendamping itu sendiri, adapun masalah-masalah yang terjadi selama

pelaksanaan PKH di Kabupaten Jeneponto sebagai berikut:

- 1) Masalah yang berhubungan dengan KSM:
(a) Adanya anak dari KSM peserta yang bersekolah diluar wilayah PKH, karena tidak adanya fasilitas pendidikan di daerah tempat KSM berdomisili. Bahkan ada yang bersekolah di Kabupaten tetangga. Hal ini terjadi di kecamatan Tarowang yang sangat dekat aksesnya dengan beberapa desa yang ada di kecamatan tersebut; (b) Terdapatnya KSM telah menjadi Tenaga Kerja Indonesia (TKI); (c) Terdapatnya KSM yang pindah alamat atau domisili tanpa sepengetahuan pendamping dan aparat pemerintah setempat; dan (d) Terdapatnya beberapa desa fasilitas pendidikan dan kesehatannya berjumlah jaraknya dari tempat tinggal KSM.
- 2) Masalah yang berhubungan dengan pendamping PKH: (a) Terdapatnya beberapa kecamatan yang desa-desanya daerah pegunungan yang sulit dijangkau kendaraan bermotor dengan kondisi alam yang menantang. Hal ini terjadi di beberapa kecamatan antara lain, Kecamatan Bangkala, Bangkala Barat dan Rumbia yang berbatasan langsung dengan kabupaten lain, sehingga akses untuk mendapat pelayanan pendidikan dan kesehatan lebih cepat diperoleh di kabupaten tetangga; (b) Terdapatnya 2 orang perempuan pendamping yang ditempatkan bertugas di daerah Rumbia yang hampir semua desanya sangat sulit dijangkau, karena akses jalan yang tidak mendukung dan merupakan daerah pegunungan. Hal ini sangat beresiko bagi kedua perempuan pendamping dalam menjalankan tugasnya; (c) Tidak tersedianya fasilitas kendaraan operasional bagi petugas pendamping, sehingga menghambat pelaksanaan tugas, utamanya di kecamatan-kecamatan yang berbatasan langsung dengan kabupaten tetangga; dan (d) Informasi PKH dari UPPKH Pusat hanya bertumpuh kepada

operator yang diterima via email.

PEMBAHASAN

Berdasarkan uraian sebelumnya, data yang terhimpun melalui penelitian ini, dianalisis secara kualitatif menggunakan metode deskriptif. Analisis deskriptif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan/melukiskan keadaan subjek/objek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada saat sekarang berdasarkan fakta yang tampak atau sebagaimana adanya. Dengan adanya beberapa masalah yang terjadi, baik yang berhubungan dengan KSM, maupun masalah-masalah yang dihadapi pendamping, telah dilakukan beberapa upaya guna melancarkan pelaksanaan PKH di 11 Kecamatan di Kabupaten Jeneponto yang dilakukan oleh pendamping itu sendiri, antara lain: (1) Mengadakan Koordinasi dengan Pemerintah Desa dan Kecamatan setempat, berhubungan dengan masalah yang dialami oleh KSM; (2) Mengadakan pendekatan secara kekeluargaan dengan tokoh-tokoh masyarakat dan Pekerja Sosial Masyarakat (PSM) di wilayah KSM itu berdomosili, guna membantu memberikan nasehat dan bimbingan kepada KSM; (3) Memberikan bimbingan kepada KSM melalui Home Visit (Kunjungan Rumah) ke kediaman KSM peserta PKH; (4) Mengadakan koordinasi dengan Tim PKH Kabupaten yang berhubungan dengan masalah-masalah administrasi yang dilakukan oleh KSM peserta PKH. Antara lain yang berkaitan dengan KSM yang pindah, double identitas dan KSM yang menjadi TKI; (5) Mengadakan koordinasi dengan Tim PKH Kabupaten dan PT. POS Indonesia mengenai teknis pembayaran bantuan bagi KSM yang tempat domisilinya sulit dijangkau; (6) Mengusulkan pembangunan sarana pendidikan dan kesehatan di desa-desa yang belum ada akses tersebut dalam forum Musrembang Tingkat Kecamatan

dan Kabupaten; dan (7) Mengusulkan program bantuan lain diluar PKH kepada pemerintah daerah bagi KSM yang belum tersentuh program PKH melalui forum Musrembang Tingkat Kecamatan dan Kabupaten.

PKH merupakan bantuan tunai bersyarat yang merupakan program perlindungan sosial melalui pemberian uang tunai kepada KSM, selama keluarga tersebut memenuhi kewajibannya sebagai peserta PKH. Ada beberapa capaian yang telah dihasilkan selama PKH di Kabupaten Jeneponto, antara lain: (1) Meningkatnya kunjungan ibu hamil/ Nifas peserta PKH ke fasilitas kesehatan; (2) Meningkatnya jumlah Balita yang ditimbang setiap bulannya di Posyandu/Poskesdes; (3) Meningkatnya fasilitas kesehatan (Pustu dan Posyandu) di wilayah PKH; (4) Meningkatnya angka partisipasi sekolah (APS) di wilayah PKH; (5) Termotifasinya anak usia sekolah 6-12 Tahun untuk tetap bersekolah; (6) Meningkatnya fasilitas pendidikan di wilayah PKH; dan (7) Tingkat verifikasi yang dilakukan pendamping makin meningkat, sehingga dapat mendapatkan atau menghasilkan data verifikasi yang akurat.

Kegiatan PKH apabila dikaitkan dengan proses kelahiran, dan tingkat kematian setiap tahunnya belum ada peningkatan. Berdasarkan data dari BPS Jeneponto, pada tahun 2011 ibu yang melahirkan berjumlah 6.572 orang dengan tingkat kematian 34 orang (0,52%). Demikian halnya pada tahun 2012 jumlah ibu yang melahirkan berjumlah 6518 orang tingkat kematiannya berjumlah 40 orang (0,61%). Disini terlihat jelas adanya peningkatan jumlah kematian sekitar 0,11 persen setiap tahunnya. Seharusnya dengan dilaksanakannya PKH yang didukung dengan sarana kesehatan yang memadai terdiri dari satu Rumah Sakit Umum, 18 buah Puskesmas, 56 buah Puskesmas Pembantu, dan 464 buah Posyandu, tenaga

mesdis, 33 orang dokter umum, 12 orang dokter gigi, 221 orang perawat, 91 orang bidan, 25 orang perawat gigi, dan 158 orang dukun bayi, tingkat kematian ibu/anak saat melahirkan/dilahirkan ada penurunan secara signifikan.

Ketika dikonfirmasi ke Dinas Kesehatan diperoleh penjelasan: (1) Terkait dengan tingkat kematian dalam melahirkan (baik yang melahirkan maupun yang dilahirkan) banyak faktornya, bisa disebabkan karena adanya gangguan penyakit, kurang nutrisi, malas memeriksakan kehamilannya, stres, dll; (2) Komitmen bidang kesehatan berlaku bagi ibu hamil dan balita yang harus memeriksakan kesehatannya secara rutin tiap bulan di fasilitas kesehatan terdekat (puskesmas, pusku, poskesdes, posyandu dan lain-lain); dan (3) Jawaban yang sebaliknya disampaikan oleh pendamping, akses layanan kesehatan bagi KSM cukup baik. Karena hal ini merupakan prasyarat bagi peserta PKH untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin. Karena perolehan bantuan yang besarnya ditentukan oleh banyaknya kategori dalam KSM yang bersangkutan ini disertai kewajiban untuk menjalankan dua komitmen penting di bidang kesehatan dan bidang pendidikan. Pada bidang kesehatan PKH meningkatkan minat atau kesadaran ibu hamil untuk membawa anak balitanya ke posyandu secara rutin dan membawa anggota keluarganya bila sakit berobat ke Puskesmas dan memperoleh akses pelayanan kesehatan melalui Program Jamkesmas dan Jamkesda. Untuk memastikan hal tersebut peneliti mendatangi dokter, menurut mereka terkait proses kelahiran, dan tingkat kematian setiap tahunnya “kemungkinan ada penyakit lain yang tidak tertangani”. Ini berarti, perlu dibutuhkan penelitian lebih lanjut untuk mengungkap permasalahan ini.

Hasil kajian ini, juga menunjukkan adanya dampak PKH di bidang kesehatan dengan

indikator kunjungan ke Posyandu naik 3 persen, pemantauan pertumbuhan anak naik 5 persen, dan kegiatan imunisasi naik 0,3 persen. Kajian ini menyimpulkan ada peningkatan akses pada fasilitas kesehatan bagi KSM. Kunjungan perempuan ke fasilitas kesehatan sebelum dan sesudah melahirkan menunjukkan angka 7–9 persen lebih tinggi daripada di lokasi kendali lainnya. Jumlah anak balita yang ditimbang di fasilitas kesehatan juga 15–22 persen lebih tinggi juga melahirkan di fasilitas kesehatan, atau yang dibantu oleh petugas kesehatan (bidan atau dokter) pun menunjukkan sekitar 5–6 persen lebih tinggi. Kajian ini juga menyiratkan dampak PKH lebih kuat di daerah perkotaan, dimana terdapat lebih banyak fasilitas kesehatan dengan kualitas yang juga lebih baik dari pada di perdesaan. Dampak PKH juga terlihat meluas dengan adanya peningkatan akses kesehatan yang lebih tinggi pada rumah tangga bukan peserta PKH di kecamatan lokasi PKH, ketimbang mereka yang berada di lokasi non-PKH. Pada indikator kesehatan di Kabupaten Jeneponto diketahui terdapat 100 persen balita gizi buruk mendapat perawatan. Dari hasil wawancara peneliti dengan informan (Dinkes, Posyando dan Pendamping PKH), kata mereka “cakupan penanganan komplikasi kebidanan mencapai 99,70 persen, serta cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 82,91 persen dan kunjungan bayi ke layanan kesehatan meningkat menjadi 93,96 persen”.

Terkait bidang pendidikan, yaitu kehadiran di kelas naik 0,2 persen. PKH juga berhasil meningkatkan pengeluaran rumah tangga per bulan per kapita untuk pendidikan dan kesehatan. Namun yang cukup menggembirakan adalah tingkat kelulusan anak dalam menempuh wajib berpendidikan 9 tahun cukup tinggi. Lulusan Madrasah Ibtidaiyah pada tahun 2012 berjumlah 259 orang, dan

lulusan Sekolah Madrasah Tsanawiyah pada tahun 1.233 orang. Masyarakat Jeneponto lebih suka menyekolahkan anaknya pada sekolah agama Islam, karena mayoritas masyarakat Jeneponto beraagama Islam. Didukung sarana pendidikan Sekolah Madrasah Tsanawiyah berjumlah 32 buah, sedangkan SMP negeri hanya berjumlah 4 buah, demikian juga kondisi Sekolah Madrasah Ibdaiyah dan SD Negeri. Keberhasilan dibidang pendidikan tersebut termotivasi oleh prasyarat PKH, yaitu untuk peserta didik diwajibkan untuk memenuhi kehadiran di sekolah minimal 85 persen dari hari efektif sekolah setiap bulannya. Minimal dengan adanya program ini KSM atau kelompok masyarakat yang berada pada kluster 1. Peserta PKH adalah KSM yang menjadi sasaran PKH, dapat menyelesaikan pendidikan anaknya sampai pendidikan dasar. Hal senada, seperti yang disampaikan oleh Pak Abdullah, salah satu peserta PKH “Alkamdulillah, kami sangat merasakan manfaatnya setelah menjadi peserta PKH dapat menyekolahkan anak sampai lulus”.

Namun demikian, kajian ini tidak menemukan perbedaan besar dalam status pendidikan antara lokasi PKH dan lokasi non-PKH pada semua tingkatan wajib belajar sembilan tahun di Jeneponto. Salah satu alasannya adalah tingkat pendaftaran masuk dan partisipasi di SD yang cukup tinggi, yaitu lebih dari 95 persen. Sedangkan pada tingkat SMP yang tingkat pendaftaran masuk sekolah sebenarnya tidak terlalu tinggi, PKH seharusnya menunjukkan perbedaan dampak. Namun fakta evaluasi menunjukkan PKH tidak memiliki dampak yang berarti sehingga menyiratkan adanya masalah yang perlu diatasi dalam program PKH. Mengacu pada masalah ini, terdapat kajian lain yang mengemukakan dua persoalan: jadwal pembayaran bantuan PKH tidak selalu tepat waktu. Oleh karena itu, rumah tangga yang memiliki siswa yang

lulus SD tidak memiliki cukup uang pada saat pendaftaran ke SMP. Kemudian bantuan PKH yang tersedia untuk komponen pendidikan tidak cukup untuk pendaftaran masuk ke SMP (BPS Jeneponto, 2013).

Hasil kajian PKH yang disebutkan di atas menjadi dasar dalam melanjutkan perluasan bantuan dana tunai bersyarat di Jeneponto. Idealnya, sebagai program penanggulangan kemiskinan, PKH di Jeneponto harus menjangkau semua rumah tangga yang hidup di bawah garis kemiskinan. Berdasar Basis Data Terpadu (BDT) terdapat sekitar 5.729 KSM (BPS Jeneponto, 2013). Jadi masih ada tersisa 3,34 persen RSM yang belum tertangani. Namun apabila ditotal secara keseluruhan keluarga miskin di Jeneponto (sangat miskin, miskin, hampir miskin, dan rentan miskin) sekitar 54.072 KM (BPS Jeneponto, 2013). Sampai akhir 2013 KM yang belum tertangan sekitar 48.534 KM (89,76%). Namun paling tidak dengan adanya program PKH di Jeneponto dapat meningkatkan ekonomi keluarga miskin, karena mereka sudah tidak memikirkan pengeluaran di bidang kesehatan dan pendidikan keluarganya.

Terkait upaya memperluas cakupan PKH di Jeneponto menjadi semakin rumit ketika kita mempertimbangkan lokasi baru mana saja yang harus dijangkau, walaupun PKH belum beroperasi di semua kecamatan pada tahun 2013, dengan demikian belum menjangkau semua desa. Strategi perluasan PKH di Jeneponto perlu menggabungkan dua fitur penting. Pertama, perlunya menerapkan program ini di tingkat kabupaten. Jika semua kecamatan tergabung ke dalam program ini, idealnya PKH beroperasi di seluruh 11 kecamatan di Jeneponto. Itu direncanakan untuk tahun 2014. Kedua, perluasan PKH juga perlu mempertimbangkan sudut pandang lain yang mampu mendukung efesiensi operasionalnya. Artinya, PKH perlu

ada hingga ke tingkat kecamatan di semua lokasi PKH sekarang. Sebagaimana yang terlihat saat ini, bahwa tidak beroperasi di semua desa dalam satu kecamatan. Tentunya, penekanan yang terlalu besar pada prinsip pemenuhan cakupan akan menghambat tujuan cakupan nasional, dan juga sebaliknya. Perluasan program juga membutuhkan sumber daya manusia yang memadai. Pada tahun 2012, PKH mempekerjakan sekitar 22 pendamping dan 2 operator. Sekretariat UPPKH Jeneponto memperkirakan jumlah ideal untuk melayani adalah 100 pendamping dan 4 orang operator (setiap kelurahan/desa ada 2 orang pendamping) dan dilengkapi sarana transportasi dan komunikasi.

Aspek penting lain yang perlu mendapatkan perhatian adalah mekanisme pembayarannya. Pembayaran saat ini dilakukan melalui Kantor Pos. Jika PKH akan diperluas, pembayaran harus dilakukan melalui bank. Rumah tangga yang sangat miskin saat ini memang tidak memiliki rekening bank, tetapi pembayaran melalui bank akan memberi manfaat kepada mereka, karena mereka dapat belajar menabung, dan tabungan dapat digunakan di kemudian hari, ketimbang menghabiskannya untuk konsumsi. Program bantuan tunai bersyarat biasanya membutuhkan sistem informasi manajemen yang menyeluruh.

Oleh karena itu, penyelenggara PKH harus memberikan perhatian pada peningkatan sistem informasi manajemennya. Keberhasilan PKH di Kabupaten Jeneponto dari tahun 2012 - 2013 telah mencapai keberhasilan di bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi dan sosial yang berpijak kepada tujuan utama PKH yaitu mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Maka melalui program ini membawa dampak yang positif terhadap sumber daya masyarakat miskin, khususnya peserta PKH. Secara umum dari tahun ke tahun terjadi peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten

Jeneponto tidak terlepas dari pelaksanaan PKH di Kabupaten Jeneponto. Beberapa komponen indeks pembangunan manusia terpengaruh langsung dari PKH, komponen tersebut angka melek huruf, rata-rata lama sekolah dan pengeluaran per kapita.

KESIMPULAN

PKH merupakan program yang berskala nasional dalam menanggulangi masalah kemiskinan. Target Program PKH adalah RTSM, dengan kriteria memiliki ibu hamil/menyusui, memiliki anak balita dan anak usia sekolah setingkat SD – SMP. Walaupun telah berjalan selama tiga tahun, PKH di Jeneponto masih menghadapi sejumlah tantangan. Program ini masih perlu diperluas sehingga mampu mencakup sebagian besar rumah tangga miskin di Jeneponto.

Program ini dilaksanakan melalui pengembangan sistem jaminan sosial, dengan prinsip dasar memberikan bantuan uang tunai bersyarat kepada KSM. Selain itu juga merupakan bantuan sosial bersyarat (*Conditional Cash Transfer*) yang dimaksudkan untuk mempertahankan kehidupan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar terutama pendidikan dan kesehatan. Di Kabupaten Jeneponto terdapat 11 kecamatan dengan jumlah 6.024 KSM yang datanya bersumber dari Badan Pusat Statistik tahun 2012. namun setelah divalidasi oleh petugas pendamping yang masuk eligible pada tahun 2012 hanya 5.540 KSM. Sedangkan jadwal dan pelaksanaan penyaluran bantuan disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada pada tahun berjalan, serta kebijakan yang dibuat untuk mempelancar pelaksanaan penyaluran bantuan. Proses penyaluran dana bantuan PKH, dilakukan dalam kurun waktu triwulanan. Tahap I disalurkan pada bulan Maret, tahap II disalurkan pada bulan Juni, tahap III disalurkan pada bulan September, dan tahap IV

disalurkan pada bulan Desember tahun berjalan.

Hambatan yang utama dalam pelaksanaan PKH di Kabupaten Jeneponto, adalah berkaitan dengan kondisi wilayah, karena di wilayah ini kondisi geografisnya sulit terjangkau, baik itu dari aspek transportasi maupun komunikasi. Dari 11 kecamatan terdapat 2 kecamatan yang kondisi geografis desanya sulit dijangkau karena merupakan daerah pegunungan dan berbatasan dengan beberapa kabupaten lainnya di Sulawesi Selatan, sehingga masyarakat di beberapa desa perbatasan tersebut aktivitasnya lebih banyak di kabupaten tetangga. Adapun kedua kecamatan tersebut, yaitu kecamatan Bangkala dan Bangkala Barat. Selain itu juga adanya keterlambatan jadwal pertemuan awal dari pusat, sehingga dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan, pendamping kewalahan dengan waktu yang telah ditentukan.

Disamping tantangan-tantangan tersebut, PKH tetap menjadi program yang sangat penting bagi penanggulangan kemiskinan di Indonesia pada umumnya dan khususnya di Kabupaten Jeneponto. Untuk itu upaya dalam mengatasi hambatan-hambatan yang terjadi untuk menuju PKH yang lebih baik di Jeneponto, adalah: Pertama, perlunya menerapkan program ini di tingkat kabupaten. Jika semua kecamatan tergabung ke dalam program ini, idealnya PKH beroperasi di seluruh 11 kecamatan di Jeneponto, yang direncanakan untuk tahun 2014. Kedua, perluasan PKH juga perlu mempertimbangkan sudut pandang lain yang mampu mendukung efisiensi operasionalnya. Artinya, PKH perlu ada hingga ke tingkat kecamatan di semua lokasi PKH sekarang. Selain itu Pendamping sudah melakukan Koordinasi dengan Pemerintah Desa dan Kecamatan setempat, terkait masalah yang dialami oleh KSM peserta PKH. Serta adanya dukungan dana *sharing* (penunjang) dari Pemerintah Daerah pada pelaksanaan PKH sebesar Rp. 200.000.000,-.

REKOMENDASI

Berdasarkan uraian hasil penelitian tersebut di atas, rekomendasi penelitian ini adalah:

- Perlunya penataan ulang dengan mengadakan intervensi khusus dalam bidang sosial ekonomi keluarga, dan memperpanjang atas pendidikan hingga SLTA;
- Perlu adanya pengembangan karir pendamping PKH, terutama terkait pendidikan dan pelatihan; sehingga sasarannya tidak hanya SD dan SMP.
- Perlu diadakan mutasi atau yang dikenal dengan mutasi personal diartikan sebagai perubahan posisi/jabatan/pekerjaan tempat kerja dari seorang tenaga kerja yang dilakukan baik secara vertikal maupun horizontal; dan
- Diperlukan kelembagaan atau sumber daya manusia yang direkrut secara khusus untuk menangani sumber daya manusia di PKH.
- Pemerintah Daerah perlu lebih meningkatkan sharing dana dengan Pemerintah Pusat terkait program ini, demi peningkatan PKH ke depan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan rasa terimakasih yang tak terhingga kepada Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Sosial, Pendamping PKH dan masyarakat di Jeneponto, yang telah menerima penulis dan memberikan informasi-informasi berharga berkaitan dengan PKH, baik melalui pertemuan formal maupun non formal. Selain itu juga tak lupa disampaikan banyak-banyak terima kasih kepada senior kami H. Suradi yang selalu memberikan bimbingan dalam penulisan ini. Juga disampaikan terimakasih kepada Mas Mujiadi yang membantu menerjemahkan bahasa, dari bahasa Indonesia ke bahasa Inggris.

DAFTAR PUSTAKA

- Bungi, Burhan, (2003). *Analisa Data Penelitian Kualitatif, Pemahaman Filosofis dan Metodologis Kearah Penguasaan Modal Aplikasi*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Bappenas, (2009). *Laporan Akhir Evaluasi Program Perlindungan Sosial Program Keluarga Harapan: Deteksi Dini Dampak PKH Terhadap Kesehatan dan Pendidikan*. Jakarta: Bappenas.
- BPS Jeneponto, (2013). *Jeneponto Dalam Angka 2013*. Jeneponto: BPS
- Helmy Faishal Zaini, (2010). Mengejar Kemajuan, Mengentaskan Ketertinggalan, dalam *Tempo*, 22/12/2010.
- Habibullah, (2011). Peran Pendamping Pada Program Keluarga Harapan di Kabupaten Kerawang. *Informasi: Kajian Permasalahan Sosial dan Usaha Kesejahteraan Sosial*, 16 (2), 101-116.
- (2014). Kinerja Pendamping Pada Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Bogor. *SosioKonsepsia: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, Volume 3 No. 03 Mei – Agustus 2014, 188-201.
- Hermawati, I (2012). *Evaluasi Program Keluarga Harapan, Konfrensi Hasil-Hasil Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*. Jakarta: Puslitbangkesos.
- Indah Huruswati dkk, (2009). *Masalah, Kebutuhan Dan Sumber Daya Di Daerah Tertinggal: Studi Kasus di Sepuluh Kabupaten Tertinggal*. Jakarta: P3KS Press.
- Kartono, Kartini (1983). *Patologi Sosial*. Jakarta: CV Rajawali.
- Moleong, Lexy J., (2004), *Metode Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nainggolan, Togiaratua (2012). *Tinjauan Tentang Pelaksanaan PKH di Indonesia (Studi Dampak PKH Pada RTSM di 7 Provinsi)*. Jakarta: P3KS Press.
- Parsudi Suparlan (ed) (1984). *Kemiskinan di Perkotaan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Ridlo, Muhammad 'Eisy' (aktivis pada Bandung Peduli) (2001). Kemiskinan dan Kelaparan di Indonesia: Upaya 'Bandung Peduli' untuk Turut Mengatasinya', *Pikiran Rakyat*, Edisi 27 Agustus 2001.
- Sulastomo, (2008). *Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Instroduksi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Smeru, (2008). *Studi Baseline Kualitatif PNPM Generasi dan PKH: Ketersediaan dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan dan Ibu dan Anak di Provinsi Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur*. Jakarta: Smeru.
- Suradi, (2006). *Kemiskinan dan Politik Pembangunan Sosial*. Yogyakarta: Citra Media.
- Suharto, Edi et. all (2004). *Menerapkan "Pemandu" (Perlindungan Masyarakat Miskin Terpadu)*. Jakarta: Puslitbang Kesos dan STKS Bandung.
- Sugiyono, (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Situmorang, Chazali (2013). *Reformasi Jaminan Sosial Di Indonesia, Transformasi BPJS: "Indahnya Harapan Pahitnya Kegagalan"*. Depok: Cinta Indonesia.
- Sumodiningrat, G., Santoso, B., & Maiwan, M. (1999). *Kemiskinan: Teori, fakta dan kebijakan*. Jakarta: Impac.
- Surakhmat, Winarno, (1978). *Dasar dan Teknik Research*, Bandung: Tarsito.