



## **Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kota Kupang**

**Amir Syarifudin Kiwang**

Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Muhammadiyah Kupang, Kupang  
[amir.kiwang@yahoo.com](mailto:amir.kiwang@yahoo.com), [kiwangamir@gmail.com](mailto:kiwangamir@gmail.com)

### **Abstract**

*Hope family programs is a program conditional cash assistance to poor families or in international terms known as Conditional Cash Transfers (CCT). Hope family programs intended for help reduce family expenses while increasing investmen for future generations through improving the quality of health and children's education. In the long run, hope family programs expected to break intergenerational poverty chain. As a program Conditional assistance open access to poor families especially pregnant women and children's to utilize various health care facilities and educational service facilities which are available around them. Hope family programs first implemented in 2007 with scattered target in seven provinces namely DKI Jakarta, East Java, West Java, Gorontalo, North Sulawesi, West Sumatera and East Nusa Tenggara (Kupang City). Facts show that Policy Implementation hope family programs has gone well since 2007. In kupang City up to the year 2018 there are around 6.019 heads of family recipient of the family Hope program (latest data 2018, after deducting the participants who leave). Constraints to implementing a family program of hope is a cross-sectoral communication issue and bureaucratic structure in the process of implementing a family program of hope so that it often causes problems in the field. Participants of the Family Hope Program who does not carry out commitments in accordance with verification results will get sanctions in the form of discounted amounts of assistance in the current year. Cooperation between operators and facilitators and all stakeholders be the key to success implementation of the family hope program in kupang city.*

*Keywords : Policy Implementation, Hope family programs.*

### **Abstrak**

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan sebuah program bantuan tunai bersyarat kepada keluarga miskin (KM), atau dalam istilah internasional dikenal dengan Conditional Cash Transfers (CCT). PKH dimaksudkan untuk membantu mengurangi beban pengeluaran keluarga (dampak konsumsi langsung), sekaligus meningkatkan investasi bagi generasi masa depan melalui peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan anak-anak. Dalam jangka panjang, PKH diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi. Sebagai sebuah program bantuan bersyarat, PKH membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai

fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di sekitar mereka. PKH pertama kali dilaksanakan di tahun 2007 dengan sasaran yang tersebar di 7 Provinsi yaitu DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Gorontalo, Sulawesi Utara, Sumatera Barat dan Nusa Tenggara Timur (Kota Kupang). Fakta menunjukkan bahwa implementasi kebijakan PKH telah berjalan secara baik sejak tahun 2007. Untuk Kota Kupang, sampai dengan tahun 2018 tercatat ada sekitar 6.019 kk penerima Program Keluarga Harapan (data terakhir 2018 setelah dikurangi dengan peserta yang sudah graduasi/keluar atau dikeluarkan baik karena penilaian bahwa kk tersebut sudah mampu, sudah tidak lagi memiliki komponen atau dikeluarkan karena melanggar Komitmen kepesertaan). Kendala pelaksanaan PKH adalah persolan komunikasi lintas sektoral dan struktur birokrasi dalam proses pelaksanaan PKH sehingga sering menimbulkan persoalan dilapangan. Para peserta PKH yang tidak melaksanakan komitmen sesuai dengan hasil verifikasi akan mendapat sanksi berupa potongan jumlah bantuan pada tahun berjalan. Kerjasama operator dan pendamping serta semua stake holder menjadi kunci bagi suksesnya pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Kupang.

Kata kunci : Implementasi Kebijakan , Program Keluarga Harapan.

---

## **PENDAHULUAN**

Orang bilang tanah kita tanah surga, tongkat kayu dan batu jadi tanaman adalah sebuah slogan yang sering kali didengar oleh masyarakat Indonesia. Karena negeri ini adalah negeri yang subur,serta kekayaan alam yang melimpah. Tapi fakta menunjukkan bahwa kemiskinan tetap menjadi sebuah masalah dan problem bangsa ini dari waktu ke waktu. Presiden boleh berganti, gubernur boleh beralih tapi kemiskinan tetap menjadi masalah bangsa ini. Begitu banyak program pemberdayaan dan program penanggulangan kemiskinan yang dijalankan oleh pemerintah, satu program berhenti, muncul lagi program yang lain. Akan tetapi masalah kemiskinan sampai saat ini tidak pernah selesai. Memang kemiskinan adalah problem yang kompleks dengan banyak faktor penyebabnya, akan tetapi paling tidak dari sekian banyak program pemerintah untuk mengatasi dan menanggulangnya harus kelihatan hasilnya. Karena pertanyaan yang sering muncul bagi penulis adalah sejauhmana program-program itu berjalan secara efektif dan signifikan dalam mengatasi permasalahan kemiskinan yang terjadi di Indonesia.

Salah satu program itu adalah Program Keluarga Harapan atau disingkat PKH. Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan sebuah program bantuan tunai bersyarat kepada keluarga miskin (KM), atau dalam istilah internasional dikenal dengan *Conditional Cash Transfers (CCT)*. Pelaksanaan PKH di Indonesia dimulai tahun 2007, dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada KM untuk meningkatkan kualitas hidup melalui perubahan perilaku terhadap pendidikan dan kesehatan serta mendukung tercapainya kesejahteraan sosial. PKH juga dimaksudkan untuk membantu mengurangi beban pengeluaran keluarga (dampak konsumsi langsung), sekaligus meningkatkan investasi bagi generasi masa depan melalui peningkatan

kualitas kesehatan dan pendidikan anak-anak. Dalam jangka panjang, PKH diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi.

Sebagai sebuah program bantuan bersyarat, PKH membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di sekitar mereka. Manfaat PKH juga mulai didorong untuk mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden RI. Melalui PKH, KM didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, dan pendampingan, termasuk akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementaritas secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi *center of excellence* penanggulangan kemiskinan yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional.

Pelaksanaan PKH yang pertama kali dilaksanakan di tahun 2007 dengan sasaran yang tersebar di 7 Provinsi yaitu DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Gorontalo, Sulawesi Utara, Sumatera Barat dan Nusa Tenggara Timur (Kota Kupang). Dalam program keluarga harapan, sasaran pemberian bantuan adalah untuk penggunaan pada sektor pendidikan dan kesehatan, anak-anak para peserta program keluarga harapan harus melaksanakan komitmen untuk tetap berkunjung secara rutin ke fasilitas kesehatan seperti posyandu, polindes maupun puskesmas, sedangkan untuk komponen pendidikan, setiap anak peserta PKH yang dalam usia sekolah wajib untuk sekolah dengan kehadiran minimal 80 %. Komitmen ini harus dijaga agar harapan dari pelaksanaan program ini untuk memutus mata rantai kemiskinan khususnya melalui bidang pendidikan dan kesehatan bisa terwujud. Untuk Kota Kupang, sampai dengan tahun 2018 tercatat ada sekitar 6.019 kk penerima Program Keluarga Harapan (data terakhir 2018 setelah dikurangi dengan peserta yang sudah graduasi/keluar atau dikeluarkan baik karena penilaian bahwa kk tersebut sudah mampu, sudah tidak lagi memiliki komponen atau dikeluarkan karena melanggar Komitmen kepesertaan).

Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian yang luas merupakan alat administrasi hukum dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik yang bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan. ( James P. Lester dan Joseph Stewart, 2000: 104). Implementasi pada sisi yang lain merupakan fenomena yang kompleks yang mungkin dapat dipahami sebagai proses, keluaran ( *output* ) maupun sebagai hasil. Van Meter dan Van Horn membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan - tindakan yang dilakukan oleh individu-individu ( alat kelompok-kelompok ) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan - keputusan kebijakan sebelumnya, tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam

rangka melanjutkan usaha-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan. Yang perlu ditekankan di sini adalah bahwa tahap implementasi kebijakan tidak akan dimulai sebelum tujuan-tujuan dan saran-saran ditetapkan atau diidentifikasi oleh keputusan-keputusan kebijakan. Dengan demikian, tahap implementasi terjadi hanya setelah undang-undang ditetapkan dan dana disediakan untuk membiayai implementasi kebijakan tersebut (Budi Winarno, 2007:102).

Menurut Solichin (2004:64) sesuai kamus Webster merumuskan *to implement* (mengimplementasikan) yang berarti menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu dan *to give practical effect to* (menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu) termasuk tindakan yang dipilih oleh pemerintah untuk dilaksanakan atau tidak dilaksanakan. Implementasi kebijakan merupakan penerapan dari kebijakan publik yang telah dirumuskan, dan bermuara kepada hasil yang dapat berupa kebijakan itu sendiri maupun manfaat yang dapat dirasakan oleh pemanfaat, sehingga implementasi kebijakan perlu dikaji lebih dalam apakah implementasi tersebut berhasil sesuai dengan tujuan atau dampak dari kebijakan karena implementasi merupakan aspek yang penting dari keseluruhan proses kebijakan yang menghasilkan *out put* yang menyangkut seberapa besar perubahan yang dicapai dari tujuan yang telah diprogramkan dan perubahan tersebut mudah diukur, sebagai mana diungkapkan oleh Udoji dalam Solichin (2004:59) dimana pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting, bahkan mungkin jauh lebih penting dari pada pembuatan kebijakan. Kebijakan akan sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi kalau tidak diimplementasikan, bagaimana organisasi pelaksana dan pelaku kebijakan dapat mengimplementasikannya yang tentunya akan dipengaruhi oleh lingkungan di sekitarnya, hal tersebut didukung oleh Bajuri (2003:111-112) yang menyatakan kesuksesan implementasi sangat dipengaruhi oleh bagaimana sebuah desain kebijakan mampu merumuskan secara komprehensif aspek pelaksanaan sekaligus metode evaluasi yang akan dilaksanakan.

Pelaksanaan kebijakan yang dituangkan dalam design atau program kegiatan merupakan usaha pemerintah atau pelaku kebijakan dalam rangka menjawab permasalahan yang terjadi di masyarakat, sebagaimana yang dinyatakan oleh Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier dalam Solichin (2004 : 65) Mempelajari masalah implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya suatu kebijakan, baik menyangkut usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat.

Implementasi kebijakan merupakan suatu analisis dengan lebih melakukan retropeksi dari pada prospeksi dengan tujuan ganda, yaitu : pertama memberi informasi bagaimana program-program tersebut dapat terlaksana, kedua menunjukkan faktor-faktor yang dapat diubah agar diperoleh capaian hasil yang

lebih baik yang dapat memberikan perubahan implementasi atau program baru. Sebagaimana Budi Winarno (2007:72) menyatakan proses implementasi memiliki variabel atau faktor yang membentuk kaitan ( *linkage* ) antara kebijakan dan capaian ( *performance* ). Variabel tersebut merupakan variabel bebas dan variabel terikat yang saling berhubungan satu sama lainnya.

Sebagaimana dikatakan di atas bahwa capaian kebijakan dipengaruhi adanya beberapa variabel, variabel-variabel tersebut ditunjukkan pada beberapa model Implementasi kebijakan, menurut Van Meter dan Van Horn (Samudra Wibawa, 1994:19) Implementasi kebijakan dipengaruhi adanya komunikasi, sumber-sumber ( sumber daya ), kecenderungan/sikap dan struktur birokrasi, standard dan sasaran kebijakan serta kondisi sosial ekonomi dan politik.

## **METODE**

Spesifik Van Meter dan Van Horn lebih menekankan kepada kinerja kebijakan. Penerapan model implementasi merupakan tahapan pelaksanaan oleh pembuatan kebijakan dan masyarakat yang dipengaruhinya sesuai dengan tujuan, jika implementasi yang diterapkan tidak tepat maka tidak akan mengurangi permasalahan bahkan mengalami kegagalan. Selanjutnya Van Meter dan Van Horn (Solichin 2004:81) dalam model implementasi kebijakannya juga menganggap faktor komunikasi akan berpengaruh yaitu komunikasi antar organisasi terkait serta kegiatan-kegiatan pelaksanaannya mencakup antar hubungan dalam lingkungan sistem politik dengan kelompok-kelompok sasaran. Van Meter mengharapkan semua pelaksana harus memahami apa yang diidealkan oleh kebijakan yang implementasinya menjadi tanggung jawab mereka, organisasi atasan mestinya mampu mengkondisikan organisasi bawahan atau pelaksana, karena dalam implementasi sebuah program perlu dukungan dan koordinasi dengan instansi lain, untuk itu diperlukan koordinasi dan kerjasama bagi keberhasilan suatu program. Menurut Van Meter dan Van Horn, implementasi yang berhasil merupakan fungsi dari kemampuan organisasi pelaksana Untuk melakukan apa yang diharapkan untuk dikerjakan. Van Meter dan Van Horn juga mengemukakan bahwa kapasitas sebagai faktor yang berpengaruh bagi implementasi kebijakan (Budi Winarno, 2007 : 122). Selanjutnya Van Meter dan Van Horn juga mengemukakan beberapa unsur yang mungkin berpengaruh terhadap suatu organisasi dalam mengimplementasikan kebijakan :

1. Kompetensi dan ukuran staf suatu badan;
2. Tingkat pengawasan hierarkhis terhadap keputusan-keputusan sub unit dan proses-proses dalam badan-badan pelaksana;
3. Sumber - sumber politik suatu organisasi ( misalnya dukungan di antara anggota - anggota legislatif dan eksekutif ).
4. Vitalitas suatu organisasi

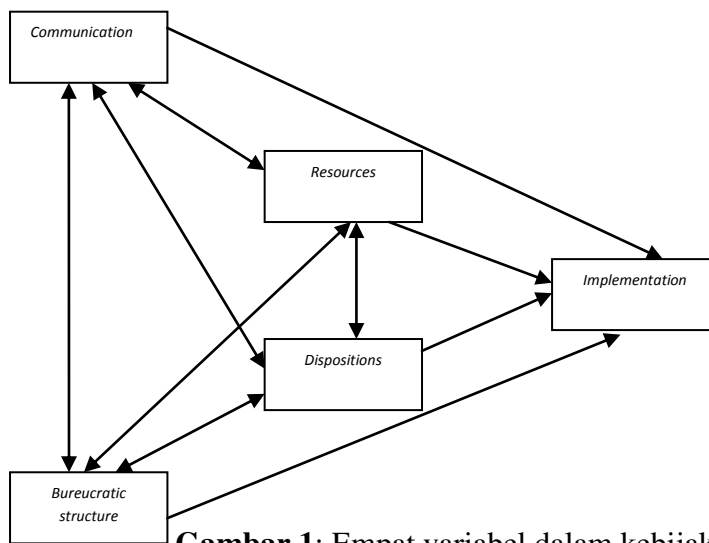
5. Tingkat komunikasi-komunikasi terbuka, yang didefinisikan sebagai jaringan kerja komunikasi horisontal dan vertikal secara bebas serta tingkat kebebasan yang secara relatif tinggi dalam komunikasi dengan individu-individu di luar organisasi;
6. Kaitan formal dan informal suatu badan dengan badan "pembuat keputusan" atau "pelaksana keputusan.

Di sisi lain Van Meter dan Van Horn (1975) mengemukakan Kemampuan untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan mungkin dihambat oleh faktor-faktor seperti staf yang kurang terlatih dan terlalu banyak pekerjaan, informasi yang tidak memadai dan Sumber - sumber keuangan atau hambatan-hambatan waktu yang tidak memungkinkan.

Secara lebih detail Van Meter dan Van Horn (1975) merumuskan sebuah abstraksi (kerangka kerja ) yang memperlihatkan hubungan antar berbagai faktor yang mempengaruhi hasil atau kinerja suatu kebijakan. Implementasi kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja yang tinggi berlangsung dalam antar hubungan berbagai faktor dan dikembangkan dalam model implementasi kebijakan yang terdiri dari enam variabel yang dipercaya membentuk hubungan antara kebijakan dengan performance kebijakan, yaitu :

1. Standar dan sasaran kebijakan,
2. Sumber daya kebijakan ( dana dan insentif yang lain ),
3. komunikasi antar organisasi dan pengukuran aktivitas,
4. karakteristik badan pelaksana ( seperti ukuran staf, tingkat pengawasan hierarki, vitalitas organisasi ),
5. kondisi sosial ekonomi dan politik, dan
6. sikap implementor;

Menurut George C. Edwards III (1980 : 147) ada empat variabel dalam kebijakan publik yaitu Komunikasi (Communications), Sumber Daya (resources), sikap (dispositions atau attitudes) dan struktur birokrasi (bureaucratic structure). Ke empat faktor di atas harus dilaksanakan secara simultan karena antara satu dengan yang lainnya memiliki hubungan yang erat. Tujuan kita adalah meningkatkan pemahaman tentang implementasi kebijakan. Penyederhanaan pengertian dengan cara membreakdown (diturunkan) melalui eksplanasi implementasi kedalam komponen prinsip. Implementasi kebijakan adalah suatu proses dinamik yang mana meliputi interaksi banyak faktor. Sub kategori dari faktor-faktor mendasar ditampilkan sehingga dapat diketahui pengaruhnya terhadap implementasi. Hubungan empat faktor ini dapat dilihat pada gambar berikut :



**Gambar 1:** Empat variabel dalam kebijakan publik  
 Sumber : George C. Edwards III (1980 : 148)

Empat point yang mempengaruhi implementasi kebijakan George C. Edward III ini yang dijadikan penulis untuk melakukan analisis Implementasi kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Kupang.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Tujuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Tujuan umum PKH adalah untuk meningkatkan aksesibilitas terhadap pelayanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial dalam mendukung tercapainya kualitas hidup keluarga miskin. PKH diharapkan dapat mengurangi beban pengeluaran keluarga miskin dalam jangka pendek serta memutus rantai kemiskinan dalam jangka panjang. Secara khusus, PKH memiliki tujuan untuk :

- a. Meningkatkan konsumsi keluarga Peserta PKH.
- b. Meningkatkan kualitas kesehatan Peserta PKH.
- c. Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak Peserta PKH.
- d. Mengarahkan perubahan perilaku positif Peserta PKH terhadap pentingnya kesehatan, pendidikan, dan pelayanan kesejahteraan sosial.
- e. Memastikan terpeliharanya taraf kesejahteraan Sosial (*Pedoman Pelaksanaan PKH Kemensos RI, 2016*)

### B. Ketentuan Peserta Program Keluarga Harapan (PKH)

Sejak tahun 2007, basis kepesertaan bantuan PKH diarahkan kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Mulai tahun 2012 basis bantuan PKH diarahkan pada Keluarga Sangat Miskin (KSM) yaitu ayah, ibu, dan anak. Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga adalah satu unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya

manusia. Pada tahun 2016, sasaran peserta PKH bukan lagi KSM (7% terbawah pada BDT/Basis Data Terpadu) melainkan KM (25% terbawah pada BDT/Basis Data Terpadu).

- **Kriteria Peserta PKH**

Kriteria peserta PKH adalah keluarga miskin yang memenuhi minimal salah satu syarat berikut:

1. Memiliki komponen kesehatan yakni anak dengan usia di bawah 6 tahun, ibu hamil/menyusui, termasuk anak penyandang disabilitas ringan/ sedang.
2. Memiliki komponen pendidikan anak usia sekolah 6 hingga 21 tahun untuk peserta pendidikan SD/MI sederajat, SMP/MTs sederajat dan/atau SMA/MA sederajat, termasuk anak penyandang disabilitas ringan/ sedang.
3. Memiliki komponen kesejahteraan sosial untuk Penyandang Disabilitas Berat di dalam keluarga peserta PKH.
4. Memiliki komponen kesejahteraan sosial untuk lanjut usia 70 tahun ke atas di dalam keluarga peserta PKH dengan kriteria:
  - Lanjut usia berusia 70 tahun ke atas per 1 Januari pada tahun validasi.
  - Lanjut Usia berusia 70 Tahun Keatas yang ada dalam keluarga Peserta PKH
  - Lanjut usia berusia 70 tahun ke atas yang menjadi orang tua yang mengurus keluarga PKH. (*Pedoman Pelaksanaan PKH Kemensos RI, 2016*)

Penyandang Disabilitas Berat adalah mereka yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka waktu lama kedisabilitasinya sudah tidak dapat direhabilitasi, tidak dapat melakukan aktivitas kehidupannya sehari-hari dan/atau sepanjang hidupnya pada bantuan/pertolongan orang lain, tidak mampu menghidupi diri sendiri, serta tidak dapat berpartisipasi penuh dan efektif dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan lainnya (Sumber: Pedoman Pelaksanaan Pemberian Asistensi Sosial Bagi Penyandang Disabilitas Berat, 2015).

- **Penerima Bantuan**

Penerima Bantuan adalah ibu atau perempuan dewasa yang dipercaya oleh keluarga PKH untuk mewakili, menerima dan memanfaatkan bantuan PKH. Jika tidak ada ibu, dapat digantikan oleh kakak perempuan dewasa atau perempuan dewasa yang dapat mengurus anggota keluarga PKH. Setiap penerima bantuan diberikan kartu peserta sebagai bukti kepesertaan. Nama yang tercantum dalam kartu peserta PKH adalah nama perempuan dewasa (ibu, nenek, bibi, dan anak perempuan dewasa) yang mengurus keluarga. Dalam hal kondisi tertentu dapat digantikan oleh kepala keluarga. Kartu tersebut digunakan untuk menerima bantuan PKH. Berikut ini merupakan hak peserta PKH:



1. Mendapatkan bantuan uang tunai yang besarnya disesuaikan dengan ketentuan program dalam tabel 4.
2. Mendapatkan layanan dasar di fasilitas kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial bagi seluruh anggota keluarga sesuai kebutuhannya.
3. Terdaftar dan mendapatkan program-program komplementaritas dan sinergitas penanggulangan kemiskinan lainnya.
4. Mendapatkan pendampingan peningkatan kemampuan keluarga dan berbagai bantuan komplementaritas.

KOMPONEN BANTUAN	INDEKS BANTUAN (Rp) / TAHUN
Bantuan tetap	500.000,-
Bantuan anak usia dibawah 6 (enam) tahun, ibu hamil/menyusui	1.200.000,-
Bantuan anak peserta pendidikan setara SD/MI atau sederajat	450.000,-
Bantuan anak peserta pendidikan setara SMP/MTS atau sederajat	750.000,-
Bantuan anak peserta pendidikan setara SMA/MA atau sederajat	1.000.000,-
Bantuan penyandang disabilitas berat	3.100.000,-
Bantuan lanjut usia 70 tahun ke atas	1.900.000,-

**Tabel 1:** Indeks dan Komponen Bantuan Sosial PKH  
 Sumber : Pedoman Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH)  
 Kemensos RI 2016

Bantuan PKH diberikan dengan ketentuan sebagai berikut :

- Bantuan tetap diberikan per tahun.
- Bantuan tetap diberikan kepada keluarga peserta PKH yang memiliki komponen kesehatan dan/atau pendidikan. Bantuan tersebut tidak diperuntukan bagi disabilitas berat dan lanjut usia
- Bantuan diberikan kepada penerima manfaat maksimal tiga anggota keluarga yang memenuhi kriteria kepesertaan PKH.
- Bantuan komponen kesehatan hanya dihitung satu komponen (bilamana anggota keluarga terdiri dari satu atau lebih anak balita, ibu hamil/nifas, maka bantuan tetap dihitung satu).

- Jika dalam satu keluarga terdapat lebih dari tiga anggota keluarga yang memenuhi kriteria kepesertaan PKH, maka bantuan diberikan berdasarkan nilai nominal bantuan terbesar.

Seluruh anggota keluarga peserta PKH memiliki kewajiban memenuhi komitmen berdasarkan kriteria komponen masing-masing sebagai berikut:

- Kewajiban komponen kesehatan
- Peserta PKH wajib memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan.
- Peserta PKH yang dikenakan persyaratan kesehatan adalah peserta yang memiliki ibu hamil/nifas, anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD.
- Kewajiban komponen pendidikan: Peserta PKH yang memiliki anak usia 6-21 tahun diwajibkan untuk didaftarkan/terdaftar pada lembaga pendidikan dasar (SD/MI/SDLB/ SalafiyahUla/Paket A, SMP/MTs/SMLB/ Salafiyah Wustha/Paket B termasuk SMP/MTs terbuka, atau SMA/MA/Paket C termasuk SMA/MA terbuka) dan kehadiran minimal 85% dari hari belajar efektif setiap bulan selama tahun ajaran berlangsung. Apabila ada anak yang berusia 5-6 tahun yang sudah masuk sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan dikenakan verifikasi bidang pendidikan.
- Kewajiban Komponen Kesejahteraan Sosial: Penyandang Disabilitas Berat (PDB) dan lanjut usia dipastikan melakukan pemeliharaan kesehatan sesuai kebutuhan dan protokol kesehatan seperti puskesmas santun lanjut usia (jika tersedia). Pelayanan kesehatan sosial bagi PDB dan lansia diberikan dalam bentuk home care atau day care dengan perlakuan kunjungan ke rumah atau mendapatkan pelayanan harian di lembaga-lembaga pelayanan kesejahteraan sosial yang ada.
- Penyandang disabilitas berat melakukan pemeliharaan kesehatan sesuai kebutuhan. Pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui kunjungan ke rumah (*home care*).
- Lansia melakukan pemeriksaan kesehatan sesuai kebutuhan. Pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan atau mengunjungi puskesmas santun lanjut usia (jika tersedia). Lansia harus dipastikan mengikuti kegiatan sosial di fasilitas pelayanan kesejahteraan sosial melalui kegiatan *day care* dan mengikuti berbagai kegiatan yang dibutuhkan. Lansia yang mengalami kesulitan mengikuti *day care* dapat mengikuti kegiatan *home care* dengan pendamping lansia mendatangi ke rumah.

Selain itu, pihak penerima PKH juga bisa mendapatkan sanksi, sanksi dalam hal penangguhan dan pembatalan diberlakukan apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dengan ketentuan :

- a. Tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial sesuai dengan protokol yang berlaku di setiap fasilitas layanan secara rutin setiap bulannya berupa pengurangan nominal bantuan sebesar 10% pada setiap tahapan penyaluran bantuan.
- b. Jika tiga bulan berturut-turut seluruh anggota keluarga peserta PKH tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas layanan kesehatan dan/ataupendidikan sesuai dengan protokol yang berlaku di setiap fasilitas layanan maka pengurangan nominal bantuan sebesar 100% atau tidak mendapatkan bantuan akan tetapi masih menjadi peserta PKH.
- c. Jika enam bulan berturut-turut seluruh anggota keluarga peserta PKH tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas layanan kesehatan dan pendidikan sesuai dengan protokol yang berlaku di setiap fasilitas layanan, maka akan dikeluarkan dari kepesertaan PKH secara permanen meskipun masih memenuhi kriteria PKH.
- d. Khusus bagi daerah pengembangan yang infrastruktur pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial belum memadai maka penerapan sanksi akan dilakukan secara bertahap.
- e. Jika dalam tiga kali siklus penyaluran bantuan berturut-turut atau selama sembilan bulan peserta PKH tidak mengambil bantuan, maka dikeluarkan dari kepesertaan PKH.
- f. KM terbukti tidak memenuhi kriteria sebagai peserta PKH, maka dikeluarkan dari kepesertaan PKH.
- g. Peserta PKH yang telah dikeluarkan kepesertaannya, tidak dapat diajukan kembali sebagai Peserta PKH.

Anggota Keluarga	Tidak Memenuhi Komitmen			Ket
	1 bulan	2 bulan	3 bulan	total
Seluruh	10%	10%	10%	100%
Sebagian/ Tanggung Renteng	10%	10%	10%	30%

Ket:  
 - Bagi peserta PKH yang berturut-turut yang tidak memenuhi komitmen seluruhnya maka bantuan tidak di berikan, tetapi status kepesertaannya masih tetap  
 - Bagi peserta PKH yang sebagian AK (anggota keluarga) tidak memenuhi komitmen maka bantuan dikurangi sebesar 10% setiap bulan dari bantuan pertahap

**Tabel 2: Mekanisme Pengurangan Bantuan**

Sumber : Pedoman Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH)  
Kemensos RI 2016

Bagi pendamping yang KM dampungannya tidak memenuhi kondisionalitas akan diberikan sanksi dapat berupa:

- a. Teguran secara lisan maupun tertulis
- b. Penundaan pembayaran honorarium
- c. Penghentian kontrak kerja

### **C. Implementasi PKH Kupang.**

PKH di luncurkan pertama Kali tahun 2007 di Indonesia yang mencakup 7 Provinsi yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Gorontalo, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Sumatera Barat dan NTT (Kota Kupang). Untuk Kota Kupang sampai dengan 2018 ini tercatat jumlah peserta sebanyak 6.019 yang masih aktif , setelah dikurangi dengan peserta yang sudah graduasi/keluar atau dikeluarkan baik karena penilaian bahwa kk tersebut sudah mampu, keluar secara alami karena sudah tidak lagi memiliki komponen atau dikeluarkan karena melanggar Komitmen kepesertaan. (*Sumber : Sekretariat UPPKH Kota Kupang, 2018*).

Penulis akan menguraikan analisis berdasarkan 4 (Empat) variabel implementasi kebijakan George Edward III yaitu Komunikasi (Communications), Sumber Daya (resources), Sikap (dispositions atau attitudes) dan Struktur Birokrasi (bureaucratic structure).

#### **a. Komunikasi (Communications)**

Komunikasi sangat penting dalam kehidupan manusia pada umumnya untuk membantunya berinteraksi dengan sesama, karena manusia tercipta sebagai makhluk sosial. Begitupun didalam dunia kerja, faktor komunikasi memegang peranan penting dalam dunia kerja. Komunikasi yang berjalan baik, apakah antara atasan dan bawahan, sesama bawahan maupun dengan para mitra, akan mempermudah dan memperlancar urusan pekerjaan. Dalam program Keluarga Harapan (PKH) komunikasi mejadi sangat penting dan memegang kunci penting karena interaksi sesama pendamping, pendamping dan operator, pendamping dan para stakeholder (aparap pemerintah, mulai dari level kabupaten sampai RT, dengan masyarakat peserta PKH, serta instansi terkait seperti Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, petugas Bayar seperti Pos dan Bank dll) akan sangat menentukan keberhasilan dari pelaksanaan program Keluarga Harapan (PKH).

Masalah yang sering terjadi masalah dilapangan pada saat pelaksanaan kegiatan PKH adalah komunikasi yang tidak berjalan baik antara pendamping dengan aparat kecamatan dan desa/kelurahan termasuk yang terjadi di Kecamatan Kelapa Lima Kota Kupang. Hal ini terjadi karena ada perbedaan pemahaman antara pendamping PKH

dengan para aparat di level kelurahan dalam menafsirkan aturan dari kementerian sosial.

Berdasarkan Keputusan Direktur Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI nomor : 438/SK/LJS.JS.TU/08/2015 tentang pengangkatan Pendamping Program Keluarga Harapan, point keempat menjelaskan bahwa Pendamping PKH wajib memegang teguh prinsip kode etik pegawai non organik UPPKH dan pada point keempat item nomor 6 ditegaskan bahwa “menjaga kerahasiaan yang menyangkut kebijakan negara dan tidak memberikan data kepesertaan PKH, baik lisan maupun tertulis kepada pihak lain kecuali mendapat izin dari kementerian sosial.

Aturan ini dalam pemahaman pendamping PKH adalah data tentang peserta PKH hanya boleh diketahui oleh pendamping, operator dan pihak Dinas Sosial serta para peserta PKH yang bersangkutan. Tetapi hal ini berbeda dalam pandangan aparat pemerintah, bagi aparat pemerintah setempat dari level Camat sampai RT, bagi mereka ketika ada pendamping PKH yang melakukan pendataan ulang/Validasi peserta PKH berdasarkan data yang telah dirilis dari pusat maka sebagai aparat pemerintah setempat, mereka harus diberi tahu tentang siapa-siapa warga yang menerima bantuan PKH, sehingga mereka bisa memberikan penilaian dan masukan, Apakah yang bersangkutan memang layak menerima bantuan atau tidak, sebab sebagai Camat, Lurah ataupun RT mereka merasa lebih tau akan kondisi ekonomi warga . Tapi pendamping selalu mengelak dengan mengatakan data ini rahasia. Ini kadang menimbulkan masalah dilapangan, karena ada warga yang menurut aparat pemerintah layak mendapat bantuan PKH tapi namanya tidak ada dalam rilis pusat, sedangkan ada warga yang seharusnya tidak menerima bantuan tapi namanya justru keluar sebagai penerima bantuan, ini yang kadang menimbulkan polemik. Sehingga kedepan untuk perekrutan peserta PKH terlepas dari apapun mekanismenya, aparat pemerintah dari level kecamatan, kelurahan sampai RT minta agar harus dilibatkan agar terjadi sinergi data. sebab kalau tidak maka akan tercipta rkesan para pendamping berjalan sendiri dan mengabaikan aparat pemerintah setempat. Sehingga kedepan perlu dilakukan perbaikan komunikasi antara pendamping pkh dengan para stakeholder terkait, lebih khusus dengan aparat pemerintah agar tercipta sinergisitas yang baik.

**b. Sumber Daya (resources)**

Keberhasilan pelaksanaan PKH mempunyai hubungan yang signifikan dengan keberadaan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang bertugas memberikan pendampingan dan pelayanan pelaksanaan PKH. Peran SDM PKH dalam pelaksanaan PKH turut mempengaruhi

efektivitas keberhasilan PKH. Oleh karena itu dibutuhkan SDM tenaga Pendamping dan operator PKH yang memiliki standar kompetensi yang tepat pada aspek pengetahuan, sikap, dan keterampilan, serta memiliki komitmen, dedikasi, dan integritas yang mendukung keberhasilan tujuan pelaksanaan PKH.

Mengingat pentingnya peran SDM PKH dalam mencapai keberhasilan PKH, maka diperlukan proses seleksi yang dilakukan dengan benar, obyektif, transparan dan akuntabel. Untuk itu diperlukan Pedoman Operasional Seleksi SDM PKH yang bisa menjadi acuan bagi para petugas seleksi.

Pedoman Operasional Seleksi SDM PKH disusun dengan output yaitu tersedianya SDM PKH yang memiliki kompetensi yang layak serta mampu menjalankan peranannya dengan baik sehingga dapat mendukung terhadap pencapaian tujuan akhir PKH yaitu memutus mata rantai kemiskinan antar-generasi. Sedangkan outcome yang ingin diperoleh adalah terwujudnya persepsi dan pemahaman yang sama bagi pelaksana seleksi di daerah kabupaten/kota, provinsi maupun di pusat dengan administrasi yang akuntabel sebagai bentuk pertanggung jawaban pelaksanaan seleksi yang obyektif dan transparan. Para calon pendamping dan operator PKH harus memenuhi persyaratan umum dan persyaratan khusus antara lain :

- **Persyaratan Umum**

- a) Warga Negara Indonesia;
- b) Tidak berkedudukan sebagai CPNS/PNS/TNI/POLRI;
- c) Siap dan bersedia bekerja penuh waktu serta ditempatkan pada wilayah sesuai dengan kebutuhan PKH;
- d) Tidak berkedudukan sebagai pengurus, anggota dan atau berafiliasi Partai Politik;
- e) Tidak pernah dan atau sedang tersangkut kasus hukum baik pidana maupun perdata;
- f) Bagi Pendamping usia Minimal 19 (sembilan belas) tahun maksimal 45 (empat puluh lima) tahun pada saat seleksi;
- g) Bagi Operator usia maksimal 45 (empat puluh lima) tahun pada saat seleksi;
- h) Bagi Koordinator Kabupaten/Kota, Supervisor/koordinator Wilayah, Koordinator Regional dan Tenaga Ahli usia maksimal 55 (lima puluh lima) tahun pada saat seleksi;
- i) Bebas dari Narkoba dan Zat Adiktif lainnya;
- j) Sehat jasmani dan rohani;
- k) Lulusan Perguruan Tinggi atau Sekolah yang program studinya terakreditasi bagi pendidikan Sarjana, Diploma IV, Diploma III dan SMK;

- l) Tidak terikat kontrak kerja dengan pihak lain;
  - m) Mampu mengoperasikan komputer dan menggunakan aplikasi pengolahan data perkantoran;
  - n) Bersedia menandatangani Pakta Integritas apabila terpilih menjadi SDM Kessos PKH Tahun 2016;
  - o) Mengikuti seluruh tahapan seleksi.
- **Persyaratan Khusus**
    - a) **Persyaratan Khusus Pendamping**
      1. Pendidikan Diploma IV/Sarjana Pekerjaan Sosial/ Kesejahteraan Sosial:
        - a) Mengikuti pelatihan di bidang pekerjaan sosial dan penyelenggaraan kesejahteraan sosial;
        - b) Memiliki pengalaman praktek pekerjaan sosial/pelayanan kesejahteraan sosial.
      2. Pendidikan Sarjana dan Diploma di bidang ilmu-ilmu sosial terapan diutamakan:
        - a) Mengikuti pelatihan di bidang pekerjaan sosial dan penyelenggaraan kesejahteraan sosial;
        - b) Memiliki pengalaman praktek pekerjaan sosial/pelayanan kesejahteraan sosial.
      3. Pendidikan Sarjana atau Diploma di bidang sosial, diutamakan:
        - a) Mengikuti pelatihan di bidang pekerjaan sosial dan penyelenggaraan kesejahteraan sosial;
        - b) Memiliki pengalaman praktek pekerjaan sosial/pelayanan kesejahteraan sosial.
      4. Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) Kesejahteraan Sosial / Pekerjaan Sosial/ Keperawatan, diutamakan :
        - a) Mengikuti pelatihan di bidang pekerjaan sosial dan penyelenggaraan kesejahteraan sosial;
        - b) Memiliki pengalaman praktek pekerjaan sosial/pelayanan kesejahteraan sosial.
    - b) **Persyaratan Khusus Operator**
      1. Pendidikan Diploma/Sarjana di bidang Komputer/Informatika:
        - a) Mengikuti pelatihan di bidang komputer/pengolahan data dan internet;
        - b) Mengikuti praktek pekerjaan di bidang komputer/ pengolahan data dan internet.
      2. Pendidikan Diploma/Sarjana di bidang Statistik/Teknik, diutamakan :

- a) Mengikuti pelatihan di bidang komputer/pengolahan data dan internet;
  - b) Mengikuti praktek pekerjaan di bidang komputer/pengolahan data dan internet.
3. Pendidikan Diploma/Sarjana di bidang selain di bidang Komputer, Informatika, Statistik atau Teknik, diutamakan :
- a) Mengikuti pelatihan di bidang komputer/pengolahan data dan internet;
  - b) Mengikuti praktek pekerjaan di bidang komputer/pengolahan data dan internet.

Kualifikasi tenaga pendamping dan operator yang direkrut ini lanjut beliau dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi dan situasi masyarakat. Masyarakat sekarang sudah cerdas sehingga kita membutuhkan tenaga khususnya pendamping yang handal dan memiliki kemampuan dalam menyelesaikan segala persoalan yang timbul di masyarakat, karena pendamping adalah ujung tombak yang menyelesaikan persoalan PKH dilapangan sebelum dibawa ke tingkat kecamatan dan Kabupaten Kota. Apalagi jika dia harus turun dan berkoordinasi dengan pihak fasdik (fasilitas pendidikan)/sekolah, dia harus berhadapan dengan kepala sekolah dan para guru yang rata-rata adalah sarjana, kalau kapasitas pendamping tidak memadai maka dia akan kesulitan menjelaskan ketika muncul banyak pertanyaan. Oleh karena disamping kualifikasi yang telah dipaparkan diatas, setiap pendamping dan operator yang telah lulus juga diberikan Bimtek dan Diklat untuk lebih memahami tugas dan fungsinya sebagai pendamping dan operator PKH.

**c. Sikap (*dispositions atau attitudes*)**

Dalam pelaksanaan pekerjaan PKH, terjadi banyak interaksi , baik interaksi antar sesama pendamping, pendamping dan operator, maupun pendamping dengan para stake holder lain seperti aparat kelurahan, maupun para petugas fasilitas kesehatan (faskes) seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu/Pustu dan posyandu serta petugas Fasilitas pendidikan (fasdik) / sekolah. Dalam proses interaksi ini sikap memegang peran kunci bagi keberhasilan proses interaksi ini. Para pendamping harus menjaga sikap dalam proses komunikasi, baik dengan para peserta PKH maupun dengan para petugas faskes dan fasdik serta para stakeholder yang lain. Karena sikap pendamping yang baik akan berimbas pada baik pula sikap para stake holder pada pendamping.

Sikap para petugas faskes dan fasdik yang sangat bersahabat dan koperatif ini mendukung kerja pendamping sehingga pekerjaan



yang dilakukan bisa terlaksana dengan baik dan mencapai hasil yang diharapkan. Seterlah data verifikasi didapat maka data itu diserahkan kepada operator untuk di input secara online. Para operator juga sangat kooperatif, karena begitu data masuk, mereka tidak menunda tapi langsung menginput data yang masuk dari pendamping, dengan memprioritaskan data yang duluan masuk maka itu yang duluan di input.

Masyarakat peserta PKH juga sangat kooperatif dan baik sehingga memudahkan para pendamping memperoleh data yang diperlukan. kooperatifnya para peserta PKH ini bisa terjadi karena pendekatan dan sikap kekeluargaan yang ditunjukkan oleh pendamping, sehingga hubungan yang terbangun antara pendamping PKH dan peserta PKH tidak sebatas hubungan kerja tapi sudah seperti hubungan kekeluargaan.

d. ***Struktur Birokrasi (Bureucratic Structure)***

Batas waktu untuk validasi awal calon peserta PKH dan verifikasi komitmen peserta PKH yang terbatas, sementara birokrasi yang panjang terjadi di Faskes dan Fasdik, itu sangat menyulitkan pendamping dalam melakukan verifikasi tepat waktu.

Biasanya dalam validasi awal waktu yang diberikan hanya 1 bulan, dan itu sangat menyulitkan karena harus memvalidasi data calon peserta sebanyak 3 sampai 5 kelurahan, belum lagi kalau birokrasi dengan petugas kelurahan yang berbelit-belit sehingga sangat menyulitkan pendamping untuk menyelesaikan validasi tepat waktu. Sedangkan untuk sekali verifikasi, batas waktu yang diberikan cuma 2 minggu, dan itu cukup menyulitkan karena hasil verifikasi harus mengetahui pejabat berwenang dari faskes dan fasdik, kalau mereka berhalangan atau sedang bertugas maka data yang sudah ada belum bisa di input karena tidak ada pengesahan, sehingga kalau terjadi pemeriksaan maka akan dianggap data fiktif/rekayasa dan itu akan membuat pendamping kena sangsi.

Operator juga kesulitan, ketika pendamping terlambat memasukan data, batas waktu data verifikasi yang harus di input secara online cuma 2 minggu, kalau pendamping terlambat memasukan data akibat kendala dilapangan, maka data yang masuk tidak bisa kita input karena verifikasinya sudah di tutup dan itu jelas akan berimbas pada jumlah/volume bantuan yang diterima oleh setiap peserta PKH. Singkatnya waktu pelaksanaan validasi awal menyebabkan banyak peserta yang tidak terakomodir masuk peserta PKH, karena pendamping kesulitan menjangkau dan mencari alamat yang bersangkutan.

Kendala waktu verifikasi seperti ini juga menimbulkan salah paham antara pendamping dan peserta PKH, para peserta PKH tidak peduli soal jalur birokrasi seperti ini, mereka akan menuntut kalau komponen mereka sudah berubah sesuai data verifikasi terakhir maka dia akan menuntut bahwa dia harus menerima bantuan sesuai dengan data terakhir, apakah data itu sudah diinput atau tidak bukan urusan para peserta, Ini yang kadang menimbulkan persoalan dilapangan.

## **KESIMPULAN**

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan sebuah program bantuan tunai bersyarat kepada keluarga miskin (KM), atau dalam istilah internasional dikenal dengan *Conditional Cash Transfers (CCT)*. PKH masuk di luncurkan pertama kali tahun 2007 di Indonesia yang mencakup 7 Provinsi yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Gorontalo, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Sumatera Barat dan NTT (Kota Kupang). Untuk Kota Kupang sampai dengan 2018 ini tercatat jumlah peserta yang masih aktif sebanyak 6.019 peserta. Peserta yang masuk menjadi anggota PKH harus memiliki komponen pendidikan (anak sekolah SD, SMP, SMA) dan komponen kesehatan (Balita, Ibu Hamil, Lansia dan Disabilitas). Para peserta PKH yang tidak memenuhi komitmen saat dilakukan verifikasi maka akan dikenakan sanksi berupa pengurangan jumlah bantuan pada bulan berjalan. Komunikasi yang baik lintas sektoral akan sangat membantu kelancaran kegiatan PKH. Disamping itu waktu validasi dan verifikasi sebaiknya ditinjau kembali agar memudahkan dan memberi ruang kerja-kerja pendamping demi mendapatkan data yang maksimal.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Badjuri Abdulkahar, Teguh Yuwono. (2003). *Kebijakan Publik Konsep dan Strategi*. FISIP UNDIP: Semarang.
- Edward III, George C. (1980). *Implementing Public Policy*. Congressional Quarterly Press: Washington.
- Lester, James P. and Joseph Stewart, (2000). *Public policy : An Evolutionary Approach*. Wadsworth, Second Edition: Australia.
- Pedoman pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH)*. (2016). Kementerian Sosial RI.
- Solichin, Abdul Wahab. (2004). *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara: Edisi Kedua*. Bumi Aksara: Jakarta.
- Wibawa, Samodra. (1994). *Evaluasi Kebijakan Publik*. PT Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Van Horn ,Carl & Van Meter, Donal. (1975), *Model-model dalam Kebijakan Implementasi*. Yogyakarta.
- Winarno, Budi. (2007). *Kebijakan Publik : Teori dan Proses edisi Revisi*. Media Presindo: Yogyakarta.