

IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DI DESA MARON KECAMATAN KADEMANGAN KABUPATEN BLITAR

Antriya Eka Suwinta

12040674216 (Prodi S1 Ilmu Administrasi Negara, FISH, UNESA) ekaantriya8@gmail.com

Indah Prabawati

0029077404 ((Prodi S1 Ilmu Administrasi Negara, FISH, UNESA) prabawatiindah@yahoo.co.id

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui capaian implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif. Teknik pengumpulan data yang digunakan berupa teknik wawancara, pengamatan dan dokumentasi, teknik wawancara digunakan untuk memperoleh data yang mendalam dari narasumber. Teknik pengamatan digunakan untuk memastikan keadaan yang sebenarnya di lapangan. Teknik dokumentasi digunakan untuk memperoleh data-data dan informasi-informasi berupa arsip atau foto mengenai implementasi PKH di Desa Maron. Informan penelitian sebanyak 20 orang yang meliputi dari 12 pelaksana maupun 8 dari pihak kelompok sasaran. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi PKH di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar kurang berhasil. Hal ini dikarenakan walaupun serangkaian tahapan yang berjalan dengan lancar, sumberdaya yang dimiliki meliputi staf, kewenangan, informasi dan fasilitas maupun kemampuan pelaksana (disposisi) PKH di Desa Maron juga telah memberikan kontribusi pada pelaksanaan PKH dan para pelaksana di Desa Maron juga telah menjalankan tugas sesuai dengan *Standard Operational Procedures* (SOP's) serta melakukan pembagian tata kerjanya dengan baik namun demikian dalam implementasi PKH di Desa Maron masih ditemui kendala antara lain kurang sadarnya peserta PKH terhadap inti sari PKH dan arti pentingnya PKH bagi kehidupan peserta PKH, permasalahan *intern* antara pelaksana pusat dan daerah serta permasalahan fanatime bidan.

Kata Kunci : Implementasi, Program Keluarga Harapan (PKH)

Abstract

This study aims to determine the achievements of the implementation of the Program Keluarga Harapan (PKH) in the village of Maron District of Kademangan Blitar. This study used a qualitative approach deskriptif. Data collection techniques used in the form of interview, observation and documentation, interview techniques used to obtain in-depth data source. Observation technique used to ensure the real situation on the ground. Documentation techniques used to obtain data and information in the form of files or photos on the implementation of CCT in the village of Maron. The informants were 20 people covering from 12 implementers and 8 of the target group. The results showed that the implementation of the CCT in the village of Maron District of Kademangan Blitar less successful. This is because although a series of stages went well, available resources include staff, authority, information and facilities as well as the ability executor (disposition) PKH in the village of Maron also have contributed to the implementation of the CCT and implementers in the village of Maron also had stints in accordance Standard Operational Procedures (SOP's) and do the distribution system works well however in the implementation of CCT in the village of Maron still encountered obstacles, among others less conscious participants of CCT to the essence of CCT and the importance of CCT to the lives of participants PKH, the problem internally between the implementing centers and fanatime problem areas as well as a midwife.

Keywords: Implementation, Program Keluarga Harapan (PKH)

PENDAHULUAN

Permasalahan kemiskinan menjadi perhatian pemerintah pusat dan pemerintahan daerah. Salah satu faktor penyebab ketertinggalan dan penghambat dalam pembangunan suatu bangsa adalah tingginya angka kemiskinan. Kemiskinan dapat menimbulkan dampak yang bersifat menyebar (*multiplier effects*) terhadap

tatanan kemasyarakatan secara menyeluruh. Kemiskinan merupakan muara dari masalah sosial lainnya (Purwanto, dkk 2013: 80).

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) angka kemiskinan di Indonesia dalam kurun waktu lima tahun terakhir yaitu antara tahun 2009 hingga tahun 2014 mengalami penurunan. BPS mencatat angka kemiskinan

pada 2009 mencapai 32,53 juta orang (14,15%) dan jumlahnya cenderung menurun hingga pada Maret 2014 hanya sebesar 28,28 juta orang (11,25%) sehingga angka penurunannya hanya sekitar 4 juta orang, sementara jumlah penduduk miskin di Indonesia per September 2014 tercatat mencapai 27,73 juta orang (10,96%) walaupun lebih rendah tetapi terlihat penurunannya sangat kecil (www.bps.go.id).

Huraerah yang dikutip oleh Purwanto, dkk (2013: 80) mempertegas bahwa,

“kebijakan pemerintah dalam rangka menanggulangi kemiskinan terlihat telah mengalami beberapa kekeliruan paradigmatis, antara lain pertama, masih berorientasi pada aspek ekonomi dari pada aspek multidimensional. Penanggulangan kemiskinan dengan fokus perhatian pada aspek ekonomi terbukti mengalami kegagalan, karena pengentasan kemiskinan yang direduksikan ke dalam soal-soal ekonomi tidak akan mewakili persoalan kemiskinan yang sebenarnya. Kedua, lebih bernuansa kemurahan hati dari pada produktivitas, padahal program penanggulangan kemiskinan seharusnya diarahkan supaya mereka menjadi produktif. Ketiga, memposisikan masyarakat miskin sebagai objek dari pada subjek. Keempat, pemerintah masih sebagai penguasa dari pada fasilitator.”

Pemerintah telah mencanangkan dan juga melaksanakan beberapa kebijakan untuk menangani kemiskinan. Misalnya di bidang pendidikan pemerintah menerapkan program Bantuan Operasional Sekolah (BOS) yang dimulai pada tahun 2005 sedangkan di bidang kesehatan pemerintah juga mempunyai AskesKin yang juga dimulai pada tahun 2005 namun pencapaian penanganan kemiskinan tersebut kurang menunjukkan hasil (Hendratno, 2010: 1).

Rawlings dan Rubio yang dikutip Hendratno (2010: 2) mengungkapkan program bantuan tunai bersyarat atau *Conditional Cash Transfers (CCT)* saat ini banyak diadopsi diberbagai negara sebagai strategi program bantuan sosial. Program bantuan tunai bersyarat telah diterapkan dinegara-negara maju seperti Amerika khususnya di New York pada tahun 2007, di India dan Brazil yang telah menyumbangkan hasil yang signifikan untuk peningkatan kualitas pendidikan, peningkatan gizi dan mengurangi kemiskinan yang akan datang.

Hal ini diperkuat oleh beberapa temuan penelitian dari jurnal internasional yang menyebutkan bahwa program CCT di India juga telah membantu pemerintah dalam memecahkan masalah kemiskinan. (Krishnan dkk, 2014: 10). Di Brazilia CCT selama lima tahun pertama program

ini, menghasilkan penurunan 9,3 persen kematian bayi secara keseluruhan, penurunan angka kematian pada usia dini di kota yang menerapkan CCT dibandingkan dengan kota yang tidak menerapkan CCT. New York, Amerika Serikat dengan program CCT telah memberikan bukti bahwa program ini ampuh dalam meningkatkan penggunaan kesehatan, preventif mengurangi kejahatan, mengurangi kemiskinan dan melindungi keluarga dari guncangan pendapatan (Shei, 2012 :1).

Menurut Hendratno (2010: 2) karakteristik utama program CCT adalah mensyaratkan perilaku yang harus dilakukan oleh penerima program dengan demikian program penanggulangan kemiskinan yang semacam ini tidak memberi bantuan secara cuma-cuma namun juga menuntut penerima bantuan agar melaksanakan kewajiban yang disyaratkan. Program penanggulangan yang semacam ini berbeda dari kebijakan sebelumnya yang hanya memberi secara cuma-cuma namun juga mensyaratkan penerima bantuan mampu memenuhi syarat-syarat yang telah ditentukan yang merupakan tujuan dasar dari program CCT, kemudian setelah penerima bantuan mampu memenuhi kewajibannya barulah penerima bantuan berhak atas bantuan tunai tersebut. Hal inilah yang membuat program bantuan ini menjadi berbeda karena dalam pelaksanaannya penerima bantuan diarahkan dan diberikan kesadaran tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan dasar seperti kesehatan dan pendidikan bukan terbatas hanya pada pemberian bantuan semata.

Adopsi program CCT di Indonesia adalah Program Keluarga Harapan (PKH) (Syamsir, 2014: 17). PKH adalah program perlindungan sosial melalui pemberian uang tunai kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM) atau Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM), selama keluarga tersebut memenuhi kewajibannya. PKH diarahkan untuk membantu kelompok sangat miskin dalam memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatan, selain memberikan kemampuan kepada keluarga untuk meningkatkan pengeluaran konsumsi. PKH diharapkan dapat mengubah perilaku Keluarga Sangat Miskin untuk memeriksakan ibu hamil / Nifas / Balita ke fasilitas kesehatan, dan mengirimkan anak ke sekolah dan fasilitas pendidikan sedangkan dalam jangka panjang, Program Keluarga Harapan (PKH) diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar-generasi (www.kemsos.go.id).

Tujuan umum PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta mengubah perilaku yang kurang mendukung peningkatan kesejahteraan dari kelompok paling miskin. Secara khusus, tujuan PKH adalah:

1. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi peserta PKH.

2. Meningkatkan taraf pendidikan peserta PKH.
3. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil (bumil), ibu nifas, bawah lima tahun (balita) dan anak prasekolah anggota Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM)/Keluarga Sangat Miskin (KSM) (www.kemsos.go.id).

Landasan hukum yang mendasari adanya Program Keluarga Harapan (PKH) antara lain :

1. Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional,
2. Undang-undang nomor 13 Tahun 2011 tentang penanganan Fakir Miskin,
3. Peraturan Presiden nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan,
4. Inpres nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan poin lampiran ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan,
5. Inpres nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi poin lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat Bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM) Sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).
6. Keputusan Direktur Jenderal Direktur Bantuan dan Jaminan Sosial Nomor BJS/85/05/04/V/2009 tentang Pedoman Umum Program Keluarga Harapan tahun 2009 (www.kemsos.go.id).

Dasar pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) antara lain :

1. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku ketua Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan, No: 31/KEP/MENKO/-KESRA/IX/2007 tentang "Tim Pengendali Program Keluarga Harapan" tanggal 21 September 2007,
2. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 02A/HUK/2008 tentang "Tim Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Tahun 2008" tanggal 08 Januari 2008,
3. Keputusan Gubernur tentang "Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) Provinsi/TKPKD",
4. Keputusan Bupati/Wali kota tentang "Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) Kabupaten/Kota/TKPKD" dan Surat Kesepakatan Bupati untuk Berpartisipasi dalam Program Keluarga Harapan.

Adapun pelaksana dari PKH sebagai program nasional adalah Kementerian Sosial yang bersinergi dengan Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Pendidikan dan Kementerian Informasi dan

Komunikasi. Kemudian ditingkat provinsi ada Unit Pengendali Program Keluarga Harapan (UPPKH) Provinsi dibawah tanggungjawab Dinas Sosial Provinsi, sedangkan di tingkat Kabupaten/Kota ada UPPKH kabupaten/Kota (TNP2K, 2012).

Kelompok sasaran atau penerima bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) adalah KSM atau RTSM yang memiliki:

1. Memiliki ibu hamil/nifas.
2. Memiliki anak balita atau anak pra sekolah.
3. Memiliki anak usia SD dan/atau SLTP dan/atau anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.

Program Keluarga Harapan (PKH) juga diterapkan di Kabupaten Blitar. Program Keluarga Harapan (PKH) ini telah dilaksanakan di semua Kecamatan se-Kabupaten Blitar yaitu Kecamatan Wonotirto, Kecamatan Bakung, Kecamatan Kademangan, Kecamatan Kanigoro, Kecamatan Sutojayan, Kecamatan Panggungrejo, Kecamatan Binangun, Kecamatan Wates, Kecamatan Selopuro, Kecamatan Selorejo, Kecamatan Doko, Kecamatan Kesamben, Kecamatan Wlingi, Kecamatan Gandusari, Kecamatan Talun, Kecamatan Garum, Kecamatan Nglegek, Kecamatan Sanankulon, Kecamatan Udanawu, Kecamatan Wonodadi, Kecamatan Ponggok, dan Kecamatan Srengat.

Peneliti memilih Kecamatan Kademangan sebagai objek penelitian karena Kecamatan Kademangan adalah satu-satunya Kecamatan se Kabupaten Blitar yang inovatif dalam penerapan Program Keluarga Harapan (PKH). Kecamatan Kademangan adalah pemilik program bank sampah yang mana program tersebut adalah embrio dari Program Keluarga Harapan (PKH). Kecamatan Kademangan membawahi 15 desa.

Berdasarkan data pendamping se Kecamatan Kademangan, jumlah peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang terbanyak adalah Desa Dawuhan sedangkan yang paling sedikit adalah Desa Bendosari. Peneliti justru memilih Desa Maron sebagai objek untuk diteliti dikarenakan masalah implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Maron lebih kompleks walaupun jumlah peserta Program Keluarga Harapan (PKH) paling sedikit kedua setelah Desa Bendosari.

Berdasarkan uraian di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar. Adapun tujuan penelitian ini adalah mengetahui implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar. Kemudian manfaat dalam penelitian ini (1) untuk peneliti, memberikan referensi, menumbuhkan semangat dan pengalaman untuk penelitian yang akan datang, (2) untuk

universitas, menambah bahan rujukan mengenai kajian kebijakan publik, (3) untuk pelaksana kebijakan, emberikan kontribusi berupa poin-poin implementasi yang mungkin perlu adanya langkah perbaikan untuk kebaikan Program Keluarga Harapan (PKH) ini.

Berdasarkan masalah implementasi maka penelitian ini sesuai dengan model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh George C. Edward III (Agustino, 2012:151) yang mengatakan ada empat variabel atau faktor yang paling krusial dalam implementasi kebijakan publik, pertama adalah komunikasi yang baik antara pelaksana level atas dengan level bawah serta para penerima kebijakan. Kedua adalah sumber daya yang cukup, seperti sumber daya manusia, informasi, keuangan dan peralatan. Ketiga adalah disposisi atau sikap dari pelaksana program juga insentif yang diterima oleh pelaksana. Keempat adalah struktur birokrasi yang jelas yaitu terkait dengan fragmentasi atau pembagian kewenangan dan tata urusan atas struktur birokrasi. Dengan menggunakan teori Edward III maka akan menggambarkan implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) yang ada di Desa Maron.

METODE

Penelitian yang berjudul implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar menggunakan metode kualitatif deskriptif. Subjek penelitian dipilih secara *puspositive sampling* yaitu salah satu cara pemilihan informan yang dengan mempertimbangkan hal tertentu misalnya orang tersebut dianggap paling mengerti terhadap program (Sugiyono, 2010: 219). Informan penelitian ini berjumlah 20 orang yang terdiri dari 12 orang dari pihak pelaksana dan 8 orang dari pihak kelompok sasaran. Pemilihan informan dilakukan hingga mencapai titik jenuh. Teknik pengumpulan data menggunakan tiga teknik yaitu teknik wawancara, observasi (pengamatan) dan dokumentasi. Teknik wawancara yang dilakukan dengan setiap informan digunakan untuk memperoleh data atau informasi yang mendalam dan dapat dipertanggungjawabkan mengenai implementasi PKH di Desa Maron. Teknik pengamatan pada setiap kegiatan implementasi PKH digunakan untuk memperoleh gambaran sesuai keadaan lapangan tentang implementasi PKH Di Desa Maron. Teknik dokumentasi digunakan untuk memperoleh data dan juha informasi yang berupa foto-foto maupun arsip-arsip yang memperkuat gambaran implementasi PKH di Desa Maron.

HASIL DAN PEMBAHASAN

PKH di Kabupaten Blitar

Program Keluarga Harapan (PKH) yang mulai diterapkan di Indonesia sejak tahun 2007. PKH ini merupakan produk kebijakan untuk menanggulangi permasalahan sosial milik Kementerian Sosial. Pada tahun pertama diterapkannya PKH daerah-daerah yang mejadi tempat percontohan yaitu antara lain DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Timur dan juga Gorontalo. Daerah-daerah inilah yang dipercaya oleh pemerintah untuk menyediakan berbagai fasilitas untuk menunjang implementasi PKH agar tujuan yang hendak dicapai bisa tereliasasi dengan cepat dan mudah.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya implementasi kebijakan PKH ini sudah diterapkan sejak tahun 2007 salah satunya di Provinsi Jawa Timur. Salah satu kabupaten di Jawa Timur adalah Kabupaten Blitar, namun Kabupaten Blitar baru melaksanakan PKH pada tahun 2012. Hal ini dikarenakan Kabupaten Blitar sebagai salah satu kabupaten di Jawa Timur tidak mendapat pemberitahuan resmi dari pihak Provinsi Jawa Timur. Kabupaten Blitar dengan inisiatif sendiri mencari info mengenai persyaratan pelaksanaan PKH dan segera mengirimkan berkas-berkas yang menjadi persyaratan PKH kepada pihak Provinsi Jawa Timur pada tahun 2011. Akhirnya pihak provinsi menyetujui proposal pelaksanaan PKH di Kabupaten Blitar pada awal tahun 2012. Setelah melalui beberapa tahapan seperti pembentukan tim koordinasi PKH, koordinasi PKH dan didapatkan pendamping dan operator yang bersedia melakukan pendampingan dan pengimputan data barulah PKH resmi dilaksanakan disemua kecamatan di Kabupaten Blitar yaitu sebanyak 22 kecamatan termasuk Kecamatan Kademangan.

PKH di Desa Maron

Deskripsi Desa Maron

Secara geografis Desa Maron terletak pada posisi 7°21'-7°31' Lintang Selatan dan 110°10'-111°40' Bujur Timur. Topografi ketinggian desa ini adalah berupa daratan sedang yaitu sekitar 274 m di atas permukaan air laut. Jarak tempuh Desa Maron ke ibukota kecamatan adalah 7 km, yang dapat ditempuh dengan waktu 15 menit sedangkan jarak tempuh ke ibukota kabupaten adalah 24 km yang dapat ditempuh dengan waktu sekitar 45 menit.

Berdasarkan data Administrasi Desa tahun 2015, jumlah penduduk Desa Maron adalah terdiri adalah 1836 Kartu Keluarga (KK), dengan jumlah total 5.335 jiwa dengan rincian 2.738 laki-laki dan 2.797 perempuan. Tingkat kemiskinan di Desa Maron termasuk tinggi. Dari jumlah keseluruhan KK yaitu 1.836 KK, sejumlah 447 tercatat sebagai Pra Sejahtera, 315 KK tercatat sebagai KK Sejahtera I, 384 tercatat sebagai KK Sejahtera II, 98 KK tercatat sebagai KK Sejahtera III, dan 12 KK tercatat

sebagai KK Sejahtera plus. Jika golongan KK Sejahtera dan KK golongan I digolongkan golongan miskin maka sekitar 60,66 % KK Desa Maron adalah Keluarga Miskin. Adapun jumlah prasarana pendidikan di Desa Maron dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Prasarana Pendidikan Desa Maron

Nomor	Nama Prasarana	Jumlah
1.	PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini)	1
2.	TK (Taman Kanak-Kanak)	2
3.	SD (Sekolah Dasar)	3
4.	SMP (Sekolah Menengah Pertama)	2
Jumlah Total		8

Sumber : Data Monografi Desa Maron, 2015

Adapun prasarana kesehatan Desa Maron adalah sebagai berikut :

Tabel. 2 Prasarana Kesehatan di Desa Maron

Nomor	Nama Prasarana	Jumlah
1.	Posyandu Lansia	6
2.	Pasyandu Balita	6
3.	Poskesdes	1
4.	Pustu	1
Jumlah Total		14

Sumber : Data Monografi Desa Maron, 2015

Tingkat pendapatan rata-rata penduduk Desa Maron adalah Rp750.000,- / bulan. Mata pencaharian penduduk Desa Maron didominasi oleh petani yaitu sejumlah 1.1916 jiwa.

Implementasi PKH di Desa Maron

George C. Edward III (Agustino, 2012:151) yang mengatakan ada empat variabel atau faktor yang paling krusial dalam implementasi kebijakan publik, pertama adalah komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap dan struktur birokrasi.

Komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Pengetahuan atas apa yang mereka kerjakan dapat berjalan apabila komunikasi berjalan dengan baik, sehingga setiap keputusan kebijakan dan peraturan implementasi dapat ditransmisikan (atau dikomunikasikan) kepada bagian personalia yang tepat. Selain itu, kebijakan yang dikomunikasikan pun harus tepat, akurat dan konsisten. Edwards III menyebutkan bahwa terdapat beberapa dimensi dalam aspek komunikasi, antara lain dimensi transmisi (*transmission*), kejelasan (*clarity*), dan konsistensi (*consistency*).

Berdasarkan hasil penelitian, proses transmisi dilakukan bukan hanya antara pihak pelaksana kepada pihak kelompok sasaran tetapi juga antara pelaksana. Setelah pelaksana inti di Kabupaten Blitar diberikan sosialisasi mengenai PKH barulah pada tahun 2012 sekitar bulan September dilakukan pertemuan awal dimana Desa Maron tergabung dalam pertemuan awal yang dilaksanakan di Kecamatan Kademangan. Bentuk dari sosialisasi pada pertemuan awal yaitu pertemuan secara *face to face* dan secara bersama-sama diberikan materi mengenai pengertian PKH, tujuan PKH, manfaat PKH, beserta materi pendukung lain yang menunjukkan kriteria masyarakat miskin yang berhak menjadi peserta PKH. Kemudian setelah ada pertemuan awal dilakukan di pertemuan di Balai Desa Maron yang mengundang semua RTSM Desa Maron. Hal ini dirasa pertemuan awal atau sosialisasi yang dilakukan di Kecamatan Kademangan tidak efektif dan sama sekali tidak memberikan pengertian PKH yang memadai bagi RTSM.

Pernyataan bahwa tidak semua RTSM yang bisa menerima PKH mengundang gejala masyarakat Desa Maron sehingga beberapa masyarakat Desa Maron melakukan protes. Pendamping kemudian mengumpulkan masyarakat yang melakukan protes dan mensosialisasikan PKH kembali. Setelah itu barulah PKH dilakukan di Desa Maron. Proses transmisi berlanjut dalam bentuk pertemuan rutin yang dilakukan pendamping PKH Desa Maron setiap satu bulan sekali di rumah ketua kelompok yaitu Ibu Nur. Melalui pertemuan rutin proses transmisi juga masih berlangsung. Proses transmisi PKH di Desa Maron tidak berhenti pada saat pertemuan rutin tetapi ketika PKH sudah dilaksanakan selama setahun akan diadakan forum *Family Development Decision* (FDS) dimana merupakan forum yang termasuk kedalam proses transmisi namun materi yang disampaikan cukup dalam. Melalui FDS peserta PKH dikumpulkan untuk disosialisasikan tujuan akhir dari PKH. Melalui FDS ini pendamping juga dituntut agar dapat memotivasi semua dampingannya sehingga setaip

dampingannya dapat berkembang pemikirannya dan tidak bergantung dengan bantuan yang diberikan oleh pemerintah.

Selain melakukan sosialisasi kepada peserta PKH tugas pendamping tidak terlepas disitu saja. Pendamping harus melakukan proses transmisi kepada pihak kesehatan dan pendidikan sebagai mitra PKH di Desa Maron. Pihak peserta PKH di bidang kesehatan maupun di bidang pendidikan mengikuti proses transmisi yang di adakan di Desa. Semua peserta PKH dibidang pendidikan maupun di bidang kesehatan tidak ada yang mengikuti pertemuan awal yang dilakukan di kecamatan di karenakan tidak tahu.

Secara umum permasalahan ketika transmisi atau proses penyaluran bantuan adalah ketika penerima program tidak faham dengan materi yang disampaikan sehingga memaksa pendamping untuk mengulang-ulang materi ditambah dengan adanya masyarakat yang bergejolak karena tidak semua masyarakat miskin mendapatkan PKH yang kemudian hal ini sangat mengganggu pelaksanaan PKH di Desa Maron. Permasalahan terkait proses transmisi juga terjadi ketika peserta PKH sampai saat ini tidak mengerti tentang PKH dan tidak menyadari mengenai pentingnya PKH bagi kehidupan peserta PKH. Keterlibatan peserta PKH dalam pelaksanaan PKH di Desa Maron hanya dikarenakan rasa takut kepada pendamping dan takut keanggotaannya sebagai peserta PKH akan dicabut. Dengan demikian tujuan PKH jangka pendek yaitu meningkatkan kesadaran peserta PKH untuk senantiasa mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan belum tercapai di Desa Maron

Menurut Edward variabel atau faktor kedua yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan adalah sumberdaya Indikator sumberdaya terdiri dari dari beberapa elemen, yaitu staf, informasi, kewenangan dan fasilitas.

Berdasarkan hasil penelitian, staf dalam pengimplementasian PKH di Desa Maron juga tidak terlepas dari peranan Dinas Sosial Kabupaten Blitar, Dinas Kesehatan, dan Dinas Keagamaan khususnya bagian dari urusan agama islam kemudian juga UPPKH Kabupaten yang bertindak sebagai penanggungjawab pada keberhasilan PKH di Desa Maron, UPPKH Kecamatan yang membawahi Desa Maron sebagai salah satu tempat diterapkannya PKH bagi masyarakat miskinnya dan juga kantor pos sebagai kantor bayar sedangkan staf di lapangan meliputi sumber daya manusia PKH di Desa Maron adalah dua pendamping. Selain itu, juga mitra dari bidang pendidikan dan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, sumber daya informasi yang dimiliki PKH antara lain produk hukum PKH dan pedoman umum PKH. Buku pedoman PKH

bukan hanya meliputi buku pedoman atau informasi-informasi PKH yang mencakup PKH secara umum namun juga terdapat buku pedoman khusus seperti buku pedoman tentang operasional penyaluran bantuan, buku pedoman operasional pendidikan, buku pedoman operasional kesehatan, buku harian para pendamping yang berisi kisah-kisah inspiratif tentang pengalaman pendamping di daerah lain yang terlebih dahulu menerapkan PKH.

Berdasarkan hasil penelitian, sumber daya kewenangan paling banyak dimiliki oleh pemerintah pusat yaitu dari mana PKH itu berasal. PKH merupakan program nasional sehingga Kementerian sosial adalah kementerian dimana PKH berasal. Wewenang penuh dimiliki oleh kementerian sosial sebagai misal dalam menentukan kelompok sasaran dan menyeleksi hingga berhak menjadi anggota PKH. Kewenangan lain yang dimiliki pusat adalah dalam rangka penyeleksian daerah mana saja yang dapat menerapkan PKH, juga berwenang dalam penentuan dana penyeleksian pendamping dan pelaksana. Kewenangan pemerintah Kabupaten Blitar hanya sebatas dapat memanfaatkan kewenangan dalam mengimbau para tim koordinasi PKH dan pelaksana dari lini paling atas hingga lini paling bawah agar selalu melakukan koordinasi terkait penerapan PKH di Kabupaten Blitar.

Pendamping hanya mempunyai kewenangan untuk memotong keanggotaan PKH apabila terbukti RTSM yang menjadi dampingannya sudah mampu. Pemotongan keanggotaan tersebut tidak mudah harus melakukan prosedur yang sulit. Sementara untuk mengganti kepengurusan PKH hanya berlaku yang masih berada pada satu KK misalnya dulu yang menjadi pengurus itu nenek, namun karena sang nenek sudah meninggal dunia dengan demikian kepengurusan bisa diubah menjadi anak si nenek atau cucu perempuannya.

Berdasarkan hasil penelitian, fasilitas yang dibutuhkan pendamping dalam menunjang keberhasilan PKH antara lain komputer untuk mengentri data yang akan dikirim ke pusat, printer untuk mencetak beberapa berkas yang dibutuhkan untuk melaksanakan PKH seperti formulir-formulir verifikasi, kamera untuk dokumentasi, *wireless* dan speaker untuk kebutuhan sosialisasi. Untuk kamera dan *wireless* sudah dimiliki oleh masing-masing kecamatan namun untuk fasilitas fisik masih ada di UPPKH Kabupaten. Sementara untuk pendamping, difasilitasi oleh kaos pendamping sebagai tanda pengenal ketika terjun ke lapangan kemudian untuk peserta PKH akan difasilitasi kartu keanggotaan PKH yang berwarna biru dan bernama sesuai nama pengurus. Fasilitas penunjang lain yang sangat menunjang penerapan PKH adalah SIM PKH. Kemudian fasilitas PKH untuk peserta

pendidikan adalah kartu (Badan Perlindungan Jaminan Sosial Penerima Bebas Iuran) BPJS PBI sedangkan untuk peserta di bidang pendidikan adalah Bantuan Siswa Miskin (BSM). Fasilitas anggaran bersumber dari dana Anggaran Penerimaan Bantuan Negara (APBN), dana Anggaran Penerimaan Bantuan Daerah (APBD) I yang bersumber dari provinsi dan APBD II yang bersumber dari kota/kabupaten.

Sumber daya entah itu sumber daya staf, wewenang, informasi maupun fasilitas yang ada dalam penerapan PKH di Desa Maron sudah sesuai yang tertulis di buku pedoman umum. Pendamping yang kompeten dengan wewenang yang dimiliki dimanfaatkan dengan baik untuk menyalurkan informasi dan memberikan fasilitas berupa uang serta fasilitas kesehatan dan pendidikan yang berhak peserta PKH di Desa Maron terima, namun fasilitas untuk peserta PKH di bidang pendidikan yaitu berupa BSM belum bisa dinikmati.

Variabel ketiga yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi kebijakan publik, bagi George C. Edward III, adalah disposisi. Disposisi atau sikap dari pelaksana kebijakan adalah faktor penting ketiga dalam pendekatan mengenai pelaksanaan suatu kebijakan publik. Jika pelaksanaan suatu kebijakan ingin efektif, maka para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, sehingga dalam praktiknya tidak terjadi bias. Variabel disposisi meliputi pengangkatan birokrat dan insentif.

Berdasarkan hasil penelitian, Pengangkatan birokrat untuk pendamping maupun operator dilakukan melalui tes dengan calon yang di ambil dari masyarakat secara umum. Pada angkatan 2012 terdapat satu kali perekrutan untuk pendamping dan operator dimana dibutuhkan sebanyak 64 pendamping dan 4 operator. Tes dilakukan secara *offline*. Perekrutan tidak dilakukan setiap tahun tetapi dilakukan sesuai dengan dengan kebutuhan sedangkan pada tahun 2015 telah dilakukan tiga kali perekrutan tetapi yang dibutuhkan hanya 4 pendamping dan dua operator. Peminatnya banyak maka dari tes dilakukan dengan rasio. Pertama itu diberlakukan rasio 1:4 karena yang dibutuhkan 1 tetapi yang ikut banyak. Penetapan rasio dimaksudkan agar peserta yang sama sekali tidak ada harapan untuk menjadi pendamping tidak berproses terlalu jauh cukup pada pemberkasan yang dilakukan kepada pusat. Jadi bagi siapa saja yang ingin mencalonkan itu mengirim data-data yang dibutuhkan, semua *discan* kemudian dikirim dengan cara *online*. Kemudian pusatlah yang menentukan empat besar yang berhak lanjut ke tes selanjutnya. Sama halnya pada perekrutan yang kedua maupun yang ketiga. Tidak berhenti pada tes, pendamping dan operator yang lolos akan diberikan diklat dan bimtek yang dimaksudkan

untuk memberikan pemahaman dan menanamkan arti penting PKH bagi masyarakat miskin. Diklat dan bimtekpun berhasil memberikan hasil bahwa dengan adanya diklat dan bimtek maka pendamping dan operator berhasil memahami PKH hingga keakar-akarnya dan menjadi sebuah produk yang siap terjun menghadapi peserta PKH di lapangan.

Berdasarkan hasil penelitian, Insentif adalah honor yang diterima pelaksana sebagai umpan balik atas tanggungjawabnya menerapkan PKH. Pendamping Desa Maron mengakui gaji bersihnya mencapai Rp 3.000.000,- bersih diluar mendapatkan makan minum dan transport. Honor pendamping dan operator setiap bulan ada ditambah biaya operasional sebesar Rp 2.000.000,- setiap tahun untuk kecamatan yang direalisasikan untuk biaya pembelian fasilitas.

Mengenai disposisi yaitu terdiri dari pengangkatan birokrat, komitmen pelaksana dan insentif yang diterima juga sesuai dengan SOP yang ada dalam buku panduan PKH. Pengangkatan staf dilakukan dengan tes supaya mendapatkan staf yang memang mempunyai kemampuan yang tinggi dan dari situ juga didapatkan pelaksana atau pendamping yang mempunyai komitmen yang tinggi terhadap pelaksanaan PKH di Desa Maron. Kemudian jika berbicara dengan insentif juga ada yang berpendapat sepadan dan juga yang kurang adil karena tidak disesuaikan dengan daerah dampungannya dan jumlahnya.

Variabel keempat, menurut Edward III, yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi kebijakan publik adalah birokrasi. Walaupun sumber-sumber untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia, atau para pelaksana kebijakan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, dan mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu kebijakan, kemungkinan kebijakan tersebut tidak dapat terlaksana atau terealisasi karena terdapatnya kelemahan dalam struktur birokrasi. Dua karakteristik, menurut Edward III yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi atau organisasi ke arah yang lebih baik adalah melakukan *Standar Operating Procedures* (SOPs) dan melakukan fragmentasi.

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan SOPs dimulai dari pemberian data dari pusat. Data tersebut adalah data RTSM Desa Maron, kemudian melalui data RTSM tersebut pendamping mengundang untuk melakukan pertemuan awal dan validasi. Dalam pertemuan awal bukan hanya mengundang RTSM yang akan menjadi calon peserta PKH juga elemen-elemen bidan pendidikan dan kesehatan yang akan terlibat. Dalam pertemuan awal tersebut RTSM dan tamu undangan diberikan sosialisasi mengenai pengertian PKH, tujuan PKH, kriteria penerima PKH dan materi

PKH yang dianggap penting untuk disampaikan. Setelah proses validasi dan undangan yang tersisa hanya RTSM atau calon penerima PKH barulah pendamping melakukan proses validasi data. Proses validasi data adalah kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa data calon peserta PKH secara satu persatu untuk menilai kelayakan menjadi peserta PKH. Setelah proses validasi data selanjutnya adalah proses entri data yang dilakukan oleh operator PKH. Dari hasil entri data yang dikirim ke pusat akan diketahui RTSM yang berhasil lolos menjadi peserta PKH.

Setelah proses entri data dan diumumkannya peserta PKH yang lolos barulah pencairan pertama dapat dinikmati peserta PKH. Setelah pencairan pertama proses PKH masih berlanjut pada kegiatan pertemuan rutin. Selain melakukan sosialisasi atau penyaluran informasi yang harus disampaikan pendamping melakukan proses pemutakhiran yaitu proses dimana memperbaharui data untuk mengantisipasi data yang berubah. Misalnya ada peserta PKH yang pada saat pendataan awal dalam kondisi mengandung tetapi sekarang sudah melahirkan itulah fungsi dari proses pemutakhiran. Kalau di Desa Maron selain melakukan beberapa proses tersebut ketika pertemuan rutin pendamping menghimbau untuk membawa sampah untuk disulap menjadi barang-barang yang bernilai guna. Ini berbeda dari daerah-daerah lain karena memang produk bank sampah adalah inisiatif pendamping untuk membantu masyarakat miskin atau peserta PKH yang menjadi dampingannya benar-benar keluar dari garis kemiskinan salah satunya dengan mengembangkan keterampilan bank sampah ini yang merupakan usaha tanpa modal tetapi menghasilkan laba yang memadai. Hebatnya bank sampah ini telah mendapat pengakuan hukum dari Kecamatan Kademangan.

Kemudian setelah pendamping melakukan pertemuan rutin bersama dengan peserta PKH dampingannya pendamping juga melakukan tahap verifikasi ke sekolah-sekolah yang menjadi tempat belajar anak peserta PKH dan kepada bidan-bidan yang dipilih peserta PKH ketika berobat atau melahirkan yang biasanya bukan hanya pada bidan desa tetapi bidan ke desa lain. Setelah melakukan verifikasi data dari hasil pemutakhiran dan verifikasi ke sekolah dan bidan tadi akan dientri oleh operator PKH ke pusat sehingga dengan dikirimnya data ke pusat menandai bahwa pencairan kedua akan segera dilaksanakan. Demikianlah tahap-tahap atau mekanisme PKH setiap tiga bulan sekali. Namun, ada yang perlu digaris bawahi bahwa proses pertemuan awal tidak terjadi setiap tahun atau tidak terjadi setiap tiga bulan sekali. Pertemuan awal dan validasi data hanya terjadi jika ada data baru mengenai RTSM entah itu mengurangi penambahan atau

pengurangan. Tetapi pada tahun 2015 ini penambahan karena prosentase pendataan atau pencoveran PKH bagi RTSM ditambah yang sebelumnya 0-15 % sekarang menjadi 15-30%. Jadi tidak melakukan validasi setiap tahun maupun tiga bulan sekali. Ketika tidak terjadi tahap validasi maka peserta PKH tetap yang akan menjadi kelompok sasaran dan ketika terjadi penambahan maka peserta PKH lama tidak mengikuti pertemuan awal maupun validasi lagi tetapi sudah menjadi peserta PKH.

Berbeda dengan daerah lain pertemuan awal dilakukan dua kali karena pada saat pertemuan awal di kecamatan banyak peserta PKH yang tidak faham karena kurang faham dengan informasi tersebut dan juga jarak rumah dengan kecamatan juga jauh. Sebagai alternatif akhirnya RTSM Desa Maron dikumpulkan kembali di balai Desa Maron untuk diberikan sosialisasi dan dilakukan validasi.

Dalam implementasi PKH di Desa Maron kepengurusan PKH ada yang dilakukan oleh seorang laki-laki yang merupakan seorang kakek dari KK tersebut. Padahal sebenarnya dalam pedoman umum PKH kepengurusan harus dilakukan oleh perempuan seperti ibu rumah tangga, bibi, nenek, saudara perempuan dan sebagainya namun fakta di lapangan menunjukkan bahwa ada satu keluarga dimana dalam kehidupan satu KK tidak ada satu perempuanpun dalam satu rumah. Dikarenakan nenek dan ayah sudah meninggal dunia dan ibu dari si anak yang menjadi teman si kakek di rumah pergi ke luar negeri untuk menjadi tulang punggung keluarga. Sementara nama yang tertulis di dalam data PKH adalah nama nenek yang sudah meninggal. Jadi dalam kasus seperti ini berkat kebijakan pendamping kepengurusan nama diganti menjadi nama ibu yang sedang diluar negeri tetapi yang mengurus atau datang dalam pertemuan rutin atau pada saat pencairan adalah kakek tadi.

Sementara itu pada saat pencairan bantuan sebenarnya pada pedoman umum bahwa pengambilan bantuan tidak boleh diwakilkan, namun fakta yang terjadi di lapangan tidak berjalan mulus seperti yang diharapkan oleh pedoman umum. Ada sebuah keadaan yang memaksa peserta PKH berhalangan hadir untuk mengambil bantuan seperti tidak ada kendaraan, sedang sakit atau alasan yang lain. Jika ditemui keadaan yang semacam ini maka pendamping harus memanfaatkan peran ketua kelompok untuk mengambil bantuan peserta PKH yang absen pada saat pencairan. Ketua kelompok yang ditunjuk adalah orang yang bisa dipercaya dan nanti pada saat pertemuan rutin akan dicrosscheck bahwa bantuan memang sudah diberikan kepada yang berhak.

Menurut pendamping Desa Maron ini hasil dana bantuan jika sudah bayarkan bukan digunakan untuk memenuhi konsumsi keluarganya ataupun uang saku untuk sekolah anak-anak melainkan lebih banyak

digunakan untuk buhuh (datang ke pesta pernikahan atau khitanan). Jadi peserta PKH mengharapkan pencairan cepat karena akan segera digunakan untuk hal itu. Hal ini merupakan imbas dari peraturan pengalokasian dana bantuan PKH tidak dimonitoring yang akhirnya digunakan untuk keperluan lain diluar pemenuhan konsumsi RTSM. Sehingga tujuan PKH yang berupa peningkatan konsumsi keluarga miskin di Desa Maron tidak akan tercapai, apalagi dana bantuan bervariasi ada yang anaknya banyak akan mendapat mencapai Rp 600.000,- pertiga bulan dalam satu tahun selama masih menjadi peserta PKH. Hal ini menunjukkan bahwa bantuan PKH ini adil karena bantuan disesuaikan dengan kebutuhan peserta PKH.

Ketidaktepatan sasaran Desa Maron dalam implementasi PKH hanya mencapai 0,72 % atau sejumlah 3 peserta dari 24 peserta. Ketidaktepatan sasaran dikarenakan hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang kurang maksimal. Data kemiskinan yang digunakan PPLS untuk implementasi PKH 2015 adalah data tahun 2004 sehingga datanya sudah tidak relevan lagi.

Menurut hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa sebenarnya pelaksana yang paling mengerti mengenai PKH itu adalah pendamping bukan kementerian sosial maupun pelaksana di provinsi. Kasus-kasus yang di lapangan jauh dari apa yang tertulis dalam buku pedoman. Pendamping merupakan pelaksana kunci daripada PKH ini sedangkan pelaksana pusat hanya menutup mata dengan permasalahan-permasalahan yang terjadi di lapangan. Pusat maupun provinsi tidak pernah tahu bahwa ada fakta di lapangan dengan kondisi medan yang beresiko tinggi, kualitas sumber daya manusia yang dihadapi juga masih rendah dan masih banyak lagi. Dengan menyimak hasil penelitian ini seharusnya pihak pusat maupun provinsi tidak menutup mata dengan permasalahan yang semacam ini dan mengantisipasi permasalahan yang berkaitan dengan hal-hal yang menghambat tercapainya tujuan PKH seperti ketidaktepatan sasaran PKH seperti di Desa Maron.

Sanksi bagi pelanggaran komitmen sering tidak diterapkan di Desa Maron karenasanksi terhadap pelanggaran komitmen hanya diberlakukan ketika masyarakat peserta PKH tidak memenuhi kewajibannya.

Proses pengaduan dari masyarakat tentang ketidaktepatan sasaran juga sering terjadi tetapi tidak pernah mendapat respon positif dari pusat. Menurut pendamping hal ini dikarenakan jika pihak pusat menambah jumlah sasaran maka PKH dinilai tidak berhasil dan dapat dihentikan begitu saja padahal kemiskinan dianggap sebagai bisnis atau instrumen untuk mencairkan uang.

Pembagian tugas antar pelaksana sudah dijelaskan dalam buku kelembagaan. Berkaitan dengan ini pusat ternyata tidak mensosialisasikan PKH ke semua daerah. Hal ini dibuktikan bahwa ternyata Kabupaten Blitar ini mengetahui adanya PKH bukan dari pemberitahuan resmi provinsi tetapi dari rekan keja pada saat di Surabaya. Pihak Kabupaten Blitar hingga sekarang belum mengetahui secara persis maksud dan tujuan maupun alasan pihak provinsi tidak memberitahukan Kabupaten Blitar mengenai PKH, padahal PKH di Indonesia salah satunya Jawa Timur dilaksanakan sejak tahun 2007. Pihak Kabupaten Blitar menduga bahwa Kabupaten Blitar pada saat itu belum dipercaya menjadi daerah percontohan dijadikannya penerapan PKH di Jawa Timur maka dari itu surat pemberitahuan resmi ini belum diedarkan untuk Kabupaten Blitar.

Berbagai elemen pelaksana dari daerah hingga pendamping sudah menyeragamkan komitmen tentang tujuan dari program PKH ini yaitu untuk meningkatkan konsumsi RTSM, meningkatkan akses kesehatan dan pendidikan bagi RTSM penerima PKH hingga tujuan akhirnya memutus rantai kemiskinan, namun ada yang belum disepakati dalam pelaksanaan PKH bahwa kemiskinan itu akan selalu ada. Kesepakatan yang belum disepakati ialah ketika PKH ini tidak memberikan pengaruh pada kehidupan RTSM setelah diberikan PKH, belum ada langkah yang harus dilakukan atau target ke depan bahwa tidak mungkin akan terus hanya memberi bantuan ke RTSM yang tidak berubah karena hal itu justru akan memperburuk keadaan RTSM yang selalu mengandalkan bantuan dari pemerintah. Pelaksana Kabupaten Blitar termasuk pendamping Desa Maron berharap bahwa diadakan monitори dan evaluasi yang nyata sebagai upaya untuk menentukan langkah selanjutnya untuk masa depan PKH. Karena PKH ini merupakan bisnis yang menaungi persoalan kemiskinan dimana kemiskinan merupakan suatu hal yang menghambat pertumbuhan ekonomi namun demikian kata pelaksana kemiskinan itu selalu harus ada namun tidak boleh bertambah.

Di bidang kesehatan, pembagian tugas PKH untuk bidan desa hanya sebatas melakukan koordinasi dengan pendamping Desa Maron. Koordinasi yang dimaksud untuk melaporkan peserta PKH di bidang kesehatan dalam memenuhi komitmennya. Di Desa Maron ini kadang bidan desanya kurang bersedia bekerja sama dengan pendamping. Hal ini dikarenakan ada beberapa peserta PKH dibidang kesehatan yang tidak melakukan persalinan maupun pengobatan kepada bidan desa jadi ketika bidan desa di mohon untuk tanda tangan bidan desa menolak karena merasa dirinya tidak bertanggungjawab atas pasien yang tidak datang kepada dirinya. Di bidang pendidikan, pembagian tugas sama

seperti di bidang kesehatan yaitu pihak sekolah harus melakukan koordinasi ketika pendamping melakukan verifikasi di sekolah-sekolah. Sejauh ini untuk pihak sekolah bersedia bekerja sama dengan baik untuk mensukseskan PKH karena manfaat yang baik diterima oleh peserta didiknya karena jika peserta didiknya mendapat PKH atau menjadi peserta PKH maka peserta didiknya berhak mendapat BSM.

Dalam pembagian tugas setiap unit yang terlibat dalam pelaksanaan PKH di Desa Maron terdapat satu permasalahan yang sedikit atau banyak menghambat proses dan memperlambat proses verifikasi pendamping. Hal ini karena adanya fanatisme bidan artinya tidak semua peserta Desa Maron yang mau bersalin atau melakukan pengobatan di bidan desa hal ini dikarenakan peserta PKH beranggapan bahwa bidan desa ketika menolong persalinan terkenal dengan sikapnya yang kasar atau ketika berobat tidak mendapat kesembuhan dikarenakan tidak cocok. Hal inilah yang menghambat dan membuat lama proses verifikasi sehingga data verifikasi tidak bisa segera di entri dan dikirim ke pusat, namun karena keahlian pendamping desa maron dalam membujuk bidan desa yang sebelumnya tidak bersedia kerja sama karena bukan pasiennya namun setelah dibujuk agar programnya lancar akhirnya bidan desa tidak memperlakukan hal tersebut. Jika pendamping tidak mempunyai keahlian untuk berkomunikasi dengan baik maka hal ini akan terus terjadi dan pendamping harus ke bidan-bidan lain yang dijadikan rujukan peserta PKH yang tidak menjadi pasien bidan desa.

Mengenai tugas-tugas dan peran kelembagaan dalam PKH di Desa Maron sudah sesuai dengan yang tertulis pada buku pedoman hanya saja terdapat beberapa kendala seperti tidak ada koordinasi yang baik antar pelaksana pusat dengan daerah dan terdapat fanatisme bidan dalam PKH di bidang kesehatan.

PENUTUP

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara, pengamatan dan dokumentasi implementasi PKH di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar kurang berhasil. Hal ini dikarenakan walaupun serangkaian tahapan yang berjalan dengan lancar, sumberdaya yang dimiliki meliputi staf, kewenangan, informasi dan fasilitas maupun kemampuan pelaksana (disposisi) PKH di Desa Maron juga telah memberikan kontribusi pada pelaksanaan PKH dan para pelaksana di Desa Maron juga telah menjalankan tugas sesuai dengan *Standard Operational Procedures* (SOP's) serta melakukan pembagian tata kerjanya dengan baik namun demikian dalam implementasi PKH di Desa Maron masih ditemui kendala antara lain kurang sadarnya peserta PKH

terhadap inti sari PKH yang menyebabkan peserta PKH tidak menyadari pentingnya mengakses fasilitas kesehatan dan pendidikan bagi kehidupan sehingga tujuan PKH dalam jangka pendek belum bisa. Permasalahan terkait dengan ketidaksesuaian antara SOP yang ada yaitu mengenai tidak ada sanksi terhadap pelanggaran komitmen. Selain itu, permasalahan *intern* antara pelaksana pusat dan daerah serta permasalahan fanatisme bidan yang kurang bisa bekerja sama dengan baik.

Saran

Sebaiknya pendamping memberikan sosialisasi yang lebih mendalam dengan bentuk yang berbeda dengan sebelumnya. Sebaiknya pelanggaran terhadap komitmen diterapkan secara tegas oleh pendamping Desa Maron sehingga peserta PKH benar-benar dapat meningkatkan akses pendidikan dan kesehatannya. Demi mencapai ketepatan sasaran dalam PKH hendaknya pemerintah memberikan insentif yang sepadan agar kinerja PPLS dalam memperbaharui data kemiskinan dapat dilakukan dengan baik atau sebaiknya pemilihan kelompok sasaran diserahkan kepada pendamping yang dilakukan dengan terjun lapangan sehingga data yang dihasilkan pasti akan tepat sasaran. Lalu, berkaitan dengan permasalahan fanatisme peserta PKH terhadap bidan, sebaiknya sebagai sesama tenaga kesehatan yang tanggungjawabnya adalah kesehatan masyarakat tidak saling bermusuhan karena terjadinya fanatisme bidan di tengah-tengah peserta PKH bidang kesehatan karena hal tersebut merupakan pilihan dari peserta PKH.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo. 2012. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Hendratno. 2010. *Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Cakupan Imunisasi, Pemeriksaan Kehamilan, Angka Partisipasi Sekolah Dasar dan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama, dan Konsumsi Rumah Tangga*. Tesis Online. <http://lib.ui.ac.id/file%3File%3Ddigital/203333967-T%232032763-Hendratno.pdf&sa=U&ved=0CasOfjAAahUKEwiu4sa6zKzIAhXJLYgKHWDwAPE&usg=AFQjCNHfXd7>, diakses pada 15 Mei
- Krishnan, Annand dkk. 2014. "No one says 'No' to money" – a mixed methods approach for evaluating conditional cash transfer schemes to improve girl children's status in Haryana, India. *Jurnal Online*. <http://e-resources.perpusnas.go.id/library.php?id=00001>, diakses pada tanggal 25 September 2015.
- Purwanto, Slamet Agus dkk. 2013. *Implementasi kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH)*

dalam *Memutus Rantai Kemiskinan (kajian di kecamatan mojosari kabupaten Mojokerto)*. Jurnal online.

<http://wacana.ub.ac.id/index.php/wacana/article/viewFile/246/245>, diakses pada 15 Mei 2015.

Shei, Amei. 2012. *Brazil's Conditional Cash Transfer Program Associated With Declines In Infant Mortality Rates*. Jurnal Online. <http://e-resources.perpusnas.go.id/library.php?id=00001>, diakses pada tanggal 25 September 2015.

Sugiyono. 2010. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabetha.

Syamsir, Nurfahira. 2014. *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Pendidikan di Kecamatan Tamalate Kota Makassar*. Skripsi Online. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/8851/skripsi.pdf%3Fsequence%3Di%SA=u&ved=casqFjAAahUKEwiukIRSGA3laHusg=AFQjCNHSt-Y6AmYJWY7TI3pA7GdO-a>, diakses pada 18 September 2015.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). 2012. *Panduan Pemantauan Program Penanggulangan Kemiskinan: Buku Pegangan TKPK Daerah*. Jakarta Pusat.

www.bps.go.id, diakses pada tanggal 15 Februari 2015.

www.kemsos.go.id, diakses pada tanggal 15 Februari 2015.

