

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN(PKH) BIDANG
KESEHATAN DI KABUPATEN ENREKANG**

Disusun dan diusulkan oleh

FAJRIN MAHMUD

Nomor Stambuk : 105610 5122 14



PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

2019

PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH)
Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang

Nama Mahasiswa : Fajrin Mahmud

Nomor Stambuk : 105610512214

Program Studi : Ilmu Administrasi Negara

Menyetujui:

Pembimbing I

Pembimbing II



Dr. Nuryanti Mustari, S. IP., M.Si



Nasrulhaq, S. Sos., MPA


Mengetahui :

Dekan

Ketua Jurusan

Fisipol Unismuh Makassar

Ilmu Administrasi Negara



Dr. Hj. Ilyani Malik, S.Sos., M.Si



Nasrulhaq, S.Sos., MPA

PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH)
Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang
Nama Mahasiswa : Fajrin Mahmud
Nomor Stambuk : 105610512214
Program Studi : Ilmu Administrasi Negara

Menyetujui:

Pembimbing I

Pembimbing II


Dr. Nuryanti Mustari, S. IP., M.Si


Nasrulhaq, S. Sos., MPA

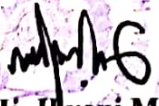
Mengetahui :

Dekan

Ketua Jurusan

Fisipol Unismuh Makassar

Ilmu Administrasi Negara


Dr. Hj. Ilyani Malik, S.Sos., M.Si


Nasrulhaq, S.Sos., MPA

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Fajrin Mahmud

Nomor Stambuk : 10561 05117 14

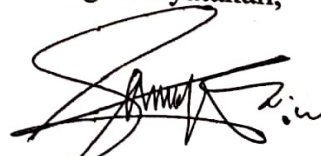
Program Studi : Ilmu Administrasi Negara

Menyatakan bahwa Skripsi ini dengan judul : Implementasi Program Keluarga Harapan adalah sepenuhnya merupakan karya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain, tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Apabila di kemudian hari pernyataan ini tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai aturan yang berlaku, sekalipun itu pencabutan gelar akademik.

Makassar, 23 Juni 2019

Yang Menyatakan,



Fajrin Mahmud

ABSTRAK

FAJRIN MAHMUD. 2019. Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang (dibimbing oleh Nuryanti Mustari dan Nasrulhaq).

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program bantuan sosial yang bersyarat untuk keluarga dan/atau seseorang yang dinyatakan miskin dan rentan, terdaftar pada data terpadu program penanganan terhadap fakir miskin. Tujuan PKH ini adalah untuk meningkatkan taraf kehidupan keluarga sebagai penerima manfaat yang melalui akses pelayanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial, serta juga mengurangi beban pengeluaran dalam meningkatkan pendapatan keluarga miskin.

Penelitian ini bertujuan untuk Untuk Mengetahui Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dan mengetahui faktor pendukung dan penghambat Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Enrekang. Jenis penelitian yang akan digunakan didalam penelitian ini yaitu jenis penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif yakni salah satu prosedur yang akan menghasilkan data deskriptif dalam bentuk kata-kata baik secara tertulis maupun secara lisan dari seseorang serta perilaku yang diamati. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara terhadap sejumlah informan. Analisis data dengan menggunakan model analisa interaktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Enrekang terdiri dari (1) Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, (2) Pelayanan Kesehatan Ibu Menyusui, (3) Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita. Serta faktor pendukung yang terdiri dari (1) Komunikasi (*Communication*) (2) Sumber Daya (*Resources*) (3) Disposisi dan (4) Struktur birokrasi. Faktor Penghambat dimana dapat terjadi disetiap tahap Implementasi pemahaman masyarakat yang masih kurang, jarak tempuh lokasi pendamping jauh sehingga kurang maksimal dan adanya kecemburuan sosial di masyarakat.

Kata Kunci : Implementasi , Program Keluarga Harapan

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang”**

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar sarjana Ilmu Administrasi Negara pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Orang tua tercinta, Ayah Alm. Mahmud, Ibu Nurhayati yang telah rela berkorban tanpa pamrih dalam membesarkan, mendidik serta mendoakan keberhasilan penulis, yang tiada hentinya memberi dukungan disertai segala pengorbanan yang tulus dan ikhlas.

Ibu Dr. Nuryanti Mustari, S.IP selaku Pembimbing I dan Bapak Nasrulhaq, S. Sos., MPA selaku Pembimbing II yang senantiasa meluangkan waktunya membimbing dan mengarahkan penulis, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Bapak Dr. H. Abd. Rahman Rahim, S.E., M.M selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar, Ibu Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos., M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Sospol dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar. Bapak Nasrul Haq, S.sos, M.PA selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.

Segenap Dosen dan seluruh jajaran Staf Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah banyak memberikan pengetahuan di mulai dari semester awal hingga semester akhir. Saudari Reski Amaliah yang rela dan ikhlas meluangkan waktunya untuk memberi arahan serta saran dalam penyelesaian skripsi ini dan tak lupa juga Saudara Saudaraku sekampung halaman Enrekang teman berjuang kehidupan perantauan Amank, Amal Fahry, Ahmad Fajrin, Astriani, Fajrin, Masrianto dan teman teman lain di Bijomut yang belum sempat saya sebutkan namanya. Saudara-saudara PJK Sospol 2014, Nur Ikhsan, Irsan, Rahmat, Wandu, Alam, Herwinsyah, Kasmin, Rahman, Randi, Anca, Hamdan, Cchua, Saudara seperjuangan dikelas H Afiliasi 2014, saudara seperjuangan di Lembaga BEM Fisip Unismuh, dan juga segenap letting Afiliasi 2014 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu terimakasih banyak dan semangat untuk berjuang mencapai Toga.

Pihak kantor di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang yang telah memberikan izin dan bantuan untuk melakukan penelitian. Teman seperjuangan yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu, terima kasih karena selalu mendukung dan memberi motivasi dalam proses penyelesaian skripsi. Kakanda tercinta dan terbaik Firman Mahmud, Faizal Mahmud, Rahmah Mahmud, Irfan Mahmud, Irma Mahmud serta Adinda Tercinta Ayu Hardiyanti Mahmud, Nurul Hidayanti Mahmud, dan Suci Ramadhani Mahmud terima kasih atas dukungan yang senantiasa memberikan doa, semangat dan bantuan moral maupun materil. Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat

penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Makassar, 23 Juni 2019

FAJRIN MAHMUD



DAFTAR ISI

Halaman Pengajuan	ii
Halaman persetujuan	iii
Halaman Pernyataan Keaslian Karya Ilmiah	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar isi	ix
Daftar Gambar	viii
Daftar Tabel	ix
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Kegunaan Penelitian	9
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep dan Teori	11
1. Konsep Kebijakan Publik	11
2. Konsep Implementasi Kebijakan	14
3. Penelitian Terdahulu	30
B. Kerangka Pikir	32
C. Fokus Penelitian	35
D. Deskripsi Fokus Penelitian	35
BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Waktu dan Lokasi Penelitian	37
B. Jenis dan Tipe Penelitian	37
C. Sumber Data	37
D. Informan Penelitian	38
E. Teknik pengumpulan Data	39
F. Teknik Analisis Data	39
G. Pengabsahan Data	40
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Deskripsi Objek Penelitian.....	43

1. Letak Geografis dan Profil Dinas Sosial Enrekang.....	42
2. Visi Misi.....	43
3. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Sosial Kabupaten Enrekang	44
4. Daftar Kecamatan Pendamping dan Kriteria Penerima PKH	44
5. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas	47
6. Besaran Bantuan Penerima Bantuan PKH	49
B. Konsep Program Keluarga Harapan.....	51
1. Pengertian Konsep Implementasi Keluarga Harapan.....	51
2. Tujuan Program Keluarga Harapan.....	52
3. Dasar Program Keluarga Harapan.....	54
4. Pelayanan Kesehatan Program Keluarga Harapan.....	55
5. Sasaran Penerima Bantuan PKH.....	57
6. Ketentuan Program Keluarga Harapan.....	58
C. Implementasi Program Keluarga HarapanBidang Kesehatan.....	51
1. Layanan Kesehatan Ibu Hamil	63
2. Layanan Kesehatan Ibu Menyusui	66
3. Layanan Kesehatan Bayi Dan Balita	67
4. Faktor Penghambat dan Pendukung	70
BAB V. PENUTUP	
A. Kesimpulan dan Saran.....	90
1. Kesimpulan	90
2. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA	94

Daftar Tabel

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu	31
Tabel 3.2Daftar Informan Kecamatan Pendamping dan Kriteria Penerimaan ProgramKeluargaHarapan	38
Tabel 4.3 Daftar Kecamatan Pendamping	44



Daftar Gambar

Gambar 1.1 Model William N Dunn..... 19

Gambar 2.4 Bagan Kerangka Pikir..... 34



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya penanggulangan kemiskinan telah dilakukan oleh Pemerintah, mulai dari penyediaan kebutuhan pangan, pelayanan kesehatan dan pendidikan, perluasan kesempatan kerja, pembangunan pertanian, pemberian dana bergulir dan pembangunan infrastruktur. Namun gejala kemiskinan di Indonesia belum sepenuhnya bisa teratasi.

Pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan. Melalui Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) di bawah koordinasi Wakil Presiden Republik Indonesia, Pemerintah mengklasifikasikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan dalam tiga kelompok (klaster) kebijakan (Wrihatnolo,2002: 77).

Pertama, adalah kelompok kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial. kebijakan ini berupa program-program yang bersifat pemenuhan hak dasar utama individu dan rumah tangga miskin yang meliputi pendidikan, pelayanan 4 kesehatan, pangan, sanitasi, dan air bersih. Mekanisme pelaksanaan program bersifat langsung dan manfaatnya dapat dirasakan langsung oleh Keluarga Sangat Miskin (KSM). Klasifikasi program ini meliputi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), Beras untuk Keluarga Miskin (RASKIN), Bantuan Siswa Miskin (BSM) dan Program Keluarga Harapan (PKH) (Wahab, 2007:12).

Kedua, adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan masyarakat. Karakteristik kebijakan ini adalah program dengan pendekatan partisipatif, penguatan kapasitas kelembagaan masyarakat, pelaksanaan berkelompok kegiatan oleh masyarakat secara swakelola dan berkelompok, serta perencanaan pembangunan yang berkelanjutan. Penerima manfaat program adalah kelompok masyarakat yang dikategorikan miskin. Contohnya adalah Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri.

Ketiga adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan usaha mikro dan kecil. Kebijakan ini bertujuan untuk memberikan akses dan penguatan ekonomi bagi pelaku usaha berskala mikro dan kecil. Karakteristik kebijakan ini berupa program yang memberikan bantuan modal skala mikro, memperkuat kemandirian usaha dan meningkatkan manajemen usaha. Yang termasuk dalam kategori ini adalah Kredit Usaha Rakyat (KUR).

Dalam rangka penanggulangan kemiskinan berbasis rumah tangga, Pemerintah meluncurkan program khusus yang diberi nama Program Keluarga Harapan (PKH), yang dilaksanakan sejak tahun 2007. Meskipun pelaksanaan program ini seiring dengan berakhirnya program Subsidi Langsung Tunai (SLT), tetapi bukan dimaksudkan sebagai kelanjutan program SLT. Program PKH lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan kepada masyarakat miskin.

Menurut Dirjen Bantuan dan Jaminan Sosial (Depsos, 2010) PKH dirancang untuk membantu penduduk miskin kluster terbawah berupa bantuan bersyarat. Program ini akan dilaksanakan secara berkesinambungan setidaknya sampai tahun

2015. Program ini diharapkan mampu berkontribusi untuk mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau MDGs), yaitu pengurangan penduduk miskin ekstrim dan kelaparan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, dan pengurangan kematian ibu melahirkan.

Menurut (Syamsir, 2011) tujuan utama PKH adalah membantu mengurangi kemiskinan dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia pada rumah tangga sangat miskin. Dalam jangka pendek bantuan yang diberikan membantu mengurangi beban pengeluaran Rumah Tangga Sangat Miskin (RSTM). Dengan PKH diharapkan RTSM penerima bantuan memiliki akses yang lebih baik untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang selama ini melekat pada diri warga miskin .

Implementasi kebijakan-kebijakan telah membuahkan hasil, namun belum optimal. Data statistik menunjukkan Persentase penduduk miskin di Indonesia pada September 2018 sebesar 9,66 persen menurun 0,16 persen poin terhadap Maret 2018 dan menurun 0,46 persen poin terhadap September 2017.

Jumlah penduduk miskin pada September 2018 sebesar 25,67 juta orang menurun 0,28 juta orang terhadap Maret 2018 dan menurun 0,91 juta orang terhadap September 2017. Persentase penduduk miskin di daerah perkotaan pada Maret 2018 sebesar 7,02 persen, turun menjadi 6,89 persen pada September 2018. Sementara persentase penduduk miskin di daerah perdesaan pada Maret 2018 sebesar 13,20 persen, turun menjadi 13,10 persen pada September 2018.

Dibanding Maret 2018 jumlah penduduk miskin September 2018 di daerah perkotaan turun sebanyak 13,1 ribu orang (dari 10,14 juta orang pada Maret 2018 menjadi 10,13 juta orang pada September 2018). Sementara itu daerah perdesaan turun sebanyak 262,1 ribu orang (dari 15,81 juta orang pada Maret 2018 menjadi 15,54 juta orang pada September 2018).

Garis Kemiskinan pada September 2018 tercatat sebesar Rp 410.670,-/kapita/bulan dengan komposisi Garis Kemiskinan Makanan sebesar Rp 302.022,- (73,54 persen) dan Garis Kemiskinan Bukan Makanan sebesar Rp 108.648,- (26,46 persen). Pada September 2018 secara rata-rata rumah tangga miskin di Indonesia memiliki 4,63 orang anggota rumah tangga. Dengan demikian besarnya Garis Kemiskinan per rumah tangga miskin secara rata-rata adalah sebesar Rp 1.901.402,-/rumah tangga miskin/bulan (<https://www.bps.go.id>)

Menurut Asmar selaku Wakil Bupati Kabupaten Enrekang, mengklaim angka kemiskinan Kabupaten Enrekang mengalami penurunan tahun 2018 lalu. Angka kemiskinan menurun sekitar 1,01 persen jika dibandingkan dengan tahun 2017 lalu. Tahun 2017 angka kemiskinan mencapai 13,5 persen sedangkan di tahun 2018 jumlahnya tersisa 12,49 persen (<http://makassar.tribunnews.com/enrekang>).

Berbagai upaya penanggulangan kemiskinan yang telah diambil pemerintah. Dengan banyaknya kebijakan pemerintah yang tertuang dalam program-program bantuan sosial yang ada, maka saya penulis ingin membahas salah satu program kebijakan bantuan sosial, yaitu: Program Keluarga Harapan (PKH). Program ini dikeluarkan melalui Kementerian Sosial dan dilaksanakan oleh Dinas Sosial yang merupakan salah satu instansi pemerintahan yang bergerak di bidang sosial. Program

ini berupaya untuk mengembangkan sistem perlindungan sosial terhadap warga miskin di Indonesia (Anggraini, 2013:45).

Syamsir, (2011), mengemukakan bahwa PKH dilaksanakan dengan cara memberikan bantuan uang tunai kepada RTSM jika mereka memenuhi persyaratan terkait upaya peningkatan sumber daya manusia, yaitu pendidikan dan kesehatan. RTSM penerima PKH memiliki kewajiban yang harus dipenuhi, khususnya kewajiban kesehatan dan pendidikan. Kewajiban itu adalah pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemeriksaan kesehatan, pemberian asupan gizi dan imunisasi anak balita, serta kewajiban fokus Volume 1, Nomor 2, Juli-Desember 2011 51 menyekolahkan anak ke sekolah dasar dan lanjutan. PKH diasumsikan akan dapat memberi manfaat jangka pendek dan panjang Untuk jangka pendek PKH akan memberikan *income effect* kepada RTSM melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga. Untuk jangka panjang Program PKH dimaksudkan untuk memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui peningkatan kualitas kesehatan, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan.

Seiring dengan kemajuan dibidang kesejahteraan sosial yang dicapai dalam kurun waktu satu tahun berjalan disadari pula bahwa keberhasilan suatu manusia di lingkungan masyarakat ternyata masi diwarnai dengan aneka permasalahan sosial yang belum terselesaikan, memasuki tahun 2011 Kabupaten Enrekang masih dihadapkan pada permasalahan kemiskinan, keterlantaran, kecacatan, keterpencilan, korban bencana alam, tindak kekerasan dalam keuarga, penyimpangan perilaku sosial baik yang bersifat primer maupun akibat dampak dari non sosial yang belum sepenuhnya terjangkau oleh proses pembangunan kesejahteraan sosial. Pertambahan

jumlah penduduk dari setiap tahun membawa pola pembanguana kesejahteraan sosial yang telah dilaksanakan pada umumnya telah memberikan konstribusi peran pemerintah dan mayarakat didalam mewujudkan kesejahteraan sosial (Suwinta,2016:66)

Sasaran utama program pembangunan kesejahteraan sosial adalah Manusia, maka perubahan-perubahan yang terkait dengan sasaran progam tersebut terutama permasalahan dan kebutuhannya, taraf kesejahteraan sosialnya sangat berpengaruh terhadap arah tujuan dan kegiatan – kegiatan program dinas sosial kependudukan tenaga kerja dan transmigrasi Kabupaten Enrekang. Untuk itu, prinsip-prinsip pemerintahan yang transparan, akomodatif, akuntabilitas, efisien dan efektif harus dikembangkan sebagai jawaban untuk menyikapi nuansa reformasi tersebut (Hani,2000:21).

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program bantuan sosial yang bersyarat untuk keluarga dan/atau seseorang yang dinyatakan miskin dan rentan, terdaftar pada data terpadu program penanganan terhadap fakir miskin. Tujuan PKH ini adalah untuk meningkatkan taraf kehidupan keluarga sebagai penerima manfaat yang melalui akses pelayanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial, serta juga mengurangi beban pengeluaran dalam meningkatkan pendapatan keluarga miskin. Payung hukum Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat mencantumkan bahwa seluruh peserta PKH merupakan penerima jasa kesehatan gratis yang

disediakan oleh program Jamkesmas dan program lain yang diperuntukkan bagi orang tidak mampu. Program Keluarga Harapan di Bidang kesehatan ini sangat besar manfaatnya, pihak yang tidak memahami dan tidak bertindak konsisten dengan kenyataan bahwa sumber daya manusia sangat dipengaruhi oleh mutu gizi, kesehatan, dan pendidikan di usia dini dan di masa pertumbuhan anak. Kesehatan terintegrasi dengan berbagai sektor, karena kesehatan tidak akan lepas dari keadaan sosial masyarakat, terutama dalam hal perekonomian. Status ekonomi menjadi tonggak utama yang menyokong kesehatan itu sendiri, karena itu dalam upaya peningkatan status kesehatan sangat diperlukan adanya kerjasama yang berkesinambungan, baik dalam pelaksanaan maupun dalam hal pengawasan.

Kabupaten Enrekang merupakan wilayah yang menerapkan program keluarga harapan (PKH) Sebanyak 9.700 keluarga di Kabupaten Enrekang, bakal mendapat insentif dari bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) tahun anggaran 2018. Bantuan senilai total Rp16 miliar ini, bakal disalurkan kepada kepala keluarga yang memiliki anggota keluarga yang masuk kategori ibu hamil, anak sekolah, lansia, jompo, cacat, sakit akut, dan dhuafa.

Purwanto (2012: 13) menyatakan bahwa selama ini lebih banyak program atau kebijakan yang gagal dilaksanakan dari pada yang berhasil dilaksanakan, bahkan para ahli menyatakan bahwa implementasi yang berhasil hanyalah sebuah kebetulan (*by chance*), sementara kebijakan yang gagal dalam implementasi merupakan *by design*. Sehingga, perlambatan yang terjadi tersebut sangat mungkin disebabkan oleh banyaknya kendala dalam implementasi program penanggulangan kemiskinan.

Dari penelitian yang telah dilakukan (Utomo, Hakim, & Rubawanto, 2010) mengenai pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) dalam meningkatkan kualitas hidup rakyat miskin di Kecamatan Purwoasri Kabupaten Kediri menyimpulkan bahwa target pelaksanaan PKH di Kecamatan Purwoasri yaitu terbantunya masyarakat tidak mampu khususnya Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) di dalam memenuhi kebutuhan hidup berkaitan dengan pendidikan anaknya dan kesehatan ibu hamil dan balita. Hasil evaluasi membuktikan bahwa penerima PKH mau melakukan dan memenuhi komitmennya dikarenakan takut dengan adanya sanksi yang diberikan. Berdasarkan data yang ada diketahui bahwa setiap tahunnya peserta PKH mengalami penurunan. Terbukti dengan menurunnya jumlah peserta PKH dari 692 pada tahun 2009 dan menurun dari tahun ketahun sampai pada tahun 2013 ini dengan jumlah 528.

Selama ini kebijakan yang dilakukan tidak mencerminkan adanya inovasi kebijakan, tetapi lebih pada mengganti nama kebijakan tetapi isi dari kebijakan itu tidak berubah. Dapat dilihat dari hasil rangkuman penelitian terdahulu bahwa peserta PKH semakin berkurang di tiap tahunnya dikarenakan ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan kebijakan PKH. Berdasarkan paparan tersebut, penulis tertarik untuk mengkaji lebih dalam bagaimana sesungguhnya implementasi PKH yang meliputi pelaksanaan kegiatan PKH di Kabupaten Enrekang, PKH ditujukan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, namun penulis hanya memfokuskan pada Kesehatan dengan menggunakan model Implementasi kebijakan Edward III (1980), sehingga peneliti tertarik mengangkat sebuah judul “Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Kabupaten Enrekang”

A. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang bahwa bagaimana implementasi dalam Program Keluarga Harapan dalam meningkatkan kualitas pelayanan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Enrekang yang kemudian penting untuk diteliti. Adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimana Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang?
2. Apa saja faktor pendukung dan penghambat Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang?

B. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan fokus penelitian yang telah disebutkan di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Untuk Mengetahui Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang
2. Untuk Mengetahui Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Keluarga Haarapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang.

3. Kegunaan Penelitian

1. Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan menjadi karya yang berguna bagi kemajuan dan perkembangan Ilmu Administrasi Negara secara lebih khusus untuk konsentrasi

kebijakan dan manajemen publik. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan wawasan yang lebih luas kepada *civitas* akademika mengenai Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang lebih kepada Instansi dinas sosial Kota Makassar tentang Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dan Teori

1. Konsep Kebijakan Publik

a. Pengertian Kebijakan Publik

Secara terminologi pengertian kebijakan publik *public policy* itu ternyata banyak sekali, tergantung dari sudut mana kita mengartikannya. Easton memberikan definisi kebijakan publik sebagai *the authoritative allocation of values for the whole society* atau sebagai pengalokasian nilai-nilai secara paksa kepada seluruh anggota masyarakat. Harold Laswell dan Abraham Kaplan (dikutip Dye 1981) berpendapat bahwa kebijakan publik hendaklah berisi tujuan, nilai-nilai dan praktika-praktika sosial yang ada dalam masyarakat.

Menurut Nugroho (2006:23), ada dua karakteristik dari kebijakan publik, yaitu: 1) kebijakan publik merupakan sesuatu yang mudah untuk dipahami, karena maknanya adalah hal-hal yang dikerjakan untuk mencapai tujuan nasional; 2) kebijakan publik merupakan sesuatu yang mudah diukur, karena ukurannya jelas yakni sejauh mana kemajuan pencapaian cita-cita sudah ditempuh. Menurut Woll sebagaimana dikutip Tangkilisan (2003:2) menyebutkan bahwa kebijakan publik ialah sejumlah aktivitas pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

Menurut Edwards (1980:10) mendefinisikan kebijakan publik sebagai “suatu tindakan pemerintah yang berupa program-program pemerintah untuk mencapai

sasaran atau tujuan”. Sedangkan menurut Dye dalam Howlett dan Ramesh (1981:2), kebijakan publik adalah segala yang dikerjakan pemerintah, mengapa mereka melakukan, dan perbedaan yang dihasilkannya (What government did, why they do it and what differences it makes). Dalam pemahaman bahwa “keputusan” termaksud juga ketika pemerintah memutuskan untuk “tidak memutuskan” atau memutuskan untuk “tidak mengurus” suatu isu, maka pemahaman ini juga merujuk pada definisi Dye dalam Tilaar dan Nugroho (2008:185) yang menyatakan bahwa kebijakan publik merupakan “segala sesuatu yang dikerjakan dan tidak dikerjakan pemerintah”.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang berorientasi pada tujuan tertentu guna memecahkan masalah-masalah publik atau demi kepentingan publik. Kebijakan untuk melakukan sesuatu biasanya tertuang dalam ketentuan-ketentuan atau peraturan perundang-undangan yang dibuat pemerintah sehingga memiliki sifat yang mengikat dan memaksa.

b. Ciri dan Jenis Kebijakan Publik

Easton (2001: 121) mengemukakan bahwa ciri-ciri khusus yang melekat pada kebijakan publik bersumber pada kenyataan bahwa kebijakan itu dirumuskan oleh orang-orang yang memiliki wewenang dalam sistem politik, yakni para tetua adat, para eksekutif, para legislator, para hakim, para administrator, dan sebagainya. Penjelasan Easton ini membawa implikasi terhadap kebijakan publik yang sekaligus merupakan ciri dari kebijakan publik. Suharno, (2008: 23-24) menjelaskan :

- 1) Kebijakan publik lebih merupakan tindakan yang lebih mengarah pada tujuan

- 2) Kebijakan pada hakikatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling berkaitan yang mengarah pada tujuan tertentu, yang dilakukan oleh pemerintah
- 3) Kebijakan bersangkut paut dengan apa yang senyatanya dilakukan pemerintah
- 4) Kebijakan publik mungkin berbentuk positif, mungkin pula negatif

c. Proses Kebijakan Publik

Subarsono (2005: 8) menjelaskan bahwa proses kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut nampak dalam serangkaian kegiatan yang mencakup (1) penyusunan agenda, (2) formulasi kebijakan, (3) adopsi kebijakan, (4) implementasi kebijakan dan (5) penilaian kebijakan .

Dalam penyusunan agenda kebijakan ada tiga kegiatan yang dilakukan yakni, membangun persepsi di kalangan stakeholders bahwa sebuah fenomena benar-benar di anggap masalah, yang kedua membuat batasan masalah. Tidak semua masalah harus masuk dalam penyusunan agenda kebijakan dan memiliki tingkat urgensi tinggi, sehingga perlu dilakukan pembatasan terhadap masalah-masalah tersebut, kemudian kegiatan yang terakhir dalam tahap penyusunan agenda kebijakan adalah memobilisasi dukungan agar masalah tersebut dapat masuk dalam agenda pemerintah dengan cara mengorganisir kelompok-kelompok yang ada dalam masyarakat, dan kekuatan-kekuatan politik, publikasi melalui media masa dan sebagainya.

Proses kebijakan yang selanjutnya adalah formulasi kebijakan, pada tahap ini analisis kebijakan perlu mengumpulkan dan menganalisis informasi yang berhubungan dengan masalah yang bersangkutan, kemudian berusaha

mengembangkan alternatif-alternatif kebijakan, membangun dukungan dan melakukan negosiasi sehingga sampai pada sebuah kebijakan yang dipilih (Suharno, 2008: 35-36).

Sedangkan Isworo sebagaimana dikutip oleh Cholisin (2002: 69) berpendapat bahwa proses kebijakan publik terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Identifikasi masalah yang akan mengah kepada permintaan untuk mengatasi masalah tersebut.
- 2) Formulasi kebijakan berupa langkah yang dilakukan setelah pemilihan alternatif
- 3) Legitimasi dari kebijakan
- 4) Implementasi
- 5) Evaluasi melalui berbagai sumber untuk melihat sejauh mana usaha pencapaian tujuan.

2. Konsep Implementasi Kebijakan

a. Pengertian Implementasi

Menurut Kamus Webster dalam Wahab sebagaimana dikutip oleh Widodo (2016), implementasi diartikan sebagai “*to provide the means for carrying out*(menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); *to give practical effects to* (menimbulkan dampak/ akibat terhadap sesuatu)”. Implementasi berarti menyediakan sarana untuk melaksanakan suatu kebijakan dan dapat menimbulkan dampak/ akibat terhadap sesuatu.

Tahapan implementasi sebuah kebijakan merupakan tahapan yang krusial, karena tahapan ini menentukan keberhasilan sebuah kebijakan. Tahapan implementasi perlu dipersiapkan dengan baik pada tahap perumusan dan pembuatan kebijakan. Seperti yang di kemukakan oleh Suharno (2008: 187) “Implementasi kebijakan publik secara konvensional dilakukan oleh negaramelalui badan-badan pemerintah. Sebab implementasi kebijakan publik pada dasarnya merupakan upaya pemerintah untuk melaksanakan salah satu tugas pokoknya, yakni memberikan pelayanan publik (publik cervices). Namun, pada kenyataannya implementasi kebijakn publik yang beraneka ragam, baik dalam bidang, sasaran, dan bahkan kepentingan, memaksa pemerintah menggunakan kewenangan diskResi untuk menentukan apa yang harus dilakukan mereka dan apa yang mereka tidak lakukan”.

Suharno (2008: 122) juga menjelaskan bahwa Implementasi sebuah kebijakan secara konseptual bisa dikatakan sebagai sebuah proses pengumpulan sumber daya (alam, manusia maupun biaya) dan diikuti dengan penentuan tindakan-tindakan yang harus diambil untuk mencapai tujuan kebijakan. Rangkaian tindakan yang diambil tersebut merupakan bentuk transformasi rumusan-rumusan yang diputuskan dalam kebijakan menjadi pola-pola operasional yang pada akhirnya akan menimbulkan perubahan sebagaimana diamanatkan dalam kebijakan yang telah diambil sebelumnya. Hakikat utama implementasi adalah pemahaman atas apa yang harus dilakukan setelah sebuah kebijakan diputuskan .

Batasan atau pengertian tentang implementasi kebijakan tersebut mengindikasikan suatu kebutuhan akan mekanisme atau prosedur pelaksanaan kebijakan. Berkenaan hal ini casley dan kumar dalam Wahab (2001:23)

mengemukakan suatu metode dengan 5 langkah mekanisme yang perlu dilakukan dalam suatu implementasi kebijakan. Kelima langkah tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Identifikasi masalah
- b. Penentuan faktor-faktor yang menyebabkan munculnya masalah
- c. Mengkaji hambatan yang muncul dalam pembuatan keputusan
- d. Mengembangkan solusi-solusi yang paling layak
- e. Memantau secara berkelanjutan umpan balik yang terjadi dari tindakan yang dilakukan.

Selain mekanisme implementasi kebijakan di atas, Smith dalam Tachjan (2006:31) menguraikan di dalam proses implementasi ada empat variabel yang perlu diperhatikan. Keempat variabel dalam implementasi kebijakan publik tersebut, yaitu:

- a. Kebijakan yang diidealkan (*Idealized policy*);
- b. Kelompok sasaran (*Target groups*)
- c. Badan-badan pelaksana (*Implementing Organization*)
- d. Faktor lingkungan (*Enviromental factor*).

Teori-teori diatas menyimpulkan bahwasannya Implementasi merupakan proses yang kompleks yang melibatkan berbagai aktor serta menggunakan berbagai sumber daya dalam pelaksanaannya dan dilaksanakan dalam kurun waktu tertentu, selain itu implementasi merupakan tahap yang krusial dan menjadi bagian yang tidak dapat dipisahkan dari keseluruhan proses kebijakan. Bagaimana baiknya suatu kebijakan jika diimplementasikan tidak akan menimbulkan dampak atau tujuan yang diinginkan.

b. Proses Implementasi Kebijakan Publik

Yudistira, (2010) menjelaskan bahwa Implementasi mengacu pada tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan. Tindakan ini berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan tersebut menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang telah diputuskan sebelumnya. Implementasi pada hakikatnya adalah upaya pemahaman apa yang seharusnya terjadi setelah sebuah program dilaksanakan. Proses implementasi kebijakan tidak hanya melibatkan instansi yang bertanggung jawab untuk pelaksanaan kebijakan tersebut, namun juga menyangkut jaringan kekuatan politik, ekonomi, dan sosial. Dalam tataran praktis, implementasi kebijakan adalah proses pelaksanaan keputusan dasar.

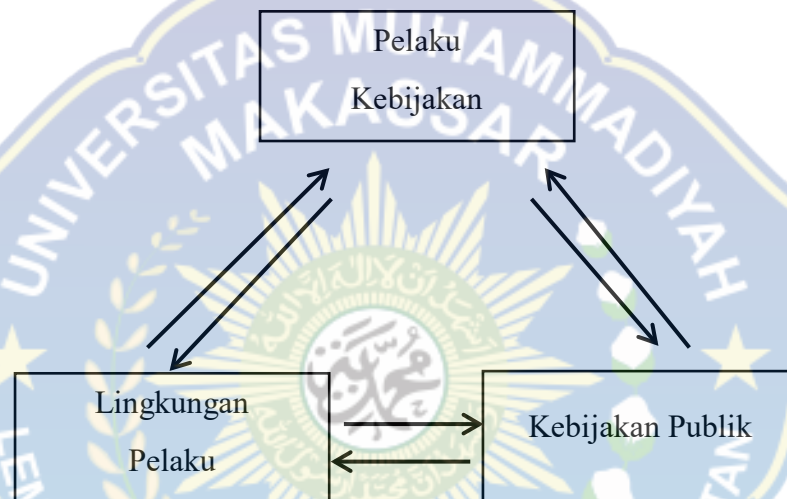
Proses tersebut terdiri atas beberapa tahap, yaitu tahapan pengesahan peraturan perundangan, pelaksanaan keputusan oleh instansi pelaksana, ketersediaan kelompok sasaran untuk menjalankan keputusan, dampak nyata keputusan baik yang dikehendaki atau tidak, dampak keputusan sebagaimana yang telah diharapkan instansi pelaksana, dan upaya perbaikan atas kebijakan atau peraturan perundangan. Proses persiapan implementasi setidaknya menyangkut beberapa hal penting yakni penyiapan sumber daya, metode, penerjemahan kebijakan menjadi rencana dan arahan yang dapat diterima serta dijalankan (Yudistira,2010).

c. Model Implementasi Kebijakan

Menurut Willim N. Dunn dalam (Subarsono, 2010: 14). ada berbagai kebijakan yang ditentang oleh masyarakat karena bersifat reaktif dan masih banyak kekurangan-kekurangan dan kelemahan dari kebijakan yang di keluarkan oleh

pemerintah. Diantaranya kelemahan-kelemahan yang ada di dalam kebijakan adalah (1) inti permasalahan tidak dikenal, (2) mengalami kelemahan karena ditentang oleh masyarakat, (3) outcomes kebijakan tidak seperti yang diharapkan.

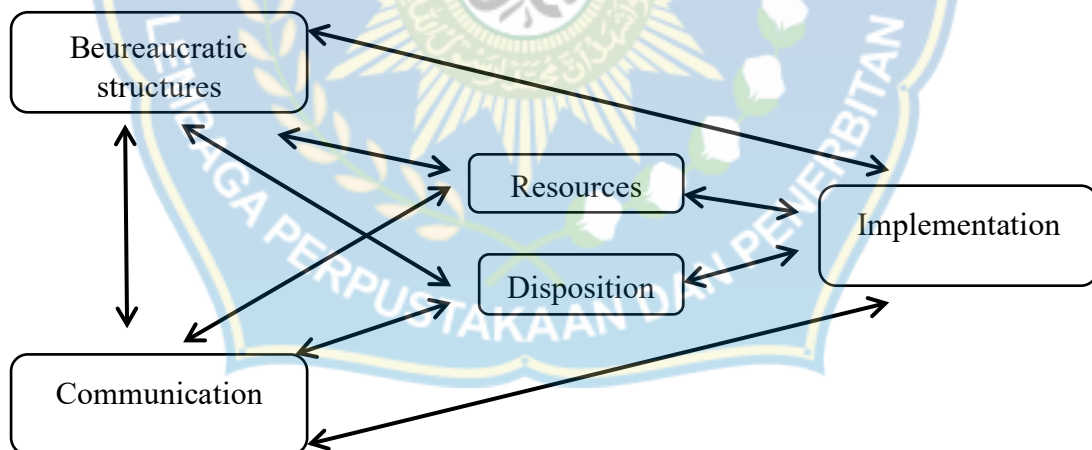
Suatu kebijakan pada dasarnya berada dalam sistem kebijakan mencakup hubungan timbalbalik diantara tiga unsur yaitu kebijakan publik, pelaksanaan kebijakan, dan lingkungan kebijakan yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.
Hubungan tiga elemen sistem kebijakan (Model William N. Dunn)

Kebijakan publik adalah pemikiran dari sekelompok orang atau pemerintah yang bertujuan untuk dilaksanakan oleh setiap implementor sehingga apa yang diharapkan dan dipikirkan oleh para pembuat kebijakan dapat terlaksana dan tepat pada sasaran. Kebijakan yang baik adalah kebijakan yang selalu mementingkan kepentingan sasaran kebijakan, bukan kepentingan dari para pembuat kebijakan. Kebijakan yang tidak berpihak pada sasaran kebijakan akan membuat kebijakan tersebut hanya sia-sia.

Berbeda dengan Willim N. Dunn yang menyatakan bahwa sistem pemerintahan mencakup hubungan timbal balik, lain halnya dengan Edward yang lebih dikenal dengan Model Edward III (1980) mempertimbangkan empat faktor kritis atau variabel di dalam mengimplementasikan kebijakan publik, yaitu komunikasi, sumber daya, sikap atau disposisi, dan struktur birokrasi. Faktor – faktor internal organisasi ini berpengaruh secara langsung terhadap implementasi, tetapi juga saling tergantung satu dengan yang lainnya. Edward menilai bahwa masalah utama administrasi publik adalah rendahnya perhatian terhadap implementasi. Secara tegas dikatakan bahwa” *without effective implementation the decision of policymakes will not be carried out succesfully*”. Edward III melihat empat isu pokok (faktor penentu) yang perlu mendapat perhatian agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yang digambarkan dalam kerangka model implementasi berikut :



Gambar 2.
Model Implementasi Kebijakan Edward III(1980)

Model Implementasi Edward menggunakan faktor yang berfokus di dalam struktur pemerintahan untuk menjelaskan proses implementasi. Penekanan pada proses ini dilandasi asumsi bahwa kalau para implementor mengikuti sepenuhnya standar pelaksanaan yang telah ditentukan oleh pembuat kebijakan maka dengan sendirinya *output* dan *outcomes* kebijakan yang diinginkan akan tercapat. Kenyataan menunjukkan bahwa kebanyakan kebijakan yang dibuat pemerintah tidak pernah sempurna, dan tidak bebas dari kekuatan-kekuatan sosial, ekonomi, politik yang melingkupinya. Menurut George C. Edward III ada empat variabel dalam kebijakan publik yaitu Komunikasi(*Communication*), Sumber Daya(*resources*), sikap(*dispositions atau attitudes*) dan strujtur birokrasi (*bureucratic structure*).

Faktor – faktor yang berpengaruh dalam implentasi menurut Edward III sebagai berikut :

1. Komunikasi

(Suratman, 2017) menjelaskan bahwa Implementasi akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggungjawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat dengan para pelaksana. Konsistensi atau keseragaman dari ukuran dasar dan tujuan perlu dikomunikasikan sehingga implementors mengetahui secara tepat ukuran maupun tujuan kebijakan itu

Komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit. Seseorang bisa menahannya hanya untuk kepentingan tertentu, atau

menyebarnya. Di samping itu sumber informasi yang berbeda juga akan melahirkan interpretasi yang berbeda pula (Suratman, 2017).

Untuk menjamin keberhasilan implementasi kebijakan, pelaksana harus mengetahui betul apa yang dilakukannya. Selain itu kelompok sasaran kebijakan juga harus diinformasikan mengenai apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi Resistensi dari kelompok sasaran.

(Suratman, 2017) menjelaskan bahwa agar implementasi berjalan efektif, siapa yang bertanggungjawab melaksanakan sebuah keputusan harus mengetahui apakah mereka dapat melakukannya. Sesungguhnya implementasi kebijakan harus diterima oleh semua personel dan harus mengerti secara jelas dan akurat mengenai maksud dan tujuan kebijakan. Jika para aktor pembuat kebijakan telah melihat ketidakjelasan spesifikasi kebijakan sebenarnya mereka tidak mengerti apa sesungguhnya yang akan diarahkan. Para implemetor kebijakan bingung dengan apa yang akan mereka lakukan sehingga jika dipaksakan tidak akan mendapatkan hasil yang optimal. Tidak cukupnya komunikasi kepada para implementor secara serius mempengaruhi implementasi kebijakan.

Komunikasi akan terwujud baik jika ada faktor-faktor yang menjadikan komunikasi tersebut berjalan baik. Terdapat tiga indikator yang dapat dipakai dalam mengukur keberhasilan variable komunikasi antara lain (dalam Agustino, 2006:150-151):

- 1) Transmisi, penyaluran komunikasi yang baik akan menghasilkan komunikasi yang baik pula.

- 2) Kejelasan, komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan harus jelas dan mudah dimengerti agar mudah melakukan tindakan.
- 3) Konsistensi, perintah yang diberikan untuk pelaksanaan suatu kebijakan haruslah tetap pada pendirian awal dan jelas.

2. Sumber Daya

Tanpa sumber daya yang memadai tentu implementasi kebijakan tidak akan berjalan secara optimal. Sumberdaya merupakan faktor penting selain dari komunikasi dalam implementasi kebijakan agar kebijakan dapat berjalan sesuai dengan apa yang diharapkan.

Tidak menjadi masalah bagaimana jelas dan konsisten implementasi program dan bagaimana akuratnya komunikasi dikirim. Jika personel yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program kekurangan sumberdaya dalam melakukan tugasnya. (Suratman, 2017). Komponen sumberdaya ini meliputi jumlah staf, keahlian dari para pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa program dapat diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan kegiatan program seperti dana dan sarana prasarana .

Sumberdaya manusia yang tidak memadai (jumlah dan kemampuan) berakibat tidak dapat dilaksanakannya program secara sempurna karena mereka tidak bisa melakukan pengawasan dengan baik. Jika jumlah staf pelaksana kebijakan terbatas maka hal yang harus dilakukan meningkatkan skill/kemampuan para

pelaksana untuk melakukan program. Untuk itu perlu adanya manajemen SDM yang baik agar dapat meningkatkan kinerja program.

Ketidakmampuan pelaksana program ini disebabkan karena kebijakan konservasi energi merupakan hal yang baru bagi mereka dimana dalam melaksanakan program ini membutuhkan kemampuan yang khusus, paling tidak mereka harus menguasai teknik-teknik kelistrikan. Informasi merupakan sumberdaya penting bagi pelaksanaan kebijakan (Suratman, 2017).

Ada dua bentuk informasi yaitu informasi mengenai bagaimana cara menyelesaikan kebijakan/program serta bagi pelaksana harus mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dan informasi tentang data pendukung kepatuhan kepada peraturan pemerintah dan undang-undang. Kenyataan dilapangan bahwa tingkat pusat tidak tahu kebutuhan yang diperlukan para pelaksana dilapangan. Kekurangan informasi/pengetahuan bagaimana melaksanakan kebijakan memiliki konsekuensi langsung seperti pelaksana tidak bertanggungjawab, atau pelaksana tidak ada di tempat kerja sehingga menimbulkan inefisien. Implementasi kebijakan membutuhkan kepatuhan organisasi dan individu terhadap peraturan pemerintah yang ada.

Menurut (Suratman, 2017) sumberdaya lain yang juga penting adalah kewenangan untuk menentukan bagaimana program dilakukan, kewenangan untuk membelanjakan/mengatur keuangan, baik penyediaan uang, pengadaan staf, maupun pengadaansupervisor. Fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan/program harus terpenuhi seperti kantor, peralatan, serta dana yang mencukupi. Tanpa fasilitas ini mustahil program dapat berjalan (Suratman, 2017).

Sumber daya, meliputi empat komponen yaitu staf yang cukup (jumlah dan mutu), informasi yang dibutuhkan guna pengambilan keputusan, kewenangan yang cukup guna melaksanakan tugas atau tanggung jawab dan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan.

3. Disposisi/ Sikap

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah.

Menurut (Suratman, 2017) ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan ; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut. Para pelaksana mungkin memahami maksud dan sasaran program namun seringkali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karena mereka menolak tujuan yang ada didalamnya sehingga secara sembunyi mengalihkan dan menghindari implementasi program. Disamping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program

Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan program dapat mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari dukungan pimpinan ini adalah Menempatkan kebijakan menjadi prioritas program, penempatan pelaksana dengan orang-orang yang mendukung program, memperhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik demografi yang lain. Disamping itu

penyediaan dana yang cukup guna memberikan insentif bagi para pelaksana program agar mereka mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan kebijakan/program.

Faktor-faktor mengenai disposisi implementasi kebijakan oleh George C. Edward III (dalam Agustino, 2006: 152-153) antara lain:

1) Pengangkatan birokrat

Disposisi atau sikap para pelaksana akan mengakibatkan permasalahan yang akan timbul pada implementasi kebijakan jika personilnya tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat tinggi. Oleh karena itu, pemilihan atau pengangkatan personil untuk melaksanakan kebijakan adalah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, khususnya pada kepentingan masyarakat.

2) Insentif

Edward (1980) menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah para pelaksana cenderung melakukan manipulasi insentif. Oleh karena itu, pada umumnya orang bertindak menurut kepentingannya sendiri. Manipulasi insentif yang dilakukan oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu akan menjadi faktor pendukung yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan tugasnya dengan baik. Hal ini dilakukan untuk memenuhi kepentingan pribadi dan organisasi.

4. Struktur Birokrasi

Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Van Horn dan Van Meter (dalam Agustino, 2006: 152-153) menunjukkan beberapa unsur yang mungkin berpengaruh terhadap suatu organisasi dalam implementasi kebijakan, yaitu:

- a. Kompetensi dan ukuran staf suatu badan;
- b. Tingkat pengawasan hirarkhis terhadap keputusan-keputusan sub unit dan proses-proses dalam badan pelaksana;
- c. Sumber-sumber politik suatu organisasi (misalnya dukungan di antara anggota legislatif dan eksekutif)
- d. Vitalitas suatu organisasi;
- e. Tingkat komunikasi “terbuka”, yaitu jaringan kerja komunikasi horizontal maupun vertikal secara bebas serta tingkat kebebasan yang secara relatif tinggi dalam komunikasi dengan individu-individu di luar organisasi;
- f. Kaitan formal dan informal suatu badan dengan badan pembuat keputusan atau pelaksana keputusan.

Bila sumberdaya cukup untuk melaksanakan suatu kebijakan dan para implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, implementasi masih gagal apabila struktur birokrasi yang ada menghalangi koordinasi yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan. Kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak

orang, serta pemborosan sumberdaya akan mempengaruhi hasil implementasi. Perubahan yang dilakukan tentunya akan mempengaruhi individu dan secara umum akan mempengaruhi sistem dalam birokrasi .Suratman, 2017).

Berbeda dengan apa yang dikemukakan oleh Edwards tentang faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, dalam artikel faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan. Kurniawan(2008:02) mengemukakan bahwa ada tiga faktor yang dapat memengaruhi keberhasilan dari implementasi kebijakan. Faktorfaktor tersebut adalah:

- 1) Isi atau content kebijakan.

Kebijakan yang baik dari sisi content setidaknya mempunyai sifat-sifat sebagai berikut: jelas, tidak distorsif, didukung oleh dasar teori yang teruji, mudah dikomunikasikan ke kelompok target, didukung oleh sumberdaya baik manusia maupun finansial yang baik.

- 2) Implementator dan kelompok target.

Pelaksanaan implementasi kebijakan tergantung pada badan pelaksana kebijakan (implementator) dan kelompok target (target groups). Implementator harus mempunyai kapabilitas, kompetensi, komitmen dan konsistensi untuk melaksanakan sebuah kebijakan sesuai dengan arahan dari penentu kebijakan (policy makers), selain itu, kelompok target yang terdidik dan relatif homogen akan lebih mudah menerima sebuah kebijakan daripada kelompok yang tertutup, tradisional dan heterogen. Lebih lanjut, kelompok target yang merupakan bagian besar dari populasi juga akan lebih mempersulit keberhasilan implementasi kebijakan.

3) Lingkungan.

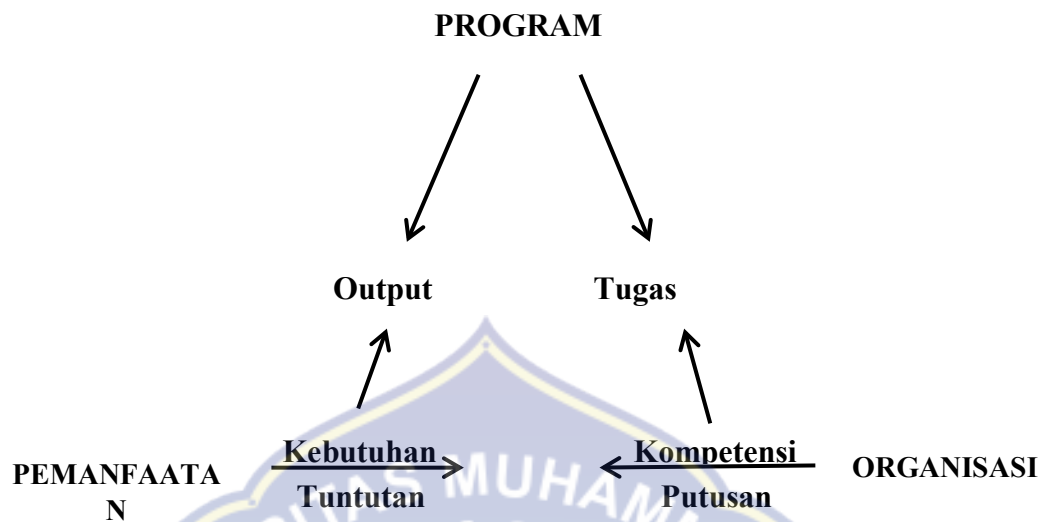
Kurniawan(2008:24) Keadaan sosial-ekonomi, politik, dukungan publik maupun kultur populasi tempat sebuah kebijakan diimplementasikan juga akan memengaruhi keberhasilan kebijakan publik. Kondisi sosial-ekonomi sebuah masyarakat yang maju, sistem politik yang stabil dan demokratis, dukungan baik dari konstituen maupun elit penguasa, dan budaya keseharian masyarakat yang mendukung akan mempermudah implementasi sebuah kebijakan .

Peneliti akan menggunakan teori milik George C. Edward III untuk landasan teori penelitian ini. Selain lebih cocok menggunakan model George C. Edwards III , teori ini memiliki kelebihan yaitu lebih mudah dan jelas untuk digunakan untuk pembahasan penelitian ini.

d. Konsep Implementasi Program

Program di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) didefinisikan sebagai rancangan mengenai asas-asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan. Jones dalam Arif Rohman (2009: 101-102) menyebutkan program merupakan salah satu komponen dalam suatu kebijakan. Program merupakan upaya yang berwenang untuk mencapai tujuan.

Salah satu model implementasi program yakni model yang diungkapkan oleh David C. Korten (2005). Model ini memakai pendekatan proses pembelajaran dan lebih dikenal dengan model kesesuaian implementasi program. Model kesesuaian Korten digambarkan sebagai berikut :



Sumber: Haedar Akib dan Antonius Tarigan (2000: 12)

Gambar 3.
Model Kesesuaian Implementasi Program

David C. Korten (2005) menggambarkan model ini berintikan tiga elemen yang ada dalam pelaksanaan program yaitu program itu sendiri, pelaksanaan program, dan kelompok sasaran program. Korten menyatakan bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program. Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaat, yaitu kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat). Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara tugas yang disyaratkan oleh program dengan kemampuan organisasi pelaksana. Ketiga, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh output program dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program (Akib dan Antonius Tarigan, 2000: 12).

Menurut Muhaimin (2009), bahwa Program merupakan pernyataan yang berisi kesimpulan dari beberapa harapan atau tujuan yang saling bergantung dan saling terkait, untuk mencapai suatu sasaran yang sama. Biasanya suatu program mencakup seluruh kegiatan yang berada di bawah unit administrasi yang sama, atau sasaran-sasaran yang saling bergantung dan saling melengkapi, yang semuanya harus dilaksanakan secara bersamaan atau berurutan.

Program sering dikaitkan dengan perencanaan, persiapan, dan desain atau rancangan. Desain berasal dari bahasa Inggris yaitu dari kata *decine*. Jadi desain dalam perspektif pembelajaran adalah rencana pembelajaran. Rencana pembelajaran disebut juga dengan program pembelajaran (Mudasir, 2012).

Desain/perencanaan merupakan gambaran beberapa kegiatan, siapa yang bertanggung jawab mengerjakannya dan faktor pendukung berupa dana dan waktu, semakin jelas pekerjaan pencapaiannya karena ada petunjuk pelaksanaan.

3. Penelitian Terdahulu

Dasar atau acuan yang berupa teori-teori atau temuan-temuan melalui hasil berbagai penelitian sebelumnya merupakan hal yang sangat perlu dan dapat dijadikan sebagai data pendukung. Salah satu data pendukung yang menurut peneliti perlu dijadikan bagian tersendiri adalah penelitian terdahulu yang relevan dengan permasalahan yang sedang dibahas dalam penelitian ini. Dalam hal ini, fokus penelitian terdahulu yang dijadikan acuan adalah metode perankingan dokumen. Oleh karena itu, peneliti melakukan langkah kajian terhadap beberapa hasil penelitian berupa tesis dan jurnal-jurnal melalui internet.

Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Enrekang antara lain ;

Tabel 1.
Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul Penelitian	Hasil Penelitian
1	Akhmad Rozi (2011)	Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Tanah Laut	Hasil penelitian bahwa PKH dalam implementasinya di lokasi kasus dapat dinilai efektif. Efektivitas pelaksanaan program ditentukan oleh faktor ketepatan sasaran, ketersediaan fasilitas, dan adanya pendampingan yang memadai. Manfaat yang paling dirasakan oleh Rumah Tangga sangat Miskin (RTSM) peserta program PKH adalah sub-program peningkatan kualitas sarana sekolah, karena dana bantuan PKH benar-benar bisa digunakan untuk mendukung kelangsungan pendidikan formal anak-anak dari keluarga peserta PKH
2	Hasbi Iqbal (2008)	Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Kudus	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan telah berjalan sesuai dengan Pedoman Umum dan Pedoman Pelaksanaanya. Dampak yang dirasakan peserta program adalah semakin meningkatnya penggunaan fasilitas pendidikan dan kesehatan oleh anak usia sekolah, ibu hamil serta anak Balita.
3.	(Anggi Anggraini, 2014)	Peranan Keluarga Harapan terhadap Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Di Desa Padang Kunyi Kecamatan Pangean Kabupaten Kuantan	Dengan hasil penelitian menyimpulkan bahwa peranan PKH ini untuk mengurangi kecacatan anak, mencerdaskan kehidupan anak bangsa dan mengurangi angka kemiskinan.

		Singingi,	
--	--	-----------	--

Berdasarkan penelitian terdahulu tersebut, penelitian yang akan dilakukan oleh penulis memiliki beberapa kesamaan dengan hasil penelitian di atas. Namun memiliki pula perbedaan, perbedaan tersebut pada lokasi penelitian yang dilakukan peneliti, yaitu lokasi penelitian di Kota Enrekang. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti berbeda dalam hal subjek, metode, tempat serta waktu penelitian. Peneliti ingin mengetahui implementasi kebijakan Program Keluarga Harapan di Kota Enrekang, beserta Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan PKH.

Maka dalam hal ini penulis tertarik untuk mengkaji tentang Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan Di Kabupaten Enrekang.

B. Kerangka Pikir

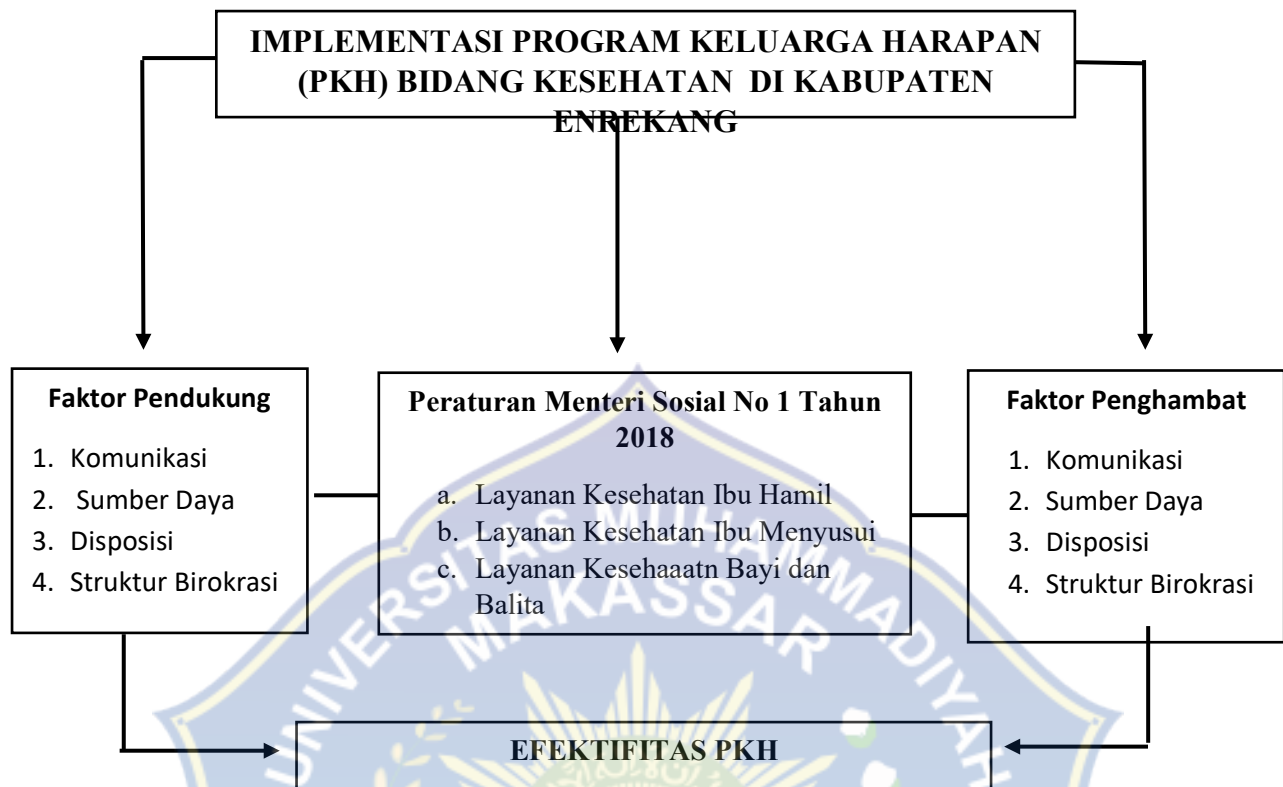
Dalam pembukaan UUD 1945 untuk mensejahterakan masyarakat dalam berbagai aspek, maka pemerintah membuat kebijakan dalam bentuk program-program bantuan sosial. Pemerintah sendiri selalu mencanangkan upaya penanggulangan kemiskinan dari tahun ketahun.

Pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan. Melalui Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) di bawah koordinasi Wakil Presiden Republik Indonesia, Pemerintah mengklasifikasikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan dalam tiga kelompok (klaster) kebijakan (Wrihatnolo,2002: 77).

Implementasi kebijakan-kebijakan tersebut telah membuahkan hasil, namun belum optimal. Data statistik menunjukkan angka kemiskinan di Indonesia telah mengalami penurunan sejak tahun 2002 - 2011, namun persentasenya melambat sejak tahun 2006 - 2011. Penurunan berkisar 1 – 1,5 % setiap tahunnya. Fakta tersebut tidak berbanding lurus dengan besarnya alokasi anggaran program penanggulangan kemiskinan yang terus mengalami peningkatan setiap tahunnya.

Berbagai upaya penanggulangan kemiskinan yang telah diambil pemerintah. Dengan banyaknya kebijakan pemerintah yang tertuang dalam program-program bantuan sosial yang ada, maka saya penulis ingin membahas salah satu program kebijakan bantuan sosial, yaitu :Program Keluarga Harapan (PKH). Program ini dikeluarkan melalui kementerian sosial dan dilaksanakan oleh Dinas Sosial yang merupakan salah satu instansi pemerintahan yang bergerak di bidang sosial. Program ini berupaya untuk mengembangkan sistem perlindungan sosial terhadap warga miskin di Indonesia.

Berdasarkan uraian di atas maka bagan kerangka pikir penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.
Bagan Kerangka Pikir

C. Fokus Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis dapat menarik beberapa rumusan masalah yang akan digunakan sebagai acuan dalam pembahasan selanjutnya. Adapun rumusan masalah tersebut adalah sebagai berikut:

1. Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang
2. Faktor pendukung dan penghambat Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang

D. Deskripsi Fokus Penelitian

Judul penelitian yaitu Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang sehingga yang menjadi Fokus Penelitian adalah :

1. Komunikasi adalah bentuk penyampaian yang dilakukan Dinas Sosial Kabupaten Enrekang kepada para penerima bantuan PKH melalui para pendamping PKH, dengan memberikan informasi dalam bentuk sosialisasi program ke masyarakat terkhusus penerima bantuan PKH sehingga dapat berjalan sesuai apa yang diinginkan.
2. Sumber Daya adalah bentuk konsistensi dari para pelaksana PKH, berupa bentuk tanggung jawab untuk melaksanakan Program Keluarga Harapan. Sumber Daya manusia yaitu para staff juga pendamping PKH, dalam jumlah dan kemampuan yang memadai sebagai pelaksana program.

3. Disposisi/Sikap adalah bentuk sikap/respon pelaksana terhadap kebijakan mengenai kesadaran pelaksana, petunjuk / arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan dan intensitas dari respon tersebut.
4. Struktur Birokrasi merupakan badan pelaksana kebijakan Program Keluarga Harapan, berupa pola pola hubungan yang terjadi antara pelaksana dalam divisi divisi untuk menjalankan program keluarga Harapan. Didalam Struktur birokrasi Program Keluarga Harapan terdapat pembagian kerja masing-masing yang mengarah pada satu tujuan bersama untuk menyukseskan terlaksananya program keluar harapan.



BAB III METODE PENELITIAN

A. Waktu dan Lokasi Penelitian

Adapun penelitian lapangan direncanakan kurang lebih dua bulan atau setelah seminar proposal dilaksanakan. Lokasi Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Enrekang Sulawesi Selatan. Dengan mempertimbangkan bahwa Kabupaten Enrekang merupakan lokasi yang strategis untuk melihat implementasi program Keluarga Harapan. Objek penelitian ini yaitu pemerintah dan masyarakat yang terkait dengan implementasi Program Keluarga Harapan untuk melihat efektivitas Program Keluarga Harapan yang dapat menunjang hasil penelitian.

B. Jenis dan Tipe Penelitiann

Jenis penelitian yang akan digunakan didalam penelitian ini yaitu jenis penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif. Jenis penelitian kualitatif ialah salah satu prosedur yang akan menghasilkan data deskriptif dalam bentuk kata-kata baik secara tertulis maupun secara lisan dari seseorang serta perilaku yang diamati (Sugiyono, 2017).

C. Sumber Data

Dalam buku sugiyono (2017), Beberapa sumber data dalam penelitian ini ialah:

1. Data Primer

Yaitu data dan informasi yang diperoleh langsung dari lokasi penelitian yang berupa teknik wawancara kepada informan yang dipilih serta orang atau

instansi yang terbilang bisa menjadi informan dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dalam informasi yang diinginkan.

2. Data Sekunder

Yaitu data yang dikumpulkan peneliti di berbagai laporan, buku-buku, serta informasi dokumen-dokumen terkait yang sifatnya tertulis. Laporan atau dokumen yang bersifat informasi tertulis yang akan dikumpulkan peneliti ialah data yang berasal dari berbagai sumber, seperti koran, buku, serta sumber-sumber lainnya yang hendak mendukung data yang diperlukan dalam proses penelitian nantinya.

D. Informan Penelitian

Pada penentuan Informan di dalam penelitian ini sebagai narasumber untuk diwawancarai secara mendalam yang dilakukan dengan cara, peneliti akan memilih atau menentukan orang dipandang memiliki pengetahuan dan informasi mengenai permasalahan yang hendak diteliti yaitu instansi-instansi yang terlibat sebagai partisipan diantaranya :

Tabel 2.
Informan

No	Informan	Inisial	Jabatan
1	Yunus Rajuddin	YR	Kepala Dinas Kabupaten Enrekang
2	Fachrul Nasril	FN	Kepala Bidang Jaminan Sosial
3	Sudirman Rasyid	SR	Kordinator Pendamping PKH
4	Burhan Nurdin	BN	Pendamping PKH
5	Sumarni Alias	SA	Penerima Bantuan PKH

E. Teknik pengumpulan data

Adapun teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

1. Pengamatan (observasi)

Orservasi, yaitu pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan pengamatan langsung terhadap Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang.

2. Wawancara (Interview)

Wawancara yaitu mengajukan pertanyaan langsung kepada informan yang berkaitan dengan Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang.

3. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah pengumpulan data dengan meneliti catatan-catatan penting yang sangat erat hubungannya dengan objek yang diteliti.

F. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data yang lainya terkumpul. Setelah semua data terkumpul, maka langka selanjutnya yang dilakukan oleh peneliti yaitu mengolah data atau biasa disebut analisis data Sugiyono (2011:246).

Menurut Mc Drury (Moleong, 2014:248) mengemukakan bahwa analisis data yang digunakan dalam penelitian dapat dilakukan dengan menerapkan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Reduksi data

Mereduksi data sama halnya dengan meringkas, memilih sesuat yang penting saja, serta fokus pada hal-hal yang penting, mencari tema dan polanya. Dengan demikian, data yang telah direduksi ini akan memberikan gambaran yang jelas.

2. Sajian data

Dalam penelitian kualitatif, untuk menyajikan data selain data didalam bentuk narasi kalimat, peneliti juga dapat menggunakan berbagai jenis matrik, gambar atau skema, jaringan, serta kaitan kegiatan dan juga berupa tabel sebagai pendukung narasi.

3. Penarikan kesimpulan

Pada awal pengumpulan data peneliti seharusnya mulai mengerti dan mengetahui apa arti dari hal-hal yang ditemui yaitu dengan mencatat peraturan-peraturan sebab akibat, dan juga berbagai proposi sehingga penarikan kesimpulan dapat dipertanggung jawabkan.

G. Keabsahan Data

Moleong, (2014:248) menjabarkan bahwa pengabsahan data adalah bentuk batasan berkaitan suatu kepastian, bahwa yang berukur benar-benar variabel yang ingin diukur. Keabsahan tersebut juga bisa dicapai didalam proses pengumpulan data yang cepat. salah satu caranya adalah dengan triangulasi, yaitu tehnik pemeriksaan data dengan memanfaatkan suatu hal yang lain diluar data itu sendiri untuk keperluan pengecekan atau sebagai perbandingan terhadap data tersebut.

1. Triagualsi sumber

Trigulasi sumber yaitu dengan membandingkan cara mengecek ulang tingkatan kepercayaan informasi yang diperoleh dengan sumber yang berbeda. Membandingkan hasil pengamatan dan wawancara, membandingkan yang dijelaskan umum dan yang dikatakan pribadi, serta membandingkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti dengan dokumen yang ada.

2. Triagulasi teknik

Teknik data untuk memperoleh informan yang dibutuhkan dalam penelitian ini, maka penulis menggunakan teknik pengumpulan data yaitu untuk menguji akurat tidaknya sebuah data oleh karenanya peneliti menggunakan teknik tertentu yang berbeda dengan teknik yang digunakan sebelumnya.

3. Triagulasi waktu

Triagulasi waktu digunakan untuk validasi data yang berhubungan dengan pengecekan data berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu. Perubahan suatu proses dan perubahan manusia mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Untuk mendapatkan data yang sah melalui observasi penelitian perlu diadakan pengamatan yang tidak hanya satu kali pengamatan saja.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

1. Letak Geografis dan Profil Dinas Sosial Kabupaten Enrekang

Dinas Sosial Kependudukan Tenaga kerja dan Transmigrasi Kabupaten Enrekang, sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang diberi mandat oleh Undang-undang sebagai penyelenggara kewenangan otonomi daerah dibidang Sosial Kependudukan Ketatanegaraan dan Transmigrasi selalu dituntut untuk meningkatkan kinerja organisasi agar tujuan pembangunan dapat dirumuskan dan dicapai secara efektif dan efisien.

Kantor Dinas Sosial Kabupaten Enrekang terletak di Jalan Jenderal Sudirman, Kelurahan Leoran Kecamatan Enrekang, Kabupaten Enrekang, Sulawesi Selatan. Kabupaten Enrekang dengan ibukota Enrekang terletak ± 235 Km sebelah Utara Makassar. Secara administratif terdiri dari sepuluh Kecamatan, 12 Kelurahan dan 96 Desa, dengan luas wilayah sebesar 1.786,01 Km². Terletak pada koordinat antara 3^o 14' 36" sampai 03^o 50' 00" Lintang Selatan dan 119^o 40' 53" sampai 120^o 06' 33" Bujur Timur. Batas wilayah kabupaten ini adalah sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Tanah Toraja, sebelah timur dengan Kabupaten Luwu dan Sidrap, sebelah selatan dengan Kabupaten Sidrap dan sebelah barat dengan Kabupaten Pinrang. Kabupaten ini pada umumnya mempunyai wilayah Topografi yang bervariasi berupa perbukitan, pegunungan, lembah dan sungai dengan ketinggian 47 – 3.293 m dari permukaan laut serta

tidak mempunyai wilayah pantai. Secara umum keadaan Topografi Wilayah didominasi oleh bukit-bukit/gununggunung yaitu sekitar 84,96% dari luas wilayah Kabupaten Enrekang sedangkan yang datar hanya 15,04%. Kabupaten Enrekang adalah salah satu Daerah tingkat II di Provinsi Sulawesi selatan Indonesia, Ibukota Kabupaten ini terletak di Kecamatan Enrekang, Kabupaten ini memiliki luas wilayah 1.786,01 km² dan berpenduduk sebanyak ± 190.579 jiwa. Ditinjau dari segi sosial budaya, masyarakat Kabupaten Enrekang memiliki ciri khas tersendiri.

2. Visi Misi

“Dengan Penataan Administrasi Kependudukan Dan Perluasan Lapangan Kerja Yang Berorientasi Agribisnis Kita Tingkatkan Kesejahteraan Masyarakat Yang Bernuansa Relegius”. Untuk mencapai visi tersebut dirumuskan ke dalam 4 (empat) misi, yaitu:

1. Memberikan Perlindungan, pengakuan pemerataan status pribadi dan status hukum atas setiap peristiwa
2. Memberikan Status Hak Sipil Penduduk
3. Menyediakan data dan informasi kependudukan secara Nasional pada berbagai tingkatan yang akurat dan lengkap, mutakhir dan mudah diakses mengenai pendaftaran penduduk dan pencatatan sipil yang dapat dijadikan acuan bagi perumusan kebijakan dan pembangunan pada umumnya.
4. Mewujudkan tertib administrasi kependudukan secara Nasional dan Terpadu.
5. Peningkatan Pembangunan Kesejahteraan Sosial
6. Peningkatan pemberdayaan pekerja sosial masyarakat (PSM)

7. Peningkatan kualitas manajemen keuangan

3. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Sosial Kabupaten Enrekang

a. Kedudukan

Dinas Sosial adalah merupakan unsur pelaksana otonomi daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan daerah yang dipimpin oleh seorang Kepala Dinas yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

b. Tugas Pokok

Dinas Sosial mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan pemerintah daerah di bidang Kesejahteraan Sosial berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.

c. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pokok, Dinas Sosial mempunyai fungsi:

- 1) Perumusan kebijakan teknis di bidang Kesejahteraan Sosial
- 2) Penyelenggaraan urusan pemerintah dan pelayanan umum sesuai dengan lingkup tugasnya
- 3) Pembinaan dan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya,
- 4) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Walikota sesuai

dengan tugas dan fungsinya.

4. Daftar Kecamatan Pendamping dan Kriteria Penerima PKH

Adapun daftar pendamping dan kriteria penerima Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Enrekang sebagai berikut :

Tabel 3.
Daftar Kecamatan Pendamping dan Kriteria Penerima PKH

No	Nama Kecamatan	Jumlah Pendamping
1	Kecamatan Maiwa	4 orang
2	Kecamatan Enrekang	3 orang
3	Kecamatan Angraja	3 orang
4	Kecamatan Baraka	4 orang
5	Kecamatan Malua	2 orang
6	Kecamatan BatuBatu	4 orang
7	Kecamatan Bungin	2 orang
8	Kecamatan Curio	4 orang
9	Kecamatan Alla	2 orang
10	Kecamatan Baroko	3 orang
11	Kecamatan Masalle	3 orang

Sumber :DataPendampingPKH2019

Dari tabel diatas, diketahui bahwa daftar kecamatan Pendamping tersebut di 11 Kecamatan, yaitu kecamatan maiwa jumlah pendamping terdiri dari 4 orang, kecamatan Enrekang jumlah pendamping terdiri dari 3 orang, Kecamatan Angraja jumlah pendamping terdiri dari 3orang, Kecamatan Baraka jumlah pendamping terdiri dari 4 orang, kecamatan Malua jumlah pendamping terdiri dari 2 orang, Kecamatan Batu Batu jumlah pendamping terdiri dari 4 orang, Kecamatan Bungin jumlah pendamping terdiri dari 2 orang, Kecamatan Curio jumlah pendamping terdiri dari 4 orang, Kecamatan Alla jumlah pendamping terdiri dari 2orang, Kecamatan Baroko jumlah pendamping terdiri dari 3 orang,Kecamatan Masalle jumlah pendamping terdiri dari 3orang.

Tabel 4.
Kriteria Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dan Rumah Tangga Miskin (RTM)

No	Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM)	Rumah Tangga Miskin(RTM)
1	Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8m2 perorang	Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8m perorang

2	Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu	Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan
3	Tidak memiliki fasilitas buang air besar/ bersama-sama dengan rumah tangga lain	Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu
4	Tidak menggunakan aliran listrik	Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lainnya
5	Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu	Tidak menggunakan aliran listrik
6	Sumber Air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindungi	Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindungi/sungai/air hujan
7	Hanya sanggup makan sebanyak $\frac{1}{2}$ x dalam sehari	Hanya sanggup makan sebanyak $\frac{1}{2}$ x dalam sehari
8	Bahan bakar masak sehari-hari adalah kayu bakar	Bahan bakar masak sehari-hari adalah kayu bakar
9	Mengonsumsi daging/susu/ayam 1x dalam seminggu	Mengonsumsi daging/susu/ayam 1x dalam seminggu
10	Tidak sanggup membayar pengobatan di puskesmas atau poliklinik	Tidak sanggup membayar pengobatan di puskesmas atau poliklinik
11	Sumber penghasilan rumah tangga adalah dibawah Rp 600.000,- per bulan	Sumber penghasilan rumah tangga adalah dibawah Rp 600.000 perbulan
12	Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga tidak sekolah/ tidak tamat SD	Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga tidak sekolah/ tidak tamat SD
13	Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual	Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual
14	Masih memiliki balita, ada ibu hamil atau menyusui serta memiliki anggota keluarga yang harus/ belum sekolah sampai tingkat SLTP	

Sumber : ArsipDinasSosialKabupatenEnrekang2019

Dari data diatas tentang Kriteria Rumah Tangga Miskin dan Rumah Tangga sangat miskin, terbagi atas 14 kriteria, dimana mempertimbangkan luas tanah bangunan, jenis lantai bangunan yang digunakan tanah, bambu, atau kayu,

sumber air, bahan bakar untuk memasak setiap hari, sumber penghasilan rumah tangga, pendidikan tertinggi kepala keluarga.

5. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas

Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Sosial Kabupaten Enrekang, disebutkan bahwa Susunan Organisasi Dinas Sosial Kabupaten Enrekang terdiri dari :

a. Kepala Dinas

Memimpin, mengkoordinasikan dan melaksanakan sebagian urusan Pemerintahan daerah dibidang Perencanaan Pembangunan Daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kebijakan yang diberikan oleh Walikota.

b. Sekretariat

Sekretariat yang dipimpin oleh seorang Sekretaris yang mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Badan di bidang kesekretariatan. Sekretaris dalam melaksanakan tugasnya bertanggungjawab kepada Kepala Badan. Untuk melaksanakan tugas, sekretariat mempunyai fungsi:

- 1) Pengelolaan urusan penyusunan progam, monitoring dan evaluasi;
- 2) Pengelolaan urusan administrasi umum dan kepegawaian;
- 3) Pengelolaan urusan keuangan.

Sekretariat, membawahkan:

- 1) Sub Bagian Penyusunan Program, Monitoring dan Evaluasi

Sub Bagian Penyusunan Program, Monitoring dan Evaluasi mempunyai tugas:

- a) Menghimpun dan menyusun program kegiatan;

- b) Melaksanakan monitoring kegiatan
- c) Menghimpun dan menyusun pelaporan kegiatan;
- d) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

2) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas:

- a) Melakukan Pengelolaan dan Pelaporan administrasi umum yang meliputi pengelolaan naskah Dinas, penataan kearsipan Dinas, melaksanakan Urusan Rumah Tangga, Pengelolaan Sarana dan Prasarana, hubungan masyarakat, urusan hukum dan menyiapkan rapat badan;
- b) Melakukan Pengelolaan dan Pelaporan administrasi Kepegawaian yang meliputi kegiatan penyiapan bahan penyusunan rencana kebutuhan pegawai, mutasi, disiplin, pengembangan pegawai dan kesejahteraan pegawai;
- c) Melaksanakan tugas lain diberikan oleh atasan.

3) Sub Bagian Keuangan

Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas:

- a) Melakukan pengelolaan urusan administrasi keuangan yang meliputi urusan penyusunan anggaran Dinas, Administrasi gaji, Administrasi Perjalanan Dinas;
- b) Menyusun Pembukuan, Pertanggungjawaban Keuangan dan Pelaporannya;
- c) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan

4) Kepala Bidang Banjamsos

Tugasnya antara lain:

Melaksanakan tugas sebagian Dinas di bidang Bantuan dan Jaminan Sosial meliputi Bantuan Sosial korban bencana alam, bantuan sosial korban bencana sosial, bantuan sosial korban tindak kekerasan, bantuan sosial Fakir miskin dan Jaminan Sosial serta melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan.

a) Kepala Seksi Penanggulangan Korban Tindak Kekerasan

Melaksanakan identifikasi dan pendataan, penyusunan perencanaan program kegiatan mengatasi masalah Korban Tindak Kekerasan serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan langsung Dinas Sosial Kota Bandar Lampung.

b) Kepala Seksi Bantuan Fakir Miskin dan Jaminan Sosial

Mengumpulkan data, menginventarisasi serta melakukan evaluasi pemberian bantuan bagi keluarga binaan sosial serta melaksanakan tugas lain yang di berikan atasan.

6. Besaran Bantuan Penerima Bantuan PKH

PKH merupakan program bantuan tunai bersyarat atau disebut Conditional Cash Tansfers (CCT). Bantuan Pkh diberikan kepala RSTM/ KSM yang telah mejadi peserta PKH. Sesuai pedoman umum PKH, bahwa penyaluran bantuan PKH dilaksanakan empat kali penyaluran dalam satu tahun. Adapun beberapa besaran bantuan yang diberikan, antara lain :

- a. Bantuan kesehatan untuk ibu hamil/nifas, bayi, balita Rp. 800.000
- b. Besar bantuan berkisar Rp. 600.000 s/d Rp.2.200.000 / tahun tergantung kondisi keluarga dan kepatuhan keluarga dalam memenuhi kewajiban

Catatan :

- 1) Bantuan terkait kesehatan berlaku bagi RTSM dengan anak di bawah 6 tahun / ibu hamil/ nifas. Besar bantuan ini tidak dihitung berdasarkan jumlah anak.
- 2) Besar bantuan adalah 16% rata-rata pendapatan RTSM per tahun
- 3) Batasan minimum dan maksimum adalah antara 15-25% pendapatan rata-rata RTSM per tahun.

Dengan adanya perbedaan komposisi anggota keluarga RTSM, maka besar bantuan yang diterima setiap RTSM akan bervariasi. Apabila besar bantuan yang diterima RTSM melebihi batas maksimum yang ditetapkan maka untuk dapat menjadi peserta PKH seluruh anggota RTSM yang memenuhi persyaratan harus mengikuti ketentuan PKH. Apabila peserta tidak memenuhi komitmennya dalam tiga bulan, maka besaran bantuan yang diterima akan berkurang dengan rincian sebagai berikut:

- a) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam satu bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp. 50.000,
- b) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam dua bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp. 100.000,-
- c) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam tiga bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp. 150.000,-

d) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam tiga bulan berturut-turut, maka tidak akan menerima bantuan dalam satu periode pembayaran.

B. Konsep Program Keluarga Harapan

a. Pengertian Konsep Implementasi Program

Salah satu kebijakan sosial yang dikembangkan oleh pemerintah adalah Program Keluarga Harapan (PKH). Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Sebagai imbalannya RTSM diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. Tujuan utama dari PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target MDGs. Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas:

1. Meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM;
2. Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM;
3. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM;
4. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM. RTSM yang menjadi sasaran PKH adalah sekelompok orang yang tinggal satu atap, baik yang terikat oleh pertalian darah (keluarga batih) maupun tidak (keluarga luas) yang memiliki

pendapatan per kapita per bulan di bawah garis fakir miskin Rp. 92.192 (Direktorat jaminan kesejahteraan sosial 2009: 10).

Menurut Friedrich sebagaimana dalam Leo Agustino (2008), kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan, terutama dalam kaitan adanya peran fungsional Pemerintah di ranah publik sebagai pelayan masyarakat.

Merujuk pada Nugroho (2004), untuk menyelesaikan permasalahan yang berkembang di masyarakat diperlukan kebijakan sebagai realisasi dari fungsi dan tugas negara serta dalam rangka mencapai tujuan pembangunan. Dengan kata lain, kebijakan (dalam konteks peran Pemerintah sebagai pemangku otoritas publik) dibutuhkan untuk memecahkan masalah yang ada di ranah publik. Dan untuk itu menurut (Tachjan, 2006) dibutuhkan bukan hanya perumusan (rencana) program, tetapi juga implementasi program guna mencapai tujuan yang telah direncanakan. Oleh karena itu suatu kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atas tujuan yang diinginkan .

b. Tujuan Program Keluarga Harapan

Tujuan PKH adalah membantu mengurangi kemiskinan dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia sebagai sumber daya manusia pada kelompok masyarakat sangat miskin. Tujuan dalam jangka pendeknya bantuan ini adalah 37 membantu mengurangi beban pengeluaran rumah tangga sangat miskin. Sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah dengan mensyaratkan keluarga

penerima untuk menyekolahkan anaknya, melakukan imunisasi balita, memeriksakan kandungan bagi ibu hamil, dan perbaikan gizi dengan harapan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi.

PKH diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesejahteraan sosial yang bermartabat sehingga tercipta kemandirian lokal penyandang masalah kesejahteraan sosial, dapat meningkatkan pendayagunaan sumber daya dan potensi aparatur (struktural dan fungsional) dengan dukungan sarana dan prasarana yang memadai untuk mampu memberikan pelayanan dibidang kesejahteraan sosial yang cepat, berkualitas dan memuaskan serta meningkatkan koordinasi dan partisipasi sosial masyarakat / stakehoders khususnya Lembaga Sosial masyarakat pemerhati di bidang kesejahteraan sosial masyarakat.

Dijelaskan bahwa secara khusus tujuan PKH di bidang kesehatan terdiri atas :

1. Meningkatkan kondisi sosial ekonomi rumah tangga sangat miskin (RTSM)
2. Meningkatkan taraf hidup anak – anak rumah tangga sangat miskin (RTSM)
3. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak di bawah usia 6 tahun dari keluarga rumah tangga sangat miskin (RSTM).
4. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan khususnya keluarga rumah tangga sangat miskin (RSTM).

c. Dasar Program Keluarga Harapan

Yang dimaksud dengan dasar adalah landasan tempat berpijak atau sandaran dari pada dilakukannya suatu perbuatan. Dengan demikian, yang dijadikan landasan suatu perbuatan itu harus mempunyai kekuatan hukum sehingga suatu tindakan dapat dipertanggung jawabkan keabsahannya.

Ahmadi,(1991) menjelaskan bahwa untuk menjamin keberlangsungan suatu usaha atau kegiatan diperlukan dasar atau landasan hukum yang kuat, sehingga yang dimaksud dengan dasar program keluarga harapan di sini adalah landasan tempat berpijak atau bersandar dari dikembangkannya sebuah program tersebut .

Adapun landasan hukum pelaksanaan program keluarga harapan berpedoman pada perundang-undangan yang berlaku sebagai berikut,(Materi Diklat Pendamping PKH 2012):

- a) Peraturan Presiden No. 15 tahun 2010 tentang percepatan penanggulangan kemiskinan
- b) Inpres No. 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang berkeadilan
- c) Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku ketua Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan, No:
- d) 31/KEP/MENKO/-KESRA/IX/2007 tentang “Tim Pengendali Program Keluarga Harapan” tanggal 21 September 2007

- e) Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 02A/HUK/2008 tentang “Tim Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Tahun 2008” tanggal 08 Januari 2008.
 - f) Keputusan Gubernur tentang “Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) Provinsi/TKPKD”.
 - g) Keputusan Bupati/Walikota tentang “Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) Kabupaten/Kota/TKPKD
 - h) Surat Kesepakatan Bupati untuk Berpartisipasi dalam Program Keluarga Harapan .
 - i) Payung hukum Program Keluarga Harapan (PKH) adalah Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan
- Landasan hukum yang dipaparkan diatas merupakan acuan dalam melaksanakan Program Keluarga Harapan di Kota Enrekang.

d. Pelayanan Kesehatan Program Keluarga Harapan

Program Keluarga Harapan (PKH) di bidang kesehatan mensyaratkan peserta PKH yaitu ibu hamil, ibu nifas, dan anak usia kurang dari enam tahun untuk melakukan kunjungan rutin ke berbagai sarana kesehatan. Oleh karena itu, program ini secara langsung akan mendukung pencapaian target program kesehatan. Adapun proses pelayanan kesehatan PKH antaralain :

- 1) Menghadiri pertemuan awal

Perwakilan puskesmas akan diundang untuk menghadiri acara pertemuan awal dengan seluruh calon peserta PKH. Dalam pertemuan ini petugas puskesmas

berkewajiban mengklarifikasi status pemberian pelayanan kesehatan dengan calon peserta PKH, khususnya bagi peserta yang datanya tidak tercatat dalam register. Kemudian, petugas menjelaskan tata cara mendapatkan pelayanan kesehatan serta tempat-tempat pelayanan kesehatan terdekat yang bisa dimanfaatkan oleh peserta PKH.

2) Sosialisasi

Pemahaman program oleh semua pihak, baik yang terkait langsung maupun tidak langsung, merupakan kunci kesuksesan Program PKH. Untuk itu disusun strategi komunikasi dan sosialisasi PKH yang komprehensif dan melalui pendekatan multi pihak. Strategi komunikasi dan sosialisasi ini tidak hanya memfokuskan pada aspek implementasi dan keberhasilan pelaksanaan program PKH, tetapi juga aspek pengembangan kebijakan, khususnya dalam membangun dukungan dan komitmen untuk melembagakan PKH dalam bentuk Sistem Jaminan Sosial.

3) Memberi Pelayanan Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada semua peserta PKH. Dalam memberikan pelayanan, petugas kesehatan harus mengacu kepada ketentuan dan pedoman pelayanan kesehatan yang berlaku.

4) Pencairan dana PKH

. Dalam pelaksanaannya Kantor Pos dapat membayarkan di lokasi-lokasi yang telah ditunjuk untuk lebih memudahkan warga penerima PKH untuk mencairkan dananya, khususnya warga di lokasi yang terpencil/jauh dari Kantor Pos. (Wahab 2001:23)

e. Sasaran Penerima Bantuan Program Keluarga Harapan

Penerima bantuan PKH adalah RTSM sesuai dengan kriteria BPS dan memenuhi satu atau beberapa kriteria program yaitu memiliki Ibu hamil/nifas, anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD, anak usia SD dan SLTP dan anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar. Sebagai bukti kepesertaan PKH diberikan kartu peserta PKH atas nama Ibu atau perempuan dewasa. Kartu tersebut digunakan untuk menerima bantuan PKH.

Selanjutnya kartu PKH dapat berfungsi sebagai kartu Jamkesmas untuk seluruh keluarga penerima PKH tersebut sebagaimana yang dijelaskan dalam buku Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009. Penggunaan bantuan PKH ditujukan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, karenanya bantuan akan lebih efektif dan terarah, jika penerima bantuannya adalah ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (dapat nenek, tante/bibi, atau kakak perempuan).

Dalam kartu peserta PKH yang tercantum adalah nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga. Hal ini dikarenakan apabila dana bantuan program PKH ini diterima oleh kepala keluarga, maka bantuan tersebut dikhawatirkan tidak akan digunakan untuk kebutuhan anak akan tetapi bantuan tersebut dapat disalah gunakan untuk kererluan yang lain seperti contoh dibelikan rokok atau pun hal lainnya.

Pengecualian dari ketentuan di atas dapat dilakukan pada kondisi tertentu, misalnya bila tidak ada perempuan dewasa dalam keluarga maka dapat digantikan

oleh kepala keluarga. Kepesertaan PKH tidak menutup keikutsertaan-nyan RTSM pada program-program pemerintah lainnya pada klaster I , seperti: Jamkesmas, BOS, Raskin dan BLT (Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial 2009: 17).

Pembayaran bantuan dilakukan empat kali atau empat tahap dalam satu tahun. Bantuan tetap yang diberikan kepada peserta PKH adalah Rp. 200.000,-. Jika peserta memiliki anak usia di bawah 6 tahun dan ibu hamil/menyusui maka bantuan akan ditambah Rp. 800.000,-. Bertambah Rp. 400.000,- jika memiliki anak peserta pendidikan setara SD/MI. Bertambah lagi Rp. 800.000,- jika peserta memiliki anak peserta pendidikan setara SMP/MTs. Penerima bantuan atau peserta PKH tentu akan menerima jumlah uang yang berbeda-beda sesuai dengan anggota keluarga yang dimilikinya. Namun jika peserta tidak memenuhi komitmen yang telah ditentukan dalam tiga bulan maka besaran bantuan yang diterima akan berkurang Rp.50.000 untuk bulan pertama, berkurang Rp. 100.000 pada bulan kedua dan pada bulan ketiga berkurang Rp. 150.000 apabila masih tidak memenuhi komitmen. Jika dalam tiga bulan berturut-turut masih tidak memenuhi komitmen maka akan dikeluarkan dari kepesertaan (Departemen Sosial RI, 2009).

f. Ketentuan-Ketentuan Program Keluarga Harapan(PKH)

Penerima bantuan PKH adalah RTSM yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM yang telah terpilih sebagai peserta PKH dan mengikuti ketentuan yang diatur dalam program. Agar penggunaan bantuan dapat lebih efektif diarahkan untuk peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan,

bantuan harus diterima oleh ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (dapat nenek, tante/bibi atau kakak perempuan).

Untuk itu, pada kartu kepesertaan PKH akan tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga. Kepesertaan PKH tidak menutup keikutsertaan RTSM penerima pada program-program lainnya. Seperti Bantuan Operasional Sekolah (BOS), Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (ASKESKIN), Beras untuk Keluarga Miskin (RASKIN), dan sebagainya.

Kewajiban penerima PKH adalah sebagai berikut: 1) Berkaitan dengan kesehatan RTSM yang ditetapkan sebagai peserta PKH diwajibkan melakukan persyaratan berkaitan dengan kesehatan jika terdapat anggota keluarga terdiri dari anak 0-6 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Apabila terdapat anak usia 6 tahun yang telah masuk sekolah dasar, maka RTSM tersebut mengikuti persyaratan berkaitan dengan pendidikan. 2) RTSM yang ditetapkan sebagai peserta PKH diwajibkan melakukan persyaratan berkaitan dengan pendidikan jika terdapat anak yang berusia 6-15 tahun. Peserta PKH ini diwajibkan untuk mendaftarkan anaknya ke SD/MI atau SMP/MTS (termasuk SMP/MTS terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 persen dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung (Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial 2009: 3).

C. Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang

Program Keluarga Harapan adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada RTSM. Sebagai imbalannya RTSM diwajibkan untuk memenuhi

persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. Tujuan umum PKH adalah untuk mengurangi angka kemiskinan dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan sumber daya manusia, serta merubah perilaku RTSM yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan (Departemen Sosial RI, 2009)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat mencantumkan bahwa seluruh peserta PKH merupakan penerima jasa kesehatan gratis yang disediakan oleh program Jamkesmas dan program lain yang diperuntukkan bagi orang tidak mampu. PKH memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin (RTSM) dengan mematuhi ketentuan dan persyaratan yang ditetapkan. Penerima bantuan PKH diwajibkan melakukan sejumlah kewajiban aktifitas terkait dengan investasi jangka panjang pengembangan kualitas SDM. Misalnya, penggunaan layanan kesehatan dengan memanfaatkan layanan kesehatan pre-natal dan post-natal bagi ibu hamil, mengimunisasi anak, memantau tumbuh kembang anak.

Di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang , bentuk implementasi Program Keluarga Harapan(PKH) dari segi kesehatan , ditinjau dari aspek komponen kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada peraturan Menteri Sosial, terdiri dari layanan kesehatan ibu hamil, layanan kesehatan ibu menyusui, dan layanan kesehatan bayi dan balita, juga faktor pendukung dan penghambat yang terdiri dari (1) *Komunikasi*, (2) *Sumber Daya*, (3) *Disposisi* dan (4) *Struktur*. Adapun Hasil Penelitian Pkh di sebutkan dalam tabel , yaitu :

Tabel 5

**Hasil Penelitian Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH)
Bidang Kesehatan di Kabupaten Enrekang**

No	Indikator Pelayanan Kesehatan	Fasilitas kesehatan	Keterangan
1	Layanan Kesehatan Ibu Hamil	Mendapatkan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Biskuit bergizi, Vaksin BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B, TT ibu hamil	Peran PKH dalam pelayanan ibu hamil hanya mendorong peserta PKH untuk melakukan kontrol rutin disetiap fasilitas kesehatan yang tersedia.
2	Layanan Kesehatan Ibu Menyusui	Membantu ibu untuk mulai menyusui dalam setengah jam setelah lahir, melaksanakan rawat gabung ibu dan bayi selama 24 jam dalam sehari.	Pelaksanaan PKH untuk layanan ibu menyusui kurang di prioritaskan sebab waktunya singkat di masa nifas setelah melahirkan.
3	Layanan Kesehatan Bayi Dan Balita a. Usia 0-11 Bulan	a. Diimunisasi lengkap dan ditimbang secara rutin setiap sebulan.	PKH mewajibkan untuk anak di bawah dari 1 tahun untuk di timbang

b. Usia 6-11 Bulan	b. Mendapatkan suplement tablet vitamin A	secara rutin dan tiap bulan harus di imunisasi
c. Usia 1-5 Tahun		
d. Usia 5-6 Tahun	c. Mendapat Vitamin A sebanyak 2 kali setahun pada Februari dan Agustus d. Melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 bulan sekali dan/ mengikuti program anak usia dini.	

Tabel 6

Daftar Penerima Bantuan PKH (Program Keluarga Harapan)

No	Kecamatan	Peserta PKH (Ibu Hamil)	Peserta PKH (Bayi dan Balita)
1	ALLA	9	280
2	ANGGERAJA	9	381
3	BARAKA	24	503
4	BAROKO	11	268
5	BUNGIN	11	232
6	BUNTU BATU	30	432
7	CENDANA	3	109
8	CURIO	26	617
9	ENREKANG	15	529
10	MAIWA	19	433
11	MALUA	3	238
12	MASALLE	16	476
	Total	176	4498

Sumber : ArsipDinasSosialKabupatenEnrekang2019

Gambar 5
Indeks Bantuan Sosial Pkh Tahun 2019

BANTUAN TETAP SETIAP KELUARGA;		DIBERIKAN HANYA PADA TAHAP PERTAMA
1. REGULER	: RP. 550.000,-/KELUARGA/TAHUN	
2. PKH AKSES	: RP. 1.000.000,-/ KELUARGA/ TAHUN	
BANTUAN KOMPONEN SETIAP JIWA		MAKSIMAL 4 ORANG DALAM SATU KELUARGA
1. IBU HAMIL	: Rp. 2.400.000,-	
2. ANAK USIA DINI	:Rp. 2.400.000,-	
3. SD	:Rp. 900.000,-	
4. SMP	:Rp. 1.500.000,-	
5. SMA	:Rp. 2.000.000,-	
6. DISABILITAS BERAT	:Rp. 2.400.000,-	
7. LANJUT USIA	:Rp. 2.400.000,-	

Sumber : ArsipDinasSosialKabupatenEnrekang2019

Adapun pembahasan secara rinci mengenai hal tersebut diuraikan sebagai berikut :

1. Layanan Kesehatan Ibu Hamil

Pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu terus dilakukan. Sejak tahun 2005 melalui penyedia upaya jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin(askeskin) dipuskesmas dan jaringannya serta rumah sakit kelas III. Pada Tahun 2018 program tersebut dikembangkan melalui program jaminan kesehatan kepada masyarakat, dengan sasaran seluruh penduduk miskin yang berobat ke puskesmas dan jaringannya dilayani secara Cuma-Cuma.

Pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas pembantu saat ini dirasakan masih belum optimal. Data sensus tahun 2018 menunjukkan sekitar 33% penduduk yang sakit berobat ke puskesmas, sedangkan layanan kesehatan lainnya yang dituju adalah praktik dokter/ poliklinik dan rumah sakit swasta.

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak YR selaku Kepala Dinas Kabupaten Enrekang mengenai bagaimana keterlaksanaan program keluarga harapan. Beliau mengatakan bahwa :

“ Iya, Program Keluarga Harapan (PKH) dilaksanakan di kabupaten Enrekang, pelaksanaannya itu kegiatan ini dikoordinasikan, pelaksanaannya itu terdiri dari ada yang namanya layanan ibu hamil, adapula balita”. (Hasil Wawancara YR, 12 Januari 2019).

Kemudian peneliti bertanya mengenai layanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Enrekang. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“Kalau untuk pelayanan kepada ibu hamil masih sangat kurang mengenai fasilitas fisik yang kurang tersedia di kabupaten enrekang berupa pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), pusku, polindes dan pusling yang di tangani langsung oleh dokter maupun bidan desa yang ditugaskan karena untuk saat ini masyarakat yang berada di pedesaan masih mengharap kepada kepada dukun beranak yang biasanya belum cukup pengetahuan mengenai kesehatan ibu hamil, adapun pemberian suplemen yang biasa kita sebut tablet fe supaya ibu hamil tetap memiliki kesehatan tubuh yang baik sehingga bertumbuh juga pada kesehatan janin yang ada dalam kandungan” (Hasil Wawancara YR, 12 Januari 2019).

Berdasarkan wawancara dengan informan YR, dapat diketahui bahkan pelayanan fasilitas fisik dari segi jumlah masih kurang dan perlu ditambah pemerataan dan keterjangkauannya. Hal ini senada dengan SR selaku pendamping PKH di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang. Ia mengatakan bahwa:

“ Kalau pelaksanaan untuk layanan ibu hamil, itu kami ada kebijakan sendiri, untuk ibu hamil yang wilayahnya jauh, kan letak geografis enrekang itu ada pula yang dipegunungan, atau desa terpencil,

untuk wilayah yang jauh biasanya di telfon, ataupun ada tim untuk mengunjungi langsung . Kalau untuk model pelayanannya itu lebih mengarah pada pelayanan oleh petugas, disini fungsi pendamping itu sendiri sebagai controlling” (Hasil Wawancara SR , 13 Januari 2019).

Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai bagaimana bentuk fasilitas kehadiran peserta PKH yang diberikan, beliau mengatakan bahwa :

“Kalau kurang dari 85% kehadirannya, misalnya jarang atau memanglah tidak mau datang, kan sebenarnya ada daftar hadir, dilakukanlah penundaan bantuan tapi jarang terjadi di kesehatan, yang jelasnya itu ada koordinasi. Kalau misalnya kasusnya seperti itu, biasanya itu bantuannya di stop sementara, sebenarnya begini itu bantuan ada jenis dan kategorinya, ada namanya tahap 1, yang tadi dijelaskan bahwa kalau kehadiran kurang 85% maka bantuannya di stop sementara, itu juga bantuannya dihitung dari jumlah tanggungannya, dibatasi limitnya menjadi 4 tanggungan diambil dari nominal tertinggi, jadi misalnya anggota keluarganya ada 5 orang, yang diambil itu tetap 4 orang tapi bukan berarti yang kelima ini tidak dihitung, ini tetap di hitung, jadi semisal anak kelima berkelakuan buruk di sekolah seperti bolos, maka dana bantuannya tetap berefek ke keluarga, kalau seperti itu biasanya bantuan pendidikan di stop sementara (Hasil Wawancara SR , 13 Januari 2019).

Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai berapa besaran anggaran yang biasa di terima oleh ibu hamil dan bentuk pendataan ibu hamil apakah di update setiap saat. Beliau mengungkapkan bahwa :

“ Kalau untuk ibu hamil itu, besarnya 2.400.000 pertahun itupun di bagi 4 kali penerimaan, kalau datanya up data setiap saat, kalau ibu hamil itu dilihat pergerakan umur kandungan ibu hamil, nanti kalau ada perubahan dalam keluarga di data lagi, itu yang dilaporkan dan diinput, semisal ibu hamil tersebut sudah melahirkan, maka di laporkan sudah melahirkan.

Lebih lanjut peneliti melakukan wawancara dengan ibu SA selaku salah satu penerima bantuan PKH, dijelaskan bahwa layanan puskesmas untuk ibu hamil masih kurang, juga fasilitas dari segi obat masih yang kurang. Berikut wawancaranya :

“ Itu kalau puskesmas memang ada, tapi jaraknya itu jauh, belum lagi ketersediaan obat. Kalau beberapa warga itu masih ada yang jika sakit, ataupun bayinya sakit berobat ke dukun atau pengobatan alternatif” (Hasil wawancara SA, 17 Januari 2019).

Dari beberapa wawancara diatas , penulis dapat menyimpulkan bahwa dari segi pelayanan kesehatan ibu hamil untuk pelayanannya mempunyai kebijakan tersendiri, jika kehadiran ibu hamil kurang dari 85% maka bantuannya akan di stop sementara dan jumlah limit penerima bantuan PKH dihitung berdasarkan tanggungan, yang diambil limitnya 4 tanggungan, dan untuk up datanya diperbaharui setiap saat. masih kurangnya jumlah puskesmas,. Dan masih ada beberapa masyarakat yang berobat ke dukun/ pengobatan alternatif lainnya dan bukan ke puskesmas. Maka dari itu memang perlu adanya sosialisasi dari pihak puskesmas kepada masyarakat.

2. Layanan Kesehatan Ibu Menyusui

Pada kegiatan ini, peneliti juga melakukan wawancara dengan bapak YR selaku Kepala Dinas Kabupaten Enrekang mengenai layanan kesehatan ibu menyusui di Kabupaten Enrekang. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“Untuk layanan kesehatan kepada ibu menyusui kebanyakan ibu yang sudah melahirkan dan sudah masuk di fase menyusui tidak lagi melakukan pemeriksaan kesehatannya yang seharusnya dilakukan sebanyak 2 kali sebelum bayinya berusia 28 hari maka dari itu dibutuhkan kerjasama dari pendamping PKH untuk mensosialisasikan pentingnya memeriksa kesehatan setelah melahirkan serta kurangnya obat-obatan untuk memperlancar ASI terhadap ibu menyusui” (Hasil Wawancara YR, 12 Januari 2019).

Berdasarkan wawancara dengan informan YR, dapat diketahui pelayanan kesehatan ibu menyusui masih bisa di kategorikan kurang karena kurangnya

sosialisasi dari pendamping PKH terhadap ibu menyusui serta kurangnya suplay obat – obatan yang tersedia. Hal ini senada dengan SR selaku pendamping PKH di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang. Ia mengatakan bahwa:

“Sebenarnya kalau kategori di bidang kesehatan itu cuma ada 2 layanan ibu hamil dan layanan anak dan balita, kalau ntuk layanan ibu menyusui memang ada tapi tidak terlalu diprioritaskan, karena apa dikarenakan kalau sudah melahirkan itu ada yang namanya masa nifas, tapi rens waktunya itu saate sendiri, jadi Cuma ibu hamil dan anak dan balita, itu sebenarnya PKH diwajibkan 1 kali dalam sebulan mengadakan pertemuan kelompok, membahas kegiatan peningkatan mutu Keluarga, ini kegiatan masih bergulir, diluar dari itu ada yang namanya pemutakhiran , belum lagi control sendiri nanti jika keluarga yang di controlling itu dia sudah mampu maka dilaporkan dan kalau verifikasi untuk anak sekolah, dicara lokasi anaknya sekolah, ini rutin setiap bulan” (Hasil Wawancara SR , 13 Januari 2019).

Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai kategori penerima bantuan PKH. Beliau mengatakan bahwa :

“ Di PKH itu yang dicari keluarga murni , seperti bapak ibu ada orang tuanya. Kalau dia cucu tidak masuk kategori, pun kalau saudara orang tua tidak masuk, data atau apapun itu ada websitenya, dan Cuma petugas yang dapat mengaksesnya bahkan kepala dinas tidak mengetahui passwordnya, pendamping itu punya user sendiri.

Lebih lanjut peneliti melakukan wawancara dengan ibu SA selaku salah satu penerima bantuan PKH, dijelaskan bahwa layanan puskesmas untuk ibu menyusui masih kurang, juga sosialisasi serta obat masih yang kurang. Berikut wawancaranya :

“ Itu kalau ibu menyusui disini seperti biasanya ji tid ak ada yang dibilang periksa kondisi kesehatan setelah melahirkan, obat – obatan juga masih kurang yang di berikan” (Hasil wawancara SA, 17 Januari 2019).

Dari beberapa wawancara diatas , penulis dapat menyimpulkan bahwa dari segi pelayanan kesehatan ibu menyusui masih sosialisasi mengenai pemahaman kondisi ibu setelah melahirkan. Dan masih ada beberapa masyarakat

yang kurang peduli mengenai kesehatan ibu menyusui. Maka dari itu memang perlu adanya sosialisasi dari pihak dinas sosial maupun pendamping kepada masyarakat.

3. Layanan Kesehatan Bayi dan Balita

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak YR selaku Kepala Dinas Kabupaten Enrekang mengenai layanan kesehatan bayi dan balita di Kabupaten Enrekang. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“Untuk anak yang usianya di bawah dari 1 tahun seharusnya di timbang secara rutin setiap bulan dan juga harus diimunisasi lengkap, tetapi kenyataannya masyarakat hanya bergantung pada imunisasi yang di lakukan di posyandu di sekitarnya dan itu juga jadwalnya tidak menetap obat – obatan juga seperti vaksin BCG dan lain – lain itu masih terbatas, sedangkan anak yang berusia 2 – 5 tahun harus selalu dimonitor tumbuh kembangnya dengan cara melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 bulan tapi kalau fasilitasnya kesehatannya juga masih kurang ” (Hasil Wawancara YR, 12 Januari 2019).

Berdasarkan wawancara dengan informan YR, dapat diketahui pelayanan kesehatan bayi dan balita masih bisa di kategorikan kurang karena kurangnya fasilitas fisik yang tersedia serta kurangnya suplay obat – obatan yang tersedia. Hal ini senada dengan SR selaku pendamping PKH di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang. Ia mengatakan bahwa:

“Kalau untuk pelaksanaannya dari segi layanan balita itu setiap bulan harus dibawa ke posyandu, agar bisa dipantau , agar mendapatkan vaksin dan imunisasi” (Hasil Wawancara SR , 13 Januari 2019).

Lebih lanjut peneliti melakukan wawancara dengan ibu SA selaku salah satu penerima bantuan PKH, dijelaskan bahwa layanan untuk bayi dan balita

masih kurang, juga sosialisasi serta obat masih yang kurang. Berikut wawancaranya :

“ kalau untuk kesehatan bayi dan balita menurutku masih kurang sekali pelayanannya, kita cuman bergantung kalau ada lagi di laksanakan imunisasi di posyandu baru cek kondisi kesehatan bayi, tetapi kalau tidak ada tidak pergi mi di periksa karena lokasi puskesmas juga susah untuk di jangkau, obat – obatan juga masih agak sulit didapat” (Hasil wawancara SA, 17 Januari 2019).

Dari beberapa wawancara diatas , penulis dapat menyimpulkan bahwa dari segi pelayanan kesehatan bayi dan balita masih masih kurang mengenai fasilitas fisik dan obat - obatan. Dan masih ada beberapa masyarakat yang kurang peduli mengenai kesehatan bayi dan balita. Maka dari itu memang perlu adanya perhatian khusus dari pihak dinas sosial maupun pendamping kepada masyarakat.

D. Faktor Pendukung dan Penghambat Dalam Proses Implementasi

Faktor penghambat dalam suatu proses implementasi kebijakan merupakan suatu yang lazim terjadi dimana-mana, dan setiap program mempunyai masalah masing-masing , sehingga penanganannya pun biasanya dikembalikan kepada masing-masing aktor yang membuat suatu program dalam merespon masalah – masalah yang muncul dalam proses implementasi program. Sedangkan faktor pendukung merupakan hal hal yang menjadi pendukung terlaksananya suatu program .Program Keluarga harapan melalui pendamping program yang diberi mandat disetiap daerah, tentunya juga akan menemui kendala kendala dan faktor pendukung. Adapun dijabarkan sebagai berikut :

8. Faktor Pendukung Implementasi Program Keluarga Harapan

a. Komunikasi (*Communication*)

Komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian informasi komunikator kepada komunikan. Komunikasi dan sosialisasi PKH dirancang untuk terjadinya proses komunikasi, aliran informasi, dan pembelajaran pada berbagai pelaksana di pusat dan di daerah, kalangan media, akademisi, dan masyarakat, termasuk peserta pkh, terutama di daerah PKH. Komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit. Seseorang bisa menahannya hanya untuk kepentingan tertentu, atau menyebarkanluaskannya. Di samping itu sumber informasi yang berbeda juga akan melahirkan interpretasi yang berbeda pula (Suratman, 2017). Tersosialisasikannya PKH kepada semua pihak, baik yang terikat langsung maupun yang tidak terikat, merupakan kunci kesuksesan PKH. Salah satu faktor pendukung yaitu Strategi komunikasi dan sosialisasi untuk memberikan informasi kepada peserta PKH.

Berdasarkan dari wacana diatas, peneliti kemudian mewawancarai YR selaku Kepala Dinas Sosial Kabupaten Enrekang, beliau mengatakan bahwa :

“Pastilah setiap kegiatan apapun itu dikomunikasikan, tetap diinformasikan, kalau media yang digunakan itu dengan berbagai cara, yang jelas informasi ini tersampaikan”. (Hasil Wawancara YR, 12 Januari 2019).

Berdasarkan informasi dari YR selaku Kepala Dinas Sosial diketahui bahwa setiap kegiatan yang dilakukan dikomunikasikan terlebih dahulu, bentuk penyampaiannya dengan dilakukan dengan berbagai cara, sehingga informasi dapat tersampaikan dengan baik.

Hal ini dibenarkan oleh bapak SR selaku pendamping PKH di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang, beliau mengatakan bahwa :

“Kegiatan Program Keluarga Harapan (PKH) yang dilakukan dikomunikasikan ke masyarakat terkhusus penerima PKH, penerima bantuan PKH biasanya dihubungi melalui telfon per individu, untuk menginformasikan bahwa ia terdaftar sebagai penerima bantuan PKH, hal ini dikarenakan jaringan internet di wilayah Enrekang kurang baik, maka bentuk komunikasinya hanya melalui telfon. Kemudian para penerima PKH dikumpulkan dan dilakukanlah sosialisasi mengenai apa dan bagaimana bantuan PKH ini.” (Hasil Wawancara SR, 13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari SR selaku pendamping PKH, bahwa penerima bantuan PKH dihubungi melalui via telepon, kemudian dilakukanlah sosialisasi mengenai bantuan PKH yang akan mereka peroleh.

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari YR selaku kepala dinas sosial dan SR selaku pendamping PKH, diketahui bahwa bentuk komunikasi yang dilakukan melalui telepon seluler, dan dilakukan pula sosialisasi dengan para penerima bantuan PKH. Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai tujuan dari diselenggarakannya Program Keluarga Harapan khususnya di bidang kesehatan. Bapak SR mengatakan bahwa :

“Tujuan dari dilakukannya Program Keluarga Harapan(PKH) ini sendiri untuk memutuskan rantai kemiskinan, dikarenakan dari beberapa faktor, pertama sejak dalam kandungan kekurangan bayi kekurangan gizi, kedua, ibu hamil tidak memeriksakan kandungannya” (Hasil Wawancara SR , 13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi dari SR , dapat diketahui bahwa tujuan dari pelaksanaan PKH adalah untuk memutus rantai kemiskinan.

Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai bentuk metode sosialisasi yang dilakukan, SR mengatakan bahwa :

“ Untuk sosialisasi itu sendiri, kita sarankan mengikuti bayi kuamil, dilakukannya cek kehamilan, kurang lebih 4 kali selama masa kehamilan, jika kurang dari itu kemungkinan bantuannya ditunda, namun jika berlarut –larut bantuannya akan ditahan. Kesehatan bayi harus selalu di cek di posyandu, dan itu adalah tugas pendamping harus selalu mengecek berupa (kohor ibu hamil, KMS, buku KIA, dan buku imunisasi) Selain ibu hamil adapula Lansia, lansiapun harus di cek kesehatannya, sama berdampak juga pada bantuannya. Dan dalam penetapan metode yang biasanya dilakukan, itu dilakukan / memilih metode pengulangan yang artinya itu sosialisasi dilakukan secara berulang dengan mengadakan pertemuan sebulan sekali dan evaluasi seminggu sekali, agar kami tetap mendapatkan dukungan dari masyarakat.” (Hasil Wawancara SR, 13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi oleh SR selalu pendamping PKH, bahwa pemberian sosialisai yang dilakukan yaitu menyarankan untuk mengikuti bayi uamil, melakukan cek kehamilan setiap 4 kali selama masa kehamilan, dan dengan metode sosialisasi pengulangan. Hal ini senada dengan informasi dari FN selaku Kepala Bidang dan Jaminan Sosial, mengatakan bahwa:

“Kegiatan dalam pertemuan awal program keluarga harapan antara lain seperti mengisi formulir klarifikasi data, memfasilitasi pemilihan ketua kelompok sebagai kunci koordinasi dan komunikasi dalam program, memfasilitasi pembentukan kelompok peserta PKH, menjelaskan jadwal kunjungan ke fasilitas kesehatan bagi setiap peserta PKH Kesehatan. Kegiatannya itu antara lain seperti menginformasikan tujuan PKH, syarat-syarat, tingkat bantuan, mekanisme dan lainnya dan membagi-bagikan bahan-bahan program (buku saku peserta PKH.), menjelaskan syarat (kewajiban) yang harus dilakukan oleh peserta PKH untuk dapat menerima bantuan, menjelaskan hak dan kewajiban ibu peserta dalam PKH “(Hasil Wawancara FN, 15 2019).

Berdasarkan informasi dari FN selalu Kepala Bidang Jaminan Sosial, bahwa kegiatan Program Keluarga Harapan dimulai dengan melakukan pertemuan awal dengan mengisi formulir kelengkapan data, dalam kegiatan awal dijelaskan pyla tentang hak dan kewajiban yang harus dilakukan oleh peserta PKH.

Dari beberapa informan, penulis dapat menyimpulkan bahwa yang menjadi faktor pendukung terlaksananya program keluarga harapan yaitu pemberian sosialisasi pengulangan, dan pemberian komunikasi melalui via telepon kepada penerima bantuan PKH. Berdasarkan hasil wawancara dari beberapa informan diatas berkaitan dengan faktor pendukung implementasi Program Keluarga Harapan Di Kabupaten Enrekang dapat disimpulkan bahwa teori yang dipaparkan oleh (Suratman, 2017) senada dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan, bahwa komunikasi dan sosialisasi merupakan bentuk menyampaikan informasi kepada para penerima bantuan PKH, dikomunikasikan melalui telepon seluler dan disosialisasikan tujuan PKH, syarat-syarat, besaran bantuan, menjelaskan hak dan kewajiban peserta PKH. Hal tersebut sesuai dengan hasil observasi peneliti dilapangan yang menemukan bahwa hal yang disebutkan diatas sesuai dengan yang peneliti amati, dibuktikan dengan adanya daftar hadir sosialisasi PKH yang dilakukan oleh penyelenggara.

b. Sumber Daya

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak FF selaku Kepala Dinas Sosial Kabupaten Enrekang, sumber daya menjadi faktor yang pendukung dalam implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di bidang kesehatan ini. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“ Faktor pendukungnya itu adanya instansi pemerintah yang lain yang bisa diajak bekerjasama untuk mensosialisasikan program keluarga harapan. Seperti Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, dinas infokom yang diajak bekerjasama oleh Dinas Sosial Kota Enrekang. Sumber Daya (*Resources*)

Di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang , salah satu faktor pendukung Program Keluarga Harapan (PKH) tidak terlepas dari adanya sumber daya, baik itu sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Menurut (Suratman, 2017) , bahwa sumber daya meliputi empat komponen yaitu staf yang cukup (jumlah dan mutu), informasi yang dibutuhkan guna pengambilan keputusan, kewenangan yang cukup guna melaksanakan tugas atau tanggung jawab dan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan.

Dikarenakan dalam sebuah organisasi hal yang penting untuk melaksanakan semua kegiatan ataupun program di rancang oleh sumber daya manusia.

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak SR selaku Kordinator pendamping Program Keluarga Harapan(PKH) mengenai kualifikasi akademik staff pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“ Kalau di sini, kualifikasi akademiknya itu rata rata S1, adapula beberapa yang S2, pendampingpun demikian, namun yang mendominasi di sini yaitu S1”. “(Hasil Wawancara SR, 13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari SR selaku pendamping PKH, diketahui bahwa kualifikasi pendamping pelaksana PKH didominasi oleh S1. Lebih lanjut peneliti bertanya kepada YR selaku Kepala Dinas Sosial mengenai sejauh mana tingkat pemahaman pegawai pelaksanaan terhadap kebijakan PKH . Beliau mengatakan bahwa:

“ Disini setiap pegawai bahwa pendamping itu pasti selalu diberikan pelatihan, pendamping itu diberikan pembimbingan,pendamping itu disini

disebar di beberapa kecamatan, ada 11 kecamatan dan para pendamping disebar masing-masing ada 4, ada yang 3 bahkan ada 2 orang”. “(Hasil Wawancara FF, 12 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari YR selaku Kepala Dinas Sosial, bahwa pegawai dan pendamping PKH selalu diberikan pelatihan dan pembimbingan, masing-masing pendamping disebar di beberapa kecamatan di Kabupaten Enrekang.

Hal ini dibenarkan, oleh bapak SR selaku pendamping PKH, beliau mengatakan bahwa para pendamping diberikan pelatihan berupa FDS, dilakukan pembimbingan KPM, dan diberikan modul pendamping yang akan diajarkan kepada KPM. Adapun wawancara yaitu :

“Itu pendamping setiap tahunnya diperbaharui kontraknya. Ada SP 1 ada SP 2, kalau ditemui pelanggaran akan dilaporkan, ada namanya tim kode etik. Diberikan pelatihan FDS, Sumber Daya Manusia (SDM) kepada pendamping ke KPM itu ada FDS, diberikan pula pembimbingan, membimbing KPS, bukan menerima begitu saja. Pun disini ada 15 modul, modul itu nanti yang pendamping ajarkan kepada PKH. Jadi memang para pendamping dituntut memahami apa yang harus dilakukannya. “(Hasil Wawancara SR, 13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari SR selaku pendamping PKH, diketahui bahwa kualifikasi pendamping pelaksana PKH didominasi oleh S1. Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai jumlah pendamping PKH dan bentuk fasilitas penunjang terlaksananya Program Keluarga Harapan (PKH) Program Keluarga Harapan. Bapak SR mengatakan bahwa :

“Pendampingnya itu ada 34 orang, dan ini semua berdomisili di masing-masing kecamatan, tapi pusat kegiatan itu di dinas sosial. Sebenarnya begini, jumlah pendamping tiap daerah itu berdasarkan jumlah penerima PKH, kalau misalnya di angka 1000 ada 4 pendamping, kalau di angka 900 ada 3, kalau di angka 300 ada 1. Itu, untuk fasilitasnya

semua pendamping PKH (Program Keluarga Harapan) di berikan kendaraan dinas dalam hal ini motor . “(Hasil Wawancara SR,13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari SR selaku pendamping PKH, diketahui bahwa total pendamping yaitu 34 orang yang berdomisili di masing-masing kecamatan. Beberapa pendamping diberikan motor dinas sebagai sarana transportasi, dan beberapa lainnya masih dalam tahap pengusulan.

Hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh bapak FN Kepala Bidang dan Jaminan Sosial, beliau mengatakan bahwa:

“Iya, pendamping itu ada di masing-masing kecamatan, ada 34 orang lebih, dan diberikan masing-masing motor dinas kepada pendamping PKH, ini hanya sebagian karena beberapa masih diusukan agar semua pendamping bisa diberikan motor dinas sebagai sarana yang dapat digunakan untuk ke lokasi. “(Hasil Wawancara FN, 15 Januari 2019).

Terlepas dari beberapa pernyataan diatas, hal yang penting untuk menjalankan program yaitu sumber daya finansial yang digunakan . Peneliti melakukan wawancara dengan YR selaku kepala Dinas Sosial Kabupaten Enrekang, beliau mengatakan bahwa :

“ Disini kita tidak dapat melaksanakan sendiri kebijakan pemerintah ini, pihak yang terkait secara umumnya seperti BPS/ petunjuk data RSTM yang kemudian divalidasi oleh pendamping dilapangan), PT.POS indonesia (sebagai tempat pengambilan bantuan maupun honor untuk para pendamping), Bappeda (anggaran dana untuk fasilitas sekertaris uppkh serta bantuan transportasi bagi para pendamping). Dinas Kesehatan (memantau dan memperlancar verifikasi kesehatan kunjungan PTSM), Dinas Pendidikan/ memantau dan memperlancar verifikasi pendidikan), Kecamatan / memfasilitasi pertemuan antara para pendamping dengan tenaga faskes dan faskes), operator PKH (menerima pengaduan, menyediakan informasi kepada masyarakat umum, pendamping mensosialisasikan kepada RSTM penerima PKH, Bidan ,Puskesmas, aparat desa”),kalau berbicara dana ada dua sebenarnya ada namanya dana

sharing itu dari Kabupaten, ada dana pelaksana dan itu dari pusat. “(Hasil Wawancara YR, 12 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari FF selaku Kepala Dinas Sosial, diketahui bahwa semua elemen harus bekerjasama dalam menyukseskan program keluarga harapan, dan juga dana yang digunakan ada 2 melalui dana sharing dari kabupaten dan dana pelaksana dari pusat . Hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh bapak SR selaku Pendamping PKH . Bapak SR mengatakan bahwa :

“Itu dananya ada dua, menggunakan dana sharing namanya dari Kabupaten,ada juga namanya dana pelaksana dan itu dari pusat, sebenarnya begini itu Program keluarga Harapan kan merupakan invertasi sumber daya manusia agar enerasi berikutnya keluar dari perangkat kemiskinan, ini program lintas sektor, karenakan pelaksanaannya ini melibatkan banyak sektor pemerintahan, Menko Kesra, Bappenas, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Agama, dan Komunikasi dan Informatika. Terlebih lagi PKH ini didukung oleh BPS untuk penyediaan data penerima, nah adapula PT Pos indonesia untuk sistem managemen informasi pembayaran serta tenaga ahli(pendamping) PKH di masyarkat. “(Hasil Wawancara SR,13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari SR selaku pendamping PKH, diketahui bahwa dana yang digunakan ada 2 , yaitu melalui dana sharing dari Kabupaten dan dana Pelaksana dari pusat. Pelaksanaan PKH ini melibatkan banyak pihak, dari sektor pemerintahan, Menko Kesra, Bappenas, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Agama, dan Komunikasi dan Informatika.

Dari beberapa informan secara keseluruhan senada dengan teori yang dipaparkan oleh (Suratman, 2017) ,dan dapat disimpulkan bahwa untuk faktor yang mejadi pendukung berupa Sumber daya manusianya, Diberikan pelatihan

berupa FDS , pembimbingan yang terus menerus untuk membimbing KPM , penggunaan modul pendamping yang digunakan untuk pembimbingan kepada KPM .

c. Disposisi

Salah satu faktor yang menjadi pendukung terlaksananya Program Keluarga Harapan yaitu Disposisi atau sikap dari pelaksana kebijakan . Jika pelaksana 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 bisa tidak terjadi .

Menurut (Suratman, 2017) ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan ; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut. Disamping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program .

Implementasi kebijakan PKH di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang dapat berhasil sesuai dengan apa yang diinginkan tentu tidak lepas dari sikap pelaksana, jika pelaksana memahami tentang apa yang akan di laksanakan dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan, maka kebijakan tersebut bisa berjalan dengan baik sesuai ketentuanketentuan yang telah di tetapkan. Terlaksananya kebijakan yang efektif harus didukung oleh kemampuan dan kompetensi didalam pelaksanaan kebijakan yang dibuat oleh pemerintah.

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak YR selaku Kepala Dinas Sosial Kabupaten Enrekang mengenai faktor pendukung berupa bentuk sikap dan komitmen pendamping terhadap pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“Sikap atau perilaku serta komitmen dari pendamping sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan Program Keluarga Harapan. Tanpa adanya sikap dan komitmen yang tinggi dari pelaksananya, maka program tersebut tidak akan berjalan dengan baik”. “(Hasil Wawancara YR,12 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari FF selaku kepala Dinas Sosial, diketahui bahwa sikap serta komitmen dari pendamping sangat menentukan pelaksanaan PKH. Hal tersebut senada dengan yang dipaparkan oleh informan SR selaku Kordinator Pendamping PKH, beliau mengatakan bahwa:

“Itu Kehadiran pendamping di butuhkan guna membantu peserta PKH memperoleh hak yang selayaknya mereka terima dari PKH. Selain untuk kepentingan peserta, pendamping memiliki tugas pokok antara lain validasi, pertemuan bulanan dan verifikasi. Tugas pokok ini membantu dalam mendeteksi segala permasalahan dan melakukan tindak lanjut dalam kurun waktu cepat dan tepat.

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari beberapa informan bahwa untuk faktor pendukung pelaksanaan program keluarga harapan ialah sikap pendamping diperlukan untuk menunjang berjalannya kegiatan, para pendamping memiliki tugas pokok diantaranya validasi, pertemuan bulanan dan verifikasi.

Dari beberapa informan secara keseluruhan berkaitan dengan teori yang di paparkan Suratman(2007), bahwa yang menjadi faktor pendukung pelaksanaan

program keluarga harapan ialah dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program .

d. Struktur birokrasi

Implementasi kebijakan di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang yang bersifat kompleks menuntut adanya kerjasama banyak pihak. Hal ini yang menjadi Faktor pendukung terlaksananya program keluarga Harapan. Ketika struktur birokrasi tidak kondusif terhadap implementasi suatu kebijakan, maka hal ini akan menyebabkan ketidakefektifan dan menghambat jalannya pelaksanaan kebijakan. Dinas Sosial Kabupaten Enrekang pun ini memiliki SOP (*standar operasional procedure*).

Kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak orang, serta pemborosan sumberdaya akan mempengaruhi hasil implementasi. Perubahan yang dilakukan tentunya akan mempengaruhi individu dan secara umum akan mempengaruhi sistem dalam birokrasi .Suratman, (2017).

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak FF selaku Kepala Dinas Sosial Kabupaten Enrekang mekanisme/ SOP yang digunakan dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di bidang kesehatan ini.

Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“Tentu saja, semua hal jika berhubungan dengan lembaga maupun organisasi semua itu pasti punya SOP, inikan yang menjadi acuan apa dan bagaimana sebuah kegiatan akan berjalan, sudah sangat jelas untuk penyelenggaraan program Keluarga Harapan(PKH) sudah pasti ada SOP nya. Pelaksana PKH maupun pendamping sudah memiliki SOP sebagai petunjuk teknis tentang proses tata kerja PKH”. “(Hasil Wawancara YR,12 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari YR selaku Kepala Dinas Sosial, diketahui bahwa Dalam pelaksanaan PKH tidak terlepas dari SOP, dimana ini menjadi acuan berjalannya kegiatan.

Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai bagaimana fregmentasi/ pembagian tugas yang ada di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang. Beliau menjelaskan bahwa :

“ Ya betul perlu pembagian tugas dilakukan dalam organisasi itu kan bertujuan agar tidak terjadi tumpang tindih dalam pelaksanaan pekerjaan. Pembagian tugas perlu dilaksanakan secara seksama dengan penuh pertimbangan, dengan kata lain harus ada penyesuaian antara kemampuan dan jenis pekerjaan yang akan menjadi tanggungjawabnya, disamping itu harus disertai dengan prosedur dan disiplin kerja yang mudah dipahami oleh implementor. Saya itu sebagai kepala Dinas tupoksi saya memonitoring kegiatan-kegiatan yang dilakukan, kalau ketua pelaksananya itu Kepala Bidang Dinas Sosial, ada juga namanya tim koordinasi, kalau itu diketuai masing-masing kepala camat. Bupati itu sendiri sebagai ketua pembina.”
 “(Hasil Wawancara YR, 12 Januari 2019).

Berdasarkan wawancara tersebut , diketahui bahwa faktor pendukung salah satunya yaitu pembagian tugas, karena dalam organisasi bertujuan agar tidak terjadi tumpang tindih dalam pelaksanaan.

Hal tersebut senada dengan yang dipaparkan oleh informan SR selaku Koordinator Pendamping PKH, beliau mengatakan bahwa:

“Pembagian kerja disini saya rasa jelas, karena masing-masing sudah dibagi, dan semua sudah tahu tupoksinya. . Kalau pelaksana di kabupaten itu Ketuanya Kepala Bidang Dinas Sosial, Sekertaris Kepala Seksi Jaminan Keluarga. kemudian masing-masing ada 3 staffnya. Adajuga namanya tim koordinasi , Ketuanya masing-masing Kepala Camat, Bupati sebagai ketua pembinan, Sekertaris Daerah itu sebagai Ketua Tim Pengarah, Kepala Bappeda sebsgsi ketia tim teknis, anggotanya camat di kecamatan. Namun Koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah belum berjalan dengan baik, masih diperlukan kerjasama pemerintah pusat maupun daerah untuk lebih memberikan dukungan terhadap pelaksanaan PKH. “(Hasil Wawancara SR, 13 Januari 2019).

Dari hasil wawancara, teori yang digunakan oleh Suratman (2017) berkaitan dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan, bahwa kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak orang, serta pemborosan sumberdaya akan mempengaruhi hasil implementasi.

Berdasarkan wawancara dari beberapa informan diatas, maka secara keseluruhan penulis dapat menyimpulkan bahwa faktor yang menjadi pendukung dalam implementasi program keluarga harapan ini adalah adanya berbagai pihak pemerintah yang ikut bekerjasama dalam mensosialisasikan dan menyukseskan terlaksananya Program Keluarga Harapan, dan yang menjadi faktor penghambat antara lain, pemahaman masyarakat yang masih kurang, jarak tempuh lokasi pendamping jauh sehingga kurang maksimal dan adanya kecemburuan sosial di masyarakat mengenai penerima bantuan PKH.

9. Faktor Penghambat Implementasi Program Keluarga Harapan

a. Komunikasi (*Communication*)

Selain menjadi faktor pendukung komunikasi juga dapat menjadi faktor yang penghambat pelaksanaan program keluarga harapan, karena sering kali terjadi miss communication , terlebih masih kurangnya pemahaman masyarakat terhadap program ini.

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak FF selaku Kepala Dinas Sosial Kabupaten Enrekang faktor yang menjadi penghambat dan dalam implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di bidang kesehatan ini. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

“.....Lalu, untuk faktor yang sering menjadi penghambat itu kurangnya pemahaman mengenai program ini. Serta kurangnya koordinasi antara dinas kesehatan, masyarakat, dan rumah sakit. Begitupula dengan Dinas Pendidikan terkadang RSTM tidak dilayani , terutama masalah kesehatan, terkadang mereka tidak dilayani, bahkan disuruh pulang, ini informasi yang saya peroleh dari beberapa RSTM, ini nanti akan kami usahakan bagaimana kkoordinasinya akan tidak terjadi kesenjangan “(Hasil Wawancara YR,12 Januari 2019).

Berdasarkan pernyataan dari informan FF, diketahui bahwa untuk faktor pendukung implementasi program keluarga harapan ini yaitu adanya instansi pemerintah yang bekerjasama untuk mensosialisasikan program keluarga harapan ini, namun yang menjadi faktor penghambat kurangnya koordinasi antara dinas kesehatan , masyarakat dan rumah sakit.

Hal tersebut senada dengan yang dipaparkan oleh informan SR selaku Kordinator Pendamping PKH, beliau mengatakan bahwa:

“ Kurangnya pemahaman akibat pendidikan yang rendah, serta pikiran RSTM yang masih minim. Menurut mereka itu semua masyarakat miskin itu mendapat bantuan ini yang semestinya berdasarkan kriteria yang telah ada yaitu : ibu hamil, ibu nifas, balita, anak usia sekolah SD-SMP “(Hasil Wawancara SR,13 Januari 2019).

Lebih lanjut peneliti melakukan wawancara dengan ibu SA selaku salah satu penerima bantuan PKH, dijelaskan bahwa untuk dana yang diperoleh sering mengalami keterlambatan pencairan, sehingga tidak dapat digunakan secara optimal. Berikut wawancaranya :

“Sering sekali itu kalau pencairan dana lambat cairnya, jadi susah kalau ada keperluan baru belum cair .(Hasil Wawancara SA,17 Januari 2019).

Berdasarkan hasil wawancara dari beberapa informan diatas berkaitan dengan faktor penghambat implementasi Program Keluarga Harapan Di

Kabupaten yaitu masih kurangnya pemahaman, akibat pendidikan yang masih rendah, juga pencairan dana yang lambat.

b. Sumber Daya

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak FF selaku Kepala Dinas Sosial Kabupaten Enrekang, sumber daya menjadi faktor yang penghambat dalam implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di bidang kesehatan ini. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

...., untuk fasilitasnya semua pendamping PKH (Program Keluarga Harapan) di berikan kendaraan dinas dalam hal ini motor . Meskipun masih ada beberapa yang belum dapat, namun kami tetap mengusulkan”.
“(Hasil Wawancara SR,13 Januari 2019).

Hal ini dibenarkan oleh BN sebagai salah satu pendamping PKH (Program Keluarga Harapan), ia mengatakan bahwa :

“Kalau itu, betul memang kami ditempatkan, maksudnya para pendamping berdomosili di masing-masing kecamatan, ada 13 kecamatan,ada 34 lebih dari kami yang ditempatkan, hanya 4, bahkan hanya ada 2 orang yang biasanya ditempatkan di kecamatan tertentu Luar bisa karena pendamping yang ditempatkan 2 orang harus menangani 840 penerima PKH di 1 kecamatan saja .Kalau untuk motor dinas, iya, saya diberikan motor dinas, tapi masih ada beberapa yang belum, hanya sebagian saja yang memiliki”. “(Hasil Wawancara BN,15 Juni 2018).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari BN selaku salah satu pendamping PKH membenarkan bahwa mereka ditempatkan di masing masing kecamatan, dan adanya pemberian motor dinas yang digunakan sebagai sarana transportasi.

Dari beberapa informan secara keseluruhan senada dengan teori yang dipaparkan oleh (Suratman, 2017) ,dan dapat disimpulkan bahwa untuk faktor yang mejadi penghambat yaitu Sumber daya manusia (pendamping) masih kurang dikarenakan

satu pendamping ditempatkan dalam 2 kecamatan dan harus menangan 840 penerima bantuan. Dan untuk pemberian fasilitas diberikan motor dinas kepada para pendamping dan masih beberapa yang diusulkan. Dan dari dana finansialnya itu sendiri menggunakan dana sharing dari Kabupaten dan dana pelaksana dari pusat.

c. Disposisi

Pada kegiatan ini, peneliti melakukan wawancara dengan bapak SR selaku Koodinator Pendamping PKH mengenai faktor penghambat berupa pendampingan kepada masyarakat yang kurang, lokasi atau jarak tempuh pendamping jauh terhadap pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang. Adapun hasil wawancaranya yaitu:

Kalau yang saya dapat masih ada beberapa pendamping yang perlu dibina, dikarenakan adalah beberapa laporan yang masuk bahwa pendamping ini tidak mendampingi masyarakat dengan baik, kan bahkan sampai pendairan danapun sebenarnya harus didampingi, ada yang tidak mengikuti sosialisasi, kendala mereka karena lokasi jauh dari tempatnya, padahal yang seharusnya tetap sebagai pendamping harus selalu ada. Nah ini yang sedang kita lakukan memberikan pembinaan kepada para pendamping yang demikian, menjelaskan dan mengingatkan tentang tupoksi mereka. “(Hasil Wawancara SR,13 Januari 2019).

Dari informasi SR, diketahui bahwa kehadiran seorang pendamping sangat dibutuhkan untuk membantu peserta PKH memperoleh haknya, membantu mendeteksi permasalahan dan melakukan tindak lanjut. Lebih lanjut beliau menegaskan pula bahwa untuk komitmen penerima bantuan PKH masih kurang sehingga dilakukan pemotongan dana, berikut kutipan wawancara :

“Kalau itu pelaksanaan verifikasi komitmen berjalan sesuai dengan pendaftaran (enrollment) dan kehadiran (attendance) di puskesmas dan jaringannya untuk komponen kesehatan. Namun asih banyak peserta PKH yang tidak mematuhi komitmen hal ini terlihat dari absennya melakukan

pelayanan kesehatan sehingga dijatuhkan saksi pemotongan dana bantuan”. “(Hasil Wawancara SR,13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari SR, diketahui bahwa bentuk pelaksanaan verifikasi komitmen berjalan sesuai dengan pendaftaran dan kehadiran dipuskesmas. Namun tetap saja masih ada beberapa peserta PKH yang masih absen yang mengakibatkan mereka mendapatkan sanksi berupa pemotongan dana bantuan.

Namun masih ada pendamping yang lalai dari tugasnya tidak mengikuti sosialisasi juga pendampingan kepada penerima bantuan PKH. Hal berbeda di ungkapkan oleh salah satu pendamping PKH bapak BN, iya mengatakan bahwa :

“ Kalau masalah itu, kami pendamping selalu, bahkan saya pribadi selalu berusaha melakukan semua hal dengan baik sesuai tupoksi saya, namun pendamping PKH tidak mendapatkan insentif sebagai bentuk penghargaan maupun apresiasi dari pemerintah atas pekerjaan dan tugas yang menjadi tanggung jawab pendamping PKH, selain itu sering terjadinya keterlambatan dalam proses pencairan gaji pendamping PKH berdampak menurunnya semangat kerja pendamping dalam melaksanakan tugasnya. Kalau dari teman teman pendamping lainnya di beberapa kecamatan, kan pendamping ini disebar di beberapa kecamatan di Enrekang, kendalanyaun ya pasti karena jarak mereka ke lokasi sosialisasi jauh, apalagi bagi mereka yang tidak diberikan / belum memperoleh motor dinas. “(Hasil Wawancara BN,15 Juni 2018).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari BN, bahwa setiap pendamping selalu melaksanakan tugasnya sesuai dengan tupoksinya, namun mereka tidak mendapatkan insentif sebagai bentuk penghargaan maupun apresiasi dari pemerintah dan juga karena sering terjadinya keterlambatan pencairan gaji.

Lebih lanjut peneliti mewawancarai masyarakat ibu SA selalu penerima bantuan PKH beliau mengungkapkan bahwa keaktifan dan kedisiplinan pendamping sangat kurang. Berikut kutipan wawancara :

“Saya saja kurang paham siapa- siapa pendamping disini, karena dia jarang datang jika ada sosialisasi, jadi saya kurang tahu tentang pendamping PKH ini. “(Hasil Wawancara SA,17 Januari 2019).

Dari beberapa informan secara keseluruhan berkaitan dengan teori yang diapaparkan Suratman(2007), bahwa yang menjadi faktor penghambat untuk sikap/ disposisi dari pendamping PKH masih sangat kurang, masih ada beberapa pendamping yang lalai akan tupoksinya dan kurang aktif dalam kegiatan sosialisasi yang dilakukan .Beberapa diantara dikarenakan tidak mendapat intensif sebagai bentuk penghargaan maupun apresiasi dari pemerintah dan juga karena keterlambatan gaji, yang mengakibatkan mereka kurang bersemangat untuk bekerja.

d. Struktur Birokrasi

Tingkat pendapatan yang rendah dari RTSM berdampak tidak optimalnya dalam memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatan. Pelaksanaan PKH dikabupaten Enrekang dari tahun 2016 belum sepenuhnya mampu mensejahterakan masyarakat miskin, dengan adanya PKH belum bisa mengubah kondisi sosial ekonomi RTSM, masyarakat masih memerlukan program-program pemerintah lainnya yang bisa meningkatkan penghasilan RTSM, namun dengan adanya PKH ini pemerintah memperbaiki kualitas anak-anak dari RTSM baik dari segi pendidikan maupun kesehatannya, sehingga diharapkan dalam jangka panjang anak-anak RTSM bisa meningkatkan status sosial ekonomi keluarganya dan upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dapat dicapai.

Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai faktor penghambat dan pendukung implementasi program keluarga harapan kepada informan SR selaku Kordinator Pendamping PKH, beliau mengatakan bahwa:

“ Kurangnya pemahaman akibat pendidikan yang rendah, serta pikiran RSTM yang masih minim. Menurut mereka itu semua masyarakat miskin itu mendapat bantuan ini yang semestinya berdasarkan kriteria yang telah ada yaitu : ibu hamil, ibu nifas, balita, anak usia sekolah SD-SMP “(Hasil Wawancara SR,13 Januari 2019).

Berdasarkan informasi dari informan SR, dapat diketahui bahwa pemahaman masyarakat masih kurang, mereka berfikir bahwa bantuan ini diterima disemua kalangan masyarakat miskin, namun tidak mengetahui bahwa pemberian bantuan ini didasarkan atas kriteria dimana yang berhak itu ibu hamil, ibu nifas, balita, anak usia sekolah SD-SMP.

Lebih lanjut peneliti bertanya mengenai faktor penghambat kepada BN selaku pendamping. Beliau menjelaskan bahwa yang menjadi kendala lokasi yang harus didampingi yaitu para RSTM Yng menjadi peserta PKH, tempat tinggalnya dianggap terlalu jauh dan tidak terjangkau oleh dirinya. Sehingga ia mengaku kurang maksimal dalam melakukan pendampingan. Selain itu tempat tinggalnya berada di luar Kecamatan yang harus didampingi, hal tersebut meyulitkan control dan monitoring yang ahrus dilakukan. Berikut terlihat dari kutipan wawancaranya:

“Banyak sektor pemerintah yang terlibat, kami bekerjasama dengan beberapa sektor untuk mensosialisasikan PKH ini, namun yang menjadi salah satu kendala dari jarak.Saya tempat tinggalnya jauh dari desa di kecamatan yang harus saya dampingi, sehingga kurang maksimal dalam melakukan pendampingan untuk penerima bantuan PKH “(Hasil Wawancara BN,15 Juni 2018).

Kemudian penelliti bertanya dengan informan ibu SA selaku penerima bantuan PKH, beliau menjelaskan bahwa :

“Adanya kecemburuan dari tetangga, katanya si A ini orang mampu jadi tidak layak dapat. Selain itu, program ini baik, kalau bisa program seperti ini selalu ada untuk membantu kami, dan juga kesehatan masyarakat miskin tidak terlalu dipersulit, serta adanya bantuan poyandu, asupan gizi bagi anak balita miskin “(Hasil Wawancara SA,17 Januari 2019).

Dari informan diatas, diketahui bahwa salah satu hal yang menjadi kendala yaitu adanya kecemburuan sosial dari masyarakat yang tidak menerima bantuan PKH.

Berdasarkan wawancara dari beberapa informan diatas, maka secara keseluruhan penulis dapat menyimpulkan bahwa faktor yang menjadi penghambat antara lain,pemahaman masyarakat yang masih kurang, jarak tempuh lokasi pendamping jauh sehingga kurang maksimal dan adanya kecemburuan sosial di masyarakat mengenai penerima bantuan PKH.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan dan Saran

1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan mengenai Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Enrekang sebagai berikut:

a. Peraturan Menteri Sosial No 1 Tahun 2018

Proses implementasi terdiri dari (1) Layanan Kesehatan Ibu Hamil, dengan melakukan controlling terhadap pergerakan umur kandungan dan bantuan untuk ibu hamil melalui verifikasi data.(2) Layanan Kesehatan Ibu Menyusui, mengenai pemahaman kondisi ibu setelah melahirkan.(3) Layanan Kesehatan Bayi dan Balita, masih kurang mengenai fasilitas fisik dan obat - obatan. Dan masih ada beberapa masyarakat yang kurang peduli mengenai kesehatan bayi dan balita.

a. Faktor Penghambat dan Pendukung Implementasi

Di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang , bentuk implementasi Program Keluarga Harapan(PKH) dari segi kesehatan , ditinjau dari beberapa aspek , antara lain: (1) *Komunikasi*, dikomunikasikan melalui telepon seluler dan disosialisasikan tujuan PKH, syarat-syarat, besaran bantuan, menjelaskan hak dan kewajiban peserta PKH. Namun bentuk sosialisasi puskesmas ke masyarakat masih kurang (2) *Sumber Daya*, Diberikan pelatihan berupa FDS , pembimbingan yang terus menerus

untuk membimbing KPM , penggunaan modul pendamping yang digunakan untuk pembimbingan kepada KPM . Dan untuk pemberian fasilitas diberikan motor dinas kepada para pendamping dan masih beberapa yang diusulkan. Dan dari dana finansialnya itu sendiri menggunakan dana sharing dari Kabupaten dan dana pelaksana dari pusat. Namun yang menjadi kendala jarak tempuh tempat sosialisasi yang jauh(3) *Disposisi*, Sikap/ disposisi dari pendamping PKH masih sangat kurang, masih ada beberapa pendamping yang lalai akan tupoksinya dan kurang aktif dalam kegiatan sosialisasi yang dilakukan dan (4) *Struktur Birokrasi* Pembagian kerja di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang jelas, karena masing-masing sudah dterbagi, dan semua telah mengetahui tupoksinya. Namun Koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah belum berjalan dengan baik, masih diperlukan kerjasama pemerintah pusat maupun daerah untuk lebih memberikan dukungan terhadap pelaksanaan PKH.

b. Saran

Saran dari penelitian ini yaitu perlu adanya kerjasama yang baik dari dinas terkait untuk melakukan sosialisasi dan pengawasan serta penambahan jumlah pendamping agar tujuan dari pelaksanaan PKH dapat tercapai, untuk lebih jelasnya diuraikan sebagai berikut :

- a. Pada dimensi komunikasi, untuk mewujudkan tujuan dan harapan dari implementasi PKH di Kabupaten Enrekang, pelaksana PKH yaitu Dinas sosial, Kecamatan, pendamping maupun dinas terkait lainnya diharapkan

dapat meningkatkan proses sosialisasi. sosialisasi harus dilakukan secara tepat, akurat, optimal dan menyeluruh baik secara langsung maupun melalui media oleh pihak-pihak yang bersangkutan agar masyarakat dan penerima manfaat Program Keluarga Harapan memahami tentang Program Keluarga Harapan secara mendalam, untuk meningkatkan proses sosialisasi dapat diupayakan menggunakan media-media sosial dan website.

- b. Pada dimensi Sumber Daya, diperlukan penambahan tenaga pendamping dalam PKH di Kabupaten Enrekang dan terbagi di beberapa kelurahan yang memiliki jumlah penerima bantuan PKH dengan jumlah yang banyak, mengingat penerima bantuan PKH di Kabupaten Enrekang 840 orang dengan pendamping 2 orang, maka seringkali pendamping mengalami kesulitan untuk melaksanakan tugasnya seperti pendampingan dan pengawasan secara menyeluruh.
- c. Pada dimensi Disposisi, untuk meningkatkan kedisiplinan dan keaktifan pendamping, diharapkan dinas sosial dan kecamatan maupun masyarakat bekerjasama untuk mengawasi pendamping dalam melaksanakan tugasnya, dan untuk meningkatkan semangat pendamping PKH diperlukan dukungan finansial selain gaji pendamping, namun juga diperlukan pemberian insentif sebagai dana tambahan .
- d. Pada dimensi Struktur birokrasi, Pemerintah daerah diharapkan bisa bekerjasama dengan pendamping untuk memberikan motivasi kepada penerima bantuan manfaat PKH agar memanfaatkan bantuan ini sebaik

mungkin dengan melaksanakan kewajiban yang semestinya sehingga dalam jangka panjang akan berdampak baik bagi generasi selanjutnya, yang kemudian akan memperbaiki perekonomian RTSM itu sendiri.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Anggi. 2014. Peranan Keluarga Harapan terhadap Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Di Desa Padang Kunyit Kecamatan Pangean Kabupaten Kuantan Singingi.
- Agustino. 2006. Efektifitas Organisasi. Erlangga: Jakarta.
- Cholisin. 2002. Dasar-Dasar Ilmu Politik. Yogyakarta: UNY Press.
- Korten, David. 2005. Manajemen Kinerja Sektor Publik: Yogyakarta
- Dunn, William N. 2000. Pengantar Analisis Kebijakan Publik, (terjemahan), Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dye, Thomas R. 1981. Understanding Public Policy. New Jersey: Englewood. Cliffs.
- Easton. 2001. Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Di Desa Maron Kec. Kademangan Kab. Blitar : Jurnal Administrasi Negara FISIP UNESA
- Edward III, dan George C. 1980. Implementing Public Policy, Congressional Quarterly Press, Washington.
- Eka Suwinta, Antriya. 2016. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar. Jurnal S-1 Fisip Volume 1 Nomor 1 Tahun 2016.
- Hani Handoko, T. 2000. "Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia". BPFE. Yogyakarta
- Harold D. Laswell, Abraham Kaplan. 1970. Power and Societ. New Haven: Yale University Press.
- Hari Antor dan Hajar. 2015. Efektivitas Pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Bidang pendidikan di Desa Sungai Kakap Kabupaten Kubu Raya. Jurnal S-1 Administrasi Negara No 4.
- Hidayat, Budi. 2010. Mengenal Rancang Bangun Program Keluarga Harapan Kesehatan. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 4 No 6
- Islamy, M. I. 2009. Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara. Jakarta. Bumi Aksara.
- Iqbal, Hasbi. 2008. Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Kudus. YKPN. Bandung
- Joko Widodo, Analisis Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik (Sidoarjo: Bayumedia Publishing, 2006).

Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 02A/HUK/2008 tentang “Tim Pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Tahun 2008

Kurniawan(2008:02). Administrasi Pembangunan. Pengembangan pemikiran dan Prakteknya di Indonesia.LP3S.Jakarta.

Mudasir. 2012. Desain Pembelajaran, Indragiri Hulu : STAI Nurul Falah, h. 1

Muhaimin, Suti’ah, dan Sugeng Listyo Prabowo, 2009, Manajemen Pendidikan, Jakarta: ...Kencana, h. 349

Moleong, Lexy J. 2014. Metode Penelitian Kualitatif, Bandung: Remaja Rosda karya.

Mudasir. 2012. Akuntansi Sektor Publik. Andi.: Jakarta

Nugroho, Riant. 2006. Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi dan Evaluasi. Jakarta:PT.Elek Media Komputindo.

Peraturan Presiden No. 15 tahun 2010 tentang percepatan penanggulangan kemiskinan

Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan

Purwanto dan Erwan. 2012. Implementasi Kebijakan Publik Konsep dan Aplikasinya di Indonesia, Yogyakarta : Gava Media

Rohman. 2009. Evaluasi Kebijakan Publik. Raja Grafindo Persada: Jakarta

Rozi, Akhmad. 2011. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten

Tanah Laut. Jakarta

Subarsono. 2005. Analisis Efektivitas pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) 2011 : Jurnal Borneo Administrator.

Sugiyono. 2017. Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D, Bandung: Alfabeta.

Suharno. 2008. Program Keluarga Harapan (PKH) memotong mata rantai kemiskinan anak bangsa. Pendidikan Pasca Sarjana Spesialis-1. Pekerja Sosial STKS Bandung

Suratman. 2017. *Generasi Implementasi dan Evaluasi Kebijakan Publik*. Surabaya: CAPIYA Publishing.

Suwinta, Eka antriya; Indah Prabawati. 2016. Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Di Desa Maron Kec. Kademangan Kab. Blitar : Jurnal Administrasi Negara FISIP UNESA

Syamsir, N. 2011. Implementasi Program Keluarga Harapan. *Focus*, 1(2), 49–80.

Tachjan. 2006. Implementasi Kebijakan Publik. AIPI: Bandung.

Tangkilisan. 2003. *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Van Meter, Donal dan Van Horn, Carl E. 1975. *The Policy Implementation Process Conceptual Frame Work*. *Journal Administration and Society*.

Wahab, Solichin Abdul. 2007. *Analisis Kebijakan. Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.

Widodo. 2016. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah MadaUniversity Press.

Wrihatnolo, R.R. dan R.N. Dwijowiyoto. 2007. *Manajemen Pemberdayaan. Sehuah Pengantar dan Panduan Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: PT. Elex Komputindo

Yudistira. 2010. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Media Presindo: Yogyakarta.





LAMPIRAN

1. PEDOMAN OBSERVASI

Lokasi: Kantor Dinas Sosial Kabupaten Enrekang

Fokus Penelitian	Indikator	Kondisi/keadaan	Ya/ Tidak	keterangan
Implementasi Program Keluarga Harapan(PKH) di Kabupaten Enrekang	1. Layanan Kesehatan Ibu Hamil	1. Pelaksanaan layanan kesehatan ibu hamil 2. Bentuk ferifikasi bantuan		
	2. Layanan Kesehatan Ibu Menyusui	Pelaksanaan layanan kesehatan ibu menyusui		
	3. Layanan Kesehatan Anak dan Balita	Pelaksanaan layanan kesehatan anak dan balita		
	Faktor Penghambat dan Pendukung	Kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH) dari segi Kesehatan di sosialisasikan /dipublikasikan	YA	Disosialisasikan ke masyarakat dan penerima PKH
		Tujuan dan sasaran dari kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH)	YA	Tujuannya untuk memutus rantai kemiskinan , dan sasarannya adalah Ibu Hamil dan Lansia.
	Bentuk Metode dan sarana komunikasi yang digunakan dalam implementasi Program Keluarga Harapan(PKH) dari segi Kesehatan	YA	Penyampaian secara langsung, menggunakan sarana komunikasi telfon untuk menghubungi satu persatu penerima PKH.	

		Bagaimana tingkat intensitas komunikasi yang dilakukan antara pengelola dan pelaksana PKH, juga komunikasi dengan para pegawai	YA	Intinseitas Komunikasi Dilakukan sesering mungkin
		Kualifikasi pendidikan pendamping pelaksanaan kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH)	YA	Kualifikasi pendidikan di dominasi S1, namun adapula beberapa yang S2.
		Tingkat pemahaman pegawai pelaksanaan terhadap kebijakan PKH	YA	Tingkat pemahaman baik, dilakukan membimbing terlebih dahulu, juga terdapat 15 modul pendamping ajarkan kepada KPM.
		Bentuk fasilitas untuk menunjang terlaksananya Program Keluarga Harapan(PKH)	YA	Memberikan Fasilitas Motor dinas tiap tiap pendamping
		Sumber daya finansial yang ada terhadap kebijakan PKH	YA	Menggunakan dana sharing dari Kabupaten, dana pelaksanaan dari Pusat.
		Bentuk Komitmen dan konsistensi pegawai terhadap kebijakan PKH dari segi	YA	Komitmen Tinggi

		kesehatan		
		Mekanisme/ SOP yang digunakan dalam implementasi kebijakan PKH dari segi kesehatan	YA	Memiliki buku petunjuk yang jelas
		Pembagian kerja dalam struktur organisasi PKH	YA	Pembagian Kerja Jelas. Ketua pelaksana kabupaten Kepala Bidang Dinansos. Tim Koordinasi yaitu masing- masing Kepala Camat. Bupati sebagai Ketua Pembina.



2. PEDOMAN WAWANCARA

Lokasi: Kantor Dinas Sosial Kabupaten Enrekang

Fokus	Indikator	Pertanyaan	
Implementasi Program Keluarga Harapan(PKH) di Kabupaten Enrekang	1. Layanan Kesehatan Ibu Hamil	Bagaimana pelaksanaan layanan kesehatan ibu hamil, apakah terkoordinasi dengan baik?	
	2. Layanan Kesehatan Ibu Menyusui	Bagaimana pelaksanaan layanan kesehatan ibu menyusui?	
	3. Layanan Kesehatan Anak dan Balita	Bagaimana pelaksanaan layanan kesehatan Anak dan Balita?	
	Faktor Penghambat dan Pendukung		1. Apakah kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH) dari segi Kesehatan di sosialisasikan /dipublikasikan?
			2. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran dari kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH) dari segi Kesehatan?
			3. Metode dan sarana komunikasi apa yang digunakan dalam implementasi Program Keluarga Harapan(PKH)?
			4. Bagaimana tingkat intensitas komunikasi yang dilakukan antara pengelola dan pelaksana PKH dari segi Kesehatan, juga komunikasi dengan para pegawai?
			1. Bagaimana kualifikasi pendidikan pegawai pelaksanaan kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH)?
			2. Bagaimanakah tingkat pemahaman pegawai pelaksanaan terhadap kebijakan PKH?
			3. Apa saja fasilitas untuk menunjang terlaksanannya Program Keluarga Harapan(PKH) ?
			4. Bagaimana sumber daya finansial yang ada terhadap kebijakan PKH?
			1. Bagaimana Komitmen dan konsistensi pendamping dan penerima bantuan terhadap implementasi kebijakan PKH?
			1. Bagaimana mekanisme/ SOP yang digunakan dalam implementasi kebijakan PKH?
2. Bagaimana pembagian kerja dalam struktur organisasi PKH?			

PEDOMAN WAWANCARA

A. Identitas informan

Nama Informan :
Jabatan Fungsional :
Hari/ Tanggal Wawancara :

B. Daftar Pertanyaan

1. Bagaimana pelaksanaan Layanan Kesehatan Ibu Hamil di Kabupaten Enrekang?
2. Bagaimana pelaksanaan Layanan Kesehatan Ibu Menyusui di Kabupaten Enrekang?
3. Bagaimana pelaksanaan Layanan Kesehatan Anak dan Balita di Kabupaten Enrekang?
4. Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH) di Kabupaten Enrekang
 - a. Bagaimana kebijakan ini dikomunikasikan (disosialisasikan/ dipublikasikan) pada organisasi atau publik ?
 - b. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan ini?
 - c. Metode dan sarana komunikasi sosialisasi apa yang digunakan?
 - d. Bagaimana intensitas komunikasi dilakukan?
5. Sumber Daya dalam Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH) di Kabupaten Enrekang
6. Disposisi/ Sikap implementor dalam Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH) di Kabupaten Enrekang
 - a. Bagaimana kesediaan/komitmen dan konsistensi dari para implementor/pelaksana untuk melaksanakan kebijakan Pkh?
7. Struktur Organisasi dalam Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan(PKH) di Kabupaten Enrekang
 - a. Bagaimana mekanisme atau standar prosedur pelaksanaan (standar operating procedur atau SOP) PKH di Kab Enrekang?
 - b. Bagaimana struktur organisasi atau pembagian kerja pelaksanaan PKH di Kab Enrekang?

3. FOTO DOKUMENTASI

Foto Wawancara Di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang



Foto Wawancara Di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang



Foto Wawancara Di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang



Foto Wawancara Di Dinas Sosial Kabupaten Enrekang



Foto Peserta PKH di Kabupaten Enrekang

