

Pengembangan 1, 2, 3, 4, 5, 8,
10, 11, 12, 13, 21, 23,
26, 27, 29, 46, 61, 67,
69, 70, 78, 81, 90, 93,
99, 100
PPLS 45, 85, 87, 88, 91, 92,
93, 97
Price effect 44, 47
Program Askesos, 97
Program CSR 68
Program Keluarga Harapan (PKH)
1, 37,
Provinsi Sulawesi Barat, 56, 62,
63, 64, 65, 67, 73, 74,
76, 77, 99, 101
Provinsi Sumatera Barat, 56, 59,
60, 99
Pusat Pelayanan Terpadu 45, 90,
93, 95, 97

R

Raskin, 48
Reassessment 58
RTSM 1, 2, 16, 17, 18, 20, 22,
25, 26, 29, 45, 46, 47,
49, 77, 78, 79, 81, 84,
91
Sistem Pelayanan Kemiskinan
Terpadu 32
SKPD 14, 32, 35, 59, 67, 68,
69, 70, 71, 75, 76
Stimulasi Intervensi Optimalisasi
Layanan Anak (SIOLA) 67
Sumber Daya Manusia 2, 4, 5,
11, 13, 26, 37, 38, 39,
45, 47, 55, 59, 76, 78,
79, 81, 82, 86, 88, 92,
97, 98, 100

Survive 4, 11
SWOPA 5

T

TNP2K 1, 6, 33
Top down, 68

U

UEP, 28, 97
Undang Undang Nomor 13 tahun
2011, 45, 83
UPPKH 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10,
23, 50, 51, 53, 59, 60,
61, 76, 77, 78, 79, 80,
81, 83, 87, 91, 92, 93,
94, 97

K

Kabupaten Bantaeng, 31, 32
Kabupaten Berau, 6, 31,
Kabupaten Bogor 19, 20, 21, 22
Kabupaten Sragen 6, 32, 33
Kabupaten/kota 1, 2, 4, 6, 10,
12, 23, 30, 51, 52, 53,
54, 55, 59, 78, 79, 80,
82, 84, 85, 87, 88, 90,
91, 93, 94, 100
Keluarga miskin, 1, 3, 33, 37,
45, 46, 83, 94, 95
Kementerian Sosial RI, 1, 4, 5, 9,
29, 37, 43, 44, 81, 82,
88, 94, 100
Kemiskinan, 1, 2, 4, 5, 6, 9, 12,
113, 26, 29, 32, 33, 34,
35, 37, 38, 44, 45, 46,
47, 50, 58, 59, 61, 66,
78, 84, 85, 86, 88, 89,
90, 91, 92, 93, 95, 97,
99, 101
Kesejahteraan social, 3, 12, 13,
21, 29, 30, 31, 35, 43,
44, 45, 46, 57, 58, 59,
78, 81, 82, 83, 84, 85,
86, 87, 88, 90, 91, 92,
94, 95, 96, 97, 98
Konsep 4, 5, 12, 14, 95
Kota Payakumbuh 34, 35, 57,
58, 60, 61
Kualifikasi 4, 44, 79
KUBE, 28, 48, 61, 82, 86, 97

L

Lembaga Keuangan Mikro (LKM)
69, 73

M

Masyarakat miskin, 3, 29, 46, 47
Model jaring laba-laba, 15
Monitoring, 10, 51, 52, 71

O

One desk multi functions, 31, 32,
34, 35
Otonomi Daerah 14, 101, 104

P

Padang Panjang 56
Pandu Gempita 12, 29, 30, 31,
32, 90, 92, 100
Pelaksanaan 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,
9, 10, 12, 13, 17, 19,
20, 23, 24, 27, 28, 30,
35, 39, 40, 51, 52, 53,
54, 56, 57, 59, 60, 61,
74, 76, 77, 78, 79, 80,
81, 84, 87, 88, 90, 93,
94, 95, 96
Pelayanan terpadu 3, 4, 5, 12,
13, 15, 30, 31, 32, 34,
35, 36, 57, 58, 67, 69,
73, 74, 84, 85, 90, 93,
95, 96, 97, 100
Pelayanan Terpadu Satu Atap
(PTSA) 14
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
(PTSP) 14, 74
Pendamping PKH 2, 21, 22, 23,
24, 25, 26, 27, 28, 29,
59, 61, 92,
Penerima manfaat 4, 18, 19, 20,
24, 25, 26, 27, 28, 45,
50, 60, 78, 80, 82, 87,
88, 92

INDEK

A

Asesmen, 36, 57, 58
Askesos, 28, 97
Asuransi Sosial Lanjut Usia
Terlantar (Aslut), 82
Asuransi Sosial Orang Dengan
Kecacatan (ASODK), 82
Bantuan, 1, 2, 3, 8, 10, 18, 20,
24, 25, 26, 27, 28, 33,
37, 38, 40, 41, 42, 43,
44, 45, 46, 47, 48, 49,
50, 51, 52, 61, 69, 73,
80, 84, 91, 92, 94, 95,
96, 97, 98,

B

Bantuan sosial, 1, 3, 18, 37, 44,
48, 51, 52, 95
Bantuan Tunai, 1, 20, 27, 37, 42,
44, 45, 46, 48
Behavior effect, 45
Bina Keluarga Balita (BKB), 72
BLSM, 48
BPS, 1, 65, 99

C

Community services, 27
Community worker, 27
Conditional Cash Transfer, 37, 38,
44, 100, 101

D

Direktorat Jaminan Sosial, 1, 2,
6, 9, 10, 44, 45, 48, 55,
80, 84, 99

E

Evaluasi, 5, 10, 11, 17, 23, 38,
39, 50, 51, 52, 71, 99,
101

G

Gugus SIOLA, 68, 70, 71, 72

H

Hukum, 5, 21, 58, 62, 78, 80,
83, 84, 90

I

Implementasi, 11, 12, 15, 31,
51, 52, 70
Income effect, 44, 47
Indeks Pembangunan Manusia
(IPM), 20
Insurance effect, 45, 47
Integrated model, 16, 31, 32, 34

J

Jamkesmas, 21, 33, 48

Muslim sabarisman, sleem_ndar@yahoo.co.id

Lahir di Bandung tanggal 24 Juni 1970. Lulusan Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial (STKS) Bandung (2003). Tahun 2005 sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil di Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial. Kemudian tahun 2011 sebagai Peneliti Pertama dan tahun 2013 sebagai Peneliti Muda. penelitian yang pernah diikuti yaitu; Evaluasi Pelaksanaan Program Subsidi Panti, Penelitian Pemberdayaan Keluarga, Profil Pendamping dalam Perlindungan Anak Berkonflik dengan Hukum, Sikap masyarakat Terhadap Trafficking Anak di Daerah Pengirim, Pemberdayaan Masyarakat Miskin Kawasan Pantai di Kalimantan Barat.

(2002), Pemberdayaan Pranata Sosial dalam Menangani Masalah Narkoba di Mataram dan Manado (2003), Peranan Organisasi Sosial dalam Penanganan Sosial di Kupang (2006), Tipologi Desa Berketahanan Sosial (2009).

6. Kebudayaan; Studi Kebudayaan Aceh, Jawa dan Irian Jaya (1978 -1980), Perubahan Hukum Adat di Gayo (1984), Persentuhan Antar Sistem di Halmahera tengah (1984), Peningkatan Mutu Petugas Sosial Kecamatan DKI Jakarta (1994), Nilai Budaya Kerja Generasi Muda di Jakarta (1998), Desa Adat Gayo (2007), Keragaman Suku Bangsa dan Pranata Sosial Masyarakat Indonesia (2013).

Habibullah, habibullah@kemosos.go.id

Lahir di Ogan Komering Ilir, Sumatera Selatan tanggal 16 Juni 1979. Lulusan Jurusan Pembangunan Sosial dan Kesejahteraan dahulu dikenal dengan Ilmu Sosiatri FISIPOL, Universitas Gajah Mada (2003). Tahun 2006 menjadi Calon Pegawai negeri Sipil di Pusat Penelitian dan Pengembangan Sosial, Kementerian Sosial RI. Kemudian mendapat kesempatan Program Magister Ilmu Kesejahteraan Sosial dengan Peminatan Perencanaan dan Evaluasi Pembangunan, FISIP Universitas Indonesia (2009 - 2011). Sejak itu sering mengikuti pendidikan dan pelatihan bidang penelitian, penulisan ilmiah, dan komputer. Sejak tahun 2008 sebagai Peneliti Pertama dan tahun 2010 sebagai Peneliti Muda. Penelitian yang pernah dilakukan antara lain; Pendampingan Sosial bagi Clon Pekerja Migran dan keluarganya di Daerah Asal (2008); Evaluasi Program Jaminan Kesejahteraan Sosial (2009); Lembaga pelayanan Kesejahteraan Sosial Pemerintah daerah di Era Otonomi Daerah (2012); Bantuan Stimulan Pemulihan Sosial (2012). Selain itu sering menulis artikel di Jurnal Konsepsia dan majalah Informasi.

Kesejahteraan Sosial di Kediri dan Indramayu (1993 -1994), Masyarakat Terasing di Kalimantan Timur (1993), Studi Kehidupan Masyarakat Alue Wakie (1995), Pengembangan Model Asuransi Sosial (1996), Masyarakat Terasing di Gunung Alawahu (1998), Bantuan Pinjaman Modal di Sawahlunto (1999), Struktur Mediasi dalam Menunjang Ketahanan Sosial di Jayapura (2002), Kesejahteraan Sosial di Kepulauan Riau (2009), Kecamatan Linge Terpencil (2009), Partisipasi Masyarakat dalam Rehabilitasi Rumah dan Lingkungan di Kabupaten Landak (2012), Pengembangan Desa Berketahanan Sosial (2012), Arah Pelayanan Kesejahteraan Sosial di Kabupaten Pulau Morotai (2012), Evaluasi Program Bedah Kampung (2013) .

2. Keterlantaran; Survai dan Pemetaan Anak Jalanan di Jakarta dan Surabaya (1998), Model-model Pelayanan Lanjut Usia Berbasis Masyarakat di Jakarta dan Palembang (1999), Pelayanan Lanjut Usia di Indonesia (2005), Asistensi Lanjut Usia (2010)
3. Kecacatan; Evaluasi Penyandang Cacat di Sulawesi Tenggara (1995), Kebutuhan Pelayanan Sosial Ccacat Tubuh dan Mental di Jawa Tengah (1999), Potensi Penyandang Cacat Tubuh di Kabupaten Lebak (2000), Asistensi Orang dengan Kecacatan (2011)
4. Korban Bencana; Pengkajian Konflik Sosial Aceh, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan, Sulawesi, Ambon dan Papua (1999 – 2004), Penyuluhan dan Bimbingan Sosial Daerah Rawan Bencana Alam di Jambi (2002), Pelayanan Sosial Bencana Alam Aceh (2004 – 2005), Pelayanan sosial TKI di KBRI Kuala Lumpur Malaysia (2007), Konflik di Permukiman KAT (2009), Konflik Sosial di Sumatera Barat (2011).
5. Sumber Daya Manusia; Studi Transmigrasi (1979 – 1980), Pengembangan Karang Taruna di Jawa Timur (1985), Peranan Pekerja Sosial Masyarakat di Lampung Tengah (1996), Efektivitas Bantuan GNOTA di Jambi (1998), Indikator Kesejahteraan Sosial di Sumatera Utara (1999), Kesetiakawanan Sosial di Bali dan Jawa Barat (2002), Pengembangan Ketahanan Sosial Masyarakat

BIODATA PENULIS

Achmadi Jayaputra, jachmadi@yahoo.co.id

Lahir di Takengon (Kabupaten Aceh Tengah) tanggal 2 November 1957. Pendidikan tinggi; alumni Jurusan Antropologi FSUI (1984); Diploma Ilmu Tauhid Universitas Islam Syekh Yusuf (1986); Magister Ilmu Administrasi Program Kekhususan Pengembangan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta (2002).

Pekerjaan. Jabatan Fungsional; Asisten Mata Kuliah Manusia dan Kebudayaan, dan Kebudayaan Gayo FSUI (1982 - 1984); 1983 - 1985 Asisten Peneliti di LRKN dan Leknas LIPI (1983 - 1985). Tahun 1985 diterima sebagai pegawai pada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial, Departemen Sosial RI. Mulai sebagai Asisten Peneliti Madya (1986 - 1990); sebagai Ajun Peneliti Muda (1990 - 1994); Ajun Peneliti Madya (1994 - 1998); Peneliti Muda (1998 - 2000); Peneliti Madya (2000 - 2002); Ahli Peneliti Muda (2002 - 2004); Peneliti Utama di Pusbangtansosmas (2009 - 2010); Peneliti Utama Puslitbangkesos (2010 sampai sekarang). Sejak 1986 - 2004 sebagai pengajar Mata Kuliah Antropologi Sosial Budaya dan Sistem Budaya Indonesia di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Jabatan Struktural; Kepala Sub Bidang Statistik dan Dokumentasi, Puslitbang RBS (1994 - 1998); Kepala Sub Bidang Perumusan Rencana dan Program, Puslitbang PKS (1998 - 1999); Kepala Bidang Analisis dan Bimbingan Sosial, Pusbangtansosmas (2001 - 2004); Kepala Bidang Kerjasama dan Publikasi, Puslitbang UKS (2004 - 2005); Kepala Bidang Program, Puslitbangkesos (2006 - 2007); Kepala Bidang Program dan Evaluasi, BBPPKS Padang (2007 - 2009).

Topik dan Pengalaman Penelitian;

1. Kemiskinan; Kehidupan Petani Lada di Toboali, Bangka (1982), Pembinaan Masyarakat Pedalaman Irian Jaya (1986 - 1992), Aspek Sosial Budaya Suku Laut (1991), Pola Konsentrasi Proyek

- Komite Pemantau Otonomi Daerah, (2012). *Laporan Penelitian Badan Pelayanan Satu Pintu di Provinsi DKI Jakarta*. Jakarta; Komite Pemantau Otonomi Daerah.
- Nainggolan, Togiaratua, dkk, (2012). *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi*. Jakarta; P3KS Press.
- Nevizond Chatab, (2009). *Mengawali Pilihan Rancangan Organisasi*. Bandung. Alfabeta.
- Nuryana, Mu'man, (2014). "Bolsa Familia; Program Transfer Tunai Bersyarat untuk Pengurangan Kemiskinan di Brazil", *Informasi*, vol 19, nomor 01, Januari - April 2014, hal 79 - 90.
- Rangkuti, Freddy, (2013). *Analisis SWOT*. Jakarta; Gramedia Pustaka.
- Rawlings, Laura B, (2004). *A New Approach to Social Assistance: Latin America's Experience with Conditional Cash Transfer Programs*. Washington DC: The World Bank.
- Robbins, Stephen R, (1994). *Organization Theory; Structure, Design and Application* (Terjemahan: Jusuf Udaya). Jakarta; Arcan.
- Samsul Hadi, dkk, (2011). *Metode Riset Evaluasi*. Jogjakarta; Lakbang Grafika.
- Soerjono Soekanto, (1983). *Kamus Sosiologi*. Jakarta; Rajawali.

Internet

- <http://ahmadmartono.blogspot.com/2013/11/profil-siola.html> 24 september 2014
- <http://gp.mca-indonesia.go.id/> KABUPATEN MAMUJU Provinsi Sulawesi barat 22 september 2014

- Burhan Bungin, (2003). *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta; Raja Grafindo.
- Dunn, William, (2000). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* (Edisi Kedua, terjemahan). Jogjakarta; Gadjah Mada University Press.
- Edi Suharto, (2005). *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung; Alfabeta.
-, (2007). *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*. Bandung; Alfabeta.
- Edy Sutrisno, (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta; Kencana Prenada Media Group.
- Fiszbein, Ariel dan Schady, Norbert (2009). *Conditional Cash Transfers Reducing Present and Future Poverty*. Washington DC: The World Bank.
- Harry Hikmat, dkk, (2006). *Pedoman Analisis Kebijakan Sosial*. Jakarta; UI dan Departemen Sosial.
- Habibullah, dan Ivo Noviana, (2013). *Kebijakan Pendamping Program Keluarga Harapan*. Jakarta; P3KS Press.
- Huruswati, Indah, dkk, (2013). *Pengembangan Kebijakan, Strategi dan Model Pelayanan Terpadu dan Gerakan Masyarakat Peduli Kabupaten/Kota Sejahtera (Pandu Gempita)*. Jakarta; P3KS Press.
- Isbandi Rukminto Adi, (2001). *Pemberdayaan, Pengembangan Masyarakat, dan Intervensi Komunitas*. Jakarta; FEUI.
- Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional/Bappenas, (2013). *Program Keluarga Harapan: Transformasi Kepesertaan* (Makalah Menteri PPN/Kepala Bappenas, 17 Januari 2013).
- Kementerian Sosial RI, (2010). *Rencana Strategis Kementerian Sosial RI 2010 - 2014*. Jakarta; Kementerian Sosial RI.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajat S Kurnia, (2012). "Pengembangan Kapasitas Kelembagaan Masyarakat" dalam *Pemberdayaan Partisipasi dan Penguatan Kapasitas Masyarakat* (Adi Fahrudin, editor), hal 124 – 149.
- Andi Prastowo, (2010). *Menguasai Teknik-teknik Koleksi Data Penelitian Kualitatif*. Jogjakarta; Diva Press.
- Anonim, (2012). *Analisis Data Kemiskinan Berdasarkan Data Pendataan Program Perlindungan Sosial 2011*. Jakarta; Kementerian Sosial dan Badan Pusat Statistik.
- Direktorat Jaminan Sosial, (2013a). *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta; Direktorat Jaminan Sosial.
-, (2013b, juli). *Pedoman Operasional Kelembagaan PKH Tahun 2013*. Jakarta; Direktorat Jaminan Sosial.
- Anton M Mulyono, (1999). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta; Balai Pustaka.
- Azhar, Kasim, (1993). *Pengukuran Efektivas dalam Organisasi*. Jakarta; FEUI.
- Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Barat, (2013). *Pelayanan Terpadu Satu Pintu*. Mamuju; BKPM Daerah Provinsi Sulawesi Barat.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Sulawesi Barat, (2013). *Buku Saku Pemerintah Provinsi Sulawesi Barat*. Mamuju; Bappeda Sulawesi Barat.
- Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional, (2009). *Laporan Akhir Evaluasi Program Perlindungan Sosial Program Keluarga Harapan: Deteksi Dini Dampak PKH terhadap Kesehatan dan Pendidikan (Kertas Kerja)*.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat, (2014). *Sumatera Barat dalam Angka 2014*. Padang; BPS Provinsi Sumatera Barat.

7. Sarana

Sarana yang diperlukan;

- a. Sarana kerja; peralatan kantor dan alat tulis kantor
- b. Sarana pelayanan; ruang kerja, ruang konseling, ruang khusus.

8. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia terdiri atas: yaitu; Pekerja Sosial, Karang Taruna, Taruna Siaga Bencana, Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan, Pekerja Sosial Masyarakat, Pendamping Sosial, Tim Reaksi Cepat, dan Relawan Sosial.

9. Struktur

Struktur terdiri atas;

- a. Koordinator
- b. Unit Sekretariat
- c. Unit Bantuan dan Pelayanan Sosial
- d. Unit Advokasi dan Pengaduan
- e. Pendamping

- c. Membantu dan melayani sepenuh hati kegiatan pusat pelayanan terpadu
6. Kegiatan
- Peningkatan pelayanan terhadap peserta PKH tersebut ditempuh dengan cara:
- a. Advokasi UPPKH terhadap pelayanan yang memang seharusnya diterima peserta PKH yaitu pelayanan kesehatan gratis melalui BPJS atau Kartu Indonesia Sehat; pelayanan pendidikan melalui Beasiswa Siswa Miskin atau Kartu Indonesia Pintar, beras untuk rakyat miskin dan Bantuan Langsung Sementara Masyarakat,
 - b. Pemberian pelayanan bagi peserta PKH untuk kemandirian peserta PKH berupa Program Askesos, KUBE, dan UEP.
 - c. Pemberian Pelayanan
Pemberian pelayanan kesejahteraan sosial non peserta PKH oleh UPPKH untuk memperluas pelayanan kesejahteraan sosial, sehingga UPPKH kabupaten yang relatif mudah dijangkau oleh masyarakat dan didukung oleh sarana dan prasarana yang relatif memadai. Pemberian pelayanan kesejahteraan sosial bagi non peserta PKH. Pemberian pelayanan diberikan secara langsung oleh UPPKH tentunya dengan penambahan alokasi anggaran, program dan sumber daya manusia yang menangani program kesejahteraan sosial tersebut. Atau menjadikan UPPKH sebagai pemberi rujukan bagi program lain.
 - d. Pemanfaatan *Data Base*
Pemanfaatan *database* yang dimiliki UPPKH oleh program penanggulangan kemiskinan lainnya. Data peserta PKH bersumber dari data PPLS 2011. Oleh karena itu pemanfaatan data base PPLS yang tersedia di UPPKH kabupaten oleh program penanggulangan kemiskinan lainnya merupakan bentuk pelayanan UPPKH Plus.

lain. Pelaksanaannya disesuaikan dengan program dan kegiatan masing-masing.

3. Sasaran

Sasaran ditujukan;

- a. Pelaksana pelayanan terpadu
- b. Sumber daya sosial di kabupaten, kecamatan dan desa/kelurahan
- c. Keluarga
- d. Masyarakat

4. Fungsi

Fungsinya;

a. Pusat Informasi

Berfungsi sebagai pusat informasi terkait dengan kebijakan dan kegiatan kesejahteraan sosial.

b. Pusat Rujukan

Berfungsi sebagai rujukan dari keluarga, masyarakat, dan lembaga sosial atau organisasi sosial lainnya.

c. Pusat Bantuan

Berfungsi sebagai wahana pemberi bantuan terhadap keluarga.

d. Mitra Kerja

Berfungsi sebagai mitra kerja dengan lembaga sosial atau organisasi sosial pelayanan terhadap anak, keluarga, dan lanjut usia.

5. Prinsip

Prinsipnya;

- a. Memperhatikan kepentingan anak, keluarga, dan lanjut usia
- b. Meningkatkan tanggung jawab keluarga dalam pelaksanaan kegiatan

Nomor 11 Tahun 2009 Pasal 35, dan Undang Undang Nomor 13 Tahun 2013 Pasal 35.

KONSEP KEBIJAKAN PUSAT PELAYANAN TERPADU KESEJAHTERAAN SOSIAL

Pusat Pelayanan Terpadu Kesejahteraan Sosial (Pusyandukesos) adalah suatu lembaga pelayanan sosial yang melakukan pelayanan profesional yang terarah dan terpadu terhadap anak, keluarga, dan lanjut usia. Pelayanan terpadu adalah kegiatan pelayanan sosial yang terdiri dari; perlindungan sosial, bantuan sosial, dan rehabilitasi sosial.

Aspek Kebijakan meliputi;

1. Tujuan

Tujuan yaitu:

- a. Meningkatkan akselerasi penanggulangan kemiskinan dengan memberikan pelayanan terpadu bagi keluarga sangat miskin.
- b. Memperluas jangkauan pelayanan kesejahteraan sosial
- c. Mengoptimalkan sumber daya (sarana prasarana, manusia, anggaran) dengan kolaborasi dan hubungan sinergis antara pemerintah dan pemerintah daerah.

2. Manfaat

Manfaatnya;

- a. Kementerian Sosial untuk meningkatkan keterpaduan *database* dan pemutakhirannya, serta efektifitas pelaksanaan kegiatan. Diharapkan akan tercapai optimalisasi pelayanan kesejahteraan sosial, khususnya bagi keluarga miskin.
- b. Pemerintah daerah atau pemangku kepentingan (*stake holder*) lainnya dapat memperluas jangkauan pelayanan kesejahteraan sosial bagi keluarga miskin dan masyarakat

operator, dilengkapi pendingin ruangan atau pengatur suhu, meja dan kursi, serta jaringan internet. Namun UPPKH di kecamatan banyak yang belum memadai, sehingga kegiatan dikendalikan dari UPPKH kabupaten/kota. Alasan pemerintah provinsi atau pemerintah kabupaten/kota hanya menyediakan sarana yang dimiliki sesuai dengan keperluan atau seadanya. Sebab sarana dan prasarana utama peralatan kerja memerlukan ruangan pendingin seperti *server*, *computer* dan *printer* atau mesin cetak. Sementara di kecamatan masih terbatas sarana dan prasarana untuk bekerja seperti listrik yang sering mati, tidak disediakan mesin pendingin ruangan, dan belum terpasangnya jaringan internet. Hal tersebut dipastikan tidak memenuhi syarat dalam mendukung kegiatan, sehingga akan merusak peralatan pelaksanaan program bantuan bagi keluarga miskin tersebut.

Oleh karena itu Pusat Kesejahteraan Sosial berada di kabupaten/kota. Sarana dan prasarana atau perlengkapan sudah disediakan secara bertahap. Terutama peralatan yang disediakan pemerintah pusat berupa *server*, *computer* dan *printer*. Sementara beberapa pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota sudah siap menambah sarana dan prasarana yang dianggap kurang. Keberadaan lembaga tersebut lebih memudahkan koordinasi dengan pelaksana di lapangan yaitu pendamping. Terpusatnya tempat berkumpul pendamping di kabupaten/kota memungkinkan mereka melakukan tukar pikiran atau tukar pengalaman dan berperan serta dalam membahas permasalahan di lapangan.

B. Rekomendasi

Penelitian mengusulkan UPPKH Plus, artinya UPPKH tergabung dalam Pusat Kesejahteraan Sosial berdampingan dengan pelaksana kegiatan lainnya yang berasal dari Kementerian Sosial RI. Pusat Kesejahteraan Sosial merupakan satu diantara enam sarana dan prasarana yang tercantum dalam Undang Undang

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pelaksanaan PKH sampai dengan tahun 2014 sudah ada di seluruh provinsi dan telah mencapai hampir tiga juta penerima manfaat. Pelaksanaan kegiatan ditunjang dengan unit pelaksana yang dibentuk secara berjenjang; pusat, provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan. Unit kerja yang dibentuk memberi pelayanan kepada sasarannya yang selama ini berperan dalam memperlancar kegiatan PKH. Pengembangan UPPKH sebagai pusat pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan dua pilihan yaitu UPPKH tetap melaksanakan tugas-tugasnya secara mandiri, dan UPPKH didampingi dengan beberapa kegiatan yang sudah ada di lokasi yang sama. Pilihan model yang mendekati Pelayanan Terpadu Satu Pintu (*one stop services*). Dua alasannya. Pertama UPPKH sudah ada di kecamatan yang merupakan tingkat terbawah. Kedua, berbagai kegiatan Kementerian Sosial sudah ada di wilayah kecamatan dan desa setempat. Kegiatan kementerian Sosial terbagi dalam tiga besaran yaitu; rehabilitasi sosial, perlindungan dan jaminan sosial, dan pemberdayaan sosial. Integrasi ketiga program dan kegiatan dapat dilakukan secara bertahap yang memungkinkan keterpaduan dalam pelaksanaan kegiatan. Hanya saja, jika PKH tetap mengacu pada data PPLS 2011, maka kegiatan lainnya harus mengikuti acuan data yang sama. Akibatnya PMKS yang tidak masuk data tersebut, tidak menerima pelayanan dan perlindungan sosial.

Selama ini berdasarkan pengamatan UPPKH yang sudah efektif bekerja berada di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Ditandai dengan tersedianya sarana dan prasarana yang memadai seperti gedung atau ruangan khusus untuk koordinator dan

3	Sumber Daya Manusia	<ul style="list-style-type: none"> Tersedianya operator dan pendamping PKH secara proporsional dan profesional. Sumber daya manusia kesejahteraan sosial; TKS, PSM, Karang Taruna, pendamping lanjut usia dan cacat, Pekerja Sosial, Penyuluh Sosial, Satuan Bakti Pekerja Sosial. Keikutsertaan lembaga sosial dan individu 	<ul style="list-style-type: none"> Operator dan pendamping masih terfokus pada PKH saja Sumber daya manusia dari berbagai satuan kerja terkait masih terfokus dengan tugas pokok dan fungsi di satuan kerjanya Sakti Peksos Pandu Gempita masih terbatas jumlahnya Pemahaman antar masing pelaku tidak sama 	<ul style="list-style-type: none"> Adanya potensi & sumber daya manusia kesejahteraan sosial; TKS, Tagana, Karang Taruna, Pendamping, pelopor perdamaian 	<ul style="list-style-type: none"> Operator dan pendamping PKH, dan Sakti Peksos Pandu Gempita terikat kontrak kerja. Mutasi Pegawai Negeri Sipil daerah terlalu cepat dan belum memiliki pengalaman bidang kesejahteraan sosial. Beratnya beban tugas pendamping, terutama jarak lokasi kegiatan.
4	Sarana dan Prasarana	<ul style="list-style-type: none"> UPPKH; komputer, server, dan jaringan internet. Provinsi dan kabupaten; pemukiman gedung atau ruangan khusus dan bantuan alat tulis kantor. 	<ul style="list-style-type: none"> Terbatasnya sarana dan prasarana pelayanan kesejahteraan sosial, khususnya di kecamatan Tidak adanya dukungan sarana transportasi untuk menjangkau penerima manfaat. 	<ul style="list-style-type: none"> Adanya kesediaan dukungan sarana prasarana tidak merata tiap daerah Bantuan daerah 	<ul style="list-style-type: none"> Perbedaan sarana dan prasarana di daerah
5	Informasi dan Teknologi	<ul style="list-style-type: none"> Informasi dan teknologi PKH relatif baik dan memadai Langsung terintegrasi UPPKH Pusat dengan UPPKH provinsi dan kabupaten Data PPLS 2011 	<ul style="list-style-type: none"> Data PPLS 2011 tersebut masih tertutup & tidak bisa diakses oleh publik Data PPLS 2011 belum terintegrasi dengan program-program penanggulangan kemiskinan 	<ul style="list-style-type: none"> Verifikasi data PPLS 2011 dalam karena banyak tidak sesuai. 	<ul style="list-style-type: none"> Kapasitas IT tiap daerah berbeda-beda. Perbedaan data dengan kondisi yang ada.

2	Program Perlu Dilakukan	<ul style="list-style-type: none"> • Inpres No 1/2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi. (Poin lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan langsung Tunai Bersyarat Bagi RTSM sebagai peserta PKH). • Permendagri No 42/2010 Tentang Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Provinsi dan Kabupaten/Kota. • Provinsi : • Program penanggulangan kemiskinan dalam RPJMD. • Surat keputusan gubernur dan bupati tentang pembentukan Tim UPPKH kabupaten dan kecamatan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Program-program penanggulangan kemiskinan masih sektoral • Data RTSM berdasarkan PPLS 2011 • Masih ada pemerintah provinsi dan kabupaten/kota mengambil kebijakan sendiri . 	<ul style="list-style-type: none"> • Berbagai program penanggulangan kemiskinan di kementerian, satuan kerja perangkat daerah • Kerjasama dengan lembaga pemerintah dan non pemerintah 	<ul style="list-style-type: none"> • Masih ada ego sektoral berdasarkan kebijakan kementerian dan daerah masing-masing.
---	-------------------------	--	---	--	--

TABEL 5. PENGEMBANGAN UNIT PELAKSANA PROGRAM KELUARGA HARAPAN SEBAGAI PUSAT PELAYANAN TERPADU DALAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Temuan lapangan (Sumatera Barat dan Sulawesi Barat)

No	Aspek	Kekuatan	Kelemahan	Peluang	Tantangan
1	Hukum	<ul style="list-style-type: none"> • Pusat: • UU No 40/2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. • UU No 11/2009 Tentang Kesejahteraan Sosial. • UU No 13/2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin. • Perpres No 13/2009 Tentang Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan. • Perpres No 15/2010 Tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. • Inpres No 3/2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan (poin 1 ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan PKH). 	<ul style="list-style-type: none"> • Beberapa daerah belum ada payung hukum pelaksanaan PKH • Belum ada pelaksanaan PKH sebagai Pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan 	<ul style="list-style-type: none"> • Beberapa daerah sudah melaksanakan pelayanan terpadu dalam penanganan kemiskinan dan masalah sosial lainnya. • Pelayanan terpadu yang sudah dilakukan Pelayanan Terpadu dan Gerakan Masyarakat Peduli Kabupaten/ Kota Sejahtera (Pandu Gempita). • Pelayanan Terpadu Satu Pintu (P2T-BKPMD). • Pelayanan terpadu dalam pengembangan anak usia dini dalam lembaga Stimulasi Intervensi Optimalisasi Pelayanan Anak (SIOLA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya dukungan pemerintah provinsi dan kabupaten tentang kebijakan pelayanan kesejahteraan sosial. • Belum ada kebijakan daerah mengenai wacana pelayanan terpadu dalam pelayanan kesejahteraan sosial.

sosial. Pengabdian dan kerja ikhlas yang mendorong mereka bersedia dan siap melaksanakan kegiatan yang terkait dengan penanggulangan kemiskinan.

b. Kelemahan

- 1) Data PPLS 2011 belum digunakan sebagai data dasar dalam penanggulangan kemiskinan,
- 2) Banyak muncul anggapan terkesan data tersebut tertutup, sehingga tidak bisa dilihat umum,

c. Peluang

Penggunaan data PPLS 2011 dapat dijadikan data utama dalam menyusun program dan kegiatan penanggulangan kemiskinan.

d. Tantangan

Informasi dan teknologi semakin terbuka di tiap daerah, sehingga dapat difahami dan digunakan untuk kepentingan khusus.

Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan penanggulangan kemiskinan harus dimulai lingkungan Kementerian Sosial RI. Menata ulang program dan kegiatan yang diberikan kepada pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Kegiatan yang dilakukan pada suatu lokasi yang sama harus disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat setempat, sehingga sasaran penerima manfaat mendapatkan perlindungan dan jaminan sosial. Atau kegiatan yang dilakukan saling mendukung. Sumber daya manusia kesejahteraan sosial sudah banyak yang bekerja atau melakukan kegiatan. Hanya saja perlu perhatian khusus terkait dengan penambahan insentif dan peningkatan kualitas. Terutama perhatian terhadap TKSK, PSM, dan tokoh masyarakat.

Jika perhatian tersebut mendapatkan penilaian lebih, maka diharapkan pelaksanaan kegiatan di lapangan akan lebih baik. Mengingat sumber daya manusia Kementerian Sosial di lapangan tidak ada, mereka hanya sebagai tenaga yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan dan lebih banyak sebagai relawan

- d. Tantangan
 - 1) Pelaksana kegiatan di lapangan merupakan tenaga profesional dengan tugas khusus di bidang kesejahteraan sosial,
 - 2) Munculnya pandangan pelaksana tentang beban tugas yang terlalu berat dalam aspek pengetahuan dan lokalitas.
- 4. Sarana dan Prasarana
 - a. Kekuatan
 - 1) Tersedianya sarana yang diadakan Kementerian Sosial,
 - 2) Pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota sudah menyiapkan atau menyediakan ruangan khusus.
 - b. Kelemahan
 - 1) Terbatasnya sarana dan prasarana di kabupaten/kota dan kecamatan,
 - 2) Khusus perdesaan belum tersedia sarana transportasi untuk menjangkau sasaran penerima manfaat.
 - c. Peluang

Dimungkinkan penggunaan sarana dan prasarana yang dimiliki pemerintah provinsi dan kabupaten/kota.
 - d. Tantangan

Sebagian pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota yang mulai peduli terhadap pelaksanaan PKH.
- 5. Informasi dan Teknologi
 - a. Kekuatan
 - 1) Informasi dan teknologi yang sudah ada baik dan memadai,
 - 2) Data dan informasi terintegrasi ke UPPKH Pusat berdasarkan data PPLS 2011.

- 2) Berpotensi terbukanya kerjasama dengan instansi pemerintah dan lembaga lainnya.
- d. Tantangan

Meninggalkan “ego sektoral” dan mulai bersama mengutamakan kepentingan masyarakat dalam penanggulangan kemiskinan.
3. Sumber Daya Manusia
 - a. Kekuatan
 - 1) Adanya sumber daya kesejahteraan sosial secara individu dan kelompok. Secara individu seperti; koordinator wilayah atau koordinator lapangan, operator, pendamping KUBE, Pekerja Sosial Masyarakat, Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan, Pekerja Sosial, Penyuluh Sosial, dan Satuan Bakti Pekerja Sosial. Secara kelompok seperti; Karang Taruna, Taruna Siaga Bencana, dan Pelopor Perdamaian,
 - 2) Tumbuh dan keikutsertaan lembaga sosial lain secara individu dan kelompok dalam menanggulangi kemiskinan.
 - b. Kelemahan

Belum muncul kesepahaman terhadap program dan kegiatan yang hampir sama, sehingga cenderung mendahulukan kepentingan tugas pokok dan kebijakan instansi masing-masing. Termasuk pendampingan melaksanakan tugas sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya berdasarkan instansi asal.
 - c. Peluang

Adanya potensi dan sumber daya manusia kesejahteraan sosial dan orang peduli yang bersedia melaksanakan kegiatan.

- c. Peluang
 - 1) Pelayanan terpadu memungkinkan dikembangkan dalam penanganan kemiskinan dan masalah sosial lainnya,
 - 2) Pelayanan terpadu dapat dilakukan dan sudah diujicobakan di beberapa kota dan kabupaten dengan istilah satu atap (*one stop service*) atau satu pintu (*one stop office*).
 - d. Tantangan
 - 1) Hanya sebagian kecil daerah mewacanakan pelayanan terpadu dalam pelayanan permasalahan sosial,
 - 2) Dukungan pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota tentang kebijakan pelayanan kesejahteraan sosial mulai disuarakan dalam pertemuan resmi.
2. Program
- a. Kekuatan
 - 1) Adanya sinergitas PKH dengan pendidikan dan kesehatan,
 - 2) Adanya keinginan keterpaduan penanganan kesejahteraan sosial secara terpadu dan lintas kegiatan atau lintas sektor.
 - b. Kelemahan

Program dan kegiatan penanggulangan kemiskinan masih sektoral, sehingga pemerintah daerah mengambil kebijakan berdasarkan keperluan daerah. Tidak berdasarkan PPLS 2011.
 - c. Peluang
 - 1) Banyaknya program dan kegiatan dalam penanggulangan kemiskinan di Kementerian Sosial dan kementerian lainnya,

Peraturan tertinggi antara lain;

- 1) Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial,
- 2) Peraturan Presiden Nomor 13 Tahun 2009 Tentang Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan,
- 3) Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 Tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan,
- 4) Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 Tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan,
- 5) Instruksi Presiden Nomor 3 tahun 2010 Tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan Poin 1 lampiran ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan PKH.
- 6) Instruksi Presiden Nomor 1 tahun 2013 Tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi (Poin 1) lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan langsung Tunai Bersyarat Bagi RTSM sebagai peserta PKH).

Pelaksanaan PKH sudah menggunakan satu pedoman umum dan lima pedoman operasional yang telah disusun Direktorat Jaminan Sosial. Di daerah, sebagai tindak lanjut dalam pelaksanaan PKH telah diterbitkan beberapa peraturan Menteri Sosial dan Menteri Dalam Negeri. Kemudian diterbitkan Keputusan Gubernur, dan Keputusan Bupati/Walikota setempat, terutama terkait dengan kelembagaan dan penempatan petugas.

b. Kelemahan

- 1) Pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota belum memiliki payung hukum tentang pelaksanaan PKH yang menggunakan dana APBD dan besarnya.
- 2) Banyak pemerintah daerah belum membentuk unit pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan.

Alasan dilihat dari kedudukan kabupaten dapat mengkoordinir perangkat daerah di bawahnya, terutama kecamatan dan desa/kelurahan. Sebagai koordinator yang akan memberikan dan membagi program atau kegiatan untuk masyarakatnya yang berasal dari Kementerian Sosial dan instansi pemerintah lainnya. Pembagian kegiatan terkait dengan pemerataan kegiatan untuk wilayah kecamatan dan desa sesuai dengan rencana kerja. Ada kemungkinan masuknya berbagai program dan kegiatan dari instansi atau lembaga lain untuk wilayah kecamatan dan desa. Selain itu memberi keluasaan bagi pendamping untuk melaksanakan tugasnya sesuai dengan kegiatan yang dilakukan. Oleh karena itu bersatunya berbagai kegiatan kesejahteraan sosial memungkinkan gerak dan langkah kegiatan terbagi berdasarkan bidang tugas masing-masing.

Penggabungan UPPKH dengan unit kegiatan atau lembaga lain yang melayani kesejahteraan sosial menjadikan istilah: UPPKH Plus. Lembaga tersebut sama dengan Pusat Kesejahteraan Sosial yang didalamnya semua unit kegiatan melaksanakan pelayanan terhadap keluarga miskin.

Penggabungan tersebut dilihat dari lima aspek yaitu,;

1. Hukum

a. Kekuatan

Secara nasional sudah banyak peraturan perundang-undangan yang diterbitkan terkait dengan pelayanan kesejahteraan sosial. Perundang-undangan yang dimaksud;

- 1) Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional,
- 2) Undang Undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial,
- 3) Undang Undang Nomor 13 Tahun 2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin.

RI. Pelaksanaannya dilakukan bidang tertentu dalam instansi sosial setempat yang kadang-kadang tidak seiring, sehingga berjalan masing-masing sesuai dengan rencananya. Namun adapula kegiatan yang bersamaan atau tumpang tindih.

Pelaksana kegiatan tersebut bisa dilakukan oleh petugas yang berasal dari instansi sosial kabupaten/kota dan dibantu petugas lapangan yang ditugaskan secara individu atau kelompok. Kegiatan yang dilakukan secara individu, artinya terdiri dari penerima manfaat langsung mendapat kegiatan yang telah direncanakan oleh instansi sosial untuk kegiatan tertentu. Seperti Asuransi Sosial Lanjut Usia Terlantar (Aslut), Asuransi Sosial Orang Dengan Kecacatan (ASODK), Pekerja Sosial Masyarakat (PSM), Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK). Sedangkan secara kelompok, artinya ada sekumpulan orang yang memperoleh kegiatan untuk dilakukan secara bersama atau berkelompok. Dipastikan kelompok yang dibentuknya memiliki pendamping yang bertugas mendampingi kelompok tersebut. Seperti Kelompok Usaha Bersama (KUBE), Karang Taruna, Taruna Siaga Bencana (Tagana), dan *Family Care Unit (FCU)*.

2. Kementerian Sosial tidak memiliki perangkat terbawah atau lembaga di provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan. Kalaupun ada di beberapa daerah berupa panti sosial dan balai yang masing-masing dibawah kendali unit operasional di Kementerian Sosial. Kelembagaan itu terkait dengan Kementerian Sosial yang saat ini tidak memiliki sumber daya yang langsung menjadi aparat atau petugas di lapangan. Semua sumber daya manusia di desa/kelurahan atau lokasi hanya sebagai pendamping atau pelaksana kegiatan yang diangkat dari masyarakat atau tokoh masyarakat setempat.

Oleh karena itu sebaiknya pelayanan kesejahteraan sosial di daerah yang akan diselenggarakan terpadu berada di kabupaten.

Dengan demikian UPPKH tetap dipertahankan (*status quo*). Jika lembaga tersebut tanpa digabung dengan program lain, maka PKH akan berjalan dengan memanfaatkan sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang ada di UPPKH. Secara sederhana tidak perlu dialokasikan untuk mendukung program lain. Namun tidak disinkronisasikan PKH dengan program lain tersebut menyebabkan dampak PKH terhadap penerima manfaat tidak berkelanjutan.

B. Gabungan Unit Kerja

Sebagaimana tertera dalam Undang Undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial. Pasal 1, penyelenggaraan kesejahteraan sosial adalah upaya yang terarah, terpadu, dan berkelanjutan yang dilakukan pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial. Kemudian ditambah dengan pengertian perlindungan sosial adalah semua upaya yang diarahkan untuk mencegah dan menangani resiko dari guncangan dan kerentanan sosial.

Perlindungan sosial yang selama ini dilakukan, terutama terhadap RTSM/KSM yang menjadi sasaran di daerah-daerah. Perlindungan diberikan dalam rangka pelaksanaan pelayanan kesejahteraan sosial yang ditujukan untuk penyelesaian permasalahan sosial di masyarakat. Pelayanan sosial memerlukan sarana dan prasarana pendukung dari lembaga yang sudah ada atau melalui pengadaan baru. Sebab kelembagaan yang ada di Kementerian Sosial pembentukannya tidak serentak atau tidak sama karena berdasarkan keperluan unit operasional masing-masing.

Pengembangan kelembagaan akan dilihat dari dua sisi;

1. Kegiatan Kementerian Sosial RI sudah banyak dilakukan yang bermuara di desa/kelurahan. Kegiatan yang ada berasal dari direktorat jenderal yang ada di lingkungan Kementerian Sosial

pemerintah. Sedangkan pemerintah daerah belum mampu memenuhi semua yang diinginkan pemerintah. Penyediaan sarana dan prasarana yang sudah ada sangat bergantung pada kesiapan pemerintah daerah. Misalnya sekretariat di kabupaten/kota dan kecamatan kebanyakan masih menyatu dengan lembaga lainnya atau menumpang di tempat yang disediakan. Demikian juga kelayakan dalam mendukung perangkat komputer yang semestinya harus menggunakan ruangan berpendingin cukup. Tetapi ruang yang tersedia hanya seadanya karena keterbatasan prasarana dan biaya pendukung, sehingga operator bekerja dan penempatan peralatan di ruang yang tersedia.

Keterangan yang diperoleh dari Direktorat Jaminan Sosial sebagai pelaksana program menginginkan tetap mempertahankan dan memperluas jangkauan PKH sampai seluruh kecamatan ada UPPKH. Hanya saja dilakukan secara bertahap karena tergantung pembiayaan dan kesepakatan daerah dalam mendukung program bantuan bagi keluarga tersebut. Terutama dari aspek hukum yang telah didukung dengan berbagai peraturan perundang-undangan yang berpegang pada tiga undang-undang.

Pelaksanaan program keluarga tersebut telah disusun berbagai pedoman pelaksanaannya secara berjenjang dari tingkat pusat sampai kecamatan. Termasuk jika terjadi penyimpangan di lapangan, maka sudah diterbitkan pula mekanisme pengaduannya. Penerima manfaat dan masyarakat boleh melaporkan penyimpangan pelaksanaan kegiatan. Sebaliknya dalam pelaksanaan kegiatan UPPKH belum semua pemerintah daerah dapat memenuhi beberapa keperluan seperti perangkat peraturan daerah untuk pembentukan UPPKH, pengadaan sarana dan prasarana. Oleh karena itu pendekatan dan berbagai upayakan dilakukan untuk meningkatkan peran dan fungsi UPPKH. Patut dicatat Pemerintah DKI Jakarta ingin mengambil alih program keluarga tersebut melalui penggunaan APBD.

Oleh karena itu bagi pemerintah daerah yang telah memperoleh PKH secara tetap membantu dan mendukung pemerintah dalam pelaksanaan seluruh kegiatan. Kesiapan daerah terkait dengan kemampuan daerah secara umum, sehingga ada daerah yang benar-benar siap dengan mendukung sarana dan prasarana yang diperlukan atau menambah dana pendampingan sesuai dengan kemampuan daerah.

Dua alasan yang muncul. *Pertama*, pemerintah daerah belum mampu menyediakan dana pendampingan sesuai dengan yang diperlukan. Walaupun ada jumlahnya belum sebanding, maka jumlah biaya yang disediakan mendekati jumlah yang diperlukan. Penyiapan anggaran tergantung dari pendekatan instansi sosial daerah dengan pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Jika pemerintah daerah dapat meyakinkan perangkat lainnya, maka penyediaan dana pendampingan akan menambah dana yang diperlukan.

Kedua, sumber daya manusia dan sarana. Jumlah sumber daya manusia tersebut dikaitkan dengan ratio RTSM/KSM, sehingga jumlahnya berbeda di tiap daerah. Keberadaan mereka menjadi tenaga inti dalam pelaksanaan PKH, sehingga pemerintah daerah merasa terbantu karena mereka sudah disiapkan secara baik. Mulai dari penetapan dan penentuan masing-masing dengan kualifikasi tertentu sampai dengan penempatannya. Jika pemerintah daerah yang melakukan itu semua, maka dianggap belum sanggup karena memerlukan biaya tambahan dalam proses pengadaannya. Faktor pendukung yang diperoleh dari mereka yaitu; berpendidikan lulusan perguruan tinggi di bidangnya masing-masing, bertempat tinggal di kecamatan, dan menerima insentif yang memadai dalam ukuran setempat.

Oleh karena itu keberadaan UPPKH Provinsi, Kabupaten/kota, dan kecamatan tetap menjadi wewenang pemerintah dengan alasan sebagian besar keperluan dalam pelaksanaan PKH terpenuhi

BAB V

PENGEMBANGAN LEMBAGA

Pengembangan kelembagaan UPPKH didasari keperluan dalam melaksanakan penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial. Pengembangan kelembagaan mempertimbangkan: kekuatan, kelemahan, peluang, dan tantangan. Ada dua pilihan dalam pengembangan kelembagaan yang merupakan pemikiran untuk kepentingan pelayanan kesejahteraan sosial. Pengembangan kelembagaan dengan memperhatikan lima aspek yaitu; hukum, program, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, teknologi informasi dan teknologi.

A. Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (*Status Quo*)

Sebagaimana dijelaskan dari bagian terdahulu UPPKH sudah terbentuk di seluruh provinsi, tetapi belum seluruh kabupaten/kota dan kecamatan dibentuk UPPKH. Hal tersebut disebabkan karena pembentukan UPPKH mengikuti pelaksanaan PKH jika PKH dilaksanakan di wilayah tersebut maka dibentuklah UPPKH. Pelaksanaan PKH merupakan kebijakan pemerintah yang terkait dengan tersedianya anggaran karena sampai tahun 2014 sasaran penerima manfaat telah mencapai 2.872.965 RTSM/KSM.

Selama ini pelaksanaan PKH mengandalkan pemerintah pusat sedangkan kesiapan pemerintah daerah berbeda-beda. Artinya perlu ada kesepakatan antara pemerintah dengan pemerintah daerah. Misalnya edaran Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial tentang pentingnya peran serta pemerintah daerah. Intinya pemerintah dan pemerintah daerah bekerjasama dalam mendukung kegiatannya. Pemerintah menyediakan sarana dan menyiapkan sumber daya manusia. Sedangkan pemerintah daerah menyiapkan kantor atau sekretariat tetap dan menyediakan dana pendampingan yang dikenal dengan istilah *sharing*.

Kabupaten Mamuju ada 17 orang, Kabupaten Majene ada 12 orang, Kabupaten Mamuju Utara ada tiga orang, Kabupaten Mamasa ada 11 orang, dan Kabupaten Polewali Mandar ada 27 orang.

Pelaksanaan pendampingan PKH di Sulawesi Barat, diperlukan mental dan fisik yang kuat. Terkait dengan wilayah dan lokasi tiap daerah berbeda karena ada desa; pulau, darat dan perbukitan. Selain itu antar kecamatan yang saling berjauhan. Oleh karena pemerintah dan pemerintah daerah untuk memperhatikan sarana dan prasarana operasional untuk pendamping yang akan memudahkan penjangkauan wilayah terjauh.

Adapun jumlah anggota rumah tangga komponen PKH Sulawesi Barat tahun 2014, sebagai berikut.

Tabel 4. Jumlah Anggota Rumah Tangga Komponen PKH Sulbar 2014

No.	KABUPATEN	JUMLAH ART KOMPONEN PKH				JUMLAH RTSM
		BUMIL	BALITA	USIA SD	USIA SMP	
1	Majene	129	1755	2163	683	1889
2	Mamasa	45	1081	1942	748	1040
3	Mamuju utara	23	363	564	175	323
4	Mamuju	255	4035	4201	827	3020
5	Polewali Mandar	440	7089	9226	3161	6362
	Jumlah Total	892	14323	18096	5594	12634

Sumber : Sekretariat UPPKH Provinsi Sulawesi Barat 2014

- dengan mengacu kepada peraturan yang berlaku di daerah.
- f. Pembinaan dan pengawasan atas perizinan dilaksanakan oleh SKPD teknis terkait
3. Pelaksanaan Program Keluarga Harapan

Penerima layanan PKH di Kabupaten Mamuju telah dilakukan sejak tahun 2013, sehingga sampai saat ini baru melakukan pembayaran yang ketiga pada tanggal 2 - 9 September 2014. Pembentukan UPPKH di Sulawesi Barat ini, berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Sulawesi Barat Nomor 358 tahun 2012, Tentang Pembentukan Tim Koordinasi Program Keluarga Harapan Tingkat Provinsi Sulawesi Barat. Kelembagaan di kecamatan berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Sosial, tenaga Kerja dan Transmigrasi Kabupaten Mamuju Nomor 466 / 274 / SK-UPPKH.KEC / X / 2013 / DSTT Tentang Pembentukan Tim Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Tingkat Kecamatan Tahun 2013.

Di Provinsi Sulawesi Barat UPPKH menempati ruang khusus di lingkungan kantor gubernuran yang disediakan pemerintah provinsi. Ruangan diisi koordinator wilayah, dan operator provinsi. Ruangan berfungsi sebagai tempat rapat dan pertemuan. Sedangkan UPPKH Kabupaten Mamuju masih menempati satu ruang yang merupakan bagian dari satu kantor yang menyatu dengan tempat penyimpanan barang-barang untuk bencana alam. Menurut keterangan dari Sekretaris Camat Mamuju ruangan untuk UPPKH yang digabung dengan sekretariat PNPB.

Sumber daya manusia UPPKH Provinsi Sulawesi Barat hanya dua orang, dan enam operator di kabupaten. Khusus operator, satu orang diantaranya dipilih sebagai koordinator wilayah. Selanjutnya selain operator juga ada pendamping di kabupaten sebanyak 70 pendamping masing-masing untuk

lembaga atau instansi yang memiliki kewenangan perizinan dan nonperizinan yang proses pengelolaannya dimulai dari tahap permohonan sampai dengan tahap terbitnya dokumen yang dilakukan dalam satu tempat. Penyelenggaraan PTSP di bidang penanaman modal oleh pemerintah dilaksanakan oleh BKPM di pusat dan daerah melalui Perangkat Daerah Provinsi bidang Penanaman Modal (PDPPM). Atas dasar pelimpahan atau pendelegasian wewenang dari menteri teknis/kepala Lembaga Pemerintah Non Departemen (LPND) yang memiliki kewenangan atas urusan Pemerintah di bidang penanaman modal yang menjadi kewenangan pemerintah.

Mekanisme koordinasi dengan SKPD teknis terkait, sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan PTSP melaksanakan tugas pemrosesan penerbitan izin, sedangkan tugas pembinaan dan pengawasan terhadap perizinan tetap menjadi kewenangan SKPD teknis.
- b. Lembaga penyelenggara PTSP melakukan koordinasi dengan SKPD teknis melalui pembentukan tim teknis yang ditetapkan oleh kepala daerah. Bersifat tetap untuk periode tertentu minimal 1 tahun dan dapat diganti sesuai kebutuhan.
- c. Tim teknis tersebut terdiri dari perwakilan perangkat daerah teknis terkait yang mempunyai kompetensi di bidangnya dan mempunyai kewenangan untuk mengambil keputusan dalam memberikan rekomendasi mengenai diterima atau ditolaknya suatu permohonan izin yang memerlukan pertimbangan teknis.
- d. Penyelenggaraan PTSP memberikan laporan kegiatan perizinan setiap satu bulan kepada kepala daerah.
- e. Penyelenggaraan PTSP dalam bentuk dinas dapat menggunakan sebagian atau seluruh retribusi perizinan

membentuk Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) adalah kegiatan pelaksanaan suatu perizinan dan nonperizinan yang mendapat pendelegasian atau pelimpahan wewenang dari lembaga atau instansi yang memiliki kewenangan perizinan dan non perizinan yang proses pengelolannya dimulai dari tahap permohonan sampai dengan terbitnya dokumen yang dilakukan dalam suatu tempat. Maksud penyelenggaraan fungsi PTSP sebagai upaya terwujudnya pelayanan perizinan dan nonperizinan yang mudah, cepat, tepat, akurat, transparan dan akuntabel. Tujuan penyelenggaraan fungsi PTSP untuk menunjang pelaksanaan tugas fungsi BKPM dalam rangka mewujudkan iklim penanaman modal yang berdaya saing untuk menunjang kualitas perekonomian nasional (BKPM Provinsi Sulawesi Barat; 2013).

Saat ini BKPM adalah sebuah badan pemerintah non-departemen yang bekerja di bawah dan langsung bertanggung jawab kepada Presiden Republik Indonesia. BKPM juga bertugas untuk merumuskan kebijakan pemerintah di bidang penanaman modal, baik dari dalam negeri maupun luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Terbitnya Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2007 Tentang Penanaman Modal pada tahun 2007, BKPM menjadi sebuah lembaga Pemerintah yang menjadi koordinator kebijakan penanaman modal, baik koordinasi antar instansi pemerintah, pemerintah dengan Bank Indonesia, serta pemerintah dengan pemerintah daerah maupun pemerintah daerah dengan pemerintah daerah. BKPM juga diamanatkan sebagai badan advokasi bagi para investor, misalnya menjamin tidak adanya ekonomi biaya tinggi.

Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) adalah kegiatan penyelenggaraan suatu Perizinan dan Nonperizinan yang mendapat pendelegasian atau pelimpahan wewenang dari

d. Lembaga Keuangan Mikro

Lembaga Keuangan Mikro (LKM). Kesejahteraan keluarga merupakan hal yang turut mempengaruhi terpenuhinya kebutuhan kesehatan dan pendidikan terhadap anak. Atas ide tersebut diperlukan pembinaan khusus manajemen keuang dan bantuan modal kepada orang tua anak yang ada di SIOLA. Pembentukan LKM di masing-masing SIOLA bertujuan khusus untuk mengurangi beban ibu yang akan melahirkan, anak yang kekurangan gizi. Adapun tujuan umumnya adalah untuk memandirikan keluarga melalui pembinaan dari Dinas Koperasi.

Menggabungkan layanan terpadu terhadap anak dapat meningkatkan efisiensi layanan publik. Pendekatan holistik integratif bagi pendidikan, kesehatan, BKB dan LKM keluarga dapat meningkatkan koordinasi dan kerjasama antara instansi pemerintah yang terkait. Ini berarti juga percepatan pencapaian tujuan dan target pembangunan dasar MDG's dan HDI.

Proses pembentukan SIOLA di masing-masing desa dan kelurahan dimulai dengan pengumpulan data oleh pemerintah setempat, lokasi yang dipilih adalah desa/kelurahan yang minim akses pelayanan pendidikan dan kesehatannya, jumlah target anak usia dini di lokasi tersebut, adanya komitmen dari pemerintah desa dan masyarakat setempat. Proses sosialisasi ke desa-desa dan kelurahan mengikutsertakan tim SIOLA kabupaten untuk memberikan pemahaman tentang pentingnya pelayanan terpadu holistik integratif terhadap usia emas anak 0-6 tahun. Berikutnya lebih diperkuat di desa/kelurahan dengan mengikutsertakan aparat desa, tokoh masyarakat, orang tua anak, Kader Posyandu, kader BKK, Tendik dalam hal pengumpulan data anak, data ibu hamil, serta musyawarah di desa/kelurahan.

Kedua, Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah (BKPM) Provinsi Sulawesi Barat

sosial melalui penemuan kembali dan penggunaan permainan, dongeng, dan lagu-lagu tradisional sebagai alat bantu mengajar. Setiap kader membuat rencana kerja pembelajaran untuk anak sesuai pembagian usianya. Adapun teknis pelaksanaannya sesuai modul SIOLA yang telah ada.

b. Pelayanan Kesehatan

Terhadap anak meliputi pelayanan deteksi dini tumbuh kembang anak, Posyandu, gizi yang tepat, dan pola hidup sehat. Pelayanan kesehatan diberikan oleh Kader Posyandu dalam sebulan sekali untuk memantau gizi anak, berat badan anak dan pendidikan terhadap proses tumbuh kembang anak bagi orang tua. Gugus SIOLA juga membuka akses bagi orang tua untuk mendapatkan pemahaman yang tepat tentang tumbuh kembang, gizi dan berbagai isu kesehatan lainnya. Data pengukuran berat badan bulanan menunjukkan pertumbuhan yang lebih baik (nutrisi). Petugas kesehatan memberikan pemahaman yang baik mengenai kebersihan. Misalnya membiasakan mencuci tangan dan menyikat gigi.

c. Bina Keluarga Balita

Bina Keluarga Balita (BKB). Kader BKB akan memberikan pemahaman kepada orang tua anak agar pandai mengurus dan merawat anak, memperluas wawasan, pengetahuan dan keterampilan tentang pola asuh anak. Lebih baik dalam cara pembinaan anaknya. Lebih dapat mencurahkan perhatian pada anak, sehingga tercipta ikatan batin yang kuat. Akhirnya akan tercipta keluarga yang berkualitas. Pelayanan BKB diberikan oleh kader BKB sebulan sekali kepada keluarga anak. Kader BKB akan memberikan pembinaan tumbuh kembang anak kepada ibu dan keluarga lainnya mengenai pola asuh yang benar berdasarkan kelompok umur.

harus mendapatkan pelayanan yang lengkap sesuai tumbuh kembangnya. Hal ini meliputi pendidikan dan kesehatan. Orang tua anak juga dibekali pola pengasuhan yang tepat melalui pembinaan BKB. Ibu yang anaknya di asuh di SIOLA juga akan diberi kesempatan untuk meningkatkan kemandiriannya melalui *micro finance* Lembaga Keuangan Mikro.

h. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh tim kabupaten dan kecamatan, SKPD terkait sesuai dengan instrumen monitoring dan evaluasi yang telah tersedia.

Sarana dan Prasarana. Standar lokasi dan pembagian ruang dengan luas lahan kurang lebih 300 m, hal ini untuk memungkinkan untuk pemenuhan ruang pelayanan dan ruang bermain bagi anak. Memiliki bangunan fisik dengan ruang anak rasio 3 : 1 dan memiliki minimal dua ruang pelayanan. Namun idealnya bangunan SIOLA harus memiliki; ruang bermain dan belajar, ruang pengasuhan bersama, ruang kesehatan, ruang administrasi, halaman bermain, sarana mandi, cuci dan kakus (MCK), tempat sampah, kran cuci tangan, air bersih, dan tambang. Standar sarana pendukung untuk menunjang proses pelayanan yaitu: lemari, meja, kursi, rak, poster, gambar, lemari sepatu, gantungan dan hiasan untuk menciptakan suasana menyenangkan dan tidak membosankan dalam ruangan.

Standar Pelayanan terdiri dari;

a. Pelayanan Pendidikan

Kegiatan di Gugus SIOLA berfokus untuk merangsang semangat anak untuk belajar melalui bermain. Kader memberikan pembelajaran melalui permainan untuk meningkatkan aspek afektif, motorik dan kognitif sesuai usia tumbuh kembang anak. Diharapkan anak yang telah lulus dari SIOLA dapat lebih siap memasuki sekolah dasar. Pemerintah juga memperhatikan penggunaan nilai-nilai lokal dan modal

Data pendukung meliputi jumlah bayi dan balita, ibu hamil, sarana PAUD dan Posyandu, serta keadaan lingkungan.

d. Penentuan Lokasi

Penentuan lokasi atau titik yang akan dibangun SIOLA melalui proses musyawarah di desa dengan mengikutsertakan camat, penilik PAUD, petugas Puskesmas, dan UPTD PLKB. Adapun Kriteria pemilihan lokasi yaitu banyak sasaran anak usia dini, memiliki akta hibah tanah, minim akses pelayanan anak, memiliki luas lahan sesuai standar. Terpenting adalah komitmen Kepala Desa/Lurah dan masyarakat setempat. Jika tidak memungkinkan mendapat lokasi baru, maka yang perlu dilakukan yaitu memaksimalkan pelayanan yang sudah ada dengan melengkapi pelayanannya atau memanfaatkan bangunan yang tidak terpakai.

e. Pembentukan Pengurus Gugus SIOLA

Pembentukan Pengurus SIOLA dilakukan pada forum rapat desa bersama masyarakat dengan menghadirkan tokoh masyarakat, tokoh agama, orang tua anak, Karang Taruna, bidan desa, petugas gizi, tenaga pendidik, kader BKB.

f. Pelatihan Pengurus dan Kader

Pelatihan pengurus SIOLA bertujuan untuk menumbuhkan jiwa kepemimpinan, identifikasi kebutuhan SIOLA, menyusun Rencana Kerja, dan Rencana Anggaran Biaya (RAB). Kader SIOLA akan dibekali pelatihan-pelatihan dari SKPD terkait dan dari Unicef. Manfaatnya untuk meningkatkan kualitas dan kapasitasnya dalam memberikan pelayanan terhadap anak sesuai tumbuh kembangnya.

g. *Action*

Implementasi dari penerapan Pengembangan Anak Usia Dini yang holistik dan terintegrasi. Setiap orang anak

Satu hal yang menjadikan SIOLA berbeda dengan PAUD yaitu adanya Lembaga Keuangan Mikro (LKM). Kesejahteraan keluarga merupakan hal yang turut mempengaruhi terpenuhinya kebutuhan kesehatan dan pendidikan terhadap anak. Atas ide tersebut diperlukan pembinaan khusus manajemen keuangan dan bantuan modal kepada orang tua anak yang ada di SIOLA. Pembentukan LKM di masing-masing SIOLA, bertujuan khusus untuk mengurangi beban ibu yang akan melahirkan dan anak yang kekurangan gizi. Adapun tujuan umumnya adalah untuk memandirikan keluarga melalui pembinaan dari dinas Koperasi.

Alur SIOLA sebagai berikut:

a. Pembentukan Tim

Pembentukan tim teknis kabupaten merupakan rekomendasi dari hasil lokakarya PAUD, dengan menghasilkan terbentuknya tim koordinasi di kabupaten dan dikukuhkan melalui Surat Keputusan Bupati Mamuju Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Pembentukan Tim Gugus Pengembangan Anak Usia Dini SIOLA.

b. Kegiatan Sosialisasi

Sosialisasi dilakukan beberapakali di kabupaten, kecamatan dan desa. Difasilitasi oleh tim kabupaten yang dihadiri oleh SKPD, Camat, Kepala Desa/Lurah dan media. Sosialisasi di desa/kelurahan dihadiri oleh Kepala Desa/Lurah, BPD, tokoh masyarakat, tokoh agama, orang tua anak, Karang Taruna, bidan desa, petugas gizi, tenaga pendidik, dan Kader BKB. Bahan sosialisasi adalah pengertian SIOLA dan pentingnya pelayanan terpadu terhadap anak usia dini.

c. Pendataan

Kegiatan pendataan yang dilakukan oleh Kepala Desa/Lurah dengan mengikutsertakan masyarakat. Adapun data yang diperlukan tentang data anak usia dini, nama kepala keluarga, alamat dan pelayanan yang telah didapatkan oleh anak tersebut.

Gugus SIOLA menganut prinsip perpaduan antara *top down* dan *bottom up*, sehingga mengikutsertakan banyak unsur dari pemerintahan terkait seperti Unicef, PKK, LSM, Program CSR, dan peran serta masyarakat. Tim koordinator terdiri dari tujuh instansi atau lembaga di Kabupaten Mamuju yaitu: Bappeda, Dinas Pendidikan Pemuda dan Olahraga, Dinas Kesehatan, Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana, Dinas Koperasi, Tim Penggerak, dan Yayasan Karampuang. Sedangkan Tim Pendukung yaitu: Dinas Pekerjaan Umum, Dinas Komunikasi dan Informasi, Dinas Catatan Sipil, dan Kantor Kementerian Agama.

Sasaran Gugus SIOLA secara langsung anak usia dini berumur 0 - 6 tahun. Standar layanan SIOLA terkait dengan tiga kebutuhan esensial anak usia dini yaitu: kebutuhan fisik-biomedis (asuh), kebutuhan emosi/kasih sayang (asih), dan kebutuhan stimulasi (asah). Gugus SIOLA di kelola oleh Tim yang telah dibentuk berdasarkan musyawarah ditingkat desa/kelurahan. Adapun beberapa aspek mendasar yang berkaitan dengan kebutuhan esensial bagi anak yang dikembangkan di Gugus SIOLA adalah pelayanan pendidikan, kesehatan, BKB dan LKM. Masing-masing kader mendapatkan pelatihan dari Unicef dan SKPD. Juga memberikan pelatihan yang lebih fokus ke pelayanannya, sehingga keahlian dapat meningkatkan kualitas pelayanan terhadap anak.

Sasaran tidak langsung yaitu: orang tua, keluarga, kader, tenaga kesehatan dan gizi, pendidik, pengasuh, masyarakat, organisasi sosial masyarakat, para pengambil kebijakan, berbagai *provider* dan *stakeholder* lainnya yang relevan dengan terpenuhinya kebutuhan esensial anak usia dini. Sudah bekerjasama dengan PKK, Yayasan Karampuang, dan Unicef. Terus diupayakan dengan perusahaan yang ada dalam program tanggung jawab sosial dunia usaha atau *Corporate Social Responsibility*.

2. Jenis Pelayanan Terpadu

Di Provinsi Sulawesi Barat sudah ada model pelayanan terpadu. Pertama, berdasarkan Surat Keputusan Bupati Mamuju Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Pembentukan Tim Gugus Pengembangan Anak Usia Dini Stimulasi Intervensi Optimalisasi Layanan Anak (SIOLA). Pelayanan terpadu terhadap anak usia dini dimaksudkan untuk merangkai koordinasi lintas Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) memberikan pelayanan yang sama pada setiap anak dan mensinergikan program agar lebih efisien. Tujuan agar seluruh kebutuhan esensial anak usia dini terpenuhi, sehingga anak dapat tumbuh kembang secara optimal sesuai dengan tahap perkembangan dan usianya. Empat programnya yaitu:

- a. Memberikan pembelajaran melalui permainan perkembangan kognitif, afektif dan psikomotorik anak;
- b. Deteksi dini tumbuh kembang anak;
- c. Pola asuh yang tepat sesuai tumbuh kembang anak; dan
- d. Mendorong kemandirian keluarga.

Prinsip Dasar yang perlu diperhatikan dalam melakukan stimulasi sumbang anak :

- a. Dilandasi rasa cinta dan kasih sayang,
- b. Selalu tunjukkan sikap dan prilaku yang baik,
- c. Stimulasi diberikan sesuai dengan kelompok umur anak,
- d. Dengan cara mengajar anak bermain, bernyanyi, bervariasi, menyenangkan, tanpa paksa atau hukuman,
- e. Dilakukan secara bertahap dan berkelanjutan sesuai umur tahun keempat aspek kemampuan dasar anak,
- f. Gunakan alat bantu atau permainan sederhana, aman dan yang ada di sekitar anak,
- g. Berikan kesempatan yang sama pada setiap anak,
- h. Beri pujian atau hadiah atas keberhasilannya.

3,86 persen. Dan indikasi peningkatan pendapatan rumah tangga yang dianalogkan dengan peningkatan pengeluaran rumahtangga. Hal ini ditunjukkan dengan pengeluaran konsumsi rumah tangga Triwulan III-2013 tumbuh sebesar 3,64 persen terhadap Triwulan I-2013.

Penurunan persentase penduduk miskin tidak diikuti dengan penurunan jumlah penduduk miskinnya. Menurut Setianto, fenomena ini diduga disebabkan terjadinya pertumbuhan penduduk di daerah perdesaan sebagai dampak terbentuknya Kabupaten Majene, Mamasa dan Mamuju. Berdasarkan angka sementara Susenas menunjukkan dari 10.000 penduduk yang diamati di perdesaan terdapat 88 jiwa di antaranya penduduk yang baru dilahirkan. Dimensi kemiskinan tidak cukup berhenti pada berapa jumlah dan persentase penduduk miskin saja. Akan tetapi, pembahasan mengenai tingkat kedalaman dan keparahan kemiskinan perlu dilakukan, agar dimensi kemiskinan secara holistik dapat diketahui.

Strategi penanggulangan kemiskinan juga tidak lepas dari pengurangan penduduk miskin dan juga cara memperkecil kedalaman dan keparahan kemiskinan yang terjadi di suatu wilayah. Seiring dengan penurunan persentase penduduk miskin, maka pada September 2013, tingkat kedalaman dan keparahan kemiskinan mengalami penurunan. Indeks Kedalaman Kemiskinan menurun dari 1,89 pada Maret 2013 menjadi 1,30 pada September 2013. Demikian pula Indeks Keparahhan Kemiskinan menurun dari 0,52 menjadi 0,27 pada periode yang sama. Penurunan nilai kedua angka indeks tersebut mengindikasikan bahwa rata-rata pengeluaran penduduk miskin cenderung semakin mendekati garis kemiskinan dan ketimpangan pengeluaran di antara penduduk miskin itu sendiri juga semakin menurun.

Tabel 4. Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin
Di Provinsi Sulawesi Barat

Kabupaten	Kategori	Jumlah Penduduk (Jiwa)				
		2012	2011	2010	2009	2008
Majene	Jumlah Pria (jiwa)	76.948	75.020	73.673	66.430	66.413
	Jumlah Wanita (jiwa)	81.088	78.849	77.434	66.866	66.770
	Total (jiwa)	158.036	153.869	151.107	133.296	133.183
Mamasa	Jumlah Pria (jiwa)	74.001	72.272	71.088	64.487	64.104
	Jumlah Wanita (jiwa)	72.291	70.144	68.994	61.647	61.205
	Total (jiwa)	146.292	142.416	140.082	126.134	125.309
Mamuju	Jumlah Pria (jiwa)	183.748	179.896	173.413	161.924	157.039
	Jumlah Wanita (jiwa)	174.779	169.675	163.560	153.129	148.434
	Total (jiwa)	358.527	349.571	336.973	315.053	305.473
Mamuju Utara	Jumlah Pria (jiwa)	76.115	74.272	70.244	58.431	56.261
	Jumlah Wanita (jiwa)	69.387	67.803	64.125	52.719	50.688
	Total (jiwa)	145.502	142.075	134.369	111.150	106.949
Polewali Mandar	Jumlah Pria (jiwa)	199.682	195.620	193.108	178.748	178.410
	Jumlah Wanita (jiwa)	209.966	205.652	203.012	183.635	182.932
	Total (jiwa)	409.648	401.272	396.120	362.383	361.342
TOTAL	Jumlah Pria (jiwa)	610.494	597.080	581.526	530.020	522.227
	Jumlah Wanita (jiwa)	607.511	592.123	577.125	517.996	510.029
	Total (jiwa)	1.218.005	1.189.203	1.158.651	1.048.016	1.032.256

Sumber: SulawesiBarat Dalam Angka 2013 BPS Provinsi Sulawesi Barat

Penurunan jumlah penduduk miskin selama Maret-September 2013 diduga disebabkan oleh banyak faktor. Indeks upah buruh tani meningkat selama periode Maret-September 2013 sebesar 0,40. Peningkatan ini tergambar dari Angka Indeks Upah Buruh Tani Maret 2013 sebesar 114,74 dan September 2013 menjadi 115,20,".

Penyebab lainnya adalah, selama periode Maret-September 2013 inflasi umum pada kisaran satu digit, yaitu sebesar

nilai ekonomis yang tinggi. Lahan hutan yang gundul dan kebijakan pemerintahan daerah atas penggunaan lahan akan mempengaruhi wilayah tangkapan air. Daerah aliran sungai dan akan mengarah pada berkurangnya aliran air sungai sebagai sumber tenaga mikrohidro.

Area hutan bakau di pesisir barat Kabupaten Mamuju berkurang. Tahun 2006, Kecamatan Kalukku, Mamuju dan Simboro wilayahnya seluas 186,47 ha dari hutan bakau utama. Namun tahun 2011, hanya 44,29 ha yang tersisa, sehingga menunjukkan kehilangan sebesar 21,02 ha selama lima tahun. Kehilangan hutan bakau seluas 80 ha menyebabkan pemerintahan daerah memilih untuk mereklamasi ekosistem pesisir dalam memenuhi tingginya permintaan atas lahan untuk pembangunan gedung-gedung pemerintahan dan fasilitas umum. Reklamasi pesisir dengan menutup hutan bakau dan mengeruk pantai yang masih memiliki terumbu karang.

Jumlah penduduk Provinsi Sulawesi Barat pada tahun 2012 sebanyak 1.218.005 jiwa dengan kepadatan 73 jiwa/km², untuk tahun 2013 ada peningkatan jumlah penduduk menjadi 1.234.251 jiwa. Ada kecenderungan jumlah penduduk miskin di Sulawesi Barat secara umum meningkat. Pada September 2013 sebesar 154,2 ribu jiwa atau bertambah 190 jiwa dibandingkan dengan jumlah penduduk miskin Maret 2013 yang berjumlah 154,01 ribu jiwa.

Akan tetapi, angka itu relatif mengalami penurunan sebesar 0,07 persen yaitu dari 12,30 persen pada Maret 2013 menjadi 12,23 persen pada September 2013. Menurut kategori wilayah, selama Maret sampai September 2013 jumlah dan persentase penduduk miskin di daerah perkotaan mengalami penurunan sebesar 2,5 ribu jiwa atau sebesar 0,61 persen. Berbeda halnya dengan daerah perdesaan yang mengalami peningkatan sebesar 2,7 ribu jiwa atau 0,04 persen.

pertanian, membuatnya semakin bergantung ke area lain. Inilah tantangan terhadap elektrifikasi, keamanan pangan, dan disparitas pembangunan di banyak pulau-pulau kecil.

Kabupaten Mamuju memiliki Daerah Aliran Sungai (DAS) dari hulu ke hilir di Karama, Malunda, Mamuju, Budong-budong, Karossa, dan Sadang. Sebagian besar kabupaten Mamuju merupakan bagian dari daerah aliran sungai Budong-budong dan Karama. Karama adalah sungai terpanjang di provinsi ini mencapai sepanjang 150 km.

Berdasarkan peta tutupan lahan, perubahan tutupan lahan yang paling mendominasi selama periode 2006-2011 telah terjadi di hutan dan semak. Tutupan hutan menurun sebesar 1,19 persen per tahun, dan total 56,79 km² tutupan hutan telah hilang selama lima tahun terakhir ini. Penggunaan sumber daya hutan di kabupaten Mamuju konsisten dengan karakter geomorfologis dan kerentanan bencana daerah tersebut. Ekosistem hutan dengan kemiringan lebih dari 40 persen rawan terhadap erosi dan memainkan peranan vital sebagai wilayah tangkapan air. Hulu Sungai Karama dan Mamuju, Bonehau, Kalumpang, dan Tommo di bagian barat kabupaten telah ditetapkan sebagai hutan konservasi. Hutan bakau di Kabupaten Mamuju juga dilindungi mengingat hutan tersebut mencegah erosi pantai, dan merupakan lahan bagi hewan laut untuk bertelur dengan keanekaragaman hayati yang tinggi dan nilai ekonomis.

Namun, kehilangan dan degradasi hutan bakau telah dipicu meningkatnya permintaan atas lahan oleh masyarakat setempat dan pemerintahan provinsi dan kabupaten. Terbatasnya jumlah lahan datar di zona pesisir dari pegunungan sampai karang dan kehadiran jalan raya lintas Sulawesi di pesisir barat Provinsi Sulawesi Barat. Sama halnya di kabupaten pemula lainnya, pengembalian finansial dari penggunaan lahan lainnya menyebabkan perambahan hutan, terlepas dari

pemerintah kota tersebut mulai menyiapkan sarana dan prasarana yang diperlukan seperti sekretariat atau kantor, alat tulis kantor, perlengkapan kantor, dan jaringan internet.

B. Sulawesi Barat

1. Gambaran Daerah

Provinsi Sulawesi Barat sebagai provinsi ke 33 merupakan pemekaran dari Provinsi Sulawesi Selatan. Secara hukum dibentuk berdasarkan Undang Undang RI Nomor 26 Tahun 2004 Tentang Provinsi Sulawesi Barat. Disahkan tanggal 5 Oktober 2004 dengan ibukotanya Mamuju. Provinsi Sulawesi Barat terdiri dari enam kabupaten yaitu; Mamuju, Majene, Polewali Mandar, Mamuju Utara, Mamasa, dan Mamuju Tengah. Tahun 2013 wilayah keenam kabupaten tersebut masih terdiri dari 69 kecamatan, 649 desa/kelurahan (Bappeda Sulawesi Barat; 2013: 15).

Sebagai ibu kota provinsi, Kabupaten Mamuju telah mengasah ekonomi untuk menjadi Pusat Kegiatan Nasional (PKN), mengandalkan hingga batas tertentu di wilayahnya seluas 4.700 km² sebagai keunggulan kompetitif. Kabupaten Mamuju juga kaya dengan ekosistem pulau kecil. Satu dari enam belas kecamatan di Bala-Balakang terdiri dari beberapa pulau berpenghuni. Bentang alam tersebut memerlukan pendekatan penggunaan lahan lingkungan yang cerdas untuk dataran tinggi, dataran rendah, daerah aliran sungai, pesisir dan pulau-pulau kecil. Kabupaten ini rawan longsor, daerah-daerah yang rawan bencana seperti Kalumpang, Bonehau, Kalukku, Kepulauan Simboro, Karossa, dan Tapalang Barat. Banjir juga terjadi di daerah dataran rendah Mamuju karena penggenangan sungai. Daerah rawan banjir termasuk Kalukku, Sampaga, Papalang, Topoyo, Budong-Budong, Karossa dan Kecamatan Mamuju. Bala-Balakang tidak memiliki sumber daya alam atau potensi

Solok, sedangkan pendamping PKH berkedudukan di UPPKH Kecamatan. Satu diantara sejumlah pendamping PKH yang bertugas di wilayah kecamatan tersebut diangkat sebagai koordinator. Jika melihat posisi UPPKH di kantor kecamatan sangat memungkinkan untuk menjangkau secara langsung penerima manfaat PKH. Namun, kondisi sarana dan prasarana UPPKH Kecamatan tidak selengkap dengan sarana dan prasarana UPPKH Kabupaten. Terkesan UPPKH Kecamatan hanya papan nama saja. Tidak ada ruangan khusus untuk UPPKH Kecamatan di kantor kecamatan. Pendamping PKH tersebut tersebar di 13 kecamatan di Kabupaten Solok yang terdiri lokasi PKH yang sudah ada sejak tahun 2010 yaitu; X Koto Singkarak, Lembah Gumanti, Kubung, Sulit Air, Koto Anau, Hiliran Gumanti, Gunung Talang, Pantai Cermin, Payung Sakaki, Bukit Sundi. Sedangkan kecamatan pengembangan PKH tahun 2014 yaitu: Lembang Jaya, Danau Kembar, Koto Sungai Lasi, dan Tigo Lurah.

Perkembangan terbaru di Kabupaten Pesisir Selatan yang telah menerima manfaat sejak tahun 2007 yang seharusnya selesai (*exiting*). Namun, tahun 2013 memperoleh bantuan lanjutan dari Direktorat Penanganan Kemiskinan Perdesaan berupa KUBE pada tiga kecamatan yaitu; Linggo Sari Baganti, Silaut, dan Lunang. Di ketiga kecamatan tersebut dibentuk 130 KUBE yang mewakili 47 desa. Tiap KUBE mendapat bantuan sebesar Rp 100.000.000,-/kelompok. Ada jenis usaha yaitu; peternakan sapi, peternakan ayam, tambak udang, perdagangan, pertanian, dan simpan pinjam.

Di Kota Padang dan Kota Payakumbuh baru dimulai awal September 2014. Kedua kota tersebut sedang dalam tahap persiapan karena baru memperoleh bimbingan teknis tentang pembentukan dan pelaksanaan UPPKH. Terutama untuk calon pelaksanaan kegiatan, operator, dan pendamping baru memperoleh bimbingan teknis pendirian UPPKH Kota. Ketersediaan kedua

Puluh Koto, Kabupaten Dharma Sraya, Kabupaten Pasaman Barat, Kota Padang, Kota Solok, dan Kota Payakumbuh.

Tabel 3. Pelaksanaan PKH Sumatera Barat, 2014

No	Kabupaten	Jumlah Pendamping	Jumlah Operator	Jumlah KSM	Jumlah Kelompok Dampungan
1	Agam	20	1	3873	198
2	Kota Pariaman	3	1	350	16
3	Solok	19	4	3004	266
4	Tanah Datar	12	1	1524	68
5	Padang Pariaman	15	1	2713	196
6	Pesisir selatan	39	3	Proses transisi & graduasi	Proses transisi & graduasi
7	Sijunjung	11	2	2238	94
8	Solok Selatan	7	1	1337	76
9	Lima Puluh Kota	24	1	5307	209
10	Dharmas Raya	7			
11	Pasaman Barat	16	1		
12	Kota Padang	14	1		
13	Kota Solok	3	1		
14	Kota Payakumbuh	6	1		

Sumber: UPPKH Provinsi Sumatera Barat, 2014

Di Kabupaten Solok pelaksanaan PKH dilaksanakan sejak tahun 2010 dan sampai saat ini tercatat 3.004 KSM sebagai penerima manfaat PKH terbagi dalam 266 kelompok KSM. Dukungan sarana dan prasarana UPPKH Kabupaten ditanggung bersama antara pemerintah kabupaten dan Kementerian Sosial. Sarana gedung disediakan oleh pemerintah kabupate dan infrastruktur teknologi informasi disediakan oleh Kementerian Sosial.

Pelaksanaan PKH didukung empat operator dan 19 pendamping. Operator PKH berkedudukan di UPPKH Kabupaten

Fungsi UPT KAN yaitu:

- a. Pengkajian dan pelaksanaan analisis pelayanan, penanganan, penanggulangan kemiskinan dan penyanggah masalah kesejahteraan sosial,
 - b. Perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan, penanganan, penanggulangan kemiskinan dan penyanggah masalah kesejahteraan sosial,
 - c. Pengkoordinasian terhadap pelayanan, penanggulangan kemiskinan dan penyanggah masalah kesejahteraan sosial dengan SKPD terkait,
 - d. Penanganan penyelesaian pengaduan masyarakat sesuai bidang kerja,
 - e. Pengkajian, perhimpunan dan pembaharuan (*updating*) *database* kemiskinan sesuai bidang tugas,
 - f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan walikota.
3. Pelaksanaan Program Keluarga Harapan

Secara kelembagaan Program PKH didukung UPPKH dari UPPKH Pusat, UPPKH Provinsi, UPPKH Kabupaten, dan UPPKH Kecamatan. Sumber daya manusia utama UPPKH yaitu; operator dan pendamping. Operator PKH lebih banyak berkedudukan di UPPKH Provinsi dan Kabupaten. Sedangkan Pendamping PKH berkedudukan di UPPKH Kecamatan dan merekalah ujung tombak pelaksanaan PKH di lapangan.

Provinsi Sumatera Barat, UPPKH berkedudukan di Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat didukung dua operator. Pelaksanaan PKH dimulai tahun 2007 di Kabupaten Pesisir Selatan. Sampai tahun 2014 pelaksanaan PKH telah dilaksanakan di 14 kabupaten/kota yaitu: Kabupaten Agam, Kota Pariaman, Kabupaten Solok, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Sijunjung, Kabupaten Solok Selatan, Kabupaten Lima

Pelayanan sosial dasar yang dapat dimanfaatkan PMKS terdiri dari empat bidang pelayanan yaitu; bidang pelayanan sosial, bidang pelayanan kesehatan, bidang pelayanan pendidikan dan bidang pelayanan pemberdayaan ekonomi. Sejalan dengan hasil pelayanan asesmen secara komprehensif, maka pelayanan sosial dasar ini dapat diterima PMKS secara langsung dengan mendapatkan pelayanan pada pos pelayanan langsung. Selain itu pula PMKS dapat menerima pelayanan referal dengan mendapatkan pelayanan pada pos pelayanan referal. Pos pelayanan langsung dan referal ini dapat diterima PMKS di Pusat Pelayanan Kesejahteraan Sosial yang di dalamnya terdiri dari program pelayanan sosial yang diberikan baik oleh pihak Lembaga Kesejahteraan Sosial maupun non Lembaga Kesejahteraan Sosial. Kemudian apabila ditemukan PMKS yang tidak/belum dapat pelayanan yang ada di pusat pelayanan kesejahteraan sosial maka dapat dilakukan asesmen kembali (*reassessment*). *Reassessment* ini dilakukan oleh para pekerja sosial profesional yang bertugas di meja pelayanan asesmen komprehensif. Selanjutnya PMKS tersebut mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhannya. Dukungan bupati dalam kegiatan pelayanan terpadu ini dapat terlihat dari penunjukan kantor Dinas Sosial sebagai tempat untuk pelayanan terpadu satu atap.

Landasan hukum pelayanan terpadu satu atap di Kota Payakumbuh berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 59 tahun 2013 Tentang Pembentukan Unit Pelayanan Terpadu Kesejahteraan Anak Nagari Kota Payakumbuh. Berdasarkan peraturan tersebut UPT KAN mempunyai tugas melaksanakan, penanganan, penanggulangan kemiskinan dan penyandang masalah kesejahteraan.

98,64. Dibandingkan tahun lalu penduduk telah bertambah 66,29 ribu orang atau meningkat 1,33 persen. Struktur umur penduduk Sumatera Barat masuk kategori kelompok umur penduduk “muda” dimana persentase penduduk usia mudanya di bawah 15 tahun tergolong tinggi yaitu 30,61 persen sedangkan komposisi penduduk usia tua 65 tahun ke atas hanya 5,41 persen. Tingkat kepadatan penduduk Sumatera Barat tahun 2013, rata-rata 119 orang per km². Kepadatan penduduk tertinggi di Kota Bukittinggi hampir mencapai 4.685 orang per km², sedangkan yang paling rendah terdapat di Kabupaten Kepulauan Mentawai yaitu sekitar 13 orang per km². Jumlah rumahtangga di Sumatera Barat tahun 2013 telah mencapai 1,19 juta rumahtangga, sedikit mengalami peningkatan dari tahun 2012 yaitu sebesar 3.831 rumahtangga. Rata-rata jumlah anggota rumahtangga tahun 2013 sebanyak 4 orang per rumah tangga (Badan Pusat Statistik Sumatera Barat, 2014).

2. Jenis Pelayanan Terpadu

Pelayanan kesejahteraan sosial bagi PMKS dalam mewujudkan pelayanan kesejahteraan sosial dilakukan pemerintah Kota Payakumbuh. Pelaksanaan pelayanan kesejahteraan sosial terpadu bagi PMKS dapat menghubungkan sistem pelaksanaan kegiatan (*action system*) melalui meja pendaftaran dan konsultasi. Meja pendaftaran ini dilengkapi dengan berbagai alat teknologi sehingga pelayanan informasinya dapat dilakukan secara terpadu. Setelah dari pendaftaran dan konsultasi dilanjutkan dengan pelaksanaan pelayanan asesmen secara komprehensif untuk mendapatkan pelayanan sosial dasar yang betul-betul dibutuhkan PMKS. Namun bagi PMKS tertentu setelah mendapatkan pelayanan asesmen komprehensif ini dapat memanfaatkan Pos Pelayanan Langsung secara cepat (*emergency service*).

BAB IV

KEGIATAN DI DAERAH

Bab ini menguraikan tentang kondisi lokasi penelitian yaitu; Provinsi Sumatera Barat dan Provinsi Sulawesi Barat. Aspek yang diuraikan; gambaran daerah, pelayanan terpadu, dan pelaksanaan PKH.

A. Sumatera Barat

1. Gambaran Daerah

Secara astronomis Provinsi Sumatera Barat terletak antara $0^{\circ} 54'$ Lintang Utara dan $3^{\circ} 30'$ Lintang Selatan dan antara $98^{\circ} 36'$ - $101^{\circ} 53'$ Bujur Timur. Berdasarkan posisi geografisnya Provinsi Sumatera Barat terletak di pesisir barat bagian tengah pulau Sumatera dan dengan luas wilayah sekitar 42,2 ribu Km² atau setara 2,21 persen dari luas Republik Indonesia. Provinsi Sumatera Barat berbatasan langsung dengan; Provinsi Sumatera Utara di bagian utara, Provinsi Riau dan Provinsi Jambi di bagian timur, Provinsi Bengkulu di bagian selatan, dan Samudera Indonesia di bagian barat. Provinsi Sumatera Barat memiliki 391 gugusan pulau dengan jumlah pulau terbanyak berada di Kabupaten Kepulauan Mentawai. Pulau-pulau lain ada di Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Pariaman, Kota Padang, dan Kabupaten Agam. Secara administratif Provinsi Sumatera Barat terdiri dari 16 kabupaten dan tiga kota. Kabupaten Kepulauan Mentawai memiliki wilayah terluas, yaitu 6,01 ribu Km² atau sekitar 14,21 persen dari luas Provinsi Sumatera Barat. Sedangkan Kota Padang Panjang, memiliki luas daerah terkecil, yakni 23,0 Km² atau 0,05 persen.

Penduduk Sumatera Barat tahun 2013 hasil proyeksi penduduk sebanyak 5,07 juta jiwa yang terdiri dari 2,52 juta laki-laki dan 2,55 juta perempuan dengan ratio jenis kelamin

terkait pada kecamatan agar semua pihak bisa merespon dalam waktu yang singkat jika diperlukan. Tim kordinasi kecamatan diperlukan untuk mendorong partisipasi pemberi pelayanan dan menyelesaikan masalah pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terkait dengan program.

4. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia PKH diperlukan dalam rangka meningkatkan pelayanan PKH yang lebih profesional melalui tahap atau prosedur dan syarat yang telah ditentukan. Setelah diterima, selanjutnya dilakukan orientasi, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan.

Adapun sumber daya manusia PKH terdiri dari (Direktorat Jaminan Sosial; 2013b: 69 - 78);

a. Tenaga Ahli dan Koordinator

Tenaga ahli terdiri dari; Pemasaran Sosial, Analis Sosial Ekonomi, Pembayaran, Asisten Sistem Analis, Asisten Administrator Database dan Aplikasi, Asisten Administrator Sistem, dan Asisten Pembayaran. Sedangkan koordinator hanya dua yaitu; Koordinator Regional, dan Koordinator Wilayah,

b. Tenaga Operator dan Pendamping

Tenaga operator berada di tiga tempat yaitu; pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Operator pusat berkedudukan di Jakarta terdiri dari; Koordinator Operator, Operator Administrasi, dan Operator Keuangan. Di daerah ada operator provinsi dan operator kabupaten/kota. Pendamping berkedudukan di kecamatan dengan tugas mendampingi penerima manfaat yang ada di desa/kelurahan.

Tugas dan tanggung jawab;

- a) Koordinasi persiapan provinsi untuk mendukung pelaksanaan PKH,
- b) Koordinasi rutin terhadap partisipasi provinsi dan kabupaten/kota terkait dalam pelaksanaan PKH,
- c) Memperhatikan penjelasan dalam Pedoman Operasional Kelembagaan PKH,
- d) Di tingkat provinsi, khususnya provinsi baru akan disediakan tenaga operator dan perangkat pendukung untuk memroses verifikasi.

2) Kabupaten/Kota

Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota tujuannya untuk memastikan persiapan dan pemenuhan tanggung jawab kabupaten/kota terhadap pelaksanaan PKH. Tim koordinasi ini akan menjadi saluran utama informasi program ke berbagai pihak terkait pada kabupaten/kota agar semua pihak dapat merespon dalam waktu yang singkat jika diperlukan. Tim ini diperlukan untuk mendorong partisipasi pemberi pelayanan dan menyelesaikan masalah pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terkait dengan program.

Secara umum tugas dan tanggung jawabnya;

- a) Koordinasi persiapan kabupaten/kota untuk mendukung pelaksanaan PKH,
- b) Koordinasi rutin terhadap partisipasi kabupaten/kota terkait dalam pelaksanaan PKH.

3) Kecamatan

Tim Koordinasi teknis PKH Kecamatan dibentuk untuk memastikan persiapan dan pemenuhan tanggung jawab kecamatan terhadap pelaksanaan PKH. Tim ini akan menjadi saluran utama informasi program ke berbagai pihak

- 9) Kelompok Jabatan Non Struktural bertugas melaksanakan pekerjaan sesuai dengan keahliannya di setiap unit kerja pusat dan wilayah.

Tim Koordinasi Pusat diketuai Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Anggotanya terdiri dari pejabat eselon dua dan eselon tiga yang ditunjuk kementerian atau lembaga anggota.

Tugas dan tanggung jawabnya;

- 1) Mengkaji berbagai rencana operasional yang disiapkan oleh UPPKH Pusat,
- 2) Mengkoordinasikan berbagai kegiatan sektoral terkait agar tujuan dan fungsi program dapat berjalan baik,
- 3) Membentuk Tim Lintas Sektor yang bertugas untuk menentukan peserta PKH,
- 4) Memonitor perkembangan pelaksanaan program, termasuk pengaduan masyarakat dan penanganannya, serta mengajukan perbaikan apabila diperlukan,
- 5) Mengkaji laporan evaluasi yang dipresentasikan kepada Tim Pengarah,
- 6) Mengkaji laporan audit yang akan dipresentasikan kepada Tim Pengarah.

b. Daerah

Kelembagan PKH di daerah terdiri dari dua. *Pertama*, Tim Koordinasi Teknis di provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan. *Kedua*, UPPKH provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan.

1) Provinsi

Tim Koordinasi Teknis Provinsi tujuannya; memantau semua kegiatan PKH di wilayah provinsi, dan memastikan komitmen daerah terkait dengan PKH terpenuhi.

- 4) Manager bertugas melaksanakan implementasi operasional program keluarga harapan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
- 5) Divisi Sistem Informasi Manajemen Program Keluarga Harapan bertugas memberikan pelayanan di bidang pengelolaan sistem informasi dan teknologi informasi guna penyediaan data dan informasi serta pengelolaan proses kerja berbasis teknologi bagi semua unsur di lingkungan unit pelaksana program keluarga harapan,
- 6) Divisi data dan Penyaluran Dana Bantuan Sosial bertugas mengelola dan ketersediaan dan pemutakhiran data dan menyalurkan dana bantuan sosial ke peserta program keluarga harapan,
- 7) Divisi Implementasi Lapangan bertugas mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan program keluarga harapan di seluruh wilayah program keluarga harapan yang meliputi kepesertaan, pengelolaan data program keluarga harapan, pendampingan, penyediaan anggaran dan penyaluran dan program keluarga harapan, kerjasama dengan institusi di setiap wilayah, penanganan pengaduan dan kelurahan, serta administrasi kepegawaian bagi pegawai non organik, penyediaan sarana dan prasarana kerja, serta pelaksanaan kesekretariatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
- 8) Divisi Monitoring, Evaluasi, dan Sistem Pengaduan Masyarakat bertugas mengelola dan mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan pemantuan, evaluasi terhadap implementasi program keluarga harapan dan penyusunan sistem pengaduan masyarakat, serta penanganan kelurahan secara berjenjang di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota,

- a. Pelaksana PKH berjalan lancar dan sesuai dengan rencana,
- b. Berbagai masalah yang ada dapat diselesaikan dengan baik, cepat, dan tepat, dan
- c. Semua pihak terkait diberikan informasi yang cukup untuk melaksanakan dan memperbaiki program.

Pelaksana kegiatan terdiri dari; pegawai Kementerian Sosial, Tenaga Ahli, Tim Asistensi, dan praktisi. Praktisi atau nara sumber yang ahli di bidangnya, didukung tenaga Operator Komputer dan *technical support*.

Kelembagaan UPPKH terdiri dari dua yaitu; UPPKH tingkat pusat yang berada di Jakarta; UPPKH tingkat daerah yang berada di provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan.

a. Pusat

Kelembagaan UPPKH diperbaiki dengan terbitan Keputusan Menteri Sosial RI Nomor 111/HUK/2014 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Tingkat Pusat. Struktur organisasi terdiri atas; Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, Manager, Divisi Sistem Informasi Manajemen Program Keluarga Harapan, Divisi Data dan Penyaluran Dana Bantuan Sosial, Divisi Implementasi Lapangan, Divisi Monitoring, Evaluasi, dan Sistem Pengaduan Masyarakat, dan Kelompok Jabatan Non Struktural.

Adapun tugasnya;

- 1) Ketua bertugas memastikan pelaksanaan program keluarga harapan sesuai dengan rencana,
- 2) Wakil Ketua bertugas membantu memastikan pelaksanaan program keluarga harapan sesuai dengan rencana,
- 3) Sekretaris bertugas memastikan pelaksanaan fungsi pendukung dan kesekretariatan program keluarga harapan sesuai dengan rencana,

Meski jangka panjang kepesertaan PKH tidak bersifat permanen. Tujuannya agar cakupan program meluas dan penerima manfaat bertambah. Setelah enam tahun para peserta PKH diresertifikasi untuk menentukan kesiapan keluar dari program. Resertifikasi adalah pendataan ulang dan evaluasi status sosial ekonomi peserta PKH yang dilakukan setelah peserta tersebut mendapatkan bantuan PKH selama kurun waktu tertentu. Diharapkan terjadi perubahan perilaku terhadap peserta PKH dalam bidang pendidikan, kesehatan dan peningkatan status sosial ekonomi. Pada tahun kelima kepesertaan PKH akan dilakukan evaluasi.

Proses tranformasi ini membagi peserta menjadi dua kelompok;

- a. Transisi adalah peserta PKH yang kondisinya masih sangat miskin dan memenuhi syarat PKH yang dimulai pada tahun ketujuh selama tiga tahun. Pada masa transisi peserta PKH tetap menerima bantuan PKH, menerima tambahan kegiatan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau *Family Development Session* (FDS) dan disiapkan untuk menerima program-program pengentasan kemiskinan lainnya.
- b. Lulus (Graduasi) adalah peserta PKH yang memenuhi tiga syarat;
 - 1) masih miskin tetapi tidak memenuhi syarat PKH
 - 2) tidak miskin tetapi masih memenuhi syarat PKH, dan
 - 3) tidak miskin dan tidak memenuhi syarat PKH.

Peserta yang dinyatakan graduasi akan berakhir masa kepesertaan pada akhir tahun keenam.

3. Kelembagaan

Sebagai pelaksana program dibentuklah Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan yang berada di bawah kendali Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial.

Pembentukan UPPKH dengan tujuan;

Penerima bantuan yaitu ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada keluarga yang bersangkutan. Jika tidak ada ibu, maka yang menerima adalah kakak perempuan dewasa. Penerima yang berhal mengambil pembayaran adalah yang namanya tercantum di kartu PKH dan bukan wakilnya.

Tabel 2. Besaran Bantuan

No	Jenis Bantuan	Jumlah
1	Bantuan tetap	Rp. 300.000,-
2	Bantuan bagi RTSM/KSM yang memiliki Anak usia dibawah 6 tahun, ibu hamil/menyusui	Rp. 1.000.000,-
3	Anak peserta pendidikan setara SD/MI/Paket A/SDLB	Rp. 500.000,-
4	Anak peserta pendidikan setara SMP/MTs/Paket B/SMLB	Rp. 1000.000,-
5	Bantuan maksimum per RTSM/KSM	Rp 2.800.000,-
6	Bantuan minimum per RTSM/KSM	Rp 800.000,-
7	Rata-rata bantuan per RTSM/KSM	Rp 1.800.000,-

Sumber: Direktorat Jaminan Sosial, 2013

Adanya perbedaan komposisi anggota keluarga RTSM/KSM, maka besar bantuan yang diterima setiap RTSM/KSM akan bervariasi pada setiap tahapan bantuan. Peserta PKH yang tidak memenuhi komitmen kesehatan dan pendidikan, maka akan dikenai sanksi berupa pengurangan bantuan dari bantuan yang diterima setiap tahapan.

Ketentuan;

- a. Seluruh anggota keluarga peserta PKH selama tiga bulan berturut-turut tidak memenuhi komitmen, maka peserta PKH tidak dapat menerima bantuan pada tahapan bantuan tersebut,
- b. Salah satu dari anggota rumah tangga/keluarga tidak memenuhi kewajiban di bidang kesehatan atau bidang pendidikan, maka akan dikurangi sebesar 10 persen pada tahap bantuan.

- e. Anak usia 15 - 18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, termasuk anak dengan disabilitas.

Hak peserta (Direktorat Jaminan Sosial; 2013a: 22 - 23) yaitu;

- a. Menerima bantuan tunai bersyarat sesuai dengan komponen bidang kesehatan dan pendidikan,
- b. Menerima pelayanan kesehatan dari lembaga pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Polindes/Poskesdes, Pustu/Pusling, Posyandu dan jaringannya,
- c. Mendapat pelayanan pendidikan bagi anak usia wajib belajar pendidikan dasar sembilan tahun dan anak 15 - 18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar melalui pendidikan formal, informal dan non formal,
- d. Peserta PKH diikutsertakan pada program bantuan sosial lainnya seperti Jamkesmas, Raskin, KUBE, dan BLSM.

Kewajiban peserta PKH yang harus dipenuhi. Bidang kesehatan, peserta yang telah memiliki kartu PKH wajib memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan bagi peserta PKH. Selain itu peserta PKH yang dikenakan persyaratan kesehatan adalah peserta yang memiliki ibu hamil/nifas, anak balita atau anak usia 5 - 7 tahun yang belum masuk pendidikan Sekolah Dasar.

Kewajiban bidang pendidikan. Peserta PKH yang memiliki anak usia 7 - 15 tahun diwajibkan untuk didaftarkan/terdaftar pada lembaga pendidikan dasar (SD/MI/SDLB/Salafiyah Ula/Paket A atau SMP/MTs/SMLB/ Salafiyah Wustha/Paket B termasuk SMP/SMLB Terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 persen dari hari belajar efektif setiap bulan dalam tahun ajaran berlangsung. Apabila ada anak yang berusia 5 - 6 tahun yang sudah masuk sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan dikenakan verifikasi bidang pendidikan.

Sangat Miskin (RTSM/KSM) memiliki akses yang lebih baik untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar yaitu; kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi. Termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang selama ini melekat pada diri masyarakat miskin. Peserta memiliki berbagai kewajiban yang harus dipenuhi, khususnya kewajiban terkait dengan kesehatan dan pendidikan. Kewajiban bidang kesehatan berkaitan dengan pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemeriksaan kesehatan, pemberian asupan gizi dan imunisasi anak balita. Di bidang pendidikan berkewajiban menyekolahkan anaknya ke sekolah dasar dan lanjutan atau SD sampai dengan SLTP termasuk anak dengan disabilitas.

Program Keluarga Harapan akan memberi manfaat jangka pendek dan jangka panjang. Jangka pendek, akan memberi *income effect* kepada RTSM melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga. Jangka panjang diharapkan mampu memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui peningkatan kualitas kesehatan atau nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan (*price effect*), serta memberikan kepastian kepada si anak akan masa depannya (*insurance effect*).

2. Peserta

Mulai tahun 2012 basis bantuan diarahkan pada Keluarga Sangat Miskin. Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga adalah satu unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia.

Peserta PKH memenuhi satu atau beberapa kriteria yaitu;

- a. Ibu hamil/ibu nifas/anak balita,
- b. Anak usia 5 - 7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah),
- c. Anak SD/MI/Paket A/SDLB (usia 7 - 12 Tahun),
- d. Anak SLTP/MTs/Paket B/SMLB (usia 12 - 15 tahun),

kesehatan dan pendidikan yang lebih baik. Agar pencapaian target dapat terealisasi, PKH juga manaruh perhatian besar terhadap anak yang memiliki masalah sosial seperti pekerja anak dan anak difabel. Melalui kesempatan mengakses pendidikan dan komplementaris program diharapkan pekerja anak dapat kembali ke sekolah, sedangkan anak difabel dapat mengakses pendidikan khusus yang mereka butuhkan.

Dilihat dari sudut pandang kebijakan sosial, Program Keluarga Harapan merupakan cikal bakal pengembangan sistem perlindungan, khususnya bagi keluarga miskin. Program ini mewajibkan RTSM/KSM memeriksakan kesehatan ibu hamil dan memberikan imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang anak. Termasuk menyekolahkan anak-anak akan membawa perubahan perilaku RTSM/KSM terhadap pentingnya kesehatan dan pendidikan. Perubahan perilaku tersebut diharapkan juga akan berdampak pada berkurangnya anak usia sekolah RTSM/KSM yang bekerja. Tujuan akhir Program Keluarga Harapan yaitu meningkatkan partisipasi sekolah anak, khususnya SD/MI/Paket A/SDLB dan SMP/MTs/Paket B/SMLB (Direktorat Jaminan Sosial; 2013a : 9 - 10).

1. Perlindungan Sosial

Program Keluarga Harapan (Direktorat Jaminan Sosial; 2013a : 1 - 4) dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus sebagai upaya memotong rantai kemiskinan yang selama ini terjadi. Program Keluarga Harapan merupakan program bantuan dan perlindungan sosial yang termasuk dalam Kluster Pertama.

Program bantuan tunai bersyarat yang berkaitan dengan persyaratan pendidikan dan kesehatan. Peserta Program Keluarga Harapan selanjutnya disebut Rumah Tangga/Keluarga

kepastian akan masa depan anak (*insurance effect*), dan mengubah perilaku (*behavior effect*) keluarga miskin. Bantuan langsung bagi rumah tangga miskin untuk meredam dampak pengurangan BBM dan melindungi dari kemungkinan guncangan lainnya. Jangka panjang CCT - PKH untuk mengakselerasi pencapaian MDGs dan memperbaiki kualitas pelayanan bagi RTSM. Program dengan bantuan tunai dengan persyaratan tertentu bidang pendidikan dan kesehatan selama enam tahun bagi RTSM yang memiliki ibu hamil, ibu menyusui, anak SD dan atau SMP. Program ini sudah menjangkau 33 provinsi sesuai hasil verifikasi melalui Pendataan Program Perlindungan Sosial tahun (PPLS) 2008 (Direktorat Jaminan Sosial; 2013a; KPPN/Bappenas; 2013: 7).

C. Program Keluarga Harapan

Pelayanan kesejahteraan sosial secara umum sebagai amanat dari tiga perundang-undangan yaitu; Undang Undang RI Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang Undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial, dan Undang Undang Nomor 13 tahun 2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin. Kemudian diperkuat dengan; Peraturan Presiden Nomor 13 Tahun 2009 Tentang Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan, Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 Tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, dan Instruksi Presiden Nomor 3 tahun 2010 Tentang Rencana Tindak Percepatan Pencapaian Sasaran Program Pro-Rakyat.

Perlindungan terhadap keluarga miskin mencakup Program Keluarga Harapan yang memberikan bantuan tunai kepada RTSM/KSM. Penerima manfaat harus memenuhi beberapa persyaratan yang sudah ditentukan terkait dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia, khususnya pendidikan dan kesehatan. Tujuan umum PKH adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang didorong oleh perubahan tingkah laku terhadap pentingnya

jaminan sosial bagi masyarakat yang membutuhkan penanganan secara khusus. Masyarakat tersebut yaitu penduduk “rentan” serta penduduk yang memiliki resiko. Penduduk beresiko adalah penduduk miskin kluster I dan II serta penduduk lainnya yang karena faktor tertentu tidak memiliki kepastian masa depan. Sementara yang termasuk penduduk rentan adalah masyarakat yang tidak terlepas dari dampak kemiskinan, berbagai bencana, tindak kekerasan, dan pekerja migran (Kementerian Sosial RI; 2010: 42).

Program perlindungan jaminan sosial melalui dua pendekatan (Kementerian Sosial RI; 2010: 42, 45 - 46; Direktorat Jaminan Sosial; 2013a: 1 - 2). *Pertama*, asuransi sosial (*compulsory social insurance*) yang dibiayai dari kontribusi/premi yang dibayarkan oleh setiap tenaga kerja dan atau pemberi kerja. Kontribusi/premi dimaksud selalu harus dikaitkan dengan tingkat pendapatan atau upah yang dibayarkan oleh pemberi kerja. Produknya Asuransi Kesejahteraan Sosial. *Kedua*, berupa bantuan sosial (*social assistance*) berupa pemberian bantuan uang tunai maupun pelayanan dengan sumber pembiayaan dari negara dan bantuan sosial masyarakat lainnya. PKH adalah program asistensi sosial kepada rumah tangga yang memenuhi kualifikasi tertentu dengan memberlakukan persyaratan dalam rangka untuk mengubah perilaku miskin. PKH diutamakan bagi Keluarga Sangat Miskin yang memiliki ibu hamil/menyusui, dan anak usia 0 - 15 tahun, atau anak usia 15 - 18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasarnya. Program serupa ini di negara lain dikenal dengan istilah *Conditional Cash Transfers* (CCT) atau Bantuan Tunai Bersyarat.

Tujuan jangka pendek PKH adalah memberikan *income effect* melalui pengurangan beban pengeluaran KSM. Sementara tujuan jangka panjang adalah untuk memutus mata rantai kemiskinan KSM melalui peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan, dan kapasitas pendapatan anak (*price effect*) serta memberikan

dengan pendidikan bagi kaum perempuan ternyata lebih kuat ketimbang insentif bantuan. Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan pendekatan-pendekatan tambahan untuk memecahkan permasalahan. Padahal program CCT di daerah ini juga telah memberi berbagai kesempatan bagi perempuan untuk lebih berpartisipasi menggunakan waktunya diluar rumah dan terlibat dengan berbagai institusi seperti perbankan dan kantor-kantor pemerintahan.

B. Kebijakan

Menyimak perundang-undangan, khususnya Undang Undang Nomor Nomor 11 Tentang Kesejahteraan Sosial. Perlindungan dan jaminan sosial dijelaskan dalam beberapa pasal dan penjelasannya yaitu;

- Pasal 6, penyelenggaraan kesejahteraan sosial meliputi; rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial.
- Pasal 1, jaminan sosial adalah skema yang melembaga untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.
- Pasal 9, jaminan sosial dimaksudkan untuk;
 - a. Menjamin fakir miskin, anak yatim piatu terlantar, lanjut usia terlantar, penyandang cacat fisik, cacat mental, cacat fisik dan mental, eks penderita penyakit kronis yang mengalami masalah ketidakmampuan sosial ekonomi agar kebutuhan dasarnya terpenuhi,
 - b. Menghargai pejuang, perintis kemerdekaan, dan keluarga pahlawan atas jasa-jasanya,

Kebijakan dan strategi Kementerian Sosial RI diarahkan, program perlindungan dan jaminan sosial selama kurun waktu 2010 - 2014 memfokuskan pada arah penanganan penyandang masalah kesejahteraan sosial melalui upaya perlindungan dan

persyaratan yang ditetapkan dalam program tidak menimbulkan insentif yang negatif.

Di Turki, tidak cukupnya atau kurang tepatnya informasi tentang program juga mengurangi dampak program. Beberapa program CCT berusaha ditargetkan untuk mengeliminasi kekurangan zat bergizi. Di Meksiko, penerima program memiliki kejadian anemia lebih kecil ketimbang bukan penerima program, meskipun angkanya masih tetap tinggi. Di Nikaragua ibu-bu melaporkan bahwa mereka menerima tablet Fe. Namun anemia tidak terbukti terpengaruh oleh program. Penyebabnya, mereka tidak memberikan suplemen ini kepada anak-anaknya dengan kepercayaan bahwa suplemen akan berdampak buruk bagi perut dan gigi. Fenomena ini merupakan tantangan besar dalam memecahkan permasalahan kekurangan zat gizi, dimana pendekatan multidimensi lebih dibutuhkan, ketimbang bantuan tunai atau pemberian suplemen itu sendiri.

Program CCT juga berusaha memecahkan isu gender. Program CCT berhasil secara signifikan meningkatkan angka partisipasi sekolah anak perempuan, yang secara historis telah mengalami diskriminasi karena pendidikan anak perempuan dianggap tidak sepenting pria. Penelitian di Meksiko dan Nikaragua menemukan program CCT terkait dengan peningkatan sikap terhadap pendidikan perempuan, serta pemberdayaan kaum perempuan secara umum rendah (Fiszbein, Ariel dan Schady, 2009; Rawlings; 2004; Bappenas, 2009).

Kelompok wanita melaporkan peningkatannya tentang pengetahuan, kepedulian sosial, dan percaya diri karena adanya sejumlah aktivitas program CCT bagi para penerima program, seperti pertemuan, pengorganisasian, dan lokakarya. Namun demikian tidak semua program CCT memberikan kesempatan ini, dan oleh karenanya perlu melihat sejumlah potensi besar untuk meningkatkan status wanita. Penelitian di bagian barat Turki menemukan adanya persepsi sosial budaya yang bertentangan

bantuan, partisipasi sekolah turun sebesar 12.5 persen poin. Walau masih lebih tinggi delapan persen dibandingkan angka partisipasi sekolah sebelum program CCT (Bappenas; 2009).

Dampak Kesehatan. Program CCT menunjukkan dampak yang signifikan pada kesehatan dan gizi. Angka kunjungan kesehatan meningkat 18 persen di lokasi-lokasi *Progresa* di Meksiko. Angka kesakitan anak usia 0-5 tahun peserta *Progresa* turun 12 persen. Dampak CCT ditemukan juga pada aktifitas pemantauan tumbuh kembang anak di Colombia, Honduras, Meksiko dan Nikaragua. Program CCT berhubungan juga dengan peningkatan tinggi badan, sebuah aspek penting untuk mengukur status gizi jangka panjang. Angka *stunting* di Meksiko, Nikaragua dan Colombia turun, secara berurutan: 10 persen, 7 persen, dan 5,5 persen. Meskipun peningkatan status gizi tidak diketahui pasti, sangat dimungkinkan bahwa temuan tersebut disebabkan oleh karakteristik dasar program CCT. Seperti; 1) naiknya pendapatan rumahtangga karena subsidi mengakibatkan peningkatan belanja makanan; 2) adanya kewajiban untuk memonitor tumbuh kembang; dan 3) adanya informasi tentang perawatan anak dan tambahan makanan bergizi. Di Meksiko dan Nikaragua, konsumsi makanan berkalori meningkat. Demikian halnya dengan konsumsi buah-buahan, sayur mayur, daging dan berbagai produk makanan harian lainnya. Di Honduras tidak ditemukan dampak positif program CCT terhadap peningkatan status gizi.

Di Brazil, program CCT semula dikaitkan dengan sedikit turunnya berat badan. Namun fenomena ini akhirnya dibantah. Anekdote, ibu-ibu memelihara berat badan anak-anaknya pada kondisi rendah karena munculnya persepsi bahwa mereka akan kehilangan banyak keuntungan jika berat badan anaknya tumbuh dengan pesat. Fenomena ini penting terhadap berfungsinya mekanisme yang menjamin kejelasan dan komunikasi yang teratur antara pelaksana program dengan penerima program sehingga

mereka putus sekolah sebelum masuk SMP. Anak-anak dari keluarga penerima *Progresa* memasuki usia sekolah relatif lebih muda dan kejadian tidak naik kelas lebih kecil ketimbang anak-anak dari keluarga non-penerima program (Fiszbein, Ariel dan Schady; 2009; Rawlings; 2004; Bappenas; 2009).

Progresa memiliki dampak relatif kecil pada angka kehadiran sekolah, pencapaian nilai *standard test* serta kemampuan menarik anak-anak *drop out* untuk masuk ke sekolah. Pelaksanaan CCT di Mexico, Columbia dan Turki berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah jenjang SD dan SLTP. Dampak CCT terhadap angka partisipasi sekolah jenjang SD relatif lebih kecil dari pada jenjang SLTP. Alasan utamanya, angka partisipasi sekolah jenjang SD umumnya sudah lebih tinggi.

Temuan ini menunjukkan bahwa dampak CCT pada partisipasi sekolah akan tinggi jika dilaksanakan pada lokasi dimana angka partisipasi sekolah masih rendah di Kolumbia. Misalnya angka partisipasi SLTP meningkat 30 persen, dan angka kehadirannya meningkat 43 persen. Di Bangladesh ada sekitar tiga juta anak-anak tidak terdaftar di SD. Meski relatif kecilnya CCT yang ditargetkan pada kelompok anak yang sulit dijangkau termasuk anak jalanan, program CCT di Bangladesh berhasil meningkatkan angka partisipasi SD mencapai sembilan persen. Sayangnya temuan ini hanya terdeteksi di sekolah-sekolah yang juga menerima bantuan dalam rangka upaya peningkatan kualitas sekolah (Fiszbein, Ariel dan Schady; 2009; Rawlings, 2004; Bappenas, 2009).

Di Nikaragua, angka partisipasi sekolah masih kecil, program CCT berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah secara keseluruhan sebesar 13 persen angka partisipasi sekolah anak-anak dari kelompok keluarga sangat miskin meningkat sebesar 25 persen dan angka kehadiran anak SD meningkat 20 persen. Sayangnya dua tahun setelah rumah tangga berhenti menerima

1. Mexico meluncurkan *The Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progres)*. Program ini merupakan titik awal pelaksanaan CCT dalam skala besar. Sertifikasi dilakukan setelah tiga tahun. Jika peserta masih *eligible*, maka dipertahankan hingga empat tahun untuk perkotaan dan enam tahun untuk perdesaan.
2. Brazil memiliki *Programa Nacional de Bolsa Escola* dan *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)*.
3. *Chile Solidario* diberikan selama tiga tahun. Setelah tiga tahun masih *eligible* diberikan *basic transfer* dan *guaranteed access* ke berbagai subsidi dan program-program sosial lainnya.
4. Columbia meluncurkan *Program the Familias en Accion (FA)*,
5. Honduras dengan sebutan *The Programa de Asignación Familiar (PRAF)*. Durasi kepesertaan ditentukan atas ketersediaan anggaran.
6. Jamaica memperkenalkan *The Programe of Advancement Through Health and Education (PATH)*,
7. Nikaragua memperkenalkan *Red de Protección Social (RPS)*. Bantuan dibayarkan bagi rumah tangga selama tiga tahun. Setelah periode ini mereka dapat menerima layanan selama dua tahun tambahan.

Pelaksanaan CCT di berbagai negara selalu diikuti pengukuran dampak. Hasil-hasil evaluasi telah menunjukkan keberhasilan CCT dalam meningkatkan indikator perbaikan sumber daya manusia. Indikator-indikator ini umumnya sejalan dengan kewajiban yang ditetapkan dalam program CCT, seperti pendidikan dan kesehatan.

Dampak Pendidikan. Program CCT di Meksiko, dikenal dengan *Progres*, berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah jenjang SLTP sebesar enam persen pada kelompok pria dan sembilan persen pada kelompok wanita. *Progres* juga berhasil meningkatkan angka transisi sekolah dari jenjang SD ke SLTP sebesar 15 persen pada kelompok wanita yang umumnya

2. Menjawab masalah kemiskinan yang ada sekarang dan di masa depan dengan tujuan untuk menumbuhkembangkan akumulasi sumber daya manusia diantara kaum muda sebagai cara untuk mendobrak siklus kemiskinan antar generasi, dan juga menyediakan dukungan pendapatan sebagai cara untuk menangani kemiskinan dalam jangka pendek.
3. Menargetkan penduduk miskin biasanya melalui pemetaan kemiskinan untuk mengidentifikasi daerah-daerah miskin dan melakukan perkiraan dan uji kepemilikan untuk memilih rumah tangga individu.
4. Menyediakan uang tunai yang lebih fleksibel, efisien dan efektif dari segi biaya dibandingkan pemberian bantuan natura.
5. Mengembangkan sinergi dalam pembangunan manusia dengan memusatkan pada aspek pelengkap investasi dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan gizi.
6. Menerapkan evaluasi secara strategis. Distribusi informasi dari hasil evaluasi yang memberikan bukti empiris akan efektivitas program CCT turut membantu dalam menjaga kesinambungan program tersebut ditengah berubahnya rezim politik.

Program transfer tunai bersyarat memperbaiki indikator pendidikan dan *out come*. Secara signifikan meningkatkan jumlah anak-anak di sekolah dan menurunkan jumlah mereka yang bekerja pada usia dini. Kondisionalitas modal manusia dapat menjadi “jembatan” pelayanan komplementer dapat menurunkan ketrgantungan mereka terhadap asistensi sosial. Transfer tunai dapat melayani strategi penuntasan untuk membantu fakir miskin agar “berkembang” dan keluar dari belenggu kemiskinan (Mu’man Nuryana; 2014: 88).

Program *Conditional Cash Transfer* (CCT) pertama kali diimplementasikan di sejumlah negara Amerika Latin dan Karibia. Kemudian diikuti negara-negara Amerika Latin, Karibia, Asia dan Afrika (KPPN/Bappenas; 2013: 4; Mu’man Nuryana; 2014: 80);

BAB III

KEBIJAKAN PROGRAM BANTUAN

Kebijakan Kementerian Sosial RI dalam penanganan kemiskinan dilakukan secara individu dan kelompok. Keluarga miskin disentuh melalui rehabilitasi sosial, bantuan sosial, dan pemberdayaan sosial. Khusus perlindungan dan bantuan bagi keluarga miskin mulai dikembangkan tahun 2007 melalui program bantuan bersyarat yang dikenal dengan Program Keluarga Harapan (PKH).

A. Program Bantuan Bersyarat

Bantuan tunai bersyarat adalah pendekatan bantuan sosial yang inovatif dan semakin populer. Menurut Fiszbein, Ariel dan Schady (2009; 31) *“conditional cash transfer programe is one that transfers cash to poor households if they make prespecified investments in the human capital of their children. In general, this has involved attaching “conditions” to transfers”*. Pendekatan ini memberikan uang kepada keluarga miskin yang diberikan berdasarkan perilaku tertentu, biasanya investasi dalam sumber daya manusia. Contohnya untuk menjaga anak-anak tetap sekolah atau secara rutin memeriksakan ibu hamil dan balita di layanan kesehatan.

Program Menurut Rawlings (2004) CCT bertujuan untuk memperbaiki program-program bantuan sosial tradisional dalam berbagai macam cara:

1. Perubahan hubungan akuntabilitas dengan memberikan hibah tunai secara langsung ke rumah tangga miskin, dan mensyaratkan transfer tersebut diberikan bersamaan dengan keikutsertaan dalam program perawatan kesehatan dan pendidikan, serta menargetkan ibu rumah tangga sebagai penerima bantuan.

Berdasarkan laporan (Indah Huruswati, dkk; 2013: 257) kabupaten dan kota yang menjadi lokasi percontohan lebih memilih model *one stop service dan one stop office*. Hal ini disimpulkan bahwa beberapa hal yang harus diperhatikan dalam prosedur dan mekanisme pelayanan sosial terpadu.

Prosedurnya antara lain;

1. Perlu adanya cabang/unit pelayanan yang dekat dengan target dan terintegrasi melalui sistem informasi *on line* dan pusat pelayanan satu atap,
2. Perlu adanya mekanisme dan sistem asesmen yang komprehensif untuk mengetahui berbagai masalah dan kebutuhan yang sebenarnya menurut analisis profesional,
3. Masalah dan kebutuhan yang dihadapi sasaran pelayanan (klien) yang datang ke pusat pelayanan sosial terpadu harus ditangani segera.

merupakan permasalahan yang mendesak dan memerlukan langkah-langkah penanganan dengan pendekatan yang sistematis, terpadu dan menyeluruh dalam rangka mengurangi beban masyarakat serta memenuhi hak-hak dasar warga negara secara layak. Pelayanan, penanganan dan penanggulangan kemiskinan selama ini masih dilaksanakan lintas sektoral dan programnya berada di beberapa SKPD.

Atas dasar hal itu, maka diterbitkan Peraturan Walikota Payakumbuh Tahun 2013 Tentang Pembentukan Unit Pelayanan Terpadu Kesejahteraan Anak Nagari (UPT-KAN) Kota Payakumbuh. Pertimbangan lain diterbitkan peraturan tersebut agar pelayanan, penanganan dan penanggulangan kemiskinan lebih efektif, efisien dan dapat ditangani lebih terpusat. Penanggulangan kemiskinan merupakan kebijakan dan program pemerintah dan pemerintah daerah yang dilakukan secara sistematis, terencana dan bersinergi dengan dunia usaha dan masyarakat untuk mengurangi jumlah penduduk miskin dalam rangka meningkatkan derajat kesejahteraan rakyat.

Unit Pelayanan Terpadu Kesejahteraan Anak Nagari Kota Payakumbuh adalah suatu unit pelayanan terpadu lintas sektoral dalam menyelenggarakan penanggulangan kemiskinan di Kota Payakumbuh. Tugasnya melaksanakan pelayanan, penanganan dan penanggulangan kemiskinan dan permasalahan kesejahteraan sosial lainnya.

Adapun fungsi UPT-KAN adalah : *Pertama*, pengkajian dan pelaksanaan analisis pelayanan, penanganan dan penanggulangan kemiskinan serta PMKS lainnya. *Kedua*, merumuskan kebijakan teknis bidang pelayanan, penanganan dan penanggulangan kemiskinan serta PMKS lainnya. *Ketiga*, mengkoordinasikan pelayanan, penanganan dan penanggulangan kemiskinan dengan SKPD terkait. Pelayanan yang ditetapkan model integrasi (*integrated model - one desk multi functions*).

mengumpulkan data kematian penduduknya dan melaporkan ke kecamatan. Ketiga, Santunan untuk Lanjut Usia Terlantar.

Di kecamatan disebut Pelayanan Terpadu Kecamatan (Paten) adalah penyelenggaraan pelayanan publik di kecamatan yang proses pengelolaannya mulai dari permohonan sampai ke tahap terbitnya dokumen dilakukan dalam satu tempat. Dimaksudkan mewujudkan kecamatan sebagai pusat pelayanan dan simpul pelayanan masyarakat. Tujuannya meningkatkan kualitas pelayanan dan mendekatkan pelayanan pada masyarakat. Kelembagaan; pejabat penyelenggara terdiri dari camat, sekretaris kecamatan, dan kepala seksi yang membidangi pelayanan administrasi; para pelaksana teknis antara lain; petugas informasi, penerima berkas, petugas operator, petugas Pemegang Kas, dan petugas lain sesuai kebutuhan.

Dua jenis pelayanan. Pertama, Perizinan untuk; perhelatan, penutupan jalan, pertunjukan hiburan, tempat usaha skala kecil, tanda daftar perusahaan skala kecil, salon skala kecil, mendirikan bangunan skala kecil, galian c skala kecil, rumah makan skala kecil, reklame skala kecil, dan usaha skala kecil.

Non Perizinan; kartu tanda penduduk, kartu keluarga, surat pindah, keterangan kematian, keterangan kelahiran, rekomendasi akte kelahiran, rekomendasi SKTM, rekomendasi SKCK, keterangan ahli waris, rekomendasi proposal, dan rekomendasi penelitian. Pelayanan terpadu yang dilakukan satu atap terintegrasi (*integrated model - one desk multi functions*).

e. Kota Payakumbuh

Komitmen Kota Payakumbuh terkait dengan pelayanan terpadu berdasarkan pertimbangan bahwa kemiskinan

mempunyai tugas melaksanakan pelayanan, penanganan, dan penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Sragen.

Tiga bidang dalam penanggulangan kemiskinan yaitu;

- 1) Bidang Pendidikan. Beasiswa Sintawati, mulai tahun 2012 beasiswa untuk mahasiswa dari keluarga miskin dan kuliah di perguruan tinggi negeri.
- 2) Bidang Kesehatan. *Pertama*, Layanan Kartu Saraswati. Terbagi tiga; Saraswati Kenanga yaitu; penduduk Kabupaten Sragen yang tidak sedang memiliki jaminan asuransi kesehatan apapun. Kemanfaatan; (1) Rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas; (2) Keringanan biaya perawatan maksimal 2 (dua) kali setahun di RSUD-RSUD di Kabupaten Sragen; (3) Hemodialis (HD) gratis 5 (lima) kali dalam setahun; Saraswati Menur yaitu; Rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas, pelayanan gawat darurat, perawatan lanjut kelas tiga, pelayanan darah dan pelayanan ambulance, rawat inap di rumah sakit yang ditunjuk, Hemodialis (HD) gratis 10 (sepuluh) kali dalam setahun; Saraswati Melati yaitu; Kartu Saraswati dikeluarkan sesuai dengan data TNP2K Pusat, sehingga bersifat baku sebagai penerima Jamkesmas. Kabupaten Sragen mengeluarkan kartu sesuai survei validasi data kemiskinan dengan 20 kriteria miskin.

Kedua, layanan ambulan gratis memberikan fasilitas penjemputan pasien warga miskin dari tempat tinggal ke Puskesmas masing-masing dan atau ke RSUD dr. Soehadi Priyonagoro Sragen.

- 3) Bidang Sosial Ekonomi, terbagi tiga. *Pertama*, Bantuan Rumah Sehat Layak Aman Sukowati (Ruselawati) terkait dengan perbaikan atau rehabilitasi rumah layak huni. *Kedua*, Santunan Duka Cita (Sangduta) keluarga miskin berhak mendapat santunan uang duka. Diajukan pihak keluarga atau pihak desa/kelurahan mengajukan secara kolektif

kemiskinan di Kabupaten Bantaeng berjalan lebih efektif, efisien dan dapat ditangani secara fokus. Memperkuat legalitas pelayanan terpadu, maka disusunlah Rancangan Peraturan Bupati Bantaeng Nomor 2 Tahun 2013 Tentang Pembentukan Unit Pelaksana Sipil (Sistem Pelayanan Kemiskinan Terpadu) Kabupaten Bantaeng. Kebijakan lain yang telah diambil, terutama tempat sesuai dengan instruksi bupati kepada Kepala Bappeda untuk melakukan pembahasan dan koordinasi dengan dinas atau SKPD terkait. Hasil pembahasan disepakati bahwa penyelenggaraan Pandu Gempita dilakukan di Kantor Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi dengan melakukan renovasi atau penambahan ruangan. Pelayanan yang telah dapat dilakukan pada tahap awal yaitu menerima pengaduan dari masyarakat dan melakukan verifikasi data kemiskinan yang ada di setiap dinas.

Mengacu pada layanan terpadu yang telah dicoba Pemerintah Kabupaten Bantaeng dalam hal ini Brigade Siaga Bencana yang merupakan layanan terpadu untuk penanganan bencana dan kesehatan. Pelayanan terpadu yang terpilih model integrasi (*integrated model - one desk multi functions*).

d. Kabupaten Sragen

Program penanggulangan kemiskinan sudah ditetapkan melalui Peraturan Bupati Sragen Nomor 2 Tahun 2012 tentang Pembentukan Unit Pelayanan Terpadu Penanggulangan Kemiskinan (UPT-PK). Intinya, bahwa penanggulangan kemiskinan adalah kebijakan dan program pemerintah dan pemerintah daerah yang dilakukan secara sistematis, terencana, dan bersinergi dengan dunia usaha dan masyarakat untuk mengurangi jumlah penduduk miskin dalam rangka meningkatkan derajat kesejahteraan rakyat. Ditegaskan dalam Pasal 6 ayat (1), menyebutkan UPT-PK

pada APBD Kota Sukabumi Tahun Anggaran 2013. Biaya penyelenggaraan Pandu Gempita Kota Sukabumi, mulai dianggarkan pada APBD Tahun 2014. Sebagai Ketua Tim Koordinasi dibebankan tugas untuk memimpin, mengkoordinasikan, merencanakan, menyiapkan, dan bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan Pandu Gempita sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing. Adanya komitmen tersebut diharapkan implementasi program Pandu Gempita dapat dilaksanakan dengan penuh tanggungjawab dan didukung oleh kepedulian yang tinggi dari semua unsur pemerintahan dan masyarakat. Tanpa kepedulian dan respon yang kuat dapat dikatakan program meningkatkan kesejahteraan komunitas akan mengalami hambatan. Penentuan model layanan terpadu yaitu model integrasi (*integrated model - one desk multi functions*).

b. Kabupaten Berau

Terbitnya Peraturan Bupati Berau Nomor 28 Tahun 2013 Tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesejahteraan Sosial (UPTD - KS) pada Dinas Sosial Kabupaten Berau merupakan komitmen pemerintah Kabupaten Berau terhadap penyelenggaraan Pandu Gempita. Pasal 5 tercantum, bahwa fungsi UPTD-KS diantaranya adalah penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis operasional dan teknis penunjang di bidang sosial dan mengoordinasikan kegiatan UPTD-KS. Model layanan terpadu yang terpilih di Kabupaten Berau adalah model integrasi (*integrated model - one desk multi functions*).

c. Kabupaten Bantaeng

Kesediaan dan kesiapan Pemerintah Kabupaten Bantaeng dalam penyelenggaraan pelayanan terpadu didasarkan pada berbagai pertimbangan. Antara lain; agar pelayanan, penanganan dan penanggulangan

d. Kemandirian dalam meningkatkan taraf kesejahteraan

Mengoptimalkan kinerja penyelenggaraan kesejahteraan sosial, maka Kementerian Sosial menetapkan program prioritas sebagai *pilot project* berupa Pelayanan Terpadu dan Gerakan Masyarakat Peduli Kabupaten/Kota Sejahtera (Pandu Gempita). Pada hakekatnya pelayanan sosial terpadu (*social services integration*) merupakan; pertama, sebagai upaya dalam meningkatkan mutu dan produktivitas pelaksanaan tugas dan fungsi instansi pemerintah di bidang pelayanan sosial. Kedua, mendorong upaya mengefektifkan sistem dan tata laksana pelayanan sosial, sehingga pelayanan sosial dapat diselenggarakan secara lebih berdaya guna dan berhasil guna; dan ketiga, mendorong tumbuhnya kreativitas, prakarsa dan peran serta masyarakat dalam pembangunan serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat luas. Pelayanan sosial yang dilaksanakan dalam suatu rangkaian kegiatan terpadu harusnya bersifat sederhana, terbuka, lancar, tepat, lengkap, wajar dan terjangkau. Tujuan akhir dari pelayanan sosial terpadu adalah merespon kebutuhan PMKS secara efektif untuk pemecahan masalah dan pemenuhan kebutuhannya.

Capaian dari lima lokasi sebagai dalam Pelayanan Terpadu dan Gerakan Masyarakat Peduli Kabupaten/Kota Sejahtera (Indah Huruswati, dkk, 2013; 233 - 240):

a. Kota Sukabumi

Persetujuan Pemerintah Kota Sukabumi terhadap Pandu Gempita 2013, maka Walikota Sukabumi menerbitkan Surat Keputusan Walikota Sukabumi Nomor 178 Tahun 2013 tentang Pembentukan Tim Koordinasi Pelayanan Terpadu dan Gerakan Masyarakat Peduli Kota Sejahtera 2013. Komitmen tersebut merupakan tanggapan Walikota dengan menyebutkan, bahwa biaya untuk kelancaran dalam pelaksanaan tugas Tim Koordinasi dibebankan

dan prasarana, beban kerja, rasio pendamping dengan RTSM, penghasilan dan kesejahteraan; Pasca pendampingan, meliputi kejelasan status pendamping pasca PKH. Sedangkan alternatif kebijakan dan penyesuaian dengan permasalahan yang dihadapi oleh Pendamping PKH, maka alternatif kebijakan yang diusulkan yaitu; kepastian status, pengembangan karir, dan peningkatan kapasitas.

4. Pandu Gempita

Penanggulangan kemiskinan yang komprehensif memerlukan keikutsertaan berbagai pemangku kepentingan. Pemerintah pusat, pemerintah daerah, dunia usaha atau sektor swasta dan masyarakat. Kementerian Sosial RI telah melaksanakan penanggulangan kemiskinan dan permasalahan sosial sesuai dengan Undang Undang RI Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial, melalui berbagai program dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar warga negara secara layak, meningkatkan kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat miskin, penguatan kelembagaan sosial ekonomi masyarakat serta melaksanakan percepatan pembangunan daerah tertinggal dalam upaya mencapai masyarakat Indonesia yang sejahtera. Adapun sasarannya adalah perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Namun keseluruhan upaya tersebut belum maksimal jika tanpa dukungan dari para pemangku kepentingan lainnya. Menunjang penanggulangan kemiskinan yang komprehensif dan mewujudkan percepatan penanggulangan kemiskinan dirumuskan empat strategi utama. Strategi-strategi penanggulangan kemiskinan tersebut diantaranya:

- a. Memperbaiki program perlindungan sosial;
- b. Meningkatkan akses terhadap pelayanan dasar;
- c. Pemberdayaan kelompok masyarakat miskin; serta

bantuan tersebut, dengan lembaga yang menyediakan layanan masyarakat.

Kreativitas menghubungkan penerima manfaat PKH dengan sumber-sumber yang ada misalnya mampu melakukan sinergitas dengan program-program lainnya misalnya KUBE, UPPKA, UEP dan Askesos. Kreativitas pendamping PKH juga dapat dilihat pada upaya memberikan motivasi dalam menjalankan komitmen dalam PKH. Sebanyak responden menyatakan bahwa 16,7 persen pendamping PKH mempunyai kreativitas cukup baik, 66,7 persen baik dan sebanyak 19,4 persen responden menyatakan bahwa pendamping PKH mempunyai kreativitas sangat baik. Secara keseluruhan tingkat kreativitas pendamping PKH masuk kategori baik dan sangat mendukung tujuan PKH. Pendamping PKH juga dituntut untuk dapat memberikan saran untuk perbaikan taraf hidup bagi penerima manfaat PKH maupun saran-saran untuk perbaikan program. Menurut responden sebanyak 11,1 persen Pendamping PKH mampu memberikan saran dengan nilai cukup baik, sebanyak 66,7 persen baik dan sebanyak 19,4 persen mampu memberikan saran dengan sangat baik.

Sementara itu meskipun Pendamping PKH berlatar belakang pendidikan yang cukup beragam dalam penguasaan bidang tugas sebagai Pendamping PKH hanya sebanyak 5,6 persen saja yang menyatakan penguasaan bidang tugas cukup baik. Sebagian besar yaitu sebanyak 63,9 persen menyatakan bahwa Pendamping PKH baik dalam penguasaan tugas dan sebanyak 30,6 persen menyatakan bahwa Pendamping PKH sangat baik dalam penguasaan tugas.

Hasil penelitian, peneliti mengusulkan beberapa alternatif kebijakan yang disesuaikan dengan tahapan pelaksanaan pendampingan yaitu: Persiapan, meliputi kebijakan seleksi dan pelatihan Pendamping PKH; Pelaksanaan, meliputi sarana

PKH. Responden menyatakan, bahwa sebanyak 30,6 persen Pendamping PKH mempunyai tanggung jawab sangat baik dan 50,0 persen baik dan hanya sebanyak 19,4 persen cukup baik.

Pelaksanaan tanggung jawabnya tersebut Pendamping PKH diharapkan dapat bekerjasama dengan berbagai pihak. Menurut responden sebanyak 16,7 persen menyatakan bahwa pendamping PKH cukup baik dalam bekerja sama, sebanyak 58,3 persen baik dan 25 persen sangat dalam bekerja sama dengan berbagai pihak. Kerjasama yang sangat baik tersebut antara lain dengan bekerja sama dengan pihak yayasan sekolah tingkat SMK dengan menggunakan model pesantren untuk kelanjutan pendidikan anak-anak penerima manfaat PKH. Di sekolah tersebut anak-anak penerima manfaat PKH mendapatkan layanan pendidikan dan biaya hidup secara gratis di sekolah tingkat SMK. Sebagaimana diketahui, bahwa bantuan tunai bidang pendidikan hanya diberikan kepada anak sekolah sampai dengan tingkat SMP. Sedangkan untuk tingkat SMA/SMK, PKH tidak memberikan bantuan lagi.

Kreativitas untuk pengembangan potensi diri dan upaya peningkatan taraf hidup penerima manfaat PKH merupakan nilai lebih bagi pendamping PKH. Peningkatan kreativitas sebagai upaya peningkatan taraf hidup penerima manfaat PKH, pendamping PKH diharapkan dapat menghubungkan sumber-sumber yang ada dalam mendukung upaya peningkatan taraf hidup masyarakat. Jika merujuk tujuh peran *community worker*, maka kreativitas pendamping PKH menghubungkan sumber-sumber yang maka pendamping PKH memerankan sebagai perantara (*broker*). Peranan seorang perantara dalam intervensi sosial terkait erat dengan upaya menghubungkan individu ataupun kelompok dalam masyarakat yang membutuhkan bantuan atau layanan masyarakat (*community services*), tetapi tidak tahu dimana dan bagaimana mendapatkan

penerima manfaat hasil dari pemutakhiran data yang dilakukan Pendamping PKH merupakan dasar dari pembayaran bantuan kepada penerima manfaat PKH.

Pembayaran bantuan dilakukan tiap tiga bulan dan Pendamping PKH setiap saat harus melakukan pemutakhiran data, sehingga data tetap akurat. Jika data penerima manfaat PKH tidak akurat, maka menyebabkan tujuan dari PKH yaitu investasi sumber daya manusia dan memutus rantai kemiskinan antar generasi sulit tercapai. Menurut responden sebanyak 69,4 persen menyatakan bahwa hasil kerja dan ketepatan waktu kerja Pendamping PKH baik. Selebihnya sangat baik dan cukup baik.

Pendamping PKH mempunyai tanggung jawab terhadap penyelesaian tugas dan tanggung jawab Pendamping PKH di tempat tugas. Tanggung jawab terhadap penyelesaian tugas terkait dengan tugas pokok, tugas pengembangan dan tugas penunjang yang dibebankan kepada Pendamping PKH. Sebanyak 16,7 persen responden menyatakan tanggung jawab terhadap penyelesaian tugas Pendamping PKH sangat baik, 69,4 persen baik dan 13,9 persen cukup baik. Dengan demikian Pendamping PKH sangat bertanggung jawab terhadap penyelesaian tugas yang dibebankan kepada mereka.

Secara keseharian Pendamping PKH dituntut bisa bekerja mandiri di lapangan, kerja lapangan Pendamping PKH khususnya adalah mendampingi RTSM/KSM yang menjadi tanggung jawabnya. Kerja lapangan secara mandiri tersebut memerlukan tanggung jawab pendamping di tempat kerja. Jika Pendamping PKH tidak mempunyai kesungguhan dalam melaksanakan tanggung jawab tersebut, maka tujuan dari PKH agak sulit tercapai. Sebagaimana diketahui, mitra kerja Pendamping PKH bekerja sama dengan beberapa instansi atau pihak yaitu; Dinas Sosial, sekolah, kesehatan, tokoh masyarakat, Posyandu, operator dan ketua penerima manfaat

tugas administratif sebanyak 33,3 persen menyatakan bahwa Pendamping PKH mempunyai kesungguhan kerja sangat baik, sebanyak 58,3 persen baik dan hanya 8,3 persen yang menjawab bahwa kesungguhan Pendamping PKH dalam melaksanakan tugas. Kesungguhan Pendamping PKH dalam melaksanakan tugas tersebut terlihat ketika penerima manfaat PKH memerlukan pendampingan ketika memerlukan pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan memanfaatkan program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Pendamping PKH melakukan pendampingan dari proses rujukan sampai dengan penerima manfaat PKH tersebut pulang dari rumah sakit.

Hasil kerja yaitu kesesuaian antara volume kerja dengan jadwal dan batas waktu dan ketepatan waktu Pendamping PKH dapat dilihat dari ketepatan data penerima manfaat PKH dari hasil pemutakhiran data yang dilakukan oleh Pendamping PKH. Pemutakhiran data penerima manfaat PKH sangat penting karena yang menjadi penerima manfaat PKH tersebut harus memenuhi berbagai persyaratan. Bidang pendidikan yang ditetapkan menjadi penerima manfaat PKH adalah RTSM/KSM yang memiliki anak sekolah SD-SMP sedangkan PKH kesehatan, penerima manfaat PKH adalah RTSM/KSM yang memiliki anak Balita dan Ibu Hamil.

Jumlah anak balita, anak sekolah dan ibu hamil dalam RTSM/KSM tersebut menentukan jumlah besaran bantuan, sehingga jika ada perubahan status anggota RTSM/KSM tersebut menentukan jumlah besaran bantuan yang diterima. Selain itu PKH juga menerapkan aturan jika anggota RTSM/KSM tidak memenuhi ketentuan PKH yaitu memeriksakan ibu hamil dan anak balita ke pelayanan kesehatan dan kehadiran ke sekolah SD-SMP bagi anak penerima manfaat PKH pendidikan akan dikenai sanksi pemotongan. Data akurat mengenai

kecakapan kerja dengan nilai baik. Kecakapan kerja sangat baik dilakukan Pendamping PKH dalam melakukan pemutakhiran data, melakukan pencatatan dan pelaporan, dan mengunjungi rumah peserta PKH. Namun cukup baik dalam fasilitasi dan menyelesaikan kasus pengaduan.

Fasilitasi dan menyelesaikan kasus pengaduan merupakan tantangan terberat pada saat awal pelaksanaan pendampingan PKH. Kasus-kasus ketidaktepatan penerima manfaat PKH baik itu penerima manfaat yang semestinya layak menerima tidak masuk daftar penerima manfaat PKH maupun penerima manfaat yang tidak layak menerima bantuan PKH. Belum siapnya Pendamping PKH dalam menyelesaikan kasus-kasus tersebut ketika di awal pelaksanaan disebabkan keterbatasan pengalaman pendamping PKH dan belum pahamnya masyarakat terhadap PKH.

Pendamping PKH dalam kesehariannya melaksanakan tugas secara mandiri di lapangan sehingga dalam pelaksanaan tugas tersebut Pendamping PKH harus mempunyai keterampilan teknis dalam pelaksanaan pendampingan di lapangan. Menjangkau penerima manfaat PKH di berbagai tempat, maka diperlukan keterampilan untuk mengendarai sepeda motor. Sementara itu untuk melaksanakan tugas-tugas administrasi, maka keterampilan mengoperasikan komputer sebagai alat pengolah data. Keterampilan-keterampilan teknis yang dikuasai oleh Pendamping PKH tersebut berpengaruh terhadap keberhasilan PKH. Menurut responden sebanyak 19 persen Pendamping PKH mempunyai keterampilan sangat baik, 64 persen Pendamping PKH mempunyai keterampilan baik dan sebanyak 17 persen responden menyatakan bahwa keterampilan Pendamping PKH cukup baik.

Kesungguhan Pendamping PKH dalam melaksanakan tugas baik tugas pendampingan di lapangan maupun tugas-

Evaluasi Kinerja. Evaluasi kinerja Pendamping PKH dikaitkan dengan tugas Pendamping PKH yaitu; tugas pokok, tugas pengembang, dan tugas penunjang. Pendamping PKH bekerja penuh waktu, menjalankan tugas pokok, tugas pengembangan dan tugas penunjang. Tugas pokok berupa persiapan program, rutin pada proses pembayaran. Tugas pokok merupakan kegiatan yang harus dilakukan oleh pendamping PKH baik dilakukan pada tahap awal pelaksanaan PKH maupun pada saat pelaksanaan pendampingan PKH. Tugas pokok pendamping PKH secara berkala dipantau melalui *checklist* Kegiatan Pendamping (CKP) PKH. *Checklist* Kegiatan Pendamping PKH diisi oleh Pendamping PKH dengan diketahui oleh Koordinator wilayah dan Penanggung Jawab UPPKH Kabupaten/Kota. Catatan tersebut diisi tiap minggu. Pendamping PKH harus mengisi formulir CKP Pendamping PKH tersebut ketika melakukan kegiatan dan formulir tersebut harus ada tanda tangan dan stempel pihak yang berhubungan dengan kegiatan tersebut. Formulir CKP Pendamping PKH tersebut harus dikumpulkan tiap bulan di UPPKH Kabupaten/Kota untuk dilakukan *entri data* ke sistem informasi manajemen PKH secara *online*.

Berdasarkan rekapitulasi CKP pendamping PKH periode Januari 2012 - Mei 2013 paling banyak 54 kegiatan tiap bulan, rata-rata 22 kegiatan dan paling sedikit empat kegiatan tiap bulannya. Dengan rata-rata sebanyak 22 kegiatan tersebut maka tiap minggu paling sedikit lima kegiatan yang dilakukan oleh Pendamping PKH. Kecakapan kerja Pendamping PKH dalam melaksanakan tugasnya, baik tugas pokok, tugas pengembangan dan tugas penunjang. Sebanyak 53 persen responden menjawab kecakapan Pendamping PKH menjawab baik, sementara sebanyak 33 persen menjawab sangat baik dan sebanyak 14 persen menjawab cukup baik. Dengan demikian sebagian besar Pendamping PKH mempunyai

sebanyak 78 persen berpendidikan sosial dari jurusan ekonomi dan pendidikan.

Program Keluarga Harapan yang didukung Pendamping PKH berpendidikan relatif tinggi dan berlatar belakang disiplin ilmu yang mendukung untuk perubahan sikap dan perilaku. Meskipun masih banyak ditemukan Pendamping PKH dengan latar belakang pendidikan SLTA. Hal tersebut disebabkan Pendamping PKH diprioritaskan berasal dari kecamatan dampingan. Sementara itu di kecamatan dampingan tersebut tidak ada pelamar yang berpendidikan D3 atau S1, sehingga di rekrutlah pendamping PKH dengan latar belakang pendidikan SLTA dengan pengalaman pendampingan sebelumnya.

Pendamping PKH yang memiliki masa kerja enam tahun relatif sudah mapan dalam melaksanakan pendampingan. Namun yang dikeluhkan oleh Pendamping PKH yaitu keberlanjutan PKH dan keberlanjutan kegiatan pendampingan. Hal tersebut disebabkan dengan masa kerja dan umur yang relatif tua tersebut agak sulit untuk mendapatkan pekerjaan yang mampu menopang kehidupan pendamping PKH.

Banyaknya pendamping PKH ditentukan dengan banyak RTSM yang ada di kecamatan tersebut. Berdasarkan buku kerja pendamping PKH tahun 2012 rasio antara pendamping dengan RTSM/KSM antara 300-500 RTSM/pendamping. Namun di Kabupaten Bogor rata-rata Pendamping PKH dengan RTSM adalah sebesar 297,69. Di Kecamatan Megamendung ditemukan seorang pendamping PKH mendampingi sebanyak 584 RTSM. Sedangkan di Kecamatan Ciomas ditemukan seorang pendamping PKH mendampingi sebanyak 100 RTSM. Apabila dilihat dari tempat tinggal Pendamping PKH, ternyata hanya 33 persen berasal dari kecamatan lokasi dampingan.

Bidang kesehatan, PKH meningkatkan minat atau kesadaran peserta PKH ibu hamil untuk membawa anak balitanya ke posyandu secara rutin dan membawa anggota keluarganya bila sakit berobat ke Puskesmas dan memperoleh akses pelayanan kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Pada indikator kesehatan di Kabupaten Bogor diketahui terdapat 100 persen balita gizi buruk mendapat perawatan. Cakupan penanganan komplikasi kebidanan mencapai 99,70 persen, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 82,91 persen, dan kunjungan bayi ke layanan kesehatan meningkat menjadi 93,96 persen

Tahun 2013 Pendamping PKH di Kabupaten Bogor tercatat sebanyak 85 orang, terdiri dari 58 orang laki-laki dan 27 orang perempuan. Jika dilihat dari kelompok umur, maka Pendamping PKH di Kabupaten Bogor paling banyak pada kelompok umur 31-35 tahun yaitu sebanyak 35 persen, disusul kelompok umur 26-30 tahun sebanyak 25 persen. Namun ditemukan 18 persen pendamping PKH pada kelompok umur diatas 40 tahun. Dengan demikian pendamping PKH didukung oleh tenaga usia produktif.

Sebagian besar atau 81 persen pendamping PKH Kabupaten Bogor berpendidikan Strata 1 (S1). Dengan demikian pendamping PKH berpendidikan tinggi, namun masih ditemukan sebanyak enam persen berpendidikan SLTA sederajat dan sebanyak satu persen berpendidikan Strata 2 (S2), dan selebihnya Diploma 3 (D3) dan Diploma 1 (D1). Sebanyak 81 persen pendamping PKH Kabupaten Bogor yang berpendidikan Strata 1, berlatar belakang sosial lainnya seperti sarjana pendidikan, sarjana hukum, sarjana ekonomi dan sarjana agama. Ada empat persen berpendidikan sarjana eksakta dan hanya sebanyak tiga persen yang berpendidikan kesejahteraan sosial/pekerja sosial dan pengembangan masyarakat. Pendidikan Diploma 3 (D3)

desa/kelurahan dari 428 desa/kelurahan yang ada di Kabupaten Bogor. Awal pelaksanaan tercatat sebanyak 9.890 RTSM yang tersebar di 11 kecamatan, sampai akhir tahun 2012 jumlah penerima manfaat PKH sebanyak 14.154 RTSM yang tersebar di 20 kecamatan.

Tahun 2013 lokasi PKH di Kabupaten Bogor bertambah menjadi empat kecamatan yaitu: Gunung Putri, Tanjung Sari, Cisarua, dan Babakan Madang. Secara umum dari tahun ke tahun terjadi peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Bogor tidak terlepas dari pelaksanaan PKH. Beberapa komponen indeks pembangunan manusia terpengaruh langsung dari PKH. Komponen tersebut angka melek huruf, rata-rata lama sekolah dan pengeluaran per kapita. Angka melek huruf di Kabupaten Bogor pada tahun 2009 tercatat sebanyak 94,29 persen penduduk Kabupaten Bogor telah melek huruf dan terjadi peningkatan sebanyak 0,97 point menjadi 95,26 persen pada tahun 2012. Pada rata-rata lama sekolah, tahun 2009 tercatat rata-rata lama sekolah 7,54 tahun dan tahun 2012 terjadi peningkatan menjadi 8,12 tahun atau setara dengan kelas 2 SMP. Peningkatan partisipasi sekolah tersebut tidak terlepas dengan PKH yang mensyaratkan penerima manfaatnya menyekolahkan anaknya pada fasilitas pendidikan dasar SD dan SMP.

Peningkatan pengeluaran per kapita Kabupaten Bogor juga meningkat, tahun 2009 dari Rp 628.340,- dan tahun 2012 menjadi Rp 632.170,-. Peningkatan pengeluaran per kapita tersebut tidak terlepas dengan PKH. PKH memberikan bantuan tunai kepada RTSM yang besar nominalnya antara Rp 600.000,- sampai dengan Rp 2.200.000,-/tahun. Bantuan tunai tersebut sebagai skema perlindungan sosial bagi rumah tangga sangat miskin dapat digunakan rumah tangga sangat miskin untuk pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari khususnya untuk kesehatan dan pendidikan.

kesehatan yakni anak-anak harus bersekolah hingga sekolah menengah pertama, anak balita harus mendapatkan imunisasi dan ibu hamil harus memeriksa kandungan secara rutin atau berkala (Togiaratua Nainggolan, dkk; 2012: 144).

Penelitian dari Kharisma (2009) menegaskan bahwa proses penentuan penerima manfaat PKH di Kabupaten Sumba Barat dan Kabupaten Kediri belum tepat dan belum menggambarkan kondisi nyata masyarakat. Banyak peneriman manfaat yang sebenarnya tidak layak untuk menerima PKH, dan sebaliknya keluarga yang layak menerima justru tidak menjadi penerima manfaat PKH (*exclusion and inclusion error*). Ditemukan juga lemahnya koordinasi lintas sektor. Bappenas (2009), menyimpulkan bahwa PKH berhasil meningkatkan angka kunjungan Posyandu, pemantauan tumbuh kembang anak, serta kegiatan imunisasi, akan tetapi pengaruh terhadap indikator pendidikan relatif kecil. *Spot cek* UPPKH (2009) menunjukkan bahwa dalam hal kewajiban penerima manfaat di Kabupaten Karawang termasuk kelompok rendah pada layanan kesehatan dan paling rendah terhadap layanan pendidikan. Namun Simanjuntak (2010) menyimpulkan bahwa penerima dana PKH belum memberikan pengaruh terhadap perbaikan pola asuh belajar anak di rumah, kehadiran anak di sekolah, dan prestasi belajar anak (Togiaratua Nainggolan, dkk; 2012: 145).

3. Pendamping Program Keluarga Harapan

Pelaksanaan PKH di Kabupaten Bogor dimulai sejak tahun 2007 (Habibullah dan Ivo Noviana; 2012). Tahun 2012, lokasi PKH tersebar di 20 kecamatan dari 40 kecamatan yang ada di Kabupaten Bogor. Lokasinya yaitu: di Cariu, Megamendung, Ciawi, Ciomas, Dramaga, Ciampea, Gunung Sindur, Ciseeng, Cigombong, Tenjolaya, Leuwisadeng, Kemang, Rancabungur, Bojong Gede, Tajur Halang, Cibinong, Suka Makmur, Jasinga, Rumpin, dan Taman Sari. Penerima manfaat tersebar di 202

3) Efektivitas program terjadi di daerah yang tingkat pelayanannya, baik infrastruktur maupun tenaga medis lebih siap.

2. Dampak Program Keluarga Harapan

Penelitian yang dilakukan dengan judul penelitian Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa secara umum PKH telah berdampak positif bagi RTSM. Ada perbedaan signifikan antara kondisi RTSM sebelum PKH dengan sesudah PKH dalam indikator-indikator partisipasi bidang kesehatan dan bidang pendidikan. Kondisi sesudah PKH lebih baik daripada kondisi sebelum PKH. Namun demikian, PKH belum berdampak positif terhadap status sosial ekonomi RTSM. Jumlah bantuan PKH memiliki korelasi prediktif yang dinamis dengan partisipasi RTSM peserta PKH dalam bidang pendidikan maupun kesehatan. Jumlah bantuan di samping berdampak langsung, juga berdampak tidak langsung terhadap partisipasi RTSM melalui efek mediasi persepsi RTSM tentang bantuan seperti kecukupan, keadilan, kesesuaian, dan ketepatan waktu; manfaat PKH seperti fisik, psikis, dan sosial, persepsi tentang pendampingan, serta ketangguhan RTSM (Togiaratua Nainggolan, dkk; 2012: 183 - 184).

Merujuk pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, PKH menjadi model jaminan yang unik. Di satu sisi, PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan (*life survival*) dalam memenuhi kebutuhan dasar utama pendidikan dan kesehatan. Di sisi lain, PKH bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan rumah tangga miskin agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui promosi kesehatan dan mendorong anak bersekolah. Dana yang diberikan kepada RTSM secara tunai melalui Kantor Pos dimaksudkan agar penerima manfaat dapat mengakses fasilitas pendidikan dan

Penelitian terdahulu berdasarkan laporan dan hasil penelitian terkait langsung dengan pelaksanaan Program Keluarga Harapan.

1. Pelaksanaan Program Keluarga Harapan

Berdasarkan evaluasi Bappenas (2013; 12 - 16) Program Keluarga Harapan penting dengan tiga alasan. *Pertama*, PKH dirancang dan ditargetkan untuk mensasar RTSM. *Kedua*, beberapa evaluasi menunjukkan keberhasilan PKH dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan pendidikan dan kesehatan bagi RTS. Hasil resertifikasi menunjukkan 47 persen peserta kohor 2007 telah meningkat kesejahteraannya atau tidak miskin lagi. *Ketiga*, Komplementasi program-program lainnya dalam mendukung peningkatan kesejahteraan RTSM penerima PKH tidak Optimal. Resiko kerentanan RTSM cukup besar dibanding manfaat yang diterima melalui PKH.

Dampaknya (Bappenas; 2013: 10);

- a. Dampak PKH terhadap tingkat pengeluaran RTSM;
 - 1) Total pengeluaran RTSM penerima PKH meningkat rata-rata Rp 19.000,-/kapita/bulan atau meningkat 10 persen dari kondisi *baseline*,
 - 2) RTSM umumnya menggunakan untuk makanan, keperluan kesehatan, dan keperluan non makanan lainnya,
 - 3) Tidak ada perubahan pengeluaran pendidikan, tidak ada indikasi pengeluaran non produktif (rokok, alkohol).
- b. Terhadap kesehatan;
 - 1) Terjadi kenaikan tingkat pemeriksaan *pre natal* 9 - 13 persen, *post natal* 21 persen, kelahiran dibantu tenaga medis 5 persen, penimbangan balita 22 persen, dan balita mendapatkan vaksin komplit meningkat 11 persen,
 - 2) Tetangga penerima PKH juga ikut meningkat kesadarannya pemeriksaan rutin ibu hamil meningkat empat persen, dan penimbangan balita meningkat tujuh persen,

diperlukan sasaran pelayanan harus segera diberikan cepat dan tuntas.

3. Model integrasi (*integrated model - one desk multi functions*). Model pelayanan sosial integrasi (*integrated model*) - *one desk multi function*. Hampir sama dengan model sebelumnya, bahwa model integrasi *one desk multi function* dilakukan dalam satu atap. Meja pelayanan hanya satu untuk menangani berbagai masalah dan kebutuhan sasaran pelayanan. Asumsi yang mendasari model pelayanan ini adalah bahwa seringkali sasaran pelayanan merasa frustrasi dan bingung karena terdapat berbagai meja pelayanan yang sesuai dengan masalah dan kebutuhannya.
4. Model multi level, multi aktor, dan multi sektor. Model multi level, multi aktor, dan multi sektor. Asumsi yang mendasari model ini adalah bahwa pelayanan sosial tidak hanya terbatas kepada sasaran penerima pelayanan yang datang ke sasaran pelayanan, melibatkan berbagai disiplin profesi dan perlu melibatkan berbagai sektor yang mempunyai pelayanan sejenis.

D. Penelitian Terdahulu

Percontohan Program Keluarga Harapan dilakukan mulai tahun 2007 di tujuh provinsi yaitu; DKI Jakarta, Sumatera Barat, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, dan Gorontalo. Berjumlah 388.751 RTSM, transisi 202.413 RTSM (52,07 persen) dan graduasi 186.338 RTSM (47,93 persen). Peserta selalu diresertifikasi sebagai penilaian ulang status sosial ekonomi peserta PKH. Sebagai masukan (*input*) penetapan status kepesertaan yang dilaksanakan tahun kelima atau setahun sebelum enam tahun kepesertaan. Tujuannya; penilaian status sosial ekonomi peserta, identifikasi program-program perlindungan sosial yang diakses atau dibutuhkan peserta; pemutakhiran data keluarga peserta PKH.

pelayanan terpadu satu pintu, seluruh perizinan dan non-perizinan yang menjadi kewenangan kepala daerah, dapat terlayani dalam satu lembaga.

Berkaitan dengan hasil dari proses pelayanan terpadu menurut OMSSA (2007) (Indah Huruswati, dkk; 2013: 34 - 35), bahwa *out come* dari pelayanan sosial terpadu meliputi; *pertama*, bagi penerima pelayanan; (1) terpenuhinya kebutuhan untuk setiap orang yang mendapat pelayanan; (2) tercapainya tujuan orang yang mendapatkan pelayanan; (3) dapat memenuhi kebutuhan penerima pelayanan lebih tepat waktu; (4) stabilitas meningkat untuk orang yang mendapatkan pelayanan; dan (5) meningkatnya kepuasan penerima pelayanan. *Kedua*, bagi masyarakat, *out come* yang diperoleh masyarakat meliputi; (1) meningkatnya modal sosial; (2) meningkatnya sumber daya yang sulit dengan mengurangi duplikasi pelayanan, dan mengefektifkan respon kepada kebutuhan masyarakat; dan (3) mengurangi penggunaan pelayanan kristis melalui respon yang tepat waktu sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Ragan (2003) implementasi pelayanan pelayanan sosial terpadu (*one stop services*) memiliki empat model alternatif (Indah Huruswati, dkk; 2013: 39 - 41) yaitu;

1. Model jaring laba-laba (*spider web - leading sector*).

Model jaring laba-laba - *leading sector*, pelayanan sosial didasarkan pada adanya *leading* sektor sebagai instansi atau lembaga pelayanan sosial utama diikuti oleh sektor-sektor lain sebagai *supporting system*.

2. Model jaring laba-laba - satu atap (*one stop office multi desk - multi function*).

Model jaring laba-laba (*spider web*) satu atap (*one stop office multi desk - multi function*). Asumsi yang mendasari model ini adalah pelayanan sosial harus mudah dijangkau, cepat, dan tuntas. Penanganan masalah dan pemenuhan kebutuhan yang

Menurut Sadu (2008) (Komite Pemantau Otonomi Daerah; 2012: 4 - 5), model pelayanan perizinan terpadu dapat dibedakan menjadi dua pola, yaitu pelayanan terpadu satu atap (*one roof service*) dan pelayanan terpadu satu pintu (*one stop service*). Pola Pelayanan Terpadu Satu Atap (PTSA) merupakan sistem pelayanan yang diselenggarakan dalam satu tempat yang meliputi berbagai jenis pelayanan yang tidak memiliki keterkaitan proses yang dilayani melalui beberapa pintu atau unit pelayanan mandiri. Adapun pola Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) merupakan pelayanan publik yang diselenggarakan pada suatu tempat yang meliputi berbagai jenis pelayanan yang memiliki keterkaitan proses dan dilayani melalui satu pintu. Ada beberapa aspek yang membedakan antara konsep PTSA dengan PTSP, yakni wewenang dan penandatanganan, koordinasi, prosedur pelayanan, pengawasan, standar pelayanan, kelembagaan, pencapaian target penerimaan retribusi dan status kepegawaian. Perbedaan pada aspek aspek Meskipun tempat pelayanan disatukan dalam satu tempat, tetapi pada PTSA wewenang dan penandatanganan masih tetap berada pada SKPD teknis terkait lainnya. Berbeda halnya dengan PTSA, lembaga PTSP memiliki semua otoritas yang diperlukan untuk memberi berbagai perizinan (*licenses, permits, approvals and clearances*).

Di DKI Jakarta, dengan adanya otoritas yang mampu menangani semua urusan tersebut, PTSP sebagai sebuah kelembagaan akses tunggal yang dapat mengatur berbagai regulasi selama proses. Oleh sebab itu, dalam hal ini instansi tersebut dapat menyediakan semua bentuk perizinan yang diperlukan dalam berbagai tingkat administrasi, maka instansi ini tidak perlu bergantung pada otoritas lain. Pelayanan perizinan dengan sistem terpadu satu pintu (*one stop service*) membuat waktu pembuatan izin menjadi lebih singkat. Hal ini, antara lain, disebabkan pengurusan administrasi berbasis teknologi informasi, *in put* data cukup dilakukan sekali, dan administrasi bisa dilakukan secara simultan. Adanya kelembagaan

(Brinkenhoff, 1985) sebagai proses untuk memperbaiki kemampuan lembaga guna mengefektifkan penggunaan sumber daya manusia dengan keuangan yang tersedia. Tujuan utama pengembangan merupakan proses dalam menciptakan pola baru kegiatan dan perilaku yang bertahan dari waktu ke waktu karena didukung oleh norma, standar, dan nilai-nilai dari dalam (Ajat S Kurnia, 2012: 128 - 129).

Pengembangan kapasitas merupakan pendekatan pembangunan dimana semua orang mempunyai hak sama terhadap sumber daya dan menjadi perencana pembangunan. Oleh karena itu pengembangan kapasitas menurut Eadge (1997) diantaranya, jika pengembangan kapasitas adalah tujuan akhir itu sendiri, maka pilihan politik memerlukan tujuan yang jelas dan analisis kontekstual terhadap bagian dari lembaga intervensi. Fokusnya adalah misi organisasi yang berimbang dan pertautannya dengan lingkungan eksternalnya, strukturnya, dan aktivitasnya. Kriteria efektivitasnya akan berhubungan dengan faktor luar di mana misi itu dirasakan tepat, masuk akal, dan terpenuhi (Ajat S Kurnia, 2012: 145 - 146).

Keberadaan suatu lembaga atau organisasi secara terorganisir memberi peluang dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Pelaksanaan pelayanan sosial juga akan terbantu yang memungkinkan suatu lembaga dapat meningkatkan kepercayaan terhadap pelaksanaan dalam penanggulangan kemiskinan.

C. Pelayanan Terpadu

Pelayanan terpadu di beberapa daerah sudah dimulai. Kebanyakan terkait dengan perijinan usaha, namun pelayanan terpadu terkait dengan pelayanan kesejahteraan sosial masih sedikit. Oleh karena itu ada baiknya pelayanan kesejahteraan sosial dapat belajar dari pelayanan terpadu tentang perizinan dalam hal tertentu seperti modelnya dan pelayanan yang diberikan.

Pendekatan sistem (Eriyatno, 1999; Koeswadji; 1993) dipahami sebagai “pengorganisasian dari bagian-bagian yang saling berhubungan dan saling menggantungkan diri antara yang satu dengan yang lain dan membentuk satu kesatuan. Sistem merupakan suatu entitas atau konsep yang merupakan himpunan dari bagian-bagian yang saling berkaitan, dipadukan ke dalam suatu kesatuan yang bulat dan utuh, untuk melakukan kegiatan transformasi atau proses merubah masukan menjadi keluaran dan dalam batas lingkup ruang dan waktu tertentu, berinteraksi dengan lingkungan dan dikendalikan oleh mekanisme kontrol yang mengerahkan kepada pencapaian sasaran dan tujuan bersama.

Kegiatan tersebut sebagai implementasi Undang-Undang RI Nomor 11 Tahun 2009, khususnya Pasal 1, ayat 2, bahwa penyelenggaraan kesejahteraan sosial adalah upaya yang terarah, terpadu, dan berkelanjutan yang dilakukan pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial. Mencermati pelaksanaan kegiatan Pelayanan Terpadu dan Gerakan Masyarakat peduli Kabupaten/Kota Sejahtera (Pandu Gempita) yang dilaksanakan tahun 2013. Tujuannya membangun kerjasama dalam pelaksanaan, pembinaan dan pengembangan pelayanan terpadu dan gerakan masyarakat peduli kabupaten/kota sejahtera yang terindikasi pada;

1. Terciptanya model pengembangan kebijakan, strategi dan program kesejahteraan sosial menuju kabupaten/kota sejahtera,
2. Terselenggaranya pelayanan sosial secara terpadu dan gerakan masyarakat peduli kabupaten/kota sejahtera dalam rangka menanggulangi masalah kemiskinan dan masalah sosial lainnya.

Pengembangan kelembagaan (*institutional development*) atau pembinaan kelembagaan (*institutional building*) didefinisikan

melalui partisipasi aktif dan inisiatif dari masyarakat. Kaitan dengan sejarah pengorganisasian masyarakat di Amerika (Cox dan Garvin, 1987) perkembangan pengorganisasian masyarakat (*community organization*) kegiatan pada komunitas telah pula melibatkan tenaga profesional yang bekerjasama dengan masyarakat dari komunitas tersebut (*indigenous*) (Isbandi Rukminto Adi, 2001: 137 - 138).

Sedangkan pengembangan organisasi dapat saja dilakukan. Kegiatan PKH didukung tuga aspek yaitu; sumber daya manusia, struktur organisasi, sarana dan prasarana. Ketidak pastian masa depan dan kebutuhan perubahan (Nevrizond Chatab; 2009; 10 - 11; 128) seharusnya dipandang sebagai kesempatan untuk menciptakan nilai lebih secara efektif dalam suatu lingkungan yang dinamis bukan bukan sebagai sumber daya yang tidak sesuai (cocok) yang menimbulkan tekanan atau ketegangan. Jika organisasi ingin tetap "*survive*", maka organisasi harus berinteraksi terhadap perubahan-perubahan. Agar kegiatan implementasi perubahan lancar dan efektif, umpan balik atau tanggapan dan hasil yang diperoleh setiap fungsional manajemen bisnis, ditelaah, *direview* dan dijadikan ataupun dipantau dan diaudit kecenderungan pergerakan dan peningkatannya. Kajian, evaluasi dan perbaikan atau koreksi terhadap implementasi perubahan dapat dilaksanakan hanya pada proses interpretasi dan implementasi, proses mendiagnosis ataupun pada pilihan perspektif dari kerangka perubahan bersaing.

Schuler (1992) mengartikan manajemen sumber daya manusia merupakan pengakuan tentang pentingnya tenaga kerja organisasi sebagai sumber daya manusia dalam memberi kontribusi bagi tujuan-tujuan organisasi, dan menggunakan beberapa fungsi dan kegiatan untuk memastikan bahwa sumber daya manusia tersebut digunakan secara efektif dan adil bagi kepentingan individu, organisasi, dan masyarakat (Edy Sutrisno; 2009: 6).

3. Semua pihak terkait diberikan informasi yang cukup untuk melaksanakan dan memperbaiki program,
4. Pelaksanaan UPPKH mengikuti arahan kebijakan dan prosedur yang ditentukan oleh Tim Pengarah dan berkoordinasi dengan Tim Teknis Pusat,
5. Organisasi terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, dan Sekretaris. Selain itu ditambah dengan personil terdiri dari; pegawai, tenaga ahli, dan tenaga operator.

Sedangkan UPPKH Provinsi terdiri atas; Pengarah, Ketua, Sekretaris dan di bawahnya ada lima bidang yaitu; Bidang Data, Bidang SPM, Bidang Penyaluran Bantuan, Bidang Verifikasi, Bidang Monitoring dan Evaluasi. Beda lagi pada UPPKH Kabupaten/Kota terdiri atas; Pengarah, Ketua, Sekretaris, Bidang Data dan Sistem Pengaduan Masyarakat (SPM), Bidang Penyaluran Bantuan, dan Bidang Verifikasi. Khusus Bidang Data dan SPM membawahi Koordinator Pendamping dan Operator. Struktur UPPKH Kecamatan terdiri atas; Koordiantor Pendamping yang bekerjasama dengan beberapa pendamping yang ada di wilayah kerja. Tugas dan tanggung jawab UPPKH Kecamatan secara umum melaksanakan tugas pendampingan kepada peserta PKH dengan wilayah kerja meliputi seluruh desa/kelurahan dalam satuan kerja wilayah kecamatan yang diatur oleh Ketua UPPKH Kabupaten/Kota. UPPKH Kecamatan bertanggung jawab kepada UPPKH Kabupaten/Kota (Direktorat Jaminan Sosial: 2013a; 50 - 51).

B. Pengembangan

Pengembangan; proses, cara, perbuatan pengembangan (Anton M Mulyono, dkk; 1999: 414). Pengembangan berkaitan dengan masyarakat dan organisasi perlu difahami secara bersama. Defenisi pengembangan masyarakat yang lebih singkat dimulai tahun 1948, pengembangan masyarakat adalah suatu gerakan yang dirancang guna meningkatkan taraf hidup keseluruhan masyarakat

Berkaitan dengan nama lembaga UPPKH yang diawali dengan kata unit, maka UPPKH adalah suatu organisasi yang mencapai tujuan tertentu. Menurut beberapa ahli;

1. Organisasi (Wexley dan Yuki; 1984) adalah suatu pola kerjasama antara orang-orang yang terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang saling berhubungan untuk mencapai tujuan tertentu (Azhar Kasim; 1993; 1).
2. Secara sosiologi organisasi merupakan pengaturan dari bagian-bagian yang saling berhubungan secara fungsional. Pengorganisasian (Edy Sutrisno; 2009: 9) adalah kegiatan untuk mengatur pegawai dengan menetapkan pembagian kerja, hubungan kerja, delegasi wewenang, integrasi, dan koordinasi dalam bentuk organisasi. Organisasi hanya merupakan alat untuk mencapai tujuan. Organisasi yang baik akan membantu terwujudnya tujuan secara efektif.

Keberadaan suatu lembaga atau organisasi secara terorganisir memberi peluang dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Pelaksanaan pelayanan sosial juga akan terbantu yang memungkinkan suatu lembaga dapat meningkatkan kepercayaan terhadap pelaksanaan dalam penanggulangan kemiskinan.

Pengertian unit; bagian terkecil dari pada sesuatu yang dapat berdiri sendiri; satuan. Unit kerja; satuan (regu) (Anton M Mulyono; 1999:992). Kelembagaan UPPKH Pusat terdiri atas; Tim Pengendali, Tim Pengarah, Tim Koordinasi Teknis Pusat, dan satu UPPKH Pusat. Semua tim mempunyai tugas dan fungsi masing-masing. Khususnya UPPKH Pusat adalah pelaksana program yang berada di bawah kendali Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial RI. Tujuan utama untuk memastikan bahwa (Direktorat Jaminan Sosial, 2013a: 13 - 14);

1. Pelaksanaan PKH berjalan lancar dan sesuai dengan rencana,
2. Berbagai masalah yang ada dapat diselesaikan dengan baik, cepat, dan tepat,

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN PENELITIAN

Kajian terhadap UPPKH diawali dengan meninjau pemahaman unit kerja tersebut sebagai bagian dalam pelaksanaan memberikan bantuan dan jaminan sosial terhadap sasarannya. Bahasan kajian meliputi lembaga, pengembangan, dan keterpaduan.

A. Lembaga

Terdapat tiga istilah yang memiliki makna hampir sama. *Pertama*, istilah lain lembaga yaitu *institution* (Lembaga) kompleks kegiatan-kegiatan kooperatif (Soerjono Soekanto; 1983: 155). Tercantum dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) institut; 1. Organisasi, badan, atau perkumpulan yang berujuan melakukan suatu penyelidikan ilmiah; 2. Organisasi, badan, atau perkumpulan yang bertujuan menyelenggarakan usaha pendidikan, kebudayaan, sosial, persahabatan (antar bangsa) rehabilitasi dan sebagainya. Istilah lembaga; badan (organisasi) yang tujuannya melakukan suatu penyelidikan keilmuan atau melakukan usaha (Anton M Mulyono, dkk; 1999: 334, 512).

Kedua, istilah organisasi; 1. Kesatuan (susunan dan sebagainya) yang terdiri atas bagian-bagian (orang dan sebagainya) dalam perkumpulan dan sebagainya untuk mencapai tujuan tertentu; 2. Kelompok kerjasama antar orang yang diadakan untuk mencapai tujuan bersama (Anton M Mulyono, dkk; 1999: 630). Arti yang sama, *organization* (Organisasi); 1. Sistem sosial yang dibentuk untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu; 2. Suatu kelompok yang mempunyai diferensiasi peranan. Organisasi terdiri atas dua; organisasi formal dan organisasi informal (Soerjono Soekanto; 1983: 239).

Tabel 1. Tahapan Pelaksanaan Penelitian, 2014

No	Tahapan	September	Oktober	November
A.	Persiapan 15 hari	■		
	1. Studi dokumentasi	■		
	2. Penyusunan Rancangan	■		
	3. Administrasi & Persuratan	■		
B.	Pengumpulan data (8 hari)		■	
	1. Pertemuan Koordinasi		■	
	2. Wawancara & pengamatan		■	
	3. Pembahasan Hasil Penelitian		■	
C.	Pelaporan (12 hari)			■
	1. Pengolahan data			■
	2. Pembahasan Penelitian			■
	3. Penyempurnaan Laporan Penggandaan			■

Pusat dan instansi pemerintah dan lembaga yang ditentukan yaitu; Direktorat Jaminan Sosial, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), dan Tim UPPKH Pusat. Masing-masing berjumlah satu orang. *Kedua*, dua informan daerah terdiri dari; Kepala Bidang Perlindungan dan Jaminan Sosial, Koordinator Wilayah UPPKH, Tim UPPKH provinsi dan kabupaten/kota.

Lokasi penelitian dipilih secara *purposive* dengan ketentuan provinsi yang sudah melaksanakan PKH sejak tahun 2007 dan yang baru melaksanakan tahun 2013. Ditetapkan lokasi yang menjadi analisis yaitu dua provinsi; Sumatera Barat dan Sulawesi Barat. Lokasi provinsi itu dipilih kabupaten yang telah melaksanakan kegiatan PKH. Kemudian peneliti mendapat kesempatan beberapa kabupaten/kota yang diamati yaitu; Kota Jakarta Utara, Kota Sukabumi, Kabupaten Sragen, Kabupaten Sampang, dan Kabupaten Berau.

Organisasi penelitian terdiri dari;

Penanggung Jawab : Kepala Puslitbangkesos
Pembimbing : Dra. Emmy Widayanti, MPd
DR. M.O.Royani
Ketua : Drs. Achmadi Jayaputra, MSi
Anggota : Habibullah, M.Kesos
Muslim Sabarisman, AKS

Penelitian ini berlangsung selama 35 hari dengan terdiri atas tiga tahap yaitu; persiapan, pelaksanaan, dan pelaporan.

B. Tujuan dan Manfaat

Dua tujuan penelitian yang akan dicapai yaitu; menganalisis potensi dan peluang UPPKH sebagai unit pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan, dan menyusun konsep pelayanan terpadu melalui terkait dengan pengembangan UPPKH.

Manfaat praktis ditujukan terhadap unit operasional di Kementerian Sosial RI dan pemerintah daerah terkait dengan pelaksanaan dan pengembangan UPPKH. Manfaat akademis, penelitian ini menjadi bahan studi lebih lanjut dalam mempelajari pelaksanaan PKH dari aspek yang dianggap penting.

C. Metode

Metode evaluasi kebijakan dengan memahami dari peluang dan potensi UPPKH akan menjadi pusat pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan. Evaluasi ini melihat dari; *strengths, weakness, opportunities, problems, and actions* (SWOPA). Istilah yang hampir sama yaitu; *strengths, weakness, opportunities, threats* (SWOT) (Harry Hikmat; 2006; 27 - 28; Nevizond Chatab; 2009; 48). Dengan kata lain melihat tentang kekuatan, kelemahan, peluang, dan tantangan. Kesemuanya terkait dalam lima aspek yaitu; hukum atau peraturan perundang-undangan, program yang dilaksanakan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, informasi dan teknologi.

Pengumpulan data, data dilakukan dengan tiga cara yaitu; studi dokumentasi, wawancara, dan diskusi. Studi dokumentasi dengan mempelajari buku dan informasi lain terkait dengan materi penelitian. Wawancara akan dilakukan terhadap informan terpilih sesuai dengan kriteria yang ditentukan. Diskusi kelompok terarah diadakan dengan pelaksana UPPKH daerah dan unsur instansi terkait pemerintah lainnya pemerintah.

Informan. Informan peneliti secara kewilayahan terbagi dua. *Pertama*, informan pusat terdiri atas pelaksana kegiatan UPPKH

UPPKH sebagai pusat pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan diperlukan.

A. Permasalahan

Berdasarkan pengamatan pelayanan sosial yang dilakukan melalui PKH, sebagian menunjukkan jangkauan kerja pendamping telah mencapai tingkat desa dan langsung berhadapan dengan penerima manfaat. Hal ini didukung dengan keberadaan pendamping dengan kualifikasi pendidikan tertentu dan sarana yang diberikan Kementerian Sosial RI.

Jika organisasi ingin tetap “*survive*”, maka organisasi harus berinteraksi terhadap perubahan-perubahan. Selanjutnya setiap perubahan tentunya diikuti pula dengan penolakan. Di lain pihak umumnya individu dan organisasi menyukai situasi stabil. Selain itu Semua potensi sumber daya manusia tersebut berpengaruh terhadap upaya organisasi dalam mencapai tujuan. Sumber daya manusia adalah “pegawai yang siap, mampu dan siaga dalam mencapai tujuan-tujuan organisasi”. Dimensi pokok sumber daya manusia adalah kontribusinya terhadap organisasi, sedangkan dimensi pokok manusia adalah perlakuan kontribusi yang pada gilirannya akan menentukan kualitas dan kapabilitasnya (Neo\vrizond Chatab; 2009: 10 - 11; Edy Sutrisno; 2009: 3 - 4).

Pelaksanaan kegiatan PKH selama ini terpusat. Artinya semua kegiatan yang dilaksanakan berasal dari UPPKH Pusat, sehingga UPPKH Provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan tinggal melaksanakan ke sasaran yang sudah ditentukan. Ada ide yang menginginkan UPPKH akan dijadikan sebagai lembaga yang berfungsi sebagai pusat pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan. Selama ini belum ada yang mempelajari tentang pengembangan kelembagaan UPPKH. Oleh karena itu permasalahannya; bagaimana potensi dan peluang UPPKH sebagai pusat pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan?, dan bagaimana konsep pelayanan terpadu melalui UPPKH?

sebaliknya UPPKH Pusat dan UPPKH Provinsi secara langsung boleh saling berhubungan dengan operator dan pendamping.

3. Pelaksanaan kegiatan di lapangan kadang-kadang terkendala dengan kepentingan instansi masing-masing, sehingga memerlukan penjelasan yang dimengerti bersama. Sebagai faktor penghambat antara lain; tidak semua wilayah memiliki fasilitas, sarana dan prasarana pendidikan dan kesehatan yang memadai, kondisi alam yang sulit dijangkau - sementara alat transportasi umum untuk mencapai lokasi tidak ada (Habibullah, dan Ivo Noviana; 2013: 5).

Keterangan tersebut dipandang dari dua sisi. *Pertama*, pelaksanaan PKH memiliki potensi yang sangat baik terhadap keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan atau bantuan sosial. Ditunjukkan dengan tersalurkannya bantuan sosial kepada keluarga sangat miskin, sehingga program tersebut berlangsung terus. Apalagi ada penilaian yang dilakukan pelaksana kegiatan, sehingga PKH benar-benar sampai ke sasaran yang ditetapkan. *Kedua*, dalam pelaksanaan PKH terdapat kendala yang muncul. Terutama kesiapan daerah dan sarana yang tersedia. Diperoleh keterangan, bahwa tidak semua pemerintah daerah siap dengan pelaksanaan PKH. demikian sarana yang disediakan ada yang belum sesuai dengan keperluan.

Berdasarkan keterangan tersebut pelaksanaan PKH berdampak bagi kehidupan keluarga sangat miskin dalam meningkatkan kehidupannya. Secara kelembagaan UPPKH dimungkinkan berkembang sebagai suatu lembaga tersendiri karena karena sasaran program tersebut sudah jelas yaitu keluarga sangat miskin. Selain itu cakupan wilayahnya sangat luas sampai ke pelosok desa/kelurahan atau kampung karena jangkauan pelayanan harus harus tepat sampai sasaran. Peningkatan pelayanan terhadap masyarakat yang memerlukan bantuan sangat dinanti-nanti.

Oleh karena itu, jika ada satu unit kerja yang melakukan pelayanan terpadu, maka dimungkinkan adanya lembaga pelayanan kesejahteraan sosial terhadap masyarakat miskin atau keluarga miskin. Dengan demikian, perlu dan pentingnya kajian terhadap pengembangan lembaga

mencapai 2.400.000 RTSM dalam 336 kabupaten/kota mencakup 34 provinsi di Indonesia. Kemudian diperkirakan tahun 2014 akan mencapai 3.200.000 RTSM (Direktorat Jaminan Sosial; 2013).

Sebagai program berbasis keluarga, PKH merupakan poros program perlindungan sosial yang memiliki potensi infrastruktur mumpuni sebagai embrio pengembang dan perluasan layanan satu atap (*one stop services*). PKH diharapkan lahir sistem perlindungan sosial yang komprehensif bagi pengembangan kehidupan keluarga, terutama keluarga sangat miskin dan rentan. Sejak tahun 2012 Program Keluarga Harapan telah disepakati menjadi program nasional dengan alasan; Program Keluarga Harapan telah menjangkau seluruh provinsi di Indonesia, dan pelaksanaan Program Keluarga Harapan dilakukan secara bersama-sama oleh masing-masing kementerian/lembaga sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing (Direktorat Jaminan Sosial; 2013; Habibullah, dan Ivo Noviana; 2013:1, 2).

Beberapa keterangan tentang pelaksanaan kegiatan PKH;

1. Sasaran bantuan jaminan sosial mengalami penambahan, sehingga keluarga yang mendapat bantuan akan menjadi embrio dalam penanggulangan kemiskinan dengan tambahan variasi perhatian terhadap disabilitas, lanjut usia dan perlindungan anak. Selain itu (Togiaratua Nainggolan, dkk; 2013: 127) ada perbedaan signifikan antara kondisi RTSM sebelum menjadi peserta dengan sesudah PKH dalam indikator-indikator partisipasi bidang kesehatan dan bidang pendidikan.
2. Didukung dengan sumber daya manusia (Istiana Hermawati; 2012; Habibullah, dan Ivo Noviana; 2013: 4) dengan kualitas yang memadai seperti sekretariat, operator, dan pendamping PKH 88,63 persen berpendidikan Diploma dan Sarjana. Tentunya didukung sumber daya manusia lainnya seperti guru, dokter dan bidan. Petugas didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai (Istiana Hermawati; 2012). Misalnya di lapangan operator dapat memberikan data dan informasi langsung ke UPPKH Pusat atau

BAB I

PENDAHULUAN

Berbagai upaya telah dilakukan dalam menanggulangi kemiskinan, terutama melalui rehabilitasi sosial, pengembangan atau jaminan dan perlindungan sosial/pemberdayaan sosial, dan bantuan sosial. Khusus dalam pemberian perlindungan sosial sejak tahun 2007 telah dilaksanakan kegiatan percontohan dengan sebutan Program Keluarga Harapan (PKH). Program Keluarga Harapan dilaksanakan Direktorat Jaminan Sosial di Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial RI. Didukung Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Komunikasi dan Informasi, Badan Pusat Statistik (BPS), dan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), serta pemerintah daerah.

Sebagai sebuah program, Program Keluarga Harapan merupakan program bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga/Keluarga Sangat Miskin (RTSM) atau kelompok masyarakat yang berada pada Kluster 1. Peserta Program Keluarga Harapan yang memenuhi syarat yaitu: ibu hamil/ibu menyusui/ibu nifas/anak balita, anak usia 5 - 7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah), anak SD/MI (Usia 7 - 12 tahun), anak SLTP/MTs (usia 12 - 15 tahun) dan anak usia 15 - 18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar (Direktorat Jaminan Sosial; 2013a).

Realisasi peserta PKH tahun 2007 tercatat 387.947 RTSM pada tujuh provinsi dan 48 kabupaten. Setiap tahun pelayanan terhadap keluarga miskin mengalami penambahan, tahun 2008 mencapai 620.848 RTSM yang berada dalam 13 provinsi dan 70 kabupaten/kota, dan tahun 2010 sudah mencapai 774.293 RTSM yang berada dalam 20 provinsi dan 88 kabupaten/kota. Sementara tahun 2013

DAFTAR PUSTAKA	99
BIODATA PENULIS	102
INDEK	106

DAFTAR ISI

PENGANTAR EDITOR	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Permasalahan	4
B. Tujuan dan Manfaat	5
C. Metode	5
BAB II. KAJIAN PUSTAKA DAN PENELITIAN	8
A. Lembaga	8
B. Pengembangan	10
C. Pelayanan Terpadu	13
D. Penelitian Terdahulu	16
BAB III. KEBIJAKAN PROGRAM BANTUAN	37
A. Program Bantuan Bersyarat	37
B. Kebijakan	43
C. Program Keluarga Harapan	45
BAB IV. KEGIATAN DI DAERAH	56
A. Sumatera Barat	56
B. Sulawesi Barat	62
BAB V. PENGEMBANGAN LEMBAGA	78
A. Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (Status Quo)	78
B. Gabungan Unit Kerja	81
BAB VI. PENUTUP	93
A. Kesimpulan	93
B. Rekomendasi	94

KATA PENGANTAR

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa. Karena atas bantuan dan rahmat-Nya, akhirnya buku penelitian tentang Pengembangan Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan sebagai Pusat Pelayanan Terpadu dalam Penanggulangan Kemiskinan dapat sesuai dengan yang diharapkan.

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa UPPKH sudah terbentuk dari tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, sampai kecamatan. Selain itu pelayanan terpadu menjadi peluang dalam meningkatkan pelayanan kesejahteraan bagi masyarakat miskin. Jadi UPPKH secara potensial dapat dikembangkan dengan Pusat Pelayanan Terpadu untuk Penanggulangan Kemiskinan dengan syarat melakukan penyesuaian dalam aspek hukum, partisipasi pemerintahan daerah, pengembangan kegiatan, penyediaan sarana dan prasarana. Secara teknis Direktorat Jaminan Sosial dengan direktorat-direktorat lain yang menangani kemiskinan, baik di Kementerian Sosial maupun kementerian/lembaga lain dapat memahasnya secara lebih mendalam.

semoga penelitian ini dapat memberikan inspirasi dan masukan bagi pengguna dan pemangku kepentingan untuk memanfaatkannya.

Disamping itu, kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian buku ini diucapkan terima kasih. Tak lupa menerima masukan demi penyempurnaan buku ini. Atas Kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jakarta, Desember 2014
Pusat Penelitian dan Pengembangan
Kesejahteraan Sosial
Kepala,


DR. DwiHeru Sukoco, M.Si

menunjukkan kebijakan yang masih satu arah dengan kemungkinan pengembangan UPPKH sebagai pusat pelayanan terpadu. Oleh karena itu masih perlu satu tahap penting dengan memunculkan prakarsa koordinasi kegiatan di lapangan, sehingga diperlukan uji coba pelaksanaan kegiatan antara UPPKH dengan unit operasional di lingkungan Kementerian Sosial RI.

Walaupun demikian, peneliti telah menunjukkan kinerja yang baik dalam melakukan pengumpulan data tentang pemikiran pengembangan UPPKH menjadi pusat pelayanan terpadu. Penelitian tahap awal ini harus dilanjutkan dengan berbagai upaya misalnya diskusi intensif dengan para penentu kebijakan dan pelaksana lapangan.

Jakarta, November 2014

Dra. Emmy Widayanti, MPd

PENGANTAR EDITOR

Kementerian Sosial RI sudah lama memberikan pelayanan kepada keluarga miskin melalui pelayanan kesejahteraan sosial meliputi yaitu; rehabilitasi sosial, perlindungan sosial dan jaminan sosial, dan pemberdayaan sosial.

Pelayanan dan perlindungan sosial kepada keluarga miskin yang dilaksanakan mulai tahun 2007 melalui Program Keluarga Harapan pada tujuh provinsi sebagai percontohan dan tercatat 388.751 keluarga sangat miskin sebagai peserta. Perkembangannya saat ini PKH sudah mencakup 34 dengan sasaran 2.800.000 keluarga sangat miskin yang berada di 21.471 desa/kelurahan. Lembaga pelaksanaan PKH disebut Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) telah berada 428 kabupaten/kota, dan 3.216 kecamatan. Secara umum unit kegiatan tersebut sudah menunjukkan kinerja yang baik karena didukung dengan sumber daya manusia terpilih. Mereka bekerja secara profesional menggunakan sarana dan prasarana yang sesuai dengan kebutuhan dalam melaksanakan tugas pokoknya.

Pelayanan terhadap keluarga miskin perlu dikembangkan dalam rangka menjangkau pelayanan ke pelosok desa. Wacana yang berkembang saat ini adanya keinginan melakukan pelayanan kesejahteraan sosial secara terpadu. Kegiatan tersebut telah dimulai oleh Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial dengan melakukan ujicoba pelayanan terpadu di dua kota dan tiga kabupaten terpilih. Pemerintah daerah kabupaten/kota setempat menerapkan model pelayanan terpadu dimaksud. Hasil sementara menunjukkan pelayanan terpadu yang diterapkan terbagi dalam dua pilihan model yaitu; pelayanan terpadu satu pintu (*one stop services*) dan pelayanan terpadu satu atap (*one stop office*).

Pengembangan UPPKH menjadi pusat pelayanan terpadu dalam penanggulangan kemiskinan dianggap suatu kemajuan. Hasil penelitian

PERPUSTAKAAN NASIONAL: KATALOG DALAM TERBITAN (KDT)

Achmadi Jayuputra, dkk

Pengembangan Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Sebagai Pusat Pelayanan Terpadu Dalam Penanggulangan Kemiskinan; Jakarta 2014. Puslitbangkesos, viii+108 hlm. 148 cm x 21 cm

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak buku sebagian atau seluruhnya tanpa izin dari Puslitbangkesos, Kementerian Sosial RI.

Editor :

Dra. Emmy Widayanti, MPd

Penulis :

Drs. Achmadi Jayuputra, M.Si
Habibullah, M.Kesos
Muslim Sabarisman, AKS

Design Cover :

Tim Imaji

Tata letak :

Kreasi

Foto Cover:

Tim Imaji

Cetakan Pertama : Desember 2014

ISBN 978-602-363-000-4

Diterbitkan oleh:

Puslitbangkesos Kementerian Sosial RI.
Jl. Dewi Sartika No. 200 Cawang III Jakarta- Timur.
Telp. (021) 8017126
Email: puslitbangkesos@kemsos.go.id
Website: puslit.kemsos.go.id

Achmadi Jayaputra, dkk

**PENGEMBANGAN UNIT PELAKSANA
PROGRAM KELUARGA HARAPAN
SEBAGAI PUSAT PELAYANAN TERPADU
DALAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN**

Editor
Dra. Emmy Widayanti, MPd

Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial
Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial
Kementerian Sosial RI. 2014