



TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN
DI KABUPATEN NUNUKAN**



UNIVERSITAS TERBUKA

**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Sains Dalam Ilmu Administrasi
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

P I R D A U S

NIM. 500647111

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA**

2016

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul “Implentasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan” ini adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Nunukan, Juli 2016
Yang menyatakan,




Pirdaus

NIM. 500647111

**Implementasi Program Keluarga Harapan
Pirdaus(daus71ut@gmail.com)
Program Pascasarjana Universitas Terbuka**

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran implementasi PKH di Kabupaten Nunukan serta mengetahui faktor-faktor yang menjadi pendukung dan penghambatnya. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik: (1) Wawancara mendalam (*deep interview*) dan (2) Studi dokumentasi. Data primer diambil dengan teknik *purposive sampling* dari 30 orang di Kecamatan Nunukan Kabupaten Nunukan. Data hasil observasi dianalisis secara deskriptif, sedangkan data hasil studi dokumentasi dan wawancara mendalam dianalisis secara kualitatif. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang sudah tersedia melalui alat pengumpul data, yaitu kuesioner, wawancara, observasi, dan dokumen resmi dengan tahapan reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan implementasi PKH di Kabupaten Nunukan sudah berjalan dengan baik, hal ini ditandai pada proses perencanaan, pelaksanaan dan penyelesaian kegiatan sudah berjalan sesuai dengan ketentuan. (1) Faktor pendukung meliputi (a) Komunikasi, materi yang disampaikan oleh tenaga pendamping sudah jelas dan konsisten yang bersumber dari pedoman umum PKH dan dapat dipahami secara keseluruhan oleh peserta PKH. (b) Sumberdaya PKH yang tersedia di Kecamatan Nunukan meliputi 1 orang pendamping dan 1 orang koordinator kabupaten merangkap tenaga pendamping. (c) Struktur birokrasi, pelaksana kegiatan PKH di lapangan sudah dilengkapi dengan *Standard Operating Procedures* (SOPs) dan setiap staf atau pegawai PKH memiliki tugas dan tanggung jawab masing-masing. (2) Faktor penghambat meliputi (a) Komunikasi, pada variabel transmisi yaitu kurangnya pelaksanaan sosialisasi di tingkat kecamatan, kelurahan dan desa. (b) Sumberdaya, belum tersedia fasilitas berupa sekretariat Unit Pengelola PKH di tingkat kecamatan, kelurahan dan desa. (c) Disposisi, pengangkatan staf PKH yang ada, masih menjadi wewenang Kementerian Sosial, dan sampai saat ini tenaga pendamping tidak memiliki insentif dan biaya operasional untuk ke lapangan. Hasil penelitian terhadap Implementasi PKH di Nunukan, disarankan beberapa hal sebagai berikut: (1) Pelaksanaan sosialisasi perlu ditingkatkan pada wilayah kecamatan, kelurahan dan desa. (2) Perlunya pendanaan *sheering* dari pemerintah daerah, untuk operasional sekretariat UPPKH dan tenaga pendamping di lapangan. (3) Menyediakan sekretariat UPPKH pada tingkat kecamatan dan kelurahan/desa (4) Rekrutmen staf PKH, melibatkan pemerintah daerah, agar penempatan di wilayah kerja sesuai dengan tempat tinggalnya

Kata Kunci: Program Keluarga Harapan, Kemiskinan

Implementation Of Prospect Family Program

Pirdaus

(daus71ut@gmail.com)

Postgraduate Program Terbuka University

Abstract

This research aims to analyze Implementation of prospect family program (PKH) in Nunukan regency and support also obstacle factors. This resource use qualitative approachment by descriptive method. The accumulation data by 1. Deep interview and 2. Documentation study. The source of information is taken by purposive sampling technique from 30 people in Nunukan regency. The result observation data is analyzed by descriptive, whereas the result of documentation and deep interview is analyzed by qualitative. Process analyze data is started with review the available data, which is gotten from result accumulation data with quisioner, interview, observation, and the formal document with stage reduction data, data presentation and conclusion. The result of research refer that implementation PKH in Nunukan regency generally be going on a good, it is marked on the planning process, realization, and the activity solution has done with the condition. (1) The factors support of implementation PKH in Nunukan regency are : (a) Communication, the material presented by associate has clear and the consistent from generall directive of PKH and also understanding all of by participant PKH. (b) The available resources of PKH in Nunukan regency including 1 associate and 1 coordinator concurrently the associate (c) Bureaucracy structure, the implementation of PKH in field already completed with *Standard Operating Procedures* (SOPs) and every staff or the employee of PKH has duty and each responsibility. (2) The factors of obstacle are (a) Communication, in the transmission variable consist decreasing implementation of socialization in subdistrict, district, and village. (b) The resources, unavailable the facility the unit of secretariat organizer PKH in subdistrict, district, and village. (c) Disposition, the elevation staff of PKH become authority of Ministry of social, and until now the associate not have the incentive and the operational costs for the field. The result of research refer that implementation PKH in Nunukan regency, suggested a few things : (1) The implemenation of socialization has incerasing in subdistrict, district, and village. (2) Need the funding of Sheering from local government for operational secretary UPPKH and associate in the field. (3) Providing the secretary UPPKH in subdistrict and district/village. (4) Recruitment the staff of PKH, with involves the local government, for placement in region accordance with the resident.

Keywords : Prospect Family Program, Poverty

PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten
Nunukan
Penyusun TAPM : Pirdaus
NIM : 500647111
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Hari/Tanggal :

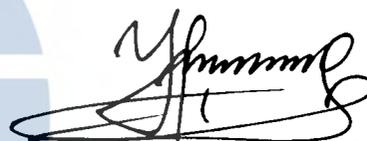
Menyetujui,

Pembimbing II



Dr. Soesilo Wibowo, M.S
NIP. 195308271979031002

Pembimbing I



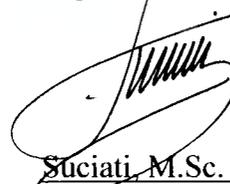
Dr. Heryono Susilo Utomo, M. Si
NIP. 19591023 198803 1 010

Ketua Bidang Ilmu Sosial dan Politik
Program Magister Administrasi Publik



Dr. Darmanto, M.Ed
NIP. 195910271986031003

Direktur
Program Pascasarjana



Suciati, M.Sc. Ph.D
NIP. 195202131985032001

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PENGESAHAN

Nama : Pirdaus
NIM : 500647111
Program Studi : Administrasi Publik
Judul TAPM : Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan.

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada:

Hari/Tanggal :
W a k t u :

Dan telah dinyatakan LULUS

PANITIA PENGUJI TAPM

Ketua Komisi Penguji:
Suciati, M.Sc, Ph.D

:

Penguji Ahli:
Dr. Muhammad Taufiq, DEA

:

Pembimbing I:
Dr. Heryono Susilo Utomo, M.Si

:

Pembimbing II:
Dr. Soesilo Wibowo, M.S

:

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) yang berjudul: Implentasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan. Penyusunan TAPM ini ditujukan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Pascasarjana (PPs) dan mendapatkan gelar Magister Administrasi Publik pada Universitas Terbuka.

Pemilihan judul Implentasi Program Keluarga Harapan, penulis maksudkan untuk mendeskripsikan pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan. Adapun tujuan dari pemilihan judul tersebut adalah untuk memperoleh gambaran dan faktor-faktor yang menjadi pendukung dan penghambat PKH di Kabupaten Nunukan.

Penulis menyadari masih memiliki keterbatasan dan kelemahan dalam penyusunan TAPM ini. Oleh karenanya penulis mengharapkan saran dan kritik membangun demi penyempurnaan TAPM ini. Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan *support* dan bantuan dalam penulisan TAPM ini.

Nunukan, Juli 2016

Penulis



Hirdaus

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) yang berjudul “Implentasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan” ini tidak akan dapat diselesaikan. Berkenaan dengan hal tersebut, penulis menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Bapak/Ibu Rektor Universitas Terbuka beserta jajarannya atas kemudahan dan pelayanannya yang telah diberikan;
2. Bapak dan Ibu dosen Program Pascasarjana (PPs) Universitas Terbuka Kelas Nunukan;
3. Bapak Dr. Heryono Susilo Utomo, M. Si dan Dr. Soesilo Wibowo, M. Si selaku dosen pembimbing atas kesabarannya memberikan bimbingan;
4. Bapak Dr. Muhammad Taufiq, DEA selaku Penguji Ahli dan Ibu Suciati, M.Sc, Ph.D selaku Ketua Komisi Sidang atas saran dan masukannya dalam perbaikan tesis ini;
5. Pemerintah Kabupaten Nunukan atas izin belajar yang telah diberikan;
6. Seluruh teman-teman kuliah Program Pascasarjana (PPs) Univeristas Terbuka Kelas Nunukan Angkatan Masa Registrasi 2014.2 atas kebersamaan dan *support*-nya;

Penulis menyadari masih memiliki banyak keterbatasan dan kelemahan dalam penyusunan TAPM ini. Akhir kata semoga TAPM ini dapat bermanfaat bagi pengembangan dunia pendidikan. Amiiin Ya Rabbal Alamiin.

Nunukan, Juli 2016

Penulis



Pirdaus

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Pirdaus
NIM : 500647111
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Tempat/Tanggal Lahir: Bone, 25 Mei 1971

Riwayat Pendidikan :

1. Lulus SD di Nunukan pada Tahun 1985
2. Lulus SMP di Nunukan pada Tahun 1988
3. Lulus SMA di Nunukan pada Tahun 1991
4. Lulus D-III di Samarinda pada Tahun 1994
5. Lulus S1 di Samarinda pada Tahun 1997

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 2002, Sebagai staf pelaksana di BAPEDALDA Kabupaten Nunukan
2. Tahun 2006, Sebagai Kasubbid. Pemulihan Kualitas Lingkungan di BAPEDALDA Kabupaten Nunukan
3. Tahun 2008, Sebagai Kepala Subbid Sumberdaya Alam dan Lingkungan Hidup di BAPPEDA Kabupaten Nunukan
4. Tahun 2011 – sampai sekarang, Sebagai Kepala Bidang Sosial Budaya di BAPPEDA Kabupaten Nunukan

Nunukan, Juli 2016

Pirdaus
NIM. 500647111

DAFTAR ISI

	Halaman
Abstrak	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar.....	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Riwayat Hidup	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Penelitian Terdahulu	8
B. Kajian Teori	16
1. Implementasi Kebijakan	16
2. Definisi Kemiskinan	33
3. Faktor Penyebab Kemiskinan	36
4. Rumah Tangga Sangat Miskin.....	39
5. Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan	40
6. Program Peningkatan Akses Kesehatan dan Pendidikan.....	42
7. Program Keluarga Harapan (PKH).....	43
8. Kelembagaan PKH	50
C. Kerangka Berpikir	56
D. Operasionalisasi Konsep.....	57
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	58
B. Sumber Informasi dan Pemilihan Informan	59
C. Instrumen Penelitian	61
D. Prosedur Pengumpulan Data	61
E. Metode Analisis Data	64
F. Jadwal dan Langkah-langkah Penelitian	71

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Obyek Penelitian.....	73
B. Hasil	91
1. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan.....	91
2. Faktor-faktor yang Menjadi Pendukung dan Penghambat PKH di Kabupaten Nunukan.....	105
C. Pembahasan	116
1. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan.....	117
2. Faktor-faktor yang Menjadi Pendukung dan Penghambat PKH di Kabupaten Nunukan.....	124

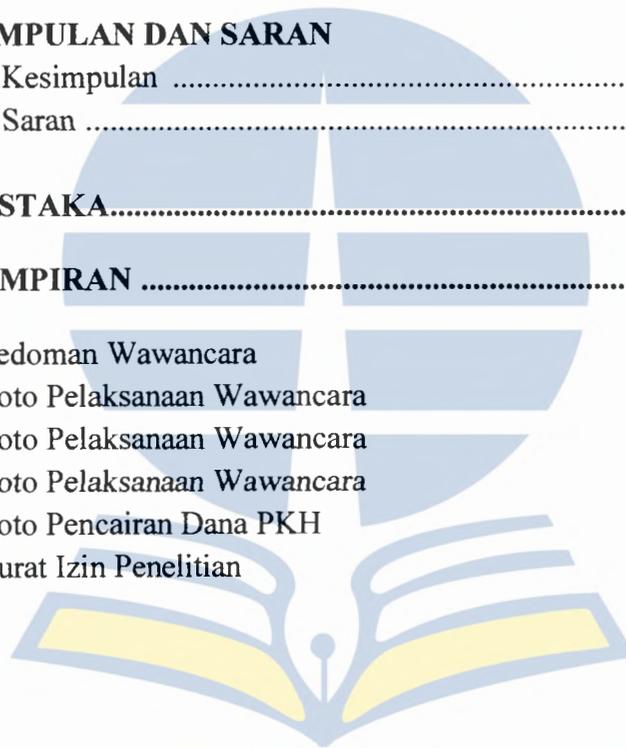
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	140
B. Saran	141

DAFTAR PUSTAKA.....	143
----------------------------	------------

DAFTAR LAMPIRAN	146
------------------------------	------------

Lampiran 1. Pedoman Wawancara
Lampiran 2. Foto Pelaksanaan Wawancara
Lampiran 3. Foto Pelaksanaan Wawancara
Lampiran 4. Foto Pelaksanaan Wawancara
Lampiran 5. Foto Pencairan Dana PKH
Lampiran 6. Surat Izin Penelitian



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel. 2.1 Hasil Penelitian Terdahulu	13
Tabel 2.2 Persyaratan Bantuan PKH Bidang Kesehatan	46
Tabel 2.3 Indeks dan Komponen Bantuan PKH	48
Tabel 3.1 Matrikulasi Jadwal dan Langkah-Langkah Penelitian.....	72
Tabel 4.1 Banyaknya Desa/Kelurahan dan Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Nunukan Tahun 2014	79
Tabel 4.2 Jumlah dan Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Nunukan 2014	81
Tabel 4.3 Sarana Pendidikan di Kabupaten Nunukan Tahun 2016.....	82
Tabel 4.4 Sarana Kesehatan di Kabupaten Nunukan Tahun 2016.....	83
Tabel 4.5 Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Nunukan Tahun 2016	84
Tabel 4.6 Tenaga Medisan Para Medis di RSUD Kabupaten Nunukan Tahun 2015	85
Tabel 4.7 Jumlah RumahTangga dan Individu Dengan Status Kesejahteraan Dibawah 40 Persen Per Kecamatan Tahun 2015 .	87
Tabel 4.8 Jumlah RumahTangga dan Individu Dengan Status Kesejahteraan Dibawah 40 Persen di Kecamatan Nunukan Tahun 2015	89
Tabel 4.9 Jumlah Peserta PKH di Kecamatan Nunukan.....	93
Tabel 4.10 Variasi Nominal Bantuan/Tahun Berdasarkan Komponen	94
Tabel 4.11 Skema Pembayaran PKH Dalam SatuTahun.....	95
Tabel 4.12 Persyaratan Bantuan PKH Bidang Kesehatan	99

Tabel 4.13 Tabel Tingkat Kehadiran Siswa Penerima PKH Selama 5 Bulan di SD.003 Kecamatan Nunukan Tahun 2016	101
Tabel 4.14 Tabel Tingkat Kehadiran Siswa Penerima PKH Selama 3 Bulan di SMP 02 Kecamatan Nunukan Tahun 2016	102
Tabel 4.15 Sarana Pendidikan, Jumlah Siswa, Guru dan Rasio Guru dengan Siswa Di Kecamatan Nunukan Tahun 2016.	103
Tabel 4.16 Sarana Kesehatan di Kecamatan Nunukan Tahun 2016.....	104
Tabel 4.17 Daftar Nama Kooordinator, Tenaga Pendamping dan Oprator di Setiap Kecamatan	109



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Model Implementasi Van Meter dan Van Horn	25
Gambar 2.2 Model Implementasi George Edward III	30
Gambar 2.3 Model Implementasi M.S Grindle	32
Gambar 2.4 Kerangka Berpikir	56
Gambar 3.1 Analisis Data Model Interaktif	68
Gambar 3.2 Profil tenaga kerja industri modern bidang produksi, bentuk belah ketupat	70
Gambar 3.3 Profil tenaga kerja industri modern bidang teknologi. Bentuk kerucut terbalik	70
Gambar 4.1 Peta Administrasi Kabupaten Nunukan.....	75
Gambar 4.2 Jumlah Kematian Bayi di Kecamatan Nunukan.....	100
Gambar 4.3 Jumlah Kematian Ibu Melahirkan di Kecamatan Nunukan	100
Gambar 4.4 Proses Utama Pelaksanaan Verifikasi PKH	115
Gambar 4.5 Struktur Organisasi Manajemen UPPKH Kabupaten.....	116

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pedoman Wawancara

Lampiran 2. Foto Pelaksanaan Wawancara

Lampiran 3. Foto Pelaksanaan Wawancara

Lampiran 4. Foto Pelaksanaan Wawancara

Lampiran 5. Foto Pencairan Dana PKH

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan nasional yang dilaksanakan oleh pemerintah merupakan wujud nyata dalam usaha untuk menciptakan masyarakat adil dan makmur, untuk mencapai hal tersebut maka pelaksanaan pembangunan diselenggarakan secara terencana, menyeluruh, terpadu, terarah, bertahap dan berkelanjutan. Dalam pelaksanaannya pemerintah secara terus menerus menyusun dan melaksanakan program-program pembangunan nasional.

Salah satu program pembangunan nasional yang menjadi skala prioritas adalah program penanggulangan kemiskinan, program tersebut merupakan upaya dalam mengatasi permasalahan kemiskinan yang dihadapi Indonesia. Sifat kemiskinan yang ada di Indonesia adalah multidimensi dan memerlukan penanganan yang juga bersifat multidimensi, lintas sektor, dan lintas pelaku. Tanpa kerjasama lintas pelaku dan lintas sektor, maka upaya penanggulangan kemiskinan hanya akan bertemu dengan lingkaran setan kemiskinan yang tidak dapat diputus dan semakin menambah kompleksitas masalah kemiskinan.

Pelaksanaan program penanggulangan kemiskinan yang di jalankan setiap tahun oleh pemerintah merupakan upaya untuk mengurangi jumlah penduduk miskin setiap tahun. Adapun program-program penanggulangan yang sudah berjalan setiap tahunnya adalah sebagai berikut :

1. **Bantuan Operasional Sekolah (BOS)**, tujuan dari program ini adalah untuk meningkatkan keberadaan fasilitas dan peralatan untuk memperbaiki proses pengajaran dengan harapan mampu menurunkan biaya-biaya operasional sekolah, sehingga masyarakat dapat menggunakan fasilitas pendidikan berbiaya murah, bahkan cuma-cuma.
2. **Beras untuk masyarakat miskin / Beras untuk keluarga sejahtera (Raskin/Rastra)**, tujuan dari program ini adalah untuk memenuhi sebagian kebutuhan pangan (beras) sehingga diharapkan dapat mengurangi beban pengeluaran rumah tanggamiskin, melalui penyediaan beras bersubsidi (beras murah).
3. **Bantuan Langsung Tunai (BLT)**, dengan memberikan batuan uang tunai secara langsung kepada rumah tangga miskin dan hampir miskin sebesar Rp.100.000.-, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat miskin terhadap dampak kenaikan harga BBM.

Guna lebih meningkatkan efektivitas penanggulangan kemiskinan, pemerintah meluncurkan Program Keluarga Harapan (PKH) dengan dasar hukum Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 02A/HUK/2008 tentang Tim Pelaksanaan PKH dan diperkuat dengan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi point lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langung Tunai Bersyarat Bagi Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

Program Keluarga Harapan atau (*Household Conditional Cash Transfer* atau *HH-CCT*) merupakan bantuan pemberian uang tunai bersyarat yang di peruntukkan bagi keluarga sangat miskin. PKH tidak sama dan bukan merupakan lanjutan program Subsidi/Bantuan Langsung Tunai yang sudah berlangsung selama ini dalam rangka membantu rumah tangga miskin mempertahankan daya beli pada saat pemerintah melakukan penyesuaian harga Bahan Bakar Minyak. Perbedaan PKH dari BLT adalah pada pelaksanaan bantuannya, dimana dalam pelaksanaannya pemberian bantuan uang tunai bagi penerima program harus memenuhi persyaratan dalam bidang kesehatan dan pendidikan dan apabila persyaratan tersebut tidak dilaksanakan maka uang tunai yang akan diterima setiap bulan dilakukan pemotongan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku. Dengan adanya ketentuan tersebut diharapkan pola hidup dari masyarakat miskin akan berubah terutama pada bidang pendidikan dan kesehatan.

Widianto (2010), mengutarakan bahwa secara umum manfaat program ini dapat berupa :

1. Untuk jangka pendek, memberikan *income effect* kepada rumah tangga miskin melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga miskin.
2. Untuk jangka panjang dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui:
 - a. Peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan.

- b. Mengurangi pekerja anak dan mencegah turunnya anak-anak bekerja di jalanan, serta mencegah rumah tangga miskin menjadi tuna sosial dan atau penyandang masalah kesejahteraan sosial.
- c. Peningkatan kualitas pelayanan melalui perbaikan akses pendidikan dan kesehatan keluarga miskin, penyempurnaan sistem perlindungan sosial.

Lahirnya PKH dilatar belakangi oleh kenyataan rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin, derajat kesehatan yang rendah tersebut, disebabkan rendahnya akses dan mutu layanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat serta kurangnya layanan kesehatan reproduksi. Berdasarkan Survei Dasar Kesehatan Indonesia (2007), menunjukkan bahwa 48,7 persen masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan adalah karena kendala biaya, jarak dan transportasi. Pemanfaatan rumah sakit masih didominasi oleh golongan mampu, sedang masyarakat miskin cenderung memanfaatkan pelayanan di puskesmas.

Di Kabupaten Nunukan pelaksanaan PKH sudah berjalan sejak tahun 2012 dengan jumlah sasaran sebanyak 2.457 rumah keluarga sasaran, data tersebut merupakan hasil Program Perlindungan Sosial (PPLS) Tahun 2011 dan tersebar di tujuh (7) kecamatan yaitu :

1. Kecamatan Lumbis sebanyak, 442 rumah tangga sasaran;
2. Kecamatan Sembakung sebanyak, 218 rumah tangga sasaran;
3. Kecamatan Sebuku sebanyak, 321 rumah tangga sasaran;
4. Kecamatan Nunukan sebanyak, 588 rumah tangga sasaran;
5. Kecamatan Nunukan Selatan sebanyak, 224 rumah tangga sasaran;

6. Kecamatan Sebatik sebanyak, 454 rumah tangga sasaran;
7. Kecamatan Sebatik Barat sebanyak, 210 rumah tangga sasaran;

Berdasarkan data laporan pada bidang kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan pada tahun 2012 dan tahun 2013 angka kematian bayi/anak dan angka kematian ibu melahirkan cukup tinggi, yaitu pada tahun 2012 angka kematian bayi / anak sebesar 56 kasus dan angka kematian ibu melahirkan 4 kasus dan meningkat pada tahun 2013 yaitu angka kematian bayi / anak sebesar 84 kasus dan angka kematian ibu melahirkan 6 kasus.

Pada bidang pendidikan adalah keterbatasan masyarakat miskin untuk mengakses layanan pendidikan dasar, terutama disebabkan tingginya beban biaya pendidikan baik biaya langsung maupun tidak langsung. Meskipun SPP untuk jenjang SD/MI, SMP/MTs dan SMA/MA telah secara resmi dihapuskan oleh Pemerintah tetapi pada kenyataannya masyarakat tetap harus membayar keperluan sekolah seperti pembelian buku, alat tulis, seragam, uang transport, dan uang saku menjadi faktor penghambat pula bagi masyarakat miskin untuk menyekolahkan anak.

Mencermati uraian di atas dapat diasumsikan masih terdapat masalah atau kendala dalam implementasi kebijakan PKH, kondisi inilah yang menarik bagi peneliti untuk melakukan penelitian dengan judul **“Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan”** untuk memperoleh gambaran yang komprehensif tentang sejauh mana Implementasi pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan.

B. Perumusan Masalah

PKH merupakan salah satu program yang dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus lingkaran kemiskinan. Penelitian terhadap pelaksanaan PKH menjadi penting, sebagai acuan untuk tindak lanjut dan pengembangan PKH.

Seiring dengan berjalannya waktu pelaksanaan PKH di Kabupaten Nunukan mengalami beberapa kendala di lapangan antara lain :

1. Kondisi geografis Kabupaten Nunukan yang cukup sulit.
2. Pelaksanaan rekrutmen pendamping dan operator yang terkendala dengan minimnya peserta sehingga pendamping yang seharusnya berdomisili di Kecamatan penerima program akan tetapi realisasi berdomisili di Kecamatan Nunukan (Ibu Kota Kabupaten).
3. Mekanisme pencairan dana oleh PT. POS Indonesia
4. Biaya Transport yang mahal bagi Pendamping

Oleh karena itu, penelitian ini akan menganalisis permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana implementasi PKH di Kabupaten Nunukan ?
2. Faktor-faktor apa yang menjadi pendukung dan penghambat PKH di Kabupaten Nunukan ?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan masalah yang telah dirumuskan tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk memperoleh gambaran implementasi program PKH di Kabupaten Nunukan.

2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang menjadi pendukung dan penghambat PKH di Kabupaten Nunukan.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian secara praktis dan akademis adalah:

1. Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi bagi Dinas Sosial, Tenaga Kependidikan dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan dalam mengevaluasi program PKH dan bahan pertimbangan pembuatan kebijakan bagi pemangku kepentingan dalam program penanggulangan kemiskinan di daerah

2. Manfaat akademis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan referensi bagi sektor sosial atau peneliti selanjutnya yang ingin mendalami studi/penelitian yang bertema serupa.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian ini telah dilakukan beberapa orang antara lain Rama Chandra pada tahun 2010 dengan judul tesis “ Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Dan Dampaknya Terhadap Peserta Program (Studi Kasus : Kecamatan Cilincing Kotamadya Jakarta Utara) “. Tujuan penelitiannya adalah mengevaluasi ketepatan sasaran PKH, menganalisis dampak PKH terhadap pesertanya dan menganalisis persepsi peserta PKH terhadap program tersebut. Hasil analisis menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan telah berjalan sesuai dengan Pedoman Umum dan Pedoman Pelaksanaanya. Dampak yang dirasakan peserta program adalah semakin meningkatnya penggunaan fasilitas pendidikan dan kesehatan oleh anak usia sekolah, ibu hamil serta anak Balita. Hasil penelitian menyarankan bahwa perlunya upaya mempercepat tindak lanjut pengaduan yang telah disampaikan, sehingga diharapkan apresiasi peserta terhadap program tersebut menjadi lebih baik lagi.

Sementara itu, hasil penelitian Lidya Nafatilona pada tahun 2011 dengan judul tesis “Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Kota Administrasi Jakarta Utara (Studi Kasus Di Kelurahan Warakas, Kecamatan Tanjung Priok) Penelitian dilakukan untuk menganalisis pelaksanaan PKH di Kelurahan Warakas, Kecamatan Tanjung Priok, Jakarta

Utara. Analisis yang digunakan adalah analisis kualitatif dengan mengumpulkan informasi melalui wawancara mendalam kepada guru, bidan, pendamping dan salah satu peserta PKH serta adanya kelompok fokus diskusi yang dilakukan dengan peserta PKH di Kelurahan Warakas dan didampingi oleh pendamping PKH. Hasil analisis yang didapat adalah bahwa dalam pelaksanaan PKH di Kelurahan Warakas ada beberapa permasalahan yang ditemukan seperti dalam sosialisasi, pencairan dana, dan budaya masyarakat Kelurahan Warakas yang membuat beberapa Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) tidak lagi menjadi peserta PKH.

Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suji Novanda Sari pada tahun 2011 dengan judul Efektifitas Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Medan Johor, dengan tujuan penelitian untuk mengetahui efektifitas pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Medan Johor. Fokus penelitian adalah Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kota Bandar Lampung Dalam Perspektif Manajemen Pemerintahan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum efektifitas pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Medan Johor ini sudah berjalan dengan cukup baik. Ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang berjalan lancar. Apabila dilihat dari keadaan penerima bantuan PKH tersebut mereka menggunakannya untuk membantu kondisi sosial dan pendidikan anak-anak RTSM, membantu biaya kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak dibawah 6 tahun dari Rumah Tangga Sangat Miskin, serta menyadarkan peserta PKH akan pentingnya layanan pendidikan dan kesehatan.

Hasil penelitian Purwanto, Sumartono dan Makmur Tahun 2013 dengan judul Implementasi kebijakan PKH dalam memutus mata rantai kemiskinan (Kajian di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto). Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui Implementasi kebijakan PKH di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto. Fokus penelitian adalah Program pengetasan kemiskinan melalui PKH di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan PKH di Kecamatan Mojosari sudah berjalan cukup baik. Apabila dilihat dari keadaan penerima bantuan PKH tersebut mereka menggunakannya untuk membantu kondisi sosial dan pendidikan anak-anak RTSM, membantu biaya kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak dibawah 6 tahun dari RTSM.

Hasil penelitian Depi Putri dari UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta Tahun 2014 yang berjudul “ Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Peningkatan Kesehatan dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) di Umbulharjo Kota Yogyakarta. Penelitian ini bertujuan (1) mengetahui pelaksanaan PKH bagi keluarga RTSM di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta (2) mengetahui efektifitas PKH ini dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan pendidikan anak. Penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, yang dirancang untuk mengumpulkan data dan informasi secara mendalam tentang peserta PKH. Hasil penelitian menunjukkan bahwa : (1) Karakteristik peserta PKH berusia produktif, kualitas pendidikan formal rendah, menganut sistem keluarga besar, dengan kondisi hunian rumah kurang layak, kondisi ekonomi kurang yang ditandai

penghasilan rendah (2) 100% peserta PKH di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta adalah RTSM. (3) 42,86% kondisi keluarga peserta PKH di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta berada dibawah Upah Minimum Kabupaten/Kota DIY tahun 2014 sebab yang menjadi tulang punggung keluarga adalah perempuan (57,14 %); (4) pelaksanaan PKH di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta merupakan salah satu program yang efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil, kesehatan keluarga RTSM, mengurangi beban hidup dn meningkatkan pendidikan.

Dari kelima tempat penelitian tersebut di atas hampir seluruhnya berada di wilayah perkotaan yaitu DKI, DIY dan Kota Bandar Lampung, dimana kita ketahui bersama bahwa daerah-daerah tersebut sudah tersedia infrastruktur dan aksesibilitas yang mudah dijangkau oleh masyarakat, terutama akses pendidikan dan kesehatan.

Berbeda sekali dengan tempat penelitian terdahulu, tempat penelitian yang sekarang dilakukan berada di Provinsi Kalimantan Utara Kabupaten Nunukan dan merupakan salah satu daerah perbatasan dengan negara Malaysia. Berkaitan dengan daerah perbatasan maka identik dengan keterbalakangan dan ketertinggalan, hal ini tercermin dari kebijakan pembangunan beberapa tahun yang lalu kurang memperhatikan kawasan perbatasan dan lebih mengarah kepada wilayah-wilayah yang padat penduduk, aksesnya mudah, dan potensial, sedangkan kebijakan pembangunan bagi daerah-daerah terpencil, terisolir dan tertinggal seperti kawasan perbatasan masih belum diprioritaskan. Ketertinggalan secara ekonomi yang dirasakan oleh masyarakat perbatasan juga dipicu oleh

minimnya infrastruktur dan aksesibilitas yang tidak memadai, seperti jaringan jalan dan angkutan perhubungan darat maupun sungai masih sangat terbatas, prasarana dan sarana komunikasi seperti pemancar atau transmisi radio dan televisi serta sarana telepon relatif minim, ketersediaan sarana dasar sosial dan ekonomi seperti pusat kesehatan masyarakat, sekolah, dan pasar juga sangat terbatas. Kondisi keterbatasan tersebut sudah tentu memicu tingginya angka kemiskinan di daerah perbatasan.

Kondisi daerah perbatasan seperti yang dikemukakan di atas menunjukkan bahwa letak geografis daerah perbatasan sangatlah tidak menguntungkan. Dengan demikian mengakibatkan kehidupan masyarakat setempat serta pembangunan wilayah perbatasan masih sangat terbatas dan relatif tertinggal jauh apabila dibandingkan dengan daerah-daerah yang terletak dekat dengan pusat pemerintahan. Hal ini mengisyaratkan bahwa diperlukannya peningkatan keserasian pembangunan daerah perbatasan dengan daerah lain.

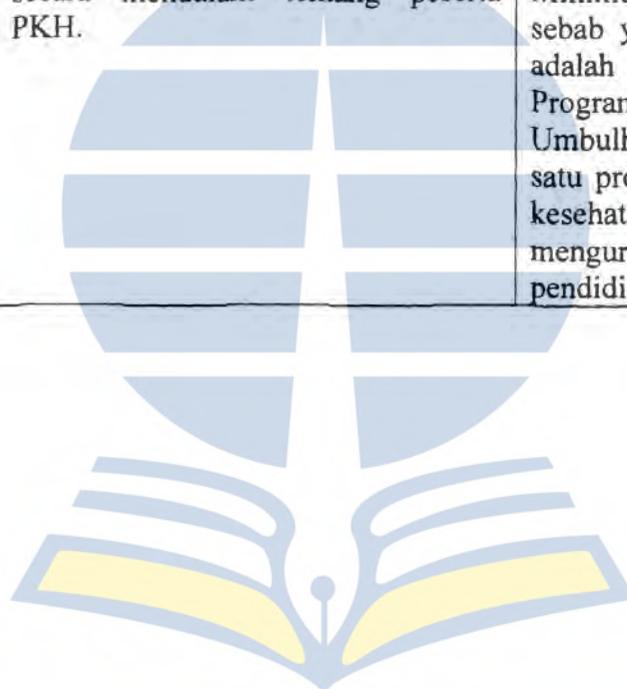


Tabel. 2.1 Hasil Penelitian Terdahulu

No.	Sumber dan Judul	Tujuan, Metode / Teknik Analisis	Hasil
1.	Rama Chandra, Tahun 2010 dengan judul tesis “ Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Dan Dampaknya Terhadap Peserta Program (Studi Kasus : Kecamatan Cilincing Kotamadya Jakarta Utara)	Tujuan penelitiannya adalah mengevaluasi ketepatan sasaran PKH, menganalisis dampak PKH terhadap pesertanya dan menganalisis persepsi peserta PKH terhadap program tersebut.	Hasil analisis menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan telah berjalan sesuai dengan Pedoman Umum dan Pedoman Pelaksanaanya. Dampak yang dirasakan peserta program adalah semakin meningkatnya penggunaan fasilitas pendidikan dan kesehatan oleh anak usia sekolah, ibu hamil serta anak Balita. Hasil penelitian menyarankan bahwa perlunya upaya mempercepat tindak lanjut pengaduan yang telah disampaikan, sehingga diharapkan apresiasi peserta terhadap program tersebut menjadi lebih baik lagi.
2.	Lidya Nafatilona pada tahun 2011 dengan judul tesis “Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Kota Administrasi Jakarta Utara (Studi Kasus Di Kelurahan Warakas, Kecamatan Tanjung Priok)	<p>a. Tujuan penelitian dilakukan untuk menganalisis pelaksanaan PKH di Kelurahan Warakas, Kecamatan Tanjung Priok, Jakarta Utara.</p> <p>b. Analisis yang digunakan adalah analisis kualitatif dengan mengumpulkan informasi melalui wawancara mendalam kepada guru, bidan, pendamping dan salah satu peserta PKH serta adanya kelompok fokus diskusi yang dilakukan dengan peserta PKH di Kelurahan Warakas dan didampingi</p>	Hasil analisis yang didapat adalah bahwa dalam pelaksanaan PKH di Kelurahan Warakas ada beberapa permasalahan yang ditemukan seperti dalam sosialisasi, pencairan dana, dan budaya masyarakat Kelurahan Warakas yang membuat beberapa RTSM tidak lagi menjadi peserta PKH.

		oleh pendamping PKH.	
3.	Suji Novanda Sari pada tahun 2011 dengan judul Efektifitas Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Medan Johor, Kota Bandar Lampung.	<p>a. Tujuan penelitian untuk mengetahui efektifitas pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Medan Johor.</p> <p>b. Fokus penelitian adalah Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kota Bandar Lampung Dalam Perspektif Manajemen Pemerintahan.</p>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum efektifitas pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Medan Johor ini sudah berjalan dengan cukup baik. Ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang berjalan lancar. Apabila dilihat dari keadaan penerima bantuan PKH tersebut mereka menggunakannya untuk membantu kondisi social dan pendidikan anak-anak Rumah Tangga Sangat Miskin, membantu biaya kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak dibawah 6 tahun dari Rumah Tangga Sangat Miskin, serta menyadarkan peserta PKH akan pentingnya layanan pendidikan dan kesehatan
4.	Slamet Agus Purwanto, Sumartono, M. Makmur Tahun 2013 dengan judul Implementasi kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) dalam memutus mata rantai kemiskinan (Kajian di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto).	<p>a. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui Implementasi kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto.</p> <p>b. Fokus penelitian adalah Program pengetasan kemiskinan melalui PKH di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto.</p>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Mojosari sudah berjalan cukup baik. Apabila dilihat dari keadaan penerima bantuan PKH tersebut mereka menggunakannya untuk membantu kondisi social dan pendidikan anak-anak RTSM, membantu biaya kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak dibawah 6 tahun dari Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM).
5.	Depi Putri dari UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta Tahun 2014 yang berjudul “	a. Penelitian ini bertujuan (1) mengetahui pelaksanaan PKH bagi keluarga RTSM di Kecamatan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa : (1) Karakteristik peserta PKH berusia produktif, kualitas pendidikan formal rendah, menganut

<p>Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Peningkatan Kesehatan dan Pendidikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) di Umbulharjo Kota Yogyakarta</p>	<p>Umbulharjo Kota Yogyakarta (2) mengetahui efektifitas PKH ini dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan pendidikan anak.</p> <p>b. Penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, yang dirancang untuk mengumpulkan data dan informasi secara mendalam tentang peserta PKH.</p>	<p>sistem keluarga besar, dengan kondisi hunian rumah kurang layak, kondisi ekonomi kurang yang ditandai penghasilan rendah (2) 100% peserta PKH di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta adalah RTSM. (3) 42,86% kondisi keluarga peserta PKH di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta berada dibawah Upah Minimum Kabupaten/Kota DIY tahun 2014 sebab yang menjadi tulang punggung keluarga adalah perempuan (57,14 %); (4) pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta merupakan salah satu program yang efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil, kesehatan keluarga RTSM, mengurangi beban hidup dn meningkatkan pendidikan.</p>
--	---	--



B. Kajian Teori

1. Implementasi Kebijakan

a. Pengertian Kebijakan

Sebelum menguraikan tentang implementasi kebijakan publik, terlebih dahulu akan diuraikan secara singkat apa yang dimaksud dengan kebijakan publik (*public policy*). Carl Fredirch dalam Budi Winarno(1991: 13) mengartikan kebijakan adalah suatu arah tindakan yang diusulkan oleh seorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang memberikan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap kebijakan yang diusulkan untuk menggunakan dan mengatasi dalam rangka mencapai suatu tujuan atau merealisasikan suatu sasaran atau suatu maksud tertentu. Sementara Friedrich dalam Islamy (2004:17) pengertian kebijakan adalah “... *a proposed course of action of a person, group, or government within a given environment providing obstacles and opportunities which the policy was proposed to utilize and evercome in an effort to reach a goal or realize an objective or a purpose*” (“...serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu”). Konsep ini menunjukkan bahwa perhatian kita dalam mempelajari kebijakan publik seharusnya di tujukan pada apa

yang senyatanya dilakukan oleh pemerintah bukan sekedar apa yang ingin dilakukan.

Lebih lanjut Indiahono D (2009 : 18) menyatakan bahwa “ Kebijakan publik dalam kerangka substantif adalah segala aktifitas yang dilakukan oleh pemerintah untuk memecahkan masalah publik yang dihadapi”.

Menurut Anderson dalam Budi Winarno (2002 : 18) kebijakan publik mempunyai beberapa implikasi, yakni :

- 1) Kebijakan publik senantiasa berorientasi pada maksud atau tujuan tertentu dan direncanakan oleh aktor-aktor yang terlibat dalam system politik.
- 2) Kebijakan merupakan arah atau pola tindakan yang dilakukan oleh pejabat-pejabat pemerintah.
- 3) Kebijakan adalah apa yang dilakukan oleh pemerintah dan bukan yang diinginkan pemerintah.
- 4) Kebijakan publik mungkin dalam bentuknya bersifat positif atau negative

Dalam perspektif manajemen, Dunn (1999: 55) menyebutkan adanya tiga tahap kebijakan, yaitu perumusan kebijakan (*policy formulation*), pelaksanaan/implementasi kebijakan (*policy implementation*) dan evaluasi kebijakan (*policy evaluation*) . Perumusan kebijakan berusaha menjawab pertanyaan bagaimana kebijakan dibuat, siapa yang paling berpengaruh dalam perumusan kebijakan dan apa dampak dikeluarkannya kebijakan tersebut.

Dari beberapa pendapat mengenai rumusan arti kebijakan, pada intinya setiap rumusan mengandung beberapa unsur, yaitu :

- 1) Adanya serangkaian tindakan;
- 2) Dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang;
- 3) Adanya pemecahan masalah; dan
- 4) Adanya tujuan tertentu.

Dari pengertian diatas dapat dikatakan bahwa kebijakan publik adalah kebijakan yang mengatur kehidupan bersama atau kehidupan publik, bukan kehidupan privat yang dibuat oleh administrator negara dalam kerangka memecahkan masalah publik dan untuk mencapai tujuan dan sasaran yang diinginkan. Kebijakan publik selalu berkaitan dengan apa yang senyatanya dilakukan oleh pemerintah dan bukan sekedar apa yang diinginkan (Wahab, 1991 : 13)

b. Pengertian Implementasi Kebijakan

Dalam kamus besar *webster*, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu)" (Webster dalam Wahab, 2005:64).

Pengertian implementasi selain menurut Webster di atas dijelaskan juga menurut Van Meter dan Van Horn bahwa implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-

tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan”. (Van Meter dan Van Horn *dalam* Agustino, 2008:139) Pandangan Van Meter dan Van Horn bahwa implementasi merupakan tindakan oleh individu, pejabat, kelompok badan pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam suatu keputusan tertentu. Badan-badan tersebut melaksanakan pekerjaan - pekerjaan pemerintah yang membawa dampak pada warga negaranya. Namun dalam praktiknya badan-badan pemerintah sering menghadapi pekerjaan-pekerjaan di bawah amanat dari Undang-Undang, sehingga membuat mereka menjadi tidak jelas untuk memutuskan apa yang seharusnya dilakukan dan apa yang seharusnya tidak dilakukan.

Sementara Charles Jones (1984:13) merumuskan batasan implementasi sebagai “ *a process of getting additional resources so as to figure out what is to be done* “ Dalam perumusan ini implementasi merupakan proses untuk mendapatkan sumberdaya tambahan, sehingga dapat memperkirakan apa yang harus dikerjakan.

Dari rumusan tersebut maka dalam implementasi memerlukan dua macam tindakan yang berurutan yaitu pertama, merumuskan tindakan yang akan dilakukan; kedua melaksanakan tindakan apa yang telah dirumuskan. Maszmanian dan Sabatier (1983:20) memberikan rumusan tentang proses implementasi sebagai berikut :

“Implementation is the carrying out of basic policy decision usually incorporated in a statute but which can also take the form of important executives orders or court decision. Ideally, that decision identifies the problem(s) to be addressed

stipulates the objective(s) to be pursued, and in a variety of ways "structure" the implementation process".

Dalam proses kebijakan publik, implementasi kebijakan merupakan salah satu tahapan yang amat penting dari keseluruhan proses kebijakan publik. Bahkan lebih penting dari proses perumusan kebijakan Udoji (sebagaimana dikutip dalam Wahab, 2002:66). Keberhasilan implementasi kebijakan akan ditentukan oleh banyak variabel atau faktor, dan masing-masing variabel atau faktor tersebut saling berhubungan satu sama lain. Beberapa ahli mengemukakan beberapa model implementasi yang mempunyai sudut pandang yang berbeda-beda dalam menentukan variabel-variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan. Untuk itu maka dalam bagian berikut ini akan dikemukakan berbagai model dalam implementasi kebijakan.

Ripley dan Franklin berpendapat bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*) atau suatu jenis keluaran yang nyata (*tangible output*). Ripley dan Franklin (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2007:145).

Selanjutnya, Van Meter dan Van Horn (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2007:146) membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu (atau kelompok-kelompok) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah

ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya . Lester dan Stewart yang dikutip oleh Winarno, menjelaskan bahwa implementasi kebijakan adalah : “Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas merupakan alat administrasi hukum dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik yang bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan” Lester dan Stewart (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2007:144).

Definisi di atas menekankan bahwa implementasi kebijakan merupakan sesuatu yang dilakukan untuk menimbulkan dampak atau akibat dapat berupa undang - undang, peraturan pemerintah, keputusan peradilan dan kebijakan yang dibuat lembaga-lembaga pemerintah dalam kehidupan bernegara. Implementasi kebijakan menurut Nugroho terdapat dua pilihan untuk mengimplementasikannya, yaitu langsung mengimplementasikannya dalam bentuk program-program dan melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan tersebut (Nugroho, 2003:158). Oleh karena itu, implementasi kebijakan yang telah dijelaskan oleh Nugroho merupakan dua pilihan, dimana yang pertama langsung mengimplementasi dalam bentuk program dan pilihan kedua melalui formulasi kebijakan.

c. Model-Model Implementasi

Model implementasi kebijakan yang dikembangkan bersifat relatif abstrak, dan ada juga yang relative operasional tergantung

pada tujuan penggunaan model yang kemudian akan banyak dipengaruhi oleh kompleksitas permasalahan kebijakan serta tujuan dan analisis itu sendiri (Abdul Wahab:2005)

1) Implementasi kebijakan model Donald Van Metter dan Carl Van Horn.

Donald Van Metter dan Carl Van Horn mengembangkan model implementasi kebijakan klasik. Model ini mengasumsikan bahwa implemntasi kebijakan sejalan dengan proses kebijakan (Nugroho,2003 : 219). Model pendekatan top-down yang dirumuskan oleh Donald Van Metter dan Carl Van Horn disebut dengan *A Model of policy implementation*. Proses implementasi ini merupakan abstraksi atau performansi suatu implementasi kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi kebijakan publik yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel.

Ada enam variabel yang menurut Van Metter dan Van Horn, yang mempengaruhi implementasi adalah :

a) Ukuran dan tujuan kebijakan.

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio kultur yang mengada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran kebijakan atau tujuan kebijakan terlalu ideal untuk

dilaksanakan di level warga, maka agak sulit memang merealisasikan kebijakan publik hingga titik yang dapat dikatakan berhasil.

b) Sumberdaya.

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan dari sumberdaya yang tersedia. Manusia merupakan sumberdaya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Tahap - tahap tertentu dari keseluruhan proses implementasi menuntut adanya sumberdaya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara apolitik. Tetapi ketika kompetensi dan kapabilitas dari sumberdaya itu nihil, maka kinerja kebijakan publik sangat sulit untuk diharapkan.

c) Karakteristik agen pelaksana.

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat pengimplementasian kebijakan publik. Hal ini sangat penting karena kinerja Implementasi kebijakan akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya.

d) Sikap/ kecenderungan (*disposition*) para pelaksana .

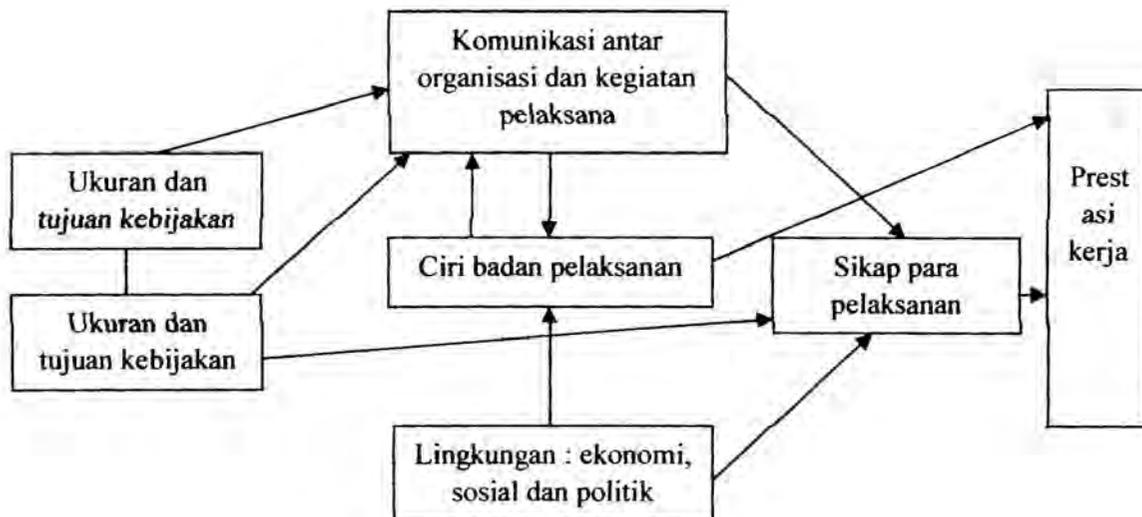
Sikap penerima atau penolakan dari (agen) pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan yang akan implementasikan adalah kebijakan “dari atas” (*top down*) yang sangat mungkin para pengambil keputusannya tidak pernah mengetahui (bahkan tidak mampu menyentuh) kebutuhan, keinginan, atau permasalahan yang warga ingin selesaikan.

e) Komunikasi antarorganisasi dan aktivitas pelaksana .

Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi dan begitu pula sebaliknya.

f) Lingkungan ekonomi, sosial dan politik.

Lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi biang keladi dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu upaya mengimplementasikan kebijakan harus pula memperhatikan kekondusifan.



Gambar 2.1 : Model Implementasi Model Van Meter dan Van Horn

2) Implementasi kebijakan model George C Edward III

Menurut George C Edward III (1980; 10-11) ada empat variabel yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi.

a) Komunikasi.

Keberhasilan implementasi salah satunya sangat tergantung pada faktor komunikasi yaitu kemampuan melakukan sosialisasi dan implementor mengetahui apa yang harus dilakukan :

“For implementation to be effective, those whose responsibility it is to implement a decision must know what they are supposed to &. Orders to implement policies must be transmitted to the appropriate personnel, and they must be clear, and consistent. If the policies decisionmakers wish to

see implemented are not clearly specified, they may be misunderstood by those at whom they are directed. Obviously, confusion by implementor about what to do who passed or ordered it intended". (untuk implementasi menjadi efektif, *implementor* yang bertanggung jawab mengimplementasikan keputusan harus tahu apa yang mereka seharusnya dan perintah untuk melaksanakan kebijakan, harus ditransmisikan kepada personil yang tepat, dan harus jelas, akurat dan konsisten. Jika kebijakan pembuat keputusan melaksanakan tidak jelas, disalahpahami. Maka jelasnya, menimbulkan kebingungan lagi bagi implementor tentang apa yang harus, kemungkinan bahwa para implementor tidak akan mengimplemntasikan kebijakan sebagaimana yang diharapkan).

Dari pendapat George C Edward II agar kebijakan terlaksana dengan baik, maka proses komunikasi harus dilakukan secara efektif. Program disosialisasikan kepada kelompok sasaran untuk menghindari distorsi, dan kesalahpahaman dan lain sebagainya.

b) Sumberdaya.

Keberhasilan implementasi juga sangat tergantung pada sumberdaya baik sumberdaya manusia, finansial dan sarana prasarana :

"No matter how clear and consistent implementation orders are and no matter how accurately they are transmitted, if the personnel responsible to carrying out policies lack the resources to do an effective job, implementation will not be effective. Important resources include staff of the proper size and with the necessary expertise ; relevant and adequate information on how implement policies and on the compliance of others involved in implementation; the authority to ensure that policies are carried out as they are intended; and facilities including buildings, equipment, land and supplies) in which or with which to provide services. Insufficient resources will mean that laws will not be enforced, services will not be provided and reasonable regulations will not be developed". (Tidak peduli bagaimana perintah implementasi jelas dan konsisten berada dan ditransmisikan secara akurat, jika personil yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan kekurangan sumberdaya untuk melakukan pekerjaan secara efektif, implementasi tidak akan efektif.

Sumberdaya mencakup staf dengan ukuran yang tepat dan keahlian yang tepat, informasi yang relevan dan memadai tentang bagaimana mengimplementasikan kebijakan dan kepatuhan orang lain yang terlibat dalam implementasi ; kewenangan untuk menjamin bahwa kebijakan yang

dilakukan sebagaimana yang mereka inginkan ; dan fasilitas termasuk bangunan, peralatan, tanah dan persediaan, yang semuanya memberikan pelayanan. Sumberdaya yang tidak memadai berarti bahwa hukum tidak ditegakkan, pelayanan tidak disediakan, dan peraturan tidak dikembangkan “).

Berdasarkan pendapat George C Edward II diatas sumberdaya yang dimaksud bukan saja sumberdaya manusia tetapi segala bentuk sumberdaya termasuk financial dan fasilitas yang tersedia, yang semuanya dapat menunjang efektivitas implementasi.

c). Disposisi.

Disposisi salah satu bagian yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi : *“The dispositions or attitudes of implementers is the third critical factor in our approach to the study of public policy implementation. If implementation is to proceed effectively, not only must implementers know what to do and have the capability to do it, but they must also desire to carry out a policy”*. (disposisi atau sikap pelaksana adalah sebagai faktor penting ketiga dalam pendekatan studi implementasi kebijakan publik. Jika implementasi ingin diproses secara efektif , tidak hanya harus pelaksana tahu apa yang harus dilakukan dan memiliki kemampuan yang dilakukannya, tetapi mereka juga harus mempunyai keinginan untuk melaksanakan kebijakan).

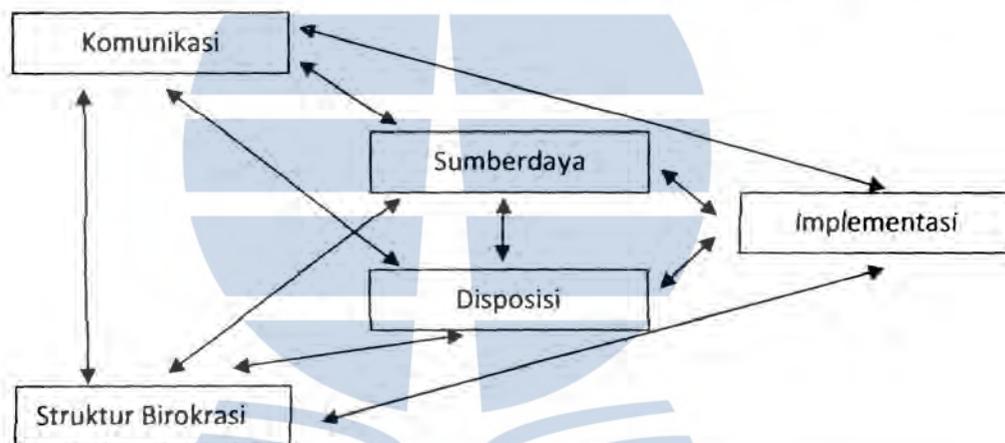
Disposisi yang dimaksud Edward III adalah komitmen dan kejujuran, komitmen adalah kemauan yang tinggi untuk melaksanakan program dan kejujuran yang mengarah pada arah program, taat aturan hukum yang telah digariskan sehingga tidak terjadi penyimpangan-penyimpangan.

d) Struktur birokrasi.

Faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan adalah struktur birokrasi : *“Even if sufficient resources to implement a policy exist and implementers know what to do and want to do it, implementation may still be thwarted because of deficiencies in bureaucratic structure-Organizational fragmentation may hinder the coordination necessary to implement successful. A complex policy requiring the cooperation of many people, and it may also waste scarce resources, inhibit change, create confusion, lead to policies working at cross-purposes, and result in important functions being overlooked”*. (Meskipun sumberdaya yang cukup untuk melaksanakan kebijakan dan pelaksana tahu apa yang harus dilakukan dan ingin melakukannya, implementasi masih dapat gagal karena masalah struktur birokrasi organisasi yang dapat mengganggu koordinasi yang diperlukan untuk mengimplementasi secara sukses, kebijakan yang kompleks memerlukan kerjasama dari banyak orang, dan juga mungkin menghabiskan sumberdaya

yang langka, menghambat perubahan, menciptakan kebingungan, menyebabkan kebijakan bekerja di lintas tujuan, dan menghasilkan fungsi penting yang terabaikan).

Struktur birokrasi menurut Edward III berkaitan dengan struktur dan mekanisme pelaksanaan, hubungan-hubungan yang terjadi serta norma-norma yang berlaku dalam birokrasi yang semuanya perlu diperhatikan karena dapat mempengaruhi efektivitas implementasi program. Model dari George C Edward III ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 : Model implementasi George Edward III

Sumber : Edward III (1980 : 148)

Jadi menurut George Edward III ada empat variabel yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi yaitu komunikasi, sumberdaya, struktur birokrasi dan disposisi para pelaksana, yang masing-masing saling berhubungan dan mempengaruhi antar variabel.

3) Implementasi Kebijakan Model Merilee S Grindle

Menurut Grindle, 1980 (sebagaimana dikutip dalam Agustino, 2008), ada dua variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik. Keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik dapat diukur dari proses pencapaian hasil akhir (*outcomes*), yaitu tercapai tidaknya tujuan yang ingin diraih. Keberhasilannya ditentukan oleh derajat *implementability* dari kebijakan tersebut. Isi kebijakan, mencakup hal-hal sebagai berikut :

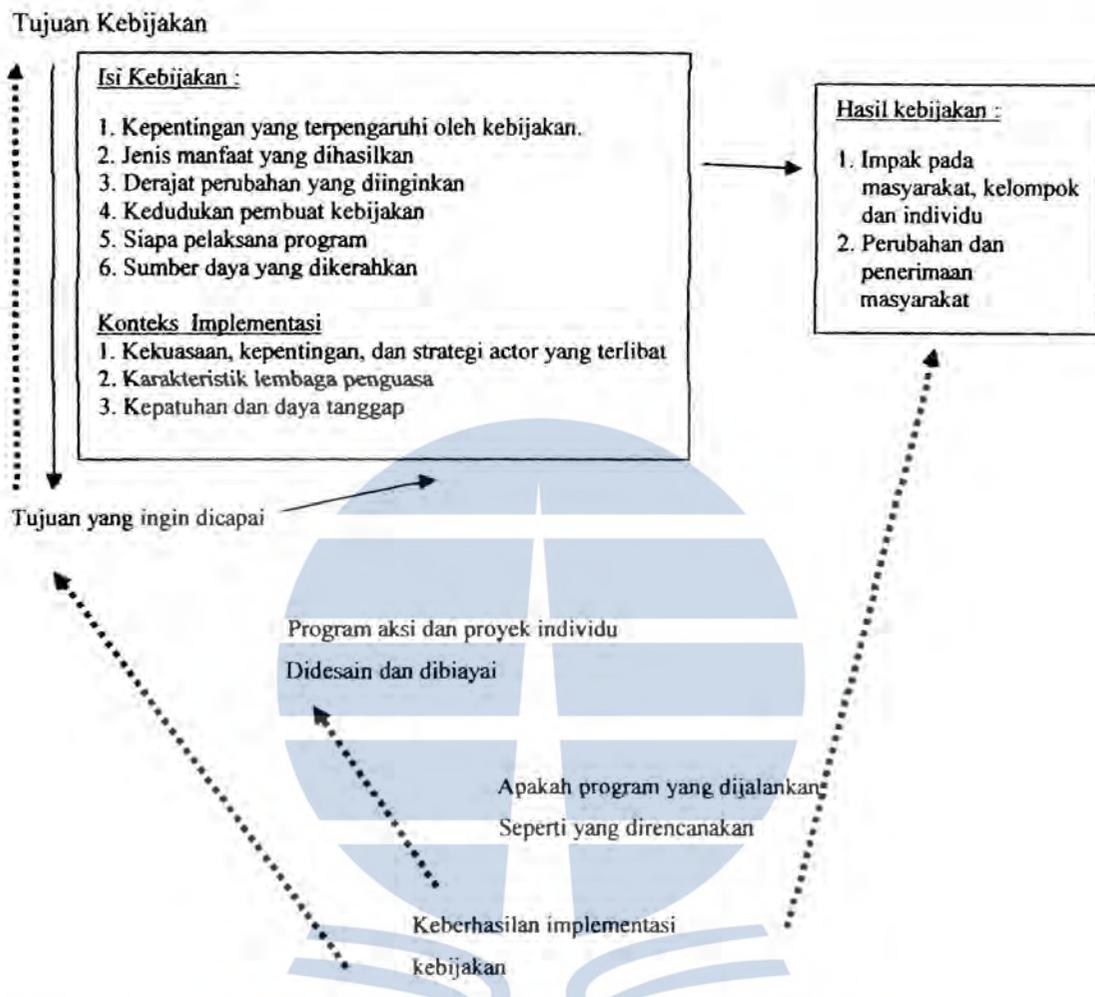
- a) Kepentingan yang terpengaruh oleh kebijakan
- b) Jenis manfaat yang akan dihasilkan
- c) Derajat perubahan yang diinginkan
- d) Kedudukan pembuat kebijakan
- e) Pelaksana program
- f) Sumberdaya yang dikerahkan

Sementara itu, konteks implementasinya adalah :

- a) Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat
- b) Karakteristik lembaga dan penguasa
- c) Kepatuhan dan daya tanggap

Model Grindle ini lebih menitik beratkan pada konteks kebijakan, khususnya yang menyangkut dengan *implementor*, sasaran dan arena konflik yang mungkin terjadi di antara para aktor implementasi serta kondisi-kondisi sumberdaya

implementasi yang diperlukan. Variabel-variabel tersebut kemudian dapat tertuang seperti gambar 2.3 :



Gambar 2.3 : Model M.S. Grindle

Sumber : M.S. Grindle, 1980 (sebagaimana dikutip dalam Nugroho, Kebijakan Publik untuk Negara-negara Berkembang : Model – model Perumusan, Implementasi dan Evaluasi, 2008)

Menurut Islamy (2004:119) setiap kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan, akan membawa dampak tertentu terhadap kelompok, baik positif (*intended*) maupun yang negatif (*unintended*). Ini berarti bahwa konsep dampak menekankan pada apa yang terjadi secara actual pada kelompok yang ditargetkan dalam kebijakan. Oleh karenanya, dengan melihat kosekuensi

dari dampak, maka dapat dijadikan sebagai salah satu tolak ukur keberhasilan implementasi kebijakan dan juga dapat dijadikan sebagai masukan dalam proses perumusan kebijakan guna meningkatkan kualitas kebijakan yang dimaksud.

Dunn mengemukakan Analisis Kebijakan melampaui apa yang dicapai oleh disiplin-disiplin tradisional. Jika disiplin-disiplin tradisional sekedar menjelaskan keteraturan - keteraturan empiris, analisis kebijakan mengkombinasikan dan mentransformasikan substansi dan metode beberapa dipilih dan lebih jauh lagi menghasilkan informasi yang relevan dengan kebijakan yang digunakan untuk mengatasi masalah-masalah publik tertentu (Dunn, 1999:96).

Dengan demikian setiap akan dilakukannya sebuah kebijakan tentu harus dilakukan kajian yang mendalam terhadap semua aspeknya, agar kebijakan yang dilakukan dapat dijalankan dengan seoptimal mungkin menyentuh kemaslahatan dan kebaikan.

2. Definisi Kemiskinan

Kemiskinan merupakan permasalahan mendasar yang dihadapi oleh berbagai kabupaten/kota di Indonesia. Walaupun kemiskinan ditemukan diseluruh daerah di Indonesia, namun penyebab dan persepsi masyarakat tentang kemiskinan berbeda antara satu daerah dengan daerah lainnya. Hal ini sangat dimungkinkan karena daerah-daerah di Indonesia mempunyai sejarah panjang dalam aspek sosial dan budaya

masyarakat, yang secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi sikap, perilaku, cara pandang, serta sistem nilai dalam suatu masyarakat. Terkait dengan hal tersebut, maka pemahaman tentang definisi kemiskinan yang dianut oleh suatu masyarakat memiliki arti strategis bagi para pengambil kebijakan untuk menentukan perencanaan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan yang tepat pada masyarakat. Dalam UU No. 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin disebutkan bahwa “Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya”.

Dalam penanganan kemiskinan terdapat kategori dan batas tingkat kemiskinan yang berbeda. Dengan kategori dan batas tingkat kemiskinan yang berbeda-beda ini menjadikan jumlah masyarakat miskin dari satu tempat dengan tempat lain berbeda-beda pula. Berikut adalah beberapa pendekatan yang pada umumnya digunakan untuk mengukur tingkat kemiskinan suatu wilayah:

a. Pendekatan Pemenuhan Kalori (Sajogyo, 1988)

Penetapan masyarakat miskin ditinjau dari total kebutuhan minimum makanan yaitu terpenuhinya 1.900 kalori dan 40 gram protein per hari atau disamakan dengan konsumsi beras per kapita per tahun. Di pedesaan bilamana pendapatan lebih tinggi atau sama dengan ekivalensi 320 kg beras dikategorikan tidak miskin. Selanjutnya klasifikasi miskin terdiri atas:

- 1) Melarat (*maverty level*), bila pendapatan per kapita dari 180 kg beras/tahun
- 2) Miskin sekali (*very poor*), bila pendapatan per ekivalen 180-240 kg beras/Tahun
- 3) Miskin (*poor*), bila pendapatan ekivalen 240-320 kg beras/tahun.
- 4) Agak miskin (*moderate*), bila pendapatan per kapita sama atau lebih dari 320 beras/tahun.

b. Pendekatan Bank Dunia

Kemiskinan bisa dikelompokan dalam dua kategori, yaitu kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. Kemiskinan absolut mengacu pada satu set standard yang konsisten, tidak terpengaruh oleh waktu dan tempat / negara. Sebuah contoh dari pengukuran absolut adalah persentase dari populasi yang makan dibawah jumlah yang cukup menopang kebutuhan tubuh manusia (kira kira 2000-2500 kalori per hari untuk laki laki dewasa). Bank Dunia mendefinisikan Kemiskinan absolut sebagai hidup dengan pendapatan dibawah USD \$1/hari dan Kemiskinan menengah untuk pendapatan dibawah \$2 per hari.

c. Pendekatan Biro Pusat Statistik

Indonesia pada umumnya menggunakan pendekatan BPS dalam pengukuran tingkat kemiskinan. BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*) dalam mengukur kemiskinan. Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk

memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Dengan pendekatan ini, dapat dihitung *Head Count Index* (HCI), yaitu persentase penduduk yang berada di bawah Garis Kemiskinan. Dengan memperhatikan komponen Garis Kemiskinan (GK), yang terdiri dari Garis Kemiskinan Makanan (GKM) dan Garis Kemiskinan Bukan-Makanan (GKBM), terlihat bahwa peranan komoditi makanan jauh lebih besar dibandingkan peranan komoditi bukan makanan (perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan). Besar kecilnya jumlah penduduk miskin sangat dipengaruhi oleh Garis Kemiskinan, karena penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan dibawah Garis Kemiskinan. Semakin tinggi Garis Kemiskinan, semakin banyak penduduk yang miskin.

3. Faktor Penyebab Kemiskinan

Menurut Sharp, et. Al (sebagaimana dikutip dalam Kuncoro, 2006), terdapat tiga hal penyebab kemiskinan yang dilihat secara lebih luas, yaitu:

- a. Secara mikro kemiskinan minimal karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumberdaya yang menimbulkan distribusi pendapatan yang timpang.
- b. Penduduk miskin hanya memiliki sumberdaya dalam jumlah terbatas dan kualitasnya rendah;
- c. Kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumberdaya manusia. Kualitas sumberdaya manusia yang rendah berarti

produktivitasnya rendah, yang pada gilirannya upahnya rendah. Rendahnya kualitas sumberdaya ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, atau karena keturunan;

- d. Kemiskinan muncul akibat perbedaan akses dalam modal. Ketiga penyebab kemiskinan ini bermuara pada teori lingkaran setan kemiskinan (*vicious circle poverty*). Adanya keterbelakangan, ketidaksempurnaan pasar, dan kurangnya modal menyebabkan rendahnya produktivitas sehingga mengakibatkan rendahnya pendapatan yang mereka terima. Rendahnya pendapatan akan berimplikasi pada rendahnya tabungan dan investasi yang berakibat pada keterbelakangan dan seterusnya.

Menurut Spicker (2002), membagi penyebab kemiskinan dalam empat mashab, antara lain:

- a. Penjelasan Individu (*Individual explanation*), diakibatkan oleh karakteristik orang miskin itu sendiri: malas, pilihan yang salah, gagal dalam bekerja, cacat bawaan, belum siap memiliki anak dan sebagainya.
- b. Penjelasan berdasarkan keturunan (*Familial explanations*), akibat faktor keturunan, dimana antar generasi terjadi ketidakberuntungan yang berulang, terutama akibat pendidikan.
- c. Penjelasan Subkultural (*Subcultural explanations*), akibat karakteristik perilaku suatu lingkungan yang berakibat pada moral dari masyarakat.

- d. Penjelasan Struktural (*Structural explanations*), menganggap kemiskinan sebagai produk dari masyarakat yang menciptakan ketidakseimbangan dengan pembedaan status atau hak. (Satria, 2009).

Pada umumnya di Indonesia, penyebab-penyebab kemiskinan adalah sebagai berikut:

- a. Kurangnya lapangan pekerjaan yang tersedia di Indonesia. Seperti diketahui lapangan pekerjaan yang terdapat di Indonesia tidak seimbang dengan jumlah penduduk yang ada dimana lapangan pekerjaan lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah penduduknya. Dengan demikian banyak penduduk di Indonesia yang tidak memperoleh penghasilan sehingga menyebabkan kemiskinan di Indonesia.
- b. Tidak meratanya pendapatan penduduk Indonesia. Pendapatan penduduk yang didapatkan dari hasil pekerjaan yang mereka lakukan relatif tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari sedangkan ada sebagian penduduk di Indonesia mempunyai pendapatan yang berlebih. Ini yang disebut tidak meratanya pendapatan penduduk di Indonesia.
- c. Tingkat pendidikan masyarakat yang rendah. Banyak masyarakat Indonesia yang tidak memiliki pendidikan yang dibutuhkan oleh perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja. Pada umumnya untuk memperoleh pendapatan yang tinggi diperlukan tingkat pendidikan yang tinggi pula atau minimal mempunyai memiliki keterampilan

yang memadai sehingga dapat memperoleh pendapatan yang dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari sehingga kemakmuran penduduk dapat terlaksana dengan baik dan kemiskinan dapat di tanggulangi.

4. Rumah Tangga Sangat Miskin

Rumah tangga sangat miskin memiliki beberapa kriteria umum yang digunakan oleh BPS untuk menjadi persyaratan program PKH. Dibawah ini adalah Kriteria Umum Rumah Tangga Sangat Miskin dari Sisi Fisik Rumah Tangga. Sesuai dengan Kepmensos No. 146 /HUK/2013 adalah sebagai berikut :

- a. Tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar.
- b. Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sederhana;
- c. Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah;
- d. Tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga;
- e. Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya samapi jenjang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama;
- f. Mempunyai dinding rumah terbuat dari bamboo/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah using/berlumut atau tembok tidak di plaster;

- g. Kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
- h. Atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
- i. Mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran;
- j. Luas lantai rumah kecil kurang dari 8 m²/orang; dan
- k. Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

Dalam menentukan rumah tangga miskin yang ada di Indonesia, BPS berpatokan pada 11 kriteria yang telah ditentukan pusat. Penentuan kriteria miskin itu dilakukan melalui Susenas yang dilakukan BPS sendiri. Golongan rumah tangga sangat miskin adalah yang memenuhi ke 11 kriteria diatas, yang hanya memenuhi antara 9 sampai 11 kriteria disebut rumah tangga miskin. Sementara yang memenuhi 8 sampai 6 kriteria adalah disebut rumah tangga mendekati miskin dan apabila hanya memenuhi kurang dari 5 kriteria tidak termasuk rumah tangga miskin. Untuk RTSM Kelurahan Nunukan Utara, kriteria kemiskinan yang digunakan teori ini sudah cocok diterapkan dilihat dari kriteria fisik rumah dan aksesnya di daerah tersebut sebagai dasar awal untuk menjadi calon peserta PKH.

5. Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan

Untuk mempercepat pelaksanaan program penanggulangan kemiskinan, pemerintah telah menyusun program percepatan

penanggulangan kemiskinan. Program percepatan penanggulangan kemiskinan tersebut (Perpres No. 15 Tahun 2010) di bagi 4 (empat) Kelompok Program yaitu :

- a. Kelompok Program Bantuan Sosial Terpadu Berbasis Keluarga, bertujuan untuk melakukan pemenuhan hak dasar, pengurangan beban hidup, dan perbaikan kualitas hidup masyarakat miskin;
- b. Kelompok Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Pemberdayaan Masyarakat, bertujuan untuk mengembangkan potensi dan memperkuat kapasitas kelompok masyarakat miskin untuk terlibat dalam pembangunan yang didasarkan pada prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat;
- c. Kelompok Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Pemberdayaan Usaha Ekonomi Mikro Dan Kecil, bertujuan untuk memberikan akses dan penguatan ekonomi bagi pelaku usaha berskala mikro dan kecil;
- d. Program-Program Lainnya Yang Baik Secara Langsung Ataupun Tidak Langsung dapat meningkatkan kegiatan ekonomi dan kesejahteraan masyarakat miskin

Setiap kelompok program, mempunyai fokus dan tujuan yang berbeda dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Oleh sebab itu, setiap kelompok tersebut mempunyai ciri dan karakteristik yang berbeda. Ciri dan karakteristik setiap kelompok program penanggulangan kemiskinan mempunyai hubungan yang erat dengan cakupan kegiatan dan penerima

manfaat yang menjadi target dari pelaksanaan kelompok program penanggulangan kemiskinan.

6. Program Peningkatan Akses Kesehatan dan Pendidikan

Tingkat kemiskinan suatu rumah tangga secara umum terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar berupa kesehatan dan pendidikan. Rendahnya penghasilan keluarga sangat miskin sering menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan, untuk tingkat minimal sekalipun. Pemeliharaan kesehatan ibu sedang mengandung pada keluarga sangat miskin sering tidak memadai sehingga menyebabkan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan atau bahkan kematian bayi. Selain itu, tingginya angka kematian ibu ini disebabkan oleh tidak adanya kehadiran tenaga medis pada kelahiran, fasilitas kesehatan yang tidak tersedia pada saat dibutuhkan tindakan, atau masih banyaknya rumah tangga miskin yang lebih memilih tenaga kesehatan tradisional daripada tenaga medis lainnya.

Disisi lain, kekurangan gizi berdampak buruk pada produktivitas dan daya tahan tubuh seseorang sehingga menyebabkannya terperangkap dalam siklus kesehatan yang buruk. Seringnya tidak masuk sekolah karena sakit dapat menyebabkan anak putus sekolah. Kondisi kesehatan dan gizi mereka yang umumnya buruk juga menyebabkan mereka tidak dapat berprestasi di sekolah. Sebagian dari anak-anak keluarga sangat miskin ada juga yang sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus membantu mencari nafkah. Kondisi ini menyebabkan

kualitas generasi penerus keluarga sangat miskin senantiasa rendah dan pada akhirnya terperangkap dalam lingkaran kemiskinan.

Uraian di atas menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan dasar, khususnya bidang kesehatan dan pendidikan, terutama bagi keluarga miskin sesungguhnya merupakan bagian dari jaminan sosial, yang merupakan komponen hak asasi bagi seluruh warga negara untuk memperoleh kesejahteraan. Keberadaan jaminan sosial semakin relevan dalam kehidupan kelompok masyarakat miskin karena mereka seringkali dihadapkan pada ketidakpastian yang menghambat pelaksanaan fungsi sosialnya. Jaminan sosial juga merupakan bentuk perlindungan dan pemeliharaan taraf kesejahteraan bagi warga yang miskin, terutama dengan kemiskinan kronis. Dalam hal ini, UUD 1945 Pasal 34 ayat (2) mengamanatkan bahwa: "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan".

Hal ini menuntut perhatian pemerintah, baik pusat maupun daerah, untuk terus memberikan pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi keluarga miskin, dimanapun mereka berada. Hal ini sejalan dengan amanat UUD 1945 Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa: "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak".

7. Program Keluarga Harapan (PKH)

PKH sebenarnya telah dilaksanakan di berbagai negara, terutama negara-negara Amerika Latin dengan nama program yang bervariasi,

contohnya Meksiko dan Brazil. Meksiko merupakan negara pertama di Amerika Latin yang memperkenalkan program bantuan tunai bersyarat dengan nama *Progres*a pada tahun 1997, uang tunai diberikan sampai US\$ 60 untuk setiap keluarga, dan diberikan berdasarkan syarat pada kehadiran anak-anak di sekolah dan *check up* kesehatan seluruh anggota rumah tangga penerima manfaat, pada tahun 2002 setelah mengalami perluasan jangkauan maka berganti nama menjadi *Oportunidades*. Brazil pada tahun 2001 memulai suatu program yang bernama *Bolsa Escola* dan merupakan program yang cukup sukses karena kurang dari satu tahun, program ini sudah menjangkau lebih dari lima juta rumah tangga yang ada di negara tersebut. *Bolsa Escola* memberikan uang tunai secara bulanan kepada rumah tangga miskin yang memiliki anak berumur 6-15 tahun, dengan syarat anak tersebut hadir di sekolahnya, uang yang diperoleh untuk satu keluarga adalah US\$15/bulan. Pada tahun 2003, program ini berganti nama menjadi *Bolsa Familia* (UNDP, 2006).

Di Indonesia program tersebut telah dilaksanakan sejak tahun 2007 dengan nama Program Keluarga Harapan (PKH), program ini memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga miskin melalui ketentuan dan persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan .

Untuk menyukseskan program tersebut, maka dibantu oleh Tim Tenaga ahli PKH dan konsultan *World Bank*. PKH dilaksanakan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin. Program ini "bukan" dimaksudkan sebagai kelanjutan program

Subsidi Langsung Tunai (SLT) yang diberikan dalam rangka membantu rumah tangga miskin mempertahankan daya belinya pada saat pemerintah melakukan penyesuaian harga BBM. PKH lebih dimaksudkan kepada upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin.

PKH dengan slogan “Anak Saya Tidak Boleh Miskin” ini adalah suatu program yang memberikan bantuan tunai kepada RSTM, jika mereka memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan.

Tujuan dari PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target *Milenium Development Goals* (MDGs).

Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas:

- a. Meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM;
- b. Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM;
- c. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM;
- d. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM.

Program ini pada prinsipnya memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin melalui persyaratan terkait dengan pengembangan sumberdaya manusia, yaitu menyekolahkan anak usia wajib belajar, pemeriksaan kesehatan terhadap ibu hamil dan balita,

serta memberikan makanan bergizi kepada anak-anaknya. Bantuan tunai ini diharapkan dapat meringankan beban pengeluaran rumah tangga miskin untuk jangka pendek dengan sasaran rumah tangga sangat miskin yang mempunyai anak usia 0-17 tahun dan ada wanita usia subur yang sedang hamil.

Dalam jangka panjang, PKH mempunyai tujuan pembangunan kapabilitas dasar manusia sehingga terjadi pemotongan pewarisan kemiskinan antar generasi. Dalam kerangka tersebut program ini juga dirancang untuk mempercepat penuntasan Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun dengan mengurangi kasus pekerja anak (Kementrian Sosial RI, 2010).

a. Syarat Bantuan Kesehatan

Untuk PKH dalam bidang kesehatan, RTSM yang sudah ditetapkan menjadi peserta PKH dan memiliki kartu PKH, diwajibkan memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan.

Tabel 2.2
Persyaratan Bantuan PKH Bidang Kesehatan

NO	SASARAN	PERSYARATAN (Kewajiban Peserta)
1	Ibu Hamil	Melakukan pemeriksaan kehamilan (antenatal care) sebanyak minimal 4 kali (K1 di trimester 1, K2 di trimester 2, K3 dan K4 di trimester 3) selama masa kehamilan
2	Ibu Melahirkan	Proses kelahiran bayi harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
3	Ibu Nifas	Ibu yang telah melahirkan harus melakukan pemeriksaan atau diperiksa kesehatannya setidaknya 2 kali sebelum bayi mencapai usia 28 hari

- | | | |
|---|-----------------------|--|
| 4 | Bayi Usia 0-6 bulan | Anak berusia di bawah 1 tahun harus diimunisasi lengkap dan ditimbang secara rutin setiap bulan. |
| 5 | Bayi Usia 6-11 bulan | Mendapat suplemen tablet vitamin A |
| 6 | Anak Usia 1 – 5 tahun | Dimonitor tumbuh kembang dengan melakukan penimbangan secara rutin setiap 1 bulan; Mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali setahun pada bulan Februari dan Agustus |
| 7 | Anak Usia 5 – 6 tahun | Melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 bulan sekali dan/atau mengikuti program pendidikan anak usia dini. |

Sumber : UPPKH Pusat, 2013

b. Syarat Bantuan Pendidikan

Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan berkaitan dengan pendidikan jika memiliki anak berusia 7-15 tahun. Anak peserta PKH tersebut harus didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan (SD / MI / SDLB / Salafiyah Ula / Paket A atau SMP / MTs / SMPLB / Salafiyah Wustha / Paket B termasuk SMP/MTs terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 persen dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung. Apabila ada anak yang berusia 5-6 tahun yang sudah masuk sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan dikenakan persyaratan pendidikan.

Jika peserta PKH memiliki anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka peserta diwajibkan mendaftarkan anak tersebut ke satuan pendidikan yang menyelenggarakan program Wajib Belajar 9 tahun / pendidikan kesetaraan. Apabila anak yang bersangkutan bekerja/pekerja anak atau telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama,

maka anak tersebut harus mengikuti program remedial untuk mempersiapkannya kembali ke satuan pendidikan. Dalam rangka pelaksanaan program tersebut satuan pendidikan harus menyediakan program *remedial*. Apabila anak yang bersangkutan dengan usia tersebut di atas masih buta aksara, maka diwajibkan untuk mengikuti pendidikan keaksaraan fungsional di Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) terdekat. Komponen pendidikan dalam PKH dikembangkan untuk meningkatkan angka partisipasi pendidikan dasar wajib 9 tahun serta upaya mengurangi angka pekerja anak pada RTSM (Kementrian Sosial RI, 2010).

c. Besaran Bantuan

Berdasarkan pedoman umum pelaksanaan kegiatan PKH yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial Republik Indonesia, jumlah bantuan peserta PKH adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Indeks dan Komponen Bantuan PKH

Skema Bantuan	Indeks Bantuan Per-KSM/Thn
Bantuan tetap	Rp. 500.000
Bantuan komponen PKH:	
a. Ibu Hamil/Menyusui/Nifas/balita/anak pra-sekolah	Rp. 1.200.000
b. Anak SD dan yang sederajat	Rp. 450.000
c. Anak SMP dan yang sederajat d.	Rp. 750.000
Anak SMA dan yang sederajat	Rp. 1.000.000
Bantuan minimum per KSM	Rp. 950.000
Bantuan maksimum per KSM	Rp. 3.900.000

Sumber : UPPKH Kab. Nunukan Tahun 2016

Jumlah bantuan yang diberikan pada PKH dipengaruhi oleh komposisi keluarga maupun tingkat pendidikan anak untuk bantuan komponen kesehatan tidak dihitung berdasarkan jumlah anak balita tetapi menjadi satu paket dengan ibu hamil/nifas, selanjutnya diterapkan batas maksimum dan minimum penerimaan dengan pertimbangan sebagai berikut:

- 1) Jika pembayaran terlalu tinggi, maka orang akan tergantung pada program ini.
- 2) Jika pembayaran diberi dalam jumlah yang sama ke semua keluarga, menjadi tidak adil bagi keluarga yang memiliki anak banyak/ anak bersekolah di tingkat yang lebih tinggi mengingat pengeluarannya pun relatif lebih besar dari keluarga kecil/tidak terbebani biaya sekolah
- 3) Jika bantuan berdasarkan jumlah anak tanpa batasan, maka dikhawatirkan akan menghambat program Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), selain itu membuka kesempatan kepada para penipu untuk mengakui anak orang lain sebagai anaknya untuk memperoleh pembayaran.

Agar penggunaan bantuan dapat lebih efektif diarahkan untuk peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan, bantuan harus diterima oleh ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (dapat nenek, tante/bibi, atau kakak perempuan). Untuk itu, pada kartu kepesertaan PKH akan tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga.

Pengecualian dari ketentuan di atas dapat dilakukan pada kondisi tertentu dengan mengisi formulir pengecualian di Unit Pelaksanan Program Keluarga Harapan (UPPKH) kecamatan yang harus diverifikasi oleh Ketua RT setempat dan pendamping PKH.

Peserta PKH akan menerima bantuan selama maksimal 6 tahun, hal ini berdasar pada pengalaman pelaksanaan program serupa di negara-negara lain yang menunjukkan bahwa setelah lima sampai enam tahun peserta dapat meningkat kualitas hidupnya. PKH merupakan program lintas sektor, karena pelaksanaannya melibatkan berbagai sektor dan tingkatan pemerintahan, yaitu: Menko Kesra, Bappenas, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Komunikasi dan Informatika dan Departemen Keuangan. Pelaksanaan PKH juga didukung oleh BPS untuk penyediaan data penerima dan PT Pos Indonesia untuk sistem manajemen informasi pembayaran.

8. Kelembagaan PKH

a. Kelembagaan PKH di Pusat

Kelembagaan PKH di pusat terdiri atas: Tim Pengarah Pusat, Tim Teknis Pusat dan Unit Pelaksana PKH Pusat (UPPKH-P).

1) Tim Pengarah Pusat,

Tim pengarah pusat adalah pejabat Eselon 1 dari:

- a) Kementerian Koordinasi Sumberdaya Manusia
- b) Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

- c) Kementrian Sosial
- d) Kementrian Kesehatan
- e) Departemen Pendidikan dan Kebudayaan
- f) Kementrian Keuangan
- g) Kementrian Agama
- h) Kementrian Komunikasi dan Informatika
- i) Kementrian Dalam Negeri
- j) Badan Pusat Statistik (BPS)

Tugas dan tanggung jawab Tim Pengarah Pusat, diantaranya:

- a) Memberikan pengarahan dan menyetujui desain dan rencana pelaksanaan program.
- b) Memberikan pengarahan dan menyetujui mekanisme dan prosedur pelaksanaan PKH.
- c) Memecahkan berbagai masalah lintas sektor yang telah teridentifikasi oleh Tim Teknis Pusat.
- d) Meningkatkan kolaborasi antar departemen dalam pencapaian tujuan PKH.
- e) Memberikan rekomendasi strategi pengembangan PKH baik kepada pemerintah maupun legislatif.

2) Tim Teknis Pusat,

Anggota Tim Teknis Pusat terdiri atas pejabat eselon 2 dan/atau eselon 3 yang ditunjuk dari kementerian dan lembaga anggota Tim Pengarah Pusat. Tim Teknis Pusat diketuai oleh Direktur Jenderal Bantuan Jaminan Sosial sekaligus sebagai

Kuasa Pengguna Anggaran. Untuk pengelolaan keuangan program, Pejabat Pembuat Komitmen adalah Direktur Jaminan Sosial. Tim Teknis Pusat mengadakan rapat koordinasi setidaknya setiap 3 bulan sekali. Ketua tim teknis pusat, bersama-sama dengan anggota tim teknis lainnya, berkewajiban memberikan laporan tertulis kepada Tim Pengarah Pusat setiap 3 (tiga) bulan sekali. Tugas dan tanggung jawab Tim Teknis Pusat, diantaranya :

- a) Mengkaji berbagai rencana operasional yang disiapkan oleh UPPKH pusat.
 - b) Mengkoordinasikan berbagai kegiatan sektoral terkait agar tujuan dan fungsi program dapat berjalan baik.
 - c) Membentuk tim lintas sektor yang bertugas untuk menentukan peserta PKH.
 - d) Memonitor perkembangan pelaksanaan program termasuk pengaduan masyarakat dan penanganannya, dan mengajukan perbaikan apabila diperlukan.
- 3) Unit Pelaksana PKH Pusat (UPPKH-P)

Unit Pelaksana PKH Pusat adalah pelaksana program yang berada di bawah kendali Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial, Departemen Sosial. Pelaksanaan UPPKH mengikuti arahan kebijakan dan prosedur yang ditentukan oleh Tim Pengarah dan berkoordinasi dengan Tim Teknis Pusat.

Tugas dan tanggung jawab UPPKH Pusat diantaranya :

- a) Mengelola dan melaksanakan registrasi peserta PKH.
 - b) Mengelola dan melaksanakan pembayaran peserta PKH.
 - c) Memverifikasi kelayakan peserta PKH berdasarkan ketentuan yang ada dengan bekerjasama dengan PT POS melalui suatu proses informasi yang transparan, adil, akurat, tepat waktu.
 - d) Menjamin proses dan ketepatan waktu sosialisasi dan informasi mengenai program kepada semua pihak terkait baik di pusat, provinsi, kabupaten/ kota, peserta PKH, penyedia layanan, berbagai kelompok sosial kemasyarakatan, dan sebagainya.
- b. Kelembagaan PKH Daerah.

1) Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota

Tim koordinasi PKH kabupaten/kota terdiri atas: Bupati sebagai pembina, Sekretaris Daerah, sebagai ketua tim pengarah, Bappeda Kabupaten/Kota sebagai ketua Tim Teknis, Kepala Dinas Sosial sebagai sekretaris.

Tugas dan tanggung jawab TKPKH Kabupaten antara lain :

- a) Mengkoordinasikan dinas teknis terkait untuk menjaga ketersediaan pelayanan kesehatan dan pendidikan bagi peserta PKH selama program dilaksanakan.
- b) Mengkaji laporan perkembangan verifikasi untuk menjaga komitmen terhadap ketersediaan pelayanan selama program berlangsung;

- c) Mensosialisasikan hasil monitoring proses dan evaluasi dampak program PKH di daerahnya.
 - d) Melakukan supervisi pelaksanaan PKH pada kecamatan-kecamatan yang berada dalam wilayah kerjanya.
- 2) Unit Pelaksana PKH Daerah (UPPKH-D)

Unit pelaksana PKH Daerah terdiri dari:

- a) Unit Pelaksana PKH Kabupaten/Kota (UPPKH Kabupaten/Kota)
- b) Unit Pelaksana PKH Kecamatan (UPPKH Kecamatan)

UPPKH Kabupaten/Kota dibentuk di setiap kabupaten/kota lokasi PKH di bawah koordinasi Dinas Sosial.

Fungsi UPPKH Kabupaten/Kota antara lain :

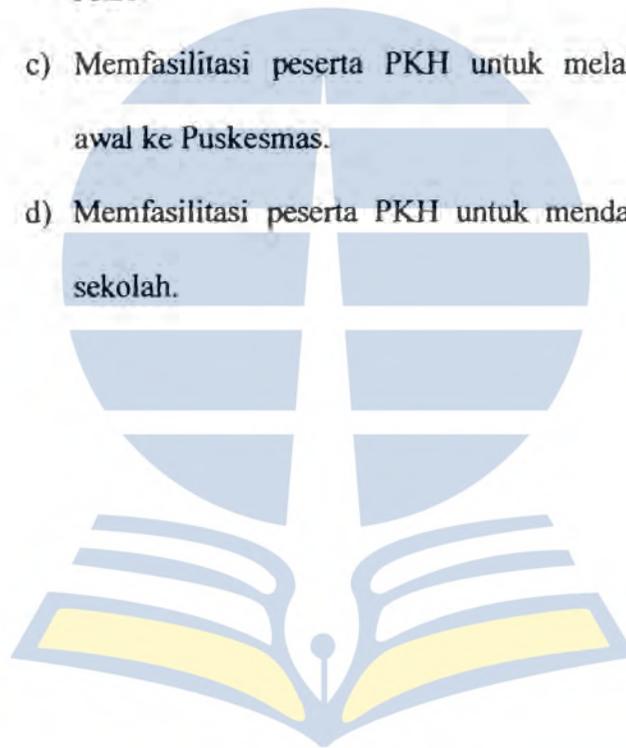
- a) Menyediakan seluruh informasi terkait program kepada peserta PKH dan masyarakat umum.
- b) Menerima pengaduan dan permintaan terkait dengan program dan membantu penyelesaian yang dapat dilakukan di tingkat kecamatan dan kabupaten/kota.
- c) Menerima dan mengirim proses pemutakhiran data peserta PKH, seperti antara lain informasi kelahiran, kematian, perubahan alamat, perubahan nama penerima, dan sebagainya yang ditetapkan.

Untuk membantu pelaksanaan PKH di setiap kecamatan lokasi PKH, UPPKH Kabupaten/Kota membentuk UPPKH Kecamatan. UPPKH Kecamatan terdiri atas

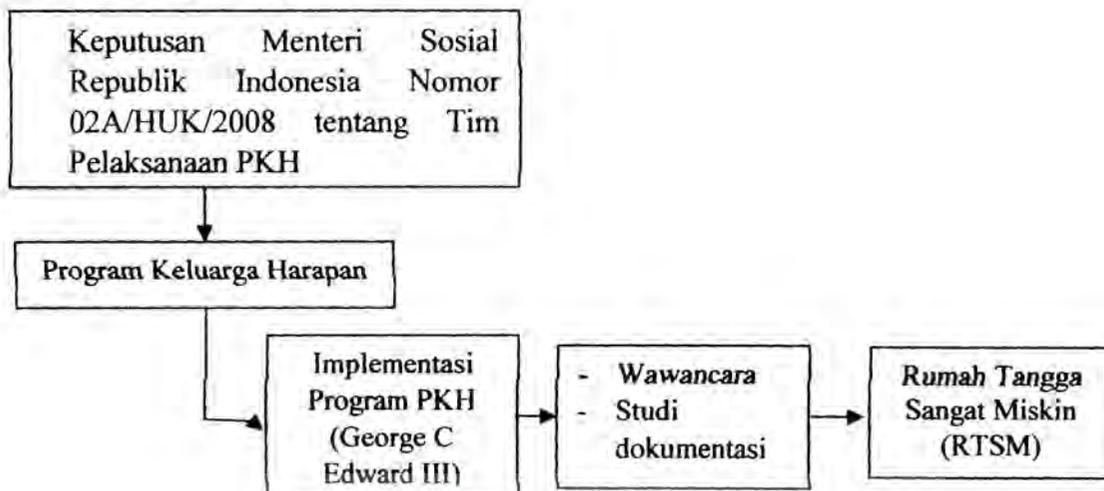
fasilitator/pendamping masyarakat penerima PKH. Setiap fasilitator mendampingi kurang lebih 375 RTSM, dan setiap 3-4 pendamping terdapat koordinator pendamping.

UPPKH Kecamatan berfungsi antara lain untuk:

- a) Menyelenggarakan pertemuan awal dengan seluruh peserta PKH.
- b) Memfasilitasi pemilihan ketua kelompok ibu-ibu peserta PKH.
- c) Memfasilitasi peserta PKH untuk melakukan kunjungan awal ke Puskesmas.
- d) Memfasilitasi peserta PKH untuk mendaftarkan anak ke sekolah.



C. Kerangka Berpikir



Gambar 2.4 : Kerangka berpikir

Untuk lebih meningkatkan efektivitas penanggulangan kemiskinan, pemerintah meluncurkan Program Keluarga Harapan (PKH) dengan dasar hukum Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 02A/HUK/2008 tentang Tim Pelaksanaan PKH dan diperkuat dengan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi point lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat Bagi Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

Secara khusus tujuan PKH adalah untuk bidang kesehatan meningkatnya akses dan pemanfaatan upaya kesehatan bagi anak usia 0-6 tahun, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui dan pada bidang pendidikan adalah meningkatnya status pendidikan anak dari keluarga peserta PKH. Pada pelaksanaannya kedua bidang tersebut mengacu pada indikator yang telah ditentukan agar dapat berhasil dengan baik.

Belum berhasilnya pencapaian indikator bidang kesehatan dan pendidikan yang telah ditentukan pada PKH, menunjukkan adanya masalah dalam perencanaan maupun implementasinya. Hal ini tentu saja terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian indikator baik dari aspek perencanaan maupun aspek implementasinya. Terlihat ada ketidaksesuaian antara perencanaan dan implementasi sehingga berakibat disparitas antara harapan dan kenyataan.

Selanjutnya berdasarkan hasil analisis tersebut penulis akan berusaha mengidentifikasi faktor-faktor mana yang menjadi penyebab tercapai (pendukung) dan tidak tercapainya (penghambat) PKH di Kabupaten Nunukan. Dengan demikian pada akhir laporan penelitian, peneliti akan menyimpulkan pembahasan hasil penelitian sekaligus memberikan rekomendasi untuk perbaikan pelaksanaan PKH baik dari aspek kebijakan, perencanaan, maupun implementasinya.

D. Operasionalisasi Konsep

1. Implementasi Program Keluarga Harapan adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana PKH yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi PKH dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap sempurna.
2. Faktor-faktor apa yang menjadi pendukung dan penghambat PKH di Kabupaten Nunukan adalah situasi-situasi atau gejala-gejala yang terjadi yang mempengaruhi dan menentukan berhasil tidaknya pencapaian PKH di Kabupaten Nunukan.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif, metode kualitatif berfokus pada memahami proses, tingkah laku, dan kondisi sebagaimana dipersepsikan oleh individu atau kelompok. Metode ini memberikan pemahaman mengenai bagaimana rumah tangga atau masyarakat dipengaruhi oleh program. Analisis deskriptif merupakan metode analisis yang bertujuan mendeskripsikan atau menjelaskan sesuatu hal apa adanya (Irwan 2004; dalam Baroroh, 2008:1). Pendapat tersebut senada dengan apa yang dikemukakan oleh Nazir (1999:63) bahwa penelitian deskriptif bertujuan untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan sistimatis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan diantara fenomena yang diselidiki. Budiarto (2002:28) menyatakan penelitian deskriptif sebagai penelitian dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilakukan secara alami untuk mengadakan deskripsi tanpa dilakukan analisis yang mendalam.

Bogdan dan Taylor dalam Moleong (2002:3) mendefinisikan metode kualitatif sebagai berikut, “Metode kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang atau perilaku yang diamati”. Penelitian kualitatif pada hakekatnya ialah mengamati orang dalam lingkungan hidupnya, berinteraksi dengan mereka, berusaha memahami bahasa dan tafsiran mereka tentang lingkungan sekitarnya (Nasution, 1998:5). Penggunaan metode penelitian

kualitatif memungkinkan peneliti untuk berada langsung dan membaaur bersama-sama dengan masyarakat latar penelitian. Dengan demikian masyarakat dianggap sebagai subyek penelitian. Peneliti berusaha menempatkan diri sebagai “*insider*” bukan “*outsider*”. Prinsipnya digunakan untuk menemukan fakta dan mengambarkannya secara deskriptif mengenai obyek penelitian yang meliputi pelaku (*actor*), aktivitas-aktivitas pelaku (*activities*), serta tempat/lokasi (*place*) dimana penelitian tersebut dilakukan.

Berdasarkan pengertian tersebut diatas penelitian ini bertujuan untuk membuat suatu deskripsi atau gambaran yang sistimatis, faktual dan akurat tentang Implimentasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan.

B. Sumber Informasi dan Pemilihan Informan

1. Sumber Informasi

Sumber informasi dari penelitian ini adalah orang-orang yang memiliki kaitan dengan tugas pokok dan fungsi dalam penyelenggaraan Program Keluarga Harapan seperti :

- a. Kepala Dinas Sosial, Tenagakerja dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan;
- b. Kepala Bidang Sosial pada Dinas Sosial, Tenagakerja dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan;
- c. Camat Nunukan;
- d. Koordinator Pendamping Program Keluarga Harapan
- e. Tenaga Pendamping Program Keluarga Harapan;

- f. Masyarakat penerima PKH, dengan karakteristik : rumah tangga miskin, ibu hamil, memiliki anak 0-6 tahun dan/atau anak 6-15 tahun yang belum selesai 9 tahun wajib belajar.

2. Pemilihan informan

Pengambilan partisipan menggunakan *purposive sampling* atau sample bertujuan. Pemilihan sample *purposive* merupakan pemilihan siapa subjek yang ada dalam posisi terbaik, untuk memberikan informasi yang dibutuhkan, subyek yang dipilih dipercayai mewakili populasi tertentu (Uber Silalahi, 2010)

Menurut Melong (2006) sample bertujuan ini dicirikan dengan pencarian informasi dari informan akan segera berakhir jika informasi yang didapat dari informan pengulangan. Disinilah teknik sampling bertujuan tidak berdasarkan jumlah orang yang dijadikan informan, tetapi berdasarkan kejenuhan informasi, Misalnya, apabila informan sudah berjumlah lima (5) orang tetapi informasi yang didapat telah mendalam dan sudah terjadi pengulangan informasi, maka sudah saatnya pemilihan informasi dihentikan.

3. Jumlah Sumber Informasi

Jumlah informan yang digunakan dalam penelitian ini minimal 30 orang, yang disurvei dari berbagai tingkatan, mulai dari Kepala Dinas, Kepala Bidang, Kepala Seksi, Camat, Kepala Desa, Koordinator PKH, Pendamping KH dan Peserta PKH.

C. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti sendiri dengan menggunakan pedoman wawancara dan pedoman observasi yang disusun sebelum melakukan pengumpulan data. Di samping itu peneliti melengkapi informasi yang telah diperoleh melalui wawancara dan observasi dengan melakukan kajian dokumentasi yaitu dokumen-dokumen yang terkait dengan obyek penelitian.

D. Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Wawancara mendalam (*deep interview*)

Wawancara adalah merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu (Esterberg *dalam* Sugiyono, 2005). Dalam penelitian ini, peneliti perlu melakukan wawancara dengan pihak-pihak yang mewakili berbagai tingkatan yang ada dalam obyek. Bertujuan untuk mendapatkan informasi rinci mengenai pelaksanaan program di berbagai tingkatan yang menyangkut antara lain tentang penargetan, pendataan, alokasi dana, masalah kelembagaan, dampak program serta tingkat kepuasan peserta PKH terhadap pelaksanaan Program PKH.

Wawancara mendalam ini dilakukan dengan menggunakan pedoman pertanyaan semi terstruktur yaitu mengumpulkan data dengan mengajukan pertanyaan secara tatap muka yang bertujuan untuk

melengkapi data yang diperoleh dan pembagian kuesioner kepada kelompok peserta PKH. Wawancara semi terstruktur adalah suatu wawancara atau percakapan baik dilakukan dengan individu atau kelompok untuk suatu tujuan tertentu. Kegiatan ini bertujuan untuk mengumpulkan data dari masyarakat. Biasanya digunakan suatu daftar panduan pertanyaan. Pertanyaan yang diajukan dalam metode ini bersifat semi terbuka, karena merupakan bahan acuan wawancara. Isi dan kajian bisa dirubah disesuaikan dengan proses diskusi, untuk mencapai tujuan.

Wawancara ini bisa dilakukan kepada beberapa jenis narasumber, tergantung kepada kebutuhan informasi atau data yang dibutuhkan. Misalnya: 1) Wawancara informan kunci: wawancara ini dilakukan jika dibutuhkan kajian dengan narasumber informasi yang dianggap dimiliki oleh sumber informan khusus. Informan kunci biasanya adalah orang yang dianggap punya pengalaman dan pengetahuan yang lebih luas mengenai sesuatu. Bila kita masuk ke dalam suatu masyarakat yang baru, orang seperti ini akan sangat berguna sebagai narasumber pertama. Informan kunci ini biasanya adalah pendamping PKH yang terjun langsung dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan , 2) Wawancara keluarga/rumah tangga. Wawancara ini dilakukan untuk mengkaji berbagai aspek kehidupan rumah tangga sangat miskin. Hasil dari wawancara ini disebut Profil Keluarga, yaitu gambaran keadaan suatu keluarga sebagai informasi untuk mengetahui taraf kesejahteraan rumah tangga, taraf kesehatan ibu dan balita dan pendidikan.

Teknik ini berguna untuk melengkapi pengamatan yang telah dilakukan, membuka dimensi baru suatu masalah dan mendapatkan jawaban yang akurat berdasarkan pengalaman pribadi. Proses pelaksanaan dari metode ini antara lain :

- a. Membuat daftar panduan pertanyaan mengenai kemiskinan yang mereka alami. Pertanyaan yang dibuat merupakan pertanyaan terbuka, yang dapat memancing opini kaum ibu rumah tangga sangat miskin mengenai masalah yang mereka hadapi.
- b. Membuat daftar orang yang diwawancara
- c. Melakukan wawancara dengan pihak – pihak yang berkaitan. Dalam penelitian ini pihak–pihak tersebut antara lain Koordinator pendamping PKH, pendamping PKH.
- d. Sebelum melakukan wawancara peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan wawancara
- e. Pertanyaan yang diajukan dimulai dari pertanyaan umum yang sederhana baru kemudian pertanyaan khusus mengenai partisipasi anak masuk sekolah dan kunjungan ibu hamil dan balita ke Puskesmas/Posyandu maupun fasilitas kesehatan lainnya.
- f. Jawaban dari pihak–pihak yang diwawancara direkam dan juga ditulis untuk dokumentasi.

2. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan salah satu teknik pendukung dalam proses pengumpulan data yaitu dengan cara mempelajari

dokumen-dokumen atau literatur dan bahan-bahan yang tertulis yang berkaitan dengan permasalahan penelitian untuk melengkapi keakuratan data.

Pengumpulan data dalam studi dokumentasi juga dapat dilakukan dengan cara mempelajari catatan peristiwa yang sudah ada baik yang berupa tulisan, gambar, atau karya-karya monumental seseorang. Selain itu studi dokumentasi juga dapat diperoleh melalui data sekunder yang tersedia pada instansi atau lembaga yang ada yang berkaitan dengan obyek penelitian. Dalam hal ini peneliti juga akan menggunakan alat dokumentasi (kamera).

Dalam penelitian ini, studi dokumentasi dilakukan dengan mempelajari literatur yang berkaitan dalam bentuk buku referensi, artikel, data pelayanan, dan laporan pengaduan layanan. Disamping itu peneliti melengkapi dengan gambar-gambar dan rekaman peristiwa dari situasi sosial yang ada di lapangan penelitian.

F. Metode Analisis Data

Analisis data kualitatif menurut Bogdan dan Bikken *dalam* Moelong (2006:248) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data mengorganisasikan data, memilah-milah menjadi satuan yang dikelola, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang diceritakan kepada orang lain.

Untuk menjamin kebenaran data (*credibility*), memperoleh tingkat relativitas kesamaan data pada situasi lain yang lebih tinggi (*transferability*),

konsistensi yang sesuai dengan setiap proses studi dan kenyataan yang ada di lapangan (*dependability*), dan memastikan data dapat dikonfirmasi atau disepakati oleh subyek atau informan (*confirmed*). Maka teknik pemeriksaan keabsahan data yang digunakan oleh peneliti adalah :

1. Teknik uji kredibilitas (kebenaran data)

Pengujian kredibilitas data dilakukan dengan teknik-teknik sebagai berikut:

a. Teknik Triangulasi

Yaitu peneliti melakukan pengecekan data dari berbagai sumber (*triangulasi sumber*) dengan berbagai cara (*triangulasi teknik*) dan dengan berbagai waktu (*triangulasi waktu*) agar mendapat kepastian data yang lebih obyektif.

Dalam konteks penelitian ini, peneliti menggunakan triangulasi sumber dan teknik untuk meng*cross-check* silang jawaban dari masing-masing sumber data. Misalnya informasi yang diperoleh dari informan yang satu ditanyakan kembali kepada informan yang lain dan sebaliknya. Dengan menggunakan berbagai teknik, informasi yang telah diperoleh melalui wawancara digali kembali melalui teknik observasi dan/atau dokumentasi dan sebaliknya.

b. Analisis kasus negatif

Teknik ini digunakan untuk mencari data yang berbeda dan bertentangan dengan data yang telah ditemukan. Bila semakin minim

data yang berbeda berarti data yang telah diperoleh sudah dapat dipercaya.

c. Menggunakan bahan referensi

Dengan teknik ini peneliti dapat membuktikan data yang telah ditemukan melalui pendukung kebenaran data seperti hasil rekaman wawancara dan foto-foto tentang interaksi manusia atau gambaran suatu keadaan.

2. Pengujian transferability

Pengujian *transferability* hasil penelitian adalah dengan cara memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis, dan dapat dipercaya untuk menunjukkan sejauhmana hasil penelitian dapat diterapkan atau digunakan dalam situasi lain yang memiliki karakteristik sama.

3. Pengujian dependability

Pengujian *dependability* atau disebut reliabilitas dalam penelitian kuantitatif, dilakukan dengan cara melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian sehingga hasil penelitian akan dianggap reliabel apabila orang lain dapat mengulangi atau mereplikasi proses penelitian tersebut (Sanafiah Faisal, 1990).

4. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data kualitatif dengan mengikuti konsep yang diberikan Miles and Huberman dan Spradley. Miles and Huberman dalam Sugiyono (2005), mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan

secara interaktif dan berlangsung terus menerus pada setiap tahapan penelitian sehingga tuntas dan datanya sampai jenuh. Kegiatan ini meliputi *pengumpulan data kolektif (data collection)*, *pereduksian data (data reduction)*, *display data*, dan *pengambilan kesimpulan (conclusion drawing/verification)*.

Analisis data pada penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan yang tahapannya sebagai berikut:

a. Sebelum di lapangan

Pada tahap ini analisis data dilakukan terhadap data sekunder hasil studi pendahuluan, sehingga data yang diperoleh dapat memperjelas fokus penelitian.

b. Selama dan setelah dari lapangan

Selama di lapangan peneliti telah melakukan analisis data baik dari hasil wawancara maupun dari hasil observasi, bila dari hasil analisis data yang diperoleh belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan kegiatan tersebut sampai pada tahap tertentu dimana peneliti merasa data yang diperoleh sudah jenuh. Setelah dari lapangan, analisi data dilakukan dengan melalui tahapan sebagai berikut :

1) Mereduksi data

Data yang diperoleh di lapangan sangat banyak, untuk itu perlu segera dilakukan reduksi data dengan merangkum, memilih

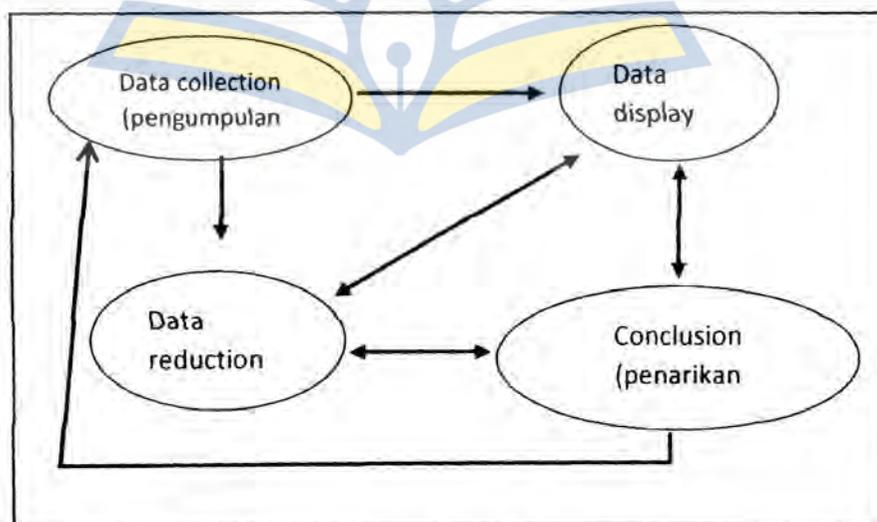
hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, serta dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas.

2) Menyajikan data

Setelah data direduksi, selanjutnya adalah mendisplay atau menyajikan data. Pada penelitian kualitatif data bisa disajikan dalam bentuk uraian kualitatif, bagan, grafik, tabel, gambar, dan sejenisnya. Dengan menampilkan data akan memudahkan peneliti dalam memahami data yang diperoleh, sehingga dapat menggambarkan jawaban atas masalah penelitian yang diajukan.

3) Penarikan kesimpulan

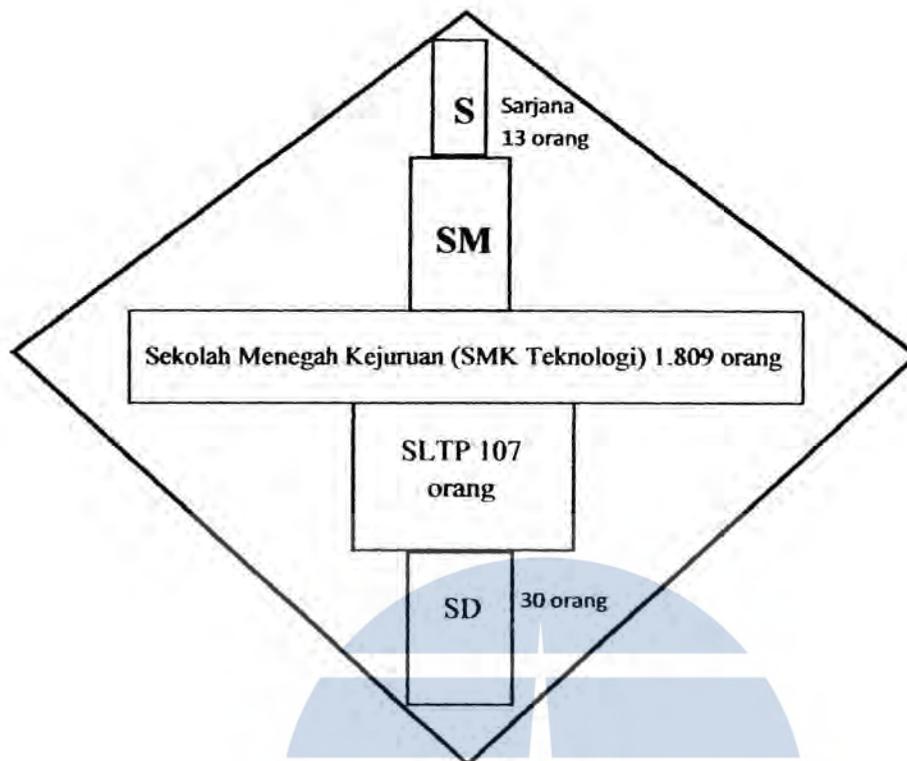
Berdasarkan penyajian data, langkah berikutnya adalah menarik kesimpulan. Kesimpulan diharapkan dapat menjawab pertanyaan penelitian, sehingga selanjutnya dapat disusun solusi pemecahan masalah berdasarkan temuan hasil penelitian.



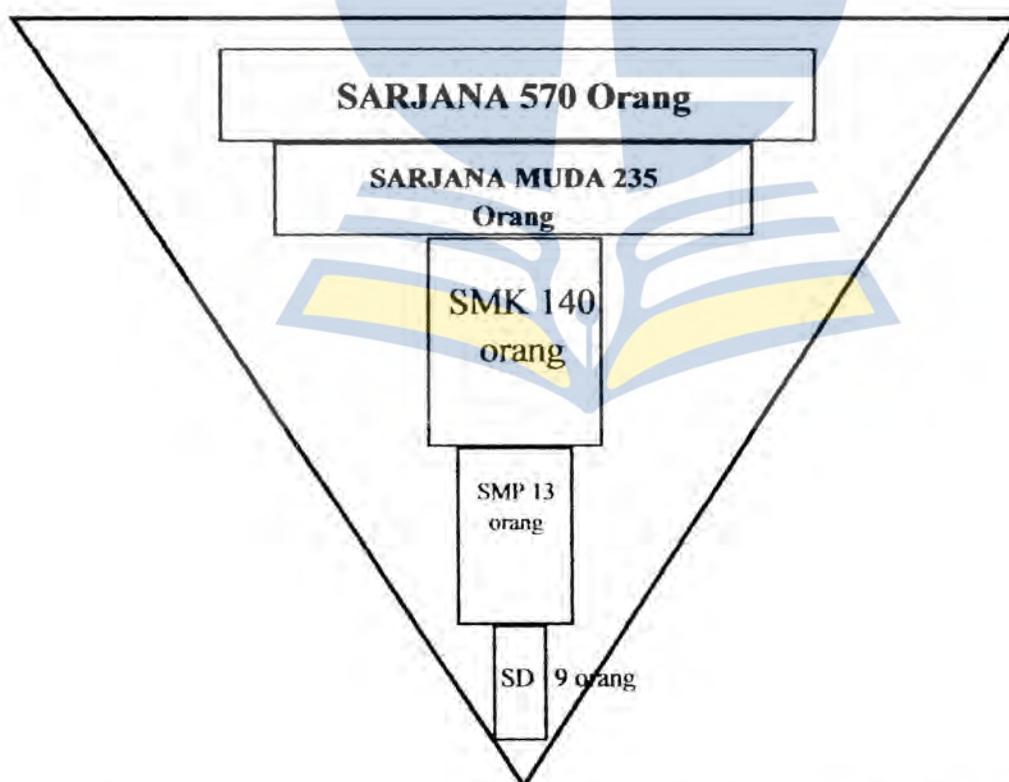
Gambar 3.1: Analisis data model interaktif
(Sumber: Miles and Huberman, 2002)

Berikut contoh rumus dan analisa penyajian data (*Data Display*) hasil penelitian Suroso, 1999 (sebagaimana dikutip dalam Sugiyono, 2007:97) tentang struktur pendidikan tenaga kerja pada industri modern bidang produksi dan teknologi. Berdasarkan data yang terkumpul di kedua bidang tersebut, ternyata untuk bidang produksi, struktur pendidikan tenaga kerja membentuk “belah ketupat”, di mana pendidikan pegawai yang terbanyak adalah SMK. Jumlah tenaga kerja yang berpendidikan Sarjana Muda (SM) hampir sama dengan jumlah tenaga kerja yang berpendidikan SLTP. Jumlah tenaga kerja yang berpendidikan sarjana (S1, S2, S3) hampir sama dengan jumlah tenaga kerja yang berpendidikan SD. Struktur pendidikan tenaga kerja pada industri modern, berbeda dengan struktur pendidikan pada industri konvensional, yang pada umumnya membentuk piramida, di mana jumlah karyawan yang terbanyak adalah yang berpendidikan SD, dan paling sedikit adalah yang berpendidikan sarjana (gambar 3.2). Dengan demikian telah terjadi perubahan struktur pendidikan tenaga kerja pada industri modern dari piramida ke belah ketupat.

Selanjutnya pada bidang teknologi, yang tugas utamanya untuk penelitian dan pengembangan, bentuknya adalah pramida terbalik, dimana jumlah pegawai yang berpendidikan sarjana yang paling banyak (gambar 3.3).



Gambar 3.2 Profil tenaga kerja industri modern bidang produksi, bentuk belah ketupat

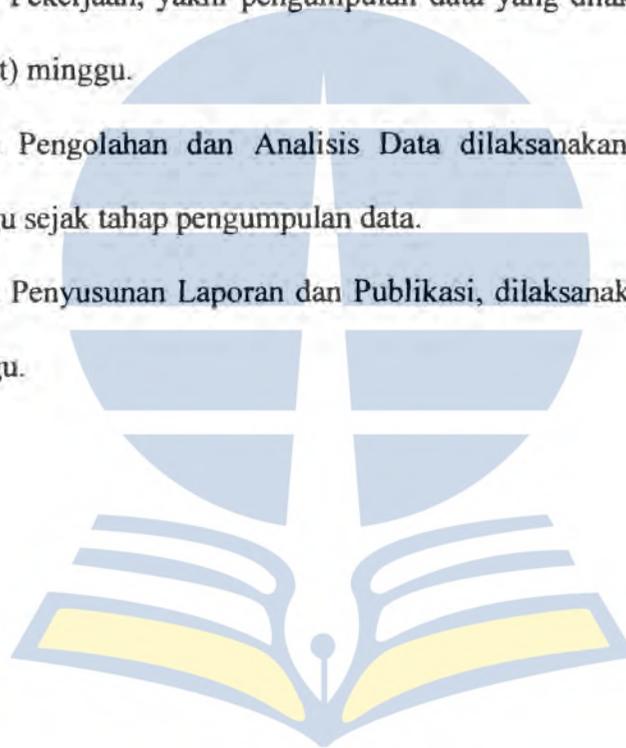


Gambar 3.3 Profil tenaga kerja industri modern bidang teknologi. Bentuk kerucut terbalik

G. Jadwal dan Langkah-Langkah Penelitian

Jadwal penelitian direncanakan akan dilaksanakan selama 3 (tiga) bulan dengan langkah-langkah penelitian sebagai berikut:

1. Tahap Pra Lapangan, yang terdiri dari *literature review*, penyusunan proposal penelitian, dan penyiapan alat bantu/perlengkapan untuk pengumpulan data serta pengurusan ijin penelitian dilaksanakan selama 5 (lima) minggu.
2. Tahap Pekerjaan, yakni pengumpulan data yang dilaksanakan selama 4 (empat) minggu.
3. Tahap Pengolahan dan Analisis Data dilaksanakan selama 5 (lima) minggu sejak tahap pengumpulan data.
4. Tahap Penyusunan Laporan dan Publikasi, dilaksanakan selama 3 (tiga) minggu.



Tabel 3.1
Matrikulasi Jadwal dan Langkah-Langkah Penelitian

No.	Langkah- Langkah Penelitian	Bulan Pebruari 2016		Bulan Maret 2016				Bulan April 2016				Bulan Mei 2016	
		Minggu ke		Minggu ke				Minggu ke				Minggu ke	
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II
1	Tahap pra lapangan												
2	Tahap pekerjaan lapangan dan pengumpulan data												
3	Tahap pengolahan dan analisis data												
4	Tahap penyusunan laporan dan publikasi												



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Obyek Penelitian

Daerah penelitian merupakan hal yang diperlukan untuk memberikan pendalaman pemahaman mengenai permasalahan yang akan diteliti lebih lanjut. Berikut ini akan diberikan gambaran mengenai wilayah Kabupaten Nunukan dan Kecamatan Nunukan.

1. Kabupaten Nunukan

a. Kondisi Geografis

Kabupaten Nunukan merupakan salah satu kabupaten yang terletak di wilayah utara Provinsi Kalimantan Utara dan berbatasan langsung dengan Negara Malaysia. Secara geografis letaknya antara $115^{\circ}33'$ sampai dengan $118^{\circ}3'$ Bujur Timur dan $3^{\circ}15'00''$ sampai dengan $4^{\circ}24'55''$ Lintang Utara. Batas wilayah dari Kabupaten Nunukan adalah sebagai berikut :

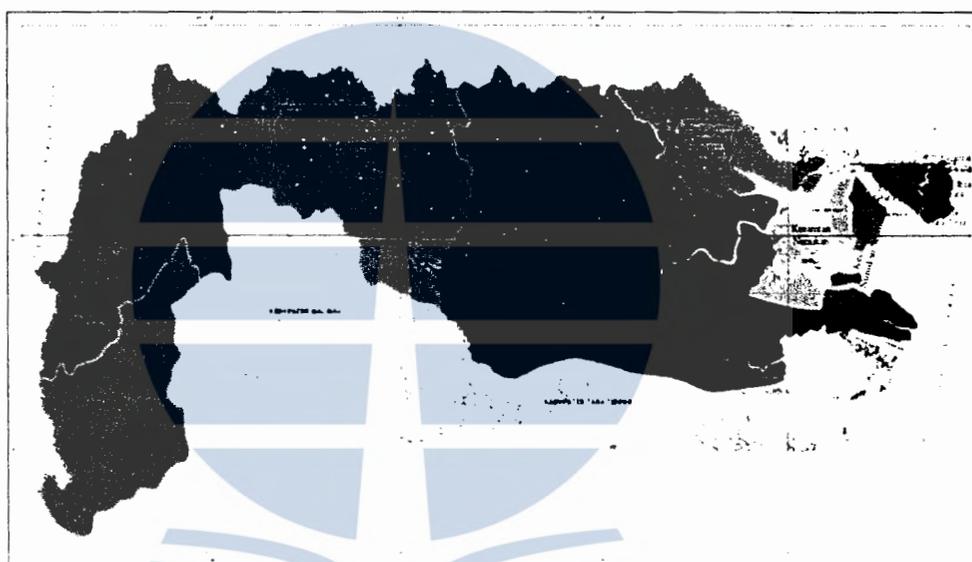
- 1) Sebelah Utara berbatasan langsung dengan Negara Malaysia Timur-Sabah,
- 2) Sebelah sebelah Timur dengan Laut Sulawesi,
- 3) Sebelah sebelah Selatan dengan Kabupaten Tidung dan Kabupaten Malinau,
- 4) Sebelah sebelah Barat berbatasan langsung dengan Negara Malaysia Timur-Serawak.

Topografi Kabupaten Nunukan cukup bervariasi, kawasan perbukitan terjal terdapat di sebelah utara bagian barat, perbukitan sedang di bagian tengah dan dataran bergelombang landai di bagian timur memanjang hingga ke pantai sebelah timur. Perbukitan terjal di sebelah utara merupakan jalur pegunungan dengan ketinggian 1.500 m - 3.000 m di atas permukaan laut. Kemiringan untuk daerah dataran tinggi berkisar antara 8 - 15%, sedangkan untuk daerah perbukitan memiliki kemiringan yang sangat terjal, yaitu di atas 15%.

Kabupaten Nunukan berada di wilayah khatulistiwa yang memiliki iklim tropis, sehingga mengalami 2 musim yaitu musim kemarau dan musim penghujan serta dipengaruhi oleh angin muson, yaitu Muson Barat pada Bulan November-April dan angin Muson Timur pada Bulan Mei-Oktober. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan di Stasiun Meteorologi Nunukan pada Tahun 2013, Nunukan mengalami iklim panas dengan suhu udara rata-rata $27,50^{\circ}\text{C}$. Suhu udara terendah $23,70^{\circ}\text{C}$ terjadi pada Bulan Juli dan Agustus, dan tertinggi $32,80^{\circ}\text{C}$ pada Bulan Maret. Suhu udara Nunukan yang cenderung panas dipengaruhi oleh topografi Pulau Nunukan yang dikelilingi laut.

Walaupun mengalami suhu udara yang cukup panas, namun karena diimbangi oleh wilayah hutan yang cukup luas, Pulau Nunukan mempunyai kelembaban udara dan curah hujan yang relatif tinggi. Pada Tahun 2013 kelembaban udara berkisar antara

47,0% sampai dengan 100,0%, sedangkan rata-rata curah hujan mencapai 194,8 mm³, dengan curah hujan tertinggi 422,4 mm³ pada Bulan Agustus dan terendah 99,3 mm³ pada Bulan Januari. Rata-rata kecepatan angin mengalami perubahan dari Tahun lalu, yaitu menjadi 3,5 knots. Persentase penyinaran matahari rata-rata 60%, terendah 44% pada Bulan Januari sedangkan tertinggi mencapai 82% terjadi pada Bulan Maret.



Gambar 4.1
Peta Administrasi Kabupaten Nunukan
Sumber : Bappeda Kabupaten Nunukan

b. Kabupaten Nunukan sebagai Kawasan Perbatasan

Kabupaten Nunukan merupakan salah satu kawasan yang berbatasan langsung dengan negara tetangga Malaysia. Dimana dari 5 Kabupaten/Kota yang berada di Kalimantan Utara hanya terdapat dua kabupaten yang berbatasan langsung dengan negara tetangga Malaysia yaitu Kabupaten Nunukan dan Kabupaten Malinau.

Daerah perbatasan merupakan wilayah strategis sekaligus daerah rawan terkait dengan masalah-masalah pertahanan dan keamanan negara. Oleh karenanya sangat perlu untuk mendapatkan perhatian yang lebih besar khususnya yang menyangkut pembangunan sumber daya manusia dan pembangunan ekonomi produktif masyarakat dan keamanan. Selama ini daerah perbatasan masih identik dengan daerah yang terisolir, terpencil, terbelakang dalam berbagai macam aspek kegiatan baik sosial, ekonomi, budaya, serta pertahanan dan keamanan.

Disparitas pembangunan khususnya di daerah perbatasan dan non-perbatasan yang masih terjadi memang merupakan akumulasi dari berbagai masalah yang sangat kompleks antara lain meliputi:

- 1) Kebijakan di masa lalu yang belum berpihak kepada kawasan-kawasan tertinggal dan terisolir.

Selama beberapa puluh tahun kebelakang masalah perbatasan masih belum mendapat perhatian yang cukup dari pemerintah. Hal ini tercermin dari kebijakan pembangunan yang kurang memperhatikan kawasan perbatasan dan lebih mengarah kepada wilayah-wilayah yang padat penduduk, aksesnya mudah, dan potensial, sedangkan kebijakan pembangunan bagi daerah-daerah terpencil, terisolir dan tertinggal seperti kawasan perbatasan masih belum diprioritaskan.

2) Kurangnya sarana dan prasarana transportasi serta komunikasi.

Ketersediaan prasarana dan sarana, baik sarana dan prasarana wilayah maupun fasilitas sosial ekonomi masih jauh dari memadai. Jaringan jalan dan angkutan perhubungan darat maupun laut masih sangat terbatas, yang menyebabkan sulit berkembangnya kawasan perbatasan, karena tidak memiliki keterkaitan sosial maupun ekonomi dengan wilayah lain.

Kondisi prasarana dan sarana komunikasi seperti pemancar atau transmisi radio dan televisi serta sarana telepon di kawasan perbatasan umumnya masih relatif minim. Terbatasnya sarana komunikasi dan informasi menyebabkan masyarakat perbatasan lebih mengetahui informasi tentang negara tetangga daripada informasi dan wawasan tentang Indonesia. Ketersediaan sarana dasar sosial dan ekonomi seperti pusat kesehatan masyarakat, sekolah, dan pasar juga sangat terbatas. Hal ini menyebabkan kawasan perbatasan sulit untuk berkembang dan bersaing dengan wilayah negara tetangga.

Karena sulitnya transportasi mengakibatkan kebutuhan pokok masyarakat harganya menjadi mahal, di lain pihak hasil-hasil produksi masyarakat di bidang pertanian tidak dapat dipasarkan ke kota.

3) Rendahnya kualitas sumberdaya manusia.

Sebagai dampak dari minimnya sarana dan prasarana dibidang pendidikan dan kesehatan, kualitas SDM masyarakat di sebagian besar kawasan perbatasan masih rendah. Masyarakat belum memperoleh pelayanan kesehatan dan pendidikan sebagaimana mestinya akibat jauhnya jarak dari permukiman dengan fasilitas yang ada.

Optimalisasi potensi sumber daya alam dan pengembangan ekonomi di kawasan perbatasan akan sulit dilakukan. Rendahnya tingkat pendidikan, keterampilan, serta kesehatan masyarakat merupakan salah satu faktor utama yang menghambat pengembangan ekonomi kawasan perbatasan untuk dapat bersaing dengan wilayah negara tetangga.

4) Tingginya angka kemiskinan.

Kemiskinan menjadi permasalahan yang terjadi di setiap kawasan perbatasan baik laut maupun darat. Hal ini dapat dilihat dari tingginya jumlah keluarga miskin di kawasan perbatasan serta kesenjangan sosial ekonomi dengan masyarakat di wilayah perbatasan negara tetangga. Hal ini disebabkan oleh akumulasi berbagai faktor, seperti rendahnya mutu sumberdaya manusia, minimnya infrastruktur pendukung, rendahnya produktifitas masyarakat dan belum optimalnya pemanfaatan sumberdaya alam di kawasan perbatasan.

Implikasi lebih lanjut dari kondisi kemiskinan masyarakat di kawasan perbatasan mendorong masyarakat terlibat dalam kegiatan-kegiatan ekonomi ilegal guna memenuhi kebutuhan hidupnya.

c. Wilayah Administrasi

Kabupaten Nunukan merupakan hasil pemekaran Kabupaten Bulungan pada Tahun 1999 memiliki luas wilayah sekitar 14.247,50 km², pada Tahun 2015 ini terdiri dari 16 Kecamatan yang meliputi 232 desa dan 8 kelurahan. Untuk lebih jelasnya tentang luas dan pembagian wilayah seperti terlihat pada Tabel 4.1

Tabel 4.1
Banyaknya Desa/Kelurahan dan Luas Wilayah Kecamatan di Kabupaten Nunukan Tahun 2014

No	Kecamatan	Jumlah Desa/Kelurahan	Luas
1	Krayan Selatan	24	1.757,66
2	Krayan	65	1.834,74
3	Lumbis Ogong	49	3.357,01
4	Lumbis	28	290,23
5	Sembakung Atulai	10	277,72
6	Sembakung	10	1.764,94
7	Sebuku	10	1.608,48
8	Tulin Onsoi	12	1.513,36
9	Sei Manggaris	4	850,48
10	Nunukan	5	564,5
11	Nunukan Selatan	4	181,77
12	Sebatik Barat	4	93,27
13	Sebatik	4	51,07
14	Sebatik Timur	4	39,17
15	Sebatik Tengah	4	47,71
16	Sebatik Utara	3	15,39
	Luas Total		14.247,50

Sumber : BPS, Tahun 2015

Berdasarkan tabel tersebut diatas, dapat dijelaskan bahwa Kecamatan Krayan memiliki jumlah desa yang paling banyak yaitu 65 desa dengan luas 1.834,74 KM² dan Kecamatan Sebatik Utara memiliki desa yang paling sedikit yaitu sebanyak 3 desa dengan luas 15,39 KM².

d. Demografis Kabupaten Nunukan

Penduduk Kabupaten Nunukan pada Tahun 2014 berjumlah 170.042 jiwa dengan kepadatan penduduk mencapai 11,93 jiwa/km². Dari enam belas kecamatan yang ada terlihat bahwa Kecamatan Sebatik Utara memiliki kepadatan penduduk tertinggi, yaitu 356,27 jiwa/km² diikuti oleh Kecamatan Sebatik Timur dengan kepadatan 310,34 jiwa/km², sedangkan untuk kecamatan lainnya, kepadatan penduduk yang ada hanya berkisar antara 1,18 – 144,81 jiwa/km². Ditinjau dari komposisi penduduk menurut jenis kelamin, terlihat bahwa pada Tahun 2014 jumlah penduduk laki-laki di Kabupaten Nunukan masih lebih banyak dibanding perempuan. Ini terlihat dari rasio jenis kelamin 114,65 artinya pada setiap 100 orang perempuan terdapat 114 – 115 orang laki-laki. Untuk lebih jelasnya tentang jumlah dan kepadatan penduduk perkecamatan seperti terlihat pada Tabel 4.2

Tabel 4.2
Jumlah dan Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten
Nunukan Tahun 2014

No	Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Kepadatan
1	Krayan Selatan	1.097	982	2.079	1,18
2	Krayan	3.670	3.153	6.823	3,72
3	Lumbis Ogong	2.665	2.544	5.209	1,55
4	Lumbis	2.570	2.331	4.901	16,89
5	Sembakung Atulai	1.421	1.301	2.722	9,80
6	Sembakung	3.052	2.792	5.844	3,31
7	Sebuku	6.260	5.164	11.424	7,10
8	Tulin Onsoi	4.327	3.187	7.513	4,96
9	Sei Manggaris	4.857	3.854	8.711	10,24
10	Nunukan	31.396	27.827	59.233	104,91
11	Nunukan Selatan	10.207	8.510	18.717	102,97
12	Sebatik Barat	4.077	3.530	7.606	81,55
13	Sebatik	2.430	2.080	4.510	88,31
14	Sebatik Timur	6.224	5.932	12.156	310,34
15	Sebatik Tengah	3.776	3.345	7.121	149,26
16	Sebatik Utara	2.796	2.687	5.483	356,27
Jumlah				170.042	11,93

Sumber : BPS, Tahun 2015

Berdasarkan tabel diatas, terlihat bahwa dari 16 kecamatan yang ada Kecamatan Nunukan memiliki jumlah penduduk yang paling banyak yaitu 59.233 jiwa hal ini disebabkan karena Kecamatan Nunukan merupakan ibu kota kabupaten, sementara Kecamatan Krayan Selatan yang merupakan salah satu kecamatan yang terisolir dan tertinggal serta perbatasan langsung dengan Negara Malaysia memiliki penduduk yang paling sedikit yaitu hanya 2.079 jiwa.

e. Fasilitas Pendidikan dan Kesehatan

Dengan kondisi geografi dan wilayah administrasi yang begitu sulit dan luas, menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah

daerah untuk terus berupaya menyediakan berbagai fasilitas kebutuhan dasar berupa sarana dan prasarana pendidikan dan kesehatan di seluruh wilayah dengan tujuan meningkatkan sumberdaya manusia yang berkualitas agar dapat bersaing dengan daerah-daerah yang ada di sekitarnya.

Sampai dengan Tahun 2016 di Kabupaten Nunukan telah dibangun sarana pendidikan diseluruh kecamatan, dari tingkat dasar sampai dengan tingkat atas. seperti terlihat pada Tabel 4.3

Tabel 4.3
Sarana Pendidikan di Kabupaten Nunukan Tahun 2016

NO	KECAMATAN	JUMLAH SEKOLAH																		TOTAL							
		TK		RA		SD		MI		PLB		SMP		MTS		SMA		SMK			MA						
		N	S	N	S	JML	N	S	N	S	N	S	JML	N	S	N	S	JML	N		S	N	S	JML			
1	KRAYAN	0	3	0	0	3	21	0	0	0	0	0	0	21	4	0	0	0	4	1	2	1	0	0	0	4	32
2	LUMBIS	0	1	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	10	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	14
3	SEBAKUNG	0	1	0	0	1	18	0	0	0	0	0	0	18	6	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	1	26
4	NUNUKAN	0	9	0	3	12	13	3	0	3	1	0	20	3	4	0	2	9	2	2	1	1	0	2	8	49	
5	SEBATIK	0	2	0	0	2	2	0	0	1	0	0	3	2	1	0	0	3	1	0	0	1	0	0	2	10	
6	SEBUKU	0	4	0	0	4	10	1	0	0	0	0	11	3	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	19	
7	KRAYAN SELATAN	0	1	0	0	1	6	0	0	0	0	0	6	3	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	1	11
8	SEBATIK BARAT	0	2	0	0	2	6	2	0	0	0	0	8	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	13	
9	NUNUKAN SELATAN	1	2	0	0	3	5	2	0	1	0	0	8	3	2	0	1	6	1	0	0	0	0	2	3	20	
10	SEBATIK TIMUR	0	2	0	2	4	3	0	0	4	0	0	7	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	1	2	16	
11	SEBATIK UTARA	1	1	0	0	2	2	0	0	1	0	0	3	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	8	
12	SEBATIK TENGAH	0	2	0	0	2	6	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	11	
13	SEIMENGGARIS	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	8	
14	TULIN ONSOI	0	1	0	0	1	8	0	0	0	0	0	8	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	12	
15	LUMBIS OGONG	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	13	
	JUMLAH	2	32	0	6	39	124	8	0	10	1	0	143	38	7	0	6	51	10	5	5	3	0	5	28	261	

Sumber : Dinas Pendidikan Kab. Nunukan

Berdasarkan tabel diatas, terlihat bahwa dari 16 kecamatan yang ada Kecamatan Nunukan memiliki sarana pendidikan yang paling banyak yaitu 49 sekolah hal ini disebabkan karena Kecamatan Nunukan merupakan ibu kota kabupaten dengan jumlah penduduk yang paling tinggi sehingga jumlah siswanya, sementara Kecamatan Sebatik Utara dan Kecamatan Sei Manggaris hanya memiliki masing-masing 8 sarana pendidikan dari tingkat TK, SD,

SMP dan SMA, hal ini disebabkan oleh adanya pemekaran wilayah dimana sebelumnya Kecamatan Sei Manggaris merupakan wilayah dari Kecamatan Nunukan sehingga sarana pendidikan yang dibangun letaknya banyak di wilayah Kecamatan Nunukan, begitu pula dengan Kecamatan Sebatik Utara, dimana sebelumnya masih bergabung dengan Kecamatan Sebatik Induk dan sarana pendidikan lebih banyak dibangun di Kecamatan Sebatik Induk.

Urusan kesehatan dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana kesehatan serta kemampuan tenaga kesehatan. Upaya yang dilakukan adalah penyediaan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin, penyediaan obat dan peralatan medis yang memadai, pencegahan, pemberantasan dan pengendalian penyakit menular, termasuk penanggulangan kejadian luar biasa.

Sarana pelayanan kesehatan di Kesehatan di Kabupaten Nunukan, seperti terlihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4

Sarana Kesehatan di Kabupaten Nunukan Tahun 2016

No	Fasilitas Kesehatan	Jumlah	Keterangan
1	Rumah Sakit Umum Daerah	1 unit	Status Badan Layanan Umum Daerah.
2	Rumah Sakit Pratama	2 unit	Proses pembangunan
3	Puskesmas	16 unit	Pelayanan 24 jam
4	Puskesmas Pembantu	89 unit	

Sumber : Dinas Kesehatan Kab. Nunukan

Berdasarkan tabel diatas dapat digambarkan bahwa sarana kesehatan yang paling lengkap adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang sudah berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan berada di ibu kota Kabupaten Nunukan. Untuk Rumah Sakit Pratama yang berada di Kecamatan Sebuku dan Kecamatan Krayan sampai saat ini belum ber operasi karena masih dalam tahap pembangunan.

Puskesmas yang ada di Kabupaten Nunukan berjumlah 16 puskesmas dan berada di setiap kecamatan, guna membatu pelayanan pada tingkat desa pemerintah daerah membangun sarana penunjang kesehatan berupa Puskesmas Pembantu.

Jumlah tenaga kesehatan yang berada pada Puskesmas di Kabupaten Nunukan tercatat sebanyak 318 tenaga kesehatan, seperti terlihat pada Tabel 4.5

Tabel 4.5
Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Nunukan Tahun 2016

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Umum	44 orang
2	Dokter gigi	14 orang
3	Bidan	74 orang
4	Perawat/ Perawat Gigi	130 orang
5	Tenaga Kefarmasian	10 orang
6	Apoteker	7 orang
7	Tenaga Kesehatan Masyarakat	14 orang
8	Tenaga Kesehatan Lingkungan	12 orang
9	Tenaga Ahli Gizi	12 orang

10	Tenaga Fisioterapis	1 orang
----	---------------------	---------

Sumber : Dinas Kesehatan Kab. Nunukan

Dari tabel diatas terlihat bahwa tenaga kesehatan berupa perawat/perawat gigi dan bidan memiliki jumlahnya paling banyak yaitu 130 orang perawat dan 74 bidan, hal ini disebabkan karena tenaga kesehatan tersebut sangat di perlukan untuk ditempatkan di Puskesmas Pembantu. Sementara tenaga fisioterapis yang jumlahnya hanya 1 orang ditempatkan di Puskesmas Nunukan.

Sedangkan untuk pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nunukan saat ini tenaga kesehatan yang ada sebanyak 209 orang, seperti terlihat pada Tabel 4.6

Tabel 4.6
Tenaga Medis dan Para Medis di RSUD Kabupaten Nunukan Tahun 2015

No	Tenaga Medis dan Para Medis	Jumlah
1	Dokter Umum	9 orang
2	Dokter Gigi	3 orang
3	Spesialis Radiologi	1 orang
4	Spesialis Penyakit Dalam	1 orang
5	Spesialis THT	1 orang
6	Spesialis PK (Patalogi Klinik)	1 orang
7	Spesialis Paru	1 orang
8	Spesialis Bedah	1 orang
9	Spesialis Kulit Kelamin	1 orang
10	S1 Keperawatan (Ners)	18 orang
11	S1 Keperawatan	1 orang
12	D4 Keperawatan	6 orang
13	D3 Keperawatan	107 orang

14	D4 Keperawatan Anestesi	1 orang
15	D3 Keperawatan Anestesi	2 orang
16	D4 Kesehatan Jiwa	0 orang
17	SPK	6 orang
18	D4 Kebidanan	4 orang
19	D3 Kebidanan	40 orang
20	D1 Kebidanan	2 orang
21	D3 Perawat Gigi	1 orang
22	D3 Teknik Gigi	1 orang
Jumlah		208 orang

Sumber : RSUD Kabupaten Nunukan

Dari tabel diatas terlihat bahwa tenaga kesehatan berupa D-3 Keperawatan yang paling banyak yaitu 107 orang, dan yang paling sedikit adalah tenaga kesehatan spesialis, S-1 keperawatan, D-3 perawat gigi dan teknik gigi dengan jumlah masing-masing 1 orang, hal ini disebabkan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Nunukan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 201 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Dalam peraturan tersebut RSUD Kabupaten Nunukan masuk dalam kriteria type C dengan jumlah tempat tidur sebanyak 100 buah.

Sesuai type rumah sakit tersebut, maka seluruh tenaga kesehatan yang ada di distribusikan pada ruang perawatan inap yang ada yaitu Ruang Anggrek, Bougenville, Cempaka, IGD, ICU, OK dan Poli Rawat Jalan.

f. Jumlah Penduduk Miskin di Kabupaten Nunukan

Berdasarkan hasil Pemutakhiran Basis Data Terpadu (PBDT) oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Tahun 2015 dan hasil

pengolah data yang dilakukan oleh Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan Nasional (TNP2K), jumlah penduduk Kabupaten Nunukan dengan status kesejahteraan dibawah 40 persen adalah sebanyak 59.268 jiwa atau 12.897 KK. Uraian untuk setiap kecamatan adalah sebagaimana terlihat pada Tabel 4.7

Tabel 4.7
Jumlah Rumah Tangga dan Individu Dengan Status Kesejahteraan Dibawah 40 Persen Per Kecamatan di Kabupaten Nunukan Tahun 2015

	Jumlah Rumah Tangga										
	Desil 1 *)	Desil 2 *)	Desil 3 *)	Desil 4 *)	Total						
1 KRAYAN SELATAN	19	41	96	90	246	141	234	459	341	1.175	
2 KRAYAN	19	37	165	303	524	118	176	718	1.041	2.053	
3 LUMBIS OGONG	121	229	332	245	927	782	1.134	1.335	638	3.889	
4 LUMBIS	159	229	342	200	930	911	1.032	1.208	568	3.719	
5 SEMBAKUNG ATULAI	60	80	140	172	452	352	357	543	512	1.764	
6 SEMBAKUNG	75	149	378	325	927	480	811	1.613	1.098	4.002	
7 SEBUKU	20	82	243	261	606	157	498	1.228	1.009	2.892	
8 TULIN ONSOI	72	115	175	160	522	482	619	796	525	2.422	
9 SEI MENGGARIS	59	113	225	259	656	376	644	1.001	877	2.898	
10 NUNUKAN	350	611	1.149	1.090	3.200	2.471	3.455	5.514	4.156	15.596	
11 NUNUKAN SELATAN	137	188	311	275	911	992	1.047	1.462	1.027	4.528	
12 SEBATIK BARAT	131	173	272	182	758	931	986	1.210	591	3.718	
13 SEBATIK	88	120	205	197	610	578	626	846	627	2.677	
14 SEBATIK TIMUR	76	120	239	206	641	537	727	1.128	739	3.131	
15 SEBATIK TENGAH	61	100	182	133	476	440	601	856	436	2.333	
16 SEBATIK UTARA	51	105	206	149	511	357	613	943	558	2.471	
	Jumlah				12.897						59.268

Sumber : Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) Tahun 2016

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa Kecamatan Nunukan memiliki jumlah rumah tangga dan individu dengan status kesejahteraan dibawah 40 persen paling banyak yaitu 3.200 Kepala Keluarga (KK) atau 15.596 jiwa hal ini disebabkan karena memiliki jumlah penduduk paling banyak dibandingkan dengan kecamatan lain. Sementara Kecamatan Krayan Selatan dengan jumlah penduduk paling sedikit memiliki jumlah rumah tangga dan

individu dengan status kesejahteraan dibawah 40 persen paling rendah yaitu 246 Kepala Keluarga (KK) atau 1.175 jiwa.

2. Kecamatan Nunukan

a. Kondisi Geografis

Kecamatan Nunukan merupakan salah satu dari 16 (enam belas) kecamatan yang ada di Kabupaten Nunukan, wilayahnya sebagian berada di Pulau Nunukan dan sebagian lagi berada di Pulau Kalimantan. Kecamatan Nunukan merupakan ibu kota dari Kabupaten Nunukan dan sebagai pusat pemerintahan. Batas wilayah dari Kecamatan Nunukan adalah sebagai berikut :

- 1) Sebelah Utara berbatasan langsung dengan Negara Malaysia Timur-Sabah,
- 2) Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Sebatik Barat,
- 3) Sebelah sebelah Selatan dengan Kecamatan Sembakung,
- 4) Sebelah sebelah Barat berbatasan langsung dengan Kecamatan Sebuku dan Kecamatan Sei Manggaris

b. Wilayah Adminsitrasi dan jumlah penduduk

Sebagai ibu kota kabupaten, Kecamatan Nunukan ini memiliki luas wilayah sekitar 564,5 km², dengan jumlah penduduk sebanyak 59.233 yang tersebar di 4 (empat) kelurahan dan 1 (satu) desa, yaitu Kelurahan Nunukan Utara, Kelurahan Nunukan Barat, Kelurahan Nunukan Timur, Kelurahan Nunukan Tengah dan Desa Binusan.

c. Jumlah penduduk miskin di Kecamatan Nunukan

Sementara jumlah penduduk Kecamatan Nunukan dengan status kesejahteraan dibawah 40 persen adalah sebanyak 15.596 jiwa atau 3.200 KK. Uraian untuk setiap kecamatan seperti terlihat pada Tabel 4.8

Tabel 4.8
Jumlah Rumah Tangga dan Individu Dengan Status Kesejahteraan Dibawah 40 Persen di Kecamatan Nunukan Tahun 2015

Jumlah Rumah Tangga		Desd 1	Desd 2	Desd 3	Desd 4	Total					
1	Kel. Nunukan Barat	112	199	321	316	948	805	1.127	1.545	1.188	4.665
2	Desa Binusan	119	166	224	150	659	777	825	890	429	2.921
3	Kel. Nunukan Tengah	64	106	218	195	583	482	654	1.135	802	3.073
4	Kel. Nunukan Timur	39	90	244	276	649	297	565	1.260	1.163	3.285
5	Kel. Nunukan Utara	16	50	142	153	361	110	284	684	574	1.652
						3.200					15.596

Sumber : TNP2K Tahun 2016

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa Kelurahan Nunukan Barat memiliki jumlah rumah tangga dan individu dengan status kesejahteraan dibawah 40 persen paling banyak yaitu 948 Kepala Keluarga (KK) atau 4.665 jiwa hal ini disebabkan karena memiliki jumlah penduduk paling banyak dibandingkan dengan kelurahan lain. Sementara Kelurahan Nunukan Utara Kecamatan Nunukan dengan jumlah penduduk paling sedikit memilki jumlah rumah tangga dan individu dengan status kesejahteraan dibawah 40 persen paling rendah yaitu 361 Kepala Keluarga (KK) atau 1.652 jiwa.

3. Gambaran Umum PKH

Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Nunukan baru dilaksanakan pada Tahun 2013, program ini lebih 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 terjadi selama ini. Program ini merupakan bantuan tunai bersyarat yang berkaitan dengan persyaratan pendidikan dan kesehatan.

Dengan PKH peserta Keluarga Sangat Miskin (KSM) memiliki akses yang lebih baik untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar seperti pendidikan, kesehatan, pangan dan gizi, termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang selama ini melekat pada diri masyarakat miskin.

Tujuan umum PKH adalah untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, serta mengubah perilaku peserta PKH yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan. Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas:

- a. Meningkatkan kualitas kesehatan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) atau Keluarga Sangat Miskin (KSM).
- b. Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM/KSM
- c. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak RTSM/KSM.

Program ini pada prinsipnya memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin melalui persyaratan terkait dengan pengembangan sumberdaya manusia, yaitu menyekolahkan anak usia wajib belajar, pemeriksaan kesehatan terhadap ibu hamil dan balita,

serta memberikan makanan bergizi kepada anak-anaknya. Bantuan tunai ini diharapkan dapat meringankan beban pengeluaran rumah tangga miskin untuk jangka pendek dengan sasaran rumah tangga sangat miskin yang mempunyai anak usia 0-17 Tahun dan ada wanita usia subur yang sedang hamil.

B. Hasil

1. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan

a. Proses Implementasi PKH meliputi :

1) Penyusunan Rencana Kegiatan PKH

Pada aspek penyusunan rencana kegiatan, PKH sudah direncanakan oleh Dinas Sosial dan Tenaga kerja dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan setiap Tahun dan sudah sesuai dengan mekanisme perencanaan pembangunan daerah yaitu Permendagri No. 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 08 Tahun 2010 tentang Tahapan, tatacara penyusunan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan daerah. Hal ini di tunjukan pada setiap tahun dokumen kegiatan PKH telah termuat dalam dokumen Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) dan Rencana Kerja (Renja) di Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD)

Namun hasil penelitian menunjukkan bahwa anggaran yang disediakan untuk dana *sheering* pada kegiatan PKH di Dinas Sosial dan Tenaga kerja dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan sangat kecil yaitu hanya Rp. 30.000.000,- pada Tahun

2016 dan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Perlindungan Sosial menyatakan bahwa “ pendanaan tersebut hanya cukup digunakan sekali untuk rapat koordinasi dengan tenaga pendamping yang ada diseluruh kecamatan”.

2) Pelaksanaan Kegiatan PKH

a) Proses Penetapan Sasaran

Proses penempat sasaran didasarkan atas basis data terpadu dari Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskina (TNP2K) yang bersumber dari hasil pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) Tahun 2011 oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Data KSM yang dipilih sebagai calon peserta PKH adalah KSM yang memenuhi salah satu kriteria berikut :

- Ibu hamil/nifas
- Anak pra sekolah
- Anak usia SD
- Anak usia SMP
- Anak usia SMA
- Anak berusia 15-18 Tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar,
- Anak penyandang disabilitas berusia 0 – 21 Tahun.

Berdasarkan hasil penelitian jumlah peserta PKH di Kecamatan Nunukan sebanyak 370 KSM dengan jumlah

komponen sebanyak 1.240 orang, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9
Jumlah Peserta PKH di Kecamatan Nunukan

No	Kelurahan	Jumlah Pengurus	Bumil	Balita	Apras	Anak SD	Anak SMP	Anak SMA	Jumlah Komponen
1	Binusan	56	0	28	0	83	49	16	176
2	Nunukan Barat	143	5	97	0	221	98	46	467
3	Nunukan Tengah	100	0	92	0	143	84	31	350
4	Nunukan Timur	57	1	50	0	85	39	20	195
5	Nunukan Utara	14	0	8	0	24	11	9	52
	JUMLAH	370	6	275	0	556	281	122	1240

Sumber : UPPKH Kab. Nunukan Tahun 2016

Berdasarkan tabel tersebut diatas, terlihat bahwa jumlah komponen dan jumlah pengurus terbanyak ada di Kelurahan Nunukan Barat kemudian diikuti oleh Kelurahan Nunukan Tengah, Kelurahan Nunukan Timur, Desa Binusan dan Terakhir Kelurahan Nunukan Utara.

KSM terbanyak di Kecamatan Nunukan adalah di Kelurahan Nunukan Barat yaitu sebanyak 467 KSM sedangkan yang paling sedikit adalah di Kelurahan Nunukan Utara yaitu 52 KSM.

b) Penyaluran bantuan

Berdasarkan pedoman umum besaran bantuan untuk setiap peserta PKH perbedaan sesuai dengan komposisi anggota keluarga yang ada pada KSM tersebut. Variasi

bantuan yang diterima peserta PKH seperti terlihat pada Tabel 4.10

Tabel 4.10
Variasi Nominal Bantuan/Tahun Berdasarkan Komponen

NO	BATUAN TETAP	BANTUAN BERDASARKAN KOMPONEN				TOTAL BANTUAN
		Bumil/ Nifas/Balita	Anak SD	Anak SMP	Anak SMA	
1	500.000,00	1.200.000,00	450.000,00	750.000,00	1.000.000,00	3.900.000,00
2	500.000,00	1.200.000,00	450.000,00	750.000,00	-	2.900.000,00
3	500.000,00	1.200.000,00	450.000,00	-	-	2.150.000,00
4	500.000,00	1.200.000,00	-	750.000,00	1.000.000,00	3.450.000,00
5	500.000,00	1.200.000,00	-	750.000,00	-	2.450.000,00
6	500.000,00	1.200.000,00	450.000,00	-	1.000.000,00	3.150.000,00
7	500.000,00	1.200.000,00	-	-	1.000.000,00	2.700.000,00
8	500.000,00	-	450.000,00	750.000,00	1.000.000,00	2.700.000,00
9	500.000,00	-	450.000,00	750.000,00	-	1.700.000,00
10	500.000,00	-	450.000,00	-	-	950.000,00
11	500.000,00	-	-	750.000,00	1.000.000,00	2.250.000,00
12	500.000,00	-	-	750.000,00	-	1.250.000,00
13	500.000,00	-	450.000,00	-	1.000.000,00	1.950.000,00
14	500.000,00	-	-	-	1.000.000,00	1.500.000,00

Sumber : UPPKH, 2016

Berdasarkan tabel tersebut diatas, jumlah dana yang diterima oleh peserta PKH disesuaikan dengan komponen yang ada pada keluarganya. Dana maksimal yang bisa diterima oleh KSM sebesar Rp. 3.900.000,- per Tahun dan dana minimal yang dapat diterima sebesar Rp. 950.000,-

Seluruh anggota rumah tangga yang menjadi penerima bantuan PKH, seperti yang tertera pada Tabel 4.9, diharuskan menjalankan kewajiban sebagai peserta PKH.

Untuk mekanisme pencairan dana peserta PKH setiap Tahun di lakukan secara bertahap, adapun skema bantuan setiap tahapnya adalah sebagai berikut :

Tabel 4.11
Skema Pembayaran PKH Dalam Satu Tahun

TOTAL BANTUAN	BANTUAN TAHAP KE-			
	I	II	III	IV
3.900.000,00	1.350.000,00	850.000,00	850.000,00	850.000,00
2.900.000,00	1.000.000,00	550.000,00	550.000,00	550.000,00
2.150.000,00	862.500,00	362.500,00	362.500,00	362.500,00
3.450.000,00	1.187.500,00	687.500,00	687.500,00	687.500,00
2.450.000,00	937.500,00	437.500,00	437.500,00	437.500,00
3.150.000,00	1.112.500,00	612.500,00	612.500,00	612.500,00
2.700.000,00	1.000.000,00	500.000,00	500.000,00	500.000,00
2.700.000,00	1.050.000,00	550.000,00	550.000,00	550.000,00
1.700.000,00	800.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00
950.000,00	612.500,00	112.500,00	112.500,00	112.500,00
2.250.000,00	937.500,00	437.500,00	437.500,00	437.500,00
1.250.000,00	687.500,00	187.500,00	187.500,00	187.500,00
1.950.000,00	862.500,00	362.500,00	362.500,00	362.500,00
1.500.000,00	750.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00

Sumber : UPPKH 2016

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa nilai bantuan yang diterima peserta PKH pada tahap I lebih banyak dibandingkan dengan tahap selanjutnya, hal ini disebabkan karena bantuan tetap sebesar Rp. 500.000,- ditambahkan dengan jumlah komponen yang ada.

Pencairan dana peserta PKH dilakukan di Kantor POS Indonesia dengan cara memperlihatkan kartu kepesertaan PKH. Hasil wawancara dengan Kepala PT. POS Indonesia Wilayah Nunukan disampaikan bahwa : “Kalo sementara di Nunukan tidak ada masalah, jika ada masalah paling kalo seperti peserta keluar maka kami komunikasikan dengan pendamping”.

Berdasarkan pedoman umum pelaksanaan PKH, peruntukan dari dana yang diterima oleh peserta PKH pada setiap tahapnya diarahkan untuk keperluan pendidikan dan kesehatan khususnya bagi anak-anak mereka, seperti membeli buku tulis, tas, baju dan sepatu sekolah serta keperluan pemenuhan gizi keluarga.

3) Penyelesaian Kegiatan PKH

Sehubungan dengan kegiatan PKH, para informan memberikan informasi yang sama yaitu bahwa kegiatan PKH setiap Tahun dapat diselesaikan pada setiap akhir Tahun. Pernyataan tersebut disampaikan oleh Kepala Bidang Sosial Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan bahwa :

“ Laporan pertanggungjawaban di berikan dari pendamping ke Koordinator PKH Kabupaten dan dari Koordinator PKH Kabupaten ke saya....”.

Hal ini diperkuat dari penjelas Kasubid Sosial bahwa “

“ Realisasi kegiatan PKH pada akhir Tahun 2015 sebesar 90 persen..”

Realisasi kegiatan 90% pada PKH merupakan realisasi keuangan, namun realisasi pelaksanaan fisiknya sudah mencapai 100 %. Realisasi keuangan 90% pada kegiatan PKH disebabkan karena sebagian harga barang dan jasa yang sudah direncanakan mengalami perubahan, disamping itu nilai barang dan jasa juga harus memperhitungkan nilai pajak terhadap barang atau jasa yang akan di beli atau digunakan.

Adapun uraian belanja pada kegiatan PKH tersebut adalah belanja pegawai berupa honorarium kegiatan, belanja barang dan jasa yang terdiri atas belanja cetak dan foto copy, biaya makan dan minum pertemuan, biaya perjalanan dinas untuk pelaksanaan sosialisasi dan perjalanan dinas untuk koordinasi.

Selanjutnya Koordinator PKH Kabupaten memberikan penjelasan tentang laporan pertanggung jawaban kegiatan PKH bahwa :

“Untuk laporan pendamping dibuat setiap Bulan ke Koordinator PKH Kabupaten dan disampaikan ke SKPD dan Koordinator Wilayah setiap tanggal 8 awal Bulan”.

Namun berbeda dengan penyampaian Camat Nunukan bahwa :

“ Untuk laporan pelaksanaan PKH Tahun 2015, pendamping tingkat kecamatan tidak pernah menyampaikan laporannya kepada camat..”

Hal ini disebabkan karena selama ini pendamping PKH tingkat kecamatan tidak pernah berkoordinasi dengan pihak kecamatan, namun langsung berkoordinasi dengan ketua kelompok penerima manfaat PKH atau dengan ketua Rukun Tetangga (RT) setempat.

b. Pencapaian Tujuan Kebijakan

Sebagaimana diketahui bahwa tujuan umum dari PKH adalah untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, serta mengubah perilaku peserta PKH yang relatif kurang mendukung peningkatan

kesejahteraan, sementara tujuan khusus dari pelaksanaan PKH adalah :

- 1) Meningkatkan kualitas kesehatan KSM;
- 2) Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak KSM;
- 3) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak KSM.

Dari hasil penelitian terhadap pencapaian tujuan khusus PKH dapat di uraikan sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan kualitas kesehatan KSM

Pada pelaksanaan PKH bidang kesehatan, peserta diwajibkan melakukan kunjungan ke puskesmas maupun jaringannya seperti Puskesmas pembantu (Pustu), Pos kesehatan desa (Poskesdes), Poliklinik desa (Polindes) dan Pos pelayanan terpadu (Posyandu) yang terdekat paling lambat satu minggu setelah peserta PKH menerima kartu PKH. Pada kunjungan tersebut, peserta wajib memeriksakan bayi/anak/kandunganya untuk dicatat status kondisi kesehatan awal dan dibuatkan jadwal kunjungan berikutnya.

Khusus untuk kelahiran bayi, jika peserta tidak memungkinkan mendatangi fasilitas kesehatan, kelahiran bayi bisa ditolong dengan cara mengundang tenaga kesehatan terlatih, misalnya bidan desa untuk membantu proses kelahiran. Selain itu agar tetap menjadi peserta PKH kesehatan, ibu

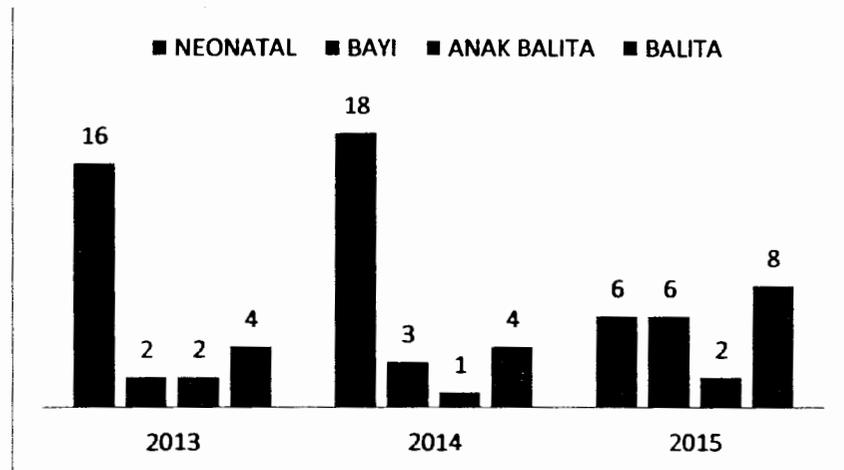
hamil/balita harus memenuhi dan mengikuti seluruh kewajiban pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

Tabel 4.12
Persyaratan Bantuan PKH Bidang Kesehatan

No	Sasaran	Kewajiban Peserta
1	Ibu Hamil	Melakukan pemeriksaan kehamilan (antenatal care) sebanyak minimal 4 kali (K1 di trimester 1, K2 di trimester 2, K3 dan K4 di trimester 3) selama masa kehamilan
2	Ibu Melahirkan	Proses kelahiran bayi harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
3	Ibu Nifas	Ibu yang telah melahirkan harus melakukan pemeriksaan atau diperiksa kesehatannya setidaknya 2 kali sebelum bayi mencapai usia 28 hari
4	Bayi Usia 0-6 Bulan	Anak berusia di bawah 1 Tahun harus diimunisasi lengkap dan ditimbang secara rutin setiap Bulan
5	Bayi Usia 6-11 Bulan	Mendapat suplemen tablet vitamin A
6	Anak Usia 1 – 5 Tahun	Dimonitor tumbuh kembang dengan melakukan penimbangan secara rutin setiap 1 Bulan; Mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali seTahun pada Bulan Februari dan Agustus
7	Anak Usia 5 – 6 Tahun	Melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 Bulan sekali dan/atau mengikuti program pendidikan anak usia dini.

Sumber : UPPKH Pusat, 2013

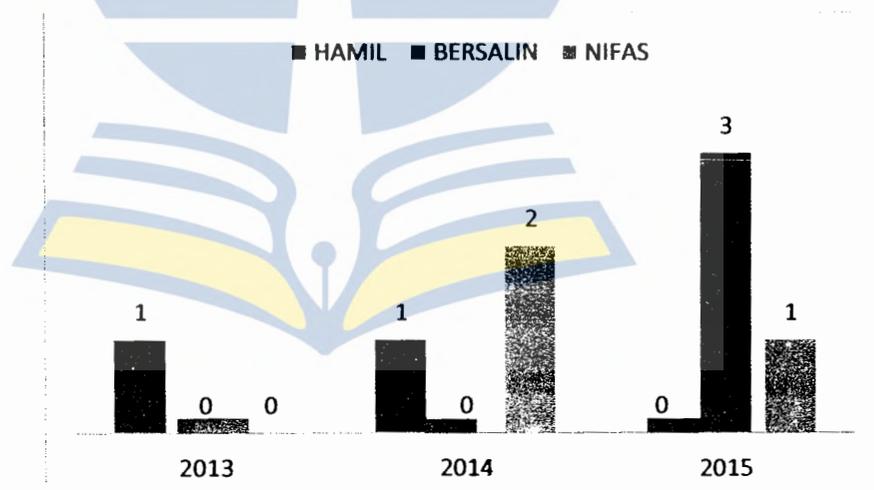
Dengan adanya persyaratan tersebut, peserta diharapkan dapat memanfaatkan sarana kesehatan yang telah disediakan sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dari peserta yang masih relatif rendah. Untuk mengukur keberhasilan PKH, parameter yang menjadi ukuran adalah angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan. Gambar berikut memperlihatkan perubahan angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan selama tiga Tahun terakhir di Kecamatan Nunukan.



Gambar 4.2

Jumlah Kematian Bayi di Kecamatan Nunukan
 Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan

Pada Gambar 4.2 dapat dilihat bahwa jumlah kematian bayi (neonatal, bayi, dan balita) di Kecamatan Nunukan sejak Tahun 2013 sampai dengan Tahun 2015, menunjukkan kecenderungan menurun yaitu Tahun 2013 sebanyak 24 orang, Tahun 2014 sebanyak 26 orang dan pada Tahun 2015 sebanyak 22 orang.



Gambar 4.3

Jumlah Kematian Ibu Melahirkan di Kecamatan Nunukan
 Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan

Sementara pada Gambar 4.3 terlihat bahwa angka kematian ibu melahirkan (hamil, ibu bersalin dan ibu nifas) di Kecamatan Nunukan sejak Tahun 2013 sampai dengan Tahun

2015 menunjukkan kecenderungan meningkat, yaitu pada Tahun 2013 sebanyak 1 orang, Tahun 2014 sebanyak 3 orang dan pada Tahun 2015 sebanyak 4 orang.

Meningkatnya angka kematian ibu melahirkan bukan terjadi di tingkat pelayanan dasar (Puskesams dan Pustu) tetapi terjadi di pelayanan rujukan yaitu di Rumah Sakit Umum Daerah, hal ini terlihat dari indikator BOR (Bad of Ratio) Rumah Sakit Umum Daerah yang masih rendah yaitu hanya 35 %.

2) Meningkatkan Taraf Pendidikan Anak-anak KSM

Fungsi utama pihak sekolah sebagai penyedia layanan pendidikan adalah mencatat siswa yang tidak memenuhi komponen kehadiran yang telah ditentukan yaitu 85 persen dari hari sekolah setiap Bulannya. Pengecualian dapat diberlakukan pada wiswa yang absen sakit paling lama 3 hari secara berturut-turut, siswa tersebut diwajibkan memberikan surat keterangan sakit yang dikeluarkan oleh dokter atau petugas kesehatan. Tabel 4.13 menunjukkan tingkat kehadiran siswa selama 5 Bulan yang berasal dari SD 003 Kecamatan Nunukan dan SMP 02 Kecamatan Nunukan.

Tabel 4.13

Tingkat Kehadiran Siswa Penerima PKH Selama 5 Bulan di SD.003 Kecamatan Nunukan Tahun 2016

No	Nama siswa	Bulan					Ket
		Jan	Feb	Mart	Apl	Mei	
1	MR	√	√	√	√	√	Kls 5 c
2	AZ	2	√	5	3	√	
3	LK	√	1	√	3	√	Kls 6 c

4	SN	√	√	√	√	√	Kls 6 a
5	MF	√	√	√	√	√	
6	Z	2	√	√	√	√	
7	TL	√	√	√	√	√	

Sumber : SD 003 Kecamatan Nunukan

Berdasarkan Tabel 4.13 terlihat bahwa tingkat kehadiran siswa penerima PKH mengalami perbaikan, dimana dari 6 siswa yang diambil *sampel*-nya, hanya satu siswa yang pernah tidak hadir melebihi standar yang sudah ditentukan pada pedoman umum PKH yaitu minimal 85 persen kehadiran untuk setiap Bulannya. Namun pada Bulan-Bulan berikutnya tingkat kehadiran dari siswa tersebut sudah lebih baik.

Tabel 4.14

Tabel Tingkat Kehadiran Siswa Penerima PKH Selama 3 Bulan di SMP 02 Kecamatan Nunukan Tahun 2016

No	Nama siswa	Bulan			Kelas
		Feb	Mart	Apl	
1	MMT	100 %	100 %	100 %	9-d
2	AR	100 %	97 %	100 %	8-b
3	RK	100 %	100 %	100 %	8-f
4	AD	99%	99%	100%	8-g
5	NR	98%	98%	100%	8-c
6	S	94%	93%	95%	7-d
7	SA	98%	96%	98%	8-e
8	MH	100%	100%	100%	8-h
9	PS	100%	100%	100%	8-f
10	PPS	100%	100%	100%	8-g
11	YY	94%	100%	100%	9-g
12	JY	100%	100%	100%	9-f
13	DEP	100%	100%	100%	9-a
14	SD	100%	100%	100%	7-d
15	DWEP	100%	100%	100%	7-b

Sumber : SMP 02 Kecamatan Nunukan

Berdasarkan Tabel 4.14 terlihat bahwa, tingkat kehadiran dari siswa penerima PKH di SMP 02 Kecamatan Nunukan rata-rata diatas 90 % selama 3 Bulan terakhir.

- 3) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak KSM

Penyediaan sarana dan prasarana pendidikan dan kesehatan bagi siswa, akan memudahkan siswa tersebut dapat belajar dengan baik dan mendapat layanan kesehatan yang memadai.

Secara umum sejak Tahun pembelajaran 2014/2015 jumlah sarana pendidikan baik swasta maupun negeri di Kecamatan Nunukan mengalami perkembangan. Begitu juga dengan jumlah siswa dan guru serta rasio antara guru dengan siswa juga mengalami perubahan setiap Tahun. Berikut kami tampilkan sarana pendidikan yang ada di Kecamatan Nunukan, mulai jenjang TK, SD, SMP dan SMA.

Tabel 4.15

Sarana Pendidikan, Jumlah Siswa, Guru dan Rasio Guru dengan Siswa Di Kecamatan Nunukan Tahun 2016.

Jenjang Pendidikan	Jumlah Sekolah	Siswa	Guru	Rasio Antara Guru dan Siswa
TK	12	783	53	1:15
SD	20	7.661	350	1:22
SMP	9	3.007	137	1:22
SMA/SMK	8	2.610	151	1:17

Sumber : Dinas Pendidikan Kab. Nunukan

Pada tabel 4.14, dapat dilihat bahwa rasio antara guru dan siswa cukup baik yaitu 1:15 untuk SD, 1:22 untuk SMP dan

1:17 untuk SMA dengan jumlah sarana pendidikan secara keseluruhan sebanyak 49 sekolah.

Untuk sektor kesehatan yang merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat yang vital, telah dilakukan upaya peningkatan kesehatan dengan menyediakan sarana kesehatan yang mudah, merata dan murah pada semua lapisan masyarakat, terutama masyarakat yang kurang mampu. Sarana kesehatan yang ada di Kecamatan Nunukan seperti terlihat pada Tabel 4.16

Tabel 4.16
Sarana Kesehatan di Kecamatan Nunukan Tahun 2016

No	Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum Daerah	1 unit
2	Puskesmas	1 unit
3	Puskesmas Pembantu	2 unit
4	Klinik	5 unit
5	Pos Yandu	30 unit

Sumber : Dinas Kesehatan Kab. Nunukan

Pada Tabel diatas dapat dilihat bahwa fasilitas yang tersedia dalam rangka mendukung kegiatan PKH di Kecamatan Nunukan sudah cukup memadai dengan jumlah 39 unit yang terdiri dari Rumah Sakit Umum Daerah, Puskesmas, Pustu, Klinik dan Pos Yandu.

2. Faktor-faktor yang Menjadi Pendukung dan Penghambat PKH di Kabupaten Nunukan.

Untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang menjadi pendukung dan penghambat pada pelaksanaan PKH di Kabupaten Nunukan, peneliti mengacu pada model implementasi berperspektif *top down* yang dikembangkan oleh George C. Edward III dengan empat variable yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi. Untuk lebih jelasnya ke empat variabel tersebut diuraikan sebagai berikut :

1) Komunikasi (*communication*)

Komunikasi menunjukkan proses terjadinya interaksi penyampaian pesan melalui mediator, pengaruh faktor komunikasi terhadap implementasi adalah pada kejelasan dan isi pesan untuk dapat dipenuhi secara menyeluruh oleh penerima pesan atau program.

Komunikasi diperlukan agar para pembuat keputusan dan para pelaksana akan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dimasyarakat. Pada variabel komunikasi terdapat tiga indikator yang dapat dipakai untuk mengukur keberhasilan suatu komunikasi, yaitu transmisi, kejelasan dan konsistensi.

a) Transmisi.

Transmisi merupakan penyaluran komunikasi yang baik antara pimpinan ke staf atau kepada masyarakat agar tidak terjadi salah pengertian karena telah melalui beberapa tingkat

birokrasi. Bentuk transmisi disini adalah adanya sosialisasi atau pertemuan pelaksanaan kegiatan PKH dari Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Disosnakertrans) Kabupaten Nunukan kepada pihak kecamatan, kelurahan/desa dan masyarakat.

Berkaitan dengan pelaksanaan sosialisasi antara aktor kebijakan dengan pelaku kebijakan di peroleh keterangan yang berbeda dari informan, yaitu adanya pendapat bahwa telah dilaksanakan sosialisasi mengenai pelaksanaan PKH dan pendapat yang mengatakan tidak pernah ada sosialisasi pelaksanaan PKH.

Pernyataan Kepala Bidang Sosial Disosnakertrans berkaitan dengan sosialisasi bahwa “ Sosialisasi dilakukan 1 kali dalam 1 Tahun dengan dinas dan tingkat kecamatan, sementara untuk tingkat koordinator dan pendamping satu Bulan sekali”

Pernyataan tersebut di perkuat dengan pendapat Kepala Seksi Bantuan Sosial Disosnakertrans “ Pelaksanaan sosialisasi dengan dinas dan kecamatan dilakukan 1 kali dalam se Tahun dan dengan pendamping setiap Bulan”.

Berbeda dengan pendapat tersebut diatas, Camat Nunukan menyatakan bahwa “Kalo untuk Tahun 2016 ini dan bahkan pada Tahun 2015 belum pernah dilakukan sosialisasi tentang PKH di kecamatan Nunukan...”

Hal senada juga disampaikan oleh Lurah Nunukan Utara

bahwa :

“karena selama ini tidak ada sosialisasi dan koordinasi sehingga bingung, tapi Alhamdulillah, artinya walaupun belum ada koordinasinya dan sosialisasinya tetapi ada langsung bantuan PKH nya akan kami kawal dan akan kami pantau...”

b) Kejelasan

Berkaitan dengan kejelasan komunikasi, ini berhubungan dengan komunikasi yang diterima para pelaksana kebijakan haruslah jelas sehingga tidak membingungkan dalam memberikan informasi kepada masyarakat dalam melaksanakan tugas.

Mengenai kejelasan pesan yang disampaikan oleh para komunikator atau penyampai pesan, berikut disampaikan oleh pendamping bahwa :

“ Masyarakat penerima PKH pada awalnya masih belum mengerti betul, namun setelah dijelaskan dan didampingi setiap waktu, maka masyarakat akhirnya mengerti sendiri tentang kewajiban yang harus dilakukan setiap saat..”

SA, sebagai peserta PKH memiliki anak 4 orang dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dan suami bekerja sebagai nelayan, menyatakan bahwa : “Selama saya mengikuti PKH tidak mengalami permasalahan dan jika ada anak yang sakit maka akan saya bawa ke posyandu atau puskesmas”.

c) Konsistensi

Penyampaian komunikasi kepada pelaksanaan kebijakan haruslah konsisten dan jelas atau tidak berubah-ubah, sehingga para pelaksana kebijakan tidak salah menafsirkan kebijakan yang sudah dibuat.

Mengenai konsistensi pedoman yang disampaikan oleh para komunikator atau penyampai pesan, berikut disampaikan oleh Koordinator PKH Kabupaten, yaitu :

“ pelaksanaan PKH sudah berjalan hampir 3 Tahun dan pedoman umumnya hanya sedikit yang berubah, dan jika ada yang berubah maka akan langsung disampaikan kepada ketua kelompok...”

Demikian pula dengan penyampaian dari Tenaga Pendamping, bahwa “ semua sudah jelas, karena ada pada Pedoman Umumnya yang di keluarkan oleh Kementerian Sosial setiap Tahun.”

Senada dengan pendapat diatas, RN sebagai penerima dana PKH memiliki anak sebanyak 7 orang, tidak bekerja tinggal di RT. 12 Kelurahan Nunukan Barat, menyatakan bahwa “ ketika ada keluarganya yang sakit, maka dia langsung memeriksakan anaknya di posyandu atau puskesmas pembantu sesuai dengan arahan pendamping.”

2) Sumberdaya

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi pelaksanaan impelentasi adalah sumberdaya, pelaksanaan implementasi yang

kekurangan sumberdaya akan berakibat cenderung kurang efektif, adapun indikator dari sumberdaya yang mendukung pelaksanaan PKH adalah staf, informasi, wewenang dan fasilitas

a) Staf,

Keberhasilan program PKH tidak terlepas adanya dukungan dari staf pelaksana pada kegiatan PKH. Staf pelaksana pada kegiatan PKH di tingkat kabupaten adalah Koordinator PKH Kabupaten, tenaga pendamping dan tenaga operator, staf tersebut direkrut langsung oleh Kementerian Sosial secara *On-Line*.

Jumlah staf pendukung pelaksanaan PKH di Kabupaten Nunukan sebanyak 15 orang yang terdiri dari 1 orang tenaga Koordinator PKH Kabupaten, 2 orang tenaga operator dan 12 orang tenaga pendamping. Sementara jumlah staf pendukung PKH di Kecamatan Nunukan sebanyak 2 orang.

Tabel 4.17

Daftar Nama Koordinator, Tenaga Pendamping dan Operator di Setiap Kecamatan

No	Nama	Jabatan	Tempat
1	Sarah Oktavia	Koordinator PKH Kabupaten	Kab. Nunukan
2	Fenny Windyani	Tenaga Pendamping	Tulin Onsoi
3	Hermantino	Tenaga Pendamping	Lumbis Ogong
4	Rinawati	Tenaga Pendamping	Lumbis
5	Natalia	Tenaga Pendamping	Sebuku
6	Leni Ermala	Tenaga Pendamping	Sembakung
7	Harmini	Tenaga Pendamping	Nunukan Selatan
8	Wahyuddin	Tenaga Pendamping	Sebatik Barat
9	Herlina	Tenaga Pendamping	Sebatik Timur

10	Irayana	Tenaga Pendamping	Nunukan
11	Sarah Oktavia	Tenaga Pendamping	Nunukan
12	Jumrawati	Tenaga Pendamping	Sebatik Induk
13	Kasim	Tenaga Pendamping	Sebatik Induk
14	Syahrudin	Tenaga Operator	Kab. Nunukan
15	Yosil Edam	Tenaga Operator	Kab. Nunukan

Sumber : UPPKH Kab. Nunukan 2016

Dari tabel diatas tergambar bahwa tenaga pelaksana PKH di Kabupaten Nunukan sebanyak 15 orang, yang terdiri dari 1 (satu) orang sebagai koordinator kabupaten, 2 (dua) orang sebagai tenaga operator dan ditempatkan di Ibu Kota Kabupaten. Sementara selebihnya berada di setiap kecamatan yang mendapat program PKH, yaitu 2 (dua) orang di Kecamatan Nunukan, 2 (dua) orang di Kecamatan Sebatik Induk, 1 (satu) orang di Kecamatan Nunukan Selatan, 1 (satu) orang di Kecamatan Sebatik Timur, 1 (satu) orang di Kecamatan Sebatik Barat, 1 (satu) orang di Kecamatan Sembakung, 1 (satu) orang di Kecamatan Sebuku, 1 (satu) orang di Kecamatan Lumbis, 1 (satu) orang di Kecamatan Lumbis Ogong dan 1 (satu) orang di Kecamatan Tulin Onsoi.

b) Informasi

Bentuk informasi dalam penelitian ini adalah adanya pedoman atau petunjuk teknis yang dimiliki dalam pelaksanaan kegiatan. Pedoman atau petunjuk teknis yang digunakan dalam kegiatan PKH adalah Pedoman Umum Pelaksanaan PKH yang

diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial Republik Indonesia.

Pedoman tersebut menjadi bahan informasi bagi Disosnakertrans Kabupaten Nunukan dalam melaksanakan kegiatan PKH di Kabupaten Nunukan, dan menjadi pedoman di tingkat kecamatan, kelurahan/desa dan masyarakat.

Mengenai adanya pedoman dalam rangka pelaksanaan PKH, berikut akan disampaikan oleh Kepala Bidang Sosial Disosnakertrans, bahwa “ Pelaksanaan kegiatan PKH mengacu pada Pedoman Umum yang di keluarkan oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia..”

Senada dengan hal tersebut Koordinator PKH Kabupaten menyampaikan, bahwa “Dalam melaksanakan kegiatan PKH di lapangan kami mengacu pada Pedoman Umum PKH”.

c) Wewenang

Dalam pelaksanaan kegiatan PKH kewenangan menjadi hal yang mutlak dilaksanakan agar pelaksanaan PKH dapat berjalan sesuai tujuan yang sudah ditentukan. Wewenang yang dibahas pada penelitian ini adalah kewenangan tenaga pendamping dalam memverifikasi komponen penerima PKH. Sesuai dengan pedoman umum pelaksanaan PKH salah satu tugas dari tenaga pendamping adalah melakukan verifikasi data terhadap penerima PKH setiap bulan dan hasil verifikasi menjadi dasar penyaluran bantuan yang akan diterima peserta PKH.

Berdasarkan hasil verifikasi jumlah penerima PKH di Kecamatan Nunukan Kabupaten Nunukan pada Tahun 2016 adalah sebanyak 370 kepala keluarga dengan anggota keluarga sebanyak 1.240 jiwa.

d) Fasilitas

Guna menunjang pelaksanaan seluruh administrasi PKH di daerah, Kabupaten Nunukan wajib menyediakan dan memfasilitasi adanya sekretariat Unit Pelaksana PKH (UPPKH) ditingkat Kabupaten maupun tingkat Kecamatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekretariat UPPKH baru ada di tingkat Kabupaten Nunukan yang berada di Kantor Disosnakertrans Kabupaten Nunukan, sementara pada tingkat kecamatan belum tersedia.

3) Disposisi

Disposisi atau sikap dari pelaksana kebijakan adalah faktor penting dalam pendekatan mengenai pelaksanaan suatu kebijakan publik. Disposisi berhubungan dengan sikap para pelaksana dalam kesediaan menerima dan melaksanakan suatu kebijakan tanpa paksaan merupakan keberhasilan dalam melaksanakan kebijakan.

Hal-hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi adalah sebagai berikut :

a) Pengangkatan birokrat

Agar pelaksanaan implementasi dapat berjalan dengan baik maka, pengangkatan / pemilihan pegawai haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan,

lebih khusus lagi pada kepentingan warga seperti halnya kegiatan PKH.

Para pegawai yang berkaitan langsung dengan kegiatan PKH, khususnya para pendamping baik koordinator, tenaga pendamping dan tenaga operator direkrut melalui berbagai macam proses. Pelaksanaan penerimaan pegawai tersebut dilakukan secara terbuka atau *on line* bagi seluruh masyarakat yang memenuhi persyaratan yang sudah ditentukan dan pelaksanaan rekrutmen pegawai PKH dilaksanakan oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia tanpa melibatkan Pemerintah Daerah.

b) Insentif

Pemberian insentif atau tambahan penghasilan diluar gaji bagi para pelaksana diharapkan dapat membuat para pelaksanaan kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Terkait dengan insentif atau tambahan penghasilan bagi pelaksana PKH di Kabupaten Nunukan baik dari Pemerintah Pusat ataupun dari Pemerintah Daerah sampai saat ini tidak ada.

4) Struktur Organisasi.

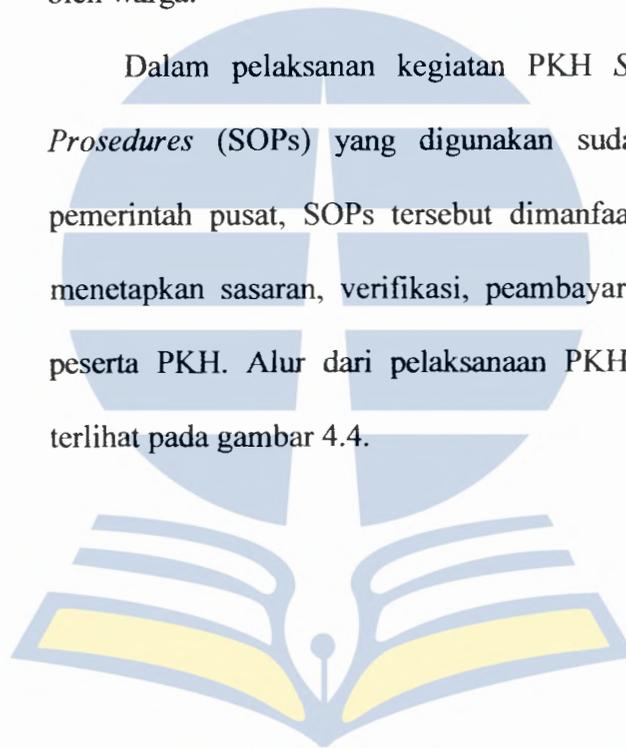
Unsur yang sangat penting dalam pelaksanaan implementasi suatu kebijakan adalah adanya birokrasi, sebab walaupun sumberdaya untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia, kemungkinan kebijakan tersebut tidak dapat terlaksana atau terealisasi karena terdapatnya kelemahan dalam birokrasi.

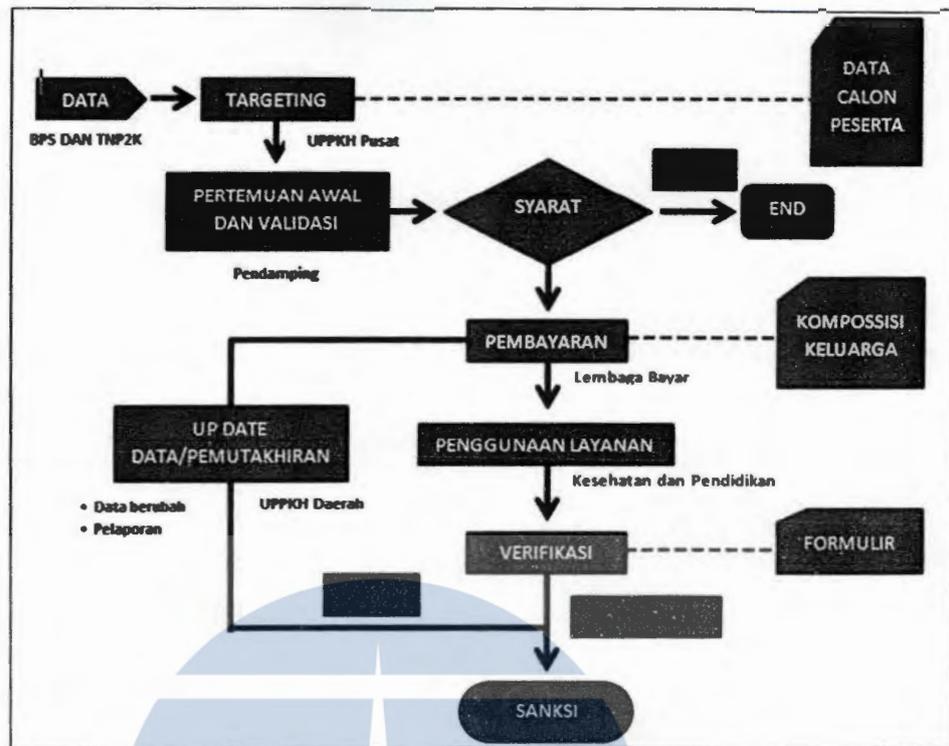
Dua karakteristik yang dapat mendorong kinerja struktur birokrasi ke arah yang lebih baik adalah : melakukan *Standard Operating Prosedures* (SOPs) dan melaksanakan *Fragmentasi*.

a) *Standard Operating Prosedures* (SOPs)

SOPs adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan pada tiap harinya sesuai dengan standar ditetapkan atau yang dibutuhkan oleh warga.

Dalam pelaksanaan kegiatan PKH *Standard Operating Prosedures* (SOPs) yang digunakan sudah ditentukan dari pemerintah pusat, SOPs tersebut dimanfaatkan dalam rangka menetapkan sasaran, verifikasi, peambayaran dan sanksi bagi peserta PKH. Alur dari pelaksanaan PKH di daerah, seperti terlihat pada gambar 4.4.





Gambar 4.4

Proses Utama Pelaksanaan Verifikasi PKH

Sumber : Pedoman Umum PKH

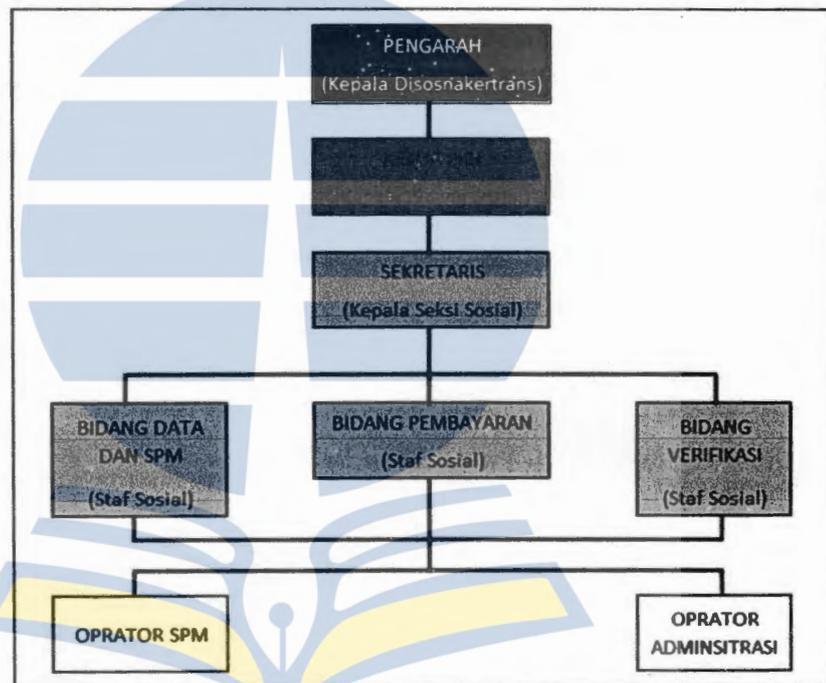
b) *Fragmentasi.*

Agar pelaksanaan kegiatan PKH dapat berjalan dengan lancar maka perlu dilakukan pembagian tugas dan tanggungjawab di antara unit kerja yang ada. Pembagian tugas dan tanggung jawab dilakukan berdasarkan struktur organisasi yang telah dibuat, tujuannya adalah agar tugas dan fungsi dari suatu organisasi dapat terbagi habis kepada seluruh pegawai.

Hasil penelitian penulis terhadap pembagian tugas sebagai mana disampaikan oleh Kepala Bidang Sosial Disosnakertrans bahwa “ Tugas dan fungsi dalam struktur Unit Pengelolaan Program Keluarga Harapan (UPPKH) telah dipahami sampai

pada level terendah...”. Lebih lanjut Kepala Bidang Sosial Disosnakertrans bahwa “ Pembentukan struktur organisasi tingkat Kabupaten telah dibuat dalam bentuk Surat Keputusan Kepala Dinas.”

Sama hanya dengan penyampaian dari Kepala Seksi Bantuan Sosial bahwa “Tugas dan fungsi dari masing-masing anggota yang masuk dalam organisasi PKH telah di pahami mereka.”



Gambar 4.5

Struktur Organisasi Manajemen UPPKH Kabupaten
Sumber : Disosnakertrans Kab. Nunukan

C. Pembahasan

Pada sub bab ini penulis akan membahas implementasi PKH di Kabupaten Nunukan berdasarkan hasil yang telah diperoleh di lapangan dan hubungannya dengan proses implementasi PKH, tujuan program PKH dan

faktor-faktor yang mendukung dan menghambat PKH dikaitkan dengan komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur organisasi.

Pembahasan pertama akan di mulai dari proses implementasi PKH yang meliputi proses perencanaan kegiatan, pelaksanaan kegiatan dan penyelesaian kegiatan. Pembahasan kedua adalah mengetahui pencapaian tujuan kegiatan PKH, yang meliputi peningkatan kualitas pendidikan, kesehatan dan peningkatan akses dan pelayanan pendidikan dan kesehatan. Pembahasan ketiga adalah berkaitan dengan faktor-faktor yang mendukung dan menghambat PKH dikaitkan dengan komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur organisasi.

1. Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan

a. Proses Implementasi PKH meliputi :

Berdasarkan hasil penelitian terhadap proses implementasi yang meliputi penyusunan rencana kegiatan, pelaksanaan kegiatan dan penyelesaian kegiatan PKH dapat disampaikan sebagai berikut :

1) Penyusunan Rencana Kegiatan PKH

Program Keluarga Harapan merupakan program pemerintah pusat yang dilaksanakan di daerah guna mempercepat penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan kebijakan dibidang perlindungan sosial dengan sasaran KSM. Khusus di Kabupaten Nunukan pelaksanaanya sudah berjalan sejak Tahun 2013 dan pemerintah daerah wajib menyediakan program dan kegiatan pendukung (*sheering*) agar pelaksanaan kegiatan PKH dapat berjalan dengan baik.

Sehubungan dengan kewajiban *sheering* program dan kegiatan maka Dinas Sosial dan Tenaga Kerja Kabupaten sebagai dinas teknis pelaksana kegiatan PKH di daerah telah merencanakan kegiatan setiap Tahunnya. Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Sosial Disosonakertrans menyampaikan bahwa “ Untuk kegiatan PKH sudah direncanakan setiap Tahunnya di SKPD kami dan masuk dalam Rencana Kerja Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan.”

Pernyataan tersebut diperkuat oleh Kepala Subbidang Sosial yang menyatakan bahwa “ Kegiatan PKH di Kab. Nunukan sudah berjalan 3 (Tahun) dan setiap Tahunnya direncanakan di dalam dokumen.”

Berdasarkan hasil wawancara tersebut di atas maka kegiatan PKH sudah mengikuti mekanisme perencanaan sebagaimana yang diatur dalam Permendagri No. 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 08 Tahun 2010 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah.

2) Pelaksanaan Kegiatan PKH

a) Proses Penetapan Sasaran

Berdasarkan hasil penelitian terhadap proses penetapan sasaran menunjukkan bahwa jumlah peserta PKH di Kecamatan Nunukan sebanyak 370 KSM dengan jumlah

komponen sebanyak 1.240 komponen. Sesuai dengan pedoman umum PKH bahwa untuk menjadi peserta PKH selain terdaftar pada hasil PPLS 2011, setiap peserta juga memenuhi salah satu kriteria dari tujuh kriteria yang sudah ditentukan dalam buku pedoman umum PKH. Sebagaimana disampaikan oleh Koodinator Kabupaten bahwa :

“ Kalo data KSM tidak berubah dari awal, tidak bisa ditambahkan di keluarkan bisa dan komponennya selain sudah ditentukan dari kementerian sosial, komponen pertama adalah harus ada ibu hamil atau ibu nifas kedua ada balita, ketiga ada apras, kemudian SD, SMP dan SMA, disabilitas ber-umur 0 s/d 21 Tahun.”

Proses penetapan sasaran khususnya di Kecamatan Nunukan sudah berjalan sesuai prosedur yang sudah ditentukan.

b) Penyaluran bantuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dana maksimal yang bisa diterima oleh KSM sebesar Rp. 3.900.000,- per Tahun dan dana minimal sebesar Rp. 950.000,- dan proses penyaluran bantuan tunai kepada peserta PKH dilakukan empat tahap setiap Tahun.

Berkaitan dengan jumlah dana yang akan diterima oleh peserta PKH mengikuti beberapa kriteria yaitu :

- (1) Jumlah komponen yang ada dalam KSM tersebut
- (2) Memenuhi komitmen dan kewajiban di bidang kesehatan dan pendidikan

Sanksi akan diberikan kepada peserta PKH apabila komitmen dalam kewajiban kesehatan dan pendidikan tidak dijalankan.

Hasil wawancara dengan Koordinator PKH Kabupaten menyampaikan bahwa :

“ Dalam setiap tahap ada proses kegiatan di dalamnya misalnya pertama untuk Bulan Januari kita lakukan validasi ulang KSM, artinya pengecekan lagi di lapangan mengenai keadan fisik KSM, terus yang kedua setelah di validasi kita akan masukan data ulang, kemudian akan ada pemutakhiran data, misalnya ada yang meninggal, ada yang hamil ada yang pindah sekolah dsb. Lalu ada verifikasi, verifikasi ini dari data yang kita dapat di lapangan kita verifikasi ke faskes dan fasdik. Jadi apakah benar bahwa yang setelah dimutakhirkan tadi itu benar bersekolah disitu dan yang memverifikasi adalah pendamping, pengecekan keadaan nyata di lapangan dan terus sekalian pengecekan kehadiran KSM di fasdik maupun di faskes, lalu kita masukkan / kirim form verifikasi ke pusat, nanti disitu ada pemotongan-pemotongan baru terlihat nilai pencairan dan sebagai dasar dalam pencairan per tahap.”

Berdasarkan uraian tersebut di atas dapat disampaikan bahwa pelaksanaan penyaluran bantuan tunai kepada peserta PKH sudah berjalan sesuai dengan Pedoman Umum PKH.

3) Penyelesaian kegiatan PKH

Berdasarkan hasil penelitian bahwa laporan Tahunan dan laporan Bulanan yang dibuat oleh Koordinator PKH Kabupaten dan tenaga pendamping secara rutin disampaikan kepada Disosnakertrans Kabupaten dan kepada Kementerian Sosial,

namun tidak pernah disampaikan kepada pihak Kecamatan dan Kelurahan maupun desa.

b. Pencapaian Tujuan Kebijakan

1) Meningkatkan Kualitas Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kualitas KSM khususnya angka kematian bayi selama tiga Tahun terakhir mengalami perbaikan, hal ini disebabkan karena pola hidup dari masyarakat penerima PKH sudah berubah. Berkaitan dengan perubahan pola hidup pada bidang kesehatan dari penerima PKH, Koordinator KIA di Puskesmas Kecamatan Nunukan menyampaikan informasinya bahwa :

“ Sekarang itu keinginan ibu-ibu hamil mulai sadar ke fasilitas kesehatan apa lagi dengan adanya KIS dan PKH, sudah mulai berangsur-angsur bagus terutama masyarakat yang kurang mampu lebih rutin.”

Pendapat tersebut senada dengan penyampaian Koordinator PKH Kabupaten bahwa :

“ Kalo Tahun-Tahun pertama dia masih ngotot, masih malas di semester pertama tapi di semester kedua dia sudah mulai karena sudah rutin pendamping melakukan pertemuan di kelompok-kelompoknya, jadi memang ditekankan bahwa kalo memang tidak melakukan itu akan dikenakan potongan, jadi mereka takut berkurang bantuannya jadi akhirnya secara terpaksa termotivasi untuk pergi memeriksa.”

Namun berkaitan dengan meningkatnya jumlah kematian ibu melahirkan di Kecamatan Nunukan pada tiga Tahun

terakhir, Koordinator KIA di Puskesmas Kecamatan Nunukan menyampaikan penyebabnya yaitu “Faktornya bermacam-macam seperti kematian ibu karena tekanan, hipertensi dalam kehamilan yang menyebabkan dia kejang-kejang, keracunan kehamilan”.

Lebih lanjut Koordinator Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas Kecamatan Nunukan menyampaikan bahwa :

“Ibu hamil yang meninggal bukan dari masyarakat miskin, tapi masyarakat yang berpenghasilan lebih, namun terlambat mengambil keputusan untuk dibawa ke pelayanan rujukan atau Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)”.

2) Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak KSM

Sesuai dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kehadiran siswa baik tingkat SD dan SMP rata-rata sudah di atas 90 persen. Sehingga dengan demikian tujuan dari pelaksanaan kegiatan PKH dapat berjalan dengan baik. SH, sebagai wali kelas 6-a di SD 003 Kecamatan Nunukan, menyampaikan bahwa :

“Dari 40 siswa yang ada di kelas 6-a, ada 3 orang sebagai peserta PKH, dimana tingkat kehadirannya 100 persen untuk dua siswa dan 98 persen untuk satu siswa, Untuk kelas 6-a mereka adalah yang memiliki peringkat 1 dari kelas lima dan digabung di kelas ini dan mereka memiliki tingkat kemampuan di atas rata-rata jika dibandingkan dengan kelas 6 lainnya”.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, bahwa dengan adanya kegiatan PKH sudah dapat membantu merubah pola hidup keseharian dari siswa yang orang tuanya penerima PKH.

- 3) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak KSM

Penyediaan sarana dan prasarana di sektor pendidikan dan kesehatan merupakan syarat mutlak bagi terwujudnya kualitas dan kuantitas sumberdaya manusia. Pelaksanaan kegiatan PKH tidak akan berhasil mencapai tujuannya yaitu meningkatkan kualitas masyarakat dari KSM menjadi masyarakat yang mandiri tanpa kerjasama dari semua *stakeholders* terutama pada sektor pendidikan dan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sarana pendidikan yang ada sebanyak 49 sekolah, telah memberikan kontribusi terhadap pencapaian dan peningkatan kualitas pendidikan di Kecamatan Nunukan. Hal ini juga didukung dengan tersedianya guru yang memadai, dimana rasio antara guru dan siswa rata-rata sekitar 1 : 20. Untuk sektor kesehatan sarana kesehatan yang tersedia di Kecamatan Nunukan sebanyak 39 unit dan terdiri dari Rumah Sakit Umum Daerah, Puskesmas, Pustu, Klinik dan Pos Yandu.

Dengan adanya fasilitas pendidikan dan kesehatan tersebut, maka pemerintah daerah dalam hal ini Kabupaten Nunukan sudah berkomitmen dalam mendukung pelaksanaan kegiatan PKH sebagaimana yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Pusat.

2. Faktor-faktor yang Mendukung dan Menghambat PKH di Kabupaten Nunukan

a. Komunikasi

1) Transmisi

Komunikasi menunjukkan proses terjadinya interaksi penyampaian pesan melalui mediator, pengaruh faktor komunikasi terhadap implementasi adalah pada kejelasan dan isi pesan untuk dapat dipenuhi secara menyeluruh oleh penerima pesan atau program. Dalam komunikasi variabel yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan PKH di Kabupaten Nunukan adalah variabel transmisi.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap pelaksanaan kegiatan PKH di Kecamatan Nunukan telah terjadi perbedaan informasi antara SKPD pelaksana teknis dengan Camat dan Kelurahan yang ada, perbedaan ini terjadi karena proses transmisi atau penyaluran informasi berupa pelaksanaan sosialisasi tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Salah satu permasalahan dari pelaksanaan sosialisasi ini adalah kurangnya intensitas dan jangkauan dari pelaksanaan sosialisasi tersebut, hal ini akibat dari rendahnya anggaran yang disediakan oleh pemerintah

daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan kegiatan PKH.

Edward III (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2014:179) menyatakan bahwa :

“ Hambatan yang timbul dari perintah implementasi. Pertama, pertentangan pendapat antara para pelaksana dengan perintah yang dikeluarkan oleh pengambil kebijakan, Kedua informasi melewati berlapis-lapis hirarki birokrasi dan Ketiga, pada akhirnya penangkapan komunikasi mungkin dihambat oleh persepsi yang selektif dan ketidakmauan para pelaksana untuk mengetahui persyarat suatu kebijakan”.

Sesuai dengan pendapat tersebut bahwa proses transmisi belum berjalan dengan baik dan sebagai bahan perbaikan, maka solusi yang akan dilakukan untuk perbaikan kedepannya adalah dengan meningkatkan jumlah pelaksanaan sosialiasi di tingkat kecamatan atau kelurahan dan melibatkan semua kelompok masyarakat yang ada serta meningkatkan jumlah anggaran pelaksanaan kegiatan PKH.

2) Kejelasan

Kejelasan merupakan salah satu faktor agar implementasi tersebut dapat diterima dengan baik, bila pesan yang disampaikan sangat jelas maka tidak membuat salah interpretasi suatu pesan.

Berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan PKH, tenaga pendamping dalam menyampaikan pesan kepada

masyarakat terakit dengan kewajiban dan hak bagi peserta PKH, sudah diterima dengan jelas oleh masyarakat.

Hal tersebut terbukti bahwa dari salah seorang penerima PKH sudah paham sekali akan kemana jika ada keluarganya yang mengalami sakit, walaupun pada awalnya masih menghadapi berbagai permasalahan namun setelah dijelaskan dan didampingi maka peserta penerima PKH paham akan hak dan kewajibanya.

Dengan adanya tenaga pendamping yang langsung berhadapan dengan masyarakat maka, perintah dari kebijakan yang akan disampaikan akan lebih cepat dan efektif.

Edward III (sebagaimana dikutip dalam Agustino, 2014:151) mengungkapkan bahwa :

“ Kejelasan : komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan (*street level bureuacrats*) haruslah jelas dan tidak membingungkan (tidak ambigu/mendua). Kejelasanpesan kebijakan tidak selalu menghalangi implementasi, pada tatanan tertentu, para pelaksana membutuhkan fleksibilitas dalam melaksanakan kebijakan”.

Lebih lanjut Edward III (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2014:181) menjelaskan bahwa :

“Dalam rangka mengurangi kadar ketidakjelasan komunikasi kebijakan, maka jauh lebih baik jika dikembangkan saluran-saluran komunikasi yang efektif. Semakin baik dikembangkan saluran-saluran komunikasi untuk meneruskan perintah-perintah implementasi, maka semakin tinggi

probabilitas perintah-perintah ini diteruskan dengan benar”.

b) Konsistensi

Salah satu syarat agar pelaksanaan implementasi dapat berlangsung efektif adalah perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Pelaksanaan perintah yang berubah-ubah akan membingungkan para pelaksana kebijakan, disisi lain perintah yang tidak konsisten akan mendorong para pelaksana mengambil tindakan yang sangat longgar dalam menafsirkan dan mengimplementasikan kebijakan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan PKH yang sudah berjalan sekitar 3 Tahun, dan arahan berupa hak dan kewajiban yang disampaikan kepada penerima manfaat tetap berpedoman pada Pedoman Umum PKH. Jika terjadi perubahan pada pedoman, maka Koordinator PKH Kabupaten akan menyampaikan kepada tenaga pendamping dan tenaga pendamping juga akan langsung menyampaikan kepada peserta penerima PKH.

Edward III (sebagaimana dikutip dalam Agsutino, 2014:151) menjelaskan bahwa :

“ Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan komunikasi haruslah konsisten dan jelas (untuk diterapkan atau dijalankan). Karena jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat

menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan”.

Dari hasil penelitian dalam hubungan komunikasi dengan implementasi PKH terdapat beberapa faktor pendukung dan penghambat.

Beberapa faktor pendukung tersebut adalah :

- 1) Informasi yang disampaikan oleh tenaga pendamping kepada masyarakat terkait pelaksanaan PKH sudah sangat jelas di mengerti oleh KSM
- 2) Ketentuan tentang pelaksanaan PKH yang disampaikan oleh tenaga pendamping sudah konsisten dan tidak berubah-ubah.

Sedangkan faktor penghambat dalam komunikasi ini adalah kurangnya pelaksanaan sosialisasi PKH pada tingkat Kecamatan, kelurahan dan desa. Pelaksanaan sosialisasi PKH hanya dapat dilakukan 1 kali dalam satu tahun di Ibu Kota Kabupaten, hal ini disebabkan anggaran yang tersedia tidak mencukupi untuk dapat dilaksanakan di tingkat kecamatan atau di kelurahan/desa.

Dengan demikian bisa diasumsikan bahwa pihak kecamatan/kelurahan dan desa tidak memahami secara keseluruhan tentang pelaksanaan PKH ini.

2) Sumberdaya

a) Staf

Ketersediaan staf yang memadai serta memiliki keahlian yang baik akan memudahkan pelaksanaan

implementasi di lapangan. PKH merupakan program yang membutuhkan staf yang memiliki keahlian dibidang kemasyarakatan karena bersentuhan langsung pada masyarakat dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan yang rendah.

Jumlah peserta PKH di Kecamatan Nunukan sebanyak 370 KSM dengan jumlah komponen sebanyak 1.240 komponen dan tersebar di empat kelurahan dan satu desa menjadi tantangan tersendiri bagi tenaga pendamping untuk dapat hadir dalam melakukan pertemuan-pertemuan di lapangan. Sementara jumlah tenaga PKH di Kecamatan Nunukan hanya dua orang, satu orang merangkap sebagai Koordinator PKH Kabupaten dan sebagai tenaga pendamping dengan demikian maka beban kerja dari tenaga PKH akan semakin berat.

Temuan lain yang diperoleh dari hasil wawancara dengan tenaga pendamping adalah terkait dengan rendahnya gaji atau upah yang diterima oleh mereka, disamping itu dalam pelaksanaan di lapangan tidak adanya dana operasional dan seringkali gaji/atau upah yang mereka terima digunakan untuk pelaksanaan operasional di lapangan. Sebagai mana disampaikan oleh IR tenaga pendamping bahwa : “ Dalam pelaksanaan di lapangan, kami tidak ada dana operasional, sehingga kami

gunakan gaji untuk membiayai kegiatan yang harus ke lapangan”.

Edward III (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2014:186) menyampaikan bahwa : “ Faktor lain adalah kesulitan dalam merekrut dan mempertahankan administrator-administrators yang kompeten karena pada umumnya gaji, prestise dan jaminan kerja mereka yang rendah”.

b) Informasi

Informasi merupakan sumberdaya yang penting dalam melaksanakan kebijakan implementasi. Bentuk informasi yang digunakan dalam kegiatan PKH ini adalah Pedoman Umum PKH di dalam pedoman tersebut termuat tentang apa yang harus dilaksanakan dan bagaimana melaksanakan kegiatan PKH tersebut.

Informasi yang terdapat dalam pedoman umum antara lain : hak dan kewajiban peserta PKH, mekanisme penetapan sasaran, mekanisme verifikasi, penyaluran bantuan, kelembagaan, sosialisasi dan evaluasi dan monitoring. Pelaksanaan kegiatan PKH di Kecamatan Nunukan dapat berjalan dengan baik, karena para pelaksana dapat memberikan informasi yang benar terkait dengan hak dan kewajiban bagi peserta PKH.

Disamping itu pula para tenaga pendamping setiap Bulan akan melakukan verifikasi langsung terhadap seluruh

penerima PKH baik di fasilitas kesehatan maupun di fasilitas pendidikan terkait dengan informasi yang mereka peroleh.

Berkaitan dengan informasi tersebut diatas, Edward III (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2014:186) menyampaikan bahwa :

“ Dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk, bentuk pertama informasi bagaimana melaksanakan suatu kebijakan. Pelaksana-pelaksana perlu mengetahui apa yang dilakukan dan bagaimana mereka harus melakukannya. Bentuk kedua dari informasi adalah data tentang ketaatan personil-personil lain terhadap peraturan-peraturan pemerintah. Pelaksana-pelaksana harus mengetahui apakah orang-orang lain yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan mentaati undang-undang ataukah tidak ”.

c) Wewenang

Pelaksanaan wewenang dari para pelaksana kegiatan PKH akan mengefektifkan kebijakan implementasi yang akan diterapkan. Setiap pelaksana yang terlibat dalam kegiatan PKH memiliki wewenang secara berjenjang, seperti tenaga pendamping melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap keadaan komponen dari keluarga peserta PKH. Sementara Koordinator PKH Kabupaten berwenang dalam melakukan analisis dan rekomendasi terhadap pelaksanaan PKH di wilayahnya dan tenaga Operator melakukan analisis terhadap hasil verifikasi dan validasi tenaga pendamping.

Dengan adanya kewenangan memverifikasi terhadap pelaksanaan PKH oleh tenaga pendamping dan

Koordinator PKH Kabupaten maka, pembayaran yang diterima oleh peserta PKH akan sesuai dengan hak dan tanggungjawab yang diberikan kepada mereka.

Penjelasan ini diperkuat pendapat Edward III dalam Agustino (2014:151) bahwa :

“ Pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan, kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan...”

d) Fasilitas

Variabel dari sumberdaya yang menghambat pelaksanaan kegiatan PKH di Kabupaten Nunukan adalah fasilitas. Dalam rangka mendukung pelaksanaan kegiatan PKH, Pemerintah diwajibkan menyediakan sarana berupa kantor sekretariat beserta fasilitas pendukungnya baik yang ada di kabupaten maupun yang ada di kecamatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Sekretariat UPPKH Kabupaten Nunukan sementara masih bergabung di kantor Disosnakertrans. Sementara Sekretariat UPPKH tingkat Kecamatan sampai saat ini belum terbentuk.

Dengan terbatasnya fasilitas sarana dan prasarana yang ada, maka membuat pelaksanaan kegiatan PKH tidak berjalan secara efektif, khususnya pada tingkat kecamatan, kelurahan dan desa.

Dari hasil penelitian dalam hubungan sumber daya dengan pelaksanaan PKH, terdapat beberapa pendukung dan penghambat. Beberapa faktor pendukung tersebut adalah :

- a) Tersedianya jumlah staf pendamping yang memiliki kemampuan dan pengalaman dalam bidang pemberdayaan masyarakat.
- b) Adanya pedoman umum pelaksanaan PKH sebagai pedoman tenaga pendamping dalam melaksanakan kegiatan PKH.
- c) Adanya wewenang dari tenaga pendamping dalam melakukan verifikasi dan validasi terhadap KSM.

Sedangkan faktor penghambat dalam sumber daya ini adalah tidak adanya kantor sekretariat Unit Pelaksana PKH pada tingkat kecamatan, sehingga pada tahap pelaksanaan di lapangan tidak maksimal. UPPKH tingkat kecamatan merupakan ujung tombak PKH karena unit ini akan berhubungan langsung dengan peserta PKH.

Tugas dan tanggungjawab pendamping PKH atau UPPKH Kecamatan secara umum adalah melaksanakan tugas pendampingan kepada RTSM/KSM peserta PKH. Wilayah kerjanya meliputi seluruh kelurahan/desa dalam satuan wilayah kerja kecamatan. Sehubungan dengan tugas dan tanggungjawab tersebut, maka sekretariat UPPKH Kecamatan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan atau gagalnya dari kegiatan PKH. Hal ini

sejalan dengan yang disampaikan oleh Edward III (sebagaimana dikutip dalam Winarno, 2014:186) menyampaikan bahwa :

“Sebab seorang pelaksana mungkin mempunyai staf yang memadai, mungkin memahami apa yang akan dilakukan dan mungkin mempunyai wewenang untuk melakukan tugasnya, tetapi tanpa kantor/bangunan maka besar kemungkinan implementasi yang direncanakan akan gagal”.

3) Disposisi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa semua indikator dari disposisi menjadi penghambat pada pelaksanaan PKH di Kabupaten Nunukan.

a) Pengangkatan birokrat

Jumlah kebutuhan pegawai di suatu daerah ditentukan berdasarkan banyaknya KSM yang pada wilayah tersebut, berdasarkan pedoman umum satu orang pendamping mendampingi 300 sampai dengan 500 peserta KSM, khusus untuk daerah kepulauan dan daerah yang sulit dijangkau rasio pendamping dan KSM bisa lebih kecil dari ketentuan yang ada.

Pengangkatan pegawai pada pelaksanaan kegiatan PKH di Kecamatan Nunukan sepenuhnya wewenang dari Kementerian Sosial Republik Indonesia tanpa melibatkan Pemerintah Daerah, dan ini pasti menimbulkan permasalahan pada staf/pegawai yang sudah ditempatkan didaerah.

Kondisi geografis Kabupaten Nunukan yang sangat luas dan berada pada wilayah perbatasan, terpencil dan teringgal mengakibatkan beberapa wilayahnya tidak dapat diakses dengan sarana transportasi dengan mudah, bahkan ada sebagian wilayahnya hanya dapat diakses dengan menggunakan pesawat perintis.

Permasalahan yang terjadi di daerah adalah pada saat pegawai yang diangkat langsung oleh Kementerian Sosial ada sebagian yang tinggal jauh dari lokasi /wilayah kerjanya, seperti tenaga pendamping berinisial HI bertempat tinggal di Kecamatan Nunukan, namun lokasi kerjanya di Kecamatan Sembakung yang memerlukan waktu cukup lama untuk sampai ketujuan, belum lagi ditempat tersebut tidak disediakan fasilitas tempat tinggal sehingga yang bersangkutan harus menginap atau menyewa rumah warga untuk dapat melaksanakan tugasnya.

Edward III dalam Agustino (2014:151) menyatakan bahwa :

“ Disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personil yang ada tidak melaksanakan kebijakan oleh pejabat-pejabat yang tinggi, karena itu pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga.

Sampai saat ini jumlah staf pendukung pelaksanaan PKH di Kabupaten Nunukan sebanyak 15 orang yang terdiri

dari 1 orang tenaga Koordinator PKH Kabupaten, 2 orang tenaga operator dan 12 orang tenaga pendamping. Sementara jumlah staf pendukung PKH di Kecamatan Nunukan sebanyak 2 orang.

b) Insentif

Pekerjaan tenaga pendamping PKH merupakan pekerjaan yang memiliki resiko yang cukup tinggi, karena akan berhadapan langsung dengan masyarakat yang memiliki pendidikan rata-rata dibawah. Hal ini akan menimbulkan konflik sosial jika tidak ditangani dengan profesional, khususnya dalam penentuan awal dari sasaran penerima PKH. Sebab sebagian besar dari masyarakat punya kecendrungan tidak akan mengalah jika bantuan program bentuk uang/dana segar. Disamping itu lokasi dari para peserta PKH pada wilayah tertentu berjauhan antara satu sama lainnya dan ini tentu membutuhkan dana operasional yang tidak sedikit dalam pelaksanaannya.

Sebagaimana yang telah disampaikan sebelumnya bahwa gaji yang mereka terima sebagian digunakan untuk dana transportasi ke lapangan, sementara insentif lain baik dari pemerintah pusat maupun dari daerah tidak ada.

Edward III dalam Agustino (2014:151) menyatakan bahwa :“ salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecendrungan para pelaksana adalah dengan memanipulasi insentif”.

Berkaitan dengan hal tersebut maka, dalam rangka meningkatkan kualitas pekerjaan dapat berjalan dengan baik, maka penambahan biaya diluar gaji atau berupa insentif bagi tenaga pendamping perlu dianggarkan baik dari Pemerintah Pusat maupun dari Pemerintah Daerah.

Dari hasil penelitian dalam hubungan disposisi yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan PKH adalah sebagai berikut :

- a) Pengangkatan staf atau tenaga pendamping dari PKH dilaksanakan oleh Kementrian Sosial Republik Indoensia tanpa melibatkan Pemerintah Daerah.
 - b) Tidak adanya insentif dari pemerintah pusat maupun dari pemerintah daerah kepada staf atau tenaga pendamping yang ada dilapangan, sehingga sangat berpengaruh terhadap pekerjaan dilapangan.
- 4) Struktur Organisasi
- a) *Standard Operating Prosedures* (SOPs)

Dalam pelaksanaan kegiatan PKH *Standard Operating Prosedures* (SOPs) yang digunakan sudah ditentukan dari pemerintah pusat, SOPs tersebut dimanfaatkan dalam rangka menetapkan sasaran, verifikasi, peambayaran dan sanksi bagi peserta PKH.

Edward III dalam Winarno (2014:207) menyatakan bahwa :

“ Dengan menggunakan SOP, para pelaksana dapat memanfaatkan waktu yang tersedia, selain itu SOP

juga menyeragamkan tindakan-tindakan dari para pejabat dalam organisasi-organisasi yang kompleks dan tersebar luas, yang pada gilirannya dapat menimbulkan fleksibilitas yang besar (orang dapat dipindahkan dengan mudah dari satu tempat ke tempat lain) dan kesamaan yang besar dalam penerapan peraturan-peraturan”.

Pelaksanaan verifikasi sasaran yang dilakukan oleh tenaga pendamping, mengacu pada SOP yang sudah ditentukan oleh Kementerian Sosial. Hasil verifikasi dan validasi tersebut digunakan sebagai dasar pembayaran terhadap peserta PKH.

Lebih lanjut pelaksanaan SOP di lapangan dijelaskan oleh Koordinator PKH Kabupaten yaitu :

“Dalam setiap tahap ada proses kegiatan di dalamnya misalnya pertama untuk Bulan Januari kita lakukan validasi ulang KSM, artinya pengecekan lagi di lapangan mengenai keadaan fisik KSM, terus yang kedua setelah di validasi kita akan masukkan data ulang, kemudian akan ada pemutakhiran data, misalnya ada yang meninggal, ada yang hamil ada yang pindah sekolah dsb. Lalu ada verifikasi, verifikasi ini dari data yang kita dapat di lapangan kita verifikasi ke faskes dan fasdik. Jadi apakah benar bahwa yang setelah dimutakhirkan tadi itu benar bersekolah disitu dan yang meverifikasi adalah pendamping, pengecekan keadaan nyata di lapangan dan terus sekalian pengecekan kehadiran KSM di fasdik maupun di faskes, lalu kita masukkan / kirim form verifikasi ke pusat, nanti disitu ada pemotongan-pemotongan baru terlihat nilai pencairan dan sebagai dasar dalam pencairan pertahap”.

b) *Fragmentasi*

PKH merupakan program dari pemerintah pusat, agar dapat berjalan dengan baik maka, keterlibatan

pemerintah daerah sangat diperlukan guna keberhasilan dari program ini. Tanggungjawab dari masing-masing pemangku kepentingan baik dari pusat, provinsi dan daerah harus jelas agar para pelaksana implementasi dapat berbuat sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing atau tidak terjadinya tumpang tindih tugas pokok dan fungsi.

Begitu juga di daerah pembagian tugas dan fungsi sudah harus dibedakan antara Dinas teknis pelaksana dengan koordinator PKH kabupaten, tenaga pendamping dan pihak Kecamatan dan Kelurahan/Desa serta pihak PT. Pos Indonesia dapat mengetahui tugasnya masing-masing.

Edward III dalam Agustino (2014:154) menyampaikan bahwa : “ Fragmentasi adalah upaya penyebaran tanggung jawab kegiatan-kegiatan atau aktivitas-aktivitas pegawai di antara beberapa unit kerja”.

Dari hasil penelitian dalam hubungan struktur organisasi yang menjadi pendukung dalam pelaksanaan PKH adalah sebagai berikut :

- a) Adanya SOPs sebagai bahan dan pedoman dalam melaksanakan kegiatan PKH
- b) Adanya tugas dan fungsi yang jelas pada struktur organisasi pelaksana PKH mulai dari tingkat kabupaten, kecamatan, kelurahan dan desa.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka dalam penulisan tesis ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kabupaten Nunukan berjalan cukup lancar, hal ini disebabkan oleh :
 - a. Proses implementasi PKH yang meliputi penyusunan rencana, pelaksanaan kegiatan dan pelaporan sudah berjalan dengan baik;
 - b. Tercapainya tujuan PKH yang meliputi peningkatan kualitas kesehatan, peningkatan taraf pendidikan anak-anak KSM, dan peningkatan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan.
2. Faktor-faktor yang menjadi pendukung dan penghambat PKH di Kabupaten Nunukan, yang meliputi :
 - a. Faktor-faktor yang mendukung kegiatan PKH di Kabupaten Nunukan adalah sebagai berikut :
 - 1) Tersedianya tenaga pendamping dan operator pada tingkat kecamatan ;
 - 2) Adanya pedoman umum dalam pelaksanaan kegiatan PKH
 - 3) Adanya *Standard Operating Procedures* (SOPs)

b. Faktor-faktor yang menghambat PKH di Kabupaten Nunukan adalah :

- 1) Pelaksanaan sosialisasi pada tingkat kecamatan dan kelurahan/desa sangat rendah, hal ini disebabkan oleh pendanaan kegiatan PKH oleh Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kabupaten Nunukan sangat terbatas.
- 2) Tidak tersedianya kantor Sekretariat Unit Pelaksana PKH tingkat Kecamatan.
- 3) Pengangkatan staf pelaksana PKH berupa Koordinator Kabupaten, Tenaga Pendamping dan Operator Komputer sepenuhnya tanggungjawab Kementerian Sosial tanpa melibatkan Pemerintah Daerah.
- 4) Tidak adanya insentif atau dana operasional bagi tenaga pendamping di lapangan, sehingga menyulitkan bagi tenaga pendamping untuk hadir setiap saat di masyarakat penerima PKH.

B. SARAN

Sesuai hasil penelitian Implementasi Program Keluarga Harapan di Kabupaten Nunukan, disarankan beberapa hal sebagai berikut :

1. Agar pelaksanaan sosialisasi dapat berjalan sampai tingkat kecamatan dan kelurahan/desa, maka Pemerintah Daerah perlu menambah anggaran pada kegiatan PKH.
2. Menyediaan kantor sekretariat UPPKH pada tingkat kecamatan agar pelaksanaan kegiatan PKH dapat berjalan secara maksimal.

3. Perlunya rekrutmen staf atau pegawai PKH, melibatkan pemerintah daerah, agar penempatan wilayah kerja sesuai dengan tempat tinggalnya
4. Perlunya ditingkatkan pendanaan *sheering* dari pemerintah daerah, terutama diperuntukkan bagi operasional sekretariat UPPKH Kabupaten dan Kecamatan dan insentif bagi tenaga pendamping di lapangan.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustino L (2014). *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung. Alfabeta.
- Baroroh, A (2008). *Trik-trik Analisis Statistik dengan SPSS 15*. Jakarta : Elex Media Komputino
- Bungin, Burhan. 2003. *Analisis Data Penelitian Kualitatif (Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke arah Penguasaan Model Aplikasi)*. Jakarta : PT. Rajagrafindo Persada.
- Conyers. Diana.1994. *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga*. Terjemahan Susetiawan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dunn, William N, (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Edisi Kedua. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Effendi, Tadjuddin Noer, 1993. *Sumberdaya Manusia, Peluang Kerja dan Kemiskinan*. Yogyakarta : PT. Tiara Wacana.
- Indiahono, Dwiyanto. (2009). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analisis*. Yogyakarta : Penerbit Gava Media.
- Kartasasmita, Ginanjar, 1997. *Administrasi Pembangunan: Perkembangan Pemikiran dan Praktiknya di Indonesia*, Jakarta: LP3ES.
- Kunarjo, 2002. *Perencanaan dan Pengendalian Program Pembangunan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Kuncoro, Mudrajat, 2004. *Otonomi Daerah-Reformasi, Perencanaan Startegis dan Peluang*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Lewis, John P dan Valeriana Kallab (Eds).1987. *Mengakji Ulang Strategi-strategi Pembangunan*. Terjemahan : Pandam Guritno, Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia.
- Merdimin, Johannes (ed).1996. *Dimensi Kritis Proses Pembangunan di Indonesia*. Yogyakarta : Penerbit Kanisius.
- Mulyadi, Deddy. (2015). *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Moleong, Lexy J. (2007) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya Offset.

Nasution, S., Prof. Dr. MA. 2005. *Metode Research (Penelitian Ilmiah Edisi Keenam)*. Bandung: Bumi Aksara.

Nazir, Moh. (1999) *Metode Penelitian*, Jakarta : Ghalia Jakarta.

Prasetya, Irawan. (2012) . *Metodologi Administrasi Penelitian*. Jakarta: Penerbit Universitas Terbuka.

Purwanto, EA dan Sulsityastuti, DR. (2012). *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media

Sugiyono, (2007). *Memahami Penelitian Kuantitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.

Winarno B, (2014). *Kebijakan Publik : Teori, Proses dan Studi Kasus*. Yogyakarta. Caps Publishing.

Dokumen-Dokumen:

Undang-Undang Dasar 1945

Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang-Undang No.13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.

Peraturan Presiden Nomor 14 Tahun 2010. tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.

Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 08 Tahun 2010 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah

Badan Pusat Statistik (BPS). 2014. *Nunukan Dalam Angka 2014*. Nunukan

Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 02A/HUK/2008. tentang Tim Pelaksana Program Keluarga Harapan.

Direktorat Jaminan Sosial. (2012). *Pedoman Operasional PKH Bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Kementerian Sosial RI.

Direktorat Jaminan Sosial. (2013). *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan (PKH)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Kementerian Sosial RI.

Direktorat Jaminan Sosial. (2013). Pedoman Operasional PKH Bagi Pemberi Pelayanan Pendidikan. Jakarta: Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Kementerian Sosial RI.

Direktorat Jaminan Sosial. (2013). Pedoman Oprasional Penyaluran Dana Bantuan PKH. Jakarta: Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Kementerian Sosial RI.





Lampira 1 : Pedoman Wawancara Implementasi PKH di Kabupaten Nunukan

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
1.	Implementasi Kebijakan, Dengan Fenomena Yang Diamati Adalah :	
	Proses Implementasi PKH, meliputi	
	Penyusunan Rencana Kegiatan PKH a) Apakah PKH direncanakan setiap tahun ? b) Apakah PKH dianggarkan oleh Pemda setiap tahun ? c) Berapa rata-rata anggaran yang bersumber dari APBD ? d) Anggaran tersebut di peruntukkan untuk apa saja ?	
	Pelaksanaan Kegiatan PKH a) Proses penetapan sasaran b) Penyaluran Bantuan	
	Penyelesaian kegiatan PKH a) Berapa kali pencairan dananya kepada masyarakat ? b) Bagaimana realisasi pencairan dana bantuan tunai bersyarat dari masyarakat ? c) Apakah ada permasalahan pencairan di kantor Pos ? d) Apakah ada laporan pertanggungjawaban kegiatannya ?	
	Pencapaian Tujuan Kebijakan, meliputi :	
	Meningkatkan kualitas kesehatan KSM; a) Apakah persyaratan dari PKH sudah dilaksanakan oleh penerima bantuan ? b) Apakah pola hidup dari sisi kesehatan masyarakat sudah berubah ? c) Apa ada permasalahan ?	
	Meningkatkan tarif pendidikan anak-anak KSM; a) Apakah persyaratan dari PKH sudah dilaksanakan oleh penerima bantuan ? b) Apakah pola hidup dari sisi kesehatan masyarakat sudah berubah c) Bagaimana tingkat kehadiran siswa di sekolah d) Apakah dapat meningkatkan prestasi siswa ?	
	Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak KSM. a) Bagaimana penyediaan sarana dan prasarana pendidikan dan kesehatan untuk PKH ? b) Apa kendala sektor pendidikan dan kesehatan dalam pelaksanaan PKH ?	

2.	Faktor-faktor apa yang menjadi pendukung dan penghambat PKH di Kabupaten Nunukan ?	
	Komunikasi, adapun fenomena yang diamati adalah :	
	Intensitas sosialisasi PKH a) Berapa kali sosialisasi/pertemuan PKH dengan SKPD terkait per tahun ? b) Berapa kali sosialisasi/pertemuan PKH di tingkat kecamatan per tahun ? c) Berapa kali sosialisasi/pertemuan PKH di tingkat kelompok/penerima manfaat per tahun ?	
	Kejelasan komunikasi PKH dari para pelaksana a) Apakah PKH sudah di pahami pada tingkat SKPD, Kecamatan, kelurahan, desa dan penerima manfaat ? b) Materi apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi PKH. c) Apakah ada laporan pertanggungjawaban kegiatannya ?	
	Konsistensi Pedoman Umum PKH a) Apakah ada pedoman yang digunakan dalam pelaksanaan PKH ? b) Apakah materi yang disampaikan sudah sesuai dengan pedoman umum ? c) Bidang apa yang sampai saat ini belum bisa dijalankan ?	
	Sumberdaya, adapun fenomena yang diamati adalah :	
	Staf : a) Kemampuan Sumberdaya manusia pelaksana PKH b) Jumlah Sumberdaya manusia yang ada di PKH ? c) Bagaimana tingkat pendidikan koordinator dan pendamping PKH ? d) Bagaimana kemampuan ketua kelompok dalam memberikan pemahaman kepada KSM ?	
	Informasi, a) Apa bentuk informasi yang bapak/ibu gunakan dalam rangka pelaksanaan PKH b) Sumbernya dari mana ? c) Apa saja isi dari pada pedoman tersebut ?	
	Wewenang, a) Apa yang mengatur kewenangan dari para pelaksana PKH ? b) Bagaimana pelaksanaan wewenang tersebut ?	
	Fasilitas a) Apakah ada fasilitas yang disediakan oleh Pemda ?	

	b) Bagaimana biaya operasionalnya ?	
	Disposisi, adapun fenomena yang diamati adalah	
	<p>Pengangkatan birokrat</p> <p>a) Bagaimana mekanisme pengangkatan tenaga pendamping PKH</p> <p>b) Apa saja persyaratannya</p> <p>c) Siapa yang melaksanakan</p> <p>d) Bagaimana peran Pemda dalam rekrutmennya</p>	
	<p>Insentif</p> <p>a) Apakah ada tambahan pendapatan (insentif) diluar gaji/upah dari pelaksana PKH ?</p> <p>b) Dari mana sumbernya ?</p> <p>c) Bagaimana peran Pemda dalam hal ini ?</p>	
	Struktur birokrasi , adapun fenomena yang diamati adalah :	
	<p><i>Standard Operating Prosedures (SOPs)</i></p> <p>a) Apakah ada SOPs dalam pelaksanaan PKH</p> <p>b) Siapa yang mengeluarkan</p> <p>c) Sejauhmana pelaksanaannya</p>	
	<p><i>Fragmentasi</i></p> <p>a) Apakah ada tugas dan fungsi dari Struktur Organisasi tersebut ?</p> <p>b) Apakah tugas dan fungsi tersebut di pahami sampai pada level terendah ?</p>	

Lampiran 2. Foto Pelaksanaan Wawancara



Wawancara Dengan Kepala Disosnakertrans
Kabupaten Nunukan



Wawancara Dengan Kepala Kepala Bidang Sosial
Disosnakertrans Kabupaten Nunukan



Wawancara Dengan Kepala Kasi Perlindungan Sosial
Disosnakertrans Kabupaten Nunukan



Wawancara Dengan Koordinator PKH
Kabupaten Nunukan

Lampiran 3. Foto Pelaksanaan Wawancara



Wawancara Dengan Kepala Desa Binusan
Kecamatan Nunukan



Wawancara Dengan Camat Nunukan



Wawancara Dengan Koordinator KIA Puskesmas
Kecamatan Nunukan



Wawancara Dengan Kepala Sekolah dan Guru di SMP
Kecamatan Nunukan

Lampiran 4. Foto Pelaksanaan Wawancara



Wawancara Dengan Peserta PKH



Wawancara Dengan Ketua Kelompok Peserta PKH



Wawancara Dengan Lurah di Kecamatan Nunukan



Wawancara Dengan Peserta PKH

Lampiran 5. Foto Pencairan Dana PKH



Proses Pencairan Dana PKH di Kantor Pos Kecamatan Nunukan



Proses Pencairan Dana PKH di Kantor Pos Kecamatan Nunukan

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN NUNUKAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Kompleks Rusunawa RT 05 Nunukan Selatan – Kab. Nunukan, Kalimantan Utara (77482)
 Telp./Faks. (0556) 22831

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 072.05/ 54 /BKBP-I

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian ;
2. Peraturan Bupati Nunukan Nomor 15 Tahun 2012 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Uraian Tugas Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Nunukan ;
- b. Memperhatikan : Surat Pokjar Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-UT) Samarinda Universitas Terbuka Nomor 15/POKJAR-S2/UT/Nnk/III/2016 tanggal 29 Maret 2016 Perihal Rekomendasi Ijin Penelitian ;

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN NUNUKAN,

menerikan rekomendasi kepada :

- a. Nama : **PIRDAUS**
- b. Nomor Induk Kependudukan : 6405092505710001
- c. Alamat : Jl Ujang Dewa RT. 001 RW 001 Kel. Nunukan Selatan Kecamatan Nunukan Selatan
- d. Pekerjaan : PNS
- e. Nama Lembaga/Penanggung Jawab : Universitas Terbuka
Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-UT)
Samarinda
- f. Alamat Lembaga/Penanggung Jawab : Jl Antasari Baru Sei Sembilan Kel Selison Kecamatan Nunukan Selatan

- untuk :
1. Melakukan kegiatan penelitian ~~survey/riset~~ dengan judul "Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Nunukan."
 2. Lokasi Penelitian : Kec Nunukan Selatan dan Kecamatan Nunukan
 3. Masa Penelitian : 112 (seratus dua belas) hari terhitung mulai tanggal 11 April s/d 31 Juli 2016

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset, wajib melaporkan kedatangannya kepada Instansi terkait dan/atau Camat/Lurah/Kepala Desa lokasi penelitian/survey/riset ;
2. Tidak dibenarkan melakukan penelitian/survey/riset yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/survey/riset dimaksud ;

3. Wajib mentaati semua ketentuan peraturan perundangan yang berlaku, serta senantiasa mengindahkan norma/aturan adat istiadat setempat ;
4. Setelah selesai penelitian/survey/riset dilaksanakan, diminta untuk menyampaikan Laporan Hasil Penelitian/Survey/Riset kepada Bupati Nunukan c.q. Ka Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Nunukan ;
5. Rekomendasi Penelitian ini berlaku selama masa penelitian/survey/riset ;
6. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini berakhir sedangkan pelaksanaan penelitian/survey/riset belum selesai dilaksanakan, maka Rekomendasi Penelitian ini dapat diperpanjang setelah Pemegang Rekomendasi ini melapor kembali kepada Bupati Nunukan c.q. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Nunukan, disertai alasan/keterangan tertulis bahwa penelitian/survey/riset belum selesai pada waktunya ; dan
7. Rekomendasi Penelitian akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku, apabila Pemegang Rekomendasi ini tidak mentaati/mengindahkan ketentuan yang berlaku.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di Nunukan
pada tanggal 11 April 2016



JOKO SANTOSA, SH
Pemuda Utama Muda
NIP. 19670927 199703 1 003

Tembusan :

1. Yth. Bupati Nunukan
2. c.q. Ka Bag. Pemerintahan Setkab Nunukan
3. Yth. KAPOLRES Nunukan Kab. Nunukan
4. Yth. Kepala BAPPEDA Kab. Nunukan
5. Yth. Sekretaris Pokjar UPBJJ Universitas Terbuka di Samarinda
6. Yth. Kepala DINSOSNAKERTANS Kab. Nunukan
7. Yth. Camat Nunukan
8. Yang bersangkutan
9. Arsip