

Kinerja Pendamping Sosial dalam Mendukung Program Keluarga Harapan (PKH)

Social Guides Working Performance in supporting Family Hope Program

Trilaksmi Udiati

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS) Kementerian Sosial Yogyakarta
Jl Kesejahteraan Sosial No 1, Sonosewu, Yogyakarta. Telpn (0274) 377265. <Email: tudiati@yahoo.com>.

Diterima 12 Juli 2014, direvisi 10 Agustus 2014, disetujui 21 Agustus 2014.

Abstract

This research is done to know the working performance of social guide working performance in supporting family hope program (PKH). This research is descriptive, the location is choosen purposively based on the consideration that the location is the initial place of PKH. The main data resources are informants (15), who act as social guide of PKH participants and implementor units in district level. The working performance of social guides in supporting PKH analysed by the ability to carry the job and the responsibility in social guiding, and as an implementator units of the preparation and carrying the program. Data are gathered through interview, observation, and documentary analysis. Data are analyzed through qualitative-descriptive technique, grouping working performance in very well, well, enough, and low. The research finds that 86,68 percent of the social guide performance are well, and 86,68 percent are enough in the implementation of their side-job. It is recommended that the Ministry of Social Affairs (through Directorate of Social Protection and Assurance), though the program is effective in Bitung Municipality, still 40 percent are haven't been choosen as PKH participants. It needs also additional personel to entry data, computers procurement, internet connection enhancement, reffering to its high and many services that have to be done. Social guidance and service providers need technical training, and enhancing their welfare through social insurance and assurance program.

Keywords:

Working Performance-Social Guide-Family Hope Program

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kinerja pendamping sosial dalam mendukung Program Keluarga Harapan (PKH). Penelitian bersifat deskriptif, lokasi ditentukan secara purposif di Kota Bitung, Provinsi Sulawesi Utara, dengan dasar pertimbangan lokasi tersebut merupakan tempat awal program PKH diluncurkan. Sumber data primer adalah informan, 15 orang yang melaksanakan pendampingan peserta PKH dan sebagai unit pelaksana kecamatan. Kinerja pendamping PKH dalam mendukung program PKH dianalisis dari aspek kualifikasi pendamping PKH, kemampuan menjalankan tugas dan tanggung jawab dalam pendampingan sosial, dan sebagai unit pelaksana PKH kecamatan untuk tugas persiapan dan rutin. Teknik pengumpulan data digunakan wawancara, observasi dan telaah dokumen. Analisis data menggunakan teknik deskriptif kualitatif, mengolah predikat kinerja pendamping PKH dalam kategori sangat baik, baik, cukup, dan kurang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 86,68 persen pendamping memiliki kinerja baik, dalam menjalankan tugas lain 86,68 persen memiliki kinerja cukup. Direkomendasikan, Kementerian Sosil RI melalui Dirjen Linjamsos, perlu menambah jumlah sasaran PKH sesuai jumlah RTSM yang memenuhi syarat program agar tidak menimbulkan kecemburuan sosial bagi masyarakat yang belum ditunjuk sebagai peserta PKH, karena di Kota Bitung, meskipun program PKH terbukti efektif, tetapi masih banyak RTSM yang belum terdaftar peserta PKH (40 persen). Perlu juga penambahan petugas *entry* data, sarana komputer dan pembenahan koneksi internet, mengingat beban tugas sangat berat dan yang dilayani sangat banyak. Petugas atau *service provider* PKH yang belum dilatih perlu mendapatkan prioritas untuk mengikuti bimtek dan peningkatan kesejahteraan pendamping melalui kepesertaan asuransi jiwa dan kepesertaan BPJS.

Kata Kunci:

Kinerja- Pendamping-PKH

A. Pendahuluan

Jumlah penduduk miskin di Indonesia menurut data Biro Pusat Statistik periode tahun 2009 s.d. 2013 secara berturut-turut, tahun

2009 32,52 juta jiwa (14,15 persen), tahun 2010 31,02 juta jiwa (13,33 persen), tahun 2011 30,02 juta jiwa (12,49 persen), tahun 2012 28,59 juta orang (11,66 persen) dan tahun 2013 28,07 juta

orang (11,37 persen) (www.bps.go.id). Dari data tersebut, secara kuantitatif jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan relatif masih banyak, sehingga perlu segera ditanggulangi. Secara kualitas, tingkat kemiskinan suatu keluarga terkait dengan tingkat kesehatan dan pendidikan. Rendahnya penghasilan atau kemampuan ekonomi sebuah rumah tangga sangat miskin (RTSM), membawa dampak pada buruknya kualitas gizi dan nutrisi, serta menyebabkan anak-anak tidak dapat melanjutkan pendidikan di sekolah, ada yang terpaksa bekerja membantu mencari nafkah, juga ada yang menjadi anak jalanan.

Rendahnya kondisi kesehatan dan buruknya kualitas gizi RTSM tersebut juga berdampak pada kurang optimalnya proses pertumbuhan dan perkembangan anak terutama pada usia sampai lima tahun. Kondisi kekurangan gizi sangat berdampak buruk pada daya tahan tubuh dan produktivitas seseorang, sehingga menyebabkannya terperangkap dalam siklus kesehatan yang buruk. Seringnya tidak masuk sekolah karena sakit, dapat menyebabkan anak tidak dapat berprestasi, bahkan putus sekolah. Ada juga anak-anak dari RTSM sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus membantu mencari nafkah. Kondisi tersebut mengakibatkan kualitas generasi penerus RTSM senantiasa rendah dan akhirnya terperangkap dalam lingkaran kemiskinan.

UUD 1945 pasal 34 ayat 2 mengamanatkan, "Negara mengembangkan sistem jaminan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat, memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat manusia". Lebih lanjut dalam Undang-Undang No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, pasal 24, ayat (1) disebutkan, "Penyelenggaraan kesejahteraan sosial menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah, untuk tingkat provinsi oleh gubernur dan untuk tingkat kabupaten/kota oleh bupati/walikota". Berkait dengan kebijakan tersebut, penyelenggaraan jaminan sosial (perlindungan sosial) sebagai upaya penanggulangan kemiskinan menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah yang bermitra kerja dengan dunia usaha dan LSM ataupun Orsos.

Dalam rangka percepatan penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan kebijakan di bidang perlindungan sosial, sejak tahun 2007 pemerintah telah melaksanakan Program Keluarga Harapan (PKH), untuk membantu warga miskin kategori terbawah melalui bantuan tunai bersyarat. Program PKH tersebut ditujukan langsung pada ibu rumah tangga agar dapat memberikan pelayanan secara lebih baik kepada anak dalam hal kesehatan dan pendidikan terutama bagi balita, anak pra-sekolah, anak usia SD dan SLTP. Dengan pelaksanaan PKH diharapkan dapat meningkatkan jangkauan atau aksesibilitas masyarakat tidak mampu terhadap pelayanan pendidikan dan kesehatan, dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan anak, meningkatkan angka partisipasi pendidikan wajib belajar sembilan tahun, dan mengurangi angka pekerja anak dari RTSM, mengubah sikap atau perilaku pentingnya kesehatan dan pendidikan, serta dapat memutuskan mata rantai kemiskinan pada generasi mendatang. PKH juga diharapkan dapat mempercepat pencapaian tujuan pembangunan milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs), yaitu pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, pemenuhan pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, serta pengurangan kematian ibu yang melahirkan. PKH ditujukan kepada RTSM dalam pemberian bantuan tunai dengan mewajibkan sejumlah persyaratan yang harus dipenuhi berkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) melalui kesehatan dan pendidikan.

Dalam rangka menyukseskan program PKH perlu adanya pendampingan sosial yang berkelanjutan karena program ini merupakan salah satu sistem perlindungan sosial bagi RTSM penerima layanan PKH (peserta PKH) secara terus menerus, agar dapat bertanggung jawab atas komitmen yang telah disepakati. Sebagian besar orang miskin tidak memiliki kekuatan dan kemampuan dalam memperjuangkan haknya. Mereka membutuhkan pendampingan sosial dalam membantu mendapatkan haknya yang patut mereka peroleh dari PKH. Berkait dengan hal tersebut, pendamping sosial atau yang disebut pendamping PKH keberadaannya

sangat diperlukan. Tugas pendamping PKH adalah melakukan sosialisasi program PKH, validasi data peserta PKH, pengawasan dan pendampingan peserta PKH dalam memenuhi komitmennya, pada saat pembayaran dan menjembatani dengan pihak-pihak lain yang terlibat di tingkat kecamatan dan tingkat Kabupaten/Kota. Pendamping PKH memastikan peserta PKH terdaftar sebagai peserta jamkesmas dan anaknya mendapatkan beasiswa miskin. Mengingat kompleksitas tugas pendamping PKH, keberadaan pendamping sosial sangat dibutuhkan dan memberi manfaat bagi peserta PKH dan dapat mendukung keberhasilan program PKH. Berdasarkan pemikiran tersebut di atas, peneliti ingin mengkaji kinerja pendamping sosial dalam mendukung program PKH. Pertanyaan yang diajukan dalam kajian ini adalah bagaimanakah kinerja pendamping sosial dalam mendukung program PKH? Manfaat praktis dari kajian ini diharapkan dapat memberi rekomendasi kepada Kementerian Sosial RI, khususnya Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial, Pemerintah Daerah dalam upaya peningkatan kinerja pendamping PKH. Manfaat teoritik dari kajian ini sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi pekerjaan sosial khususnya pendampingan sosial dalam penanganan kemiskinan melalui PKH.

B. Kajian Teori

1. Kemiskinan dan Perlindungan Sosial.

Kemiskinan merupakan masalah multidimensional bukan saja berkaitan dengan ekonomi dan keterbatasan pengetahuan tetapi berdimensi kompleks, yakni kemiskinan berdimensi ekonomi, sosial, budaya, struktural, dan politik (Heru Nugroho 2000). Kemiskinan berdimensi ekonomi atau material terwujud dalam berbagai kebutuhan dasar manusia yang sifatnya material seperti pangan, sandang, perumahan dan kesehatan. Kemiskinan berdimensi sosial dan budaya ukurannya sangat kualitatif, dapat diilustrasikan sebagai lapisan masyarakat yang secara ekonomis miskin ada kecenderungan akan membentuk kantong-kantong kebudayaan yang disebut budaya kemiskinan demi kelangsungan hidup mereka. Budaya kemiskinan ini

dapat ditunjukkan dengan budaya *nrima*, terlembaganya nilai seperti apatis, epstetik, fatalistik, ketidakberdayaan. Kemiskinan berdimensi struktural atau politik artinya orang yang mengalami kemiskinan ekonomi pada hakekatnya karena mengalami kemiskinan struktural atau politik. Kemiskinan ini terjadi karena orang miskin tersebut tidak memiliki sarana untuk terlibat dalam proses politik atau tidak memiliki kekuatan politik, sehingga menduduki struktur sosial paling bawah. Menurut Heru Nugraha (dalam Owin Jamasy, 2004), bahwa kemiskinan mengandung banyak dimensi yang menuntut pemecahan secara integral. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila kesulitan akan timbul ketika fenomena kemiskinan di obyektifkan (dikuantifikasi) dalam bentuk angka-angka, seperti halnya dalam pengukuran dan penentuan garis batas kemiskinan yang hingga kini masih terjadi perdebatan.

Dalam konsep kesejahteraan sosial, kemiskinan dimaknai sebagai masalah sosial yang disandang oleh seseorang atau sekelompok warga masyarakat yang menyebabkan mereka mengalami keterbatasan tingkat kesejahteraan sosialnya. Kesejahteraan sosial yang dimaksud menurut Undang-Undang No 11 Tahun 2009 adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan dirinya sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Secara umum kemiskinan didefinisikan sebagai kondisi seseorang atau sekelompok orang tidak mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat. Kemiskinan juga dapat diartikan sebagai suatu kondisi yang dialami oleh seseorang, keluarga, kelompok atau komunitas masyarakat yang tidak mampu (tidak berdaya) memenuhi kebutuhan dasar fisik, sosial dan politik.

Dari kedua pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kemiskinan merupakan kondisi yang menghambat dan mengakibatkan ketidakmampuan seseorang, kelompok dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan pokok dan kebutuhan dasar minimal secara layak yang dialami sebagian masyarakat, sehingga tingkat kesejahteraan dan kualitas hidupnya rendah.

Kebutuhan pokok dan kebutuhan dasar minimal yang dimaksud meliputi kebutuhan makan 2100 kalori per orang per hari, papan perumahan, pakaian, pendidikan, kesehatan dan transportasi secara layak seperti yang dialami masyarakat pada umumnya. Kondisi kemiskinan dikarenakan ketidaksamaan kesempatan mengakumulasi modal produktif, aset, sumber keuangan, jaringan sosial untuk memperoleh pekerjaan, barang dan jasa, pengetahuan, keterampilan dan informasi untuk peningkatan taraf kesejahteraan sosial. Faktor penyebab terjadinya kemiskinan dapat dibedakan menjadi kemiskinan struktural, kultural dan kemiskinan sumber daya ekonomi. Keluarga miskin atau masyarakat miskin pada umumnya memiliki karakteristik tertentu, menurut SMERU (dalam Suharto, dkk, 2004) adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (pangan, sandang, papan), tidak adanya akses terhadap kebutuhan dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi, tidak adanya akses terhadap lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan, dan ketidakmampuan serta ketidakberuntungan sosial (anak terlantar, janda miskin, kelompok marjinal dan terpencil).

Pemerintah sebagai penyelenggara negara dalam penanggulangan kemiskinan hendaknya memperhatikan berbagai dimensi dan karakteristik kemiskinan melalui pendekatan terpadu, diatur dan dirumuskan secara integratif dalam suatu formulasi kebijakan sosial dengan melibatkan berbagai pihak terkait, pemerintah, dunia usaha dan LSM/Orsos. Kebijakan Sosial yang dimaksudkan adalah upaya membangun sistem perlindungan sosial pada masyarakat miskin. Perlindungan sosial didefinisikan sebagai segala bentuk kebijakan dan intervensi publik yang dilakukan untuk merespons beragam resiko, kerentanan dan kesengsaraan, baik yang bersifat fisik, ekonomi, maupun sosial, terutama yang dialami oleh mereka yang hidup dalam kemiskinan. Karakter atau nuansa publik dalam definisi ini menunjuk pada tindakan kolektif, yakni penghimpunan dan pengelolaan sumber daya berdasarkan prinsip gotong royong dan kebersamaan, yang dilakukan baik oleh lembaga-lembaga pemerintah, non-pemerintah,

maupun kombinasi dari kedua sektor tersebut (Edi Suharto, 2009).

Tujuan perlindungan sosial adalah mencegah dan mengurangi resiko yang dialami manusia sehingga terhindar dari kesengsaraan yang parah dan berkepanjangan, meningkatkan kemampuan kelompok rentan dalam menghadapi dan ke luar dari kemiskinan, kesengsaraan dan ketidakamanan sosial-ekonomi, memungkinkan kelompok miskin untuk memiliki standar hidup yang bermartabat sehingga tidak diwariskan dari satu generasi ke generasi berikut (Edi Suharto, 2009). Salah satu kebijakan sosial dalam bentuk perlindungan sosial yang dilakukan pemerintah dalam upaya penanggulangan kemiskinan adalah program keluarga harapan (PKH). Program ini merupakan salah satu program terbaru dan berkelanjutan dalam skala nasional untuk penanggulangan dan pengentasan kemiskinan yang merupakan program lintas kementerian dan lembaga.

2. Program Keluarga Harapan (PKH)

Program PKH merupakan salah satu program penanggulangan kemiskinan yang berada di bawah koordinasi Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik di pusat maupun di daerah. PKH adalah program lintas kementerian dan lembaga, karena aktor utamanya adalah Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Komunikasi dan Informatika, dan Badan Pusat Statistik. Untuk menyukseskan program tersebut, dibantu oleh tim tenaga ahli PKH dan konsultan *World Bank*.

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program yang memberikan bantuan tunai bersyarat kepada rumah tangga sangat miskin (RSTM). Sebagai imbalannya, RSTM peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. Tujuan umum PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus mata rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, serta mengubah perilaku RSTM yang relatif kurang mendukung peningkatan kese-

jahteraan, terutama pada kelompok masyarakat miskin. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target MDGs. Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas meningkatkan status sosial ekonomi RTSM; Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM; Meningkatkan kualitas kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, anak balita dan anak usia 6-7 tahun yang belum masuk sekolah dasar dari RTSM; Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak RTSM; Mengubah perilaku RTSM yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan.

Sasaran PKH atau penerima bantuan PKH adalah ibu rumah tangga sangat miskin (RTSM) yang sesuai dengan kriteria BPS dan memenuhi satu atau beberapa kriteria program yaitu: (1) Memiliki ibu hamil/nifas (2) Memiliki anak balita atau anak usia 6-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD (3) Memiliki anak usia SD dan SLTP serta anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar serta berada pada lokasi terpilih. Sasaran penerima bantuan PKH adalah ibu rumah tangga dari keluarga yang terpilih melalui mekanisme pemilihan oleh BPS sesuai kriteria yang ditetapkan atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (jika tidak ada ibu, nenek, tante/bibi, atau kakak perempuan dapat menjadi penerima bantuan). Setiap peserta PKH diberi kartu peserta PKH sebagai bukti kepesertaan atas nama perempuan dewasa tersebut di atas yang mengurus RTSM. Kartu kepesertaan PKH mencantumkan nama ibu/wanita yang mengurus anak, tidak kepala rumah tangga. Orang yang berhak mengambil pembayaran adalah yang namanya tercantum di kartu PKH. Kartu tersebut digunakan untuk menerima bantuan PKH. Sesuai pedoman pelaksanaan Jamkesmas tahun 2009, Kartu PKH dapat berfungsi sebagai kartu Jamkesmas untuk seluruh keluarga penerima PKH. Kepesertaan PKH tidak menutup keikutsertaannya pada program-program pemerintah lainnya yang termasuk pada klaster I, seperti Jamkesmas, BOS, Raskin dan BLT.

Hak peserta PKH adalah menerima bantuan uang tunai, menerima pelayanan kesehatan (ibu dan bayi) di puskesmas, posyandu, menerima

pelayanan pendidikan bagi anak usia wajib pendidikan dasar 9 tahun; Kewajiban calon penerima terpilih harus menandatangani persetujuan, bahwa selama mereka menerima bantuan, akan menyekolahkan anak 7-15 tahun serta anak usia 16-18 tahun yang belum selesai pendidikan dasar 9 tahun wajib belajar dan memantau anak untuk mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 persen hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung; Membawa anak usia 0-6 tahun ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi anak; Untuk ibu hamil, harus memeriksakan kesehatan diri dan janinnya ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH. Ibu hamil dan dalam proses kelahiran bayi wajib ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan setelah melahirkan ibu wajib memeriksakan kesehatannya minimal dua kali sebelum bayi mencapai usia 28 hari.

Besaran bantuan untuk setiap RTSM peserta PKH tergantung dari kondisi masing-masing keluarga, jumlah bantuan berubah dari waktu ke waktu tergantung kondisi keluarga yang bersangkutan dan kepatuhan keluarga dalam memenuhi kewajiban. Besaran bantuan berkisar antara Rp 600.000,- hingga Rp 2.200.000,- per tahun yang terdiri dari komponen bantuan tetap, bantuan pendidikan SD/MI, bantuan pendidikan SMP/MTs dan bantuan kesehatan untuk ibu hamil/nifas, bayi atau balita, sebagai yang terpapar dalam tabel tentang skenario bantuan PKH berikut.

Tabel 1. Skenario Bantuan PKH

Skenario Bantuan	Bantuan per RTSM per Tahun
Bantuan tetap	Rp. 200.000,-
Bantuan RTSM yang memiliki:	
1. Anak usia di bawah 6 tahun	Rp. 800.000,-
2. Ibu hamil/menyusui	
Anak peserta pendidikan setara SD/MI	Rp. 400.000,-
Anak peserta pendidikan setara SLTP/MTs	Rp. 800.000,-
Rata-rata bantuan per RTSM	Rp. 1.390.000,-
Bantuan Minimum per RTSM	Rp. 600.000,-
Bantuan maksimum per RTSM	Rp. 2.200.000,-

Sumber: Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial RI 2013

Bantuan terkait kesehatan berlaku bagi RTSM dengan anak di bawah enam tahun atau ibu hamil/nifas. Apabila peserta PKH tidak

memenuhi komitmennya dalam satu bulan, besaran bantuan akan berkurang sebesar Rp 50.000,-. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmennya dalam dua bulan, bantuan akan berkurang Rp 100.000,-. Peserta PKH yang tidak memenuhi komitmennya dalam tiga bulan, bantuan akan berkurang Rp 150.000,-. Peserta PKH tidak memenuhi komitmennya dalam tiga bulan berturut-turut, tidak akan menerima bantuan dalam satu periode pembayaran.

3. Pendamping Sosial PKH.

Sebagai salah satu sumber daya manusia, PKH menempati posisi strategis dan merupakan aktor penting dalam menyelesaikan program. Pendamping PKH harus mampu menjadikan dirinya sendiri sebagai fasilitator, motivator, informator, advokat, mediator dan pemecah masalah bagi peserta PKH dampungannya, berjiwa sosial, bereputasi baik dan memiliki semangat juang yang tinggi dalam melaksanakan dan menyelesaikan tugas yang diemban. Pendamping PKH direkrut dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial RI untuk melaksanakan tugas pendampingan peserta PKH, dan merupakan unit pelaksana PKH di tingkat kecamatan (Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial RI 2011). Peran pendamping yang utama adalah memotivasi peserta PKH/RTSM dalam rangka perubahan perilaku menjalankan komitmen (kewajiban memanfaatkan pelayanan kesehatan dan pendidikan) dan perubahan pola pikir tentang pentingnya kesehatan dan pendidikan sebagai investasi jangka panjang masa depan kesejahteraan anak. Apabila diperlukan, pendamping dapat melakukan advokasi (pembealaan) untuk memperjuangkan agar peserta PKH mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan yang menjadi haknya, seperti pelayanan jaminan kesehatan, beasiswa miskin dalam pendidikan.

Pendamping PKH, sebelum menjalankan tugas dan tanggung jawab pendampingan sosial diberi bimbingan teknis, atau diklat khusus oleh Badiklit Kementerian Sosial RI berkoordinasi dengan UPPKH Pusat, agar mereka memiliki pemahaman kemampuan dan keterampilan teknis pelaksana dalam pelaksanaan program PKH. Materi pelatihan meliputi pengetahuan, kelembagaan, mekanisme dan prosedur pelak-

sanaan PKH, protokol yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan pendidikan, strategi menarik pekerja anak untuk kembali sekolah, pola hidup sehat, perilaku mendukung terwujudnya kesejahteraan anak dan keluarga, prosedur pengaduan dan penanganan serta pengetahuan mengenai ketentuan persyaratan, mekanisme verifikasi, pemutakhiran data, validasi data, monitoring, evaluasi dan pelaporan. Pembekalan materi dimaksudkan agar pendamping memiliki kompetensi dan kapasitas sebagai pendamping sosial dalam menyelesaikan program PKH.

Secara umum tugas dan tanggung jawab pendamping PKH adalah melaksanakan tugas pendampingan kepada RTSM peserta PKH. Pendamping PKH melakukan interaksi dalam bentuk ikatan sosial dengan peserta dalam memotivasi perubahan perilaku sehingga memiliki kemandirian dan dapat mengatasi permasalahan yang dihadapi serta pengembangan kehidupan yang lebih baik. Secara khusus tugas dan tanggung jawab pendamping PKH terdiri atas tugas persiapan program, tugas rutin dan tugas lainnya (Kemensos RI, 2011). Tugas persiapan program yaitu sosialisasi program PKH di tingkat kecamatan, pertemuan awal dengan seluruh peserta untuk membentuk kelompok yang beranggotakan 15–25 orang, membantu mengisi formulir klarifikasi dan validasi data, penandatanganan surat persetujuan mengikuti komitmen yang ditetapkan program PKH dan memfasilitasi proses penetapan jadwal kunjungan ke fasilitas kesehatan serta memfasilitasi proses pendaftaran sekolah bagi yang belum terdaftar di satuan pendidikan. Tugas rutin adalah tugas keseharian mulai dari pemutakhiran data melalui pertemuan dengan peserta PKH, ketua kelompok untuk (validasi data, motivasi menjalankan komitmen dan perubahan perilaku tentang pentingnya pendidikan dan kesehatan), verifikasi kewajiban memanfaatkan pelayanan pendidikan dan kesehatan, pendampingan dalam proses pembayaran, fasilitasi proses pengaduan. Tugas lainnya meliputi pelayanan informasi, asesmen, rujukan, advokasi dan pengembangan kapasitas diri. Dalam menjalankan tugas sehari-hari pendamping PKH berhubungan langsung dengan peserta PKH dan berkoordinasi dengan lurah,

camat, petugas pendidikan, petugas kesehatan, petugas pembayaran.

Sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan PKH, pendamping membuat laporan bulanan, laporan insidentil kepada kepala UPPKH Kota/kabupaten (Dinas Sosial) sebagai penanggung jawab pelaksanaan UPPKH. Kepala UPPKH setiap bulan melaporkan pelaksanaan PKH tentang hasil pemantauan fasilitas pendidikan, fasilitas kesehatan dan proses pembayaran kepada Tim Koordinasi PKH dan kepada dinas terkait (Pendidikan dan Kesehatan). Selanjutnya setiap tiga bulan sekali UPPKH melaporkan hasil kegiatan koordinasi PKH dengan instansi terkait kepada walikota dan Tim Koordinasi PKH provinsi (Kemensos RI 2011).

C. Penggunaan Metode Penelitian

Penelitian menggunakan metode pendekatan deskriptif, bertujuan mengidentifikasi dan menggambarkan tingkat kinerja atau kemampuan pendamping PKH dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab mendukung keberhasilan program PKH. Lokasi penelitian dilaksanakan di Kecamatan Maesa, Girian, Matuari, Aertembaga, Ronowulu, Madidir, Lembah Utara, dan Lembah Selatan, Kota Bitung, Provinsi Sulawesi Utara, yang merupakan lokasi tahap awal program PKH pada tahun 2007. Sumber data primer digali dari 15 informan (pendamping PKH) yang melaksanakan pendampingan peserta PKH dan sebagai unit pelaksana PKH kecamatan. Sumber data sekunder adalah kepala kelurahan, camat, tokoh masyarakat, peserta PKH, petugas kesehatan, pendidikan, pembayaran, Tim Koordinasi PKH Kota, UPPKH/Operator Kota Bitung. Kinerja Pendamping PKH dalam mendukung program PKH dianalisis dari aspek kualifikasi pendamping PKH, kinerja dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab pendampingan sosial dan sebagai unit pelaksana PKH kecamatan dari tugas persiapan dan rutin.

Teknik pengumpulan data adalah wawancara untuk memperoleh data primer dan sekunder. Observasi dilakukan dengan menggunakan panduan observasi untuk mengamati dan melihat kondisi riil peserta PKH, pelaksanaan

tugas pendamping PKH, fasilitas pendidikan dan kesehatan, sekretariat UPPKH Kecamatan dan Kota, pendampingan sosial kepada RTSM. Telaah dokumen digunakan untuk memperoleh data yang terdokumentasi, baik catatan, laporan kegiatan maupun foto kegiatan yang berkaitan dengan kinerja pendamping PKH. Proses analisis data dilakukan selama proses pengumpulan data berlangsung. Pada tahap ini peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban informan, meski demikian pasca pengumpulan data, analisis tetap dilakukan. Proses analisis mengalir dari tahap awal sampai tahap penarikan kesimpulan hasil penelitian. Komponen analisis data yang mencakup reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi secara interaksi selama dan sesudah pengumpulan data (Mill dan Huberman dikutip Burhan Bungin, 2001). Teknik analisis data menggunakan analisis deskriptif kualitatif, yang kemudian diolah menjadi sebuah predikat kinerja pendamping PKH: sangat baik, baik, cukup dan kurang sebagai gambaran keadaan ukuran kualitas tingkat tertentu dari subyek penelitian (mengacu pada Erna Widodo Mukhtar, 2000).

Untuk menggambarkan tingkat kinerja pendamping PKH (sangat baik, baik, cukup dan kurang) dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab pelaksanaan PKH di wilayah kerjanya, langkah-langkah dalam analisis data adalah sebagai berikut. Memberi skor pada setiap item pertanyaan dengan nilai 4, nilai tertinggi bila memenuhi 4 tolok ukur yang telah ditentukan, berarti kondisi yang diukur 100 persen sesuai kondisi yang diinginkan, hingga nilai terendah satu (1) bila hanya satu tolok ukur yang dipenuhi, berarti kondisi yang diukur 25 persen sesuai dengan kondisi yang diinginkan. Menjumlahkan skor pada tiap-tiap butir item untuk setiap aspek dari keseluruhan (indikator dan variabel). Menentukan kriteria penilaian yang digunakan untuk pemberian predikat dalam kategori tertentu. Sebagai contoh, dalam 10 item pertanyaan, nilai skor tertinggi 40 dan nilai skor terendah 10, maka kriteria penilaian untuk 4 kategori adalah sebagai berikut. Skor 31-40 sangat baik, 21-30 baik, 11-20 cukup baik, 10 kurang baik.

D. Kinerja Pendamping Sosial dalam Pelaksanaan PKH

Pendamping Sosial yang dimaksud adalah pendamping PKH yang melaksanakan tugas pendampingan RTSM peserta PKH dan sebagai unit pelaksana program keluarga harapan (UPPKH) berlokasi di kecamatan yang terdapat peserta PKH. Pendamping PKH sebagai ujung tombak dalam pelaksanaan program PKH berhubungan langsung dengan peserta PKH, unit pelayanan teknis daerah (UPTD), yaitu petugas pendidikan, kesehatan, pembayaran. Pendamping PKH di Kota Bitung sebanyak 15 orang yang tersebar di delapan kecamatan, yakni kecamatan Matuari, Ranowulu, Girian, Madidir, Maesa, Aertembaga, Lembah Utara dan Lembah Selatan. Jumlah peserta PKH pada tahun 2013 sebanyak 2.767 orang, yang terbagi dalam 148 kelompok. Setiap pendamping mendampingi peserta PKH sebanyak antara 149-354 RTSM atau antara 4-22 kelompok dampingan yang disesuaikan dengan tingkat kesulitan lokasi geografis dan penyebaran RTSM. Secara umum tugas dan tanggung jawab pendamping PKH adalah melaksanakan tugas pendampingan RTSM peserta PKH. Secara khusus tugas dan tanggung jawab pendamping PKH sebagai personil UPPKH kecamatan melaksanakan tugas persiapan program dan tugas rutin.

1. Kualifikasi Pendamping PKH.

Dilihat dari jenis kelamin informan hampir seimbang, pendamping PKH wanita sebanyak 9 orang (60,00 persen) dan laki-laki sebanyak 6 orang (40,00 persen). Temuan di lapangan menunjukkan, bahwa jenis kelamin terkait dengan hubungan kedekatan antara pendamping dengan penerima manfaat atau sasaran program sebagai peserta PKH. Hasil wawancara dengan peserta PKH menyatakan, mereka merasa lebih dekat dan berani mengemukakan permasalahan yang dihadapi dengan pendamping wanita daripada pendamping laki-laki. Hal ini karena pendamping wanita lebih berempati dan lebih memahami kondisi peserta PKH, baik sebagai ibu rumah tangga maupun sebagai pendidik anak daripada pendamping laki-laki. Pendamping wanita lebih tanggap terhadap permasalahan

an yang dihadapi peserta PKH sehingga cepat terselesaikan, pendamping wanita juga lebih tertib dalam pencatatan apabila terjadi kasus-kasus administrasi dan pelaporan di lapangan. Dari segi usia seluruh pendamping PKH berusia produktif, antara 25-45 tahun. Pendidikan informan sebagian besar berpendidikan sarjana, 14 orang (93,34 persen), seorang dari mereka melanjutkan strata dua (S2) dan satu orang berpendidikan sarjana muda. Hal ini menunjukkan, bahwa pendidikan pendamping PKH memadai dalam mengemban tugas dan tanggung jawab pendampingan selain juga sebagai unit pelaksana PKH di tingkat kecamatan.

Seluruh pendamping telah mengikuti bimbingan teknis dan pelatihan pendamping sosial PKH sehingga memiliki bekal pengetahuan, kemampuan dan keterampilan dalam tugas dan tanggung jawab baik, sebagai pendamping peserta PKH maupun sebagai pelaksana program di tingkat kecamatan. Hasil wawancara dengan pendamping menunjukkan bahwa tingkat pemahaman tentang pengetahuan yang berkaitan dengan bidang tugas pekerjaan sebagian besar, 14 orang (93,34 persen) dalam kategori paham dan satu orang (6,66 persen) dalam kategori cukup paham. Tingkat pemahaman yang dimiliki dapat berpengaruh terhadap kinerjanya. Hal ini terbukti pendamping yang dalam kategori paham dapat mengerjakan kelengkapan data peserta PKH yang *up to date*, secara cepat dilaporkan ke UPPKH Kota sehingga bantuan yang diterima sesuai dengan kondisi sasaran. Verifikasi komitmen berjalan dengan baik, dalam arti peserta PKH dapat melaksanakan kewajiban penuh tanggung jawab atas kesadaran sendiri. Pendamping membuat laporan secara lengkap dan rinci sebagai bentuk pertanggungjawaban dalam menjalankan tugas yang diemban. Pendamping yang dalam kategori cukup paham adalah pendamping yang melakukan pendampingan kurang dari satu tahun, sehingga dalam meng*update* data mengalami hambatan mengisi formulir dan membuat laporan kinerja pendamping kurang lengkap dan kurang rinci, sehingga perlu mendapat bimbingan dari pendamping senior yang lebih berpengalaman dalam pendampingan.

2. Kinerja Pendamping PKH dalam melaksanakan Tugas Persiapan Program

Kinerja pendamping dalam tugas persiapan program adalah kegiatan mempersiapkan pelaksanaan program sebelum pembayaran pertama diberikan kepada peserta PKH (RTSM). Pengukuran dilihat dari aspek proses sosialisasi program PKH, penyelenggaraan pertemuan awal yang dihadiri (penerima bantuan PKH, UPTD kesehatan, UPTD pendidikan, pendamping, aparat pemerintah dan tokoh masyarakat), tindak lanjut hasil pertemuan awal (validasi data), seluruhnya terdiri dari 6 item. Hasil pengukuran kinerja pendamping dalam tahap ini, nilai tertinggi 24 dan terendah 6 dalam kategori kurang baik, rentang nilai 7-12 (cukup baik), rentang nilai 13-18 (baik), rentang nilai 19-24 (sangat baik).

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar, yakni 13 orang (86,68 persen) kinerja pendamping PKH dalam kategori baik dan selebihnya dua orang (13,32 persen) dalam kategori cukup dalam melaksanakan tugas persiapan program, terbukti melaksanakan kegiatan sosialisasi program PKH, berkoordinasi secara intens dan berkesinambungan dengan berbagai pihak terkait antara lain aparat kecamatan, kelurahan, RW, RT, tokoh masyarakat, kelompok-kelompok masyarakat/orsos, UPTD Kesehatan dan Pendidikan. Pendamping menyampaikan materi tentang PKH secara lengkap, sistematis dengan bahasa yang sederhana, mudah dipahami sehingga pihak terkait memahami PKH secara utuh dan mendukung pelaksanaan program tersebut. Bentuk dukungan tersebut seperti kesediaan aparat kecamatan memfasilitasi ruang kerja pendamping, sarana kerja (meja, kursi, tempat penyimpanan arsip dan dosir peserta PKH), kesediaan membantu dalam pembuatan kartu tanda penduduk (KTP) dan akte kelahiran. Dukungan dari instansi terkait antara lain kesediaan UPTD Pendidikan dalam fasilitas pelayanan pendidikan, kesediaan UPTD Kesehatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan kepada anak dan peserta PKH. Kesediaan masyarakat/orsos terlibat dalam sosialisasi PKH, proses validasi data, pemutakhiran data dan penyelesaian kasus apabila terjadi permasalahan di masyarakat atau pengaduan masyarakat (kecemburuan sosial) berkait program PKH.

Pada tahap persiapan program, pendamping secara matang mempersiapkan penyelenggaraan pertemuan awal dengan seluruh calon peserta PKH dan pihak terkait sehingga pelaksanaan pertemuan awal dapat berjalan lancar dan berhasil baik, diperoleh data yang valid (tepat sasaran sesuai kriteria yang ditentukan program) dan *up to date*. Pendamping bersikap ramah dan penuh kesabaran dalam membimbing, mengarahkan calon peserta PKH dalam pengisian formulir validasi data dan penandatanganan persetujuan komitmen. Tindak lanjut hasil pertemuan awal, pendamping segera melakukan pendampingan awal RTSM (peserta PKH) ke fasilitas kesehatan dan pendidikan untuk menyampaikan ke petugas, bahwa RTSM tersebut menjadi peserta PKH. Dalam rangka mempermudah proses pendampingan, dibentuk kelompok yang beranggotakan 15-25 peserta PKH. Pendamping memfasilitasi pemilihan pengurus (ketua dan sekretaris) yang telah disepakati seluruh anggota, kemudian bersama-sama menyusun jadwal dan agenda pertemuan rutin setiap bulan. Ketua kelompok sebagai mediasi antara pendamping dengan peserta PKH dan sangat berarti dalam pemutakhiran data dan verifikasi komitmen. Hasil kegiatan yang dilakukan pendamping pada tahap ini dilaporkan kepada UPPKH Kota Bitung secara lengkap dan rinci termasuk permasalahan yang timbul seperti masih banyak RTSM memenuhi kriteria persyaratan yang ditetapkan BPS, tetapi tidak menjadi peserta PKH (*exclusion error*). Temuan di lokasi penelitian, hasil wawancara dengan lurah, tokoh masyarakat dan pendamping menunjukkan bahwa sekitar 40 persen RTSM (1.854 orang) yang tidak menjadi peserta PKH, sedangkan yang menjadi peserta PKH sebanyak 2.767 orang (60 persen) pada tahun 2013 (sampai bulan Maret) berdasar data PPLS 2008, BPS). Hal ini menimbulkan kecemburuan sosial bagi yang tidak menjadi peserta PKH, pendamping yang menjadi sasaran tumpuhan kemarahan mereka.

Dua orang pendamping yang memiliki kinerja cukup baik, melakukan semua tugas persiapan program, tetapi dalam melakukan koordinasi dengan pihak terkait kurang intens dan berkelanjutan dalam menyosialisasikan

program PKH. Hal ini berdampak apabila terjadi pergantian petugas kesehatan dan pendidikan, mereka kurang memahami program PKH. Terbukti pada saat peneliti wawancara dengan kepala sekolah SMP di Kec. Ranowulu dan petugas kesehatan di Kec. Lembah Utara, mereka kurang memahami program PKH dengan alasan baru pindah tugas. Kekurangpahaman petugas kesehatan dan pendidikan tentang program PKH akan berpengaruh dalam kelancaran proses verifikasi komitmen kewajiban peserta PKH. Pada pertemuan awal persiapan program, pendamping dalam penyampaian materi program PKH kurang lengkap sehingga belum dipahami secara utuh, khususnya peserta PKH. Dalam menjelaskan hak dan kewajiban peserta PKH, proses dan jadwal pembayaran serta sanksi dan implikasi apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen yang ditetapkan dalam program, kurang dipahami oleh peserta PKH. Pada saat wawancara dengan petugas pembayaran (PT Pos), terdapat komplain dari peserta PKH dalam penerimaan dana bantuan bersyarat karena merasa memenuhi komitmen. Setelah ditelusuri, kehadiran anak peserta PKH di sekolah tidak memenuhi persyaratan 85 persen karena sakit, tidak dilampiri dengan surat keterangan dokter, tetapi hanya pemberitahuan secara lisan kepada pihak sekolah. Hal ini menunjukkan masih ada beberapa peserta PKH yang kurang memahami hak dan kewajiban serta sanksi yang diberikan apabila tidak memenuhi komitmen program.

3. Kinerja Pendamping PKH dalam melaksanakan Tugas Rutin

Kinerja pendamping dalam tugas rutin yang dilakukan meliputi, pemutakhiran dan validasi data, fasilitasi proses pengaduan, kunjungan rumah peserta PKH, kehadiran pertemuan kelompok, verifikasi fasdik dan faskes, pertemuan triwulan dan semester dengan UPPKH Kota Bitung, pencatatan dan pelaporan kegiatan pendampingan, proses pembayaran. Keseluruhan aspek yang diukur terdiri dari 14 item pertanyaan. Hasil pengukuran kinerja pendamping dalam tahap ini, nilai tertinggi 56 dan terendah 14 dalam kategori kurang baik, rentang nilai 15-28 (cukup baik), rentang nilai 29-42 (baik), rentang nilai 43-56 (sangat baik).

Kinerja pendamping dalam melaksanakan tugas rutin pelaksanaan program PKH sebagian besar dalam kategori baik, 13 orang (86,68 persen) dan selebihnya dalam kategori cukup, 2 orang (13,32 persen). Kinerja pendamping dalam kategori baik, dalam melaksanakan pemutakhiran data, mereka aktif mengunjungi ketua dan anggota kelompok minimal satu minggu sekali dan cepat merespons apabila terjadi perubahan struktur keluarga untuk pemutakhiran data (*update*). Pendamping selalu bersedia mendampingi peserta PKH dalam proses pembuatan KTP, akte kelahiran, pindah alamat tempat tinggal, pindah sekolah, pergantian sekolah ke tingkat lebih tinggi (dari sekolah SD ke SMP) apabila diperlukan dan membimbing dalam pengisian formulir pemutakhiran data. Hasil pemutakhiran data dengan segera dan langsung dilaporkan kepada UPPKH Kota, dipantau hingga sampai ke UPPKH Pusat.

Program PKH memiliki layanan sistem pengaduan masyarakat (SIM), berfungsi memfasilitasi segala jenis pengaduan terkait dengan pelaksanaan PKH. dan penyelesaiannya. Hasil wawancara dan pengamatan di lokasi penelitian terungkap, bahwa pengaduan masyarakat yang paling menonjol dalam pelaksanaan PKH adalah permasalahan RTSM dalam memenuhi kriteria persyaratan yang ditetapkan BPS, tetapi tidak menjadi peserta PKH (*exclusion error*). Mereka beranggapan, pendamping turut terlibat dalam penentuan peserta PKH. Permasalahan ini menimbulkan kecemburuan sosial RTSM yang tidak menjadi peserta PKH. Menghadapi permasalahan ini pendamping bersikap sabar, dengan ramah menjelaskan kepada masyarakat bahwa mereka tidak terlibat dalam penentuan sasaran program PKH. BPS melakukan pendataan RTSM dan yang menentukan kepesertaan adalah UPPKH Pusat bersama BPS Pusat. Pendamping segera berkoordinasi dengan pihak terkait untuk merespons pengaduan tersebut melalui mediasi pertemuan warga, tokoh, kelompok masyarakat, aparat pemerintah setempat (lurah, camat), pendamping, operator SIM UPPKH Kota Bitung, dan Dinas Sosial. Hasil pertemuan warga (rembug desa), pendamping bersama lurah dan camat membuat surat pernyataan tentang pengusulan penambahan

peserta PKH yang diketahui oleh Dinas sosial dan melaporkan ke UPPKH Kota Bitung. Surat tersebut setelah mendapat pengesahan dari Dinas Sosial dan BPS setempat dikirim ke UPPKH Pusat untuk diverifikasi. Setelah dua tahun program PKH berjalan hingga dan bertepatan dengan adanya kebijakan *open system* dari UPPKH Pusat (Kementerian Sosial), pendamping mendapat tugas pendataan bagi RTSM yang memenuhi persyaratan menjadi peserta PKH tetapi tidak menjadi peserta PKH. Kenyataan hingga tahun 2013 belum terealisasi, sehingga pendamping menjadi sasaran kemarahan RTSM, karena yang melakukan pendataan ulang adalah pendamping bukan BPS Kota Bitung. Hasil wawancara peneliti dengan Ketua Bappeda Kota Bitung, yang membahas permasalahan *exclusion error*, telah merespons permasalahan tersebut dan membahas saat Rakorbang dan berjanji mengupayakan RTSM yang tidak menjadi peserta PKH mendapat bantuan tunai bersyarat dari anggaran APBD Kota Bitung.

RTSM yang menjadi peserta PKH membentuk kelompok berdasar kedekatan tempat tinggal penyelenggaraan pertemuan bulanan yang difasilitasi oleh pendamping. Media pertemuan kelompok selalu dimanfaatkan oleh pendamping untuk pemutakhiran data, pembinaan kepada peserta PKH dan sosialisasi terkait PKH serta untuk menjalin komunikasi dan interaksi intensif. Pemutakhiran data dilakukan terus menerus, terutama pada tahun ajaran baru selalu mendapat perhatian khusus karena terjadi perubahan yang drastis. Pada pemutakhiran data, pendamping selalu bekerjasama dengan ketua kelompok, peserta PKH dan disertai data otentik, seperti surat akta kelahiran bagi peserta PKH yang melahirkan anak (memiliki anak balita), surat keterangan terdaftar di sekolah SD/SMP (memiliki anak SD/SMP). Data yang telah di-*update* oleh pendamping PKH (UPPKH Kecamatan) diteruskan ke UPPKH Kota untuk dilakukan proses pemutakhiran data peserta PKH melalui aplikasi yang sudah *online* hingga ke UPPKH Pusat. Setiap minggu kedua, UPPKH Kota Bitung melaporkan hasil pemutakhiran data ke UPPKH Pusat.

Apabila ada beberapa peserta PKH (anggota kelompok) tidak hadir, pendamping dengan senang hati melakukan kunjungan rumah untuk mengetahui penyebab ketidakhadiran mereka sekaligus melakukan pemutakhiran data dan menyampaikan informasi terbaru yang terkait dengan PKH. Kunjungan rumah yang dilakukan pendamping, dapat menciptakan adanya hubungan emosional yang penuh keakraban antara pendamping dengan peserta PKH. Mereka tidak segan-segan mengutarakan permasalahan yang dihadapi dan meminta bantuan penyelesaian dan pengarahan pendamping. Pada saat kunjungan rumah, pendamping melakukan pengecekan kehadiran atau ketidakhadiran peserta PKH ke fasilitas kesehatan dan pendidikan serta menanyakan permasalahan yang dihadapi dalam mengakses sumber tersebut. Apabila peserta PKH mengalami masalah, pendamping langsung merespons dan mengupayakan solusinya. Pendamping juga memotivasi peserta PKH agar mematuhi komitmen penggunaan dana bantuan untuk keperluan biaya pendidikan, pemenuhan gizi anak dan biaya transportasi dalam mengakses fasdik dan faskes atas kesadaran sendiri bukan karena paksaan. Dengan demikian mereka memiliki sikap perilaku tentang pentingnya kesehatan, pendidikan serta perhatian terhadap asupan gizi untuk tumbuh kembang anak. Hal ini terbukti, adanya pernyataan dari petugas kesehatan yang menangani peserta PKH, bahwa setelah ada program PKH terdapat peningkatan akses pelayanan kesehatan dan tidak ada kasus malnutrisi pada balita. Pertanggungjawaban penerimaan dana bantuan dalam bentuk pemenuhan komitmen kehadiran anak di sekolah 85 persen dari hari sekolah dalam waktu satu bulan dan kehadiran pemeriksaan kesehatan ke fasilitas kesehatan sesuai jadwal yang telah ditentukan. Peserta PKH tidak memberikan laporan secara resmi mengenai rincian penggunaan dana bantuan yang diterima kepada pemerintah (UPPKH Kota), tetapi hanya secara lisan kepada pendamping PKH.

Dalam verifikasi komitmen, pendamping berkoordinasi secara intens dan sering berkomunikasi dengan petugas verifikasi baik dengan petugas pendidikan (guru SD, SMP) maupun petugas kesehatan sebagai *service provider*

(pemberi pelayanan) serta menyampaikan dan mengambil kembali formulir verifikasi sebagai bukti pelaksanaan kewajiban peserta PKH. Pada komponen kesehatan, verifikasi komitmen dilakukan terhadap pendaftaran atau pemeriksaan kesehatan di puskesmas dan jaringannya, seperti posyandu, pustu (Polindes), dan pusling. Pada komponen pendidikan, verifikasi komitmen dilakukan terhadap tingkat kehadiran yaitu minimal 85 persen dari hari sekolah atau ketentuan tatap muka PaketA/B/SMP terbuka/keaksaraan fungsional dalam 9 bulan. Pengecualian diberlakukan pada siswa yang absen karena sakit paling lama 3 hari atau terjadinya bencana alam di daerah tersebut. Jika absen karena sakit lebih dari 3 hari secara berturut-turut, siswa diwajibkan memberikan surat keterangan sakit yang dikeluarkan oleh dokter atau petugas kesehatan yang diakui. Verifikasi komitmen peserta PKH dilaksanakan oleh pendamping setiap bulan sekali dengan baik tepat waktu berdasar formulir verifikasi sesuai dengan kondisi peserta PKH (ibu hamil/nifas, memiliki anak SD, SMP, anak balita), dan hasil verifikasi menjadi dasar pembayaran bantuan yang diterima.

Pada proses verifikasi peneliti menggali data dari pendamping dan informan UPPKH Kota, petugas pembayaran (PT POS), petugas pendidikan dan kesehatan, serta Lurah dan Camat. Dari hasil wawancara dan pengamatan peneliti dapat diungkap bahwa proses verifikasi berjalan dengan baik dan lancar serta tepat waktu sehingga proses pembayaran sesuai jadwal yang telah ditentukan. Peserta PKH menerima dana bantuan sesuai haknya yang harus diterima. Pendamping PKH selalu mengecek formulir verifikasi dari petugas pembayaran (PT Pos) sebelum didistribusikan ke petugas fasdik dan faskes. Apabila petugas fasdik dan faskes mengalami kesulitan dalam tata cara pengisian formulir, pendamping memberi penjelasan sehingga pelaksanaan pengisian formulir terlaksana. Seluruh informan menyatakan PKH efektif dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Pertama, dapat meningkatkan kesehatan dan gizi ibu hamil, anak usia dibawah 6 tahun. Peserta PKH dengan mudah mendapat pelayanan kesehatan dengan gratis baik untuk berobat/rawat jalan maupun rawat inap bila sakit. Dari

tahun 2007-2013 tidak ada ibu hamil dan anak dibawah usia 6 tahun yang kekurangan gizi (malnutrisi), tumbuh kembang anak secara normal (jasmani, mental, sosial). Kedua, PKH dapat meningkatkan kualitas SDM anak RTSM (peserta PKH), melalui partisipasi sekolah anak dari tingkat SD hingga ke tingkat SMP. PKH dapat mencegah terjadinya *dropout* pada anak usia sekolah SD, terutama pada tingkat SMP.

Verifikasi yang dilakukan pendamping, seperti verifikasi bulanan pemeriksaan balita, ibu hamil/menyusui di puskesmas, antara lain Puskesmas Bitung Barat, Bitung Tengah, Lembeh Selatan, Puskesmas Kelenturan dua, Pustu Paudean. Anak usia 0-28 bulan sebanyak 3 kali, anak usia 0-11 bulan diimunisasi lengkap BCG, DPT, polio, campak, hepatitis B dan penimbangan badan setiap bulan. Anak usia 6-11 bulan mendapat vitamin A minimal 2 kali satu tahun (Februari dan Agustus), anak usia 12-59 bulan mendapat imunisasi tambahan dan ditimbang setiap 3 bulan sekali, begitu pun anak usia 5-6 tahun ditimbang 3 bulan sekali. Verifikasi pendidikan dengan mengunjungi Fasdik dan meminta formulir verifikasi kepada petugas verifikasi (guru pada sekolah SD, SMP) antara lain SDN Inpres Apela, SD GMIM 4 Apela, SD GMIM Pinokalan, SMPN V Danau Wudu, SMP Kristen Tumou Tou. Verifikasi fasdik melihat kehadiran anak peserta PKH di sekolah minimal 85 persen kehadiran setiap bulan dan diberikan ke sekolah perlu pemahaman peserta PKH tentang ketidakhadiran anak di sekolah. Apabila anak sakit ada surat keterangan sakit dari Puskesmas dianggap hadir. Apabila tanpa keterangan surat dokter dianggap tidak hadir. Hasil verifikasi menjadi dasar pembayaran bantuan yang diterima peserta PKH. Dalam proses pembayaran tidak ada komplain dari peserta PKH, diberikan tepat waktu setiap tiga bulan sekali dan berjalan lancar.

Pada proses pembayaran pendamping berkoordinasi dengan UPPKH Kota Bitung, khususnya petugas operator sistem informasi manajemen (SIM) dan petugas pembayaran (PT Pos). Hasil wawancara dengan berbagai informan dan pengamatan di lokasi penelitian, ketersediaan formulir verifikasi dari petugas pembayaran, pelaksanaan pemutakhiran data

dan pelaksanaan verifikasi komitmen berjalan dengan baik sesuai jadwal yang telah ditentukan. Verifikasi komitmen dari pendamping diserahkan ke UPPKH Kota Bitung paling lambat pertengahan Februari dan dari UPPKH Kota Bitung ke UPPKH Pusat dapat akhir Februari. Hasil verifikasi komitmen dari UPPKH Pusat dikirim ke PT Pos pada awal Maret, kemudian PT Pos mengirim wesel ke Kota Bitung pada awal hingga pertengahan Maret dan diberikan kepada pendamping PKH, dan oleh pendamping wesel tersebut diberikan pada peserta PKH dan pada pertengahan hingga akhir Maret dilakukan pembayaran triwulan I. Bantuan tunai diberikan kepada peserta PKH dengan jadwal, tanggal pembayaran disesuaikan kondisi dan kesiapan dari wilayah masing-masing kota dan kecamatan.

Tahapan proses pembayaran triwulan I (Maret) seperti di atas terus berjalan hingga ke tahap triwulan II (Juni), tahap triwulan III (September), dan triwulan IV (Desember) dalam satu tahun. Sebelum pelaksanaan pembayaran, pendamping selalu mengingatkan peserta PKH untuk membawa KTP dan kartu kepersertaan PKH pada saat pengambilan bantuan tunai bersyarat. Pembayaran atau pemberian bantuan tunai bersyarat kepada peserta PKH yang telah melaksanakan kewajiban sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam program PKH, didampingi pendamping PKH. Tugas pendamping mencocokkan KTP dengan kartu peserta PKH atau surat keterangan dari Dinas Sosial Kota Bitung apabila belum memiliki kartu peserta PKH dan menyaksikan penandatanganan atau cap jempol RS2A dan 2B dan langsung menyobek RS2. Pendamping mengisi daftar kontrol dan ditandatangani oleh RTSM. Laporan sobekan ditempel rapi di buku besar sesuai dengan nomor urut ke bawah, di setiap lembar dijumlahkan nominalnya, jumlah total akhir dibuat di lembar terakhir dan dibuat rekapitulasi nominal per desa.

Sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan PKH, pendamping membuat laporan bulanan, laporan insidentil apabila diperlukan, laporan triwulan (laporan pencairan), tahunan kepada kepala UPPKH Kota (Dinas Sosial) sebagai penanggungjawab pelaksanaan UPPKH

di kota Bitung. Laporan bulanan berisi kegiatan minggu I, II, III dan minggu IV. Kegiatan yang dilakukan pendamping, antara lain mengadakan pertemuan bulanan, sekaligus pemutakhiran data dengan ketua dan anggota kelompok RTSM (peserta PKH) yang ada di kelurahan, ke kantor kelurahan dan kecamatan untuk menyampaikan hasil pertemuan rutin, mengunjungi fasilitas kesehatan dan pendidikan untuk memonitoring peserta PKH dan menemui petugas kesehatan dan pendidikan untuk verifikasi komitmen, pengambilan dan pengembalian formulir verifikasi serta melaporkan hasil pemutakhiran data ke UPPKH Kota, pengecekan wesel peserta PKH ke kantor Pos. Laporan selalu dibuat sesuai format yang telah ditentukan dan dibuat secara lengkap, rinci sesuai kondisi yang terjadi atau realita yang sesungguhnya.

Pendamping 2 orang (13,32 persen) dalam kategori kinerja cukup baik, melakukan tugas dan tanggung jawab seperti tersebut di atas, tetapi ada tugas-tugas yang dikerjakan kurang maksimal. Dalam tahap persiapan, sosialisasi PKH kepada petugas pendidikan dan kesehatan kurang maksimal, sehingga petugas tersebut belum memahami program PKH bahkan ada kepala sekolah belum memahami dengan alasan karena baru dimutasi. Petugas yang belum memahami program PKH merasa keberatan melaksanakan proses verifikasi yang merupakan tambahan pekerjaan karena tidak ada honorinya. Oleh karena itu, perlu dilakukan sosialisasi program PKH secara terus menerus agar tidak terjadi kesalahpahaman antara pendamping dengan *service provider*, demikian juga sosialisasi program PKH terutama materi tentang hak dan kewajiban dan sanksi apabila tidak memenuhi komitmen yang disepakati, disampaikan kurang lengkap, dan kurang detail sehingga ada beberapa peserta PKH kurang memahami. Ada ketidakhadiran di sekolah anak peserta PKH, karena sakit hanya dengan pemberitahuan ke pihak sekolah secara lisan, dianggap sudah memenuhi ketentuan program dan tidak akan mengurangi penerimaan dana bantuan tunai bersyarat. Namun ternyata pada saat menerima bantuan, ada pengurangan dana bantuan tunai bersyarat, karena ketidaktahuan peserta PKH, apabila ketidakhadiran anak

disekolah karena sakit harus dilampirkan surat keterangan sakit dari dokter atau dari petugas kesehatan Puskesmas.

Kinerja pendamping dalam kategori cukup, melakukan pemutakhiran data dan verifikasi komitmen peserta PKH, mengandalkan ketua kelompok dan kadang-kadang tidak hadir dalam pertemuan kelompok yang dilakukan setiap bulan sekali. Namun demikian, apabila ada anggota kelompok yang tidak hadir, pendamping melakukan kunjungan rumah menanyakan alasan ketidakhadirannya sekaligus memotivasi untuk memenuhi kewajiban yang harus dilaksanakan. Pendamping juga memberikan pemahaman pentingnya kesehatan dan pendidikan anak demi masa depan kesejahteraan anak. Dalam verifikasi komitmen, pendamping berkoordinasi dengan petugas kesehatan dan pendidikan kadang-kadang mengalami keterlambatan pengambilan dan pengembalian formulir verifikasi kepada UPPKH Kota, khususnya ke operator SIM. Keterlambatan tersebut masih dalam batas toleransi waktu sehingga tidak menghambat dalam proses pembayaran bantuan tunai bersyarat.

Setiap kecamatan terdapat dua atau tiga pendamping sesuai luas wilayah dan jumlah peserta PKH, sehingga pada saat pembayaran telah diatur jadwal hari, tanggal, dan tempat (kantor Pos). Pada saat pembayaran bantuan tunai bersyarat, pendamping kadang tidak hadir sehingga merupakan kendala dalam proses pembayaran. Hal ini juga diungkap oleh petugas pembayaran (PT Pos), apabila pendamping ada yang tidak hadir atau tidak ada sama sekali akan berjalan kurang lancar dan memerlukan waktu lebih lama. Apalagi apabila terjadi peserta PKH yang tidak membawa KTP dan kartu peserta PKH, juga apabila ada komplain dari peserta PKH karena ada pengurangan bantuan dana yang diterima. Pendamping harus ikut bertanggung jawab apabila terjadi permasalahan dalam proses penerimaan bantuan dana tunai bersyarat. Namun setelah ditelusuri ternyata anak peserta PKH tidak hadir di sekolah, hanya dengan pemberitahuan secara lisan kepada pihak sekolah, tidak dilampiri surat keterangan sakit dari dokter atau petugas puskesmas, sehingga dianggap tidak hadir di sekolah. Hal ini

membuat kecewa peserta PKH karena ketidak-tahuan tentang kewajiban dan sanksi ketentuan program.

4. Kinerja Pendamping PKH dalam melaksanakan Tugas Lainnya.

Kinerja pendamping dalam tugas lain, meliputi pelayanan informasi (informer), identifikasi masalah peserta PKH, mobilisasi sumber dan potensi yang ada (mobilisator), pelayanan rujukan (mediator, fasilitator), menjalin kerjasama dengan lembaga terkait (instansi terkait, LSM, dunia usaha), motivasi pemenuhan komitmen PKH, pengembangan diri. Keseluruhan aspek yang diukur terdiri dari 8 item. Hasil pengukuran kinerja pendamping dalam tahap ini, nilai tertinggi 32 dan terendah 8 dalam kategori kurang baik, rentang nilai 9-16 (cukup baik), rentang nilai 17-24 (baik), rentang nilai 25-32 (sangat baik).

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa kinerja pendamping PKH dalam menjalankan tugas-tugas lain tersebut sebagian besar, 13 orang (86,68 persen) termasuk pada cukup dan selebihnya 2 orang (13,32 persen) pada kategori baik. Kinerja pendamping PKH dalam kategori cukup, memberikan informasi langsung secara verbal dan atau menggunakan *leaflet* (Kementerian Sosial RI), yang menjelaskan gambaran umum dan gambaran pelaksanaan program PKH kepada masyarakat yang membutuhkan serta merahasiakan identitas peserta PKH atau pihak terkait kecuali ada izin dari yang bersangkutan. Melakukan identifikasi masalah dan memberikan bantuan apabila diminta peserta PKH dalam rangka pemecahan masalah yang dihadapi, seperti bantuan pendampingan dalam pengurusan KTP, akte kelahiran, dan kartu peserta PKH. Bantuan pendampingan yang lain, seperti penanganan masalah permintaan sumbangan dari sekolah SD kepada anak peserta PKH berupa vas bunga, sapu, kemoceng, makanan, penyelesaian yang dilakukan pendamping melalui pendekatan pada guru dan kepala sekolah dengan menjelaskan program PKH terkait akses pelayanan pendidikan (wajib belajar 9 tahun) bagi RTSM termasuk peserta PKH. Setelah guru dan kepala sekolah SD tersebut memahami program PKH, tidak

ada lagi permintaan sumbangan kepada anak peserta PKH. Tugas yang sangat penting dilakukan pendamping adalah melakukan perubahan sikap perilaku positif tentang pentingnya kesehatan dan pendidikan, pengelolaan keuangan keluarga termasuk dana bantuan tunai bersyarat serta peran dan fungsi keluarga agar tercipta keharmonisan keluarga.

Kinerja pendamping dalam kategori baik adalah yang melakukan semua tugas pekerjaan tersebut di atas, tetapi lebih mengembangkan dan atau mendayagunakan jaringan kerjasama dengan pihak terkait. Pendamping lebih aktif mengakses sumber demi kepentingan peserta PKH, dengan mencermati peraturan kementerian kesehatan dan pendidikan. Pada aspek kesehatan, terdapat pedoman pelaksanaan (Manlak Jamkesmas 2009) yang dikeluarkan Departemen Kesehatan, yang pada Bab III tata laksana kepesertaan dinyatakan bahwa, "Sasaran peserta PKH yang belum menjadi peserta Jamkesmas dijamin dalam Jamkesmas dan dapat menggunakan kartu PKH pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan mengikuti prosedur yang telah ditentukan. PT Askes wajib menerbitkan surat keabsahan peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari peserta PKH". Atas dasar Manlak Jamkesmas 2009 tersebut maka peserta PKH mendapat pelayanan jamkesmas. Ada peserta PKH yang mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Peserta PKH dipungut biaya saat berobat ke puskesmas, rumah sakit daerah, karena dianggap tidak sebagai peserta jamkesmas/jamkesda. Dalam mengatasi masalah tersebut pendamping berkoordinasi dan memberikan data peserta PKH dengan dinas kesehatan (pihak Rumah Sakit) dan PT Askes setempat. Kemudian PT Askes menerbitkan surat keabsahan peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari peserta PKH untuk mendapat pelayanan pengobatan gratis.

Pada aspek pendidikan, terdapat Surat Edaran Menteri Pendidikan Nasional N.90/MPN/LL/2009 tanggal 25 Juni 2009 tentang bea siswa miskin, yang menyatakan "Memberikan prioritas kepada anak-anak usia sekolah wajib belajar dari RTSM untuk memperoleh bea siswa miskin

yang anggarannya disediakan oleh pemerintah sehingga mereka dapat mengakses dan memperoleh pendidikan pada jenjang SD dan SLTP". Pada tahun 2010 diharapkan tidak ada lagi anak peserta PKH yang tidak mendapat bea siswa miskin. Namun realitas, pada tahun 2012, saat dilakukan penelitian ini masih ada anak peserta PKH yang tidak menerima bea siswa miskin. Dalam hal ini pendamping telah melakukan pendekatan kepada guru dan kepala sekolah anak peserta PKH serta melapor ke UPPKH Kota Bitung untuk ditindaklanjuti, tetapi belum berhasil. Jajaran pengambil keputusan di Kota Bitung perlu meningkatkan koordinasi melalui media Tim Koordinasi PKH. Dalam konteks ini dinas sosial berperan sebagai *leading sector* implementasi PKH dan sebagai sekretariat Tim Koordinasi PKH di daerah yang memfasilitasi pertemuan berbagai pihak terkait.

Kota Bitung dijuluki kota cakalang, karena potensi hasil laut terbesar adalah ikan cakalang dan semakin diminati berbagai kalangan baik lokal maupun mancanegara, karena potensial untuk olahraga selam (*diving sport*). Keindahan bawah laut pulau Lembeh terdapat *species* ikan yang unik dan sangat menarik sehingga sebagai kota wisata pantas untuk dikunjungi. Dalam upaya meningkatkan penghasilan peserta PKH yang tinggal di pulau Lembeh, pendamping memobilisasi SDM peserta PKH dan sumber daya alam yang kaya dengan potensi hasil laut (berbagai jenis ikan, terutama ikan cakalang, rumput laut) yang dapat diolah menjadi produk olahan sehingga mempunyai nilai tambah. Mereka diberi semangat untuk memperbaiki kualitas hidup keluarganya melalui kelompok usaha bersama (Kube) dengan meningkatkan keterampilan usaha ekonomi produktif. Pendamping dapat membimbing mereka untuk membuat proposal yang disampaikan kepada dinas sosial, dinas perikanan dan kelautan dan dinas pariwisata agar mendapat peningkatan kapasitas dalam pengolahan hasil laut, manajemen usaha, kelompok, modal usaha sebagai dana stimulan dan agar mendapat fasilitas lokasi usaha. Pendamping selain memotivasi peserta PKH untuk berusaha ekonomi produktif secara kelompok juga memotivasi untuk memenuhi komitmen pendidikan dan kesehatan agar memiliki anak

yang sehat dan pintar, melanjutkan sekolah ke tingkat yang lebih tinggi untuk meraih masa depan yang lebih baik (sejahtera).

E. Penutup

Berdasar hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kinerja pendamping PKH dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab dalam mendampingi peserta PKH dan sebagai unit pelaksana program di tingkat kecamatan sebagian besar pada kategori baik. Kinerja pendamping PKH dalam menjalankan tugas persiapan program dan tugas rutin pelaksanaan PKH sebagian besar pada kategori baik, sedangkan dalam menjalankan tugas lainnya sebagian besar pada kategori cukup. Hal ini didukung SDM pendamping yang memadai, seluruhnya berusia produktif dan berpendidikan tingkat perguruan tinggi, memahami tentang program PKH, memiliki jiwa sosial yang tinggi dalam melaksanakan tugas, sehingga mereka berhasil dalam mendampingi peserta PKH. Para pendamping mempunyai ikatan emosional yang penuh keakraban dan komunikasi yang intens dengan peserta PKH, sehingga menjadi motor penggerak bagi perubahan yang lebih baik dan sebagai *problem solver* dalam menghadapi masalah, terbukti terjadi perubahan pola pikir dan sikap perilaku dalam diri peserta PKH mengerti arti pentingnya pendidikan dengan mendorong anak-anak mereka untuk lebih termotivasi dan rajin ke sekolah sehingga meningkatnya kehadiran anak di sekolah.

Perubahan pola pikir dan sikap perilaku pentingnya hidup sehat dengan melakukan pemeriksaan kesehatan peserta PKH dan anaknya dimanifestasikan secara rutin mengunjungi pos-pos kesehatan masyarakat. Peserta PKH berupaya memenuhi gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang anak dan memenuhi sarana prasarana belajar pendidikan untuk masa depan anak. Mereka menginginkan anaknya dapat melanjutkan sekolah ke tingkat SLTA agar mudah mendapat pekerjaan dan kelak sambil bekerja dapat melanjutkan sekolah ke perguruan tinggi serta berharap anaknya kelak lebih sejahtera dalam hidupnya. Dukungan pemerintah daerah dan instansi terkait dalam bentuk fasilitas, sarana pelayanan kesehatan

dan pendidikan memadai. Dukungan sarana prasarana (ruang kantor pendamping, kamera dari dinas sosial dan bantuan sepuluh unit kendaraan bermotor roda dua) kepada pendamping dari pemerintah daerah dalam rangka menyukseskan PKH di Kota Bitung. Adanya rasa tanggung jawab yang tinggi antara pelaksana UPPKH Kota dan *service provider* sehingga proses verifikasi, pemutakhiran data, dan proses pembayaran berjalan lancar, tertib dan tepat waktu pada setiap tahap pembayaran.

Kinerja pendamping PKH, selain mendapat dukungan dari berbagai pihak terkait, sarana prasarana dan SDM yang memadai juga terdapat hambatan yang dihadapi dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya. Di era otonomi daerah, sering terjadi mutasi pegawai, sehingga *service provider* yang baru kurang memahami secara jelas program PKH berakibat kurang bisa berperan dan berfungsi secara optimal. Belum ada data base RTSM (peserta PKH) terpadu sehingga dinas kesehatan, dinas pendidikan tidak memiliki data sasaran PKH dan tidak bisa memantau pelaksanaan PKH di jajarannya sehingga apabila terjadi permasalahan tidak segera mendapat penyelesaian. Unit komputer kurang satu dari tiga komputer yang ada dengan empat orang operator, koneksi internet kadang lambat diakses (sinyal lemah) sehingga menghambat petugas dalam mengirimkan data verifikasi ke pusat. Hal tersebut menjadikan pendamping dan operator SIM UPPKH Kota bekerja keras dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Kurang adanya koordinasi antara *service provider* dengan personil sekretariat UPPKH kota dan antara sekretariat UPPKH kota (Dinas Sosial) dengan tim koordinasi PKH Kota Bitung. Pada saat pembayaran ada peserta PKH tidak membawa tanda pengenal (KTP) dan kartu peserta PKH, atau diwakilkan kepada orang lain sehingga menyulitkan petugas dan membuka peluang untuk manipulasi data bantuan. Keadaan geografis perbukitan dan ada yang menyeberang laut (Pulau Lembeh) sulit dijangkau (jauh dari akses sumber), tidak tersedia transportasi umum dan faktor cuaca yang tidak menentu. Hal ini menyulitkan pendamping PKH untuk dapat menjangkau RTSM, fasilitas pendidikan dan fasilitas kesehatan, di

samping tidak ada pendamping PKH berdomisili di wilayah tersebut, karena calon pendamping PKH di wilayah tersebut tidak lulus seleksi pendampingan peserta PKH.

Untuk mencapai hasil kinerja pendamping yang lebih optimal dalam pendampingan peserta dan program PKH, direkomendasikan sebagai berikut. Kepada peserta PKH, kartu peserta PKH harus dijaga dan dipelihara dengan baik jangan sampai rusak dan hilang juga tidak digunakan untuk kepentingan lain kecuali kepentingan yang terkait PKH. Kartu peserta PKH tidak diperkenankan untuk digadaikan (penjamin utang). Dalam pengambilan dana bantuan tunai harus membawa kartu peserta PKH dan KTP. Setiap terjadi perubahan kondisi keluarga (kelahiran, perubahan tingkat pendidikan, pindah alamat tempat tinggal) segera memberitahukan kepada pendamping. Demikian pula apabila menghadapi masalah-masalah dalam mengakses pelayanan pendidikan dan pelayanan kesehatan segera menghubungi pendamping. Peserta PKH berpartisipasi aktif mengemukakan gagasan, penyelesaian permasalahan yang dihadapi secara bersama dalam pertemuan kelompok sehingga dapat teratasi dan tercipta keguyuban antarpeserta. Sehubungan dengan kondisi alam yang memiliki potensi kelautan dan sebagai daerah wisata laut, adanya relasi sosial yang harmonis sesama anggota dapat merupakan wadah pengembangan usaha ekonomi bersama untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup anggota sehingga ada peningkatan kesejahteraan sosial mereka. Kepada pendamping PKH, perlu terus menerus melakukan sosialisasi program PKH kepada petugas *service provider* dan kepada masyarakat untuk meredam kecemburuan sosial masyarakat. Perlu peningkatan kerjasama dan koordinasi dengan pihak terkait, baik pemerintah maupun masyarakat (LSM), sehingga dapat mengakses program-program mereka untuk kepentingan peserta PKH. Apabila menghadapi permasalahan terkait pelaksanaan PKH, segera merespons dan mencari solusinya. Pendamping perlu selalu mengingatkan agar membawa KTP dan kartu peserta PKH dan mendampingi pada saat pemberian dana bantuan tunai bersyarat.

Berkait dengan kinerja pendamping PKH, pemerintah daerah dan instansi terkait perlu

memiliki data base RTSM (peserta PKH) terpadu sehingga memudahkan dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan PKH dari tingkat kelurahan hingga tingkat kota. Peningkatan kerjasama dan koordinasi antara berbagai pihak terkait di daerah dan antara UPPKH Kota dengan *service provider*, aparat kelurahan dan kecamatan serta tokoh masyarakat sehingga apabila ada masalah yang dihadapi pendamping dalam pelaksanaan PKH segera direspons dan ditindaklanjuti upaya penanganannya, seperti adanya permintaan sumbangan dari sekolah kepada orang tua (anak peserta PKH) berupa makanan ringan, vas bunga, peralatan kebersihan, anak peserta PKH yang tidak mendapat beasiswa miskin, peserta PKH yang tidak mendapatkan pelayanan berobat gratis. RTSM yang belum menjadi peserta PKH, perlu mendapat dana bantuan tunai bersyarat, mendapat fasilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan melalui dana APBD Kota Bitung. Kepada Kementerian Sosial RI (Dirjen Linjamsos), di Kota Bitung, program PKH terbukti efektif tetapi masih banyak RTSM yang belum terdaftar peserta PKH, sebesar empat puluh persen, maka perlu ditambah jumlah sasaran PKH sesuai jumlah RTSM yang memenuhi syarat program agar tidak menimbulkan kecemburuan sosial masyarakat.

Perlu penambahan petugas *entry data*, sarana komputer dan pembenahan koneksi internet, mengingat beban tugas sangat berat (petugas merasa *kuwalahan*), jumlah RTSM yang dilayani sangat banyak. Petugas atau *service provider* PKH yang belum dilatih perlu mendapatkan prioritas untuk mengikuti bimtek sehingga ada persamaan persepsi terhadap program PKH dan memiliki bekal untuk menjalankan tugasnya secara optimal. Suksesnya program PKH tidak terlepas dari kinerja pendamping dalam melakukan tugas di wilayah tersulit sekalipun. Sebagai apresiasi atas dedikasi dan kerja keras pendamping PKH, maka direkomendasikan agar pendamping PKH diprioritaskan untuk dilibatkan dalam tugas pendampingan untuk program lain (Kube). Dalam hal ini pendamping PKH merangkap menjadi pendamping Kube PKH. Mengingat kondisi geografis perbukitan dan menyeberang pulau yang sulit dijangkau berpeluang menimbulkan rawan kecelakaan dalam melaksanakan

tugas, maka pendamping PKH dan operator PKH perlu mendapat asuransi yang ditanggung pemerintah. Dalam rangka memelihara stamina kondisi fisik pendamping PKH, perlu mendapat jaminan kesehatan melalui badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS).

Pustaka Acuan

- Biro Pusat Statistik. (2013). *Statistik Indonesia dan Susenas*. Jakarta: BPS RI.
- Burhan Bungin. (2001). *Metode Penelitian Kualitatif Aktualisasi Metode Ke Arah Ragam Varian Kontemporer*. Jakarta: Rajawali.
- Erna Widodo Mukhtar. (2000). *Konstruksi Ke Arah Penelitian Deskriptif*. Yogyakarta: Avyrouz.
- Edi Suharto, dkk. (2004). *Kemiskinan dan Keberfungsian Sosial. Studi Kasus Rumah Tangga Miskin Indonesia*. Bandung: STKS Press.
- (2009). *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. Bandung: CV.Alfabeta.
- Heru Nugroho. (2000). *Negara, Pasar dan Keadilan Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Kementerian Sosial RI. (2011). *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial.
- (2011). *Pedoman Operasional PKH bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial.
- (2011). *Pedoman Operasional Sistem Pengaduan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial.
- (2011). *Pedoman Operasional Pelayanan Pendidikan PKH*. Jakarta: Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial.
- (2011). *Pedoman Operasional Kelembagaan PKH Daerah*. Jakarta: Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial.
- Peraturan Presiden No. 15 Tahun 2010, tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang No. 11 Tahun 2009, tentang Kesejahteraan Sosial.
- Undang-Undang No. 13 Tahun 2011, tentang Penanganan Fakir Miskin.