

## **IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM UPAYA PENGENTASAN KEMISKINAN DI KECAMATAN BANJARSARI KOTA SURAKARTA TAHUN 2020-2021**

<sup>1</sup>Shafira Twinsa Diaz, <sup>2</sup>Priyanto Susiloadi

Program Studi Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Sebelas Maret Surakarta

<sup>1</sup>shafiratwinsa@gmail.com, <sup>2</sup>priyanto\_s@staff.uns.ac.id

---

### **ABSTRACT**

---

PKH is a conditional cash transfer program by Indonesian government that focus on accelerating poverty alleviation on education, health and social welfare. In 2020-2021 PKH policy change due to the Covid-19 pandemic phenomenon, the program implementation transform from the conventional era to the digitalization era, other problems is KPM not being right on target, lack of awareness of KPM to be independent and consistent on program requirements. The purpose of this study to analyze implementation of PKH 2020 - 2021 in Banjarsari District, Surakarta City used George Edward III implementation theory model specifically on four aspects: bureaucratic structure, disposition, resources, communication and also reviewing the supporting and inhibiting factors of PKH implementation. This research is a qualitative descriptive with data collection techniques through interviews, observation, and documentation. The technique of determining informants is by purposive sampling technique, data validity using a validity of source triangulation, data analysis technique using Milles and Huberman's interactive data analysis. The results of the study show that the implementation of PKH in Banjarsari District through the communication, resources, disposition, and bureaucratic structure aspects has been running by central and regional government regulations with various changes in conditions during the Covid-19 pandemic. Supporting factors are support from stakeholders, facility and budget resources and bureaucratic structure. Inhibiting factors are the changing of policies, KPM not being right on target and lack of awareness to be independent and consistent on program requirements, limited space for PKH facilitators due to Covid-19 pandemic and lack of human resources

---

**Keywords;** Policy Implementation, Program Keluarga Harapan (PKH), Poverty

---

### **A. PENDAHULUAN**

Kemiskinan menjadi perhatian utama masyarakat di seluruh dunia, sehingga perlu ditangani dalam skala global, dalam mengatasi masalah tersebut beberapa negara menerapkan sistem bantuan kepada masyarakat berupa pelayanan publik maupun non-pelayanan publik yang dapat diakses tanpa persyaratan, disebut sebagai *Unconditional Cash Transfer* (UCT) dan *Conditional Cash Transfer* (CCT) yang mengharuskan masyarakat untuk memenuhi beberapa persyaratan guna mendapatkan bantuan. Beberapa negara di dunia menerapkan program bantuan CCT

karena dianggap lebih memiliki efek positif dalam pengentasan kemiskinan, diantaranya adalah Brazil *Bolsa Familia* dan *Bolsa Escola*, Mexico *Oportunidades* dan *PROGRESA*, Nicaragua *Red de Protection Social*, Chile *Solidario*, Columbia *Familias en Action*, Turkey *Social Risk Mitigation Project* dan Indonesia Program Keluarga Harapan (*The World Bank Research, 2009*).

Penelitian terdahulu oleh Teresa Molina Millán dkk (2019) dalam *The World Bank Research Observer 2019*, berjudul *Long-Term Impacts of CCT: Review the Evidence* menunjukkan bahwa implementasi CCT pada bidang pendidikan, keluarga dan pasar tenaga kerja di berbagai negara efektif untuk jangka pendek dan jangka panjang. Sebagaimana penelitian oleh Uswatun Chasanah dkk (2021) yang berjudul Implementasi PKH di Kecamatan Gayungan Surabaya Era Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) menunjukkan bahwa PKH ditinjau dari teori George Edward III (1980) berhasil mengurangi angka kemiskinan pada masa Adaptasi Kebiasaan Baru era pandemi *Covid-19* terutama pada aspek struktur birokrasi, disposisi dan sumber daya, namun pada komunikasi dianggap kurang efisien dan efektif dikarenakan mengalami pergantian dari komunikasi luring menjadi daring.

Pada mulanya PKH dilaksanakan dalam bentuk *pilot project* pada tahun 2007 di tujuh provinsi, yaitu: Nusa Tenggara Timur (NTT), Sulawesi Utara, Gorontalo, Sumatera Barat, Jawa Timur, Barat Jawa dan DKI Jakarta. Pada Tahun 2015 PKH mengalami perluasan hingga diimplementasikan di Provinsi Jawa Tengah termasuk Kota Surakarta. Program tersebut sejalan dengan visi misi Kota Surakarta 3WMP yaitu: *Waras, Wasis, Wareg, Mapan dan Papan*. Upaya pemerintah Kota Surakarta melalui PKH dalam pengentasan kemiskinan terus dijalankan secara kontinyu dan konsisten, hingga tahun 2020 terdapat 18.239 KPM.

Kota Surakarta terdiri dari lima kecamatan, yaitu Banjarsari, Jebres, Serengan, Pasar Kliwon dan Laweyan. Kecamatan Banjarsari memiliki luas wilayah terluas yaitu 33,63% dari total luas Kota Surakarta dengan luas kurang lebih 14,81 km<sup>2</sup> dan memiliki jumlah penduduk 163.686 jiwa dalam daftar keluarga miskin dan keluarga sejahtera. Dari total jumlah tersebut, terdapat 38.962 keluarga rentan risiko sosial yang tercatat sebagai keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera tingkat I dan sejahtera tingkat II. Hal ini menjadikan Pemerintah Kota Surakarta memberikan jaminan sosial termasuk PKH dengan jumlah yang lebih banyak di Kecamatan Banjarsari dibandingkan Kecamatan lainnya.

**Tabel 1. Jumlah KPM PKH Kota Surakarta Tahun 2020 – 2021**

No	Kecamatan	Jumlah KPM	
		Tahun 2020	Tahun 2021
1.	Banjarsari	5.469	5.814
2.	Jebres	4.819	4.930
3.	Laweyan	2.275	2.447
4.	Pasar Kliwon	3.433	3.366
5.	Serengan	1.666	1.682
<b>Jumlah</b>		<b>17.662</b>	<b>18.239</b>

(Sumber: Dinas Sosial Surakarta Data diolah Penulis, 2022)

Pemerintah mengklaim PKH sebagai program yang berhasil mengentaskan kemiskinan, menurunkan angka kesenjangan sosial dan berpengaruh besar pada menurunnya koefisien gini. Berbagai studi penelitian menyimpulkan PKH dapat mengentaskan KPM dari rantai kemiskinan, meningkatkan konsumsi rumah tangga dan mampu mendorong pemerintah untuk memperbaiki sarana prasarana bidang pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial. Dilansir dari beberapa sumber, hal ini perlu peninjauan mendalam karena pada kenyataannya masih terdapat berbagai permasalahan mengenai implementasi PKH, diantaranya yaitu target penerima bantuan tidak tepat sasaran, rendahnya motivasi KPM melakukan graduasi mandiri, pendistribusian bantuan yang tidak tepat waktu dan minimnya kesadaran KPM untuk konsisten dalam menjalankan persyaratan program seperti rutin mengunjungi fasilitas kesehatan maupun fasilitas pendidikan dan ikut serta dalam P2K2. Situasi tersebut semakin tidak kondusif dikarenakan fenomena pandemi *Covid-19* pada tahun 2020 sehingga beberapa kebijakan mengalami perubahan dan implementasi program mengalami transformasi dari era konvensional menjadi era digitalisasi.

## **B. METODE**

Penelitian yang digunakan tergolong dalam penelitian kualitatif, metode deskriptif. Lokasi yang dipilih dalam penelitian adalah Kecamatan Banjarsari, Kota Surakarta. Teknik pengumpulan data dan informasi mengenai PKH dilakukan dengan cara observasi, dokumentasi dan wawancara dengan pihak terkait yaitu Kepala Dinas Penanganan Fakir Miskin dan Perlindungan Sosial di Dinas Sosial Kota Surakarta, Koordinator PKH, APD PKH, Pendamping PKH dan KPM PKH. Teknik menentukan informan agar tepat yaitu dengan pemilihan sampel secara bertujuan (*purposive sampling*). Validitas triangulasi sumber digunakan sebagai teknik menguji keabsahan

data dan validitas data. Teknik analisis data setelah memperoleh berbagai sumber data primer dan sekunder, dilanjutkan dengan teknik analisis data model interaktif dengan tiga alur kegiatan yang terjadi secara terus-menerus sejak dimulainya pengumpulan data hingga setelah pengumpulan data selesai, yaitu tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasi (Milles dan Huberman, 2007: 15-21)

### **C. HASIL DAN PEMBAHASAN**

Analisa mengenai hasil temuan data di lapangan terkait Implementasi PKH di Kecamatan Banjarsari dibahas dalam bab berikut berdasarkan pada teori George Edwards III (1980) mengenai empat aspek yang saling berhubungan dan saling memengaruhi satu sama lain dalam implementasi kebijakan, yaitu: komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi..

#### **1. Aspek Komunikasi (*Communication*)**

##### **a. Transformasi (*Transformation*)**

Transformasi komunikasi bermakna bahwa kebijakan publik harus tersampaikan kepada seluruh *stakeholder* yang terlibat, penyampaian informasi dapat dilakukan secara tidak langsung atau secara langsung (Edward III, 1980: 18). Komunikasi bentuk transformasi atau penyampaian informasi kepada seluruh *stakeholder* di Kecamatan Banjarsari berjalan lancar meskipun dilakukan melalui media dalam jaringan (daring) sebagai salah satu cara menyesuaikan implementasi kebijakan ketika masa pandemi *Covid-19*. Transformasi komunikasi direalisasikan dalam sosialisasi PKH, yang diawali oleh Pemerintah Pusat yang mengeluarkan Surat Ketetapan (SK), kemudian melakukan telekonferensi formal dengan fasilitator PKH di tingkat Provinsi dan Daerah serta penggunaan media massa dalam menyebarkan informasi terkait PKH, sedangkan sosialisasi KPM dilakukan dalam bentuk informal melalui aplikasi *WhatsApp* dan aplikasi *online* lainnya oleh pendamping PKH.

##### **b. Kejelasan (*Clarity*)**

Kejelasan komunikasi bermakna bahwa kebijakan publik yang ditransmisikan dapat diterima dengan jelas mengenai substansi dan segala informasinya. Apabila tidak tersampaikan dengan jelas, implementasi kebijakan tidak maksimal, tidak efektif dan efisien (Edward III, 1980: 26). Kejelasan komunikasi dalam implementasi PKH di Kecamatan Banjarsari tersampaikan dengan jelas dan dapat diterima oleh seluruh

*stakeholder*, terutama informasi mengenai perubahan peraturan sebelum dan selama pandemi *Covid-19* yang diatur dalam Surat Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan Dan Jaminan Sosial Nomor 02/3/BS.02.01/4/2020 tentang Indeks dan Faktor Penimbang Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan dalam Penanganan *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)*. Perubahan yang terjadi antara lain adalah syarat penerima bantuan, cara pendampingan KPM, dan cara distribusi bantuan tunai maupun non-tunai.

### **c. Konsistensi (*Consistency*)**

Konsistensi bermakna bahwa kebijakan publik harus konsisten dan tidak bertentangan dengan kebijakan yang lain, agar *implementors* dapat menjalankan kebijakan dengan efektif dan efisien (Edward III, 1980: 40). PKH di Kecamatan Banjarsari diimplementasikan sejak 2015 dan masih konsisten diberlakukan hingga kini, menunjukkan PKH sebagai program dari pemerintah pusat tidak bertentangan dengan seluruh kebijakan pemerintah Kota Surakarta yang tertuang pada Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 9 Tahun 2016 mengenai visi misi Kota Surakarta, lebih jelasnya mengenai misi 3WMP (*Waras, Wasis, Wareg, Mapan, Papan*) PKH telah memenuhi aspek tersebut terutama pada aspek *Wareg* dikarenakan bantuan berupa tunai, *non-tunai* dan pendampingan sehingga mendukung pemenuhan kebutuhan dasar dan kesejahteraan ekonomi, yang berdampak positif pada aspek yang lain seperti *Waras, Wasis, Mapan* dan *Papan*.

## **2. Aspek Sumber Daya (*Resources*)**

### **a. Sumber Daya Manusia (*Human Resources*)**

SDM PKH Kecamatan Banjarsari sudah sangat memadai sesuai pada Peraturan Menteri Sosial Nomor 15 Tahun 2017 tentang Standar Nasional Sumber Daya Manusia Penyelenggara Kesejahteraan Sosial dan SK Peraturan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor: 02/3/KP.05.03/10/2020 tentang Kode Etik Sumber Daya Manusia Program Keluarga Harapan. Jumlah fasilitator PKH dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 2. Jumlah Fasilitator PKH Kota Surakarta**

No	Fasilitator PKH Kota Surakarta	Jumlah (jiwa)
1.	Kepala Dinas Sosial Kota Surakarta	1
2.	Kepala Bidang Penanganan Fakir Miskin dan Perlindungan Sosial Kota Surakarta	1
3.	Kasie Perlindungan Sosial Kota Surakarta	1
4.	Koordinator PKH Kota Surakarta	1
5.	Administrator Pangkalan Data (APD) Kota Surakarta	2
6.	Pendamping PKH Kota Surakarta	32
<b>Jumlah</b>		<b>38</b>

(Sumber: Dinas Sosial Kota Surakarta, Data diolah Penulis, 2022)

Pada tahun 2020 – 2021 masa pandemi *Covid-19* terdapat banyak penambahan jumlah KPM, di Kota Surakarta mencapai 18.239 KPM dengan jumlah pendamping sejumlah 32 orang. Khususnya di Kecamatan Banjarsari, jumlah pendamping PKH sejumlah 15 orang, sedangkan KPM berjumlah 5.814 keluarga, sehingga setiap satu pendamping harus mendampingi sekitar 400 KPM. Meskipun implementasi PKH tetap dapat berjalan, namun hal ini tetap berpengaruh pada kurang maksimalnya implementasi PKH.

**b. Sumber Daya Anggaran (*Financial Resources*)**

Nominal bantuan yang diterima KPM tergantung pada jenis komponen yang dimiliki, secara detail mengenai nominal bantuan tunai, dijelaskan pada tabel berikut:

**Tabel 3. Nominal Bantuan Tunai KPM PKH Tahun 2020 – 2021**

No	Kategori/ Komponen	Jumlah Bantuan per Tahun
1.	Kategori Ibu hamil/ nifas	Rp. 3.000.000,00
2.	Kategori anak usia 0 – 6 tahun	Rp. 3.000.000,00
3.	Kategori pendidikan SD/ Sederajat	Rp. 900.000,00
4.	Kategori pendidikan SMP/ Sederajat	Rp. 1.500.000,00
5.	Kategori pendidikan SMA/ Sederajat	Rp. 2.000.000,00
6.	Kategori disabilitas berat	Rp. 2.400.000,00
7.	Kategori lanjut usia	Rp. 2.400.000,00

(Sumber: Kementerian Sosial RI (<https://kemensos.go.id/>))

Pada tahun 2020 – 2021 anggaran PKH mengalami kenaikan dikarenakan jumlah KPM yang bertambah. Realisasi penyaluran dana PKH Kecamatan Banjarsari dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 4. Realisasi Penyaluran Bantuan Tunai PKH Kecamatan Banjarsari Tahap I – IV Tahun 2020 – 2021**

Tahun	Tahap	KPM PKH	Realisasi Dana
2020	I (Januari – Maret)	4.701	Rp 3.454.625.000
	II	4.808	Rp 3.496.700.000
	April	5.411	Rp 1.291.061.000
	Mei	5.450	Rp 1.304.326.000
	Juni	5.451	Rp 1.313.107.000
	Juli	5.434	Rp 1.315.953.000
	Agustus	5.333	Rp 1.297.919.000
	September	5.219	Rp 1.299.330.000
	IV (Oktober – Desember)	5.469	Rp 4.081.050.000
<b>Jumlah</b>			<b>Rp 18.854.071.000</b>
2021	I (Januari – Maret)	5.203	Rp. 3.627.900.000
	II (April – Juni)	5.482	Rp. 3.890.950.000
	III (Juli – September)	5.921	Rp. 3.941.850.000
	IV (Oktober – Desember)	5.814	Rp. 4.088.150.000
	<b>Jumlah</b>		

(Sumber: Dinas Sosial Kota Surakarta (Data diolah Penulis, 2022))

Pada tahun 2020 terjadi perubahan peraturan dalam penyaluran dana yang mulanya dilakukan setiap tiga bulan sekali menjadi satu bulan sekali namun tanpa perubahan nominal bantuan. Sumber daya anggaran untuk implementasi PKH sudah mencukupi, terutama anggaran untuk KPM. Pada tahun 2020 anggaran yang tersalurkan di Kecamatan Banjarsari senilai 18.854.071.000 rupiah, sedangkan pada tahun 2021 senilai 15.548.850.000 rupiah. Jumlah nominal yang mengalami penurunan bukan karena bantuan pemerintah yang menurun namun dikarenakan KPM mengalami graduasi *non*-komponen maupun graduasi mandiri. Data yang diperoleh dari Dinas sosial merupakan laporan dari Pendamping PKH beserta Bank BNI selaku Bank HIMBARA, dikarenakan bantuan tunai didistribusikan langsung kepada KPM melalui KKS kemudian dicairkan melalui Bank. Koordinasi dengan instansi lain menjadikan fasilitator tidak kewalahan dalam proses distribusi bantuan.

### c. Sumber Daya Peralatan (*Facility Resources*)

Sarana dan prasarana fasilitas PKH Kota Surakarta khususnya di Kecamatan Banjarsari difasilitasi oleh Kementerian Sosial dan Dinas Sosial Surakarta dengan kondisi yang baik dan mencukupi. Secara detail mengenai berbagai fasilitas PKH dipaparkan pada tabel berikut:

**Tabel 5. Sumber Daya Peralatan PKH Kota Surakarta**

No	Jenis Fasilitas	Jumlah
1.	Sekretariat PKH Kota dan Kecamatan	6
2.	Handphone	42
3.	Laptop	42
4.	Komputer	3
5.	Printer	6
6.	Proyektor	6
7.	Scanner	1
8.	Seragam	Disesuaikan kebutuhan
9.	Alat tulis kantor (ATK)	Disesuaikan kebutuhan

(Sumber: Dinas Sosial Kota Surakarta (Data diolah Penulis, 2022))

Fasilitas yang didapatkan fasilitator PKH sudah mencukupi untuk melaksanakan implementasi PKH. Meskipun terdapat beberapa perbedaan antara fasilitator PKH di tingkat Kota dan tingkat Kecamatan, yaitu pada ruang sekretariat PKH Kecamatan yang cenderung lebih kecil dan berada pada satu gedung yang sama dengan Kantor Kecamatan, kemudian jumlah proyektor yang hanya disediakan satu buah pada tiap kecamatan sehingga harus digunakan bergantian. Perbedaan tersebut dikarenakan kebutuhan antara fasilitator PKH di tingkat Kota yaitu Koordinator Kota dan APD PKH lebih membutuhkan banyak peralatan elektronik untuk mengolah data dan berkoordinasi langsung dengan Dinas Sosial dan instansi lain yang terkait, sedangkan fasilitator tingkat Kecamatan yaitu pendamping PKH, lebih mengutamakan pendampingan langsung dengan KPM. Fasilitas yang diterima oleh KPM adalah berupa KKS dan juga pendamping PKH selaku fasilitator.

### d. Sumber daya Informasi dan Kewenangan

Sumber daya informasi dan kewenangan dalam melaksanakan implementasi PKH tertuang dalam Peraturan Menteri Sosial No. 1 tahun 2018 tentang PKH, bersumber dari Kementerian Sosial yang kemudian di disposisikan ke tingkat Provinsi, tingkat Kabupaten/ Kota hingga sampai pada lingkup terkecil yaitu Kecamatan,

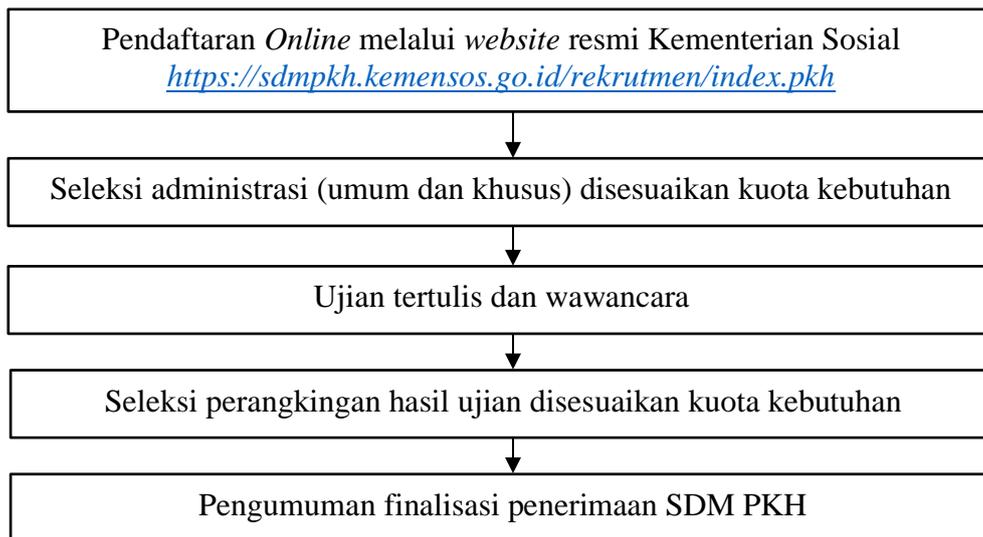
informasi tersebut dapat diterima, dipahami dan dijalankan dengan baik oleh seluruh fasilitator PKH. Masing-masing fasilitator PKH memiliki peran dan wewenang yang berbeda namun saling berkaitan dan bersinergi. Pada tingkat tertinggi yaitu Kepala Bidang Penanganan Fakir Miskin dan Perlindungan Sosial, Dinas Sosial Surakarta berwenang dan bertanggungjawab terhadap berbagai bidang yang dibawahinya, memberikan tugas, arahan, membimbing karyawan dalam melaksanakan tugas serta melakukan koordinasi dan konsultasi secara vertikal maupun horizontal. Kewenangan Koordinator PKH Kota Surakarta adalah mengelola SDM terutama pada pendamping PKH, menjadi penghubung komunikasi antara Kementerian Sosial dengan Kota Surakarta hingga pada setiap Kecamatan serta menjalankan program sesuai peraturan. Kewenangan APD PKH adalah mengolah data PKH dari Kementerian Sosial untuk selanjutnya dilakukan analisis kemudian didistribusikan kepada pihak yang membutuhkan data dan menyerahkan kembali laporan tersebut kepada Kementerian Sosial. Kewenangan Pendamping PKH adalah melakukan pendampingan kepada KPM.

### **3. Aspek Disposisi (*Disposition/ Attitude*)**

#### **a. Pengangkatan Pelaksana (*Staffing Bureaucracy*)**

Disposisi akan memunculkan hambatan pada implementasi kebijakan ketika kebijakan publik yang ditetapkan tidak dilaksanakan oleh *implementors*, oleh sebab tersebut, pemilihan *implementors* diutamakan pada individu yang berdedikasi tinggi pada kebijakan, khususnya yang berorientasi pada kepentingan publik (Edward, 1980: 98). Fasilitator PKH Kota Surakarta, terutama untuk Koordinator Kota, APD PKH dan pendamping PKH telah melalui proses rekrutmen yang transparan, objektif dan akuntabel sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial Nomor 15 Tahun 2017 tentang Standar Nasional Sumber Daya Manusia Penyelenggara Kesejahteraan Sosial dan Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan. Proses rekrutmen SDM diharapkan dapat memperdalam tiga elemen dasar tentang pengetahuan (*cognition*), pendalaman (*comprehension*) dan pemahaman (*understanding*) kebijakan publik sehingga memunculkan sikap penerimaan (*acceptance*). Secara detail mengenai alur rekrutmen SDM PKH dipaparkan pada bagan berikut:

**Gambar 1. Alur Rekrutmen SDM PKH**



(Sumber: Kementerian Sosial RI (Data diolah Penulis, 2022))

#### **b. Insentif (*Incentive*)**

Masalah mengenai sikap *implementors* berupa acuh tak acuh (*neutrality*) dan penolakan (*rejections*) seringkali muncul, terdapat berbagai cara untuk mengatasi hal tersebut, diantaranya adalah melakukan pemberian insentif. Pada dasarnya setiap individu melakukan tindakan berdasarkan pada kepentingan pribadi, oleh sebab itu *policy maker* memanipulasi insentif untuk mempengaruhi tindakan *implementors* (Edward, 1980: 107). fasilitator PKH terutama yang merupakan delegasi dari Kementerian Sosial, seperti Koordinator Kota, APD PKH dan Pendamping PKH tidak mendapatkan insentif khusus dari Kementerian Sosial. Namun di Kota Surakarta, fasilitator PKH mendapatkan insentif komplementer dari Dinas Sosial Surakarta berupa honor *transport* yang diberikan satu kali per tiga atau enam bulan, bertujuan untuk menunjang implementasi PKH. Meskipun tidak ada insentif khusus, kinerja fasilitator PKH tidak mengalami degradasi.

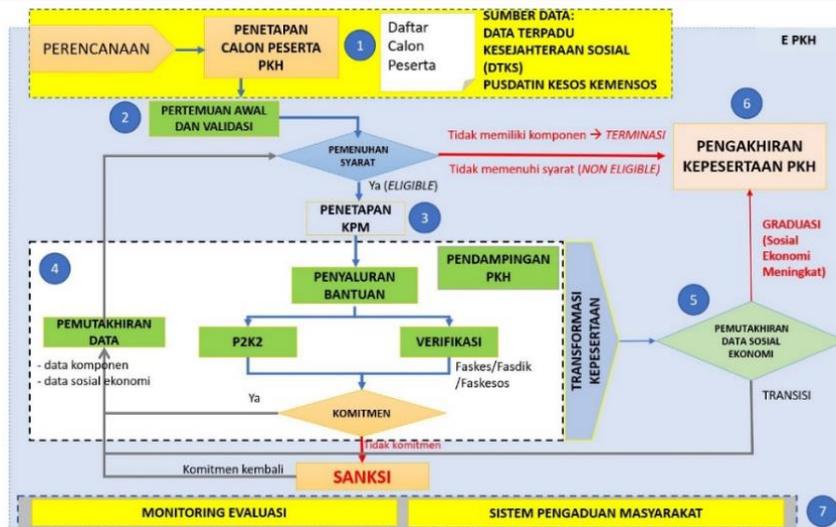
### **4. Aspek Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*)**

#### **a. Standart Operating Procedure (SOP)**

SOP merupakan tuntutan *internal* birokrasi yang menetapkan kesamarataan waktu, sumberdaya dan kebutuhan. SOP akan mempengaruhi disposisi *implementors*. Kejelasan mengenai standar operasional terkait mekanisme pelaksanaan, distribusi tugas pokok, fungsi, kewenangan dan tanggungjawab akan mempermudah seluruh pihak melaksanakan kebijakan (Edward, 1980: 125). SOP

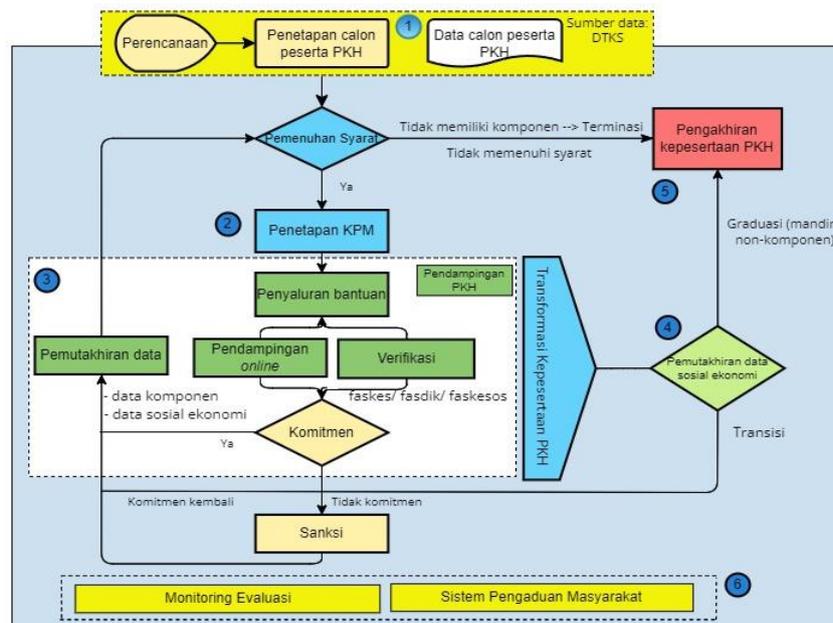
PKH di seluruh Indonesia berpedoman pada Peraturan Menteri Sosial No. 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan, namun dikarenakan pandemi *Covid-19* maka terdapat beberapa penyesuaian dalam SOP PKH, yang telah dijelaskan pada Buku Pedoman Pelaksanaan PKH Tahun 2020 – 2021 yang secara resmi diterbitkan oleh Kementerian Sosial pada *website kemensos.go.id*. Berikut merupakan SOP PKH sebelum dan sesudah pandemi *Covid-19*:

**Gambar 2. Standar Operasional Procedure (SOP) PKH Tahun 2020 – 2021**



(Sumber: Kementerian Sosial RI (<https://kemensos.go.id/>))

**Gambar 3. Standar Operasional Procedure (SOP) PKH Tahun 2020 – 2021**



(Sumber: : Kementerian Sosial RI (Data diolah Penulis, 2022))

## b. Fragmentasi (*Fragmentation*)

Fragmentasi merupakan penyebaran tanggungjawab kepada badan organisasi berbeda. Semakin terfragmentasi suatu birokrasi maka *implementors* membutuhkan koordinasi yang intensif agar tidak memunculkan distorsi komunikasi, distorsi implementasi dan perubahan yang tidak diinginkan (Edward, 1980: 134). Beberapa instansi yang terlibat dalam implementasi PKH Kecamatan Banjarsari, Kota Surakarta yaitu dari Kecamatan, Kelurahan, Dinas Sosial, Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan dan Perbankan. Masing-masing instansi memiliki peran yang berbeda. Pertama Dinas Sosial, merupakan instansi utama dibawah Kementerian Sosial, bertanggungjawab penuh terhadap implementasi PKH di Kota Surakarta. Kedua, Kelurahan, Kecamatan dan RT/RW berkontribusi memberikan data KPM secara detail mengenai nama, lokasi tempat tinggal dan komponen maupun kondisi sebenarnya dari KPM. Ketiga, perbankan khususnya Bank BNI sebagai pihak penyalur bantuan tunai kepada KPM melalui KKS. Keempat, pihak sekolah selaku fasilitas pendidikan yang berkaitan pula dengan Dinas Pendidikan berperan dalam memberikan data mengenai konsistensi KPM komponen pendidikan tingkat SD/SMP/SMA. Kelima, pihak puskesmas dan posyandu selaku fasilitas kesehatan yang berkaitan pula dengan Dinas Kesehatan berperan dalam memberikan data mengenai konsistensi KPM komponen kesehatan lansia, ibu hamil, balita dan penyandang disabilitas berat. Seluruh birokrasi yang terfragmentasi pada implementasi PKH dapat saling berkoordinasi dan bersinergi dengan baik, tidak ada indikasi distorsi komunikasi, distorsi implementasi maupun perubahan yang tidak diinginkan seperti misinformasi dan miskonsepsi yang mengarah pada penyimpangan tujuan PKH.

## 5. Faktor Pendukung Implementasi PKH

Faktor pendukung implementasi PKH pada tahun 2020 – 2021 masa pandemi *Covid-19* yaitu: Pertama, dukungan dari berbagai *stakeholder* yang terlibat, mulai dari instansi seperti Dinas Sosial, Kelurahan, Kecamatan, RW/RT, Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Perbankan, Sekolah, Puskesmas atau Posyandu, seluruh fasilitator PKH hingga masyarakat. Kedua, fasilitas yang disediakan oleh Kementerian Sosial dan Dinas Sosial Kota Surakarta berupa sekretariat PKH, *handphone*, laptop, komputer, printer, proyektor, *scanner*, seragam dan perlengkapan ATK yang mendukung fasilitator dalam mengolah data, mendistribusikan data dan

berkomunikasi dengan KPM. Ketiga: sumber daya anggaran, gaji, insentif dan BPJS-TK kepada fasilitator PKH yang telah diatur oleh Kementerian Sosial.

## 6. Faktor Penghambat Implementasi PKH

Faktor penghambat implementasi PKH pada tahun 2020 – 2021 masa pandemi *Covid-19*, yaitu pertama, KPM yang tidak melalui proses validasi data mengakibatkan target tidak tepat sasaran, selain daripada itu KPM Perluasan tidak sepenuhnya paham akan hak dan kewajibannya. Kedua, KPM tidak segera melakukan graduasi mandiri menyebabkan berkurangnya kuota untuk penambahan KPM yang sebenarnya lebih layak. Ketiga, ruang gerak fasilitator sangat terbatas karena *WFH (Work from Home)* sehingga pendampingan, sosialisasi dan pemberian materi kepada KPM tidak maksimal, terutama apabila KPM tidak memiliki *HP* ataupun *HP* tidak *support* untuk aplikasi *WhatsApp*. Keempat, penambahan KPM tidak diimbangi dengan penambahan pendamping PKH sehingga kekurangan SDM.

## D. SIMPULAN

Kesimpulan berdasarkan pada hasil penelitian implementasi PKH di Kecamatan Banjarsari, Kota Surakarta adalah sebagai berikut:

1. Aspek Komunikasi ditinjau dari transformasi berupa sosialisasi dilakukan melalui media daring, kejelasan tentang perubahan peraturan PKH sebelum dan selama pandemi *Covid-19* berpedoman pada SK Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor: 02/3/BS.02.01/4/2020. Konsistensi PKH diimplementasikan sejak tahun 2015 hingga kini tanpa bertentangan dengan kebijakan pemerintah Kota Surakarta.
2. Aspek sumber daya ditinjau dari SDM PKH sesuai pada Peraturan Menteri Sosial Nomor 15 Tahun 2017 dan SK Peraturan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor: 02/3/KP.05.03/10/2020, hanya saja tidak sebanding dengan jumlah KPM yang terlalu banyak. Sumber daya anggaran sudah mencukupi, terutama anggaran bagi KPM. Sumber daya peralatan atau fasilitas yang diterima oleh fasilitator PKH dan KPM sudah mencukupi dengan kondisi yang baik. Sumber daya informasi dan kewenangan dapat diterima, dipahami dan dijalankan oleh seluruh fasilitator PKH sesuai pada Peraturan Menteri Sosial No. 1 Tahun 2018.

3. Aspek disposisi ditinjau dari pengangkatan pelaksana fasilitator PKH telah melalui proses rekrutmen yang transparan, objektif dan akuntabel sesuai Peraturan Menteri Sosial Nomor 15 Tahun 2017 dan Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018. Kementerian Sosial tidak menganggarkan Insentif khusus bagi fasilitator PKH, namun Dinas Sosial Surakarta memberikan anggaran insentif, sehingga kinerja fasilitator PKH tidak mengalami degradasi.
4. Aspek struktur birokrasi ditinjau dari SOP PKH berpedoman pada Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018, beberapa hal mengalami penyesuaian akibat pandemi *Covid-19*, yang diatur pada Buku Pedoman Pelaksanaan PKH Tahun 2020 – 2021. Fragmentasi atau instansi yang terlibat dalam implementasi PKH antara lain Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Kecamatan, Kelurahan, RT/RW, perbankan, sekolah, puskesmas dan posyandu, meskipun memiliki peran yang berbeda satu sama lain, namun instansi tersebut saling berkoordinasi dan bersinergi dalam implementasi PKH.
5. Faktor pendukung implementasi PKH di Kecamatan Banjarsari, yaitu: pertama, dukungan *stakeholder* yang saling bersinergi. Kedua, fasilitas yang disediakan oleh Kementerian Sosial dan Dinas Sosial Kota Surakarta. Ketiga, sumber daya anggaran, gaji, dan insentif kepada fasilitator PKH.
6. Faktor penghambat implementasi PKH di Kecamatan Banjarsari, yaitu: pertama, KPM Perluasan yang tidak melalui proses validasi data memunculkan KPM tidak tepat sasaran dan kurang memahami hak dan kewajibannya. Kedua, minimnya kesadaran KPM melakukan graduasi mandiri. Ketiga, kekurangan SDM terutama Pendamping PKH, terlebih lagi ruang gerak fasilitator sangat terbatas karena *WFH (Work from Home)* sehingga pelaksanaan pendampingan, sosialisasi dan pemberian materi P2K2 berjalan kurang maksimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. (2020). *Kota Surakarta dalam Angka*. Surakarta: BPS Surakarta.
- Bappenas. (2017). *Pilar Pembangunan Sosial*.
- Chasanah, U., Novitasari, T., Nabila, S., & Wahyudi, K. E. (2021). Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Gayungan Surabaya pada Era Adaptasi Kebiasaan Baru. *Jurnal Indonesia Sosial Teknologi*, 2(5), 886-896. doi:10.36418/jist.v2i5.156

- Direktorat Jaminan Sosial Keluarga, Direktorat Jenderal Perlindungan Jaminan Sosial dan Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Tahun 2021 - 2024*.
- Dunn, W. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Fiszbein, A., Schady, N., Ferreira, F., Grosh, M., Keleher, N., Olinto, P., & Skoufias, E. (2009). *Conditional Cash Transfer Reducing Present and Future Poverty*. Washington DC: The World Bank.
- Horn, C. E., Baumer, D. C., & Gormley Jr., W. (2001). *Politics and Public Policy*. Washington DC: CQ Press.
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2020) Program Keluarga Harapan Retrieved from <https://kemensos.go.id/program-keluarga-harapan-pkh>
- Miles, M., & Hubberman, A. (2007). *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Millán, T. M., Barham, T., Macours, K., Maluccio, J. A., & Stampini, M. (2019). Long-term impacts of conditional cash transfers: Review of the evidence. *World Bank Research Observer*, 34(1), 119–159. doi: 10.1093/wbro/lky005
- Nugroho, R. (2014). *Kebijakan Publik di Negara-negara Berkembang*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nurkse, Ragnar. (1963). *Masalah Pembentukan Modal di Negara-negara Jang sedang Membangun*. Djakarta: Bhratara.
- R. Dye, T. (1972). *Understanding Public Policy*. United States of America: Prentice-Hall.
- Subarsono A. G. (2016). *Analisis Kebijakan Publik : Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Syahrudin. (2020). *Implementasi Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Studi Kasus*. Bandung: Nusa Media
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2018). Program Bantuan Pemerintah untuk Individu, Keluarga dan Kelompok Tidak Mampu Menuju Bantuan Sosial Terintegrasi. Jakarta Pusat: TNP2K
- Todaro, Michael P. (2000). *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. Jakarta: Erlangga
- Winarno, B. (2008). *Kebijakan Publik : Teori dan Proses*. Jakarta: PT. Buku Kita.
- Worldbank. (2006). Era Baru dalam Pengentasan Kemiskinan di Indonesia. *The World Bank*, 112(483).

## Dokumen Perundangan

Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor: 02/3/BS.02.01/4/2020 tentang Indeks dan Faktor Penimbang Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan dalam Penanganan *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* Tahun 2020.

Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor: 03/3/BS.02.01/10/2020 tentang Petunjuk Teknis Graduasi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan Tahun 2020.

Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor: 04/3/OT.02.01/1/2020 tentang Petunjuk Teknis Penyaluran Bantuan Sosial Non Tunai Program Keluarga Harapan Tahun 2020.

Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor: 02/3/OT.02.01/12/2020 tentang Petunjuk Teknis Penyaluran Bantuan Sosial Non Tunai Program Keluarga Harapan Tahun 2021.

Peraturan Daerah Kota Surakarta No. 9 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Surakarta Tahun 2016-2021

Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Surakarta

Peraturan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Nomor 02/3/KP.05.03/10/2020 tentang Kode Etik Sumber Daya Manusia Program Keluarga Harapan

Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan (PKH)

Peraturan Menteri Sosial Nomor 15 Tahun 2017 tentang Standar Nasional Sumber Daya Manusia Penyelenggara Kesejahteraan Sosial

Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Upaya Penanganan Fakir Miskin melalui Pendekatan Wilayah

Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin