

TINGKAT KAPASITAS ORGANISASI PELAKSANA PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) PROVINSI GORONTALO BERDASARKAN KISI-KISI PENILAIAN KAPASITAS MCKINSEY

Himsar Silaban

Program Studi Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik.
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama), Jakarta, Indonesia
E-mail: fisip-moestopo@yahoo.co.id

ABSTRAK

Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai salah kebijakan strategis yang ditempuh oleh Kementerian Sosial adalah program perlindungan sosial melalui pemberian bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang memiliki ibu hamil/nifas/menyusui, anak balita atau anak usia 5-18 tahun yang belum tamat pendidikan dasar. Berhasil tidaknya PKH tergantung pada berbagai aspek, salah satunya adalah aspek pemberi layanan yaitu kapasitas organisasi pelaksana dalam hal ini aparat pemerintah yang mengimplementasikan PKH di lapangan. Provinsi Gorontalo dijadikan lokasi penelitian karena provinsi ini merupakan tempat pertama kali PKH diluncurkan oleh pemerintah. Adapun yang menjadi subyek penelitian adalah para anggota organisasi pelaksana yang melakukan implementasi PKH di Provinsi Gorontalo yang terdiri dari Tim Koordinasi PKH Provinsi, Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota, Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kabupaten/Kota dan Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kecamatan. Sedangkan menjadi obyek penelitian adalah kapasitas organisasi secara keseluruhan dari organisasi pelaksana yang melakukan implementasi PKH di Provinsi Gorontalo. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan pedoman wawancara, observasi, dan pemanfaatan dokumen. Data yang telah terkumpul dianalisis menggunakan teknik analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kapasitas organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo masih lemah dan perlu ditingkatkan melalui berbagai program penguatan kapasitas (capacity building).

Kata kunci: kapasitas organisasi, pelaksana kebijakan, kisi-kisi penilaian kapasitas

ABSTRACT

One of the social security programs of the Ministry of Social Affairs is provision of cash fund awarded to RTSM (Rumah Tangga Sangat Miskin, or extremely poor families), under the category of those having pregnant mothers or mothers with infants, or those with schooling children of 5-18 years. The scheme is named PKH (Program Keluarga Harapan). One of the parameters of success of the scheme is the capacity of the executing unit within the Ministry to perform the task. The research takes the case of Gorontalo Province where this scheme was launched the first time. The target interviewees are the personnel at the Tim Koordinasi PKH Provinsi, Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota, Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kabupaten/Kota dan Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kecamatan. The method used include observation and document gathering. It is our finding that there has been low capacity of the executing agencies of PKH Provinsi Gorontalo and our recommendation to initiate capacity building for the agencies.

Key words: *PKH of the Ministry of Social Affairs, cash fund aid, poor families, capacity of the organization, executing agencies, parameters of performance*

1. PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan permasalahan kesejahteraan sosial yang kompleks karena berkaitan dengan dimensi sosial, budaya, ekonomi, politik serta pertahanan dan keamanan. Berdasarkan hasil-hasil kajian, terjadinya konflik sosial antar kelompok, perdagangan perempuan, eksploitasi anak, migrasi antar negara secara ilegal dan anakisme dilatarbelakangi oleh kemiskinan. Data BPS hasil Sensus Penduduk 2010 (Direktorat Penggulangan Kemiskinan Pedesaan, 2012:3) mencatat bahwa jumlah penduduk miskin di Indonesia sebanyak 31,02 juta jiwa atau 13,33% dari total penduduk yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia. Populasi masyarakat miskin ini berada pada wilayah pedesaan dan perkotaan yang memiliki masalah yang berbeda-beda.

Pemerintah Indonesia tidak tinggal diam terhadap masalah kemiskinan. Di dalam Undang-Undang Dasar 1945 disebutkan bahwa “fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara”. Dengan demikian

pemerintah berkewajiban untuk memberikan pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk miskin. Sebagai instansi pemerintah yang menjalankan sebagian tugas pemerintahan dan pembangunan dalam bidang kesejahteraan sosial, Kementerian Sosial berdasarkan Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial ditetapkan sebagai *leading sector* dalam penanggulangan kemiskinan dengan tanggung-jawab besar dalam menangani masyarakat miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial.

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan salah kebijakan strategis yang ditempuh oleh Kementerian Sosial selaku instansi pemerintah yang berkompentensi untuk melaksanakan pembangunan kesejahteraan sosial. PKH adalah program perlindungan sosial melalui pemberian bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang memiliki ibu hamil/nifas/menyusui, anak balita atau anak usia 5-18 tahun yang belum tamat pendidikan dasar (Tim Sosialisasi Penyesuaian Subsidi Bahan Bakar Minyak, 2013:31). Keluarga peserta PKH akan menerima bantuan apabila menyekolahkan anaknya dengan tingkat kehadiran tertentu, memeriksakan kesehatan dan/atau memperhatikan kecukupan gizi dan pola hidup sehat bagi anak dan ibu hamil. Program semacam ini secara internasional dikenal sebagai Program *Conditional Cash Transfers* (CCT) atau Program Bantuan Tunai Bersyarat. Peserta PKH juga berhak memperoleh Program Raskin, Program Bantuan Siswa Miskin (BSM) dan Jamkesmas.

Dalam jangka panjang, PKH bertujuan memutus rantai kemiskinan antar generasi. Tujuan ini dapat tercapai melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia dan perubahan perilaku peserta PKH untuk memberikan perhatian yang lebih besar terhadap pendidikan dan kesehatan anggota rumah tangganya. Secara khusus, tujuan dari PKH adalah untuk meningkatkan akses dan kualitas kesehatan peserta PKH serta akses dan taraf pendidikan anak-anak peserta PKH.

Saat ini peserta PKH adalah rumah tangga yang berada di kelompok dengan status sosial ekonomi 7% terendah, yang diperoleh dari Basis Data Terpadu (BDT) dengan kriteria: (1) memiliki ibu hamil/nifas/menyusui, dan/atau (2) memiliki anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD, dan/atau (3) memiliki anak yang bersekolah SD dan/atau SMP dan/atau anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar (Tim Sosialisasi Penyesuaian Subsidi Bahan Bakar Minyak, 2013:32).

Basis Data Terpadu (BDT) untuk Program Perlindungan Sosial adalah sistem data elektronik yang memuat informasi sosial, ekonomi dan demografi dari sekitar 24,5 juta rumah tangga atau 96 juta individu dengan status kesejahteraan terendah di Indonesia. Sumber utama Basis Data Terpadu adalah hasil kegiatan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) pada bulan Juli - Desember 2011.

Pada tahun 2013 PKH telah dilaksanakan di seluruh provinsi, 336 kabupaten/kota, dan 3.216 kecamatan di Indonesia dengan cakupan 2,4 juta rumah tangga. Pada tahun 2014 cakupan akan ditingkatkan menjadi 3,2 juta rumah tangga di seluruh kabupaten/kota di Indonesia (Tim Sosialisasi Penyesuaian Subsidi Bahan Bakar Minyak, 2013:32). Bantuan tunai PKH disalurkan kepada ibu atau perempuan dewasa (nenek, bibi atau anak perempuan tertua) yang merupakan pengurus rumah tangga. Dana yang disalurkan kepada pengurus rumah tangga perempuan terbukti lebih baik dalam pemanfaatannya untuk meningkatkan kesejahteraan rumah tangga. Nilai bantuan PKH yang berlaku saat ini dapat diambil oleh pengurus rumah tangga di kantor pos terdekat dengan membawa Kartu Peserta PKH dan tidak dapat diwakilkan. Bagi peserta lama, pembayaran tahun 2013 dilakukan secara bertahap sebanyak 4 kali dengan jadwal pembayaran: (1) Periode I Maret 2013, (2) Periode II Juni 2013, (3) Periode III September 2013 dan (4) Periode IV November/Desember 2013. Bagi peserta baru, pembayaran tahun 2013 dilakukan secara sekaligus dalam 1 tahap.

Tabel 1
Rincian Nilai Bantuan PHK

Rincian Bantuan	Nilai Bantuan / Tahun (Rp.) Tahun 2007- 012	Nilai Bantuan / Tahun (Rp.) RAPBN-P Tahun 2013
Bantuan Tetap	200.000	300.000
Bantuan peserta PKH yang memiliki :		
a. Anak usia balita	800.000	1.000.000
b. Ibu hamil/nifas/menyusui	800.000	1.000.000
c. Anak peserta pendidikan setara SD/MI	400.000	500.000
d. Anak peserta pendidikan setara SMP/MTs	500.000	1.000.000
Rata-rata bantuan	1.390.000	1.800.000
Bantuan minimum	600.000	800.000
Bantuan maksimum	2.200.000	2.800.000

Sumber: Tim Sosialisasi Penyesuaian Subsidi Bahan Bakar Minyak (2013:33)

Penelitian mengenai PKH di Indonesia sebenarnya telah dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial (Puslitbangkesos) Kementerian Sosial. Tim peneliti dari Puslitbangkesos melakukan penelitian mengenai dampak pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di tujuh provinsi (DKI Jakarta, Gorontalo, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara dan Sumatera Barat). Tim tersebut yang diketuai oleh Nainggolan (2012:127) menyimpulkan bahwa secara umum PKH berdampak positif bagi RTSM. Ada perbedaan signifikan antara kondisi RTSM sebelum mengikuti PKH dan sesudah mengikuti PKH. Kondisi sesudah mengikuti PKH lebih baik daripada sebelum mengikuti PKH tetapi status sosial ekonomi RTSM belum berubah. Secara umum penelitian tersebut lebih berorientasi pada penerima layanan yaitu masyarakat miskin yang menjadi peserta PKH. Habibullah dan Novita (2013:vi) melakukan penelitian mengenai pendamping PKH dan menyimpulkan bahwa kinerjanya belum baik, Idealnya seorang pendamping PKH mempunyai peran sebagai fasilitator, pendidik, perwakilan masyarakat, mediator, pembela dan pelindung. Namun demikian karena pendamping yang direkrut berasal dari latar belakang pendidikan dan keterampilan yang relatif singkat, dukungan sarana prasarana yang terbatas serta ketiadaan jaminan yang memadai, maka peran yang dimaksud kurang dapat dilaksanakan dengan baik. Secara umum penelitian tersebut lebih berorientasi pada salah satu pihak pelaksana PKH di lapangan yaitu pendamping PKH. Sejauh ini belum ada penelitian yang mengenai PKH yang menyoroti pemberi layanan secara menyeluruh yaitu aparat pemerintah yang mengimplementasikan PKH di lapangan. Karena PKH melibatkan banyak pihak dalam implementasinya, maka efektivitas PKH tentunya sangat terkait dengan tingkat kapasitas organisasi pelaksana PKH. Hal inilah yang melatarbelakangi dilakukannya penelitian ini.

Kisi-Kisi Penilaian Kapasitas McKinsey adalah suatu alat yang dirancang untuk membantu organisasi-organisasi nirlaba menilai kapasitas organisasi mereka (McKinsey & Company, 2001:6). Kisi-kisi tersebut harus digunakan dalam hubungannya dengan Kerangka Kapasitas yang menjelaskan tujuh elemen kapasitas organisasi dan komponen-komponennya. Kisi-kisi tersebut meminta penilai untuk menilai organisasi pada setiap elemen kapasitas organisasi dengan memilih teks yang paling mendeskripsikan status atau kinerja sekarang dari organisasi. Tujuh elemen

kapasitas organisasi dapat digambarkan dalam Kerangka Kapasitas seperti dapat dilihat pada Gambar 1.

Gambar 1
Kerangka Kapasitas



Sumber: McKinsey & Company, 2001:36)

Kerangka Kapasitas (McKinsey & Company, 2001:33) mendefinisikan kapasitas organisasi nirlaba dalam sebuah piramida yang tersusun dari tujuh unsur penting : tiga unsur tingkat yang lebih tinggi (aspirasi, strategi dan keahlian organisasi), tiga unsur dasar (sistem dan infrastruktur, sumber daya manusia dan struktur organisasi) serta unsur budaya yang berfungsi menghubungkan semua unsur lainnya. Unsur-unsur tersebut didefinisikan sebagai berikut :

1. Aspirasi: Misi, visi dan tujuan menyeluruh organisasi yang secara kolektif mengartikulasikan tujuan dan arah organisasi.
2. Strategi: Seperangkat tindakan dan program yang diarahkan untuk memenuhi tujuan menyeluruh organisasi.
3. Keahlian organisasi: Jumlah kemampuan organisasi, termasuk hal-hal seperti pengukuran kinerja, perencanaan, manajemen sumberdaya dan pengembangan hubungan eksternal.
4. Sumberdaya manusia: Kemampuan kolektif, pengalaman, potensi dan komitmen semua anggota organisasi.
5. Sistem dan infrastruktur: Perencanaan organisasi, pengambilan keputusan, manajemen pengetahuan, sistem administrasi serta aset-aset fisik dan teknologi yang mendukung organisasi.

6. Struktur organisasi: Kombinasi tata kelola (*governance*), rancangan organisasi, koordinasi antar fungsi, dan uraian pekerjaan yang membentuk struktur hukum dan manajemen organisasi.
7. Budaya: Jaringan yang mengikat organisasi termasuk nilai-nilai dan praktek, norma-norma perilaku dan yang terpenting orientasi organisasi yang sama terhadap kinerja.

Kisi-kisi tersebut dapat digunakan oleh para manajer, staf, anggota dewan, pengembang kapasitas eksternal (*external capacity builders*) dan penyandang dana untuk tujuan-tujuan sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi wilayah-wilayah kapasitas yang paling kuat dan wilayah-wilayah kapasitas yang membutuhkan perbaikan.
2. Mengukur perubahan kapasitas organisasi dari waktu ke waktu.
3. Memunculkan pandangan-pandangan yang berbeda dalam organisasi mengenai kapasitasnya. Tanggapan-tanggapan yang berbeda terhadap kisi-kisi tersebut di antara staf, anggota dewan dan penandang dana, misalnya, dapat menjadi pemula diskusi yang berharga dalam organisasi.

2. METODE PENELITIAN

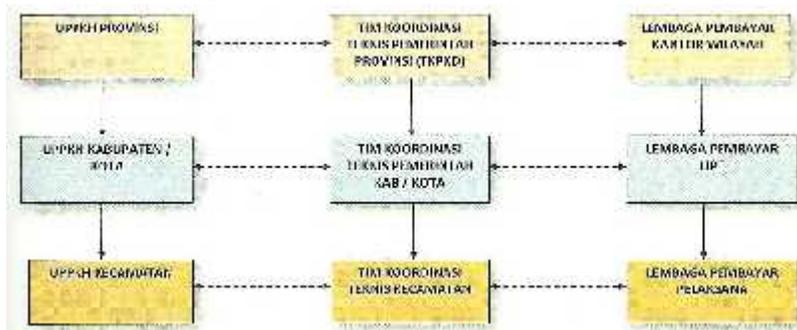
Propinsi Gorontalo dijadikan sebagai lokasi penelitian karena Propinsi Gorontalo adalah salah satu dari 7 provinsi pertama menjalankan PKH sejak PKH mulai diberlakukan pada tahun 2007. Provinsi-provinsi tersebut terdiri Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Timur. Pemilihan provinsi dilakukan atas dasar kesediaan pemerintah provinsi yang bersangkutan pada saat diadakannya Musrenbang pada tahun 2006. Propinsi Gorontalo juga menjadi tempat pertama kali PKH diluncurkan oleh Presiden Susilo Bambang Yudoyono pada Juli 2007. Adapun yang menjadi subyek penelitian adalah para anggota pelaksana yang melakukan implementasi PKH di Provinsi Gorontalo. Sesuai dengan Pedoman Umum PKH yang diterbitkan oleh Kementerian Sosial (2012:70-74), pihak-pihak tersebut terdiri dari Tim Koordinasi PKH Provinsi, Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota, Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kabupaten/Kota dan Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kecamatan. Yang menjadi obyek penelitian adalah kapasitas organisasi secara keseluruhan dari organisasi pelaksana yang melakukan implementasi PKH di Provinsi Gorontalo. Dalam penelitian ini data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan pedoman wawancara,

observasi dan pemanfaatan dokumen. Penelitian tidak menggunakan sampel sehingga wawancara dilakukan terhadap semua anggota populasi. Wawancara dilakukan terhadap 132 orang responden yang terlibat langsung dalam implementasi PKH di Provinsi Gorontalo yaitu 4 orang dari Tim Koordinasi PKH Provinsi, 8 orang dari Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota, 8 orang Ketua UPPKH Kabupaten/Kota, 8 orang Koordinator UPPKH Kabupaten/Kota, 8 orang Administrasi UPPKH Kabupaten/Kota, 12 orang *Data Entry/Operator* Komputer UPPKH Kabupaten/Kota, 12 orang dari Sistem Pengaduan Masyarakat UPPKH Kabupaten/Kota, 24 orang Koordinator Pendamping UPPKH Kecamatan dan 48 orang Pendamping UPPKH Kecamatan. Data yang telah terkumpul dianalisis menggunakan teknik analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif. Analisis kualitatif dilakukan untuk memaknai data kuantitatif yang diperoleh berdasarkan argumentasi yang bersifat faktual dan ilmiah. Untuk keperluan analisis deskriptif kuantitatif, dilakukan skoring untuk mengukur kapasitas organisasi menggunakan Kisi-Kisi Penilaian Kapasitas McKinsey (*McKinsey Capacity Assesment Grid*) yaitu (1) perlu peningkatan kapasitas, (2) tingkat kapasitas dasar (*basic*), (3) tingkat kapasitas sedang dan (4) tingkat kapasistas tinggi. Sesungguhnya sangat sulit untuk mengukur dimensi kapasitas tetapi skor yang dihasilkan dapat memberikan indikasi umum mengenai tingkat kapasitas organisasi untuk mengidentifikasi wilayah-wilayah perbaikan yang potensial.

3. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kelembagaan PKH di daerah terdiri dari Tim Koordinasi PKH Provinsi, Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota, Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kabupaten/Kota, dan Unit Pelaksana PKH (UPPKH) Kecamatan. Kelembagaan PKH di daerah dapat dilihat dalam Gambar 2.

Gambar 2
Organisasi Pelaksana PKH di Daerah



Sumber : Direktorat Jaminan Sosial, 2012:59

Tim Koordinasi PKH Provinsi dibentuk dengan tujuan untuk memantau semua kegiatan PKH di wilayah provinsi dan untuk memastikan komitmen daerah terkait dengan PKH terpenuhi. Tugas dan tanggung jawab Tim Koordinasi PKH Provinsi adalah: (1) koordinasi persiapan provinsi untuk mendukung pelaksanaan PKH dan (2) koordinasi rutin terhadap partisipasi provinsi dan kabupaten/kota terkait dengan pelaksanaan PKH. Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota dibentuk dengan tujuan untuk memastikan persiapan dan pemenuhan tanggung jawab kabupaten/kota terhadap PKH. Tim koordinasi ini akan menjadi saluran utama informasi program ke berbagai pihak terkait pada kabupaten/kota agar semua pihak bisa merespon dalam waktu yang singkat jika diperlukan. Tim Koordinasi Kabupaten/Kota diperlukan untuk mendorong partisipasi pemberi pelayanan dan menyelesaikan masalah pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan dan kependidikan yang terkait dengan program. Tugas dan tanggung jawab Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota adalah: (1) koordinasi persiapan kabupaten/kota untuk mendukung pelaksanaan PKH dan (2) koordinasi rutin terhadap partisipasi kabupaten/kota terkait dalam pelaksanaan PKH. Unit Pelaksana PKH Kabupaten/Kota melaksanakan program dan memastikan bahwa alur informasi yang diterima dari kecamatan ke pusat dapat berjalan dengan baik dan lancar. UPPKH Kabupaten/Kota juga berperan dalam mengelola dan mengawasi kinerja pendamping serta memberi bantuan jika diperlukan yang dibentuk di setiap kabupaten/kota di mana PKH dilaksanakan. UPPKH Kabupaten/kota dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial melalui proses pendaftaran dan

seleksi yang dilaksanakan di pusat. Calon personil UPPKH Kabupaten/Kota berasal dari masing-masing kabupaten/kota penerima PKH. Wilayah kerja personil kabupaten/kota meliputi seluruh kecamatan dalam wilayah kerja di kabupaten/kota. Organisasi UPPKH Kabupaten/Kota terdiri dari : (1) Ketua UPPKH Kabupaten/Kota; (2) Koordinator UPPKH Kabupaten/Kota; (3) Administrasi; (4) *Data entry* atau operator komputer dan (5) Sistem Pengaduan Masyarakat (SPM). Unit Pelaksana PKH Kecamatan dibentuk di setiap kecamatan yang memiliki peserta PKH. Personil UPPKH Kecamatan terdiri dari para pendamping PKH. Jumlah pendamping disesuaikan dengan jumlah peserta PKH yang terdaftar di kecamatan. Satu orang pendamping akan mendampingi 300 sampai 500 RTSM peserta PKH. Pendamping dan koordinator pendamping ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Kementerian Sosial. Tugas dan tanggung jawab UPPKH Kecamatan secara umum adalah merupakan pihak kunci yang menjembatani penerima manfaat dengan pihak-pihak lain yang terlibat di tingkat kecamatan maupun dengan program di tingkat kabupaten/kota. Tugas pendamping termasuk didalamnya melakukan sosialisasi, pengawasan dan mendampingi para penerima manfaat dalam memenuhi komitmennya. Wilayah kerjanya meliputi seluruh desa/kelurahan dalam satuan wilayah kerja di kecamatan. Dalam melaksanakan tugas-tugasnya, UPPKH Kecamatan bertanggung jawab kepada UPPKH Kabupaten/Kota dan berkoordinasi dengan camat setempat.

Dalam pelaksanaan PKH sebenarnya terdapat lembaga lain di luar struktur yang berperan penting dalam pelaksanaan kegiatan PKH yaitu lembaga pembayar dalam hal ini PT Pos yang bertugas menyampaikan informasi berupa undangan pertemuan, perubahan data, pengaduan dan seterusnya serta menyampaikan bantuan ke tangan penerima manfaat langsung serta lembaga pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan di setiap kecamatan di mana PKH dilaksanakan. Karena keterbatasan penelitian maka ketiga pihak ini tidak menjadi subjek penelitian.

Hasil skoring untuk mengukur kapasitas kelembagaan menggunakan Kisi-Kisi Penilaian Kapasitas McKinsey dapat dilihat dalam tabel-tabel untuk masing-masing unsur dan penjelasannya sebagai berikut:

Tabel 2
Aspirasi

ASPIRASI	1		2		3		4	
	PERLU PENINGKATAN KAPASITAS	SKOR	TINGKAT KAPASITAS DASAR	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR
MISI	Tidak ada misi tertulis atau terbatasnya pernyataan mengenai alasan keberadaan organisasi	98 (74,2%)	Ada sedikit pernyataan mengenai alasan keberadaan organisasi yang mencerminkan nilai dan tujuan	32 (24,2%)	Ada pernyataan yang jelas mengenai alasan keberadaan organisasi yang mencerminkan nilai dan tujuan	2 (1,6%)	Ada pernyataan yang sangat jelas mengenai alasan keberadaan organisasi yang mencerminkan nilai dan tujuan	0 (0%)
KEJELASAN VISI	Ada sedikit pemahaman bersama mengenai cita-cita organisasi yang hendak diwujudkan atau dicapai	89 (67,3%)	Ada pemahaman yang agak jelas mengenai cita-cita organisasi yang hendak diwujudkan atau dicapai	41 (31,1%)	Ada pemahaman yang jelas mengenai cita-cita organisasi yang hendak diwujudkan atau dicapai	1 (0,8%)	Ada pemahaman yang sangat jelas dan spesifik mengenai cita-cita organisasi yang hendak diwujudkan atau dicapai.	1 (0,8%)
KEBERANIAN VISI	Tidak ada penyampaian visi yang jelas	92 (69,7%)	Ada visi tetapi kurang memotivasi atau mencerminkan masa depan yang dicita-citakan	40 (30,3%)	Ada visi yang memotivasi tapi tidak mencerminkan masa depan yang dicita-citakan atau sebaliknya.	0 (0%)	Ada visi yang memotivasi dan mencerminkan masa depan yang dicita-citakan	0 (0%)
TUJUAN MENYELURUH	Visi (jika ada) tidak diterjemahkan dalam serangkaian tujuan yang kongkrit	94 (71,2%)	Visi diterjemahkan dalam serangkaian tujuan yang kongkrit tetapi tujuan paling banyak hanya memenuhi dua kriteria: kejelasan, keberanian, terkait matrik dan ada batas waktu pencapaian	38 (28,8%)	Visi diterjemahkan dalam serangkaian tujuan yang kongkrit tetapi tujuan hanya memenuhi tiga kriteria: kejelasan, keberanian, terkait matrik dan ada batas waktu pencapaian	0 (0%)	Visi diterjemahkan dalam serangkaian tujuan yang kongkrit dan tujuan hanya memenuhi semua kriteria: kejelasan, keberanian, terkait matrik dan ada batas waktu pencapaian	0 (0%)
SKOR TOTAL		373 (70,6%)		151 (28,6%)		3 (0,6%)		1 (0,2%)

Sumber: Data diolah

Tabel 2 memperlihatkan bahwa arah dan tujuan PKH di Provinsi Gorontalo belum dipahami oleh sebagian besar anggota organisasi pelaksana. Sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo (70,6%) hanya memberikan skor 1 untuk setiap indikator aspirasi. Selebihnya skor 2 diberikan oleh 28,6% anggota serta 0,6% dan 0,2% yang masing-masing memberikan skor 3 dan 4. PKH memang merupakan program pemerintah pusat, tetapi sebagai program lintas sektoral maka arah dan tujuan ini juga perlu disosialisasikan sehingga diresapi oleh setiap anggota organisasi pelaksana PKH di daerah yang nantinya akan menjadi arah dan tujuan dari masing-masing individu dalam melaksanakan tugas. Direktorat Jaminan Sosial (2012:12) menyebutkan bahwa tujuan umum PKH adalah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta mengubah perilaku peserta PKH yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan.

PKH merupakan program penanggulangan kemiskinan dan pengembangan sistem perlindungan bersyarat bagi masyarakat miskin. Program ini dimaksudkan untuk mempercepat tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs). MDGs merupakan upaya untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia melalui komitmen bersama antara 189 negara anggota PBB untuk melaksanakan 8 tujuan pembangunan yaitu menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, mencapai pendidikan dasar untuk semua, mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi penyebaran HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya, kelestarian lingkungan hidup, serta membangun kemitraan global dalam pembangunan. PKH merupakan upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin di Indonesia. Sebagai sistem perlindungan sosial, PHK bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus upaya memotong mata rantai kemiskinan yang terjadi selama ini. Secara khusus, tujuan PKH adalah meningkatkan kualitas kesehatan RTSM, meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM serta meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak RTSM. Cara yang ditempuh adalah dengan memberikan bantuan tunai bersyarat kepada RTSM yang memiliki ibu hamil, balita, anak usia SD dan SMP. Risiko anak yang berasal dari keluarga miskin untuk tetap hidup dalam kemiskinan pada saat dewasa lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang bukan dari keluarga miskin. Oleh karena itu pembangunan harus memperkuat fungsi keluarga sebagai lembaga masyarakat demi menjadi keluarga berketahanan sosial melalui berbagai program perlindungan sosial terhadap kelompok rentan. Bentuk perlindungan sosial di antaranya adalah bantuan sosial, mana bantuan tunai seperti pada PKH dapat dipandang sebagai salah satu instrumen bagi bantuan sosial. Apabila hal-hal ini tersosialisasikan dan diresapi dengan baik oleh setiap anggota organisasi pelaksana PKH di daerah, maka masing-masing individu pelaksana PKH di daerah akan terarah dalam melaksanakan tugas.

Tabel 3
Strategi

STRATEGI	1		2		3		4	
	PERLU PENINGKATAN KAPASITAS	SKOR	TINGKAT KAPASITAS DASAR	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR
STRATEGI KESELURUHAN	Strategi tidak ada, tidak jelas atau tidak koheren	32 (24,2%)	Strategi ada tetapi tidak secara jelas dikaitkan dengan visi, misi dan tujuan menyeluruh, kurang koheren atau tidak mudah dijalankan	76 (57,6%)	Ada strategi yang koheren dan dikaitkan dengan visi dan misi tetapi tidak sepenuhnya siap dijalankan	21 (15,9%)	Organisasi punya strategi yang jelas dan koheren yang dapat dijalankan dan terkait dengan visi, misi dan tujuan keseluruhan	3 (2,3%)
TARGET KINERJA	Target tidak ada atau sedikit, tidak jelas, membingungkan, telalu mudah atau tidak mungkin dicapai, tidak terkait secara jelas dengan cita-cita dan strategi serta sering berubah	33 (25%)	Target realistis ada di beberapa bidang penting dan sebagian besar selaras dengan cita-cita dan strategi	56 (42,4%)	Target kuantitatif yang agresif dalam hampir semua bidang, terkait dengan cita-cita dan strategi, terutama berfokus pada <i>output/outcome</i>	29 (22%)	Target kinerja kuantitatif yang benar-benar menuntut di semua bidang, sangat terkait dengan cita- cita dan aspirasi, berfokus pada <i>output/outcome</i>	14 (10,6%)
RELEVANSI PROGRAM DAN INTEGRASI	Program dan layanan inti didefinisikan secara samar- samar dan kurang jelas keselarasannya dengan misi dan tujuan	46 (34,8%)	Sebagian besar program dan layanan didefinisikan secara jelas dan dapat dengan tegas dikaitkan dengan misi dan tujuan	50 (37,9%)	Program dan layanan didefinisikan dengan baik dan selaras dengan misi dan tujuan	24 (18,2%)	Semua program dan layanan didefinisikan dengan baik dan sepenuhnya selaras dengan misi dan tujuan	12 (9,1%)
PERTUMBUHAN PROGRAM DAN REPLIKASI	Tidak ada penilaian mengenai kemungkinan meningkatkan atau meniru program yang sudah ada	75 (56,8%)	Ada sedikit penilaian mengenai kemungkinan meningkatkan atau meniru program yang sudah ada	42 (31,9%)	Kadang-kadang ada penilaian mengenai kemungkinan meningkatkan atau meniru program yang sudah ada	13 (9,8%)	Sering ada penilaian mengenai kemungkinan meningkatkan atau meniru program yang sudah ada	2 (1,5%)
PENGEMBANGAN PRODUK BARU	Kemampuan terbatas untuk menciptakan program-program baru	74 (56,1%)	Ada sedikit kemampuan untuk memodifikasi program yang ada dan menciptakan program-program baru	43 (32,6%)	Ada kemampuan untuk memodifikasi dan menyelaraskan program-program yang ada dan menciptakan program-program baru	11 (8,3%)	Ada kemampuan dan kecenderungan untuk secara efektif dan efisien menciptakan program-program baru yang benar- benar inovatif	4 (3%)
MODEL PENDANAAN	Organisasi sangat tergantung pada beberapa penyandang dana, terutama dari jenis yang sama	78 (59,1%)	Organisasi memunyai akses ke beberapa jenis pendanaan	41 (31,2%)	Terdapat basis penyandang dana yang solid dalam sebagian besar jenis sumber pendanaan	12 (9,1%)	Jenis sumber penyandang dana sangat beragam.	1 (0,8%)
SKOR TOTAL		338 (42,7%)		308 (38,9)		110 (13,9%)		35 (4,5%)

Sumber: Data diolah

Tabel 3 memperlihatkan bahwa tindakan atau upaya yang dilakukan organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo selama ini belum sepenuhnya terkait dengan tujuan PKH yang ingin dicapai dan tindakan atau upaya

tersebut perlu ditingkatkan. Sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo (42,7%) hanya memberikan skor 1 sedangkan selebihnya skor 2 diberikan oleh 38,9% anggota serta 13,9% dan 4,5% yang masing-masing memberikan skor 3 dan 4. Merujuk pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, PKH sebenarnya merupakan model jaminan yang unik. Di satu sisi, PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan dalam kebutuhan dasar terutama pendidikan dan kesehatan. Di sisi lain, PKH bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan RTSM agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui promosi kesehatan dan mendorong anak sekolah. Dana yang diberikan kepada RTSM secara tunai melalui Kantor Pos dimaksudkan agar penerima dapat mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan yakni anak-anak harus bersekolah hingga SMP, anak balita harus mendapatkan imunisasi, dan ibu hamil harus memeriksakan kandungannya secara rutin (berkala). PKH menuntut perubahan perilaku yang membawa manfaat dalam beberapa hal dan mengasumsikan bahwa uang akan memungkinkan penerimanya melakukan itu. Dengan kata lain, diasumsikan bahwa bantuan tunailah yang memastikan penerimanya untuk memeriksakan kesehatan dan sekolah. Bantuan tunai merupakan insentif yang tepat untuk mendorong kehadiran itu dan peningkatan kesehatan dan kehadiran sekolah akan berdampak pada prestasi sekolah, dan dengan begitu akan memperbaiki kualitas hidup dan membuka berbagai kesempatan dalam hidup. Menurut definisinya, PKH adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada RTSM. Sebagai imbalannya, RTSM diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia yaitu pendidikan dan kesehatan. Bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM yang terpilih sebagai peserta PKH dan mengikuti syarat program (pendidikan dan/atau kesehatan). Bukti kepesertaan adalah kepemilikan Kartu PKH yang mencantumkan nama ibu/wanita yang mengurus anak. Kartu PKH diberikan kepada setiap peserta oleh pendamping sebelum pembayaran pertama dilakukan. Pembayaran bantuan dilakukan oleh PT POS setiap 3 bulan pada tanggal yang ditentukan oleh masing-masing kantor pos untuk setiap desa/kelurahan. Pembayaran pertama diberikan setelah pertemuan awal yang diikuti oleh kunjungan pertama ke penyedia layanan untuk melakukan verifikasi. Orang yang berhak menerima pembayaran adalah orang yang namanya tertera dalam Kartu PKH. Penerimaan

pembayaran tidak bisa diwakilkan kecuali ada hal-hal di luar kendali yang telah diketahui oleh UPPKH Kabupaten/Kota maupun UPPKH Pusat. Ibu-ibu penerima bantuan PKH yang berkumpul pada saat pertemuan pertama akan dibagi berdasarkan wilayah ke dalam kelompok untuk memudahkan koordinasi dan komunikasi antara program dengan peserta. Pembagian ini kemudian menghasilkan kelompok ibu penerima yang terdiri dari sekitar 25 RTSM. Masing-masing kelompok memiliki pemimpin yang disebut Ketua Kelompok Ibu Penerima Manfaat dan dipilih secara demokratis ataupun ditunjuk oleh pendamping disesuaikan dengan situasi dan kondisi kelompok yang dikelolanya. Ketua Kelompok berfungsi sebagai perantara antara pendamping dan peserta PKH sehingga informasi yang ada di tingkat penerima manfaat dapat diterima oleh pendamping (atau sebaliknya) dan ditindaklanjuti dengan segera. Secara rutin sebulan sekali ketua kelompok ini akan berkumpul dan berdiskusi bersama dengan pendamping mengenai pelaksanaan program, kendala dan masukan yang diperoleh dari lapangan maupun penyuluhan yang berkaitan dengan kegiatan PKH. Ketua kelompok terpilih tidak diperkenankan memungut bayaran apa pun dari peserta PHK. Peserta PKH yang masih memenuhi kriteria dan persyaratan dimungkinkan menerima bantuan selama maksimal 6 tahun. Untuk itu setiap 3 tahun akan dievaluasi dalam rangka resertifikasi terhadap status kepesertaan. Resertifikasi adalah proses evaluasi status kepesertaan PKH untuk menentukan apakah peserta masih layak atau tidak sebagai penerima bantuan. Resertifikasi dilakukan oleh UPPKH Pusat berkoordinasi dengan BPS, di mana pelaksana program akan mendatangi peserta PKH dengan melihat secara langsung kondisi mereka dan mengajukan pertanyaan dasar seperti pada saat registrasi awal yaitu antara lain informasi dasar kepesertaan (nama, alamat, umur, dan jenis kelamin), kondisi ekonomi peserta (pekerjaan saat ini, tempat bekerja dan penghasilan yang diterima), status pendidikan anggota keluarga (orang tua dan anak-anak), kondisi tempat tinggal dan sebagainya. Data yang diperoleh dari hasil resertifikasi akan digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk menetapkan keberlanjutan kepesertaan dalam PKH. Apabila setelah resertifikasi 3 tahun peserta dinilai tidak lagi memenuhi persyaratan, maka RTSM dikeluarkan sebagai penerima PKH (*exit strategy*). Namun jika sebelum 3 tahun menurut hasil verifikasi status kemiskinan ditemukan bahwa RTSM sudah meningkat kesejahteraannya dan atau tidak lagi layak sebagai RTSM sesuai kriteria yang ditetapkan, maka

yang bersangkutan dikeluarkan dari kepesertaan PKH pada akhir tahun yang berjalan. Apabila setelah 6 tahun kondisi RTSM masih berada di bawah garis kemiskinan, maka untuk *exit strategy* PKH berkoordinasi dengan program terkait lainnya untuk rujukan (*referral system*), seperti ketenagakerjaan, perindustrian, perdagangan, pertanian, dan pemberdayaan masyarakat. Hasil penelitian Bappenas (dalam Nazara dan Rahayu, 2013:3) menunjukkan bahwa PKH memiliki dampak positif. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya dampak PKH pada kenaikan rata-rata banyak indikator di bidang kesehatan (misalnya kunjungan ke Posyandu naik 3 persen, pemantauan pertumbuhan anak naik 5 persen dan kegiatan imunisasi naik 0,3 persen) serta indikator pendidikan (misalnya kehadiran di kelas naik 0,2 persen). PKH juga berhasil meningkatkan pengeluaran rumah tangga per bulan per kapita untuk pendidikan dan kesehatan. Tetapi dalam hal pendidikan, tidak terdapat perbedaan besar dalam status pendidikan antara lokasi PKH dan lokasi non-PKH pada semua tingkatan wajib belajar sembilan tahun. PKH juga tidak memiliki dampak apapun terhadap berkurangnya jumlah pekerja anak karena jumlah bantuan PKH yang diterima dianggap tidak cukup memberikan insentif bagi anak-anak tersebut untuk berhenti bekerja dan kembali bersekolah. Dampak PKH yang tidak terlalu berarti ini menyiratkan bahwa strategi yang digunakan belum berhasil membawa organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo kepada tercapainya tujuan PKH. Ada beberapa persoalan berkenaan dengan PKH yang membuat dampak PKH tidak terlalu berarti. Pertama, berdasarkan data terakhir, RTSM peserta PKH masih merupakan persentase yang kecil dari jumlah RTSM yang tersebar di Provinsi Gorontalo. Artinya Pemerintah Provinsi Gorontalo belum mampu menjalankan fungsi perlindungan sosial secara optimal. Kedua, validitas data kelayakan peserta PKH. Masyarakat setempat masih mempersoalkan adanya peserta atau calon peserta PKH yang dinilai bukan RTSM, sementara pada saat yang bersamaan terdapat RTSM yang justru tidak masuk atau tidak terdata sebagai calon peserta PKH. Artinya selain RTSM yang sudah terdata, masih banyak yang belum terdata, apalagi jika data RTSM ditransformasikan menjadi data keluarga sangat miskin. Hal yang sama terjadi jika dilihat dari pendekatan kewilayahan. Masih banyak daerah di Provinsi Gorontalo yang belum terjangkau PKH. Situasi ini mengindikasikan metode pendataan dan penentuan prioritas sasaran belum tepat.

Tabel 4
Keahlian Organisasi

KEAHLIAN ORGANISASI	1		2		3		4	
	PERLU PENINGKATAN KAPASITAS	SKOR	TINGKAT KAPASITAS DASAR	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR
PERENCANAAN	Organisasi menjalankan operasi tanpa kegiatan perencanaan	56 (42,4%)	Ada sedikit kemampuan dan kecenderungan untuk mengembangkan rencana operasional secara internal atau melalui bantuan eksternal	40 (30,3%)	Ada kemampuan dan kecenderungan untuk mengembangkan dan menyaring rencana operasional yang kongkrit dan realistis	24 (18,2%)	Organisasi mengembangkan dan menyaring rencana operasional yang kongkrit, realistis dan terinci	12 (9,1%)
PENGUMPULAN DANA DAN PENCIPTAAN PENDAPATAN	Pengumpulan dana dan penciptaan pendapatan yang lemah dan kurang keahlian	75 (56,8%)	Kebutuhan pengumpulan dana dan penciptaan pendapatan ditutup oleh beberapa kombinasi keahlian internal dan akses ke beberapa keahlian eksternal	42 (31,8%)	Kebutuhan pengumpulan dana dan penciptaan pendapatan secara memadai ditutup oleh keahlian internal yang dikembangkan dengan baik dan akses sekali-sekali ke beberapa keahlian eksternal	13 (9,8%)	Terdapat keahlian pengumpulan dan penciptaan pendapatan yang dikembangkan dengan baik untuk menutup semua kebutuhan reguler	2 (1,6%)
MANAJEMEN HUBUNGAN EKSTERNAL	Penggunaan kemitraan dan aliansi dengan lembaga sektor publik, nirlaba atau komersial	74 (56,1%)	Tahap awal pengembangan hubungan dan kerjasama dengan lembaga sektor publik, nirlaba atau komersial	43 (32,6%)	Hubungan yang dibangun secara efektif dengan beberapa jenis lembaga sektor publik, nirlaba atau komersial yang relevan	11 (8,3%)	Hubungan yang dibangun dengan kuat dengan berbagai pihak yang relevan (lembaga pemerintah daerah/pusat, nirlaba, komersial dan masyarakat)	4 (3%)
SKOR TOTAL		205 (51,8%)		125 (31,6%)		48 (12,1%)		18 (4,5%)

Sumber: Data diolah

Tabel 4 memperlihatkan bahwa kemampuan organisasi, termasuk hal-hal seperti perencanaan, pengumpulan dana dan penciptaan pendapatan serta pengembangan hubungan eksternal dinilai oleh sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo perlu ditingkatkan. Sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo (51,8%) hanya memberikan skor 1 untuk setiap indikator keahlian organisasi. Selebihnya skor 2 diberikan oleh 31,6% anggota serta 12,1% dan 4,5% yang masing-masing memberikan skor 3 dan 4. Hasil pemeriksaan BPK (2013:29) menyimpulkan bahwa pelaksanaan PKH dalam proses validasi dan pemutakhiran data, pembayaran, verifikasi serta monitoring dan evaluasi belum sepenuhnya efektif. Kementerian Sosial telah berupaya melaksanakan PKH namun efektivitasnya perlu ditingkatkan. Hal tersebut tercermin dari masih ditemukannya kelemahan-kelemahan yang mempengaruhi efektivitas PKH. Proses validasi calon peserta PKH juga belum sepenuhnya optimal.

Data calon peserta PKH pada formulir validasi tidak *up to date* dan proses validasi calon peserta PKH belum sepenuhnya sesuai dengan data sebenarnya. Ini mengindikasikan lemahnya perencanaan. Hal tersebut dapat mengakibatkan timbulnya kecemburuan sosial bagi RTSM yang tidak menjadi peserta PKH dan menghambat proses pembayaran. Hal ini terjadi karena pendamping tidak sinergi melakukan proses validasi yang menyeluruh serta data calon peserta PKH dari BPS maupun Tim Nasional Percepatan dan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) bukan data terbaru. Verifikasi atas pemenuhan syarat peserta PKH dilakukan terhadap pendaftaran dan kehadiran baik di sekolah untuk komponen pendidikan maupun Puskesmas atau jaringannya untuk komponen kesehatan. Verifikasi dilaksanakan secara rutin oleh pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan menggunakan formulir verifikasi yang telah disediakan. Formulir verifikasi yang dirancang bagi setiap peserta PKH ini dikelola oleh SIM UPPKH Pusat dan diakses oleh PT POS untuk cetak formulir setiap bulan. Dengan begitu PT POS dapat mengakses dan mengirim cetakan formulir ini ke masing-masing unit pelayanan untuk diisi. Hasil verifikasi yang telah diisi diambil secara periodik oleh PT POS untuk dikirim ke UPPKH Kabupaten/Kota untuk entri data. Hasil verifikasi ini juga akan disampaikan oleh UPPKH Kabupaten/Kota kepada pendamping agar pendamping mengetahui peserta PKH yang tidak memenuhi komitmennya. Untuk tahap awal, verifikasi dilakukan berdasarkan pendaftaran siswa ke sekolah dan pendaftaran anak usia 0-6 tahun, ibu hamil, dan ibu nifas ke Puskesmas atau jaringannya. Verifikasi sebagai bukti terdaftar bagi peserta PKH untuk komponen kesehatan dilakukan dengan melakukan kunjungan ke Puskesmas terdekat atau jaringannya. Kegiatan ini dilakukan secara rutin sesuai dengan jadwal masing-masing peserta. Untuk kunjungan pertama, peserta akan didampingi oleh pendamping setelah pertemuan awal dilakukan dan peserta memperoleh Kartu PKH. Pemeriksaan awal ini merupakan dasar untuk pembayaran pertama. Pada saat pemeriksaan awal, peserta harus diperiksa anak/kandungannya untuk diberitahu pelayanan apa yang mereka akan dapat saat pemeriksaan berikutnya. Verifikasi kehadiran dilakukan pada pemeriksaan berikutnya yang dilakukan di Puskesmas terdekat dengan tempat tinggal peserta maupun jaringannya. Dalam melakukan verifikasi, petugas kesehatan mencatat berdasarkan ketidakhadiran peserta dalam pemeriksaan atau kunjungan berikutnya. Di lembaga pendidikan yang

memiliki peserta PKH, guru hanya mencatat peserta didik yang tidak memenuhi komitmen kehadiran yang telah ditentukan yaitu sekurang-kurangnya 85% hari sekolah atau ketentuan tatap muka setiap bulannya. Pengecualian diberlakukan pada peserta didik yang absen karena sakit paling lama 3 hari atau terjadinya bencana alam di daerah tersebut. Jika terdapat kasus sakit lebih dari 3 hari secara berturut-turut, peserta didik tersebut wajib memberi surat keterangan sakit yang dikeluarkan oleh dokter atau petugas kesehatan yang diakui. Peserta bisa saja diminta datang lebih sering ketimbang yang tercatat dalam persyaratan, tetapi program ini hanya mencatat pemeriksaan yang sesuai daftar yang ada di persyaratan saja. Proses verifikasi atas komitmen peserta PKH terhadap kesehatan dan pendidikan juga belum optimal. Belum ada panduan yang jelas mengenai kesinambungan seluruh proses verifikasi, pengisian formulir verifikasi yang seharusnya diisi penyedia pelayanan (*service provider*) tidak dilaksanakan dan pengisian formulir verifikasi tidak berdasarkan dokumen pendukung yang dimiliki *service provider*. Hal tersebut mengakibatkan informasi yang diperoleh dari pengisian formulir verifikasi tidak dapat digunakan sebagaimana mestinya dan tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Hal ini terjadi antara lain kurangnya pemahaman *service provider* dalam mengisi formulir verifikasi. Tidak ada keseragaman kebijakan yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial membuat pembayaran bantuan menjadi kurang efektif. Hal ini terjadi karena Kementerian Sosial belum membuat kebijakan yang pasti dan seragam terkait penetapan bantuan untuk usia peralihan, perubahan tingkat pendidikan, dan pasca penyelesaian pendidikan. Hal inilah yang membuat sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo memberi skor rendah untuk indikator pengumpulan dana dan penciptaan pendapatan.

Tabel 5
Sumber Daya Manusia

SUMBER DAYA MANUSIA	1		2		3		4	
	PERLU PENINGKATAN KAPASITAS	SKOR	TINGKAT KAPASITAS DASAR	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR
PENGISIAN PEGAWAI	Banyak posisi tidak terisi atau terisi secara tidak memadai	98 (74,2%)	Sebagian besar posisi penting terisi	32 (24,3%)	Posisi-posisi hampir semua terisi	2 (1,5%)	Posisi-posisi semuanya terisi	0 (0%)
KEPEMIMPINAN ORGANISASI	Sulit membangun kepercayaan dan hubungan dengan orang lain	89 (67,3%)	Responsif terhadap peluang-peluang dari orang lain untuk berkerja sama	41 (31,1%)	Aktif dan mudah membangun hubungan dan kepercayaan dengan orang lain	1 (0,8%)	Selalu menciptakan hubungan yang berhasil dengan orang-orang di dalam dan di luar organisasi	1 (0,8%)

EFEKTIVITAS PRIBADI DAN ANTAR PRIBADI	Gagal memperoleh rasa hormat dari orang lain	92 (69,7%)	Memperoleh rasa hormat dari orang lain dan meluangkan waktu untuk membina hubungan	40 (30,3%)	Dihormati orang lain dan dimintakan nasihat dan bimbingan	0 (0%)	Dipandang sebagai orang yang "luar biasa" yang dapat memberi inspirasi kepada orang lain	0 (0%)
PEMIKIRAN ANALITIK DAN STRATEGIK	Bergantung terutama pada intuisi bukan pada analisis strategik	94 (71,2%)	Dapat menganalisis strategi tetapi belum bisa menghasilkan strategi	38 (28,8%)	Cepat mengasimilasi informasi kompleks dan menyaringnya menjadi isu-isu inti	0 (0%)	Memiliki kemampuan yang tajam dan luarbiasa untuk mensintesis kompleksitas	0 (0%)
KETERGANTUNGAN PADA PIMPINAN/ATASAN	Sangat tergantung pada pimpinan/atasan	89 (67,3%)	Memiliki ketergantungan tinggi pada pimpinan/atasan	41 (31,1%)	Memiliki ketergantungan yang terbatas pada pimpinan/atasan	1 (0,8%)	Percaya tetapi tidak tergantung pada pimpinan/atasan	1 (0,8%)
PEGAWAI	Pegawai ditarik dari latar belakang dan pengalaman yang sempit	92 (69,7%)	Ada beberapa variasi latar belakang dan pengalaman pegawai	40 (30,3%)	Pegawai ditarik dari latar belakang dan pengalaman yang beragam	0 (0%)	Pegawai ditarik dari latar belakang dan pengalaman yang sangat beragam	0 (0%)
SKOR TOTAL		554 (69,9%)		232 (29,3%)		4 (0,5%)		2 (0,3%)

Sumber: Data diolah

Tabel 5 memperlihatkan bahwa kemampuan kolektif, pengalaman, potensi dan komitmen semua anggota organisasi dinilai oleh sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo perlu ditingkatkan. Sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo (69,9%) hanya memberikan skor 1 untuk setiap indikator sumber daya manusia. Selebihnya skor 2 diberikan oleh 29,3% anggota serta 0,5% dan 0,3% yang masing-masing memberikan skor 3 dan 4. Ini mengindikasikan bahwa kualitas sumber daya manusia organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo belum mendukung tercapainya tujuan PKH. Keberhasilan PKH tentu tidak dapat dilepaskan dari kualitas sumber daya manusia yang melaksanakan program tersebut. Di masa yang akan datang, idealnya PKH beroperasi di seluruh kabupaten/kota dan bahkan seluruh kecamatan. Saat ini PKH tidak beroperasi di semua desa dalam satu kecamatan dan apabila perluasan PKH akan dilakukan, tentu saja hal ini juga membutuhkan sumber daya manusia yang memadai baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Berdasarkan hasil evaluasi PKH yang dilakukan oleh Hermawati (2012), kualitas sumber daya manusia berbagai pihak yang terlibat PKH seperti sekretariat, operator (SIM, SPM, administrasi), *service provider* (petugas kesehatan, petugas pendidikan, petugas pembayaran) umumnya sudah relatif baik. Tetapi permasalahan lebih terletak pada pendamping PKH. Hasil penelitian Habibullah (2011) menyimpulkan bahwa selama ini pendamping PKH lebih memainkan peran teknis untuk keberhasilan program secara administratif dan kurang memainkan peran fasilitatif, representatif, dan

edukatif. Padahal pendamping PKH merupakan ujung tombak PKH. Ada beberapa permasalahan yang terkait dengan pendamping PKH yaitu 1) Pada saat seleksi dan rekrutmen, pilihan yang tersedia adalah merekrut pendamping yang berkualitas atau pendamping yang berasal dari daerah dampingan tetapi tidak berkualitas; 2) Pendidikan dan pelatihan pembekalan terhadap pendamping hanya dilakukan pada saat awal pendampingan dan pada saat bimbingan teknis; dan 3) Pada saat pendampingan, pendamping PKH lebih cenderung menjalankan tugas-tugas administratif daripada pendampingan sosial. Selain itu ada beberapa masalah lain yang terkait dengan tingkat motivasi pendamping (Habibullah dan Noviana, 2013). Umumnya pendamping PKH mempertanyakan status mereka. Pada saat rekrutmen, pendamping PKH menandatangani surat pernyataan yang menyatakan untuk tidak menuntut dijadikan PNS dan bersedia bekerja *full time* dan tidak melakukan rangkap jabatan. Dengan usia sebagian besar 26 tahun ke atas, maka kebanyakan pendamping PKH sudah berkeluarga dan mempunyai anak. Penghasilan sebagai pendamping PKH kurang dapat memenuhi kebutuhan hidup dan mereka terpaksa harus mencari kerja atau usaha sampingan. Bagi pendamping yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, kepastian keberlanjutan pekerjaan merupakan suatu yang diharapkan karena seiring dengan bertambahnya usia peluang untuk mencari pekerjaan lain semakin berkurang. Pendamping PKH juga berharap adanya peningkatan karir. Seiring dengan perkembangan PKH yang senantiasa berkembang, berbagai posisi jabatan di atas pendamping berkembang mulai dari koordinator pendamping, operator, koordinator wilayah, koordinator regional, maupun tenaga ahli. Beberapa posisi jabatan tersebut menawarkan penghasilan yang relatif lebih tinggi dibanding pendamping PKH. Beberapa pendamping PKH yang mempunyai kemampuan dan pengalaman dalam PKH semestinya diberikan prioritas untuk menempati posisi jabatan tersebut. Pengembangan karir merupakan hal yang penting untuk meningkatkan produktivitas, memperbaiki sikap kerja, dan menciptakan kepuasan kerja. Pendamping PKH sebagian besar berlatar pendidikan sarjana dari berbagai disiplin ilmu, tetapi dengan latar belakang tersebut belum tentu berhasil melakukan pendampingan di masyarakat. Oleh karena itu diperlukan peningkatan kapasitas pendamping PKH. Pendamping PKH hanya dibekali dengan pendidikan dan pelatihan pada saat awal pendampingan dan setiap tahun seharusnya mendapatkan *up grade* pengetahuan tentang PKH melalui

bimbingan teknis. Pengembangan kapasitas pendamping PKH harus mencakup kapasitas: 1) Mengakses informasi, teknologi baru, sumber daya finansial dan material, serta keterampilan dan pengetahuan; 2) Menganalisis situasi, mengidentifikasi masalah yang dihadapi serta potensi yang dimiliki; 3) Menetapkan tujuan-tujuan; 4) Merencanakan anggaran, mengelola, dan melaksanakan program atau proyek; 5) Memonitor dan mengevaluasi; 6) Mengorganisasi dan memobilisasi sumber daya; 7) Membuat keputusan dan berpartisipasi dalam proses pembangunan; 8) Membangun kerja sama dan mengembangkan jejaring kegiatan; 9) Mengatasi konflik; dan 10) Mengembangkan kepercayaan diri.

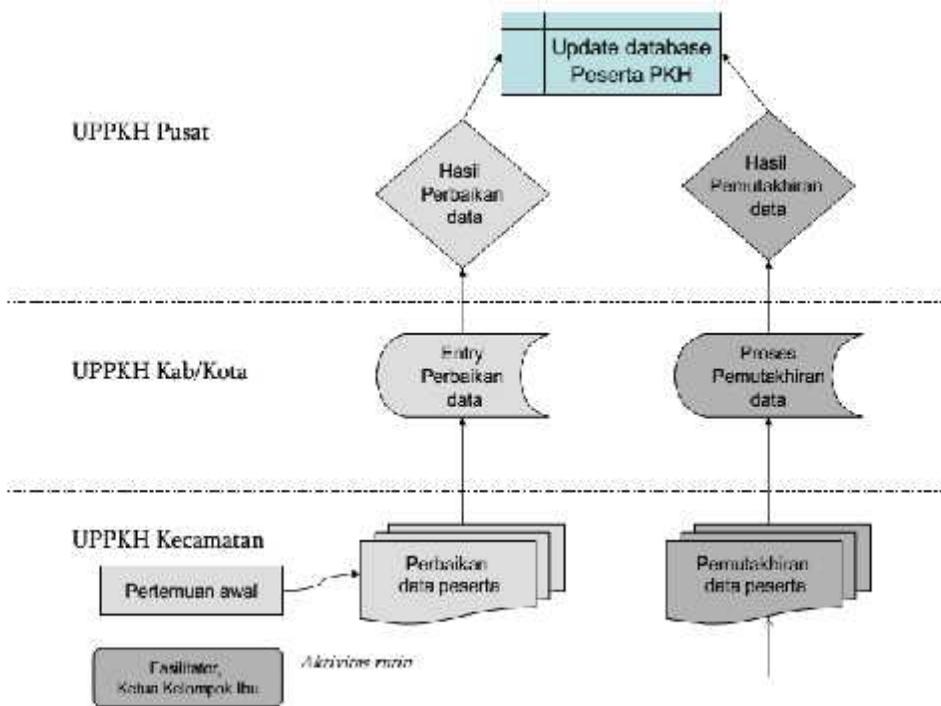
Tabel 6
Sistem dan Infrastruktur

SISTEM & INFRASTRUKTUR	1		2		3		4	
	PERLU PENINGKATAN KAPASITAS	SKOR	TINGKAT KAPASITAS DASAR	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR
SISTEM PERENCANAAN	Perencanaan tidak didukung oleh data yang dikumpulkan secara sistematis	41 (31,1%)	Perencanaan dilakukan menggunakan beberapa data yang dikumpulkan secara sistematis	89 (67,3%)	Beberapa data dikumpulkan dan digunakan secara sistematis untuk mendukung upaya perencanaan dan memperbaikinya	1 (0,8%)	Terdapat sistem pengumpulan data yang formal dan jelas dalam semua bidang yang relevan	1 (0,8%)
KERANGKA PENGAMBILAN KEPUTUSAN	Keputusan dibuat oleh satu orang dan sangat informal	40 (30,3%)	Ada proses pengambilan keputusan yang cukup baik tetapi sering macet dan akhirnya menjadi informal	92 (69,7%)	Ada sistem pengambilan keputusan yang jelas dan formal tetapi tidak selalu dilaksanakan sebagaimana semestinya	0 (0%)	Ada sistem pengambilan keputusan yang jelas dan formal serta melibatkan partisipasi secara luas	0 (0%)
MANAJEMEN PENGETAHUAN	Tidak ada sistem formal untuk mendapatkan dan mendokumentasi pengetahuan internal	38 (28,8%)	Sistem ada di beberapa bidang dan diketahui oleh beberapa orang	94 (71,2%)	Ada sistem yang dirancang dengan baik di beberapa bidang dan diketahui oleh banyak orang	0 (0%)	Ada sistem komprehensif yang dirancang dengan baik untuk mendapatkan, mendokumentasi dan menyebarkan pengetahuan secara internal di semua bidang	0 (0%)
BANGUNAN DAN RUANG KANTOR	Bangunan dan ruang kantor tidak memadai	32 (24,2%)	Bangunan dan ruang kantor sesuai dengan kebutuhan organisasi yang paling penting	98 (74,2%)	Bangunan dan ruang kantor sangat memadai untuk kebutuhan sekarang dari organisasi	2 (1,5%)	Bangunan dan ruang kantor sesuai dengan kebutuhan sekarang dan kebutuhan antisipasi masa depan dari organisasi	0 (0%)
KOMPUTER, APLIKASI, JARINGAN DAN E-MAIL	Tidak ada atau ada penggunaan komputer dan teknologi lainnya yang terbatas dalam kegiatan sehari-hari	41 (31,1%)	Peralatan lengkap di pusat tetapi tidak lengkap atau terbatas di lokasi	89 (67,3%)	Ada infrastruktur perangkat keras dan perangkat lunak yang solid dan dapat diakses serta tingkat penggunaannya tinggi	1 (0,8%)	Ada perangkat keras komputer yang sepenuhnya saling terhubung dan aplikasi perangkat keras yang <i>update</i> dan digunakan oleh	1 (0,8%)

						semua pegawai		
WEBSITE	Organisasi tidak memiliki website sendiri	40 (30,3%)	Ada website dasar berisi informasi umum tetapi sedikit informasi mengenai perkembangan baru	92 (69,7%)	Ada website menyeluruh berisi informasi dasar mengenai organisasi dan juga perkembangan yang paling baru	0 (0%)	Ada website canggih menyeluruh dan interaktif yang selalu <i>update</i> dan terawat	0 (0%)
SISTEM DATABASE DAN PELAPORAN MANAJEMEN	Tidak ada sistem untuk melacak klien, pegawai, <i>outcome</i> program dan informasi keuangan	38 (28,8%)	Ada sistem database elektronik dan pelaporan manajemen dalam beberapa bidang	94 (71,2%)	Ada sistem database elektronik dan pelaporan manajemen di sebagian besar bidang untuk melacak klien, pegawai, <i>outcome</i> program dan informasi keuangan	0 (0%)	Ada sistem database elektronik dan pelaporan manajemen yang canggih untuk melacak klien, pegawai, <i>outcome</i> program dan informasi keuangan	0 (0%)
SKOR TOTAL		270 (29,2%)		648 (70,1%)		4 (0,4%)		2 (0,2%)

Tabel 6 memperlihatkan bahwa perencanaan organisasi, pengambilan keputusan, manajemen pengetahuan, sistem administrasi serta aset-aset fisik dan teknologi yang mendukung organisasi dinilai telah mencapai kapasitas tingkat dasar (*basic*) oleh sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo. Sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo (70,1%) memberikan skor 2 untuk setiap indikator sistem dan infrastruktur. Selebihnya skor 1 diberikan oleh 29,2% anggota serta 0,4% dan 0,2% yang masing-masing memberikan skor 3 dan 4. Kendala utama yang dihadapi dalam pengembangan sistem dan infrastruktur adalah masalah pemuktahiran data. Selama pelaksanaan program, tidak mustahil akan terjadi berbagai kejadian dalam rumah tangga seperti kehamilan, kelahiran bayi, kematian anggota rumah tangga, perpindahan penduduk, perubahan tingkat pendidikan anak, perbaikan nama atau dokumen, perubahan nama penerima PKH, perubahan fasilitas yang diakses dan lain-lain. Dinamika data kepesertaan ini akan berimplikasi dalam pelaksanaan program, antara lain ketentuan persyaratan bagi peserta, besaran bantuan PKH, dan pelaksanaan verifikasi sebagai dasar pembayaran. Alur pemutakhiran data yang dibuat sebagai dampak perubahan data peserta hasil verifikasi baik pada pertemuan awal maupun pertemuan rutin antara peserta dan pendamping PKH dapat dilihat dalam Gambar 3.

Gambar 3
Alur Pemuktahiran Data Kepesertaan PKH



Sumber : Direktorat Jaminan Sosial, 2012:69

Pemuktahiran data adalah perubahan sebagian data awal yang tercatat pada *Master Database* yang bersifat dinamis. Perubahan data ini bisa terjadi sebagai hasil kegiatan pendampingan yang dilaksanakan oleh UPPKH Kecamatan (pendamping) atau jika peserta memberitahu mengenai perubahan data tersendiri. Kemungkinan perubahan terhadap data peserta dapat dimonitor melalui Sistem Informasi Manajemen – contohnya, jika seorang anak sudah berusia 5 tahun dan 9 bulan, berarti dalam waktu 3 bulan dia akan keluar dari PKH Kesehatan dan masuk ke PKH Pendidikan. Pendamping PKH wajib mengawasi bila terjadi perubahan dalam struktur keluarga peserta yang berpengaruh pada perubahan data peserta, baik melalui forum pertemuan bulanan dengan Ketua Kelompok, maupun melalui data SIM. Tugas pendamping selanjutnya adalah membantu peserta mengisi Formulir Pemuktahiran Data untuk dimasukkan oleh UPPKH Kabupaten/Kota ke dalam *Master Database*. Semua perubahan data harus didukung pula oleh bukti-bukti yang kuat. Pemuktahiran data dilaporkan oleh peserta di UPPKH

Kecamatan. Pendamping PKH bekerja sama dengan ketua kelompok ibu peserta PKH akan memverifikasi perubahan data terkait menggunakan format Pemutakhiran Data. Data yang telah diverifikasi selanjutnya diteruskan ke UPPKH Kabupaten/Kota setiap minggu kedua setiap bulan untuk diproses dan dikirim ke UPPKH Pusat. Proses pemutakhiran data di UPPKH pusat maksimal dilakukan 2 minggu setelah laporan diterima. Hal ini dimaksud agar data tersebut dapat digunakan sebagai dasar pembayaran periode berikutnya. Perluasan PKH setiap tahunnya juga akan berdampak pada pengembangan sistem dan infrastruktur yang terus menerus. Pada tahun 2013, PKH mempekerjakan sekitar 6.700 fasilitator sedangkan Sekretariat TNP2K memperkirakan jumlah ideal untuk melayani 3 juta rumah tangga penerima bantuan setidaknya 12.500 fasilitator (dalam Nazara dan Rahayu, 2013:3). Sistem dan infrastruktur sekarang dinilai hanya memiliki kapasitas tingkat dasar (*basic*) dan untuk mengantisipasi perluasan PKH di masa depan maka sistem dan infrastruktur ini perlu dikembangkan lebih lanjut.

Tabel 7
Struktur Organisasi

STRUKTUR ORGANISASI	1		2		3		4	
	PERLU PENINGKATAN KAPASITAS	SKOR	TINGKAT KAPASITAS DASAR	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR
RANCANGAN ORGANISASI	Satuan-satuan organisasi tidak dirancang serta peran, tanggung-jawabnya tidak jelas	31 (23,4%)	Beberapa satuan organisasi didefinisikan dengan jelas tapi sebagian besar peran dan tanggung-jawabnya tidak mencerminkan realitas organisasi	99 (75%)	Satuan-satuan organisasi didefinisikan dengan jelas tetapi peran dan tanggung-jawabnya tidak selalu mencerminkan realitas organisasi	1 (0,8%)	Peran dan tanggung-jawab semua satuan organisasi diformalkan, jelas dan saling melengkapi serta mencerminkan realitas yang ada	1 (0,8%)
KOORDINASI ANTAR FUNGSI	Tidak ada atau ada sedikit koordinasi antar program dan unit-unit organisasi yang berbeda	34 (25,8%)	Interaksi antara program dan unit-unit yang berbeda umumnya baik tetapi ada isu-isu koordinasi yang muncul	96 (72,7%)	Semua program dan unit berfungsi bersama secara efektif dengan sedikit isu koordinasi	2 (1,5%)	Integrasi antar program dan unit yang berbeda berlangsung konstan dan mulus	0 (0%)
RANCANGAN PEKERJAAN INDIVIDUAL	Peran dan tanggung-jawab tidak jelas dengan banyak tumpang-tindih	32 (24,2%)	Ada beberapa peran dan tanggung-jawab yang tidak jelas atau tumpang tindih	94 (71,2%)	Sebagian besar pegawai memiliki peran dengan kegiatan dan hubungan pelaporan yang jelas dan tumpang-tindih yang minimal	5 (3,8%)	Semua peran terhubung dengan jabatan dan semua pegawai memiliki peran inti yang jelas	1 (0,8%)
SKOR TOTAL		97 (24,5%)		289 (73%)		8 (2%)		2 (0,5%)

Sumber: Data diolah

Tabel 7 memperlihatkan bahwa kombinasi tata kelola (*governance*), rancangan organisasi, koordinasi antar fungsi, dan uraian pekerjaan yang membentuk struktur hukum dan manajemen organisasi dinilai telah mencapai kapasitas tingkat dasar (*basic*) oleh sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo. Sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo (73%) memberikan skor 2 untuk setiap indikator struktur organisasi. Selebihnya skor 1 diberikan oleh 24,5% anggota serta 2% dan 0,5% yang masing-masing memberikan skor 3 dan 4. Hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar peran dan tanggung-jawab unit-unit dalam organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo belum mencerminkan realitas organisasi di mana masih ada peran dan tanggung-jawab yang tidak jelas atau tumpang tindih dan juga masih beberapa masalah terkait dengan koordinasi. Struktur organisasi sekarang dinilai hanya memiliki kapasitas tingkat dasar (*basic*) dan untuk mengantisipasi perluasan PKH di masa depan maka struktur organisasi ini perlu kembangkan kapasitasnya lebih lanjut. Pengembangan kapasitas dalam hal restrukturisasi organisasi mencakup peninjauan atas pengaturan struktur organisasi, pembagian wewenang serta tugas pokok dan fungsi dalam tiap-tiap bagian dalam struktur, pengalokasian sumber daya manusia secara tepat untuk memenuhi fungsi dan tugas-tugas yang dibebankan, dan mekanisme-mekanisme akuntabilitas dan transparansi yang dikembangkan. Restrukturisasi organisasi menjadi langkah yang penting dalam rangka mengefisienkan pengelolaan sumber-sumber daya, termasuk sumber daya manusia, untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi, sekaligus meningkatkan fungsi-fungsi pelayanan dari organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo.

Tabel 8
Budaya

BUDAYA	1		2		3		4	
	PERLU PENINGKATAN KAPASITAS	SKOR	TINGKAT KAPASITAS DASAR	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR	TINGKAT KAPASITAS SEDANG	SKOR
KINERJA SEBAGAI NILAI BERSAMA	Pegawai dipekerjakan, diberi imbalan dan dipromosikan tanpa alasan yang jelas	92 (69,7%)	Kontribusi kinerja terkadang digunakan salah satu kriteria untuk mempekerjakan, memberi imbalan dan mempromosikan pegawai	40 (30,3%)	Kontribusi pegawai terhadap dampak sosial, keuangan dan organisasi dianggap sebagai kriteria utama dalam mempekerjakan memberi imbalan dan mempromosikan pegawai	0	Semua pegawai dipekerjakan, diberi imbalan dan dipromosikan karena kontribusinya terhadap dampak sosial, keuangan dan organisasi	0
KEPERCAYAAN	Tidak ada	94	Ada keyakinan	38	Ada keyakinan	0	Ada keyakinan dan	0

DAN NILAI BERSAMA	keyakinan dan nilai dasar bersama dalam organisasi	(71,2%)	dasar bersama pada beberapa kelompok dalam organisasi	(28,8%)	dasar bersama yang dimiliki oleh banyak orang dalam organisasi		nilai bersama yang dimiliki secara luas dalam organisasi	
ACUAN DAN PRAKTEK BERSAMA	Tidak ada praktek dan acuan bersama dalam organisasi (seperti tradisi, ritual, aturan tidak tertulis, cerita, pahlawan atau model peran, simbol, bahasa dan pakaian)	89 (67,3%)	Ada acuan dan praktek bersama dalam beberapa kelompok	41 (31,1%)	Ada acuan dan praktek bersama yang diadopsi oleh banyak orang dalam organisasi	1 (0,8%)	Ada acuan dan praktek bersama yang mencakup tradisi, ritual, aturan tidak tertulis, cerita, pahlawan atau model peran, simbol, bahasa dan pakaian yang diadopsi oleh semua anggota organisasi	1 (0,8%)
SKOR TOTAL		275 (69,4%)		119 (30,1%)		1 (0,3%)		1 (0,3%)

Sumber: Data diolah

Tabel 8 memperlihatkan bahwa jaringan yang mengikat organisasi termasuk nilai-nilai dan praktek, norma-norma perilaku serta orientasi organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo terhadap kinerja belum mendukung tercapainya tujuan PKH dan memerlukan perubahan budaya organisasi. Sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo (69,4%) hanya memberikan skor 1 untuk setiap indikator budaya organisasi. Selebihnya skor 2 diberikan oleh 30,1% anggota serta 0,3% dan 0,3% yang masing-masing memberikan skor 3 dan 4. Denison (1990:42) mengidentifikasi empat pandangan dasar mengenai budaya organisasi yang dapat diterjemahkan ke dalam empat karakteristik yang berbeda yaitu misi, konsistensi, keterlibatan/partisipasi dan kemampuan adaptasi. Organisasi-organisasi yang efektif memiliki budaya yang adaptif tetapi sangat konsisten dan dapat diramalkan, dan yang mendorong partisipasi/keterlibatan yang tinggi tetapi dilakukan dalam konteks misi yang sama (Denison, 1990:49). organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo ternyata tidak memiliki karakteristik-karakteristik ideal tersebut. organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo dinilai tidak memiliki kejelasan misi, tidak memiliki kejelasan strategi, tidak memiliki tujuan yang disepakati secara luas, memiliki tujuan yang ambisius tapi tidak selalu realistis, tidak memiliki kesamaan visi, dan tidak memiliki visi yang mampu menciptakan kegairahan dan motivasi bagi semua anggota organisasi. Ini membuat organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo mengalami kesulitan untuk mengkoordinasi dan mendorong aparat-aparatnya ke arah pencapaian tujuan-tujuan kolektif. organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo sebenarnya memiliki misi dan visi yang tertuang dalam rencana strategiknya. Tidak adanya kesamaan perspektif di

antara orang-orang dan bagian-bagian yang berbeda, sulitnya melakukan koordinasi antar bagian yang berbeda, sulitnya mencapai konsensus mengenai berbagai masalah, tidak adanya persetujuan yang jelas mengenai cara yang benar dan salah dalam melakukan pekerjaan, tidak adanya nilai yang jelas dan konsisten dalam melakukan pekerjaan, dan tidak diketahuinya kode etik atau sejenisnya yang menuntun perilaku dan membedakan yang baik dari yang buruk membuat organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo mengalami kesulitan dalam meningkatkan koordinasi internal serta mendorong arti dan rasa identifikasi pada aparat-aparatnya. Perencanaan yang tidak melibatkan setiap orang, kurangnya keterlibatan anggota dalam pekerjaan, kurangnya dorongan aktif untuk melakukan kerjasama antar bagian, kurangnya penggunaan kerja kelompok untuk menyelesaikan pekerjaan, kurangnya keinginan untuk melakukan investasi keahlian, dan tidak dipandanginya kemampuan individu sebagai sumber keunggulan yang penting mencerminkan rendahnya rasa tanggung-jawab dan kepemilikan dari anggota-anggota organisasi yang akhirnya membuat komitmen dan loyalitas organisasi menjadi rendah. Kurangnya fleksibilitas cara kerja, kurangnya keinginan untuk menggunakan cara-cara kerja baru yang lebih baik, kecilnya kemungkinan komentar dan rekomendasi publik menimbulkan perubahan pada organisasi, tidak mampunya input publik secara langsung mempengaruhi organisasi, kurangnya kemauan belajar dari kegagalan, dan tidak adanya dorongan dan imbalan terhadap inovasi dan pengambilan risiko menyebabkan rendahnya kemampuan organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo dalam menerima, menginterpretasikan, dan menerjemahkan sinyal-sinyal dari lingkungan ke dalam perubahan organisasi dan perilaku internal yang akan mendorong ketahanan, pertumbuhan, dan perkembangan organisasi. Belum adaptifnya budaya organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo ditambah dengan ketidakkonsistenan, partisipasi/keterlibatan yang rendah serta ketidaksamaan misi antar individu anggota membuat sebagian besar anggota organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo memberi skor rendah untuk semua indikator budaya.

4. SIMPULAN

Secara umum kapasitas organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo dinilai masih lemah dan perlu ditingkatkan. Dari tujuh unsur kerangka kapasitas yang terdiri dari aspirasi, strategi, keahlian organisasi, sumber daya

manusia, sistem dan infrastruktur, struktur organisasi serta budaya yang diukur menggunakan Kisi-Kisi Penilaian Kapasitas McKinsey, lima unsur yaitu aspirasi, strategi, keahlian organisasi, sumber daya manusia dan budaya dinilai masih lemah dan hanya dua unsur yaitu sistem dan infrastruktur serta struktur organisasi yang dinilai memiliki kapasitas tingkat dasar (*basic*). Untuk mengantisipasi perluasan PKH di masa depan, maka unsur-unsur yang pada saat ini dinilai memiliki kapasitas tingkat dasar juga dapat menjadi lemah dan akhirnya memerlukan peningkatan kapasitas. Untuk meningkatkan kapasitas organisasi sebaiknya organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo menyelenggarakan berbagai program penguatan kapasitas. Beberapa program penguatan kapasitas yang disarankan di antaranya adalah penguatan sumber daya manusia, penguatan sistem penilaian kinerja dan mekanisme insentif atas kerja, integrasi sistem dan infrastruktur, penguatan proses perencanaan, *monitoring* dan evaluasi, penguatan kapasitas kepemimpinan, pengembangan akuntabilitas serta pengembangan sistem dokumentasi dan pusat pembelajaran (*learning center*). Dengan menyelenggarakan berbagai program penguatan kapasitas tersebut diharapkan organisasi pelaksana PKH Provinsi Gorontalo dapat menjadi lebih siap dalam mengantisipasi perluasan PKH di masa depan dan bisa mewujudkan tujuan PKH di wilayahnya.

REFERENSI

- Denison, Daniel R. 1990. *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. New York : John Wiley & Sons
- Direktorat Jaminan Sosial Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. 2012. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan (PKH)*. Jakarta : Kementerian Sosial.
- Direktorat Penanggulangan Kemiskinan Pedesaan. 2012. *Petunjuk Pelaksanaan (Juklak) Penanggulangan Kemiskinan di Kabupaten Daerah Tertinggal*. Jakarta : Kementerian Sosial.
- Habibullah & Ivo Noviana. 2013. *Kebijakan Pendamping Program Harapan Keluarga*. Jakarta : P3KS Press.

- McKinsey & Company. 2001. *Effective Capacity Building in Nonprofit Organizations*. New York : Venture Philanthropy Partners.
- Nazara, Suahasil & Sri Kusumastuti Rahayu. 2013. *Program Keluarga Harapan (PKH): Program Bantuan Dana Tunai Bersyarat di Indonesia* dalam Research Brief No. 42 Oktober 2013. Jakarta : International Policy Center for Inclusive Growth.
- Republik Indonesia, *Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial*.
- Republik Indonesia. 2013. *Ikhtisar Hasil Pemeriksaan Semester I Tahun 2013 Buku III Pemeriksaan Kinerja*. Jakarta : Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia
- Republik Indonesia. Undang-Undang Dasar 1945.
- Tim Sosialisasi Penyesuaian Subsidi Bahan Bakar Minyak. 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi dan Implementasi Program-Program Kompensasi Kebijakan Penyesuaian Subsidi Bahan Bakar Minyak 2013*. Jakarta : Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.