



Jurnal BADATI Ilmu Sosial & Humaniora

Vol 7 No 1 April 2025

P-ISSN : 1907 – 5340

E-ISSN : 2722 - 3248

Hal. : 167 - 192

INTEGRASI KEBIJAKAN SOSIAL DAN TATA KELOLA ADMINISTRASI PUBLIK: STUDI KASUS PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL DI INDONESIA

Josephus Noya,

Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Kristen Indonesia Maluku

email: josephusnoya@yahoo.com

Abstrak

Artikel ini mengkaji integrasi kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik dalam konteks program perlindungan sosial di Indonesia. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan studi kasus pada implementasi Program Keluarga Harapan (PKH), Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan Kartu Indonesia Pintar (KIP). Melalui analisis dokumen kebijakan, wawancara mendalam, dan observasi lapangan, penelitian mengidentifikasi tantangan utama dalam integrasi kebijakan sosial yaitu: koordinasi lintas sektoral yang lemah, inkonsistensi pendataan penerima manfaat, dan kapasitas institusional yang terbatas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa efektivitas program perlindungan sosial di Indonesia sangat bergantung pada derajat integrasi kebijakan dan kualitas tata kelola administrasi publik. Penelitian ini merekomendasikan perlunya penguatan sistem informasi terpadu, peningkatan kapasitas implementor di level daerah, dan reformasi birokrasi yang berorientasi pada pendekatan adaptif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Kata kunci: kebijakan sosial, tata kelola administrasi publik, perlindungan sosial, integrasi kebijakan, Indonesia

1. Pendahuluan

Perlindungan sosial merupakan elemen penting dalam strategi pembangunan di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Sebagai negara dengan populasi lebih dari 270 juta jiwa yang tersebar di 17.000 pulau, Indonesia menghadapi tantangan signifikan dalam mengimplementasikan program perlindungan sosial yang efektif, komprehensif, dan tepat sasaran (World Bank, 2020). Pasca krisis ekonomi 1998, Indonesia mengalami transformasi kebijakan

sosial yang substansial, dari pendekatan residual menuju sistem perlindungan sosial yang lebih inklusif dan berorientasi pada hak. Transformasi ini ditandai dengan pengenalan berbagai program perlindungan sosial seperti bantuan tunai bersyarat, asuransi kesehatan, dan bantuan pendidikan (Sumarto, 2017).

Namun, implementasi program perlindungan sosial di Indonesia menghadapi kompleksitas tersendiri yang berkaitan dengan aspek tata kelola administrasi publik. Warisan struktur birokrasi yang terfragmentasi, desentralisasi yang belum optimal, serta kapasitas institusional yang bervariasi antar daerah menjadi tantangan dalam mengintegrasikan kebijakan sosial secara efektif (Halimatusa'diyah, 2020). Kondisi ini seringkali menyebabkan inefisiensi program, duplikasi layanan, eksklusi dan inklusi yang keliru dalam penargetan, serta rendahnya dampak program terhadap pengurangan kemiskinan dan ketimpangan.

Literatur terdahulu telah mengeksplorasi berbagai aspek program perlindungan sosial di Indonesia, seperti efektivitas dan dampaknya terhadap pengurangan kemiskinan (Suryahadi et al., 2018), tantangan implementasi di era desentralisasi (Sparrow et al., 2017), dan inklusivitas program terhadap kelompok rentan (Sumarto & Ferraz, 2019). Namun, kajian yang secara khusus menganalisis integrasi kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik dalam konteks program perlindungan sosial di Indonesia masih terbatas. Padahal, pemahaman mendalam tentang keterkaitan kedua aspek ini sangat penting untuk meningkatkan efektivitas program perlindungan sosial.

Penelitian ini bertujuan untuk: (1) menganalisis mekanisme integrasi kebijakan sosial dalam implementasi program perlindungan sosial di Indonesia; (2) mengidentifikasi tantangan dalam tata kelola administrasi publik yang memengaruhi efektivitas integrasi kebijakan sosial; dan (3) merumuskan rekomendasi untuk meningkatkan integrasi kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik dalam program perlindungan sosial. Fokus penelitian ini adalah pada tiga program unggulan perlindungan sosial di Indonesia, yaitu Program Keluarga Harapan (PKH), Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan Kartu Indonesia Pintar (KIP).

Signifikansi penelitian ini terletak pada kontribusinya terhadap pengembangan kerangka analitis untuk memahami integrasi kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik dalam konteks negara berkembang dengan sistem desentralisasi seperti Indonesia. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan bagi perbaikan desain dan implementasi program perlindungan sosial serta reformasi tata kelola administrasi publik di Indonesia.

2. Tinjauan Literatur

2.1 Kebijakan Sosial dan Perlindungan Sosial

Kebijakan sosial secara luas didefinisikan sebagai intervensi pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui penyediaan layanan sosial, redistribusi pendapatan, dan perlindungan terhadap risiko sosial (Spicker, 2014). Dalam konteks negara berkembang, kebijakan sosial sering difokuskan pada pengentasan kemiskinan, pemerataan akses terhadap layanan dasar seperti kesehatan dan pendidikan, serta perlindungan terhadap guncangan ekonomi dan bencana (Barrientos & Hulme, 2016).

Perlindungan sosial merupakan salah satu instrumen kebijakan sosial yang penting. Conway et al. (2000) mendefinisikan perlindungan sosial sebagai serangkaian kebijakan dan program yang dirancang untuk mengurangi kemiskinan dan kerentanan melalui promosi pasar tenaga kerja yang efisien, pengurangan paparan individu terhadap risiko, dan peningkatan kapasitas mereka untuk melindungi diri sendiri terhadap bahaya dan gangguan pendapatan. Devereux dan Sabates-Wheeler (2004) mengidentifikasi empat fungsi perlindungan sosial: protektif (memberikan bantuan untuk meringankan deprivasi), preventif (mencegah deprivasi), promotif (meningkatkan pendapatan dan kapabilitas), dan transformatif (mengatasi kerentanan struktural).

Dalam dua dekade terakhir, pendekatan terhadap perlindungan sosial di negara berkembang telah bergeser dari paradigma bantuan sosial (safety net) yang bersifat residual dan sementara menuju sistem perlindungan sosial yang lebih komprehensif dan berbasis hak (Barrientos, 2013). Pergeseran ini juga terlihat di Indonesia, di mana pemerintah berupaya membangun sistem perlindungan sosial yang lebih inklusif dan terintegrasi pasca krisis ekonomi 1998 (Suryahadi et al., 2018).

2.2 Tata Kelola Administrasi Publik

Tata kelola administrasi publik merujuk pada proses, struktur, dan mekanisme melalui mana kebijakan publik dirumuskan, diimplementasikan, dan dievaluasi. Konsep ini mencakup aspek-aspek seperti desentralisasi, akuntabilitas, transparansi, partisipasi, kapasitas institusional, dan koordinasi antar lembaga (Osborne, 2010). Dalam konteks implementasi kebijakan sosial,

kualitas tata kelola administrasi publik sangat memengaruhi efektivitas program dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

Pierre dan Peters (2005) mengidentifikasi tiga pendekatan utama dalam tata kelola administrasi publik: hierarkis (berfokus pada struktur birokrasi dan hubungan otoritas), jaringan (menekankan kolaborasi antar aktor), dan pasar (berfokus pada prinsip-prinsip efisiensi dan kompetisi). Di negara berkembang seperti Indonesia, pendekatan hierarkis masih dominan, meskipun terdapat upaya untuk mengadopsi elemen-elemen pendekatan jaringan dan pasar (Hadiz, 2004).

Desentralisasi, sebagai salah satu aspek penting dalam tata kelola administrasi publik, telah menjadi tren global sejak awal 1990-an. Indonesia melakukan desentralisasi yang cukup radikal pasca Orde Baru melalui UU No. 22/1999 dan UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah. Desentralisasi ini membawa implikasi signifikan terhadap implementasi kebijakan sosial, termasuk perlindungan sosial (Schulze & Sjahrir, 2014). Di satu sisi, desentralisasi memungkinkan kebijakan sosial yang lebih responsif terhadap kebutuhan lokal; di sisi lain, hal ini dapat menimbulkan fragmentasi kebijakan dan variasi kualitas layanan antar daerah jika tidak dibarengi dengan kapasitas institusional yang memadai (Lewis, 2016).

2.3 Integrasi Kebijakan Sosial

Integrasi kebijakan sosial merujuk pada upaya untuk menyelaraskan berbagai program dan inisiatif sosial untuk mencapai tujuan kesejahteraan yang komprehensif. Konsep ini menekankan pentingnya koherensi kebijakan, koordinasi lintas sektoral, dan harmonisasi program untuk menghindari duplikasi, mengoptimalkan sumber daya, dan memaksimalkan dampak (Cecchini et al., 2015).

Integrasi kebijakan sosial dapat terjadi pada berbagai tingkatan: integrasi vertikal (antar tingkat pemerintahan), integrasi horizontal (antar sektor atau lembaga pada tingkat yang sama), integrasi programatik (antar program yang berbeda), dan integrasi administratif (dalam sistem pengiriman layanan) (Cook & Pincus, 2014). Dalam konteks perlindungan sosial, integrasi dapat mencakup aspek-aspek seperti penargetan terpadu, basis data tunggal, mekanisme penyaluran yang terkoordinasi, dan pemantauan serta evaluasi yang terintegrasi (Roelen et al., 2017). Studi empiris menunjukkan bahwa integrasi kebijakan sosial yang efektif dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas program perlindungan sosial. Misalnya, sistem penargetan terpadu di Cile

(Ficha de Protección Social) dan Brasil (Cadastro Único) telah berkontribusi pada peningkatan akurasi penargetan dan koherensi program (Cecchini & Martínez, 2012). Namun, implementasi integrasi kebijakan sosial menghadapi tantangan seperti fragmentasi institusional, kepentingan sektoral, dan keterbatasan kapasitas, terutama di negara-negara dengan tata kelola administrasi publik yang belum optimal (Roelen et al., 2017).

2.4 Program Perlindungan Sosial di Indonesia

Indonesia memiliki sejarah panjang dalam implementasi program perlindungan sosial, dengan perkembangan signifikan terjadi pasca krisis ekonomi 1998. Saat ini, sistem perlindungan sosial di Indonesia mencakup berbagai program, mulai dari bantuan sosial (seperti PKH, Raskin/Rastra/BPNT), jaminan sosial (seperti BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan), hingga pemberdayaan masyarakat (seperti PNPM/Dana Desa) (Sumarto, 2017).

Program Keluarga Harapan (PKH), yang diluncurkan pada tahun 2007, merupakan program bantuan tunai bersyarat yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga miskin melalui akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan. Program ini mencakup persyaratan seperti pemeriksaan kesehatan rutin untuk ibu hamil dan balita serta kehadiran anak-anak di sekolah (Cahyadi et al., 2020). Kartu Indonesia Sehat (KIS), yang diperkenalkan pada tahun 2014, merupakan perluasan dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan akses universal terhadap layanan kesehatan. Sementara itu, Kartu Indonesia Pintar (KIP), juga diluncurkan pada tahun 2014, bertujuan untuk memastikan akses pendidikan bagi anak-anak dari keluarga miskin dan rentan (Sumarto & Ferraz, 2019).

Meskipun program-program ini telah menunjukkan hasil positif dalam meningkatkan indikator kesejahteraan, evaluasi menunjukkan adanya tantangan dalam implementasi, terutama terkait dengan aspek integrasi kebijakan dan tata kelola administrasi publik. Tantangan ini mencakup koordinasi lintas sektoral yang lemah, kapasitas implementor yang bervariasi antar daerah, dan keterbatasan sistem informasi terpadu (SMERU, 2016; World Bank, 2017).

2.5 Kerangka Analitis

Berdasarkan tinjauan literatur di atas, penelitian ini mengembangkan kerangka analitis yang mengintegrasikan perspektif kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik. Kerangka ini mengidentifikasi tiga dimensi utama dalam integrasi kebijakan sosial: integrasi konseptual

(keselarasan tujuan dan pendekatan), integrasi operasional (koordinasi dalam implementasi), dan integrasi sistemik (koherensi dalam sistem penyampaian layanan). Ketiga dimensi ini dipengaruhi oleh empat aspek tata kelola administrasi publik: struktur institusional, kapasitas implementor, sistem informasi, dan mekanisme akuntabilitas.

Kerangka analitis ini digunakan untuk menganalisis integrasi kebijakan sosial dalam implementasi PKH, KIS, dan KIP di Indonesia, serta mengidentifikasi tantangan tata kelola administrasi publik yang memengaruhi efektivitas integrasi tersebut.

3. Metode Penelitian

3.1 Pendekatan dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus untuk menganalisis integrasi kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik dalam implementasi program perlindungan sosial di Indonesia. Pendekatan kualitatif dipilih karena kemampuannya untuk menangkap kompleksitas dan konteks implementasi kebijakan, serta memberikan pemahaman mendalam tentang proses dan mekanisme integrasi kebijakan (Creswell & Poth, 2018). Desain studi kasus memungkinkan eksplorasi mendalam terhadap fenomena kontemporer dalam konteks kehidupan nyata, terutama ketika batas antara fenomena dan konteks tidak jelas (Yin, 2018).

Penelitian ini berfokus pada tiga program perlindungan sosial di Indonesia sebagai unit analisis: Program Keluarga Harapan (PKH), Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan Kartu Indonesia Pintar (KIP). Ketiga program ini dipilih karena merepresentasikan komponen utama sistem perlindungan sosial di Indonesia dan memiliki tujuan yang saling terkait dalam meningkatkan kesejahteraan keluarga miskin dan rentan.

3.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di tiga provinsi di Indonesia yang mewakili karakteristik geografis, sosio-ekonomi, dan kapasitas pemerintahan yang berbeda: DKI Jakarta (mewakili wilayah perkotaan dengan kapasitas pemerintahan yang relatif tinggi), Jawa Timur (mewakili wilayah dengan karakteristik campuran perkotaan-perdesaan dan kapasitas pemerintahan menengah), dan Nusa Tenggara Timur (mewakili wilayah perdesaan dengan kapasitas pemerintahan yang relatif

rendah). Di setiap provinsi, penelitian dilakukan di satu kabupaten/kota dan dua kecamatan yang dipilih secara purposif berdasarkan tingkat kemiskinan dan cakupan program perlindungan sosial.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui kombinasi metode berikut:

1. **Analisis Dokumen:** Peneliti menganalisis dokumen kebijakan, pedoman operasional, laporan implementasi, dan evaluasi program yang terkait dengan PKH, KIS, dan KIP. Dokumen-dokumen ini diperoleh dari kementerian/lembaga terkait, seperti Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, serta TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan).
2. **Wawancara Mendalam:** Wawancara semi-terstruktur dilakukan dengan 75 informan yang mewakili berbagai pemangku kepentingan:
 - Pembuat kebijakan di tingkat nasional (15 informan)
 - Implementor program di tingkat provinsi dan kabupaten/kota (24 informan)
 - Penyedia layanan di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan (21 informan)
 - Penerima manfaat program (15 informan)

Informan dipilih secara purposif berdasarkan pengetahuan dan pengalaman mereka terkait implementasi program perlindungan sosial. Wawancara berfokus pada aspek-aspek integrasi kebijakan dan tata kelola administrasi publik dalam implementasi program.

3. **Observasi Lapangan:** Observasi dilakukan di lokasi-lokasi penyaluran bantuan dan penyediaan layanan untuk mendapatkan pemahaman kontekstual tentang implementasi program di lapangan. Observasi mencakup fasilitas kesehatan (untuk KIS), institusi pendidikan (untuk KIP), dan pertemuan kelompok PKH.
4. **Focus Group Discussion (FGD):** Enam FGD dilakukan (dua di setiap provinsi) untuk mengeksplorasi perspektif kolektif tentang integrasi program perlindungan sosial. FGD melibatkan implementor program di tingkat lokal, penyedia layanan, dan perwakilan masyarakat.

3.4 Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan menggunakan pendekatan analisis tematik sebagaimana diuraikan oleh Braun dan Clarke (2006). Proses analisis mencakup tahapan berikut:

1. **Familiarisasi dengan data:** Transkrip wawancara, catatan observasi, dan dokumen diulas secara menyeluruh untuk mendapatkan pemahaman awal.
2. **Pengkodean awal:** Data dikodekan secara sistematis berdasarkan unit-unit makna yang relevan dengan pertanyaan penelitian.
3. **Identifikasi tema:** Kode-kode dikelompokkan untuk membentuk tema-tema potensial yang mencerminkan pola dalam data.
4. **Peninjauan tema:** Tema-tema ditinjau dalam kaitannya dengan data yang dikodekan dan dataset secara keseluruhan.
5. **Pendefinisian dan penamaan tema:** Tema-tema disempurnakan dan dilabel dengan nama yang jelas dan representatif.
6. **Pelaporan:** Hasil analisis disajikan dengan dukungan kutipan-kutipan data yang relevan.

Untuk meningkatkan kredibilitas hasil, peneliti menggunakan triangulasi sumber (membandingkan data dari berbagai informan) dan triangulasi metode (membandingkan data dari berbagai metode pengumpulan). Peneliti juga melakukan member checking dengan menyajikan interpretasi awal kepada informan kunci untuk mendapatkan validasi atau klarifikasi.

3.5 Etika Penelitian

Penelitian ini mematuhi prinsip-prinsip etika penelitian sebagaimana diatur dalam Peraturan Kepala LIPI No.08/E/2013 tentang Pedoman Etika Penelitian. Sebelum pengumpulan data, peneliti mendapatkan persetujuan etik dari komite etik institusi terkait. Informed consent diperoleh dari semua partisipan setelah mereka diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, prosedur, potensi risiko dan manfaat, serta hak mereka untuk menolak atau menarik diri dari penelitian. Kerahasiaan data dijaga melalui penggunaan pseudonim dan penyimpanan data yang aman. Hasil penelitian dikomunikasikan kepada partisipan dan pemangku kepentingan terkait setelah penelitian selesai.

4. Hasil Penelitian

4.1 Gambaran Program Perlindungan Sosial di Indonesia

4.1.1 Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program bantuan tunai bersyarat yang diperkenalkan pada tahun 2007 dan diimplementasikan secara bertahap di seluruh Indonesia. Berdasarkan dokumen pedoman umum PKH, program ini bertujuan untuk "memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial" (Kementerian Sosial, 2018). PKH menyasar rumah tangga sangat miskin dan rentan yang memiliki komponen kesehatan (ibu hamil, balita, anak usia dini), komponen pendidikan (anak usia sekolah), dan/atau komponen kesejahteraan sosial (lansia dan penyandang disabilitas berat).

Data menunjukkan bahwa cakupan PKH telah meningkat signifikan dari 387.928 keluarga penerima manfaat (KPM) pada tahun 2007 menjadi 10 juta KPM pada tahun 2020 (Kementerian Sosial, 2020). Bantuan PKH disalurkan setiap tiga bulan melalui rekening bank atau layanan keuangan digital. Besaran bantuan bervariasi berdasarkan jumlah dan jenis komponen dalam keluarga, dengan rata-rata bantuan per keluarga sekitar Rp 2,4 juta per tahun pada tahun 2020. Implementasi PKH melibatkan berbagai kementerian/lembaga di tingkat pusat dan daerah. Kementerian Sosial bertindak sebagai leading sector, dengan dukungan dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Dalam Negeri, dan Bappenas. Di tingkat operasional, PKH didukung oleh pendamping sosial yang bertugas memverifikasi kepatuhan KPM terhadap persyaratan program dan memberikan pendampingan sosial.

4.1.2 Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) merupakan perluasan dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. KIS diluncurkan pada tahun 2014 dengan tujuan "memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu yang preminya dibayarkan oleh pemerintah" (Kementerian Kesehatan, 2016). Berbeda dengan JKN reguler, KIS secara khusus menyasar segmen termiskin dan memberikan manfaat tambahan seperti layanan preventif dan promotif serta transportasi untuk wilayah terpencil.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan, jumlah penerima bantuan iuran (PBI) JKN/KIS mencapai 96,8 juta jiwa pada tahun 2020, yang mewakili sekitar 36% dari total penduduk Indonesia. Manfaat KIS mencakup layanan kesehatan komprehensif di fasilitas kesehatan tingkat pertama (seperti puskesmas) dan fasilitas kesehatan rujukan (seperti rumah sakit).

Implementasi KIS melibatkan koordinasi antara Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Kementerian Sosial, dan pemerintah daerah. Kementerian Kesehatan bertanggung jawab atas regulasi dan kebijakan, BPJS Kesehatan mengelola aspek operasional program, Kementerian Sosial berperan dalam penargetan penerima manfaat, dan pemerintah daerah mendukung implementasi di tingkat lokal serta mengalokasikan anggaran tambahan untuk memperluas cakupan.

4.1.3 Kartu Indonesia Pintar (KIP)

Kartu Indonesia Pintar (KIP) adalah program bantuan pendidikan yang diluncurkan pada tahun 2014 sebagai pengganti Program Bantuan Siswa Miskin (BSM). KIP bertujuan untuk "memastikan akses pendidikan bagi anak-anak dari keluarga miskin dan rentan" (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2017). Program ini menyasar siswa dari keluarga miskin dan rentan mulai dari tingkat sekolah dasar hingga menengah atas, termasuk madrasah dan pesantren.

Data Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan menunjukkan bahwa pada tahun 2020, sekitar 20,1 juta siswa menerima manfaat KIP. Bantuan KIP disalurkan langsung ke rekening siswa atau orang tua/wali, dengan besaran bervariasi berdasarkan jenjang pendidikan: Rp 450.000 per tahun untuk SD/MI, Rp 750.000 per tahun untuk SMP/MTs, dan Rp 1.000.000 per tahun untuk SMA/SMK/MA.

Implementasi KIP melibatkan koordinasi antara Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Sosial, dan pemerintah daerah. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Agama bertanggung jawab atas kebijakan dan implementasi program, Kementerian Sosial berperan dalam penargetan penerima manfaat, dan pemerintah daerah mendukung implementasi di tingkat lokal.

4.2 Integrasi Kebijakan Sosial dalam Program Perlindungan Sosial

Analisis dokumen kebijakan dan hasil wawancara dengan pembuat kebijakan di tingkat nasional menunjukkan bahwa terdapat upaya signifikan untuk mengintegrasikan kebijakan sosial dalam implementasi program perlindungan sosial di Indonesia. Upaya integrasi ini tercermin dalam tiga dimensi: integrasi konseptual, integrasi operasional, dan integrasi sistemik.

4.2.1 Integrasi Konseptual

Integrasi konseptual merujuk pada keselarasan tujuan, pendekatan, dan asumsi yang mendasari berbagai program perlindungan sosial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH, KIS, dan KIP memiliki keselarasan konseptual yang cukup kuat. Ketiga program ini didasarkan pada pendekatan perlindungan sosial yang komprehensif yang mengakui keterkaitan antara kemiskinan, kesehatan, dan pendidikan.

Dokumen kebijakan dari ketiga program secara eksplisit menyebutkan pentingnya pendekatan terintegrasi dalam mengatasi kemiskinan dan kerentanan. Misalnya, Pedoman Umum PKH menyatakan bahwa

"PKH dirancang untuk bersinergi dengan program perlindungan sosial lainnya, khususnya KIS dan KIP, dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang komprehensif bagi keluarga miskin dan rentan" (Kementerian Sosial, 2018).

Wawancara dengan pembuat kebijakan di tingkat nasional mengkonfirmasi adanya upaya untuk menyelaraskan landasan konseptual program. Seperti diungkapkan oleh salah satu pejabat tinggi di Kementerian Sosial:

"Kami menyadari bahwa kemiskinan adalah masalah multidimensi yang memerlukan pendekatan terintegrasi. PKH, KIS, dan KIP dirancang untuk saling melengkapi dalam mengatasi berbagai dimensi kemiskinan: PKH memberikan dukungan pendapatan dan mendorong perilaku positif, KIS mengatasi dimensi kesehatan, dan KIP mengatasi dimensi pendidikan." (Wawancara, Informan 3, Kementerian Sosial)

Namun, penelitian juga menemukan beberapa inkonsistensi dalam landasan konseptual program. Misalnya, meskipun ketiga program menasar populasi yang serupa (keluarga miskin dan rentan), terdapat perbedaan dalam definisi operasional dan kriteria kelayakan yang digunakan. Perbedaan ini 177ectoral mencerminkan prioritas 177ectoral dan kelembagaan yang berbeda, seperti diungkapkan oleh seorang pejabat di Bappenas:

"Meskipun ada upaya untuk menyelaraskan konsep dan pendekatan, setiap kementerian masih memiliki perspektif dan prioritas sendiri. Misalnya, Kementerian Kesehatan lebih menekankan aspek cakupan universal, sementara Kementerian Sosial lebih fokus pada penargetan yang tepat." (Wawancara, Informan 7, Bappenas)

4.2.2 Integrasi Operasional

Integrasi operasional mencakup koordinasi dalam implementasi program, termasuk perencanaan, penargetan, penyaluran manfaat, dan pemantauan. Penelitian menemukan bahwa integrasi

operasional antara PKH, KIS, dan KIP telah mengalami peningkatan signifikan dalam beberapa tahun terakhir, namun masih menghadapi berbagai tantangan.

Salah satu kemajuan penting dalam integrasi operasional adalah pengembangan Basis Data Terpadu (BDT) yang dikelola oleh Kementerian Sosial sebagai rujukan utama untuk penargetan program perlindungan sosial. BDT, yang kemudian berkembang menjadi Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS), bertujuan untuk menyediakan data tunggal yang digunakan oleh berbagai program perlindungan sosial. Seperti dijelaskan oleh seorang pejabat di TNP2K:

"DTKS merupakan terobosan penting dalam integrasi program perlindungan sosial. Sebelumnya, setiap program memiliki basis data sendiri, yang menyebabkan inkonsistensi dalam penargetan. Dengan DTKS, kami berupaya memastikan bahwa PKH, KIS, dan KIP menyasar keluarga yang sama, sehingga intervensi dapat lebih komprehensif." (Wawancara, Informan 12, TNP2K)

Upaya integrasi operasional juga terlihat dalam mekanisme penyaluran manfaat. Sejak tahun 2017, pemerintah telah mengimplementasikan sistem pembayaran nontunai melalui perbankan dan layanan keuangan digital untuk PKH dan KIP. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan efisiensi dan transparansi, tetapi juga memberikan landasan untuk integrasi lebih lanjut dalam penyaluran bantuan sosial.

Di tingkat lokal, penelitian menemukan beberapa praktik inovatif dalam integrasi operasional. Misalnya, di beberapa wilayah di Jawa Timur, pendamping PKH dan petugas puskesmas melakukan koordinasi rutin untuk memastikan bahwa keluarga penerima PKH memanfaatkan layanan KIS secara optimal. Seperti dijelaskan oleh seorang pendamping PKH:

"Kami berkoordinasi erat dengan puskesmas. Ketika ada ibu hamil atau balita dari keluarga PKH yang tidak memeriksakan kesehatan, kami akan mengunjungi mereka bersama dengan bidan desa. Kami juga memastikan bahwa mereka memiliki dan menggunakan KIS." (Wawancara, Informan 32, Pendamping PKH, Jawa Timur)

Namun, penelitian juga mengidentifikasi berbagai tantangan dalam integrasi operasional. Pertama, meskipun ada upaya untuk menggunakan DTKS sebagai basis data tunggal, dalam praktiknya masih terdapat inkonsistensi dalam data yang digunakan oleh masing-masing program. Misalnya, data penerima KIS yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan tidak selalu selaras dengan data penerima PKH. Kedua, koordinasi antar institusi di tingkat operasional masih sering bersifat ad hoc dan bergantung pada inisiatif individu daripada mekanisme formal. Ketiga, perbedaan dalam siklus

perencanaan dan penganggaran antar kementerian/lembaga menimbulkan tantangan dalam sinkronisasi implementasi program.

4.2.3 Integrasi Sistemik

Integrasi sistemik merujuk pada koherensi dalam sistem penyampaian layanan, termasuk infrastruktur, prosedur, dan kapasitas institusional. Penelitian menemukan bahwa integrasi sistemik merupakan dimensi yang paling menantang dalam integrasi kebijakan sosial di Indonesia. Salah satu tantangan utama dalam integrasi sistemik adalah fragmentasi kelembagaan. PKH, KIS, dan KIP dikelola oleh kementerian yang berbeda dengan struktur organisasi dan prosedur operasional yang berbeda pula. Meskipun TNP2K telah berperan sebagai koordinator, kapasitasnya terbatas dalam menyelaraskan sistem penyampaian layanan. Seperti dijelaskan oleh seorang peneliti kebijakan sosial:

"Fragmentasi kelembagaan merupakan warisan struktur birokrasi di Indonesia yang bersifat sektoral. Masing-masing kementerian memiliki 'teritori' sendiri, dan ada resistensi terhadap upaya integrasi yang dianggap mengancam otonomi mereka." (Wawancara, Informan 9, Peneliti Kebijakan Sosial)

Penelitian juga menunjukkan adanya variasi signifikan dalam kapasitas penyampaian layanan antar daerah. Di wilayah dengan kapasitas institusional yang lebih baik seperti DKI Jakarta, integrasi sistemik relatif lebih maju, dengan sistem informasi yang lebih terintegrasi dan koordinasi antar lembaga yang lebih terstruktur. Sebaliknya, di wilayah dengan kapasitas terbatas seperti Nusa Tenggara Timur, sistem penyampaian layanan masih sangat terfragmentasi.

Meski demikian, terdapat beberapa inisiatif yang menjanjikan dalam memperkuat integrasi sistemik. Salah satunya adalah pengembangan Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial-Next Generation (SIKS-NG) oleh Kementerian Sosial, yang bertujuan untuk mengintegrasikan berbagai sistem informasi yang terkait dengan program perlindungan sosial. Inisiatif lain adalah pelaksanaan e-Warong (Elektronik Warung Gotong Royong) yang berfungsi sebagai titik konsolidasi untuk penyaluran berbagai bantuan sosial dan promosi keuangan inklusif.

Di tingkat lokal, beberapa daerah telah mengembangkan mekanisme koordinasi yang lebih terintegrasi. Misalnya, di salah satu kabupaten di Jawa Timur, pemerintah daerah membentuk tim koordinasi perlindungan sosial yang melibatkan berbagai dinas dan pemangku kepentingan. Tim ini bertemu secara rutin untuk menyelaraskan implementasi PKH, KIS, dan KIP di tingkat lokal, serta mengidentifikasi dan mengatasi kesenjangan dalam cakupan program.

4.3 Tantangan Tata Kelola Administrasi Publik dalam Integrasi Kebijakan Sosial

Berdasarkan analisis dokumen, wawancara, dan observasi lapangan, penelitian mengidentifikasi empat tantangan utama terkait tata kelola administrasi publik yang memengaruhi integrasi kebijakan sosial dalam implementasi program perlindungan sosial di Indonesia.

4.3.1 Fragmentasi Struktur Institusional

Fragmentasi struktur institusional merupakan tantangan mendasar dalam integrasi kebijakan sosial di Indonesia. PKH dikelola oleh Kementerian Sosial, KIS oleh Kementerian Kesehatan (dengan implementasi oleh BPJS Kesehatan), dan KIP oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan serta Kementerian Agama. Masing-masing kementerian/lembaga memiliki struktur organisasi, prosedur, dan budaya kerja yang berbeda, yang sering kali menghambat koordinasi yang efektif. Meskipun terdapat mekanisme koordinasi seperti TNP2K di tingkat nasional dan Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) di tingkat daerah, penelitian menemukan bahwa mekanisme ini belum sepenuhnya efektif dalam mengatasi fragmentasi kelembagaan. Seperti dijelaskan oleh seorang pejabat TKPKD:

"TKPKD seharusnya menjadi forum koordinasi utama untuk program pengentasan kemiskinan di daerah, tetapi dalam praktiknya kami sering menghadapi kesulitan dalam mengkoordinasikan berbagai dinas. Masing-masing dinas cenderung mempertahankan 'wilayah' mereka dan enggan berbagi informasi atau sumber daya." (Wawancara, Informan 26, TKPKD Kabupaten, Nusa Tenggara Timur)

Fragmentasi kelembagaan diperparah oleh dinamika relasi pusat-daerah pasca desentralisasi. Di satu sisi, pemerintah pusat berupaya mengintegrasikan program perlindungan sosial melalui kebijakan nasional; di sisi lain, pemerintah daerah memiliki otonomi dalam implementasi dan bahkan sering mengembangkan program perlindungan sosial sendiri yang tidak selalu selaras dengan program nasional.

4.3.2 Keterbatasan Kapasitas Implementor

Penelitian mengidentifikasi keterbatasan kapasitas implementor sebagai tantangan signifikan dalam integrasi kebijakan sosial. Kapasitas implementor tidak hanya mencakup jumlah personel,

tetapi juga pengetahuan, keterampilan, dan sikap mereka dalam mengimplementasikan program secara terintegrasi.

Wawancara dengan implementor program di tingkat lokal mengungkapkan keterbatasan pemahaman tentang pendekatan terintegrasi dalam perlindungan sosial. Banyak implementor masih memandang program sebagai intervensi yang terpisah dan tidak saling berhubungan. Seperti diungkapkan oleh seorang pendamping PKH:

"Tugas saya adalah memastikan bahwa keluarga PKH memenuhi persyaratan program dan menerima bantuan tepat waktu. Saya tahu bahwa mereka juga seharusnya mendapatkan KIS dan KIP, tetapi itu bukan tanggung jawab saya. Saya tidak memiliki informasi lengkap tentang program-program itu atau bagaimana mendaftar." (Wawancara, Informan 34, Pendamping PKH, Nusa Tenggara Timur)

Keterbatasan kapasitas juga tercermin dalam rasio implementor terhadap penerima manfaat yang tidak memadai, terutama di wilayah terpencil. Misalnya, di salah satu kecamatan di Nusa Tenggara Timur, seorang pendamping PKH harus melayani lebih dari 300 keluarga yang tersebar di beberapa desa dengan akses transportasi yang terbatas. Kondisi ini membatasi kemampuan pendamping untuk memberikan layanan yang komprehensif dan terintegrasi.

Pelatihan dan pengembangan kapasitas untuk implementor program juga masih terfragmentasi dan berorientasi sektoral. Pendamping PKH, petugas BPJS Kesehatan, dan petugas pendidikan dilatih secara terpisah, dengan sedikit perhatian pada bagaimana program-program ini dapat diintegrasikan di lapangan.

4.3.3 Kelemahan Sistem Informasi

Sistem informasi yang lemah dan terfragmentasi merupakan hambatan teknis utama dalam integrasi kebijakan sosial. Meskipun ada upaya untuk mengembangkan DTKS sebagai basis data terpadu, dalam praktiknya masih terdapat keterbatasan dalam akurasi, kelengkapan, dan keterbaruan data. Seperti dijelaskan oleh seorang pejabat di Kementerian Sosial:

"DTKS masih menghadapi tantangan dalam pembaruan data. Proses pemutakhiran data memerlukan waktu dan sumber daya yang signifikan, dan seringkali tertunda karena keterbatasan anggaran dan kapasitas. Akibatnya, data yang digunakan untuk penargetan program mungkin tidak mencerminkan kondisi terkini di lapangan." (Wawancara, Informan 5, Kementerian Sosial)

Penelitian lapangan di tiga provinsi mengonfirmasi masalah akurasi data. Di semua lokasi penelitian, informan melaporkan kasus-kasus inklusi yang keliru (keluarga tidak miskin yang menerima bantuan) dan eksklusi yang keliru (keluarga miskin yang tidak menerima bantuan). Masalah ini sebagian disebabkan oleh keterbatasan dalam metodologi pendataan dan sebagian lagi oleh dinamika kemiskinan yang membuat status sosial-ekonomi keluarga berubah dari waktu ke waktu.

Tantangan lain adalah interoperabilitas sistem informasi. PKH, KIS, dan KIP masing-masing memiliki sistem informasi sendiri yang tidak sepenuhnya terintegrasi. Akibatnya, pertukaran data antar program terbatas, yang menghambat identifikasi kesenjangan dalam cakupan dan duplikasi dalam penyaluran manfaat.

Di tingkat lokal, akses terhadap sistem informasi sering kali terbatas oleh infrastruktur teknologi yang tidak memadai, terutama di wilayah terpencil. Seperti dijelaskan oleh seorang petugas di Nusa Tenggara Timur:

"Di kecamatan kami, koneksi internet tidak stabil dan sering terputus. Hal ini membuat kami kesulitan untuk mengakses dan memperbarui data dalam sistem. Kami sering harus melakukan pencatatan manual dan kemudian menginput data ketika berkunjung ke kabupaten." (Wawancara, Informan 52, Operator DTKS Kecamatan, Nusa Tenggara Timur)

4.3.4 Keterbatasan Mekanisme Akuntabilitas

Penelitian menemukan bahwa mekanisme akuntabilitas untuk integrasi kebijakan sosial masih terbatas. Meskipun masing-masing program memiliki mekanisme pemantauan dan evaluasi, fokusnya cenderung pada capaian program secara terpisah, bukan pada derajat integrasi atau dampak kolektif program.

Indikator kinerja yang digunakan untuk mengevaluasi program juga cenderung bersifat sektoral dan berorientasi pada output daripada outcome. Misalnya, keberhasilan PKH sering diukur dari jumlah KPM dan ketepatan penyaluran bantuan, KIS dari jumlah peserta dan utilisasi layanan, dan KIP dari jumlah penerima dan tingkat kehadiran di sekolah. Sedikit perhatian diberikan pada bagaimana program-program ini secara kolektif memengaruhi kesejahteraan keluarga atau mengurangi kemiskinan multidimensi.

Keterbatasan mekanisme akuntabilitas juga tercermin dalam sistem insentif yang tidak mendukung integrasi. Implementor program dievaluasi dan diberi insentif berdasarkan kinerja

program mereka sendiri, dengan sedikit penghargaan untuk upaya koordinasi dan integrasi. Seperti dijelaskan oleh seorang pejabat daerah:

"Kinerja saya dinilai berdasarkan implementasi PKH di wilayah saya. Tidak ada insentif khusus untuk berkoordinasi dengan program lain. Bahkan, menghabiskan waktu untuk koordinasi bisa dianggap mengurangi fokus pada tugas utama saya." (Wawancara, Informan 29, Koordinator PKH Kabupaten, Jawa Timur)

Partisipasi masyarakat dalam pemantauan program juga masih terbatas. Meskipun terdapat mekanisme pengaduan untuk masing-masing program, sistem penanganan pengaduan masih terfragmentasi dan tidak selalu responsif. Penerima manfaat sering kesulitan mengetahui saluran yang tepat untuk menyampaikan keluhan atau meminta informasi, terutama ketika masalah mencakup lebih dari satu program.

4.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Variasi dalam Integrasi Kebijakan Sosial

Penelitian menemukan variasi signifikan dalam derajat integrasi kebijakan sosial antar daerah. Analisis komparatif antara tiga provinsi studi kasus mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi variasi ini.

4.4.1 Kapasitas Pemerintah Daerah

Kapasitas pemerintah daerah, baik dari segi sumber daya manusia maupun fiskal, merupakan faktor penting yang mempengaruhi integrasi kebijakan sosial. Provinsi dan kabupaten/kota dengan kapasitas institusional yang lebih kuat cenderung memiliki derajat integrasi yang lebih tinggi. Misalnya, DKI Jakarta, dengan kapasitas fiskal dan sumber daya manusia yang relatif kuat, telah mengembangkan sistem perlindungan sosial yang lebih terintegrasi, termasuk basis data terpadu tingkat provinsi dan mekanisme koordinasi yang lebih formal.

Kapasitas fiskal memungkinkan pemerintah daerah untuk mengalokasikan sumber daya tambahan untuk memperkuat sistem penyampaian layanan dan menjembatani kesenjangan dalam program nasional. Misalnya, beberapa kabupaten di Jawa Timur dengan kapasitas fiskal yang memadai telah mengalokasikan anggaran untuk pemutakhiran data kemiskinan secara reguler dan pengembangan sistem informasi terpadu tingkat daerah.

4.4.2 Kepemimpinan dan Komitmen Politik

Kepemimpinan dan komitmen politik dari kepala daerah merupakan faktor krusial dalam mendorong integrasi kebijakan sosial. Di daerah dengan kepala daerah yang menempatkan pengentasan kemiskinan sebagai prioritas utama, terdapat upaya lebih kuat untuk mengintegrasikan program perlindungan sosial. Seperti dijelaskan oleh seorang pejabat di Jawa Timur:

"Bupati kami sangat peduli dengan isu kemiskinan dan perlindungan sosial. Beliau secara rutin memimpin rapat koordinasi TKPKD dan meminta laporan tentang integrasi program. Ini memberikan insentif kuat bagi semua dinas untuk berkoordinasi." (Wawancara, Informan 28, Ketua TKPKD Kabupaten, Jawa Timur)

Sebaliknya, di daerah dengan kepemimpinan yang kurang memperhatikan isu perlindungan sosial, koordinasi antar program cenderung lemah dan bersifat formalitas.

4.4.3 Dinamika Hubungan Pusat-Daerah

Kualitas hubungan antara pemerintah pusat dan daerah juga mempengaruhi integrasi kebijakan sosial. Di daerah dengan hubungan yang kolaboratif dengan pemerintah pusat, implementasi program nasional cenderung lebih terintegrasi. Sebaliknya, di daerah dengan hubungan yang lebih antagonistik, terdapat kecenderungan untuk mengembangkan program perlindungan sosial sendiri yang tidak selalu selaras dengan program nasional.

Aspek lain dari hubungan pusat-daerah adalah derajat komunikasi dan koordinasi antara unit pelaksana program di daerah dengan kementerian/lembaga di pusat. Di beberapa daerah, koordinator program seperti koordinator PKH kabupaten memiliki jalur komunikasi yang baik dengan Kementerian Sosial, yang memfasilitasi penyelarasan implementasi dengan kebijakan nasional.

4.4.4 Kondisi Geografis dan Sosio-Ekonomi

Kondisi geografis dan sosio-ekonomi wilayah juga mempengaruhi integrasi kebijakan sosial. Di wilayah perkotaan dengan infrastruktur yang lebih baik dan akses yang lebih mudah ke layanan

publik, integrasi program perlindungan sosial relatif lebih mudah dilakukan. Sebaliknya, di wilayah terpencil dengan keterbatasan infrastruktur, seperti beberapa kabupaten di Nusa Tenggara Timur, implementasi terintegrasi menghadapi tantangan logistik yang signifikan.

Tingkat kemiskinan dan kompleksitas masalah sosial di wilayah juga mempengaruhi kapasitas pemerintah untuk mengintegrasikan program. Di wilayah dengan tingkat kemiskinan yang tinggi dan masalah sosial yang kompleks, beban pada sistem penyampaian layanan sering kali melebihi kapasitas yang tersedia, membatasi kemampuan untuk mengimplementasikan pendekatan terintegrasi.

5. Pembahasan

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa integrasi kebijakan sosial dalam implementasi program perlindungan sosial di Indonesia menghadapi kompleksitas yang melibatkan aspek konseptual, operasional, dan sistemik. Meskipun terdapat upaya signifikan untuk mengintegrasikan PKH, KIS, dan KIP, efektivitas integrasi masih dibatasi oleh tantangan dalam tata kelola administrasi publik, terutama fragmentasi kelembagaan, keterbatasan kapasitas implementor, kelemahan sistem informasi, dan keterbatasan mekanisme akuntabilitas.

Temuan ini konsisten dengan literatur tentang integrasi kebijakan sosial di negara berkembang yang menunjukkan bahwa tantangan integrasi lebih banyak terletak pada aspek implementasi daripada desain kebijakan (Roelen et al., 2017). Meskipun terdapat keselarasan konseptual antara PKH, KIS, dan KIP, integrasi dalam praktik tetap menantang karena struktur institusional yang terfragmentasi dan kapasitas implementasi yang terbatas.

Variasi antar daerah dalam derajat integrasi kebijakan sosial menekankan pentingnya konteks lokal dan peran pemerintah daerah dalam era desentralisasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan integrasi kebijakan sosial tidak hanya ditentukan oleh desain program nasional, tetapi juga oleh kapasitas, komitmen, dan inovasi di tingkat lokal. Hal ini sejalan dengan argumen Lewis (2016) tentang pentingnya "institutional fit" antara desain kebijakan nasional dan kapasitas lokal dalam implementasi program perlindungan sosial di era desentralisasi.

5.2 Implikasi untuk Kebijakan dan Praktik

Berdasarkan hasil penelitian, beberapa implikasi untuk kebijakan dan praktik dapat diidentifikasi:

5.2.1 Penguatan Mekanisme Koordinasi Lintas Sektoral

Hasil penelitian menekankan pentingnya penguatan mekanisme koordinasi lintas sektoral untuk mengatasi fragmentasi kelembagaan. Implikasinya, diperlukan reformasi kelembagaan yang memperkuat peran lembaga koordinasi seperti TNP2K di tingkat nasional dan TKPKD di tingkat daerah. Reformasi ini dapat mencakup klarifikasi mandat, penguatan kapasitas, dan pemberian otoritas yang lebih besar untuk menyelaraskan implementasi program perlindungan sosial.

Pada saat yang sama, perlu dikembangkan insentif struktural untuk koordinasi lintas sektoral, seperti alokasi anggaran yang dikaitkan dengan upaya integrasi, pengembangan indikator kinerja bersama, dan pengakuan formal terhadap upaya koordinasi dalam penilaian kinerja individual dan institusional.

5.2.2 Pengembangan Sistem Informasi Terpadu

Kelemahan sistem informasi merupakan hambatan teknis yang signifikan dalam integrasi kebijakan sosial. Implikasinya, diperlukan investasi lebih besar dalam pengembangan sistem informasi terpadu yang mendukung basis data tunggal, interoperabilitas antar sistem, dan akses real-time terhadap informasi program.

Sistem informasi terpadu ini tidak hanya harus mengatasi masalah teknis, tetapi juga aspek kelembagaan seperti protokol berbagi data, standarisasi definisi dan pengukuran, serta mekanisme untuk memastikan kualitas dan keamanan data. Selain itu, perlu dikembangkan infrastruktur teknologi yang memadai di daerah terpencil untuk memastikan akses yang merata terhadap sistem informasi.

5.2.3 Peningkatan Kapasitas Implementor di Level Daerah

Keterbatasan kapasitas implementor merupakan tantangan signifikan dalam integrasi kebijakan sosial. Implikasinya, diperlukan strategi peningkatan kapasitas yang komprehensif yang mencakup aspek kuantitas (jumlah personel), kualitas (pengetahuan dan keterampilan), dan pemahaman tentang pendekatan terintegrasi dalam perlindungan sosial.

Peningkatan kapasitas ini dapat dilakukan melalui rekrutmen personel tambahan terutama di daerah dengan cakupan luas, pelatihan terpadu yang melibatkan implementor dari berbagai program, dan pengembangan panduan operasional untuk implementasi terintegrasi. Selain itu, perlu dikembangkan komunitas praktik yang memungkinkan berbagi pengalaman dan pembelajaran antar implementor program.

5.2.4 Pendekatan Adaptif dan Responsif terhadap Konteks Lokal

Variasi antar daerah dalam derajat integrasi kebijakan sosial menekankan pentingnya pendekatan yang adaptif dan responsif terhadap konteks lokal. Implikasinya, desain program perlindungan sosial nasional perlu memberikan fleksibilitas bagi pemerintah daerah untuk mengadaptasi implementasi sesuai dengan kondisi lokal, sambil memastikan keselarasan dengan tujuan nasional. Pendekatan ini dapat dioperasionalkan melalui mekanisme transfer fiskal yang mendorong inovasi lokal dalam integrasi kebijakan sosial, pengembangan menu opsi implementasi yang dapat disesuaikan dengan kapasitas dan konteks lokal, serta forum untuk berbagi praktik terbaik antar daerah.

6. Kesimpulan dan Rekomendasi

6.1 Kesimpulan

Penelitian ini mengkaji integrasi kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik dalam implementasi program perlindungan sosial di Indonesia, dengan fokus pada PKH, KIS, dan KIP. Berdasarkan analisis terhadap dokumen kebijakan, wawancara mendalam dengan berbagai pemangku kepentingan, dan observasi lapangan di tiga provinsi, penelitian menghasilkan beberapa kesimpulan utama.

Pertama, meskipun terdapat upaya signifikan untuk mengintegrasikan PKH, KIS, dan KIP, integrasi ini masih menghadapi tantangan substansial, terutama pada dimensi operasional dan sistemik. Keselarasan konseptual antara program relatif kuat, tetapi belum sepenuhnya diterjemahkan ke dalam implementasi yang terintegrasi karena hambatan dalam tata kelola administrasi publik.

Kedua, fragmentasi struktur institusional, keterbatasan kapasitas implementor, kelemahan sistem informasi, dan keterbatasan mekanisme akuntabilitas merupakan tantangan utama dalam tata kelola administrasi publik yang memengaruhi integrasi kebijakan sosial. Tantangan-tantangan ini berakar pada struktur birokrasi yang terfragmentasi, desentralisasi yang belum optimal, dan kapasitas institusional yang bervariasi antar daerah.

Ketiga, terdapat variasi signifikan dalam derajat integrasi kebijakan sosial antar daerah, yang dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kapasitas pemerintah daerah, kepemimpinan dan komitmen politik, dinamika hubungan pusat-daerah, dan kondisi geografis serta sosio-ekonomi wilayah. Variasi ini menekankan pentingnya konteks lokal dan peran pemerintah daerah dalam mengimplementasikan kebijakan sosial yang terintegrasi.

Keempat, meskipun menghadapi berbagai tantangan, terdapat beberapa praktik inovatif dalam integrasi kebijakan sosial di tingkat lokal, seperti forum koordinasi regular, pemberdayaan pendamping program sebagai fasilitator integrasi, dan pengembangan sistem informasi terpadu tingkat daerah. Praktik-praktik ini menunjukkan potensi untuk memperkuat integrasi kebijakan sosial melalui inisiatif lokal.

6.2 Rekomendasi

Berdasarkan temuan penelitian, beberapa rekomendasi dapat diajukan untuk memperkuat integrasi kebijakan sosial dan tata kelola administrasi publik dalam implementasi program perlindungan sosial di Indonesia:

6.2.1 Rekomendasi untuk Pemerintah Pusat

- 1. Memperkuat peran dan kapasitas TNP2K sebagai lembaga koordinasi nasional.** TNP2K perlu diberi mandat yang lebih kuat, sumber daya yang memadai, dan otoritas untuk menyelaraskan implementasi program perlindungan sosial antar kementerian/lembaga. Hal ini dapat mencakup peran yang lebih besar dalam perencanaan anggaran, pemantauan dan evaluasi, serta pengembangan kebijakan perlindungan sosial.
- 2. Mengembangkan kerangka kebijakan perlindungan sosial yang terintegrasi.** Pemerintah pusat perlu mengembangkan kerangka kebijakan yang secara eksplisit mendefinisikan bagaimana berbagai program perlindungan sosial diharapkan bekerja bersama untuk mencapai tujuan pengentasan kemiskinan dan peningkatan kesejahteraan. Kerangka ini harus mencakup tujuan bersama, indikator kinerja terintegrasi, dan mekanisme koordinasi yang jelas.
- 3. Berinvestasi dalam pengembangan sistem informasi terpadu nasional.** Investasi perlu ditingkatkan untuk mengembangkan sistem informasi yang mendukung interoperabilitas antar program, basis data tunggal yang akurat dan tepat waktu, serta akses real-time terhadap informasi program. Sistem ini harus mencakup infrastruktur teknologi yang memadai di daerah terpencil.
- 4. Mereformasi mekanisme pendanaan program perlindungan sosial.** Mekanisme pendanaan perlu direformasi untuk mendorong integrasi, misalnya melalui pendanaan terpadu untuk implementasi terintegrasi, insentif fiskal bagi daerah yang menunjukkan

derajat integrasi yang tinggi, dan anggaran khusus untuk pengembangan kapasitas dalam pendekatan terintegrasi.

5. **Mengembangkan program peningkatan kapasitas terintegrasi.** Pemerintah pusat perlu mengembangkan program peningkatan kapasitas yang secara khusus berfokus pada implementasi terintegrasi, yang melibatkan implementor dari berbagai program. Program ini harus mencakup pelatihan tentang pendekatan terintegrasi, koordinasi lintas sektoral, dan penggunaan sistem informasi terpadu.

6.2.2 Rekomendasi untuk Pemerintah Daerah

1. **Memperkuat peran TKPKD sebagai forum koordinasi daerah.** TKPKD perlu diberdayakan sebagai forum koordinasi utama untuk program perlindungan sosial di daerah, dengan dukungan politik dari kepala daerah, partisipasi aktif dari semua dinas terkait, dan mekanisme pemantauan yang efektif.
2. **Mengembangkan strategi integrasi perlindungan sosial tingkat daerah.** Pemerintah daerah perlu mengembangkan strategi yang secara eksplisit mengartikulasikan bagaimana berbagai program perlindungan sosial akan diintegrasikan di wilayah mereka, dengan mempertimbangkan konteks dan kebutuhan lokal.
3. **Berinvestasi dalam pengembangan kapasitas implementor di tingkat lokal.** Pemerintah daerah perlu mengalokasikan sumber daya untuk meningkatkan jumlah dan kapasitas implementor program, terutama di wilayah dengan cakupan luas dan akses yang sulit. Ini dapat mencakup rekrutmen personel tambahan, pelatihan reguler, dan dukungan logistik.
4. **Mengembangkan mekanisme pemantauan dan evaluasi terintegrasi.** Pemerintah daerah perlu mengembangkan sistem untuk memantau dan mengevaluasi integrasi program perlindungan sosial, termasuk indikator kinerja terintegrasi, mekanisme umpan balik dari penerima manfaat, dan forum untuk refleksi dan pembelajaran.
5. **Memperkuat partisipasi masyarakat dalam implementasi program.** Pemerintah daerah perlu mengembangkan mekanisme untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam perencanaan, implementasi, dan pemantauan program perlindungan sosial, untuk memastikan responsivitas terhadap kebutuhan lokal dan akuntabilitas dalam penyampaian layanan.

6.2.3 Rekomendasi untuk Penelitian Masa Depan

1. **Evaluasi dampak pendekatan terintegrasi.** Penelitian di masa depan perlu fokus pada evaluasi dampak dari pendekatan terintegrasi dalam implementasi program perlindungan sosial, menggunakan metode mixed-methods yang menggabungkan analisis kualitatif dan kuantitatif.
2. **Studi komparatif dengan cakupan lebih luas.** Diperlukan studi komparatif dengan cakupan geografis yang lebih luas untuk memahami variasi dalam integrasi kebijakan sosial di seluruh Indonesia, termasuk wilayah dengan karakteristik berbeda seperti daerah perbatasan, wilayah kepulauan, dan daerah pasca-konflik.
3. **Analisis ekonomi politik integrasi kebijakan.** Penelitian di masa depan perlu mengkaji aspek ekonomi politik dari integrasi kebijakan sosial, termasuk insentif dan hambatan politik, dinamika kekuasaan antar aktor, dan implikasi dari perubahan rezim politik.
4. **Studi longitudinal tentang evolusi integrasi kebijakan.** Diperlukan studi longitudinal untuk memahami bagaimana integrasi kebijakan sosial berkembang dari waktu ke waktu, faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan, dan dampak jangka panjang dari upaya integrasi.
5. **Analisis peran teknologi dalam integrasi kebijakan.** Penelitian di masa depan perlu mengkaji peran teknologi, terutama teknologi digital, dalam memfasilitasi integrasi kebijakan sosial, termasuk potensi dan risiko dari digitalisasi sistem perlindungan sosial.

Penelitian ini menekankan bahwa efektivitas program perlindungan sosial tidak hanya bergantung pada desain program yang baik, tetapi juga pada derajat integrasi kebijakan dan kualitas tata kelola administrasi publik. Untuk mencapai tujuan pengentasan kemiskinan dan peningkatan kesejahteraan, Indonesia perlu memperkuat integrasi kebijakan sosial melalui reformasi tata kelola administrasi publik, penguatan kapasitas implementor, dan pengembangan sistem penyampaian layanan yang terintegrasi dan responsif terhadap konteks lokal.

DAFTAR PUSTAKA

- Barrientos, A. (2013). *Social Assistance in Developing Countries*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barrientos, A., & Hulme, D. (2016). Social protection for the poor and poorest: Concepts, policies and politics. In A. Barrientos & D. Hulme (Eds.), *Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, Policies and Politics* (pp. 3-24). London: Palgrave Macmillan.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cahyadi, N., Hanna, R., Olken, B. A., Prima, R. A., Satriawan, E., & Syamsulhakim, E. (2020). Cumulative impacts of conditional cash transfer programs: Experimental evidence from Indonesia. *American Economic Journal: Economic Policy*, 12(4), 88-110. <https://doi.org/10.1257/pol.20190245>
- Cecchini, S., & Martínez, R. (2012). *Inclusive Social Protection in Latin America: A Comprehensive, Rights-based Approach*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., & Rossel, C. (2015). *Towards Universal Social Protection: Latin American Pathways and Policy Tools*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Conway, T., de Haan, A., & Norton, A. (2000). *Social Protection: New Directions of Donor Agencies*. London: Department for International Development.
- Cook, S., & Pincus, J. (2014). Poverty, inequality and social protection in Southeast Asia: An introduction. *Journal of Southeast Asian Economies*, 31(1), 1-17. <https://doi.org/10.1355/ae31-1a>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Devereux, S., & Sabates-Wheeler, R. (2004). *Transformative Social Protection*. IDS Working Paper 232. Brighton: Institute of Development Studies.
- Hadiz, V. R. (2004). Decentralization and democracy in Indonesia: A critique of neo-institutionalist perspectives. *Development and Change*, 35(4), 697-718. <https://doi.org/10.1111/j.0012-155X.2004.00376.x>
- Halimatusa'diyah, I. (2020). Inclusive social protection in Indonesia: The case of health insurance programme. *Journal of Southeast Asian Economies*, 37(1), 43-60. <https://doi.org/10.1355/ae37-1c>
- Kementerian Kesehatan. (2016). *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional bagi Peserta PBI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2017). *Petunjuk Pelaksanaan Program Indonesia Pintar*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.
- Kementerian Sosial. (2018). *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- Kementerian Sosial. (2020). *Laporan Kinerja Direktorat Jaminan Sosial Keluarga Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- Lewis, B. D. (2016). Is central government intervention in local government finances in developing countries a good or a bad thing? Considerations from Indonesia. *Public Administration and Development*, 36(5), 388-402. <https://doi.org/10.1002/pad.1785>

- Osborne, S. P. (2010). Introduction: The (new) public governance: A suitable case for treatment? In S. P. Osborne (Ed.), *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance* (pp. 1-16). London: Routledge.
- Pierre, J., & Peters, B. G. (2005). *Governing Complex Societies: Trajectories and Scenarios*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Roelen, K., Devereux, S., Abdulai, A., Martorano, B., Palermo, T., & Ragno, L. P. (2017). *How to Make 'Cash Plus' Work: Linking Cash Transfers to Services and Sectors*. Innocenti Working Paper 2017-10. Florence: UNICEF Office of Research.
- Schulze, G. G., & Sjahrir, B. S. (2014). Decentralization and local governance in Indonesia. In H. Hill (Ed.), *Regional Dynamics in a Decentralized Indonesia* (pp. 111-136). Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- SMERU. (2016). *Menuju Perlindungan Sosial Universal di Indonesia: Pemetaan Program Perlindungan Sosial*. Jakarta: SMERU Research Institute.
- Sparrow, R., Dartanto, T., & Hartwig, R. (2017). Indonesia: The challenging shape of social protection. In H. Yi (Ed.), *Social Protection for Informal Workers in Asia* (pp. 231-280). Manila: Asian Development Bank.
- Spicker, P. (2014). *Social Policy: Theory and Practice* (3rd ed.). Bristol: Policy Press.
- Sumarto, M. (2017). Welfare regime change in developing countries: Evidence from Indonesia. *Social Policy & Administration*, 51(6), 940-959. <https://doi.org/10.1111/spol.12340>
- Sumarto, S., & Ferraz, E. (2019). *Addressing the Inclusion-Exclusion Paradox in Social Protection: The Case of Indonesia*. JICA Research Institute Working Paper No. 209. Tokyo: JICA Research Institute.
- Suryahadi, A., Al Izzati, R., & Suryadarma, D. (2018). *The Evolution of Indonesia's Poverty Reduction Strategies*. SMERU Working Paper. Jakarta: SMERU Research Institute.
- World Bank. (2017). *Towards a Comprehensive, Integrated, and Effective Social Assistance System in Indonesia*. Jakarta: World Bank.
- World Bank. (2020). *Aspiring Indonesia: Expanding the Middle Class*. Washington, DC: World Bank.
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.