

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemiskinan merupakan kondisi saat seseorang atau sekelompok orang tidak mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat (Suharyanto dan Syahwie, 2011). Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat jumlah penduduk miskin pada tahun 2013 mencapai 28,07 juta atau 11,37% dari total penduduk di Indonesia. Kemiskinan ditandai dengan rendahnya kualitas hidup penduduk, pendidikan, kesehatan dan gizi. Beban kemiskinan sangat dirasakan oleh kelompok-kelompok tertentu seperti perempuan dan anak-anak yang berakibat pada terancamnya masa depan mereka.

Rendahnya penghasilan keluarga sangat miskin menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatan untuk tingkat minimal sekalipun. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan keluarga sangat miskin sering tidak memadai sehingga menyebabkan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan atau bahkan kematian bayi. Angka kematian bayi pada kelompok penduduk berpendapatan terendah tahun 2012 adalah 40 persen, sedangkan pada kelompok berpendapatan tertinggi tinggal 26 persen (SDKI,2012).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, rata-rata angka kematian ibu (AKI) tercatat mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100.000. Dalam hal ini, fakta melonjaknya kematian ini tentu sangat memalukan pemerintahan yang sebelumnya bertekad akan menurunkan AKI hingga 108 per 100.000 pada 2015 sesuai dengan target MDGs. Tingginya angka

kematian ibu ini disebabkan oleh tidak adanya kehadiran tenaga medis pada kelahiran, fasilitas kesehatan yang tidak tersedia pada saat dibutuhkan tindakan, atau masih banyaknya rumah tangga miskin yang lebih memilih tenaga kesehatan tradisional dari pada tenaga medis lainnya (SDKI, 2012).

Rendahnya kondisi kesehatan keluarga sangat miskin berdampak pada tidak optimalnya proses tumbuh kembang anak, terutama pada usia 0-5 tahun. Pada tahun 2012, angka kematian balita pada kelompok penduduk berpendapatan terendah adalah 70 per 1000 kelahiran hidup, sementara pada kelompok penduduk berpendapatan tertinggi hanya 22 per 1000 kelahiran hidup. Perbedaan tingkat kematian antara daerah perkotaan dan pedesaan adalah dua per tiga untuk semua jenis kematian. Selama beberapa tahun, tingkat kematian bayi dan anak telah turun baik di daerah perkotaan maupun pedesaan, kecuali untuk kematian neonatal di daerah pedesaan yang tetap konstan.

Kemiskinan sudah menjadi masalah global yang dialami oleh seluruh negara di dunia. Masalah kemiskinan ini bukan hanya berada pada negara-negara berkembang dan terbelakang, melainkan juga negara-negara maju yang ada. Masalah kemiskinan menjadi masalah yang rumit sehingga suatu negara tidak dapat memiliki kemampuan untuk menghapus kemiskinan secara sendiri. Masalah kemiskinan ini sangatlah kompleks dan bersifat multidimensional, dimana berkaitan dengan aspek sosial, ekonomi, budaya, dan aspek lainnya. Kemiskinan terus menjadi masalah fenomenal di belahan dunia, khususnya Indonesia yang merupakan negara berkembang (Soehardjono, 2012).

Oetomo (2006:285) menyatakan bahwa kondisi kemiskinan yang dialami suatu masyarakat seringkali telah berkembang dan bertali-temali dengan berbagai

faktor lain yang membentuk jaringan kemiskinan, dimana dalam proses berikutnya dapat memperteguh kondisi kemiskinan itu sendiri.

Faktor-faktor yang diidentifikasi membentuk jaringan atau perangkap kemiskinan tersebut adalah kelemahan fisik, isolasi, kerentanan, dan ketidakberdayaan. Faktor kelemahan fisik dapat disebabkan karena kondisi kesehatan dan faktor gizi buruk, sehingga dapat mengakibatkan produktivitas kerja yang rendah. Faktor isolasi terkait dengan lingkup jaringan ineteraksi sosial yang terbatas, serta akses terhadap informasi, peluang ekonomi dan fasilitas pelayanan yang terbatas pula. Faktor kerentanan terkait dengan tingkat kemampuan yang rendah dalam menghadapi kebutuhan dan persoalan yang mendadak. Faktor ketidakberdayaan terkait dengan akses dalam pengambilan keputusan, akses terhadap penguasaan sumber daya dan posisi tawar (Purwanto, 2013).

Menyadari pentingnya permasalahan tersebut, pemerintah melakukan segala upaya untuk menanggulangi permasalahan yang terjadi akibat kemiskinan. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah adalah mengeluarkan suatu kebijakan yang berkaitan dengan pemberdayaan keluarga miskin. Salah satu kebijakan pemerintah dalam hal ini diwujudkan melalui Program Keluarga Harapan (PKH).

Merujuk pada Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004, PKH menjadi model jaminan yang unik, berbeda dengan program penanggulangan kemiskinan lainnya karena PKH merupakan bantuan sosial bagi Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan dalam kebutuhan dasar terutama pendidikan dan kesehatan, dalam

pelaksanaan kegiatannya RTSM didampingi oleh pendamping sosial dan apabila melanggar komitmen dikenakan sanksi.

Program Keluarga Harapan bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui promosi kesehatan dan mendorong anak-anak sekolah. Dalam pemberdayaan PKH terdapat dua komponen yang menjadi fokus dalam program ini yaitu pendidikan dan kesehatan, namun dalam bahasan ini penulis membatasi hanya pada Program Keluarga Harapan di bidang kesehatan. Tujuan utama PKH Kesehatan adalah meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di Indonesia, khususnya bagi kelompok masyarakat sangat miskin, melalui pemberian insentif untuk melakukan kunjungan kesehatan yang bersifat preventif atau pencegahan dan bukan pengobatan.

PKH ini memiliki kelebihan apabila dibandingkan dengan program bantuan sosial lainnya, karena program ini memiliki kewajiban yang harus dilakukan oleh peserta PKH dan peserta juga didampingi oleh pendamping, sehingga peserta PKH dapat terpantau dengan baik melalui pendamping di setiap wilayah. Hal ini menjadi tantangan utama pemerintah, baik pusat maupun daerah, untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin.

Tuhiman (2010) menyatakan PKH terbukti menyokong pemenuhan berbagai target indikator tujuan MDG'S. Hal ini juga dipertegas oleh penelitian yang dilakukan Anggraini (2013) di Kota Bandar Lampung bahwa implementasi dinilai efektif dalam meningkatkan kunjungan peserta PKH ke Posyandu 36% dan menurunkan angka kematian bayi usia di bawah 6 bulan 25,3% dan bayi usia di bawah 3 tahun 39,5%. Serta didukung dari hasil penelitian yang dilakukan

Ansori(2014) di Kabupaten Jember yang menyatakan bahwa program ini cukup tepat guna bagi mereka yang membutuhkan. Serta penelitian Putri (2014) di Kota Yogyakarta yang menyatakan bahwa program keluarga harapan merupakan program yang efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil, kesehatan keluarga RTSM, mengurangi beban keluarga dan meningkatkan pendidikan.

Pemerintah mengadakan program untuk mengurangi angka kemiskinan yaitu program keluarga harapan untuk rumah tangga sangat miskin. Melalui Kementerian Sosial, program ini telah berjalan mulai tahun 2007. Program ini dilaksanakan pada 7 provinsi dan 48 kabupaten/kota dengan jumlah sasaran 500.000 RTSM. Ketujuh provinsi tersebut adalah Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Timur. Kemudian berkembang pada tahun 2011 menjadi 25 provinsi 118 kabupaten/kota dan melayani 1,1 juta RTSM. Program ini dilaksanakan oleh Dinas sosial yang merupakan salah satu instansi pemerintah yang bergerak dibidang sosial (Respita2013).

Di Sumatera Barat tahun 2015 ada 18 Kabupaten/kota yang telah menerima PKH. Tercatat sebanyak 51.834 RTSM di 18 kabupaten/kota ini telah menerima PKH ini yang diluncurkan bertahap. Untuk Kota Bukittinggi sejauh ini sedang dalam proses pengajuan PKH. Jumlah penduduk Kota Padang Tahun 2014 adalah 1.000.096 jiwa, dengan jumlah penduduk terbesar terdapat di Kecamatan Koto Tangah yaitu 174.567 jiwa. PKH mulai dilaksanakan di Kota Padang pada Desember 2014. Tahun pertama Kota Padang melakukan PKH dengan penerima bantuan sebanyak 5143 RTSM dan 25 pendamping. Jumlah RTSM peserta PKH di Kota Padang Pada Tahun 2015 tahap 4 (Oktober –

Desember 2015) sebanyak 5093 RTSM, di tahun 2016 tahap 1 (Januari – Maret 2016) sebanyak 5085 RTSM. Adapun kecamatan yang memiliki KK miskin terbanyak adalah Kecamatan Koto Tengah, Kuranji, Lubuk Begalung(UPPKH Kota Padang, 2016).

Adapun penerima bantuan PKH menurut kecamatan dapat dilihat pada tabel 1.1.yaitu :

Tabel 1.1 Jumlah Penerima Bantuan PKH menurut Kecamatan Tahun 2015

No.	Kecamatan	Jumlah
1.	Koto Tengah	1376
2.	Pauh	491
3.	Kuranji	213
4.	Nanggalo	170
5.	Padang Utara	148
6.	Padang Barat	196
7.	Padang Timur	286
8.	Padang Selatan	367
9.	Lubuk Begalung	532
10.	Lubuk Kilangan	226
11.	Bungus Teluk Kabung	374

Sumber : UPPKH Kota Padang Tahun 2015

Dari hasil peninjauan awaldengan pendamping ditemukan beberapa permasalahan dalam pelaksanaan PKH yaitu kurangnya koordinasi pendamping dengan RTSM penerima PKH, hal ini terlihat dari banyaknya warga yang tidak mematuhi komitmen. Sosialisasi kepada peserta PKH di bidang kesehatan dirasakan tidak maksimal karena rendahnya pengetahuan dan tingkat kesadaran RTSM terhadap pentingnya kesehatan ibu hamil, bayi dan balita. Uang yang

didapat dari program ini bertujuan untuk membiayai ibu hamil, bayi dan balita untuk memeriksakan kesehatan secara berkala ke Posyandu, tetapi masih ada peserta yang menggunakan uang bantuan untuk kepentingan lain seperti membeli mainan anak atau membayar hutang piutang. Selain itu masih kurangnya pemahaman lintas sektor terhadap esensi program ini, sehingga perannya belum maksimal menjalankan tugas dan fungsinya masing-masing.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggraini(2013) di Kota Bandar Lampung yang menyatakan bahwa masih kurangnya koordinasi dan sosialisasi yang dilakukan oleh pendamping sehingga menyebabkan peserta PKH belum memahami tujuan dari program secara menyeluruh. Dipertegas dengan penelitian yang dilakukan Putri (2014) di Kota Yogyakarta yang menyatakan bahwa di awal pelaksanaan PKH masih ada beberapa masalah baik dari aspek kesehatan maupun aspek pendidikan.

Berdasarkan permasalahan dalam pelaksanaan PKH di Kota Padang, tentu harus mampu di jawab oleh pihak terkait dalam hal ini khususnya para pendamping PKH dengan upaya yang ditekankan pada adanya penjelasan-penjelasan secara menyeluruh. Sehingga berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk meneliti tentang “ *Analisis Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan di Kecamatan Koto Tangah Kota Padang Tahun 2016*”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang ditemui di lapangan seperti yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu *Bagaimana*

Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kecamatan Koto Tangah Kota Padang Tahun 2016?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah mendeskripsikan bagaimana Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kecamatan Koto Tangah Kota Padang Tahun 2016”

1.3.2 Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Mendeskripsikan tentang *input*/masukan dari Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kecamatan Koto Tangah Kota Padang.
2. Mendeskripsikan tentang proses Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kecamatan Koto Tangah Kota Padang.
3. Mendeskripsikan tentang *output*/keluaran dari Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kecamatan Koto Tangah Kota Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Aspek Teoritis/Ilmiah

Sebagai wujud pengembangan teori dan menambah pengetahuan tentang Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) bidang kesehatan

di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang. Sehingga dapat diketahui PKH ini memberikan pengaruh secara langsung terhadap bidang kesehatan.

1.4.2 Aspek Praktis

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi pemerintah, dalam hal ini, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan sebagai evaluasi pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) bidang kesehatan di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang dan Pemerintah Pusat agar dapat melakukan kegiatan yang lebih efektif dalam penanggulangan kemiskinan.

