

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemberantasan kemiskinan menjadi prioritas utama untuk memenuhi target pembangunan sebuah negara, untuk itu masalah kemiskinan bukan hanya menghambat tapi apabila tidak segera diselesaikan dapat mempengaruhi kondisi ekonomi bahkan sosial pada masyarakatnya (Nataya, 2017). Berdasarkan data Bank Dunia (2015) angka kemiskinan di dunia mencapai 10,7% dari seluruh populasi global, tercatat 767 juta orang hidup dibawah garis internasional kemiskinan.

Kemiskinan terbanyak berada di wilayah sub sahara Afrika dimana mencapai 388,7 juta orang, sedangkan kedua ada di Asia mencapai 256,2 juta orang. Asia bagian timur dan pasifik menjadi peringkat ketiga dimana mencapai 71 juta orang disusul Amerika Latin dan Karibia yang tercatat 33,6 juta orang. Adapun bagian Eropa dan Asia Tengah tercatat yang paling rendah dimana sebanyak 10,8 juta orang (Kemensos, 2015).

Angka kemiskinan di Indonesia dalam dua tahun terakhir mengalami penurunan, menurut Badan Pusat Statistik (BPS) di tahun 2017 angka kemiskinan mencapai 10,12% atau sekitar 26,58 juta orang dan pada tahun 2018 mengalami penurunan menjadi 9,82 % atau sekitar 25,95 juta orang, penurunan angka kemiskinan ditahun 2018 disebabkan beberapa faktor yaitu inflasi umum sebesar 1,92% persen rata-rata pengeluaran perkapita tiap bulan untuk rumah tangga 40 persen lapisan terbawah yang tumbuh 3,06 persen. Faktor lain adalah bantuan sosial tunai dari pemerintah yang tumbuh 87,6% pada tahun 2018 dibanding pada tahun 2017 yang hanya tumbuh 3,39%. Angka kemiskinan di Sumatera Barat pada dua tahun terakhir juga mengalami penurunan, yaitu di tahun 2016 berada pada angka 7,31% atau sekitar 371,550 ribu orang dan menurun di tahun 2017 menjadi 6,75% atau sebanyak 364,510 ribu orang (BPS, 2017).

Persentase penduduk miskin di pedesaan masih lebih tinggi dibanding di perkotaan. Jumlah penduduk miskin di perkotaan sebanyak 5,11% dari total penduduk, sementara di pedesaan angkanya lebih tinggi yakni 7,94%. Sedangkan

untuk sebaran angka kemiskinan di kabupaten/kota di Sumatera Barat. Angka kemiskinan tertinggi berada di Kota Padang yaitu sebanyak 43,75rb jiwa, diurutkan kedua adalah Kabupaten Agam dengan angka kemiskinan mencapai 36,57 ribu jiwa, dan pada urutan ketiga angka kemiskinan terbanyak adalah Pesisir Selatan yaitu 35,53 ribu jiwa (BPS, 2017).

Kondisi kemiskinan akan berdampak negatif pada berbagai aspek, diantaranya aspek kesehatan dan pendidikan. Keluarga miskin tidak berdaya untuk keluar dari kemiskinan. Keluarga miskin membutuhkan intervensi dari pihak lain untuk bisa keluar dari lingkaran kemiskinan (Nurchaya, 2015).

Dampak lain yang ditimbulkan dari masalah kemiskinan berpengaruh terhadap sanitasi, karena kemiskinan merupakan keadaan dimana masyarakat tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan mencukupi fasilitas kesehatan dan sanitasi yang baik, pembangunan bidang sanitasi dapat dibagi menjadi 3 (tiga) bidang yaitu pembangunan bidang pengelolaan sampah, pengelolaan air limbah, dan saluran pembuangan (*drainase*) (Soeranto,2004).

Dalam penelitiannya Rizki dan Saleh (2017) menjelaskan bahwa pembangunan bidang sanitasi selalu terkendala pada minimnya pendapatan masyarakat sehingga berdampak pada rendahnya kesadaran terhadap pembangunan bidang sanitasi kesehatan. Sanitasi dapat dipahami sebagai intervensi yang mengurangi paparan penyakit pada manusia dengan menyediakan lingkungan yang bersih untuk hidup sehat. Ini melibatkan baik perilaku dan fasilitas, yang bekerja sama untuk membentuk lingkungan yang higienis (UNICEF, 2017).

Negara kita seperti negara-negara berkembang lainnya, Indonesia pada saat ini juga menghadapi masalah di bidang sanitasi dan perilaku hidup bersih dan sehat. Secara keseluruhan penduduk Indonesia yang hidup dengan kondisi sanitasi buruk mencapai 72.500.000 jiwa. Mereka tersebar di perkotaan (18,2%) dan perdesaan (40%). Kementerian Kesehatan menjelaskan bahwa di Indonesia ada 226 kota yang masih bermasalah dengan pengelolaan air limbah, 240 kota menghadapi masalah pengelolaan sampah, serta 100 kota bermasalah dengan drainase. Sedangkan kota yang bermasalah dengan ketiganya sebanyak 52 Kota (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan Laporan Tahunan Bidang Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat Tahun 2016, Kondisi sanitasi di Provinsi Sumatera Barat memang belum menunjukkan angka yang menggembirakan. Selama tahun 2012-2016 rumah tangga di Sumatera Barat yang mendapatkan kriteria sanitasi dan air minum layak masih berada dibawah 85% yang menjadi target Standar Pelayanan Minimal, dimana pada tahun 2012 berada pada angka 44,25% dan pada tahun 2016 adalah 46,13%.

Kondisi sanitasi di Kabupaten Pesisir Selatan untuk persentase penduduk dengan akses sanitasi yang layak sebesar 79,9% dari jumlah penduduk. Penyelenggaraan penyehatan pemukiman difokuskan pada peningkatan rumah sehat, dari data yang diperoleh tahun 2015 rumah yang memenuhi syarat kesehatan sebanyak 79.334 unit (79,8%). Ini belum mencapai target SPM nasional dengan target pencapaian 85% (Dinkes Kabupaten Pesisir Selatan, 2016).

Kecamatan Lengayang adalah salah satu Kecamatan di Kabupaten Pesisir Selatan yang pencapaian target sanitasi atau upaya penyehatan lingkungannya masih rendah. Pada tahun 2017 kepemilikan sarana air bersih masih 75%, jamban sehat 70,4%, SPAL 67,7% dan pembuangan sampah 69,9% dimana semua masih dibawah target (Puskesmas Lengayang, 2017).

Menyadari pentingnya permasalahan tersebut, pemerintah melakukan segala upaya untuk menanggulangi permasalahan yang terjadi akibat kemiskinan yang berdampak pada rendahnya derajat kesehatan termasuk sanitasi. 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).

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program pemberian uang tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajibannya. Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (misalnya bagi anak usia sekolah), ataupun kehadiran di fasilitas kesehatan (misalnya bagi anak balita, atau bagi ibu hamil). Program semacam ini secara internasional dikenal sebagai program *Conditional Cash Transfers* (CCT) atau Program Bantuan Tunai Bersyarat.

Mexico adalah salah satu negara yang pernah menerapkan program ini dimulai pada tahun 1999, dampak yang telah dirasakan di Mexico dari pelaksanaan program ini adalah angka kemiskinan berkurang dengan cepat, mendorong pencapaian pendidikan serta meningkatkan akses kesehatan. Strategi yang dipakai adalah dengan memberikan bantuan kepada peserta transisi selama 3 (tiga) tahun dengan kondisionalitas. Penelitian yang dilakukan oleh Barber dan Gertler (2008) mendapatkan hasil bahwa program CCT yang dijalankan di Mexico memiliki dampak positif karena meningkatkan hasil kelahiran pada bidang kesehatan (Kemensos, 2015).

Program PKH di Indonesia dimulai pada tahun 2007 pada 48 kabupaten/kota dan mengalami peningkatan sampai tahun 2015 yaitu menjadi 430 kecamatan yang tersebar di 34 provinsi di Indonesia. Program PKH di Provinsi Sumatera Barat saat itu hanya di Kabupaten Pesisir Selatan dan untuk Kabupaten Pesisir Selatan, Kecamatan Lengayang menjadi salah satu dari 4 (empat) kecamatan angkatan pertama yang mendapatkan PKH dengan jumlah Keluarga Sangat Miskin (KSM) 969 (Kemensos, 2015).

Tahun 2014, PKH masih menggunakan MDGs dimana dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban RTSM dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan. Pelaksanaan PKH juga mendukung upaya pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium. Lima Komponen Tujuan MDG's yang akan terbantu oleh PKH adalah pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi balita, dan pengurangan kematian ibu melahirkan.

Setelah MDGs muncul SDGs yang menjadikan PKH sebagai program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat PKH. Sebagai upaya percepatan penanggulangan kemiskinan (Kemensos, 2018).

PKH sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia disekitar mereka. Manfaat PKH juga mulai didorong untuk mencakup

penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden RI. KPM didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, dan pendampingan, termasuk akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi tulang punggung penanggulangan kemiskinan yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa PKH mampu mengangkat penerima manfaat keluar dari kemiskinan, meningkatkan konsumsi keluarga, bahkan pada skala yang lebih luas mampu mendorong para pemangku kepentingan di pusat dan daerah untuk melakukan perbaikan infrastruktur kesehatan dan pendidikan. Penguatan PKH dilakukan dengan melakukan penyempurnaan proses bisnis, perluasan target, dan penguatan program komplementer. Harus dipastikan bahwa KPM mendapatkan subsidi Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), jaminan sosial Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Indonesia Pintar (KIP), bantuan rumah tidak layak huni (Rutilahu), pemberdayaan melalui Kelompok Usaha Bersama (KUBE) termasuk berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial lainnya agar keluarga miskin segera keluar dari kemiskinan dan lebih sejahtera (Kemensos, 2018).

PKH mempunyai strategi yang dikenal dengan *Family Development Session* (FDS) yang merupakan proses pembelajaran dan pemberdayaan masyarakat dengan menyampaikan dan membahas informasi praktis dibidang kesehatan, pendidikan, ekonomi dan kesejahteraan keluarga. Menggunakan metode *blended learning* yaitu memanfaatkan media video animasi, proses diskusi dan dialog antar peserta dan narasumber yang kompeten, maka FDS dirasa mampu menjadi formula demi peningkatan kapasitas diri peserta PKH (Kemensos, 2016).

Pertemuan FDS merupakan sebuah bentuk pemberdayaan yang melekat dengan PKH, yang sejak tahun 2016 dilaksanakan di seluruh kabupaten/Kota di seluruh Indonesia (Kuntjorowati, 2018). Pemberdayaan adalah pilihan, kebebasan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, martabat, penghargaan, kerjasama dan rasa saling memiliki pada komunitas (Gonsalves et al, 2005). Pemberdayaan berarti

mempersiapkan masyarakat untuk memperkuat kapasitas diri dan kelompok dalam berbagai hal, mulai dari sosial kelembagaan, kepemimpinan, sosial ekonomi dan politik dengan menggunakan basis sendiri (Syahyuti, 2007).

Setiap sesi pertemuan FDS yang dijadwalkan dengan durasi 1,5-2 jam. Pemberdayaan dilakukan secara interaktif partisipatif dalam artian kegiatan FDS yang dilakukan tidak hanya satu arah, melainkan dua arah yaitu harus terjadi interaksi antara pendamping PKH sebagai narasumber dengan masyarakat penerima manfaat PKH (Kemensos, 2016).

Dampak positif PKH secara nyata adalah pemenuhan kebutuhan dasar keluarga sangat miskin, tapi belum maksimal terutama yang berhubungan dengan faktor kultural dalam kemiskinan itu sendiri. PKH belum menyentuh perubahan pola pikir keluarga penerima manfaat terhadap masa depan serta upaya untuk meningkatkan etos kerja melalui pendidikan keluarga.

Permasalahan sanitasi yang tidak pernah habisnya membuat Program Keluarga Harapan dari kementerian Sosial berupaya menjadikan FDS sebagai salah satu cara untuk melakukan pemecuan dengan harapan dapat menyadarkan masyarakat akan pentingnya peningkatan upaya kesehatan lingkungan, agar terhindar dari penyakit-penyakit berbasis lingkungan.

Uji coba pelaksanaan FDS dimulai pada tahun 2014 di 3 provinsi yaitu DKI, Jawa Barat, dan Jawa Timur pada 122 Kecamatan di 33 Kabupaten. Di Sumatera Barat pada tahun 2015 telah dilakukan diklat FDS kepada pendamping dan action dari kegiatan FDS ini mulai dilakukan pada tahun 2016. Satu-satunya Kabupaten di Sumatera Barat yang menjalankan program FDS ini adalah Pesisir Selatan pada Kecamatan Lengayang (Kemensos, 2015).

Beberapa penelitian dapat membuktikan keberhasilan program FDS. Salah satunya yang dilakukan Pambid (2017) didapatkan hasil bahwa melalui program FDS ini penerima merasakan dampaknya terhadap pencegahan penyakit pada anak-anak, nutrisi, dan pengelolaan limbah melalui penerapan praktik-praktik yang tepat.

Family Development Sesion dilaksanakan oleh para pendamping yang telah dilatih dari Balai Diklat Regional I. Proses pelaksanaan FDS yang dilakukan pendamping adalah melakukan pendampingan kepada masyarakat melalui

tahapan-tahapan yang telah ditetapkan dalam modul FDS yang dikeluarkan kementerian sosial (Kemensos, 2011). Namun pada kenyataannya berdasarkan observasi awal dilapangan, pendamping tidak melakukan semua tahapan yang telah ditetapkan sehingga pelaksanaan FDS program PKH tidak tercapai secara optimal dan berdampak terhadap masih rendahnya capaian target FDS pada bidang kesehatan termasuk sanitasi.

Penelitian yang dilakukan Rahmawati dan Kisworo (2017) menjelaskan bahwa keberhasilan program PKH dipengaruhi oleh peran serta pendamping karena pendamping pelaksana program PKH dibekali dengan empat keterampilan yaitu peran fasilitatif, pendidik, representatif atau perwakilan masyarakat dan teknis. Sedangkan faktor yang menjadi penghambat ketidakberhasilan PKH adalah sulitnya pengumpulan berkas data peserta, dan beradaptasi dengan lingkungan baru pendamping memerlukan waktu yang lama. Suwinta dan Prabawati (2016) dalam penelitiannya juga menjelaskan bahwa yang menjadi penyebab ketidakberhasilan Program Keluarga Harapan adalah kurangnya kesadaran peserta PKH terhadap pentingnya PKH, serta adanya permasalahan internal antara pelaksana pusat dan daerah.

Pelaksanaan FDS melibatkan lintas sektor, untuk FDS bidang kesehatan tentunya tidak lepas dari kerjasama dan koordinasi dengan puskesmas. Berdasarkan wawancara awal, dalam pelaksanaannya ada komitmen yang harus dipenuhi oleh peserta PKH seperti wajib membawa anak ke posyandu setiap bulannya, ibu hamil memeriksakan kehamilannya ke layanan kesehatan terdekat dan jika peserta PKH tidak memenuhi komitmen tersebut maka akan diberikan sanksi bahkan sanksi terberat adalah pemutusan kepesertaan. Sedangkan kerjasama puskesmas dan PKH melalui FDS bidang sanitasi adalah kerjasama dalam upaya peningkatan akses sanitasi, semua data terkait sanitasi didapatkan pendamping dari puskesmas, seharusnya pendamping selalu berkoordinasi dengan puskesmas dalam pelaksanaan FDS bidang sanitasi.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan Analisis terhadap pelaksanaan Family Development Session pada bidang sanitasi di Kecamatan Lengayang pada tahun 2018.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang yang dipaparkan di atas, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah

“Bagaimana pelaksanaan *Family Development Session* pada bidang sanitasi di Kecamatan Lengayang tahun 2018?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan *Family Development Session* pada bidang sanitasi di wilayah Kecamatan Lengayang tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis input berupa kebijakan, sumber daya manusia, anggaran, sarana prasarana, perencanaan, money, dan dukungan tokoh masyarakat FDS bidang sanitasi di Kecamatan Lengayang.
- b. Menganalisis proses pelaksanaan terhadap FDS bidang sanitasi di Kecamatan Lengayang.
- c. Menganalisis output pelaksanaan FDS di Kecamatan Lengayang.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi para akademisi dan pihak-pihak yang membutuhkan, guna pengembangan ilmu kesehatan masyarakat mengenai pelaksanaan FDS bidang sanitasi di Kabupaten Pesisir Selatan.

2. Aspek Praktis

- a. Diharapkan dapat menjadi masukan untuk program, terutama bagi *stakeholder* di bidang kesehatan untuk menentukan langkah yang tepat dalam upaya meningkatkan upaya kesehatan lingkungan.
- b. Sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya, guna pengembangan penelitian terkait pelaksanaan FDS bidang sanitasi.