

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Status gizi dapat diketahui melalui prevalensi gizi pada anak umur 1-5 tahun dan merupakan indikator pengukuran keadaan gizi masyarakat. Masa balita merupakan periode keemasan dalam proses tumbuh kembang manusia. Status gizi balita merupakan suatu hal penting yang harus diketahui oleh setiap orang tua. Perlunya perhatian lebih terhadap tumbuh kembang anak pada usia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi pada masa emas ini bersifat irreversible (tidak dapat pulih). Keadaan kurang gizi pada anak akan mengakibatkan terganggunya pertumbuhan fisik dan kecerdasan (Marimbi, 2010). Diharapkan dapat mengakhiri segala bentuk malnutrisi merupakan target SDGS 2030 tentang gizi masyarakat (Dirjen Gizi, 2015).

Menurut data WHO, lebih dari 50% kematian pada bayi dan anak terkait dengan masalah gizi kurang dan gizi buruk. Berdasarkan data Riskesdas 2018 menunjukkan terdapat perbaikan status gizi pada balita di Indonesia. Berdasarkan Riskesdas (2018), proporsi status gizi sangat pendek dan pendek turun dari 37,2% (Riskesdas 2013) menjadi 30,8%. Penurunan juga terjadi pada status gizi buruk dan gizi kurang dari 19,6% (Riskesdas 2013) menjadi 17,7%. Namun, masih berada di atas angka ambang batas yang ditetapkan oleh WHO yaitu prevalensi balita buruk dan kurang (<10%), balita pendek (<20%), dan balita kurus (<5%).

Berdasarkan Data Riskesdas, cakupan balita gizi kurang dan buruk (BB/U) di Provinsi Sumatera Barat tahun 2018 sebanyak 19,6 %, tahun 2013 sebanyak 18,9% dan tahun 2010 adalah 17,2 %. Cakupan balita pendek dan sangat pendek (TB/U) tahun 2018 sebanyak 30,0%, tahun 2013 sebanyak 39,2% dan tahun 2010 sebanyak 32,7%. Balita kurus dan sangat kurus (BB/TB) tahun 2018 sebanyak 11,3%, tahun 2013 sebanyak 12,6%, tahun 2010 sebanyak 8,2%.

Berdasarkan Data dari Dinas Kesehatan Kota Padang, cakupan balita gizi kurang (BB/U) di Kota Padang tahun 2019 adalah 2.980 kasus (6,7%), tahun 2018 adalah 533 orang (1,04%), Cakupan balita pendek (TB/U) tahun 2019 sebanyak 4.266 kasus (9,6%), tahun 2018 sebanyak 3.934 orang (7,65%) . Balita kurus

(BB/TB) sebesar 1.947 kasus (4,4%), tahun 2018 sebanyak 281 kasus (0,55%). Berdasarkan data didapat dilihat terjadi peningkatan masalah gizi balita pada tahun 2019. Salah satu Kecamatan yang persentase masalah gizinya masih di atas standar dan paling tinggi yaitu berada di Kecamatan Koto tangah yaitu wilayah kerja puskesmas Air Dingin dan anak Air. dengan cakupan balita gizi kurang 20,9 % dan 12,0%, balita kurus sebanyak 18,1% dan balita pendek sebanyak 22,4% dan 18,7%. Masalah gizi dapat diketahui oleh orang tua melalui pemantauan tumbuh kembang anak ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas, posyandu, dan bidan. Dari data Dinas Kota Padang pada tahun 2019, balita yang melakukan penimbangan sebanyak 51.907 balita atau tingkat partisipasi masyarakat membawa balitanya ke Posyandu hanya 64,0%, cakupan ini menurun dari tahun 2018 sebesar 66,47% dan tahun 2017 yaitu sebesar 71,10%. Dalam 3 tahun terakhir tingkat partisipasi masyarakat mengalami penurunan, perlu ditingkatkan peran serta tokoh masyarakat dan lintas sektoral.

UNICEF (1998) mengembangkan konsep bahwa kurang gizi disebabkan oleh penyebab langsung, tidak langsung, dan akar masalah. Masalah gizi secara langsung disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan dan adanya penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung disebabkan oleh rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, perawatan meliputi pengasuhan pemberian makan, kesehatan, kebersihan, stimulasi kognitif, dan praktik menyusui, perawatan selama kehamilan, sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai. Kemiskinan merupakan akar masalah gizi yang dikaitkan dengan pendapatan keluarga, dimana makin kecil pendapatan makin tinggi persentase anak kurang gizi. Rendahnya penghasilan keluarga menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, pendidikan, kesehatan dan gizi. Rendahnya kondisi kesehatan keluarga miskin berdampak pada tidak optimalnya proses tumbuh kembang anak, terutama terhadap usia 0-5 tahun (Wrihatnolo, 2002). Penyebab dasar lain terjadinya masalah gizi kurang pada balita adalah pendidikan. Tingkat Pendidikan orang tua terutama ibu berpengaruh secara signifikan terhadap status gizi balita (Bappenas, 2013).

Menyadari pentingnya permasalahan tersebut, pemerintah melakukan segala upaya untuk mengatasi masalah yang diakibatkan oleh kemiskinan. Salah

satu program yang dikeluarkan pemerintah dalam rangka percepatan penanggulangan kemiskinan yaitu Program Keluarga Harapan (PKH) yang sudah dilaksanakan sejak tahun 2007. PKH bertujuan membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus merupakan upaya memotong rantai kemiskinan (Permensos, 2018).

Program keluarga harapan (PKH) adalah program bantuan non tunai bersyarat atau di negara lain dikenal juga dengan istilah *Conditional Cash Transfers* (CCT). PKH bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan keluarga penerima manfaat (KPM) agar mampu keluar dari kemiskinan melalui peningkatan kesehatan dan pendidikan. Sasaran PKH merupakan keluarga yang miskin dan rentan serta terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin yang memiliki komponen kesehatan (ibu hamil dan balita), pendidikan (anak usia sekolah) dan kesejahteraan sosial (disabilitas dan lansia). Maksud dari bantuan non tunai bersyarat yaitu penerima PKH tidak hanya sekedar menerima bantuan uang secara cuma-cuma melainkan penerima harus melakukan kewajiban terkait kesehatan dan pendidikan agar bantuan tetap diterima (Permensos, 2018).

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program nasional yang telah diimplementasikan oleh Kementerian Sosial RI di Indonesia sejak tahun 2007 sampai dengan tahun 2019, sudah dilaksanakan di 34 Provinsi dan mencakup 512 Kabupaten/Kota dengan 7.214 Kecamatan. Sampai tahun 2019 jumlah penerima bantuan PKH genap 10.000.000 penerima. PKH di Sumatera Barat mulai dilaksanakan pada tahun 2007 yaitu pertama kali di Kabupaten Pesisir Selatan. Jumlah KPM PKH di Sumatera Barat sebanyak 190.550 KK yang tersebar di 19 Kabupaten/Kota. Kota Padang merupakan penerima PKH paling banyak di Provinsi Sumatera Barat yaitu sebanyak 20.188 KPM (Dinsos, 2019).

Program Keluarga Harapan (PKH) mulai dilaksanakan di Kota Padang pada September 2014. Jumlah KPM Kota Padang sebanyak 20.188 KPM dan terdapat 75 pendamping. Adapun penerima bantuan PKH menurut kecamatan yaitu Koto Tangah 4014 KK dengan jumlah balita 1087 jiwa, Pauh 1527 KK dengan jumlah balita 368 jiwa, Kuranji 3364 KK dengan jumlah balita 933

jiwa, Nanggalo 1072 KK dengan jumlah balita 272 jiwa, Padang Utara 924 KK dengan jumlah balita 251 jiwa, Padang Barat 1077 KK dengan jumlah balita 244 jiwa, Padang Timur 1663 KK dengan jumlah balita 324 jiwa, Padang Selatan 1897 KK dengan jumlah balita 538 jiwa, Lubuk Begalung 2333 KK dengan jumlah balita 559 jiwa, Lubuk Kilangan 840 KK dengan jumlah balita 241 jiwa, Bungus Teluk Kabung 1366 KK dengan jumlah balita 436 jiwa. Berdasarkan uraian diatas Kecamatan Koto Tangah merupakan kecamatan terbanyak penerima bantuan PKH dan memiliki balita terbanyak dibandingkan kecamatan lain di Kota Padang. (Dinsos, 2019).

Program PKH atau CCT sudah memberikan dampak pada kesehatan dan gizi masyarakat. Beberapa dampak PKH yaitu angka kunjungan kesehatan meningkat 18 persen di Meksiko. Di Negara Kolombia, Honduras, Meksiko dan Nikaragua dampak PKH atau CCT juga ditemukan yaitu pada kunjungan pemantauan tumbuh kembang anak. PKH berhubungan juga dengan peningkatan tinggi badan pada anak. Terjadi penurunan angka stunting 10%, 5.5% dan 7% di Meksiko, Nikaragua dan Kolombia. Meskipun peningkatan status gizi tidak diketahui pasti, sangat dimungkinkan bahwa temuan tersebut disebabkan oleh karakteristik dasar program CCT, seperti (i) adanya kewajiban untuk memonitor tumbuh kembang, (ii) meningkatnya pendapatan rumah tangga karena subsidi mengakibatkan peningkatan belanja makanan dan (iii) adanya informasi tentang perawatan anak dan tambahan makanan bergizi. Sedangkan dampak PKH di Indonesia yaitu berhasil meningkatkan angka kunjungan Posyandu, pemantauan tumbuh kembang anak, serta kegiatan imunisasi (Bappenas, 2009). Pada penelitian Setiyaningati tahun 2013 menunjukkan bahwa terjadi perubahan perilaku KPMPKH untuk lebih aktif melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan terutama kegiatan monitoring balita (Setiyaningati, 2013).

Secara nyata PKH sudah memberikan dampak positif terhadap pemenuhan kebutuhan dasar keluarga miskin, namun masih belum optimal dalam faktor budaya dan sosial masyarakat. PKH masih belum menyentuh perubahan pola pikir keluarga tentang kesehatan dan pendidikan yang akan berdampak terhadap masa depan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Bappenas disebutkan bahwa perlunya pendekatan multidimensi dalam PKH. Salah satu contoh kasus yang terjadi di

Nikaragua yaitu ibu-ibu peserta PKH menerima tablet suplemen tambah darah untuk diberikan kepada anak agar tidak terkena anemia. Hasilnya anemia tetap banyak ditemukan. Penyebabnya yaitu ibu-ibu tidak memberikan suplemen Fe kepada anaknya karena muncul persepsi bahwa suplemen akan berdampak buruk bagi perut dan gigi (Bappenas, 2009).

Ketidaktahuan pada kasus di atas mencerminkan bahwa program masih belum mampu merubah pola pikir pesertanya. Diperlukan upaya peningkatan pengetahuan bagi para penerima program. Pada konteks ini, pembenahan terus dilakukan pada program salah satunya dengan dilaksanakannya intervensi *Family Development Session* (FDS) atau disebut juga dengan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2). Uji coba pelaksanaan FDS sudah dimulai pada tahun 2014 di 3 provinsi, 33 Kabupaten/Kota dan 122 Kecamatan yaitu Provinsi DKI, Jawa Timur, dan Jawa Barat. Pada tahun 2015 dilakukan perluasan pelaksanaan FDS salah satunya di Provinsi Sumatera Barat yaitu di Pesisir Selatan. Sedangkan, untuk Kota Padang baru dilaksanakan tahun 2017.

Family Development Session (FDS) yang merupakan proses pembelajaran dan pemberdayaan masyarakat secara terstruktur untuk memperkuat terjadinya perubahan perilaku pada KPM dibidang kesehatan, pendidikan, ekonomi dan kesejahteraan keluarga yang terangkum dalam suatu modul dengan berbagai sesi yang berurutan. *Family Development Session* (FDS) memiliki tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran KPM PKH tentang pentingnya pengasuhan pada anak, pendidikan, kesehatan, gizi, ekonomi agar KPM dapat mandiri dalam memperbaiki kualitas hidup dimasa yang akan datang. Pemberdayaan dilaksanakan secara interaktif partisipatif dalam artian kegiatan FDS yang dilakukan harus terjadi interaksi dua arah yaitu antara pendamping PKH sebagai narasumber dengan keluarga penerima manfaat PKH (Kemensos, 2016). Pertemuan FDS setiap sesinya dijadwalkan dengan durasi 1,5-2 jam. Modul FDS terdiri dari beberapa modul yaitu modul kesehatan dan gizi, modul pendidikan dan pengasuhan anak, modul pengelolaan keuangan keluarga, modul perlindungan anak dan modul kesejahteraan sosial. Metode dalam pelaksanaan FDS yaitu memanfaatkan media video animasi, proses diskusi dan dialog antar peserta dan narasumber yang kompeten yang disebut dengan metode *blended*

learning. Sehingga FDS mampu menjadi formula dalam peningkatan kapasitas diri peserta penerima PKH (Kemensos, 2016; UPPKH Pusat, 2013).

Keberhasilan program *Family Development Session* dapat dibuktikan dari beberapa penelitian. Salah satunya hasil penelitian yang dilakukan Pambid di Filipina (2017) bahwa melalui program FDS ini penerima merasakan dampaknya terhadap upaya pencegahan penyakit pada anak-anak, nutrisi, dan pengelolaan limbah melalui penerapan praktik-praktik yang tepat. Sehingga PKH tidak hanya sekedar memberikan bantuan terhadap keluarga miskin saja dengan mereka mematuhi ketentuan dan persyaratan yang ditetapkan tetapi juga memberikan peningkatan pengetahuan agar terjadinya perubahan perilaku yang permanen untuk masa yang akan datang. Selain itu, penelitian Kuntjorowati di Kec Umbulharjo tahun 2018 menunjukkan bahwa FDS memiliki pengaruh terhadap kesehatan seperti imunisasi lengkap, penimbangan balita di posyandu, dan persalinan dengan tenaga kesehatan (Kuntjorowati, 2018).

Family Development Session dilaksanakan oleh pendamping sosial Program Keluarga Harapan yang telah direkrut langsung oleh Kementerian Sosial dan dilatih oleh Balai Diklat Regional I. Proses pelaksanaan FDS yang dilakukan pendamping yaitu melakukan pendampingan kepada masyarakat melalui tahapan-tahapan yang sudah ditentukan dalam modul FDS yang dikeluarkan oleh Kementerian Sosial. FDS disampaikan oleh pendamping social PKH setiap pertemuan bulanan. Pada pelaksanaan FDS juga melibatkan lintas sektor. Salah satunya pelaksanaan FDS tentang kesehatan tentunya tidak lepas dari kerjasama dan koordinasi dengan sektor kesehatan seperti puskesmas. Kerjasama puskesmas terkait gizi balita adalah kerjasama dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan, data terkait masalah gizi balita KPM didapatkan oleh pendamping dari puskesmas. Namun pada kenyataannya berdasarkan observasi awal di lapangan, masih banyak pendamping tidak melakukan semua tahapan yang telah ditentukan oleh Kementerian Sosial sehingga pelaksanaan FDS pada Program Keluarga Harapan tidak tercapai secara optimal (Kemensos, 2011).

Berdasarkan wawancara awal yang dilakukan dengan beberapa pendamping, KPM Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita masih ada yang belum melaksanakan komitmen (kewajibannya) di bidang kesehatan yaitu

menggunakan bantuannya untuk pemenuhan gizi balita, ke posyandu setiap bulannya, melakukan pemantauan gizi, dan mengakses pelayanan kesehatan terdekat. adapun yang sudah melaksanakan komitmennya, namun hanya sekedar melaksanakan kewajibannya terkait aturan PKH saja agar bantuannya tetap diterima dan tidak dikeluarkan sebagai penerima PKH, tetapi belum memahami tentang pentingnya hal tersebut dilakukan. Studi awal yang dilakukan terhadap 10 anak balita pada KPM PKH ditemukan 3 masalah status gizi yaitu 3 orang diantaranya mengalami *stunting*. Dari wawancara yang dilakukan dengan KPM PKH masih kurangnya pemahaman KPM tentang gizi balita, pentingnya mengakses pelayanan kesehatan seperti posyandu dalam pencegahan masalah gizi, manfaat imunisasi, pentingnya asi eksklusif, padahal sudah ada pelaksanaan FDS yang memberikan pemahaman terkait gizi balita.

Menurut Subarsono (2010), dalam penanggulangan sebuah program dapat dilakukan upaya pendekatan yang disebut dengan pendekatan sistem (Subarsono, 2010). Adapun unsur-unsur dasar dalam sebuah sistem yaitu input (kebijakan, tenaga, dana, sarana prasarana dan metode), proses (perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) dan output (terlaksana atau tidak secara optimal). Sama halnya dengan pelaksanaan FDS pada PKH melibatkan input (kebijakan yang mendukung pelaksanaan FDS, tenaga ahli dalam pelaksanaan FDS, sumber dana baik dari APBN maupun APBD, ketersediaan alat dan tempat), proses (perencanaan pelaksanaan kegiatan FDS, Pelaksanaan FDS, pencatatan dan pelaporan, serta monev). Analisis implementasi kebijakan dilakukan untuk melihat apakah kebijakan yang dibuat pemerintah benar-benar terlaksana dan berhasil dalam mencapai tujuan dari program (Indiahono, 2009). Oleh karena itu, kebijakan yang telah ada dapat dilihat dampaknya melalui program-program yang telah direncanakan., apakah telah sesuai dengan tujuan kebijakan yang telah dibuat oleh para pembuat kebijakan. Dari masalah yang ditemukan tersebut maka peneliti tertarik ingin melihat Implementasi *Family Development Session* tentang gizi pada KPM Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita di Kecamatan Koto Tangah Kota Padang Tahun 2020.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan penjabaran yang dipaparkan pada latar belakang di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana implementasi *Family Development Session* tentang gizi pada Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang Tahun 2020?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi *Family Development Session* tentang gizi pada Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang Tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis input berupa kebijakan, sumber daya manusia, biaya, dan sarana prasarana FDS tentang gizi pada keluarga penerima manfaat Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang.
- b. Menganalisis proses perencanaan, pelaksanaan, pencatatan dan pelaporan dan monev FDS tentang gizi pada keluarga penerima manfaat Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang.
- c. Menganalisis output pelaksanaan FDS tentang gizi pada keluarga penerima manfaat Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang tahun 2020.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk para akademisi dan pihak lain yang membutuhkan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat mengenai pelaksanaan *Family Development*

Session Tentang Gizi Pada KPM Program Keluarga Harapan yang mempunyai balita di Kecamatan Koto Tengah Kota Padang Tahun 2020.

2. Aspek Praktis

- a. Diharapkan menjadi masukan bagi program, terutama sektordi bidang kesehatan dalam membantu menentukan langkah yang tepat dalam upaya meningkatkan upaya kesehatan dan gizi masyarakat terutama masyarakat kurang mampu.
- b. Sebagai referensi penelitian selanjutnya, dalam pengembangan penelitian yang berkaitan dengan pelaksanaan FDS tentang gizi pada balita.

