

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

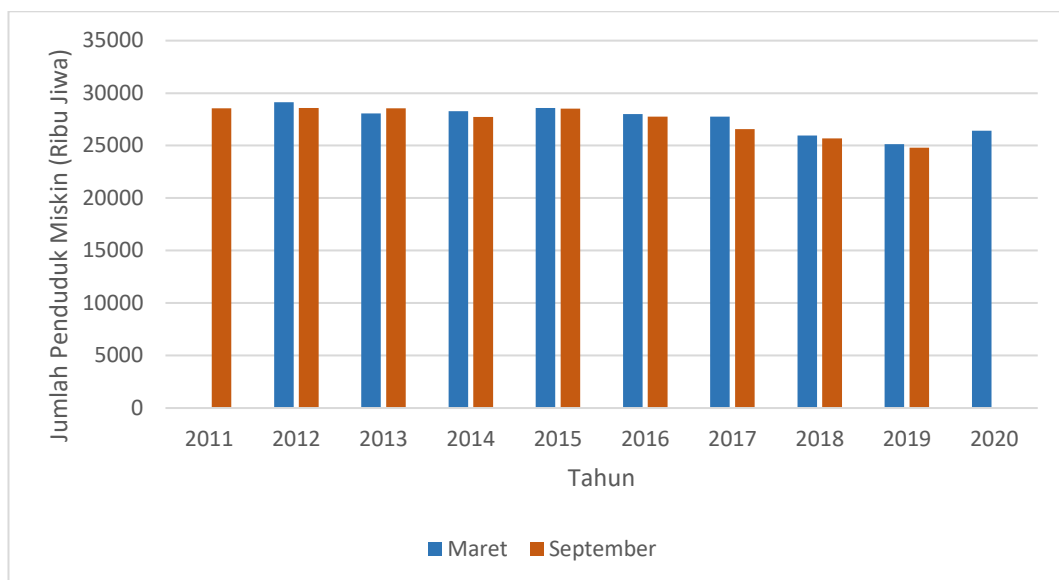
Kemiskinan merupakan permasalahan besar yang dihadapi oleh banyak negara, salah satunya Indonesia. Di Indonesia kemiskinan bukanlah suatu masalah baru, kemiskinan merupakan masalah yang ada sejak lama namun masih tetap menarik untuk dibahas karena belum dapat terselesaikan hingga saat ini. Kemiskinan adalah suatu kondisi dimana seseorang atau rumah tangga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya (Faturachman dan Marcelinus Molo). Abraham Maslow (1943) berpendapat bahwa kebutuhan paling dasar manusia adalah kebutuhan fisiologis yakni kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik, kebutuhan-kebutuhan itu berupa kebutuhan sandang (pakaian), pangan (makanan dan minuman) serta papan (tempat tinggal).

Kemiskinan sering dikaitkan dengan rendahnya pendapatan masyarakat dan juga rendahnya kualitas sumber daya manusia itu sendiri. Rendahnya pendapatan masyarakat akan berdampak pada berkurangnya kemampuan untuk memenuhi standar hidup rata-rata seperti pendidikan dan kesehatan. Dengan kata lain, kemiskinan telah membatasi hak masyarakat untuk mengenyam pendidikan tinggi

serta kesehatan yang terjamin. Jika kondisi seperti ini terus dibiarkan maka masyarakat akan terus terperangkap dalam lingkaran kemiskinan.

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) jumlah penduduk miskin di Indonesia selama sepuluh tahun terakhir berfluktuasi. Berikut merupakan data jumlah penduduk miskin di Indonesia selama sepuluh tahun terakhir :

**Grafik 1.1 Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia Tahun 2011-2020**



Sumber : Badan Pusat Statistik (diolah), 2020

Pada Maret 2012 penduduk miskin di Indonesia bertambah 569,47 ribu jiwa dibanding September 2011, namun pada September 2012 angka tersebut kembali menurun meski tidak lebih rendah dari September 2011. Begitupun pada tahun-tahun berikutnya, jumlah penduduk miskin di Indonesia terus mengalami peningkatan dan penurunan. Hingga pada Maret 2020 jumlah penduduk miskin di Indonesia meningkat cukup tinggi yakni sebanyak 1.638,15 ribu jiwa dibanding September 2019. Menurut penuturan dari Kepala BPS yakni Suhariyanto,

peningkatan penduduk miskin pada Maret 2020 disebabkan oleh diberlakukannya kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang diterapkan untuk mencegah penyebaran virus corona (Mutia Fauzia, 2020).

Untuk mengatasi masalah kemiskinan di Indonesia, Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Sosial mengeluarkan sebuah program yang disebut Program Keluarga Harapan (PKH). PKH merupakan sebuah program bantuan tunai bersyarat yang diberikan kepada masyarakat miskin yang ditetapkan sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Program yang mulai dilaksanakan pada tahun 2007 ini bertujuan untuk mengentaskan kemiskinan melalui peningkatan akses masyarakat terhadap berbagai fasilitas pendidikan dan kesehatan, termasuk akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. KPM PKH harus terdaftar dan hadir pada fasilitas pendidikan dan kesehatan terdekat. Kewajiban KPM PKH di bidang pendidikan adalah mendaftarkan dan memastikan kehadiran anggota keluarga KPM ke satuan pendidikan sesuai jenjang sekolahnya. Sedangkan kewajiban KPM PKH di bidang kesehatan meliputi pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemberian asupan gizi, dan imunisasi serta timbang badan anak balita.

Salah satu mekanisme dalam penuntasan kemiskinan adalah pengembangan *human capital* terutama pendidikan dan kesehatan (Jeffrey Sachs 2005, dalam Dicky Djatnika Utama 2009). Seperti yang telah dijelaskan di awal, bahwa kemiskinan sering dikaitkan dengan rendahnya pendapatan dan rendahnya kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) itu sendiri. Peningkatan pendidikan dan kesehatan akan membuat SDM menjadi lebih berkualitas sehingga memiliki daya saing.

Pendidikan dapat memberikan kesempatan bagi seseorang untuk berkembang melalui penguasaan ilmu pendidikan dan keterampilan. Dengan pendidikan yang baik, setiap orang akan memiliki bekal pengetahuan dan keterampilan sehingga memiliki pilihan untuk mendapatkan pekerjaan yang lebih baik. Dengan begitu, setiap orang akan mampu meningkatkan pendapatannya serta meningkatkan kualitas hidupnya untuk kemudian keluar dari kemiskinan.

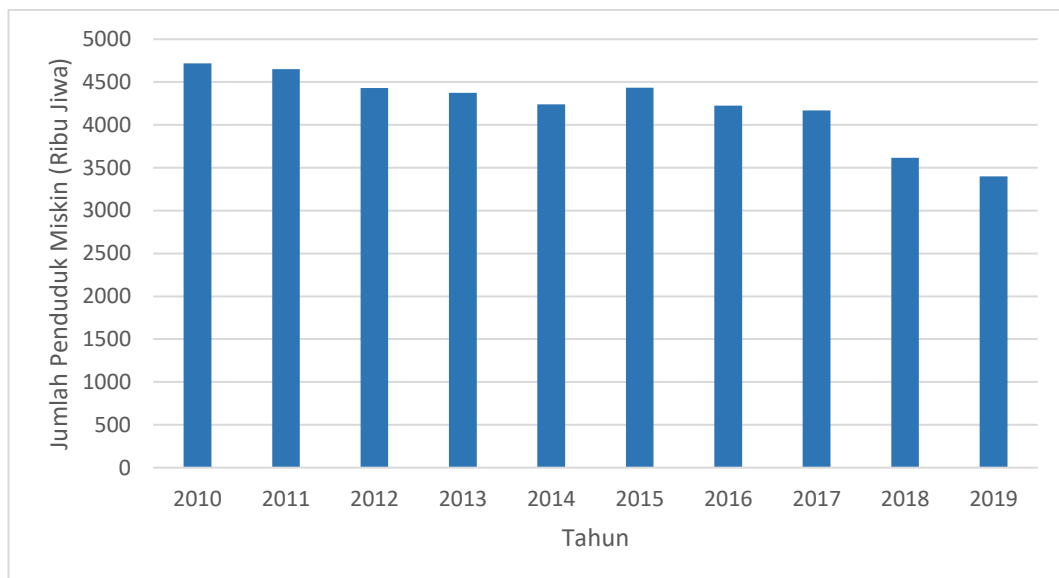
Kesehatan juga memiliki peranan penting dalam pengentasan kemiskinan. Upaya peningkatan SDM yang berkualitas bisa dimulai dengan cara memberikan asupan gizi dan perawatan yang baik untuk anak. Upaya ini dilakukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang agar sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak. Anak-anak merupakan generasi unggul sehingga jika fondasi dasar yang dibutuhkan anak sejak usia dini sudah dibangun secara baik, maka akan lebih mudah untuk mengembangkan kemampuan selanjutnya di masa yang akan datang (Arif Rahman, 2020). Pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil juga merupakan hal yang penting untuk dilakukan karena SDM yang berkualitas perlu dibangun sejak anak berada di dalam kandungan. Dengan kondisi kesehatan yang baik, anak-anak juga bisa mengikuti pendidikan dengan baik. Selain itu, dengan kondisi kesehatan yang baik kelak mereka akan produktif dalam bekerja sehingga mampu meningkatkan pendapatannya serta meningkatkan kualitas hidupnya untuk kemudian keluar dari kemiskinan.

Pada tahun 2007 PKH hanya dilaksanakan di beberapa provinsi di Indonesia. Jawa Barat merupakan salah satu provinsi yang melaksanakan PKH di tahun tersebut. Pelaksanaan PKH di Jawa Barat dapat dikatakan berhasil karena mampu

menurunkan jumlah penduduk miskin dari tahun ke tahun. Pada tahun 2007 jumlah penduduk miskin di Jawa Barat sebanyak 5.457,90 ribu jiwa dan angka tersebut berangsur-angsur turun di tahun-tahun berikutnya. Hingga pada tahun 2019 jumlah penduduk miskin di Jawa Barat sebanyak 3.399,20 ribu jiwa. Berikut merupakan data jumlah penduduk miskin di Provinsi Jawa Barat dari tahun 2010-2019 :

**Grafik 1.2 Jumlah Penduduk Miskin di Provinsi Jawa Barat**

**Tahun 2010-2019**

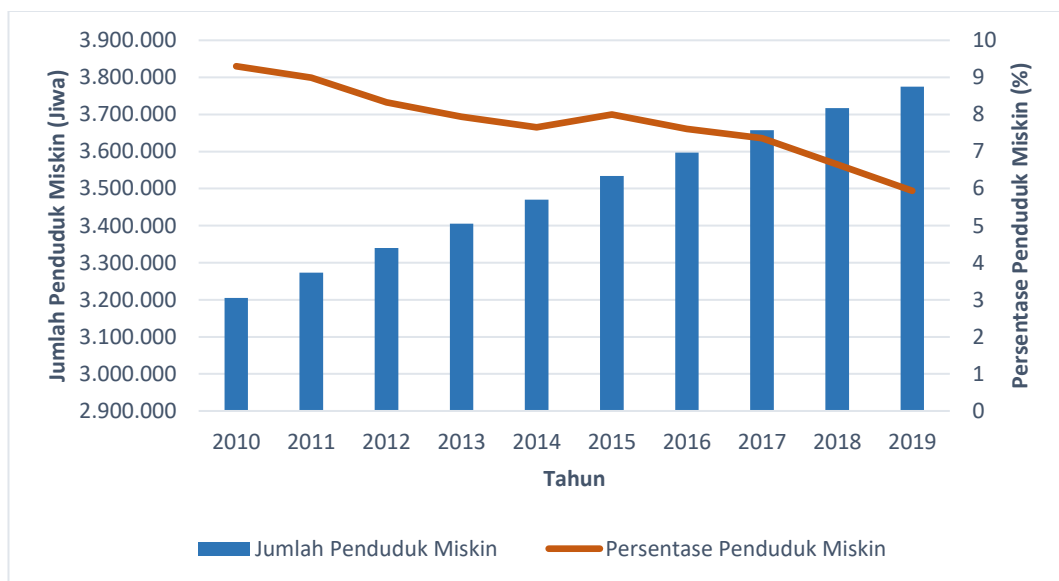


Sumber : Badan Pusat Statistik (diolah), 2020

Berdasarkan grafik di atas, jumlah penduduk miskin di Jawa Barat memang mengalami penurunan. Namun, di salah satu wilayah di Jawa Barat justru terjadi hal yang sebaliknya, wilayah tersebut adalah Kabupaten Bandung. Kabupaten Bandung juga merupakan salah satu wilayah yang turut melaksanakan PKH pada tahun 2007. Berdasarkan data dari BPS Jawa Barat sejak diberlakukannya PKH pada tahun 2007, kemiskinan di Kabupaten Bandung mengalami penurunan secara presentase namun mengalami peningkatan secara jumlah. Hal ini menunjukkan

bahwa di Kabupaten Bandung terjadi peningkatan penduduk yang diiringi dengan adanya peningkatan penduduk miskin. Berikut merupakan data jumlah dan persentase penduduk miskin di Kabupaten Bandung tahun 2010-2019 :

**Grafik 1.3 Jumlah Penduduk Miskin dan Persentase Kemiskinan di Kabupaten Bandung Tahun 2010-2019**



Sumber : Badan Pusat Statistik Jawa Barat (diolah), 2020

Di samping jumlah penduduk miskin yang mengalami peningkatan jumlah setiap tahunnya, tingkat pendidikan di Kabupaten Bandung juga masih cukup rendah untuk jenjang menengah atas dan perguruan tinggi. Berdasarkan data dari BPS jumlah penduduk yang telah menempuh pendidikan sekolah dasar lebih banyak dibandingkan dengan penduduk yang telah menempuh sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas dan perguruan tinggi. Angka Partisipasi Kasar (APK) setiap jenjang pendidikan di Kabupaten Bandung relatif meningkat dari tahun ke tahun. Namun, pada setiap peningkatan jenjang pendidikan seperti dari

sekolah dasar ke sekolah menengah pertama, sekolah menengah pertama ke sekolah menengah atas dan sekolah menengah atas ke perguruan tinggi, APK relatif menurun. Pada tahun 2019, APK untuk sekolah dasar sebesar 105,14%; APK untuk sekolah menengah pertama sebesar 89,99%; APK untuk sekolah menengah atas sebesar 63,74% dan APK untuk perguruan tinggi sebesar 20,27%. Hal ini menunjukkan bahwa masih adanya penduduk usia sekolah yang tidak melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.

Berkaitan dengan kesehatan, berdasarkan data dari Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 2014, Kabupaten Bandung mengalami penurunan untuk Angka Kematian Bayi (AKB). Pada tahun 2009, AKB di Kabupaten Bandung sebanyak 36,02 per 1.000 kelahiran hidup, hingga tahun 2014 AKB di Kabupaten Bandung menurun menjadi 33,9 per 1.000 kelahiran hidup. Kemudian untuk Angka Kematian Ibu (AKI), pada tahun 2009 AKI di Kabupaten Bandung sebanyak 28 per 100.000 kelahiran hidup, hingga tahun 2014 AKI di Kabupaten Bandung meningkat menjadi 48 per 100.000 kelahiran hidup. Dilansir dari Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 2014, penyebab tertinggi kematian ibu di Kabupaten Bandung adalah pendarahan diikuti oleh eklamsia atau preeklamsia. Selain itu, kematian ibu juga disebabkan oleh masih adanya pertolongan persalinan oleh dukun (paraji). Lalu untuk status gizi balita di Kabupaten Bandung, persentase balita dengan gizi baik sudah cukup tinggi karena setiap tahun angkanya diatas 80%. Disamping itu, balita yang mengalami kekurangan gizi dan gizi buruk mengalami peningkatan dan penurunan. Pada tahun 2014, persentase balita yang mengalami kekurangan gizi sebanyak 8,17% dan balita

yang mengalami gizi buruk sebanyak 0,57%. Balita yang mengalami gizi buruk di Kabupaten Bandung disebabkan oleh faktor ekonomi dan faktor pengetahuan ibu tentang gizi.

Di Kabupaten Bandung, saat PKH pertama kali dilaksanakan pada tahun 2007 penerimanya tersebar di empat kecamatan yaitu Kecamatan Canguang, Kecamatan Pameungpeuk, Kecamatan Soreang, dan Kecamatan Solokan Jeruk. Seiring berjalannya waktu penerima PKH di Kabupaten Bandung kemudian diperluas. Setiap tahun jumlah penerimanya terus bertambah, hingga pada tahun 2014 bantuan PKH di Kabupaten Bandung telah tersebar di seluruh kecamatan dengan total KPM sebanyak 34.957. Berikut merupakan data perkembangan PKH di Kabupaten Bandung :

**Tabel 1.1 Data Kecamatan, Desa dan Kuota PKH di Kabupaten Bandung**

<b>Tahun PKH</b>	<b>No</b>	<b>Kecamatan</b>	<b>Jumlah Desa</b>	<b>Jumlah Kuota PKH</b>
2007	1	Canguang	7	525
	2	Pameungpeuk	6	627
	3	Soreang	18	1.551
	4	Solokan Jeruk	7	954
2008	5	Bojong Soang	6	1.249
	6	Rancabali	5	587
	7	Nagreg	6	1.221
	8	Margahayu	5	396
	9	Cilengkrang	6	481
2009	10	Pacet	13	1.611
	11	Pangalengan	13	1.775
	12	Baleendah	8	1.540
	13	Banjaran	11	1.241
	14	Majalaya	11	2.692
	15	Cileunyi	6	1.117



Lanjutan Tabel 1.1

Tahun PKH	No	Kecamatan	Jumlah Desa	Jumlah Kuota PKH
2011	16	Kertasari	7	1.249
	17	Margaasih	6	1.252
	18	Paseh	12	1.235
2012	19	Ciparay	14	2.222
	20	Ibun	12	1.442
2013	21	Dayeuhkolot	6	352
	22	Pasir Jambu	10	993
	23	Ciwidey	7	617
2014	24	Arjasari	11	1.419
	25	Cicalengka	12	1.164
	26	Cikancung	9	1.779
	27	Cimaung	10	1.062
	28	Cimencyan	9	575
	29	Katapang	7	764
	30	Rancaekek	13	1.265
<b>Jumlah</b>			<b>284</b>	<b>34.957</b>

Sumber : UPPKH Kabupaten Bandung (dalam Dian Melina), 2015

Berdasarkan data di atas, jumlah kuota PKH di setiap kecamatan berbeda-beda. Hal ini disesuaikan dengan banyaknya penduduk miskin yang ada di kecamatan tersebut. Kecamatan Rancaekek merupakan salah satu kecamatan yang masuk ke dalam sepuluh kecamatan dengan jumlah kuota PKH tertinggi. Hal ini mengindikasikan bahwa kemiskinan di Kecamatan Rancaekek masih cukup tinggi. Tingginya angka kemiskinan di Kecamatan Rancaekek disebabkan oleh masih rendahnya tingkat pendidikan dan kesehatan. Oleh karena itu, penulis memilih Kecamatan Rancaekek sebagai tempat penelitian.

Kecamatan Rancaekek terpilih menjadi penerima PKH pada tahun 2014 dan sejak awal pelaksanaan PKH di Kecamatan Rancaekek sudah sangat banyak masyarakat miskin yang terbantu. Hingga Februari 2021 seluruh desa di Kecamatan

Rancaekek sudah menjadi penerima PKH dengan KPM sebanyak 5.200. Angka tersebut cukup tinggi, mengingat jumlah penduduk miskin yang ada di Kecamatan Rancaekek hingga tahun 2020 berjumlah 6.004 jiwa. Artinya sudah lebih dari 80% masyarakat miskin di Kecamatan Rancaekek terbantu oleh PKH.

Salah satu faktor penting untuk menunjang keberhasilan pelaksanaan PKH adalah peran dari pendamping PKH yang merupakan pekerja sosial. Pekerja sosial adalah kegiatan seseorang untuk membantu individu, kelompok, dan masyarakat yang mengalami hambatan dalam menjalani kehidupan atau hambatan keberfungsian sosial dengan cara membantu mencari alternatif pemecahan masalah, meningkatkan dan menggali potensi klien, serta meminimalisir hambatan-hambatan dengan mendekati klien pada sistem-sistem yang dapat dimanfaatkan untuk pemecahan masalah agar klien dapat mewujudkan harapan atau tujuan yang ingin dicapainya (Charles Zastrow, 1999). Pendapat dari Charles Zastrow ini sejalan dengan pendapat dari Departemen Sosial (2009) yang mengatakan bahwa pendampingan sosial merupakan suatu proses relasi sosial antara pendamping dengan klien yang bertujuan untuk memecahkan masalah, memperkuat dukungan, mendayagunakan berbagai sumber dan potensi dalam pemenuhan kebutuhan hidup, serta meningkatkan akses klien terhadap pelayanan sosial dasar, lapangan kerja, dan fasilitas pelayanan publik lainnya.

Dalam pelaksanaan PKH, KPM harus didampingi oleh pendamping agar pengalokasian dana yang mereka terima dapat digunakan sesuai dengan tujuannya yaitu untuk pendidikan dan kesehatan. KPM PKH mayoritas mempunyai tingkat pendidikan yang rendah, sehingga mereka akan sangat memerlukan pendamping.

Peran pendamping merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan PKH. Jika pendamping melaksanakan perannya dengan baik maka akan mempengaruhi tingkat keberhasilan PKH, karena pendamping juga bertugas mengontrol KPM PKH untuk mengalokasikan dana bantuan tersebut dengan bijak.

Pendamping PKH di Kecamatan Rancaekek saat ini berjumlah 14 orang, satu orang pendamping memegang satu hingga dua desa. Menurut penuturan dari salah satu pendamping, PKH di Kecamatan Rancaekek telah cukup berhasil. Hal ini terbukti dari banyaknya KPM PKH yang telah graduasi, mereka yang telah graduasi artinya telah secara sukarela melepaskan bantuan yang diterimanya karena perekonomiannya sudah meningkat. Bantuan yang mereka terima disisihkan sedikit demi sedikit untuk membuka usaha kecil-kecilan. Keberhasilan KPM PKH ini tentu tidak terlepas dari peran pendamping yang secara berkala mengontrol perkembangan mereka. Namun, pelaksanaan PKH di Kecamatan Rancaekek juga tidak terlepas dari adanya masalah seperti kevalidan data penerima PKH, masyarakat yang mengeluhkan mengenai adanya peserta yang layak mendapat program ini tapi tidak terdata sebagai penerima manfaat PKH, dan sebaliknya masih ada penerima manfaat PKH yang tergolong mampu. Kemudian, masih banyak penerima manfaat PKH yang memanfaatkan bantuan program ini diluar peruntukannya, dan rendahnya kesadaran KPM akan maksud dan tujuan dari PKH.

Berdasarkan uraian di atas, dengan adanya PKH diharapkan menjadi kesempatan bagi masyarakat miskin untuk meningkatkan taraf hidupnya melalui

peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan. Pendamping PKH juga diharapkan mampu menjalankan perannya dengan baik agar tingkat keberhasilan pelaksanaan PKH semakin tinggi. Untuk mengetahui pengaruh PKH dan peran pendamping terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan, maka dilakukan penelitian yang berjudul **“Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dan Peran Pendamping Terhadap Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Bagaimana pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH), peran pendamping, kondisi kualitas pendidikan, dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung ?
- b. Bagaimana pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung ?
- c. Bagaimana pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dan peran pendamping terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Mengetahui pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH), peran pendamping, kondisi kualitas pendidikan, dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.
- b. Mengetahui pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.
- c. Mengetahui pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dan peran pendamping terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Manfaat Akademis
  - Dapat menambah pengetahuan tentang pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH), peran pendamping, kondisi kualitas pendidikan, dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.
  - Dapat menambah pengetahuan tentang pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan

Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.

- Dapat menambah pengetahuan tentang pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dan peran pendamping terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.

b. Manfaat Praktis

- Bagi penerima, memberikan pengetahuan tentang pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH).
- Bagi instansi terkait, memberikan informasi tentang bagaimana pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dan peran pendamping terhadap peningkatan kualitas pendidikan dan Kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.