INTELIGENSIA
INTRANS PUBLISHING

Hartini Retnaningsih | Tri Rini Puji Lestari | Anih Sri Suryani | Ujianto Singgih Prayitno
Sulis Winurini | Dinar Wahyuni | Achmad Muchaddam Fahham | Fieka Nurul Arifa

PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MASYARAKAT DI DAERAH KEPULAUAN

Perspektif Kesejahteraan Sosial

Editor: Rr. Endah Sulistyaningsih

PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MASYARAKAT DI DAERAH KEPULAUAN

Perspektif Kesejahteraan Sosial

Indonesia adalah negara dengan jumlah pulau terbanyak di dunia, penduduknya tersebar di daerah kepulauan. Kondisi Indonesia yang demikian menjadi tantangan tersendiri dalam proses pembangunan nasional, termasuk di dalamnya adalah pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan meliputi pangan, sandang dan papan.

Namun pada kenyataannya, selama ini masih banyak ketimpangan pembangunan di daerah kepulauan, terutama mengenai sulitnya akses mendapatkan pelayanan publik karena sarana dan prasarana serta infrastruktur yang belum memadai. Buku ini mengulas berbagai upaya pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan, mulai program jaminan kesehatan nasional, pelayanan kesehatan masyarakat, kualitas lingkungan, program perlindungan Sosial, program keluarga harapan (PKH), hingga pembelajaran dan pemerataan kualitas pendidikan.

ISBN: 978-602-53821-1-6

9 786025 382116

INTELIGENSIA
INTRANS PUBLISHING

PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MASYARAKAT DI DAERAH KEPULAUAN: (PERSPEKTIF KESEJAHTERAAN SOSIAL)

Penulis:
Hartini Retnaningsih
Tri Rini Puji Lestari
Anih Sri Suryani
Ujianto Singgih Prayitno
Sulis Winurini
Dinar Wahyuni
Achmad Muchaddam Fahham
Fieka Nurul Arifa

Editor:
Rr. Endah Sulistyaningsih

Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI
Dan Intelegensia Intrans Publishing-Malang
2018

Judul:
Pemenuhan Kebutuhan Dasar Masyarakat di Daerah Kepulauan:
Perspektif Kesejahteraan Sosial

Perpustakaan Nasional:
Katalog Dalam Terbitan (KDT)
x + 234 hlm ; 16 x 24 cm

ISBN: 978-602-53821-1-6
Cetakan Pertama, 2018

Penulis:
Hartini Retnaningsih
Tri Rini Puji Lestari
Anih Sri Suryani
Ujianto Singgih Prayitno
Sulis Winurini
Dinar Wahyuni
Achmad Muchaddam Fahham
Fieka Nurul Arifa

Editor:
Rr. Endah Sulistyaningsih

Desain Sampul:

Tata Letak:
Tim Kreatif Lingkar Muda Mandiri

Diterbitkan oleh:
Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI
Gedung Nusantara I Lt. 2
Jl. Gatot Subroto Jakarta Pusat 10270
Telp. (021) 5715409 Fax. (021) 5715245

Bekerja sama dengan:
Intelegensia Intrans Publishing, Anggota IKAPI Jatim
Jl. Joyosuko Metro 42 Malang, Jatim
Telp. 0341-573650 Fax. 0341-588010
www.intranspublishing.com

Pengantar
KEPALA PUSAT PENELITIAN BADAN KEAHLIAN DPR RI

Puji dan syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua. Semoga kita senantiasa berada dalam lindungan-Nya dan mampu berkarya untuk kepentingan bangsa dan negara. Aamiin

Bapak/Ibu pembaca sekalian, alhamdulillah Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI pada tahun 2018 ini kembali menghasilkan produk baru berupa buku tim yang salah satunya adalah buku berjudul "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Masyarakat di Daerah Kepulauan (Perspektif Kesejahteraan Sosial)" yang ditulis oleh para peneliti Bidang Kesejahteraan Sosial sebagaimana namanya tercantum dalam cover buku ini.

Saya mengucapkan banyak terimakasih kepada Dr. Rr. Endah Sulityaningsih, A.K.S., M.Si. yang telah berkenan menjadi Editor untuk buku ini. Tentu saja penulisan buku ini merupakan salah satu prestasi bagi para peneliti, selain juga merupakan bentuk kepedulian terhadap masyarakat di daerah kepulauan yang selama ini masih banyak tertinggal dibanding daerah daratan.

Saya berharap buku ini dapat memberikan kontribusi pemikiran bagi DPR RI dan Pemerintah dalam rangka pelaksanaan program-program sosial terutama yang berkaitan dengan upaya pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan. Selain itu buku ini juga diharapkan dapat menjadi inspirasi bagi penulisan dan penerbitan buku-buku serupa pada masa yang akan datang.

Selamat Membaca

Jakarta, Oktober 2018

Dr. Indra Pahlevi, S.I.P., M.Si.

N. _____
PERPUSTAKAAN
KEMENTERIAN PERTANIAN AGRARIA

Pengantar Editor

Dengan segala kerendahan hati ijinkan saya mengucapkan puji dan syukur yang tak terhingga kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan segala rahmat-Nya sehingga buku berjudul "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Masyarakat di Daerah Kepulauan (Perspektif Kesejahteraan Sosial)" ini bisa diterbitkan.

Saya sangat bersyukur dan merasa mendapat kehormatan yang luar biasa karena diminta untuk menjadi editor buku berjudul "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Masyarakat di Daerah Kepulauan (Perspektif Kesejahteraan Sosial)" yang ditulis oleh para Peneliti Bidang Kesejahteran Sosial di Badan Keahlian DPR RI. Buku yang mengambil tema pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan, merupakan buku yang sangat penting untuk dibaca, karena tema ini merupakan tema yang aktual sejak awal Indonesia merdeka hingga kini. Tema ini menjadi penting karena daerah kepulauan merupakan isu yang seksi bagi Indonesia yang merupakan negara kesatuan dengan ribuan pulau. Kondisi Indonesia yang demikian menjadikan tantangan tersendiri dalam proses pembangunan nasoinal. Namun ada satu hal yang harus diyakini, bahwa pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepualuan harus dapat dilakukan sebaik-baiknya.

Buku ini berisi delapan tulisan yang semuanya menyajikan analisis tentang upaya pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan. Para penulis mengambil perspektif kesejahteraan sosial, dan dalam hal ini masalah pendidikan dan kesehatan menjadi sorotan utama.

Artikel pertama berjudul "Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Upaya Pemenuhan Kebutuhan Dasar Kesehatan (Sebuah Analisis untuk Daerah kepulauan)" ditulis oleh Dr. Dra. Hartini Retnaningsih, M.Si, seorang peneliti Bidang Kesejahteraan Sosial dengan spesialis kepakaran "Jaminan Sosial". Tulisan ini menggambarkan bahwa Pro-

gram JKN merupakan program nasional yang dimaksudkan untuk menjamin kesehatan masyarakat Indonesia termasuk masyarakat di daerah kepulauan.

Artikel kedua berjudul "Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Daerah Kepulauan: Ketersediaan Tenaga Kesehatan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan di Pulau Nunukan, Provinsi Kalimanatan Utara)" ditulis oleh Tri Rini Puji Lestari, S.K.M., M.Kes, seorang peneliti Bidang kesejahteraan Sosial dengan spesialis kepakaran "Kesehatan". Artikel ini menggambarkan bagaimana pelaksanaan layanan kesehatan dipandang dari sudut ketersediaan tenaga kesehatan di Pulau Nunukan, Kalimantan Utara.

Artikel ketiga berjudul "Kualitas Lingkungan dan Kesehatan di Daerah Kepulauan (Studi Kasus di Kepulauan Banda, Maluku)" ditulis oleh Anih Sri Suryani, ST, M.Si, seorang peneliti Bidang Kesejahteraan Sosial dengan spesialis kepakaran "Kesehatan Lingkungan". Artikel ini menggambarkan bagaimana kondisi kualitas lingkungan dan kesehatan di Kepulauan Banda, Maluku.

Artikel keempat berjudul "Program Perlindungan Sosial: Kebijakan Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Kepulauan" ditulis oleh Prof. Dr. Ujianto Singgi Prayitno, M.Si. Artikel ini menggambarkan bagaimana program-program perlindungan sosial dilaksanakan di daerah kepulauan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Artikel kelima berjudul "Program Keluarga Harapan (PKH) dan Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan dan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Selayar" ditulis oleh Sulis Winurini, S.Psi, M.Psi, seorang Peneliti Bidang Kesejahteraan Sosial dengan spesialis kepakaran "Psikologi". Artikel ini menggambarkan bagaimana PKH dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan di Kepulauan Selayar.

Artikel keenam berjudul "Peran Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan dan Kesehatan di Kecamatan Banda Neira" ditulis oleh Dinar Wahyuni, S.Sos, M.Si, seorang peneliti Bidang Kesejahteraan Sosial pada Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR

RI. Artikel ini menggambarkan bagaimana PKH berperan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan di Kecamatan Banda Neira.

Artikel ketujuh berjudul "Pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda dan Kepulauan Selayar" ditulis oleh Dr. Achmad Muchaddam Fahham, S.Ag., MA, seorang peneliti Bidang Kesejahteraan Sosial dengan spesialis kepakaran "Agama dan Masyarakat". Artikel ini menggambarkan bagaimana pembelajaran pendidikan Agama Islam dan budi pekerti dilaksanakan di Kepulauan Banda dan Kepulauan Selayar.

Artikel kedelapan berjudul "Pemerataan Kualitas Pendidikan di Daerah Kepulauan" ditulis oleh Fieka Nurul Arifa, S.Pd, M.Pd, seorang calon peneliti pada Bidang Kesejahteraan Sosial, Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI. Artikel ini menggambarkan bagaimana upaya pemerataan distribusi kualitas pendidikan dilakukan di daerah kepulauan.

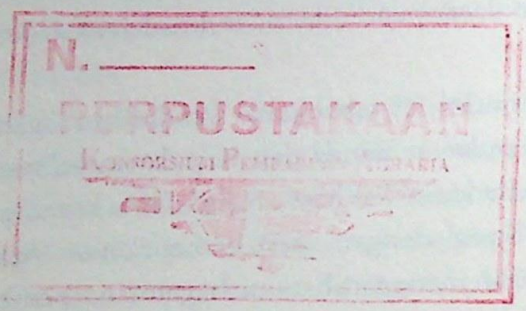
Selaku editor saya memberikan apresiasi yang tinggi kepada para penulis yang telah mengangkat tema daerah kepulauan untuk penulisan bukunya. Hal ini tentu merupakan karya yang sangat berarti bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Kesejahteraan Sosial, yang memiliki fokus pada kesejahteraan masyarakat termasuk masyarakat di daerah kepulauan. Saya berharap buku ini dapat menjadi masukan penting bagi pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan negara, agar ke depan berbagai hal yang menjadi kendala dapat diatasi, sehingga masyarakat di daerah kepulauan dapat lebih sejahtera.

Saya merasa perlu untuk menyampaikan bahwa buku ini layak dibaca, dan menjadi rujukan bagi perbaikan kebijakan pembangunan di daerah kepulaun pada masa mendatang.

Selamat membaca.

Jakarta, Oktober 2018

Editor


N.
PERPUSTAKAAN

Daftar Isi

Pengantar Kepala Pusat Penelitian iii
Pengantar Editor v
Daftar Isi ix
Prolog 1

BAB I – Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Upaya Pemenuhan Kebutuhan Dasar Kesehatan (Sebuah Analisis untuk Daerah Kepulauan) - *Hartini Retnaningsih* 7

Bab II – Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Daerah Kepulauan: Ketersediaan Tenaga Kesehatan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan di Pulau Nunukan, Provinsi Kalimanatan Utara) – *Tri Rini Puji Lestari* 37

BAB III – Kualitas Lingkungan dan Kesehatan di Daerah Kepulauan (Studi Kasus di Kepulauan Banda, Maluku) - *Anih Sri Suryani* 57

BAB IV – Program Perlindungan Sosial: Kebijakan Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Kepulauan - *Ujianto Singgih Prayitno* 83

BAB V – Program Keluarga Harapan (PKH) dan Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan dan Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Selayar - *Sulis Winurini* 105

BAB VI – Peran Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan dan Kesehatan di Kecamatan Banda Neira - *Dinar Wahyuni* 129

BAB VII – Pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda dan Kepulauan Selayar – *Achmad Muchaddam Fahham* 161

BAB VIII – Pemerataan Kualitas Pendidikan di Daerah Kepulauan - *Fieka Nurul Arifa* 185

Epilog 221

Biografi Editor dan Penulis 229

PROLOG

Untuk dapat bertahan (*survive*), manusia memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar dalam hidupnya. Kebutuhan dasar yang paling utama adalah pangan (asupan gizi yang cukup), sandang (pakaian yang melindungi tubuh dari udara panas atau dingin, terik matahari atau hujan, dan lain-lain) serta papan (rumah/tempat tinggal untuk rilex dan istirahat). Kebutuhan-kebutuhan tersebut berfungsi sebagai penopang kehidupan fisik manusia. Sedangkan kebutuhan dasar lainnya yang juga akan membuat manusia semakin *survive* dalam hidupnya adalah pendidikan dan kesehatan, di mana pendidikan dan kesehatan akan mengantarkan manusia pada produktivitas yang akan berguna dalam kehidupan masyarakat yang dinamis. Untuk mengupayakan pemenuhan kebutuhan dasar tersebut, negara memiliki berbagai program sosial yang dimaksudkan untuk membantu masyarakat.

Indonesia merupakan negara kepulauan, di mana wilayahnya terbentang dari barat hingga ke timur dan dari utara hingga selatan dengan ribuan pulau dan laut-laut yang memisahkannya. Ada lebih dari 16 ribu pulau yang telah memiliki nama dan ribuan lainnya sedang dalam identifikasi pihak terkait. Sebagaimana dikemukakan oleh Direktur Jenderal Bina Administrasi Kewilayahan Kementerian Dalam Negeri, Eko Subowo, delegasi pemerintah Indonesia telah melaporkan 16.056 pulau bernama di Indonesia ke Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Jadi kini jumlah pulau bernama di Indonesia secara resmi berjumlah 16.056 pulau.[1] Dengan demikian, masyarakat Indonesia menempati berbagai wilayah baik yang berada di pulau-pulau besar (Jawa, Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, dan Papua), maupun pulau-pulau kecil yang berada di berbagai wilayah perairan Indonesia (Kepualuan Mentawai, Kepulauan Riau, Kepulauan Karimunjawa, Kepulauan Maluku, Kepulauan Banda, Kepulauan Selayar, dan lain-lain).

---

[1] "Indonesia Daftarkan 16.056 Pulau Bernama", (https://nasional.kompas.com/read/2018/05/04/20442371/indonesia-daftarkan-16056-pulau-bernama-ke-pbb, diakses 13 September 2018).

Masyarakat yang menempati wilayah atau daerah kepulauan adalah masyarakat Indonesia yang berhak hidup sejahtera, dan negara harus melakukan upayanya untuk itu. Pembangunan harus dirasakan oleh seluruh masyarakat Indonesia tak terkecuali masyarakat di daerah kepulauan. Namun dalam kenyatan, yang terjadi selama ini adalah masih banyaknya ketimpangan pembanguann di daerah kepulauan. Masyarakat daerah kepulauan banyak yang kurang merasakan hasil pembangunan, mereka kesulitan akses karena kuranya memadainya infrastruktur/sarana/ prasarana. Memang selama ini Pemerintah telah melakukan banyak program sosial dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar, namun dalam kenyataan masih banyak kendala untuk mencapai sasarannya.

Masalah kesehatan menjadi masalah krusial dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan. Manusia membutuhkan kesehatan yang prima untuk dapat menjadi manusia yang produktif dan berguna baik bagi diri sendiri maupun orang lain. Sebagaimana definisi dari World Health Organisation (WHO), kesehatan adalah keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan.[2] Dengan demikian, kesehatan mencakup kebutuhan akan pangan, sandang, papan, dan hal-hal lain yang terkait dengan rasa sejahtera. Kesehatan dalam hal ini merupakan kunci dari kesuksesan manusia dalam kehidupannya. Negara perlu menjamin kesehatan dasar masyarakat di seluruh wilayah negara, termasuk daerah kepulauan.

Untuk Program JKN, hingga saat ini Pemerintah telah berupaya melaksanakannya di seluruh wilayah Indonesia, termasuk daerah kepulauan. Berdasarkan http://www.yankes.kemkes.go.id (16 Agustus 2017), Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dr. Bambang Wibowo, SpOG. MARS mengemukakan bahwa sampai dengan Agustus 2017 BPJS Kesehatan telah bekerjasama dengan 23.364 fasilitas kesehatan, baik fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Salah satu tujuan Program JKN adalah kendali mutu dan kendali biaya, agar

[2] "Pengertian Kesehatan Menurut Ahli dan Jenis-Jenis Kesehatan", (https://www.pelajaran.co.id/2017/19/pengertian-kesehatan-menurut-ahli-dan-jenis-jenis-kesehatan-secara-umum.html, diakses 13 September 2018).

dengan biaya yang efisien mutu pelayanan kesehatan tetap terjamin.[3] Dengan demikian, Program JKN merupakan program jaminan sosial yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat tanpa mengesampingkan mutu layanan. Program JKN sangat penting. Terlebih bagi masyarakat di daerah kepulauan yang selama ini kurang mendapatkan akses terhadap berbagai program sosial dari pemerintah.

Masalah lingkungan juga merupakan hal yang sangat penting dalam kelangsungan hidup manusia, di mana manusia membutuhkan lingkungan yang bersih dan sehat untuk menjamin kesehatan tubuh dan jiwanya. Menurut World Health Organization (WHO) sehat didefinikan sebagai keadaan (*well-being*) baik fisik, mental dan sosial serta tidak menderita penyakit. Sedangkan lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar kita. Termasuk dalam kategori lingkungan di sini antara lain adalah lingkungan fisik, sosial budaya, pendidikan dan pekerjaan. Lingkungan berperanan sebagai salah satu faktor yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Sangatlah erat hubungan antara lingkungan dengan kesehatan, apabila lingkungan tercemar maupun rusak maka tidak dipungkiri lagi kesehatan serta kesejahteraan makhluk hidup yang ada di sekitarnya akan terganggu. Sebagaimana menurut Blum ada empat peranan lingkungan dalam menyebabkan gangguan kesehatan, yaitu sebagai agen (penyebab penyakit), reservoir, vektor dan medium transmisi. Lingkungan yang memiliki kondisi sanitasi buruk dapat menjadi sumber berkembangnya penyakit.[4] Dengan demikian, perlu terus dilakukan upaya membangun lingkungan yang bersih dan sehat di daerah kepulauan, demi peningkatan kualitas hidup masyarakatnya.

Untuk Program Keluarga Harapan (PKH), program ini telah berupaya menjangkau seluruh masyarakat termasuk masyarakat di daerah kepulauan. Namun demikian, walau Pemerintah memiliki komitmen yang kuat untuk

---

[3] "Penelaahan dan Review Refocusing Satker Kantor Daerah Ditjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2017", (http://www.yankes.kemkes.go.id/read-penelaahan-dan-review-refocusing-satker-kantor-daerah-ditjen-pelayanan-kesehatan-tahun-2017-2470.html, diakses 13 September 2018).

[4] "Pengaruh Lingkungan terhadap Kesehatan", (https://nurbaenimay.wordpress.com/2011/11/28/pengaruh-lingkungan-terhadap-kesehatan/, diakses 13 September 2018).

melaksanakan pemberdayaan masyarakat di daerah kepulauan, dalam praktik masih banyak kendala yang menghadang. Seperti apa yang terjadi di Sumenep adalah contohnya. Berdasarkan http://infopublik.id/read/252204 (4 Maret 2018), Pemerintah Kabupaten Sumenep mengalami kesulitan dalam menyalurkan bantuan sosial PKH. Selain keterbatasan sarana dan prasarana (bank penyalur) juga akibat cuaca buruk penyebab keterlambatan pencairan dana PKH, karena jika cuaca buruk tidak ada transportasi laut beroperasi. Bupati mengemukakan pemikiran supaya masyarakat penerima PKH di Desa Terpencil Kecamatan di kepulauan bisa terdaftar di PKH yang berlaku secara Nasional demi memudahkan proses pencairannya, sehingga mereka bisa mencairkan dana bantuan PKH di daerah mana saja. Perlu penambahan lembaga bank penyalur di Kecamatan kepulauan dalam rangka memudahkan masyarakat penerima PKH seperti kantor Bank BNI dan Kantor Pos di Desa terpencil Kecamatan kepulauan.[5]

Pendidikan merupakan kebutuhan dasar dalam hidup manusia, di mana pendidikan dapat menuntun manusia pada kualitas kehidupan yang lebih baik. Menurut Carter V. Good, pendidikan adalah proses perkembangan kecakapan individu dalam sikap dan perilaku bermasyarakat. Proses sosial di mana seseorang dipengaruhi oleh suatu lingkungan yang terorganisir, seperti rumah atau sekolah, sehingga dapat mencapai perkembangan diri dan kecakapan sosial.[6] Sedangkan berdasarkan Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara.[7] Dengan demikian pendidikan

---

[5] "Bupati Akui Ada Kendala dalam Melaksanakan Penyaluran PKH di Kepulauan", (http://infopublik.id/read/252204/bupati-akui-ada-kendala-dalam-melaksanakan-penyaluran-pkh-di-kepulauan.html, diakses 13 September 2018).

[6] "Pengertian Pendidikan, Tujuan, Manfaat", (http://www.artikelsiana.com/2015/08/pengertian-pendidikan-tujuan-manfaat.html, diakses 13 September 2018).

[7] Ibid.

perlu dimiliki oleh setiap manusia, dan dalam konteks kehidupan berbangsa dan bernegara, maka negara wajib menjamin masyarakat mendapatkan pendidikan dasar. Negara perlu menajmin pendidikan dasar masyarakat di seluruh wilayah, termasuk daerah kepulauan.

Buku berjudul "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Masyarakat di Daerah Kepulauan (Perspektif Kesejahteraan Sosial)" akan membawa para pembaca untuk mengenali dan berupaya memahami betapa daerah kepulauan memerlukan perhatian yang lebih baik. Alasannya, berbagai program yang sehebat apapun akan sia-sia tanpa dukungan infrastruktur dan sarana/ prasarana yang memadai.

BAB I
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DAN UPAYA PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR KESEHATAN (Analisis untuk Daerah Kepulauan)

Hartini Retnaningsih

1.1. Pendahuluan

Kebutuhan dasar merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi kehidupan manusia, sehingga kebutuhan ini harus dipenuhi, karena kebutuhan dasar menyangkut kelanjutan hidup manusia. Kebutuhan dasar senantiasa menjadi tolok ukur dan penentu apakah seseorang akan mampu bertahan untuk hidup atau tidak. Kebutuhan dasar merupakan bagian dari kebutuhan-kebutuhan lain yang ada dalam kehidupan manusia. Ada beberapa konsep tentang kebutuhan manusia, yang salah satunya adalah dari Gardner Murpy yang menggambarkan kebutuhan manusia menjadi empat kategori, yang terdiri dari: (1) Kebutuhan dasar yang berkaitan dengan bagian-bagian penting tubuh manusia, misalnya kebutuhan untuk makan, minum, udara, dan sejenisnya; (2) Kebutuhan akan kegiatan, meliputi kebutuhan untuk tetap bergerak; (3) Kebutuhan sensorik yang meliputi kebutuhan untuk warna, suara, ritme, kebutuhan yang berorientasi terhadap lingkungan dan sejenisnya; (4) Kebutuhan untuk menolak sesuatu yang tidak mengenakkan, seperti rasa sakit, ancaman, ketakutan, dan sejeninya.[1] Berdasarkan konsep Murpy tersebut, kebutuhan

[1] "Teori Kebutuhan Dasar Manusia", (https://gigidyan.wordpress.com/2012/01/16/teori-kebutuhan-dasar-manusia/, diakses 30 Januari 2018).

dasar sangat berkaitan dengan berbagai hal yang dibutuhkan oleh tubuh manusia, yang berfungsi untuk menjamin kehidupan manusia secara fisik dan psikis.

Dalam hal ini kebutuhan akan kesehatan juga merupakan bagian dari kebutuhan dan bahkan merupakan kebutuhan dasar bagi manusia, di mana kesehatan merupakan sebuah kondisi yang dibutuhkan manusia untuk bertahan hidup. Dalam konsep Murpy, kesehatan dapat dilihat pada kategori pertama yaitu kebutuhan yang berhubungan dengan bagian-bagian penting dari tubuh manusia. Dalam praktik sehari-hari, kesehatan terkait dengan upaya pemenuhan kebtuhan akan makanan dan minuman bergizi serta kondisi tubuh dan jiwa yang sehat.

Sebagai ciptaan Tuhan yang paling sempurna, manusia memiliki banyak kebutuhan dalam hidupnya. Kebutuhan tersebut bermacam-macam dari yang bersifat dasar hingga komplementer. Sehubungan dengan itu, Abraham Maslow menggambarkan hirarki kebutuhan manusia sebagai berikut: (1) Kebutuhan Fisiologis, yang merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia, antara lain: pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual; (2) Kebutuhan rasa aman dan perlindungan, yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan kehidupan seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan, dan lain-lain. Sedangkan perlindungan psikologis adalah perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat memengaruhi kondisi kejiwaan seseorang; (3) Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan; 4) Kebutuhan akan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain; (5) Kebutuhan aktualisasi diri, ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, yaitu kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi

diri sepenuhnya.[2] Dengan demikian, berdasarkan Konsep Maslow tersebut, kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia yang masuk dalam kategori pertama, yaitu kebutuhan fisiologis. Kesehatan dalam hal ini terkait dengan kebutuhan manusia akan tercukupinya kebutuhan makan minum, udara yang baik, istirahat yang cukup, dan aktivitas tubuh yang seimbang. Dengan demikian pula, kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi sebagai persyaratan manusia untuk menjadi bagian dari kehidupan masyarakat.

Pada umumnya manusia memiliki insting dan motivasi yang kuat untuk memenuhi berbagai kebutuhannya. Secara individu, manusia akan selalu berupaya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, walau dalam kenyataan seringkali ada banyak kendala yang membuat manusia sulit memenuhi kebutuhan dasarnya. Salah satu kebutuhan dasar yang sangat penting dan harus diupayakan untuk dipenuhi adalah kesehatan. Hal ini dikarenakan kesehatan merupakan kunci dari segala kesuksesan manusia baik sebagai individu maupun masyarakat. Jika seseorang dalam keadaan sehat, maka orang tersebut akan menjadi manusia yang produktif dan mampu melakukan banyak hal dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara. Orang yang sehat akan memiliki harapan untuk dapat mengembangkan kesejahteraan sehingga mencapai hidup yang lebih baik. Namun sebaliknya, orang yang memiliki kesehatan yang kurang baik (atau bahkan kesehatan yang buruk), akan menghadapi banyak kendala dalam mencapai kualiitas kehidupan yang memadai.

Kesehatan adalah kenormalan pada fungsi-fungsi organ tubuh dalam menjalankan fungsinya tanpa gangguan rasa nyeri atau kegagalan fungsi dalam melakukan aktivitas.[3] Sedangkan menurut WHO, kesehatan adalah keadaan mental, fisik, dan kesejahteraan sosial yang berfungsi normal, bukan hanya ketiadaan suatu penyakit. Dan berdasarkan Pasal 1 Angka 1 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat,

---

[2] Endri Widodo, "Kebutuhan Dasar Manusia-2", (https://endripku.wordpress.com/2017/09/07/kebutuhan-dasar-manusia-2/, diakses 30 Januari 2018).

[3] Mendy Ramdhiani, "Pengertian Kesehatan Menurut Para Ahli, WHO, dan Depkes", (https://jagad.id/pengertian-kesehatan-menurut-para-ahli-who-dan-depkes/, diakses 30 Juni 2018).

baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian, kesehatan dapat diinterpretasikan sebagai hal yang menyangkut kondisi pada diri manusia yang dapat memepengaruhi kelangsungan hidupnya. Kesehatan merupakan hal yang sangat penting untuk dijaga agar manusia dapat produktif dan mampu mengatasi berbagai persoalan dalam hidupnya.

Istilah kesehatan pada dasarnya berasal dari kata sehat yang artinya terbebas dari segala gangguan atau pun penyakit fisik maupun psikis. Jika diartikan dari kata dasarnya maka kesehatan merupakan kondisi ataupun keadaan yang menggambarkan tubuh yang terbebas dari segala penyakit atau pun gangguan fisik maupun psikis.[4] Dengan demikian manusia yang sehat adalah manusia yang tidak memiliki gangguan baik fisik maupun psikis, sehingga dia bisa hidup normal sebagai bagian dari masyarakat.

Kesehatan merupakan suatu kebutuhan yang sangat penting bagi kehidupan manusia, namun seringkali pula kesehatan menjadi hal yang sulit diakses oleh masyarakat di daerah kepulauan. Kesulitan akses tersebut dikarenakan kondisi geografis di mana daerah kepulauan merupakan wilayah dengan pulau-pulau yang terpencar-pencar yang terpisahkan oleh perairan (laut). Kondisi geografis daerah kepulauan seringkali menjadi kendala bagi pemarataan hasil pembangunan, di mana karena kesulitan transportasi, sarana dan prasarana berdampak pada lambatnya masyarakat menerima atau merasakan program-program pembangunan. Kondisi daerah kepulauan tersebut, ahirnya berdampak pula pada proses penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Program JKN di daerah kepulauan akhirnya ikut terpengaruh oleh kondisi geografis yang memperlambat akses layanan kesehatan bagi masyarakat.

Daerah kepulauan kemudian menjadi daerah yang membutuhkan perhatian lebih. Sangat logis pula ketika pada akhirnya masyarakat daerah kepulauan memiliki gagasan untuk mengelola daerah kepulauan agar

---

[4] "Pengertian Kesehatan dan Jenis-Jenis Kesehatan Manusia", (https://pengertiandefinisi.com/pengertian-kesehatan-dan-jenis-jenis-kesehatan-manusia/, diakses 30 Juni 2018).

menjadi lebih baik. Dalam *Workshop* "Masa Depan Provinsi Kepulauan" di Bale Sawala Gedung Rektorat Unpad, Jatinangor (Rabu, 12 September 2017) terungkap gagasan bahwa pengelolaan kawasan provinsi kepulauan seharusnya diatur dengan undang-undang khusus. Saat ini kewenangan provinsi kepulauan hanya dijelaskan melalui tiga pasal dalam UU No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Ini berarti, kewenangan Provinsi Kepulauan masih belum banyak diperhatikan. Menurut Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Provinsi Kepulauan Riau, Drs. Raja Ariza, MM, kawasan provinsi kepulauan memiliki banyak keterbatasan pengelolaan yang menyebabkan tingkat kemajuan suatu provinsi kepulauan jauh tertinggal dibandingkan provinsi di daratan. Sebagai provinsi yang daerahnya dipisahkan oleh laut, adanya undang-undang khusus diharapkan dapat meningkatkan daya saing. Jika melihat capaian laju pertumbuhan ekonomi di tiap provinsi, pertumbuhan di wilayah provinsi kepulauan tidak mengami peningkatan signifikan. Penurunan angka kemiskinan cenderung melambat, terutama di wilayah pulau yang jauh dari ibu kota provinsi.[5] Bedasarkan informasi tersebut, maka gagasan tentang pentingnya pengelolaan provinsi kepulauan merupakan hal yang dapat dimengerti, demi pemerataan pembangunan, demi keadilan bagi masyarakat. Kondisi daerah kepulauan sebagaimana digambarkan oleh para pemangku kepentingan di daerah tersebut, memiliki rentetan dampak bagi masyarakat, di antaranya kualitas dan kuantitas layanan kesehatan. Jadi meskipun Program JKN telah dicanangkan sebagai program universal bagi seluruh rakyat Indonesia, namun hal ini tidak akan banyak berarti jika kondisi daerah kepulauan masih memiliki banyak kendala yang menyulitkan akses masyarakat terhadap berbagai program pembangunan termasuk kesehatan.

Kesehatan merupakan sesuatu yang niscaya dibutuhkan oleh masyarakat di manapun termasuk masyaraat di daerah kepulauan. Oleh karena pentingnya kesehatan bagi manusia, dan dalam kenyataan pengobatan

---

[5] Arief Maulana, "Provinsi Berciri Kepulauan Perlu Diatur oleh Undang-Undang Khusus", (http://www.unpad.ac.id/2017/09/provinsi-berciri-kepulauan-perlu-diatur-oleh-undang-undang-khusus/, diakses 5 Januari 2018).

dan pemeliharaan kesehatan itu berbiaya mahal, maka memang sudah selayaknya jika negara mempunyai peran di dalamnya. Negara perlu melakukan intervensi untuk membangun kesehatan manusia Indonesia. Dalam hal ini negara perlu menjamin kesehatan masyarakat, dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar mereka di bidang kesehatan. Hal ini didasarkan pada alasan bahwa kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, maka negara perlu menjamin agar masyarakat tidak menghadapi kesulitan dalam menjaga kesehatan dirinya. Masalah jaminan kesehatan kemudian menjadi poin penting yang perlu mendapat perhatian dalam penyelenggaraan negara. Dalam hal ini, kesehatan merupakan masalah penting yang harus ada dalam kehidupan manusia. Karena pentingnya kesehatan bagi hidup manusia, maka kesehatan kemudian menjadi salah satu hak bagi masyarakat yang perlu dijamin oleh negara.

Tulisan ini ingin menggambarkan bagaimana Program JKN dilaksanakan di daerah kepulauan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat. Tulisan ini dimaksudkan untuk menyampaikan berbagai permasalahan terkait Program JKN di daerah kepulauan, apa saja yang menjadi kendala dan bagaimana strategi untuk mengatasinya. Tulisan ini diharapkan dapat menjadi masukan pemikiran bagi DPR RI maupun Pemerintah dalam rangka memperbaiki pelaksanaan Program JKN di daerah kepulauan. Pada akhirnya tulisan ini juga diharapkan dapat memberikan kontribusi yang berarti dalam upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat di daerah kepulauan khususnya dalam hal kesehatan.

1.2. Program Jaminan Kesehatan Nasional (Program JKN)

Jaminan kesehatan nasional merupakan bagian dari jaminan sosial yang menjadi tanggung jawan negara. Dalam hal ini dapat dipahami bahwa jaminan sosial merupakan urusan negara yang sangat krusial bagi kelangsungan hidup masyarakat. Jaminan kesehatan masional merupakan

bagian dari jaminan sosial yang harus dilakukan oleh pemerintah (selaku penyelenggara negara), sesuai amanat konstitusi. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia (UUD 1945), bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan (Pasal 2) dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak (Pasal 3).[6] Amanat konsitusi tersebut kemudian diturunkan dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Kedua undang-undang tersebut menjadi dasar bagi penyelenggaraan Program JKN yang berlaku bagi seluruh rakyat Indonesia.

Menurut Abidin & Saebani, sistem adalah cara yang mekanismenya berpola, konsisten, dan bersifat otomatis.[7] Dengan demikian, dalam SJSN, jaminan kesehatan diselenggarakan dengan mekanisme tertentu yang terpola agar memudahkan masyarakat untuk mendapatkan hak dan melakukan kewajibannya atas jaminan sosial. Dalam SJSN, ada peraturan yang harus konsisten dilakukan oleh penyelenggara jaminan sosial dan para pemangku kepentingan lainnya, dalam rangka memberikan layanan sosial kepada masyarakat. Sedangkan 'otomatis' di sini dapat diinterpretasikan bahwa dengan melakukan mekanisme yang telah ditentukan maka masyarakat yang tercakup SJSN akan secara otomatis dapat mengakses layanan sosial. Demikian pula terkait Program JKN, masyarakat akan mendapatkan layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan secara terpola (sistematis), konsisten, dan otomatis.

Pengertian jaminan sosial tercantum dalam Pasal 1 Angka 1 UU SJSN, bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya

---

[6] Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

[7] Yusuf Zainal Abidin & Beni Ahmad Saebani, *Pengantar Sistem Sosial Budaya di Indonesia*, (Bandung: CV Pustaka Setia, 2014), hlm. 14.

yang layak.[8] Dengan demikian, jaminan kesehatan nasional merupakan upaya pemerintah untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat khususnya di bidang kesehatan. Sedangkan Pasal 19 Ayat (1) UU SJSN menyebutkan, jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip suransi sosial dan prinsip ekuitas. Dan Ayat (2) UU SJSN kemudian menyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.[9] Dengan demikian jelas bahwa jaminan sosial khususnya bidang kesehatan merupakan amanat konstitusi yang harus dilaksanakan oleh negara, dan pemerintah wajib menjadi motor penggerak terdepan dalam menjamin kesehatan masyarakat Indonesia.

Jaminan sosial merupakan bagian dari perlindungan sosial yang dilakukan oleh negara untuk masyarakat. Sebagaimana dikemukakan oleh Suharto, perlindungan sosial merupakan elemen penting dalam strategi kebijakan publik dalam memerangi kemiskinan dan mengurangi penderitaan multidimensi yang dialami kelompok-kelompok lemah dan kurang beruntung.[10] Berdasarkan konsep Suharto tersebut, maka dapat diinterpretasikan bahwa Program JKN merupakan salah satu bentuk atau jenis dari jaminan sosial yang ada di Indonesia. Sesuai konsep ini, maka Program JKN diharapkan dapat mengurangi kemiskinan multidimensi melalui layanan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia. Hal ini dapat dipahami, karena layanan kesehatan membutuhkan biaya besar, sehingga siapapun akan dapat menjadi miskin karenannya. Oleh karena itu, Program JKN merupakan suatu program yang secara sistematis dapat membantu mengurangi kemiskinan.

Menurut Soendoro, jaminan sosial adalah suatu bentuk perlindungan sosial yang menjamin agar setiap rakyat memperoleh dan terpenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Kebuthan dasar hidup layak yang dimaksud oleh UU SJSN adalah kebutuahn esensial setiap orang agar

[8] Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

[9] Ibid.

[10] Edi Suharto, *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*, (Bandung: Alfabeta, 2007), hlm. 87.

dapat hidup layak demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.[11] Berdasarkan konsep Soendoro tersebut, maka Program JKN dapat dipandang sebagai program perlindungan sosial bidang kesehatan bagi masyarakat, agar mereka dapat hidup dengan kesehatan yang layak sehingga pada akhirnya mereka dapat menjadi manusia yang produktif.

Program JKN adalah program pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh sebuah badan di bawah presiden, yang menggunakan skema atau sistem asuransi sosial. Dengan adanya Program JKN, seluruh masyarakat Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatannya dengan lebih baik. Dengan hanya menyisihkan sebagian kecil uangnya, maka mereka bisa menjadi peserta dan memperoleh manfaat. Sedangkan semua rakyat miskin akan ditanggung kesehatannya oleh pemerintah.[12] Dengan demikian, Program JKN merupakan program jaminan sosial yang menggunakan skema pembiayaan asuransi sosial, di mana masyarakat yang mampu harus menjadi peserta dengan membayar premi/iuran dan masyarakat yang tidak mampu (miskin) akan menjadi peserta yang dibayarkan premi/iurannya oleh pemerintah. Hal ini sesuai dengan prinsip gotong royong yang sejak lama menjadi panutan dalam kehidupan bangsa Indonesia, dan bahkan prinsip ini telah diadopsi dalam penyelenggaraan SJSN.

Negara bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat. Dalam rangka menjamin kesehatan masyarakat tersebut, Indonesia telah bertahun-tahun berupaya melakukannya namun baru pada tahun 2014 jaminan kesehatan nasional dapat dimulai. Program JKN telah dicanangkan oleh Pemerintah dan mulai berlaku sejak 1 Januari 2014. Program JKN merupakan skema perlindungan sosial di bidang kesehatan yang bersifat universal bagi masyarakat Indonesia. Program ini dilaksanakan berdasarkan UU SJSN dan UU BPJS. Dengan demikian, tidak ada alasan bagi siapaun untuk menolak atau tidak mau mengikuti Program JKN. Program JKN merupakan

---

[11] Emir Soendoro, *Jaminan Sosial Solusi Bangsa Indonesia Berdikari*, (Jakarta: Dinov ProGress, 2009), hlm. 53.

[12] Rizki Abadi, "JKN, Apa Bedanya dengan BPJS Kesehatan?", (https://www.cermati.com/artikel/jkn-apa-bedanya-dengan-bpjs-kesehatan, diakses 30 Januari 2018).

program nasional yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh segenap pemangku kepentingan dan juga oleh seluruh rakyat Indonesia.

Program JKN merupakan program nasional yang merupakan amanat konstitusi terkait jaminan sosial bagi masyarakat. Program JKN merupakan bagian dari upaya pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat. Program ini dimaksudkan untuk menjamin kesehatan masyarakat, agar mereka dapat terjaga kesehatannya dan menjadi manusia yang produktif serta mampu berpartisiasi dalam pembangunan. Dasar pemkiranya adalah, bahwa masyarakat yang sehat akan menjadi manusia yang produktif dan mampu memenuhi kebutuhan serta mengatasi berbagai permasalahannya. Dan jika masyarakat dapat hidup sehat dan produktif, maka sangat potensial bagi mereka untuk berpartisipasi dan menjadi aset pembangunan nasional.

Program JKN merupakan program nasional yang berlaku di seluruh wilayah Indonesia, termasuk daerah-daerah kepulauan. Program JKN merupakan program yang harus dilaksanakan oleh aparat yang berwenang dalam rangka menjamin kesehatan masyarakat Indonesia. Dalam hal ini daerah kepuluaun menjadi hal yang sangat menarik untuk dikaji, karena daerah kepulauan memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan daerah lain yang berada di pulau besar seperti Jawa, sumatera, Kalimantan, Sulawesi, dan Papua. Daerah kepulauan pada umumnya memiliki karakteristik seperti kondisi geografi yang sulit dijangkau, transportasi yang mahal, keterbatasan sarana/prasarana, dan lain sebagainya sehingga daerah kepulauan seringkali mengalami kesulitan akses dalam berbagai hal yang mengakibatkan ketertinggalam dalam pembangunan. Kesulitaan akses tersebut akhirnya akan berdampak pada kualiatas hidup masyarakat termasuk dalam hal kesehatan mereka.

Program JKN merupakan upaya kesejahteraan sosial yang dilakukan oleh negara agar masyarakat memiliki kesehatan yang memadai sehingga mereka menjadi manusia produktif yang dapat mengembangkan dirinya. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan Midgley, "F*inally, social welfare exist in communities which create social opportinities for people*

to advance and realize their potential'.[13] Jadi pada akhirnya kesejahteraan akan terlihat dan nyata ketika ada kesempatan bagi masyarakat untuk bisa mengembangkan potensi yang dimilikinya. Dalam hal ini Program JKN, ketika dimanfaatkan dengan baik dan benar, maka jalan menuju kesejahteraan akan terbuka lebar bagi masyarakat Indonesia.

Program JKN yang berlaku di Indonesia saat ini merupakan model jaminan kesehatan yang mengacu pada kosep Bismarck, yang memiliki ciri-ciri: (1) Skema jaminan kesehatan berbasis kontribusi; (2) Kepesertaan bersifat wajib, namun hanya premi orang miskin yang ditanggung pemerintah; (3) Fasilitas, tenaga dan perawatan kesehatan sebagian besar disediakan dan dikelola swasta; (4) Tidak menggunakan sistem pembayar tunggal. Model ini dianut oleh negara Jerman, Perancis, Belgia, Belanda, Jepang, Swis, dan dalam tingkat tertentu AS dan Amerika Latin.[14] Dalam Program JKN, orang yang mampu diharuskan membayar premi/iuran sedangkan orang miskin dibayarkan oleh pemerintah. Demikian juga kepesertaan yang bersifat wajib, yang diamanatkan oleh UU BPJS. Terkait lembaga layananan kesehtaan, pemerintah mewajibkan semua FKTP dan RS baik milik pemerintah maupun swasta menjadi bagian dalam layanan Program JKN. Dan sistem pembayar juga juga tidak bersifat tunggal, di mana ada peserta mandiri dan ada pemerintah yang membiayai orang miskin.

Menurut Lenvinne yang dikutip oleh Hardiyansyah, dimensi kualitas pelayanan adalah: (1) *Responsiveness* (responsitivitas). Suatu ukuran yang mengukur daya tanggap providers terhadap harapan, keinginan, dan aspirasi serta tuntutan customers; (2) *Responsibility* (responsibilitas), suatu ukuran yang menunjukkan seberapa jauh proses pemberian pelayanan publik itu dilakukan dengan tidak melanggar ketentuan yang ditetapkan; (3) *Accountability* (akuntabilitas), suatu ukuran yang menunjukkan seberapa besar tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pelayanan

---

[13] James Midgley, *Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare*, (London: Sage Publications Ltd.), p. 15.

[14] Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia: Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*, (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm. 81.

dengan ukuran-ukuran eksternal yang ada dalam masyarakat seperti nilai dan norma yang berkembang dalam masyarakat.[15] Berdasarkan konsep Lenvinne tersebut, maka dapat diinterpretasikan bahwa Program JKN sebagai salah satu pemberi layanan kesehatan untuk masyarakat/publik perlu memperhatikan profesionalisme. Berdasarkan kenyataan selama ini, Program JKN masih banyak bermasalah sehingga program tersebut perlu ditingkatkan kualitasnya dalam hal responsivitas, karena Program JKN yang secara ideal sangat bagus ternyata menghadapi berbagai kendala dalam praktiknya. Demikian juga dengan masalah responsibilitas, masih terjadi penyimpangan di sana-sini yang akhirnya berdampak pada kualiats layanan kesehatan kepada masyarakat. Masalah akuntabilitas juga perlu terus ditingkatkan, karena selama ini masih banyak mayarakat yang luput dari sasaran Program JKN.

1.3. Daerah Kepulauan

Daerah kepulauan memiliki karakteristik yang berbeda dibanding daerah lain yang luas wilayahnya lebih banyak daratan. Daerah kepulaun pada umumnya identik dengan banyaknya permasalahan terhadap akses pembangunan, dikarenakan banyaknya pulau yang tersebar dan terpisah oleh laut. Daerah kepulauan kemudian juga identik dengan berbagai kesulitan seperti transportasi, penyaluran bahan makanan, penyaluran bantuan program-program pemerintah, dan sebagainya. Karena kesulitan akses tersebut, dampak lain yang ditimbulkan adalah mahalnya barang komoditi di daerah kepulauan. Daerah kepulauan yang memiliki karakteristik yang demikian tersebut kemudian menginspirasi bagi munculnya keinginnan untuk lahirnya provinsi daerah kepulauan. Beberapa tahun lalu gagasan lahirnya provinsi kepulauan itu telah dimulai.

Indonesia sebagai negara kepulauan harus mengakui keunikan provinsi dan kabupaten/kota kepulauan. Luas daratan provinsi kepulauan jauh lebih kecil dibanding luas laut, sehingga perhitungan APBD pun terbatas, dibanding provinsi daratan. Ada tujuh provinsi yang

memperjuangkan legalitas provinsi kepulauan yaitu Nusa Tenggara Timur (luas laut 88%), Nusa Tenggara Barat (luas laut 85%), Kepulauan Riau (luas laut 96%), Bangka Belitung (luas laut 75,80%), Sulawesi Utara (luas laut 78,90%), Maluku (luas laut 92,96%), dan Maluku Utara (luas laut 90,80%).[16] Berdasarkan data tersebut, dapat dipahami jika kondisi daerah kepulauan banyak yang memprihatinkan, karena seringkali kesulitan akses terhadap berbagai program pembangunan yang pada akhirnya memunculkan motivasi dan tuntutan masyarakat agar daerah kepulauan diatur dengan undang-undang tersendiri. Tujuannya tak lain adalah, agar daerah kepulauan bisa mendapatkan haknya atas pembangunan dan pengembangan potesi yang sebaik-baiknya demi kepentingan masyarakat.

RUU Penyelenggaraan Pemerintahan Wilayah Kepulauan diperlukan karena undang-undang yang ada saat ini belum secara spesifik mengatur tentang prioritas pembangunan di wilayah kepulauan. Dalam sebah diskusi di DPD RI terungkap, harga barang di provinsi kepulauan bisa selisih 10 kali lipat dibanding harga di pulau Jawa. Selain itu, formula dana provinsi kepulauan yang masih berbasis pada jumlah populasi di daerah juga menjadi kendala dalam pembangunan di daerah kepulauan.[17] Fakta yang terungkap dalam diskusi tersebut dapat dimengerti, di mana masyarakat di daerah kepulauan mengalami berbagai kesulitan akses terkait transportasi dan sarana/prasarana lainnya. Hal ini tentu saja berdampak lebih lanjut di mana masyarakat di daerah kepulauan menjadi sulit untuk mengakses berbagai program pemerintah termasuk Program JKN yang sebenarnya sangat penting bagi masyarakat.

Kabupaten Sumenep merupakan kabupaten yang memiliki pulau terbanyak di Provinsi Jawa Timur yang mencakup 126 pulau dengan rincian

---

[15] Hardiyansyah, *Kualitas Pelayanan Publik: Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya*, (Yogyakarta: Penerbit Gava Media, 2011), hlm. 53.

[16] Kornelis Kewa Ama Khayam, "Negara Harus Akui Keunikan Provinsi Kepulauan", (http://nasional.kompas.com/read/2012/02/28/20184135/Negara.Harus.Akui.Keunikan.Provinsi.Kepulauan, diakses 12 Januari 2018).

[17] "DPD RI: Perlu Regulasi Khusus tentang Daerah Kepulauan", (http://www.rmol.co/read/2017/07/20/299780/DPD-RI:-Perlu-Regulasi-Khusus-Tentang-Daerah-Kepulauan-, diakses 12 Januari 2018).

48 pulau berpenghuni dan 78 sisanya tak berpenghuni. Hal ini tentu menyulitkan pemerataan pembangunan. Seperti wilayah kepulauan di daerah lain, daerah kepulauan Sumenep bisa dikatakan tertinggal. Selama ini daerah kepulauan seperti "anak tiri", jika dilihat dari APBD. Berdasarkan data Bappeda Sumenep, Daratan mendapatkan alokasi anggaran untuk pembangunan infrastruktur sebesar 79% sedangkan daerah kepulauan hanya sebesar 21%. Dalam RAPBD Kabupaten Sumenep tahun 2015, anggaran pembangunan infrastruktur di kepulauan hanya 26% berbanding 74% untuk daratan. Hal ini berdampak pada lambatnya pembangunan infrastruktur baik sarana maupun prasana. Pendidikan juga tertinggal, di mana hanya ada 281 sekolah negeri dan swasta dari tingkat taman kanak - kanak sampai tingkat SMA. Jumlah yang sangat sedikit jika dibandingkan dengan jumlah penduduk usia 7 – 18 tahun di kepulauan sebanyak 48.081 jiwa.[18] Kondisi tersebut sungguh merupakan ironi di tengah kemajuan perkembangan dunia yang mengglobal sekarang ini. Madura adalah wilayah yang sangat dekat dengan Jawa (yang sudah sangat maju), namun menjadi permasalahan ketika Madura dipandang sebagai daerah kepulauan yang mengalami kesulitan berbagai akses. Bukan hanya pendidikan, namun karena sarana/prasarana yang tidak memadai maka sangat mungkin masyarakat di Pulau Sumenep dan pulau-pulau sekitarnya juga akan kesulitan mengakses Program JKN.

Menurut Koordinator Nasional *Destructive Fishing Watch* (DFW) Mohamad Abdi Suhufan, pembangunan fisik di kawasan pesisir dan pulau-pulau terdepan hingga saat ini dinilai masih terlalu jauh perkembangannya. Komitmen pemerintah untuk mempercepat pembangunan pulau-pulau kecil terluar masih mengalami kendala karena keterbatasan infrastruktur dan tingginya angka kemiskinan. Lambatnya pembangunan juga karena perencanaan dan anggaran pembangunan pulau-pulau kecil terdepan berpenduduk oleh Kementerian dan Lembaga Negara masih belum fokus pada upaya mengatasi masalah

[18] "Problematika Pembangunan di Wilayah Kepulauan Kabupaten Sumenep", (https://www.kompasiana.com/gulip/problematika-pembangunan-di-wilayah-kepulauan-kabupaten-sumenep_56777b63fc22bd4805e06165, diakses 12 Januari 2018).

mendasar di pulau-pulau tersebut. Angka kemiskinan masyarakat di pulau kecil terluar hingga saat ini masih sangat tinggi yaitu mencapai 35%, masih jauh di atas angka kemiskinan nasional yang kini tinggal 10,64% saja. Bahkan saat ini sekitar 8 (delapan) pulau masih belum terlayani sarana telekomunikasi.[19] Berdasarkan data tersebut, dapat diinterpretasikan bahwa masyarakat daerah kepulauan banyak mengalami kesulitan ekonomi dan juga kesulitan lainnya akibat pembangunan yang belum berjalan baik di wilayahnya. Hal ini sangat mungkin akan berpengaruh pula pada Program JKN yang seharusnya dapat dinikmati masyarakat di daerah kepulauan.

Menurut Peneliti DFW-Indonesia Subhan Usman, kemiskinan yang terjadi dikarenakan keterbatasan akses dan minimnya pilihan hidup masyarakat. Beberapa pulau kecil di Maluku Barat Daya seperti pulau Liran, pulau Kisar dan pulau Wetar dilayani dengan sarana transportasi laut yang terbatas. Minimnya sarana transportasi laut terlihat dari pelayanan kapal reguler milik Pemerintah yang tidak memiliki jadwal tetap. Masyarakat tidak memiliki kepastian dan itu menyebabkan biaya menjadi tinggi dan investor enggan datang ke pulau kecil terluar. Dari sisi transportasi udara, karena kendala teknis, maskapai penerbangan tidak mau mengangkut hasil laut seperti ikan, udang dan lobster dari ibukota kabupaten ataupun kawasan pesisir lainnya.[20] Kondisi masyarakat yang demikian, tentu perlu menjadi perhatian pemerintah, agar masyarakat di daerah kepulauan dapat merasakan hasil pembangunan yang sama dengan masyarakat Indonesia di daerah lainnya (daratan). Jika kondisi geografis memang telah menjadi takdir, bukan berarti kita tidak bisa mengubah nasib masyarakatnya. Hanya dengan komitmen yang tinggi maka negara akan bisa hadir secara adil untuk masyarakat daerah kepulauan.

Daerah kepulauan seringkali juga identik dengan masyarakat nelayan, di mana banyak masyarakat nelayan yang nasibnya kurang beruntung baik

---

[19] M. Ambari, "Kenapa Pembangunan di Kawasan Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil Masih Tertinggal?", (http://www.mongabay.co.id/2017/08/23/kenapa-pembangunan-di-kawasan-pesisir-dan-pulau-pulau-kecil-masih-tertinggal/, diakses 12 Januari 2018).

[20] Ibid.

secara ekonomi maupun sosial, akibat kesulitan mereka terhadap berbagai akses. Berbagai kesulitan akses sarana dan prasarana membuat kualitas kehidupan mereka kurang berkembang baik, atau dengan kata lain mereka menjadi orang yang tidak berdaya. Menurut Kusnadi, persoalan yang dihadapi masyarakat nelayan berkisar pada hal-hal yang berhubungan dengan isu-isu: (1) Kemiskinan dan kesenjangan sosial; (2) Keterbatasan akses modal, teknologi, dan pasar; (3) Kualitas SDM rendah; (4) Degradasi sumber daya lingkungan; (5) Kebijakan pembangunan yang belum memihak secara optimal pada masyarakat nelayan.[21] Dengan demikian, dapat dipahami bahwa masyarakat di daerah kepulauan perlu mendapatkan perhatian yang lebih dalam rangka meningkatkan kualitas hidup mereka. Dalam kondisi sebagaimana digambarkan oleh Kusnadi, maka kesehatan merupakan isu penting yang harus ditangani di daerah kepulauan. Dalam hal ini Program JKN menjadi sangat penting untuk diintensifkan praktiknya di daerah kepulauan. Alasan utamanya adalah, kesehatan merupakan kunci dari produktivitas manusia, sehingga Jika Program JKN dapat diterapkan sebaik-baiknya di daerah kepulauan, maka masyarakat di sana akan lebih mudah meningkatkan kualitas hidupnya.

Menurut Watloly, konsep masyarakat kepulauan menunjuk pada sebuah spesifikasi sosial, di mana sebuah masyarakat kepulauan bukan sekedar orang-orang yang hidup di pulau-pulau, tetapi sebuah komunitas sosial yang benar-benar merupakan pendukung identitas kepulauan dan pendukung kebudayaan kepulauan serta pendukung eksistensi kepulauannya. Identitas kepulauan adalah identitas laut-darat, sebagaimana kebudayaan kepulauan adalah kebudayaan laut-darat yang multi kultur serta eksistensi kepulauan adalah eksistensi laut-darat sebagai satu kesatuan yang utuh. Jadi laut dan darat adalah istana diri bagi masyarakat kepulauan dengan sejuta rasa nilaianya.[22] Berdasarkan konsep Watloly tersebut, maka pembanguan masyarakat di daerah kepulauan tidak bisa meninggalkan entitas mereka

---

[21] Kusnasdi, *Keberdayaan Nelayan dan Dinamika Ekonomi Pesisir*, (Yogyakarta: Pusat Penelitian Wilayah Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil, Lembaga Penelitian Universitas Jember & Penerbit Ar-Ruzz Media, 2009), hlm. 43.

[22] Aholiab Watloly, *Cermin Eksistensi Masyarakat Kepulauan dalam Pembangunan Bangsa: Perspektif Indigenous Orang Maluku*, (Jakarta: PT Intimedia Cipta Nusantara, 2013), hlm. 5.

sebagai masyarakat yang menyatu dengan alam kepulauan. Demikian pula dengan program JKN, implementasi program tersebut di daerah ini perlu memperhatikan kondisi masyarakat dengan berbagai tantangan alamnya. Program JKN perlu diselenggarakan dengan memaksimalkan berbagai potensi yang ada di daerah tersebut, agar masyarakat dapat mendapatkan layanan kesehatan yang sebaik-baiknya sesuai kebutuhan dasar kesehatan.

Menurut Raharjo, masyarakat kepulauan memiliki makna yang tidak jauh berbeda dengan masyarakat pesisir, artinya sebagian besar sumber penghidupan masyarakatnya bertumpu pada kekayaan laut. Demikian pula kondisi alam kepulauan atau pesisir juga akan memengaruhi irama kehidupan (budaya), struktur organisasi kemasyarakatan dan pola-pola interaksi/hubungan masyarakatnya. Semua itu adalah potensi dan berkah yang dapat dimanfaatkan untuk sebesar-besarnya kesejahteraan masyarakat pesisir. Masyarakat kepulauan sesungguhnya memiliki potensi alam yang lebih lengkap dan melimpah jika dibandingkan dengan masyarakat daratan.[23] Berdasarkan konsep Raharjo tersebut, maka Program JKN perlu memberi perhatian pada berbagai potensi yang ada di daerah kepulauan. Selain memberikan layanan kesehatan berupa pengobatan dan perawatan, Program JKN juga perlu menggalakkan potensi yang ada untuk membuat masyarakat daerah kepulauan membangun pola hidup sehat.

Apa yang terjadi di banyak daerah kepulauan Indonesia saat sekarang terkait dengan kebijakan pemerintah selama ini. Menurut Karim, politik pembangunan nasional selama ini masih didominasi orientasi politik pembangunan yang bervisi negara daratan (*continental state oriented*). Padahal negara kita adalah negara kepulauan dengan luas lautan 5,8 juta kilometer persegi.[24] Dengan demikian dapat diinterpretasikan bahwa keterbatasan atau kesulitan akses masyarakat di daerah kepulauan selama

---

[23] Santosa Tri Raharjo, 'Pemberdayaan Masyarakat Pesisir (Kepulauan): Perpektif Kesejahteraan Sosial', dalam Amelia Tahitu dkk (Ed)., "*Eksistensi Masyarakat Kepulauan Mengkomunikasikan Kesejahteraan (Pendekatan Interdisiplin)*", (Mimika Baru: Penerbit Aseni & Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Kristen Maluku, 2016), hlm. 90.

[24] Muhamad Karim, *Pengelolaan Sumber Daya Kelautan Berkelanjutan*, (Yogyakarta: Spektrum Nusantara, 2017), hlm. 12.

ini adalah akibat dari pelaksanaan pembanguan yang kurang berorientasi pada kepentingan masyarakat di daerah kepulauan. Oleh karena itu, diperlukan perubahan orientasi pembangunan yang lebih fokus pada kepentingan masyarakat di daerah kepulauan.

Daerah kepulauan membutuhkan kecermatan dalam pengembangannya, di mana pada daerah kepulauan terdapat dua jenis wilayah yaitu wilayah daratan dan wilayah perairan. Menurut Silalahi, ada dua strategi besar dalam pengembangan wilayah kepulauan: (1) Strategi pengembangan pada daratan yang didasarkan pada tingkat kualitas sumber daya manusia, potensi sumber daya alam di darat, aspek kelembagaan, dan keberadaan teknologi; (2) Strategi pengembangan pada perairan yang didasarkan pada keterkaitan antarpulau, dengan fokus pada pengembangan fasilitas produksi, pasar, dan akses transportasi. Kedua strategi tersebut secara terpadu akan menghubungkan kawasan pantai dan laut dari pulau-pulau kecil ke dalam sistem kewilayahan yang lebih luas.[25] Dengan demikian, diperlukan upaya yang komprehensif dalam mengembangkan daerah kepulauan. Keberhasilan pembanguan di daerah kepulauan akan tercermin dalam sinergitas pembangunan di seluruh wilayah kepulauan yang mencakup wilayah daratan dan wilayah perairan. Dalam kaitannya dengan Progran JKN, maka program tersebut akan berhasil dan bermanfaat bagi masyarakat jika didukung pembangunan yang komprehensif di daerah kepulauan, karena akses masyarakat terhadap program JKN akan terkait dengan ketersediaan sarana/prasarana di wilayahnya.

---

[25] Achmad Suryana (Ed)., *Pembangunan Daerah Kepulauan: Studi Kasus Provinsi Kepulauan Riau dan Provinsi Maluku Utara*, (Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2018), hlm. 11.

1.4. Program JKN dan Upaya Pemenuhan Kebutuhan Dasar Kesehatan di Daerah Kepulauan: Analisis Data dan Peristiwa

Analisis 1.1. Cakupan Program Pogram JKN

Sebagai bentuk komitmen menjalankan amanah undang-undang terkait pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia, BPJS Kesehatan dan Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia (ISMKI) sepakat menjalin kerja sama melalui penandatanganan Nota Kesepahaman. Melalui sinergi ini, ISMKI diharapkan dapat mendukung BPJS Kesehatan mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan semesta tahun 2019 mendatang. Beberapa ruang lingkup MoU: 1) Sosialisasi Program JKN-KIS; 2) Perluasan Kepesertaan Program JKN-KIS. Sosialisasi Program JKN-KIS dilakukan melalui salah satu program dalam pelaksanaan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) dan/atau Kuliah Kerja Nyata (KKN), Sosialisasi Program JKN-KIS melalui *digital community* dan perluasan kepesertaan JKN-KIS dengan memastikan seluruh pengurus dan anggota organisasi ISMKI telah terdaftar sebagai Peserta JKN-KIS. Hingga 17 Februari 2018, tercatat sebanyak 192.915.774 jiwa penduduk di Indonesia telah menjadi peserta Program JKN-KIS.[26]

Apa yang telah dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan ISMKI tersebut merupakan bagian dari implememtasi Program JKN dalam rangka menjamin kesehatan masyarakat. Kerja sama tersebut merupakan langkah strategis untuk segera mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan produktif. MoU semacam ini sebaiknya diperluas dengan

[26] Rusdianto, "Karimun-BPJS Teken MoU Program JKN", (https://kepri.antaranews.com/berita/35356/karimun-bpjs-teken-mou-program-jkn, diakses 19 Maret 2018).

lembaga-lembaga terkait lainnya, agar Program JKN dapat segera mencapai UHC. Hal ini tentunya hars dilakukan untuk seluruh wilayah Indonesia, tak terkecuali daerah kepulauan yang memiliki karakteristik khusus dan perlu perhatian dengan tindakan pemerintah melalui program yang efektif.

Analisis 1.2. Program JKN di Wilayah Padang

> Menurut Kepala BPJS Kesehatan KC Padang, secara nasional jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN-KIS mencapai 180 juta jiwa (lebih dari 70%) dari penduduk Indonesia 2017. Di wilayah BPJS Kesehatan KC Padang, Kota Padang menjadi kota dengan persentase kepesertaan tertinggi (83,85%) dan akan diperluas kepesertaannya menjadi 100%. Selain itu, menurut penelitian LPM FEB Universitas Indonesia, implementasi Program JKN-KIS tidak hanya berdampak terhadap pelayanan kesehatan, namun juga terhadap perekonomian Indonesia 2016. Imbas ekonomi diproyeksikan sebesar Rp 152,2 triliun pada 2016 dan diperkirakan bisa mencapai Rp 289 triliun pada 2021 mendatang.[27]

Berdasarkan data tersebut dapat diinterpreasikan bahwa Program JKN telah memperlihatkan pengaruhnya bagi kehidupan masyarakat. Memang misi dari program ini adalah menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat dan produktif, sehingga masyarakat bisa mengembangkan potensi-potensi yang dimilikinya. Namun demikian, pelaksanaan Program JKN di daerah kepualuan dan pulau-pulau terluar harus terus menjadi perhatian dan senantiasa ditingkatkan kualitas aksesibilitas masyarakatnya terhadap program ini. Untuk wilayah kerja BPJS Kesehatan KC Padang misalnya, di dalamnya tercakup daerah kepulauan seperti Mentawai yang

---

[27] Andika Candra, "Program JKN-KIS Sentuh Pulau Terluar", (http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/17/12/19/p17bb0282-program-jknkis-sentuh-pulau-terluar, diakses 19 Maret 2018).

juga perlu mendapatkan perhatian dalam hal kesehatan. Program JKN harus digalakkan dan diimplementasikan di daerah kepulauan tersebut.

Analisis 1.3. Program JKN di Kepulauan Bangka Belitung

Berdasarkan Data Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Provinsi Kep. Bangka Belitung semester I Tahun 2017, jumlah penduduk Provinsi Kepulauan Bangka Belitung sebesar 1.321.117 jiwa dan dari jumlah tersebut tercatat sampai dengan 30 November 2017 sebanyak 899.629 jiwa atau sebesar 68,10% yang telah menjadi peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) dan terdapat 421.488 jiwa atau sekitar 31,9% masyarakat Babel yang belum ikut serta dalam Program JKN-KIS. Kepesertaan Program JKN-KIS terbagi menjadi 2 yaitu PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan Non PBI, jumlah masyarakat yang terdaftar sebagai peserta PBI di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung sampai dengan 30 November 2017 yaitu 216.970 jiwa PBI APBN dan 201.151 jiwa PBI APBD atau 46,48% dari jumlah peserta JKN-KIS se-Provinsi Kep Bangka Belitung sedangkan untuk kelompok Non-PBI yaitu Pekerja Penerima Upah (PPU) 233.854 (25,99%), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) 228.029 (25,35%) dan Bukan Pekerja (BP) 19.625 (2,18) dari total peserta JKN-KIS se Propinsi Kepulauan Bangka Belitung. Namun demikian dari 228.029 jiwa masyarakat di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung yang melakukan pendaftaran sebagai peserta mandiri (PBPU) terdapat 85.162 jiwa yang menunggak iuran JKN-KIS sehingga kartu JKN-KIS status non aktif dan tidak bisa digunakan oleh peserta jika akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan baik di FKTP dan FKRTL.[28]

[28] "Menuju Cakupan Semesta Program JKN-KIS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, (http://bangka.tribunnews.com/2017/12/18/menuju-cakupan-semesta-program-jkn-kis-di-provinsi-kepulauan-bangka-belitung, diakses 19 Maret 2018).

Berdasarkan data tersebut, terlihat bahwa lebih dari separuh masyarakat di Kepulauan Bangka Belitung telah tercakup oleh Program JKN, baik mereka yang berstatus PBI maupun mereka yang menjadi peserta mandiri. Dari sisi angka cakupan, hal tersebut merupakan suatu capaian kerja yang baik dari BPJS Kesehatan. Namun ada hal yang perlu dicermati dalam Program JKN, yaitu bagaimana program tersebut dimanfaatkan oleh masyarakat, karena sebesar apapun cakupan jaminan kesehtaan tidak akan berarti jika tidak dilaksanakan dengan tepat sasaran.

Analisis 1.4. Program JKN di Kepulauan Mentawai

Pemerintah Kabupaten Kepulauan Mentawai berkomitmen menjamin seluruh penduduknya menjadi peserta JKN-KIS. Komitmen tersebut dituangkan dalam sebuah MoU yang ditindaklanjuti dengan Perjanjian Kerja sama tentang Penyelenggaraan Program JKN-KIS bagi Masyarakat Kabupaten Kepulauan Mentawai, demi terciptanya *Universal Health Coverage* (UHC) di Kabupaten Kepulauan Mentawai. Jumlah penduduk yang telah terdaftar sebagai Peserta JKN-KIS pada saat ditandatanganinya MoU adalah sejumlah 76.814 Jiwa atau 92,25% dari total penduduk Kabupaten Kepulauan Mentawai.[29]

Program JKN-KIS saat ini mulai menyentuh pulau-pulau terluar di Indonesia, salah satunya Kepulauan Mentawai, Sumatra Barat. Masyarakat yang tinggal di pedalaman Pulau Siberut yang masuk dalam gugus Kepulauan Mentawai misalnya, sudah mulai merasakan manfaat JKN-KIS.Meski begitu, memang belum semua penduduk di pedalaman sudah menerima KIS. Di Dusun Gorottai, Siberut Utara misalnya, dari 13 Kepala Keluarga (KK) yang tinggal di tepi Sungai Terekan, baru dua KK yang sudah memegang KIS. Sisanya, masih menunggu penyaluran dari Dinas Kesehatan setempat.Berdasarkan data BPJS Kesehatan KC Padang,

[29] "Optimalkan Implementasi Program JKN-KIS, BPJS Kesehatan Teken MoU dengan ISMKI", (http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/692/Optimalkan-Implementasi-Program-JKN-KIS-BPJS-Kesehatan-Teken-MoU-Dengan-ISMKI, diakses 19 Maret 2018).

> jumlah masyarakat yang terdaftar menjadi peserta JKN-KIS mencapai 1,5 juta jiwa atau 70,53% dari jumlah penduduk di lima kabupaten/kota yang ditangani Kantor BPJS Padang. Kelima daerah tersebut yakni Kota Padang, Kota Pariaman, Kabupaten Padangpariaman, Kabupaten Pesissir Selatan, dan Kabupaten Kepulauan Mentawai.[30]

Apa yang dicanangkan oleh Pemerintah Kabupaten Kepulauan Mentawai tersebut merupakan sikap dan tindakan positif terhadap upaya pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat di daerah kepulauan. Namun perlu diingat bahwa cakupan berupa angka tidak akan berarti tanpa praktik yang nyata dalam kehidupan masyarakat. Yang harus dipastikan adalah akses masyarakat terhadap layanan Program JKN tersebut seperti akses transportasi menuju FKTP dan RS, sehingga masyarakat dapat mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan.

Cakupan Program JKN di pulau-pulau terluar Indonesia merupakan hal yang seharusnya dilakukan, karena masyarakat di daerah tersebut selama ini bagai anak tiri yang hampir selalu terlantar karena kurang tersentuh pembangunan. Meskipun beberapa tahun terakhir telah ada perhatian pemerintah untuk menjadikan pulau terluar sebagai jendela dan etalase Indonesia di mata negara tetangga, namun dalam praktiknya banyak kendala yang mengakibatkan program pembangunan belum bisa optimal di sana. Jika sekarang diklaim lebih dari 70% penduduknya telah terkover Program JKN, maka yang harus dicermati adalah bagaimana pemanfaatan layanan kesehatan yang disediakan pemerintah dapat diakses oleh mereka. Perlu kerja sama yang baik antar lembaga terkait untuk memeratakan layanan kesehatan bagi masyarakat di pulau-pulau terluar Indonesia.

---

[30] Andika Candra, "Program JKN-KIS Sentuh Pulau Terluar", (http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/17/12/19/p17bb0282-program-jknkis-sentuh-pulau-terluar, diakses 19 Maret 2018).

Analisis 1.5. Program JKN di Kepulauan Talaud

BPJS Kesehatan senantiasa berupaya menjaga kualitas pelayanan bagi peserta JKN-KIS, termasuk di daerah perbatasan seperti Kabupaten Kepulauan Talaud, Sulawesi Utara. Namun menurut pihak RSUD Talaud, ada sejumlah kendala terkait pengadaan obat melalui *e-catalogue* antara lain pengiriman obat yang cukup lama. Ada obat Formularium Nasional (Fornas) yang tidak tercantum dalam *e-catalogue*, sehingga pihak RSUD Talaud harus tetap melakukan pengadaan obat dengan mekanisme pengadaan langsung. Akibat terjadinya kekosongan obat tersebut, muncul potensi peserta JKN-KIS membeli obat di luar rumah sakit. Padahal obat semestinya sudah termasuk dalam tarif INA CBG's yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. Jumlah peserta JKN-KIS di Kabupaten Talaud mencapai 66.126 jiwa (60%) dari total penduduk 110.196 jiwa. Pemda Kabupaten Talaud telah berkomitmen dengan BPJS Kesehatan untuk mendaftarkan seluruh penduduk setempat menjadi peserta JKN-KIS, demi mewujudkan *universal health coverage (UHC)* yang ditargetkan dapat terlaksana paling lambat 1 Januari 2019 mendatang.[31]

Apa yang terjadi di Kabupaten Kepulauan Talaud, bahwa cakupan Program JKN mencapai sekitar 60% jumlah masyarakat, merupakan langkah *on the track* yang perlu ditindaklanjuti dengan tindakan-tindakan berikutnya berupa layanan kesehatan untuk masyarakat yang membutuhkan. Selain itu, perlu ada sosialisiasi tentang manfaat Program JKN, hak dan kewajiban masyarakat, serta yang tak kalah penting adalah sosialisasi hidup sehat, agar program JKN benar-benar dapat berjalan efektif. Program JKN idealnya bukan hanya memberikan layanan kesehatan, namun juga mengajarkan masyarakat untuk hidup sehat. Jadi pengobatan adalah jalan terakhir setelah masyarakat berupaya untuk hidup secara sehat.

[31] "Pastikan Pelayanan Optimal, BPJS Kesehatan Kunjungi Daerah Perbatasan, (https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/467/Pastikan-Pelayanan-Optimal-BPJS-Kesehatan-Kunjungi-Daerah-Perbatasan, diakses 19 Maret 2018).

Analisis 1.6. Program JKN di Kepulauan Seribu

Dalam kunjungan kerja ke Kepulauan Seribu (02/02), Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris bersama Ketua IDI Jakarta Pusat Kemas Abdurrohim mengunjungi 4 fasilitas kesehatan di wilayah yaitu Pulau Pramuka, Pulau Panggang, Pulau Kelapa dan Pulau Harapan yang ditempuh menggunakan transportasi kapal laut tradisional antar pulau. Selain memberikan pelayanan kesehatan, petugas secara aktif juga mengunjungi peserta ke rumah-rumah untuk memberikan sosialisasi dan informasi kesehatan dan mengecek sanitasi rumah penduduk.[32]

Apa yang dilakukan Pejabat BPJS Kesehatan dan IDI tersebut merupakan langkah positif untuk memantau bagaimana Program JKN di daerah kepulauan dilaksanakan. Dengan kunjungan-kunjungan semacam itu, para pemangku kepentingan dapat segera mengetahui apa yang sesungguhnya dibutuhkan oleh masyarakat terkait kesehatan. Selain itu, para pejabat juga mengetahui berbagai kendala yang ada di lapangan terkait pelaksanaan Program JKN, sehingga akan dengan mudah untuk segera mencari solusi terkait permasalahan yang ada dilapangan.

Program JKN merupakan upaya pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat dalam hal kesehatan. Upaya pemenuhan kebutuhan dasar ini merupakan langkah awal dari pembangunan sosial yang ingin memuliakan hidup manusia. Sebagaimana dikemukakan oleh Conyers yang dikutip Soetomo, pembangunan sosial dapat diartikan sebagai pembanguann yang menyangkut aspek non-ekonomi dan dalam rangka tercapainya hak asasi atau kehidupan warga masyarakat sesuai harkat dan martabatnya sebagai manusia.[33] Dengan demikian, dalam hal ini Program JKN dapat dipandang sebagai upaya pembangunan masyarakat di daerah kepulauan agar mereka

---

[32] "BPJS Kesehatan Pastikan Kualitas Jaminan Kesehatan di Daerah Kepulauan", (http://www.jamkesnews.com/jamkesnews/berita/detail/bna/2167/20180203/bpjs-kesehatan-pastikan-kualitas-jaminan-pelayanan-kesehatan-di-daerah-kepulauan, diakses 19 Maret 2018).

[33] Soetomo, *Strategi-Strategi Pembangunan Masyarakat*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2010), hlm. 312.

mendapatkan haknya untuk hidup sehat, agar kemudian mereka dapat mengembangkan dirinya menuju hidup dengan kualitas kesejahteraan yang lebih tinggi sesuai harkat dan martabatnya sebagai manusia.

1.5. Penutup

Pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, sehingga negara perlu menjamin kesehatan masyarakat. Jaminan kesehatan masyarakat yang telah dituangkan dalam UU SJSN dan UU BPJS serta berbagai peraturan di bawahnya, perlu diimplementasikan dengan sebaik-baiknya agar dirasakan mafaatnya oleh masyarakat.

Program JKN merupakan program nasional yang diberlakukan bagi seluruh masyarakat Indonesia tanpa kecuali termasuk masyarakat di daerah kepulauan. Program JKN merupakan bagian dari upaya pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat. Namun sayang, banyak daerah kepulauan yang mengalami kendala dalam akses pembangunan, termasuk akses terhadap Program JKN. Padahal Program JKN sangat penting untuk menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat dan produktif, yang pada akhirnya diharapkan akan membawa masyarakat ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Oleh karena itu Program JKN di daerah kepulauan perlu terus digalakkan dan diimplementasikan sebaik mungkin untuk kepentingan masyarakat.

Saran yang dimukakan dalam rangka perbaikan pelaksanaan Program JKN di daerah kepulauan adalah: (1) Agar Program JKN terus disosialisasikan pada masyarakat di daerah kepulauan, agar mereka lebih cepat memahami pentingnya program tersebut dan mereka dapat berpartisipasi di dalamnya; (2) Agar segenap lembaga pemerintah yang terkait melakukan kerja sama dalam mengimplementasikan Program JKN khususnya di daerah kepulauan yang selama ini masih belum banyak tersentuh pembangunan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Abidin, Yusuf Zainal dan Beni Ahmad Saebani. (2014). *Pengantar Sistem Sosial Budaya di Indonesia.* Bandung: CV Pustaka Setia.

Hardiyansyah. (2011). *Kualitas Pelayanan Publik: Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya.* Yogyakarta: Penerbit Gava Media.

Karim, Muhamad. (2017). *Pengelolaan Sumber Daya Kelautan Berkelanjutan.* Yogyakarta: Spektrum Nusantara.

Kusnasdi. (2009). *Keberdayaan Nelayan dan Dinamika Ekonomi Pesisir.* Yogyakarta: Pusat Penelitian Wilayah Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil, Lembaga Penelitian Universitas Jember dengan Penerbit Ar-Ruzz Media.

Midgley, James. (1995). *Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare.* London: Sage Publications Ltd.

Soendoro, Emir. (2009). *Jaminan Sosial Solusi Bangsa Indonesia Berdikari.* Jakarta: Dinov ProGress.

Soetomo. (2010). *Strategi-Strategi Pembangunan Masyarakat.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Suharto, Edi. (2007). *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik.* Bandung: Alfabeta.

Suharto, Edi. (2009). *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia: Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan.* Bandung: Alfabeta.

Suryana, Achmad (Ed). (2018). *Pembangunan Daerah Kepulauan: Studi Kasus Provinsi Kepulauan Riau dan Provinsi Maluku Utara.* Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Tahitu, Amelia dkk (Ed). (2016). *Eksistensi Masyarakat Kepulauan*

Mengkomunikasikan Kesejahteraan (Pendekatan Interdisiplin). Mimika Baru: Penerbit Aseni & Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Kristen Maluku.

Watloly, Aholiab. (2013). *Cermin Eksistensi Masyarakat Kepulauan dalam Pembangunan Bangsa: Perspektif Indigenous Orang Maluku.* Jakarta: PT Intimedia Cipta Nusantara.

Lain-Lain

Andika Candra. "Program JKN-KIS Sentuh Pulau Terluar". (http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/17/12/19/p17bb0282-program-jknkis-sentuh-pulau-terluar, diakses 19 Maret 2018).

Arief Maulana. "Provinsi Berciri Kepulauan Perlu Diatur oleh Undang-Undang Khusus". (http://www.unpad.ac.id/2017/09/provinsi-berciri-kepulauan-perlu-diatur-oleh-undang-undang-khusus/, diakses 5 Januari 2018).

"BPJS Kesehatan Pastikan Kualitas Jaminan Kesehatan di Daerah Kepulauan". (http://www.jamkesnews.com/jamkesnews/berita/detail/bna/2167/20180203/bpjs-kesehatan-pastikan-kualitas-jaminan-pelayanan-kesehatan-di-daerah-kepulauan, diakses 19 Maret 2018).

"DPD RI: Perlu Regulasi Khusus tentang Daerah Kepulauan". (http://www.rmol.co/read/2017/07/20/299780/DPD-RI:-Perlu-Regulasi-Khusus-Tentang-Daerah-Kepulauan-, diakses 12 Januari 2018).

Endri Widodo. "Kebutuhan Dasar Manusia-2". (https://endripku.wordpress.com/2017/09/07/kebutuhan-dasar-manusia-2/, diakses 30 Januari 2018).

"Komitmen Sukseskan Program Strategis Nasional, Per Maret 2018 Penduduk Mentawai Dicover JKN-KIS". (http://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/post/read/2018/662/Komitmen-

Sukseskan-Program-Strategis-Nasional-Per-Maret-2018-Penduduk-Mentawai-Dicover-JKN-KIS, diakses 19 Maret 2018).

Kornelis Kewa Ama Khayam. "Negara Harus Akui Keunikan Provinsi Kepulauan". (http://nasional.kompas.com/read/2012/02/28/20184135/Negara.Harus.Akui.Keunikan.Provinsi.Kepulauan, diakses 12 Januari 2018).

M. Ambari. "Kenapa Pembangunan di Kawasan Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil Masih Tertinggal?". (http://www.mongabay.co.id/2017/08/23/kenapa-pembangunan-di-kawasan-pesisir-dan-pulau-pulau-kecil-masih-tertinggal/, diakses 12 Januari 2018).

Mendy Ramdhiani. "Pengertian Kesehatan Menurut Para Ahli, WHO, dan Depkes". (https://jagad.id/pengertian-kesehatan-menurut-para-ahli-who-dan-depkes/, diakses 30 Juni 2018).

"Menuju Cakupan Semesta Program JKN-KIS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung". (http://bangka.tribunnews.com/2017/12/18/menuju-cakupan-semesta-program-jkn-kis-di-provinsi-kepulauan-bangka-belitung, diakses 19 Maret 2018).

"Optimalkan Implementasi Program JKN-KIS, BPJS Kesehatan Teken MoU dengan ISMKI". (http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/692/Optimalkan-Implementasi-Program-JKN-KIS-BPJS-Kesehatan-Teken-MoU-Dengan-ISMKI, diakses 19 Maret 2018).

"Pastikan Pelayanan Optimal, BPJS Kesehatan Kunjungi Daerah Perbatasan". (https://www.bpjs-esehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/467/Pastikan-Pelayanan-Optimal-BPJS-Kesehatan-Kunjungi-Daerah-Perbatasan, diakses 19 Maret 2018).

"Pengertian Kesehatan dan Jenis-Jenis Kesehatan Manusia". (https://pengertiandefinisi.com/pengertian-kesehatan-dan-jenis-jenis-kesehatan-manusia/, diakses 30 Juni 2018).

"Problematika Pembangunan di Wilayah Kepulauan Kabupaten Sumenep". (https://www.kompasiana.com/gulip/problematika-

pembangunan-di-wilayah-kepulauan-kabupaten-sumenep_56777b63fe22bd4805e06165, diakses 12 Januari 2018).

Rizki Abadi. "JKN, Apa Bedanya dengan BPJS Kesehatan?". (https://www.cermati.com/artikel/jkn-apa-bedanya-dengan-bpjs-kesehatan, diakses 30 Januari 2018).

Rusdianto. "Karimun-BPJS Teken MoU Program JKN". (https://kepri.antaranews.com/berita/35356/karimun-bpjs-teken-mou-program-jkn, diakses 19 Maret 2018).

"Teori Kebutuhan Dasar Manusia". (https://gigidyan.wordpress.com/2012/01/16/teori-kebutuhan-dasar- manusia/, diakses 30 Januari 2018).

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

BAB II
PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI DAERAH KEPULAUAN (Ketersediaan Tenaga Kesehatan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Di Pulau Nunukan Provinsi Kalimantan Utara)

Tri Rini Puji Lestari

2.1. Pendahuluan

Indonesia merupakan negara kepulauan yang terbesar di dunia. Luas total wilayah Indonesia adalah 7,18 juta km^2, terdiri dari 2,01 juta km^2 daratan dan 3,25 juta km^2 lautan. Namun demikian, menurut Asiah Hamzah pada pidato pengukuhan guru besarnya di kampus FKM UNHAS Makasar (23 Desember 2010), masalah kesehatan kepulauan jarang menjadi bahasan utama baik oleh pejabat kesehatan pusat, mahasiswa kesehatan masyarakat di Pulau Jawa maupun para cendikia kesehatan masyarakat Indonesia. Masalah kesehatan tidak pernah dilihat secara kewilayahan pulau, khususnya pulau-pulau kecil dan terpencil yang berjumlah 17.480 pulau. Para cendikia lebih memikirkan kesehatan yang ada di 5 pulau besar di Indonesia yaitu Sumatera, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan Papua.[1]

Padahal masyarakat yang hidup di pulau-pulau kecil umumnya berisiko dalam keadaan yang kurang tersedianya air bersih dan berkualitas untuk

[1] Fatimah Gobel Afrianty, "Kebijakan Pelayanan Kesehatan Kepulauan", (https://www.kompasiana.com/yantigobel/55005cf58133116819fa76a5/kebijakan-pelayanan-kesehatan-kepulauan, diakses 30 Agustus 2018).

dapat diminum, minimnya ketersediaan makanan bergizi dan terbatasnya pelayanan kesehatan dari sektor publik. (Massie, 2013).

Jika merujuk pada Undang-Undang Dasar 1945 (UUD'45) Pasal 28H ayat (1), dinyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan demikian hak untuk memperleh pelayanan kesehatan merupakan hak yang melekat pada setiap orang, bukan karena pemberian seseorang atau negara. Untuk itu hak tersebut tidak dapat dicabut dan dilanggar oleh siapapun. Dalam hal ini kehadiran negara sangat diperlukan. Negara berkewajiban untuk menyelenggarakan pemenuhan layanan kesehatan yang terjangkau, bermutu, dan tersedia bagi setiap warganya tanpa membedakan kondisi sosial ekonominya.

Puskesmas merupakan gardu terdepan pembangunan kesehatan. Puskesmas merupakan lembaga pelayanan kesehatan yang melayani pasien. Pasien yang datang ke Puskesmas berharap untuk dilayani sebaik mungkin, namun karena keterbatasan pelayanan yang ada di Puskesmas dan banyaknya pasien, menyebabkan pelayanan kesehatan yang diberikan terkesan seadanya.

Tenaga kesehatan merupakan motor penggerak dalam pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan hasil laporan Bappenas (2005), bahwa keterbatasan ketersediaan tenaga kesehatan berdampak pada kualitas dan aksesbilitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Sehingga, secara mikro operasional tidak jarang muncul persepsi di masyarakat bahwa rendahnya kualitas pelayanan di suatu fasilitas kesehatan karena sikap dan prilaku tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan harapan masyarakat. Sedangkan sikap dan perilaku tenaga kesehatan berhubungan erat dengan beban kerja dan ketersediaan sarana dan prasarana yang tersedia dalam memberikan pelayanan kesehatan tersebut.[2]

Berdasarkan latar belakang tersebut maka permasalahannya adalah ketersediaan tenaga kesehatan di daerah kepulauan masih sangat terbatas

---

[2] Riyadi Dedi M. Masykur dkk., *Laporan Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan*, (Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, 2005).

sehingga masyarakat belum dapat mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi terkait ketersediaan tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan di daerah kepulauan dan harapan kedepan dalam penyediaan tenaga kesehatan di daerah kepulauan. Tulisan ini diharapkan dapat bermanfaat dalam memberikan masukan dan evaluasi bagi pengambil kebijakan kesehatan terkait ketersediaan tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan di wilayah kepulauan.

2.2. Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan sumber daya manusia kesehatan yang dapat menjadi subjek sekaligus objek dalam suatu institusi kesehatan. Sebagai subjek, tenaga kesehatan terlibat dalam perencanaan, implementasi sampai pada monitoring-evaluasi. Sebagai objek, tenaga kesehatan berada dalam suatu sistem yang menjadi terget program. Selain itu, tenaga kesehatan juga memiliki kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Untuk itu, keberadaan tenaga kesehatan dalam jumlah dan waktu yang tepat sangat diperlukan. Kemampuan dan keterampilan tenaga kesehatan perlu ditingkatkan melalaui pengembangan berkelanjutan diantaranya melalui pelatihan dan monitoring-evaluasi. Oleh karena itu, manajemen tenaga kesehatan yang tepat menjadi tantangan terbesar bagi setiap institusi kesehatan.

Menurut L. Byars dan W. Rue, manajemen sumber daya manusia (SDM) adalah suatu aktivitas yang didesain untuk menyediakan dan mengkoordinasi sumber daya manusia pada suatu organisasi.[3] Sedangkan menurut L. Mathis dan H. Jakson, manajemen sumber daya manusia adalah rancangan sistem-sistem formal dalam sebuah organisasi untuk memastikan penggunaan bakat manusia secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan-tujuan organisasi.[4]

---

[3] Byars L & Rue, *Human Resource Management*, 8th Ed., (New York: McGraw-Hill Irwin, 2006).

[4] Robert L. Mathis dan Jackson. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi 10, (Jakarta: Salemba Empat, 2006).

Dalam manajemen SDM, ada beberapa kelompok aktivitas yang saling berhubungan satu sama lain, yaitu: (1) Perencanaan dan analisis SDM. Dilakukan untuk mengantisipasi kekuatan yang akan memengaruhi persediaan dan tuntutan para karyawan di masa depan; (2) Kesetaraan kesempatan kerja. Pemenuhan hukum dan peraturan tentang kesetaraan kesempatan kerja, memengaruhi semua aktivitas SDM yang lain dan integral dengan manajemen SDM; (3) Pengangkatan pegawai. Bertujuan untuk memberikan pesediaan yang memadai atas individu-individu yang berkualifikasi guna mengisi lowongan pekerjaan disebuah organisasi/ institusi; (4) Pengembangan SDM. Dimulai dengan orientasi karyawan baru, pengembangan SDM juga meliputi pelatihan keterangan pekerjaan; (5) Kompensasi dan tunjangan. Kompensasi memberikan penghargaan pada karyawan atas pelaksanaan pekerjaan melalui gaji, insentif, dan tunjangan. Sistem upah dan gaji harus selalu diperbaiki dan dikembangkan; (6) Kesehatan, keselamatan, dan keamanan. Jaminan atas kesehatan fisik dan mental serta keselamatan dan kesehatan para karyawan merupakan hal yang penting; (7) Hubungan karyawan dan buruh/manajemen. Hubungan antara para manajemen dan karyawan harus ditangani secara efektif apabila para karyawan dan organisasi ingin sukses bersama.[5]

Strategi pengembangan tenaga kesehatan tahun 2011-2025 menguraikan bahwa tahapan dalam manajemen tenaga kesehatan sebagai berikut:

a. Perencanaan

Perencanaan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat harus disusun secara menyeluruh, baik untuk fasilitas kesehatan milik pemerintah secara lintas sektor termasuk pemerintah daerah dan swasta, serta mengantisipasi keadaan darurat kesehatan dan pasar bebas di era globalisasi.

Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan, sarana kesehatan, serta jenis dan jumlah

[5] *Ibid.*

yang sesuai. Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dan ada empat metoda yang digunakan yaitu: 1). *Health Need Method*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas epidemiologi penyakit utama yang ada pada masyarakat; 2). *Health Service Demand*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas permintaan akibat beban pelayanan kesehatan; 3). *Health Service Target Method* yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas sarana pelayanan kesehatan yang ditetapkan, misalnya Puskesmas, dan rumah sakit; dan 4). *Ratios Method*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan pada standar/rasio terhadap nilai tertentu.[6]

b. Pendidikan dan pelatihan

Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan digunakan untuk membentuk keahlian dan keterampilan tenaga kesehatan di bidang-bidang teknologi yang strategis serta mengantisipasi timbulnya kesenjangan keahlian sebagai akibat kemajuan teknologi. Dalam upaya pengembangan sistem pendidikan tenaga kesehatan, maka perlu perpaduan antara Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian Kesehatan. Sesuai dengan Undang-Undang Sisdiknas, jenjang pendidikan dibidang kesehatan yang diperlukan untuk profesi tenaga kesehatan minimal lulusan D3 sedangkan jenjang pendidikan dibidang kesehatan yang lulusannya di bawah D3 disebut asisten tenaga kesehatan. Dengan demikian, kewenangannyapun akan semakin jelas pembedaannya. Sebagai contoh kewenangan antara tukang gigi dengan dokter gigi mudah dibedakan.

Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan ditujukan untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas, berdaya saing tinggi, serta profesional, yaitu tenaga kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan ditingkatkan melalui pengembangan standar pendidikan tenaga kesehatan guna memenuhi daya

---

[6] *Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2011).

saing baik secara nasional maupun internasional. Penambahan jumlah institusi pendidikan juga diperlukan sesuai kebutuhannya.

c. Pendayagunaan

Pendayagunaan tenaga kesehatan merupakan upaya pemerataan, pembinaan, dan pengawasan tenaga kesehatan melalui penempatan tenaga kesehatan dengan cara pengangkatan sebagai PNS, anggota TNI/Polri, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, atau penugasan khusus (melalui seleksi untuk dokter pascainternsip, residen senior, pascapendidikan spesialis dengan ikatan dinas dan tenaga kesehatan lainnya yang diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan). Dalam rangka pemerataan dan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, setiap lulusan dari perguruan tinggi Pemerintah harus mengikuti seleksi penempatan. Namun demikian, seleksi penempatan ini dapat juga diikuti oleh tenaga kesehatan lulusan perguruan tinggi selain Pemerintah.

Peningkatan pendayagunaan tenaga kesehatan diupayakan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan di semua lini, dari daerah sampai pusat secara lintas sektor, termasuk swasta, serta memenuhi kebutuhan pasar dalam menghadapi pasar bebas di era globalisasi.

Pendayagunaan tenaga kesehatan di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK), perlu mendapat perhatian khusus. Pendayagunaan tenaga kesehatan untuk manajemen kesehatan, institusi pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, institusi penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, juga perlu mendapatkan perhatian yang memadai.

Dalam rangka penghargaan Pemerintah kepada tenaga kesehatan yang bertugas di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), maka mereka berhak mendapatkan kenaikan pangkat istimewa dan perlindungan dalam pelaksanaan tugas. Sedangkan, dalam keadaan khusus dapat diberlakukan ketentuan wajib kerja dan pola ikatan dinas pada tenaga kesehatan yang memenuhi kualifikasi akademik dan potensi serta mendapatkan fasilitas dan tunjangan khusus.

Pengembangan tenaga kesehatan termasuk peningkatan karirnya dilakukan melalui peningkatan motivasi tenaga kesehatan untuk mengembangkan diri dan memermudah tenaga kesehatan memperoleh akses terhadap pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan. Peningkatan pelatihan tenaga kesehatan dilakukan melalui pengembangan standar pelatihan tenaga kesehatan guna memenuhi standar kompetensi yang diharapkan oleh pelayanan kesehatan keada seluruh penduduk Indonesia. eningkatan pelatihan tenaga ksehatan juga dilakukan melalui akreditasi institusi pelatihan tenaga kesehatan, serta sertifikasi tenaga pelatih.

Berdasarkan Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, terutama dengan mengacu pada metode perhitungan tenaga kesehatan berdasarkan pendekatan rasio terhadap nilai tertentu, maka ditetapkan sasaran strategis ketersediaan tenaga kesehatan 2014 – 2025 sebagai berikut:

Tabel 2.1. Harapan Ketersediaan Tenaga Kesehatan Tahun 2014-2025

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Harapan Ketersediaan (per 100.000 penduduk)		
		2014	2019	2025
1.	Dokter Spesialis	12	24	28
2.	Dokter Umum	48	96	112
3.	Dokter Gigi	11	11	11
4.	Perawat	158	158	158
5.	Bidan	75	75	75
6.	Sanitarian	15	30	35
7.	Tenaga gizi	24	48	56

Sumber: Kemenkes 2011

Dalam praktiknya di Kementerian Kesehatan lebih banyak menggunakan *Ratios Method* dengan proses perhitungan sebagai

berikut:[7] (1) Menentukan/memperkirakan rasio terhadap suatu nilai, misalnya rasio tenaga kesehatan dengan penduduk, dengan jumlah tempat tidur RS, dengan Puskesmas; (2) Membuat proyeksi nilai tersebut kedalam sasaran/target tertentu; (3) Menghitung perkiraan, yaitu dengan cara membagi nilai proyeksi dengan rasio. Contoh, ratio tenaga kesehatan: tempat tidur di RS, di Indonesia, misalnya 1:5000, di India 1: 2000, di Amerika 1:500 (Suseno, 2005).

Untuk meningkatkan Jumlah, Jenis, Kualitas Dan Pemerataan Tenaga KesehatanStrategi yang akan dilakukan antara lain:[8] (1) Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan berbasis Tim (*Team Based*); (2) Peningkatan distribusi tenaga yang terintegrasi, mengikat dan lokal spesifik; (3) Pengembangan insentif baik material dan non material untuk tenaga kesehatan dan SDM Kesehatan; (4) Peningkatan produksi SDM Kesehatan yang bermutu; (5) Penerapan mekanisme registrasi dan lisensi tenaga dengan uji kompetensi pada seluruh tenaga kesehatan; (6) Peningkatan mutu pelatihan melalui akreditasi pelatihan; (7) Pengendalian peserta pendidikan dan hasil pendidikan; (8) Peningkatan pendidikan dan pelatihan jarak jauh; (9) Peningkatan pelatihan yang berbasis kompetensi dan persyaratan jabatan; (10) Pengembangan sistem kinerja.

d. Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan sesuai kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Pembinaan dan pengawasan praktik profesi tenaga kesehatan dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi. Uji kompetensi ditujukan untuk menjaga dan menjamin mutu tenaga kesehatan dan dilakukan pada masa akhir

---

[7] *Laporan Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan*, (Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, 2005).

[8] *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2015).

pendidikan vokasi dan profesi. Standar kompetensi disusun oleh organisasi profesi dan Konsil dengan disahkan oleh Kemenkes. Pembinaan dan pengawasan juga dilakukan untuk memastikan terpenuhinya kesejahteraan dan kesempatan yang seluas-luasnya peningkatan dan pemngembangan karir tenaga kesehatan.

2.3. Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Kebijakan pengadaan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) di Kabupaten Nunukan didasarkan pada Peraturan Menkes No. 33 Tahun 2015 tentang pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan SDMK dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 81/MENKES/SK/I/2004 tentang pedoman pemerintah daerah disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan hukum.

Dinas kesehatan Kabupaten Nunukan merupakan unsur pelaksana otonomi daerah di bidang kesehatan. Terkait pengadaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya, dalam hal ini menjadi kewenangan bagian kepegawaian. Sedangkan terkait dengan pengembangan tenaga kesehatan yang sudah ada, menjadi tugas pokok dari seksi Sumber Daya Manusia (SDM).

Secara umum pengadaan tenaga kesehatan di Kabupaten Nunukan perekrutannya diselenggarakan oleh pemerintah pusat (melalui BPSDMK) dan pemerintah daerah dalam hal ini dinas kesehatan kabupaten Nunukan (melalui BKD). Mekanisme pengadaan tenaga kesehatan menggunakan metode analisis jabatan (ANJAB) dan analisis beban kerja (ABK) serta standar ketenagaan minimal. Namun demikian, tidak jarang, formasi jenis profesi tenaga kesehatan yang diterima tidak sesuai dengan yang diusulkan oleh dinas kesehatan kabupaten. Selain itu, menurut pejabat di Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan, pihaknya juga memiliki otoritas yang terbatas dalam merencanakan dan mengelola tenaga kesehatan, akibatnya distribusi tenaga kesehatan tidak merata. Mutasi tenaga kesehatan ke tempat yang dikehendaki (umumnya di perkotaan) terkadang terjadi diluar kontrol pihak dinas kesehatan karena tenaga kesehatan tersebut sudah

berbekal surat rekomendasi ("surat sakti") dari pejabat pemerintah yang berpengaruh tanpa menginfokan ke pihak dinas kesehatan terlebih dahulu.

Terkait pengadaan tenaga kesehatan, pemberlakuan moratorium pegawai negeri sipil (PNS) menjadi hambatan tersendiri dalam penyediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Nunukan, mengingat anggaran pemerintah daerah Kabupaten Nunukan sangat terbatas. Akibatnya, pemerintah daerah hanya dapat melakukan perekrutan untuk tenaga kesehatan honorer. Padahal jenis tenaga kesehatan hasil perekrutan dari pemerintah pusat masih belum memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di kabupaten Nunukan. Selain itu, dalam rangka memenuhi kebutuhan akan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas, selama ini pemerintah daerah kabupaten Nunukan telah berupaya menyekolahkan putra putri kabupaten nunukan dari SMA ke Akademi Perawat dan Akademi Kebidanan; pemerintah daerah juga telah menyekolahkan dokter umum yang ada menjadi dokter spesialis; pengangkatan tenaga honorer melalui dinas kesehatan kabupaten nunukan menjadi PNS; dan pengangkatan CPNS melalui kantor BPPSDMK sebagai penyuplai.

Ketersediaan tenaga kesehatan non PNS di Kabupaten Nunukan terdiri dari tenaga kesehatan yang berasal dari program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS), Nusantara sehat (NS), Internsif, tenaga honor/kontrak. Berdasarkan rekap data kepegawaian Dinkes Kabupaten Nunukan tahun 2017 jumlah tenaga kesehatan dengan status PNS yang tersebar di 16 puskesmas terdiri dari dokter umum sebanyak 42 orang, dokter gigi 42 orang, sarjana farmasi 3 orang, D3 farmasi 12 orang, sarjana kesehatan masarakat 33 orang, kesehatan lingkungan 13 orang, perawat 122 orang, bidan 101 orang, gizi 11 orang, untuk lebih lengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.2. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Kabupaten Nunukan Tahun 2017

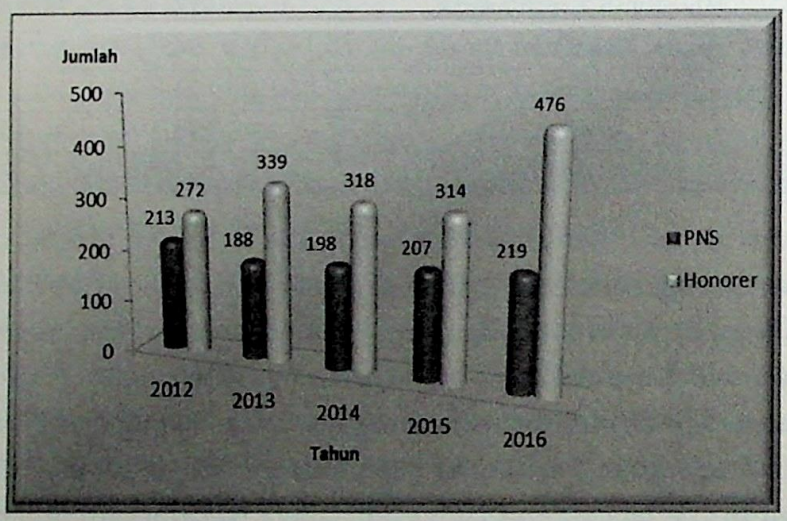
No.	Jenis Profesi Tenaga Kesehatan	Status Kepegawaian	
		PNS	Non PNS
1.	Dokter Umum	41	1
2.	Dokter Gigi	42	1
3.	S1 Farmasi	3	3
4.	S1 Kesehatan Masyarakat	33	47
5.	Perawat	122	178
6.	Bidan	101	156
7.	Apoteker	10	21
8.	D3 Farmasi	12	9
9.	Kesehatan Lingkungan	13	2
10.	Analis Kesehatan	6	14
11.	Gizi	11	4
Jumlah		394	436
Total Jumlah		830	

Tabel di atas menunjukkan bahwa ada beberapa profesi tenaga kesehatan dengan status kepegawaian non PNS jumlahnya lebih banyak dibanding dengan profesi tenaga kesehatan dengan status kepegawaian PNS, yaitu S1 Kesehatan Masyarakat, perawat, bidan, apoteker, dan analis kesehatan. Kondisi ini menurut dinas kesehatan Kabupaten Nunukan dikarenakan selama ini formasi penerimaan PNS untuk jenis profesi tersebut di atas sepenuhnya hanya didasarkan pada formasi penerimaan PNS yang diadakan oleh pemerintah pusat. Namun selama tiga tahun terakhir pengadaan PNS jenis profesi tersebut untuk Kabupaten Nunukan belum ada. Sedangkan untuk program pemerintah pusat berupa pengangkatan bidan Non PNS menjadi PNS pada tahun 2016, namun khusus di Kabupaten Nunukan banyak yang tidak lulus tes seleksi. Akibatnya tidak dapat diangkat menjadi PNS dan fasilitas pelayanan kesehatan banyak dilayani oleh tenaga non PNS. Kondisi ini sangat menyulitkan bagi manajemen penyelenggara institusi pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit dalam penempatan SDM pada

saat penyusunan struktur organisasi dan pembagian tugas. Terbatasnya ketersediaan SDM tentunya akan berdampak pada beban kerja yang harus ditanggung oleh masing-masing tenaga kesehatan di institusi pelayanan kesehatan.

Ketersediaan tenaga kesehatan di RSUD Nunukan sangat terbatas. Jumlah tenaga kesehatan yang ada di RSUD Nunukan pada tahun 2016 sebanyak 695 orang, yang terdiri dari 219 orang dengan status kepegawaian PNS (43 orang tenaga struktural dan 176 orang tenaga fungsional) serta 476 orang tenaga honorer (lihat grafik berikut).

Grafik 2.1. Jumlah SDM Berdasarkan Status di RSUD Kabupaten Nunukan Tahun 2012 s.d. 2016



Sumber: Dinkes Nunukan, 2017

Grafik tersebut diatas menunjukkan bahwa secara umum, jumlah SDM honorer di RSUD Nunukan setiap tahunnya mengalami peningkatan yang sangat signifikan. Puncaknya pada tahun 2016 di mana ketersediaan SDM honorer jumlahnya melebihi 50% dibanding SDM PNS-nya.

Tabel 2.3. Jumlah Tenaga Medis Berdasarkan Klasifikasi Pendidikan Di RSUD Kabupaten Nunukan Tahun 2016

No	Jenis Tenaga Tenaga Kesehatan	Status				Jumlah
		PNS		Honorer		
		L	P	L	P	
1	Dokter Umum	1	5	2	3	11
2	Dokter Gigi	0	1	1	0	2
3	Spesialis Radiologi	1	0	0	0	1
4	Spesialis Penyakit Dalam	0	1	0	0	1
5	Spesialis THT	0	1	0	0	1
6	Spesialis PK (Patalogi Klinik)	1	2	0	0	3
7	Spesialis Saraf	1	0	0	0	1
8	Spesialis Paru	1	0	0	0	1
9	Spesialis Bedah	1	0	1	0	2
10	Spesialis Kulit Kelamin	0	1	0	0	1
11	Spesialis Mata	0	1	0	0	1
Jumlah		18		7		25
Total Jumlah						

Sumber: Kepegawaian RSUD Nunukan

Puskesmas sebagai ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, kinerjanya sangat dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya manusia yang dimiliki terutama ketersediaan tenaga kesehatan. Berdasarkan data dari Dinkes Kabupaten Nunukan, secara umum tenaga kesehatan PNS yang ada di Puskesmas Kabupaten Nunukan pada Tahun 2016 meliputi: dokter spesialis 11 orang, dokter umum 45 orang, dan dokter gigi 16 orang. Sedangkan tenaga Perawat 211 orang, Perawat gigi 7 orang, bidan 94 orang, Apoteker 9 orang, tenaga teknis kefarmasian 18 orang, gizi 18 orang, kesmas 24 orang dan sanitasi 13 orang.

Menurut kepala bidang sumber daya kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan, sampai saat ini sebagian besar Puskesmas tidak mempunyai tenaga S1 Farmasi dan analis kesehatan. Tugas dan kewajiban analis kesehatan berupa pemeriksaan di laboratorium selama ini dilakukan

oleh tenaga analis kesehatan tidak tetap/non PNS atau perawat. Selain itu, di Puskesmas Tanjung Harapan dan Puskesmas Lapri masih belum memiliki tenaga S1 Farmasi dan kesehatan lingkungan, sedangkan untuk tenaga analis kesehatan dan gizi selama ini hanya ada petugas yang berstatus tidak tetap/non PNS. Untuk lebih lengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.4. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Nunukan Tahun 2017

No.	Jenis Profesi	Puskes Seimenggaris		Puskes Taiwan		Puskes Sedadap		Puskes Pembelian		Puskes Long Kayu		Puskes Stabu		Puskes Sanur		Puskes Atap		Puskes Long Bawan		Puskes Mansalong		Puskes Tanjung Harapan		Puskes Lapri		Puskes Sungai Nyamuk	
		PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS
1	Dokter Umum	2		2		3		5		1		4		2		2		1	1	2		1		1		4	
2	Dokter Gigi	1		2			1	1				1		1		1				1		1		1		1	
3	S1 Farmasi	1																									1
4	S1 KesMas	1	2	3	2	2	1		5		1	3	2	2	1		3		3		2	1	2	1	1	1	3
5	Perawat	8		1	10	18	11	3	17	3	4	4	12	7	9	8	7	5	16	7	5	4	8	5	8	12	17
6	Bidan	5	10	1	11	11	10	7	18	5	3	4	10	8	9	5	11	9	15	8	5	2	3	2	7	8	7
7	Apoteker		10	1		1	1		1		1	1					1	1	1		1				1	1	1
8	D3 Farmasi			1	1	1		1	1		1			1				1	1			1	1	1		1	1
9	KesLing	1				1								1		2		1		1	1					1	
10	Analis Kesehatan				1		1	1					1						3		1		1		1	1	1
11	Gizi	1						1		1		1		1		1		1		1			1		1	1	
Jumlah		20	22	11	25	37	25	19	42	10	10	18	25	23	19	19	22	19	40	20	15	10	16	11	19	31	31
Total Jumlah		42		36		62		61		20		43		42		41		59		35		26		30		62	

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan, 2017.

Uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa kondisi ketersediaa sumber daya manusia kesehatan (SDMK) di Kabupaten Nunukan belum memadai dan merata. Hal tersebut sebagai cerminan tidak terintegrasinya sistem perencanaan dan prosedur distribusi tenaga kesehatan; kurangnya

kapasitas unit perencanaan SDMK di semua tingkat dalam pendistribusian tenaga kesehatan; kurangnya komunikasi yang baik sehingga ada perbedaan pemahaman, informasi dan pengetahuan tentang distribusi tenaga kesehatan antara unit perencanaan dan penyedia pelayanan kesehatan; kurangnya dukungan dari pemerintah daerah; serta perencanaan yang tidak terintegrasi diberbagai tingkat admisistrasi di pemerintah daerah.

2.4. Harapan Ke Depan

UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 22 telah mengamanatkan yang intinya bahwa pendayagunaan tenaga kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat di dalam negeri dan luar negeri dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan.

Arah pembangunan kesehatan yang tertuang dalam RPJMN III tahun 2015-2019 ditujukan untuk mencapai akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Arah kebijakan pemerintah terkait pendistribusian tenaga kesehatan adalah meningkatnya ketersediaan dan mutu sumber daya manusia kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan di kepulauan.

Pelaksanaan distribusi tenaga kesehatan sebagaimana diuraikan diatas menghadapi kendala dalam mengindentifikasi saat kegiatan perencanaan dan pengelolaan tenaga kesehatan di daerah, yaitu: (1) Belum adanya integrasi yang baik dalam sistem perencanaan dan prosedur distribusi tenaga kesehatan; (2) Kurangnya kapasitas unit perencana SDMK di semua tingkat dalam hal distribusi/alokasi tenaga kesehatan; (3) Komunikasi masih kurang baik antar unit perencanaan dan penyedia pelayanan kesehatan serta beberapa sektor terkait lainnya, serta adanya perbedaan pemahaman, informasi dan pengetahuan tentang distribusi tenaga kesehatan; (4) Kurangnya dukungan dari pemerintah daerah dan perencanaan yang masih belum terintegrasi di tingkat administrasi pemerintah.

Untuk menghadapi hal tersebut ada beberapa Faktor yang perlu diperhatikan dalam pemenuhan tenaga kesehatan yaitu dengan mengupayakan terpenuhinya faktor akses, *attractiveness, altruism*, dan *amenity*. Faktor akses sangat dipengaruhi oleh kondisi geografi, transportasi, dan keterjangkauan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor *attractiveness* dipengaruhi oleh insentif jenjang karir, dan kepastian status kepegawaian. Faktor *altruism* dipengaruhi oleh kondisi jiwa pengabdian dari tenaga kesehatan itu sendiri, kemuliaan, kebanggaan dan tantangan, serta pengakuan dari lingkungan terdekat. Sedangkan faktor *amenity* dapat dipengaruhi oleh kondisi keamanan suatu wilayah, fasilitas pendukung yang tersedia, komunikasi antar *stake-holder* di daerah, dan kondisi sosial budaya setempat.

Harapan kedepan dalam rangka meningkatkan jumlah, jenis, kualitas dan pemerataan tenaga kesehatan ada beberapa faktor-faktoryang perlu dilakukan antara lain:[9] (1) Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan berbasis Tim (*Team Based*); (2) Peningkatan distribusi tenaga yang terintegrasi, mengikat dan lokal spesifik; (3) Pengembangan insentif baik material dan non material untuk tenaga kesehatan dan SDM Kesehatan; (4) Peningkatan produksi SDM Kesehatan yang bermutu; (5) Penerapan mekanisme registrasi dan lisensi tenaga dengan uji kompetensi pada seluruh tenaga kesehatan; (6) Peningkatan mutu pelatihan melalui akreditasi pelatihan; (7) Pengendalian peserta pendidikan dan hasil pendidikan; (8) Peningkatan pendidikan dan pelatihan jarak jauh; (9) Peningkatan pelatihan yang berbasis kompetensi dan persyaratan jabatan; (10) Pengembangan sistem kinerja.

---

[9] *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2015).

2.5. Penutup

Ketersediaan tenaga kesehatan di Pulau Nunukan Provinsi Kalimantan Utara masih belum merata dan tidak jarang, formasi jenis profesi tenaga kesehatan yang diterima tidak sesuai dengan yang diusulkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Akibatnya ada beberapa jenis profesi tenaga kesehatan yang kurang atau tidak tersedia di fasilitas kesehatan. Misalnya di Kabupaten Nunukan, sampai saat ini sebagian besar Puskesmas tidak mempunyai tenaga S1 Farmasi dan analis kesehatan.

Harapan ke depan penyediaan tenaga kesehatan sesuai dengan arah pembangunan kesehatan yang tertuang dalam RPJMN III tahun 2015-2019 ditujukan untuk mencapai akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Arah kebijakan pemerintah terkait pendistribusian tenaga kesehatan adalah meningkatnya ketersediaan dan mutu sumber daya manusia kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan di kepulauan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Adrew, E Sikula. (1981). *Pelatihan dan Pengembangan Tenaga Kerja.* Jakarta: Pustaka Binawan.

Byars, L dan Rue. (2006). *Human Resource Management, (th ed.).* New York: Mc Graw-Hill Irwin.

Daymone, Christine dan Immy Holloway. (2008). *Metode-Metode Riset Kualitatif, penerjemah* Cahya Wirtama, penyunting Santi Indra Astuti. Yogyakarta: Bentang.

Hasibuan, Malayu. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia.* Jakarta: Penerbit Bumi Aksara.

Herman. (2008). "Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Sangat Terpencil Di Kabupaten Button", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Vol. 11, No. 3 September 2008. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada, hlm. 103-111.

Kurniati, Anna dan Ferry Efendi. (2012). *Kajian SDM Kesehatan Indonesia.* Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Lapau, Buchari. (2015). *Metode Penelitian Kesehatan. Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi.* Jakarta: Yayasan Pusaka Obor Indonesia.

Massie, Roy G.A dan Grace D. Kandou. (2013). "Kebutuhan Dasar Kesehatan Masyarakat Di Pulau Kecil: Studi Kasus Di Pulau Gangga Kecamatan Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara Provinsi Sulawesi Utara", *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan,* Vol. 16 No. 2 April 2013, hlm. 164-176. Jakarta: Litbang Kemkes.

Mathis, Robert L. dan Jackson. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia (Edisi 10).* Jakarta: Salemba Empat.

Meliala, Andreasta. (2014). *Human Resources For Health.* Jakarta: Bappenas.

Muninjaya, A. Gde. (2004). *Manajemen Kesehatan.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Riyadi, Dedi M. Masykur dkk. (2005). *Laporan Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan.* Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas.

Sirait, Justine T. (2006). *Memahami Aspek-aspek Pengelolaan Sumber Daya Manusia dalam Organisasi.* Jakarta: Grasindo.

Suhadi. (2015). *Administrasi Pembangunan Kesehatan.* Jakarta: CV. Trans Info Media.

Suhandi dan Muh. Kardi R. (2015). *Perencanaan Puskesmas.* Jakarta: CV. Trans Info Media.

Sumantri, Arif. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Kencana.

_____. (2005). *Laporan Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan.* Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas.

_____. (2011). *Rencana Pembangunan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

_____. (2014). *Health Sector Review Kumpulan Policy Brief*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.

_____. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

_____. (2016). *Data dan Informasi, Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kemenkes.

_____. (2017). *Data dan Informasi, Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Kemenkes.

Lain-Lain

Gobel, Fatimah Afrianty. *Kebijakan Pelayanan Kesehatan Kepulauan*. (https://www.kompasiana.com/yantigobel/55005cf58133116819fa76a5/kebijakan-pelayanan-kesehatan-kepulauan, diakses 30 Agustus 2018.)

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit, 2014.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, 2014.

BAB III
KUALITAS LINGKUNGAN DAN KESEHATAN DI DAERAH KEPULAUAN (Studi Kasus di Pulau Banda Neira, Maluku)

Anih Sri Suryani

3.1. Pendahuluan

Kepulauan atau dalam bahasa Inggris disebut dengan *archipelago* adalah sebuah sebutan untuk kumpulan pulau-pulau atau gugusan beberapa buah pulau. Sedangkan yang dimaksud dengan negara kepulauan adalah suatu negara yang seluruhnya terdiri dari satu dan lebih kepulauan dan dapat mencakup pulau-pulau lain. dunia ini terdiri dari 193 negara berdaulat yang diakui oleh internasional yang telah menjadi anggota PBB, dari jumlah negara tersebut di antaranya terdapat 45 negara yang digolongkan sebagai negara kepulauan. Negara kepulauan terbesar di dunia adalah negara kita yaitu Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Republik Indonesia memiliki luas wilayah sebesar 1,904,569 km^{2}dengan jumlah pulau sebanyak 17.508 pulau.[1]

Indonesia sebagai negara kepulauan yang dikaruniai wilayah begitu luas dan juga pulau sedemikian banyak adalah anugrah dengan potensi sumber daya alam sedemikian berlimpah. Namun di lain pihak, kondisi geografis tersebut menghasilkan wilayah-wilayah yang terpencar-pencar dan terpisahkan oleh kantong-kantong laut lepas. Dengan adanya kantong-kantong laut lepas tersebut maka wilayah ini terbuka bagi aktivitas-aktivitas kelautan negara asing. Hal ini menjadi tantangan sendiri bagi

[1] "10 Negara Kepualaun di Dunia", (https://ilmupengetahuanumum.com/10-negara-kepulauan-terbesar-di-dunia/, diakses 10 Juli 2018).

Indonesia dalam upaya mempertahankan keamanannya dari adanya usaha subersif, penyelundupan dan perbuatan melanggar hukum lainnya. Dari segi pelayaran dan ekonomi, kantong-kantong laut lepas akan menghambat aktivitas pelayaran antar pulau guna eksplorasi kekayaan alam yang adadi dalamnya. Sedangkan dari segi politik, kondisi seperti itu dapat mengancam keutuhan wilayah dan kesatuan nasional bangsa Indonesia.[2]

Di lain pihak, kondisi negara kepulauan yang terpisah-pisah turut menghambat pemerataan pembangunan, seperti dalam hal infrastruktur. Jarak tempuh yang jauh, sarana dan prasarana infrastruktur yang tidak memadai membuat kawasan kepulauan menjadi tertinggal dalam hal pembangunan. Selain itu, masyarakat pesisir dan suku laut merupakan komunitas kepulauan yangmemiliki kultur sangat berbeda dengan komunitas daratan. Laju pembangungan di daerah kepulauan juga sangat bervariasi, tergantung besarnya pulau-pulau dan laskap tanahnya. Pembangunan di daerah kepulauan yang relatif sempit dan jauh dari pusat pembangunan biasanya relatif tertinggal.[3] Dalam jangka panjang kehidupan nelayan di pulau-pulau dapat semakin tertinggal dan hal tersebut terjadi secara turun menurun

Lebih lanjut lagi, aspek lingkungan dan kesehatan di daerah kepulauan juga mempunyai tantangan tersendiri. Hasil penelitian Senewa dan Elsi (2014) menunjukkan bahwa akses rumah tangga terhadap air bersih di daerah kepulauan baru mencapai 58,6%, akses rumah tangga terhadap jamban 42,4%, rumah dengan tingkat hunian yang padat 80,7% dan rumah dengan jenis lantai bukan tanah 83,7%. Beberapa rumah di daerah kepulauan terutama yang masih banyak yang tinggal di dekat pesisir pantai, masih berupa rumah panggung dengan lantai papan atau kayu.[4]

---

[2] Adrianus Terry Febriken, "Indonesia Sebagai Negara Kepulauan," (http://www.academia.edu/6765421/Permasalahan_Indonesia_Sebagai_Negara_Kepulauan_-_Hukum_Laut_Internasional, diakses 10 Juli 2018).

[3] Mashuri dikutip oleh Ari Mulianta Ginting, "Kendala Pembangungan Provinsi Daerah Kepulauan: Studi Kasus Provinsi Kepulauan Riau", *Jurnal Politica*, No. 4 Vol. 1 Tahun 2013.

[4] Senewe Felly Philipus dan Elsa Elsi, "Analisis Deskriptif Kesehatan Lingkungan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan dan Terpencil (DTPK-T)", *Jurnal Media Litbangkes*, Vol. 24 No. 3, September 2014, hlm. 153 – 160.

Dalam hal kesehatan, masyarakat pesisir yang tinggal di daerah kepulauan, termasuk nelayan, memiliki risiko kesehatan yang tinggi, sehingga perlu diberikan perhatian khusus dalam upaya pembangunan kesehatan. Sayangnya, kondisi pelayanan kesehatan masyarakat nelayan, kihususnya yang berada di pulau-pulau kecil di Indonesia Timur justru terbilang memprihatinkan. Gangguan kesehatan yang banyak dialami oleh masyarakat kepualauan antara laun nyeri sendi, gangguan pendengaran hingga tuli, kasus baritrauma, dan penyakit dekompresi yang biasa menyerang penyelam.[5]

Masalah kesehatan ini bukan hanya disebabkan oleh kurangya kepedulian masyarakat tentang kesehatan, melainkan juga kondisi geografis yang membuat beberapa pulau yang masuk dalam daerah kepulauan memiliki keterbatasan akses air bersih. Misalnya saja Pulau Penawar Rindu Batam yang selalu kesulitan air meskipun bukan masuk musim kemarau. Para penduduknya menampung air hujan untuk memenuhi kebutuhan air. Padahal, penampungan air hujan rentan menjadi sarang nyamuk. Tak heran, kasus demam berdarah dan malaria masih muncul. Air sangat berharga dan sulit di dapat. Kondisi tersebut menyebabkan kondisi sanitasi masyarakat buruk hingga menimbulkan masalah kesehatan. Apalagi ditambah dengan perilaku kurangnya hidup bersih dan sehat, seperti kebiasaan buang air besar dan buang sampah yang sembarangan.[6] Hal tersebut diperparah dengan kendala sulitnya akses terhadap fasilitas kesehatan. Masyarakat yang tinggal di daerah kepulauan umumnya mengalami kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan primer yang berkualitas. Hal tersebut disebabkan kondisi geografi, topografi, transportasi, akses komunikasi, tingginya tingkat kemiskinan penduduk, dan berbagai masalah sosial lainnya yang mereka hadapi.[7]

---

[5] "Rupa Masalah Kesehatan Masyarakat Kepulauan," (http://www.aisyiyah.or.id/id/idea/rupa-masalah-kesehatan-masyarakat-kepulauan.html, diakses 11 Juli 2018).

[6] Ibid.

[7] "Tenaga Kesehatan untuk Daerah Terpencil Perlu Digalakkan," (http://www.depkes.go.id/article/print/17053100001/tenaga-kesehatan-untuk-daerah-terpencil-perlu-digalakkan.html,diakses 11 Juli 2018).

Provinsi Maluku yang merupakan salah satu daerah kepulauan di Indonesia. Karakteristik wilayah yang heterogen dengan ratusan buah pulau menjadikan provinsi ini berbeda dari wilayah-wilayah lain. Kondisi alam yang didominasi laut seharusnya menjadi kekuatan lokal bagi pengembangan wilayahnya. Namun yang terjadi sebaliknya. Menurut catatan Biro Pusat Statistik, Maluku termasuk salah satu provinsi dengan tingkat kemiskinan tinggi. Jumlah penduduk miskin di Provinsi Maluku pada bulan September 2017 sebanyak 320,42 ribu jiwa atau 18,29%.[8] Wilayah yang dipisahkan laut yang terbagi dalam beberapa gugusan pulau besar maupun kecil justru menjadi permasalahan tersendiri bagi kemajuan daerah. Akses antarpulau yang masih terbatas menjadikan beberapa pulau terisolasi dan masyarakatnya masih jauh dari sejahtera.

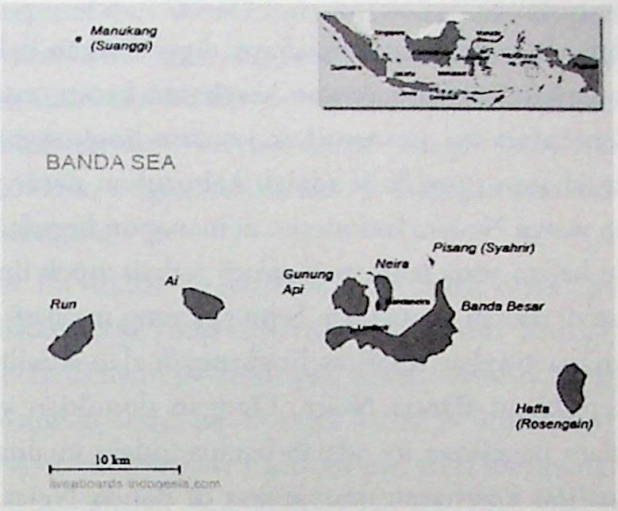
Banda Neira merupakan ibu kota Kecamatan Banda di Kepulauan Banda, Provinsi Maluku dengan akses yang masih belum memadai. Pilihan transportasi yang terbatas menjadi kendala untuk menuju ke Banda Neira. Padahal Banda Neira memiliki daya tarik wisata alam, sejarah dan budaya yang dapat dikembangkan. Kekayaan biota laut yang beragam dan jejak sejarah berupa *landscape* kota kolonial merupakan modal bagi pengembangan pariwisata. Di samping itu, sumber daya pesisir dan laut yang masih baik menjadi peluang masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraannya. Berdasarkan Keputusan Menteri Kelautan dan Perikanan Republik Indonesia No. 58 tahun 2014 terkait potensi sumberdaya pesisir dan laut, beberapa wilayah di Banda Neira ditetapkan sebagai kawasan Taman Wisata Perairan (TWP) Laut Banda Neira. Potensi ikan termasuk biomassa maupun keanekaragamannya di seluruh Banda termasuk dalam kategori yang tinggi, dengan rata-rata tingkat keanekaragaman mencapai 191 jenis dan kelimpahan lebih dari 1.000 ekor per hektar.[9]

---

[8] *Maluku dalam Angka 2017*, (Maluku: BPS Provinsi Maluku, 2018).

[9] Adil M. Firdaus, Julham MS. Pelupessy, dan Jimmi RP. Tampubolon, "Strategi Penyelesaian Masalah Sosial Ekonomi Masyarakat Pesisir di Kepulauan Banda Neira, Kabupaten Maluku Tengah", *Jurnal Sosek KP*, Vol. 11 No. 1 Juni 2016, hlm. 55-74.

Gambar 3.1. Peta Kepulauan Banda[10]



Kepulauan Banda Neira terdiri atas 9 pulau kecil, yang memiliki potensi pariwisata yang besar dan nilai historis tinggi di dalamnya. Selain aspek sejarah dan kekayaan sumber daya pesisir dan laut, berbicara Banda Neira tentu tidak terlepas dari pala, komoditas yang banyak dicari para pedagang dari seluruh dunia hingga abad 18 M. Namun demikian, kejayaan pala kini tinggal cerita masa lalu meski masih menjadi komoditas andalan masyarakat banda dengan harga pala yang tidak setinggi masa lalu dan cenderung fluktuatif. Berdasarkan penelitian Firdaus dkk. (2016) gambaran permasalahan yang ada di Kepulauan Banda Neira antara lain: fasilitas kebersihan atau pengelolaan sampah, ketersediaan air bersih atau tawar, transportasi menuju Banda Neira, pengelolaan dan pemanfaatan kawasan wisata, akses informasi yang belum optimal (internet), tempat pelelangan ikan masih minim (ada yang tidak terpakai, dan tidak terawat dengan baik, serta penjualan langsung dikapal dan konsumsi pribadi), pendapatan masyarakat khususnya nelayan masih rendah, bahan bangunan, dan fasilitas penerangan, serta ketersediaan bahan bakar minyak (BBM).[11]

---

[10] *Kecamatan Banda dalam Angka 2014.* (Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah, 2015)

[11] Adil M. Firdaus , Julham MS. Pelupessy, dan Jimmi RP. Tampubolon, "Strategi Penyelesaian Masalah Sosial Ekonomi Masyarakat Pesisir di Kepulauan Banda Neira, Kabupaten Maluku Tengah", *Jurnal Sosek KP,* Vol. 11 No. 1 Juni 2016, hlm. 55-74.

3.2. Permasalahan

Berdasarkan latar belakang tersebut, dapat digambarkan bahwa beberapa permasalahan sosial, lingkungan dan kesehatan kerap terjadi di daerah kepulauan. Sementara itu, pemenuhan kualitas lingkungan yang bersih dan derajat kesehatan yang baik adalah kebutuhan dasar yang menjadi hak asasi setiap warga Negara Indonesia, di manapun berada. Oleh karena itu maka perlu kajian yang lebih mendalam terkait aspek lingkungan dan aspek kesehatan di daerah kepulauan. Sehingga yang menjadi permasalahan adalah bagaimana tingkat kualitas lingkungan dan kualitas kesehatan masyarakat kepulauan Banda Neira. Dengan demikian yang menjadi pertanyaan dalam penelitian ini adalah berapa indeks kualitas lingkungan dan indeks kualitas kesehatan masyarakat di Banda Neira.

3.4. Maksud dan Tujuan

Penelitian ini bermaksud untuk mengukur indeks kualitas lingkungan dan kualitas kesehatan di Banda Neira yang mengacu pada kualitas hidup masyarakat di daerah kepulauan tersebut.

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pemenuhan kebutuhan dasar di Banda Neira khususnya bidang lingkungan dan kesehatan, dengan demikian dapat diketahui permasalahan dan kendala yang dialami, sehingga dapat menjadi masukan bagi para pengambil keputusan untuk peningkatan pembangunan di daerah kepulauan.

3.5. Metodologi

3.5.a. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan permasalahan utama dalam penelitian adalah: "Berapa indeks kualitas lingkungan dan indeks kualitas kesehatan di Banda Neira?" Terdapat satu variabel

yang menjadi acuan dalam penelitian ini, yaitu variabel kualitas hidup. Definisi konseptual dari WHO, kualitas hidup adalah persepsi individu dilihat dari posisi kehidupan individu dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana individu hidup memiliki tujuan, harapan, standarisasi dan rasa kekhawatiran. Hal ini berpengaruh pada kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kepuasan, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan.

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, yaitu penelitian yang mengkuantifikasi data yang diperoleh ke dalam bentuk angka-angka yang akan diolah dengan perhitungan statistik untuk mengukur kondisi persepsi masyarakat terhadap kondisi kualitas lingkungan dan kualitas kesehatan atau memberikan indikasi peneliti mengenai kepercayaan terhadap hasil penelitian dan menghilangkan efek dari variabel lain.[12]

3.5.b. Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini, pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner. Kuesioner merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang jawabannya akan ditulis sendiri oleh responden penelitian.[13] Pemilihan kuesioner sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini didasarkan pada kemudahan-kemudahan dalam penggunaannya, yaitu efisien dalam waktu dan biaya sehingga memudahkan peneliti untuk mengumpulkan banyak data dalam waktu singkat.

Variabel penelitian ini adalah dimensi lingkungan dan kesehatan dalam kualitas hidup. Sedangkan definisi operasionalnya adalah skor terhadap dimensi lingkungan dan dimensi kesehatan yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner kualitas hidup oleh masyarakat di Kecamatan Banda Neira, Kepulauan Banda, Provinsi Maluku. Adapun dimensi dan indikator penelitian ini diambil dari kajian mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat pada World Health Organization Quality of Life Bref version (WHOQoL-BREF). Menurut

---

[12] R. Kumar, *Research Methodology: A Step by Step Guide for Beginners,* (London: SAGE Publications, 2005).

[13] Ibid.

WHOQoL-BREF (Power dalam Lopez & Snyder, 2003). Dimensi kualitas hidup berdasarakan WHO terdiri dari 4, yakni: kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Namun sesuai dengan latar belakang, permasalahan dan tujuan penelitian ini, maka dari keseluruhan dimensi kualitas hidup menurut WHO tersebut, hanya dimensi lingkungan dan kesehatan fisik saja yang dianalisis lebih lanjut.

Tabel 3.1. Dimensi dan Indikator Kualitas Hidup alam Penelitian

Dimensi	Indikator
Lingkungan	Merasa aman dalam kehidupan sehari-hari
	Kesehatan lingkungan tempat tinggal
	Kecukupan uang yang dimiliki untuk memenuhi kebutuhan
	Ketersediaan informasi dalam kehidupan sehari-hari
	Memiliki kesempatan untuk bersenang-senang /rekreasi
	Kepuasan terhadap kondisi tempat tinggal saat ini
	Kepuasan terhadap akses pada layanan kesehatan
	Kepuasan terhadap sarana prasarana transportasi
Kesehatan Fisik	Kondisi kesehatan fisik
	Bebas dari perawatan/pengobatan
	Stamina untuk beraktivitas
	Kemampuan dalam bergaul
	Kepuasan terhadap kualitas tidur
	Kepuasan terhadap kemampuan untuk beraktivitas sehari-hari
	Kepuasan terhadap kemampuan untuk bekerja

Berdasarkan periode referensi, penelitian ini tergolong pada *retrospective study design* karena menukur suatu fenomena, situasi, masalah yang telah terjadi sebelumnya. Dalam penelitian ini, baik dimesi lingkungan maupun kesehatan merupakan fenomena yang telah terjadi dan menggunakan data yang sudah ada dan melekat dalam diri partisipan. Sedangkan berdasarkan sifat penelitian, penelitian ini merupakan *non-experimental* karena peneliti tidak melakukan manipulasi variabel pada partisipan.

3.5.c. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang tinggal di Kecamatan Banda (dengan ibu kota kecamatan Banda Neira), Kepulauan Banda, Maluku sedangkan sampel penelitian adalah masyarakat penerima manfaat Program Keluarga Harapan PKH di kecamatan tersebut. Jumlah responden adalah 275 orang. Masyarakat penerima PKH dijadikan sampel penelitian, mengingat secara sosial ekonomi para penerima PKH ini adalah rata-rata adalah masyarakat menengah ke bawah. Persepsi tentang lingkungan dan kesehatan dari masyarakat ini perlu dikaji dan diperhatikan, karena diasumsikan merekalah selama ini yang terkena dampak langsung dari buruknya kualitas lingkungan dan rendahnya derajat kesehatan. Di lain pihak, masyarakat menengah ke bawah secara mayoritas mempunyai akses yang rendah terhadap lingkungan yang bersih dan sehat. Hal ini biasanya ditandai dengan kondisi tempat tinggal yang kurang memenuhi standar higenitas, kondisi jaman yang belum layak, juga akses terhadap air bersih yang masih terbatas. Dengan kondisi yang demikian, maka persepsi masyarakat penerima manfaat PKH di daerah kepulauan terkait kondisi lingkungan dan kesehatan penting untuk diketahui dan dikaji.

3.5.d. Analisis Data

Data-data yang ditulis dalam artikel ini adalah bagian dari data yang didapatkan dalam Penelitian Kelompok tentang "Kualitas Hidup Masyarakat di Kecamatan Banda Neira Kepulauan Banda, Maluku"

yang dilaksanakan pada tanggal 22 sampai dengan 29 Maret 2019 di Banda Neira.

Teknik analisis data yang digunakan untuk mengolah data dalam penelitian ini adalah*statistic deskriptif* untuk menjelaskan karakteristik subyek penelitian dengan melihat frekuensi dan presentase untuk menghitung indeks dari masing-masing dimensi. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan SPSS versi 12.0. Selanjutnya hasil perhitungan indeks untuk masing-masing dimensi dikategorisasi dari mulai sangat buruk hingga sangat baik sesuai dengan tabel berikut:

Tabel 3.2. Kategorisasi Indeks

Indeks	Kategori
0 s.d. 20	Buruk sekali
21 s.d. 40	Buruk
41 s.d. 60	Sedang
61 s.d. 80	Baik
81 s.d. 100	Sangat baik

3.6. Lingkungan dan Kesehatan

Menurut Emil Salim, lingkungan hidup diartikan sebagai benda, kondisi, keadaan dan pengaruh yang terdapat dalam ruang yang kita tempati dan memengaruhi hal yang hidup termasuk kehidupan manusia. Definisi lingkungan hidup menurut Emil Salim dapat dikatakan cukup luas. Apabila batasan tersebut disederhanakan, ruang lingkungan hidup dibatasi oleh faktor-faktor yang dapat dijangkau manusia, misalnya faktor alam, politik, ekonomi dan sosial.[14]

Sedangkan Otto Soemarwoto berpendapat bahwa lingkungan hidup merupakan semua benda dan kondisi yang ada dalam ruang yang kita tempati dan memengaruhi kehidupan kita. Menurut batasan tersebut secara teoritis ruang yang dimaksud tidak terbatas jumlahnya.

[14] "Pengertian Lingkungan Hidup Menurut Para Ahli", (https://www.sridianti.com/pengertian-lingkungan-hidup-menurut-para-ahli.html, diakses 11 Juli 2018).

Adapun secara praktis ruang yang dimaksud selalu dibatasi menurut kebutuhan yang dapat ditentukan.[15]

Secara sederhana kualitas lingkungan hidup diartikan sebagai keadaan lingkungan yang dapat memberikan daya dukung optimal bagi kelangsungan hidup manusia pada suatu wilayah. Kualitas lingkungan dicirikan antara lain dari suasana yang membuat orang merasa betah atau kerasan tinggal di tempatnya sendiri. Berbagai keperluan hidup terpenuhi dari kebutuhan dasar atau primer, meliputi makan, minum, perumahan, sampai kebutuhan rohani atau spiritual meliputi pendidikan, rasa aman, dan sarana ibadah.[16]

Sementara itu kesehatan adalah kondisi optimal dari pikiran dan fisik seseorang yang memungkinkan orang tersebut dapat menjalani hidup yang berkualitas dan produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Kesehatan berorientasi pada upaya memaksimalkan potensi individu baik secara fisik, intektual, emosional, sosial, spiritual dan lingkungan. Kondisi alami dari kesehatan adalah terbebas dari penyakit, cedera ataupun segala sesuatu yang mengganggu sistem metabolik manusia.[17] Sedangkan definisi sehat menurut World Health Organization (WHO) adalah suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan.[18] WHO mengkorelasikan kesehatan dan kepuasan pribadi sebagai satu kesatuan yang tak terpisahkan.

Dinamika hubungan interaktif antara kesehatan dan lingkungan diramu dalam terminologi kesehatan lingkungan, di mana pengertian kesehatan lingkungan menurut WHO adalah suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia & lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia. Terdapat 17 ruang lingkup kesehatan lingkungan menurut WHO, beberapa di antaranya adalah: penyediaan

---

[15] Ibid.

[16] "Pengertian dan Karakteristik Lingkungan Hidup", (https://ipqi.org/pengertian-dan-karateristik-kualitas-lingkungan-hidup/, diakses 11 Juli 2018).

[17] "Kesehatan, Pengertian dan Definisi", (https://www.kamusq.com/2016/11/kesehatan-adalah-pengertian-dan-definisi.html, diakses 11 Juli 2018).

[18] (digilib.unimus.ac.id/download.php?id=836, diakses 11 Juli 2018).

air minum, pengelolaan air buangan dan pengendalian pencemaran, pembuangan sampah padat, pengendalian vektor, pencegahan atau pengendalian pencemaran tanah, higiene makanan, pengendalian pencemaran udara, perumahan & pemukiman, dan sanitasi.[19]

Dalam hal hubungan antara lingkungan dan kesehatan, menurut Blum terdapat 4 faktor utama yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu: faktor gaya hidup, faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Keempat faktor tersebut saling berinteraksi dan memengaruhi kesehatan perorangan dana derajat kesehatan masyarakat[20].

Lingkungan mempunyai pengaruh dan kepentingan yang besar sebagai salah satu faktor yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Termasuk dalam kategori lingkungan di sini antara lain adalah lingkungan fisik, sosial budaya, pendidikan dan pekerjaan. Menurut Blum ada empat peranan lingkungan dalam menyebabkan gangguan kesehatan, yaitu: Sebagai *agent* (penyebab penyakit) sebagai reservoir (tempat berkembang biaknya bibit penyakit), penular atau penyebar penyakit dan juga sebagai medium transmisi (sebagai benda perantara *agent*).[21]

3.7. Hasil Penelitian

Penyebaran kuesioner dilakukan kepada responden penerima manfaat PKH. Jumlah responden adalah 275 orang. Kuesioner ini ditujukan untuk mengetahui persepsi para penerima manfaat PKH di Banda Neira terkait kondisi lingkungan dan kondisi kesehatan di daerahnya. Di samping itu, kuesioner juga digunakan untuk mengetahui hubungan antara kondisi lingkungan dan kondisi kesehatan di daerah penelitian ini.

---

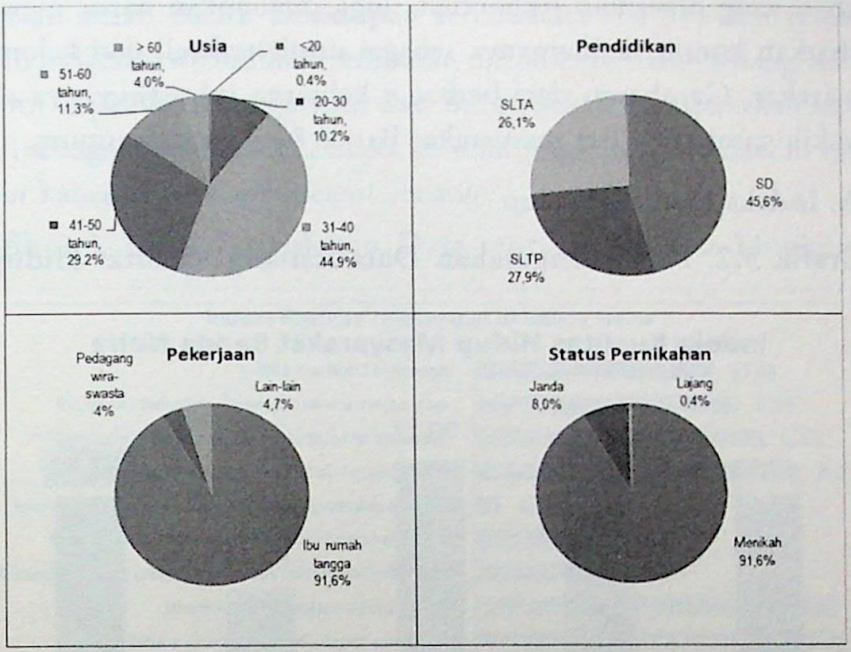
[19] "Pengertian Kesehatan Lingkungan Menurut Para Ahli", (http://kesling.poltekkes-mks.ac.id/pengertian-kesehatan-lingkungan-dan-menurut-para-ahli/, diakses 11 Juli 2018).

[20] "Pengetahuan Literatur", (http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/125830-S-5822-Hubungan%20pengetahuan-Literatur.pdf, diakses 11 Juli 2018).

[21] "Pengaruh Lingkungan terhadap Kesehatan," (http://budisma.net/2015/02/pengaruh-lingkungan-terhadap-kesehatan.html, diakses 11 Juli 2018).

3.7.a. Gambaran Responden

Grafik 3.1. Gambaran Responden di Banda Neira



Secara usia, mayoritas responden berada pada usia 31 s.d. 40 tahun (44,9%), disusul kemudian 41-50 tahun (29,2%). Dengan demikian, mayoritas responden berusia 30 tahun ke atas. Adapun tingkat pendidikan responden, mayoritas lulusan SD (45,6%), kemudian SLTP (27,9%) dan SLTA (26,1%). Berdasarkan hasil pengolah data tersebut terlihat bahwa hampir semua pendidikan responden adalah pada tingkatan sekolah dasar dan sekolah menengah.

Apabila dilihat dari jenis pekerjaan responden, hampir semua responden (91,6%) berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Sisanya adakah wiraswasta/pedagang, dan lain-lain. Dengan posisinya sebagai ibu rumah tangga, diharapkan responden dapat memberikan pendapat yang lebih baik terkait kondisi lingkungan dan kesehatan di daerahnya. Mengingat dalam satu keluarga, biasanya seorang ibu yang lebih peduli dan terlibat langsung dalam menjaga kesehatan keluarganya dan menjaga kebersihan lingkungan sekitarnya.

super market, dsb. nampaknya menjadi alasannya. Di samping itu, kesibukan sehari-hari responden baik itu sebagai ibu rumah tangga maun pekerja menyebabkan kesempatan untuk berekreasi atau bersenang-senang menjadi terbatas. Dengan demikian, pada indikator ini responden dapat dianggap 'kurang piknik'.

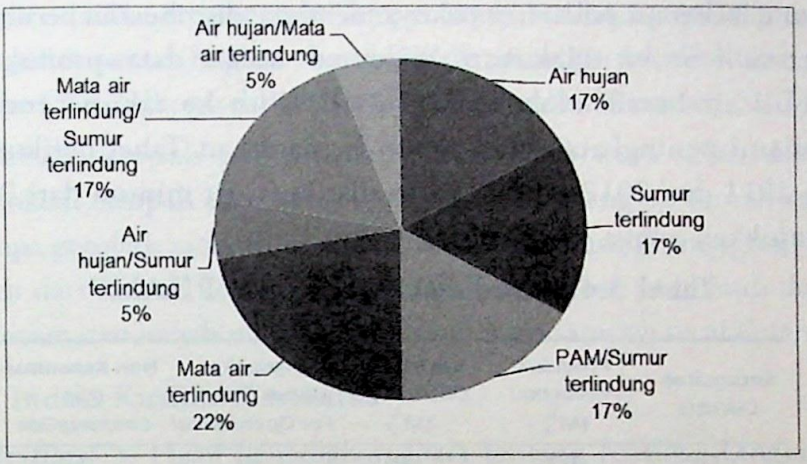
Indeks untuk indikator kesehatan lingkungan di daerah tempat tinggal berdasarkan pengolahan data adalah sebesar 73,92. Nilai ini menunjukkan angka yang relatif tinggi daripada indikator-indikator lainnya di dimensi ini dan berada pada kategori baik.

Kondisi lingkungan secara umum diwakili oleh tingkat kesehatan lingkungan dan kondisi perumahannya yang minimal digambarkan dalam ketersediaan air bersih, sanitasi/jamban sehat dan juga pengelolaan sampah. Berdasarkan studi EHRA Kepulauan Banda ini termasuk dalam area beresiko sanitasi sangat rendah. Penentuan area beresiko berdasarkan hasil studi EHRA yaitu menilai dan memetakan tingkat resiko berdasarkan: kondisi sumber air; pencemaran karena air limbah domestik; pengelolaan persampahan di tingkat rumah tangga; kondisi drainase perkotaan; aspek perilaku (cuci tangan pakai sabun, higiene jamban, penanganan air minum, buang air besar sembarangan). Dengan demikian, nampaknya tidak ditemukan kendala dan permasalahan yang dominan dalam hal sanitasi di daerah ini.

Dalam hal penyediaan air bersih, sumber utama penyediaan air bersih bagi masyarakat di beberapat desa di Banda Neira sebagian besar berasal dari mata air terlindung dan sumur terlindung. Sebanyak 5 desa yang menggunakan air hujan sebagai sumber utama air bersihnya. Air hujan terutama digunakan masyarakat di dataran tinggi yang kesulitan menggunakan air dari sumur atau mata air.[22]

[22] Wawancara dengan masyarakat tanggal 26 Maret 2018.

Grafik 3.4. Persentase Desa dengan Berbagai Sumber Air Bersih[23]



Tabel 3.3. Sumber Air Utama yang Digunakan Tahun 2013[24]

Nama Desa *Village*	Sumber Air Minum Utama *Main Drinking Water Source*
(1)	(2)
Pulau Rhun	Air Hujan
Pulau Ay	Air Hujan
Lonthoir	Air Hujan/Sumur Terlindung
Pulau Hatta	Air Hujan
Selamon	Air Hujan/Mata Air Terlindung
Kampung Baru	Sumur Terlindung
Dwiwarna	Sumur Terlindung
Rajawali	PAM/ Sumur Terlindung
Merdeka	PAM/ Sumur Terlindung
Nusantara	PAM/ Sumur Terlindung
Waer	Mata Air Terlindung
Tanah Rata	Sumur Terlindung
Uring-Tutra	Mata Air Terlindung
Lautang	Mata Air Terlindung
Dender	Mata Air Terlindung
Walling-Spanciby	Mata Air Terlindung/ Sumur Terlindung
Boiyau	Mata Air Terlindung/ Sumur Terlindung
Combir-Kaisastoren	Mata Air Terlindung/ Sumur Terlindung

[23] *Banda Neira dalam Angka 2013*, (Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah, 2014).
[24] Ibid.

Berdasarkan Tabel 3, baru 2 desa yang menggunakan air dari PDAM sebagai sumber utama air bersih. Kondisi Kecamatan Banda Neira yang tersebar di beberapa pulau nampaknya membuat distribusi air bersih secara merata sulit untuk dilakukan. Walaupun secara data, produksi dan distribusi air bersih oleh PDAM dari tahun ke tahun cenderung mengalami peningkatan. Walaupun berdasarkan Tabel berikut pada tahun 2011 dan 2012 produksi dan distribusi air minum dari PDAM menunjukkan angka yang sama).

Tabel 3.4. Produksi Air Minum PDAM[25]

Kecamatan *Districts*	Produksi *Production* (M^3)	Distribusi *Distribution* (M^3)	Digunakan Untuk Operasi *For Operational*	Non Konsumsi *Non Consumption*
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Banda	151 082	151 082	8 600	29 007
2013	**151 082**	**151 082**	**8 600**	**29 007**
2012	**139 061**	**129 061**	**4 750**	**34 852**
2011	**139 061**	**129 061**	**4 750**	**34 852**
2010	**10 260**	**10 260**	**200**	**1 750**
2009	**10 778**	**10 778**	**300**	**33 034**

Sumber / *Source* : PDAM Masohi

Bidang kesehatan lingkungan yang lainnya adalah sektor persampahan. Kecamatan Banda memiliki tantangan tersendiri dalm hal pengelolaan sampah. Potensi wisata yang dimiliki yang meningkatkan jumlah wisatawan kerap menimbulkan masalah persampahan. Sebagai sebuah kepulauan kecil, Banda Neira tidak memiliki banyak pilihan untuk menangani persoalan sampah yang dihadapi. Pulau tersebut seolah terisolasi oleh keadaan dan dipaksa bertahan di dalamnya. Di samping itu, bank sampah yang telah dibangun pun belum berjalan optimal, timbunan sampah semakin nampak nyata setiap harinya. Banda Neira pun semakin dibayangi potensi pencemaran tanah dan air di dalamnya.[26]

---

[25] Ibid.

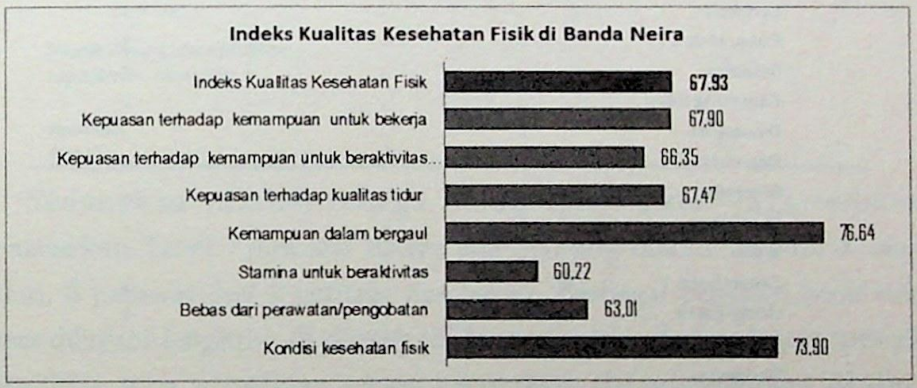
[26] "Tentang Banda Neira dan Kebersihannya yang Utophia", (https://kitabisa.com/utopianeira, diakses 12 Juli 2018).

Berdasarkan pantauan langsung di lapangan, beberapa pesisir pantai di Kepulauan Banda masih tercemar oleh sampah, terutama sampah plastik berupa botol minuman. Tempat sampah tidak banyak dijumpai di sekitar pesisir pantai. Kegiatan bersih-bersih pantai pernah dilakukan dalam Program CSR Telkomsel Baktiku Negeriku pada Desember 2017 lalu.[27]

Untuk sampah pemukiman, beberapa desa telah dilayani pengelolaan sampah dengan cara diangkut langsung ke rumah-rumah. Beberapa gerobak sampah dijadikan alat angkut untuk mengumpulkan sampah dari rumah ke TPS. Namun beberapa desa yang jauh dari ibu kota kecamatan masih melakukan pengelolaan sampah secara mandiri.[28]

3.7.d. Indeks Kualitas Kesehatan

Grafik 3.5. Hasil Pengolahan Data tentang Kualitas Lingkungan



Berdasarkan pengolahan data kuesioner didapatkan bahwa indeks kualitas kesehatan masyarakat di Banda Neira adalah sebesar 67,93. Dengan nilai tertinggi berada pada indikator kemampuan untuk bergaul (76,64) dan nilai terendah pada indikator stamina untuk beraktivitas (60,22). Secara umum, walaupun indeks kualitas kesehatan berada pada kategori baik (berdasarkan Tabel 2), namun angka tersebut masih terbilang rendah, mengingat kesehatan adalah kebutuhan asasi manusia

---

[27] "Program CSR Telkomsel Baktiku Negeriku Hadir di Pulau Banda Neira", (http://intim.news/2017/12/program-csr-telkomsel-baktiku-negeriku-hadir-di-pulau-banda-neira/, diakses 12 Juli 2018).

[28] Wawancara dengan masyarakat tanggal 26 Maret 2018.

yang harus dipenuhi untuk meningkatkan produktivitas dan kualitas hidupnya.

Rendahnya persepsi masyarakat dalam hal kualitas kesehatan nampaknya dipengaruhi oleh kondisi sarana dan fasilitas kesehatan yang terbatas di daerah tersebut. Mengacu pada Tabel 5 hanya terdapat 1 rumah sakit dan 2 Puskesmas di kecamatan Banda.

Tabel 3.5.Jumlah Rumah Sakit dan Puskesmas Tahun 2013[29]

Desa *Village*	Rumah Sakit *Hospital*	Puskesmas *Public Health Center (PHC)*		
		Menginap *Lodge*	Tanpa Menginap *Unlodge*	Pembantu *Assistant*
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Pulau Rhun	-	-	-	1
Pulau Ay	-	-	-	1
Lonthoir	-	-	-	-
Pulau Hatta	-	-	-	1
Selamon	-	-	-	1
Kampung Baru	-	-	-	-
Dwiwarna	-	-	-	-
Rajawali	-	-	-	-
Merdeka	-	-	-	-
Nusantara	1	-	-	-
Waer	-	-	1	-
Tanah Rata	-	-	-	1
Uring-Tutra	-	-	-	1
Lautang	-	-	-	-
Dender	-	-	-	-
Walling-Spanciby	-	-	1	-
Boiyau	-	-	-	-
Jumlah *Total*	1	-	2	6

Tabel 3.6. Jumlah Tempat Tidur di Rumah Sakit Tahun 2013

Tahun *Year*	Rumah Sakit *Hospital*	Tempat Tidur *Bed's*	Pasien Berkunjung *Visited Patient*	Pasien yang Dirawat *Remedied Patient*
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2011	1	50	2 201	161

[29] *Banda Neira dalam Angka 2013*, (Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah 2014).

Tabel 3.7. Jumlah Tenaga Kesehatan Fungsional Tahun 2013

Status Fungsional *Fungtional Position*	Jumlah *Total*
(1)	(2)
Dokter *Docter*	
Umum *General*	3
Gigi *Dentists*	0
Bidan *Midwife*	8
Perawat *Nurse*	
Umum *General*	6
Gigi *Dentists*	0
Penjenjang Kesehatan *Health Connector*	4
Jumlah *Total*	21

Sedangkan jumlah tenaga medis dan dokter juga terbatas. Berdasarkan Tabel 7 tercatat hanya ada 3 orang dokter umum, 8 orang bidan, 6 perawat dan 4 penjaga kesehatan. Berbagai penyakit berat tidak dapat dilayani langsung di daerah ini karena tidak adanya dokter spesialis. Demikian juga persalinan secara sesar tidak dapat dilakukan di sini.[30] Ibu hamil dengan kemungkinan melahirkan secara sesar atau dengan kondisi khusus lainnya. harus keluar pulau ke kota besar di daerah sekitar seperti Ambon, agar dapat ditolong oleh dokter/paramedis dengan peralatan yang lengkap.[31]

Kegiatan pelayanan medis di Banda Neira kerap dilakukan pula oleh tim dari luar Banda secara insidental. Misalnya 6-10 September 2017 lalu doctorSHARE melakukan pelayanan medis di Pulau Banda Neira dan Banda Besar, Kecamatan Banda, Maluku Tengah. Anggota tim

[30] Wawancara dengan Sekretaris Camat Banda tanggal 25 Maret 2018.
[31] Wawancara dengan masyarakat tanggal 26 Maret 2018.

berjumlah 17 orang terdiri dari 13 relawan medis dan empat relawan non medis. Kegiatan kali ini bertajuk "Bersama Mewujudkan Indonesia Sehat". Di Banda Neira dan Pulau Banda Besar tim ini melakukan pengobatan terhadap ratusan pasien, termasuk melakukan operasi minor dan mayor.[32]

3.8. Penutup

3.8.a. Simpulan

Indeks kualitas lingkungan di Banda Neira adalah sebesar 62,44, termasuk dalam kategori baik namun mendekati sedang.Nilai terkecil adalah indikator lingkungan yang mendukung kesempatan untuk berekreasi dan nilai tertinggi adalah kondisi lingkungan yang aman. Indikator lingkungan lainnya yang termasuk dalam kategori baik antara lain: kondisi kesehatan tempat tinggal dan kepuasan terhadap kondisi lingkungan.

Ditinjau dari aspek kesehatan lingkungan, Kepulauan Banda termasuk dalam kategori sanitasi sangat rendah. Penyediaan dan pengelolaan jamban, perilaku kesehatan, pencemaran limbah tidak terlalu bermasalah di daerah ini. Permasalahan kesehatan lingkungan yang dialami di Banda Neira adalah akses terhadap air bersih dan persamphan. Akses terhadap air bersih yang tidak merata dikarenakan wilayahnya terdiri dari beberapa pulau, layanan PDAM belum dapat menjangkau semua pulau. Mata air terlindung dan air hujan masih menjadi sumber utama air bersih bagi sebagian besar masyarakat di Banda Neira. Sedangkan dalam hal pengelolaan sampah, masalah utamanya adalah sampah dari sèktor pariwisata yang belum dapat dikelola dengan baik.

---

[32] "Pelayanan Medis dengan RSA dr.Lie Dharmawan di Pulau Banda Neira, Maluku Tengah (6 - 10 September 2017)", (http://www.doctorshare.org/index.php/news/2017/09/18/310/pelayanan-medis-dengan-rsa-dr-lie-dharmawan-di-pulau-banda-neira-maluku-tengah-6-10-september-2017.html, diakses 12 Juli 2018).

Indeks kualitas kesehatan masyarakat di Banda Neira adalah sebesar 67,93, berada pada kategori baik (mendekati sedang). Nilai tertinggi berada pada indikator kualitas kesehatan yang memungkinkan memiliki kemampuan untuk bergaul, dan nilai terendah pada indikator stamina untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Indeks kualitas kesehatan yang mendekati sedang dan stamina masyarakat yang rendah antara lain dapat disebabkan oleh sarana dan fasilitas kesehatan yang terbatas di Banda Neira. Jumlah rumah sakit/ puskesmas dan tenaga kesehatan masih terbatas, sehingga untuk kondisi-kondisi tertentu masyarakat tidak dapat dilayani di Banda Neira sehingga perlu berobat ke pulau lain dengan fasilitas kesehatan yang lebih baik.

3.8.b. Saran

Kualitas hidup masyarakat di daerah kepulauan perlu terus ditingkatkan. Dalam hal pemenuhan kebutuhan masyarakat dalam bidang lingkungan, penyediaan air bersih adalah hal yang sangat penting. Teknologi penyediaan air bersih bagi daerah kepulauan perlu terus dikembangkan. Misalnya teknologi untuk menampung air hujan. Di samping itu, masyarakat juga perlu dilibatkan dalam menjaga kelestarian alam dan hutan agar sumber mata air tetap terjaga.

Dalam hal pengelolaan sampah, pengelolaan sampah di sumber sampah sebaiknya perlu mulai dilakukan dan disosialisasikan. Misalnya dengan mulai melakukan kegiatan 3 R (*Reduce, Reuse dan Recycle*). Penanganan sampah dari sektor pariwisata perlu terus dilakukan, dengan melibatkan para pelaku pariwisata (wisatawan, pemilik hotel, penyedia jasa pariwisata dsb.). Perlu penambahan penyediaan tempat sampah dan poster-poster dilarang membuang sampah khususnya di kawasan wisata.

Lebih lanjut lagi, dalam rangka meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat di daerah kepulauan, sarana prasarana kesehatan dan juga tenaga kesehatan perlu terus ditambah. Dalam upaya menambah jumlah tenaga medis dan dokter, putra daerah yang potensial dapat diberi beasiswa oleh pemerintah untuk dapat bersekolah di fakultas kedokteran, kebidanan,

keperawatan, dsb. Dan setelah lulus diharapkan dan mengabdi menjadi tenaga kesehatan di daerahnya.

Satu hal lagi yang tidak kalah pentingnya adalah, *political will* pemerintah pusat sangat dibutuhkan dalam membangun daerah kepulauan secara maksimal. Dukungan dapat berupa: pembangunan infrastruktur, penyediaan sarana dan prasarana transportasi, alat dan fasilitas komunikasi dan juga dukungan regulasi.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Firdaus, Adil M., Julham MS. Pelupessy, dan Jimmi RP. Tampubolon. (2016). Strategi Penyelesaian Masalah Sosial Ekonomi Masyarakat Pesisir di Kepulauan Banda Neira, Kabupaten Maluku Tengah, *Jurnal Sosek KP,* Vol. 11 No. 1 Juni 2016, hlm. 55-74.

Ginting, Ari Mulianta. (2013). "Kendala Pembangungan Provinsi Daerah Kepulauan: Studi Kasus Provinsi Kepulauan Riau", *Jurnal Politica,* No. 4 Vol. 1 Tahun 2013, hlm. 49-75.

Kumar, R. (2005). *Research Methodology: A Step by Step Guide for Beginners.* London: SAGE Publications.

Philipus, Senewe Felly dan Elsa Elsi. 2014. "Analisis Deskriptif Kesehatan Lingkungan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan dan Terpencil (DTPK-T)", *Jurnal Media Litbangkes,* Vol. 24 No. 3, September 2014, hlm. 153-160.

_____. (2014). *Kecamatan Banda dalam Angka 2013.* Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah.

_____. (2018). *Maluku dalam Angka 2017.* Maluku: BPS Provinsi Maluku.

Lain-Lain

"Bab I Pendahuluan". (digilib.unimus.ac.id/download.php?id=836, diakses 11 Juli 2018).

Febriken. Adrianus Terry. (2013). "Indonesia Sebagai Negara Kepulauan," (http://www.academia.edu/6765421/ Permasalahan_ Indonesia_Sebagai_Negara_Kepulauan_Hukum_Laut_ Internasio- nal, diakses 10 Juli 2018).

"Kesehatan, Pengertian dan Definisi". (https://www.kamusq.com/ 2016/11/kesehatan-adalah-pengertian-dan-definisi.html, diakses 11 Juli 2018).

"Pelayanan Medis dengan RSA dr. Lie Dharmawan di Pulau Banda Neira, Maluku Tengah". (http://www.doctorshare.org/index.php/ news/2017/ 09/18/310/pelayanan-medis-dengan-rsa-dr-lie-dharmawan-di-pulau-banda-neira-maluku-tengah-6-10-september-2017.html, diakses 12 Juli 2018).

"Pengaruh Lingkungan terhadap Kesehatan". (http://budisma.net/ 2015/02/pengaruh-lingkungan-terhadap-kesehatan.html, diakses 11 Juli 2018).

"Pengertian dan Karakteristik Lingkungan Hidup". (https://ipqi.org/ pengertian-dan-karateristik-kualitas-lingkungan-hidup/, diakses 11 Juli 2018).

"Pengertian Kesehatan Lingkungan Menurut Para Ahli". (http:// kesling.poltekkes-mks.ac.id/pengertian-kesehatan-lingkungan-dan-menurut-para-ahli/, diakses 11 Juli 2018).

"Pengertian Lingkungan Hidup Menurut Para Ahli". (https:// www.sridianti.com/pengertian-lingkungan-hidup-menurut-para-ahli.html, diakses 11 Juli 2018).

"Program CSR Telkomsel Baktiku Negeriku Hadir di Pulau Banda Neira". (http://intim.news/2017/12/program-csr-telkomsel-baktiku-negeriku-hadir-di-pulau-banda-neira/, diakses 12 Juli 2018).

"Rupa Masalah Kesehatan Masyarakat Kepulauan". (http://www.aisyiyah.or.id/ id/idea/rupa-masalah-kesehatan-masyarakat-kepulauan.html, diakses 11 Juli 2018).

"Tenaga Kesehatan untuk Daerah Terpencil Perlu Digalakkan". (http://www.depkes.go.id/article/print/17053100001/tenaga-kesehatan-untuk-daerah-terpencil-perlu-digalakkan.html. diakses 11 Juli 2018).

"Tentang Banda Neira dan Kebersihannya yang Utophia". (https://kitabisa.com/utopianeira, diakses 12 Juli 2018).

"Tinjauan Pustaka". (http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/125830-S-5822-Hubungan%20pengetahuan-Literatur.pdf, diakses 11 Juli 2018).

"10 Negara Kepulauan di Dunia". (https://ilmupengetahuanumum.com/10-negara-kepulauan-terbesar-di-dunia/, diakses 10 Juli 2018).

BAB IV
PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL: KEBIJAKAN PENINGKATAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT KEPULAUAN

Ujianto Singgih Prayitno

4.1. Pendahuluan

Kebijakan pembangunan nasional, ternyata masih belum cukup memberikan perhatian yang memadai terhadap pembangunan daerah, terutama wilayah kepulauan. Hal ini terlihat antara lain dari fakta bahwa kegiatan ekonomi masih berorientasi pada wilayah Pulau Jawa, seperti terkonsentrasinya industri manufaktur, pertumbuhan kota-kota metropolitan dan besar yang mulai tidak terkendali. Demikian pula dengan melebarnya kesenjangan pembangunan antara daerah perkotaan dan perdesaan, sampai pada meningkatnya kesenjangan pendapatan per kapita dan rendahnya produktivitas. Kondisi ini secara bersama-sama membentuk sebuah isu permasalahan yang sentral bagi pembangunan daerah, yaitu tingginya kesenjangan pembangunan antar wilayah. Pengurangan kesenjangan pembangunan antar wilayah ini perlu dilakukan tidak hanya untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat di seluruh wilayah Indonesia, tetapi juga untuk menjaga stabilitas dan kesatuan nasional. Tujuan penting dan mendasar yang akan dicapai untuk mengurangi kesenjangan antar wilayah bukan hanya untuk memeratakan pembangunan fisik di setiap daerah, tetapi yang paling utama adalah pengurangan kesenjangan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat antarwilayah.

Mutu suatu negara amat tergantung pada kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan rakyat dengan baik, karena negara

dibentuk untuk menyelenggarakan hidup yang baik bagi semua warganya. Tujuan negara yang demikian itu, juga merupakan tujuan negara Indonesia, yaitu demi kepentingan seluruh rakyat, untuk menjamin dan memajukan kesejahteraan umum dan kemakmuran. Kemakmuran adalah suatu keadaan yang memungkinkan kebutuhan-kebutuhan manusia dapat dipenuhi secara wajar, mantap, dan terus menerus. Tentunya, kemakmuran itu adalah kemakmuran umum *(public prosperity)*, yaitu tersedianya barang-barang dan jasa-jasa bagi rakyat, sehingga orang masing-masing dapat mencapai kemakmuran pribadinya. Prinsip dasarnya adalah bahwa perwujudan keadilan sosial perlu diberi prioritas utama dalam usaha pembangunan masyarakat. Prinsip ini mengandung makna, bahwa kemanusiaan sebuah masyarakat dapat diukur dari perhatiannya kepada anggota masyarakatnya yang paling miskin, paling lemah, dan paling menderita. Implikasinya bagi negara adalah memberikan jaminan terhadap masyarakat miskin hak standar penghidupan yang layak, bebas dari kelaparan, dan menikmati standar hidup yang memadai yang dapat dicapai untuk kesehatan jasmani dan rohani.

Oleh karena itu, terciptanya kesejahteraan rakyat merupakan salah satu tujuan utama berdirinya negara di manapun, termasuk Negara Kesatuan Republik Indonesia. Sejahtera adalah keadaan sentosa dan makmur serta berkecukupan, baik dalam dimensi fisik maupun nonfisik. Penciptaan kesejahteraan rakyat ini hanya mungkin terwujud jika negara secara konsisten menerapkan kebijakan yang berorientasi pada: (1) Pengurangan kemiskinan dan pengangguran; (2) Pengurangan kesenjangan antarwilayah; (3) Peningkatan kualitas manusia, (4) Peningkatan mutu lingkungan hidup; (5) Peningkatan dukungan infrastruktur.

Salah satu contoh program yang mendukung upaya terciptanya kesejahteraan rakyat adalah program peningkatan kualitas kesehatan yang saat ini dilaksanakan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS Kesehatan). Hingga April 2018 BPJS Kesehatan telah mendata jumlah peserta JKN-KIS sebanyak 196,4 jiwa, dan dari angka tersebut sudah sebanyak 92,2 juta jiwa yang terdaftar sebagai peserta penerima

bantuan iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jumlah ini belum mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 yang harus memastikan bahwa 107,2 juta penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan luran (PBI) melalui JKN-KIS adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari Pemerintah.[1]

Sementara itu, pembayaran klaim BPJS Kesehatan makin membesar. Tahun 2017 saja kewajiban BPJS Kesehatan membayar klaim sebesar Rp 84 triliun, dengan pendapatan dari iuran hanya Rp 74,25 triliun. Artinya, terdapat *missmatch* antara pembayaran klaim dengan iuran senilai Rp 9,75 triliun. Kenaikan klaim ini akibat membludaknya pelayanan kesehatan yang mencapai 612.000 orang per hari hitungan kalender yang tak sebanding dengan iuran yang diterima BPJS Kesehatan.[2]

Tulisan ini tidak berpretensi untuk menjelaskan atau menjawab semua permasalahan yang berkaitan dengan program perlindungan sosial, namun hanya akan memberikan uraian tentang kebijkan perlindungan sosial secara umum untuk wilayah kepulauan.

4.2. Kesejahteraan dan Perkembangan Penduduk Miskin

Kesejahteraan di dalam masyarakat tidak akan terjadi tanpa pemerataan. Pemerataan tidak dapat terjadi dengan sendirinya, melainkan perlu diupayakan untuk mencapainya. Pemikiran ini sejalan dengan konsep pembangunan sosial yang menekankan pada kepentingan rakyat atau seperti yang dikatakan David C. Korten sebagai *people centered development* (pembangunan yang berdimensi kerakyatan).[3] Salah satu komponen penting dalam pembangunan sosial adalah membentuk tatanan sosial dengan

---

[1] "Manajemen Pembiayaan Kesehatan", (http://manajemen-pembiayaan-kesehatan.net, diakses 28 Oktober 2018).

[2] "Kalim BPJS Kesehatan Rp8,4 Triliun di Tahun Lalu", (https://keuangan.kontan.co.id/news/klaim-bpjs-kesehatan-rp-84-triliun-di-tahun-lalu, diakses 28 Oktober 2018).

[3] D.C. Korten, *Menuju Abad ke-21 - Tindakan Sukarela dan Agenda Global*, (Jakarta: Yayasan Obor Indonesia dan Pustaka Sinar Harapan, 1993).

menciptakan sistem jaminan sosial. Jaminan sosial sangat diperlukan untuk melindungi masyarakat dari akibat yang ditimbulkan oleh pembangunan dan sekaligus menciptakan keadilan di dalam masyarakat.

Jumlah penduduk miskin pada September 2014, dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan di Indonesia mencapai 27,73 juta orang (10,96%), berkurang sebesar 0,55 juta orang dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2014 yang sebesar 28,28 juta orang (11,25$%), dan berkurang sebesar 0,87 juta orang dibandingkan dengan penduduk miskin pada September 2013 yang sebesar 28,60 juta orang (11,46%). Pada September 2015, jumlah penduduk miskin mencapai 28,51 juta orang berkurang sebesar 0,08 juta orang dibandingkan dengan kondisi Maret 2015 yang sebesar 28,59 juta orang. Pada September 2016, jumlah penduduk miskin mencapai 27,76 juta orang (10,70 %), atau berkurang sebesar 0,25 juta orang dibandingkan dengan kondisi Maret 2016 sebesar 28,01 juta orang (10,86%). Namun, pada periode ini jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan naik sebanyak 0,15 juta orang, dari 10,34 juta orang pada Maret 2016 menjadi 10,49 juta orang pada September 2016. Sementara itu, di daerah perdesaan turun sebanyak 0,39 juta orang (dari 17,67 juta orang).[4]

Perkembangan selanjutnya, jumlah penduduk miskin pada bulan Maret 2017, mencapai 27,77 juta orang (10,64%, bertambah sebesar 6,90 ribu orang dibandingkan dengan kondisi September 2016 yang sebesar 27,76 juta orang (10,70%). Selama periode September 2016–Maret 2017 ini, jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan naik sebanyak 188,19 ribu orang (dari 10,49 juta orang pada September 2016 menjadi 10,67 juta orang pada Maret 2017). Sementara, di daerah perdesaan turun sebanyak 181,29 ribu orang (dari 17,28 juta orang pada September 2016 menjadi 17,10 juta orang pada Maret 2017).[5]

---

[4] "Jumlah Penduduk Miskin September 2014 Mencapai 27,73 Juta Orang", (https://www.bps.go.id/pressrelease/2015/01/02/1099/jumlah-penduduk-miskin-september-2014-mencapai-27-73-juta-orang-.html, diakses 28 Oktober 2018).

[5] "Kajian Ekonomi dan Keuangan Regional Provinsi Nusa Tenggara Timur", (https://www.bi.go.id/.../KEKR%20Provinsi%20NTT%20Tw%20IV, diakses 28 Oktober 2018).

Penduduk miskin Indonesia umumnya terkonsentrasi di daerah kumuh perkotaan, pesisir pantai dan di perdesaan. Penduduk miskin membutuhkan perlindungan sosial untuk dapat bertahan hidup, terutama pada era industri dewasa ini. Dalam masyarakat industri, jaminan sosial merupakan suatu bentuk sistem perlindungan yang sangat dibutuhkan. Risiko-risiko kerja yang mungkin timbul sangat tinggi, hal ini seiring dengan perkembangan teknologi dan modernisasi. Kecelakaan kerja, terganggunya kesehatan, kematian, atau apapun kejadiannya yang menyebabkan terputusnya kemampuan mencari nafkah merupakan risiko yang senantiasa terjadi. Jaminan sosial tidak hanya menanggung akibat langsung daripada risiko kerja tetapi juga akibat tak langsung atau efek-efek negatif yang muncul akibat dari pekerjaan tersebut atau akibat dari keberadaan industri.

Industrialisasi menyebabkan terjadinya perubahan dalam masyarakat, misalnya pertambahan jumlah penduduk, akan berdampak tingginya permintaan akan pemukiman baru, pasar, jalan, serta munculnya masalah transportasi, air bersih, sampah dan sebagainya. Risiko yang terjadi dapat berupa risiko keamanan, risiko kecelakaan dalam perjalanan dari atau ke tempat kerja dan sebagainya. Risiko-risiko yang muncul sebagai akibat proses industrialisasi ini terus berkembang dan menjadi semakin kompleks. Pembukaan daerah-daerah industri selama ini ternyata tidak diiringi dengan pembangunan sentra-sentra ekonomi di daerah tersebut. Perekonomian hanya terpusat di Ibukota, sedangkan daerah sebagai sumber ekonomi tersebut tetap tak tersentuh pembangunan kecuali dalam batas-batas tertentu dan untuk kalangan terbatas. Sehingga hal ini tidak mengherankan, apabila banyak daerah-daerah industri yang masyarakatnya hidup miskin.

4.3. Reorientasi Pembangunan Daerah Kepulauan

Sesungguhnya terdapat keinginan untuk menyusun regulasi yang khusus mengatur kebijakan pembangunan di daerah kepulauan, namun Rancangan Undang-Undang yang sesungguhnya mulai dibahas

di DPR masih belum selesai untuk di sahkan. Rancangan undang-undang (RUU) ini sudah tercantum dalam program legislasi nasional (Prolegnas) prioritas 2018. RUU tentang Daerah Kepulauan, dalam Prolegnas 2015-2019, tertulis: RUU tentang Penyelenggaraan Pemerintah di Wilayah Kepulauan, yang diinisiasi oleh Dewan Perwakilan Daerah (DPD).

Dalam RUU tersebut disebutkan bahwa Daerah Kepulauan adalah provinsi kepulaun yang memiliki wilayah laut lebih luas dari wilayah darat, yang di dalamnya terdapat pulau-pulau termasuk bagian pulau yang membentuk gugusan pulau, menjadi satu kesatuan geografi, ekonomi, politik dan sosial budaya. Sementara, kepulauan adalah gugusan pulau, perairan di antaranya dan lain-lain wujud alamiah yang memiliki hubungan erat satu sama lain sehingga merupakan satu kesatuan geografi, ekonomi, politik, dan sosial budaya. Kawasan provinsi kepulauan ini memiliki banyak keterbatasan dalam pengelolaan berbagai sumber daya dan pengembangan wilahnya. Keterbatasan dan berbagai hambatan ini menyebabkan tingkat kemajuan suatu provinsi kepulauan jauh tertinggal dibandingkan provinsi di daratan. Capaian laju pertumbuhan ekonomi di wilayah provinsi kepulauan tidak mengami peningkatan signifikan dibandingkan provinsi lain, termasuk penurunan angka kemiskinan yang cenderung melambat.

Memang banyak kendala yang dihadapi dalam merevitalisasi pembangunan wilayah kepulauan ini untuk menjadi kawasan permukiman yang produktif, berdaya saing dan nyaman, antara lain adalah:

1. Terbatasnya alternatif lapangan kerja berkualitas, yang ditandai dengan terbatasnya kegiatan ekonomi di luar sektor peikanan tangkap termasuk industri kecil yang mengolah hasil perikanan dan jasa penunjang lainnya.
2. Lemahnya keterkaitan kegiatan ekonomi, baik secara sektoral maupun spasial, termasuk keterkaitan pembangunan antara kawasan pesisir dan kawasan perkotaan yang masih kurang.
3. Rendahnya tingkat pelayanan prasarana dan sarana, dan rendahnya kualitas sumber daya manusia (SDM) yang masih rendah ketrampilannya.

4. Lemahnya kelembagaan dan organisasi berbasis masyarakat dan lemahnya koordinasi lintas bidang dalam pengembangan kawasan.[6]

Oleh karena itu, upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi kesenjangan tersebut adalah dengan mengembangkan infrastruktur wilayah pesisir untuk mendukung upaya revitalisasi perikanan. Kegiatan yang dapat dilakukan untuk mewujudkannya adalah sebagai berikut:

1. Penumbuhan kegiatan ekonomi nonperikanan tangkap yang memperkuat keterkaitan sektoral antara perikanan, industri dan jasa penunjangnya, serta keterkaitan spasial antara kawasan pesisir dan perkotaan.
2. Peningkatan kapasitas dan keberdayaan masyarakat pesisir agar mereka dapat menangkap peluang pengembangan ekonomi, serta memperkuat kelembagaan dan modal sosial masyarakat pesisir.
3. Mendorong pengembangan usaha mikro, kecil, dan menengah di bidang usaha unggulan daerah yang memiliki keterkaitan kuat dengan usaha ke depan (*forward linkages*) dan ke belakang (*backward linkages*).
4. Peningkatan ketersediaan infrastruktur pesisir dengan melibatkan partisipasi dan peran serta masyarakat (*community based development*) dalam pembangunan dan/atau pemeliharaannya.[7]

4.4. Program Perlindungan Sosial

Program kebijakan pembangunan wilayah pesisir merupakan program kebijakan jangka panjang yang bersifat makro. Jangka pendek, terdapat berbagai permasalahan yang dihadapi masyarakat secara individual seperti pengangguran, pendidikan, dan kesehatan. Permasalahan ini hanya

[6] Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 7 Tahun 2005 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004 – 2009.

[7] Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 Buku I Agenda Pembangunan Nasional, 2014.

mungkin diselesaikan dengan pendekatan individual yang tepat, salah satunya dilakukan dengan program perlindungan sosial. Pelaksanaan program ini memerlukan peran pemerintah sesuai dengan prinsip negara kesejahteraan. Merujuk pada Spicker, negara kesejahteraan didefinisikan sebagai sebuah sistem kesejahteraan sosial yang memberi peran lebih besar kepada negara untuk mengalokasikan sebagian dana publik demi menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar warganya.[8]

Menurut Marshall yang dikutip Rewah, negara kesejahteraan merupakan bagian dari sebuah masyarakat modern yang sejalan dengan ekonomi pasar kapitalis dan struktur politik demokratis. Jika dilihat dari besarnya anggaran negara untuk jaminan sosial, sistem ini dapat diurutkan ke dalam empat model, yakni pertama, model universal yang menempatkan pemerintah sebagai penyedia jaminan sosial bagi semua warga negara secara melembaga dan merata, yang anggarannya untuk program sosial mencapai lebih dari 60% dari total belanja negara. Kedua, model institusional, yaitu jaminan sosial yang dilaksanakan secara melembaga dan luas yang kontribusi berbagai skim jaminan sosial berasal dari tiga pihak (*payroll contributions*), yakni pemerintah, dunia usaha dan pekerja (buruh). Ketiga, model residual yang ditandai oleh pemberian jaminan sosial dari pemerintah lebih diutamakan kepada kelompok lemah, seperti orang miskin, cacat dan penganggur. Keempat, model minimal, di sini anggaran negara untuk program sosial sangat kecil, di bawah 10%n dari total pengeluaran negara. Jaminan sosial dari pemerintah diberikan secara sporadis, temporer dan minimal yang umumnya hanya diberikan kepada pegawai negeri dan swasta yang mampu membayar iuran.[9]

Dari keempat model tersebut, tampaknya Indonesia masih menganut residual yang memberikan jaminan kepada kelompok lemah, seperti orang miskin, cacat dan penganggur, karena komitmen pemerintah

---

[8] Paul Spicker, *Social Policy - Themes and Approaches*, (Harvester Wheatsheaf, British: Prentice Hall, 1995).

[9] Donald A Rewah, "Kesejahteraan dan Pengharapan Adalah Wujud Dinamika Sosial", (https://www.kompasiana.com/rewah/552965a86ea834d9128b4594/kesejahteraan-dan-pengharapan-adalah-wujud-dinamika-sosial, diakses 28 Oktober 2018).

untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat adalah dengan memprioritaskan masalah kemiskinan, dengan jaminan sosial yang tebatas. Kemiskinan dan pengangguran merupakan masalah yang luas dan bersifat lintas, baik secara lintas kewilayahan maupun lintas sektor. Kemakmuran suatu kelompok sering dimungkinkan dan dibiayai oleh kelompok lainnya, sehingga selain negara wajib memberi kesempatan sama kepada setiap orang untuk berusaha, ia harus tetap memperhatikan keterbatasan kelompok lemah sebagai kompensasi dan wujud keadilan sosial. Kesenjangan antara daerah dengan kemiskinannya yang meluas dapat saja disebabkan oleh memudarnya solidaritas sosial dan ikatan kekeluargaan masyarakat, yang membuat pelayanan sosial yang tadinya mampu disediakan lembaga keluarga semakin melemah. Pembangunan kesejahteraan sosial seringkali tidak menghasilkan keuntungan ekonomi bagi penyelenggaranya, sehingga kurang menarik minat pihak swasta untuk berinvestasi di bidang ini. Negara memiliki legitimasi kuat berdasar UUD 1945 untuk melaksanakan investasi sosial berdasarkan "*risk-sharing across populations*" yang dananya dialokasikan dari hasil pajak dan sumber pembangunan lainnya.

Dengan demikian penanganan masalah ini menuntut koordinasi dan komunikasi yang baik di antara pemangku kebijakan. Masalah kurangnya akses kebutuhan dasar harus segera diatasi dengan mengembangkan desain program yang langsung ditujukan bagi penduduk miskin dan dapat memberi dampak nyata bagi peningkatan kesejahteraan penduduk miskin. Peningkatan akses terhadap pendidikan, dilakukan dengan penyiapan sistem pembiayaan pendidikan yang berbasis siswa yang didukung upaya peningkatan komitmen pemerintah daerah dalam pembiayaan pendidikan. Sedangkan peningkatan aksesibilitas, pemerataan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, terutama bagi masyarakat miskin, dilakukan melalui pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di rumah sakit rujukan Puskesmas dan jaringannya, serta meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar. Masalah keterbatasan akses layanan kesehatan dan rendahnya status kesehatan berdampak pada rendahnya daya tahan masyarakat untuk bekerja dan mencari nafkah, terbatasnya

kemampuan anak dari keluarga untuk tumbuh dan berkembang, dan rendahnya derajat kesehatan ibu. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin perkotaan terlihat dari kurangnya kecukupan pangan, keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dasar, rendahnya mutu layanan kesehatan dasar, dan kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat.

Perlindungan sosial pada dasarnya merupakan sekumpulan kebijakan dan program yang dirancang untuk menurunkan kemiskinan dan kerentanan melalui upaya peningkatan dan perbaikan kapasitas penduduk dalam melindungi diri mereka dari bencana dan kehilangan pendapatan. Menurut UU No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, Perlindungan Sosial adalah semua upaya yang diarahkan untuk mencegah dan menangani risiko dari guncangan dan kerentanan sosial.

Sementara itu, menurut Suharto, kebijakan dan program perlindungan sosial, mencakup lima jenis, yaitu: (1) Kebijakan pasar kerja (*labour market policies*) yang dirancang untuk memfasilitasi pekerjaan dan mempromosikan beroperasinya hukum penawaran dan permintaan kerja secara efisien; (2) Bantuan sosial (*social assistance*), yakni program jaminan sosial (*social security*) yang berbentuk tunjangan uang, barang, atau pelayanan kesejahteraan yang umumnya diberikan kepada populasi paling rentan yang tidak memiliki penghasilan yang layak bagi kemanusiaan; (3) Asuransi sosial (*social insurance*), yaitu skema jaminan sosial yang hanya diberikan kepada para peserta sesuai dengan kontribusinya berupa premi atau tabungan yang dibayarkannya; (4) Jaring pengaman sosial berbasis masyarakat *(community-based social safety nets),* perlindungan sosial ini diarahkan untuk mengatasi kerentanan pada tingkat komunitas; (5) Perlindungan anak (*child protection*).[10]

Dalam pengertian pemerintah, jaminan sosial lebih diartikan sebagai bantuan sosial pemerintah kepada masyarakat yang tertimpa kemalangan

[10] Edi Suharto, "Kebijakan Pembangunan Sposial Bagi Kelompok Rentan dan Kurang Beruntung", (http://www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/PerlindunganSosialTansosmas.pdf, diakses 28 Oktober 2018).

atau untuk pemberdayaan masyarakat agar dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Secara teknis jaminan sosial tercakup dalam pogram-program kesejahteraan yang dilaksanakan oleh departemen-departemen dalam lingkup kesejahteraan rakyat terutama di departemen sosial. Berdasarkan hal ini, maka terlihat bahwa jaminan sosial sendiri merupakan bagian dari upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Di berbagai negara terdapat bermacam-macam program kesejahteraan sosial. Bahkan di beberapa negara menggunakan program tersebut sebagai peraturan kependudukan. Di Indonesia, dalam rangka pengentasan kemiskinan dan upaya untuk melindungi masyarakat dari krisis moneter, pemerintah membuat program yang disebut *safety net* untuk melindungi orang dari kelaparan sebagai akibat dari efek kemiskinan.

Pembangunan kesejahteraan sebenarnya bukanlah hanya berfungsi sebagai penyantunan atau subsidi yang dilakukan negara, tetapi lebih luas lagi pembangunan kesejahteraan adalah upaya membangun suatu sistem sosial yang menyeluruh yang meliputi setiap aspek kehidupan manusia. Jadi bukan hanya pembangunan ekonomi yang didorong tetapi juga pembangunan kehidupan sosial, politik, ekonomi masyarakat, sehingga kesemuanya itu dapat berjalan seimbang. Prinsipnya adalah bahwa pemerataan tidak dapat terjadi dengan sendirinya, tetapi diperlukan suatu sistem yang disebut sistem jaminan sosial yang dapat mendistribusikan hasil-hasil pembangunan tersebut secara adil dan merata.

Masalah-masalah sosial yang timbul seperti masalah kemiskinan, pengangguran, kesehatan, pendidikan, dan masalah lingkungan, merupakan permasalahan yang timbul akibat hak-hak individu tersebut tidak dipenuhi. Oleh karena, upaya untuk memenuhi hak-hak warga negara dapat dijadikan landasan untuk membangun sistem jaminan sosial. Jaminan sosial pada dasarnya merupakan suatu upaya untuk mendistribusikan pendapatan, karena di dalam masyarakat terdapat orang-orang yang mempunyai berbagai keterbatasan untuk memperoleh penghasilan yang memadai, baik itu karena faktor internal seperti cacat, sakit maupun karena faktor eksternal, misalnya pemerintah tidak mampu menciptakan

lapangan pekerjaan, tidak adanya kesempatan untuk berusaha, karena masalah politik dan sebagainya.

4.5. Jaminan Sosial

Pada dasarnya jaminan sosial diberikan kepada semua kalangan baik dari sektor formal maupun informal. Namun dalam pelaksanaanya, masyarakat di sektor formal lebih diuntungkan karena aturan-aturan yang ada lebih menjamin sektor formal untuk memperoleh jaminan sosial tersebut. Sedangkan masyarakat di sektor informal yang kebanyakan adalah masyarakat kelas bawah belum semuanya dapat merasakan jaminan sosial dari negara.

Untuk membangun sistem jaminan sosial diperlukan suatu pemikiran untuk membangun sistem kesejahteraan secara keseluruhan yang berarti merumuskan kembali konsep pembangunan nasional. Karena bagaimanapun pembangunan sistem jaminan sosial atau kesejahteraan sosial akan memerlukan pengalokasian sebagian hasil-hasil pembangunan, dan ini berarti mengurangi PDB. Pembangunan sistem jaminan sosial juga tak terlepas sebagai upaya untuk membangun tatanan sosial dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Oleh karena itu konsep jaminan sosial tidak hanya diartikan sebagai asuransi semata tetapi suatu hal yang lebih luas lagi yaitu membangun tatanan sosial. Hal ini sesuai dengan konsep jaminan sosial, di mana terdapat empat kegiatan jaminan sosial, yaitu: *social assistance* (bantuan sosial), *social insurance* (asuransi sosial), *social services* (pelayanan sosial), dan *social infrastructure* (pembangunan sarana sosial).[11]

Kehidupan manusia senantiasa penuh dengan serba ketidakpastian terutama mengenai kejadian waktu yang akan datang. Ketidakpastian ini bisa dibedakan menjadi dua golongan. Pertama, ketidakpastian spekulatif, yang dapat mendatangkan keuntungan, sehingga dikehendaki oleh mereka yang melakukan spekulasi. Kedua, ketidakpastian murni, yang

[11] M. Syawie , "Pembangunan yang Menyejahterakan Masyarakat Indonesia: Sebuah Kajian Konsep", *INFORMASI*, Vol. 19, No. 3, September - Desember, Tahun 2014

sering mengakibatkan kerugian, sehingga umumnya manusia berusaha mengurangi atau menghilangkannya. Ketidakpastian murni ini kemudian dikenal sebagai risiko.

Risiko dapat digolongkan dalam dua kelompok utama yaitu risiko fundamental dan risiko khusus. Risiko fundamental bersifat makro-kolektif dan dirasakan oleh seluruh atau sebagian besar masyarakat sebagaimana pada: 1) Risiko politis, seperti kenaikan suhu politik pada waktu mendekati pemilu; 2) Risiko ekonomis, seperti tekanan inflasi akibat suatu kebijaksanaan moneter; 3) Risiko sosial, seperti keresahan masyarakat yang diakibatkan meningkatnya tindak kejahatan; 4) Risiko pertahanan-keamanan, seperti ancaman serangan bersenjata dari negara lain; 5) Risiko internasional, seperti kegagalan diplomasi dalam memperjuangkan tujuan tertentu dan sebagainya.[12]

Risiko khusus sebaliknya bersifat mikro-individual, yang dirasakan oleh perorangan atau unit usaha seperti: 1) Risiko terhadap diri pribadi, misalnya berupa ancaman terhadap kesehatan atau jiwa seseorang; 2) Risiko terhadap harta benda yang bisa menyangkut kerusakan atas kekayaan; 3) risiko usaha yang berupa kegagalan usaha suatu perusahaan, dan sebagainya.[13]

Dalam dunia modern, masyarakat serta perorangan secara sadar dan sistematis selalu berusaha melakukan tindakan-tindakan yang bersifat pencegahan sebelum risiko itu terjadi, maupun penanggulangan setelah terjadinya kejadian yang merugikan tersebut. Jaminan sosial merupakan salah satu instrumen masyarakat untuk mencegah dan menanggulangi risiko-risiko tersebut. Karena kompleksitasnya risiko-risiko itu, maka dalam ruang lingkupnya yang paling luas sekalipun, jaminan sosial hanya dapat mencakup risiko ekonomis dan risiko sosial secara kolektif. Dalam menangani risiko ekonomis pun, jaminan sosial hanya menangani masalah yang terbatas, sehingga tidak akan, misalnya menanggulangi risiko

---

[12] Sentanoe Kertonegoro, *Jaminan Sosial Prinsip dan Pelaksanaannya di Indonesia,* (Jakarta: Mutiara, 1982).

[13] Ibid, hlm. 26-27.

kelesuan ekspor akibat depresi dunia seperti dalam ekonomi makro, atau risiko pemasaran produk dalam ekonomi mikro. Demikian juga risiko sosial yang ditanggulangi akan terbatas, juga tidak menangani, misalnya masalah rasial ataupun perorangan seperti perkawinan.

Dalam lingkup luas, John G. Turnbull dkk yang dikutip Kertonegoro, mengartikan jaminan sosial sebagai suatu keadaan yang terlindung atau aman dari berbagai jenis ancaman dan bahaya. Tetapi kemudian mereka juga membatasi jaminan tersebut pada bidang ekonomis saja. Pendapat lain dikemukakan Harun Alrasjid, dalam kertas kerjanya pada seminar Jaminan Sosial di Jakarta tahun 1978, bahwa jaminan sosial merupakan suatu perlindungan kesejahteraan masyarakat yang diselenggarakan atau dibina oleh pemerintah untuk menjaga dan meningkatkan taraf hidup rakyat. [14]

Berdasarkan batasan-batasan yang menyangkut risiko sosial-ekonomi, guna mempermudah analisa jaminan sosial dapat dibagi dalam empat kegiatan usaha utama, yaitu:

1. Pelayanan sosial *(social services),* yaitu usaha-usaha di bidang pencegahan dan pengembangan, misalnya kesehatan, keluarga berencana, pendidikan, kepemudaan, bantuan hukum, keagamaan, dan organisasi kemasyarakatan.
2. Bantuan sosial *(social assinstance),* yaitu usaha-usaha di bidang pemulihan dan penyembuhan, misalnya bantuan untuk bencana alam, lanjut usia, anak yatim piatu, penderita cacat, dan berbagai ketunaan.
3. Sarana social *(social infrastructure),* yaitu usaha-usaha di bidang pembinaan, dalam bentuk perbaikan gizi, perumahan, lingkungan, air bersih, transmigrasi, perkoperasian, ketertiban, dan masyarakat suku terasing.
4. Asuransi sosial *(social insurance),* yaitu usaha-usaha di bidang ketenagakerjaan yang khusus ditujukan untuk masyarakat tenaga

[14] Ibid, hlm. 27.

kerja yang merupakan inti tenaga pembangunan dan selalu menghadapi risiko-risiko sosial ekonomis.[15]

Secara luas jaminan sosial dimaksudkan untuk mencegah dan mengatasi keterbelakangan, ketergantungan, keterlantaran serta kemiskinan. Namun biasanya pengertian jaminan sosial hanya meliputi bantuan sosial dan asuransi sosial. International Labour Organization (ILO) mengartikan jaminan sosial sebagai usaha pemerintah untuk melindungi masyarakat (atau sebagian besar anggota masyarakat) dari tekanan ekonomi yang bisa menyebabkan hilangnya penghasilan karena sakit, pengangguran, cacat, hari tua, dan kematian; untuk menyediakan bagi masyarakat itu pemeliharaan kesehatan yang dibutuhkan; dan untuk memberi bantuan kepada keluarga dalam memelihara anak.[16]

Sedangkan dalam pengertian murni, jaminan sosial diartikan sebagai asuransi sosial. Kenneth Thomson, seorang tenaga ahli pada Sekretariat Jenderal *Internasional Social Security Association (ISSA)* di Jenewa, dalam *Regional Training ISSA* di Jakarta mengatakan bahwa jaminan sosial dapat didefinisikan sebagai perlindungan yang diberikan oleh masyarakat bagi anggota-anggotanya untuk risiko-risiko atau peristiwa-peristiwa tertentu dengan tujuan sejauh mungkin untuk menghindari terjadinya peristiwa-peristiwa tersebut yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunnya sebagian besar penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa tersebut, serta jaminan untuk tunjangan keluarga dan anak. Adapun peristiwa-peristiwa yang biasanya dijamin oleh jaminan sosial meliputi: (a) Kebutuhan akan pelayanan medis; (b) Tertundanya, hilangnya atau turunnya sebagian besar penghasilan yang disebabkan: sakit, hamil, kecelakaan kerja dan penyakit jabatan, hari tua, cacat, kematian pencari nafkah, pengangguran; (d) Tanggung jawab untuk keluarga dan anak-anak.[17]

---

[15] Ibid hlm. 27.
[16] Ibid hlm. 28-29.
[17] Ibid hlm. 29-30.

4.6. Layanan Terpadu

Wilayah kepulauan dicirikan dengan geografinya yang saling terpisah antara satu daerah dengan daerah lain yang dipisahkan oleh selat dan lautan. Keterpisahan antar wilayah ini berkonsekuensi pada sulitnya pengurusan berbagai macam urusan administrasi yang membutuhkan waktu yang lama, termasuk pemberian pelayanan dasar. Dalam kaitan ini, pemerintah daerah kepulauan perlu mengenali dan memahami permasalahan sosial yang ada di masyarakatnya dan dapat memberikan solusi layanan yang dibutuhkan. Untuk mengatasi hambatan yang mungkin terjadi akibat keterpisahan tersebut, dan agar pelayanan perlindungan sosial yang berada di banyak instansi teknis dapat dilaksanakan dengan baik, maka diperlukan sistem layanan terpadu yang menyatukan berbagai program perlindungan sosial yang ada di berbagai instansi teknis.

Oleh karena itu perlu disosialisakan Sistem Layanan Rujukan Terpadu selanjutnya disebut SLRT, yang diinisiasi oleh Kementrian Sosial, menjadi kebijakan unggulan dalam memberikan layanan publik. Kebijakan layanan terpadu ini sesungguhnya yang memungkinkan program-program yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 ini dapat tepat sasaran. Dalam kaitan ini SLRT telah ditetapkan sebagai salah satu sasaran di Bidang Pemerataan dan Penanggulangan Kemiskinan yang diharapkan dapat membantu pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan. Berdasarkan Perpres No. 79 Tahun 2017 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2018, prioritas nasional penanggulangan kemiskinan dititikberatkan pada percepatan penurunan tingkat kemiskinan dan pertumbuhan yang merata bagi 40% penduduk berpendapatan rendah berdasarkan Basis Data Terpadu (BDT).[18]

Salah sau fungsi strategis sistem layanan rujukan terpadu adalah kemampuannya dalam menghubungkan masyarakat dengan program-program perlindungan sosial yang diperoleh dari pusat dan daerah. Di

[18] Perpres No. 79 Tahun 2017 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2018.

samping itu, juga dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan dan keluhan masyarakat miskin dan rentan, dengan memastikan bahwa keluhan-keluhan tersebut ditangani dengan baik. Melalui sistem layanan rujukan terpadu ini diharapkan penanganan kemiskinan melalui program perlindungan sosial dapat terintegrtif, komprehensif, efektif, tepat sasaran. Artinya, pelaksanaan program jaminan dan bantuan sosial, seperti Program Bantuan Sosial Pangan yang terdiri dari Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) dan Bantuan Sosial Beras, Program Keluarga Harapan (PKHP), Program Indonesia Pintar (PIP) yang disalurkan melalui Kartu Indonesia Pintar (KIP), Program Indonesia Sehat (PIS) yang disalurkan melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) serta Program Listrik bagi Masyarakat Miskin, menjadi lebih tepat sasaran.[19]

Sesungguhnya, pemerintah daerah memiliki mandat untuk menyediakan layanan dasar bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat. Mengingat, pemerintah daerah memiliki cukup sumberdaya untuk menyelenggarakan program-program perlindungan sosial dan penanggulangan kemiskinan. Namun, persoalannya adalah apakah besarnya sumberdaya tersebut sudah seimbang dengan kapasitas yang memadai dalam pengelolaan program-program perlindungan sosial dan penanggulangan kemiskinan. Pengembangan SLRT membutuhkan sejumlah persyaratan: (a) Komitmen pimpinan daerah yang didukung semua elemen baik birokrat, dunia usaha dan lembaga sosial kemasyarakatan untuk membangun pelayanan terpadu; (b) Regulasi penyelenggaraan pelayanan terpadu yang mengatur keterlibatan pemerintah, dunia usaha, dan lembaga sosial kemasyarakatan; (c) Ketersediaan sarana dan prasarana penyelenggaraan pelayanan terpadu termasuk keberadaan UPT (Unit Pelayanan Terpadu); (d) Kesiapan dukungan anggaran daerah untuk pelaksanaan program; (e) Adanya mekanisme monitoring dan evaluasi terpadu untuk pengembangan dan keberhasilan program; (f) Keterpaduan pusat dan daerah terkait pengelolaan dan penetapan sasaran, penanganan keluhan dan pelayanan;

[19] Dewi Permatasari, "Sistem Layanan Rujukan Terpadu Untuk Perlindungan Sosial dan Pengentasan Kemiskinan", (https://www.babelprov.go.id/content/sistem-layanan-rujukan-terpadu-untuk-perlindungan-sosial-dan-penanggulangan-kemiskinan, diakses 28 Oktober 2018).

(g) Penjangkauan dan fasilitasi untuk masyarakat miskin dan rentan oleh Potensi dan Sumber Kesejahteraan Sosial; (h) Sistem aplikasi; (i) Pemutakhiran Data Terpadu secara dinamis dan berkelanjutan; (j) Partisipasi aktif masyarakat terutama warga miskin dan rentan miskin. Melalui SLRT ini diharapkan akan dapat meningkatkan keberdayaan masyarakat untuk lebih memahami hak-haknya terkait layanan dan program perlindungan sosial.[20]

4.7. Penutup

Jaminan sosial sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, merupakan salah satu komponen penting dalam pembangunan sosial. Jaminan sosial merupakan suatu bentuk kewajiban pemerintah untuk melindungi warga negaranya akibat efek negatif yang timbul dari pembangunan. Bentuk-bentuk perlindungan ini perlu diatur dalam serangkaian kebijakan pemerintah yang tegas dan rinci, terutama bagi masyarakat yang tinggal di wilayah kepulauan agar seluruh rakyat Indonesia dapat ikut menikmati hasil pembangunan secara merata.

Hal tersebut dilakukan sebagai konsekuensi dari persamaan hak dan keadilan yang harus dipenuhi dalam menentukan kebijakan ekonomi. Pembangunan sosial pada dasarnya tidak bisa dipisahkan dengan pembangunan ekonomi. Pembangunan sosial harus ditujukan untuk menyukseskan pembangunan ekonomi, dan sebaliknya pembangunan ekonomi harus diarahkan untuk meningkatkan kualitas kesejahteraan sosial. Pembangunan sosial juga tidak menolak pertumbuhan, karena pembangunan tanpa pertumbuhan bukan pembangunan, akan tetapi pertumbuhan tidak boleh mengorbankan manusia dan kelestarian lingkungan, bahkan sebaliknya harus meningkatkannya.

---

[20] Ibid.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Baswir, Revrisond, dkk. (1999). *Pembangunan Tanpa Perasaan - Evaluasi Pemenuhan Hak Ekonomi Sosial Budaya Orde Baru.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar-IDEA-ELSAM.

Budiman, Arief. (1995). *Teori Pembangunan Dunia Ketiga.* Jakarta: Gramedia.

Conyers, Diana. (1984). *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga (Suatu Pengantar).* Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Haq, Mahbub ul. (1995). *Tirai Kemiskinan (Tantangan-tantangan untuk Dunia Ketiga).* Jakrta: Yayasan Obor Indonesia.

Hettne, Bjorn. (1985). *Ironi Pembangunan di Negara Berkembang.* Jakarta: Sinar Harapan.

Kertonegoro, Sentanoe. (1982). *Jaminan Sosial, Prinsip dan Pelaksanaannya di Indonesia.* Jakarta: Mutiara.

Korten, D.C. (1993). *Menuju Abad ke-21 - Tindakan Sukarela dan Agenda Global.* Jakarta: Yayasan Obor Indonesia dan Pustaka Sinar Harapan.

Korten, D.C. Korten & Sjahrir. (1998). *Pembangunan Berdimensi Kerakyatan.* Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

Lampert, Heinz. (1994). *Ekonomi Pasar Sosial – Tatanan Ekonomi dan Sosial Republik Federasi Jerman.* Jakarta: Puspa Swara.

Spicker, Paul. (1995). *Social Policy - Themes and Approaches.* Harvester Wheatsheaf, British: Prentice Hall.

Suhendra, K.(1995). *Kebijakan dan Program Pelayanan Sosial di Indonesia.* Bandung: Kopma - STKS.

Sumodiningrat, Gunawan. (1999). *Pemberdayaan Masyarakat dan JPS.* Jakarta: Gramedia.

Supriyatna, Tjahya. (1997). *Birokrasi (Pemberdayaan dan Pengentasan Kemiskinan). Bandung:* Humaniora Utama Press.

Susiana, Sali, (2000). "Aspek Pemberdayaan Masyarakat dalam Jaring Pengaman Sosial", dalam *Pembangunan Sosial Implikasi dan Kebijakan*, Sali Susiana dan Yulia Indahri (Ed). Jakarta: Pusat Pengkajian dan Pelayanan Informasi Setjen DPR-RI.

Syawie, M. (2014). "Pembangunan yang Menyejahterakan Masyarakat Indonesia:

Sebuah Kajian Konsep", *INFORMASI,* Vol. 19, No. 3, September - Desember, Tahun 2014.

_____. (2014). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019, Buku I*

Agenda Pembangunan Nasional. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas.

Website

Dewi Permatasari, "Sistem Layanan Rujukan Terpadu Untuk Perlindungan Sosial dan Pengentasan Kemiskinan". (https://www.babelprov.go.id/content/sistem-layanan-rujukan-terpadu-untuk-perlindungan-sosial-dan-penanggulangan-kemiskinan, diakses 28 Oktober 2018).

Donald A. Rewah. "Kesejahteraan dan Pengharapan Adalah Wujud Dinamika Sosial". (https://www.kompasiana.com/rewah/552965a86ea834d9128b4594/kesejahteraan-dan-pengharapan-adalah-wujud-dinamika-sosial, diakses 28 Oktober 2018).

Edi Suharto. "Kebijakan Pembangunan Sposial Bagi Kelompok Rentan dan Kurang Beruntung".(http://www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/PerlindunganSosialTansosmas.pdf, diakses 28 Oktober 2018).

"Jumlah Penduduk Miskin September 2014 Mencapai 27,73 Juta Orang". (https://www.bps.go.id/pressrelease/2015/01/02/1099/jumlah-penduduk-miskin-september-2014-mencapai-27-73-juta-orang-.html, diakses 28 Oktober 2018).

"Kajian Ekonomi dan Keuangan Regional Provinsi Nusa Tenggara Timur". (https://www.bi.go.id/.../KEKR%20Provinsi%20NTT%20Tw%20IV, diakses 28 Oktober 2018).

"Kalim BPJS Kesehatan Rp8,4 Triliun di Tahun Lalu".(https://keuangan.kontan.co.id/news/klaim-bpjs-kesehatan-rp-84-triliun-di-tahun-lalu, diakses 28 Oktober 2018).

"Manajemen Pembiayaan Kesehatan". (http://manajemen-pembiayaan-kesehatan.net, diakses 28 Oktober 2018).

Peraturan

Perpres No. 7 Tahun 2005 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004 – 2009.

Perpres No. 79 Tahun 2017 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2018.

BAB V
PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PENDIDIKAN DAN KESEHATAN DI KABUPATEN KEPULAUAN SELAYAR

Sulis Winurini

5.1. Pendahuluan

Baik buruknya sebuah negara ditentukan oleh sumber daya manusianya. Untuk mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas, pendidikan dan kesehatan adalah dua kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Melalui pendidikan, manusia dapat mengolah potensi-potensi yang ada dalam dirinya menjadi kemampuan yang nyata. Pendidikan berperan dalam pembentukan dan perkembangan kepribadian manusia sebagai makhluk sosial dan makhluk individu.[1] Sementara itu, melalui kesehatan, manusia dapat menggunakan fisik dan mentalnya untuk hidup layak, produktif, serta untuk dapat meningkatkan taraf hidupnya. Dengan demikian, ketika manusia mampu memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatannya, maka ia tidak hanya mampu memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasarnya, tetapi juga mampu menjalankan fungsi sebagai manusia sepenuhnya, memaksimalkan potensi dirinya, baik untuk pribadi maupun juga untuk masyarakat sekitar.

Permasalahan pemenuhan kebutuhan kesehatan dan pendidikan, terutama dirasakan oleh keluarga yang tergolong miskin. Kemiskinan ditandai dengan rendahnya kualitas hidup penduduk, pendidikan, kesehatan, dan gizi. Keluarga miskin mempunyai daya beli yang rendah,

[1] Imam Bernadit, *Pemikiran Tentang Pendidikan Baru*, (Yogyakarta: Andi Offset, 1883), hlm. 23.

tidak mampu memberikan pendidikan yang layak bagi anak dan tidak mampu memberikan kesehatan yang baik bagi keluarganya. Sebagian besar dari anak keluarga sangat miskin sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus membantu keluarga mencari nafkah.[2] Ketidakmampuan untuk membayar, terutama untuk transportasi ke sekolah dan kapabilitas yang rendah menjadi penyebab anak tidak melanjutkan pendidikan ke sekolah menengah pertama atau sederajat. Banyaknya anak keluarga miskin yang putus sekolah menyebabkan kualitas generasi penerus dari keluarga miskin senantiasa rendah dan akhirnya terperangkap dalam lingkaran kemiskinan.[3]

Kualitas kesehatan yang buruk juga akan membawa keluarga masuk dalam lingkaran kemiskinan. Dengan kesehatan yang buruk, keluarga, terutama kepala keluarga,akan sulit menghasilkan pendapatan sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, terlebih membayar layanan kesehatan. Daerah kepulauan memiliki kesulitan tersendiri. Fasilitas kesehatan yang terbatas dan berjauhan satu sama lain membuat masyarakat harus membayar lebih biaya transportasi. Apabila di dalam keluarga miskin terdapat calon ibu dan/atau ibu balita, maka mereka tidak hanya sulit mengakses layanan kesehatan, tetapi dengan daya beli yang rendah, mereka juga sulit memenuhi gizi bagi calon anak dan/atau anaknya. Hal ini akan memengaruhi perkembangan dan pertumbuhan anak yang terbawa hingga dewasa. Pada akhirnya, anak justru menjadi beban bagi keluarga sehingga keluarga akan terus terperangkap dalam kemiskinan.

Kabupaten Kepulauan Selayar (dahulu Kabupaten Selayar) adalah salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan. Daerah ini memiliki kekhususan, yaitu satu-satunya kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan yang seluruh wilayahnya terpisah dari daratan Sulawesi Selatan. Selain itu, wilayah Kabupaten Kepulauan Selayar terdiri dari gugusan beberapa pulau sehingga merupakan wilayah kepulauan. Gugusan

---

[2] Konig, dikutip oleh Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provins,* (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 1.

[3] Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi,* (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 1.

pulau-pulau ini berjumlah 130 pulau, baik pulau besar maupun pulau kecil yang membentang dari Utara ke Selatan. Luas wilayahnya adalah 10.503,69 km2, sementara luas wilayah daratan adalah 1.357,03 km2. Kabupaten Kepulauan Selayar meliputi 11 kecamatan dengan jumlah penduduk terbesar di Kecamatan Benteng sebagai ibu kota kabupaten. Pada tahun 2016, jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Selayar adalah 131.605 orang.[4]

Penduduk di Kabupaten Kepulauan Selayar masih banyak berada di bawah garis kemiskinan. Berdasar data tatistic, jumlah penduduk miskin di Kabupaten Kepulauan Selayar pada tahun 2010 adalah 18.300 jiwa (14,98%), pada tahun 2011 adalah 16.670 jiwa (13,49%), pada tahun 2012 adalah 16.200 jiwa (12,87%), pada tahun 2013 adalah 18.200 jiwa (14,23%), pada tahun 2014 adalah 16.950 (13,13%).[5] Angka Partisipasi Sekolah (APS) Tahun 2016 menunjukkan bahwa masih ada sekitar 1,17% penduduk usia 7 sampai 12 tahun yang tidak mengenyam bangku pendidikan, selain itu juga terdapat sekitar 4,21% penduduk usia 13 sampai 15 tahun dan sekitar 37,72% penduduk usia 16 sampai 18 tahun yang juga tidak bersekolah.[6] Dari sisi kesehatan, Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 2015 adalah sebanyak 6 orang, Tahun 2016 sebanyak 6 orang, dan per April 2017 sebanyak 3 orang.[7]

Data di atas menunjukkan bahwa Kabupaten Kepulauan Selayar termasuk daerah yang perlu mendapat perhatian dari pemerintah. Dalam kasus ini, pembangunan harus memperkuat fungsi keluarga sebagai lembaga masyarakat demi menjadi keluarga berketahanan sosial sebab keluarga merupakan penyangga sentra kesejahteraan sosial.[8]

---

[4] *Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten Kepulauan Selayar 2016,* (Selayar: BPS Kabupaten Kepulauan Selayar, 2017).

[5] *Kabupaten Kepulauan Selayar Dalam Angka 2016,* (Selayar: BPS Kabupaten Kepulauan Selayar, 2017)

[6] *Indikator Kesejahteraan Rakyat Kabupaten Kepulauan Selayar 2016,* (Selayar: BPS Kabupaten Kepulauan Selayar, 2017)

[7] "Dinkes Kepulauan Selayar Gelar Sosialisasi Pelayanan Darah Program Quick Wins Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu", (https://selayarnews.com/dinkes-kepulauan-selayar-gelar-sosialisasi-pelayanan-darah-program-quick-wins-untuk-menurunkan-angka-kematian-ibu.html, diakses 19 Agustus 2018).

[8] R. Tumanggor, dikutip oleh Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi,* (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 2.

Perlindungan sosial merujuk pada kebijakan dan tindakan yang memperkuat kapasitas kaum miskin dan warga yang rentan agar terlepas dari kemiskinan dan dapat menyikapi risiko maupun peristiwa yang terjadi tiba-tiba yang menghantam kehidupan mereka.[9] Negara wajib melaksanakan pelayanan sosial dalam rangka memenuhi, melindungi, dan menghargai hak-hak dasar, ekonomi, dan budaya warganya.[10]

Program Keluarga Harapan yang kemudian disingkat PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam mengembangkan sistem perlindungan sosial dan strategi intervensi pengentasan kemiskinan di Indonesia.[11] Berdasarkan Permensos No. 1 Tahun 2018 tentang PKH, PKH adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga dan/ atau seseorang miskin dan rentan yang terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin, diolah oleh Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial dan ditetapkan sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH. PKH dijalankan berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, UU No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, UU No. 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.

PKH menjadi model jaminan yang unik. Di satu sisi, PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan dalam kebutuhan dasar, terutama kesehatan dan pendidikan. Di sisi lain, PKH bernuansa pemberdayaan, yaitu menguatkan keluarga miskin agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui promosi kesehatan dan mendorong anak bersekolah.[12] Bantuan menjadi insentif bagi peserta PKH agar menyesuaikan perilakunya dengan tujuan sosial yang ditetapkan secara nasional,[13] yaitu anak-anak bersekolah hingga SMA atau sederajat,

---

[9] *Promoting Pro-Poor Growth: Social Protection,* (Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2009).

[10] Edi Suharto dikutip oleh Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi,* (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 20.

[11] Ibid, hlm. 20.

[12] Ibid, hlm. 14.

[13] Ibid, hlm. 3.

anak balita harus mendapatkan imunisasi, ibu hamil harus memeriksakan kandungannya secara rutin, ibu nifas memeriksakan diri ke layanan kesehatan sebelum bayi berusia 1 bulan.

PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar diterapkan sejak tahun 2014. PKH menjadi instrumen untuk memfasilitasi masyarakat Kabupaten Kepulauan Selayar memenuhi kebutuhannya melalui perubahan perilaku. Dorongan yang terdapat dalam diri seseorang untuk berusaha mengadakan perubahan tingkah laku yang lebih baik dalam memenuhi kebutuhannya dinamakan motivasi.[14] Teori behavioristik berpendapat bahwa motivasi dikontrol oleh lingkungan. Suatu tingkah laku dapat menggetarkan emosi individu, yaitu menjadi suka atau tidak suka. Apabila konsekuensi tingkah laku menimbulkan rasa suka, maka tingkah laku menjadi kuat, tetapi jika tingkah laku itu menimbulkan rasa tidak suka, maka tingkah laku itu ia tinggalkan.[15]

Prosedur aktual yang dapat memodifikasi perilaku diistilahkan sebagai pengkondisian perilaku. Teori Pengkondisian yang terkenal adalah pengkondisian operan yang dirumuskan oleh B.F Skinner. Konsep kunci dari pengkondisian operan adalah penguatan. Penguatan akan memperkuat respon dan meningkatkan kemungkinan terjadinya respon tersebut di masa datang ketika mendapatkan stimulus. Dengan kata lain, akibat-akibat perilaku menentukan kemungkinan orang merespons tanda-tanda lingkungan. Akibat-akibat yang memberikan penguatan akan meningkatkan perilaku, sementara akibat-akibat yang memberikan hukuman akan menurunkan perilaku.[16]

Melalui pengkondisian operan, individu merespons dengan cara tertentu untuk memproduksi stimulus yang menguatkan. Dengan demikian, untuk memodifikasi perilaku, seseorang cukup mencari

---

[14] H. Hamzah B. Uno, *Teori Motivasi dan Pengukurannya: Analisis di Bidang Pendidikan*, (Jakarta: Bumi Aksara: 2010), hlm. 3.

[15] Elida Prayitno, *Motivasi Dalam Belajar*, (Jakarta: P2LPTK, 1989), hlm. 34.

[16] Dale H Schunk, *Learning Theories: An Educational Perspective (Teori-Teori Pembelajaran: Perspektif Pendidikan) Edisi Keenam*, Alih Bahasa Eva Hamdiah dan Rahmat Fajar. (Jakarta: Pustaka Pelajar, 2012), hlm. 157.

sesuatu yang menguatkan bagi suatu organisme yang perilakunya hendak dimodifikasi. Hal ini didasari pemikiran bahwa jika seseorang mengontrol penguatan, maka ia juga akan mengontrol perilaku karena perilaku secara konstan dipengaruhi oleh penguatan, baik itu disadari atau tidak. Setelah menemukan penguat, seseorang hanya perlu menunggu sampai perilaku yang diinginkan terjadi, dan kemudian segera memperkuatnya.[17]

Berdasarkan pemaparan di atas, pertanyaan masalah dalam tulisan ini adalah: "Bagaimana pelaksanaan PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar ditinjau dari teori pengkondisian operan Skinner?" Tujuan dari tulisan ini adalah menggambarkan pelaksanaan PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar dengan menggunakan teori pengkondisian operan Skinner.

5.2. Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan yang kemudian disingkat PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam mengembangkan sistem perlindungan sosial dan strategi intervensi pengentasan kemiskinan di Indonesia.[18] Berdasarkan Permensos No.1 Tahun 2018 tentang PKH, PKH adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga dan/atau seseorang miskin dan rentan yang terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin, diolah oleh Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial dan ditetapkan sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH.

Secara umum, tujuan PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta mengubah perilaku keluarga yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan dari kelompok paling miskin.[19] Secara khusus, tujuan PKH berdasarkan Permensos No. 1 Tahun 2018 tentang

---

[17] B.R. Olson Hergenhahn dan Matthew H, *Theories of Learning (Teori Belajar) Edisi Ketujuh*, Alih Bahasa Tri Wibowo B.S, (Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2009), hlm. 85.

[18] Togiaratua Nainggolan, dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi*, (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 20.

[19] "Kajian Program Keluarga Harapan", (http://www.anggaran.depkeu.go.id/content/Publikasi/Kajian%20dan%20artikel/Kajian%20PKH.pdf, diakses 19 Agustus 2018).

PKH, yaitu: (1) Meningkatkan taraf hidup KPM melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial; (2) Mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan; (3) Menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial; (4) Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan; (5) Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM.

Sejak tahun 2012, sasaran PKH berubah dari yang sebelumnya berbasis rumah tangga menjadi berbasis keluarga. Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga adalah satu orang tua yang memiliki tanggung jawab terhadap pendidikan, kesehatan, kesejahteraan, dan masa depan anak. Beberapa keluarga dapat berkumpul dalam satu rumah tangga yang mencerminkan satu kesatuan pengeluaran konsumsi.[20] Kemudian, Permensos No. 1 Tahun 2018 memperluas sasaran, tidak hanya keluarga, tetapi juga seseorang yang dianggap miskin dan rentan serta terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin. Mereka yang kemudian disebut KPM akan menjadi peserta PKH apabila memiliki satu atau beberapa kriteria pada komponen kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial.

Kriteria komponen kesehatan meliputi: (1) ibu hamil/menyusui; (2) anak berusia 0 sampai dengan 6 tahun. Sedangkan kriteria komponen pendidikan meliputi: (1)) anak SD/Madrasah Ibtidaiyah atau sederajat; (2) anak SMP/Madrasah Tsanawiyah atau sederajat; (3) anak SMA/ Madrasah Aliyah atau sederajat; dan anak usia 6 sampai dengan 21 tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 tahun. Dan Kriteria komponen kesejahteraan sosial meliputi: (1) lanjut usia mulai dari 60 tahun; (2) penyandang disabilitas, diutamakan penyandang disabilitas berat.

Peserta PKH yang masih memenuhi kriteria dan persyaratan dimungkinkan menerima bantuan selama maksimal 6 tahun. Untuk itu, setiap 3 tahun, peserta PKH akan dievaluasi dalam rangka resertifikasi terhadap status kepesertaan. Apabila setelah resertifikasi 3

---

[20] Ibid.

tahun peserta dinilai tidak lagi memenuhi persyaratan, maka mereka dikeluarkan sebagai penerima PKH (*exit strategy*). Namun jika sebelum 3 tahun, hasil verifikasi status kemiskinan oleh UPPKH Pusat bersama BPS menyatakan bahwa peserta sudah meningkat kesejahteraannya dan atau tidak lagi layak sebagai peserta sesuai kriteria yang ditetapkan, maka yang bersangkutan akan dikeluarkan dari kepesertaan PKH pada akhir tahun berjalan. Apabila setelah 6 tahun kondisi peserta masih berada di bawah garis kemiskinan, maka untuk *exit strategy*, PKH berkoordinasi dengan program terkait lainnya untuk rujukan, seperti antara lain ketenagakerjaan, perindustrian, perdagangan, pertanian, pemberdayaan masyarakat.[21]

Ada beberapa poin penting yang bisa dilihat dari penjelasan di atas. Pertama, strategi intervensi pengentasan kemiskinan yang ada di dalam PKH adalah melalui komponen kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial. Kedua, kepesertaan PKH tidak selamanya melekat pada keluarga yang menjadi KPM sehingga bantuan yang terdapat di dalam PKH tidak seharusnya berimplikasi menjadikan KPM tidak mandiri.

5.3. Peran PKH dalam Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan dan Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Selayar

Tujuan umum PKH adalah pengentasan kemiskinan. Di antara ketiga komponen PKH, komponen kesehatan dan pendidikan dianggap sebagai senjata utama untuk mengentaskan kemiskinan. Hal ini berangkat dari pemikiran bahwa sumber kemiskinan adalah kualitas sumber daya manusia yang buruk. Sementara kesehatan serta pendidikan menjadi penentunya. Taraf pendidikan yang rendah menghambat kemampuan pengembangan diri sehingga membatasi pemanfaatan peluang kerja. Taraf kesehatan dan gizi yang rendah menyebabkan lemahnya daya tahan fisik, daya pikir, dan prakarsa.[22] Jadi, apabila pembangunan

---

[21] Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi*, (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 24.

[22] Andi Nurmalita Suryandari, *Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pendidikan, Dan Kesehatan Terhadap Tingkat Kemiskinan Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2004-2014*. Skripsi. (Yogyakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Yogyakarta, 2017).

kesehatan dan pendidikan ditingkatkan, maka taraf kemakmuran ekonomi suatu negara juga akan meningkat. Masyarakat di dalamnya mampu memenuhi kebutuhan hidupnya, melangsungkan hidupnya, dan menjadi sejahtera karenanya.

Pada PKH, pemenuhan kebutuhan kesehatan difokuskan kepada ibu hamil, ibu nifas, serta anak balita, yaitu melalui pemeriksaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan, pemberian vitamin dan imunisasi kepada balita. Sementara pemenuhan kebutuhan pendidikan adalah melalui partisipasi pendidikan dasar atau pendidikan kesetaraan serta partisipasi hadir di sekolah. Skema ini didasarkan pada harapan awal, yaitu menyeleraskan pencapaian target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015. PKH adalah bagian dari upaya pencapaian MDGs, terutama terkait pencapaian tujuan penanggulangan kemiskinan, pencapaian pendidikan dasar, penurunan angka kematian anak, dan peningkatan kesehatan ibu.

PKH menjadi instrumen untuk memfasilitasi masyarakat Kabupaten Kepulauan Selayar memenuhi kebutuhannya melalui perubahan perilaku, dalam hal ini adalah perilaku memeriksakan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dan perilaku hadir di sekolah. Dorongan yang terdapat dalam diri seseorang untuk berusaha mengadakan perubahan tingkah laku yang lebih baik dalam memenuhi kebutuhannya dinamakan motivasi.[23]Teori behavioristik berpendapat bahwa motivasi dikontrol oleh lingkungan. Suatu tingkah laku dapat menggetarkan emosi individu, yaitu menjadi suka atau tidak suka. Apabila konsekuensi tingkah laku menimbulkan rasa suka, maka tingkah laku menjadi kuat, tetapi jika tingkah laku itu menimbulkan rasa tidak suka, maka tingkah laku itu ia tinggalkan.[24]

---

[23] Hamzah B. Uno. *Teori Motivasi dan Pengukurannya: Analisis di Bidang Pendidikan,* (Jakarta: Bumi Aksara, 2010), hlm. 3

[24] Elida Prayitno, *Motivasi dalam Belajar,* (Jakarta: P2LPTK, 1989), hlm. 34.

5.3.a. Pembentukkan Perilaku Kesehatan dan Pendidikan Melalui PKH

PKH menuntut perubahan perilaku yang membawa manfaat, terutama pada komponen kesehatan dan pendidikan. Dalam teori pengkondisian operan Skinner, ada aturan main yang digunakan untuk mengubah perilaku seseorang. Aturan main ini diistilahkan sebagai kontrak kontingensi, yaitu penyusunan tata situasi di mana seseorang mendapat sesuatu yang diinginkannya apabila orang itu bertindak dalam cara tertentu.[25]Aturan main PKH adalah peraturan yang mendasari PKH, yaitu UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, UU No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, UU No. 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin, Peraturan Pemerintah No. 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial, Peraturan Pemerintah No. 63 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Upaya Penanganan Fakir Miskin Melalui Pendekatan Wilayah, Peraturan Presiden No. 46 Tahun 2015 tentang Kementerian Sosial, Peraturan Presiden No. 63 Tahun 2017 tentang Penyaluran Bantuan Sosial Secara Non Tunai, Peraturan Menteri Sosial No. 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan.

Sesuai aturan mainnya, ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi peserta PKH. Berkenaan dengan komponen kesehatan di dalam PKH, persyaratan tersebut adalah memeriksakan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan protokol kesehatan bagi ibu hamil/menyusui dan anak berusia 0 sampai dengan 6 tahun. Secara spesifik, persyaratan tersebut ada di dalam tabel berikut ini:[26]

---

[25] B.R. Olson Hergenhahn dan Matthew H, *Theories of Learning (Teori Belajar) Edisi Ketujuh*, hlm. 2

[26] "Kewajiban Peserta PKH, Kewajiban Komponen Peserta Program Keluarga Harapan", (http://keluargaharapan.com/kewajiban-peserta-pkh-kewajiban-komponen-peserta-program-keluarga-harapan/, diakses 19 Agustus 2018).

Tabel 5.1. Persyaratan Komponen Kesehatan Peserta PKH

Kategori	Persyaratan Kesehatan
Anak usia 0-6 tahun	1. Anak usia 0-11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan. 2. Anak usia 6-11 bulan mendapatkan Vitamin A minimal sebanyak 2 kali dalam setahun. 3. Anak usia 1-5 tahun mendapatkan imunisasi tambahan dan pemeriksaan berat badan setiap bulan. 4. Anak usia 5-6 tahun ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan dan mendapatkan Vitamin A sebanyak 2 kali dalam setahun. 5. Anak usia 6-7 tahun ditimbang badannya di fasilitas kesehatan.
Ibu hamil dan ibu nifas	1. Selama kehamilan, ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak 4 kali dalam 3 kali trimester; 2. Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan; 3. Ibu harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatannya setidaknya 2 kali sebelum bayi usia 1 bulan.

Kemudian berkenaan dengan komponen pendidikan, persyaratan yang harus dipenuhi adalah anakpeserta PKH usia 6-21 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar mendaftarkan diri di sekolah atau pendidikan kesetaraan serta mengikuti kegiatan belajar dengan tingkat kehadiran paling sedikit 85% dari hari belajar efektif bagi anak usia sekolah wajib belajar 12 tahun.[27]

Dalam teori pengkondisian perilaku, upaya peserta PKH memenuhi persyaratan-persyaratan tersebut adalah gambaran respon yang diharapkan muncul dalam komponen kesehatan dan pendidikan. Respon adalah perilaku yang muncul karena adanya stimulus dalam lingkungan. Sementara stimulus yang dianggap efektif merangsang kemunculan respon tersebut adalah bantuan sosial PKH.

Semenjak tahun 2017, bantuan sosial PKH berbentuk non tunai. Kementerian Sosial melalui bank penyalur melakukan penyaluran bantuan sosial non tunai ke rekening atas nama KPM PKH. Rekening

[27] Ibid.

atas nama KPM PKH diakses melalui Kartu Keluarga Sejahtera (KKS). Menurut Usman, Kordinator Pendamping PKH Kabupaten Kepulauan Selayar, bantuan non tunai dirasakan lebih baik dibanding bantuan tunai. Peserta merasa lebih nyaman menerima bantuan dalam bentuk non tunai dibanding tunai, di samping bisa mengenal sistem perbankan.[28]

Dasar penentuan apakah peserta PKH mendapatkan bantuan sosial atau tidak adalah melalui hasil verifikasi komitmen peserta PKH. Verifikasi komitmen peserta PKH untuk komponen kesehatan dan pendidikan merupakan kegiatan yang ditujukan untuk memastikan peserta PKH terdaftar dan hadir pada fasilitas kesehatan serta fasilitas pendidikan. Pelaksanaan verifikasi komitmen ini dilakukan oleh pendamping PKH setiap 3 bulan sekali pada fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan. Daftar kehadiran anak peserta PKH di sekolah ditandatangani oleh wali kelas dan kepala sekolah. Sementara daftar kehadiran peserta PKH yang hamil dan/atau nifas dan/atau dengan balita ditandatangani oleh kepala fasilitas kesehatan dan kepala posyandu. Mengacu pada fungsinya, daftar hadir peserta di fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan berperan sebagai stimulus diskriminasi. Sesuai definisinya, stimulus diskriminasi digunakan sebagai petunjuk untuk memunculkan respon yang diinginkan.[29] Kehadiran yang tampak di daftar hadir peserta di fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan menjadi isyarat apakah respon yang diharapkan muncul atau tidak.

Muncul atau tidaknya respon akan menimbulkan konsekuensi tersendiri, yaitu berupa pemberian bantuan sosial. Apabila peserta PKH memenuhi persyaratan-persyaratan yang telah ditetapkan, maka peserta PKH berhak mendapatkan bantuan sosial. Bantuan sosial PKH ditetapkan oleh Direktorat Jaminan Sosial Keluarga. Nilai bantuan merujuk Surat Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial No. 26/LJS/12/2016 tanggal 27 Desember 2016 tentang Indeks

---

[28] Hasil wawancara dengan Usman, Kordinator Pendamping PKH Kabupaten Kepulauan Selayar, pada tanggal 19 Agustus 2018.

[29] B.R. Olson Hergenhahn dan Matthew H, *Theories of Learning (Teori Belajar) Edisi Ketujuh*, (Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2009), hlm. 2

dan Komponen Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan Tahun 2017. Besaran bantuan sosial PKH berdasarkan komponen bantuan dan indeks bantuan PKH per tahun 2017 adalah Rp. 1.890.000.[30] Pada praktiknya, bantuan ini dicairkan ke rekening peserta sebanyak 4 tahap dalam 1 tahun, yaitu pada bulan Februari, Mei, Agustus, dan November. Adapun besarannya di tiap tahapan, yaitu: 1) Tahap 1 Rp.500.000,-; 2) Tahap 2 Rp.500.000,-; 3) Tahap 3 Rp.500.000,-; 4) Tahap 4 Rp.390.000,-.[31]

Konsekuensi berupa pemberian bantuan dianggap akan meningkatkan respon. Di sisi lain, peserta PKH yang tidak memenuhi persyaratan-persyaratan tersebut akan dikenakan sanksi berupa penangguhan dan/atau penghentian bantuan. Apabila peserta tidak memenuhi komitmen selama satu tahap, maka pada tahap selanjutnya, bantuan akan ditahan, dengan kata lain bantuan tidak masuk ke rekening peserta tersebut. Namun apabila pada tahap selanjutnya peserta kembali menunjukkan komitmen, maka bantuan akan diberikan kembali. Apabila peserta tidak menunjukkan komitmen selama 3 tahap secara berturut-turut, maka peserta tidak hanya tidak mendapat bantuan, tetapi juga dikeluarkan kepesertaannya dari PKH. Konsekuensi yang demikian dianggap dapat menurunkan perilaku bermasalah terkait kehadiran peserta PKH ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan.

Dalam hal tersebut di atas, bantuan sosial berperan sebagai stimulus penguat. Stimulus penguat adalah segala sesuatu yang dapat meningkatkan probabilitas kemunculan respon ketika stimulus diskriminatif hadir.[32] Artinya, pemberian bantuan sosial dianggap bisa memperbesar probabilitas munculnya perilaku kehadiran ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan, sebaliknya penangguhan dan/atau penghentian bantuan sosial dianggap bisa menurunkan probabilitas perilaku bermasalah terkait kehadiran ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan.

---

[30] "Program Keluarga Harapan." (https://www.kemsos.go.id/program-keluarga-harapan, diakses 19 Agustus 2018).

[31] Ibid.

[32] B.R. Olson Hergenhahn dan Matthew H, *Theories of Learning (Teori Belajar) Edisi Ketujuh*, (Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2009), hlm. 85.

Proses pembentukan perilaku kehadiran ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan bisa disimpulkan sebagai berikut: daftar hadir peserta di fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan mempersiapkan kesempatan bagi munculnya perilaku hadir ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan, yang diikuti oleh bantuan sosial.

5.3.b. PKH dan Pemenuhan Kebutuhan Kesehatan dan Pendidikan di Kabupaten Kepulauan Selayar

PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar diterapkan sejak tahun 2014. Saat ini, jumlah peserta PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar ada sebanyak 5995 KPM. Tabel berikut menunjukkan jumlah peserta PKH per kecamatan di Kabupaten Kepulauan Selayar:

Tabel 5.2. Jumlah Peserta PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar

Kecamatan	Jumlah
Benteng	265
Bontoharu	555
Bontomanai	332
Bontomatene	518
Bontosikuyu	695
Buki	273
Pasilambena	748
Pasimarannu	507
Pasimassunggu	606
Pasimassunggu Timur	655
Takabonerate	841
Total	5995

Sumber: Kordinator Pendamping PKH Kabupaten Kepulauan Selayar

Baik komponen kesehatan maupun pendidikan, peserta PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar pada umumnya menunjukkan komitmen kepesertaan PKH. Untuk komponen kesehatan, peserta menunjukkan perilaku mengunjungi fasilitas kesehatan sesuai dengan protocol kesehatan kesehatan bagi ibu hamil/menyusui dan anak berusia 0 sampai dengan

6 tahun. Begitupun halnya dengan komponen pendidikan. Anak peserta menunjukkan perilaku seperti yang ditetapkan dalam persyaratan PKH, yaitu hadir paling sedikit 85% dari hari belajar efektif. Ini ditunjukkan oleh beberapa kecamatan di Kabupaten Kepulauan Selayar, seperti tergambar pada beberapa tabel berikut ini.

Tabel 5.3. Rekapitulasi Verifikasi Fasilitas Pendidikan dan Kesehatan Tabel 3. Kecamatan Bontomanai Tahun 2016

No	Nama Desa	Tahap 1		Tahap 2		Tahap 3		Tahap 4	
		Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes
1	Parak	0	0	0	0	0	0	1	0
2	Jambuiya	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Bontomarannu	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Bonea Timur	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Mare-Mare	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Barugaia	0	0	0	0	0	0	1	0
7	Polebunging	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Bonea Makmur	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Bontokoraang	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Kaburu	0	0	0	0	0	0	0	0

Sumber: Pendamping PKH Kecamatan Bontomanai, diolah kembali oleh penulis

Tabel 5.4. Rekapitulasi Verifikasi Fasilitas Pendidikan dan Kesehatan Kecamatan Bontomanai Tahun 2017

No	Nama Desa	Tahap 1		Tahap 2		Tahap 3		Tahap 4	
		Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes
1	Parak	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Jambuiya	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Bontomarannu	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Bonea Timur	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Mare-Mare	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Barugaia	1	0	1	0	0	0	0	0
7	Polebunging	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Bonea Makmur	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Bontokoraang	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Kaburu	0	0	0	0	0	0	0	0

Sumber: Pendamping PKH Kecamatan Bontomanai, diolah kembali oleh penulis

Tabel 5.5. Rekapitulasi Verifikasi Fasilitas Pendidikan dan Kesehatan Kecamatan Bontoharu Tahun 2016

No	Nama Desa	Tahap 1		Tahap 2		Tahap 3		Tahap 4	
		Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes
1	Bontosunggu	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Bontotangnga	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Kahu-Kahu	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Kalepadang	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Bontobangun	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Bontoborusu	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Putabangun	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Bontolebang	0	0	0	0	0	0	0	0

Sumber: Pendamping PKH Kecamatan Bontoharu, diolah kembali oleh penulis

Tabel 5.6. Rekapitulasi Verifikasi Fasilitas Pendidikan dan Kesehatan Kecamatan Bontoharu Tahun 2017

No	Nama Desa	Tahap 1		Tahap 2		Tahap 3		Tahap 4	
		Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes	Pddkn	Kes
1	Bontosunggu	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Bontotangnga	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Kahu-Kahu	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Kalepadang	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Bontobangun	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Bontoborusu	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Putabangun	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Bontolebang	0	0	0	0	0	0	0	0

Sumber: Pendamping PKH Kecamatan Bontoharu, diolah kembali oleh penulis

Tabel 3 hingga Tabel 6 menggambarkan bahwa sebagian besar peserta menunjukkan komitmennya sebagai peserta PKH, baik pada komponen pendidikan maupun kesehatan. Hanya ada 1 peserta, masing-masing di Desa Parak dan Desa Barugaia (Kecamatan Bontomanai) yang tidak menunjukkan komitmennya pada komponen pendidikan. Ini terjadi pada tahap ke-4 di tahun 2016. Semua peserta baru menunjukkan komitmennya tanpa kecuali pada tahap ke-3 di tahun 2017. Nindy,

Pendamping PKH Kecamatan Bontomanai, menjelaskan bahwa anak-anak peserta PKH sering membantu orang tuanya menjual kelapa untuk memenuhi kebutuhan hidup. Alasan inilah yang membuat mereka sering alpa di sekolah. Pada kondisi seperti ini, pendamping PKH melakukan pendekatan kepada peserta PKH tersebut. Pendekatan yang dimaksud adalah memberikan pengertian mengenai manfaat peserta PKH mengikuti semua persyaratan yang ditetapkan. Apabila alasannya membantu orang tua menjual kelapa, maka hal ini bisa dilakukan saat pulang sekolah.[33]

Perilaku yang ditunjukkan peserta PKH di Kecamatan Bontomanai dan Kecamatan Bontoharu untuk komponen kesehatan dan pendidikan merupakan representasi dari peserta PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar. Menurut Usman, Kordinator Pendamping PKH Kabupaten Kepulauan Selayar, perilaku tersebut tidak hanya ditunjukkan di Kecamatan Bontomanai dan Kecamatan Bontoharu, tetapi di semua kecamatan di Kabupaten Kepulauan Selayar. Terhitung dari tahun 2014, sudah ada 10 KPM yang *exit program* karena teridentifikasi sebagai keluarga mandiri. Sebaliknya, tidak ada KPM yang *exit program* karena terkena masalah absen memenuhi persyaratan PKH. Beberapa hal ini menunjukkan keberhasilan pelaksanaan PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar, terutama untuk komponen kesehatan dan pendidikan.

Keberhasilan PKH mendorong perilaku mengunjungi fasilitas kesehatan dan hadir di fasilitas pendidikan di Kabupaten Kepulauan Selayar sejalan dengan hasil penelitian Nainggolan dkk (2012). Hasil penelitian Nainggolan dkk (2012) menunjukkan bahwa jumlah bantuan PKH memiliki korelasi prediktif yang dinamis dengan partisipasi peserta PKH dalam bidang pendidikan maupun kesehatan. Jumlah bantuan, di samping berdampak langsung, juga berdampak tidak langsung terhadap partisipasi peserta. melalui efek mediasi persepsi peserta tentang bantuan (kecukupan, keadilan, kesesuaian, ketepatan waktu penerimaan), manfaat PKH (fisik,

[33] Hasil wawancara dengan Nindy, Pendamping PKH Kecamatan Bontomanai pada tanggal 14 Agustus 2018.

psikis, sosial), persepsi tentang pendampingan, serta ketangguhan peserta yang pada saat itu masih dalam lingkup rumah tangga.[34]

Keberhasilan PKH yang demikian erat kaitannya dengan stimulus penguat, dalam kasus ini adalah bantuan PKH. Apakah sesuatu itu menguatkan atau tidak, hanya dapat dipastikan melalui efeknya terhadap perilaku.[35] Hal ini akan tampak dengan membandingkan perilaku peserta PKH antara sebelum dan sesudah dilaksanakannya PKH. Hasil penelitian yang dilakukan Nainggolan (2012) dkk menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan antara kondisi peserta sebelum PKH dengan sesudah PKH dalam indikator-indikator partisipasi bidang kesehatan dan pendidikan. Kondisi sesudah PKH lebih baik daripada kondisi sebelum PKH.[36] Bisa dikatakan, hasil penelitian ini menjadi bukti bahwa bantuan PKH efektif menjadi stimulus penguat terhadap munculnya perilaku hadir ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan peserta PKH.

Bantuan sosial PKH berbentuk uang. Uang tidak hanya memiliki nilai intrinsik dari dirinya sendiri, tetapi juga merupakan penguat sekunder atau penguat terkondisi yang digeneralisasikan dengan penguat primer.[37] Penguat primer adalah stimulus yang dibutuhkan untuk bertahan hidup, sementara penguat sekunder adalah stimulus yang terkondisikan melalui asosiasinya dengan penguat primer.[38] Uang terpasang dengan penguat primer, yaitu kebutuhan hidup dasar, seperti makanan, tempat berlindung, kesehatan dan pendidikan. Oleh karena diasosiasikan dengan sejumlah penguat primer yang berbeda-beda, uang berfungsi

---

[34] Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi,* (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 22.

[35] B.R. Olson Hergenhahn dan Matthew H, *Theories of Learning (Teori Belajar) Edisi Ketujuh,* (Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2009), hlm. 87.

[36] Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi,* (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 127.

[37] Calvin S. Hall dan Gardner Lindzey, dikutip oleh Sulis Winurini. 'Membentuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang Taat Terhadap Waktu Kerja Melalui Tunjangan Kinerja (Studi Kasus di Sekretariat Jenderal DPR RI)', dalam buku "*Mewujudkan Agenda Prioritas Nawacita*", (Jakarta: P3DI Setjen DPR RI dan Azza Grafika, 2012), hlm. 213.

[38] Dale H Schunk, dikutip oleh Sulis Winurini. 'Membentuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang Taat Terhadap Waktu Kerja Melalui Tunjangan Kinerja (Studi Kasus di Sekretariat Jenderal DPR RI)', dalam buku "*Mewujudkan Agenda Prioritas Nawacita*". (Jakarta: P3DI Setjen DPR RI dan Azza Grafika, 2012), hlm. 213.

memperkuat lewat berbagai macam dorongan. Dengan demikian, uang sebagai penguat sekunder dianggap mampu mengontrol perilaku manusia.[39] Peserta PKH merupakan kelompok yang sangat miskin. Dengan kondisi tersebut, banyak kebutuhan dasar yang belum terpenuhi sehingga bantuan sosial berbentuk uang menjadi sangat berarti untuk mereka. Hal ini menjelaskan mengapa bantuan sosial PKH memiliki efek terhadap munculnya perilaku hadir ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan peserta PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar.

Namun demikian, ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian terkait pemberian bantuan PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar. Bantuan non tunai diberikan melalui rekening peserta. Sayangnya, tidak semua daerah di Kabupaten Kepulauan Selayar menyediakan ATM. Meskipun sudah tersedia agen keliling untuk membantu peserta mencairkan rekeningnya, namun tidak semua daerah memiliki jaringan. Kondisi Kabupaten Kepulauan Selayar yang kepulauan dan berjauhan satu sama lain menyulitkan peserta untuk mencairkan bantuan dari rekeningnya.[40] Kondisi ini dapat mengurangi efektivitas bantuan sosial sebagai penguat, namun sedikit teratasi dengan keberadaan pendamping sosial di setiap daerah. Salah satu tugas pendamping sosial adalah memastikan bantuan PKH diterima oleh peserta PKH. Melalui bantuan pendamping sosial ini, bantuan tetap diterima peserta meskipun terlambat.

Sebetulnya tidak hanya bantuan sosial, tetapi pendampingan kepada peserta PKH berupa Kegiatan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga juga merupakan penguat. Kegiatan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga dilaksanakan sebulan sekali dengan durasi 2-2.5 jam. Melalui kegiatan ini, peserta diajarkan dan dibekali pendamping tentang pentingnya pendidikan dan kesehatan, pengelolaan keuangan keluarga, cara mengasuh anak, dan lain sebagainya. Secara spesifik, materi

---

[39] Calvin S. Hall dan Lindzey, Gardner, *Psikologi Kepribadian 3: Teori-Teori Sifat dan Behavioristik*, Alih Bahasa Yustinus, (Yogyakarta: Kanisius, 2005), hlm. 34.

[40] Hasil wawancara dengan Usman, Koordinator Pendamping PKH Kabupaten Kepulauan Selayar, pada tanggal 19 Agustus 2018.

Peningkatan Kemampuan Keluarga, yaitu:[41] (1) Kesehatan: Gizi; Pelayanan ibu hamil dan bersalin; Pelayanan ibu nifas dan menyusui; Pelayanan bayi dan remaja; Perilaku hidup bersih dan sehat; (2) Pendidikan: Menjadi orang tua hebat; Memahami perilaku dan belajar anak usia dini; Meningkatkan perilaku baik anak; Bermain sebagai cara anak belajar; Meningkatkan kemampuan bahasa anak; Membantu anak sukses di sekolah; (3) Ekonomi: Pengelolaan keuangan keluarga; Tabungan dan kredit; Usaha mikro kecil dan menengah; Kewirausahaan; Pemasaran; (4) Perlindungan Anak: Perlindungan anak; Hak anak termasuk anak berkebutuhan khusus; Mencegah kekerasan dalam rumah tangga; Perlindungan ibu.

Kegiatan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga merupakan penguat sekunder yang terpasang bersamaan dengan bantuan sosial serta penguat primer, yaitu pemenuhan kebutuhan kesehatan dan pendidikan. Dengan menjadi peserta PKH, peserta tidak hanya mendapatkan bantuan sosial, tetapi juga bekal untuk meningkatkan kemampuan keluarga. Apabila bantuan sosial ditujukan untuk membantu secara fisik, sementara peningkatan kemampuan keluarga ditujukan untuk mengubah pola pikir peserta.

Dengan demikian, pengkondisian perilaku hadir ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan peserta PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar bisa dijelaskan sebagai berikut. Pada awalnya, PKH mengkondisikan bahwa dengan menjadi peserta PKH, peserta PKH bisa memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikannya, yaitu melalui bantuan sosial dan peningkatan kemampuan keluarga. Kondisi selanjutnya, peserta sudah memiliki pemikiran bahwa dengan memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikannya, maka mereka sedang meningkatkan kualitas hidupnya.Dengan demikian, diharapkan kepesertaan PKH tidak berimplikasi pada ketergantungan. Apabila suatu saat kepesertaan PKH dihapus karena masa kepesertaannya sudah berakhir, maka diharapkan

[41] "Apa Itu Family Development Session (FDS) Program Keluarga Harapan dan Manfaatnya", (http://keluargaharapan.com/apa-itu-family-development-session-fds-program-keluarga-harapan-dan-manfaat-nya/, diakses 19 Agustus 2018).

pesertasudah memiliki pemikiran bahwa pemenuhan kebutuhan kesehatan dan pendidikan memang sesuatu yang harus dilakukan.

5.4. Penutup

PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar mampu mendorong peserta PKH untuk menunjukkan komitmen kepesertaannya. Untuk komponen kesehatan, peserta menunjukkan perilaku mengunjungi fasilitas kesehatan sesuai dengan protocol kesehatan kesehatan bagi ibu hamil/ menyusui dan anak berusia 0 sampai dengan 6 tahun. Begitupun halnya dengan komponen pendidikan. Anak peserta menunjukkan perilaku seperti yang ditetapkan dalam persyaratan PKH, yaitu hadir paling sedikit 85% dari hari belajar efektif.

Keberhasilan PKH tersebut di atas erat kaitannya dengan peran stimulus penguat, yaitu bantuan PKH. Bantuan PKH efektif menjadi stimulus penguat terhadap munculnya perilaku hadir ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan peserta PKH. Bantuan PKH berbentuk uang. Uang dianggap mampu mengontrol perilaku manusia karena terasosiasi dengan sejumlah penguat primer yang berbeda-beda.

Kegiatan Peningkatan Kemampuan Keluarga juga berperan sebagai penguat perilaku. Dengan menjadi peserta PKH, peserta tidak hanya mendapatkan bantuan sosial, tetapi juga bekal untuk meningkatkan kemampuan keluarga. Apabila bantuan sosial ditujukan untuk membantu secara fisik, sementara peningkatan kemampuan keluarga ditujukan untuk mengubah pola pikir peserta. Dengan demikian, diharapkan kepesertaan PKH tidak berimplikasi pada ketergantungan.

PKH hendaknya terus dilanjutkan mengingat memiliki dampak yang baik bagi keluarga miskin, berkaitan dengan partisipasi ibu hamil dan menyusui, ibu dengan anak balita ke layanan kesehatan serta partisipasi anak ke sekolah hingga tingkat SMA dan sederajat. Namun, keterbatasan sarana dan prasarana pencairan bantuan di daerah kepulauan masih perlu mendapat perhatian. Sulitnya akses perlu menjadi pertimbangan

bagi pemerintah dalam penentuan besaran bantuan kepada peserta PKH di daerah kepulauan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Bernadit, Imam. (1983). *Pemikiran Tentang Pendidikan Baru.* Yogyakarta: Andi Offset.

Hall, Calvin S. dan Lindzey Gardner. (2005). *Psikologi Kepribadian 3: Teori-Teori Sifat dan Behavioristik*, Alih Bahasa Yustinus. Yogyakarta: Kanisius.

Hergenhahn, B.R. dan Olson Matthew H. (2009). *Theories of Learning (Teori Belajar) Edisi Ketujuh*, Alih Bahasa Tri Wibowo B.S. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Nainggolan, Togiaratua dkk. (2012). *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi.* Jakarta: P3KS Press.

Prayitno, Elida. (1989). *Motivasi Dalam Belajar.* Jakarta: P2LPTK.

Schunk, Dale H. (2012). *Learning Theories: An Educational Perspective (Teori-Teori Pembelajaran: Perspektif Pendidikan) Edisi Keenam*, Alih Bahasa Eva Hamdiah dan Rahmat Fajar. Jakarta: Pustaka Pelajar.

Suryandari, Andi Nurmalita. (2017). Skripsi: *Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pendidikan, dan Kesehatan Terhadap Tingkat Kemiskinan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2004-2014.* Yogyakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Yogyakarta.

Uno, H. Hamzah B. (2010). *Teori Motivasi dan Pengukurannya: Analisis di Bidang Pendidikan.* (Jakarta: Bumi Aksara).

_____. (2009). *Promoting Pro-Poor Growth: Social Protection.* Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.

_____, (2017). *Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten Kepulauan Selayar 2016.* Selayar: BPS Kabupaten Kepulauan Selayar.

_____. (2017). *Kabupaten Kepulauan Selayar dalam Angka 2016.* Selayar: BPS Kabupaten Kepulauan Selayar.

_____. (2017). *Indikator Kesejahteraan Rakyat Kabupaten Kepulauan Selayar 2016.* Selayar: BPS Kabupaten Kepulauan Selayar.

Lain-Lain.

"Apa Itu Family Development Session (FDS) Program Keluarga Harapan dan Manfaatnya". (http://keluargaharapan.com/apa-itu-family-development-session-fds-program-keluarga-harapan-dan-manfaat-nya/, diakses 19 Agustus 2018).

"Dinkes Kepulauan Selayar Gelar Sosialisasi Pelayanan Darah Program Quick Wins Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu". (https://selayarnews.com/dinkes-kepulauan-selayar-gelar-sosialisasi-pelayanan-darah-program-quick-wins-untuk-menurunkan-angka-kematian-ibu.html, diakses 19 Agustus 2018).

"Kajian Program Keluarga Harapan". (http://www.anggaran.depkeu.go.id/content/Publikasi/Kajian%20dan%20artikel/Kajian%20PKH.pdf, diakses 19 Agustus 2018).

"Kewajiban Peserta PKH, Kewajiban Komponen Peserta Program Keluarga Harapan". (http://keluargaharapan.com/kewajiban-peserta-pkh-kewajiban-komponen-peserta-program-keluarga-harapan/, diakses 19 Agustus 2018).

"Program Keluarga Harapan". (https://www.kemsos.go.id/program-keluarga-harapan, diakses 19 Agustus 2018).

BAB VI
PERAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN PENDIDIKAN DAN KESEHATAN DI KEPULAUAN BANDA

Dinar Wahyuni

6.1. Pendahuluan

Indonesia termasuk peringkat keempat negara dengan penduduk terbesar di dunia menurut *The Spectator Index*. Jumlah penduduk Indonesia saat ini 265 juta jiwa.[1] Sementara negara dengan penduduk terpadat di dunia adalah China dengan jumlah penduduk sebanyak 1,4 miliar jiwa disusul India dengan populasi sebanyak 1,33 miliar jiwa dan Amerika Serikat sebanyak 328 juta jiwa. Konsekuensi dari besarnya populasi adalah masalah sosial semakin banyak dan beragam. Soerjono Soekanto mendefinisikan masalah sosial sebagai suatu ketidaksesuaian antara unsur-unsur kebudayaan atau masyarakat, yang membahayakan kehidupan kelompok sosial atau menghambat terpenuhinya keinginan-keinginan pokok warga kelompok sosial tersebut sehingga menyebabkan kepincangan ikatan sosial.[2] Salah satu masalah sosial yang selalu ada sepanjang hidup manusia adalah kemiskinan. Kemiskinan merupakan masalah yang menyebabkan masyarakat tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasar. Kemiskinan seringkali dipahami dalam pengertian sederhana yaitu keadaan kekurangan uang atau rendahnya tingkat

---

[1] "Indonesia Penduduk Terbanyak Nomor 4 Di Dunia, Siapa Juaranya?", (https://economy.okezone.com/read/2018/07/21/320/1925559/indonesia-penduduk-terbanyak-nomor-4-di-dunia-siapa-juaranya, diakses 8 Agustus 2018).

[2] Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar,* (Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2012).

pendapatan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar. Konsep kemiskinan ini menggunakan indikator materi seperti uang, kepemilikan harta benda, jumlah pendapatan perkapita, maupun konsumsi sebagaimana Badan Pusat Statistik (BPS) menggunakan indikator konsumsi sebesar 2100 kilo kalori/ kapita/hari atau pendekatan Bank Dunia dengan standar 1 dolar AS/orang setiap hari.

Pengertian kemiskinan sebenarnya lebih luas, yakni fenomena multidimensional. Ketika kemiskinan mulai meningkat maka akan muncul masalah sosial lain seperti angka kriminalitas meningkat, anak putus sekolah bertambah bahkan kemiskinan dapat memengaruhi ketidakseimbangan lingkungan hidup. Penduduk miskin yang terdesak akan mencari lahan-lahan kritis atau lahan-lahan konservasi sebagai tempat pemukiman. Lahan-lahan yang seharusnya berfungsi sebagai kawasan penyangga atau konservasi akan kehilangan fungsi ketika dimanfaatkan untuk kawasan pemukiman. Dengan demikian, kemiskinan tidak hanya terkait faktor ekonomi, namun lebih luas lagi. Kempson menunjukkan bahwa kemiskinan berdampak pada empat bidang yang luas, yakni *pertama,* psikologis di mana kemiskinan berkaitan dengan harga diri, perasaan tak berdaya, kemarahan, kecemasan, dan perasaan bosan yang sangat kuat; *kedua,* fisik, kemiskinan dinggap merusak kesehatan dan *well being*; *ketiga,* relasional, kemiskinan membuat hubungan sosial dan personal buruk dan stigma yang dikaitkan dengan kemiskinan sangat mewarnai relasi tersebut; dan *keempat,* praktis, kemiskinan membatasi pilihan, belanja, dan pengasuhan anak. Hal ini berarti kemiskinan dapat merusak semua bidang kehidupan.[3]

Berbagai cara telah ditempuh pemerintah untuk menanggulangi masalah kemiskinan. Awal tahun 1970-an pemerintah mulai menggulirkan program Bimbingan Masyarakat (Bimas) dan Bantuan Desa (Bandes) untuk mengurangi angka kemiskinan. Tetapi upaya tersebut mengalami tahapan jenuh pada pertengahan tahun 1980-an

---

[3] Kempson, dikutip oleh Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan Di Indonesia: Dampak Pada Tujuh Rumah Tangga Miskin di Tujuh Provinsi* (Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 2.

sehingga jumlah orang miskin pada awal 1990-an kembali naik dan kecenderungan ketidakmerataan pendapatan semakin melebar. Tahun 1990-an, pemerintah kembali menggulirkan program pengentasan kemiskinan, di antaranya Program Inpres Desa Tertinggal, Program Pembangunan Prasarana Desa Tertinggal, Tabungan Kesejahteraan Keluarga dan Kredit Keluarga Sejahtera.[4]

Program-program penanggulangan kemiskinan selama ini belum mampu memberikan dampak besar sehingga pemerataan dan peningkatan kesejahteraan masyarakat masih menjadi masalah yang berkepanjangan. Karena itu, pemerintah mengkaji kembali program-program penanggulangan kemiskinan dan mulai mempertimbangkan program perlindungan sosial. Perlindungan sosial merupakan seperangkat kebijakan pemerintah untuk mengurangi kemiskinan dan kerentanan melalui perluasan pasar kerja yang efisien, pengurangan resiko-resiko kehidupan yang senantiasa mengancam manusia, serta penguatan kapasitas masyarakat dalam melindungi dirinya dari berbagai bahaya dan gangguan yang dapat menyebabkan terganggunya atau hilangnya pendapatan.[5] Sementara World Bank mengisyarakatkan bahwa perlindungan sosial ditujukan untuk mengatasi akar penyebab kemiskinan dan bukan hanya terbatas pada tindakan yang hanya menyelesaikan kemiskinan dalam tataran gejala saja. Dengan demikian perlindungan sosial menekankan perlunya membangun intervensi untuk mengurangi resiko dan kerentanan.[6] Perlindungan sosial mencakup bantuan sosial, asuransi sosial, kebijakan pasar kerja, mekanisme dan Jaring Pengaman Sosial Berbasis Masyarakat seperti kelompok arisan, siskamling, raksa desa, kelompok pengajian yang menyediakan pelayanan sosial.[7] Bantuan tunai dipandang sebagai salah satu instrumen bantuan sosial.

---

[4] Sutyastie Soemitro Remi dan Prijono Tjiptoherijanto, *Kemiskinan dan Ketidakmerataan di Indonesia,* (Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, 2002), hlm. 1.

[5] Edi Suharto et al, *Strengthening Social Protection System in ASEAN,* (Ireland: GDSI, 2006).

[6] Teddy Lesmana, "Perlindungan Sosial dan Kemiskinan", (https://www.academia.edu/7057705/Perlindungan_Sosial_dan_Kemiskinan, diakses 9 Agustus 2018).

[7] Edi Suharto, *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat: Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial,* (Bandung: Refika Aditama, 2005), hlm. 154.

Bantuan tunai ada dua, yaitu bantuan tunai bersyarat atau *conditional cash transfers* (CCT) dan bantuan tunai tak bersyarat. Perbedaannya adalah bantuan tunai tak bersyarat diberikan kepada kelompok penerima yang sebelumnya sudah ditentukan kriterianya. Sedangkan CCT ditujukan untuk mengurangi kemiskinan dan memutus siklus kemiskinan untuk generasi berikutnya melalui pengembangan sumber daya manusia. CCT berupa pemberian uang kepada rumah tangga dengan syarat bahwa mereka memenuhi persyaratan tertentu yang telah ditentukan misalnya, kunjungan rutin ke fasilitas perawatan kesehatan, kehadiran sekolah secara teratur oleh anak-anak atau kepatuhan terhadap kegiatan promosi kesehatan dan gizi (menghadiri sesi pendidikan, mengonsumsi suplemen gizi).[8]

Di Indonesia, bantuan tunai bersyarat dikenal dengan Program Keluarga Harapan (PKH). PKH merupakan salah satu upaya pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial bagi keluarga sangat miskin dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Sebagai konsekuensinya, keluarga penerima manfaat (KPM PKH) diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia, yaitu pendidikan dan kesehatan. PKH berupaya untuk mempertahankan kehidupan melalui pendidikan dan kesehatan di satu sisi, dan memberdayakan keluarga penerima PKH untuk keluar dari rantai kemiskinan melalui penguatan pendidikan dan kesehatan. Dari PKH diharapkan dapat memutus kemiskinan generasi berikutnya.

6.2. Permasalahan

Kondisi kemiskinan tidak hanya dialami masyarakat yang tinggal di daratan. Masyarakat di daerah kepulauan juga mengalami kondisi yang sama. Namun, kemiskinan masyarakat kepulauan mempunyai karakteristik yang sedikit berbeda dengan kemiskinan pada masyarakat

[8] "Conditional Cash Transfer Programmes and Nutritional Status", (http://www.who.int/elena/titles/cash_transfer/en/, diakses 9 Agustus 2018).

daratan. Berbagai kajian tentang kemiskinan masyarakat kepulauan menunjukkan bahwa masyarakat kepulauan menjadi miskin bukan karena mereka tidak memiliki potensi dan sumber daya, namun mereka miskin karena tidak dapat berbuat banyak untuk untuk meningkatkan kesejahteraannya akibat penanganan kemiskinan yang tidak berbasis kepulauan dan pembangunan belum melihat karakter kepulauan. Letak geografis pulau-pulau yang dipisahkan lautan dan persebaran penduduk yang tidak merata menjadikan masyarakat terbatas dalam mengakses pusat pertumbuhan, pelayanan pendidikan dan kesehatan, informasi, serta sulit melakukan mobilitas sosial budaya.

Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat Maluku dan Papua sebagai pulau dengan jumlah penduduk miskin tertinggi di Indonesia.[9]Salah satu faktor penyebabnya dalah kondisi geografis Maluku yang terdiri dari pulau-pulau yang dikelilingi lautan. Akibatnya, banyak pulau yang masih terisolir sehingga akses ke pusat-pusat pertumbuhan cukup sulit. Banda termasuk salah satu kecamatan di Kabupaten Maluku Tengah yang terdiri dari pulau-pulau dikelilingi laut luas. Kondisi demikian menyebabkan Banda mengalami iklim laut tropis dan iklim musim di mana iklim laut di wilayah ini berlangsung seirama dengan iklim musim yang ada. Akses menuju Banda hanya dapat dijangkau menggunakan kapal laut dan pesawat udara. Kedua transportasi tersebut tidak setiap hari beroperasi dan sangat tergantung pada cuaca dan angin. Akibatnya, Banda terbatas dalam mengakses pusat perekonomian, pelayanan kesehatan, pendidikan, dan informasi. Kemiskinan menjadi hal yang tidak terelakkan.

Melihat kondisi demikian, pemerintah berupaya menanggulangi kemiskinan termasuk kemiskinan di daerah kepulauan. Berbagai program penanggulangan kemiskinan digulirkan, salah satunya PKH. PKH ditujukan kepada keluarga sangat miskin di Indonesia dengan persyaratan tertentu. Meskipun PKH bukan program penanggulangan kemiskinan

---

[9] "BPS Mencatat Maluku dan Papua Daerah dengan Penduduk Miskin Tertinggi", (https://ekbis.sindonews.com/read/1322331/33/bps-catat-maluku-dan-papua-daerah-dengan-penduduk-miskin-tertinggi-1531755359, diakses 10 Agustus 2018).

yang khusus untuk daerah kepulauan, namun dilihat dari tujuan PKH, yakni menurunkan angka kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia penerimanya, diharapkan PKH dapat memutus rantai kemiskinan masyarakat kepulauan generasi berikutnya. Tentu saja pelaksanaan PKH di daerah kepulauan perlu disinergikan dengan program lain yang berbasis kepulauan. Berdasarkan uraian tersebut, tulisan ini ingin mengkaji peran PKH dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kesehatan di Kecamatan Banda. Tulisan yang merupakan hasil penelitian tim bidang kesejahteraan sosial tahun 2018 ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan sifat penelitian *non-experimental.* Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat penerima PKH yang tinggal di Kecamatan Banda, Kepulauan Banda, Maluku Tengah. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menyebar kuesioner. Dari data yang diperoleh kemudian diolah menggunakan SPSS versi 12.0. Selanjutnya data diolah menggunakan teknik*statistic deskriptif* untuk menjelaskan karakteristik subyek penelitian dengan melihat frekuensi dan prosentase.

Tulisan tentang PKH dalam pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan belum pernah ditulis sebelumnya. Namun demikian penelitian tentang daerah kepulauan telah banyak dilakukan seperti penelitian Adil M. Firdaus, Julham MS. Pelupessy, dan Jimmi RP. Tampubolon tahun 2016 tentang strategi penyelesaian masalah sosial ekonomi masyarakat pesisir di Kepulauan Banda Neira, Kabupaten Maluku Tengah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada tiga prioritas masalah masyarakat Banda Neira yaitu fasilitas kebersihan, pendapatan masyarakat khususnya nelayan masih rendah, dan ketersediaan air tawar. Strategi penyelesaian masalah dapat dilakukan melalui upaya meningkatkan modal sosial ekonomi dengan cara memperkuat kelembagaan (kelompok masyarakat dan nelayan) dan kearifan lokal, kelestarian lingkungan dan budaya, serta pemberdayaan masyarakat.[10] Selain itu, kajian tentang PKH

[10] Adil M. Firdaus, Julham MS. Pelupessy, dan Jimmi RP. Tampubolon, "Strategi Penyelesaian Masalah Sosial Ekonomi Masyarakat Pesisir di Kepulauan Banda Neira, Kabupaten Maluku Tengah", *Jurnal Sosial Ekonomi Kelautan dan Perikanan,* Vol. 11 No. 1, 2016.

telah banyak juga dilakukan. Penelitian Dyah Ayu Virgoreta, Ratih Nur Pratiwi dan Suwondo tentang implementasi PKH dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat di desa Beji, Kecamatan Jenu, Kabupaten Tuban[11] menunjukkan bahwa setiap tahun, jumlah peserta PKH di Desa Beji mengalami penurunan. Terbukti dengan menurunnya jumlah peserta PKH dari 158 pada tahun 2007 dan menurun dari tahun ketahun sampai pada tahun 2014 ini dengan jumlah 130. Hal ini berarti PKH dapat mengurangi angka kemiskinan di Desa Beji.

6.3. Program Keluarga Harapan (PKH)

PKH merupakan salah satu strategi pemerintah untuk mengurangi kemiskinan dengan mengadopsi pada CCT yang telah dilaksanakan di beberapa negara. PKH memberikan bantuan tunai kepada keluarga sangat miskindengan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan. Tujuan PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta mengubah perilaku yang kurang mendukung peningkatan kesejahteraan dari kelompok paling miskin. Tujuan ini berkaitan langsung dengan upaya mempercepat pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs) saat itu. Sementara secara khusus, tujuan PKH adalah: (1) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi KPM PKH; (2) Meningkatkan taraf pendidikan KPM PKH; (3) Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil (bumil), ibu nifas, bawah lima tahun (balita) dan anak prasekolah KPM PKH.[12]

Melalui PKH, KPM PKH didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, serta pendampingan, termasuk akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program

---

[11] Dyah Ayu Virgoreta, Ratih Nur Pratiwi, dan Suwondo, "Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat (Studi pada Desa Beji Kecamatan Jenu Kabupaten Tuban)", *Jurnal Administrasi Publik,* Vol. 3, No. 1 (2015).

[12] "Program Keluarga Harapan", (http://keluargaharapan.com/, diaskes 9 Agustus 2018).

komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi tulang punggung penanggulangan kemiskinan yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional.

Adapun peserta PKH yang didapatkan dari Basis Data Terpadu harus memenuhi sedikitnya satu kriteria kepesertaan program berikut, yaitu komponen kesehatan dengan kriteria ibu hamil/nifas atau memiliki anak usia 0-6 tahun, sedangkan komponen pendidikan dengan kriteria anak usia SD/MI atau sederajat (usia7-12 tahun), anak usia SLTP/MTs atau sederajat (usia12-15 tahun), anak usia SMA/MA atau sederajat, dan anak usia enam sampai 21 tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 tahun. Sejak tahun 2016, terdapat penambahan komponen kesejahteran sosial dengan kriteria lanjut usia diutamakan mulai usia 60 (enam puluh) tahun, dan penyandang disabilitas diutamakan penyandang disabilitas berat.

Peserta PKH akan dievaluasi setiap 3 tahun sekali. Peserta yang masih memenuhi kriteria dan persyaratan dimungkinkan menerima bantuan sampai maksimal 6 tahun. Namun apabila sebelum 3 tahun evaluasi menurut hasil verifikasi status kemiskinan oleh Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) dan Badan Pusat Statistik, peserta dinyatakan tidak lagi memenuhi persyaratan karena sudah meningkat kesejahteraannya, maka peserta akan dikeluarkan dari kepesertaan PKH pada akhir tahun berjalan. Apabila setelah 6 tahun peserta masih berada di bawah kemiskinan, maka PKH akan berkordinasi dengan program lain terkait sebagai rujukan bagi peserta.

Program prioritas nasional ini oleh Bank Dunia dinilai sebagai program dengan biaya paling efektif untuk mengurangi kemiskinan dan menurunkan kesenjangan antar kelompok miskin, juga merupakan program yang memiliki tingkat efektivitas paling tinggi terhadap penurunan koefisien gini. Berbagai penelitian lain 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.[13]

Teknis pelaksanaan program ini didasarkan pada tiga hal, yaitu *pertama,* verifikasi yang merupakan esensi utama dari PKH. Kegiatan verifikasi mengecek kepatuhan peserta memenuhi persayaratan yang telah ditetapkan. *Kedua,* PKH melaksanakan pemotongan bantuan tunai bagi keluarga yang tidak mematuhi kewajiban yang telah ditetapkan. *Ketiga,* peserta PKH mengetahui persis bahwa mereka harus memenuhi sejumlah kewajiban untuk dapat menerima bantuan tunai. Peserta adalah elemen penting dalam program ini. Pengetahuan atas kewajiban ini yang menjadi dasar perubahan perilaku keluarga dan anggota keluarga di bidang pendidikan dan kesehatan.[14]

PKH dimulai dari tahun 2007. Nilai bantuan sosial PKH tahun 2007 mencapai Rp187 ribu per bulan/keluarga. Adapun penerima manfaat yang dipilih merupakan RTSM(sekarang KPM PKH) yaitu mereka yang berada di bawah 80% garis kemiskinan resmi saat itu. Uji coba PKH dilaksanakan di tujuh provinsi (Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Timur), 48 kabupaten/kota, dan melayani 387.928 RTSM (Rumah Tangga Sangat Miskin). Tahun 2011, PKH dikembangkan di 25 provinsi, 118 kabupaten/kota, dan melayani 1,1 juta RTSM. Hingga tahun 2012, program ini baru menjangkau 1,5 juta keluarga, dibanding total 60 juta keluarga miskin di Indonesia serta sekitar 6,5 juta keluarga yang berada di bawah garis kemiskinan. Namun demikian, di tahun yang sama PKH berhasil meluaskan jangkauannya ke seluruh provinsi di Indonesia, meskipun masih belum menjangkau seluruh kabupaten.[15] PKH diharapkan dapat dilaksanakan di seluruh provinsi dan jumlah peserta PKH dapat

---

[13] "Program Keluarga Harapan", (https://www.kemsos.go.id/program-keluarga-harapan, diakses 9 Agustus 2018).

[14] "Program Keluarga Harapan", (http://keluargaharapan.com/, diaskes 9 Agustus 2018).

[15] "Program Keluarga Harapan (PKH): Program Bantuan Dana Tunai Bersyarat di Indonesia"(http://www.ipc-undp.org/pub/bah/IPCPolicyResearchBrief42.pdf, diakses 9 Agustus 2018).

ditingkatkan secara bertahap sehingga menjangkau seluruh keluarga sangat miskin, dengan menyesuaikan kemampuan negara.

Untuk memperbaiki sasaran penerima PKH, data awal untuk penerima manfaat PKH tahun 2012 diambil dari Basis Data Terpadu hasil PPLS 2011, yang dikelola oleh TNP2K. Sasaran PKH yang sebelumnya berbasis rumah tangga, terhitung sejak tahun2012 berubah menjadi berbasis keluarga. Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga adalah satu orang tua yang memiliki tanggung jawab terhadap pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan masa depan anak. Karena itu keluarga adalah unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya memutus rantai kemiskinan antargenerasi.

6.4. Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan dan Kesehatan Dalam Penanggulangan Kemiskinan

Secara umum, kemiskinan adalah kondisi di mana seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup dasar. Dari konsep ini kemiskinan hanya dipandang dari aspek ekonomi yang mencakup ketimpangan pendapatan. Konsep ini semakin lama semakin berkembang. Kemiskinan tidak hanya terkait dengan ketimpangan pendapatan tetapi meluas terkait ketidakberdayaan, ketidakberdayaan pengetahuan dan ketrampilan, dan kelangkaan akses terhadap modal dan sumber daya.[16] Dengan demikian kemiskinan dapat ditangani melalui salah satunya melalui pendidikan. Pendidikan akan memberikan kemampuan untuk berkembang, memilih pekerjaan melalui penguasaan ilmu pengetahuan dan ketrampilan sehingga meningkatkan pendapatan. Dalam perspektif ini, negara mempunyai kewajiban untuk menyediakan layanan pendidikan bagi setiap warganya, minimal untuk jenjang pendidikan dasar. Pemerintah memang telah mencanangkan program wajib belajar 12 tahun, namun kebijakan ini perlu pelayanan pendidikan yang merata bagi masyarakat miskin.

---

[16] Amartya Kumar Sen, *Development as Freedom,* (New York: Anchor Books, 2000).

Selain pendidikan, aspek lain yang penting dalam upaya penanganan kemiskinan adalah kesehatan. Jeffrey Sachs dalam bukunya *The End of Proverty* menyatakan bahwa salah satu mekanisme dalam penuntasan kemiskinan ialah pengembangan *human capital* terutama pendidikan dan kesehatan.[17] Kemiskinan berkaitan dengan tingginya angka kesakitan dan kematian. Tingkat pendapatan di bawah garis kemiskinan dan rendahnya kesempatan memperoleh berbagai fasilitas kesejahteraan sosial akan mempersulit terpenuhinya berbagai keperluan pangan bergizi atau kemampuan untuk mencegah berabagai penyakit sehingga tidak mengherankan apabila di lingkungan miskin, tingkat kematian bayi tinggi. Berbagai macam penyakit mengancam kehidupan masyarakat miskin. Akibatnya usia harapan hidup pendek dan tingkat kematian juga tinggi.[18] Oleh karena itu, pembangunan kesehatan dan gizi harus ditingkatkan khususnya bagi masyarakat miskin agar status kesehatan dan status gizi masyarakat. Peningkatan status kesehatan dan gizi akan meningkatkan kondisi fisik, mental, dan kecerdasan.

Mengingat pentingnya peran pendidikan dan kesehatan, maka pemerintah memasukkan dua unsur ini sebagai elemen utama dalam PKH, selain kesejahteraan sosial. Penggunaan bantuan PKH ditujukan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan. Sementara bantuan PKH diberikan kepada ibu atau perempuan dewasa (nenek, bibi, atau kakak perempuan) yang disebut pengurus keluarga. Hal ini didasarkan pada anggapan pengurus keluarga lebih efektif dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan.

Perubahan sosial masyarakat ditentukan oleh adanya perubahan pada tingkat individu. Demikian juga untuk mengubah kondisi masyarakat miskin perlu perubahan dari masing-masing individu baik dari segi cara berpikir, bersikap maupun budaya. Setiap individu harus menanamkan kesadaran untuk keluar dari jeratan kemiskinan. Budaya malas untuk berusaha, hanya mengandalkan bantuan harus diubah. Terkait hal ini, Enoch Markum menjelaskan bahwa pengentasan kemiskinan tidak

---

[17] Jeffrey D. Sach, *The End of Poverty*, (New York: Penguin Press, 2005), p. 245-265.

semata-mata masalah modal dan ketrampilan teknis, melainkan masalah bagaimana membangkitkan perasaan mampu mengatasi hidup di kalangan orang miskin.[19]

6.5. Peran PKH dalam Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan dan Kesehatan Masyarakat di Kepulauan Banda

Banda merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Maluku Tengah terdiri dari pulau-pulau dikelilingi lautan. Ada 11 pulau di Banda di mana 7 pulau dihuni (Pulau Neira, Pulau Banda Besar, Pulau Ay, Pulau Rhun, Pulau Hatta, Pulau Sjahrir dan Pulau Gunung Api) dan 4 pulau lain tidak berpenghuni (Pulau Manukang, Pulau Nailaka, Pulau Batu Kapal, dan Pulau Karaka). Luas wilayah Banda 172 km^2 dengan jumlah penduduk pada tahun 2016 berkisar 18.996 jiwa dan kepadatan penduduk sebesar 110,44 jiwa per km^2.[20] Penduduk tersebut tersebar di 18 desa. Desa yang paling banyak penduduknya adalah Desa Kampung Baru (2299 jiwa) yang ada di Pulau Neira. Sementara Desa Uring-Tutra yang berada di Pulau Banda Besar memiliki penduduk paling sedikit (363 jiwa). Mata pencaharian mayoritas penduduk Banda adalah nelayan. Pendapatan perkapita nelayan per tahun Rp8.416.426 pada 2015. Sementara jumlah produksi perikanan laut mencapai 13.327,5 ton pada 2016. Angka ini meningkat dibandingkan tahun sebelumnya 2015 yang hanya 16.127,5 ton.

Berdasarkan Peraturan Daerah Rencana Tata Ruang Daerah Wilayah Kabupaten Maluku Tengah, Banda merupakan kawasan strategis dengan pengembangan kelautan dan perikanan, pendidikan tinggi,

---

[18] E. Salim, *Pembangunan Ekonomi dan Pemerataan,* (Jakarta: Idayu, 1980).

[19] Enoch Markum, dikutip oleh Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan Di Indonesia: Dampak Pada Tujuh Rumah Tangga Miskin di Tujuh Provinsi*(Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 43.

[20] *Kecamatan Banda Dalam Angka 2017,* (Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah, 2018).

sarana kesehatan (RSU Tipe C), dan pariwisata.[21] Namun demikian, letak geografis Banda yang dikelilingi lautan seringkali menyebabkan akses ke pusat pertumbuhan belum memadai. Jarak ke ibukota kabupaten cukup jauh sekitar 472 km dan dapat ditempuh menggunakan transportasi laut dengan waktu tempuh sekitar 7 jam. Hal ini berpengaruh pada keadaan sosial ekonomi masyarakatnya. Perkembangan ekonomi di Banda lebih lambat dibandingkan daerah daratan. Sebagian penduduk masih hidup dalam kemiskinan. Jumlah kemiskinan di Banda secara pasti belum ada data lengkapnya. Namun tingkat kemiskinan di Maluku Tengah pada tahun 2016 mencapai 21,68% dengan garis kemiskinan 405,118.[22]

Dalam lima tahun terakhir (2011-2016), jumlah kemiskinan terus menurun, kecuali di tahun 2015, jumlah kemiskinan meningkat. Kemiskinan di Maluku Tengah cukup tinggi dan di atas kemiskinan nasional. Untuk lebih jelasnya akan ditunjukkan dalam tabel 1 berikut.

Tabel 6.1. Jumlah Kemiskinan di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2011-2016

Tahun	Garis Kemiskinan	Penduduk Miskin	
		Jumlah	Prosentase
2011	296,02	94.107	25,20
2012	326,12	88.100	24,05
2013	355,24	81.400	22,15
2014	362,54	79.296	21,42
2015	391,011	81.430	22,10
2016	405,118	80.280	21,68

Sumber: Kabupaten Maluku Tengah Dalam Angka 2017, BPS Kabupaten Maluku Tengah

[21] Adil M. Firdaus, Julham MS. Pelupessy, dan Jimmi RP. Tampubolon, "Strategi Penyelesaian Masalah Sosial Ekonomi Masyarakat Pesisir di Kepulauan Banda Neira, Kabupaten Maluku Tengah", *Jurnal Sosial Ekonomi Kelautan dan Perikanan,* Vol. 11 No. 1 (2016), hlm. 59.

[22] *Kecamatan Banda Dalam Angka 2017,* (Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah, 2017).

Mengingat jumlah penduduk yang hidup dalam kemiskinan cukup besar, maka pemerintah menggulirkan program perlindungan sosial berupa bantuan PKH. Kecamatan Banda mulai mendapat bantuan PKH tahun 2014. Jumlah penerima PKH saat itu 162 peserta yang tersebar ke 18 desa di Kecamatan Banda. Desa Pulau Ay merupakan penerima PKH terbanyak, yakni 51 orang, sedangkan Kampung Baru hanya terdapat 1 peserta PKH. Dari 18 desa yang ada, Desa Dwiwarna belum mendapat PKH pada tahun 2014. Kondisi ini juga terjadi pada tahun 2016. Baru tahun 2018, masyarakat Desa Dwiwarna mendapatkan bantuan PKH, yakni 23 peserta. Setiap tahun penerima PKH semakin meningkat. Dari 162 peserta tahun 2014 menjadi 829 peserta pada tahun 2018. Kondisi ini hampir merata ke seluruh desa. Sampai tahun 2018, total peserta PKH di Kecamatan Banda sebanyak 1153 peserta, di mana Pulau Ay tetap mendapatkan bantuan PKH terbanyak dibandingkan desa lain dalam satu kecamatan, yakni sebanyak 187 peserta. Sementara di Desa Dender hanya terdapat 13 peserta PKH. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2 berikut.

Tabel 6.2. Jumlah Peserta PKH Kecamatan Banda Tahun 2014-2018

No.	Nama Desa	Peserta			Total Per Desa
		2014	2016	2018	
1.	Combir	5	7	26	38
2.	Dender	2	2	9	13
3.	Selamon	18	9	33	60
4.	Kampung Baru	1	5	76	82
5.	Lonthor	15	14	127	156
6.	Pulau Hatta	2	16	47	65
7.	Uring-Tutra	8	8	20	36
8.	Lautang	11	1	31	43
9.	Waer	6	10	31	43
10.	Pulau Rhun	12	15	48	75
11.	Rajawali	2	1	34	37
12.	Merdeka	2	2	26	30
13.	Pulau Ay	51	21	115	187
14.	Tanah Rata	7	10	33	50
15.	Nusantara	11	10	68	89
16.	Boiyauw	2	5	33	40

17.	Dwiwarna	0	0	23	23
18.	Wailing Spanciby	7	26	49	82
Total Per Tahun Pengembangan		**162**	**162**	**829**	**1153**

Sumber: Hasil wawancara dengan pendamping PKH Kecamatan Banda, tanggal 25 Maret 2018.

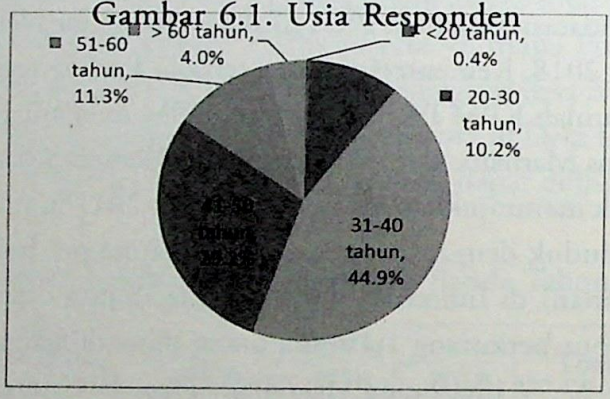
Peningkatan jumlah KPM PKH setiap tahunnya menimbulkan pertanyaan, yaitu apakah jumlah masyarakat miskin di Kecamatan Banda semakin meningkat setiap tahunnya sehingga KPM terus bertambah atau proses pendataan KPM semakin baik sehingga semakin mampu menjaring masyarakat miskin sampai ke daerah kepulauan yang sulit dijangkau. Pendataan penerima PKH dilakukan langsung oleh pemerintah pusat. Tahun 2018, Kementerian Sosial sebagai *leading sector* dari PKH meluaskan jumlah KPM PKH dari 6 juta KPM menjadi 10 juta KPM. Menurut Idrus Marham, saat masih menjabat Menteri Sosial, data Badan Pusat Statistik menunjukkan hingga September 2017 jumlah penduduk miskin (penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan) di Indonesia mencapai 26,58 juta orang (10,12%). Jumlah tersebut berkurang 1,19 juta orang dibandingkan Maret 2017 yang sebesar 27,77 juta orang (10,64%). Data BPS tersebut menjadi bukti efektivitas PKH dalam membantu keluarga kurang beruntung di Indonesia. Pemerintah semakin yakin perluasan penerima bantuan nontunai akan semakin menekan angka kemiskinan dan gini ratio.[23]

Dari 1153 KPM PKH di Banda, penelitian ini mengambil sampel 275 responden yang tinggal di 15 desa di Kecamatan Banda, yaitu 6 desa yang berada di Pulau Neira (Nusantara, Dwiwarna, Merdeka, Kampung Baru, Tanah Rata, dan Rajawali), dan9 desa di Pulau Banda Besar (Lonthoir, Waling-Spanciby, Selamon, Boiyau, Combir, Waer, Uring-Tutra, Lautang, Dender). Responden mempunyai latar belakang yang bervariasi. Dari segi usia, responden umumnya berusia 31-40

[23]"Saat Ini Prosedur Penetapan PKH Diperketat", (https://nasional.sindonews.com/read/1282049/15/prosedur-penetapan-pkh-diperketat-1518590698, diakses 28 Agustus 2018).

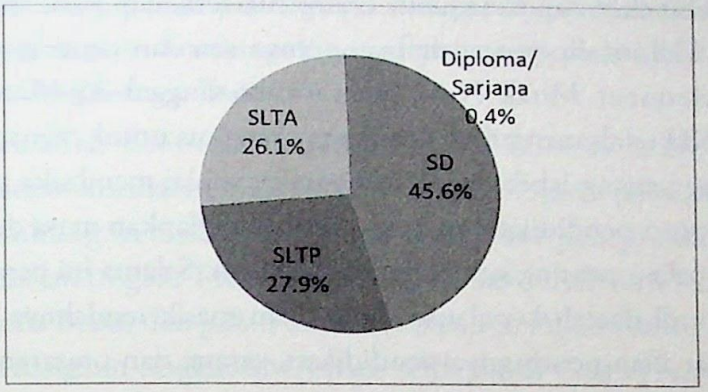
tahun, yakni sebanyak 44,9%. Disusul usia 41-50 tahun sebanyak 29,2%. Hal ini diindikasi KPM PKH mempunyai persyaratan tertentu yang salah satunya adalah mempunyai anak usia 0 sampai 5 tahun, dari komponen kesehatan dan anak SD/MI atau sederajat, anak SMP/MTs atau sederajat, anak SMA/MA atau sederajat, dan anak usia 6 (enam) sampai dengan 21 (dua puluh satu) tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 (dua belas) tahun, dari komponen pendidikan. Karena itu, mayoritas responden yang memenuhi persyaratan tersebut adalah berusia 31-40 tahun. Namun demikian, dari komponen kesejahteraan sosial, terdapat pula responden yang berusia lanjut usia, yakni sebanyak 4%.

Gambar 6.1. Usia Responden



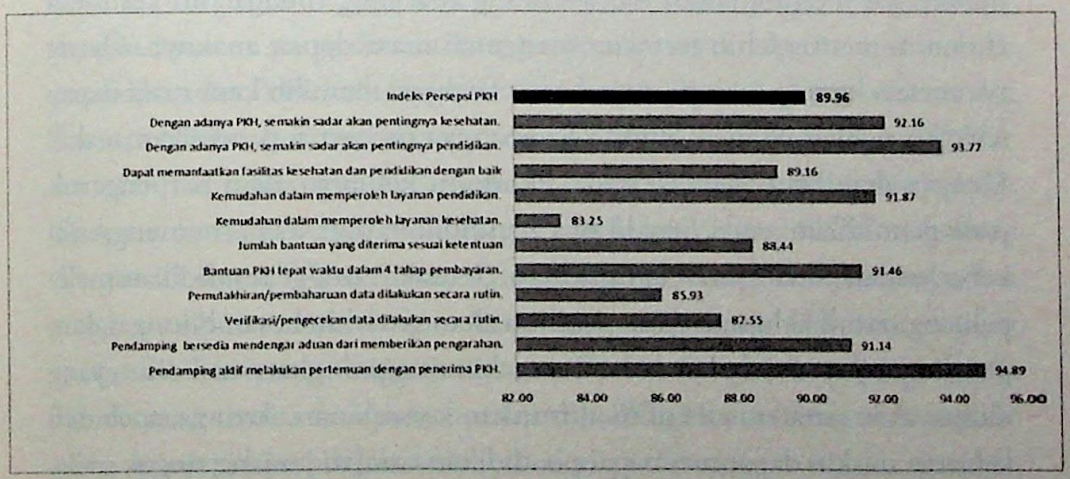
Dari status pernikahan, tampak bahwa responden sebagian besar menikah(91,6%). Sisanya adalah responden berstatus janda dan lajang, masing-masing sebanyak 8% dan 0,4%. Minoritas responden ini masuk dalam kategori peserta lanjut usia di PKH. Sementara tingkat pendidikan mayoritas responden adalah SD, yakni 45,6%. Responden dengan tingkat pendidikan SLTP dan SLTA hampir merata, yakni 27% untuk tingkat SMP, dan 26,1% untuk tingkat SMA. Hal ini mengindikasikan bahwa KPM PKH sebagian besar masih berpendidikan rendah. Kemungkinan hal tersebut disebabkan sebaran sekolah masih belum merata dan lokasi sekolah jenjang tertentu hanya terdapat di satu Pulau Besar. Akibatnya, untuk mencapai sekolah tersebut perlu biaya dan waktu yang tidak sedikit. Untuk lebih jelasnya tentang pendidikan responden Banda akan ditunjukkan pada gambar 2 berikut.

Gambar 6.2. Pendidikan Responden



Secara keseluruhan KPM di Kecamatan Banda sangat mendukung PKH. Hal ini terlihat dari persepsi masyarakat terhadap PKH dari segi perubahan pola pikir terhadap pendidikan dan kesehatan, kemudahan akses terhadap pelayanan pendidikan dan kesehatan, penyaluran dan kesesuaian bantuan, proses pendataan, dan segi peran pendamping cukup tinggi seperti ditunjukkan grafik 1, yakni 89,96%.

Grafik 6.1. Persepsi Responden Terhadap PKH di Kecamatan Banda



Bantuan PKH cukup berperan dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan KPM.Sejak menerima PKH, responden semakin menyadari akan pentingnya pendidikan. Grafik 1 menunjukkan bahwa kesadaran

KPM PKH terhadap pentingnya pendidikan mencapai 93,77%. Artinya, *mindset* dan kesadaran orang tua terhadap pendidikan telah berubah. Hal ini dipertegas dengan pernyataan dari pendamping PKH Banda. Menurut Mbak Novi (wawancara tanggal 25 Maret 2018), adanya PKH telah mengubah kesadaran orang tua untuk menyekolahkan anaknya ke jenjang lebih tinggi. Masyarakat mulai membuka pikirannya bahwa dengan pendidikan, mereka dapat menyiapkan masa depan anak dan yang paling penting keluar dari kemiskinan. Selama ini permasalahan pendidikan di daerah kepulauan disebabkan masih rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya pendidikan, sarana dan prasarana sekolah belum memadai serta jarak sekolah dengan rumah siswa. Akibatnya, kondisi pendidikan di daerah kepulauan masih cukup memprihatinkan. Masih banyak anak usia sekolah yang tidak mengenyam pendidikan. Banyak juga anak-anak yang putus sekolah baik karena faktor ekonomi (kemiskinan) maupun akses ke sekolah cukup sulit sedangkan sarana transportasi belum memadai.

Kemiskinan secara tidak langsung akan memengaruhi *mindset* orang tua terhadap pendidikan anaknya. Hasil penelitian Galambos dan Silbereisen menunjukkan bahwa orang tua yang mengalami kesulitan ekonomi merasa lebih tertekan mengenai masa depan anaknya. Orang tua merasa kurang mampu membantu anaknya memilih karir masa depan sehingga cenderung menurunkan harapannya mengenai pendidikan anak.[24] Dengan demikian, kondisi sosial ekonomi keluarga akan berpengaruh pada pendidikan anak. Sebaliknya pendidikan juga akan memengaruhi keberhasilan penanganan kemiskinan. Semakin tinggi pendidikan maka peluang untuk keluar dari kemiskinan akan semakin besar. Njong dalam penelitiannya menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan yang dicapai akan semakin efektif menurunkan kemiskinan. Artinya, anak dari keluarga miskin dapat mencapai pendidikan sampai jenjang tinggi, maka

---

[24] N.L. Galambos & R.K. Sibereisen, dikutip oleh Alaiya Choiril Mufidah, "Hubungan Antara Dukungan Sosial Terhadap Resiliensi Pada Mahasiswa Bidikmisi dengan Mediasi Efikasi Diri", *Jurnal Sains Psikologi*, Jilid 6, No. 2, November 2017, hlm. 68-74.

hal ini secara tidak langsung akan membantu upaya penurunan kemiskinan.[25] Oleh karena itu, tumbuhnya kesadaran akan pentingnya pendidikan dalam diri responden akan berdampak positif pada terpenuhinya kebutuhan pendidikan anak-anak Banda.

Pemenuhan kebutuhan pendidikan di Banda selain dengan meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pendidikan, juga perlu didukung ketersediaan sarana dan prasarana pendidikan. Di Banda, sekolah tingkat TK, SD dan SMP sudah tersebar di Pulau Neira, Pulau Banda Besar, dan pulau terluar (Pulau Ay, Pulau Rhun, dan Pulau Hatta), sedangkan tingkat SMA baru terdapat di Pulau Neira. Adapun jumlah TK ada 9 sekolah, SD 23 sekolah, SMP berjumlah 13 sekolah, dan SMA/MA hanya ada 5 sekolah. Jumlah murid terbanyak ada di jenjang SD yakni 2580 murid dengan 109 guru. Sementara pada tingkat SMP dari 13 sekolah yang ada, murid berjumlah 1624 dengan 74 guru, dan murid SMA di Banda berjumlah 1036 dengan 42 guru.[26] Masing-masing guru mengajar 22 sampai 25 murid. Di Pulau Neira juga sudah ada 2 perguruan tinggi yang berbentuk sekolah tinggi dan politeknik namun pilihan jurusan di perguruan tinggi tersebut masih terbatas. Perguruan tinggi tersebut adalah Sekolah Tinggi Hatta-Sjahrir dengan jurusan yang ditawarkan perikanan serta keguruan dan ilmu pendidikan dan Politeknik Negeri Banda dengan jurusan manajemen sumber daya perairan dan budidaya perairan. Sekolah Tinggi Hatta-Sjahrir mempunyai mahasiswa sebanyak 392 orang dengan dosen berjumlah 56 dosen. Sementara Politeknik Negeri Banda hanya memiliki 48 mahasiswa dengan 13 dosen.[27] Keterbatasan jurusan yang ditawarkan oleh perguruan tinggi tersebut terkait dengan keminatan mahasiswa di Banda, kondisi geografis, dan pasar kerja yang ada. Sesuai dengan kondisi geografis Banda yang terdiri dari pulau-pulau dikelilingi lautan luas, maka sektor yang menjanjikan adalah kelautan dan perikanan.

---

[25] A.M. Njong, "The Effect Of Educational Attainment On Poverty Reduction In Cameroon", *Journal Of Education Administration and Policy Studies*, 2 (1), 2010, p. 1-8.

[26] *Kecamatan Banda dalam Angka 2017,* (Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah, 2018).

[27] Ibid.

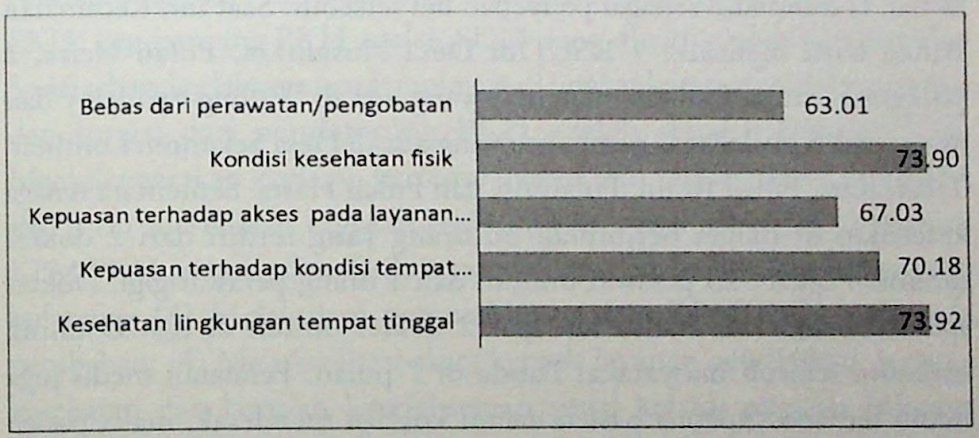
Dari kondisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa di Banda semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin berkurang jumlah sekolah yang ada. Demikian juga Angka Partisipasi Sekolah pada tingkat SD paling tinggi dibandingkan tingkat SMP dan SMA. Hal ini diindikasi SMP dan SMA belum tersedia di setiap pulau sedangkan jarak antarpulau harus ditempuh dengan transportasi laut yang berarti biaya tambahan yang harus dikeluarkan orang tua. Selain itu, semakin tinggi tingkat pendidikan, akan semakin tinggi pula biaya pendidikan yang harus dikeluarkan. Hal ini menjadi pertimbangan orang tua ketika anak-anaknya akan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Oleh karena itu, adanya PKH cukup membantu pemenuhan kebutuhan pendidikan anak. PKH perlu bersinergi dengan bantuan pendidikan lain seperti Bantuan Operasional Sekolah, Bantuan Siswa Miskin, dan beasiswa bagi mahasiswa dari keluarga miskin yang berprestasi untuk mempercepat peningkatan pendidikan.

Tumbuhnya kesadaran responden akan pentingnya pendidikan diikuti munculnya kesadaran akan kesehatan dalam diri responden. Grafik 1 menunjukkan bahwa kesadaran responden akan pentingnya kesehatan sejak ada PKH mempunyai angka yang cukup tinggi, yakni 92,16%. Artinya, mayoritas responden mulai sadar akan pentingnya kesehatan keluarga. Responden mulai memanfaatkan layanan kesehatan dengan mendaftarkan ke fasilitas kesehatan terdekat. Menurut Mbak Novi, pendamping PKH Banda (wawancara tanggal 25 Maret 2018), masyarakat penerima PKH antusias untuk mengikuti sosialisasi program dan pertemuan seputar masalah kesehatan. Kehadiran mereka cukup tinggi dalam setiap pertemuan. Ibu hamil yang sebelum menerima PKH malas untuk memeriksakan kehamilan dengan berbagai alasan menjadi rutin ke fasilitas kesehatan. Sesuai persyaratan penerima PKH harus memeriksakan kehamilannya di bidan minimal 4 kali selama hamil. Prosentase kelahiran di fasilitas kesehatan juga meningkat sejak masyarakat menerima PKH. Demikian juga dalam hal pemeriksaan kesehatan ibu dan anak setelah melahirkan mengalami kemajuan. Ibu yang mempunyai balita sekarang lebih memperhatikan kesehatan anaknya. Hal ini terlihat

dari absensi kehadiran mereka ke pos yandu yang semakin meningkat. Pada 2015, jumlah balita yang ditimbang termasuk balita dari KPM mencapai 1530 orang yang tersebar di 24 pos yandu. Jumlah ini setiap tahunnya semakin meningkat seiring dengan peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan anak. Rata-rata balita tersebut mempunyai status gizi normal mencapai 95,9% dari seluruh balita yang ada.[28] Dari pengakuan Ibu Andila Novita, ketua kelompok KPM Desa Kampung Baru, bantuan sosial yang diterima digunakan untuk membeli makanan bergizi untuk keluarga dan keperluan sekolah anak seperti sepatu dan seragam sekolah baru.

Peran PKH dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan juga dapat dilihat dari kualitas kesehatan responden seperti ditunjukkan dalam grafik 2 berikut.

Grafik 6.2. Indeks Kualitas Kesehatan Responden



Grafik 2 menunjukkan bahwa kondisi kesehatan fisik responden secara umum baik, yakni 73,90%. Responden juga jarang ke fasilitas kesehatan untuk berobat atau menjalani perawatan. Hal ini bisa dilihat dari kebutuhan responden terhadap pemeriksaan atau pengobatan 63,01%. Artinya, masyarakat penerima PKH di Banda diindikasikan jarang sakit. Karena perilaku malas untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan akan memengaruhi bantuan yang mereka terima. Dengan

[28] Ibid.

demikian, persyaratan komponen kesehatan terbukti mampu mendorong KPM PKH untuk menjaga kesehatannya. Persepsi responden terhadap kesehatan lingkungan tempat tinggal juga cukup tinggi mencapai 73,92%. Responden juga cukup puas terhadap kondisi lingkungan tempat tinggalnya, ditunjukkan dari persepsinya terkait hal tersebut mencapai 70,18%. Sejak menerima bantuan PKH, kualitas kesehatan responden semakin meningkat. Selain muncul kesadaran akan pentingnya kesehatan, responden juga mulai memperhatikan kesehatan diri maupun lingkungannya.

Terpenuhinya kebutuhan kesehatan KPM dipengaruhi akses ke pelayanan kesehatan. Grafik 2 menunjukkan bahwa kepuasan responden terhadap layanan kesehatan mencapai 67,03%. Apabila dibandingkan dengan kepuasan responden terhadap pelayanan pendidikan, angka ini terbilang masih rendah. Ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan di Banda diindikasi sebagai penyebab hal tersebut. Saat ini, Kecamatan Banda baru memiliki 1 RSUDdi Desa Nusantara, Pulau Neira, 2 puskesmas tanpa fasilitas menginap yang ada di Walling-Spanciby dan Waer serta 6 puskesmas pembantu yang ada di Desa Selamon, Lonthoir, Tanah Rata, Pulau Rhun, Pulau Ay, dan Pulau Hatta. Sementara tenaga kesehatan di Banda berjumlah 30 orang yang terdiri dari 2 dokter umum, 4 bidan, 23 perawat umum, dan 1 orang perawat gigi. Dokter spesialis belum ada hanya terdapat 2 dokter umum di RSUD untuk melayani seluruh masyarakat Banda di 7 pulau. Peralatan medis juga masih terbatas. Apabila pasien dalam kondisi mendesak, maka pasien tersebut dibawa ke rumah sakit besar di ibukota provinsi. Sementara akses ke ibu kota provinsi seringkali menyulitkan pasien karena transportasi terbatas, biaya cukup besar, dan waktu tempuh yang cukup lama. Dari segi kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana kesehatan, ketersediaan sarana prasarana kesehatan di Banda masih belum memadai. Hal ini yang perlu mendapat perhatian serius dari pemerintah. Karena akan memengaruhi status kesehatan masyarakat Banda.

Peran PKH dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kesehatan, didukung oleh pendamping PKH. Pendamping PKH memiliki kedudukan sebagai mitra pemerintah dan mitra masyarakat sehinga dituntut untuk menjembatani berbagai kepentingan yang datang dari pemerintah maupun kepentingan masyarakat.Di Kecamatan Banda, terdapat 5 orang pendamping PKH yang mendampingi 1153 KPM dalam mengimplementasikan tujuan dari PKH. Masing-masing pendamping bertugas mendampingi KPM di tiga sampai empat desa dengan jumlah yang disesuaikan enam aspek, yaitu kondisi topografi, jumlah lokasi dampingan, jumlah fasilitas kesehatan dan pendidikan, waktu tempuh rata-rata ke faslitas kesehatan dan pendidikan, serta alat transportasi yang digunakan pendamping. Terkait peran pendamping PKH di Banda, grafik 1 menunjukkan bahwa persepsi responden penelitian terhadap pendamping menempati urutan tertinggi, yakni 94,89%. Artinya, pendamping PKH di Kecamatan Banda mempunyai peran besar dalam PKH. Pendamping PKH adalah SDM yang direkrut oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana pendampingan di tingkat kecamatan. Adapun tugas dan fungsi dari pendamping PKH adalah sebagai berikut:[29] (1) Menyelengarakan kegiatan pertemuan awal dan validasi data calon KPM PKH; (2) Melakukan kegiatan verifikasi komitmen kehadiran komponen KPM PKH pada layanan fasilitas pendidikan dan fasilitas kesehatan setiap bulannya; (3) Melakukan pemutakhiran data KPM PKH setiap ada perubahan; (4) Memfasilitasi akses kepada layanan pendidikan, layanan kesehatan dan layanan kesejahteraan sosial kepada anggota keluarga KPM PKH; (5) Memfasilitasi dan melakukan penanganan masalah dan pengaduan KPM PKH; (6) Melakukan pendampingan KPM PKH untuk pemenuhan komitmen dan kewajiban kehadiran pada layanan fasilitas pendidikan dan fasilitas kesehatan sesuai dengan ketentuan; (7) Melakukan kegiatan pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (P2K2) setiap bulan untuk tujuan perubahan perilaku di bidang pendidikan, perlindungan anak, kesehatan, ekonomi dan kesejahteraan sosial yang lebih baik bagi seluruh

[29] "Tugas dan Fungsi Pendamping Sosial", (http://keluargaharapan.com/berikut-ini-kami-sampaikan-tugas-dan-fungsi-pendamping-sosial/, diakses 21 Agustus 2018).

KPM PKH; (8) Melakukan mediasi, fasilitasi dan advokasi kepada KPM PKH untuk mendapatkan bantuan PKH dan bantuan dari program-program komplementer, meliputi KKS, KIS, KIP, KUBE/UEP, RASTRA, Rumah Tinggal Layak Huni, Subsidi Energi, serta bantuan dari program komplementer lainnya.

Kelima orang pendamping PKH Banda rutin melakukan pemutakhiran dan verifikasi data KPM PKH sebagaimana ditunjukkan grafik 1. Persepsi responden terhadap proses pemutakhiran dan verifikasi data oleh pendamping PKH mencapai 85,93% dan 87,55%. Artinya, proses pendataan terhadap KPM PKH rutin dilakukan oleh para pendamping PKH. Di Banda, verifikasi dan pemutakhiran data dilakukan oleh pendamping PKH setiap tiga bulan sekali. Selain rutin melakukan verifikasi data, pendamping PKH juga aktif melakukan pertemuan dengan KPM sebagaimana ditunjukkan grafik 1. Dalam grafik 1, persepsi KPM PKH tehadap pendamping yang rutin melakukan pertemuan mencapai 94,89%, sedangkan persepsi terhadap pendamping selalu mendengar aduan dan memberi pengarahan bagi KPM PKH juga cukup tinggi, yakni 91,14%. Pertemuan kelompok KPM PKH dilaksanakan setiap bulan sekali. Pertemuan ini merupakan sarana bagi KPM untuk menyampaikan permasalahan dan mencari penyelesaian bersama, monitoring pengawasan batuan, dan melihat komitmen KPM yang telah dibangun bersama. Materi dalam setiap pertemuan bervariasi tergantung dari kebutuhan KPM.

Pada tahun kelima kepesertaan PKH akan dilakukan resertifikasi yaitu pendataan ulang dan evaluasi status sosial ekonomi peserta PKH. Peserta PKH yang sudah tidak memenuhi syarat, dinyatakan graduasi dan berakhir masa kepesertaannya. Peserta PKH yang kondisinya masih miskin dan masih memenuhi persyaratan akan memasuki masa transisi. Pada masa transisi, peserta PKH diwajibkan mengikuti kegiatan *Family Development Session* (FDS). FDS mempunyai tujuan utama meningkatkan kemampuan keluarga. Secara lebih rinci, tujuan dari FDS adalah sebagai berikut: 1) Meningkatkan pengetahuan praktis mengenai kesehatan, pendidikan,

ekonomi, dan kesejahteraan keluarga; 2) Meningkatkan kesadaran akan hak dan kewajiban sebagai anggota masyarakat; 3) Menjaga dan memperkuat perubahan perilaku positif terkait pendidikan, kesehatan, ekonomi, dan kesejahteraan keluarga; 4) Meningkatkan keterampilan orang tua dalam bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi, dan kesejahteraan keluarga; 5) Meningkatkan kemampuan peserta untuk mengenali potensi yang ada pada diri dan lingkungannya agar dapat digunakan dalam peningkatan kesejahteraan keluarga dan masyarakat; 6) Memberikan pemahaman kepada peserta untuk menemukan potensi lokal agar dapat dikembangkan secara ekonomi.[30]

FDS mulai diuji coba tahun 2015. Tahun 2016 FDS mulai dilaksanakan di kabupaten/kota peserta PKH tahun 2007. Di Kecamatan Banda, FDS sudah mulai dilaksanakan dan tidak hanya ditujukan bagi peserta PKH yang dalam masa transisi tetapi bagi semua peserta PKH. Kemungkinan hal ini disebabkan PKH di Banda baru dimulai tahun 2014, sehingga sampai dengan tahun 2018 belum memasuki tahun kelima. FDS dilakukan sesuai pedoman dari Kementerian Sosial yang telah mereka pelajari secara otodidak. Hal ini disebabkan pendamping PKH Banda belum pernah diikutsertakan dalam pelatihan FDS.

FDS digunakan sebagai sarana belajar seputar kesehatan, pendidikan, pengelolaan keluangan keluarga, dan cara pengasuhan anak. Untuk itu perlu kesepakatan bersama antara pendamping dan peserta dalam menentukan jadwal karena hal tersebut akan memengaruhi kuantitas dan kualitas pelaksanaan FDS. Setiap kelompok diskusi terdiri dari 15-20 orang peserta PKH yang tinggal berdekatan dan didampingi oleh 1 pendamping. Kegiatan dilakukan secara interaktif-partisipatif (tidak satu arah). Adapun materi FDS sesuai pedoman umum PKH dari Kementerian Sosial adalah sebagai berikut: bidang kesehatan (peningkatan gizi keluarga, pelayanan ibu hamil dan nifas, pelayanan bayi dan remaja dan perilaku hidup bersih dan sehat); bidang pendidikan (menjadi orang tua hebat, memahami

---

[30] *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan (PKH)* (Jakarta: Dirjen Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial, 2013), hlm. 25-26.

perilaku dan belajar anak usia dini, menigkatkan perilaku baik anak, bermain sebagai cara anak belajar, meningkatkan kemampuan bahasa anak, membantu anak sukses di sekolah); bidang ekonomi (pengelolaan keuangan keluarga, tabungan dan kredit, UMKM, kewirausahaan, pemasaran); dan bidang perlindungan anak (pengetahuan seputar perlindungan anak, hak anak termasuk anak berkebutuhan khusus, pencegahan kekerasan dalam rumah tangga, dan perlindungan ibu).[31]

Pelaksanaan FDS secara perlahan mengubah perilaku dan pola pikir peserta. Persoalan ketidaksepakatan dalam mengalokasikan bantuan dalam keluarga, sedikit demi sedikit dapat diatasi. Karena saat ini, pola pikir KPM mulai sejalan dengan tujuan pemerintah terkait PKH. Demikian juga dalam perilaku bidang kesehatan dan pendidikan. KPM yang pada awalnya rutin ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan karena takut bantuannya dihentikan, setelah beberapa tahun mulai muncul kesadaran akan pentingnya pendidikan dan kesehatan. Persepsi KPM PKH terhadap bantuan PKH telah memengaruhi pembentukan perilaku mereka. KPM bertindak dan berperilaku dalam suatu situasi karena dari tindakannya tersebut dipandang dapat memperoleh tujuan yang dipersepsikannya.[32] Tujuan tersebut adalah memperoleh bantuan tunai, sedangkan perilakunya didasarkan pada persyaratan untuk bisa memperoleh bantuan PKH. Rutinitas tersebut dengan sendirinya akan mengubah perilaku dan pola pikir mereka menjadi suatu kebiasaan positif. Dengan demikian, persyaratan untuk dapat bantuan PKH ternyata cukup efektif untuk menyadarkan masyarakat penerima PKH berperilaku tertentu agar dapat keluar dari kemiskinan. Meskipun persyaratan tersebut bersifat memaksa namun untuk tujuan tertentu, hal ini bermanfaat. Di luar manfaat tersebut, kebersyaratan dari PKH akan berdampak negatif apabila tidak didukung oleh sistem data yang akurat. Salah satu dampak tersebut adalah kecemburuan sosial karena belum semua keluarga yang

---

[31] "Apa itu Family Development Session (FDS) Program Keluarga Harapan dan Manfaatnya", (http://keluargaharapan.com/apa-itu-family-development-session-fds-program-keluarga-harapan-dan-manfaat-nya/, diakses 24 Agustus 2018).

[32] Kurt Lewis, dikutip oleh Togiaratua Nainggolan dkk, *Program Keluarga Harapan Di Indonesia: Dampak Pada Tujuh Rumah Tangga Miskin di Tujuh Provinsi*(Jakarta: P3KS Press, 2012), hlm. 102.

masuk kategori sangat miskin memperoleh bantuan PKH. Dalam kasus ini, pendamping PKH harus mampu menjelaskan dengan baik untuk mencegah meluasnya kecemburuan sosial dalam masyarakat.

Sebagai bagian dari proses evaluasi kegiatan, pendamping akan membuat laporan kegiatan KPM PKH. Laporan inilah yang akan dijadikan bahan evaluasi terkait pelaksanaan PKH di lapangan. Laporan ini merupakan salah satu kegiatan rutin pendamping selain mendampingi peserta PKH. Melalui laporan ini, pendamping dapat mengidentifikasi pelaksanaan PKH di lapangan dan mengidentifikasi permasalahan yang terjadi sekaligus mencari solusinya. Selain itu, laporan dapat digunakan untuk mengevaluasi partisipasi KPM dalam menjalankan kewajibannya sebagai KPM dan mengawasi penyaluran bantuan PKH di masyarakat.

Secara keseluruhan, PKH di Kecamatan Banda cukup berperan dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kesehatan penerimanya. Hal ini terlihat dari pencapaian target dalam pelaksanaan PKH, yakni terbantunya masyarakat sangat miskin dalam memenuhi kebutuhan hidup berkaitan dengan pendidikan anak dan kesehatan ibu dan balita. Sebagian KPM menyatakan bahwa uang PKH yang diterima diperuntukkan bagi kebutuhan anak sekolah sepertimembeli seragam dan sepatu sekolah, dan sebagian lagi untuk membeli susu dan daging sebagai upaya peningkatan gizi anak. Adanya sepatu dan seragam baru akan lebih memotivasi anak untuk pergi ke sekolah. Selain itu, PKH mempunyai program yang ditujukan untuk anak-anak berprestasi. Di setiap kabupaten, Menteri Sosial memberikan bonus berupa tabungan kepada anak-anak berprestasi dari keluarga KPM PKH. Masing-masing anak diberikan uang tabungan sebesar 250 ribu, tas dan alat tulis. Hal ini menjadi motivasi tersendiri bagi anak-anak peserta PKH untuk berprestasi dalam pendidikan. Isu adannya penyimpangan penggunaan uang PKH untuk membeli rokok sangat minim. Hal ini ditegaskan oleh beberapa ibu penerima PKH yang menuturkan bahwa suami mereka tidak pernah meminta jatah uang rokok dari dana PKH yang diterima. Saat ini pelaksanaan PKH di Banda telah menunjukkan peningkatan status pendidikan dan status gizi ibu

hamil dan balita. Demikian juga dengan angka partisipasi sekolah wajib belajar juga mengalami peningkatan (wawancara dengan Mbak Novi, pendamping PKH Banda, tanggal 25 Maret 2018).

6.6. Penutup

PKH sangat berperan dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kesehatan di Banda. Hasil penelitian menunjukkan kesadaran KPM PKH akan pentingnya pendidikan dan kesehatan meningkat sejak mereka mendapat bantuan PKH. PKH telah mengubah pola pikir dan perilaku penerimanya ke arah positif. Persepsi KPM terhadap bantuan PKH telah memengaruhi pembentukan perilaku mereka. KPM yang pada awalnya rutin ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan karena takut bantuannya dihentikan, setelah beberapa tahun mulai muncul kesadaran akan pentingnya pendidikan dan kesehatan. Rutinitas tersebut dengan sendirinya akan mengubah perilaku dan pola pikir mereka menjadi suatu kebiasaan positif. Saat ini pelaksanaan PKH diKecamatan Banda telah menunjukkan peningkatan status pendidikan dan status gizi ibu hamil dan balita. Demikian juga dengan angka partisipasi wajib belajar juga mengalami peningkatan.

Mengingat besarnya peran PKH dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kesehatan, maka perlu ada progam keberlanjutan dari PKH sehingga peserta PKH yang telah *graduate* mampu mandiri melepaskan diri dari kemiskinan. Selain itu, agar akses KPM terhadap layanan pendidikan dan kesehatan lebih bermanfaat, maka pemerintah khususnya pemerintah daerah didorong untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana penunjang layanan tersebut. Terakhir, data kemiskinan nasional yang terintegrasi dan *real time* menjadi kebutuhan mendesak dalam mendukung program-program penanganan kemiskinan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Firdaus, Adil M.: Julham MS. Pelupessy; dan Jimmi RP. Tampubolon. (2016). "Strategi Penyelesaian Masalah Sosial Ekonomi Masyarakat Pesisir di Kepulauan Banda Neira, Kabupaten Maluku Tengah", *Jurnal Sosial Ekonomi Kelautan dan Perikanan,* Vol. 11 No. 1, 2016, hlm. 55-74.

Mufidah, Alaiya Choiril. (2017). "Hubungan Antara Dukungan Sosial Terhadap Resiliensi Pada Mahasiswa Bidikmisi dengan Mediasi Efikasi Diri", *Jurnal Sains Psikologi,* Jilid 6, No. 2, November 2017, hlm. 68-74.

Nainggolan, Togiaratua dkk. (2012). *Program Keluarga Harapan Di Indonesia: Dampak Pada Tujuh Rumah Tangga Miskin di Tujuh Provinsi.* Jakarta: P3KS Press.

Njong, A.M.. (2010). "The Effect Of Educational Attainment On Poverty Reduction In Cameroon", *Journal Of Education Administration and Policy Studies.* 2 (1), 2010, p. 1-8.

Remi, Sutyastie Soemitro dan Prijono Tjiptoherijanto. (2002). *Kemiskinan dan Ketidakmerataan di Indonesia.* Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Sach, Jeffrey D. (2005). *The End of Poverty.* New York: Penguin Press.

Salim, E. (1980). *Pembangunan Ekonomi dan Pemerataan.* Jakarta: Idayu.

Sen, Amartya Kumar. (2000). *Development as Freedom.* New York: Anchor Books.

Soekanto, Soerjono. (2012). *Sosiologi Suatu Pengantar.* Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Suharto, Edi. (2005). *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat: Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial.* Bandung: Refika Aditama.

Suharto, Edi. et al. (2006). *Strengthening Social Protection System in ASEAN.* Ireland: GDSI.

Virgoreta, Dyah Ayu, Ratih Nur Pratiwi dan Suwondo. (2015). "Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat (Studi Pada Desa Beji Kecamatan Jenu Kabupaten Tuban)", *Jurnal Administrasi Publik,* Vol. 3, No. 1 (2015), hlm. 1-6.

_____. (2013). *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan (PKH).* Jakarta: Dirjen Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial.

_____. (2017). *Maluku Tengah dalam Angka 2017.* Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah.

Lain-Lain

"Apa itu Family Development Session (FDS) Program Keluarga Harapan dan Manfaatnya". (http://keluargaharapan.com/apa-itu-family-development-session-fds-program-keluarga-harapan-dan-manfaat-nya/, diakses 24 Agustus 2018).

"BPS Mencatat Maluku dan Papua Daerah dengan Penduduk Miskin Tertinggi". (https://ekbis.sindonews.com/read/1322331/33/bps-catat-maluku-dan-papua-daerah-dengan-penduduk-miskin-tertinggi-1531755359, diakses 10 Agustus 2018).

"Conditional Cash Transfer Programmes and Nutritional Status". (http://www.who.int/elena/titles/cash_transfer/en/, diakses 9 Agustus 2018).

"Indonesia Penduduk Terbanyak Nomor 4 Di Dunia, Siapa Juaranya?" (https://economy.okezone.com/read/2018/07/21/320/1925559/indonesia-penduduk-terbanyak-nomor-4-di-dunia-siapa-juaranya, diakses 8 Agustus 2018).

"Program Keluarga Harapan (PKH): Program Bantuan Dana Tunai Bersyarat di Indonesia". (http://www.ipc-undp.org/pub/bah/IPCPolicyResearchBrief42.pdf, diakses 9 Agustus 2018).

"Program Keluarga Harapan". (http://keluargaharapan.com/, diaskes 9 Agustus 2018).

"Program Keluarga Harapan". (https://www.kemsos.go.id/program-keluarga-harapan, diakses 9 Agustus 2018).

"Saat Ini Prosedur Penetapan PKH Diperketat'. (https://nasional.sindonews.com/ read/1282049/15/prosedur-penetapan-pkh-diperketat-1518590698, diakses 28 Agustus 2018).

Teddy Lesmana, "Perlindungan Sosial dan Kemiskinan". (https://www.academia.edu/7057705/Perlindungan_Sosial_ dan_Kemiskinan, diakses 9 Agustus 2018).

"Tugas dan Fungsi Pendamping Sosial". (http://keluargaharapan.com/berikut-ini-kami-sampaikan-tugas-dan-fungsi-pendamping-sosial, diakses 21 Agustus 2018).

BAB VII
PEMBELAJARAN PENDIDIKAN AGAMA ISLAM DAN BUDI PEKERTI DI KEPULAUAN BANDA DAN KEPULAUAN SELAYAR

Achmad Muchaddam Fahham

7.1. Pendahuluan

Salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang harus diperhatikan oleh negara adalah, kebutuhan akan pendidikan. Dalam konferensi dunia tahun 2000 tentang pendidikan yang diselenggarakan di Dakkar Sinegal yang menghasilkan "kesepakatan Dakkar" disebutkan bahwa pada tahun 2015 semua anak, utamanya anak perempuan, anak-anak dalam keadaan sulit, dan mereka yang masuk dalam kategori etnik minoritas harus dijamin memiliki akses terhadap pendidikan, menyelesaikan pendidikan dasar secara cuma-cuma, pendidikan yang disediakan harus memiliki kualitas yang baik. Indonesia sebagai salah satu negara yang hadir dan turut menandatangani dokumen kesepakatan itu memiliki tanggung jawab dan kewajiban untuk melaksanakan isi kesepakatan itu melalui penyelenggaraan pendidikan yang adil, merata, dan tanpa diskriminasi terhadap peserta didik atas dasar jenis kelamin atau tempat tinggal.[1]

Atas dasar "Kesepakatan Dakkar" tersebut, negara, hemat penulis tidak saja bertanggung jawab atas penyelenggaraan pendidikan dasar dan menengah yang adil, merata, dan tanpa diskriminasi, tetapi lebih dari itu, negara juga bertanggung jawab atas biaya dan mutu pendidikan dasar dan menengah yang diselenggarakannya. Penyelenggaraan

---

[1] Tryono,"Pokok-pokok Pikiran Pembangunan Pendidikan Kabupaten Klaten ke Depan," Makalah, disampaikan dalam Serasehan Pembangunan Kabupaten Klaten, 28 November 2015.

pendidikan dasar dan menengah yang bermutu diukur dari kesesuaian penyelenggaraan pendidikan tersebut dengan standar pendidikan nasional di sekolah[2] yang terdiri atas: standar kompetensi lulusan, standar isi, standar proses, standar penilaian, standar pendidik dan tenaga kependidikan, standar pengelolaan, standar sarana dan prasarana, dan standar pembiayaan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pendidikan dasar dan menengah dapat disebut bermutu atau berkualitas jika penyelenggaraan pendidikan pada tingkat sekolah sesuai dengan standar pendidikan nasional. Pertanyaannya kemudian adalah apakah setiap sekolah di berbagai wilayah Indonesia telah menyelenggarakan pendidikan sesuai dengan standar pendidikan nasional?

Tulisan ini berupaya menelaah mutu penyelenggaraan pendidikan di daerah kepulauan, yakni kepulauan Banda dan Kepulauan Selayar. Telaah terhadap mutu pendidikan pada dua daerah tersebut dilakukan melalui proses pembelajaran sebagai bagian dari komponen standar isi, standar proses, dan standar penilaian sebagaimana diamanatkan oleh standar pendidikan nasional. Telaah terhadap mutu proses pembelajaran tersebut penting dilakukan menginat pada tahun ajaran 2018/2019 kementerian pendidikan dan kebudayaan telah memberlakukan kurikulum 2013 pada semua jenjang pendidikan dasar dan menengah.[3] Kurikulum 2013 memang sempat dihentikan penerapannya pada tahun 2014, kemudian mengalami dua kali revisi, yakni 2016 dan 2017. Tetapi revisi 2017 dipandang tidak terlalu jauh berbeda dengan revisi yang telah dilakukan pada 2016, sehingga revisi 2017 dapat dikatakan sebagai penyempurnaan akhir kurikulum itu sebelum diterapkan pada 2018. Kementerian pendidikan dan kebudayaan juga telah melakukan sosialisasi kurikulum, pelatihan guru, persiapan isi materi ajar, penyusunan buku ajar untuk murid, penyusunan buku pedoman pembelajaran untuk guru, dan berbagai pelatihan penyusunan rancangan pelaksanaan

---

[2] *Indikator Mutu dalam Penjaminan Mutu Pendidikan Dasar dan Menengah*, (Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah, 2017), hlm. 1.

pembelajaran, sebelum kurikulum tersebut digunakan pada semua jenjang pendidikan di Indonesia.

Materi ajar yang ada kurikulum 2013 cukup beragam, sehinnga tidak memungkinkan penulis menelaah seluruh pelaksanaan pembelajaran materi-materi ajar yang ada. Karena itu, dalam tulisan ini, penulis memilih salah satu matari ajar saja, yakni materi ajar pendidikan agama Islam (PAI) dan Budi Pekerti. Dalam pedoman slilabus kurikulum 2013 untuk sekolah menengah atas disebutkan bahwa materi ajar PAI dan Budi Pekerti merupakan mata pelajaran yang dirancang untuk menumbuhkembangkan akhlak peserta didik melalui pengajaran, pembiasaan dan pengamalan ajaran Islam secara menyeluruh. Kompetensi, materi, dan pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti dikembangkan melalui pertimbangan kepentingan hidup bersama secara damai dan harmonis (*to live together in peace and harmony*). Pembelajaran dilaksanakan berbasis aktivitas pada kegiatan intrakurikuler, kokurikuler, dan ekstrakurikuler. Penumbuhan dan pengembangan sikap dilakukan sepanjang proses pembelajaran, pembiasaan, keteladanan, dan pembudayaan untuk mengembangkan karakter peserta didik lebih lanjut. Sekolah sebagai taman yang menyenangkan untuk tumbuh berkembangnya pengetahuan, keterampilan, dan sikap siswa yang menempatkan pengetahuan sebagai perilaku (*behavior*), tidak hanya berupa hafalan atau verbal.[4]

Materi ajar PAI dan Budi Pekerti didasarkan pada aqidah Islam,yang mengajarkan keesaan Allah sebagai sumber utama nilai-nilai kehidupan bagi manusia dan alam semesta. Sumber lainnya adalah akhlak yang

---

[3] Penerapan kurikulum 2013 agak unik. Pada awalnya kurikulum tersebut diberlakukan mulai Juli 2013 dan hanya diberlakukan di 6.221 sekolah sasaran. Kemudian Pada Juli 2014 kurikulum 2013 diterapkan di seluruh sekolah. Tetapi pada Oktober 2014 Menteri Pendidikan dan Kebudayaan yang baru Anies Baswedan melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kurikulum 2013 kemudian memutuskan untuk menghentikan penerapan kurikulum tersebut pada sekolah sekolah yang baru menerapkannya satu semester, yakni tahun ajaran 2014/2015. Sekolah-sekolah tersebut diminta untuk menggunakan kurikulum 2006. Sementara bagi sekolah-sekolah yang telah nenerapkan kurikulum tersebut sejak 2013/2014 tetap melanjutkan penerapan kurikulum 2013.

[4] "Silabus Mata Pelajaran Sekolah Menengah Atas/Madrasah Aliyah/Sekolah Menengah Kejuruan/Madrasah Aliyah Kejuruan (SMA/MA/SMK/MAK) Revisi Tahun 2016, (Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2016), hlm. 1.

merupakan manifestasi dari aqidah, yang sekaligus merupakan landasan pengembangan nilai-nilai karakter bangsa Indonesia. Dengan demikian, Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti merupakan pendidikan yang ditujukan untuk menyerasikan, menyelaraskan dan menyeimbangkan antara iman, Islam, dan ihsan yang diwujudkan untuk: *pertama*, membentuk manusia Indonesia yang beriman dan bertakwa kepada Allah swt. serta berakhlak mulia dan berbudi pekerti luhur (Hubungan manusia dengan Allah); *kedua*, menghargai, menghormati dan mengembangkan potensi diri yang berlandaskan pada nilai-nilai keimanan dan ketakwaan (hubungan manusia dengan diri sendiri); *ketiga*, menjaga kedamaian dan kerukunan hubungan inter dan antarumat beragama serta menumbuhkembangkan akhlak mulia dan budi pekerti luhur (hubungan manusia dengan sesama); dan*keempat*, penyesuaian mental keislaman terhadap lingkungan fisik dan sosial (hubungan manusia dengan lingkungan alam). Berdasarkan penjelasan tersebut, Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti dikembangkan dengan memperhatikan nilai-nilai Islam *rahmatan lilalamin* yang mengedepankan prinsip-prinsipIslam yang humanis, toleran, demokratis, dan multikultural.[5]

Untuk menelaah mutu pembelajaran, ada beberapa pertanyaan yang diajukan dalam tulisan ini, yakni bagaimana pembelajaran PAI dan Budi Pekerti dilaksanakan di sekolah? Apakah pelaksanaannya sesuai dengan konsep idealnya? Apakah ada kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksaan pembelajaran tersebut. Untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan itu, penulis kemudian melakukan penelitian di dua sekolah berbeda, satu sekolah di kepulauan Banda dan satu sekolah di kepulauan Selayar. Penelitian dilakukan dengan pendekatan kualitatif. Data-datanya dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan yang ditentukan berdasarkan kebutuhan penelitian ini, di antara informan itu adalah kepala sekolah, guru, dan tenaga kependidikan di sekolah yang menjadi sumber data penelitian ini. Hasil wawancara tersebut kemudian diolah sehingga diperoleh potret pembelajaran Pendidikan Agama Islam

[5] Ibid.

dan Budi Pekerti di masing-masing sekolah di dua daerah kepulauan tersebut. Sebelum uraian potret pelaksaan pembelajaran PAI dan Budi Pekerti itu dipaparkan, terlebih dahulu diuraikan kajian pembelajaran kurikulum 2013.

7.2. Karakteristik Pembelajaran Kurikulum 2013

Pembelajaran kurikulum 2013 merupakan pembelajaran yang dirancang agar pembelajaran yang dilaksanakan menghasilkan empat standar kompetensi lulusan (SKL) yang meliputi kompetensi sikap spiritual, sikap sosial, pengetahuan dan keterampilan peserta didik sesuai dengan tujuan mata pelajaran. Pembejaran kurikulum 2013 merupakan pembelajaran yang unik yang berpusat pada peserta didik bukan berpusat pada guru. Pembelajaran kurikulum 2013 dapat dipilah menjadi beberapa hal seperti tema, pendekatan, model, dan penilaian. Tema pembelajaran kurikulum 2013 menggunakan pembelajaran tematik-integratif. Pendekatan pembelajarannya menggunakan pendekatan saitifik, sementara model pembelajarannya menggunakan model pembelajaran aktif, sementara penilaiannya menggunakan penilaian autentik.

Pembelajaran tematik terpadu merupakan pendekatan pembelajaran yang integrasikan berbagai kompetensi dari berbagai pelajaran ke dalam berbagai tema. Integrasi tersebut dilakukan dalam dua hal, *pertama*, integrasi sikap, keterampilan dan pengetahuan dalam proses pembelajaran dan *kedua*, integrasi berbagai konsep konsep dasar yang berkaitan. Tema merajut makna berbagai konsep dasar sehingga peserta didik tidak belajar konsep dasar secara parsial. Karena itu, pembelajaran yang demikian memberikan makna yang utuh kepada peserta didik seperti yang tersurat pada berbagai tema yang disajikan.[6]

Model pembelajaran dalam kurikulum 2013 untuk kelas I, II, dan III menggunakan model pembelajaran tematik terpadu, tema yang dipilih berkaitan dengan dengan alam dan kehidupan manusia. Keduanya

---

[6] *Bahan Ajar Pengelolaan Pembelajaran Tematik,* (Jakarta: Kemendikbud, 2013), hlm. 3.

merupakan pemberi makna yang substansial terhadap mata pelajaran PPKn, Bahasa Indonesia, Matematika, Seni Budaya dan Prakarya, serta pendidikan Jasmani, olah raga dan kesehatan. Kompetensi dasar IPA dan IPS yang diorganisasikan ke mata pelajaran lain memiliki peran penting sebagai pengikat dan pengembang kompetensi dasar mata pelajaran lainnya. Selanjutnya pada kelas IV, V, dan VI mata pelajaran mulai terpisah. Pemisahan tersebut didasarkan pada teori dan pandangan bahwa secara psikologis peserta didik belum mampu berpikir abstrak untuk memahami konten mata pelajaran yang terpisah kecuali pada kelas IV, V, dan VI.

Ruang lingkup pengembangan pembelajaran tematik meliputi seluruh mata pelajaran mulai dari Pendidikan Agama, Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan, Bahasa Indonesia, Matematika, IPA, IPS, Seni Budaya dan Prakarta, serta Pendidikan Jasmani Olah Raga dan Kesehatan yang disajikan secara terpadu dengan tema sebagai pemersatu. Khusus untuk mata pelajaran agama dan Budi Pekerti pembelajaran tematik terpadu didesain dalam satu lingkup satu agama saja, bukan menyatukan berbagai tema berbagai agama.[7]

Pembelajaran kurikulum 2015 menggunakan pendekatan santifik. Penggunaan pendekatan ini semua mata pelajaran, menuntut peserta didik untuk mengamati, menanya, menalar, mencoba, dan membentuk jejaring. [8] Pendekatan ini digunakan agar peserta didik aktif dan mampu menyusun konsep, hukum, atau prinsip melalui tahapan mengamati, merumuskan masalah, mengajukan atau merumuskan hipotesis, mengumpulkan data dengan berbagai teknik, menganalisis data, menarik kesimpulan dan mengkomuniksasikan konsep, hukum atau prinsip yang ditemukan.[9]

---

[7] Imam Machali, "Kebijakan Perubahan Kurikulum 2013 dalam Menyongsong Indonesia Emas Tahun 2045," *Jurnal Pendidikan Islam*, Vol. III, No. 1, Juni 2014/1435, hlm. 88.

[8] Shafa, "Karakteristik Proses Pembelajaran Kurikulum 2013," hlm. 81-96.

[9] Imam Machali, "Kebijakan Perubahan Kurikulum 2013 dalam Menyongsong Indonesia Emas Tahun 2045," *Jurnal Pendidikan Sains Indonesia*, Vol. IIII, No. 01, Juni 2014/1435, hlm. 88.

Ada lima kegiatan utama di dalam proses pembelajaran yang menggunakan pendekatan saintifik, yaitu, mengamati, dilakukan antara lain melalui kegiatan mencari informasi, melihat, mendengar, membaca, dan atau menyimak. Menanya untuk membangun pengetahuan peserta didik secara faktual, konseptual, dan prosedural, hingga berpikir metakognitif, dapat dilakukan melalui kegiatan diskusi, kerja kelompok, dan diskusi kelas. Mencoba, mengumpulkan informasi, atau mencoba untuk meningkatkan keingintahuan peserta didik dalam mengembangkan kreatifitas, dapat dilakukan melalui membaca, mengamati aktivitas, kejadian atau objek tertentu, memperoleh informasi, mengolah data, dan menyajikan hasilnya dalam bentuk tulisan, lisan, atau gambar. Mengasosiasi dapat dilakukan melalui kegiatan menganalisis data, mengelompokan, membuat kategori, menyimpulkan, dan memprediksi atau mengestimasi. Mengomunikasikan merupakan sarana untuk menyampaikan hasil konseptualisasi dalam bentuk lisan, tulisan, gambar atau sketsa, diagram, atau grafik, dapat dilakukan melalui presentasi, dan membuat laporan.[10]

Model pembelajaran yang disarankan dalam pembejalaran kurikulum 2013 adalah model pembelajaran yang menerapkan suatu pendekatan metode, dan teknik pembelaran. Ada beragam model pembelajaran yang disarankan di antaranya adalah model pembelajaran berbasis inkuiri, berbasis *discovery*, berbasis masalah, dan berbasis projek. Pembelajaran berbasis inkuri adalah rangkaian kegiatan pembelajaran yang menekankan pada proses berpikir secara kritis dan analitis untuk mencari dan menemukan sendiri jawaban dari suatu masalah yang dipertanyakan. Proses berpikir itu sendiri biasanya dapat dilakukan melalui tanya jawab antara guru dan peserta didik.[11]

Menurut National Research Council, proses belajar dan mengajar dengan pendekatan inkuiri dapat dilakukan dengan beberapa bentuk.

---

[10] "Pendekatan Saintifik dan Model", (https://www.matematrick.com/2014/11/pendekatan-saintifik-dan-model.html), diakses 15 Agustus 2018).

[11] Siti Maisarah dkk, "Pengembangan Pembelajaran Berbasis Inkuiri Untuk Meningkatkan Keterampilan Proses Sains Dan Motivasi Belajar Siswa Pada Materi Gaya", *Jurnal Pendidikan Sains Indonesia*, Vol. 03, No. 01, 2015, hlm. 218-229.

Pertama, more teacher-directed dalam bentuk ini, guru menyediakan pertanyaan-pertanyaan dan langkah-langkah yang mesti diikuti oleh peserta didik, peserta didik kemudian melakukan penyelidikan dengan alat dan bahan yang telah disediakan dengan mengikuti pertanyaan dan langkah yang telah disediakan guru. Pelaksanaan penyelidikan dilakukan dengan tujuan untuk menemukan kembali beberapa fenomena yang telah ditemukan sebelumnya.. Kedua, *less teacher-directed*, bentuk pembelajaran inkuiri ini dilakukan dengan cara guru memberikan pertanyaan-pertanyaan dan menyediakan alat dan bahan yang akan digunakan, serta mengarahkan pesertadidik untuk melakukan penyelidikan. Ketiga, *student centered,* dalam pembelajaran inkuiri ini guru memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk merumuskan pertanyaannya sendiri, rumusan pertanyaan tersebut dibangun dari hasil pengamatan mereka terhadap suatu masalah yang ingin diselediki. Peserta didik bahkan menentukan alat dan bahan sendiri sesuai dengan kebutuhan penyelidikan.[12]

Pembelajaran berbasis *discovery* merupakan pendekatan pembelajaran yang digunakan untuk menyampaikan ide atau gagasan lewat penemuan. Penggunaan pendekatan ini dapat melibatkan pesertadidik dalam kegiatan pemecahan masalah, belajar mandiri, berpikir kritis, dan pemahaman serta belajar kreatif. Pembelajaran berbasis *dicovery* berusaha meletakkan dasar dan mengembangkan cara berpikir ilmiah, peserta didik ditempatkan sebagai subjek yang belajar, sementara guru berperan sebagai pembimbing dan fasilitator belajar. Pembelajaran ini dinilai mampu menumbuhkan motivasi belajar dan membangkitkan keingintahuan peserta didik.[13]

Pembelajaran berbasis masalah merupakan pendekatan pembelajaran yang menempatkan peserta didik untuk memecahkan permasalahan yang otentik. Pendekatan ini bermaksud menempatkan peserta didik sebagai penyusun pengetahuan mereka sendiri, mereka diharapkan mampu

---

[12] Rahmiati Darwis, "Pembelajaran Berbasis Inkuiri dengan Aktivitas Laboratorium untuk Meningkatkan Penguasaan Konsep Siswa SMP", *Prosiding Simposium Nasional Inovasi dan Pembelajaran Sains 2015* (SNIPS 2015), 8 dan 9 Juni 2015, Bandung, Indonesia, hlm. 493-494.

[13] Septiana Dwi Prasetyanal dkk, "Pengembangan Model Pembelajaran Discovery Learning yang Diintegrasikan Dengan Group Investigation pada Materi Protista kelas X SMA Negeri Karangpandan", *JURNAL INKUIRI*, Vol 4, No. 2, 2015, hlm. 135-148.

mengembangkan keterampilan berpikir tingkat tinggi, mengembangkan kemandirian dan kepercayaan diri.[14]

Pembelajaran berbasis projek merupakan pendekatan pembelajaran yang mencoba mengaitkan antara teknologi dengan masalah kehidupan sehari-hari yang akrab dengan peserta didik atau dengan proyek sekolah. Pendekatan ini dipandang memiliki kontribusi terhadap pengalaman belajar peserta didik. Dalam pendekatan ini peserta didik terdorong untuk lebih aktif dalam proses pembelajaran. Guru berfungsi sebagai fasilitator, evaluator bagi produk hasil kerja peserta didik.Karenanya pendekatan ini dapat mendorong kreativitas siswa agar mampu berpikir kritis dalam menganalisis berbagai faktor dalam berbagai masalah yang dihadapi. Pendekatan pembelajaran berbasis proyek memiliki beberapa kelebihan, *pertama*, meningkatkan motivasi belajar siswa. *Kedua*, meningkatkan kemampuan pemecahan masalah. *Ketiga*, meningkatkan kolaborasi dan kerja sama antar peserta didik. *Keempat*, meningkatkan keterampilan mengelola sumber belajar.[15]

Selain model pembejaran di atas, pembelajaran kurikulum 2013 juga disarankan untuk menggunakan metode pembelajaran seperti metode diskusi, eksperimen, demonstrasi, dan simulasi. Metode pembelajaran tersebut dipilih oleh guru dengan mempertimbangkan materi-materi yang ada dalam mata pelajaran yang diaampu. Kurang tepat misalnya jika guru selalu menggunakan metode ceramah atau diskusi dalam semua materi ajar. Guru perlu berusaha bagaimana materi yang diajarkan dalam kelas menarik minat dan antusiasme peserta didik.

Penilaian hasil pembelajaran kurikulum 2013 menggunakan penilaian autentik. Sistem penilaian autentik adalah pengukuran yang bermakna secara signifikan atas hasil belajar peserta didik pada ranah sikap, keterampilan,

---

[14] Yusmidar dkk, "Penerapan Pembelajaran Berbasis Masalah Menggunakan Metode Praktikum dalam Upaya Meninggkatkan Keterampilan Proses Sain Dan Motivasi Siswa pada Pokok Bahasan Hidrolisis Garam", *Jurnal IPA dan Pembelajaran IPA* (JIPI), 1(1), Juni 2017, hlm. 73-80.

[15] Maria Anita Titu, "Penerapan Model Pembelajaran Project Based Learning (PJBL) untuk Meningkatkan Kreativitas Siswa Padamateri Konsep Masalah Ekonomi," *Prosiding Seminar Nasional* 9 Mei 2015, hlm. 178-179.

dan pengetahuan. Penilaian dilakukan sejak awal, proses, hingga akhir proses belajar mengajar secara nyata sesuai dengan keadaan yang sedang dialami peserta didik. Penilaian otektik dipandang dapat mendorong peserta didik untuk menggunakan pengetahuan yang telah mereka peroleh, bukan hanya membuat atau menyusun informasi baru dan tidak mereka pahami. Penilaian otentik berbeda dengan penilaian yang selama ini banyak dilakukan oleh guru seperti tes tulis dan tes non tulis. [16]

Penggunaan penilaian autentik meliputi tahap perencanaan, pelaksanaan, serta analisis dan pelaporan. Pada tahap perencanaan, guru menganalisis kompetensi dasar dari kompetensi inti pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Karena itu guru perlu menentukan teknik dan instrumen penilaian. Selanjutnya, pelaksanaan penilaian autentik dilakukan untukmenilai kompetensi pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Penilaian pengetahuan dilakukan dengan cara memberikan tes tertulis, kuis, tes lisan dan sejenisnya di akhir pembelajaran. Penilaian sikap pada umumnya dilakukan oleh guru dengan menggunakan teknik observasi dengan cara mengamati sikap pesertadidik secara keseluruhan. Penilaian keterampilan dilakukan oleh guru dengan teknik penilaianpraktik. Penilaian praktik dilakukan pada saat peserta didik mempresentasikan hasil diskusikelompok dan hasil kerjakelompok lainnya.[17]

7.3. Sekilas tentang Kepulauan Banda

Kepulauan Banda merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Maluku Tengah. Kepulauan Banda yang terletak sekitar 250 Km di sebelah tenggara Kota Ambon dan memiliki 90,377 Km panjang garis pantai. Luas Kepulauan Banda seluruh sebesar 2.568 Km^2 yang terdiri dari luas daratan 180,59 Km^2 dan luas lautan sekitar kepulauan Banda sebesar 2.387,51 Km^2. Sementara luas Laut Banda secara keseluruhan yang

---

[16] Zulathur Rifka dkk, "Analisis Pelaksanaan Penilaian Autentik Kurikulum 2013 Oleh Guru Kimia Di SMA Negeri Banda Aceh Tahun Pelajaran 2016/2017", *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Pendidikan Kimia* (JIMPK) Vol. 2. No. 3 tt., hlm. 248-255.

berada dalam lingkup wilayah Provinsi Maluku adalah ± 470.000 Km². Secara geografis letak Kepulauan Banda berada pada koordinat 129°44'-130°04 Bujur Timur dan 5°43'-6°31' Lintang Selatan. Kecamatan ini dikelilingi oleh Laut dan secara administrasi batas-batas Kepulauan Banda adalah, sebelah utara berbatasan dengan Laut Seram, sebelah selatan berbatasan dengan Kepulauan Teon Nila Serua, sebelah barat berbatasan dengan Laut Banda dan sebelah timur berbatasan dengan Laut Banda.[18]

Kepulauan Banda memiliki 11 pulau, yakni Pulau Banda Besar Pulau Neira Pulau Hatta Pulau Ay Pulau Rhun Pulau Gunung Api Pulau syahrir Pulau Manukang Pulau Karaka Pulau Nailaka Pulau Batu Kapal. Selain dari pulau-pulau yang ada, dijumpai pula pulau karang yang terletak di sebelah selatan tenggara Pulau Hatta yang jaraknya sekitar 1,6 mil dari pulau tersebut. Pulau karang ini muncul di atas permukaan laut dengan ketinggian sekitar 2 meter. Pulau karang ini disebut dengan istilah Skaru Hatta. Antara Pulau Hatta dan Skaru (karang) Hatta dipisahkan oleh laut dengan kedalaman 335 meter. Keadaan ini berbeda dengan daerah sebelah timur-laut Pulau Rhun, dimana terdapat Pulau Nailaka yang jaraknya dari Pulau Rhun hanya 0,33 mil. Spesifikasi dari kedua pulau tersebut (Skaru Hatta dan Nailaka) adalah sewaktu-waktu dapat bergabung membentuk satu pulau, yakni Pulau Hatta menyatu dengan Skaru Hatta dan Pulau Rhun menyatu dengan Pulau Nailaka.[19]

Menurut data kementerian pendidikan dan kebudayaan, bahwa terdapat 41 lembaga pendidikan di Kecataman Banda, terdiri dari 9 (TK), 23 (SD/MI), 13 (SMP/MTs), 5 (SMA/MA/SMK). Jumlah murid Taman Kanak-Kanak sebesar 200 murid, murid SD sebenyak 2194 dengan umlah guru SD sebanyak 74. Sementara MI jumlah muridnya sebesar

---

[17] Nela Ambarwati dkk, "Analisis Penggunaan Penilaian Autentik dalam Pembelajaran Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan pada Kurikulum 2013 Revisi Kelas X Di SMA Negeri 1 Kartasura Tahun Ajaran 2016/2017", *Jurnal Educitizen*, Vol. 2 No. 2 November 2017, hlm. 82-97.

[18] Kartini La Ode Unga, "Strategi Pengembangan Kawasan Wisata Kepulauan Banda," Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makasar 2011, hlm. 72.

[19] Ibid, Terkait jumlah pulau yang ada di kepulauan Banda, ada yang menyebut Kepulauan Banda memiliki 11 pulau, ada juga yang menyebut Kepulauan Banda memiliki 12 pulau. Lihat Badan Statistik Kabupaten Maluku Tengah, "Kecamatan Banda dalam Angka 2017," (Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah), hlm. 4.

386 dengan jumlah gurunya sebesar 35 orang. Jumlah murid SMP sebesar 1365, sementara jumlah gurunya sebesar 43 orang, jumlah murid MTS sebesar 259 sementara jumlah gurunya sebesar 31 orang. Jumlah siswa SMA sebesar 886 dengan jumlah guru sebesar 28 orang, sementara jumlah siswa MA sebesar 150 dengan jumlah guru sebesar 22 orang guru.

Lembaga-lembaga pendidikan tersebut, saat ini telah menggunakan kurikulum 2013. seluruh lembaga pendidikan di Pulau Banda. Penggunaan kurikulum 2013 dalam proses pembelajaran pada setiap jenjang pendidikan merupakan kebijakan pemerintah yang mesti ditaati oleh setiap sekolah, karena 2018 merupakan tahun terakhir implementasi kurikulum 2013. Sebelum pemberlakuan kurikulum 2013 di setiap jenjang pendidikan pemerintah telah melakukan serangkaian pendampingan dan pelatihan kurikulum 2013. Total keseluruhan sekolah yang telah mengikuti pendampingan dan pelatihan kurikulum 2013 menurut Direktur Jenderal Guru dan Tenaga Pendidikan Kemendikbud, Hamid Muhammad berada dikisaran 78.000 sekolah.

Seperti di berbagai tempat lainnya di Indonesia, lembaga pendidikan yang ada di Pulau Banda Neira, tidak semuanya berstatus lembaga pendidikan negeri, ada juga lembaga pendidikan yang berstatus swasta. Dilihat dari status itu, dapat dikatakan bahwa lembaga pendidikan swasta lebih banyak dibandingkan dengan lembaga pendidikan negeri.

7.4. Sekilas tentang Kabupaten Kepulauan Selayar

Kabupaten Kepulauan Selayar merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan. Ibu kota kabupaten ini terletak di Kota Benteng. Kabupaten Kepulauan Selayar memiliki beberapa kecamatan yang dipisahkan oleh lautan. Kabupaten Kepulauan Selayar terletak di ujung selatan dan memanjang dari utara ke selatan. Daerah ini memiliki kekhususan, yaitu satu-satunya kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan yang seluruh wilayahnya terpisah dari daratan Sulawesi Selatan dan lebih dari itu, wilayah Kabupaten Kepulauan Selayar terdiri dari gugusan beberapa pulau sehingga merupakan wilayah kepulauan.

Gugusan pulau-pulau yang berjumlah 130 buah baik pulau-pulau besar maupun pulau-pulau kecil yang membentang dari utara ke selatan. Luas wilayah KabupatenSelayar sebesar 10.503,69 km2 yang meliputi 11 kecamatan. Terdiri dari wilayah daratan seluas 1.357,03 km^2. Kabupaten Kepulauan Selayar terletak antara 5°42' - 7°35' Lintang Selatan dan 120°15' - 122°30' Bujur Timur yang berbatasan dengan Kabupaten Bulukumba di bagianutara, Laut Flores di bagian timur, Laut Flores dan Selat Makassar di bagian barat dan Provinsi Nusa Tenggara Timur di bagian selatan. [20] Berdasarkan letak, Kabupaten Kepulauan Selayar merupakan kepulauan yang terletak di antara jalur alternatif perdagangan internasional yang menjadikan Kabupaten Kepulauan Selayar secara geografis sangat strategis sebagai pusat perdagangan atau pengumpul dan distribusi, baik secara nasional untuk melayani kawasan timur Indonesia maupun pada skala internasional melayani negara-negara dikawasan Asia.[21]

Menurut data Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Kabupaten Kepulauan Selayar dan Kementrian Agama sampai dengan tahun 2017 jumlah lembaga pendidikan yang ada di kabupaten ini adalah 140 TK, 20 Raudatul Afthal, 139 Sekolah Dasar, 13 Madrasah Ibtidaiyah, 52 SMP, 11 Madrasah Tsanawiyah, 11 SMA, 9 SMK, dan 1 Madrasah Aliyah.[22]

7.5. Pembelajaran PAI dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda dan Selayar

Pembelajaran PAI dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda dan Selayar telah menggunakan kurikulum 2013 dan dilaksanakan dengan tiga tahapan. *Pertama* tahap perencanaan, *kedua*, tahap pelaksanaan dan *ketiga*, tahap penilaian. Ketiga tahap ini merupakan satu kesatuan yang dilaksanakan oleh guru dalam proses pembelajaran. Secara detail,

---

[20] *Kabupaten Kepulauan Selayar dalam Angka 2018* (Selayar: BPS Kabupaten Kepulauan Selayar).
[21] Ibid.
[22] Ibid.

pelaksanaan dari masing-masing tahapan tersebut dapat dilihat pada uraian berikut.

Tahap Perencanaan

Perencanaan pembelajaran PAI dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda[23] dan Selayar[24] dilaksanakan pada awal tahun ajaran. Penyusunan perencanaan pembelajaran ini dilakukan bersama guru-guru yang lain. Masing-masing guru mata pelajaran menyusun rencana pelaksanaan pembelajaran (RPP). Dalam konteks penyusunan tersebut, guru melakukan beberapa hal berikut, analisis silabus, identifikasi, menentukan tujuan pembelajaran, mengembakan kegiatan pembelajaran, menentukan model penilaian, menentukan alokasi waktu, dan menentukan sumber belajar. RPP yang disusun pada awal tahun ajaran tersebut pada umumnya mengalami penyesuaian-penyesuaian ketika dipraktikkan dalam proses pembelajaran. Penyesuaian itu terjadi karena apa yang sudah direncanakan dalam RPP tidak selalu dapat dipraktikkan dalam proses pembelajaran yang empirik. Tetapi bukan berarti RPP tidak penting untuk disusun guru. RPP tetap wajib disusun oleh guru di setiap awal tahun ajaran agar mereka memiliki persiapan pembelajaran sebelum bertatap muka dengan peserta didik, minimal guru tidak lagi gagap sehingga tidak tahu yang harus dia perbuat atau apa yang harus dia lakukan saat masuk kelas untuk mengajar mata pelajaran yang mereka ampu.[25]

Pelaksanaan Pembelajaran

Dalam konteks kurikulum 2013, pelaksanaan pembelajaran merupakan implementasi dari RPP yang meliputi kegiatan pendahuluan, inti dan penutup. Ketiga langkah pokok ini berdasarkan standar proses yang dikeluarkan oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Ketiga langkah ini tidak berbeda dengan langkah pembelajaran kurikulum tingkat satuan pendidikan (KTSP).

---

[23] Wawancara dengan salah satu guru di Kepulauan Banda tanggal 21 Maret 2018.
[24] Wawancara dengan salah satu guru di Kepulauan Selayar tanggal, 7 Mei 2018.
[25] Wawancara dengan salah satu guru di Kepulauan Banda tanggal, 21 Maret 2018.

Pada kegiatan pendahuluan guru berupaya menyiapkan peserta didik untuk mengikuti proses pembelajaran PAI dan Budi Pekerti. Persiapan tersebut tidak saja secara fisik tetapi juga secara psikis. Untuk memancing konsentrasi peserta didik ada guru yang mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang materi ajar pada pertemuan sebelumnya. Pada momen ini guru dituntut untuk kreatif menciptakan suasa pembelajaran yang kondusif sehingga pembelajaran dapat berjalan dengan sesuai dengan yang direncanakan. Ada juga guru yang memulai proses pembelajaran PAI dan Budi Pekerti dengan cara menunjuk peserta didik untuk memabaca ayat suci Alquran atau teks hadis yang akan dikaji dalam proses pembelajaran. Kegiatan pendahuluan dalam proses pembelajaran sangat bergantung pada kreatifitas guru, apakah guru mampu menciptakan suasana pembelajaran yang kondusif atau sebaliknya. Tetapi yang jelas semua guru harus melalui proses pendahuluan ini.

Pada kegiatan inti, guru dituntut untuk menggunakan model pembelajaran, metode pembelajaran, media pembelajaran, dan sumber belajar. Di Kepulauan Banda guru PAI dan Budi Pekerti tidak menyebut apa model pembelajaran yang digunakan. Sementara metode pembelajaran yang digunakan adalah metode ceramah, tanya jawab, studi kasus, dan praktik.[26] Sementara di Kepulauan Selayar guru PAI dan Budi Pekerti secara khusus menyebut model pembelajaran PAI dan Budi Pekerti yang digunakan antara lain adalah model pembelajaran penemuan, pembelajaran berbasis masalah, pembelajaran berbasis proyek dengan menyelesaikan suatu proyek dengn waktu tertentu. Tetapi guru tidak menyebutkan secara spesifik metode pembelajaran apa yang yang digunakan.[27]

Terlepas dari kondisi tersebut, harus dikatakan bahwa pembelajaran yang menggunakan metode ceramah merupakan pembelajaran yang konvensional dan umum digunakan oleh guru dalam proses pembelajaran. Jika metode ini masih digunakan dalam proses pembelajaran seyogyanya dikombinasi dengan metode pembelajaran lainnya, terutama metode

---

[26] Diolah dari hasil Wawancara di Kepulauan Banda, 22 Maret 2018.
[27] Diolah dari hasil Wawnacara di Kepulauan Selayar, 8 Mei 2018.

yang dirancang secara untuk mendorong peserta didik agar dapat aktif dalam pembelajaran. Penggunaan metode ceramah dalam proses pembelajaran memang memudahkan guru dalam memberikan informasi dan pengetahuan kepada peserta didik, tetapi dalam proses tersebut peserta didik tidak banyak berperan aktif dalam membangun pengetahuan, sementara guru dalam proses itu menjadi pusat informasi. Kondisi tersebut tentu saja kurang sesuai dengan harapan kurikulum 2013 yang mengharap agar guru menempatkan peserta didik sebagai subyek pembelajar yang aktif.

Agar pembelajaran yang berpusat pada peserta didik dapat diwujudkan, guru PAI dan Budi Pekerti seyogyanya dapat menggunakan beberapa metode pembelajaran alternatif di luar metode ceramah dan tanya jawab, di antara metode alternatif itu adalah, metode *every one is a teacher here*, *jigsaw learning*, *the power of two*, dan *active debate*. Metode-metode pembelajaran tersebut merupakan metode pembelajaran aktif yang menempatkan peserta didik sebagai subyek pembelajar yang aktif dalam proses pembelajaran, sementara berperan sebagai fasilitator dalam proses pembelajaran ang dia lakukan.

Di Kepulauan Banda dan Selayar, pembelajaran PAI dan Budi Pekerti tidak hanya dilakukan dalam bentuk kegiatan intrakurikuler tetapi juga dilaksanakan dalam bentuk kegiatan ektrakurikuler. Adapun kegiatan ekstrakurikuler yang dilaksanakan Di Kepulauan Banda adalah *tadarus* Alquran dan pesantren Kilat. Tadarus Alquran dilaksanakan sebelum pembelajaran PAI dan Budi Pekerti dimulai, masing-masing peserta didik dalam kegiatan ini, diminta untuk membaca Alquran sekitar 15-20 menit. Ini penting dilakukan agar peserta didik mencintai kitab sucinya[28] apalagi secara teologis diyakini bahwa orang yang membaca Alquran akan diganjar dengan pahala yang besar, keyakinan seperti perlu ditumbuhkan kepada peserta didik. Sementa kegiatan pesantren kilat dilaksanakan pada bulan ramadan, pada kegiatan ini peserta didik bimbing pengetahuan agama dan dibaiasakan untuk mempraktikkan

[28] Diolah dari hasil Wawancara di Kepulauan Banda, 22 Maret 2018.

ibadah seperti salat fardhu berjamaah, salat tarawih, dan amal-amal sunnah lainnya.[29]

Di Kepulauan Selayar, pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti yang dilaksanakan dalam bentuk kegiatan ekstrakurikuler tahfidz Alquran, kajian jumat, dan latihan pidato. Kegiatan tahfidz Alquran dilaksanakan setiap malam minggu, tidak semua peserta didik mengikuti kegiatan ini, hanya peserta didik yang hafal juz 30 saja yang boleh megikuti kegiatan ini. Setiap tatap muka, peserta didik yang mengikuti kegiatan harus mampu menghafal minimal 20 ayat. Kegiatan ini di bina oleh guru PAI dan Budi Pekerti. Kegiatan kajian jumat adalah kegiatan yang diselenggarakan untuk peserta didik putri, kegiatan kajian dilaksanakan saat peserta didik laki-laki melaksanakan salat jumat. Pemateri kajian jumat dibina oleh organisasi masyarakat, organisasi wahdh islmiyah. Kegiatan ektrakuriler lainnya adalah latihan pidato (*muhadarah*). Latihan pidato diselenggarakan untuk melatih peserta didik agar dapat mengisi ceramah ramadhan pada kegiatan safari ramadhan yang dilaksanakan oleh sekolah.[30]

Materi dan Sumber Pembelajaran

Materi pembelajaran merupakan komponen penting dalam implementasi pembelajaran. Materi pelajaran pendidikan agama Islam dan budi pekerti di Kepulauan Banda dan Kepulauan Selayar diambil dari silabus pendidikan agama Islam dan budi pekerti yang diterbitkan oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan tahun 2014. Titik tekan pelajaran agama Islam dan budi pekerti adalah penguatan akidah, ibadah dan akhlak yang mulia.

Tiga ranah tersebut tercermin dalam materi-materi pembelajaran antara lain, aku selalu dekat dengan Allah, berbusaha Muslim dan Muslimah merupakan cermin Kepribadian dan Keindahan Diri, mempertahankan kejujuran sebagai Cermin Kepribadian, Alquran dan

---

[29] Diolah dari hasil Wawancara di Kepulauan Banda, 22 Maret 2018.
[30] Diolah dari hasil wawancara di Kepulauan Selayar, 8 Mei 2018.

hadis adalah pedoman hidupku, meneladani perjuangan Rasulullah di Mekah, Meniti Hidup dengan Kemuliaan, Malaikat selalu Bersamaku, Sayang, Patuh dan hormat kepada orang tua dan guru, mengelola wakaf dengan penuh amanah, meneladani perjuangan dakwah rasulullah di Madinah, nikmatnya mencari ilmu dan indahnya berbagi pengetahuan, menjaga martabat manusia dengan menjauhi pergaulan bebas dan zina. [31]

Sumber belajar yang digunakan oleh guru PAI dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda dan Selayar antara lain buku pendidikan agama Islam dan budi pekerti kurikulum 2013 dari kementerian pendidikan dan kebudayaan dan serta berbagai sumber pembelajaran lain yang ada kaitannya dengan materi pendidikan agama Islam, seperti Alquran, hadis, buku tuntunan salat, buku fikih, buku akhlak, buku akidah.[32]

Tahap Penilaian

Penilaian hasil belajar pesreta didik yang direkomendasikan oleh kurikulum 2013 adalah penilaian autentik. Karena itu, Guru PAI dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda dan Selayar menggunakan penilaian autentik dalam menilai hasil belajar peserta didik mereka. Dalam penilaian autentik, guru PAI dan Budi Pekerti tidak hanya menilai aspek pengetahuan saja, tetapi menilai tiga aspek sekaligus yakni aspek sikap, pengetahuan, dan keterampilan atau perilaku. Pada awalnya guru PAI dan Budi Pekerti kesulitan untuk melakukan dengan menggunakan penilaian autentik, karena sebelum pemberlakuan kurikulum 2013 penilaian yang dilakukan oleh guru hanya penilaian terhadap pengetahuan peserta didik. Cara menilainya pun sederhana yakni menilai hasil belajar melalui tes tulis. Pada kurikulum 2013 penilaian dibagi menjadi tiga ranah yakni ranah sikap pengetahuan, dan keterampilan. Penilaian sikap dibagi menjadi dua ranah, yakni sikap spiritual dan sikap sosial. Penilaian terhadap dua ranah yang disebut belakangan ini cukup menyulitkan

---

[31] *Pendidikan Agama dan Budi Pekerti,* (Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2014).

[32] Diolah dari hasil wawancara di Kepulauan Banda 22 Maret 2018 dan Selayar tanggal 8 Mei 2018.

guru, karena dua ranah tersebut tidak ada materinya tetapi perlu diintegrasikan dalam setiap kegiatan pembelajaran. Untuk menilai ranah spritual dan ranah sosial Guru PAI dan Budi Pekerti di Kepuauan Banda dan Selayar menggunakan teknik observasi dengan mngamati sikap sipritual dan sosial peserta didik. Sikap spiritual diamati ketika peserta didik melaksanakan salat berjamah di sekolah sementara sikap sosial diamati melalui interaksi mereka dengan guru dan sesama temannya.[33] Sikap sosial peserta didik juga dapat diamamti lewat proses pembelajaran yang menggunakan metode diksusi, kerja kelompok, dan aktvitas mereka di sekolah.

Penilaian pengetahuan peserta didik dilakukan melalui tes tetulis di akhir pembelajaran materi, tes tengah sementer, dan tes akhir sementer. Sementara penilaian perilaku atau keterampilan dilakukan saat peserta didik aktif berpartsisipasi dalam proses pembelajaran, dalam diskusi kelompok, tugas kelompok, kemampuan mempraktikkan salat, membaca Alquran, taks hadis, lainnya. Penilaian hasil belajar peserta didik dilakukan beberapa kali, yakni setelah pembelajaran, setelah melakukan koreksi atas tugas peserta didik, setelah diskusi, tugas kelopok dan pada saat ulangan rutin yakni ulangan harian, tengah semester, dan akhir semester [34]

7.6. Kendala-kendala Pelajaran

Ada beberapa kendala yang dihadapi oleh guru PAI dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda dan Kepulauan selayar dalam melaksanakan proses pembelajaran yakni terbatasnya sumber belajar dan media pembelajaran. Sumber belajar dalam bentuk buku maupun lainnya sangat terbatas. Begitu juga dengan media pembelajaran sekolah punya laptop atau LCD tapi jumlahnya terbatas, sehingga tidak semua guru dapat memanfaatkan media pembelajaran tersebut terutama saat guru lain menggunakannya

[33] Diolah dari hasil wawancara di Kepulauan Banda 22 Maret dan Selayar 8 Mei 2018.
[34] Diolah dari hasil wawancara di Kepulauan Banda 22 Maret dan Selayar 8 Mei 2018.

sebagai media pembelajaran.[35] Kendala lainnya adalah yang dihadapi guru dalam pembelajaran adalah terbatasnya akses internet. Kurikulum 2013 menuntut kemandirian peserta didik dalam mengumpulkan informasi terkait pengetahuan yang yang dipelajari dalam buku ajar ketika diberi tugas kelompok, individu untuk mengumpulkan informasi melalui google seringkali tidak bisa dilakukan karena sgnal internetnya tidak ada.[36]

Selain itu kemapuan peserta didik untuk mendiri dalam mengumpulkan inormasi terkait pengetahuan yang diinginkan juga terbatas karena itu guru PAI dan Budi Pekerti perlu melatih mereka bagaimana menggunakan internet sebagai sumber pengetahuan yang dapat membantu peserta didik dalam menambah pengetahuannya.[37] Soal keterbatasan akses internet ini menurut salah satu guru menyatakan bahwa belum semua desa yang ada di Kepulauan Banda dapat mengakses internet, dari 11 desa yang ada kepuluauan Banda, baru 9 desa yang dapat mengkases internet, 3 desa lainnya belum bisa mengakses internet karena jaringan internet belum tersedia di 3 desa tersebut.[38]

7.7. Penutup

Semua sekolah di Kepulauan Banda dan Selayar telah menggunakan kurikulum 2013. Para guru yang mengampu mata pelajaran pun telah mengikuti pelatihan kurikulum 2013. Meskipun demikian pada praktiknya belum semua guru mampu menerapkan model, metode dan pendekatan pembelajaran sesuai dengan tuntutan kurikulum 2013. Dalam pembelajaran sebagian guru masih ada yang menggunakan metode tanya jawab ceramah, studi kasus dan praktik. Pembelajaran yang demikian kurang relevan dengan tuntutan pembelajaran kurikulum 2013. Pembelajaran kurikulum 2013 menuntut guru untuk menggunakan berbagai model pembelajaran, berbagai media pembelajaran, dan berbagai sumber

[35] Diolah dari hasil wawancara di Kepulauan Banda 22 Maret dan Selayar 8 Mei 2018.
[36] Diolah dari hasil wawancara di kepulauan Banda 22 Maret dan Selayar 8 Mei 2018.
[37] Wawancara di Kepauluan Banda 22 Maret dan Selayar 8 Mei 2018.
[38] Wawancara di Kepauluan Banda 22 Maret dan Selayar 8 Mei 2018.

belajar yang disesuaikan dengan karakteristik peserta didik dan mata pelajaran. Kurikulum 2013 juga menuntut Guru untuk tidak menjadi satu-satunya sumber pengetahuan, guru harus mampu mendorong peserta didik mencari, menemukan, dan memecahkan masalah dengan menggunakan berbagai sumber dan media belajar. Kurikulum 2013 juga menempatkan guru sebagai fasilitator dan motivator agar peserta didik mampu menemukan pengetahuan secara mandiri.

Ada beberapa kendala atau hambatan yang dihadapi guru dalam pelaksanaan pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti di Kepulauan Banda di antara kendala tersebut adalah keterbatasan ketersediaan bahan ajar baik dalam bentuk buku maupun media pembelajaran penunjang pembelajaran seperti laptop dan infocus. Akibatnya peserta didik tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik. Peserta didik juga mengalami kesulitan dalam mencari materi ajar yang diberikan di luar materi ajar yang telah tersedia dalam buku pegangan. Selain itu peserta didik juga tidak dapat mengerjakan tugas secara baik karena keterbatasan akses internet.

Di Kepulauan Selayar, pembelajaran pendidikan agama dan budi pekerti dilakukan baik dalam bentuk kegiatan kurikuler dan ekstra kurikuler. Kegiatan pembelajaran kurikuler adalah pembelajaran tatap muka antara Guru dan murid di dalam kelas. Sementara dalam bentuk ektrakurikuler, pembelajaran dilaksanakan diluar kelas, salah satu bentuknya adalah tahfidz Alquran. Kegiatan dilaksanakan setiap malam minggu. Syarat mengikuti kegiatan tersebut peserta didik harus hafal minimal juz 30 setiap pertemuan peserta didik juga punya kewajiban hafal 20 ayat. Kegiatan ini dibina oleh guru pendidikan agama Islam. Selain tahfidz, ada juga kegiatan lain seperti kajian jumat dan latihan pidato. Kajian jumat diikuti oleh peserta didik putri, pemateri kajian berasal dari luar sekolah, biasanya organisasi wahdlah Islamiyah. latihan pidato dimaksudkan untuk melatih siswa agar mampu menyampaikan pandangan-pandangannya di hadapan masyarakat. Agar peserta didik yang ikut latihan pidato memiliki pengalaman berbicara langsung di

hadapan masyarakat mereka akan dilatih bicara di hadapan masyarakat saat sekolah melaksanakan safari ramadan.

Metode pembelajaran yang digunakan guru pendidikan agama Islam dan budi pekerti di kepulauan Selayar dalam pembelajaran adalah model pembelajaran penemuan dan pencarian atau penelitian, mode pembelajaran berbasis masalah (dengan memecahkan masalah kontekstual), model pembelajaran berbasis proyek dengan menyelesaikan suatu proyek dengn waktu tertentu

Kendala atau hambatan yang dihadapi dalam pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti adalah keterbatasan sarana prasarana dalam pembelajaran seperti infocus, buku pelajaran kendala itu tentu menghambat proses belajar mengajar. Selain itu, ada juga kendala budaya atau kultur misalnya peserta didik yang berasal dari wilayah kepulauan terpencil pada umumnya belum bisa cepat beradaptasi dengan teknologi pembelajaran, misalnya mereka belum biasa mengakses internet.

Singkatnya, baik di Pulau Banda Neira maupun di Kepulauan Selayar sekolah-sekolah telah menggunakan kurikulum 2013, meskipun demikian pengetahuan guru tentang metode yang mesti digunakan dalam pembelajaran kurikulum 2013 belum seragam, artinya masih ada guru yang belum memahami secara baik apa metode pembelajaran yang mesti digunakan dalam pembelajaran kurikulum 2013. Sementara beberapa kendala yang dihadapi guru cenderung sama, yakni keterbatasan sarana dan pra sarana pendidikan, seperti buku, infocus dan ketersediaan jaringan internet. Selain itu kendala budaya atau kultur siswa juga merupakan kendala yang perlu diperhatikan oleh guru.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Ambarwati, Nela dkk. (2017). "Analisis Penggunaan Penilaian Autentik Dalam Pembelajaran Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan pada Kurikulum 2013 Revisi Kelas X Di SMA Negeri 1 Kartasura Tahun Ajaran 2016/2017," *Jurnal Educitizen*, Vol. 2 No. 2 November 2017.

Darwis, Rahmiati. (2015). "Pembelajaran Berbasis Inkuiri dengan Aktivitas Laboratorium untuk Meningkatkan Penguasaan Konsep Siswa SMP," *Prosiding Simposium Nasional Inovasi dan Pembelajaran Sains 2015.*

Machali, Imam. (2014). "Kebijakan Perubahan Kurikulum 2013 dalam Menyongsong Indonesia Emas Tahun 2045," *Jurnal Pendidikan Islam*, Vol. III, No. 1, Juni 2014/1435.

Maisarah, Siti dkk. (2015). "Pengembangan Pembelajaran Berbasis Inkuiri Untuk Meningkatkan Keterampilan Proses Sains dan Motivasi Belajar Siswa Pada Materi Gaya,". *Jurnal Pendidikan Sains Indonesia*, Vol. 03, No. 01, hlm. 218-229.

Prasetyanal, Septiana Dwi dkk. (2015). "Pengembangan Model Pembelajaran Discovery Learning yang Diintegrasikan Dengan Group Investigation pada Materi Protista kelas X SMA Negeri Karangpandan," *JURNAL INKUIRI*, Vol. 4, No. 2, 2015.

Rifka, Zulathur dkk, (tt). "Analisis Pelaksanaan Penilaian Autentik Kurikulum 2013 Oleh Guru Kimia di SMA Negeri Banda Aceh Tahun Pelajaran 2016/2017", *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Pendidikan Kimia* (JIMPK) Vol. 2 No. 3, hlm. 248-255.

Shafa. (2013). *Karakteristik Proses Pembelajaran Kurikulum 2013.*

Titu, Maria Anita. (2015). "Penerapan Model Pembelajaran Project Based Learning (PJBL) untuk Meningkatkan Kreativitas Siswa Padamateri Konsep Masalah Ekonomi", *Prosiding Seminar Nasional* 9 Mei 2015.

Tryono. (2015). "Pokok-pokok Pikiran Pembangunan Pendidikan Kabupaten Klaten ke Depan". Makalah, disampaikan dalam Serasehan Pembangunan Kabupaten Klaten, 28 November 2015.

Unga, Kartini La Ode. (2011). "Strategi Pengembangan Kawasan Wisata Kepulauan Banda". Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makasar.

Yusmidar dkk. (2017). "Penerapan Pembelajaran Berbasis Masalah Menggunakan Metode Praktikum dalam Upaya Meningkatkan Keterampilan Proses Sain Dan Motivasi Siswa Pada Pokok Bahasan Hidrolisis Garam", *Jurnal IPA dan Pembelajaran IPA* (JIPI), 1(1), Juni 2017.

_____. (2013). *Bahan Ajar Pengelolaan Pembelajaran Tematik.* Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.

_____. (2014). *Pendidikan Agama dan Budi Pekerti.* Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.

_____. (2016). "Silabus Mata Pelajaran Sekolah Menengah Atas/ Madrasah Aliyah/Sekolah Menengah Kejuruan/Madrasah Aliyah Kejuruan (SMA/MA/SMK/MAK), Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.

_____. (2017). "Indikator Mutu dalam Penjaminan Mutu Pendidikan Dasar dan Menengah," Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah.

_____. (2018). *Kecamatan Banda dalam Angka 2017.* Maluku Tengah: BPS Kabupaten Maluku Tengah.

BAB VIII
PEMERATAAN KUALITAS PENDIDIKAN DI DAERAH KEPULAUAN

Fieka Nurul Arifa

8.1. Pendahuluan

Sebagai Negara kepulauan (*Archipelagic State*) terbesar di dunia Indonesia memiliki 17.508 pulau. Terdiri dari gugusan pulau besar dan kecil yang terbentang dari Sabang hingga Merauke. Luas total wilayah Indonesia adalah 7,81 juta km^2 yang terdiri dari 2,01 juta km^2 daratan, 3,25 juta km2 perairan, serta 2,55 juta km^2 Zona Ekonomi Eksklusif (ZEE) dengan garis pantai terpanjang didunia. Secara geografis pulau-pulau di Indonesia memiliki kondisi alam yang berbeda, bahkan berdasarkan letaknya pada garis bujur mengakibatkan perbedaan waktu yang dibagi menjadi tiga zona yakni Waktu Indonesia Barat (WIB), Waktu Indonesia Tengah (WITA), dan Waktu Indonesia Timur (WIT). Berdasarkan jumlah penduduk, pulau-pulau di Indonesia memiliki kepadatan penduduk yang berbeda. Sebagian pulau berpenduduk padat, sebagian pulau berpenduduk dengan kepadatan sedang, dan sebagian pulau lainnya belum berpenghuni.

Alam Indonesia memiliki kekayaan yang beraneka ragam. Mulai dari kekayaan flora, fauna, hasil tambang, ragam budaya, dan masih banyak lagi. Oleh karena itu diperlukan sumber daya manusia (SDM) yang handal untuk dapat mengelola kekayaan alam Indonesia. Sangat disayangkan jika sumber daya alam Indonesia dikelola asing karena SDM yang ada tidak mampu mengelola sendiri. Kasus hilangnya pulau Sipadan dan Ligitan yang berada di Selat Makasar pada tahun 2002 menjadi pelajaran yang berharga bagi Indonesia. Hilangnya kedua

pulau tersebut menjadikan batas teritorial bergeser dan wilayah Indonesia berkurang. Apalagi dari ribuan pulau di Indonesia masih ada pulau yang belum bernama yang bisa saja hilang dari wilayah Indonesia jika tidak mendapat perhatian.[1] Padahal jika pulau-pulau kecil tersebut dikelola dengan baik tentu akan mendatangkan kemakmuran.

Membangun SDM yang handal ditempuh melalui proses panjang pendidikan. Sampai saat pendidikan yang merata dan berkualitas masih belum sesuai dengan harapan. Kondisi alam pulalah yang menjadi salah satu faktor penyebab belum tercapainya pemerataan pendidikan yang berkualitas. Secara aksesibilitas sebagian wilayah pulau di Indonesia masih belum memiliki akses yang memadai terhadap keberlangsungan kesejahteraan masyarakat terutama terhadap akses pendidikan. Padahal pendidikan telah menjadi kebutuhan dasar yang menjadi hak setiap warga Negara Indonesia.

Sebagai bagian dari fase kehidupan, pendidikan merupakan proses yang pasti dilalui oleh setiap manusia baik secara formal, informal maupun non formal. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional pada Bab VI Pasal 13, menyatakan bahwa jalur pendidikan terdiri atas pendidikan formal, nonformal, dan informal yang masing masing jalur terdiri dari beberapa jenjang pendidikan. Jenjang pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan. Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi.

Pendidikan menjadi kebutuhan dasar bagi setiap manusia untuk meningkatkan kapasitas diri guna memenuhi kebutuhan hidupnya. Mengingat sebagai makhluk individu sekaligus makhluk sosial kebutuhan manusia selalu meningkat dan kian kompleks. Dalam arti yang lebih luas pendidikan berdampak pada setiap sendi kehidupan. Dalam

[1] Hibatullah Darmawan, "Pengalaman Pahit Lepasnya Sipadan dan Ligitan", (https://www.qureta.com/post/pengalaman-pait-lepasnya-sipadan-dan-ligitan-2., diakses 30 Agustus 2018).

lingkungan sosial pendidikan berdampak pula pada perubahan lingkungan sosial budaya, ekonomi, politik, bahkan pandangan agama. Bagi suatu negara pendidikan juga dapat dijadikan sebagai indikator perkembangan peradaban dan kemajuan.

Indonesia sebagai negara berkembang memprioritaskan pendidikan sebagai pembentuk sumberdaya manusia yang utuh. Pendidikan sebagai investasi bagi penyiapan manusia yang cerdas, terampil, dan berkarakter. Salah satu komponen penting terkait sumber daya manusia adalah modal manusia (*human capital*). secara terminologi modal manusia mengacu pada pengembangan kapasitas manusia di bidang pendidikan, kesehatan, dan pengembangan potensi lainnya untuk meningkatkan produktivitas. Pengambangan sumberdaya manusia dinilai menjadi penggerak kemajuan ekonomi suatu negara[2]. Namun secara geografis sebagai negara kepulauan Indonesia mengalami berbagai tantangan dan hambatan dalam membangun sumber daya manusia dari sisi pemerataan kualitas pendidikan. Masih banyak ketimpangan terutama bagi masyarakat yang tinggal daerah khusus, yakni daerah yang masuk dalam kategori terluar, terdepan, dan tertinggal (3T). Tulisan ini akan membahas mengenai pemerataan kualitas pendidikan yang di dalamnya terdapat pembahasan tentang kondisi pendidikan di Indonesia, permasalahan dan tantangan pendidikan di daerah kepulauan, langkah strategis dalam pemerataan kualitas pendidikan di kepulauan, dan Guru Garis Depan (GGD) sebagai solusi pemenuhan guru pendidikan di daerah 3T.

8.2. Kondisi Pendidikan di Indonesia

Pendidikan merupakan hak setiap warga negara yang dijamin oleh pemerintah. Sebagaimana termuat dalam UUD 1945 pasal 31 ayat (1) menyebutkan bahwa tiap-tiap warga negara berhak mendapatkan pengajaran; dan ayat (2) pemerintah mengusahakan dan menyelenggarakan

---

[2] Michael P. Todaro dan Stephen C. Smith, *Pembangunan Ekonomi, Edisi Sebelas.* (Jakarta: Erlangga, 2011).

satu sistem pengajaran nasional yang diatur dengan undang-undang. Berdasarkan amanat tersebut pemerintah berkewajiban untuk menjamin hak setiap warga negara untuk mendapatkan layanan pendidikan. Di samping itu pemerintah juga wajib menyelenggarakan sistem pengajaran nasional.

8.2.a. Pertumbuhan Sekolah dan Peserta Didik

Data Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan tahun ajaran 2016/2017 menunjukkan bahwa terjadi pertumbuhan jumlah sekolah dan peserta didik pada semua jenjang pendidikan kecuali jenjang sekolah dasar (SD). Kenaikan tertinggi pada jenjang pendidikan menengah, yakni SMK 4,56% dan SMA 3,59%. Pada jenjang SD terjadi pengurangan jumlah bangunan sekolah sebesar 0,02%.[3] Peningkatan jumlah SMK yang lebih tinggi dari SMA menunjukkan keseriusan pemerintah dalam penyelenggaraan pendidikan vokasi guna penyiapan tenaga kerja. Sementara menurunnya jumlah SD ditengarai karena pemerintah menerapkan kebijakan penggabungan SD Negeri. Beberapa SD negeri yang berada dalam satu wilayah dan memiliki jumlah peserta didik sedikit digabungkan (*regrouping*) menjadi satu sekolah.

Pada dasarnya kebijakan penggabungan sekolah lebih didasarkan untuk tujuan efektivitas kegiatan pembelajaran.[4] *Regrouping* dilakukan terutama terhadap sekolah-sekolah yang jumlah peserta didiknya terus berkurang. Pelaksanaan *regrouping* tidak dilakukan secara serta-merta. *Regrouping* dilakukan setelah mengkaji dan memetakan jumlah peserta didik dan jumlah SD pada suatu wilayah serta dengan memperimbangkan sebaran guru di wilayah tersebut.

---

[3] *Potret Pendidikan Indonesia Statistika Pendidikan 2017.* (Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2018), hlm. 9.

[4] "Penggabungan SD Kemungkinan Berlanjut", (https://www.suaramerdeka.com/smcetak/baca/91878/kebijakan-penggabungan-sd-emungkinan-berlanjut diakses 30 Agustus 2018)

Tabel 8.1. Perkembangan Jumlah Peserta Didik Menurut Jenjang Pendidikan Tahun Ajaran 2015/2016 dan 2016/2017[5]

Jenjang Pendidikan	2015/2016 (000)	2016/2017 (000)	Pertumbuhan (%)
(1)	(2)	(3)	(4)
SD	25 885,1	25 618,1	-1,03
SMP	10 040,3	10 145,4	1,05
SMA	4 312,4	4 659,5	8,05
SMK	4 335,0	4 682,9	8,03

Laju pertumbuhan jumlah peserta didik seiring dengan pertumbuhan jumlah sekolah. Jenjang pendidikan menengah (SMA/SMK) mengalami pertumbuhan tertinggi yakni sekitar 8%. Sementara jenjang SMP mengalami pertumbuhan relatif kecil yakni 1,05%. Sedangkan jenjang SD justru mengalami penurunan sebesar 1,03%. Penururan jumlah peserta didik jenjang SD hampir merata di seluruh Indonesia.

Pengurangan jumlah peserta didik jejang SD salah satunya disebabkan oleh berkurangnya jumlah lulusan Taman Kanak-Kanak (TK) dan berkurangnya jumlah siswa usia SD. Salah satu contohnya terjadi di Kota Magelang, selama dia tahun berturut-turut SD Kramat 4 ters mengalami penurunan jumlah peserta didik. Penurunan jumlah peserta didik sebagai imbas dari keberhasilan program berencana di kota tersebut.[6] Keberhasilan program keluarga berencana berdampak pada menurnnya angka kelahiran, yang tentu saja berdampak pula pada jumlah peserta didik.

---

[5] Badan Pusat Statistik, Op. Cit., hlm. 12.

[6] "2 Tahun Terakhir, Jumlah Siswa SD Kramat 4 Terus Berkurang", (http://www.wawasan.co/home/detail/5678/2-Tahun-Terakhir-Jumlah-Siswa-SD-Kramat-4Terus- Berkurang diakses 28 Agustus 2018).

8.2.b. Ruang Kelas

Tabel 8.2. Persentase Ruang Kelas Menurut Jenjang Pendidikan dan Kondisi, Tahun Ajaran 2015/2016 dan 2016/207[7]

Jenjang Pendidikan	Kondisi Ruang Kelas TA 2015/2016			Kondisi Ruang Kelas TA 2016/2017		
	Baik	Rusak Ringan/ sedang	Rusak Berat/ Total	Baik	Rusak Ringan/ sedang	Rusak Berat/ Total
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
SD	23,85	65,21	10,95	25,74	63,95	10,31
SMP	26,97	64,65	8,39	28,73	62,57	8,71
SMA	47,35	47,98	4,67	45,66	50,00	4,34
SMK	45,68	50,44	3,87	45,66	50,77	3,57

Berdasarkan kondisi ruang kelas, sebagian besar ruang kelas dalam kondisi rusak pada semua jenjang pendidikan. Namun, persentase ruang kelas dengan kondisi baik pada jenjang pendidikan dasar mengalami peningkatan dibanding tahun ajaran sebelumnya. Sementara pada jenjang sekolah menengah ruang kelas dengan kondisi baik mengalami penurunan. Kondisi ruang kelas yang rusak disebabkan oleh minimnya biaya pemeliharaan. Kerusakan ringan yang tidak segera diperbaiki mengakibatkan kerusakan menjadi semakin berat.

8.2.c. Jumlah Perpustakaan

Tabel 8.3. Jumlah dan Persentase Perpustakaan Menurut Jenjang Pendidikan, Tahun Ajaran 2016/2017[8]

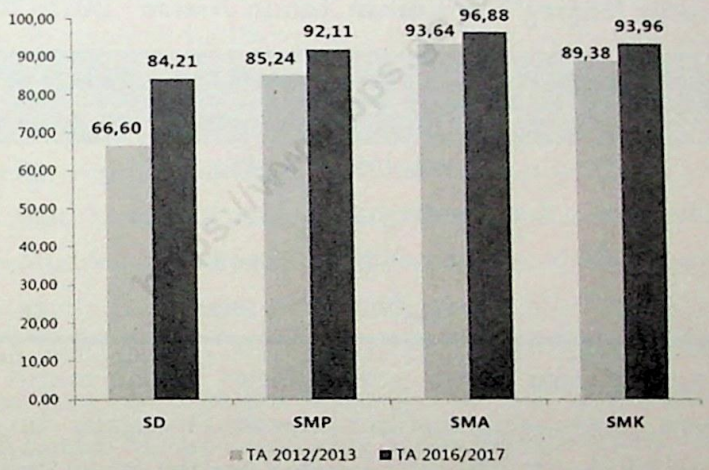
Jenjang Pendidikan	Jumlah	Persentase
(1)	(2)	(3)
SD	90 642	61,45
SMP	28 796	76,35
SMA	10 042	76,40
SMK	7 978	60,34

[7] Badan Pusat Statistik, Op. Cit., hlm. 14.
[8] Ibid., hlm. 17.

Ketersediaan perpustakaan belum mencapai 100% bahkan kurang dari 80%. Jika diasumsikan setiap sekolah memiliki 1 perpustakaan, maka setidaknya ada 4 dari 10 SD belum memiliki perpustakaan, 3 dari 10 SMP dan SMA belum memiliki perpustakaan, serta 4 dari 10 SMK belum memiliki perpustakaan.

8.2.d. Jenjang Pendidikan Guru

Grafik8.1. Persentase Guru Layak Mengajar Menurut Jenjang Pendidikan, Tahun Ajaran 2012/2013 dan 2016/2017[9]



Persentase guru (termasuk di dalamya kepala sekolah) yang berijasah minimal D4/S1 mengalami kenaikan selama tiga tahun terakhir. Tahun 2013/2014 persentase guru yang berijasah D4/S1 sebesar 83,22%. padat tahun ajaran 2015/2016 dan 2016/2017 secara berturut-turut sebesar 84,86% dan 88,29%. sebagaimana didefinisikan oleh Kemdikbud bahwa kualifikasi guru yang layak mengajar minimal berijasah S1/D4. Semakin tinggi jenjang pendidikan guru maka semakin tinggi persentase layak mengajar.

---

[9] Ibid., hlm. 19.

8.2.e. Rasio Murid - Guru

Berdasarkan PP No. 74 Tahun 2008 Pasal 17 standar ideal rasio murid-guru untuk jenjang SD, SMP, dan SMA adalah 20:1, sementara untuk jenjang SMK 15:1. Rasio tersebut berdasarkan efektifitas pelaksanaan pembelajaran. Ketika jumlah siswa terlalu banyak, sebagai fasilitator guru akan merasa kewalahan. Terlebih pembelajaran dirahapkan dapat memperhatikan karakteristik peserta didik untuk dapat mengembangkan bakat dan minat yang dimiliki secara optimal.

Tabel 8.4. Jumlah Murid, Guru, dan Rasio Murid-Guru Menurut Jenjang Pendidikan,Tahun Ajaran 2016/2017[10]

Jenjang Pendidikan	Jumlah Murid	Jumlah Guru	Rasio Murid-Guru
(1)	(2)	(3)	(4)
SD	25 618 078	1 586 127	16
SMP	10 145 416	622 781	16
SMA	4 659 542	294 872	16
SMK	4 682 913	276 099	17

Rasio murid-guru adalah perbandingan jumlah murid terhadap jumlah guru, tanpa memperhatikan kelayakan mengajar dan termasuk di dalamnya kepala sekolah. Data tersebut berlaku secara umum diluar daerah khusus. Karena faktanya distribusi guru masih belum merata dan banyak daerah masih kekurangan guru.

8.2.f. Angka Partisipasi Sekolah

Angka Partisipasi Sekolah (APS) merupakan ukuran daya serap lembaga pendidikan terhadap penduduk usia sekolah. APS merupakan indikator dasar yang digunakan untuk melihat akses penduduk pada fasilitas pendidikan khususnya bagi penduduk usia sekolah. Semakin tinggi Angka Partisipasi Sekolah semakin besar jumlah penduduk yang berkesempatan mengenyam pendidikan. Namun demikian meningkatnya APS tidak selalu dapat

[10] Ibid., hlm. 20.

diartikan sebagai meningkatnya pemerataan kesempatan masyarakat untuk mengenyam pendidikan. Partisipasi sekolah juga dapat menggambarkan efektivitas program pendidikan dalam penyerapan potensi pendidikan di masyarakat. Semakin tinggi angka partisipasi sekolah maka semakin efektif program yang di laksanakan.

Angka Partisipasi Kasar (APK), menunjukkkan partisipasi penduduk yang sedang mengenyam pendidikan berdasarkan jenjang pendidikannya. Angka Partisipasi Kasar (APK) merupakan persentase jumlah penduduk yang sedang bersekolah pada suatu jenjang pendidikan terhadap jumlah penduduk usia sekolah yang sesuai dengan jenjang pendidikan tersebut tanpa memperhatikan usia peserta didik. APK digunakan untuk mengukur keberhasilan program pembangunan pendidikan yang diselenggarakan dalam rangka memperluas kesempatan bagi penduduk untuk mengenyam pendidikan. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk pada masing-masing jenjang pendidikan. Besaran nilai APK melebihi 100%. Hal ini karena populasi peserta didik yang bersekolah pada suatu jenjang pendidikan mencakup anak dengan usia di luar batas usia sekolah pada jenjang pendidikan yang bersangkutan. Misalnya anak usia 12 tahun, tetapi masih sekolah di tingkat SD atau anak yang belum berusia 7 tahun tetapi sudah masuk SD.

Angka Partisipasi Murni (APM) adalah persentase jumlah anak pada kelompok usia sekolah tertentu yang sedang bersekolah pada jenjang pendidikan yang sesuai dengan usianya terhadap jumlah seluruh anak pada kelompok usia sekolah yang bersangkutan. Angka Partisipasi Murni (APM) menunjukkan proporsi anak yang bersekolah sesuai dengan jenjang usianya. Besaran nilai APM maksimum adalah 100% yakni jika seluruh anak usia sekolah yang ada menempuh jenjang pendidikan sesuai dengan kelompok usianya. Secara umun nilai APM akan lebih rendah dari APK. Selisih antara APK dan APM menunjukkan proporsi siswa yang terlambat atau terlalu cepat bersekolah.

Partisipasi sekolah masih bervariasi antar jenjang pendidikan. Berdasarkan Angka Partisipasi Kasar (APK), APK jenjang SD/ sederajat nilainya sudah melebihi 100%. Tingginya partisipasi sekolah jenjang pendidikan SD dan sekolah menengah pertama (SMP) merupakan dampak positif kebijakan wajib belajar selama 2 dekade terakhir. Namun demikian semakin tinggi jenjang pendidikan nilai APK semakin menurun. Bahkan pada jenjang Perguruan Tinggi (PT) APK hanya sebesar 25%. hal tersebut juga dipengaruhi oleh keadaan ekonomi masyarakat. Pada kelompok masyarakat kuintil pengeluaran terendah, hanya 8% masyarakat yang mampu mengenyam pendidikan hingga jenjang perguruan tinggi.

Tabel 8.5. APK dan APM Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 2017[11]

Jenjang Pendidikan	APK (%)	APM (%)
(1)	(2)	(3)
SD	108,50	97,19
SMP	90,23	78,40
SMA	82,84	60,37
SMK	25,00	18,62

Hasil Susenas pada kelompok anak usia dini (AUD) menunjukkan Angka Partisipasi Kasar Pendidikan Anak Usia Dini (APK PAUD) kelompok umur 3-6 tahun secara nasional baru 33,84%, masih jauh di bawah target pembangunan sebesar 77,2 %. Sedangkan berdasarkan daerah tempat tinggal terdapat disparitas antara perkotaan dan pedesaan dimana APK PAUD di perkotaan lebih besar yakni 36,43% dibandingkan di pedesaan sebesar 31,08%. hal tersebut disebabkan oleh akses dan fasilitas untuk pelayanan PAUD yang belum merata, dimana fasilitas PAUD di kota lebih banyak tersedia.

[11] BPS, Susenas Maret 2017, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) merupakan salah satu kegiatan Badan Pusat Statistik untuk mengumpulkan informasi/data di bidang kependudukan, kesehatan, pendidikan, Keluarga Berencana, perumahan, serta konsumsi dan pengeluaran yang dilaksanakan secara rutin setiap tahun sejak tahun 1963, (Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2018).

8.2.g. Angka Melek Huruf

Berdasarkan Susenas tahun 2017, capaian Angka Melek Huruf (AMH) penduduk umur 15-59 tahun lebih besar dari target yang di tetapkan dalam Renstra Kemdikbud. Namun, AMK penduduk usia 15 tahun kebawah masih di bawah target yang ditetapkan yaitu 95,50. sementara rata-rata lama sekolah penduduk 15 tahun ke atas mencapai 8,8 tahun atau setara kelas 2 SMP/sederajad (tanpa mempertimbangkan kejadian mengulamg kelas). angka ini masih cukup rendah mengingat program wajib belajar 9 tahun telah dilaksanakan sejak lama sebagaimana tertera dalam UU No. 2 tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasiomal. Akan tetapi setidaknya rata-rata lama sekolah penduduk 15 tahun keatas terus mengalami kenaikan.

8.3. Permasalahan dan Tantangan Pendidikan di Daerah Kepulauan

Tantangan utama dalam pembangunan pendidikan adalah peningkatan kualitas dan pemerataan pendidikan. Pemerataan pendidikan dimaksudkan untuk menekan disparitas taraf pendidikan antar kelompok, terutama antara penduduk kaya dan miskin, antara wilayah perkotaan dan perdesaan, antar daerah, dan disparitas gender. Sebagaimana dikutip dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang tahun 2005-2025, tantangan yang dihadapi pembangunan pendidikan adalah menyediakan pelayanan pendidikan yang berkualitas untuk meningkatkan jumlah proporsi penduduk yang menyelesaikan pendidikan dasar sampai ke jenjang pendidika yang lebih tinggi, menurunkan jumlah penduduk buta aksara, serta menurunkan kesenjangan tingkat pendidikan yang cukup tinggi antar kelompok masyarakat, termasuk anatara penduduk kaya dan penduduk miskin, antara penduduk perkotaan dan pedesaan, antara penduduk di wilayah maju dan tertingga, dan antar jenis kelamin. Pemerataan kualitas pendidikan pendidikan juga merupakan langkah untuk mewujudkan sila kelima yakni keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pemerataan pendidikan merupakan amanat konstitusi. Sebagaimana tertera dalam pasal 28c, ayat (1), UUD 1945 menyatakan bahwa "setiap warga negara berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuia dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia". Dengan demikian, pendidikan harus dapat diakses oleg setiap orang tanpa dibatasi oleh umur, jenis kelamin, tempat, dan waktu. Pemerintah harus menjamin keberpihakan kepada peserta didik yang memiliki hambatan fisik, mental, ekonomi, sosial, ataupun geografis. Dalam pelaksanaannya, pemerataan kualitas pendidikan ke seluruh penjuru negeri bukan hal mudah, perlu konsistensi dan kerjasama pemerintah, masyarakat, dan seluruh pemangku kepentingan, serta membutuhkan waktu yang panjang. Hingga saat ini masih banyak ketimpangan yang terjadi yang menunjukan bahwa kebijakan yang dicanangkan masih perlu pembenahan.

Program nawacita yang digulirkan oleh pemerintah memprioritaskan terhadap pemerataan sekaligus peningkatan kualitas pendidikan sampai ke pelosok tanah air. Karena memang selayaknya setiap bagian wilayah Indonesia mendapat perhatian tanpa terkecuali. Termasuk masyarakat yang tinggal wilayah kepulauan yang masuk di daerah khusus yakni dalam kategori 3T. Berbagai keterbatasan di wilayah tersebut tentu menuntut pemerintah dan seluruh elemen untuk melakukan upaya lebih.

Faktanya wilayah Indonesia di bagian timur memang mengalami kesenjangan yang sangat jauh jika dibandingkan dengan wilayah lainnya. Dan lagi-lagi unsur yang paling menjadi alasan adalah faktor geografis serta sarana dan prasarana. Padahal pemerintah telah menggulirkan dana alokasi khusus untuk memenuhi kebutuhan daerah. Kendati demikian keterbatasan sarana transportasi juga turut menyumbang kesenjanagan. Karna dari segi ekonomi misalnya, hal ini memicu perbedaan harga pasar dan kebutuhan pokak yang cukup jauh dibandingkan di daerah lainnya. Barang yang seharusnya murah menjadi mahal akibat jasa transportasi yang sulit dan mahal pula. Tentu hal tersebut sangat memengaruhi daya beli dalam memenuhi kebutuhan dan untuk meningkatkan kesejahteraan.

8.3.a. Keterbatasan dan Kesenjangan Sarana dan Prasarana

Di wilayah kepulauan permasalahan dalam yang selalu dihadapi oleh daerah terluar, terdepan dan terpencil (3T) adalah tentang terbatasnya sarana dan prasarana serta keterbatasan pendidik dan tenaga kependidikan. Permasalahan tersebut merupakan permasalahan pokok yang selalu terjadi dari tahun ke tahun. Kendati pemerintah telah menganggarkan 20% APBN untuk pendidikan tetapi nyatanya sampai saat ini permasalahan pendidikan terkait sarana dan prasarana masih belum terselesaikan. Ketimpangan sarana perpustakaan masih terjadi di beberapa daerah di Indonesia. Misalnya di Provinsi Papua dan Papua Barat, pada jenjang SD persentase sekolah yang memiliki perpustakaan kurang dari 40%, sementara di provinsi lain sudah di atas 50%. Bahkan di Kep. Bangka Belitung sudah mencapai 90%.[12] lebih miris lagi bahkan banyaknya bangunan sekolah yang rusak mengakibatkan secara umun bangunan sekolah di Indonesia termasuk dalam kondisi rusak meskipun masih dalam kategori sedang.

Biaya pemeliharaan dan rehap ringan ruang kelas dan bangunan sekolah dapat memanfaatkan dan Bantuan Operasional Sekolah (BOS) sesuai dengan petunjuk teknis masing-masing jenjang pendidikan.[13] Namun demikian besaran dana Bos yang diterima oleh masing-masing sekolah ditentukan oleh jumlah peserta didik. Semakin banyak jumlah peserta didik maka semakin banyak besaran dana yang diperoleh. Bagi sekolah dengan jumlah siswa banyak dana bos dapat menutup biaya operasional harian termasuk penyiapan fasilitas belajar yang memadai, namun bagi sekolah kecil tentu sekolah perlu menghemat, meskipun keduanya menggunakan juknis sesuai ketentuan.

Selain faktor pemeliharaan, faktor alam juga menjadi penyebab rusaknya sarana belajar. Bencana alam yang terjadi baik, gempa bumi, tanah longsor maupun banjir menyebakan beberapa bangunan sekolah

---

[12] Badan Pusat Statistik, Op. Cit., hlm. 17.

[13] Permendikbud No. 26 Tahun 2017 tentang Perubahan dari Permendikbud No. 8 Tahun 2017 tentang Juknis BOS.

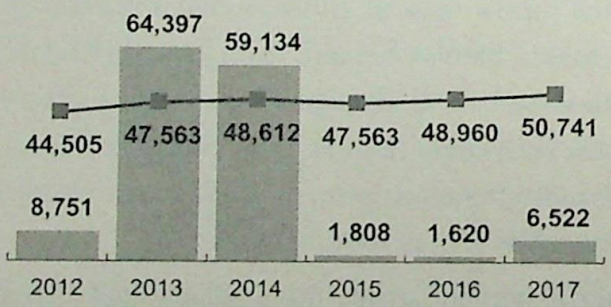
mengalami rusak parah. Berdasarkan laporan Bank Dunia tsunami yang terjadi di aceh tahun 2006 mengakibatkan kerugian sektor pendidikan dan kesehatan sebesar 1,5 trilyun rupiah[14].

8.3.b. Kesenjangan Pemenuhan Pendidik dan Tenaga Kependidikan

Dari sisi tata kelola dan penyediaan pendidik dan tenaga kependidikan yang profesional, otonomi pengelolaan guru sebagai profesi belum dapat diimplementasikan sebagaimana diharapkan. Meskipun kebijakan pendiidikan yang tertera dalam uu otonomi daerah telah digulirkan sejak tahun 2004, tetapi sampai saat ini masih banyak daerah yang belum siap baik secara ketersediaan guru maupun tata kelola. Daerah belum memiliki kapasitas yang memadai mengenai aspek penting pengelolaan guru, seperti seleksi guru baru, sistem promosi jabatan, serta penggajian.[15] Pengelolaan guru masih sangat tergantung pada peran dan kebijakan yang disusun secara terpusat.

Permasalahan kekurangan Guru Menjadi permasalahan yang serius setiap tahun ribuan guru PNS pensiun sementara pengangatan guru PNS baru jauh lebih rendah.

Grafik 8.2. Perbandingan Jumlah Guru PNS yang Pensiundengan Guru PNS Baru yang Direkrut[16]



[14] "Ringkasan Eksekutif Dampak Bencana Alam", http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/226271115019658471 8/ExeSumBhs.pdf, diakses 30 Agustus 2018).

[15] Tim PGRI, *Pendidikan Untuk Transformasi Bangsa*, (Jakarta: Kompas, 2014), hlm. 75.

[16] Paparan Kemdikbud dalam Rapat dengar Pendapat Umum denga Panja Dikdasmen Komisi X tanggal 30 Maret 2018.

Tak hanya karena besarnya jumlah guru pensiun, kurangnya kebutuhan guru sebenarnya lebih disebabkan karena kurang meratanya persebaran guru. Pada satu daerah terjadi kekurangan sementara didaerah lain justru guru mengalami kekurangan jam mengajar. Hal tersebut disebabkan karena berlum mengimplementasikan merit sistem dan belum menggunakan *multi-grade* dan *multi-subject teaching.*

Pemenuhan kebutuhan guru bukan hanya persoalan jumlah tetapi juga persoalan kualitas. Masih ada guru yang belum menyelesaikan pendidikan sesuai dengan standar kelayakan yakni lulus jenjan S1 atau D4. Masih ada juga guru yang yang berasal dari lulusan non kependidikan. Berbagai pelatihan diperlukan untuk meningkatkan kompetensi guru. Guru profesional setidaknya harus memiliki empat kompetensi dasar, yakni kompetensi pedagodik, kompetensi profesional, kompetensi sosial, dan kompetensi pribadi. Kompetensi tersebut harus dipenuhi karena tugas guru tidak hanya sekedar transfer ilmu, tetapi juga membentuk karakter siswa yang berjiwa pancasila melalui bimbingan dan keteladanan.

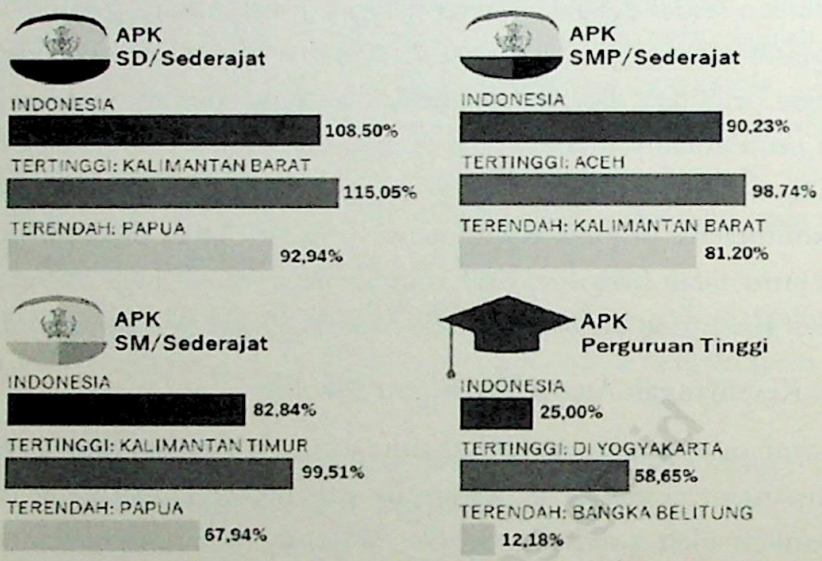
8.3.c. Kesenjangan Angka Partisipasi Sekolah

Berbagai permasalahan daerah juga turut menyumbang terhadap ketimpangan pendidikan. Secara umum ketimpangan yang terjadi disebabkan oleh kondisi geografis. Wilayah indonesia bagian timur dengan topografi alam yang berbukit serta jarak yang jauh terhadap pusat pemerintahan menjadikan wilayah ini lebih tertinggal dibandingkan yang lain. Sebagai contoh pada pencapaian APK SD. Hampir seluruh provinsi di Indonesia mencapai APK SD Melebihi angka 100% kecuali Papua. Pemerintah perlu mengalokasikan perhatian lebih agar daerah dapat mengejar ketertinggalannya dengan daerah lain. Pembangunan infrastruktur berupa fasilitas pendidikan masih menjadi hal utama yang dibutuhkan untuk menunjang pendidikan. Mengingat kondisi geografis papua berbukit-bukit menjadi salah satu penyebab banyak wilayah masih tertinggal.

APK Menurut Jenjang Pendidikan dan Provinsi dengan Angka Tertinggi dan Terendah, Tahun 2017 menunjukkan bahwa masih terjadi

kesenjangan yang signifikan. Kesenjangan secara signifikan terjadi pada partisipasi kasar di jenjang SM/sederajad dan perguruan tinggi. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa besarnya pencapaian APK berbanding terbalik dengan jenjang pendidikan yang ditempih. Semakin tinggi jenjang pendidikan nilai pencapaian APK semakin rendah.

Grafik 8.3.Angka Partisipasi kasar (APK) Menurut Jenjang Pendidikan dan Provinsi dengan Angka Tertinggi dan Terendah, Tahun 2017[17]



Fakor-faktor yang memengaruhi APK diantaranya adalah kondisi sosial ekonomi, aksesibilitas, dan motivasi. Kondisi sosial ekonomi masyarakat berpengaruh pada penentuan prioritas pemenuhan kebutuhan. Beberapa Indikator yang dapat digunakan untuk mengukur kondisi sosial ekonomi diantaranya adalah: a) pekerjaan pokok, b) pekerjaan sampingan, c) tingkat pendapatan orang tua, d) tingkat pendidikan orang tua, e) jumlah tanggungan dalam Keluarga, f) kepemilikan rumah dan kendaraan pribadi, serta g) kepemilikan aset lainnya.

Aksesibilitas merujuk pada kemudahan akses terhadap suatu layanan. Aksesibilitas merupakan mudahnya suatu lokasi dihubungkan

[17]Ibid.

dengan lokasi lain lewat jaringan transportasi yang ada, berupa prasarana jalan dan alat angkut yang ada di atasnya. Beberapa faktor yang mempengarugi aksesibilitas di antaranya adalah jarak, waktu tempuh, ketersediaan sarana, kererjangkauan biaya. Semakin mudah akses pendidkan akan meningkatkan peluang untuk menempuh jenjang pendidikan tersebut.

Faktor lain yang juga berpengaruh terhadap APK adalah motivasi. Motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang untuk melakukan sesuaitu. Motivasi bisa berasal dari dalam diri (internal) maupun berasal dari luar (eksternal) misalnya lingkungan. Contoh motivasi internal yang mendorong seseorang untuk menempuh pendidikan adalah kebutuhan terhadap pendidikan itu sendiri. Semakin seseorang merasa butuh pendidikan maka kesadaran untuk menempuh pendidikan semakn tinggi.

Hasil penelitian Hamzulida (2016) pada APK sekolah menengah daerah pesisir menunjukkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi Angka Partisipasi Kasar (APK) jenjang Sekolah Menengah Pertama desa pesisir Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang menjadi rendah bukan disebabkan karena kondisi sosial ekonomi orang tua dan aksesibilitas melainkan disebabkan oleh motivasi, hal ini disebabkan karena kondisi sosial ekonomi orang tua sudah tinggi dan aksesibilitas menuju Sekolah Menengah Pertama sudah baik, namun motivasi untuk bersekolah masih rendah.

8.3.d. Kesenjangan Tingkat Pendidikan

Kesenjangan tingkat pendidikan yang dimaksud adalah kesenjangan terhadap jenjang tertinggi lulusan atau tamatan sekolah. Statistik kesejahteraan rakyat tahun 2017 menunjukkan bahwa masih ada kesenjangan yang cukup jauh antar daerah.

Tabel 8.6. Persentase Penduduk Laki-Laki dan Perempuan Berumur 15 tahun Keatas di Daerah Perkotaan dan Pedesaan Menurut Privinsi dan Ijasah tertinggi yang Dimiliki, 2017[18]

	Provinsi *Province*	Tidak Mempunyai Ijazah *No Certificate*	SD/MI *Primary School*	SMP/MTs *Junior High School*	SMA/MA *Senior High School*	SMK/MAK *Vocational Senior High School*	Diploma I dan Diploma II *Diploma I and Diploma II*	Akademi/ Diploma III *Academy/ Diploma III*	Diploma IV/S1 S2/S3 *Diploma IV/Bachelor Master Degree/S3*
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1.	Aceh	11,07	25,59	22,97	26,96	2,22	0,73	2,56	7,90
2.	Sumatera Utara	10,72	21,08	24,49	28,71	6,15	0,38	2,01	6,46
3.	Sumatera Barat	19,05	20,27	21,89	23,10	5,26	0,71	2,11	7,62
4.	Riau	13,14	25,57	22,38	25,49	5,19	0,58	1,76	5,89
5.	Jambi	16,58	26,89	22,45	22,26	3,77	0,62	1,48	5,94
6.	Sumatera Selatan	15,17	32,78	21,68	20,94	3,10	0,33	1,39	4,62
7.	Bengkulu	17,37	24,49	21,47	22,28	4,03	0,44	1,58	8,34
8.	Lampung	18,19	28,12	26,18	17,59	4,31	0,44	1,09	4,07
9.	Kepulauan Bangka Belitung	21,01	28,25	18,46	19,00	6,34	0,45	1,82	4,66
10.	Kepulauan Riau	9,55	18,93	17,09	33,24	11,55	0,37	2,60	6,67
11.	DKI Jakarta	6,05	14,29	19,47	30,01	10,78	0,69	4,52	14,19
12.	Jawa Barat	13,84	33,80	22,07	16,37	6,31	0,48	1,78	5,35
13.	Jawa Tengah	20,28	29,97	23,64	13,25	6,83	0,41	1,40	4,21
14.	Di Yogyakarta	12,86	20,09	19,24	22,17	13,25	1,05	2,69	8,65
15.	Jawa Timur	20,97	29,38	21,39	16,42	5,87	0,43	0,84	4,71
16.	Banten	14,71	26,58	22,37	20,93	5,99	0,46	1,87	7,09
17.	Bali	17,70	21,48	17,75	26,32	5,38	2,50	1,58	7,31
18.	Nusa Tenggara Barat	25,56	27,01	19,67	19,01	2,16	0,50	1,01	5,06
19.	Nusa Tenggara Timur	26,57	31,16	16,41	15,63	2,73	0,46	1,41	5,63
20.	Kalimantan Barat	24,30	29,39	20,38	17,45	2,73	0,34	1,35	4,05
21.	Kalimantan Tengah	12,76	33,97	22,86	19,86	3,08	0,59	1,33	5,56
22.	Kalimantan Selatan	17,68	30,13	20,89	19,38	3,86	0,57	1,29	6,21
23.	Kalimantan Timur	10,01	24,11	21,81	26,24	7,05	0,53	2,13	8,11
24.	Kalimantan Utara	16,42	21,30	21,55	26,39	4,28	0,46	1,79	7,81
25.	Sulawesi Utara	15,30	22,20	20,61	25,51	6,65	0,45	1,48	7,82
26.	Sulawesi Tengah	14,53	33,29	19,67	20,23	3,70	0,68	1,35	6,54
27.	Sulawesi Selatan	20,72	26,50	18,82	20,56	2,91	0,52	1,67	8,30
28.	Sulawesi Tenggara	16,83	24,84	20,11	24,34	2,40	0,71	2,20	8,56
29	Gorontalo	29,28	25,92	16,75	16,54	4,45	0,48	0,83	5,76
30.	Sulawesi Barat	21,35	33,21	18,27	15,69	3,89	0,59	1,27	5,74
31.	Maluku	11,76	21,57	21,29	30,71	3,35	0,77	1,94	8,60
32.	Maluku Utara	17,27	24,29	20,51	25,22	2,52	0,89	1,31	7,99
33.	Papua Barat	12,38	20,70	22,55	27,34	4,43	0,40	2,04	10,15
34.	Papua	35,23	23,66	17,78	15,51	2,68	0,24	1,16	3,53
	Indonesia	**17,00**	**28,03**	**21,71**	**19,38**	**5,72**	**0,52**	**1,65**	**5,98**

Kesenjangan yang cukup jauh antar daerah terjadi pada tamatan pendidikan tertinggi pada penduduk usia 15 tahun ke atas. Secara umum baru 5,98% penduduk usia 15 tahun ke atas yang berhasil menamatkan jenjang pendidikan sarjana dan di atasnya, selanjutnya 1,65% menamatkan pendidikan Akademi/Diploma III, 0,52 % Diploma II, 5,72 SMK, 19,38 SMA, 21,71 SMP, 28,03 SD, dan 17,00 tidak memiliki ijasah. Hal tersebut juga menunjukkan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat Indonesia. Bahkan 17% penduduk Indonesia usia 15 tahun ke atas tidak mengenyam pendidikan.

Persentase penduduk penduduk berdasarkan ijasah tertinggi pada masing-masing provinsi cukup bervariasi. Dengan demikian masih ada daerah sebagian besar pendusuknya hanya memiliki ijasah SD. Bahkan di Papua jumlah penduduk usia 15 tahun ke atas yang sama sekali tidak menempuh pendidikan sebesar 35,23%. hal ini tentu memerlukan

[18] *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2017.* (Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2018).

perhatian yang serius melihat capaian program wajib belajar 12 tahun masih harus terus di tingkatkan.

8.4. Langkah Strategis dalam Pemerataan Kualitas Pendidikan di Daerah Kepulauan

Pemerintah Negara Indonesia berkewajiban untuk melindungi seluruh bangsa Indonesia salah satunya dengan mencerdaskan kehidupan bangsa sebagaimana diamanatkan dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Berdasarkan amanat tersebut, terbentuklah suatu sistem pendidikan nasional yang didasari oleh Pancasila dan UUD RI 1945. Di mana pendidikan nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa. Sistem pendidikan nasiona diharapkan mampu menjamin pemerataan kesempatan pendidikan, peningkatan mutu serta relevansi dan efisiensi manajemen pendidikan untuk menghadapi tantangan sesuai dengan tuntutan perubahan kehidupan lokal, nasional, maupun global.

Pendidikan nasional bertujuan untuk mengembangkan potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan yang Mahe Esa, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab.[19] Sistem pendidikan nasional adalah keseluruhan komponen inti pendidikan yang saling terkait dan terpadu untuk mencapai tujuan pendidikan nasional. Komponen pendidikan terdiri dari tujuan pendidikan, pendidik, peserta didik, isi pendidikan, metode pendidikan, alat pendidikan, dan lingkungan. Disamping komponen pendidikan diperlukan pula unsur penunjang untuk mendukung kelancaran proses pendidikan. Unsur tersebut di antaranya adalah fasilitas belajar, sarana akses menuju sekolah, pembiayaan, serta kegiatan penunjang belajar. Diharapkan komponen-komponen beserta unsure penunjang pendidikan dapat mendukung proses pendidikan guna

mencapai tujuan pendidikan nasional serta mewujudkan tujuan pembangunan nasional.

Pasal 45 UU No. 20 Tahun 2003 menyebutkan bahwa setiap satuan pendidikan menyediakan sarana dan prasarana yang memenuhi keperluan pendidikan. Pengadaan sarana dan prasarana masih sangat tergantung pada pemerintah pusat.[20] Pemerintah terus berupaya meningkatkan sarana dan prasarana pendidikan antara lain melalui penambahan dan penataan bangunan sekolah, perbaikan ruang kelas yang rusak, serta peningkatan jumlah perpustakaan. Dengan terpenuhinya sarana dan prasarana pendidikan diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan masyarakat.

Pembangunan yang merata di seluruh wilayah di Indonesia merupakan dambaan masyarakat Indonesia. Oleh karena itu pemerintah saat ini gencar melaksanakan berbagai macam program pembangunan nasional dalam segala bidang dengan merumuskan nawa cita. Pada periode pemerintahan 2014-2019 pemerintah berupaya untuk tujuan pembangunan nasional melalui program nawa cita. Tujuan pembangunan nasional di bidang pendidikan tertuang dalam nawa cita ke-5 yakni meningkatkan kualitas pendidikan dan pelatihan melalui program Indonesia Pintar (PIP)[21]. Selain itu dalam rangka penguatan dan pemerataan kualitas hidup masyarakat di NKRI tertuang pada nawa cita ke-3 yakni membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan. terkait dengan peningkatan dan pemerataan pendidikan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud) menjalankan sejumlah kebijakan yang menyasar masyarakat yang berada di wilayah pinggir tersebut salah satunya melalui program Guru Garis Depan (GGD). Secara internasional tujuan pembangunan di bidang pendidikan tertuang dalam tujuan pembengunan berkelanjutan (TPB) atau disebut juga Sustainable Development Goals (SDGs) pada tujuan ke-4 yakni memastikan mutu pendidikan yang

---

[19] Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Pasal 3.

[20] H.M. Hasbullah, Kebijakan Pendidikan dalam Perspektif Teori, Aplikasi dan Kondisi Objektif Pendidikan di Indonesia, (Jakarta: Rajawali Pers, 2015), hlm. 181.

inklusif dan merata, serta mempromosikan kesempatan belajar sepanjang hayat bagi semua.

PIP sebagai salah satu langkah strategis untuk merealisasikan tujuan pembangunan pendidikan melalui pelaksanaan program wajib belajar 12 tahun. Program wajib belajar 12 tahun yang dicanangkan pemerintah dalam pelaksanaanya mempunyai 2 konsekuensi. Pada satu sisi, semua anak bangsa wajib bersekolah sampai batas yang ditentukan pemerintah. Sementara pada sisi lainnya, pemerintah diwajibkan untuk mengeluarkan semua biaya dan wajib menyediakan semua fasilitas penunjang dalam rangka mewujudkan wajib belajar 12 tahun. Keseriusan pemerintah dalam melaksanakan wajib belajar 12 tahun terbukti dengan adanya Program Indonesia Pintar (PIP) yang dapat menjamin semua hak dan kewajiban anak untuk tetap bersekolah sampai jenjang pendidikan menengah baik umum maupun kejuruan.

Sehubungan dengan kebijakan otonomim daerah, berbagai upaya pemerataan, perluasan akses, percepatan, dan peningkatan kualitas pendidikan dapat bergerak bersamaan di seluruh nusantara. Salah satu di antaranya adalah melalui program terobosan dengan menyediakan tenaga pengajar yang profesional yang ditempatkan di wilayah terluar, terdepan, dan terpencil (3T). Program tersebut dikenal dikenal dengan Guru Garis Depan (GGD). GGD diharapkan mampu menjadi pelopor, pembaharu, serta motivator dalam meningkatkan efektifitas pengajaran, serta membuka wawasan masyarakat.

8.5. Guru Garis Depan (GGD)sebagai Solusi Pemenuhan Guru Pendidikan di Daerah 3T.

Dalam rangka pemerataan akses pendidikan melalui di seluruh Indonesia, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemdikbud) memberikan gagasan untuk mengatasi permasalahan kekurangan guru terutama di daerah 3T (terluar, terdepan, dan tertinggal) melalui Program Guru Garis Depan (GGD). Program GGD merupakan kebijakan afirmasi

Kemdikbud melalui penempatan guru PNS di daerah 3T berdasarkan data Kementerian Desa, Pembangunan Daerah tertinggal, dan Transmigrasi serta usulan daerah.[22] Daerah 3T terdiri dari daerah terdepan dan terlauar (perbatasan) yang meliputi 43 kabupaten yang tersebar dalam 13 provinsi dan daerah tertinggal yang meliputi 122 kabupaten yang tersebar dalam 24 provinsi.[23] Program GGD merupakan muara dari penyelenggaraan program sarjana mengajar di daerah SM-3T, dimana pada program SM-3T pemerintah menjaring sarjana *fresh graduate* atau maksimal 3 tahun setelah lulus untuk mengajar di daerah 3T guna memenuhi kebutuan kekurangan guru di daerah tersebut.

SM-3T dimulai sejak tahun 2011 dan berlangsung sampai saat ini. Pada awalnya peserta yang mengikuti program SM-3T sangat sedikit. Sampai kemudian program ini semakin dikenal dan semakin banyak sarjana yang mengikuti program tersebut. Dalam penyelenggaraan Program SM3T, seluruh fasilitas yang dibutuhkan oleh peserta SM3T di sediakan oleh pemerintah. Mulai dari prakondisi, keberangkatan, penempatan di sekolah yang ditentukan, tempat tinggal, biaya untuk memeniuhi kebutuhan hidup selama mengajar di sana sampai dengan kepulangannya.

Peserta SM-3T mengajar di sekolah dan melaksanakan pengabdian kepada masyarakat. Peserta SM-3T diwajibkan menyusun laporan kegiatan di daerah tampat mengabdi. Setelah satu tahun mengajar peserta SM3T berhak mendapatkan beasiswa Program Profesi Guru (PPG) selama satu tahun. PPG merupakan progam untuk menyiapkan guru profesional bersertifikat, dimana penyiapan guru sebagai profesi dinyatakan dalam

---

[21] Tertulis dalam Rencana Pembengunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 pada Bab 6.5 yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia melalui pelaksanaan Program Indonesia Pintar.

[22] Bahan Paparan Program GGD 2016 dan Pengiriman tahun 2017, (Jakarta: Direktorat Pembinaan Guru Dikdas, Dirjen Guru dan Tenaga Kependidikan, Kemdikbud).

[23] "Daftar Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar (Perbatasan) Tahun 2015", (http://lpdp.qualbase.co.id/pib/wp-content/uploads/2017/05/Daftar-Daerah-3T-2015.pdf diakses 10 Agustus 2018).

Peraturan Pemerintah No. 19 Tahun 2017 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah No.74 Tahun 2008 tentang Guru.[24]

Pelaksanaan dan penempatan peserta PPG diatur oleh pemerintah sesuai dengan *homebase* peserta SM-3T. Peserta tidak dapat menentukan sendiri LPTK yang dipilih sebagai tempat menempuh PPG. Program Studi PPG yang dirancang secara sistematis dan menerapkan prinsip mutu mulai dari seleksi, proses pembelajaran dan penilaian, hingga uji kompetensi, diharapkan akan menghasilkan guru-guru masa depan yang profesional yang dapat menghasilkan lulusan yang unggul, berkarakter, kompetitif, dan yakin bahwa pancasila sebagai satu-satunya landasan hidup berbangsa dan bernegara, serta cinta tanah air.[25] Dari program tersebut peserta akan mendapatkan sertifikat pendidik dan berhak menyandang gelar guru profesional (S,Pd.,Gr).

Peserta yang telah menyandang gelar guru profesional dan mendapatkan sertifikat pendidik dapat mengikuti seleksi calon pegawai negeri sipil (CPNS) Guru Garis Depan. Hal tersebut merupakan tindak lanjut dari upaya pemerintah dalam pemerataan dan peningkatan kualitas pendidikan di mana guru-guru yang telah terbukti berpengalaman menaklukan daerah 3T dikembalikan ke daerah tersebut guna meningkatkan kualitas pendidikaan di sana.[26] Meskipun dalam hal ini penempatan peserta GGD belum tentu sama dengan penempatan ketika program SM-3T. Sebagai contoh seorang peserta SM-3T mengabdi di Kabupaten Alor Provinsi Nusa Tenggara Timur kemudian sebagai GGD ia ditempatkan di Kabupaten Mimika Provinsi Papua.

Pada pelaksanaannya program GGD merupakan program sinergis antara Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi

---

[24] Peraturan Pemerintah No. 19 Tahun 2017 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah No. 74 Tahun 2008 tentang Guru.

[25] "Meningkatkan Kualitas Guru di Daerah Terpencil, Melalui Program Pendidikan Profesi Guru Daerah Tertinggal, Terdepan dan Terluar(3T)", (http://belmawa.ristekdikti.go.id/2018/08/24/meningkatkan-kualitas-guru-di-daerah-terpencil-melalui-program-pendidikan-profesi-guru-daerah-tertinggal-terdepan-dan-terluar-3t/, diakses 10 September 2018)

[26] Prisca Kiki Wulandari dkk, *Membangun Indonesia: Pemberdayaan Pemuda Berwawasan Pancasila*, (Malang: UB Press, 2017), hlm. 135.

(Kemristekdikti), Kementerian Pendidikan dan kebdayaan (Kemendikbud), dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (KemenPANRB) yang mengapresiasi para sarjana berkarir sebagai guru Pegawai Negeri Sipil (PNS) di daerah 3T. hal ini juga sekaligus guna memeratakan akses pendidikan dan sebagai terobosan inovatif untuk memenuhi kekurangan guru di daerah 3T serta memberdayakan sekolah dan guru yang ada. Sejauh ini program GGD telah telah berlangsung selama dua periode. Program GGD angkatan pertama dimulai pada 2015 dengan mengirimkan 798 guru ke 28 kabupaten di daerah 3T yang tersebar di empat provinsi. Ke-798 guru tersebut terpilih melalui seleksi Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) formasi PNS untuk para lulusan SM-3T (Sarjana Mendidik di daerah 3T). Dari target sebanyak 4.298 guru, sebanyak 1.480 guru yang mendaftar. Kemudian tahun 2016 (GGD angkatan kedua), Kemendikbud kembali mengusulkan formasi GGD sebanyak 7.000 kuota, namun pemerintah hanya menyediakan 6.930 kuota.

Seleksi Kompetensi Dasar untuk CPNS GGD 2016 merujuk pada Surat Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor B/2637/M.PAN-RB/07/2016 tanggal 26 Juli 2016 tentang Formasi Guru Garis Depan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan untuk Pemerintah Kabupaten sebagai dasar hukum pelaksanaanya. Berdasarkan surat tersebut, Kementerian PAN-RB secara prinsip menyetujui tambahan kebutuhan ASN di bidang pendidikan untuk 93 Pemerintah Kabupaten sasaran GGD. Seleksi GGD tahun 2016 diikuti 6.315 peserta dari 6.348 yang mendaftarkan diri. Mereka menjalani seleksi di 107 tempat uji kompetensi (TUK) yang tersebar di seluruh Indonesia. Dari hasil seleksi tahun 2016, program GGD berhasil merekrut 6.296 CPNS guru untuk ditempatkan menjadi GGD di 93 kabupaten di 28 Provinsi.[27]

---

[27] "Membangun Pendidikan dan Kualitas Manusia Indonesia dari Pinggiran", *Jendela Pendidikan dan Kebudayaan*, Edisi XX/Desember-2017.

Secara keseluruhan, 7.093 guru telah dikirim ke garis depan negara. Saat ini, 6.296 guru tersebar di 93 kabupaten seluruh Indonesia. Penyebaran mereka meliputi Sumatera Utara (343 orang), Nagroe Aceh Darussalam/NAD (110), Riau (304), Sumatra Barat (148), Bengkulu (47), Kepulauan Riau (26), Lampung (108), Banten (39), Sumatra Selatan (103), Jawa Barat (39), Jawa Timur (483), Nusa Tenggara Barat (259), Kalimantan Barat (1.492), Kalimantan Tengah (39), Nusa Tenggara Timur (966), Kalimantan Selatan (96), Kalimantan Timur (13), Kalimantan Utara (40), Sulawesi Barat (68), Gorontalo (126), Sulawesi Utara (93), Sulawesi Selatan (97), Sulawesi Tenggara (164), Sulawesi Tengah (376), Maluku (201), Maluku Utara (167), Papua Barat (283) dan Papua (363).[28] Dari jumlah tersebut diharapkan pendidikan akan mampu menjangkau seluruh anak bangsa di seluruh wilayah Indonesia tanpa terkecuali.

GGD yang terpilih berasal dari latar belakang dan pengalaman yang berbeda dari berbagai pelosok tanah air. Secara khusus peserta yang berhak mengikuti seleksi calon CPNS GGD adalah lulusan berbagai program program profesi guru (PPG) yang berasal dari: 1) PPG pasca program SM-3T, yakni program PPG yang pesertanya telah mengikuti pengabdian sebagai Sarjana Mendidik di daerah Terdepan, Terluar, dan Tertinggal (SM-3T); 2) PPG S1 PGSD Berasrama, yakni program PPG yang terintegrasi dengan program S1 PGSD yang pesertanya merupakan lulusan SMA dari daerah 3T; 3) PPG SMK Kolaboratuf, yakni PPG yang diselenggarakan secara kolaboratif antara LPTK dengan universitas non LPTK untuk menyiapkan lulusan sebagai guru mata pelajaran produktif di SMK dimana peserta PPG ini merupakan tamatan S1/D4 non kependidikan lulusan dari perguruan tinggi mantan LPTK atau non LPTK; 4) PPG *Basic Science*, yakni penyiapan guru sains profesional yang pesertanya adalah sarjana sains non kependidikan yang diberi penguatan pedagogik/ kependidikan di LPTK melalui PPG; dan

[28] Rizka Saputra, "Tugas Mulia Guru Garis Depan, Mencerdaskan Anak Bangsa di Garis Terdepan Indonesia", (https://news.okezone.com/read/2018/05/08/337/1895752/tugas-mulia-guru-garis-depan-mencerdaskan-anak-bangsa-di-garis-terdepan-indonesia, diakses 10 Agustus 2018).

4) PPGT, program PPG yang terintegrasi dengan program S1 akademik, berkewenangan tambahan, dan berasrama, yang pesertanya berasa dari lulusan SMA daerah 3T.[29]

Para pendidik dari luar daerah yang diterjunkan ke daerah penempatan diharapkan mampu memotret permasalahan pendidikan yang mendasar di daerah 3T. GGD diharapkan dapat menjadi pelopor, pembaharu, dan pencerah di tempat tugas dengan menunjukkan sikap responsif dan membantu. Hubungan pendidikan dapat dipandang sebagai hubungan antara satu pihak (pendidik) dengan pihak lain (peserta didik) di mana posisi peserta didik dalam kondisi memerlukan bantuan.[30] Dalam kondisi seperti ini dituntut adanyainteraksi yang bersifat respnsif dari pihak pindidik.

Para guru juga harus memiliki kemampuan beradaptasi dan bertahan di daerah, mempelajari budaya setempat terutama budaya birokrasi dan budaya masyarakat, serta mampu membawa diri dan menjalin hubungan yang baik dengan tokoh-tokoh masyarakat di daerah tugas. Hal tersebut karena para GGD yang diterjunkan tidak semuanya merupakan putra daerah. Meskipun demikian, para peserta guru SM3T telah teruji di lapangan dengan medan yang sulit dan fasilitas terbatas.

Keberlangsungan pendidikan sangat dipengaruhi kondisi geografis. Selain itu, kelangsungan pendidikan juga dipengaruhi kondisi cuaca. Sejumlah sekolah di beberapa daerah 3T bisa libur selama dua bulan karena tingginya gelombang air laut. Anak-anak harus menempuh gelombang untuk mencapai sekolah.[31] Selain faktor geografis dan cauaca, adat istiadat masyarakat juga memiliki andil pada kehadiran siswa dalam mengikuti kegiatan pendidikan.

Di beberapa daerah, masyarakat memiliki aturan adat yang mengikat sehingga siswa tidak dapat masuk sekolah. Sebagai contoh masyarakat

---

[29] "Menyetarakan Pendidikan dari Desa ke Kota", Paparan Audiensi Badan Eksekutif Mahasiswa RI (Jakarta: Kemdikbud, 5 April 2018), hlm. 6.

[30] Prayitno, *Dasar Teori dan Praksis Pendidikan*, (Jakarta: Grasindo, 2009), hlm. 107.

[31] "Guru Garis Depan Merajut Indonesia Dari pinggirn", (https://edukasi.kompas.com/read/2017/10/25/16005251/guru-garis-depan-merajut-indonesia-dari-pinggiran, diakses 10 Agustus 2018)

pedalaman di wilayah Indonesia bagian timr. Masyarakat di pedalaman Papua dan Papua Barat memiliki kepercayaan yang sangat kuat terhadap suatu konsep makhluk gaib yang dapat mengacam hidup manusia yang biasa disebut Suanggi. Makam anggota keluarga yang baru meninggal harus dijaga selama beberapa hari agar tidak dicuri Suanggi. Bahkan untuk mencegah Suanggi datang seluruh keluarga akan berkumpul untuk menjaga jika ada anggota keluarga yang sakit. Tidak boleh ada anggota keluarga yang pergi dari kediaman. Termasuk anak-anak yang mestinya belajar di sekolah.[32] Permasalahan kondisi geografis, cuaca, serta adat istiadat setempat merupakan permasalahan yang masih sulit dicari jalan keluarnya. Oleh karena itu, perlu kebijakan khusus untuk mengatasi kondisi di daerah khusus.

Mengabdi di daerah khusus merupakan tantangan yang berat. Faktor alam, adat istiadat, serta berbagai keterbatasan merupakan hal yang harus dihadapi dalam perjangan mencerdaskan anak bangsa. Sebagai contoh GGD di SMAN Mayerga Distrik Moskona Barat Kabupaten Teluk Bintuni Papua Barat. SMAN Mayerga hanya memiliki 5 guru termasuk GGD dan Kepala sekolah. Mau tak mau kondisi tersebut mengakibatkan guru harus mengajar berbagai macam pelajaran dengan jam mengajar yang tinggi, meskipun yang diakui dalam dapodik hanya 1 bidang studi. Bahkan guru dapat mengajar sampai dengan 50 jam pelajaran per minggu.[33] Padahal tgas guru tidak hanya mengajar, tetapi juga menyiapkan perangkat pembelajaran mulai dari menyusun rancangan pembelajaran (RPP), menyiapkaan media pembelajaran, serta menyusun instrumen evaluasi sebagai bahan penilaian beserta hasil analis capaian hasil belajar. Di samping kegiatan belajar mengajar GGD juga melaksanakan pengabdian kepada mayarakat, mesikipun berbeda dari program SM-3T, pada program GGD tidak diwajibkan menysun laporan kegiatan pengabdian pada masyarakat.

---

[32] Kurniasih Budi, "Suanggi dan Tantangan Guru Garis Depan", (https://edukasi.kompas.com/read/2018/05/10/14194271/suanggi-dan-tantangan-guru-garis-depan diakses 15 Agustus 2018).

[33] Hasil diskusi dengan GGD di SMAN Mayerga pada 15 September 2015.

Program GGD mewajibkan guru untuk mengabdi minimal selama 10 tahun. Mengingat peranan guru yang sangat vital dalam upaya mencerdaskan bangsa, terutama untuk mengatasi kesenjangan pendidikan, pemerintah memberikan apresiasi berupa tunjangan khusus kepada guru yang mengajar di daerah sangat tertinggal. Pasalnya, tidak semua guru atau bahkan sebagian besar guru enggan ditempatkan di daerah sangat terpencil. Padahal, Indonesia membutuhkan SDM bermutu untuk kemudian nantinya dapat mengelola kekayaan alam yang berlimpah ruah dari Sabang sampai Merauke.

Tunjangan khusus itu diberikan sebagai kompensasi atas kesulitan hidup dalam melaksanakan tugas di daerah khusus.[34] Yakni, daerah yang termasuk dalam kategori sangat tertinggal menurut indeks desa membangun dari Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi yang saat ini jumlahnya mencapai 14.107 daerah. Tunjangan khusus diberikan selama 12 bulan sebesar satu kali gaji pokok per bulan bagi PNS. GGD dapat menerima tunjangan khusus selama dua tahun dan dapat diberikan pada tahun ketiga dan seterusnya apabila yang bersangkutan bertugas pada daerah khusus. Diharapkan, langkah pemerintah dalam pemberian tunjangan khusus untuk guru yang mengajar di daerah sangat tertinggal dapat meningkatkan kesejahteraan para guru dalam menunaikan amanah mencerdaskan kehidupan anak bangsa.

Dari segi kinerja, optimalisasi peran GGD sangat diperlukan dalam membantu sekolah mengatasi permasalahan pendidikan. Selain kompetensi guru profesional meliputi kompetensi pedagogik, kompetensi profesional, kompetensi sosial, dan kompetensi kepribadian, GGD juga harus kompetensi manajerial guru. hal tersebut sangat diperlukan dalam rangka mengoptimalkan peran GGD dalam menjalankan tugas dan fungsinya sebagai pengajar di daerah khusus terutama dalam mengembangkan sekolah menjadi sekolah efektif (SE). Sekolah efektif dapat diartikan sebagai sekolah yang memiliki kemampuan dalam menjalankan fungsinya secara maksimal,

---

[34] Puput Mutiara, "Guru Garis Depan Atasi Kesenjangan Pendidikan", (http://mediaindonesia.com/read/detail/173904-guru-garis-depan-atasi-kesenjangan-pendidikan diakses 10 Agustus 2018).

baik fungsi ekonomis, fungsi sosial-kemanusiaan, fungsi politis, fungsi budaya maupun fungsi pendidikan.[35] Kriteria SE dipertimbangkan berdasarkan pencapaian akademik siswa, pertisipasi masyarakat, serta kepuasan guru.

Optimalisasi peran GGD dalam mengembangkan sekolah tempat bertugas menjadi SE dapat dilakukan melalui peningkatan peran GGD yang berkaitan dengan (1) kepala sekolah, (2) guru mitra, (3) peserta didik, (4) orangtua/masyarakat, dan (5) sesama GGD.[36] Untuk menciptakan iklim yang mendukung peran GGD ini berjalan dengan baik maka kepala sekolah perlu mengeluarkan kebijakan-kebijakan yang bersifat internal. Tugas GGD bukan sekadar untuk membangun dari pinggiran yang hanya fokus pada infrastruktur melainkan membangun sumber daya manusia (SDM) berkualitas. Diataranya, memberikan perubahan sekaligus kemajuan dalam hal pola pikir anak bangsa khususnya di wilayah 3T.

Dalam pelaksanaannya program GGD menuai pro dan kontra. Banyak masyarakat yang mendukung GGD sebagai solusi pemerataan distribusi guru yang berkualitas. Namun program ini juga mendapat pandangan negatif dari beberapa pihak. Penolakan dari beberapa pihak diantaranya oleh Mahasiswa, Aliansi Masyarakat Peduli Pendidikan (AMPP) dan Forum Guru Honorer Perbatasan dengan berunjuk rasa menolak pola rekrutmen GGD yang dinilai merugikan putra daerah. Mahasiswa dan aliansi masyarakat peduli perbatasan di Kabupaten Sintang juga menolak kedatangan GGD ke daerahnya. Aksi penolakan disampaikan ratusan mahasiswa dan Ormas yang tergabung dalam Aliansi Masyarakat Peduli Pendidikan Sintang dengan menggelar demo di DPRD, pada 12 oktober 2017.[37] Dalam aksi tersebut masyarakat Peduli Perbatasan, Andreas Nikodemus mengatakan di daerah Sintang ada guru honorer

---

[35] Nur Kholis, "Menuju Sekolah Efektif: Tantangan, Peluang, dan Strategi", (https://www.researchgate.net/publication/319175615/download, diakses 10 Agstus 2018).

[36] Rahmi Rivalina, (2016), "Peran Guru Garis Depan dalam Mengembangkan Sekolah Efektif", *Jurnal Perspektif Ilmu Pendidikan*, Vol. 30 No. 2 Oktober 2016, hlm. 84.

[37] "Mahasiswa Demo DPRD Tolak Guru Garis Depan", (https://berkattv.com/2017/10/13/mahasiswa-demo-dprd-tolak-guru-garis-depan/, diakses 10 Agustus 2018)

yang sudah mengabdi 12 tahun di perbatasan dengan gaji Rp 400 ribu. Namun kemudian dihadirkan GGD sebanyak tiga orang, yang masing-masing gajinya Rp 8 juta. Sementara itu, Pemuda Katolik Kabupaten Sintang, Marsianus mengatakan bahwa para guru honorer dan para sarjana pendidikan di Sintang tidak memiliki kesempatan mengikuti tes proses rekrutmen GGD. Sebab syarat yang ditentukan pemerintah pusat harus mengikuti PPG dan SM3T program tersebut, dan hanya ada 1 universitas yang menyelenggarakan yaitu FKIP Untan.[38]

Permasalahan penolakan GGD di daerah dipicu oleh adanya kecemburuan sosial. Penolakan GGD diberbagai daerah diketahui setelah melakukan audiensi dengan perwakilan Kemendikbud, di Jakarta. Dalam acara tersebut, Perwakilan dari Eksekutif, Legislatif Kabupaten Sintang serta AMPP, FGHP bertemu dengan Direktur Pendidikan Dasar sekaligus meminta agar pola rekurtmen GGD diubah.[39]Perubahan tersebut menyatakan bahwa Guru Tidak Tetap (GTT) bisa ikut seleksi dan mengikuti program SM3T. Selanjutnya Guru honorer yang ikut program GGD juga harus lulus Pendidikan Profesi Guru (PPG) dan ikut seleksi GGD. Nantinya, penempatan GGD juga bisa di luar daerah 3T. Sebab, beberapa desa di Pulau Jawa pun masih banyak yang berada jauh dari pusat pemerintahan kabupaten dan masih kekurangan guru.

Permasalahan guru memang masih menjadi polemik yang tak kunjung usai. Dari masalah kekurangan guru di daerah sampai dengan masalah kesejahteraan sebagian guru yang masih memprihatinkan. GGD sebagai salah satu solusi pemerataan akses pendidikan, masih terus memerlukan upaya pembenahan. Di samping meningkatkan koordinasi antara kementerian dengan pemerintah daerah, program GGD juga diharapkan dapat mengakomodir suara hati masyarakat di daerah, yakni dengan memberikan kesempatan pada putra daerah untuk menjadi GGD di

---

[38] Siska Nirmala Puspitasari, "Mahasiswa Sintang: Guru Garis Depan tak Berperikemanusiaan", (http://www.pikiran-rakyat.com/pendidikan/2017/10/ 12/mahasiswa-sintang-guru-garis-depan-tak-berperikemanusiaan-411377, diakses 10 Agustus 2018).

[39] Susianti, "Kemendikbud Akan Evaluasi Program Rekrutmen GGD", (https://delikkalbar.com/2018/02/23/kemendikbud-akan-evaluasi-program-rekrutmen-ggd/, diakses 10 Agustus 2018).

daerahnya sendiri dengan tetap memperhatikan profesionalisme pendidik. Dengan demikian program GGD dapat menjadi solusi pemerataan kualitas pendidikan yang memenuhi rasa keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia.

8.6. Penutup

Pemerataan kualitas merupakan harapan seluruh bangsa. Sebagai salah satu indikator terpenuhinya sila ke-5 Pancasila yakni "keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pendidikan yang berkualitas menjasi sarana pengembangan diri bagi setiap warga negara untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. Bagi negara, pendidikan yang berkualitas merupakan investasi untuk penyiapan sumberdaya manusia yang utuh untuk mewujudkan pembangunan nasional. Laju kualitas pendidikan sejalan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia. Pendidikan akan berkualitas jika dikelola oleh SDM yang handal dan SDM yang handal dibentuk melalui pendidikan yang berkualitas.

Jerih payah pemerintah dalam melakukan berbagai kebijakan dan program pendidikan menghasilkan peningkatan kualitas dari tahun ke tahun. Kendati demikian pemerataan kualitas pendidikan belum sampai pada target yang diharapkan. Masih terjadi kesenjangan di sana-sini yang menunjukan bahwa akses pendidikan yang bermutu belum dapat di jangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Faktor geografis dan cuaca, serta adat istiadat merupakan sebagian dari faktor penghambat laju kualitas pendidikan. Masyarakat yang tinggal di daerah 3T masih memerlukan perhatian lebih, sebab daerah tersebut belum siap melakukan pengelolaan pendidikan meskipun telah diberi kewenangan melalui desentralisasi pendidikan. Ketidaksiapan daerah disebabkan karena keterbatasan sumber daya manusia dan sarana prasarana penunjang yang dibutuhkan.

Masalah klasik yang masih terus terjadi adalah keterbatasan sarana dan prasarana pendidikan serta masalah ketersediaan guru. Terutama terjadi

didaerah 3T di mana akses pendidikan masih sulit di dapatkan. Hal tersebut berimbas pula pada angka partisisipasi sekolah dan jenjang pendidikan tertinggi yang mampu dijangkau. Tidak meratanya persebaran guru juga menjadi permasalahan bagi insttansi penyelenggara pendidikan dan bagi guru itu sendiri.

Program Indonesia Pintar menjadi solusi agar setiap warga negara dapat mengenyam bangku pendidikan dan terhindar dari putus sekolah sesuai dengan ketentuan yang telah diatur. Dengan program ini masyarakat terbantu dalam hal pembiayaan sekolah. Sementara program Guru Garis Depan (GGD) merupakan solusi terhadap pemenuhan kebutuhan pendidik yang berkualitas di daerah 3T. Meningat guru adalah aktor utama dalam pelaksanaan pendidikan dan pengajaran. Melalui kedua program tersebut diharapkan dapat mengikis disparitas pendidikan dan meningkatkan pemerataan pendidikan yang berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

Buku & Jurnal

Hasbullah, H.H. (2015). *Kebijakan pendidikan Dalam Perspektif Teori, Aplikasi dan Kondisi Objektif Pendidikan di Indonesia.* Jakarta: Rajawali Pers.

Prayitno. (2009). *Dasar Teori dan Praksis Pendidikan.* Jakarta: Grasindo.

Rivalina, Rahmi. (2016). "Peran Guru Garis Depan Dalam Mengembangkan Sekolah Efektif", *Jurnal Perspektif Ilmu Pendidikan,* Vol. 30 No. 2 Oktober 2016, hlm. 77-86.

Tim PGRI. (2014). *Pendidikan untuk Transformasi bangsa.* Jakarta: Kompas.

Todaro, Michael P. dan Stephen C. Smith. (2011). *Pembangunan Ekonomi, Edisi Sebelas.* Jakarta: Erlangga.

Wulandari, Prisca Kiki dkk. (2017). *Membangun Indonesia: Pemberdayaan Pemuda Berwawasan Pancasila.* Malang: UB Press.

_____. (2018). *Potret Pendidikan Indonesia Statistika Pendidikan 2017.* Jakarta: Badan Pusat Statistik.

_____. (2018). *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2017.* Jakarta: Badan Pusat Statistik.

_____. (2017). "Kemdikbud Membangun Pendidikan dan Kualitas Manusia Indonesia dari Pinggiran", *Majalah Jendela Pendidikan dan Kebudayaan,* Edisi XX/Desember-2017, hlm. 7-9.

Lain-Lain

"Daftar Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar (Perbatasan) Tahun 2015". (http://lpdp.qualbase.co.id/pib/wp-content/uploads/2017/05/Daftar-Daerah-3T-2015.pdf, diakses 10 Agustus 2018)

"Guru Garis Depan Merajut Indonesia Dari Pinggiran". (https:/edukasi.kompas.com/read/2017/10/25/16005251/guru-garis depan-merajut-indonesia-dari-pinggiran, diakses 10 Agustus 2018).

Hibatullah Darmawan. "Pengalaman Pahit Lepasnya Sipadan dan Ligitan". (https://www.qureta.com/post/pengalaman-pait-lepasnya-sipadan-dan-ligitan-2, diakses 30 Agustus 2018).

"Kebijakan Penggabungan SD Kemungkinan Berlanjut". (https://www.suaramerdeka.com/smcetak/baca/91878/kebijakan-penggabungan-sd-emungkinan-berlanjut, diakses 30 Agustus 2018).

Kurniasih Budi. "Suanggi dan Tantangan Guru Garis Depan". (https://edukasi.kompas.com/read/2018/05/10/14194271/suanggi-dan-tantangan-guru-garis-depan diakses 15 Agustus 2018).

"Mahasiswa Demo DPRD Tolak Guru Garis Depan". (https://berkattv.com/2017/10/13/mahasiswa-demo-dprd-tolak-guru-garis-depan/, diakses 10 Agustus 2018).

"Meningkatkan Kualitas Guru di Daerah Terpencil, Melalui Program Pendidikan Profesi Guru Daerah Tertinggal, Terdepan dan Terluar(3T)". (http://belmawa.ristekdikti.go.id/2018/08/24/

meningkatkan-kualitas-guru-di-daerah-terpencil-melalui-program-pendidikan-profesi-guru-daerah-tertinggal-terdepan-dan-terluar-3t/. diakses 10 September 2018)

Nur Kholis. "Menuju Sekolah Efektif: Tantangan, Peluang, dan Strategi". (https://www.researchgate.net/publication/319175615/ download diakses 10 Agstus 2018).

Paparan program GGD 2016 dan Pengiriman tahun 2017. Jakarta: Direktorat Pembinaan Guru dan Tenaga Kependidikan, Kemdikbud.

Paparan Kemdikbud dalam Rapat dengar Pendapat Umum denga Panja Dikdasmen Komisi X tanggal 30 Maret 2018.

Paparan Audiensi Badan Eksekutif Mahasiswa RI di Jakarta, 5 April 2018. Mendikbud, "Menyetarakan Pendidikan dari Desa ke Kota".

Permendikbud No. 26 Tahun 2017 tentang Perubahan dari Permendikbud No. 8 Tahun 2017 tentang Juknis BOS

Peraturan Pemerintah No. 19 Tahun 2017 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah No. 74 Tahun 2008 tentang Guru.

Puput Mutiara. "Guru Garis Depan Atasi Kesenjangan Pendidikan". (http://mediaindonesia.com/read/detail/173904-guru-garis-depan-atasi-kesenjangan-pendidikan, diakses 10 Agustus 2018)

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019

"Ringkasan Eksekutif Kerusakan dan Kerugian", (http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/2262711150196584718/ExeSumBhs.pdf, diakses 30 Agustus 2018).

Rizka Saputra. "Tugas Mulia Guru Garis Depan, Mencerdaskan Anak Bangsa di Garis Terdepan Indonesia". (https://news.okezone.com/read/ 2018/05/08/337/1895752/tugas-mulia-guru-garis-depan-mencerdaskan-anak-bangsa-di-garis-terdepan-indonesia, diakses 10 Agustus 2018).

Siska Nirmala Puspitasari. (2017) "Mahasiswa Sintang: Guru Garis Depan tak Berperikemanusiaan", (http://www.pikiran-rakyat.com/

pendidikan/2017/10/12/mahasiswa-sintang-guru-garis-depan-tak-berperikemanusiaan-411377, diakses 10 Agustus 2018).

Susianti. "Kemendikbud Akan Evaluasi Program Rekrutmen GGD". (https://delikkalbar.com/2018/02/23/kemendikbud-akan-evaluasi-program-rekrutmen-ggd/, diakses 10 Agustus 2018).

Undang-Undang No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. "2 Tahun Terakhir, Jumlah Siswa SD Kramat 4 Terus Berkurang". (http://www.wawasan.co/home/detail/5678/2-Tahun-Terakhir-Jumlah-Siswa-SD-Kramat-4Terus- Berkurang, diakses 28 Agustus 2018).

EPILOG

Setelah membaca dan mencermati buku berjudul "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Masyarakat di Daerah Kepulauan (Perspektif Kesejahteraan Sosial)", ada beberapa hal yang layak dicatat sebagai isu krusial yang perlu menjadi perhatian dan dicari solusinya untuk ke depan dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat di daerah kepulauan.

Pertama, pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, sehingga negara perlu menjamin kesehatan masyarakat. Jaminan kesehatan masyarakat yang telah dituangkan dalam UU SJSN dan UU BPJS serta berbagai peraturan di bawahnya, perlu diimplementasikan dengan sebaik-baiknya agar dirasakan mafaatnya oleh masyarakat. Program JKN merupakan program nasional yang diberlakukan bagi seluruh masyarakat Indonesia tanpa kecuali termasuk masyarakat di daerah kepulauan. Program JKN merupakan bagian dari upaya pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat. Namun sayang, banyak daerah kepulauan yang mengalami kendala dalam akses pembangunan, termasuk akses terhadap Program JKN. Padahal Program JKN sangat penting untuk menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat dan produktif, yang pada akhirnya diharapkan akan membawa masyarakat ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Oleh karena itu Program JKN di daerah kepulauan perlu terus digalakkan dan diimplementasikan sebaik mungkin untuk kepentingan masyarakat.

Kedua, ketersediaan tenaga kesehatan di Pulau Nunukan Provinsi Kalimantan Utara masih belum merata dan tidak jarang, formasi jenis profesi tenaga kesehatan yang diterima tidak sesuai dengan yang diusulkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Akibatnya ada beberapa jenis profesi tenaga kesehatan yang kurang atau tidak tersedia di fasilitas

kesehatan. Misalnya di Kabupaten Nunukan, sampai saat ini sebagian besar puskesmas tidak mempunyai tenaga S1 Farmasi dan analis kesehatan. Harapan ke depan penyediaan tenaga kesehatan sesuai dengan arah pembangunan kesehatan yang tertuang dalam RPJMN III tahun 2015-2019 ditujukan untuk mencapai akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Arah kebijakan pemerintah terkait pendistribusian tenaga kesehatan adalah meningkatnya ketersediaan dan mutu sumber daya manusia kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan di kepulauan.

Ketiga, Indeks kualitas lingkungan di Banda Neira adalah sebesar 62,44, termasuk dalam kategori baik namun mendekati sedang. Nilai terkecil adalah indikator lingkungan yang mendukung kesempatan untuk berekreasi dan nilai tertinggi adalah kondisi lingkungan yang aman. Indikator lingkungan lainnya yang termasuk dalam kategori baik antara lain: kondisi kesehatan tempat tinggal dan kepuasan terhadap kondisi lingkungan. Ditinjau dari aspek kesehatan lingkungan, Kepulauan Banda termasuk dalam kategori sanitasi sangat rendah. Penyediaan dan pengelolaan jamban, perilaku kesehatan, pencemaran limbah tidak terlalu bermasalah di daerah ini. Permasalahan kesehatan lingkungan yang dialami di Banda Neira adalah akses terhadap air bersih dan persamphan. Akses terhadap air bersih yang tidak merata dikarenakan wilayahnya terdiri dari beberapa pulau, layanan PDAM belum dapat menjangkau semua pulau. Mata air terlindung dan air hujan masih menjadi sumber utama air bersih bagi sebagian besar masyarakat di Banda Neira. Sedangkan dalam hal pengelolaan sampah, masalah utamanya adalah sampah dari sektor pariwisata yang belum dapat dikelola dengan baik. Indeks kualitas kesehatan masyarakat di Banda Neira adalah sebesar 67,93, berada pada kategori baik (mendekati sedang). Nilai tertinggi berada pada indikator kualitas kesehatan yang memungkinkan memiliki kemampuan untuk bergaul, dan nilai terendah pada indikator stamina untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Indeks kualitas kesehatan yang mendekati sedang dan stamina masyarakat yang rendah antara lain dapat disebabkan oleh sarana dan

fasilitas kesehatan yang terbatas di Banda Neira. Jumlah rumah sakit/ puskesmas dan tenaga kesehatan masih terbatas, sehingga untuk kondisi-kondisi tertentu masyarakat tidak dapat dilayani di Banda Neira sehingga perlu berobat ke pulau lain dengan fasilitas kesehatan yang lebih baik.

Keempat, jaminan sosial sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, merupakan salah satu komponen penting dalam pembangunan sosial. Jaminan sosial wajib dilakukan pemerintah untuk melindungi warga negara yang terkena efek negatif yang timbul dari pembangunan. Bentuk-bentuk perlindungan ini perlu diatur dalam serangkaian kebijakan pemerintah yang tegas dan rinci, terutama bagi masyarakat yang tinggal di wilayah kepulauan agar seluruh rakyat Indonesia dapat ikut menikmati hasil pembangunan secara merata.

Kelima, PKH di Kabupaten Kepulauan Selayar mampu mendorong peserta PKH untuk menunjukkan komitmen kepesertaannya. Untuk komponen kesehatan, peserta menunjukkan perilaku mengunjungi fasilitas kesehatan sesuai dengan protokol kesehatan kesehatan bagi ibu hamil/ menyusui dan anak berusia 0 sampai dengan 6 tahun. Begitupun halnya dengan komponen pendidikan. Anak peserta menunjukkan perilaku seperti yang ditetapkan dalam persyaratan PKH, yaitu hadir paling sedikit 85% dari hari belajar efektif. Keberhasilan PKH tersebut di atas erat kaitannya dengan peran stimulus penguat, yaitu bantuan PKH. Bantuan PKH efektif menjadi stimulus penguat terhadap munculnya perilaku hadir ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan peserta PKH. Bantuan PKH berbentuk uang. Uang dianggap mampu mengontrol perilaku manusia karena terasosiasi dengan sejumlah penguat primer yang berbeda-beda. Kegiatan Peningkatan Kemampuan Keluarga juga berperan sebagai penguat perilaku. Dengan menjadi peserta PKH, peserta tidak hanya mendapatkan bantuan sosial, tetapi juga bekal untuk meningkatkan kemampuan keluarga. Apabila bantuan sosial ditujukan untuk membantu secara fisik, sementara peningkatan kemampuan keluarga ditujukan untuk mengubah pola pikir peserta. Dengan demikian, diharapkan kepesertaan PKH tidak berimplikasi pada ketergantungan. PKH hendaknya terus

dilanjutkan mengingat memiliki dampak yang baik bagi keluarga miskin, berkaitan dengan partisipasi ibu hamil dan menyusui, ibu dengan anak balita ke layanan kesehatan serta partisipasi anak ke sekolah hingga tingkat SMA dan sederajat. Namun, keterbatasan sarana dan prasarana pencairan bantuan di daerah kepulauan masih perlu mendapat perhatian. Sulitnya akses perlu menjadi pertimbangan bagi pemerintah dalam penentuan besaran bantuan kepada peserta PKH di daerah kepulauan.

Keenam, PKH sangat berperan dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kesehatan di Banda. Hasil penelitian menunjukkan kesadaran KPM PKH akan pentingnya pendidikan dan kesehatan meningkat sejak mereka mendapat bantuan PKH. PKH telah mengubah pola pikir dan perilaku penerimanya ke arah positif. Persepsi KPM terhadap bantuan PKH telah memengaruhi pembentukan perilaku mereka. KPM yang pada awalnya rutin ke fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan karena takut bantuannya dihentikan, setelah beberapa tahun mulai muncul kesadaran akan pentingnya pendidikan dan kesehatan. Rutinitas tersebut dengan sendirinya akan mengubah perilaku dan pola pikir mereka menjadi suatu kebiasaan positif. Saat ini pelaksanaan PKH diKecamatan Banda telah menunjukkan peningkatan status pendidikan dan status gizi ibu hamil dan balita. Demikian juga dengan angka partisipasi wajib belajar juga mengalami peningkatan. Mengingat besarnya peran PKH dalam pemenuhan kebutuhan pendidikan dan kesehatan, maka perlu ada progam keberlanjutan dari PKH sehingga peserta PKH yang telah *graduate* mampu mandiri melepaskan diri dari kemiskinan. Selain itu, agar akses KPM terhadap layanan pendidikan dan kesehatan lebih bermanfaat, maka pemerintah khususnya pemerintah daerah didorong untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana penunjang layanan tersebut. Terakhir, data kemiskinan nasional yang terintegrasi dan *real time* menjadi kebutuhan mendesak dalam mendukung program-program penanganan kemiskinan.

Ketujuh, semua sekolah di Pulau Banda Neira telah menggunakan kurikulum 2013. Para guru yang mengampu mata pelajaran pun telah

mengikuti pelatihan kurikulum 2013. Meskipun demikian pada praktiknya tidak semua guru mampu menerapkan metode pembelajaran sesuai dengan tuntutan kurikulum 2013. Dalam pembelajaran Guru masih menggunakan metode tanya jawab ceramah, studi kasus dan praktik. Padahal tuntutan pembelajran yang demikian sudah kurang relevan dengan tuntutan pembelajaran kurikulum 2013. Pembelajaran kurikulum 2013 menuntut guru untuk menggunakan berbagai model pembelajaran, berbagai media pembelajaran, dan berbagai sumber belajar yang disesuaikan dengan karakteristik peserta didik dan mata pelajaran. Pemilihan pendekatan tematik dan/atau tematik terpadu dan/atau saintifik dan/ atau inkuiri dan penyingkapan (*discovery*) dan/atau pembelajaran yang menghasilkan karya berbasis pemecahan masalah (*project based learning*) disesuaikan dengan karakteristik kompetensi dan jenjang pendidikan. Kurikulum 2013 juga menuntut Guru untuk tidak menjadi satu-satunya sumber pengetahuan guru harus mampu untuk mendorong peserta didil mencari, menemukan, dan memecahkan masalah dengan menggunakar. berbagai sumber dan media belajar. Kurikulum 2013 menempatkan guru sebagai fasilitator dan motivator agar murid mampu menemukan pengetahuan secara mandiri.

Ada beberapa kendala atau hambatan yang dihadapi guru dalam pelaksanaan pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti, di antara kendala tersebut adalah keterbatasan bahan ajar baik dalam bentuk buku maupun media pembelajaran penunjang pembelajaran seperti laptop dan infocus. Akibatnya peserta didik tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik. Peserta didik juga mengalami kesulitan dalam mencari materi ajar yang diberikan di luar materi ajar yang telah tersedia dalam buku pegangan. Selain itu peserta didik juga tidak dapat mengerjakan tugas secara baik karena keterbatasan akses internet.

Di Kepulauan Selayar, pembelajaran pendidikan agama dan budi pekerti dilakukan baik dalam bentuk kegiatan kurikuler dan ekstra kurikuler. Kegiatan pembelajaran kurikuler adalah pembelajaran tatap muka antara Guru dan murid di dalam kelas. Sementara dalam bentuk

ektrakurikuler, pembelajaran dilaksanakan di luar kelas, salah satu bentuknya adalah tahfidz Alquran. Kegiatan dilaksanakan setiap malam minggu. Syarat siswa yang dapat mengikuti kegiatan ini adalah harus hafal minimal juz 30 setiap pertemuan siswa juga punya kewajiban hafal 20 ayat. Kegiatan ini dibina oleh guru pendidikan agama Islam. Selain tahfidz, ada juga kegiatan lain seperti kajian jumat dan latihan pidato. Kajian jumat diikuti oleh siswa putri, pemateri kajian berasal dari luar sekolah, biasanya organisasi wahdlah Islamiyah. latihan pidato dimaksudkan untuk melatih siswa agar mampu menyampaikan pandangan-pandangannya di hadapan masyarakat. Agar para siswa yang ikut latihan pidato memiliki pengalaman berbica langsung di hadapan masyarakat mereka akan dilatih bicara di hadapan masyarakat saat sekolah melaksanakan safari ramadan.

Metode pembelajaran yang digunakan guru pendidikan agama Islam dan budi pekerti di kepulauan Selayar dalam pembelajaran adalah model pembelajaran penemuan dan pencarian atau penelitian, mode pembelajaran berbasis masalah (dengan memecahkan masalah kontekstual), model pembelajaran berbasis proyek dengan menyelesaikan suatu proyek dengn waktu tertentu

Kendala atau hambatan yang dihadapi dalam pembelajaran Pendidikan Agama Islam dan Budi Pekerti adalah keterbatasan sarana prasarana dalam pembelajaran seperti infocus, buku pelajaran kendala itu tentu menghambat proses belajar mengajar. Selain itu, ada juga kendala budaya atau kultur misalnya siswa yang berasal dari wilayah kepulauan terpencil pada umumnya belum bisa cepat beradaptasi dengan teknologi pembelajaran. Misalnya mereka belum biasa mengakses internet.

Singkatnya, baik di Pulau Banda Neira maupun di Kepulauan Selayar sekolah-sekolah telah menggunakan Kurikulum 2013, meskipun demikian pengetahuan guru tentang metode yang mesti digunakan dalam pembelajaran kurikulum 2013 belu seragam, artinya masih ada guru yang belum memahami secara baik apa metode pembelajaran yang mesti digunakan dalam pembelajaran Kurikulum 2013. Sementara

beberapa kendala yang dihadapi guru cenderung sama, yakni keterbatasan sarana dan pra sarana pendidikan, seperti buku, infocus dan ketersediaan jaringan internet. Selain itu kendala budaya atau kultur siswa juga merupakan kendala yang perlu diperhatikan oleh guru.

Kedelapan, pemerataan kualitas merupakan harapan seluruh bangsa. Sebagai salah satu indikator terpenuhinya sila ke-5 Pancasila yakni "keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pendidikan yang berkualitas menjasi sarana pengembangan diri bagi setiap warga negara untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. Bagi negara, pendidikan yang berkualitas merupakan investasi untuk penyiapan sumberdaya manusia yang utuh untuk mewujudkan pembangunan nasional. Laju kualitas pendidikan sejalan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia. Pendidikan akan berkualitas jika dikelola oleh SDM yang handal dan SDM yang handal dibentuk melalui pendidikan yang berkualitas.

Jerih payah pemerintah dalam melakukan berbagai kebijakan dan program pendidikan menghasilkan peningkatan kualitas dari tahun ke tahun. Kendati demikian pemerataan kualitas pendidikan belum sampai pada target yang diharapkan. Masih terjadi kesenjangan di sana-sini yang menunjukan bahwa akses pendidikan yang bermutu belum dapat di jangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Faktor geografis dan cuaca, serta adat istiadat merupakan sebagian dari faktor penghambat laju kualitas pendidikan. Masyarakat yang tinggal di daerah 3T masih memerlukan perhatian lebih, sebab daerah tersebut belum siap melakukan pengelolaan pendidikan meskipun telah diberi kewenangan melalui desentralisasi pendidikan. Ketidaksiapan daerah disebabkan karena keterbatasan sumberdaya manusia dan sarana prasarana penunjang yang dibutuhkan.

Masalah klasik yang masih terus terjadi adalah keterbatasan sarana dan prasarana pendidikan serta masalah ketersediaan guru. Terutama terjadi didaerah 3T dimana akses pendidikan masih sulit di dapatkan. Hal tersebut berimbas pula pada angka partisisipasi sekolah dan jenjang pendidikan tertinggi yang mampu dijangkau. Tidak meratanya

persebaran guru juga menjadi permasalahan bagi insttansi penyelenggara pendidikan dan bagi guru itu sendiri.

Program Indonesia Pintar menjadi solusi agar setiap warga negara dapat mengenyam bangku pendidikan dan terhindar dari putus sekolah sesuai dengan ketentuan yang telah diatur. Dengan program ini masyarakat terbantu dalam hal pembiayaan sekolah. Sementara program Guru Garis Depan (GGD) merupakan solusi terhadap pemenuhan kebutuhan pendidik yang berkualitas di daerah 3T. Meningat guru adalah aktor utama dalam pelaksanaan pendidikan dan pengajaran. Melalui kedua program tersebut diharapkan dapat mengikis disparitas pendidikan dan meningkatkan pemerataan pendidikan yang berkualitas.

BIOGRAFI EDITOR DAN PENULIS

Rr. Endah Sulistyaningsih, Dr., A.K.S, M.Si. Seorang doktor Ilmu Kesejahteraan Sosial. Lahir di Yogyakarta tanggal 9 April 1973, menyelesaikan pendidikan Doktoral Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP Universitas Indonesia pada Januari 2016 dengan judul "Disertasi Pengasuhan Alternatif bagi Anak Berbasis Kerabat: Kajian Anak dengan Ibu Bekerja di Kecamatan Bekasi Selatan Kota Bekasi", Magister Ilmu Administrasi Kekhususan Pengembangan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2006 dan Diploma IV Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial Bandung tahun 1996. Bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil di Kementerian Sosial sejak Maret 1998, saat ini merupakan Pejabat Fungsional Umum Penyusun Bahan Pengasuhan Anak dalam Keluarga. Pernah menjadi Pengajar di Lembaga Bahasa LIA Bintaro, dosen Pasca Sarjana Magister Ilmu Administrasi Universitas Muhammadiyah Jakarta dan STISIP Widuri Jakarta. Merupakan dosen tamu di Universitas Indonesia, Universitas Padjadjaran Bandung, Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial Bandung dan UIN Syarif Hidayatullah. Aktivitas lainnya adalah penasehat Asosiasi Pekerja Sosial Anak dan Keluarga Indonesia, anggota Ikatan Pekerja Sosial Profesional Indonesia, praktisi parenting skills, penyuluh bahaya narkoba dan pornografi bagi remaja, Editor *Children Bulletin* dan tim redaksi *Asean Social Work Journal.* Email: susigalaksi@gmail.com

Hartini Retnaningsih, Dr., Dra, M.Si. Perempuan, Islam, lahir di Klaten, 25 April 1965, seorang doktor Ilmu Kesejahteraan Sosial. Bekerja sebagai Peneliti Bidang Kesejahteraan Sosial – Badan Keahlian DPR RI sejak tahun 1992. Menyelesaikan S1 Jurusan Ilmu Komunikasi FISIP di Universitas Diponegoro, Semarang tahun 1990. Menyelesaikan S2 Jurusan Sosiologi Kekhususan Ilmu Kesejahteraan FISIP di Universitas Indo-

nesia, Jakarta, tahun 2000. Menyelesaikan S3 Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP di Universitas Indonesia, Jakarta tahun 2016. Beberapa training di luar negeri yang pernah diikuti antara lain: "*Parliamentary Internship Program for Foreign Parliamentary Official*", *Lok Sabha Secretariat, Bureau of Parliamentary Studies and Training, New Delhi, India*, 19 September – 8 November 2002, "*The Rights of the Child – A Practical Approach Phase-1 - 2007*", *SIDA-Children's Ombudsman Sweden, Stockholm, Sweden*, 1-19 October 2007, "*The Rights of the Child – A Practical Approach Phase-2 - 2008*", *SIDA-Children's Ombudsman Sweden, New Delhi, India*, 29 April - 2 May 2008 dan "*Education Budgeting*", State of California, Sacramento, California and "*Participant of National Conference of State Legislator (NCSL)*", New Orleans, Louisiana, United Stated, 16-26 July 2008. Beberapa publikasi terakhir adalah: 1) Buku: "*Jaminan Sosial dalam Perspektif Parlemen: Sepenggal Analisis dari Legislasi Rancangan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*", (Jakarta: Pusat Penelitian, BK DPR RI & Intelegensia Intrans Publishing, 2017); 2) "Program Jaminan Hari Tua dan Upaya Kesejahteraan Pekerja", dalam Buku "*Kebijakan Ketenagakerjaan dalam Perspektif Parlemen*", Editor: Dr. H. Syahganda Nainggolan, M.T., (Jakarta: Pusat Penelitian, BK DPR RI & Intelegensia Intrans Publishing, 2017); 3) "Urgensi Perlindungan Sosial dalam Penanganan Korban Gempa di Nusa Tenggara Barat", *Info Singkat*, Vol. X, No. 15/I/Puslit/Agustus 2018. *Email*: hartiniretnaning@yahoo.com & hartini.retnaningsih@go.id

Tri Rini Puji Lestari, S.K.M., M.Kes. Perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 8 Mei 1969 adalah peneliti Madya dengan kepakaran Kebijakan dan Manajemen Kesehatan di Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI. Masuk sebagai CPNS pada 1 Maret 1998. Diangkat menjadi PNS pada 1 Mei 1999 dan diangkat menjadi peneliti pada 1 Agustus 2000. Pendidikan S1 diselesaikan pada tahun 1997 dan S2 pada tahun 2004 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok. Sejak tahun 2000

aktif melakukan penelitian di bidang Kesehatan Masyarakat. Hasil penelitian dan karya tulis ilmiah terkait daerah kepulauan yang sudah dihasilkan selama dua tahun terakhir di antaranya: Perlindungan Kesehatan Masyarakat Pesisir (Studi kasus di Bali dan Banyuwangi); Analisis Kebijakan Perlindungan Kesehatan Kerja Sektor Informal (Studi Kasus pada Nelayan di Kabupaten Banyuwangi); Pembangunan Wilayah Pesisir Dalam Perspektif Kesejahteraan Sosial; Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Di Puskesmas Daerah Kepulauan Sebagai Upaya Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Neonatal. *Email*: tririnipl@yahoo.com

Anih Sri Suryani, S.T., M.T. Peneliti Bidang Kebijakan Lingkungan di Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Magister Teknik Lingkungan ITB, Sarjana Geofisika dan Meteorologi ITB. Tulisan yang pernah diterbitkan antara lain berjudul: "Upaya Peningkatan Kualitas Sanitasi Daerah Pesisir dengan Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat" (2013), "Pelindungan Kesehatan bagi Petugas Pengelola Sampah (Studi Kasus Pengelolaan Sampah di Gianyar Bali)" (2014), "Peran Bank Sampah dalam Efektivitas Pengelolaan Sampah (Studi Kasus Bank Sampah Malang)" (2014)," Capaian MDGs Indonesia Bidang Sanitasi" (2014), "Penyediaan Air Bersih Perdesaan di Provinsi Jawa Barat" (2015), "Persepsi Masyarakat dalam Pemanfaatan Air Bersih (Studi Kasus Masyarakat Pinggir Sungai di Palembang." (2016). *Email*: anih.suryani@dpr.go.id

Ujianto, Singgih Prayitno, Prof. Dr., M.Si. Lahir di Jakarta 19 November 1964. Peneliti Utama Bidang Struktur dan Perubahan Sosial pada Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI. Memperoleh gelar Sarjana Filsafat dari Universitas Gadjah Mada tahun 1989; Magister Sains Bidang Sosiologi dari Universitas Indonesia tahun 1997; dan Doktor Bidang Sosiologi dari Universitas Indonesia tahun 2004. Dikukuhkan menjadi Profesor Riset tahun 2018 dengan Orasi Ilmiah berjudul "Membangun Keberadaban Masyarakat: Perspektif Sosiologi Legislasi". Menghasilkan

64 karya tulis ilmiah baik yang ditulis sendiri maupun bersama penulis lain dalam bentuk buku, jurnal, prosiding, serta makalah yang diterbitkan. Buku yang telah diterbitkan di antaranya, "*Aktualisasi Modal Sosial Komunitas Urban Untuk Bertahan Hidup*", (Jakarta: Azza Grafika Cetakan ke-2, 2012); "*The Role of The House of People's Representatives of The Republic of Indonesia In Achieving The Millenium Development Goals: Case Study of* DPR RI 2004-2009", (Jakarta: AFPPD, IFPPD, dan UNFPA, 2009); "*Memerangi Kemiskinan dari Orde Baru Sampai Reformasi*, (Jakarta: Azza Grafika, Cetakan ke-2, 2012)"; "*Sosiologi Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*", (Jakarta: Azza Grafika); "*Implementasi Pembangunan Sosial*", (Jakarta: Azza Grafika, 2012), "*Kontekstualisasi Kearifan Lokal dalam Pemberdayaan Masyarakat*", (Jakarta: Pusat Pengkajian Pengolahan Data & informasi Sekretariat Jenderal DPR RI & Azza Grafika, 2013); "*Perubahan Sosial: Dinamika Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi dalam Kehidupan Masyarakat*", (Jakarta: Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan informasi Sekretariat Jenderal DPR RI & Publica Press, 2014).

Sulis Winurini, S.Psi., M.Psi. Perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 5 November 1980, lulus dari Fakultas Psikologi UI pada tahun 2004, kemudian melanjutkan Magister Profesi di UI dan lulus pada tahun 2007. Bergabung sebagai peneliti di Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI sejak tahun 2009. Saat ini jabatannya adalah Peneliti Madya dengan Kepakaran Psikologi. Beberapa tulisan yang pernah ia tulis dalam buku adalah "Strategi Self Management Pada Ibu Bekerja Dengan Anak Balita Untuk Meningkatkan Ketahanan Keluarga"; "Implementasi Peraturan tentang Kawasan Dilarang Merokok (KDM) Di Kantor Pemerintahan Di DKI Jakarta: Studi Kasus Kepatuhan Perokok Di Lembaga X"; dan "Penanganan Peran Pemerintah dalam Masalah Kesehatan Mental Pekerja Indonesia". *Email*: suliswinurini@yahoo.com & sulis.winurini@dpr.go.id

Dinar Wahyuni, S.Sos., M.Si. Perempuan, Islam, lahir di Yogyakarta, 8 Maret 1982. Menyelesaikan pendidikan sebagai Sarjana Sosiatri di FISIP Universitas Gadjah Mada tahun 2004 dan Magister Sosiologi di institusi yang sama tahun 2007. Bergabung sebagai peneliti di Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI sejak tahun 2009. Saat ini jabatannya adalah Peneliti Madya dengan Kepakaran Kesejahteraan Sosial. Minat profesional pada isu-isu masalah kesejahteraan dan kebijakan sosial. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan adalah: 1) Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil; 2) Perdagangan Orang: Faktor Penyebab, Dampak Sosial, Pencegahan; 3) Pengawasan Ketenagakerjaan; 4) Pembangunan Wilayah Pesisir Dalam Perspektif Kesejahteraan Sosial; 5) Strategi Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengembangan Desa Wisata. Sedangkan tulisan yang dihasilkan lebih banyak mencermati permasalahan sosial, seperti: 1) Strategi Mengurangi Kemiskinan Nelayan di Kabupaten Banyuwangi (2016); 2) Upaya Penanggulangan Kemiskinan di Kabupaten Sleman (2016); 3) Revitalisasi Model Penanganan Pekerja Anak (2017); 4) Strategi Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengembangan Desa Wisata Nglanggeran. *Email*: hi_dins@yahoo.com & dinar.wahyuni@dpr.go.id

Achmad Muchaddam Fahham, Dr. S.Ag., M.A. Peneliti Bidang Agama dan Masyarakat pada Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Doktor Ilmu Agama Islam Universitas Negeri (UIN) Sunan Kalijaga Yogyakarta. Magister Filsafat Islam Di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Sarjana Syariáh (Hukum Islam) IAIN Sunan Ampel Surabaya. Mengawali karirnya sebagai dosen di lingkungan PTAIN Kementerian Agama RI. Tulisan yang pernah diterbitkan antara lain: "Mengkaji Konflik Suriah" (review buku) dan "Pengelolaan Wakaf Tunai di Lembaga Pengelola Wakaf dan Pertanahan Pengurus Wilayah Nahdlatul Ulama Daerah Istimewa Yogyakarta." *Email*: achmad.muchaddam@dpr.go.id

Fieka Nurul Arifa, S,Pd., M.Pd. Perempuan, Islam, Calon Peneliti Pertama bidang Kesejahteraan Sosial Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI dengan minat kepakaran Studi Pendidikan. Lahir di Wonosobo, 3 Mei 1989. Menyelesaikan pendidikan S1 Pendidikan Matematika di Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Purworejo pada tahun 2011 dan S2 Penelitian dan Evaluasi Pendidikan di Universitas Negeri Yogyakarta pada tahun 2014. *Email*: fiekanarifa@gmail.com atau fieka.arifa@dpr.go.id.

