

DESCRIPTION OF THE QUALITY OF LIFE OF POOR HOUSEHOLDS BENEFICIARIES FAMILY HOPE PROGRAM IN MEURAXA SUBDISTRICT, BANDA ACEH

Gambaran Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat
Program Keluarga Harapan di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

Fadli Syahputra*

Akademi Farmasi YPPM Mandiri, Banda Aceh, 23114

*fadlimeuraxa@gmail.com

Received: 30 January 2021/ Accepted: 20 February 2021

ABSTRACT

Background: The lack of PKH Beneficiary Families (KPM) who participated in the health examination of pregnant women and toddlers as well as the lack of optimal implementation of education, and still low healthy lifestyle among the community that causes vulnerable to various diseases, the ability of the community to carrying out daily activities, as well as the ease of access to information, etc. are some factors that affect the level of quality of life of PKH beneficiaries. This study aims to determine factors related to the quality of life of poor families of PKH beneficiaries. **Methods:** This research is a descriptive study with a cross-sectional design. The sample in the study was 73 respondents in KPM PKH in Meuraxa Subdistrict, Banda Aceh. Analyze data using univariate and Likert scales. **Result:** Research shows that respondents were predominantly primary education (72.6%), unemployed (58.9%), moderate income (52.1%), number of extended family members (68.5%), long receiving PKH benefits for 3 years (41.1%), ownership of small family assets (60.3%), and respondents with poor quality of life (58.9%). The domain image of physical health quality almost half had a good quality of life (47.6%), psychological domain mostly had a good quality of life (54.1%), the domain of social relations had half good quality of life (50.1%), and the environmental domains almost half have a good quality of life (46.2%). **Recommendation:** The government needs to intensify the family planning program, so that every household beneficiary of PKH can plan their household better, as well as conduct training and capital loan for small businesses in housewives that can later help the family economy so as to improve the quality of life of the beneficiaries poor of PKH.

Keywords: Quality of Life, Family Hope Program

ABSTRAK

Latar Belakang: Minimnya Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH yang ikut serta dalam pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan balita serta belum optimalnya pelaksanaan pendidikan, dan masih rendahnya pola hidup sehat di kalangan masyarakat sehingga menyebabkan rentan terhadap berbagai penyakit, kemampuan masyarakat dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta kemudahan akses informasi, dan lain sebagainya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kualitas hidup penerima manfaat PKH. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup keluarga miskin penerima manfaat PKH. **Metode:** Penelitian ini bersifat deskriptif dengan desain *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian yaitu 73 responden di KPM PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh. Analisis data menggunakan univariat dan skala likert. **Hasil:** Penelitian menunjukkan bahwa responden dominan pendidikan dasar (72.6%), tidak bekerja (58.9%), pendapatan sedang (52.1%), jumlah anggota keluarga besar (68.5%), lama menerima manfaat PKH selama 3 tahun (41.1%), kepemilikan aset keluarga kecil (60.3%), dan responden dengan kualitas hidup kurang (58.9%). Gambaran domain kualitas kesehatan fisik hampir setengahnya memiliki kualitas hidup yang baik (47.6%), domain psikologis sebagian besar memiliki kualitas hidup yang baik (54.1%), domain hubungan sosial setengahnya memiliki kualitas hidup yang baik (50.1%), dan domain lingkungan hampir setengahnya memiliki kualitas hidup yang baik (46.2%). **Saran:** Pemerintah perlu semakin mengintensifkan program keluarga berencana, agar setiap rumah tangga penerima manfaat PKH dapat merencanakan rumahtangganya dengan lebih baik, serta mengadakan pelatihan dan modal pinjaman untuk usaha kecil pada ibu rumah tangga yang nantinya dapat membantu ekonomi keluarga sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat miskin penerima manfaat PKH.

Kata Kunci: Kualitas Hidup, Program Keluarga Harapan

PENDAHULUAN

Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian dan hubungan individu dengan lingkungan. Saat kualitas hidup menurun maka akan terjadi ketergantungan yang disebabkan oleh kemunduran fisik, psikis, dan sosial. Mengantisipasi rendahnya kualitas hidup, Pemerintah Indonesia telah memperkenalkan program bantuan tunai bersyarat atau Program Keluarga Harapan (PKH), yang diharapkan akan mampu mempertahankan taraf kesejahteraan sosial penerima manfaat sebagaimana amanat konstitusi (Profil PKH, 2019).

Rendahnya kualitas hidup penduduk miskin mengakibatkan rendahnya tingkat pendidikan dan kesehatan sehingga dapat mempengaruhi produktivitas. Dengan kondisi tersebut sehingga menyebabkan meningkatkannya beban ketergantungan bagi masyarakat. Penduduk yang masih berada di bawah garis kemiskinan mencakup mereka yang berpendapatan rendah, tidak berpendapatan tetap atau tidak berpendapatan sama sekali. Dengan demikian maka pengentasan dan penanggulangan kemiskinan yang diupayakan berbagai pihak diharapkan dapat mengangkat taraf hidup masyarakat miskin (Ridwan, dkk., 2019).

Kriteria Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH yakni: memiliki ibu hamil, ibu menyusui, memiliki anak balita dan anak usia sekolah setingkat SD-SMP. PKH menjadi model jaminan yang unik. Di satu sisi, PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan (*life survival*) dalam kebutuhan dasar terutama pendidikan dan kesehatan. Di sisi lain, PKH bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan rumah tangga miskin agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui promosi kesehatan dan mendorong anak bersekolah (Anbarasan, 2015).

PKH mulai dilaksanakan pada tahun 2013 di Kota Banda Aceh Provinsi Aceh

yang mencakup delapan Kecamatan (Baiturrahman, Banda Raya, Jaya Baru, Kuta Alam, Lueng Bata, Meuraxa, Syiah Kuala dan Ulee Kareng), dilengkapi satu operator, dan satu pendamping di setiap kecamatan kecuali Kecamatan Ulee Kareng dan Kecamatan Meuraxa dengan dua pendamping. Kemudian, tahun 2015 dilakukan pengembangan kecamatan (Kecamatan Kutaraja) dengan tambahan satu pendamping dan pengangkatan satu koordinator kota sehingga telah mencakup seluruh kecamatan di Kota Banda Aceh yakni sembilan kecamatan. Pada akhir tahun 2016 dilakukan perluasan kepesertaan PKH di Kota Banda Aceh setelah dilakukan verifikasi (verifikasi dan validasi) terdapat penambahan 984 KPM baru (Nainggolan dkk., 2012).

Berdasarkan permasalahan bahwa saat ini kendala PKH yang dihadapi dilapangan adalah masih minimnya KPM PKH ikut serta dalam pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan balita yang ditunjukkan dari hasil verifikasi atas komitmen peserta PKH terhadap kesehatan dan pendidikan belum optimal. Ini disebabkan oleh banyak hal yaitu karena kualitas masyarakat penerima PKH dengan tingkat pendidikan yang sangat rendah, rata-rata sebagian besar masyarakat bekerja sebagai nelayan, tukang bangunan, dan penjual kecil-kecilan, sehingga penghasilan mereka kebanyakan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Mereka cenderung memiliki anak lebih dari dua sehingga begitu banyak beban yang harus mereka tanggung, belum lagi lapangan kerja yang terbatas, serta upah minimum pekerja yang masih rendah, sehingga berdampak pada menurunnya kualitas hidup peserta PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif melalui pendekatan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini

adalah seluruh KPM PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh berjumlah 273 ibu balita penerima manfaat PKH. Sampel diambil berdasarkan perhitungan rumus Slovin yaitu didapat sebanyak 73 responden. Pengambilan sampel secara *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu.

Metode pengumpulan data yaitu menggunakan wawancara sistematis, merupakan tanya jawab secara langsung dengan informasi yang telah ditetapkan sesuai dengan kapasitas, pengalaman, dan pengetahuan masing-masing, serta telaah dokumen berupa buku referensi maupun peraturan atau pasal yang berhubungan dengan penelitian.

Analisis data menggunakan univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi dari masing-masing variabel. Gambaran skala *likert* pada kualitas hidup berdasarkan empat domain, antara lain kesehatan fisik,

psikologis, sosial, dan lingkungan dengan menggunakan kriteria: a) 0-20 = kualitas hidup sangat buruk; b) 21-40 = kualitas hidup buruk; c) 41-60 = kualitas hidup sedang; c) 61-80 = kualitas hidup baik; dan d) 81-100 = kualitas hidup sangat baik (Widya, 2016).

Sedangkan interpretasi frekuensi hasil skor menurut Arikunto (2005) sebagai berikut:

Tabel 1. Kategori Hasil Frekuensi Skor Interpretasi

| No. | Skor | Interpretasi |
|-----|--------|--------------------|
| 1. | 100% | Seluruh |
| 2. | 76-99% | Hampir Seluruh |
| 3. | 51-75% | Sebagian Besar |
| 4. | 50% | Setengahnya |
| 5. | 26-49% | Hampir Setengahnya |
| 6. | 1-25% | Sebagian Kecil |
| 7. | 0% | Tidak Satupun |

Sumber: Arikunto, 2005

HASIL

Tabel 2. Analisis Univariat

| No. | Variabel | Jumlah | |
|-----|--------------------------------|--------|------|
| | | N | % |
| 1. | Pendidikan | | |
| | Dasar | 53 | 72.6 |
| | Menengah | 20 | 27.4 |
| 2. | Pekerjaan | | |
| | Tidak bekerja | 43 | 58.9 |
| | Bekerja | 30 | 41.1 |
| 3. | Pendapatan | | |
| | Rendah | 35 | 47.9 |
| | Sedang | 38 | 52.1 |
| 4. | Jumlah Anggota Keluarga | | |
| | Besar | 50 | 68.5 |
| | Kecil | 23 | 31.5 |
| 5. | Lama Menerima PKH | | |
| | 5 tahun | 18 | 24.7 |
| | 4 Tahun | 25 | 34.2 |
| | 3 Tahun | 30 | 41.1 |
| 6. | Kepemilikan Asset | | |
| | Kecil | 44 | 60.3 |
| | Besar | 29 | 39.7 |

Tabel. 2 Lanjutan

| No. | Variabel | Jumlah | |
|-----|-----------------------|--------|------|
| | | N | % |
| 7. | Kualitas Hidup | | |
| | Kurang | 43 | 58.9 |
| | Baik | 30 | 41.1 |

Analisis Skala Likert

Tabel 3. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Kesehatan Fisik Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

| No. | Pernyataan Domain Kesehatan Fisik | Skor Jawaban Responden | | | | |
|-----|--|------------------------|------|------|------|------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Rasa sakit fisik dapat mencegah dalam beraktifitas | 3 | 33 | 36 | 1 | 0 |
| 2. | Sering membutuhkan terapi medis | 12 | 44 | 15 | 2 | 0 |
| 3. | Memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktifitas | 18 | 34 | 6 | 15 | 0 |
| 4. | Kemampuan dalam bergaul | 3 | 25 | 45 | 0 | 0 |
| 5. | Kepuasan saat tidur | 13 | 29 | 29 | 1 | 1 |
| 6. | Kepuasan aktifitas kehidupan sehari-hari | 15 | 22 | 35 | 1 | 0 |
| 7. | Kepuasan terhadap kemampuan bekerja | 6 | 32 | 20 | 10 | 5 |
| | Jumlah : | 70 | 219 | 186 | 30 | 6 |
| | Total Skor : | | | 511 | | |
| | Persentase Jawaban : | 13.7 | 42.9 | 36.4 | 5.87 | 1.17 |
| | Jumlah Skor : | 70 | 438 | 558 | 120 | 30 |
| | Jumlah Total Skor : | | | 1216 | | |
| | Skor Maksimal : | | | 35 | | |
| | Jumlah Skor Diharapkan : | | | 2555 | | |
| | Persentase : | | | 47.6 | | |

Tabel 4. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Psikologis Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

| No. | Pernyataan Domain Psikologis | Skor Jawaban Responden | | | | |
|-----|----------------------------------|------------------------|----|----|----|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Menikmati hidup | 0 | 26 | 30 | 17 | 0 |
| 2. | Merasa hidup berarti | 0 | 27 | 35 | 11 | 0 |
| 3. | Mampu dalam berkonsentrasi | 1 | 18 | 42 | 12 | 0 |
| 4. | Menerima penampilan tubuh | 3 | 30 | 29 | 9 | 2 |
| 5. | Kepuasan terhadap diri | 9 | 33 | 15 | 16 | 0 |
| 6. | Sering memiliki perasaan negatif | 2 | 39 | 28 | 4 | 0 |

Tabel 4. Lanjutan

| | | | | | |
|--------------------------|-------------|------|------|------|------|
| Jumlah : | 15 | 173 | 179 | 69 | 2 |
| Total Skor : | 438 | | | | |
| Persentase Jawaban : | 3.42 | 39.5 | 40.9 | 15.8 | 0.46 |
| Jumlah Skor : | 15 | 346 | 537 | 276 | 10 |
| Jumlah Total Skor : | 1184 | | | | |
| Skor Maksimal : | 30 | | | | |
| Jumlah Skor Diharapkan : | 2190 | | | | |
| Persentase : | 54.1 | | | | |

Tabel 5. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Hubungan Sosial Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

| No. | Pertanyaan Domain Hubungan Sosial | Skor Jawaban Responden | | | | |
|-----|---|------------------------|------|------|------|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Kepuasan hubungan personal/sosial | 10 | 28 | 32 | 3 | 0 |
| 2. | Kepuasan kehidupan seksual | 1 | 29 | 40 | 3 | 0 |
| 3. | Kepuasan dukungan yang diperoleh dari teman | 9 | 21 | 39 | 4 | 0 |
| | Jumlah : | 20 | 78 | 111 | 10 | 0 |
| | Total Skor : | 219 | | | | |
| | Persentase Jawaban : | 9.13 | 35.6 | 50.7 | 4.57 | 0 |
| | Jumlah Skor : | 20 | 156 | 333 | 40 | 0 |
| | Jumlah Total Skor : | 549 | | | | |
| | Skor Maksimal : | 15 | | | | |
| | Jumlah Skor Diharapkan : | 1095 | | | | |
| | Persentase : | 50.1 | | | | |

Tabel 6. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Lingkungan Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

| No. | Pernyataan Domain Lingkungan | Skor Jawaban Responden | | | | |
|-----|---|------------------------|----|----|----|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Keamanan dalam kehidupan sehari-hari | 22 | 16 | 33 | 2 | 0 |
| 2. | Kesehatan lingkungan tempat tinggal | 27 | 24 | 14 | 8 | 0 |
| 3. | Memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan | 19 | 27 | 20 | 7 | 0 |
| 4. | Ketersediaan informasi bagi kehidupan dari hari ke hari | 16 | 38 | 6 | 13 | 0 |
| 5. | Memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi | 33 | 30 | 8 | 2 | 0 |
| 6. | Kepuasan terhadap kondisi tempat tinggal | 12 | 33 | 27 | 1 | 0 |
| 7. | Kepuasan terhadap akses pelayanan kesehatan | 8 | 20 | 23 | 22 | 0 |
| 8. | Kepuasan terhadap transportasi yang dijalani | 0 | 11 | 48 | 13 | 1 |

Tabel 6. Lanjutan

| | | | | | |
|--------------------------|------|------|-------------|------|------|
| Jumlah : | 137 | 199 | 179 | 68 | 1 |
| Total Skor : | | | 584 | | |
| Persentase Jawaban : | 23.5 | 34.1 | 30.7 | 11.6 | 0.17 |
| Jumlah Skor : | 137 | 398 | 537 | 272 | 5 |
| Jumlah Total Skor : | | | 1349 | | |
| Skor Maksimal : | | | 40 | | |
| Jumlah Skor Diharapkan : | | | 2920 | | |
| Persentase : | | | 46.2 | | |

PEMBAHASAN

Domain Kualitas Kesehatan Fisik

Hasil total skor domain kesehatan fisik berjumlah 1216 (47.6%) dari skor yang diharapkan yaitu 2555 (100%), menunjukkan bahwa domain kesehatan fisik termasuk dalam kategori Kualitas Hidup Sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain kesehatan fisik menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 47.6%.

Dimensi kesehatan fisik terdiri dari nyeri dan rasa tidak nyaman, energi dan rasa lelah, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada pengobatan atau terapi medis, dan kapasitas untuk bekerja.

Penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shabrina dkk., (2017) ditinjau dari dimensi kesehatan fisik, bahwa ditemukan kualitas hidup paling banyak didapatkan pada responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 60.2%. sedang 37.6%, dan tinggi 2.2%. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Wibowo (2011) yang menunjukkan bahwa kualitas kesehatan keluarga responden yang sudah menerima bantuan sebagian besar atau 95.8% dalam kondisi baik dan sebagian kecil atau 4.2% dalam kondisi tidak baik. Berdasarkan hasil tersebut bahwa kualitas kesehatan yang baik pada responden merupakan wujud kesejahteraan dari responden yang mendapatkan bantuan.

Berdasarkan hasil penelitian

didapatkan bahwa pada umumnya responden yang memberikan jawaban sangat sering membutuhkan terapi medis dan memiliki vitalitas yang cukup dalam beraktifitas sehari-hari, serta kepuasan terhadap kemampuan dalam bekerja dan kepuasan tidur setelah mendapat PKH. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mengaktualisasikan dirinya disebabkan keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan tersebut akan menghambat pencapaian kesehatan fisik, yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah.

Berdasarkan hasil analisa penulis dilapangan menunjukkan bahwa dalam rumah tangga miskin, perempuan penerima manfaat PKH juga memainkan peran ganda sebagaimana disebutkan di awal terhadap kepuasan dalam bekerja. Perempuan penerima manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh, juga harus bekerja lebih berat untuk membiayai kehidupan rumah tangga seperti buruh cuci, pembantu rumah tangga, pencari tiram dan berjualan yang waktunya sehari-hari banyak dihabiskan diluar rumah. Namun di rumah, mereka juga harus menjalankan fungsi domestik seperti merawat anak balita, mengurus pendidikan anak, memasak dan sebagainya. Sehingga dengan terbatasnya waktu tidak selalu terpenuhi aktifitas kebutuhannya sehari-hari yang berdampak kepada kepuasan kerja dan kualitas tidurnya menjadi kurang puas terhadap kualitas domain kesehatan fisiknya.

Domain Kualitas Psikologis

Hasil total skor domain psikologis berjumlah 1184 (54.1%) dari skor yang diharapkan yaitu 2190 (100%), menunjukkan bahwa domain psikologis termasuk dalam kategori Kualitas Hidup Sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain psikologis menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 54.1%.

Domain psikologis merupakan domain kualitas hidup yang berkaitan dengan pengaruh daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, spiritual serta penghargaan terhadap diri sendiri.

Hasil penelitian yang didapat sesuai dengan hasil penelitian Anbarasan (2015), bahwa kualitas hidup responden berdasarkan dimensi psikologis terdapat sebagian besar baik yaitu 61.7%. Namun hasil yang didapat pada penelitian ini umumnya responden memberikan jawaban dalam jumlah sedang terhadap kemampuan untuk berkonsentrasi, merasa hidup berarti, dan menikmati hidup setelah mendapat PKH. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya PKH terhadap keluarga miskin maka dapat mengurangi perasaan dan pandangan negatif keluarga terhadap masalah kehidupannya sehari-hari ke arah yang lebih positif, sehingga menimbulkan perasaan mampu menghadapi masalah kesehatan psikologis yang dialami untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Dapat disimpulkan bahwa semakin baik penyesuaian diri maka akan semakin baik pula kualitas hidup yang dimiliki keluarga miskin penerima PKH.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan dasar. Pendidikan dapat membentuk kecerdasan emosional. Seseorang yang memiliki kecerdasan emosional tinggi akan mampu menguasai diri, mengelola emosi, memotivasi diri dan mengarahkan dirinya untuk lebih produktif dalam berbagai hal

yang dikerjakan. Apabila kecerdasan emosionalnya rendah maka orang akan menjadi cemas, menyendiri, sering takut, merasa tidak dicintai, merasa gugup, sedih dan cenderung mudah terkena depresi. Faktor psikologis dapat mempengaruhi tingkatan untuk memperoleh kepuasan dalam hidup dan menjadi salah satu faktor yang ikut berperan untuk menurunkan kualitas hidup.

Domain Kualitas Hubungan Sosial

Hasil total skor domain hubungan sosial berjumlah 549 (50.1%) dari skor yang diharapkan yaitu 1095 (100%), menunjukkan bahwa domain hubungan sosial termasuk dalam kategori kualitas hidup sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain hubungan sosial menunjukkan setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 50.1%. Dimensi hubungan sosial terdiri dari hubungan pribadi, dukungan sosial dan aktivitas seksual.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang sedang. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Ridwan dkk. (2019) bahwa pada domain hubungan sosial kualitas hidup penerima manfaat PKH di Kabupaten Madiun didominasi dengan kualitas hidup sedang yaitu 50.1%.

Pada umumnya responden memberikan jawaban biasa-biasa saja terhadap kepuasan kehidupan seksual, dukungan teman, dan hubungan personal/sosial setelah mendapat PKH. Sesuai dengan hasil penelitian di atas, kualitas hidup sosial menjadi salah satu faktor dalam menentukan kualitas hidup seseorang. Pengukuran *well-being* melibatkan pemetaan keseluruhan hidup dan mempertimbangkan setiap kejadian dalam hidup atau konteks sosial yang sangat potensial untuk mempengaruhi kualitas hidup individu.

Menurut peneliti bahwa dengan

adanya program keluarga harapan merupakan hal yang penting dalam mendukung hubungan sosial (*social belonging*) dan hubungan komunitas (*community belonging*) yang merupakan ikatan yang dimiliki oleh seseorang dengan lingkungan sosialnya, diantaranya senang berkumpul dengan teman-teman, mempunyai hubungan sosial, aktif serta tidak mengalami kesulitan dalam hubungan sosial. Aktivitas-aktivitas sosial akan memberikan nilai tertinggi bagi penerima manfaat PKH untuk menemukan kebermaknaan dan rasa harga dirinya, sehingga kualitas hidup dapat meningkat.

Dengan aktifnya dalam aktivitas sosial, seperti tergabung dalam peserta penerima manfaat PKH akan menjadi ajang bagi mereka untuk saling bertukar pikiran, berbagi pengalaman dan saling memberikan perhatian. Kurang harmonisnya hubungan sosial antar peserta dan minimnya kegiatan oleh pendamping PKH, maka menjadi penyebab rendahnya kesejahteraan sosial di sana. Seharusnya, banyaknya kegiatan yang dilakukan dapat memfasilitasi hubungan antara satu dengan lainnya sehingga terbentuk reaksi sosial yang baik di antara peserta tersebut, yang pada akhirnya akan berpengaruh pada kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, ketidakaktifan penerima PKH dalam aktivitas sosial akan berdampak pada penurunan kualitas hidupnya.

Domain Kualitas Lingkungan

Hasil total skor domain lingkungan berjumlah 1349 (46.2%) dari skor yang diharapkan yaitu 2920 (100%), menunjukkan bahwa domain lingkungan termasuk dalam kategori Kualitas Hidup Sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain lingkungan menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 46.2%.

Domain lingkungan merupakan domain kualitas hidup yang terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik,

lingkungan fisik, lingkungan tempat tinggal, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi, kemudahan akses transportasi dan kesempatan untuk rekreasi atau aktivitas pada waktu luang.

Berdasarkan hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Rohmah dkk. (2012), pada faktor lingkungan, yang mayoritas responden berada pada kondisi kualitas hidup yang cukup memadai dengan jumlah sembilan responden (47%). Sedangkan menurut Shabrina (2017) menunjukkan hasil kualitas hidup responden yang mendapatkan kualitas hidup tinggi 1.1%, kualitas hidup sedang 83.9% dan kualitas hidup buruk sebanyak 15.1%.

Dapat disimpulkan bahwa pada umumnya responden memberikan jawaban sedikit memiliki ketersediaan informasi bagi kehidupan dari hari ke hari, tidak memuaskan terhadap kondisi tempat tinggal, dan sedikit memiliki uang yang cukup untuk memenuhi kebutuhan setelah mendapat PKH berdasarkan domain lingkungan kualitas hidup rumah tangga miskin penerima manfaat PKH.

Menurut peneliti bahwa bantuan PKH untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat dalam aspek dimensi lingkungan hanya sebagai stimulan saja kepada peserta, dana PKH tersebut menurut peneliti belum bisa memutuskan mata rantai kemiskinan melalui aspek lingkungan, sebab bantuan tersebut masih belum bisa memenuhi kebutuhan hidup rumah tangga miskin untuk menjadi lebih baik. Tempat tinggal harus dapat menciptakan suasana yang tenang, damai, dan menyenangkan bagi para penghuninya sehingga penghuni dapat merasa betah serta merasa terus ingin tinggal di tempat tersebut. Dengan demikian, akan terdukung oleh lingkungan untuk mencapai kualitas hidup yang tinggi. Kualitas hidup individu berkaitan secara intrinsik dengan kualitas hidup orang lain yang berada di lingkungannya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Gambaran domain kualitas kesehatan fisik menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik (47.6%), domain psikologis menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang baik (54.1%), domain hubungan sosial menunjukkan setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik (50.1%), dan domain lingkungan menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik (46.2%).

Saran

Peran pemerintah dalam mengatasi tingkat pendapatan rendah bagi masyarakat miskin penerima manfaat PKH yaitu dengan mengadakan pelatihan dan modal pinjaman untuk usaha kecil karena masih banyak dalam anggota keluarga yang masih banyak waktu luang terutama pada ibu rumah tangga yang nantinya dapat membantu ekonomi keluarga sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat miskin. Pemerintah perlu semakin mengintensifkan program keluarga berencana, supaya setiap rumah tangga penerima manfaat PKH dapat merencanakan rumahtangganya dengan lebih baik.

Setiap tahunnya PKH harus memperbaharui data penerima bantuan PKH, agar masyarakat yang sudah mampu dan memiliki asset rumah tangga yang besar dapat diberhentikan menjadi penerima bantuan PKH, sehingga masyarakat miskin lainnya yang belum menjadi peserta PKH dapat dijadikan peserta dan bisa menerima bantuan.

Perlu dilakukan pendataan ulang secara berkala minimal satu tahun sekali terhadap peserta yang menerima PKH agar dapat dilihat apakah mereka layak mendapatkan bantuan atau tidak, di tinjau

dengan beberapa aspek yang dapat di tentukan oleh para pendamping PKH.

Bagi Pendamping PKH diharapkan untuk dapat memberikan pemahaman kepada peserta yang telah lama mendapat Program Keluarga Harapan (PKH) untuk dapat memberikan informasi praktis di bidang kesehatan, pendidikan, ekonomi, pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga melalui program Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) yang dilaksanakan oleh fasilitator kepada keluarga penerima manfaat dalam pertemuan bulanan. Sehingga dengan adanya pertemuan tersebut peserta PKH akan dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arikunto, S., **Manajemen Penelitian: Jakarta: Rineka Cipta, Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen**, 2005;5:2461-0593.
2. Anbarasan S.S., **Gambaran Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Rendang pada Periode 27 Februari Sampai 14 Maret 2015**, *Intisari Sains Medis*, 2015;4(1):113-124.
3. Nainggolan T., Sutaat, Sitepu A., Padmi T., A, Muchtar, Irmayani & Hutapea B., **Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi**, *Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial (P3KS) Press, Jakarta*, 2012.
4. **Profil PKH, Profil Program Keluarga Harapan Kota Banda Aceh**, *Kepala Bidang Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kota Banda Aceh*, 2019.
5. Ridwan M., Samudro B.R. & Purwaningsih Y., **Dinamika Demografis dan Kualitas Hidup Lansia Wanita: Suatu Kajian Penerima PKH di Kabupaten Madiun**, *Prosiding Universitas Sebelas Maret Surakarta*, 2019.
6. Wibowo S., **Kajian Implementasi Program Keluarga Harapan Sebagai**

- Salah Satu Program Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Miskin di Kabupaten Ngawi: Tesis; 2011.**
7. Widya. **Perbedaan Kualitas Hidup antara Lansia yang Tinggal di Keluarga dengan Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha: Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar; 2016.**