

Effect of Family Hope Program on Maternal Health Behavior and Children Under Five Nutritional Status in Poor Families, Jombang, East Java

Sintya Rosalina¹⁾, Endang Sutisna Sulaeman²⁾, Bhisma Murti¹⁾

¹⁾Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret

²⁾Department of Public Health, Faculty of Medicine, Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Background: Family Hope Program, or internationally referred to as Conditional Cash Transfer (CCT), is a government poverty alleviation initiative by provision of conditional cash money that induces healthy behavior so as to achieve strong generation. This study sought to examine the effect of Family Hope Program on maternal health behavior and children under five nutritional status in poor families, Jombang, East Java.

Subjects and Method: This was an analytic observational study with retrospective cohort design. This study was conducted in Jombang District, East Java, from November to December 2017. A total sample of 210 mothers and their children under five were selected for this study by fixed exposure sampling. The dependent variables were maternal health behavior and child nutritional status. The independent variables were birthweight, history of illness, maternal education, family income, family support, government Family Hope Program, and access to health service. The data were collected by maternal and child book record and questionnaire. The data were analyzed by path analysis.

Results: The likelihood of good nutritional status of children under five increased with good nutritional intake ($b= 1.9$; 95% CI= 1.1 to 2.8; $p < 0.001$), normal birthweight ($b= 2.5$; 95% CI= 0.9 to 4.1; $p= 0.002$), rare frequency of illness ($b= 1.3$; 95% CI= 0.5 to 2.1; $p= 0.001$), and strong family support ($b= 1.5$; 95% CI= 0.6 to 2.3; $p < 0.001$). The likelihood of maternal healthy behavior increased with Family Hope Program ($b= 4.1$; 95% CI= 3.1 to 5.0; $p < 0.001$) and higher maternal education ($b= 1.9$; 95% CI= 0.9 to 2.8; $p < 0.001$). Good nutritional intake increased with maternal healthy behavior ($b= 0.4$; 95% CI= - 0.04 to 0.85; $p = 0.074$) and strong family support ($b= 0.6$; 95% CI = 0.2 to 1.1; $p= 0.004$).

Conclusion: The likelihood of good nutritional status of children under five increases with good nutritional intake, normal birthweight, no history of illness over the past three months, and strong family support. Family Hope Program induces maternal health behavior, increases child nutritional intake, and eventually improves child nutritional status.

Keywords: child nutritional status, maternal health behavior, Family Hope Program

Correspondence:

Sintya Rosalina. Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret, Jl. Ir. Sutami 36 A, Surakarta 57126, Central Java. Email: sintya.rosalina@gmail.com. Mobile 085732761747.

LATAR BELAKANG

Penduduk miskin Indonesia pada September 2016 mencapai 27.76 juta orang (10.70 persen) dengan persentase penduduk miskin terbesar berada di Pulau Jawa 14.84 juta orang (53.4%) (BPS, 2014). Kemiskinan berhubungan erat dengan masalah kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan

rendah berpengaruh terhadap produktifitas perekonomian. Sebaliknya dengan kemiskinan menyebabkan tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan sehingga tidak tercapai peningkatan derajat kesehatan (Adisasminto, 2008).

Pemerintah Indonesia sejak tahun 2007 telah melaksanakan Program Kelu-

arga Harapan (PKH) dengan nama Internasional dengan istilah *Conditional Cash Transfer* (CCT) sebagai upaya pemerintah menanggulangi kemiskinan melalui pemberian bantuan tunai bersyarat (Kemsos, 2016)

Memberikan bantuan tunai secara langsung kepada masyarakat yang miskin memberikan kontribusi signifikan terhadap tujuan prioritas kesehatan masyarakat, khususnya di layanan kesehatan, kesehatan ibu dan anak, dan kesetaraan kesehatan (Forde et al., 2011). Akses kesehatan yang diberikan diharapkan mengubah perilaku masyarakat miskin agar lebih peduli dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan (Kemsos, 2016)

Status gizi pada balita merupakan indikator kualitas hidup sangat baik. Status gizi adalah instrumen kunci untuk menilai kondisi kesehatan (Oliveira *et al.*, 2013). Gizi memegang peranan penting dalam mempertahankan integritas seluler tubuh, jika terjadi komplikasi gizi berkontribusi terhadap morbiditas dan mortalitas (Suskind dan Lenssen, 2013).

Malnutrisi adalah faktor pendukung yang mendasari kematian yaitu sekitar 45% anak-anak, yang membuat anak-anak lebih rentan terhadap penyakit berat (WHO, 2016). Malnutrisi membawa efek yang sangat merusak masa depan anak meliputi terlambatnya perkembangan motorik, gangguan fungsi kognitif, IQ lebih rendah, dan buruknya prestasi sekolah (Hoddinott et al, 2011).

Beban ganda malnutrisi terjadi pada kelompok masyarakat miskin (Lesiapeto, 2009). Faktor yang mempengaruhi status gizi antara lain konsumsi makanan, pengetahuan pendidikan orang tua tentang kesehatan, kondisi sosial ekonomi, faktor sosial dan keadaan penduduk, pelayanan kesehatan dan berat badan lahir rendah yang pada masa dewasa rentan mengalami

gangguan pertumbuhan (Sofian, 2011; Perry & Potter, 2005).

Tujuan ke-3 Sustainable Development Goals (SDGs) adalah untuk mengakhiri kematian bayi dan anak di bawah usia 5 tahun yang dapat dicegah (WHO, 2015). Anak-anak berisiko lebih besar meninggal sebelum usia 5 tahun jika mereka lahir di rumah tangga miskin (WHO, 2016).

Ketidakadilan angka kematian anak antara negara berpenghasilan tinggi dan rendah sangat besar. Pada tahun 2015, angka kematian balita di negara-negara berpenghasilan rendah adalah 76 kematian per 1,000 kelahiran hidup, yaitu sekitar 11 kali tingkat rata-rata di negara-negara berpenghasilan tinggi (7 kematian per 1000 kelahiran hidup). Sehingga mengurangi ketidakadilan diseluruh negara dan menyelamatkan lebih banyak nyawa anak-anak merupakan prioritas penting (WHO, 2015).

Data terpadu program penanganan fakir miskin Indonesia, menunjukkan provinsi tertinggi dengan rumah tangga sejahtera 40% terendah terdapat di Jawa Timur sebanyak 4,164,259 rumah tangga (1.83%) (TNP2K, 2011) dan menurut BPS jumlah penduduk miskin di Jawa Timur merupakan tertinggi se-Indonesia, pada September 2016 sebesar 4.63 juta (20.34%) orang (BPS, 2017).

Terdapat 10 Kabupaten tertinggi di Provinsi Jawa Timur dengan rumah tangga yang kesejahteraan rendah salah satunya adalah Kabupaten Jombang sebanyak 152,097 rumah tangga (TNP2K, 2011). Sesuai dengan data dari Bappeda (2015) bahwa Kabupaten Jombang mempunyai pertumbuhan ekonomi di bawah rata-rata provinsi namun pengurangan kemiskinan di atas rata-rata provinsi Jawa Timur (*low-growth, pro-poor*). Untuk itu Kabupaten Jombang menghadapi tantangan untuk terus menjaga efektifitas dan efisiensi program pengurangan kemiskinan dan

secara bersamaan dapat mendorong percepatan pembangunan ekonomi daerah.

Salah satu program penanggulangan kemiskinan yang utama adalah Program Keluarga Harapan. Evaluasi terhadap 13 program CCT di negara Amerika Latin menunjukkan bahwa CCT efektif dalam meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan preventif, meningkatkan status kesehatan tertentu serta mendorong perilaku sehat (Ranganathan and Lagarde, 2012). Untuk evaluasi pelaksanaan CCT di Indonesia perlu adanya penelitian untuk mengetahui pengaruh Program Keluarga Harapan terhadap status gizi dan perilaku kesehatan. Serta pengaruh pendidikan ibu, pendapatan keluarga, dukungan keluarga, akses pelayanan kesehatan terhadap perilaku kesehatan ibu. Serta untuk mengetahui besaran pengaruh berat badan lahir, riwayat sakit balita dan asupan gizi terhadap status gizi balita. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti Pengaruh Program Keluarga Harapan terhadap perilaku kesehatan ibu dan status gizi balita keluarga miskin.

SUBJEK DAN METODE

1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan pendekatan *cohort retrospektif*. Penelitian dilakukan di Kabupaten Jombang pada bulan November hingga Desember tahun 2017.

2. Populasi dan Sampel

Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah seluruh ibu dan balita pada keluarga miskin di Kabupaten Jombang, sedangkan populasi sumber dalam penelitian yaitu ibu dan balita pada keluarga miskin yang mendapat bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) dan yang tidak mendapat bantuan PKH di Kabupaten Jombang. Besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 210 subjek penelitian yang dipilih menggunakan *Stratified Random Sampling* dan *Fixed Exposure Sampling*.

Stratified random sampling dilakukan berdasarkan jumlah penduduk prasejahtera maka didapatkan Kecamatan Plandaan dengan penduduk prasejahtera tinggi, Kecamatan Ploso dengan penduduk prasejahtera sedang dan Kecamatan Tembelang dengan penduduk prasejahtera rendah. Setelah itu dilakukan *fixed exposure sampling* dengan membagi kelompok terpapar dan tidak terpapar. Subjek penelitian terbagi dalam 2 kelompok yaitu kelompok terpapar dan tidak terpapar. Kelompok terpapar sebanyak 105 subjek penelitian yaitu ibu dan balita pada keluarga miskin yang menjadi peserta Program Keluarga Harapan dan kelompok tidak terpapar sebanyak 105 subjek penelitian yaitu ibu dan balita pada keluarga miskin yang bukan peserta PKH.

3. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel Program Keluarga Harapan merupakan program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin yang ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat PKH. Tingkat pendidikan ibu adalah jenjang sekolah formal tertinggi yang dicapai oleh seseorang yang dimulai dari jenjang SD, SMP, SMA dan Perguruan Tinggi yang ditempuh oleh ibu

Pendapatan merupakan pendapatan keluarga yang dihasilkan dengan cara bekerja oleh kepala keluarga/ anggota keluarga maupun dari bantuan PKH yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari dalam satu bulan. Dukungan keluarga adalah sikap dan tindakan anggota keluarga berupa dukungan informasional, penilaian, instrumental serta dukungan emosional

Akses pelayanan kesehatan adalah kemudahan mencapai fasilitas kesehatan yang memadai menurut ibu berdasarkan jarak di perjalanan untuk mencapai fasilitas

kesehatan. Asupan gizi balita merupakan pemenuhan gizi balita berupa makanan yang dikonsumsi berupa frekuensi, jumlah, tekstur, variasi, makanan bergizi, sesuai dengan usianya

Berat badan lahir adalah berat badan yang diukur satu jam setelah lahir, berat badan normal ≥ 2500 gram. Riwayat sakit balita adalah keadaan jasmani dan rohani yang kurang menyenangkan menyebabkan seorang anak tidak dapat menjalankan aktivitas seperti halnya orang sehat

Perilaku kesehatan ibu adalah semua aktivitas atau kegiatan yang dilakukan ibu, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Sehingga mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat. Status gizi adalah keadaan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran zat gizi dalam tubuh dan pengukurannya yang menunjukkan keadaan gizi balita usia 6 – 59 bulan yang diukur dengan indeks berat badan menurut umur sesuai Z score klasifikasi status gizi dengan perhitungan standar baku WHO-2005 dan Kemenkes-2010.

4. Analisis Data

Analisis data hasil penelitian menggunakan analisis jalur dengan program Stata 13 untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dan mengetahui besarnya pengaruh pada variabel tersebut.

5. Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik (*ethical clearance*) dari komisi etik penelitian kesehatan RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1. Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik ibu ditunjukkan pada Tabel 1 bahwa usia ibu sebagian besar berusia 25 hingga 35 tahun sebanyak 193 orang dan sebagian ibu adalah bekerja sebanyak 117 orang (55.71%). Pada tabel 2 menunjukkan sebagian besar balita berusia 37 – 60 bulan sebanyak 152 orang (72.38%). Berdasarkan jenis kelamin balita hampir sama antara laki – laki dan perempuan yaitu 50.95% dan 49.05 %

Tabel 1. Karakteristik Ibu

Karakteristik Ibu	Jumlah	
	n = 210	%
Umur		
< 25 tahun	17	34.76
25 – 35 tahun	96	45.71
≥ 35 tahun	97	46.19
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	93	44.29
Bekerja	117	55.71

Tabel 2. Karakteristik Balita

Karakteristik Balita	Jumlah	
	n = 210	%
Umur		
7 – 12 bulan	7	3.33
13 – 36 bulan	51	24.29
37 – 60 bulan	152	72.38
Jenis Kelamin		
Laki – laki	107	50.95
Perempuan	103	49.05

Tabel 3 menunjukkan asupan gizi balita pada peserta PKH tertinggi memiliki asupan gizi balita baik sebanyak 86 orang (72.9%) dan pada bukan peserta PKH tertinggi memiliki asupan gizi balita kurang sebanyak 73 orang (79.3%). Perilaku kesehatan ibu menunjukkan ibu yang menjadi peserta PKH tertinggi memiliki perilaku kesehatan yang baik yaitu sebanyak 86 orang (89.6%) dan ibu yang bukan peserta PKH tertinggi memiliki perilaku kesehatan

HASIL

yang kurang yaitu sebanyak 95 orang (83.3%).

Proporsi status gizi balita menunjukkan balita yang menjadi peserta PKH tertinggi memiliki status gizi baik sebanyak 95 orang (67.9%) dan ibu bukan peserta PKH tertinggi memiliki status gizi balita kurang sebanyak 65 orang (85.7%). Karakteristik riwayat sakit balita menunjukkan balita yang menjadi peserta PKH mayoritas tidak sakit sebanyak 74 orang (60.7%) dan bukan peserta PKH tertinggi sakit dalam dua minggu terakhir sebanyak 57 orang (64.8%). Berat badan lahir balita pada peserta PKH dan bukan peserta PKH tertinggi memiliki berat badan lahir normal sebanyak 100 orang (53.2%) dan 88 orang (46.8%).

Dukungan keluarga ibu peserta PKH tertinggi memiliki dukungan keluarga kuat sebanyak 90 orang (80.4%) dan ibu bukan peserta PKH tertinggi memiliki dukungan keluarga lemah sebanyak 83 orang (84.7%). Proporsi pendapatan keluarga peserta PKH tertinggi memiliki pendapatan tinggi sebanyak 65 orang (73.9%) dan ibu bukan peserta PKH tertinggi memiliki pendapatan rendah yaitu 82 orang (67.2%). Tingkat pendidikan ibu peserta PKH tertinggi pendidikan tinggi (SMP dan SMA) sebanyak 67 orang (57.3%) serta ibu bukan peserta PKH tertinggi memiliki pendidikan rendah (SD, tidak tamat SD dan tidak sekolah) sebanyak 55 orang (59.1%).

Tabel 3. Analisis Univariat

Variabel Penelitian	Program Keluarga Harapan (PKH)				Jumlah	
	Bukan Peserta		Peserta PKH		n = 210	%
	n = 105	%	n = 105	%		
Asupan Gizi Balita						
Kurang	73	79.3	19	14.3	92	100
Baik	32	27.1	86	72.9	118	100
Perilaku Kesehatan Ibu						
Kurang	95	83.3	19	16.7	114	100
Baik	10	10.4	86	89.6	96	100
Status Gizi Balita						
Gizi kurang	60	85.7	10	14.3	70	100
Gizi baik	45	32.1	95	67.9	140	100
Riwayat Sakit Balita						
Sakit	57	64.8	31	35.2	88	100
Tidak Sakit	48	39.3	74	60.7	122	100
Berat Badan Lahir						
Kurang	17	77.3 %	5	22.7 %	22	100
Normal	88	46.8	100	53.2 %	188	100
Dukungan Keluarga						
Lemah	83	84.7	15	15.3	98	100
Kuat	22	19.6	90	80.4	112	100
Pendapatan Keluarga						
Rendah	82	67.2	40	32.8	122	100
Tinggi	23	26.1	65	73.9	88	100
Pendidikan Ibu						
Rendah	55	59.1	38	40.9	93	100
Tinggi	50	42.7	67	57.3	117	100

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat melihat hubungan variabel independen (Program Keluarga Harapan,

pendidikan ibu, pendapatan keluarga, dukungan keluarga, akses pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan ibu, berat badan

lahir, riwayat sakit balita, asupan gizi) dan perilaku kesehatan ibu).
 dengan variabel dependen (status gizi balita

Tabel 4. Analisis bivariat faktor-faktor yang berpengaruh pada status gizi balita

Variabel	Status gizi				Total		OR	CI 95%	p
	Kurang		Baik		n	%			
	n	%	n	%					
Program Keluarga Harapan (PKH)									
Bukan peserta PKH	60	57.1	45	42.9	105	100	12.7	5.9 hingga 27	<0.001
Peserta PKH	10	9.5	95	95	105	100			
Asupan Gizi Balita									
Kurang	57	62	35	38	92	100	13.2	6.4 hingga 26.9	<0.001
Baik	13	11	105	89	118	100			
Perilaku Kesehatan Ibu									
Kurang	60	52.6	54	47.4	114	100	9.6	4.5 hingga 20.2	<0.001
Baik	10	10.4	86	89.6	96	100			
Riwayat Sakit Balita									
Tidak sakit	23	18.9	99	81.1	122	100	4.9	2.7 hingga 9.1	<0.001
Sakit	47	53.4	41	46.5	88	100			
Berat Badan Lahir									
Rendah	19	86.4	3	13.6	22	100	17	4.8 hingga 59.9	<0.001
Normal	51	27.1	137	72.9	188	100			
Dukungan Keluarga									
Lemah	55	56.1	43	43.9	98	100	8.3	4.2 hingga 16.2	<0.001
Kuat	15	13.4	97	86.6	112	100			
Pendapatan Keluarga									
Rendah	60	49.2	62	50.8	122	100	7.5	3.6 hingga 15.9	<0.001
Tinggi	10	11.4	78	88.6	88	100			
Pendidikan Ibu									
Rendah	42	45.2	51	54.8	93	100	2.6	1.5 hingga 4.7	0.001

Tabel 5. Analisis bivariat pengaruh program keluarga harapan dan pendidikan ibu terhadap perilaku kesehatan ibu

Variabel	Perilaku Kesehatan Ibu				Jumlah		OR	CI 95%	p
	Kurang		Baik		n	%			
	n	%	n	%					
Program Keluarga Harapan (PKH)									
Bukan Peserta PKH	95	90.5	10	9.5	105	100	43.0	18.9 hingga 97.6	< 0.001
Peserta PKH	19	18.1	86	81.9	105	100			
Pendidikan Ibu									
Rendah	67	72	26	28	93	100	3.8	2.1 hingga 6.9	< 0.001
Tinggi	47	40.2	70	59.8	117	100			

3. Hasil Analisis Jalur

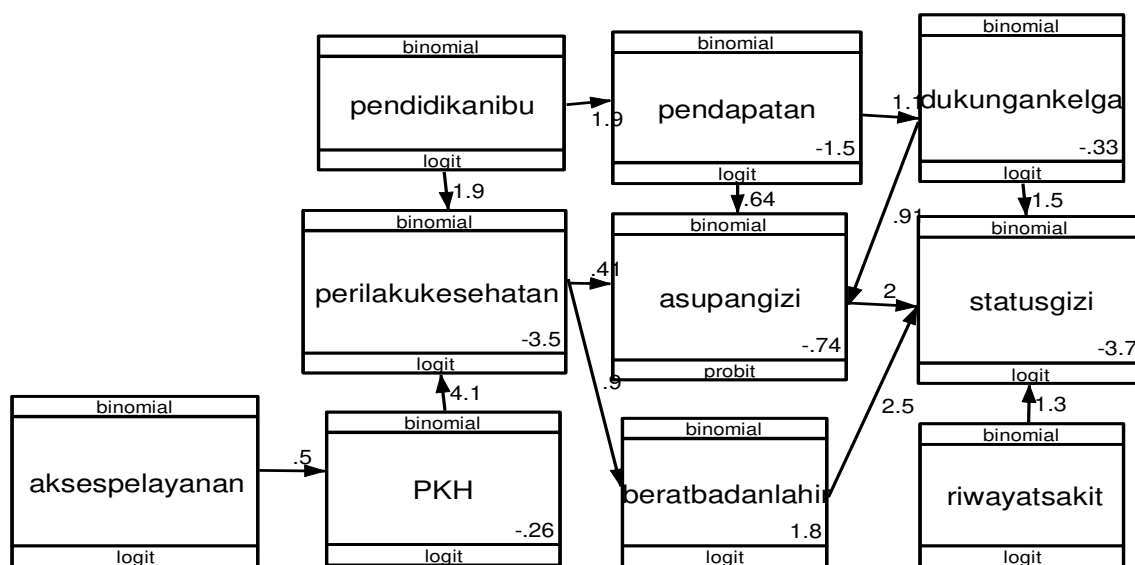
Tabel 6 menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan asupan gizi balita, berat badan lahir, dukungan keluarga, riwayat sakit balita, pendidikan ibu, Program Keluarga Harapan, perilaku kesehatan ibu,

pendapatan keluarga terhadap status gizi dan terdapat pengaruh Program Keluarga Harapan terhadap perilaku kesehatan ibu. Status gizi balita baik dipengaruhi oleh asupan gizi baik ($b = 1.9$; $CI\ 95\% = 1.1$ hingga 2.8 ; $p < 0.001$), berat badan lahir normal

($b = 2.5$; CI 95% = 0.9 hingga 4.1; $p = 0.002$), dukungan keluarga kuat ($b = 1.5$; CI 95% = 0.6 hingga 2.3; $p < 0.001$), riwayat sakit balita rendah ($b = 1.3$; CI 95% = 0.5 hingga 2.1; $p = 0.001$), perilaku kesehatan ibu melalui asupan gizi ($b = 0.4$; CI 95% = -0.04 hingga 0.85; $p = 0.074$), pendapatan keluarga melalui asupan gizi ($b = 0.6$; CI 95% = 0.2 hingga 1.1; $p = 0.004$), pendidikan ibu melalui pendapatan ($b = 1.1$; CI 95% = 0.6 hingga 1.7; $p < 0.001$), Program Keluarga

Harapan melalui perilaku kesehatan ibu ($b = 4.1$; CI 95% = 3.1 hingga 5.0; $p < 0.001$).

Perilaku kesehatan yang dipengaruhi Program Keluarga Harapan ($b = 4.1$; CI 95% = 3.1 hingga 5.0; $p < 0.001$) dan pendidikan ibu tinggi ($b = 1.9$; CI 95% = 0.9 hingga 2.8; $p < 0.001$). Program Keluarga Harapan dipengaruhi akses pelayanan kesehatan ($b = 0.5$; CI 95% = -0.05 hingga 1.04; $p < 0.001$).



Gambar 1. Model Struktural dengan estimate

Tabel 6. Hasil analisis jalur

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien Jalur (b)	CI 95%		p
			Batas Bawah	Batas Atas	
Direct Effect					
Status gizi	← Asupan gizi baik	1.9	1.1	2.8	< 0.001
Status gizi	← Berat badan lahir normal	2.5	0.9	4.1	0.002
Status gizi	← Dukungan keluarga kuat	1.5	0.6	2.3	< 0.001
Status gizi	← Riwayat sakit rendah	1.3	0.5	2.1	0.001
Indirect Effect					
Perilaku kesehatan	← Pendidikan ibu tinggi	1.9	0.9	2.8	< 0.001
Perilaku kesehatan	← Program Keluarga Harapan	4.1	3.1	5.0	< 0.001
Asupan gizi	← Perilaku kesehatan ibu baik	0.4	-0.04	0.85	0.074
Asupan gizi	← Pendapatan keluarga tinggi	0.6	0.2	1.1	0.004
Asupan gizi	← Dukungan keluarga kuat	0.9	0.5	1.3	< 0.001
Berat badan lahir	← Perilaku kesehatan ibu baik	0.9	-0.1	1.9	0.074
Pendapatan keluarga	← Pendidikan ibu tinggi	1.9	1.3	2.6	< 0.001
Dukungan keluarga	← Pendapatan keluarga tinggi	1.1	0.6	1.7	< 0.001
Program Keluarga Harapan	← Akses pelayanan kesehatan mudah	0.5	-0.05	1.04	< 0.001

1. Pengaruh program keluarga harapan terhadap status gizi balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh Program Keluarga Harapan terhadap status gizi balita. Penelitian ini didukung oleh penelitian (Ranganathan and Lagarde, 2012) bahwa program PKH internasional bernama CCT (*Conditional Cash Transfer*) menunjukkan evaluasi 13 program CCT di negara Amerika Latin efektif meningkatkan status kesehatan dan mendorong perilaku sehat, penggunaan pelayanan kesehatan preventif. Serta penelitian yang dilakukan oleh Satriawan (2016) menunjukkan bahwa Program CCT Indonesia (PKH) yang sudah selama 6 tahun dapat mengurangi balita sangat pendek (*severe stunting*).

Salah satu tujuan PKH diharapkan sebagai program yang meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta PKH Dimana keluarga miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan. Rendahnya kondisi kesehatan keluarga miskin berdampak pada tidak optimalnya proses tumbuh kembang (Kemsos, 2016)

Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara Program Keluarga Harapan dengan status gizi balita, namun hubungannya tidak bersifat tidak langsung yaitu melalui asupan gizi balita dan perilaku kesehatan ibu.

2. Pengaruh Asupan Gizi terhadap Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh asupan gizi terhadap status gizi balita. Menurut Kemenkes (2014) asupan makanan bergizi merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi tingkat kesehatan individu dan masyarakat. Usia balita merupakan masa yang sangat menentukan hari depan anak. Untuk men-

capai status gizi yang baik diperlukan upaya perbaikan konsumsi pangan, baik kuantitas maupun kualitas

Agar tubuh tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit kronis atau penyakit tidak menular (PTM) terkait gizi, maka pola makan masyarakat perlu ditingkatkan menuju konsumsi gizi seimbang (Kemenkes, 2014). Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara asupan gizi dengan status gizi balita dan hubungan tersebut bersifat langsung

3. Pengaruh Perilaku Kesehatan Ibu terhadap Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh perilaku kesehatan ibu terhadap status gizi balita. Faktor yang cukup dominan yang menyebabkan gizi kurang ialah perilaku yang kurang benar dalam memilih dan memberikan makanan kepada anak. Praktek pemberian makan meliputi pemberian ASI, makanan tambahan, penyiapan dan penyediaan makanan yang bergizi. Perawatan anak termasuk merawat apabila anak sakit, imunisasi, pemberian suplemen, memandikan anak. Kebutuhan dasar anak terdiri dari makanan, perawatan kesehatan dan kasih sayang. Sebagai orang yang menentukan bahan makanan yang akan dibeli, dimasak dan disiapkan, ibu memainkan peranan penting dalam menatalaksanakan makanan bagi anak balita (Kemenkes, 2014)

Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara perilaku kesehatan ibu dengan status gizi balita, namun hubungannya bersifat tidak langsung yaitu melalui asupan gizi balita dan berat badan lahir

4. Pengaruh Berat Badan Lahir terhadap Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh berat badan lahir terhadap status gizi balita. Hal ini sesuai dengan penelitian

oleh Oliveira yang menyatakan bahwa berat lahir merupakan variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap status gizi balita berdasarkan panjang untuk usia dijelaskan masing - masing sebesar 3.8% dan 12.8% (Oliveira *et al.*, 2013).

Berat lahir rendah dikaitkan dengan peningkatan penyakit jantung koroner, stroke, hipertensi, obesitas, resistensi insulin dan diabetes tipe 2. Gangguan pertumbuhan di masa prenatal dan anak-anak akan memperburuk kondisi kesehatan di masa dewasa. Perkembangan optimal pada masa prenatal dan awal pertumbuhan memberikan dampak jangka panjang yang baik bagi perkembangan anak hingga dewasa (Barker, 2004).

Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara berat badan lahir dengan status gizi balita dan hubungan tersebut bersifat langsung.

5. Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap status gizi balita. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Helena (2017) bahwa ada hubungan dukungan keluarga dalam pemenuhan gizi anak dengan status gizi anak usia *toddler*, dengan tingkat kemaknaan $p < 0.001$. Menurut peneliti hal ini dipengaruhi oleh faktor dukungan keluarga yang sudah baik, sehingga keluarga bisa memberikan makanan yang baik untuk anaknya. Sebaliknya jika dukungan keluarganya kurang, maka status gizi anak juga akan bermasalah.

Menurut Friedman (2010) dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan sehingga anggota keluarga merasa diperhatikan. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga

dengan status gizi balita, dan hubungan tersebut bersifat langsung

6. Pengaruh Riwayat Sakit Balita terhadap Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh riwayat sakit balita terhadap status gizi balita. Menurut Suskind dan Lenssen (2013) penyakit yang dapat mempengaruhi kecukupan asupan gizi antara lain muntah, diare, konstipasi, masalah menghisap atau mengunyah, nyeri abdomen gangguan pernafasan, gagal jantung, gagal ginjal dan semua penyakit kronis.

Anak dalam keadaan infeksi tubuh membutuhkan zat gizi yang lebih banyak untuk memenuhi peningkatan metabolisme orang yang menderita infeksi terutama disertai panas. Pada orang yang menderita penyakit diare, mengalami kehilangan zat gizi dan cairan secara langsung sehingga akan memperburuk kondisinya (Kemenkes, 2014)

Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara riwayat sakit balita dengan status gizi balita dan hubungannya dan hubungan tersebut bersifat langsung.

7. Pengaruh Pendidikan Ibu terhadap Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan ibu terhadap status gizi balita. Determinan tingkat pendidikan orang tua dianggap sebagai faktor penentu status nutrisi yang penting pada anak yang mempengaruhi kekurangan gizi (Kamiya, 2011). Penelitian oleh (Syed and Rao, 2015) menunjukkan terdapat hubungan yang sangat signifikan kecukupan pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi anak.

Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status gizi balita, namun hubungannya tidak bersifat langsung yaitu melalui pendapatan, asupan gizi dan dukungan keluarga.

8. Pengaruh Pendapatan Keluarga terhadap Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh pendapatan keluarga terhadap status gizi balita. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh (Syed and Rao, 2015) yang menunjukkan hubungan sangat signifikan dari faktor pendapatan per kapita dengan status gizi anak. Serta menurut (Kamiya, 2011) dan Mulugeta et al (2017) determinan penting yang memengaruhi kekurangan gizi adalah jumlah status kekayaan rumah tangga karena sebagai faktor penentu status nutrisi yang penting pada anak.

Status gizi berdasarkan berat badan per umur memiliki faktor mempengaruhi yaitu sosioekonomi (Sartika, 2010). Penyebab kekurangan gizi antara anak-anak berasal dari keadaan sosioekonomi (Kamiya, 2011). Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita, namun hubungannya tidak bersifat langsung yaitu melalui asupan gizi balita dan dukungan keluarga.

9. Pengaruh program keluarga harapan terhadap perilaku kesehatan ibu

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh Program Keluarga Harapan terhadap perilaku kesehatan ibu. Menurut Ranganathan and Lagarde (2012) program CCT efektif mendorong keluarga miskin untuk berperilaku sehat. Serta menurut laporan TNP2K (2011) PKH memberi dampak positif dan nyata dalam meningkatkan perilaku hidup sehat penerima program PKH yang meliputi jumlah kunjungan ibu hamil dan ibu nifas ke fasilitas kesehatan, balita ditimbang dan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Bantuan PKH diberikan setelah diverifikasi sebelum dan sesudah Keluarga Penerima Manfaat PKH melakukan pemeriksaan kehamilan, melahirkan di fasilitas

kesehatan, penimbangan dan pemeriksaan kesehatan (The World Bank, 2012). Akses terhadap kesehatan yang diberikan diharapkan mampu mengubah perilaku masyarakat miskin agar lebih peduli meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan (Kemosos, 2016). Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara Program Keluarga Harapan dengan status gizi balita dan hubungan tersebut bersifat langsung.

10. Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Perilaku Kesehatan Ibu

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh akses pelayanan kesehatan terhadap perilaku kesehatan ibu melalui Program Keluarga Harapan. Menurut Dirjen (Kemosos, 2016) dampak PKH lebih kuat di daerah dengan fasilitas kesehatan yang lebih baik.

Menurut (Bbaale, 2014) pemanfaatan kesehatan merupakan faktor penting yang mempengaruhi status kesehatan anak, termasuk apakah seorang ibu menerima perawatan prenatal dari dokter atau perawat, melahirkan bayi dengan perhatian dokter atau perawat. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan program keluarga harapan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito W (2008). Analisis Kemiskinan, MDGs dan Kebijakan Kesehatan Nasional, p. 21.
- WHO (2016). WHO Children reducing mortality 2016: 3–7.
- Bbaale E (2014). Maternal education and child nutritional status: evidence from Uganda, *African Journal of Economic and Management Studies*, 5(1): 52–74. doi: 10.1108/AJEMS-06-2012-0040.
- BPS (2017). Profil Kemiskinan di Indonesia 2016, *Berita Resmi Statistik*, (5): 1–9.

- _____ (2014). Badan Pusat Statistik (Statistics Indonesia) Agriculture and Mining Plantation.
- Forde I, Rasanathan K, and Krech R (2011) Public health agencies and cash transfer programmes: making the case for greater involvement, (Avenue Appia 20 1211 Geneva 27, Switzerland. doi: 10.2471/BLT.11.097733.
- Kamiya Y (2011). Socioeconomic Determinants of Nutritional Status of Children in Lao PDR Effects of Household and Community Factors, *J Health Popul Nutr*, 29(4): 339–348. doi: 10.-3329/jhpn.v29i4.8449.
- Kemendes (2014). Pedoman Gizi Seimbang, Riskesdas.
- Kemsos (2016) Program Keluarga Harapan Tahun 2016.
- Lesiapeto MS (2009). Factors associated with nutritional status of children aged 0-60 months residing in Eastern Cape and KwaZulu- Natal Provinces.
- Oliveira JS, et al. (2013) Fatores associados ao estado nutricional em crianças de creches públicas do município de Recife, PE, Brasil, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2): 502–512.
- Ranganathan M, Lagarde M (2012). Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: A review of the impact of conditional cash transfer programmes, *Preventive Medicine*. Elsevier BV, 55: S95–S105.
- Sartika RAD (2010). Analisis Pemanfaatan Program Pelayanan Kesehatan Status Gizi Balita. *Kesmas: National Public Health Journal*, 5(2), pp. 90–96.
- Satriawan E (2016). Evaluating Long-term Impact of Indonesia's CCT Program: Evidence From Randomised Control Trial JPAL SEA Conference on Social Protection, (January).
- BPS (2007). Tingkat Kemiskinan di Indonesia Tahun 2007, (38): 1–5.
- Syed S, Rao R (2015) Factors influencing nutritional status of school children in an urban slum of Hyderabad India, *International Journal Contemporary Pediatrics*, 2(4): 335–339.
- The World Bank (2012) PKH Conditional Cash Transfer. Social Assistance Program and Public Expenditure Review 6: 34.
- Bappeda (2015). Seri Analisis Pembangunan Wilayah Provinsi Jawa Timur 2015.
- TNP2K (2011). Program bantuan sosial dan penanggulangan kemiskinan
- WHO (2015). Under-five mortality.