

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Permasalahan yang saat ini masih dihadapi oleh berbagai negara adalah kemiskinan yang tidak hanya ada di negara berkembang namun juga negara maju (Mujiburrahman *et al*, 2017). Mayoritas masyarakat miskin didunia (60%) berada di negara-negara yang diklasifikasikan *World Bank* sebagai *middle-income countries* seperti Indonesia. Sebanyak 28% masyarakat miskin berada di *low-income countries*, dan 12% masyarakat miskin berada di *upper middle-income* (Alkire *et al* ,2011). Persoalan kemiskinan sangat kompleks dan multidimensional. Kemiskinan tidak dapat digambarkan oleh satu indikator pendapatan atau pengeluaran saja (Laderchi, 1997), namun juga berkaitan dengan kesehatan dan gizi yang buruk, pendidikan dan produktivitas yang rendah serta ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup layak (Yuniarti, 2010).

Kemiskinan dan kesehatan merupakan suatu kondisi yang saling berhubungan dan tidak dapat dipisahkan. Kesehatan menjadi investasi sumber daya manusia untuk meningkatkan perekonomian dan berperan penting dalam upaya pencegahan dan mengatasi masalah kemiskinan. Terdapat hubungan timbal balik antara kesehatan dan kemiskinan. Kesehatan yang buruk akan menyebabkan terjadinya kemiskinan dan kemiskinan dapat menyebabkan terjadinya status kesehatan yang buruk. Kesehatan yang buruk akan menyebabkan produktifitas menjadi rendah yang akan menyebabkan penurunan kualitas hidup dan kemiskinan. Sebaliknya kemiskinan menyebabkan resiko kesehatan yang buruk karena tidak mampu mencukupi gizi dan kemampuan yang rendah untuk mengakses pelayanan kesehatan (World Bank, 2002).

Kesehatan yang buruk seringkali disebabkan oleh kurangnya sumber daya ekonomi yang dimiliki oleh rumah tangga. Kurangnya nutrisi, sanitasi yang tidak baik, rendahnya pendidikan, atau tidak memiliki akses pada pelayanan kesehatan membuat anak yang lahir pada kondisi ekonomi miskin dapat berdampak negatif terhadap kesehatan anak. Dalam jangka panjang permasalahan ini akan mengakibatkan kemiskinan yang berkelanjutan (Lucas *et al*, 2022).

Ibu dan anak merupakan kelompok rentan yang perlu dilindungi. Fase kritis yang dialami ibu dan anak berpengaruh terhadap kematian ibu dan anak. Kondisi hamil, proses persalinan dan pasca persalinan merupakan kondisi ibu yang sangat rentan dan perlu perlindungan yang optimal. Selain itu, bayi baru lahir hingga anak usia dini juga merupakan fase penting karena menentukan pembentukan kualitas sumber daya manusia (Uce, 2015). Kesehatan ibu dan anak juga merupakan salah satu indikator kesejahteraan suatu daerah. Dengan demikian upaya perbaikan pada bidang kesehatan menjadi prioritas utama pembangunan kesehatan. Keberhasilan peningkatan kesehatan ibu dan anak dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). AKI dan AKB juga merupakan indikator dalam menentukan kualitas hidup masyarakat. (Kemenkes, 2020).

Tingginya angka kematian ibu dan anak masih menjadi permasalahan besar di Indonesia. Isu ini masuk dalam tujuan ketiga *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu “*Ensure healthy lives and promoting wellbeing for all at all ages*”. Target SDGs dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah terjadinya penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir dan balita yang ditargetkan pada tahun 2030 menjadi 70 jiwa per 100.000 kelahiran untuk kematian ibu dan 12 jiwa per 1000 pada kematian bayi (Badan Pusat Statistik, 2016). Setiap negara diharapkan untuk turut serta berpartisipasi dalam penurunan angka kematian ibu, bayi baru lahir dan balita (Alvaro *et al*, 2021).

Berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2012, angka kematian ibu pada sebesar 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan sebesar 15,04% pada tahun 2015 menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan ini belum mencapai target MDGs pada tahun 2015 yaitu sebesar 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Andriana, 2022). Selain kematian ibu, indikator penting lainnya dalam menentukan kualitas kesehatan masyarakat adalah Angka Kematian Bayi. Bayi termasuk kelompok rentan dan generasi penerus bangsa yang belum bisa mandiri untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan mengambil keputusan untuk melakukan usaha dalam mencapai kesejahteraan (Kemenkumham, 2016). Berikut gambaran kematian bayi di Indonesia tahun 2012 dan 2017:

Tabel 1.1 Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Balita di Indonesia Tahun 2012 dan 2017 per 1000 kelahiran

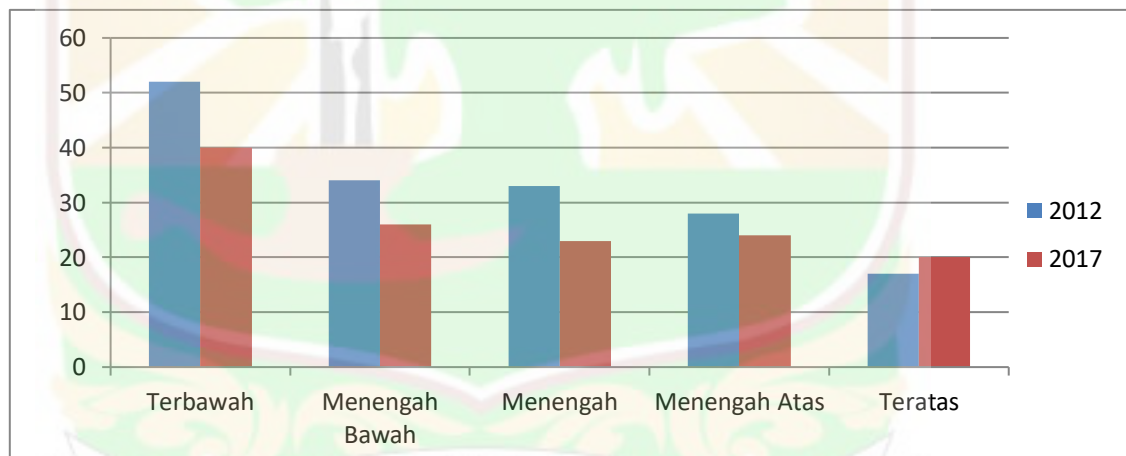
Indikator	2012	2017
Kematian Neonatal	19	15
Kematian Bayi	32	24
Kematian Balita	40	32

Sumber : Badan Pusat Statistik (2022)

Tabel 1.1 menunjukkan jumlah kematian neonatal (bayi berumur 0-28 hari), bayi dan balita di Indonesia per 1000 kelahiran. Tahun-tahun terakhir, angka kematian anak menunjukkan penurunan. Dapat dilihat bahwa kematian neonatal di Indonesia di tahun 2012 sebanyak 19 jiwa per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017 terjadi penurunan angka kematian neonatal sebesar 10,52% menjadi 17 jiwa per 1000 kelahiran hidup. Namun, angka ini masih diatas target SDGs yaitu 12 jiwa per 1000 kelahiran hidup. Begitu juga untuk angka kematian bayi terjadi penurunan 25% dari 32 jiwa per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2012 menjadi 24 jiwa per 1000 kelahiran hidup

pada tahun 2017. Kematian balita juga terjadi penurunan dari tahun 2012 ke tahun 2017. Namun angka ini juga masih berada diatas target SDGs.

Anak-anak dari keluarga berpendapatan rendah seringkali beresiko untuk tetap hidup dalam kemiskinan. Hal ini terjadi karena derajat kesehatan yang rendah yang mempengaruhi sumber daya manusia dan berdampak langsung terhadap ekonomi di kemudian hari (Case, Fertig & Paxson, 2005). Derajat kesehatan yang rendah disebabkan karena akses terhadap layanan kesehatan yang rendah sehingga berdampak negatif terhadap pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif dalam jangka panjang. Hal ini akan menyebabkan anak yang memiliki kesehatan yang rendah kecil kemungkinan untuk mendaftar disekolah, atau cenderung berprestasi lebih buruk dibandingkan anak-anak yang dalam keadaan sehat dan mempengaruhi produktivitas dikemudian hari (Akresh *et al*, 2012).



Sumber : Badan Pusat Statistik (2021)

Gambar 1.1 Angka Kematian Bayi per 1000 Kelahiran Hidup menurut Kuantil Kekayaan tahun 2012 dan 2017

Berdasarkan Grafik 1.1 terlihat bahwa kematian bayi tertinggi terjadi pada masyarakat dengan kuantil kekayaan terbawah sebanyak 52 jiwa per 1000 kelahiran hidup di tahun 2012. Angka ini mengalami penurunan 23% menjadi 40 jiwa per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Kematian bayi

tertinggi berikutnya terjadi pada masyarakat kuantil menengah bawah dan masyarakat menengah. Pada tahun 2012 kematian bayi pada masyarakat menengah bawah sebanyak 34 jiwa per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, terjadi penurunan angka kematian bayi sebesar 8% menjadi 26 jiwa per 1000 kelahiran hidup. Pada masyarakat menengah sebanyak 33 jiwa per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2012 menjadi 23 jiwa per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Tingginya angka kematian bayi pada kuantil masyarakat terendah, menengah bawah dan menengah ini bisa terjadi karena masyarakat kuantil terbawah memiliki kondisi keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan hidup dasar seperti pangan, sandang, papan serta pelayanan kesehatan dasar. Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa perlu upaya peningkatan kesehatan anak pada keluarga dengan kuantil terbawah (Widianto, 2013).

Kesehatan ibu dan anak sangat penting dalam penentu kualitas hidup individu dan sumberdaya manusia pada suatu daerah. Peran pemerintah berperan penting untuk membuat kebijakan-kebijakan agar kualitas sumberdaya manusia semakin meningkat. Salah satu tindakan yang telah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak adalah dengan meluncurkan sebuah program bernama *Safe Motherhood Initiative*. Program ini menjamin perempuan mendapatkan perawatan selama kehamilan dan persalinan (Susiana, 2019).

Kementerian Kesehatan juga menerapkan program peningkatan kesehatan ibu dan anak yang bernama EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Bangun (2014) program EMAS belum terlaksana secara maksimal dalam mengatasi penanganan kasus kegawatdaruratan. Tujuan program EMAS dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) juga belum tercapai (Choirudin, 2019). Dalam jangka panjang, dampak

program EMAS menunjukkan penurunan AKI dan AKB namun belum signifikan dan optimal (Hariani, 2017).

Kebijakan pemerintah berupa *cash transfer* adalah pemberian bantuan langsung tunai bersyarat (*conditional cash transfer*) yang lebih dikenal dengan Program Keluarga Harapan (PKH). Sebagai program bantuan bersyarat, PKH memberikan akses kepada rumah tangga penerima manfaat, terutama ibu hamil, nifas dan balita untuk memanfaatkan layanan kesehatan, pendidikan dan sosial yang tersedia (Kemensos, 2018). Melalui PKH, rumah tangga penerima manfaat didorong untuk menggunakan layanan kesehatan dan pendidikan, mendapatkan pangan yang baik untuk peningkatan gizi, mengikuti pendampingan dan mendapatkan program jaminan sosial lainnya sebagai program komplementer (Susiana, 2019).

Tujuan utama Program Keluarga Harapan (PKH) adalah untuk memutus lingkaran kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Program ini merupakan transfer tunai bersyarat (CCT) yang telah banyak digunakan di berbagai negara seluruh dunia seperti Meksiko, Peru, Chile, India dan lain-lain. Pengambil kebijakan sering kali menggunakan *Conditional Cash Transfer (CCT)* untuk meningkatkan kesehatan, gizi dan pendidikan anak rumah tangga miskin (Bastagli *et al*, 2016). Melalui CCT, rumah tangga miskin akan memperoleh sejumlah uang dengan beberapa persyaratan seperti anak usia sekolah wajib hadir di fasilitas pendidikan atau membawa balita untuk hadir pada fasilitas kesehatan. CCT diharapkan memiliki pembangunan jangka panjang yang menargetkan rumah tangga miskin untuk meningkatkan investasi sumber daya manusianya. Anak-anak yang sehat dan berpendidikan akan lebih produktif ketika dewasa dan memiliki pendapatan yang lebih tinggi yang akan memutus rantai kemiskinan antargenerasi (Economist, 2010).

CCT menunjukkan dampak pada kesehatan dan gizi di beberapa negara. Penelitian-penelitian yang telah dilakukan di berbagai negara menunjukkan perbedaan hasil. Di Meksiko, CCT yang dikenal dengan Progresa menunjukkan dampak yang signifikan pada bidang kesehatan. Progresa berpengaruh meningkatkan jumlah kunjungan prenatal sebesar 8% pada trimester pertama. Selain meningkatkan kunjungan ke fasilitas kesehatan, Progresa juga memiliki dampak yang signifikan dalam mengurangi kemungkinan *stunting* pada anak (Skoufias, 2005). Janani Suraksha Yojana (JSY) di India menunjukkan peningkatan pada pemanfaatan layanan bersalin. JSY meningkatkan persentase ibu hamil yang melahirkan dengan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan JSY tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan *antenatal* dan kematian bayi (Jackson *et al*, 2015). Sementara, program CCT di sub-Sahara Afrika menunjukkan bahwa tidak ada bukti intervensi ini meningkatkan akses ke layanan kesehatan untuk anak. (Onwuchekwa *et al*, 2021).

Brau & Peterman (2011) di El Salvador menemukan bahwa CCT berpengaruh signifikan terhadap kesehatan ibu seperti melahirkan di fasilitas kesehatan dan melahirkan dengan tenaga kesehatan. Penelitian di Nepal juga menemukan bahwa CCT berpengaruh positif terhadap peningkatan penerima manfaat melahirkan di fasilitas kesehatan dengan di bantu tenaga kesehatan (Jackson & Hanson, 2012). Penelitian lain yang dilakukan oleh Urquieta *et al* (2009) di Meksiko, menunjukkan bahwa *Oportunidades* hanya berpengaruh kecil terhadap kehadiran penerima manfaat untuk melahirkan dengan tenaga terampil. Studi di India menemukan bahwa penerima manfaat CCT lebih suka menggunakan alat kontrasepsi (Zavier & Santhya, 2013) sedangkan studi di Amerika Latin tidak menemukan dampak CCT pada penggunaan alat kontrasepsi (Velasco *et al*, 2020).

CCT memberikan dampak yang signifikan dalam mengurangi prevalensi bayi berat lahir rendah di Meksiko (Barber & Gertler, 2008) dan Amerika (Hoyne *et al*, 2015) sementara Zhou *et al* (2020) menemukan bahwa tidak ada dampak CCT terhadap penurunan berat bayi lahir rendah di China. Begitu juga dengan dampak CCT terhadap pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD), Zhou *et al* (2020) juga tidak menemukan dampak yang signifikan terhadap pelaksanaan inisiasi menyusui dini. Berbeda dengan Zhou, penelitian Skofias (2015) menunjukkan bahwa perempuan penerima CCT melaksanakan inisiasi menyusui dini dibandingkan perempuan bukan penerima CCT. Penelitian CCT terhadap pemberian ASI Eksklusif juga dilakukan di India tidak ditemukan dampak yang signifikan antara CCT dengan pemberian ASI Eksklusif (Carvalho *et al*, 2014).

Di Indonesia, Nurkhalim *et al* (2022) menemukan PKH meningkatkan kunjungan posyandu pada wanita hamil namun tidak ditemukan dampak signifikan PKH terhadap berat lahir bayi. Penelitian lain yang dilakukan oleh MicroSave Consulting (2019) menunjukkan bahwa PKH memiliki dampak positif yang signifikan terhadap persalinan di fasilitas kesehatan pemerintah dan dibantu dengan dokter atau bidan.

Menganalisis kesehatan ibu dan anak penting dilakukan untuk melihat dampaknya terhadap individu ataupun ekonomi secara keseluruhan dalam jangka panjang. Berbagai penelitian menemukan inkonsistensi hasil dampak CCT terhadap kesehatan ibu dan anak di berbagai negara. Selain itu, masih terbatasnya bukti empiris yang menjelaskan CCT di Indonesia memiliki pengaruh yang signifikan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, penelitian ini mengukur dampak Program Keluarga Harapan terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan diatas, rumusan masalah dapat disusun sebagai berikut:

1. Bagaimana dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku melaksanakan persalinan di fasilitas kesehatan?
2. Bagaimana dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku pemilihan tenaga penolong persalinan?
3. Bagaimana dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku penggunaan alat kontrasepsi?
4. Bagaimana dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap terhadap berat lahir bayi?
5. Bagaimana dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)?
6. Bagaimana dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku pemberian ASI Eksklusif?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku melaksanakan persalinan di fasilitas kesehatan.
2. Menganalisis dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku pemilihan tenaga penolong persalinan.
3. Menganalisis dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku penggunaan alat kontrasepsi.
4. Menganalisis dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap terhadap berat lahir bayi.
5. Menganalisis dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

6. Menganalisis dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap perilaku terhadap perilaku pemberian ASI Eksklusif.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh berbagai pihak, antara lain:

- a. Sebagai bahan rekomendasi bagi pemerintah untuk meningkatkan program agar lebih berkualitas dan berkelanjutan.
- b. Sebagai referensi dan informasi bagi *stakeholder* dalam memahami kondisi kesehatan ibu dan anak sehingga kebijakan yang diterapkan lebih terarah dan tepat sasaran.
- c. Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan peneliti tentang pembangunan kesehatan di Indonesia.
- d. Penelitian ini dapat bermanfaat dan menjadi referensi oleh peneliti selanjutnya.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Agar penelitian ini menjadi lebih fokus dan terarah maka diperlukan ruang lingkup penelitian. Daerah penelitian dilakukan di Indonesia dengan menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2019. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis apakah terdapat dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak.

1.6 Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan penyusunan dan pembatasan masalah maka penelitian ini disusun secara sistematis. Sistem penulisan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Bab I berisi uraian tentang permasalahan yang terjadi sehingga penelitian ini dilakukan, perumusan permasalahan, tujuan dari penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup dan sistem penulisan penelitian.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan konsep dasar dan penelitian sebelumnya yang dijadikan dasar dalam melakukan penelitian serta merumuskan kerangka pemikiran konseptual.

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan metodologi yang digunakan dalam penelitian terutama variabel yang digunakan, sumber data serta proses pengolahan data dan analisa data

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab 4 berisikan hasil dan pembahasan dari penelitian. Pada bab ini dijelaskan gambaran umum penelitian dan merumuskan kebijakan yang dapat dilakukan dari penelitian ini.

BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

Bab 5 berisi uraian kesimpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan.