

DAMPAK PROGRAM KELUARGA HARAPAN TERHADAP KESEHATAN IBU DAN ANAK

Nurul Ikhsanti¹⁾, Endrizal Ridwan²⁾, Febriandi Prima Putra³⁾

¹²³Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Andalas

E-mail: nurulikhsanti@gmail.com, endrizaridwan@gmail.com, febriandi@gmail.com

Abstract

This study aims to measure the impact of the Family Hope Program (PKH) on maternal and child health. The data used is the 2019 National Socio-Economic Survey (Susenas) data. The analytical tool used in this study is the Propensity Score Matching with the nearest neighbor method. The results showed that PKH had a positive and significant impact on the selection of birth attendants with health workers, the use of contraceptives and the implementation of early breastfeeding initiation. However, in this study, the impact of PKH on giving birth in health facilities, reducing the incidence of low birth weight, and exclusive breastfeeding did not have a significant impact.

Keywords : dampak, Program Keluarga Harapan, ibu, anak

1. PENDAHULUAN

Permasalahan kemiskinan merupakan permasalahan yang dihadapi oleh semua negara, tidak hanya dihadapi oleh negara-negara berkembang namun juga dihadapi oleh negara-negara maju (Mujiburrahman et al, 2017). Persoalan kemiskinan sangat kompleks dan multidimensional. Tidak dapat digambarkan oleh satu indikator pendapatan atau pengeluaran saja (Laderchi, 1997) namun juga berkaitan dengan rendahnya akses terhadap pendidikan, kesehatan dan gizi, produktivitas tenaga kerja serta ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup layak (Yuniarti, 2010). Kesehatan merupakan investasi dalam sumber daya manusia untuk meningkatkan pembangunan ekonomi dan berperan penting dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kemiskinan. Kesehatan yang buruk akan menyebabkan terjadinya kemiskinan dan kemiskinan dapat menyebabkan terjadinya status kesehatan yang buruk. Kesehatan yang buruk akan menyebabkan produktivitas 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). Hal ini menyebabkan anak yang lahir dalam 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 berkaitan dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu serta fase tumbuh kembang pada anak. Fase ini merupakan fase penting dalam pembentukan kualitas sumber daya manusia (Uce, 2015). Kesehatan ibu dan anak juga merupakan salah satu indikator kesehatan dan kesejahteraan masyarakat suatu daerah. Hal ini menjadi alasan pentingnya peningkatan kesehatan ibu dan anak dalam prioritas pembangunan kesehatan. Keberhasilan peningkatan kesehatan ibu dan anak dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Kemenkes, 2021).

Tingginya angka kematian ibu dan anak masih menjadi permasalahan besar di Indonesia. Secara umum, di Indonesia telah terjadi penurunan angka kematian ibu dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup sejak tahun 1991-2015. Meskipun terjadi penurunan angka

kematian ibu, namun angka tersebut tidak berhasil mencapai target MDGs yang harus dicapai sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Selain kematian ibu, angka kematian bayi menjadi salah satu indikator penting dalam penentuan status kesehatan masyarakat. Kematian neonatal di Indonesia di tahun 2012 sebanyak 19 per 1000 kelahiran hidup dan menurun di tahun 2017 menjadi 17 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini masih diatas target SDGs yaitu 12 per 1000 kelahiran hidup. Begitu juga untuk angka kematian bayi dan kematian balita juga terjadi penurunan dari tahun 2012 ke tahun 2017. Namun angka ini masih diatas target SDGs.

Kesehatan ibu dan anak merupakan faktor penentu kualitas hidup individu dalam jangka panjang dan faktor penentu kualitas sumberdaya manusia pada suatu daerah. Peran pemerintah sangat penting untuk membuat kebijakan sehingga kualitas sumberdaya manusia semakin meningkat. Kebijakan yang saat ini juga telah dilaksanakan oleh pemerintah adalah bantuan langsung tunai bersyarat (conditional cash transfer) yang dinamakan dengan Program Keluarga Harapan (PKH). Program ini diharapkan dapat meringankan dan membantu rumah tangga miskin dan rentan miskin dalam mengakses komponen pelayanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial (Kemensos, 2018).

Pengambil kebijakan sering kali menggunakan Conditional Cash Transfer (CCT) untuk meningkatkan kesehatan, gizi dan pendidikan anak rumah tangga miskin (Bastagli, 2016). 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. 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, 2015). Sementara, program CCT di sub-Sahara Afrika menunjukkan bahwa tidak ada bukti intervensi ini meningkatkan akses ke layanan kesehatan untuk anak. (Onwuchekwa, 2021).

Program Keluarga Harapan (PKH) dimulai pada tahun 2007 di Indonesia. Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH akan menerima sejumlah uang tunai selama mengikuti aturan yang ada dalam program ini. Program ini menargetkan masyarakat miskin dan rentan miskin yang memiliki komponen kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial seperti ibu hamil dan nifas, balita, anak sekolah, lansia dan disabilitas. Program ini dirancang untuk mengurangi kemiskinan jangka pendek dan jangka panjang. Dalam jangka pendek, PKH dapat meningkatkan pendapatan dan konsumsi masyarakat kurang mampu. Sedangkan dalam jangka panjang, tujuan PKH dapat membangun sumber daya manusia dan memutus kemiskinan antar generasi (Kemensos, 2021).

Peningkatan sumber daya keuangan rumah tangga karena adanya bantuan sosial PKH dapat meningkatkan kesejahteraan ibu hamil dan anak melalui pemenuhan gizi yang lebih baik, sanitasi yang memadai dan akses pelayanan kesehatan. Program Keluarga Harapan (PKH) memberikan transfer tunai kepada rumah tangga miskin dengan syarat rumah tangga tersebut wajib untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dan balita dengan cara rutin memeriksakan kesehatan di fasilitas kesehatan dan meningkatkan modal manusia seperti

mendaftarkan pendidikan anak-anak mereka (Kemensos, 2021). Menganalisis kesehatan ibu dan anak akan memberikan dampak positif yang besar, tidak hanya individu namun dalam ekonomi secara keseluruhan dalam jangka panjang. Banyak penelitian yang membuktikan CCT memberikan dampak secara keseluruhan. Namun masih sedikit 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 pelayanan kesehatan ibu dan anak.

2. METODE PENELITIAN

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder yang di peroleh dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2019. Studi pustaka digunakan dalam pengolahan data Susenas dengan menggunakan metode Propensity Score Matching (PSM). Metode ini merupakan metode penyesuaian statistik yang dapat digunakan untuk menganalisis data dari desain studi observasi dimana desain pemberian treatment melalui pengacakan untuk kelompok treatment atau non-treatment tidak mungkin dilakukan. Peneliti dapat menggunakan propensity score pada statistik untuk menyeimbangkan atau menyamakan kelompok subjek penelitian sehingga dapat mengurangi bias akibat pemberian treatment yang tidak random. Bias tersebut akan tereduksi ketika hasil perbandingan antara kelompok non-treatment dan treatment yang sedekat mungkin (Rosenbaum and Rubin, 1983). Dalam penelitian ini kelompok treatment adalah rumah tangga yang mendapatkan PKH sedangkan kelompok kontrol adalah rumah tangga bukan penerima PKH.

Langkah-langkah yang dilakukan untuk melakukan metode PSM adalah sebagai berikut (Caliendo dan Kopeining, 2005) :

1. Melakukan estimasi propensity score

Pada tahap ini dilakukan estimasi propensity score dengan metode regresi logistik. Regresi logistik adalah metode yang umum digunakan untuk mengestimasi propensity score (Thavaneswaran dan Lix, 2008). Metode ini memprediksi probabilitas yang muncul pada suatu kejadian.

$$\ln(e(x_i)/(1-e(x_i))) = \ln \Pr\{Z_i=1 | X_i\} / (1-\Pr\{Z_i=1 | X_i\}) = \alpha + \beta X_i \dots \dots \dots (1)$$

dimana : $e(x_i) = \Pr\{Z_i=1 | X_i\}$

$$e(x_i) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_iX_i$$

Keterangan :

b_0 adalah intersep

b_i adalah koefisien regresi

X_i adalah variabel perlakuan dan kovariat

x_i adalah nilai observasi dari variabel

Spesifikasi model logit yang digunakan pada model ini adalah sebagai berikut:

$$PKH = \ln [\pi / (1-\pi)] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9 + \beta_{10} X_{10} + \beta_{11} X_{11} + \beta_{12} X_{12} \dots \dots \dots (2) \text{ Dimana :}$$

PKH = Kepesertaan PKH (1= Peserta PKH , 0 = bukan Peserta PKH)

X_1 = Status Perkawinan Ibu

X_2 = Lama Sekolah Ibu

X_3 = Pekerjaan Ibu

X_4 = Usia Ibu

X_5 = Jumlah Anggota Keluarga

X_6 = Kepemilikan Rumah

X_7 = Fasilitas Jamban

X_8 = Sumber Utama Penerangan

- X9 = Kepemilikan Handphone
- X10 = Kuantil Pengeluaran
- X11 = Desa Kota
- X12 = Kepemilikan Jaminan Kesehatan

2. Melakukan Algoritma Pencocokan (matching)

Setelah nilai propensity score diperoleh maka dilakukan proses pencocokan (matching) nilai propensity score kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Setelah diperoleh balance score dari estimasi propensity score, peneliti kemudian menggunakan nilai (score) tersebut untuk mencocokkan peserta pada kelompok treatment dengan peserta pada kelompok kontrol. Dengan matching biasanya peserta dari kelompok kontrol akan dikurangi, sehingga ada beberapa observasi yang bahkan tidak digunakan sama sekali karena tidak memiliki nilai yang cocok dengan observasi pada kelompok kontrol, oleh sebab itu matching juga sering disebut dengan istilah resampling.

Pada penelitian ini kelompok perlakuan (treatment) adalah rumah tangga penerima PKH dan kelompok kontrol adalah rumah tangga bukan penerima PKH. Terdapat beberapa metode yang dapat dilakukan dalam proses matching yaitu stratification matching, nearest neighbor matching, radius matching, kernel matching, mahalanobis metric matching dan caliper matching (Caliendo dan Kopeining, 2005). Dalam penelitian ini metode matching yang akan digunakan adalah Nearest Neighbor Matching (NNM). Metode ini adalah metode yang sering digunakan. Proses matching pada metode ini dengan cara memiliki nilai terdekat dari covariat pada kelompok kontrol. Pada metode NNM ini akan diperoleh nilai Average Treatment on Treated (ATT). ATT merupakan selisih (different) antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

3. Mengidentifikasi Overlap atau Common Support

Langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi overlap atau common support antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan membandingkan distribusinya. Common Support memastikan bahwa proses matching antara anggota kelompok treatment dan kelompok kontrol dapat dilakukan (Sulistyaningrum, 2015) Pada tahap ini, jika terjadi perbedaan yang cukup jauh yaitu memiliki skor yang terlalu tinggi dan skor yang terlalu rendah maka observasi tersebut akan dikeluarkan.

4. Uji Kualitas Matching

Pengujian kualitas matching dilakukan dengan melihat perubahan nilai bias sebelum dan setelah dilakukan matching pada setiap variabel. Pada langkah ini juga dapat dilihat berapa banyak bias yang direduksi dengan adanya proses matching (Caliendo dan Kopeining, 2005).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian

Tabel 1 merupakan statistik deskripsi masing-masing variabel yang digunakan pada penelitian ini seperti jumlah observasi, rata-rata, nilai minimum dan nilai maksimum. Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa variabel dependen memiliki jumlah observasi yang berbeda. Variabel utama yaitu kepesertaan PKH sebagai treatment group dan control group memiliki observasi sebanyak 1.204.466. variabel-variabel pada tabel diambil pada kuisisioner Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2019.

Tabel 1 Ringkasan Statistik Data Penelitian

Variabel	Obs	Mean
Kesehatan Ibu		
Pemanfaatan Layanan Kesehatan untuk Bersalin	43.545	0,791
Penolong Persalinan	43.545	0,910
Penggunaan Alat KB	264.270	0.622
Kesehatan Anak		
Berat Badan Lahir Rendah	40.300	0,134
ASI Eksklusif	39.011	0.925
Inisiasi Menyusui Dini	43.545	0.670
Kepesertaan PKH	1.204.466	0.159
Status Perkawinan Ibu	1.204.466	0,859
Lama Sekolah Ibu	1.154.138	9,183
Pekerjaan Ibu	1.204.466	0,913
Usia Ibu	1.204.466	48,58
Jumlah Anggota Keluarga	1.204.466	4,607
Kepemilikan Rumah	1.204.466	0,842
Fasilitas Jamban	1.204.466	0,869
Sumber Utama Penerangan	1.204.466	0,968
Kuantil Pengeluaran	1.204.466	2.999
Desa Kota	1.204.466	0,408
Kepemilikan Jaminan Kesehatan	1.204.466	0,681

Sumber: Hasil Kalkulasi Data Susenas

Model faktor yang mempengaruhi kepesertaan PKH terdiri dari variabel dependen yaitu dengan variabel dummy, dimana 1 untuk keluarga penerima PKH dan 0 untuk keluarga yang bukan penerima PKH. Sedangkan variabel dependen ada sebanyak 12 variabel. Parameter dengan model faktor-faktor yang mempengaruhi kepesertaan PKH dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2 Regresi Logistik PKH terhadap Variabel Kontrol

Variabel Dependen PKH	Perkiraan Parameter	
	Koefisien	Standar Error
Status Perkawinan Ibu	0,253*	0,009
Status Pekerjaan Ibu	0,402*	0,013
Usia Ibu	-0,014*	0,000
Lama Pendidikan Ibu	-0,129*	0,000
Jumlah Anggota Keluarga	0,154*	0,001
Kepemilikan Rumah	0,133*	0,009
Fasilitas Jamban	-0,393*	0,007
Sumber Penerangan Utama	0,337*	0,015
Kuantil Pengeluaran	-0,401*	0,002
Desa Kota	-0,212*	0,006
Kepemilikan Jaminan Kesehatan	0,018*	0,006
Konstanta	-0,267*	0,027

Sumber: Hasil Kalkulasi Data Susenas

Pada tabel 2 dilihat bahwa semua variabel mempunyai pengaruh yang signifikan dalam kepesertaan PKH. Besaran nilai koefisien pada masing-masing variabel beragam. Besaran nilai koefisien menunjukkan probabilitas seseorang dalam menerima PKH. Variabel yang memiliki nilai probabilitas tertinggi adalah status pekerjaan ibu sebesar 0,402 dan kuantil pengeluaran -0,401. Variabel status pekerjaan ibu dan kuantil pengeluaran merupakan variabel utama seseorang mendapatkan PKH. Artinya ibu bekerja dan memiliki kuantil pengeluaran yang rendah akan meningkatkan probabilitas seseorang akan menerima program PKH.

Dalam melakukan estimasi dengan menggunakan *Propensity Score Matching* (PSM) perlu dihilangkan bias-bias yang akan mempengaruhi hasil estimasi. Menurut Caliendo dan Copeining (2008) mengungkapkan bahwa belum terdapat standar yang jelas untuk menentukan keberhasilan dalam penurunan bias pada proses *matching*. Namun dari nilai bias rata-rata terjadi penurunan bias setelah dilakukan *matching* yaitu dari 27,7% menjadi 4,1% untuk variabel dependen faskes dan linakes, 3,4% untuk variabel dependen KB dan BBLR, 3,6 % untuk variabel dependen IMD dan 3,8% untuk variabel dependen ASI. Oleh karena itu, proses *matching* pada penelitian ini dapat dikatakan berhasil.

Estimasi nilai ATT merupakan hal penting dalam propensity score karena hal ini merupakan tujuan utama digunakan metode *propensity*. Estimasi ATT dilakukan untuk melihat seberapa besar pengaruh kepesertaan PKH terhadap pemanfaatan layanan kesehatan untuk persalinan pada saat pengaruh dari variabel lain sudah direduksi.

Tabel 3 Dampak PKH Terhadap Kesehatan Ibu dan Anak

Variabel	Sampel	PKH	Non-PKH	Selisih	S.E	T-stat
Dependen						
Faskes	Unmatched	0,79804	0,79360	0,00444	0,00537	0,83
	ATT	0,79804	0,79923	-0,00119	0,00834	-0,14
Linakes	Unmatched	0,92645	0,91159	0,14856	0,01486	3,99
	ATT	0,92645	0,91118	0,01527	0,00571**	2,67
KB	Unmatched	0,63745	0,62783	0,01017	0,00263	3,86
	ATT	0,63745	0,63844	0,01361	0,00546**	2,49
BBLR	Unmatched	0,13470	0,13386	0,13386	0,00084	0,18
	ATT	0,13470	0,14192	-0,00721	0,00739	-0,98
IMD	Unmatched	0,67201	0,66973	0,00275	0,00652	0,36
	ATT	0,67201	0,66014	0,01186	0,00974 *	1,21
ASI	Unmatched	0,92816	0,92673	0,00143	0,00365	0,39
	ATT	0,92816	0,92733	0,00083	0,00566	0,15

Sumber: Hasil Kalkulasi Data Susenas

Pada tabel 3 terlihat bahwa PKH memiliki dampak yang negatif terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sebelum dilakukan matching kelompok treatment memiliki nilai yang hampir sama dengan kelompok *control*. Begitu juga dengan setelah dilakukan matching nilai kelompok treatment hampir sama dibandingkan kelompok *control*. Hal ini menyebabkan dampak PKH terhadap pemanfaatan fasilitas bersalin di layanan kesehatan menjadi tidak signifikan. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Okeke (2020) menemukan bahwa *cash transfer* meningkatkan pemanfaatan bersalin di fasilitas kesehatan sebanyak 14 persen. Namun pada penelitian ini PKH tidak memiliki dampak yang signifikan pada pemanfaatan bersalin di fasilitas kesehatan.

Tabel 3 menunjukkan bahwa selisih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan dari rumah tangga yang penerima PKH dan bukan penerima PKH sebelum dilakukan *matching* sebesar

14,84 persen dan setelah dilakukan proses *matching* menjadi 1,52 persen, dimana penolong persalinan dengan tenaga kesehatan bagi penerima PKH sebesar 9,64 persen dan bukan penerima PKH sebesar 91,12 persen. Hasil *t test* menunjukkan bahwa sebelum dilakukan *matching* dan setelah dilakukan *matching* variabel linakes menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan nilai *t*-statistik sebesar 2,67. Hal ini mengungkapkan bahwa dengan menerima PKH dapat meningkatkan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan. Rumah tangga yang menjadi penerima PKH memiliki dampak melahirkan dengan penolong persalinan tenaga kesehatan yang lebih tinggi yaitu sebesar 1,52 persen daripada rumah tangga yang bukan penerima PKH. Rumah tangga penerima PKH yang memiliki ibu hamil diwajibkan untuk mengontrol kesehatannya selama hamil minimal 4 kali ke posyandu, puskesmas, klinik atau rumah sakit. Hal ini mempengaruhi pemilihan penolong persalinan ibu hamil dengan menggunakan tenaga kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya antara lain Lim (2010) di India, Sosa-Rubi (2011) di Meksiko dan Powell-Jackson (2012) di Nepal.

Berdasarkan hasil pada tabel 3 dapat dilihat bahwa kepesertaan rumah tangga dalam PKH memberikan dampak terhadap penggunaan alat kontrasepsi sebesar 1,02 persen sebelum dilakukan *matching* dan sebesar 1,36 persen setelah dilakukan *matching*. Penggunaan alat kontrasepsi bagi keluarga yang bukan penerima PKH sebesar 63,84 persen sedangkan pada keluarga penerima PKH sebesar 63,75 persen. Berdasarkan hasil *t*-test pada tabel menunjukkan bahwa sebelum *matching* nilai *t*-test sebesar 3,86 dengan hasil yang signifikan sedangkan setelah dilakukan *matching* nilai *t* test menjadi 2,49 dengan nilai yang signifikan. Hasil analisis menunjukkan bahwa PKH memiliki dampak positif dan signifikan pada variabel KB. Rumah tangga penerima PKH memiliki rata-rata penggunaan alat kontrasepsi sebesar 1,36 persen lebih tinggi dibandingkan rumah tangga bukan penerima PKH. Hal ini bisa disebabkan karena pelatihan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) yang dilakukan oleh pendamping PKH kepada penerima PKH tentang kesehatan dan gizi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Feldman et al (2009) di Meksiko.

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebelum dilakukan proses *matching* kepesertaan PKH memberikan dampak peningkatan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi baru lahir sebesar 13,38 persen sebelum dilakukan *matching* namun setelah di lakukan *matching* maka di dapat bahwa kepesertaan PKH memberikan dampak terhadap penurunan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi baru lahir sebesar 0,72 persen. Hasil *t test* menunjukkan hasil yang tidak signifikan baik sebelum *matching* maupun setelah *matching*. Hal ini menunjukkan bahwa peserta PKH belum secara maksimal dalam memanfaatkan dana PKH untuk kesehatan ibu hamil dan bayi. Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Lucas et al (2022) di Brazil dan Glassman et al (2013) menunjukkan penurunan signifikan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi, namun berdasarkan hasil penelitian ini di Indonesia kepesertaan PKH belum menunjukkan hasil yang signifikan dalam penurunan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi baru lahir.

Berdasarkan hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan *matching* rumah tangga yang menerima PKH dampak peningkatan pada pelaksanaan inisiasi menyusui dini sebesar 0,28 persen, namun hasil tersebut tidak menunjukkan hasil yang signifikan. Sedangkan setelah dilakukan *matching* penerima PKH sebenarnya memiliki dampak peningkatan pada pelaksanaan inisiasi menyusui dini sebesar 1,19 persen lebih tinggi dibandingkan rumah tangga bukan penerima PKH. Hal ini bisa disebabkan karena peserta PKH menerima edukasi dari pendamping PKH pada saat P2K2 tentang pentingnya inisiasi menyusui dini. Hasil penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa *conditional cash*

transfer memiliki dampak positif dan signifikan pada pelaksanaan inisiasi menyusui dini seperti yang dilakukan oleh Carvalho et al (2014) di India.

Pada tabel 3 menunjukkan sebelum dilakukan matching dampak rumah tangga penerima PKH yang memberikan Asi Eksklusif lebih tinggi sebesar 0,14 persen dibandingkan rumah tangga bukan penerima PKH. Setelah dilakukan matching rumah tangga yang menerima PKH memiliki dampak yang lebih rendah dibandingkan sebelum matching sebesar 0,08 persen dibandingkan rumah tangga bukan penerima PKH. Baik sebelum dilakukan matching maupun setelah dilakukan matching PKH tidak memberikan dampak yang signifikan terhadap pemberian Asi Eksklusif. Hal ini bisa saja terjadi karena pemberian Asi Eksklusif kemungkinan besar di pengaruhi oleh faktor individu dan rumah tangga. Selain itu, tidak adanya sanksi khusus yang diberikan oleh pendamping PKH terhadap penerima PKH yang tidak memberikan asi eksklusif. Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian oleh Raghunathan (2017) di India.

4. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini diperoleh hubungan yang positif dan signifikan antara status perkawinan ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anggota keluarga, kepemilikan rumah, sumber penerangan utama dan kepemilikan jaminan kesehatan terhadap probabilitas menerima bantuan PKH di Indonesia. Selain itu, variabel usia ibu, lama pendidikan ibu, fasilitas jamban, kuantil pengeluaran dan lokasi tempat tinggal berhubungan negatif dan signifikan terhadap probabilitas menerima bantuan PKH.

Hasil penting dalam penelitian ini adalah PKH memberikan dampak yang signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan, penggunaan alat kontrasepsi dan pelaksanaan IMD. Namun pada penelitian ini dampak PKH terhadap melahirkan di fasilitas kesehatan, penurunan kejadian berat badan lahir rendah, dan pemberian asi eksklusif belum memiliki dampak yang signifikan. Pemerintah perlu meningkatkan pengawasan dan pemberian sanksi kepada penerima PKH yang tidak melakukan kewajiban sebagai peserta PKH. Selain itu, pemerintah dapat memaksimalkan peran pendamping PKH dalam pemberian edukasi kepada peserta PKH tentang pentingnya kesehatan dan gizi melalui Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2).

Pengembangan penelitian ini dapat dilakukan dengan menambahkan variabel-variabel lain yang belum dimasukkan pada penelitian ini. Penelitian dengan menggunakan data dan metode lain juga dapat dilakukan untuk melihat efek PKH dalam jangka panjang terhadap kesehatan ibu dan anak. Penelitian selanjutnya juga dapat berfokus pada lokasi sampai dengan unit Kabupaten/Kota sehingga dapat memberikan rekomendasi kebijakan yang lebih sesuai untuk daerah masing-masing.

DAFTAR PUSTAKA

- Amarante, Verónica, Marco Manacorda, Edward Miguel, and Andrea Vigorito (2016) "*Do Cash Transfers Improve Birth Outcomes? Evidence from Matched Vital Statistics, Program, and Social Security Data.*" *American Economic Journal: Economic Policy*, 8 (2): 1-43. DOI: 10.1257/pol.20140344
- Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, Barca V, Sturge G, Schmidt T (2016) *Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features*, Report, ODI
- Calliendo, M., dan Kopeinig, S. (2005). *Some Practical Guidance for the Implementation of Propensity Score Matching*. IZA Discussion Paper, No.1588, 1-29

- Carvalho N, Thacker N., Gupta SS., Salomon JA. (2014). *More Evidence on the Impact of India's Conditional Cash Transfer Program, Janani Suraksha Yojana: Quasi-Experimental Evaluation of the Effects on Childhood Immunization and Other Reproductive and Child Health Outcomes*. PLoS ONE 9(10): e109311. doi:10.1371/journal.pone.0109311
- Economist. (2010) *Give the poor money*.
- Feldman, B. S., Zaslavsky, A. M., Ezzati, M., Peterson, K. E., & Mitchell, M. (2009). *Contraceptive Use, Birth Spacing, and Autonomy: An Analysis of the Oportunidades Program in Rural Mexico*. Studies in Family Planning, 40(1), 51–62. doi:10.1111/j.1728-4465.2009.00186.x
- Glassman, Amanda; Duran, Denizhan; Fleisher, Lisa; Singer, Daniel; Sturke, Rachel; et al. *Impact of Conditional Cash Transfers on Maternal and Newborn Health*. Journal of Health, Population and Nutrition, suppl. Supplement on Financial Incentives for Maternal Health; London Vol. 31, Iss. 4, (Dec 2013): 48-66.
- Jackson, Timothy Powel.; Mazumdar, Sumit and Mills, Anne (2015) *Financial Incentives in Health : New Evidence From India's Janani Suraksha Yojana*. Journal of Health Economics Vol. 43
- Kemenkes (2021) Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kemensos (2018). Program Keluarga Harapan No 1 tahun 2018. Kementerian Sosial Republik Indonesia : Jakarta : Kemensos.
- Laderchi, C. R. (1997) *Poverty and its many dimensions : The Role of Income as an Indicator*. Oxford Development Studies
- Laszlo, S., Majid, M.F., & Renee, L. (2019). *Conditional cash transfers, women's empowerment and reproductive choices*. Grow Working Paper Series, McGill University.
- Lim, S. S., Dandona, L., Hoisington, J. A., James, S. L., Hogan, M. C., & Gakidou, E. (2010). *India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation*. The Lancet, 375(9730), 2009–2023. doi:10.1016/s0140-6736(10)60744-1
- Lucas, A.D.P., de Oliveira Ferreira, M., Lucas, T.D.P. et al (2022). *The Intergenerational Relationship Between Conditional Cash Transfers and Newborn Health*. BMC Public Health 22, 201. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12565-7>
- Mujiburrahman.; Achsani, Noer Azam dan Novianti, Tanti (2017) *Dinamika Kemiskinan dan Faktor-Faktor yang Memengaruhinya : Kajian Empiris di Negara Maju dan Berkembang*. IPB Repository
- Okeke, E. N., Wagner, Z., & Abubakar, I. S. (2020). *Maternal Cash Transfers Led To Increases In Facility Deliveries And Improved Quality Of Delivery Care In Nigeria*. Health Affairs, 39(6), 1051–1059. doi:10.1377/hlthaff.2019.00893

- Onwuchewa, Chukwuemeka; Verndonck, Kristien and Bruno Marchal (2021) *Systematic Review in the Impact of Conditional Cash Transfer in Child Health Service Utilisation and Child Health in Sub- Saharan Africa*. Frontiers in Public Health Vol. 9. Doi : 10.3389/fpubh.2021.643621
- Powell-Jackson, T., & Hanson, K. (2012). *Financial incentives for maternal health: impact of a national programme in Nepal*. Journal of health economics, 31(1), 271–284. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.10.010>
- Raghunathan, K., Chakrabarti, S., Avula, R., & Kim, S. S. (2017). *Can conditional cash transfers improve the uptake of nutrition interventions and household food security? Evidence from Odisha's Mamata scheme*. PloS one, 12(12), e0188952. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188952>
- Skoufias, Emmanuel (2005) *PROGRESA and its impacts on welfare of rural households in Mexico*. International Food Policy Research Institute Washington. Research Report 139
- Sosa-Rubi, S. G., Walker, D., Servan, E., & Bautista-Arredondo, S. (2011). *Learning effect of a conditional cash transfer programme on poor rural women's selection of delivery care in Mexico*. Health Policy and Planning, 26(6), 496–507. doi:10.1093/heapol/czq08
- Thavaneswaran, A dan Lix, L, (2008) *Propensity Score Matching in Observational Studies*. Monitoba Centre of Health Policy
- Uce, Loeziana (2015) *The Golden Age : Masa Efektif Merancang Kualitas Anak*. Jurnal Pendidikan Anak Bunayya Vol.1 No 2
- Urquieta, J., Angeles, G., Mroz, T., Lamadrid-Figueroa, H., & Hernández, B. (2009). *Impact of Oportunidades on Skilled Attendance at Delivery in Rural Areas*. Economic Development and Cultural Change, 57(3), 539–558. doi:10.1086/596598
- Velasco, M. C., Chrysanthopoulou, S. A., & Galárraga, O. (2020). *Cash Transfers and Contraceptive Use: A Regression Discontinuity Analysis*. Studies in Family Planning, 51(4), 309–321. doi:10.1111/sifp.12142
- World Bank (2002) *Dying For Change :Poor People's Experience Of Health And Ill-Health*.
- Yuniarti, Desi. (2010) *Fixed Effect Model pada Regresi Panel dalam Pemodelan Persentase Penduduk Miskin di Provinsi Jawa Timur Tahun 2004-2008*. Jurnal Eksponensial Vol. 1 No 2
- Zavier, A. J. F., & Santhya, K. G. (2013). *How conditional cash transfers to promote institutional delivery can also influence postpartum contraception: Evidence from Rajasthan, India*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 123, e43–e46. doi:10.1016/j.ijgo.2013.08.003