

## PERBEDAAN STATUS GIZI DAN KEAKTIFAN KUNJUNGAN POSYANDU PADA BALITA ANGGOTA DAN NON ANGGOTA PKH

Siti Khuzaemah<sup>1</sup>, Sulasyi Setyaningsih\*<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhadi Setiabudi, Brebes,  
Indonesia

Email: \*[Sulasyi@umus.ac.id](mailto:Sulasyi@umus.ac.id)

### ABSTRAK

*Kemiskinan merupakan penyebab utama masalah gizi. Bayi dan balita merupakan kelompok yang paling rentan terhadap masalah gizi. Jumlah kasus gizi buruk di Kecamatan Wanasari, Kabupaten Brebes tahun 2015 sebanyak 27 kasus. Tujuan PKH sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada Keluarga Miskin untuk meningkatkan kualitas hidup melalui pendidikan dan kesehatan. Tujuan dilakukannya penelitian ini yaitu untuk mengetahui perbedaan status gizi dan keaktifan kunjungan posyandu pada anak balita anggota dan bukan anggota PKH di Desa Pesantunan, Kecamatan Wanasari, Kabupaten Brebes. Penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional dengan desain cross sectional. Subjek penelitian adalah balita berusia 36-59 bulan yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu anggota PKH dan bukan anggota PKH. Analisis data menggunakan uji mann-whitney. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 75% anggota PKH dengan status gizi baik dan 77,3% anggota bukan PKH dengan status gizi baik. Seluruh sampel anggota PKH aktif kunjungan posyandu (100%). Sampel bukan anggota PKH aktif kunjungan ke posyandu yaitu 59,1%. Selain itu tidak ada perbedaan yang bermakna pada status gizi antara anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH) dengan  $P=0,842$ . Ada perbedaan yang bermakna pada keaktifan kunjungan posyandu antara anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH) dengan  $P = 0,000$*

**Kata kunci:** PKH, Status Gizi, Posyandu

### ABSTRACT

*Poverty is a major cause of nutritional problems. Infants and toddlers are the most vulnerable groups to nutritional problems. The number of cases of malnutrition in Wanasari District, Brebes Regency in 2015 was 27 cases. The purpose of PKH as an effort to build a social protection system for Poor Families to improve the quality of life through education and health. The purpose of this research is to find out the differences in nutritional status and activeness of posyandu visits for toddlers and non-PKH members in Pesantunan Village, Wanasari District, Brebes Regency. This study uses observational research methods with cross sectional design. The subjects of the study were toddlers aged 36-59 months which were divided into two groups namely PKH members and not PKH members. Data analysis using mann-whitney test. Based on the results of the study found that 75% of PKH members with good nutritional status and 77.3% of non PKH members with good nutritional status. All samples of active PKH members visited posyandu (100%). The sample of non-active PKH members visiting posyandu was 59.1%. In addition there was no significant difference in nutritional status between children under five and non-members of the Family Nutrition Program (PKH) with  $P = 0.842$ . There was a significant difference in the activeness of posyandu visits between toddlers and non-members of the Family Hope Program (PKH) with  $P = 0,000$*

**Keywords:** PKH, Nutrition Status, Posyandu

## 1. PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan penyebab utama masalah gizi. Rendahnya aksesibilitas pangan (kemampuan rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan anggotanya) pada keluarga miskin mengancam penurunan konsumsi makanan yang beragam, bergizi-seimbang, dan aman ditingkat rumah tangga. Pada akhirnya akan berdampak pada semakin beratnya masalah kurang gizi masyarakat[1]. Gizi buruk dapat terjadi pada semua kelompok umur. Kelompok bayi dan balita merupakan kelompok yang paling rentan terhadap masalah gizi. Dampak jangka pendek pada anak gizi buruk terhadap perkembangan anak yaitu menjadikan anak apatis, gangguan bicara, dan gangguan perkembangan lainnya. Dalam Jangka panjang adalah penurunan *intelligence quotient* (IQ), penurunan perkembangan kognitif, gangguan pemusatan perhatian, penurunan integrasi sensori, gangguan penurunan rasa percaya diri, dan menurunnya prestasi akademis di sekolah. Kurang gizi berpotensi menjadi penyebab kemiskinan melalui rendahnya kualitas sumber daya manusia (SDM) dan produktivitas[2].

Menurut hasil Riskesdas 2013 prevalensi gizi buruk pada balita sebesar 5,7%. Jika diestimasi terhadap jumlah sasaran balita yang terdaftar di posyandu yang melapor (21.436.940 jiwa) maka perkiraan jumlah balita gizi buruk sebanyak sekitar 1,1 juta jiwa. Prevalensi gizi kurang juga mengalami kenaikan pada tahun 2010 sebesar 13% menjadi 13,9% pada tahun 2013[3]. Jumlah kasus gizi buruk dengan indikator berat badan menurut tinggi badan di Jawa Tengah tahun 2015 sebanyak 922 kasus. Kasus balita gizi buruk terbanyak di Jawa Tengah adalah Kabupaten Brebes yaitu 82 kasus, diikuti Cilacap 76 kasus, dan Tegal 57 kasus[4]. Jumlah kasus gizi buruk di Kecamatan Wanasari, Kabupaten Brebes tahun 2015 sebanyak 27 kasus[5]. Keadaan gizi buruk sebenarnya dapat diantisipasi pada balita dengan status rawan gizi yaitu status gizi kurang. Penyebab lain terjadinya gizi kurang ataupun gizi buruk adalah kurang aktifnya orang tua untuk membawa balitanya ke posyandu untuk diperiksa tumbuh kembang anak balitanya[6]. Penelitian yang dilakukan di Manyaran Semarang dan Rancaekek, bahwa ibu yang aktif dalam kegiatan posyandu, maka status gizi balitanya baik[7,8].

Pada tahun 2007 Pemerintah Indonesia melaksanakan Program Keluarga Harapan (PKH) di tujuh provinsi yaitu Provinsi Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Timur. Program Keluarga Harapan (PKH) atau dalam dunia internasional dikenal dengan *Conditional Cash Transfers (CCT)* merupakan sebuah program bantuan tunai bersyarat kepada Keluarga Miskin (KM). PKH dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada Keluarga Miskin untuk meningkatkan kualitas hidup melalui perubahan perilaku terhadap pendidikan dan kesehatan serta mendukung tercapainya kesejahteraan sosial, membantu mengurangi beban pengeluaran keluarga (dampak konsumsi langsung), dan juga meningkatkan investasi bagi generasi masa depan melalui peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan anak-anak. Dalam jangka panjang, PKH diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi[9].

Hasil survei PKH di Indonesia berdasarkan data tahun 2007 di enam provinsi yaitu Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Timur menunjukkan bahwa prevalensi balita yang mengalami gizi kurang dan buruk sebesar 20.7% atau sebanyak 1.911 balita dari keseluruhan 9.221 balita[10]. Sekitar 70 dari 100 bayi berusia kurang dari tiga tahun telah dibawa oleh orang tuanya ke Posyandu. Setahun kemudian, angka kunjungan Posyandu ini naik menjadi 96 per 100 bayi atau mengalami kenaikan 35.7%. Proporsi bayi dari rumah tangga bukan anggota PKH yang dibawa oleh orang tuanya ke Posyandu mengalami kenaikan 30.3%[11]. Penimbangan berat badan bayi pada kelompok anggota PKH naik dari 67% pada awal anggota PKH menjadi 94%. Proporsi penimbangan bayi pada kelompok bukan anggota PKH juga mengalami kenaikan dari 73% pada pelaksanaan survei dasar tahun 2007 menjadi 94% pada survey lanjutan tahun 2008. Secara rata-rata PKH berhasil menaikkan kegiatan pemantauan tumbuh kembang anak sebesar 3%[11]. Provinsi Jawa Tengah menjadi anggota PKH tahun 2011 dengan keanggotaan awal terdiri dari tujuh Kabupaten yaitu Kabupaten Brebes, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Pemasang, Kabupaten Semarang, Kabupaten Rembang, dan Kabupaten Wonogiri[12]. Kecamatan Wanasari Kabupaten Brebes merupakan kecamatan yang memiliki jumlah anggota PKH terbanyak kedua setelah Kecamatan Bulakamba, yaitu sebanyak 4.260 keluarga miskin pada 2016[13]. Penelitian ini dilaksanakan di Desa Pesantunan Kecamatan Wanasari, karena desa Pesantunan merupakan salah satu desa yang mempunyai jumlah Keluarga Miskin yang mendapatkan Program Keluarga Harapan (PKH) terbanyak di Kecamatan Wanasari yakni sejumlah 868 orang dari 15.616 populasi di Desa Pesantunan, dan jumlah balita yang mendapat bantuan PKH yakni sejumlah 442 balita[13]. Subjek dalam penelitian ini adalah anak balita

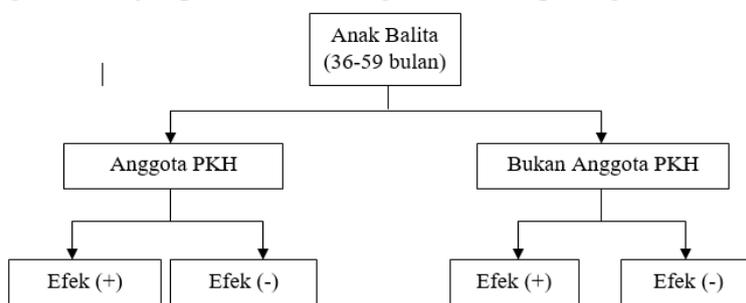
usia 36-59 bulan, karena diusia 36-59 bulan anak balita sudah mendapatkan imunisasi lengkap sehingga ibu balita merasa tidak lagi hadir diposyandu[14].

## 2. BAHAN DAN METODE

### 2.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah observasional yaitu melakukan pengamatan langsung dan wawancara pada responden yang diteliti. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*, yaitu variabel sebab (risiko) dan akibat (kasus) yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan (dalam waktu yang bersamaan).

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status kepesertaan PKH, terbagi menjadi kelompok anak balita anggota PKH dan kelompok anak balita bukan anggota PKH. Variabel terikatnya yaitu status gizi (BB/TB) dan keaktifan kunjungan posyandu. Keaktifan kunjungan posyandu diperoleh melalui Kartu Menuju Sehat (KMS) masing-masing responden pada bulan Agustus 2016 - Juli 2017. Adapun rancangan penelitian yang dilakukan oleh peneliti terangkum pada Gambar 1.



**Gambar 1. Rancangan penelitian**

Responden dalam penelitian ini adalah anak balita usia 36-59 bulan yang memenuhi kriteria inklusi. Adapun Kriteria inklusi untuk kelompok anggota PKH:

- (1) Anak balita berusia 36-59 bulan
- (2) Terdaftar sebagai anggota posyandu setempat
- (3) Terdaftar sebagai anggota PKH
- (4) Responden ibu balita bersedia menjadi responden penelitian.

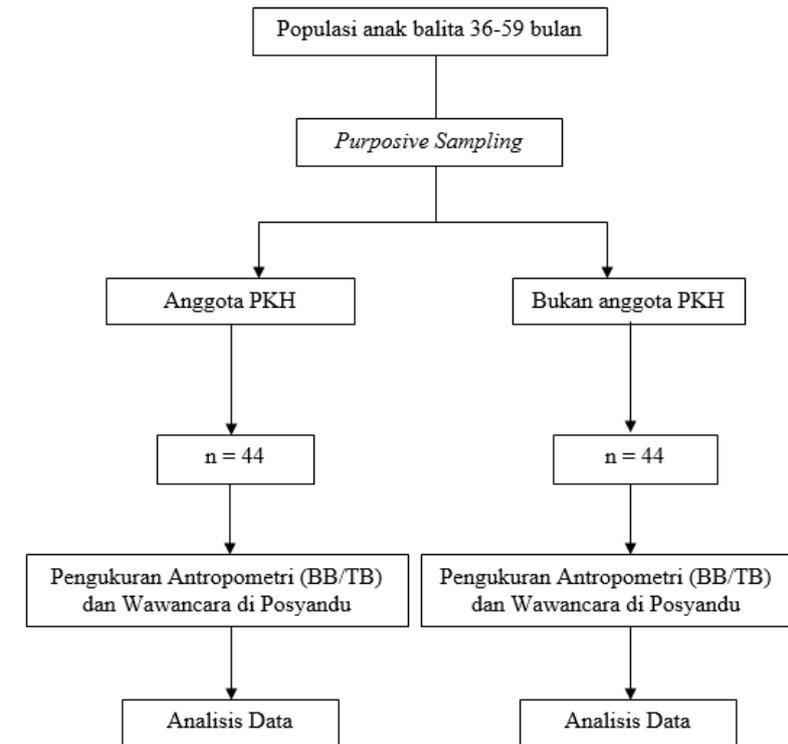
Sedangkan kriteria inklusi untuk kelompok bukan anggota PKH:

- (1) Anak balita berusia 36-59 bulan
- (2) Terdaftar sebagai anggota posyandu setempat
- (3) Bukan anggota PKH
- (4) Responden ibu balita bersedia menjadi responden penelitian.

Kriteria eksklusi yaitu:

- (1) Usia anak balita  $\leq$  36-59 bulan
- (2) Responden ibu balita menolak menjadi responden penelitian

Sedangkan alur penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini terangkum pada Gambar 2.



**Gambar2. Alur penelitian**

### 3 HASIL

Responden dalam penelitian ini adalah anak balita usia 36-59 bulan di wilayah Desa Pesantunan yang terpilih secara *purposive sampling* sejumlah 44 anak balita pada masing-masing kelompok anggota PKH dan bukan kelompok anggota PKH. Karakteristik responden tersaji dalam tabel berikut:

**Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden**

Karakteristik	PKH		Bukan PKH	
	F	%	F	%
Umur ibu				
• 20-30 tahun	22	50,0	24	54,5
• 31-59 tahun	22	50,0	20	45,5
Pendidikan ibu				
• Dasar	41	93,2	33	75,0
• Menengah	3	6,8	10	22,7
• Tinggi	0	0,0	1	2,3
Pekerjaan ibu				
• Tidak bekerja	26	59,1	29	65,9
• Bekerja	18	40,9	15	34,1
Jumlah anak				
• 1-2	37	84,1	38	86,4
• $\geq 2$	7	15,9	6	13,6
Umur balita				
• 36-47	19	43,2	28	63,8
• 48-59	25	56,8	16	36,4
Jenis kelamin balita				
• Laki-laki	27	61,4	21	47,7
• Perempuan	17	38,6	23	52,3

a. Umur Ibu

Umur dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu dewasa awal (20-30 tahun) dan dewasa menengah (31-59 tahun)[15]. Umur ibu balita anggota PKH dalam kelompok umur

- 20-30 tahun (dewasa awal) ada 22 responden (50%). Umur ibu balita bukan anggota PKH sebagian besar dalam kelompok umur 20-30 tahun (Dewasa awal) ada 24 responden (54,5%).
- b. Pendidikan Ibu  
Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Ketidaktahuan dapat disebabkan karena pendidikan yang rendah, seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah akan sulit menerima pesan, mencerna pesan, dan informasi yang disampaikan[16]. Tingkat pendidikan di kelompokan menjadi 3 kategori yaitu tingkat pendidikan dasar (SD-SMP), pendidikan menengah (SMA), Perguruan Tinggi[17]. Responden ibu balita anggota PKH, tingkat pendidikan responden adalah pendidikan dasar sebanyak 41 responden (93,2%). Tingkat pendidikan responden ibu balita bukan anggota PKH adalah pendidikan dasar sebanyak 34 responden (77,3%).
- c. Pekerjaan Ibu  
Dalam penelitian ini sebagian besar pekerjaan ibu balita adalah tidak bekerja. Dari 44 responden masing-masing kelompok anggota PKH dan bukan anggota PKH didapati sebanyak 26 (59,1%) responden ibu balita yang tidak bekerja pada kelompok anggota PKH, dan 29 (65,9%) responden ibu balita yang tidak bekerja pada kelompok bukan anggota PKH.
- d. Jumlah Anak  
Program Pemerintah melalui Keluarga Berencana menganjurkan norma keluarga kecil bahagia sejahtera yaitu dua anak saja cukup, sehingga orang tua dapat memberikan kasih sayang, perhatian, dan mendapatkan kebutuhan yang diperlukan untuk tumbuh kembang anaknya[18]. Responden ibu balita anggota PKH mempunyai anak 1-2 yaitu sebanyak 37 responden (84,1%). Responden ibu balita bukan anggota PKH juga paling banyak mempunyai anak 1-2 yaitu 38 responden (86,4%).
- e. Umur Balita  
Umur balita berkisar antara 3-5 tahun atau 36-59 bulan. Umur responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu umur 36-47 bulan, dan 48-59 bulan[3]. Pada responden anggota PKH, kelompok umur 48-59 bulan sebanyak 25 responden (56,8%). Pada responden bukan anggota PKH, kelompok umur 36-47 bulan sebanyak 28 responden (63,8%).
- f. Jenis Kelamin  
Jenis kelamin pada responden anggota PKH adalah jenis kelamin laki-laki ada 27 responden (61,4%). Jenis kelamin pada responden bukan anggota PKH paling banyak adalah jenis kelamin perempuan ada 23 responden (52,3%).

## 4 BAHASAN

### 1. Analisis Univariat

Variabel terikat pada balita anggota dan bukan anggota PKH adalah status gizi dan keaktifan kunjungan posyandu yang disajikan pada Tabel 2

Tabel 4.2 Distribusi status gizi

Status Keanggotaan	Status Gizi				Total		Mean±SD
	Tidak Normal		Normal				
	F	%	F	%	F	%	
PKH	11	25	33	75	44	100	-0,37±1,41
Bukan PKH	10	22,7	34	77,3	44	100	

Tabel 3 Distribusi keaktifan kunjungan posyandu

Status Keanggotaan	Keaktifan Kunjungan Posyandu				Total		Mean±SD
	Tidak Aktif		Aktif				
	F	%	F	%	F	%	
PKH	0	0	44	100	44	100	6,41 ± 4,67
Bukan PKH	26	59,1	18	40,9	44	100	

Status gizi pada anak balita anggota PKH sebagian besar berstatus gizi normal ada 33 responden (75%). Rerata ± SD status gizi pada responden anak balita anggota PKH adalah  $-0,71 \pm 1,50$  angka ini

menunjukkan bahwa sebagian besar status gizi pada responden anggota PKH adalah status gizi normal, karena nilai *Z-score* status gizi normal  $-2$  SD sampai dengan  $2$  SD[19].

Status gizi pada anak balita bukan anggota PKH sebagian besar berstatus gizi normal ada 34 responden (77,3%). Rerata  $\pm$  SD status gizi pada anak balita bukan anggota PKH adalah  $-0,37 \pm 1,41$  sehingga sama halnya dengan status gizi pada responden anggota PKH, rata-rata status gizi pada responden bukan anggota PKH juga berstatus gizi normal.

Keaktifan kunjungan posyandu pada anak balita anggota PKH yaitu sebanyak 44 responden (100%) aktif datang ke posyandu tiap bulannya. Rerata kunjungan posyandu pada responden anak balita anggota PKH adalah 11,80. Angka ini menunjukkan bahwa rata-rata responden anggota PKH adalah aktif kunjungan posyandu tiap bulannya, karena jika aktif maka 8 kali/tahun kunjungan ke posyandu[20]. Pada anak balita bukan anggota PKH aktif kunjungan ke posyandu yaitu sebanyak 26 responden (59,1%). Rerata kunjungan posyandu pada anak balita bukan anggota PKH adalah 6,41, sehingga sebagian responden bukan anggota PKH adalah tidak aktif kunjungan posyandu, karena jika aktif maka 8 kali/tahun kunjungan ke posyandu[20].

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan status gizi dan keaktifan kunjungan posyandu pada anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH). Kemaknaan statistik mengenai perbedaan variabel status gizi dan keaktifan kunjungan posyandu pada anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH) pada tabel 4.

**Tabel 4.4 Distribusi hasil uji perbedaan status gizi dan keaktifan kunjungan Posyandu pada anak balita anggota dan bukan anggota PKH**

Variabel Bebas	Variabel Terikat	Uji Statistik	P
Status keanggotaan PKH	Status gizi	<i>Mann Whitney</i>	0,161
	Keaktifan kunjungan posyandu	<i>Mann Whitney</i>	0,000

### a. Status Gizi

Status gizi merupakan suatu keadaan kesehatan tubuh berkat asupan zat gizi melalui makanan dan minuman yang dihubungkan dengan kebutuhan. Status gizi biasanya baik dan cukup, namun karena pola konsumsi yang tidak seimbang maka timbul status gizi buruk dan status gizi lebih[19]. Hasil penelitian pada responden anggota dan bukan anggota PKH di Desa Pesantunan didapatkan nilai  $P=0,161$  lebih besar dari  $0,05$  ( $P>0,05$ ) yang berarti hipotesis nol diterima, sehingga disimpulkan tidak terdapat perbedaan status gizi antara anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH). Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya oleh Setyaningsih tahun 2013, yang menyatakan bahwa sebagian besar balita dalam kondisi status gizi normal dan tidak terdapat pula perbedaan status gizi pada responden penerima dan bukan penerima PKH ( $P=0,614$ )[21]. Tidak adanya perbedaan status gizi pada balita anggota dan bukan anggota PKH dalam penelitian ini karena kemungkinan dana bantuan PKH yang diterima oleh anggota PKH digunakan untuk konsumsi makanan terutama pada balitanya[9]. Banyaknya anak balita bukan anggota PKH yang berstatus gizi normal karena secara ekonomi keluarga atau tingkat pendapatan keluarga dianggap mampu. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak, baik primer maupun sekunder[22]. Akan tetapi perlu dilakukan penelitian lebih mendalam mengenai dana bantuan PKH digunakan untuk perbaikan gizi atau konsumsi keluarga.

Pada Tabel 2 rata-rata responden PKH (75%) dan bukan PKH (77,3%) adalah berstatus gizi normal. Banyaknya responden dengan status gizi normal karena tubuh balita memperoleh cukup asupan makanan atau zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum. Balita dengan status gizi sangat kurus ataupun kurus terjadi bila tubuh balita mengalami kekurangan asupan makanan atau zat-zat gizi yang belum mencukupi kebutuhan balita atau juga dipengaruhi penyakit infeksi. Status gizi lebih atau gemuk terjadi bila tubuh memperoleh asupan makanan atau zat-zat gizi dalam jumlah yang berlebihan[23].

Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi pada anak balita yaitu pola asuh orang tua. Pola asuh merupakan sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal memberi makan, kebersihan,

memberi kasih sayang yang berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental)[24]. Pola pengasuhan merupakan kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang, yang meliputi pangan/gizi, perawatan kesehatan dasar, papan/pemukiman yang layak, *Higiene* dan sanitasi lingkungan[22]. Peranan orang tua sangat dibutuhkan dalam mengasuh dan mendidik anak. Orang tua yang bertanggung jawab dalam terwujudnya kesejahteraan anak secara rohani, jasmani, sosial dan memenuhi kebutuhan anak, seperti kebutuhan akan perkembangan intelektual melalui pendidikan, perawatan, dan pengasuhan maupun dari segi fisik seperti makanan[26]. Pola asuh yang baik maka semakin baik pula status gizi balita dan sebaliknya apabila ibu memberikan pola asuh yang kurang baik dalam pemberian makanan pada balita maka status gizi balita juga akan terganggu[27]. .

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar umur responden PKH (56,8%) dan bukan PKH (54,5%) adalah umur 20-30 tahun (Dewasa Muda). Pendapat Rastiti (2013) dalam penelitiannya, menunjukkan bahwa usia ibu tidak mempengaruhi status gizi anak balita, karena masing-masing ibu dalam mengasuh anaknya memiliki cara yang berbeda-beda, sehingga ibu yang berusia dewasa muda maupun dewasa menengah dapat memiliki anak dengan status gizi yang baik atau kurang<sup>46</sup>. Usia sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi partisipasi sosial. Ibu dengan usia dewasa muda lebih mudah menerima instruksi sedangkan ibu dengan usia dewasa menengah lebih berpengalaman dalam pola pengasuhan balitanya[16].

b. Keaktifan Kunjungan Posyandu

Pada penelitian ini hasil uji hipotesis menunjukkan nilai  $P=0,000$  lebih kecil dari  $0,05$  ( $P<0,05$ ) yang berarti hipotesis satu diterima, disimpulkan terdapat perbedaan keaktifan kunjungan posyandu antara anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Setyaningsih tahun 2013, hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan kunjungan ke posyandu antara penerima PKH dan bukan penerima PKH ( $P= 0,037$ ), dimana balita penerima PKH lebih rajin ke posyandu[21]. Hasil penelitian BAPPENAS (2009), PKH menunjukkan dampak positif pada peningkatan kunjungan ke posyandu. Pada kelompok penerima PKH proporsi bayi usia dibawah 3 tahun yang melakukan kunjungan Posyandu dalam tiga bulan terakhir mengalami kenaikan sebesar 36%. Demikian halnya pada kelompok bukan penerima PKH, proporsi bayi usia kurang dari 3 tahun yang berkunjung ke Posyandu juga mengalami kenaikan 30% [11].

Pada table 3 responden anggota PKH rata-rata lebih aktif kunjungan posyandu daripada responden bukan anggota PKH. Responden PKH lebih aktif kunjungan posyandu karena balita anggota PKH diwajibkan menimbang berat badannya secara rutin setiap bulannya diposyandu. Selain itu, adanya sanksi pemotongan dana PKH jika anak tidak ke posyandu menjadi salah satu alasan responden anggota PKH lebih aktif datang ke posyandu[9]. Sedangkan pada responden bukan anggota PKH, rata-rata tidak aktif kunjungan ke posyandu. Banyak faktor yang mempengaruhi tidak aktifnya balita datang ke posyandu salah satunya umur balita. Ibu merasa bahwa umur anak balita diatas 36 bulan sudah mendapatkan imunisasi lengkap dan perkembangan sosial anak bertambah, sehingga ibu balita merasa tidak perlu melakukan kunjungan posyandu untuk menimbang berat badan serta tumbuh kembang balita tiap bulannya<sup>14</sup>. Anak balita yang aktif kunjungan posyandu juga disebabkan oleh program-program rutin Depkes RI seperti pemberian vitamin A, pemberian suplemen gizi, imunisasi tambahan, Pemberian Makanan Tambahan (PMT), dan penyuluhan, serta ingin mengetahui naik atau turunnya berat badan anak dibandingkan bulan lalu[11].

### 3. Keterbatasan Penelitian

- a. Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) ada yang hilang. Sebagian orang tua responden lupa berapa kali kunjungan posyandu dalam setahun, sehingga pewawancara harus memancing pertanyaan yang mengarah pada kunjungan posyandu serta melihat buku hasil timbangan di kader posyandu.
- b. Variabel penelitian  
Penelitian ini hanya memuat variabel atau karakteristik yang secara tidak langsung mempengaruhi status gizi dan keaktifan kunjungan posyandu seperti pendidikan, pekerjaan, umur ibu, dan jumlah anak. Pada penelitian selanjutnya lebih diperlukan variabel asupan makan, penyakit infeksi, pola asuh, dan memperdalam apakah dana bantuan PKH digunakan

untuk perbaikan gizi atau konsumsi keluarga, serta lebih banyak lagi karakteristik responden untuk mendapatkan hasil dan pembahasan yang lebih baik.

## 5 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka diperoleh kesimpulan yaitu: dari 44 responden pada masing-masing kelompok didapati bahwa status gizi pada anak balita anggota PKH sebagian besar berstatus gizi normal ada 33 responden (75%). Status gizi pada anak balita bukan anggota PKH sebagian besar berstatus gizi normal ada 34 responden (77,3%). Dari 44 responden pada masing-masing kelompok didapati bahwa seluruh responden anggota PKH aktif kunjungan posyandu yaitu sebanyak 44 responden (100%). Pada anak balita bukan anggota PKH aktif kunjungan ke posyandu yaitu sebanyak 26 responden (59,1%). Tidak ada perbedaan yang bermakna pada status gizi antara anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH) dengan  $P = 0,842$  Ada perbedaan yang bermakna pada keaktifan kunjungan posyandu antara anak balita anggota dan bukan anggota Program Keluarga Harapan (PKH) dengan  $P = 0,000$

## DAFTAR PUSTAKA

- [1]. APPENAS, 2011. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*. [www.bappenas.go.id/id/berita-dan-siaran\\_pers/kegiatanutama/rencana-aksi-nasional-pangan-dan-gizi-2011-2015](http://www.bappenas.go.id/id/berita-dan-siaran_pers/kegiatanutama/rencana-aksi-nasional-pangan-dan-gizi-2011-2015). (diakses tanggal 30 Mei 2017).
- [2]. Nancy, Y. Arifin, MT. 2005. *Gizi Buruk, Ancaman Generasi Yang Hilang*. Jurnal inovasi online kesehatan, vol. 5, no. Xvii.
- [3]. Balitbangkes RI. 2013. *Laporan Hasil Riskesdas 2013*. Jakarta: Kemenkes RI.
- [4]. Dinkes Prop Jateng. 2015. *Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah 2015*. Semarang: Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.
- [5]. Dinkes Kabupaten Brebes. 2016. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. Brebes 2015*. Brebes: Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes
- [6]. Siswono. 2006. *Program Untuk Balita Kurang Gizi*. [www.http://gizi.depkes.go.id/program-untuk-balita-kurang-gizi/](http://gizi.depkes.go.id/program-untuk-balita-kurang-gizi/). (diakses tanggal 5 Mei 2017)
- [7]. Yogiswara BA. 2011. *Hubungan Tingkat Partisipasi Ibu di Posyandu dengan Status Gizi Balita [skripsi]*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- [8]. Ulfa O. Neti J. Ai M. 2008. *Hubungan Keaktifan Keluarga Dalam Kegiatan Posyandu dengan Status Gizi Balita di Desa Rancaekek Kulon Kecamatan Rancaekek [skripsi]*. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- [9]. Kemensos RI. 2016. *Pedoman Pelaksanaan program Keluarga Harapan*. Jakarta: Kemensos RI
- [10]. Hardiansyah, Muhammad Aries. Tuhiman, Hendratno. 2012. *Determinan Gizi Kurang dan Stunting Anak Umur 0-36 Bulan Berdasarkan Data Program Keluarga Harapan 2007*. Bogor: Institut Pertanian Bogor
- [11]. BAPPENAS. 2009. *Laporan Akhir Evaluasi Program Perlindungan Sosial: Program Keluarga Harapan "Deteksi Dini Dampak Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Kesehatan dan Pendidikan"*. [www.bappenas.go.id/evaluasi-program-keluarga-harapan-2009/](http://www.bappenas.go.id/evaluasi-program-keluarga-harapan-2009/). (diakses tanggal 11 Maret 2017).
- [12]. PKH Jawa Tengah. *Sejarah Singkat PKH di Jawa Tengah*. [www.pkhjateng.or.id/](http://www.pkhjateng.or.id/). (diakses tanggal 20 April 2017).
- [13]. Dinsos Kabupaten Brebes. 2016. *SPM Tahap IV PKH 2016*. Brebes: Dinsos Kabupaten Brebes.
- [14]. Poerdji, Sri. 2002. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Balita Berkunjung Ke Posyandu*. [www.repository.litbang.kemendes.go.id/](http://www.repository.litbang.kemendes.go.id/) (diakses tanggal 13 April 2017).

- [15]. Jhon W. Santrock. 2007. *Perkembangan Anak, Terjemahan Mila Rachmawati dan Anna Kuswanti*. Jakarta: Erlangga.
- [16]. Notoatmodjo, S. 2010. *Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- [17]. Depdiknas. 2003. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.
- [18]. BKKBN. 2017. *Membangun Indonesia Mulai dari Keluarga*. Jakarta: BKKBN. [www.bkkbn.go.id/final.JK.ketiga.2017.min.pdf/](http://www.bkkbn.go.id/final.JK.ketiga.2017.min.pdf/) (diakses tanggal 6 September 2017)
- [19]. Depkes RI. 2011. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- [20]. Biro Hukum dan Organisasi Sekretaris Jenderal Departemen kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 828/MENKES/SK/IX/2008; tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Depkes RI*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- [21]. Setyaningsih, Nurul. 2013. *Perbedaan Status Gizi dan Kepatuhan Kunjungan Balita Ke Posyandu di Daerah Penerima dan Bukan Penerima Bantuan Program Keluarga Harapan [Skripsi]*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- [22]. Soetjiningsih. 2001. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- [23]. Almatsier, Sunita. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- [24]. Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Depdiknas.
- [25]. Gunarsa, Singgih. 2002. *Psikologi dan Perkembangan Anak*. Jakarta: Gunung Mulia
- [26]. Gunarsa, Singgih. 2002. *Psikologi dan Perkembangan Anak*. Jakarta: Gunung Mulia
- [27]. Munawaroh, Siti. 2015. *Pola Asuh Mempengaruhi Status Gizi Balita*. Ponorogo: Universitas Muhammadiyah Ponorogo.