

BAB II

KAJIAN TEORI, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS

2.1 Kajian Teori

Dalam penelitian ini penulis menggunakan beberapa teori yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu dan ungkapkan oleh para ahli terkait yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan. Teori-teori yang terkait yaitu Kualitas Sumber Daya Manusia, Faktor Demografi, teori Kesejahteraan Sosial, dan Pola Konsumsi.

2.1.1 Ekonomi Sumber Daya Manusia

Adam Smith (1729-1790) merupakan tokoh utama dari aliran ekonomi yang dikenal sebagai aliran Klasik. Smith mengungkapkan bahwa manusia sebagai faktor produksi utama yang menentukan kemakmuran bangsa-bangsa. Alasannya, alam (tanah) tidak ada artinya kalau tidak ada sumber daya manusia yang pandai mengolahnya sehingga bermanfaat bagi kehidupan. Smith juga melihat bahwa alokasi sumber daya manusia yang efektif adalah pemula pertumbuhan ekonomi. Alokasi sumber daya adalah memutuskan keterampilan apa yang diperlukan untuk menyelesaikan kegiatan dan memperkirakan jumlah yang dibutuhkan, selain itu untuk keberhasilan adanya kegiatan alokasi sumber daya memerlukan sumber daya tunggal atau banyak sumber daya.

Hal ini berkaitan dengan adanya kualitas dan kuantitas sumber daya. Menurut Susilo (2014) Aspek kualitas mencakup kemampuan sumber daya manusia baik fisik

maupun non fisik/kecerdasan dan mental dalam melaksanakan pembangunan. Sedangkan, aspek kuantitas mencakup jumlah sumber daya yang tersedia yaitu penduduk. Artinya untuk memutuskan keterampilan yang diperlukan dibutuhkan kualitas sumber daya manusia dan sebagai pelaku kegiatan dibutuhkan kuantitas penduduk. Sumber daya manusia merupakan modal dasar pembangunan nasional, sumber daya manusia harus dikembangkan untuk mencapai tujuan yang diharapkan terutama aspek kualitas karena dengan jumlah kuantitas sumber daya yang besar tanpa didukung kualitas yang baik akan menjadi beban pembangunan suatu bangsa.

2.1.1.1 Kualitas Sumber Daya Manusia

Porter (1985), mengungkapkan bahwa kualitas sumber daya manusia merupakan tingkat keahlian sumber daya manusia dalam melakukan suatu kegiatan yang berasal dari kesehatan, pendidikan, keterampilan, dan pengalaman. Adapun kualitas sumber daya manusia adalah sesuatu yang ada pada diri manusia sebagai ciri khas setiap individu sehingga dapat membedakan dengan satu manusia dengan satu yang lainnya baik berupa fisik maupun non fisik (Rahardjo,2015). Indikator kualitas sumber daya manusia yang menggunakan teori kualitas fisik yaitu aspek kesehatan dan keterampilan. Sedangkan, berdasarkan teori kualitas non fisik yaitu aspek pendidikan dan pengalaman.

Menurut Triatmanto (2021) dalam *Sustainable Deveopment Goals* (SDGs) yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia yang tertuang dalam rencana aksi pembangunan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia maka dilakukan

peningkatan kesejahteraan dan pendidikan melalui reformasi agrarian, jaminan sosial, pendidikan, serta kualitas kesehatan perempuan, anak dan keluarga.

2.1.1.2 Balita Kurang Gizi

Kekurangan Gizi atau *undernutrition* merupakan keadaan kurangnya energi (kalori) dalam tubuh. Gizi memiliki peran penting dalam membina dan mempertahankan kesehatan seseorang seperti yang dibutuhkan oleh balitan dan anak. Pada usia balita perkembangan terhadap kemampuan berbicara, bergerak merupakan landasan perkembangan untuk tahap selanjutnya. Pemberian nutrisi pada masa tersebut yaitu masa puncak pertumbuhan otak harus dimanfaatkan sebaik-sebaiknya gizi lengkap yang harus dapat dikonsumsi setiap hari (Kasdu, 2004).

Menurut Kementerian kesehatan (2011), Balita yang disebut gizi buruk atau kurang gizi apabila indeks berat badan menurut umur (BB/U) kurang dari 3 SD. Anak dengan status kurang gizi ditandai dengan tidak adanya kenaikan berat badan pada setiap bulannya atau mengalami penurunan berat badan sebanyak dua kali selama enam bulan (Depkes,2005). Gizi kurang dapat berkembang menjadi gizi buruk, yaitu adanya keadaan kurang gizi yang berlangsung lama sehingga pemecahan cadangan lemak berlangsung terus-menerus dan dampaknya terhadap kesehatan anak akan menjadi semakin kompleks, terlebih lagi status gizi yang buruk dapat menyebabkan kematian (Adiningsih,2010).

2.1.2 Faktor Kesehatan

2.1.2.1 ASI Eksklusif

Menurut Kartiningrum (2015), ASI memiliki kandungan antibodi atau zat kekebalan yang akan melindungi balita terhadap infeksi. Hal ini menyebabkan balita diberi ASI, tidak rentan terhadap penyakit, infeksi dan asi memiliki peran terhadap status terhadap penyakit dan dapat berperan langsung terhadap status gizi balita. ASI sesuai dengan sistem pencernaan bayi sehingga zat gizi cepat terserap. Berbeda dengan susu formula atau makanan tambahan yang diberikan secara dini pada bayi. Susu formula memiliki kesulitan dalam diserap usus bayi, dan hal ini akan menyebabkan bayi sulit buang air besar. Selain itu, apabila pembuatan susu formula tidak steril akan menyebabkan bayi rawan diare.

ASI eksklusif memiliki kontribusi yang besar terhadap tumbuh kembang dan daya tahan tubuh bayi. Bayi yang diberi ASI eksklusif cenderung akan tumbuh dan berkembang secara optimal dan tidak mudah mengalami sakit (Afrinis,2021).

2.1.2.2 Imunisasi Lengkap

Menurut Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan (2014) imunisasi adalah suatu upaya untuk meningkatkan kekebalan tubuh secara aktif terhadap suatu penyakit dan infeksi. Kelompok yang membutuhkan untuk mendapatkan imunisasi adalah bayi dan balita karena kelompok usia tersebut memiliki kepekaan terhadap penyakit dan sistem kekebalan tubuh balita masih belum sebaik orang dewasa (Hidayat,2008). Balita yang mendapatkan imunisasi secara lengkap akan menurunkan terjadinya infeksi dan akan membantu balita untuk menyerap asupan gizi lebih optimal (Noordiati,2018).

Imunisasi dasar yang diberikan pada saat bayi berusia kurang dari 24 jam yaitu diberikan imunisasi Hepatitis B (HB-0), usia 1 bulan diberikan (BCG dan Polio 1), usia 2 bulan diberikan (DPT-HB-Hib 1 dan Polio 2), usia 3 bulan diberikan (DPT-HB-Hib 2 dan Polio 3), usia 4 bulan diberikan (DPT-HB-Hib 3, Polio 4 dan IPV atau Polio suntik), dan usia 9 bulan diberikan (Campak atau MR) (Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2014).

Menurut Hafida (2016) Dalam melakukan imunisasi beberapa alasan diungkapkan bahwa faktor anak tidak mendapatkan imunisasi yaitu karena anak takut demam, anak sering sakit, tidak mengetahui tempat imunisasi, jauhnya tempat imunisasi dan ibu bekerja setiap hari. Sedangkan rendahnya cakupan imunisasi dasar lengkap pada balita di Indonesia dikarenakan beberapa faktor, antara lain faktor pendukung yang terdiri dari karakteristik ibu seperti pekerjaan, pengetahuan ibu, sikap ibu, dan status ekonomi (Kemenkes, 2013).

2.1.2.3 Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan No. 36 Tahun 2014 merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Selain itu, tenaga kesehatan memiliki peran penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara

sosial dan ekonomi. Tenaga kesehatan memiliki beberapa petugas yang dalam kerjanya saling berkaitan yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan dan ketanagaan medis lainnya (Peraturan Pemerintah No 32 Tahun 1996).

Tenaga kesehatan memiliki kaitan dengan penanganan balita kurang gizi, dimana tenaga kesehatan mampu melakukan proses penetapan balita kurang gizi akut atau berisiko mengalami gizi buruk dan gizi kurang serta tindakan yang harus diberikan sesuai dengan standar alur rujukan seperti rawat inap, rawat jalan atau pemberian makanan tambahan. Selain itu, tenaga kesehatan akan melakukan kegiatan peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai tanda atau gejala, pengobatan dan pencegahan kurang gizi pada balita (Kemenkes,2020).

2.1.3 Faktor Demografi

2.1.3.1 Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu komposisi penduduk menurut karakteristik sosial setelah adanya karakteristik demografi (Adioetomo, 2010). Pendidikan adalah inti dari agenda 2030 dalam pembangunan dan menjadi target dibawah *Sustainable Development Goals-4(SDGs)*, selain tentang kesehatan, pertumbuhan dan lapangan kerja, konsumsi dan produksi berkelanjutan dan perubahan iklim. Adapun prinsip dasar *Sustainable Development Goals-4(SDGs)* mengenai pendidikan sebagai berikut:

1. Pendidikan adalah hak asasi manusia yang mendasar dan yang memungkinkan.

Dalam prinsip tersebut negara harus memastikan akses universal yang setara terhadap pendidikan berkualitas yang inklusif dan setara serta tidak adanya batasan

dalam jenis kelamin, disabilitas, situasi sosial dan ekonomi. Sehingga pendidikan dapat menjadi pembekalan individu dalam keterampilan literasi, berpikir kreatif, kritis, dan ketahanan.

2. Pendidikan adalah barang publik

Dalam prinsip tersebut menunjukkan bahwa pendidikan merupakan suatu upaya masyarakat untuk implementasi kebijakan publik yang inklusif bagi masyarakat sipil, guru dan pendidik, keluarga pemuda serta anak-anak.

3. Kesetaraan gender

Dalam prinsip tersebut berisikan upaya untuk mencapai hak dalam kesetaraan gender membutuhkan pendekatan berbasis antara laki-laki dan perempuan untuk tidak hanya mendapatkan akses dan menyelesaikan siklus pendidikan, tetapi juga diberdayakan secara setara luas didalam hal pendidikan.

Menurut Laflamme L (2004). Pendidikan tinggi memberikan pembelajaran untuk lebih logis, dan rasional, dapat mengalisis isu yang terjadi dari berbagai sisi sehingga dapat memecahkan suatu masalah. Selain itu, pendidikan tinggi memperbaiki keterampilan kognitif yang diperlukan untuk menjadi bekal diluar sekolah. (Freudenberg (2007) menyatakan mencegah putusnya sekolah dan meningkatkan prestasi belajar dalam pendidikan akan memiliki dampak terhadap kesehatan penduduk. Asupan gizi yang baik pada anak sering tidak bisa dipenuhi disebabkan oleh beberapa faktor. Termasuk diantaranya adalah tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan.

Dalam mengetahui mutu pendidikan penduduk maka dapat menggunakan indikator rata-rata lama sekolah menurut BPS (2019). Rata-rata lama sekolah

didefinisikan sebagai jumlah tahun yang digunakan oleh penduduk dalam menjalani pendidikan formal. Cakupan penduduk yang dihitung rata-rata lama sekolah adalah penduduk berusia 25 tahun keatas dimana diasumsikan jika seseorang yang telah berumur 25 tahun maka proses pendidikannya telah berakhir. Rata-rata lama sekolah di Indonesia diketahui sebesar 8,54 tahun pada tahun 2021 (Rizaty, 2021). Adapun perhitungan rata-rata lama sekolah dapat menggunakan rumus berikut:

$$RLS = \frac{1}{n} \times \sum_{i=1}^n x_i$$

Dimana:

RLS = Rata-rata Lama Sekolah penduduk usia 25 tahun keatas

x_i = Lama Sekolah penduduk ke-I yang berusia 25 tahun

n = jumlah penduduk usia 25 tahun keatas

Selain itu, untuk mengukur tingkat pendidikan penduduk dapat menggunakan indikator kualitas penduduk, yaitu:

1) Angka Partisipasi Kasar (APK)

Angka Partisipasi Kasar (APK) merupakan perbandingan penduduk yang bersekolah pada jenjang tertentu dengan penduduk yang termasuk dalam usia sekolah jentang tertentu (BPS,2014). Serta, APK dapat menunjukkan besarnya partisipasi dari penduduk pada suatu jenjang pendidikan disuatu wilayah. APK juga dapat digunakan untuk menilai keberhasilan kebijakan wajib belajar dengan target 95% (Berlin, N.2011). Analisis APK diperoleh Kemdikbud pada jenjang

sekolah dasar hingga sekolah menengah. Perhitungan APK dapat dilakukan dengan menggunakan rumus berikut:

$$\text{APK SD} = \frac{\text{Jumlah murid SD/ sederajat}}{\text{Jumlah Penduduk usia 7-12 tahun}} \times 100\%$$

$$\text{APK SMP} = \frac{\text{Jumlah murid SMP/ sederajat}}{\text{Jumlah Penduduk usia 13 - 15 tahun}} \times 100\%$$

$$\text{APK SM} = \frac{\text{Jumlah murid SM/ sederajat}}{\text{Jumlah Penduduk usia 16 - 18 tahun}} \times 100\%$$

2) Angka Partisipasi Murni (APM)

Angka Partisipasi Murni (APM) menunjukkan partisipasi penduduk usia sekolah ditingkat pendidikan tertentu dengan mempertimbangkan usia sekolah yang sesuai dengan jenjang pendidikan tersebut (Dinas Pendidikan, 2014) semakin tinggi APM berarti semakin banyak anak usia sekolah yang bersekolah sesuai usia resmi dijenjang pendidikan tertentu sehingga dapat dijadikan sebagai indikator keberhasilan pendidikan disuatu wilayah. Perhitungan APM dapat menggunakan rumus berikut:

$$\text{APK SD} = \frac{\text{Jumlah murid SD/ sederajat usia 7-12 tahun}}{\text{Jumlah Penduduk usia 7-12 tahun}} \times 100\%$$

$$\text{APK SMP} = \frac{\text{Jumlah murid SMP/ sederajat usia 13-15 tahun}}{\text{Jumlah Penduduk usia 13 - 15 tahun}} \times 100\%$$

$$\text{APK SM} = \frac{\text{Jumlah murid SM/ sederajat usia 16-18 tahun}}{\text{Jumlah Penduduk usia 16 - 18 tahun}} \times 100\%$$

3) Angka Melek Huruf (AMH)

Angka Melek Huruf (AMH) merupakan perbandingan antara jumlah penduduk usia 15 tahun keatas yang mempunyai kemampuan membaca dan menulis dengan jumlah penduduk usia 15 tahun keatas. Semakin tinggi angka meleh huruf atau kecakapan dalam baca tulis, maka semakin tinggi pula mutu dan kualitas sumber daya manusia. Penduduk yang bisa baca tulis diasumsikan memiliki kemampuan dan keterampilan karena dapat menyerap informasi baik itu lisan maupun tulisan (BPS, 2011). Perhitungan angka meleh huruf dapat dilakukan dengan rumus berikut:

$$AMH\ 15+ = \frac{a}{b} \times 100\%$$

Dimana:

- a = Jumlah penduduk berusia 15 tahun keatas yang dapat membaca dan menulis
- b =Jumlah penduduk usia 15 tahun keatas

2.1.4 Faktor Ekonomi

2.1.4.1 Pendapatan Perkapita (PDRB Perkapita)

Pendapatan perkapita menurut Sukirno (2004) mengatakan bahwa pendapatan rata-rata penduduk suatu negara atau daerah pada suatu periode tertentu yang biasanya satu tahun. Pendapatan perkapita merupakan salah satu standar untuk melihat kesejahteraan masyarakat. Pendapatan perkapita menjadi penyebab perubahan dalam susunan makanan, akan tetapi pengeluaran yang yang lebih banyak untuk pangan belum menjamin lebih beragam konsumsi pangan. Perubahan utama

terjadi dalam kebiasaan makan adalah pangan yang lebih mahal. Bukti menunjukkan bahwa kebiasaan makan cenderung berubah dengan masuknya pendapatan yang tinggi (Suharjo, 2000).

2.1.4.2 Kesejahteraan Sosial

Undang-Undang Republik Indonesia nomor 13 tahun 1998 menyebutkan, kesejahteraan sosial adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial baik material maupun spiritual yang diliputi oleh rasa keselamatan, kesusilaan ketentraman lahir dan batin yang memungkinkan bagi setiap warga negara untuk mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia sesuai dengan Pancasila.

Tetapi, menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) kesejahteraan sosial merupakan kegiatan yang bertujuan untuk membantu individu dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar dan mampu meningkatkan kesejahteraan yang selaras untuk kepentingan keluarga dan masyarakat. Kesejahteraan sosial di negara maju mengartikanya sebagai suatu jaminan sosial, dan bantuan sosial untuk kaum yang kurang dalam kesejahteraan. Indonesia menganggap kesejahteraan sosial diartikan sebagai tujuan dan kondisi kehidupan yang sejahtera yakni terpenuhinya kebutuhan pokok manusia (Suharto, 2006).

2.1.4.2.1 Program Pemerintah

Menurut Jones (1984), program adalah cara resmi untuk mencapai tujuan. Sehingga program menjadi suatu kewajiban untuk diciptakan karena menjadi bagian

dari kebijakan. Pemerintah menjadi bagian dalam pembuatan kebijakan sehingga pemerintah melakukan upaya untuk menciptakan suatu program untuk Indonesia program tersebut adalah:

1. Program Bantuan Langsung Tunai (BLT)

Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) memiliki tujuan penyaluran bantuan langsung tunai tidak lain untuk menjaga atau melindungi warga miskin dari kerentanan agar mampu bertahan hidup. Jumlah nilai uang yang diterima dari program tersebut yaitu sebesar Rp.300.000 per Keluarga Penerima Manfaat (KPM) tahun 2021.

2. Program Bantuan Beras untuk Keluarga Sejahtera (Rastra)

Program Bantuan Beras untuk Keluarga Sejahtera (Rastra) adalah bantuan pangan dalam bentuk beras yang diberikan oleh pemerintah untuk disalurkan setiap bulannya kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM) tanpa dikenakan biaya tebus/harga. Beras yang disalurkan adalah beras berkualitas medium sejumlah 10 Kg.

3. Program Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah program yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk membuat rakyat lebih sehat dan sejahtera. Kartu tersebut memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis sebab adanya subsidi dari pemerintah.

4. Program Indonesia Pintar melalui Kartu Indonesia Pintar (KIP)

Program Indonesia Pintar merupakan program bantuan berupa uang tunai, perluasan akses dan kesempatan belajar dari pemerintah yang diberikan kepada

peserta didik usia 6 tahun sampai 21 tahun yang berasal dari keluarga miskin atau rentan miskin untuk membantu biaya personal pendidikan. Peserta didik SD/SDLB/Paket A mendapatkan Rp. 450.000-/tahun; khusus siswa baru dan siswa kelas akhir mendapatkan Rp. 225.000- Peserta didik SMP/SMPLB/Paket B mendapatkan Rp750.000-/tahun; khusus siswa baru dan siswa kelas akhir mendapatkan Rp. 375.000- Peserta didik SMA/SMK/SMALB/Paket C mendapatkan Rp1.000.000/tahun; khusus siswa baru dan siswa kelas akhir mendapatkan Rp. 500.000-

5. Program Simpanan Keluarga Sejahtera (PSKS) melalui Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) atau menggunakan Kartu Perlindungan Sosial (KPS)

Program Simpanan Keluarga Sejahtera (PSKS) bagi keluarga kurang mampu/miskin melalui Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) atau menggunakan Kartu Perlindungan Sosial (KPS) untuk Program Percepatan dan Perluasan Sosial. Penerima KKS berhak mendapatkan bantuan sembako senilai Rp. 200.00,- per bulan.

6. Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada Keluarga Miskin(KM) yang ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat PKH. PKH terbagi menjadi dua jenis yaitu bantuan tetap dan bantuan komponen yang diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) Bantuan Tetap untuk setiap keluarga

- 1) Reguler : Rp 550.000,- / keluarga / tahun
- 2) PKH AKSES : Rp. 1.000.000,- / keluarga / tahun

b) Bantuan Komponen untuk Setiap Jiwa dalam Keluarga PKH diberikan maksimal untuk 4 jiwa dalam satu keluarga.

- 1) Ibu hamil : Rp. 2.400.000,-
- 2) Anak usia dini : Rp. 2.400.000,-
- 3) SD : Rp. 900.000,-
- 4) SMP : Rp. 1.500.000,-
- 5) SMA : Rp. 2.000.000,-
- 6) Disabilitas berat : Rp. 2.400.000,-
- 7) Lanjut usia : Rp. 2.400.000,-

Menurut Presiden Republik Indonesia Nomor 7 tahun 2014 pelaksanaan Program Keluarga Sejahtera melalui Kartu Simpanan Keluarga Sejahtera, sebagai penanda keluarga kurang mampu yang berhak untuk mendapatkan bantuan sosial maka dapat juga dilihat dari Kartu Keluarga Sejahtera (KKS).

Masyarakat mendapatkan bantuan sosial (bansos) dari pemerintah melalui kementerian sosial dengan menggunakan Kartu Keluarga Sejahtera (KKS). Kartu Keluarga Sejahtera merupakan kartu penanda bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) kurang mampu diantaranya penyandang disabilitas, lanjut usia yang belum memperoleh layanan atau bantuan sosial dan berada didalam panti atau Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS).

Tujuan utama dari KKS adalah untuk membantu sumber daya manusia terutama masyarakat miskin. Tujuan tersebut sejalan dengan upaya percepatan pencapaian target *Millenium Development Goals (MDGs)*. Artinya secara khusus tujuan KKS

meningkatkan kondisi sosial ekonomi Keluarga Sangat Miskin (KSM), meningkatkan taraf pendidikan anak-anak, meningkatkan status kesehatan gizi ibu hamil, meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan Keluarga Sangat Miskin (KSM).

2.2 Penelitian Terdahulu

Adapun beberapa penelitian terdahulu yang dijadikan sebagai referensi oleh penulis dalam penelitian saat ini adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

| No. | Nama, Tahun, dan Judul Penelitian | Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu | Hasil Penelitian Terdahulu |
|-----|--|---|--|
| 1. | Majestika Septikasari (2016), Pengaruh Faktor Biologi Terhadap Gizi Kurang Anak Usia 6-11 Bulan Dikabupaten Cilacap | Penelitian ini penulis hanya menggunakan data sekunder yang telah disediakan Open data Bandung dan BPS. Sedangkan, penelitian terdahulu menggunakan data primer melalui kuesioner | Terdapat pengaruh MP-ASI terhadap kejadian gizi kurang pada anak. |
| 2. | Lilik Hanifah, Ajeng Novita Sari (2021), Analisis Kelengkapan Imunisasi Dasar Terhadap Stuatus Gizi Balita | Penelitian ini penulis menggunakan data sekunder. Sedangkan, penelitian terdahulu menggunakan reponden untuk kelengkapan data. | Terdapat hubungan signifikan antara kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi balita |
| 3. | Suci Laurentcia, Rahmadani Yusran (2021) Evaluasi Program Bantuan Pangan Non Tunai dalam Penanggulangan Kemiskinan di Kecamatan Nanggalo Kota Padang | <ul style="list-style-type: none"> • Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Penelitian terdahulu menggunakan metode kualitatif • Penelitian ini penulis menggunakan program KKS dan PKS. Sedangkan, penelitian terdahulu menggunakan program BPNT | Program pemerintah di lapangan mampu memenuhi kebutuhan pangan, dan masyarakat terbantu dengan adanya program bantuan karena dapat meringankan beban pengeluaran mereka. |
| 4. | Nurmaliza, Sara Herlina (2019) Hubungan Pengetahuan dan | Penelitian ini penulis menggunakan data sekunder. Penelitian terdahulu | Pendidikan ibu yang tinggi memiliki hubungan |

| No. | Nama, Tahun, dan Judul Penelitian | Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu | Hasil Penelitian Terdahulu |
|-----|---|---|--|
| | Pendidikan Ibu Terhadap Status Gizi Balita | menggunakan responden melalui kuesioner | dengan status gizi pada balita |
| 5. | Imran Tumenggung (2017) Masalah Gizi dan Penyakit Menular Pasca Bencana | Penelitian ini penulis menggunakan data sekunder untuk menguji keterkaitan. Sedangkan, penelitian terdahulu menggunakan literature review | Tenaga kesehatan bertujuan untuk menyelamatkan proses pertumbuhan bagi bayi dan anak-anak balita. |
| 6. | Wika Mandala Warsita, A.A.I.N Marhaeni (2015) Pengaruh PDRB per Kapita, Pendidikan Ibu, dan Pelayanan Kesehatan Terhadap Angka Kematian Bayi di Provinsi Bali | <ul style="list-style-type: none"> • Penelitian ini menggunakan data sekunder untuk menguji keterkaitan. Penelitian terdahulu menggunakan wawancara untuk mengumpulkan informasi • Penelitian ini penulis menggunakan variabel Balita Kurang Gizi. Penelitian terdahulu menggunakan variabel Angka Kematian Bayi. | <ul style="list-style-type: none"> • PDRB per Kapita berpengaruh negative tetapi tidak signifikan terhadap angka kematian bayi • Pendidikan ibu berpengaruh negatif dan signifikan terhadap angka kematian bayi. |
| 7. | Elly Sianturi, Sulastri Pakphan (2022), Status Gizi Balita Masa Pandemi Covid-19 di Kabupaten Tapanuli Utara. | Penelitian ini penulis menggunakan data sekunder, dan menggunakan variabel KKS. Penelitian terdahulu menggunakan survey dan menggunakan variabel bantuan sosial | Variabel bantuan sosial yang didapatkan pada masa Covid-19 tidak berhubungan signifikan terhadap status gizi balita. |
| 8. | Horas Djulis, Xiao Lixian, Arnada Novia Lestari, Septiawan Fajar Eryanto (2021), The Impact of a Poor Family Assistance Program on Human Development in Indonesia | Penelitian ini penulis menggunakan variabel persentase stunting sebagai permasalahan sumber daya manusia. Sedangkan, penelitian terdahulu menggunakan variabel IPM. | Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh terhadap angka harapan hidup sehingga dapat mempengaruhi pada indeks pembangunan manusia |
| 9. | Nina Dwi Lestari (2016) Analisis Determinan Gizi Kurang pada Balita di Kulon Progo, Yogyakarta. | <ul style="list-style-type: none"> • Penelitian ini penulis menggunakan data balita yang sudah disediakan pada Open Data Jabar. Penelitian terdahulu menggunakan kuesioner dengan sampel 155 orang. • Penelitian ini penulis menggunakan jumlah tenaga kesehatan. Penelitian terdahulu menggunakan jasa | Tidak ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan gizi kurang pada balita, karena kondisi status perekonomian keluarga untuk membayar biaya pelayanan kesehatan |

| No. | Nama, Tahun, dan Judul Penelitian | Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu | Hasil Penelitian Terdahulu |
|-----|--|---|---|
| | | pelayanan kesehatan yang diberikan. | |
| 10. | M kurnia Widiastuti Giri, I W Muliarta, N p Dewi Sri Wahyuni (2013) Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita 6-24 Bulan di Kampung Kajanan Buleleng. | Penelitian ini penulis menggunakan data balita yang sudah dipastikan mengalami kurang gizi. Penelitian terdahulu menggunakan populasi semua ibu yang memiliki balita berusia 6-24 bulan di lingkungan penelitian. | Terdapat hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi balita. Status gizi balita yang mendapat ASI lebih baik status gizi daripada balitanya yang tidak memperoleh ASI. |

2.3 Kerangka Pemikiran

Kurang gizi merupakan keadaan kurangnya energi, protein dan nutrisi dalam tubuh yang menyebabkan kesakitan dan kematian. Kurang gizi dapat terjadi pada siapa saja di masyarakat, tetapi kekurangan gizi sering terjadi pada balita karena pada usia tersebut membutuhkan gizi yang tinggi untuk tumbuh dan berkembang (Bloessner, 2005). Menurut Hong (2006) Kekurangan gizi juga memiliki dampak lainnya, yaitu *stunting* pada balit. Jika kondisi *stunting* terus mengalami kekurangan gizi maka akan menyebabkan penyakit lain yaitu *wasting*. Diperlukan penanganan dalam hal tersebut. Jika dibiarkan akan menyebabkan balita rentan terhadap penyakit dan akhirnya meningkatkan risiko kematian (WHO, 2010).

Indonesia merupakan negara yang memiliki jumlah penduduk kurang gizi terbanyak di Asia Tenggara pada tahun 2019 hingga tahun 2021. Salah satu provinsi yang memiliki kasus penderita kurang gizi yaitu adalah Jawa Barat diantara 10 Provinsi yang memiliki kasus kekurangan gizi di tahun 2021, selain itu Provinsi Jawa Barat memiliki jumlah persentase penduduk usia 0-4 tahun terbesar di antara Provinsi di Indonesia.

Menurut Kasdu (2004) Gizi memiliki peran penting dalam mempertahankan kesehatan seseorang khususnya balita. Dikarenakan, pada usia tersebut terjadi perkembangan terhadap kemampuan berbicara dan bergerak sehingga menjadi landasan perkembangan untuk ditahap selanjutnya. Balita yang disebut kurang gizi ditandai dengan tidak adanya kenaikan berat badan pada setiap bulannya atau mengalami penurunan berat badan sebanyak dua kali selama enam bulan (Depkes, 2005).

Menurut Kartiningrum (2015) ASI memiliki kandungan antibodi atau zat kekebalan yang akan melindungi balita terhadap infeksi. Hal ini menyebabkan balita yang diberi ASI tidak rentan terhadap penyakit dan infeksi dan membantu sistem pencernaan bayi sehingga zat gizi cepat terserap. Selain itu, bayi atau balita yang diberi ASI eksklusif cenderung akan tumbuh dan berkembang secara optimal dan tidak mudah mengalami sakit. Sehingga, terdapat hubungan atau pengaruh antara pemberian ASI dengan kejadian gizi kurang (Septikasari, 2016).

Selain, dibutuhkan ASI balita juga membutuhkan imunisasi yang merupakan upaya untuk meningkatkan kekebalan tubuh secara aktif terhadap suatu penyakit dan infeksi. Balita yang mendapatkan imunisasi secara lengkap akan menurunkan terjadinya infeksi dan akan membantu balita dalam menyerap asupan gizi secara optimal (Noordiati, 2018). Teori tersebut didukung dengan penelitian Lilik (2021) dengan menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kelengkapan imunisasi dengan status gizi. Dimana semakin lengkap imunisasi semakin baik status kesehatan sehingga status gizi juga cenderung lebih baik.

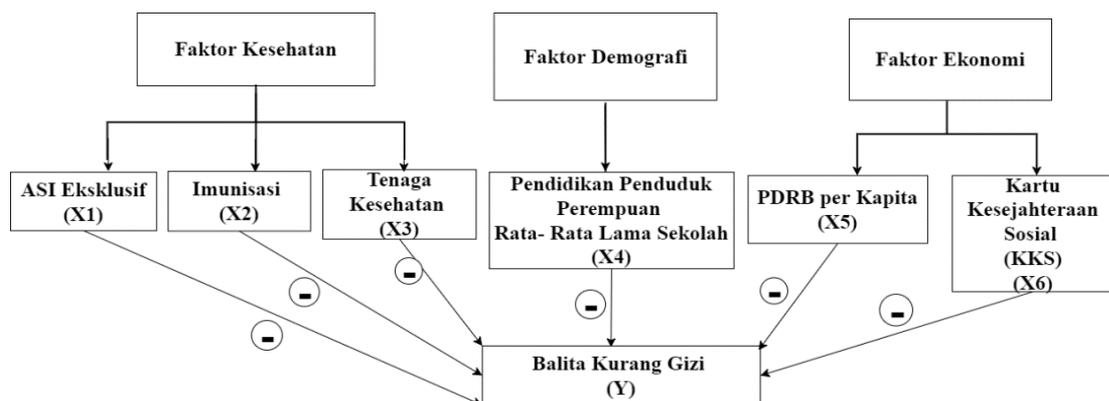
Dalam faktor kesehatan tentu dibutuhkan peran dari tenaga kesehatan yang dimana berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan No. 36 Tahun 2014 tenaga kesehatan memiliki peran untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran kemauan dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Hal ini didukung oleh penelitian (Nina, 2016) bahwa angka kejadian gizi kurang perlu mendapatkan perhatian bagi tenaga kesehatan, tetapi dalam penelitian terdahulu tersebut bahwa tenaga kesehatan menunjukkan tidak ada hubungan secara signifikan terhadap status gizi balita.

Menurut Kemenkes (2020) tenaga kesehatan akan melakukan kegiatan peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai kurang gizi pada balita. Hal ini berkaitan dengan faktor demografi yaitu pendidikan. Pendidikan tinggi akan memberikan pembelajaran untuk lebih logis, rasional, dan dapat menganalisis isu sehingga dapat memecahkan suatu masalah. Pendidikan ibu memiliki pengaruh negatif dan signifikan terhadap kesehatan bayi, dimana apabila pendidikan ibu meningkat maka akan mengakibatkan penurunan terhadap kesehatan dan angka kematian bayi (Wika, 2015).

Pendapatan perkapita merupakan pendapatan rata-rata penduduk suatu negara atau daerah pada suatu periode tertentu yang biasanya dihitung satu tahun. PDRB per kapita dapat dipakai sebagai kemampuan daya beli penduduk suatu negara. PDRB per kapita adalah salah satu tolak ukur untuk kesejahteraan masyarakat

(Mustika,2009). Penelitian sebelumnya (Wika, 2015) menunjukkan bahwa PDRB per kapita memiliki pengaruh negatif terhadap kesehatan bayi dan kematian bayi, berarti apabila variabel PDRB meningkat maka akan mengakibatkan penurunan pada angka kematian bayi yang diakibatkan kekurangan gizi.

Menurut Presiden Republik Indonesia Nomor 7 tahun 2014 pelaksanaan Program Keluarga Sejahtera melalui Kartu Simpanan Keluarga Sejahtera, sebagai penanda keluarga kurang mampu yang berhak untuk mendapatkan bantuan sosial maka dapat juga dilihat dari Kartu Keluarga Sejahtera (KKS). Tujuan utama dari KKS adalah untuk membantu sumber daya manusia terutama masyarakat miskin. Tujuan tersebut sejalan dengan upaya percepatan pencapaian target *Millenium Development Goals (MDGs)*. Artinya secara khusus tujuan KKS meningkatkan kondisi sosial ekonomi Keluarga Sangat Miskin (KSM), meningkatkan taraf pendidikan anak-anak, meningkatkan status kesehatan gizi ibu hamil, meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan Keluarga Sangat Miskin (KSM). Adanya program pemerintah dapat memberi kepuasan terhadap masyarakat kurang mampu dan dapat meningkatkan ketahanan pangan, sehingga kekurangan gizi dapat berkurang (Lorena,2023).



Gambar 2. 1 Kerangka Pemikiran

2.4 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara atau dugaan penelitian sebelum penelitian dapat dibuktikan.

1. Pemberian ASI Eksklusif diduga berpengaruh negatif terhadap jumlah balita kurang gizi di Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat pada periode 2019-2021.
2. Imunisasi diduga berpengaruh negatif terhadap jumlah balita kurang gizi di Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat pada periode 2019-2021.
3. Tenaga Kesehatan diduga berpengaruh negatif terhadap jumlah balita kurang gizi di Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat pada periode 2019-2021.
4. Rata-rata lama sekolah penduduk perempuan diduga berpengaruh negatif terhadap Jumlah balita kurang gizi di kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat pada periode 2019-2021.
5. PDRB per Kapita diduga berpengaruh negative terhadap jumlah balita kurang gizi di Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat pada periode 2019-2021.
6. Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) diduga berpengaruh negatif terhadap jumlah balita kurang gizi di kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat pada periode 2019-2021.