

**ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM MAKANAN  
TAMBAHAN TERHADAP TINGKAT GIZI MASYARAKAT ( STUDI  
KOMPARATIF UJI BEDA MEDAN DAN TAKENGON)**

**SKRIPSI**

*Diajukan Untuk Memenuhi Sebagai Syarat  
Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi (SE)  
Program Studi Ekonomi Pembangunan*



**Oleh:**

**Nama : PINO RIZA ANDIKA**  
**NPM : 1405180008**  
**Program Studi : Ekonomi Pembangunan**

**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2018**



SURAT PERNYATAAN PENELITIAN/SKRIPSI

Nama : *Dina Riza Andika*  
NPM : *1405180008*  
Konsentrasi : -  
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis (Akuntansi/Perpajakan/Manajemen/Ekonomi Pembangunan)  
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Menyatakan Bahwa,

1. Saya bersedia melakukan penelitian untuk penyusunan skripsi atas usaha saya sendiri, baik dalam hal penyusunan proposal penelitian, pengumpulan data penelitian, dan penyusunan laporan akhir penelitian/skripsi.
2. Saya bersedia dikenakan sanksi untuk melakukan penelitian ulang apabila terbukti penelitian saya mengandung hal-hal sebagai berikut:
  - Menjiplak/plagiat hasil karya penelitian orang lain.
  - Merekayasa data angket, wawancara, observasi, atau dokumentasi.
3. Saya bersedia dituntut di depan pengadilan apabila saya terbukti memalsukan stempel, kop surat, atau identitas perusahaan lainnya.
4. Saya bersedia mengikuti sidang meja hijau secepat-cepatnya 3 bulan setelah tanggal dikeluarkannya surat "Penetapan Proyek Proposal/Makalah/Skripsi dan Penghunjukan Dosen Pembimbing" dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU.

Demikianlah Pernyataan ini saat perbuat dengan kesadaran sendiri

Medan, *12-02*-2018

Pembuat Pernyataan



*DINA RIZA ANDIKA*

NB :

- Surat Pernyataan asli diserahkan kepada Program Studi pada saat Pengajuan Judul.
- Foto Copy Surat Pernyataan dilampirkan di proposal dan skripsi.



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS  
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini disusun oleh :

Nama : PINO RIZA ANDIKA  
N.P.M : 1405180008  
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN  
Judul Skripsi : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM  
MAKANAN TAMBAHAN TERHADAP TINGKAT GIZI  
MASYARAKAT (STUDI KOMPARATIF UJI BEDA  
MEDAN & TAKENGON)

Disetujui dan memenuhi persyaratan untuk diajukan dalam ujian  
mempertahankan skripsi.

Medan, 27 Maret 2018

Pembimbing Skripsi

Dra. Hj. ROSWITA HAFNI, M.Si

Diketahui/Disetujui  
Oleh:

Ketua Program Studi  
Ekonomi Pembangunan  
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS

Dekan



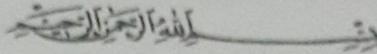
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

H. JANURI, SE, MM, M.Si



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS**

Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238



**PENGESAHAN UJIAN SKRIPSI**

Panitia Ujian Strata-1 Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, dalam sidangnya yang diselenggarakan pada hari Selasa, tanggal 3 April 2018, pukul 14.00 WIB sampai dengan selesai, setelah mendengar, melihat, memperhatikan, dan seterusnya.

**MEMUTUSKAN**

Nama : PINO RIZA ANDIKA  
NPM : 1405180008  
Jurusan : EKONOMI PEMBANGUNAN  
Judul Skripsi : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM MAKANAN TAMBAHAN TERHADAP TINGKAT GIZI MASYARAKAT (STUDI KOMPARATIF UJI BEDA MEDAN & TAKENGON)

Dinyatakan : (B/A) *Lulus Yudisium dan telah memenuhi persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*

**Tim Penguji**

**Penguji I**

**Dra. Hj. LAILAN SAFINA HSB, M.Si**

**Penguji II**

**Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, SE, M.Si**

**Pembimbing**

**Dra. ROSWITA HAFNI, M.Si**

**Panitia Ujian**

**Sekretaris**

**Ketua**  
  
**H. JANURI, SE, MM, M.Si**

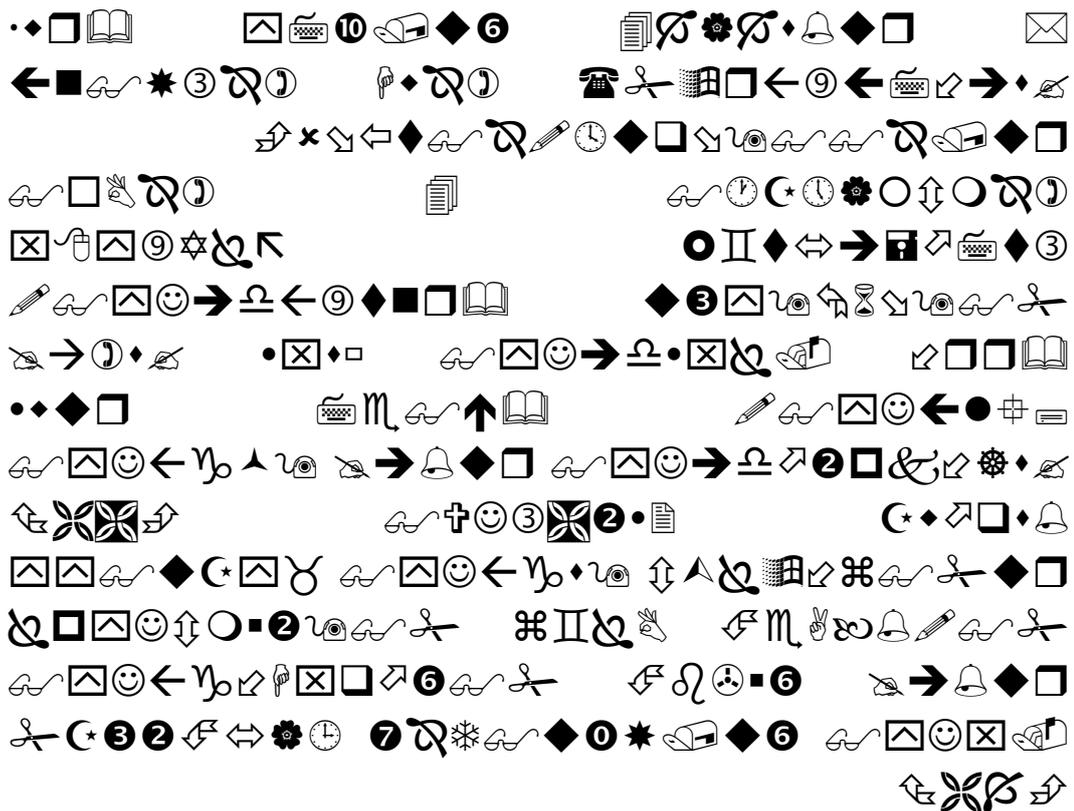
**ADE GUNAWAN, SE, M.Si**

*Kupersembahkan Untuk:*

*Ibunda & Ayahanda, Serta Orang-Orang Yang Kucintai dan  
Kusayangi Yang Telah Membimbingku Selama Ini.*



*Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pemurah lagi Maha Penyayang  
[1].*



*Dan Tuhanmu telah memerintahkan supaya kamu jangan menyembah  
selain Dia dan hendaklah kamu berbuat baik pada ibu bapakmu dengan  
sebaik-baiknya. jika salah seorang di antara keduanya atau Kedua-  
duanya sampai berumur lanjut dalam pemeliharaanmu, Maka sekali-  
kali janganlah kamu mengatakan kepada keduanya Perkataan "ah" dan  
janganlah kamu membentak mereka dan ucapkanlah kepada mereka  
Perkataan yang mulia [23].*

*Dan rendahkanlah dirimu terhadap mereka berdua dengan penuh kesayangan dan ucapkanlah: "Wahai Tuhanku, kasihilah mereka keduanya, sebagaimana mereka berdua telah mendidik aku waktu kecil"[24].*

*(Q. S. AL-Isra: 23-24)*

## ABSTRAK

### **PINO RIZA ANDIKA. NPM 1405180008: Analisis Evaluasi Kebijakan Program Makanan Tambahan Terhadap Tingkat Gizi Masyarakat ( Studi Komparatif Uji Beda Medan dan Takengon)**

Program Makanan Tambahan (PMT) adalah salah satu komponen usaha perbaikan gizi keluarga yang di rancang oleh pemerintah untuk mengurangi tingkat gizi buruk, gizi buruk merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, atau nutrisinya di bawah standar gizi buruk masih menjadi masalah yang belum terselesaikan sampai saat ini. Gizi buruk banyak dialami oleh bayi dibawah lima tahun (balita). Masalah gizi buruk dan kekurangan gizi telah menjadi keprihatinan dunia sebab penderita gizi buruk umumnya adalah balita dan anak-anak yang tidak lain adalah generasi generasi bangsa. Kemudian penulis akan melakukan penelitian sesuai judul yang di cantumkan maka di ambil sampel secara acak sebanyak 73 keluarga yang mendapatkan PMT. untuk pengambilan sampel di Kota Medan 32 keluarga yang mendapatkan PMT dan untuk Takengon 41 keluarga yang mendapatkan PMT, dengan menguji secara Komparatif dan Deskriptif, maka diperoleh hasil bahwa masih banyak PMT di Medan yang belum dilaksanakan 1 bulan sekali sedangkan Takengon menjalani program tersebut 1 bulan sekali, oleh karna itu terdapat juga perbedaan status gizi balita kota Medan dan Takengon, di karenakan PMT di medan masih ada yang di berikan 2 bulan sekali sedangkan untuk status gizi balita Takengon jauh lebih baik di karenakan PMT tersebut di berikan pada balita 1 bulan sekali di posyandu.

*Kata kunci: Program Makanan Tambahan (PMT), Status Gizi, Pendapatan Rumah Tangga*

## KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillahirobbil'alamiin. Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis mampu menyelesaikan proposal yang berjudul “ **Analisis Evaluasi Kebijakan Program Makanan Tambahan Terhadap Tingkat Gizi Masyarakat ( Studi Komparatif Uji Beda Medan & Takengon)** ”. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Baginda Rasulullah SAW beserta keluarganya, para sahabat dan seluruh pengikut Beliau yang insya Allah tetap istiqomah hingga akhir zaman kelak, Amin. Dengan selesainya penyusunan dan penulisan skripsi ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Adapun ungkapan terima kasih ini penulis tujukan kepada:

1. Orang Tua Tercinta ( Mahdi dan Erlinawati), sumber motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini. Terimakasih atas semua doa dan dukungan yang telah diberikan kepada penulis sampai detik ini baik itu semangat maupun materi. Semoga suatu saat penulis dapat membalas kebaikan yang diberikan dan dapat membuat suatu kebanggaan.
2. Bapak Dr. H. Agussani, MAP, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
3. Bapak Januri, SE MM Msi, selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

4. Ibu Dr. Prawidya Hariani R.S, selaku ketua Prodi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
5. Ibu Dra. Roswita Hafni, SE, Msi, selaku sekretaris Prodi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Beserta sekaligus Dosen Pembimbing saya yang telah memberikan waktu, dengan penuh kesabaran dalam membimbing, memotivasi dan mengarahkan penulis. Arahan dan bimbingan yang sangat bermanfaat untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan Skripsi ini .
6. Seluruh Dosen mata kuliah Prodi Ekonomi Pembangunan atas ilmunya yang bermanfaat, semoga dapat menjadi amalan diakhirat kelak.
7. Bpak / Ibu Biro Fakultas Ekonomi yang telah banyak membantu penulis dalam pengurusan berkas-berkas yang dibutuhkan dalam Akademik.
8. Keluarga Saya (Seluruh anggota Keluarga), terima kasih sudah sering membantu penulis dalam segala hal.
9. Untuk orang terkasih (Ety Suhartini), terimakasih telah banyak membantu dan memberi support dalam menyelesaikan skripsi ini serta senantiasa menemani penulis selama ini dalam canda tawa serta duka yang telah banyak kita lewati bersama.
10. Teman Seperjuangan saya (Rashid Ridho), (Baladhil Komala), (Muammar Rizky), (Dwi Prabowo), (Adnan Khasogi), (Muhammad Fajar Hidayat) Terimakasih untuk ketulusan, menemani membantu dan memberi segala masukan serta selalu ada dalam memberi support kepada penulis, selalu menghilangkan kepenatan penulis dalam pembuatan skripsi ini.

11. Teman Seperjuangan Saya di Perantauan (Rezeki Maulana), (Iwan Bicer), (Teguh Yuda Pranata), (Ozan Akbar Daulay), terima kasih atas semua bantuan dan semangat yang diberikan kepada penulis selama berada jauh dari keluarga, sukses selalu menanti kita.
12. Teman-teman EP angkatan 2014 dan untuk semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu demi satu, terima kasih yang terdalam untuk bantuan, dukungan, dan doanya. Semoga keberkahan dan kesuksesan selalu menyertai kita semua. Amin.
13. Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu demi satu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangatlah diharapkan penulis dalam mencapai kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata penulis mengharapkan semoga penelitian ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis dan pihak lain yang membutuhkan. Terima Kasih

**Medan, Maret 2018**

**Penulis**

**Pino Riza Andika**

## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GRAFIK.....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	15
1.3 Batasan Masalah dan Rumusan Masalah.....	15
1.4 Tujuan Penelitian .....	16
1.5 Manfaat Penelitian .....	16
<b>BAB II LANDASAN TEORI .....</b>	<b>18</b>
2.1 Uraian Teoritis .....	18
2.1.1 Teori Pendapatan Nasional .....	18
2.1.2 Konsep Pendapatan Nasional .....	18
2.1.3 Pendapatan Rumah Tangga.....	20
2.1.4 Pengeluaran Pemerintah.....	23
2.1.5 Pengeluaran Rumah Tangga .....	36
2.1.6 Teori Dasar Kebutuhan Manusia .....	39
2.1.7 Pengertian Program Makanan Tambahan Dan Tujuan Program Makanan Tambahan.....	41

2.1.8 Penerima Program Makanan Tambahan (PMT) .....	42
2.1.9 Dampak .....	42
2.2 Penelitian Terdahulu .....	43
2.3 Gambaran Kerangka Konseptual .....	45
2.4 Hipotesis .....	46
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
3.1 Pendekatan Penelitian .....	47
3.2 Defenisi Operasional Variabel .....	47
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian .....	48
3.4 Populasi .....	48
3.5 Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data .....	49
3.6 Teknik Analisa Data .....	49
<b>BAB IV DESKRIPSI DATA DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>52</b>
4.1 Deskriptif Objek Penelitian .....	52
4.1.1 Gambaran Umum Kota Medan .....	52
4.1.2 Gambaran Umum Kota Takengon .....	54
4.2 Pembahasan .....	57
4.2.1 Analisis Data Secara Deskriptif .....	57
4.2.2 Analisis Data Induktif .....	76
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>81</b>
5.1. Kesimpulan .....	81
5.2. Saran .....	82

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Kemiskinan Manusia (IKM) Negara ASEAN Tahun 2003.....	4
Tabel 1.2 Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Keliling di Provinsi Sumatera Utara/ Kota Medan Tahun 2008-2012.....	10
Tabel 1.3 Persentase Balita Gizi Buruk Provinsi Aceh Kabupaten/Kota 2015	13
Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu.....	43
Tabel 3.1 Waktu Penelitian.....	48
Tabel 4.1 Jumlah sampel balita Medan dan Takengon .....	58
Tabel 4.2 Pendapatan Rumah Tangga Ibu Yang Mempunyai Balita di Kecamatan Medan Tembung.....	62
Tabel 4.3 Pendapatan Rumah Tangga Ibu Yang Mempunyai Balita di Kecamatan Silih Nara .....	71
Tabel 4.4 Group Statistics .....	77
Tabel 4.5 Independent Samples Test.....	80

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pertumbuhan Pengeluaran Pemerintah menurut Wagner .....	26
Gambar 2.2 Kurva Teori Peacock dan Wiseman.....	28
Gambar 2.3 Perkembangan Pengeluaran Pemerintah Berdasarkan Pendapat	29
Gambar 2.4 Kurva Bird.....	30
Gambar 2.5 Hierarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow .....	39
Gambar 3.1 Kurva Distribusi Normal .....	51
Gambar 4.1 Identitas Ibu Balita Berdasarkan Pendidikan di Kecamatan Medan Tembung .....	59
Gambar 4.2 Identitas Ibu Berdasarkan Usia di Kecamatan Medan Tembung .....	60
Gambar 4.3 Identitas Ibu Balita Berdasarkan Pekerjaan di Kecamatan Medan Tembung .....	61
Gambar 4.4 Rutinitas Ibu Balita Mengikuti Posyandu di Kecamatan Medan Tembung .....	63
Gambar 4.5 Pemberian Program Makanan Tambahan di Posyandu Kecamatan Medan Tembung .....	64
Gambar 4.6 Sarana Fisik Layanan Kesehatan di Kecamatan Medan Tembung .....	66
Gambar 4.7 Identitas Ibu Balita Berdasarkan Pendidikan di Kecamatan Silih Nara .....	68
Gambar 4.8 Identitas Ibu Balita Berdasarkan Usia di Kecamatan Silih Nara .....	69

Gambar 4.9 Identitas Berdasarkan Perkerjaan di Kecamatan Silih Nara .....	70
Gambar 4.10 Rutinitas Ibu Balita Mengikuti Posyandu di Kecamatan Silih Nara .....	72
Gambar 4.11 Pemberian Program Makanan Tambahan di Posyandu Kecamatan Silih Nara .....	73
Gambar 4.12 Sarana Fisik Layanan Kesehatan di Takengon Kecamatan Silih Nara .....	75
Gambar 4.13 Kurva Distribusi Normal .....	79

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1. Piramida Penduduk Provinsi Sumatera Utara Tahun 2012 .....	7
Grafik 1.2 Prevalensi Status Gizi Balita di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2000 – 2009 .....	8
Grafik 1.3 Proporsi SDM Kesehatan Pada Institusi Pelayanan Kesehatan Di Provinsi Sumatera Utara/kota Medan .....	9
Grafik 1.4 Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2014 .....	12
Grafik 1.5 Jumlah Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) Menurut Provinsi Aceh Kabupaten/ Kota .....	13

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Gizi buruk merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, atau nutrisinya di bawah standar. Gizi buruk masih menjadi masalah yang belum terselesaikan sampai saat ini. Gizi buruk banyak dialami oleh bayi dibawah lima tahun (balita). Masalah gizi buruk dan kekurangan gizi telah menjadi keprihatinan dunia sebab penderita gizi buruk umumnya adalah balita dan anak-anak yang tidak lain adalah generasi generus bangsa. Kasus gizi buruk merupakan aib bagi pemerintah dan masyarakat karena terjadi di tengah pesatnya kemajuan zaman (Republika, 2009).

Dengan alasan tersebut, masalah ini selalu menjadi program penanganan khusus oleh pemerintah. Upaya pencegahan yang dilakukan di antaranya dengan selalu meningkatkan sosialisasi, kunjungan langsung ke para penderita gizi buruk, pelatihan petugas lapangan, pengarahan mengenai pentingnya ASI eksklusif pada ibu yang memiliki bayi, serta koordinasi lintas sektor terkait pemenuhan pangan dan gizi (Antara News, 2011), Namun sampai saat ini penanganan yang diberikan, hanya mampu mengurangi sedikit kasus gizi buruk pada balita. Hal ini membuktikan bahwa penanganan dan program yang diberikan oleh pemerintah belum mampu menekan jumlah kasus gizi buruk yang ada. Ketidak berhasilan penanganan dan program tersebut mungkin dikarenakan kurang tepatnya perbaikan terhadap faktor-faktor yang dianggap mempengaruhi kasus gizi buruk pada balita. Jika faktor-faktor yang mempengaruhi kasus gizi buruk pada balita

diketahui dan diatasi dengan tepat, otomatis kasus gizi buruk akan berkurang. (anonim, 2011).

Keadaan gizi yang baik adalah syarat utama untuk mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. masalah gizi dapat terjadi di setiap fase kehidupan manusia, yaitu bayi, balita merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. apabila pada fase tersebut mengalami gangguan gizi maka akan bersifat permanen tidak dapat di alihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Frida Turnip, 2008). Masalah gizi merupakan masalah kesehatan yang tersembunyi dan tingginya angka kematian bayi dan balita menunjukkan masalah kesehatan dan gizi di Indonesia cukup serius. (Jaringan Informasi Pangan dan Gizi, 2005).

Masalah gizi meskipun sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan, pemecahan masalahnya tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan pangan pada keadaan kritis, masalah gizi yang muncul akibat kesalahan pangan di tingkat rumah tangga, yaitu kemampuan rumah tangga memperoleh makanan untuk semua anggotanya. (I Dewa Nyoman Supariasa, 2001).

Saat ini, lebih dari 100 juta atau sekitar 50% dari seluruh penduduk Indonesia menderita berbagai bentuk masalah gizi yang meliputi IDD (*Iodine Deficiency Disorder*), *stunted*, *underweight*, *wasted*, VAD (*Vitamin A Deficiency*), *overweight*, CVD (*Cardiovascular Disease*), oleh karena itu balita menderita kurang gizi di 72% kabupaten Indonesia. selain itu prevalensi KEP (Kurang Energi Protein) pada balita dan anak-anak pra sekolah meski mengalami penurunan sekitar 10% dari 37.5% pada tahun 1989 menjadi 27.5% sesungguhnya

tidak nyata karena di ketahui bahwa prevalensi gizi buruk mengalami peningkatan dari 6.3% pada tahun 1989 menjadi 10,5% pada tahun 1989. Hal ini menunjukkan bahwasanya masalah KEP yang merupakan masalah gizi makro,yang harus di atasi khusus nya yang terjadi pada balita adalah masalah yang harus di tanggulangi.

Dampak dari permasalahan gizi buruk sangat kompleks, gizi buruk berdampak pada kematian anak, penyakit anak,gangguan pertumbuhan fisik, penurunan kemampuan belajar, penurunan kemampuan kognitif ,anggaran pencegahan dan perawatan yang meningkat sampai pada penurunan produktivitas kerja yang pada akhirnya Persoalan gizi buruk bukan hanya masalah gizi dan kesehatan saja akan tetapi juga akan berdampak pada kualitas tenaga kerja di massa mendatang.

Konig (1995) dalam jalal dan Atmodjo (1998) mengasusikan bahwa orang orang yang memiliki riwayat gizi buruk akan mengalami produktivitas hingga 100% sampai saat ini. kajian mengenai dari gizi buruk khusus nya KEP masih sangat terbatas, oleh karna itu permasalahan gizi buruk,informasi ini sangat penting bagi pengambil kebijakan dalam menetapkan prioritas pembangunan di wilayah nya, khususnya dalam penetapan prioritas untuk sector social dan ekonomi yang seringkali tidak selalu searah, Pada akhirnya di harapkan gizi buruk yang masih banyak di Indonesia segera dapat di atasi.

Dinas Kesehatan (Dinkes) mempunyai peranan penting dalam masalah gizi, seperti pengaturan dan *monitoring* gizi masyarakat. Selain itu Dinkes juga mempunyai peran penting dalam pengumpulan bahan dan penyebar luasan informasi mengenai penyelenggaraan usaha pelaksanaan dan pembinaan

kesehatan anak melalui Rumah Sakit, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Puskesmas pembantu, dan Poliklinik Desa (Polindes). (Dinkes, 2009).

Perawatan pada fase tindak lanjut sangatlah penting, karena balita gizi buruk tidak lagi mendapat pengawasan yang ketat dari petugas kesehatan, melainkan oleh ibu dan anggota keluarga lainnya. Setelah pasien gizi buruk pulang ke rumah, perlu dilakukan perawatan fase tindak lanjut di Posyandu atau Pos Pemulihan Gizi (PPG) dengan suatu program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT). (Depkes, 2007).

Secara makro, dibutuhkan ketegasan kebijakan, strategi, regulasi, dan koordinasi lintas sektor dari pemerintah dan semua *stakeholders* untuk menjamin terlaksananya poin-poin penting seperti pemberdayaan masyarakat, pemberantasan kemiskinan, ketahanan pangan, dan pendidikan yang secara tidak langsung akan mengubah budaya buruk dan paradigma di tataran bawah dalam hal perawatan gizi terhadap keluarga termasuk anak.

Keberhasilan pembangunan nasional yang diupayakan oleh pemerintah dan masyarakat sangat ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia. Indikator yang digunakan untuk mengukur tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusia antara lain Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Kemiskinan Manusia (IKM). Pada umumnya IPM dan IKM mempunyai komponen yang sama, yaitu angka harapan hidup (tingkat kesehatan), penguasaan ilmu pengetahuan (tingkat pendidikan) dan standar kehidupan yang layak (tingkat ekonomi). Pada IPM, standar hidup layak dihitung dari pendapatan per kapita, sementara IKM diukur dengan persentase penduduk tanpa akses terhadap air bersih, fasilitas kesehatan, dan balita kurang gizi. (Azrul 2004).

Tiga faktor utama penentu IPM yang dikembangkan UNDP adalah tingkat pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Ketiga faktor tersebut erat kaitannya dengan status gizi masyarakat. Pada tahun 2003 IPM Indonesia pada peringkat 112 dari 175 negara, sementara IKM pada peringkat 33 dari 94 negara. Jika dibandingkan dengan Negara ASEAN lainnya, dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 1.1 Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Kemiskinan Manusia (IKM) Negara ASEAN Tahun 2003**

NEGARA	IPM	PERINGKAT	IKM	PERINGKAT
Singapore	88.4	28	6.3	6
Brunei Darussalam	87.2	31	-	-
Malaysia	79.0	58	-	-
Thailand	76.8	74	12.9	24
Philipine	75.1	85	14.8	28
Vietnam	68.8	109	19.9	39
<b>Indonesia</b>	<b>68.2</b>	<b>112</b>	<b>17.9</b>	<b>33</b>
Cambodia	55.6	130	42.8	73
Myanmar	54.9	131	25.7	45
Laos	52.5	135	40	66

Sumber: Direktorat Gizi Masyarakat

Salah satu prioritas pembangunan nasional di bidang kesehatan adalah upaya perbaikan gizi yang berbasis pada sumber daya, kelembagaan, dan budaya lokal. Kurang gizi akan berdampak pada penurunan kualitas SDM yang lebih lanjut dapat berakibat pada kegagalan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kecerdasan, menurunkan produktivitas, meningkatkan kesakitan serta kematian. Visi pembangunan gizi adalah “Mewujudkan keluarga mandiri sadar gizi untuk mencapai status gizi masyarakat/keluarga yang optimal”.

Secara umum di Indonesia terdapat dua masalah gizi utama, yaitu kurang gizi mikro dan kurang gizi makro. Kurang gizi makro pada umumnya disebabkan oleh kekurangan asupan energi dan protein dibanding kebutuhannya yang menyebabkan gangguan kesehatan, sedangkan kurang gizi mikro disebabkan kekurangan zat gizi mikro (Dinkes Purworejo,2006). Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Anak balita sehat atau kurang gizi secara sederhana dapat diketahui dengan membandingkan antara berat badan menurut umurnya dengan rujukan (standar) yang telah ditetapkan. Apabila berat badan menurut umur sesuai dengan standar, anak disebut gizi baik. Kalau sedikit dibawah standar disebut gizi kurang.

Apabila jauh dibawah standar disebut gizi buruk. Menurut Departemen Kesehatan, pada tahun 2003 terdapat sekitar 27,5% (5 juta balita kurang gizi), 3,5 juta anak (19,2%) dalam tingkat gizi kurang dan 1,5 juta anak gizi buruk (8,3%). WHO tahun 1999 mengelompokan wilayah berdasarkan prevalensi gizi kurang ke dalam empat kelompok, yaitu rendah (<10%), sedang (10-19%), tinggi (20-29%) dan sangat tinggi (>30%).(Azrul 2004).

Sumatera Utara merupakan Provinsi keempat yang terbesar jumlah penduduknya di Indonesia setelah Jawa Timur, Jawa Barat dan Jawa Tengah. Berdasarkan Data dari BPS Provinsi Sumatera Utara, jumlah penduduk Sumatera Utara tahun 2012 tercatat sebesar 13.215.401 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 184 per km<sup>2</sup> . Tingkat kepadatan penduduk yang tinggi didominasi oleh daerah perkotaan. Kabupaten/Kota yang memiliki kepadatan

penduduk tertinggi adalah Kota Medan sebesar 8.008 jiwa per km<sup>2</sup>, disusul dengan Kota Sibolga dengan kepadatan penduduk yaitu 7.971 jiwa per km<sup>2</sup> dan Kota Tebing Tinggi dengan kepadatan penduduk yaitu 3.844 jiwa per km<sup>2</sup>. Daerah dengan kepadatan penduduk terendah yaitu kabupaten Pak-Pak Barat yaitu 34 jiwa per km<sup>2</sup>, disusul dengan Kabupaten Samosir yaitu 50 jiwa per km<sup>2</sup> dan disusul Kabupaten Padang Lawas Utara yaitu 58 jiwa per km<sup>2</sup>.

**Grafik 1.1. Piramida Penduduk Provinsi Sumatera Utara Tahun 2012**

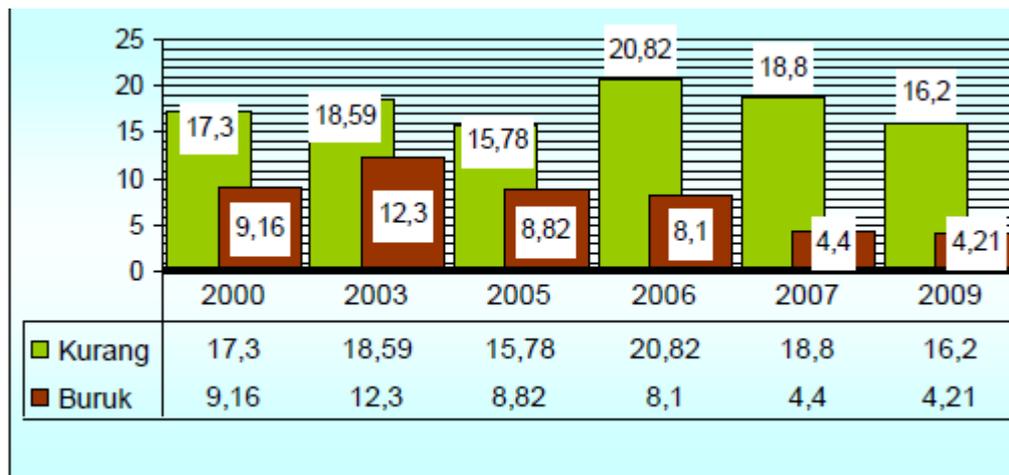


Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Utara Kabupaten/Kota

Balita yang mengalami KEP dapat diukur berdasarkan 3 pengukuran yaitu Tinggi Badan (TB)/Umur disebut juga balita pendek (*stunting*), BB/TB disebut juga balita kurus (*wasting*) dan BB/Umur disebut juga kurang berat badan (*under weight*). Berdasarkan data hasil survey, dalam 6 (enam) tahun terakhir persentase

balita gizi kurang dan buruk fluktuatif di Sumatera Utara, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini:

**Grafik 1.2 Prevalensi Status Gizi Balita di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2000 - 2009**

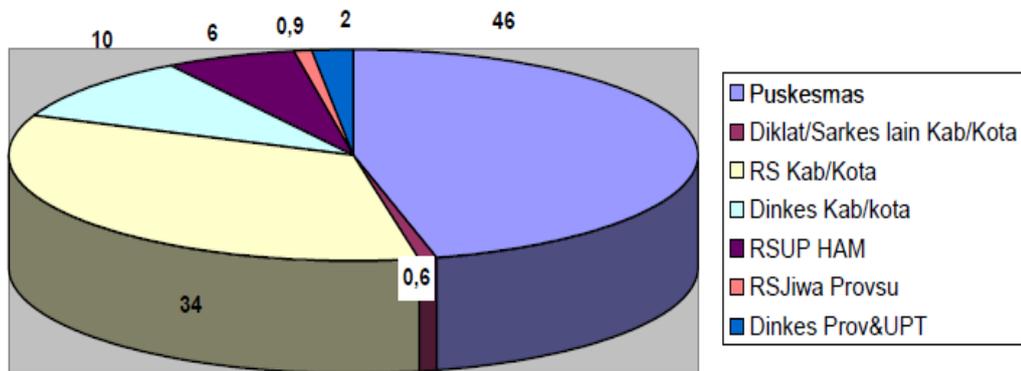


Sumber: Survey Status Gizi FK, FKM USU & Dinkes SU 2005-2006

Survey PSG Tahun 2007-2009

Dari grafik diketahui bahwa prevalensi balita gizi buruk dan kurang berdasarkan survey PSG tahun 2005-2009 mengalami penurunan khususnya sejak tahun 2006. Penurunan ini cukup bermakna terutama pada kasus balita dengan gizi buruk yang mampu diturunkan hampir 50% dalam kurun waktu 3 tahun (2006-2009) yaitu dari sekitar 8% menjadi 4%. Dilain pihak, dalam kurun waktu yang sama, penurunan kasus gizi kurang lebih lambat sekitar 20% yaitu dari sekitar 21% menjadi 16%. Dengan angka sebesar 20,2% prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Sumatera Utara masih termasuk dalam kategori tinggi (standar WHO; 5-9% rendah, 10-19% medium, 20-39% tinggi, >40% sangat tinggi).

**Grafik 1.3 Proporsi SDM Kesehatan Pada Institusi Pelayanan Kesehatan Di Provinsi Sumatera Utara/kota Medan**



*Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Utara Kabupaten/Kota*

Proporsi terbesar sumber daya kesehatan bekerja pada sarana kesehatan yaitu puskesmas (termasuk pustu dan polindes/poskesdes) yaitu 46%, diikuti dengan rumah sakit kabupaten/kota yaitu 34%. Dalam menjalankan fungsinya sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dasar, puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan perorangan yang diberikan terdiri dari pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk puskesmas tertentu jika dianggap diperlukan. Meskipun pelayanan kesehatan masyarakat merupakan inti dari puskesmas, pelayanan kesehatan perorangan juga menjadi perhatian dari Pemerintah.

**Tabel 1.2 Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Keliling  
di Provinsi Sumatera Utara/ Kota Medan Tahun 2008-2012**

No	Sarana Kesehatan	2008	2009	2010	2011	2012
1	Puskesmas perawatan	145	154	155	159	163
2	Puskesmas non perawatan	349	347	371	387	406
3	Puskesmas pembantu	1.933	1.992	1.819	1.927	2.085
4	Puskesmas keliling	514	473	391	463	522

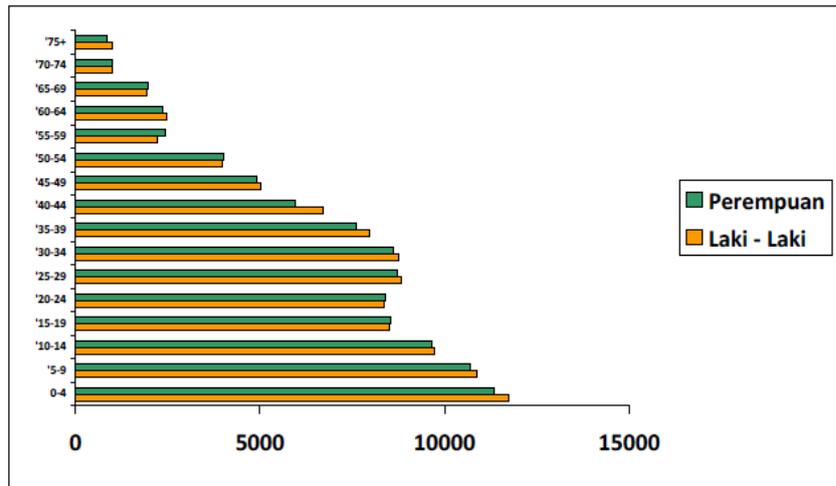
*Sumber: Profil Kabupaten/Kota Tahun 2012*

terlihat peningkatan jumlah puskesmas di Provinsi Sumatera Utara selama tahun 2008-2011, Hal ini terjadi karena kebutuhan daerah dan adanya pemekarankabupaten / kota. Jumlah Puskesmas perawatan mengalami peningkatan, dari (145 unit) menjadi (163 unit) pada tahun 2012. Jumlah puskesmas pembantu mengalami kenaikan dari (1.819 unit) tahun 2010 menjadi (2.085 unit) tahun 2012. Puskesmas keliling juga mengalami kenaikan dari tahun 2010 (391 unit) menjadi (522 unit) ditahun 2012. Persebaran puskesmas di kabupaten/kota sudah cukup merata. Setiap kecamatan di Provinsi Sumatera Utara sudah memiliki paling sedikit 1 (satu) puskesmas. Bila dibandingkan dengan jumlah penduduk Sumatera Utara (13.215.401 jiwa), maka 1 puskesmas melayani 23.225 jiwa, bila dibandingkan dengan standar nasional (IS 2010), 1 (satu) puskesmas melayani 30.000 jiwa.

Merujuk profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2012, jumlah kunjungan rawat jalan dan inap di seluruh puskesmas di Provinsi Sumatera Utara adalah 3.740.818 kunjungan. Bila diperkirakan rata-rata tiap penduduk memanfaatkan puskesmas adalah 1,5 kali, maka tahun 2012, diperkirakan persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas adalah 18,87%, angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2011 yaitu 29,83%. Untuk lebih mendekatkan keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, dilaksanakan pelayanan kesehatan di puskesmas pembantu yang tersebar di wilayah kerja puskesmas induk. Pada tahun 2012, jumlah puskesmas pembantu di Provinsi Sumatera Utara sebanyak 2.085 unit. Bila dibandingkan dengan jumlah desa, maka ratio puskesmas pembantu dengan desa adalah sekitar 1 : 3.

Kepadatan penduduk di tiap Kecamatan dalam Kabupaten Aceh Tengah Kota Takengon tahun 2014 tidak merata, Kecamatan Bebesen adalah yang terpadat penduduknya yaitu 767.62 jiwa/Km<sup>2</sup> dan yang terjarang penduduknya adalah kecamatan Rusip Antara yaitu 11.04 jiwa/km<sup>2</sup>. Kepadatan penduduk dipengaruhi oleh besarnya wilayah pada masing – masing kecamatan. Kepadatan penduduk dari sektor kesehatan merupakan indikator dalam melihat beberapa kondisi kesehatan lingkungan yang berkaitan dengan ketersediaan air minum, air bersih, system pembuangan air limbah dan sampah keluarga.

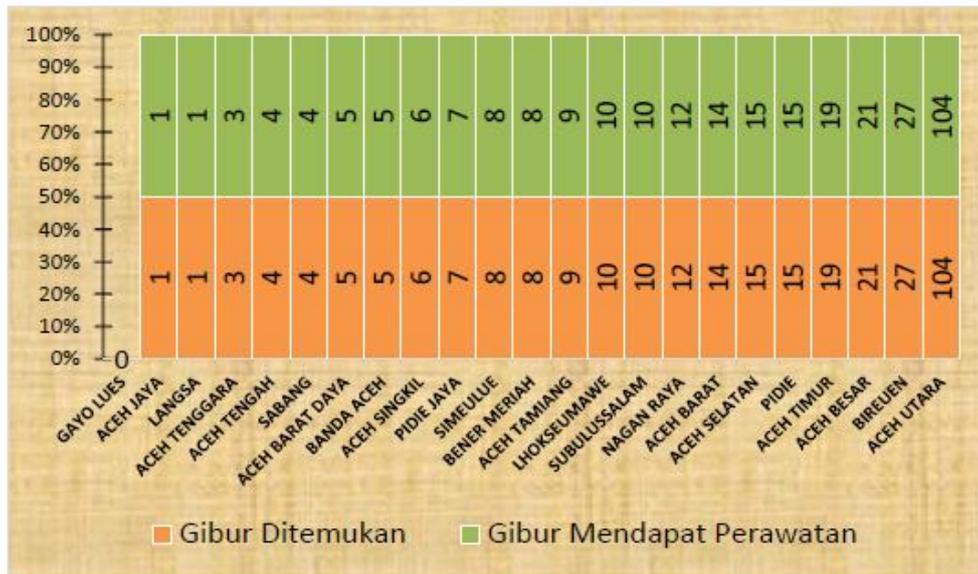
**Grafik 1.4 Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2014**



*Sumber: Profil Kesehatan Kab.Aceh Tengah 2014*

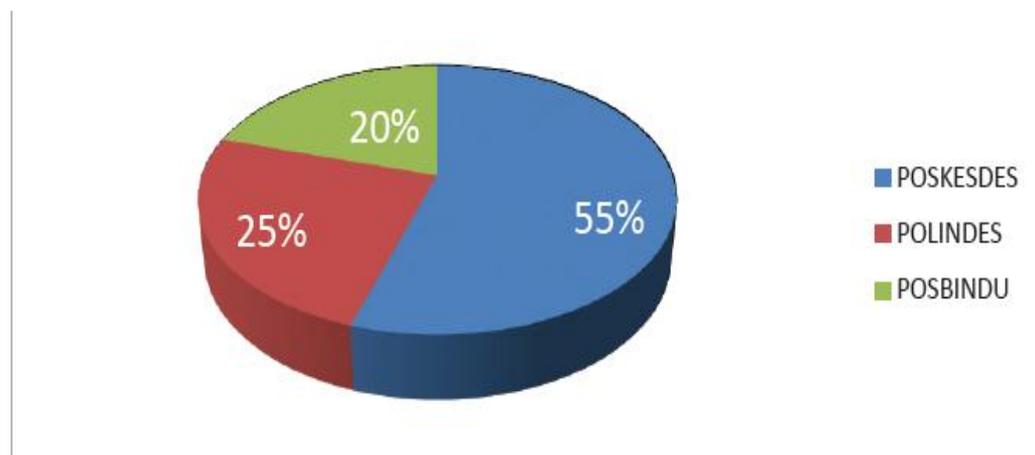
Pada tahun 2015, di seluruh Kabupaten Aceh ditemukan 104 kasus balita gizi buruk dan semua penderita mendapatkan perawatan: beberapa diantaranya adalah karena kurangnya asupan gizi seimbang pada anak dan adanya penyakit penyerta kenaikan berat badan berkurang, terhenti atau bahkan menurun, ukuran lingkaran lengan atas menurun, maturasi tulang terlambat, rasio berat terhadap tinggi, normal atau cenderung menurun, tebal lipat kulit normal atau semakin berkurang. Di Kabupaten Aceh Tengah jumlah balita gizi buruk sebanyak 4 orang dan 100% mendapat perawatan.

**Tabel 1.3 Persentase Balita Gizi Buruk Provinsi Aceh Kabupaten/Kota 2015**



Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Aceh Kabupaten/Kota

**Grafik 1.5 Jumlah Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) Menurut Provinsi Aceh Kabupaten/ Kota**



Sumber: Profil Kesehatan Aceh Kabupaten/Kota

yaitu poskesdes yang beroperasi sebanyak 55%. Polindes sebanyak 25% dan Posbindu sebanyak 20%.UKBM ini dibentuk di desa yang bertujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa sehingga mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar.Kegiatan utama poskesdes yaitu pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa berupa pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu menyusui, pelayanan kesehatan anak, pengamatan dan kewaspadaan dini (surveilans penyakit, surveilans gizi, surveilans perilaku berisiko, surveilans lingkungan dan masalah kesehatan lainnya), penanganan kegawat daruratan kesehatan serta kesiap siagaan terhadap bencana.

Oleh Karena itu Program Makanan Tambahan (PMT) yang bertujuan untuk menanggulangi permasalahan gizi buruk bagi Balita/Anak yang mengalaminya,agar kualitas SDM di massa yang akan datang lebih baik.namun pelaksanaan PMT masih ada yang menyimpang seperti kurangnya informasi pada keluarga yang mempunyai balita, dan sedikit keluarga yang membawa balita nya untuk ke posyandu.

***Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat judul “ Analisis Evaluasi Kebijakan Program Makanan Tambahan Terhadap Tingkat Gizi Masyarakat ( Studi Komparatif Uji Beda Medan & Takengon) ”***

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Dari uraian di atas, maka identifikasi masalah yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah :

1. Peningkatan kesehatan gizi balita/anak ternyata masih banyak mengalami beberapa permasalahan seperti kurangnya sarana dan prasarana layanan kesehatan.
2. Penerapan program (PMT) serta prioritas untuk sector social dan ekonomi sering kali tidak sejalan sehingga tidak menjamin kualitas SDM di masa yang akan datang.
3. Gangguan pertumbuhan fisik karna status gizi buruk berdampak pada *mortalietas* anak.

## **1.3 Batasan Masalah dan Rumusan Masalah**

### **1.3.1 Batasan Masalah**

Penulis membatasi masalah yang telah terperinci agar jelas pemecahan masalah dan terarah, penelitian ini fokus melihat rumah tangga yang mendapatkan program makanan tambahan di posyandu Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung, dan Takengon, Kecamatan Silih Nara.

### **1.3.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana perkembangan sarana fisik layanan kesehatan di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara.

2. Bagaimana penerapan Program Makanan Tambahan terhadap pengeluaran rumah tangga pada status gizi balita di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara.
3. Apakah terdapat perbedaan hasil dari Program Makanan Tambahan tentang status gizi balita antara Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara.

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

1. Melakukan analisis deskriptif, perkembangan sarana fisik layanan kesehatan di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara.
2. Melakukan analisis evaluasi kebijakan, apakah Program Makanan Tambahan menjamin kualitas SDM di massa yang akan datang.
3. Melakukan uji beda, status gizi balita yang mendapatkan Program Makanan Tambahan di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara.

#### **1.5 Manfaat Penelitian**

##### **1.5.1 Manfaat Akademik:**

1. **Bagi Peneliti** : dapat menambah wawasan dan mengetahui bagaimana kebijakan pemerintah atas, Program Makanan Tambahan yang di salurkan kepada masyarakat, untuk meningkatkan SDM di massa yang akan datang.

2. **Bagi Pembaca:** hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi,wawasan,dan pengetahuan serta sebagai referensi untuk penelitian di massa yang akan datang.

### **1.5.2 Manfaat Non Akademik:**

1. **Bagi Pemerintah:** Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran bagi status gizi buruk balita/anak dan membuat kebijakan dalam rangka meningkatkan program kesehatan untuk mencapai tujuan yang maksimal agar tidak terjadinya penurunan produktivitas tenaga kerja terhadap kualitas SDM,di massa yang akan datang.
2. **Bagi Masyarakat:** Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian gizi buruk agar ibu-ibu atau pengasuh balita/anak dapat mencegah kejadian gizi buruk pada balita yang diasuh

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 Uraian Teoritis**

##### **2.1.1 Teori Pendapatan Nasional**

Menurut Dumairy (1996:37) Pendapatan Nasional dapat berarti sempit dan luas, Dalam arti sempit pendapatan nasional adalah terjemahan langsung dari national income. Sedangkan arti luas pendapatan nasional dapat merujuk pada Produk Domestik Bruto (PDB) atau Gross Domestic Product (GDP): atau merujuk ke Produk Nasional Bruto (PNB) atau Gross Nasional Product (GNP): Produk Nasional Neto (PPN) atau Net National Product (NNP) atau merujuk ke Pendapatan Nasional (PN) alias Nasional Income (NI).

Pendapatan Nasional dapat juga di artikan sebagai Produksi Nasional, yang berarti nilai hasil produksi yang di hasilkan seluruh anggota masyarakat suatu Negara dalam waktu tertentu, biasanya satu tahun.

##### **2.1.2 Konsep Pendapatan Nasional**

###### **A. Produk Domestik Bruto (PDB)**

Produk domestik bruto (Gross Domestic Product) merupakan jumlah produk barang dan jasa yang di hasilkan oleh unit-unit produksi di dalam batas wilayah suatu Negara atau domestic selama satu tahun.

$GDP = \text{Pendapatan Masyarakat DN ( Dalam Negeri)} + \text{Pendapatan Asing DN (Dalam Negeri)}$ .

Dalam perhitungan GDP ini termasuk juga barang atau jasa yang di hasilkan oleh perusahaan atau pun instansi asing yang terkait, asalkan wilayahnya masih dalam wilayah suatu Negara atau domestic tersebut. (Dumairy 1996:37)

## **B. Produk Nasional Bruto (GNP)**

Produk Nasional Bruto (Gross National Product) merupakan nilai produk barang dan jasa yang dihasilkan oleh penduduk suatu Negara (Nasional) selama satu tahun, termasuk yang dihasilkan oleh warga Negara tersebut yang dihasilkan di luar negeri. (Dumairy 1996:37)

$GNP = \text{Pendapatan WNI DN} + \text{Pendapatan WNI LN (Luar Negeri)} - \text{Pendapatan Asing DN.}$

## **C. Produk Nasional Neto (NNP)**

Penyusutan adalah pergantian barang modal bagi barang atau peralatan produksi yang dipakai dalam proses produksi umumnya bersifat taksiran, sehingga dapat menimbulkan kekeliruan relative kecil. (Dumairy 1996:37)

$NNP = GNP - \text{depresiasi (penyusutan barang modal)}$

## **D. Pendapatan Nasional Neto (NNI)**

Pendapatan Nasional Neto (Net National Income) merupakan pendapatan yang dihitung menurut jumlah balas jasa yang diterima oleh masyarakat sebagai pemilik factor produksi. (Dumairy 1996:38)

$NNI = NNP - \text{Pajak tidak langsung}$

Pajak tidak langsung adalah pajak yang bebanya dapat dialihkan kepada pihak lain seperti pajak hadiah, pajak penjualan dan lain-lain.

## **E. Pendapatan Perorangan (PI)**

pendapatan perorangan (Personal Income) adalah jumlah pendapatan yang diterima oleh setiap orang dalam masyarakat, termasuk pendapatan yang diperoleh tanpa melakukan kegiatan apapun. Misalnya gaji pegawai negeri maupun pendapatan pengusaha yang didapatkan secara berantai. (Dumairy 1996:38)

$$PI = NNI - \text{Pajak Perusahaan} - \text{Iuran} - \text{Laba ditahan} + \text{Transfer Payment}$$

Transfer Payment adalah penerimaan yang bukan merupakan balas jasa produksi, melainkan di ambil sebagian dari pendapatan nasional tahun lalu, Seperti pembayaran dana pensiun, tunjangan pengangguran dan sebagainya.

## **F. Pendapatan yang di belanjakan**

Disebut juga dengan disposable Income yaitu pendapatan yang siap untuk di manfaatkan guna membeli barang dan jasa konsumsi dan selebihnya menjadi tabungan yang di salurkan menjadi investasi. (Dumairy 1996:39)

$$DI = PI - \text{Pajak Langsung}$$

Pajak langsung yang bebanya tidak dapat di alihkan dengan pihak lain seperti pajak pendapatan.

### **2.1.3 Pendapatan Rumah Tangga**

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergantung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam peranannya masing-masing dari menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan, (Syafudin, 2009).

Pendapatan rumah tangga adalah jumlah penghasilan riil dari seluruh anggota rumah tangga yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perorangan dalam rumah tangga, pendapatan keluarga merupakan balas karya atau jasa atau imbalan yang di peroleh karena sumbangan yang di berikan dalam kegiatan produksi.

Pendapatan keluarga sesuai dengan pengertian Badan Pusat Statistik, berasal dari tiga sumber utama:

- a. Pertama, dari balas jasa factor produksi tenaga kerja,yaitu upah dan gaji,keuntungan dan bonus dari jasa yang merupakan dari tenaga kerja.
- b. Kedua,balas jasa capital yang di peroleh dari bunga,bagi hasil,sewa,dan lainnya yang di terima oleh rumah tangga.
- c. Ketiga,pendapatan yang berasal dari pemberian pihak lain,(*transfer payment*),contohnya dapat berupa hibah maupun pemberian yang berasal dari rumah tangga lain,perusahaan,dan luar negeri ( SNSE Indonesia Tahun 2005 ).

Sedangkan untuk pendapatan rumah tangga sendiri,SNSE mendefenisikan sebagai pendapatan yang di terima oleh rumah tangga bersangkutan,baik berasal dari kepala rumah tangga maupun pendapatan anggota-anggota rumah tangga.

Pendapatan rumah tangga dapat di ketahui dengan menjumlahkan pendapatan keluarga dari semua sumber pendapatan.pendapatan yang di peroleh oleh rumah tangga dapat beragam,ukuran pendapatan yang di gunakan untuk mengukur tingkat kesejahteraan,rumah tangga adalah pendapatan keluarga yang di peroleh dari bekerja.

Pendapatan keluarga di golongan menjadi 2 yaitu:

- 1) Pendapatan permanen (*permanent income*): adalah pendapatan yang selalu di terima pada setiap priode tertentu dan dapat di perkirakan sebelumnya,misalnya pendapatan dari gaji,upah, pendapatan ini juga merupakan pendapatan yang di peroleh dari semua factor yang menentukan kekayaan seseorang (yang menciptakan kekayaan)
- 2) Pendapatan sementara (*transitory incme*): adalah pendapatan yang tidak di perkirakan sebelumnya,pada hakikatnya pendapatan nasional

merupakan dari gabungan seluruh pendapatan rumah tangga dalam perekonomian. pendapatan rumah tangga di peroleh sebagai balas jasa atas factor produksi yang telah di berikan dari rumah tangga penyedia factor produksi (tenaga kerja) kepada perusahaan dalam perekonomian 2 sektor. namun pada kenyataannya pendapatan nasional tidak bisa di samakan dengan pendapatan rumah tangga.

Terdapat 2 factor yang menyebabkan keadaan tersebut. Pertama sebagian pendapatan rumah tangga di peroleh bukan dari penawaran factor-faktor produksi, sebagai contohnya adalah beasiswa dan pendapatan berupa pensiun. Kedua, pendapatan factor – factor produksi, sebagian tidak di bayarkan kepada rumah tangga sehingga dapat di simpulkan bahwa pendapatan yang di terima rumah tangga sebenarnya sama dengan pendapatan nasional di kurangi dengan pendapatan factor yang tidak di bayarkan kepada rumah tangga di tambah dengan pendapatan rumah tangga yang bukan berasal dari penawaran factor produksi. (Sadono Sukirno 1999).

Dalam pendapatan rumah tangga terdapat 3 komponen dari pendapatan factor-faktor produksi yang tidak di terima oleh rumah tangga, yaitu pertama pajak keuntungan perusahaan corpora, kedua keuntungan yang tidak di bagi, ketiga kontribusi untuk dana pengangguran, sedangkan untuk pendapatan yang diterima di luar pendapatan dari penawaran factor produksi di peroleh dari pembayaran pindahan, (*transfer paymen*) dan pendapatan dari bunga.

Tingkat pendapatan mempengaruhi tingkat konsumsi masyarakat hubungan antara pendapatan dan konsumsi merupakan suatu hal yang sangat penting dalam berbagai permasalahan ekonomi. Kenyataan menunjukan

bahwasanya pengeluaran konsumsi meningkat dengan naiknya pendapatan, dan sebaliknya jika pendapatan turun, pengeluaran konsumsi juga turun, Soekartawi menjelaskan, bahwa sering kali di jumpai dengan bertambahnya pendapatan maka barang yang di konsumsi bukan saja bertambah, tapi juga kualitas barang tersebut ikut menjadi perhatian. tinggi rendahnya pengeluaran sangat tergantung pada kemampuan keluarga dalam mengelola penerimaan atau pendapatan. (Sadono Sukirno 1999).

#### **2.1.4 Pengeluaran Pemerintah**

Pengeluaran pemerintah mencerminkan kebijakan pemerintah. apabila pemerintah telah menetapkan suatu kebijakan untuk membeli barang dan jasa pengeluaran pemerintah mencerminkan biaya yang harus di keluarkan oleh pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. teori mengenai pengeluaran pemerintah juga dapat di kelompokkan menjadi 2 bagian yaitu teori makro dan mikro. (Boediono 1999)

##### **A. Teori Makro**

Pengeluaran pemerintah dalam arti rill dapat di pakai sebagai indikator besarnya biaya pemerintah yang di biayai oleh pengeluaran pemerintah. semakin besar dan banyak kegiatan pemerintah semakin besar juga pengeluaran pemerintah yang bersangkutan. dalam teori ekonomi makro, menurut (Boediono 1999) pengeluaran pemerintah terdiri dari tiga pilar utama yaitu dapat di golongan sebagai berikut:

- a. Pengeluaran pemerintah untuk pembelian barang dan jasa.
- b. Pengeluaran pemerintah untuk gaji pegawai.
- c. Pengeluaran pemerintah untuk transfer payment.

Transfer payment bukan pembelian barang atau jasa oleh pemerintah di pasar barang melainkan mencatat pembayaran atau pemberian langsung kepada warganya yang meliputi misalnya pembayaran subsidi atau bantuan langsung kepada berbagai golongan masyarakat, pembayaran pensiun, pembayaran bunga untuk pinjaman pemerintah kepada masyarakat. Secara ekonomis transfer payment mempunyai status dan pengaruh yang sama dengan pos gaji pegawai meskipun secara administrasi keduanya berbeda.

### **1. Teori Adolf Wagner ( Hukum Wagner )**

Pengamat empiris oleh Adolf Wagner terhadap negara-negara Eropa, Amerika Serikat dan Jepang pada abad ke 19 menunjukkan bahwa aktivitas pemerintah dalam perekonomian cenderung semakin meningkat. Wagner mengukur perbandingan pengeluaran pemerintah terhadap PDB dengan mengemukakan suatu teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin besar dalam persentase terhadap PDB.

Wagner menyatakan bahwa dalam suatu perekonomian apabila pendapatan per kapita meningkat maka secara relatif pengeluaran pemerintah pun akan meningkat terutama disebabkan karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul dalam masyarakat, hukum, pendidikan, rekreasi, kebudayaan dan sebagainya.

Hukum tersebut dapat dirumuskan dengan notasi:

$$\frac{GpC_t}{YpC_t} > \frac{GpC_{t-1}}{YpC_{t-1}} > \frac{GpC_{t-2}}{YpC_{t-2}} \dots > \frac{GpC_{t-n}}{YpC_{t-n}}$$

Sumber: Mangkoesubroto, 1997

Ket;

$GpC$  : Pengeluaran pemerintah perkapita

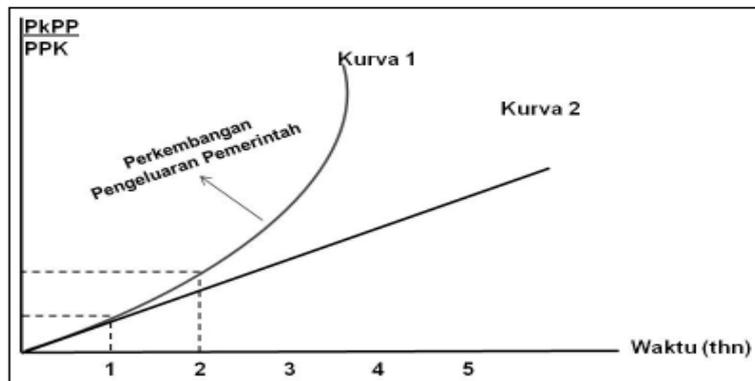
$YpC$  : Produk atau pendapatan nasional per kapita

$t$  : Indeks waktu

Hukum tersebut memberi dasar akan timbulnya kegagalan pasar dan eksternalitas. Sehingga Wagner menyadari bahwa dengan bertumbuhnya perekonomian akan menyebabkan hubungan antara industri dengan industri dan hubungan industri dengan masyarakat akan semakin rumit dan kompleks. Sehingga potensi terjadinya kegagalan eksternalitas negatif semakin besar.

Berkaitan dengan hukum Wagner, dapat dilihat beberapa penyebab semakin meningkatnya pengeluaran pemerintah ada 5 hal yaitu tuntutan peningkatan perlindungan keamanan dan pertahanan, kenaikan tingkat pendapatan masyarakat, urbanisasi yang mengiringi pertumbuhan ekonomi, perkembangan ekonomi, perkembangan demokrasi dan ketidakefisienan birokrasi yang mengiringi perkembangan pemerintahan.

**Gambar 2.1 Pertumbuhan Pengeluaran Pemerintah menurut Wagner**



*Sumber: Mangkoesubroto, 1997*

Kurva diatas menunjukkan secara relatif peranan pemerintah semakin meningkat. Teori Wagner mendasarkan pandangannya pada suatu teori yang disebut organic theory of state yaitu teori organis yang menganggap pemerintah sebagai individu yang bebas bertindak terlepas dengan masyarakat lain.

## **2. Teori Peacock dan Wiseman**

Peacock dan Wiseman adalah dua orang yang mengemukakan teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang terbaik. Peacock dan Wiseman mengemukakan pendapat lain dalam menerangkan perilaku perkembangan pemerintah. Mereka mendasarkannya pada suatu analisis penerimaan pengeluaran pemerintah. Pemerintah selalu berusaha memperbesar pengeluarannya dengan mengandalkan memperbesar penerimaan dari pajak. Padahal masyarakat tidak menyukai pembayaran pajak yang besar.

Peacock dan Wiseman mendasarkan teori mereka pada suatu teori bahwa masyarakat mempunyai suatu tingkat toleransi pajak, yaitu suatu tingkat dimana masyarakat dapat memahami besarnya pungutan pajak yang dibutuhkan oleh pemerintah untuk membiayai pengeluaran pemerintah. Jadi masyarakat menyadari bahwa pemerintah membutuhkan dana untuk membiayai aktivitas pemerintah

sehingga mereka mempunyai tingkat kesediaan masyarakat untuk membayar pajak. Tingkat toleransi ini merupakan kendala bagi pemerintah untuk menaikkan pemungutan pajak secara semena-mena. Menurut Peacock dan Wiseman adalah pertumbuhan ekonomi menyebabkan pemungutan pajak semakin meningkat walaupun tarif pajak tidak berubah dan meningkatnya penerimaan pajak menyebabkan pengeluaran pemerintah juga semakin meningkat.

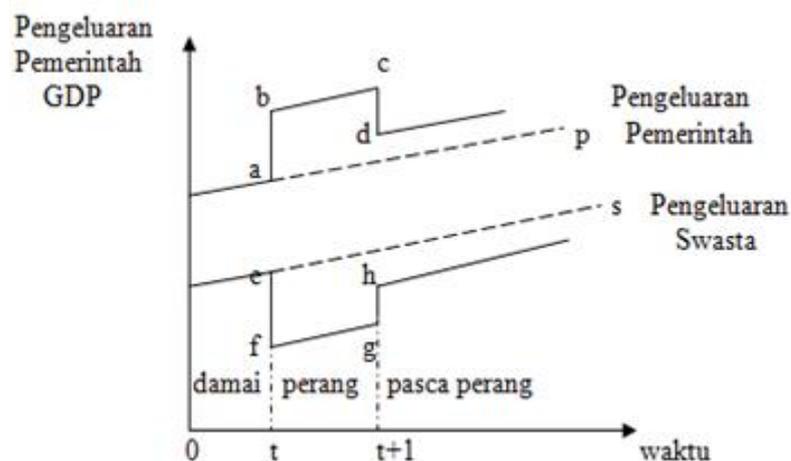
Jadi dalam keadaan normal, kenaikan PDB menyebabkan baik penerimaan maupun pengeluaran pemerintah. Apabila keadaan normal jadi terganggu, katakanlah karena perang atau eksternalitas lain, maka pemerintah terpaksa harus memperbesar pengeluarannya untuk mengatasi gangguan tersebut. Konsekuensinya timbul tuntutan untuk memperoleh penerimaan pajak lebih besar. Pungutan pajak yang lebih besar menyebabkan dana swasta untuk berinvestasi dan modal kerja menjadi berkurang. Efek ini disebut efek penggantian (*displacement effect*) yaitu adanya gangguan sosial menyebabkan aktivitas swasta dialihkan pada aktivitas pemerintah.

Pengentasan gangguan tidak hanya cukup dibiayai semata-mata dengan pajak sehingga pemerintah harus meminjam dana dari luar negeri. Setelah gangguan teratasi muncul kewajiban melunasi utang dan membayar bunga. Pengeluaran pemerintah yang semakin bertambah bukan hanya karena GNP bertambah tetapi karena adanya kewajiban baru tersebut. Akibat lebih lanjut adalah pajak tidak menurun kembali ke tingkat semula meskipun gangguan telah berakhir. Selain itu, masih banyak aktivitas pemerintah yang baru kelihatan setelah terjadinya perang dan ini disebut efek inspeksi (*inspection effect*). Adanya gangguan sosial juga akan menyebabkan terjadinya konsentrasi kegiatan

ke tangan pemerintah yang sebelumnya dilaksanakan oleh swasta. Efek inilah disebut sebagai efek konsentrasi (*concentration effect*).

Dengan adanya ketiga efek tersebut menyebabkan bertambahnya aktivitas pemerintah sehingga setelah perang selesai tingkat pajak tidak menurun kembali pada tingkat sebelum terjadi perang. Jadi berbeda dengan pandangan Wagner, perkembangan pengeluaran pemerintah versi Peacock dan Wiseman tidaklah berbentuk suatu garis, tetapi seperti tangga. Hal ini dapat dilihat pada gambar berikut ini :

**Gambar 2.2 Kurva Teori Peacock dan Wiseman**

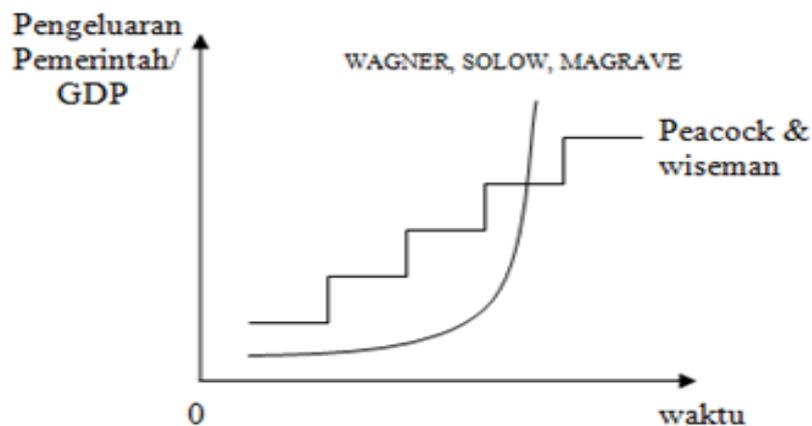


Sumber: Mangkoesubroto, 1997

Dalam keadaan normal,  $t$  ke  $t+1$ , pengeluaran pemerintah dalam persentase terhadap GNP meningkat sebagaimana yang ditunjukkan garis AP. Apabila pada tahun  $t$  terjadi perang maka pengeluaran pemerintah meningkat sebesar AB dan kemudian meningkat seperti yang ditunjukkan pada segmen BC. Setelah perang selesai pada tahun  $t+1$ , pengeluaran pemerintah tidak menurun ke P. Hal ini disebabkan setelah perang, pemerintah membutuhkan tambahan dana untuk mengembalikan pinjaman pemerintah yang digunakan dalam pembiayaan pembangunan.

Kenaikan tarif pajak tersebut dimaklumi oleh masyarakat sehingga tingkat toleransi pajak meningkat dan pemerintah dapat memungut pajak yang lebih besar tanpa menimbulkan gangguan dalam masyarakat. Secara grafik, perkembangan pengeluaran pemerintah versi Peacock dan Wiseman bukanlah berpola seperti kurva mulus berslope positif sebagaimana tersirat dalam pendapat Rostow dan Musgrave. Melainkan berslope positif dengan bentuk patah-patah seperti tangga yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

**Gambar 2.3 Perkembangan Pengeluaran Pemerintah Berdasarkan Pendapat**

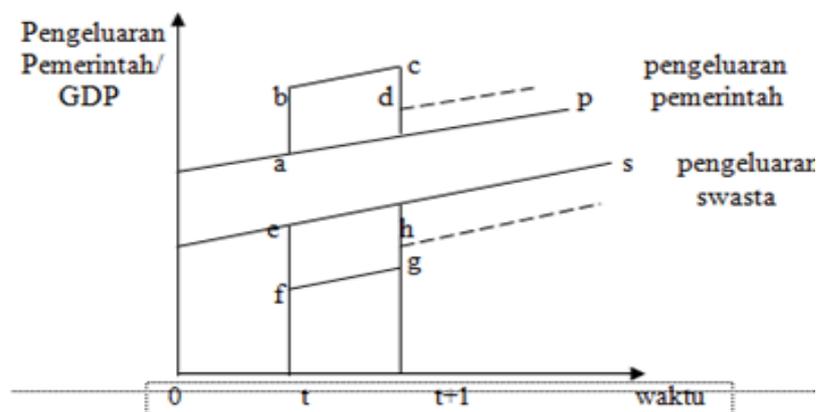


*Sumber: Mangkoesubroto, 1997*

Rostow Musgrave dan Peacock Wiseman Bird mengkritik hipotesa yang dikemukakan oleh Peacock dan Wiseman. Bird menyatakan bahwa selama terjadinya gangguan sosial memang terjadi pengalihan aktivitas pemerintah dari pengeluaran sebelum gangguan ke pengeluaran yang berhubungan dengan gangguan tersebut. Hal ini akan diikuti oleh peningkatan persentase pengeluaran

pemerintah terhadap PDB. Akan tetapi setelah terjadinya gangguan, persentase pengeluaran pemerintah terhadap PDB akan menurun secara perlahan-lahan kembali ke keadaan semula. Jadi menurut Bird, efek pengalihan merupakan gejala dalam jangka pendek, tetapi tidak terjadi dalam jangka panjang.

**Gambar 2.4 Kurva Bird**



Sumber: Mangkoesubroto, 1997

## B. Teori Mikro

Menurut Boediono (1999) Tujuan dari teori mikro mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah adalah untuk menganalisis factor-faktor yang menimbulkan permintaan akan barang public dan factor-faktor yang menimbulkan permintaan akan barang public dan faktor-faktor yang mempengaruhi tersedianya barang public interaksi antara permintaan dan penawaran untuk barang public menentukan jumlah barang public yang di sediakan melalui anggaran belanja.jumlah barang public yang akan di sediakan

tersebut selanjutnya akan menimbulkan permintaan barang lain. Teori mikro mengenai pengeluaran pemerintah dapat di rumuskan sebagai berikut:

**a. Penentuan Permintaan**

$$U_i = f(G, X)$$

$G$  = vector dari barang public

$X$  = vector barang swasta

$i$  = individu ; = 1, ... m

$U$  = fungsi utilitas

Seorang individu mempunyai permintaan akan barang public dan swasta. Akan tetapi, permintaan efektif akan barang tersebut ( pemerintah swasta ) tergantung pada kendala anggaran ( budget constraints ). Misalkan seseorang individu (i) membutuhkan barang public (k) sebanyak  $G_k$ , untuk menghasilkan  $i$  barang  $K$  sebanyak  $G_k$ , pemerintah harus mengatur sejumlah kegiatan pemerintah harus berusaha untuk peningkatan penjagaan keamanan, dalam pelaksanaan usaha meningkatkan keamanan tersebut tidak mungkin bagi pemerintah untuk menghapuskan sama sekali angka kejahatan, karena itu pemerintah dan masyarakat harus menetapkan suatu tingkat keamanan yang dapat di toleri oleh masyarakat. Suatu tingkat keamanan tertentu dapat di capai dengan berbagai kombinasi aktivitas atau dengan menggunakan berbagai fungsi produksi.

## b. Penentuan tingkat Output

$$U_p = g ( X, G, S )$$

$U_p$  = fungsi utilitas

$S$  = Keuntungan yang di peroleh poitisi dalam bentuk materi atau kedudukan

$G$  = vector barang public

$X$  = vector barang swasta

Kita asumsikan bahwa fungsi utilitas masyarakat diwakili seorang pemelih:Max

$$U_i = f ( X, G )$$

Dengan pemuasan di batasi kendala anggaran sehingga rumusnya :  $P \times X + t$

$$B < M_i$$

$P$  = vector harga barang swasta

$X$  = vector barang swasta

$B_i$  = basis pajak individu 1

$M_i$  = total pendapatan individu 1

$T$  = tarif pajak

Kurva permintaan dari pemilik yang di wakili masyarakat di tentukan oleh 2 proses yaitu: dengan mengasumsikan pemilik tidak punya kemampuan mempengaruhi tariff pajak, sehingga dia bertindak sebagai pengambil harga ( *Price Taker* ) atau,asumsikan kedua pemilik tidak bisa menentukan jumlah barang public, sehingga ia bertindak pengambil output ( *Output Taker* ).

### C. Kebijakan Pemerintah

Kemitraan yang luas antara pemerintah Indonesia, *UNICEF*, dan Uni Eropa dalam mengatasi masalah gizi di kalangan anak-anak bangsa menunjukkan tanda-tanda kemajuan yang penting.

Pada Saat Kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono dalam sambutannya pada seminar dan pameran pangan nasional Jakarta *Food Security Summit: Feed Indonesia Feed The World 2012* yang digelar di Jakarta *Convention Center*, mengatakan pemerintah terus bekerja untuk mengatasi kekurangan gizi dan kesuliatan untuk mendapatkan pangan dengan program, Program-program pro rakyat yang dimaksud seperti program beras miskin (raskin) dengan harga murah, menggratiskan pelayanan kesehatan dan pemberian bea siswa untuk siswa miskin.

Tahun 2011, sebanyak hampir 500 petugas kesehatan, bidan, ahli gizi, dan relawan masyarakat telah mendapatkan manfaat dari pelatihan khusus yang memungkinkan mereka untuk lebih memahami penyebab terhambatnya pertumbuhan tinggi badan juga penyebab kekurangan gizi, dan langkah-langkah apa saja yang dapat dilakukan untuk membantu para keluarga dalam merawat anak-anak mereka secara lebih efektif. Aksi-aksi masyarakat pun telah didukung, dimana di dalamnya termasuk pelaksanaan kegiatan untuk meningkatkan sarana kebersihan, mempromosikan pemberian ASI yang lebih baik, termasuk pemberian makanan pendamping ASI, dan juga memantau status gizi anak-anak, sebagai bagian dari rencana pembangunan lokal di wilayah mereka.

Pendidikan gizi tengah dipadukan ke dalam program pemerintah yang lainnya disebut dengan Program Keluarga Harapan (PKH), yang membantu

penyediaan bantuan berupa uang tunai kepada para keluarga miskin sebagai imbalan atas partisipasi mereka dalam memprakarsai kesehatan dan pendidikan. Karya yang cukup besar telah dilaksanakan untuk menambah pedoman, standar, dan materi pelatihan dalam pengelolaan kondisi gizi buruk yang parah, memfasilitasi ASI dan makanan pendamping ASI, dan juga meningkatkan program-program zat gizi mikro.

“Kita tahu bahwa perbaikan gizi dapat menjadi kenyataan jika semua orang-orang di dalam masyarakat menyadari bagaimana berperilaku gizi yang baik dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Inilah hal utama yang paling penting, namun seringkali diabaikan, oleh keluarga-keluarga yang paling rentan terkena masalah gizi buruk”, perwakilan *UNICEF* untuk Indonesia, *Angela Kearney*, menyebutkan. Menangani masalah terhambatnya pertumbuhan tinggi badan, pada khususnya, memiliki konsekuensi penting bagi prospek ekonomi dan pembangunan jangka panjang di Indonesia, karena dengan penanganan yang baik, anak-anak akan menunjukkan perilaku yang lebih baik di sekolah, tumbuh lebih sehat, dan dengan demikian, dapat berperan sebagai orang yang lebih berguna di dalam lingkungan masyarakat mereka ketika mereka dewasa nantinya.

Dr. Minarto, Direktur Gizi untuk Kementerian Kesehatan Indonesia, juga menggarisbawahi pentingnya pergeseran kebijakan yang coba diusung oleh kemitraan ini. “Indonesia adalah pemain terkemuka dalam mengakselerasi perbaikan gizi (SUN) global, dan melalui kolaborasi ini kita telah mendirikan jaringan kunci di antara departemen-departemen pemerintah, badan-badan PBB, lembaga bantuan internasional, organisasi-organisasi non-pemerintah, dan juga sektor swasta, yang akan membantu lebih baik lagi dalam mengawasi penargetan

sumber-sumber daya, tanggapan program yang lebih baik, dan yang terpenting, reformasi kebijakan untuk meningkatkan gizi bagi anak-anak kita.”

Berbicara untuk Uni Eropa, yang telah menyumbangkan sebesar €20 juta (US\$245 juta) kepada *UNICEF* untuk mengatasi masalah kekurangan gizi di seluruh wilayah Asia dan Pasifik, Mr. Erik Habers, Kepala Operasi Utusan Uni Eropa untuk Indonesia, Brunei Darussalam, dan *ASEAN*, menggarisbawahi bahwa mengurangi gizi buruk adalah prioritas utama, dimana beliau juga menegaskan bahwa Uni Eropa memiliki keterlibatan yang besar dalam perang global melawan gizi buruk dan mekanisme koordinasi untuk mengakselerasi perbaikan gizi (SUN). Mr. Habers juga memperhatikan bahwa Uni Eropa pun telah meningkatkan pendanaan langsung untuk menangani kekurangan gizi di Asia, Amerika Latin, dan Afrika, dimana sejak tahun 2008 Uni Eropa telah memberikan sumbangan lebih dari €650 juta dalam campur tangannya seputar masalah gizi di Indonesia, perhatian kemitraan ini difokuskan pada seluruh provinsi, dan melalui program-program perbaikan gizi dan pengetahuan yang lebih baik tentang praktek makan yang sehat, kemitraan ini bertujuan untuk meraih 3,8 juta anak-anak dan 800.000 wanita hamil dan menyusui. Terhambatnya pertumbuhan tinggi badan diidap oleh lebih dari 1 anak dari 3 anak-anak di bawah usia lima tahun di Indonesia, sementara sedikitnya 1 anak dari 5 anak-anak dalam kelompok usia ini pun kekurangan berat badan.

### **2.1.5 Pengeluaran Rumah Tangga**

Rumah tangga adalah seseorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik atau sensus, dan biasanya tinggal bersama serta makan dari satu dapur. Yang di maksud dengan makan satu dapur adalah mengurus kebutuhan sehari-hari bersama menjadi satu (bps.go.id). Rumah tangga merupakan konsumen atau peakai barang dan jasa sekaligus juga factor-factor produksi tenaga kerja, lahan, modal dan kewirausahaan.

Rumah tangga menjual atau mengelola factor-factor produksi untuk memperoleh balas jasa. Balas jasa atau imbalan tersebut adalah upah, sewa, bunga deviden, dan laba yang merupakan komponen penerimaan atau pendapatan rumah tangga. Penerimaan lain yang mungkin di peroleh rumah tangga adalah transfer (pemberian Cuma-Cuma), perkiraan pendapatan (imputasi) dari rumah milik rumah tangga tersebut yang di tempati sendiri atau, di tempati oleh pihak lain dengan bebas sewa, dan hasil produksi barang/jasa dari kegiatan yang tidak di golongankan sebagai kegiatan usaha rumah tangga.

Ada dua cara penggunaan pendapatan atau dengan kata lain dengan pengeluaran rumah tangga, Yang pertama: Membelanjakan untuk barang konsumsi. Dan yang kedua : tidak membelanjakan nya seperti di tabung atau menabung. Pengeluaran rumah tangga merupakan salah satu indicator yang dapat memberikan gambaran keadaan kesejahteraan penduduk.

Menurut Sukirno (1994:38) Menyatakan bahwa pengeluaran rumah tangga sebagai suatu nilai pembelanjaan yang di lakukan oleh rumah tangga untuk membeli berbagai jenis kebutuhan nya dalam satu tahun atau priode waktu

tertentu, pendapatan yang di terima rumah tangga akan di pergunakan untuk memenuhi kebutuhan misalnya membeli makanan,pakaian, dan lain-lain.

### **1. Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga**

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS, 2007 : 36) mengartikan pengeluaran sebagai suatu penggunaan uang,barang atau jasa yang di gunakan baik untuk keperluan konsumsi makanan maupun non makanan guna memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari selama satu bulan.

Pengertian pengeluaran secara umum sering di nyatakan sebagai tindakan seseorang (individu) atau kelompok dalam membelanjakan pendapatanya dengan tujuan membeli barang dan jasa yang diinginkan. Pengeluaran tidak selalu untuk membeli barang-barang yang dapat di makan dan di minum,namun di dalam pengeluaran itu termasuk semua barang dan benda-benda yang di pakai untuk memenuhi kebutuhan manusa baik secara jasmani maupun rohani.

Dalam penenrapanya, peningkatan pendapatan individu atau rumah tangga biasanya digunakan untuk menambah konsumsi bahan pokok guna memenuhi kehidupan sehari-hari sampai melewati batas tertentu dan batas tersebut telah terlampaui maka peningkatan pendapatan individu atau rumah tangga cenderung di pergunakan untuk mengkonsumsi barang mewah dalam kehidupan sehari-hari.

Pengeluaran konsumsi di lakukan untuk mempertahankan taraf hidup karena pengeluaran konsumsi tersalur ke pengeluaran pangan, sandang, perumahan, bahan bakar, pengangkutan, hiburan, dan perawatan kesehatan .pada tingkat pendapatan yang rendah pengeluaran konsumsi umumnya di belanjakan untuk kebutuhan pokok guna memenuhi kebutuhan jasmani. Konsumsi pangan

adalah yang terpenting karena pangan adalah jenis barang utama untuk mempertahankan kelangsungan hidup.

## **2. Pengeluaran Non Konsumsi Rumah Tangga (Saving)**

Tabungan rumah tangga di peroleh apabila penerimaan rumah tangga di kurangi dengan pengeluaran untuk konsumsi dan untuk transfer (bps.go.id). Tabungan keluarga sifatnya statis dan tidak berbunga, tabungan yang demikian hanya hoording, untuk menggiatkan tabungan keluarga statis kearah tabungan dinamis atau produktif, pemerintah menarik para penabung dengan cara tabanas dan taska (Chainiago dan Mudjiharjo 1995).

Rumah tangga menabung dengan beberapa tujuan antara lain:

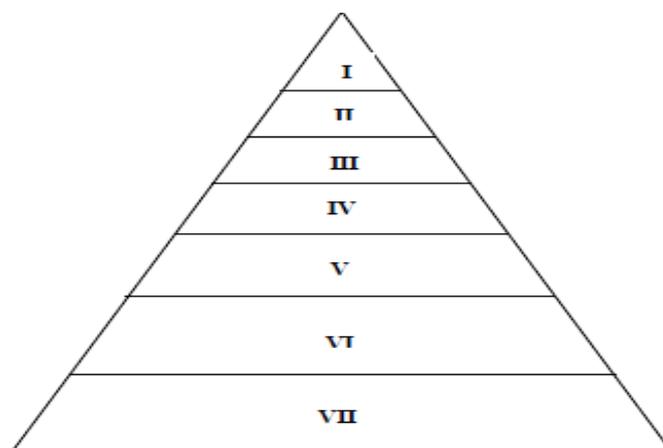
1. Berjaga – jaga terhadap kemungkinan terjadinya pengeluaran belanja yang tak di duga dan tak di ketahui sebelumnya.
2. Memperbaiki taraf hidup seseorang di mata masyarakat (misalnya untuk tabungan konsusi mewah).
3. Untuk dapat membeli barang-barang tertentu yang tidak dapat di miliki dengan pendapatan sekarang ini.
4. Cadangan untuk masa depan.
5. Sebagai jaminan misalnya terjadi pendapatan yang turun naik.

### 2.1.6 Teori Dasar Kebutuhan Manusia

Kebutuhan manusia sangatlah beragam dari kebutuhan yang paling mendasar (fisiologis) yang lebih diarahkan pada upaya mempertahankan kelangsungan hidup sampai dengan kebutuhan manusia akan keindahan. Upaya pengklasifikasian kebutuhan manusia telah banyak dilakukan oleh psikolog, antara lain oleh Abraham Maslow pada tahun 1970 dengan hipotesisnya kebutuhan diorganisir sedemikian rupa untuk menetapkan prioritas dan hierarki kepentingan. Menurut Maslow terdapat lima tingkatan kebutuhan yang berjajar dalam prioritas dari urutan terendah hingga urutan yang tertinggi. Tingkatan-tingkatan ini masuk kedalam tiga tingkatan kategori dasar, yaitu (1) kelangsungan hidup dan keamanan, (2) interaksi manusia, cinta dan afiliasi, (3) aktualisasi diri (kompetensi, ekspresi diri dan pengertian).

Gambaran hierarki kebutuhan manusia menurut Maslow secara jelas terlihat pada gambar 2.5 di bawah ini:

**Gambar 2.5 Hierarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow**



*Sumber: Maslow (1970)*

Keterangan :

- I. Keindahan (*Aesthetic*), kepuasan estetika
- II. Pengetahuan (*Knowledge*), kebutuhan memahami dan mengetahui
- III. Aktualisasi diri (*Self Fullfillment*), kebutuhan akan pemenuhan diri
- IV. Penghargaan (*Esteem*), kebutuhan akan harga diri, reputasi, prestise dan status
- V. Cinta dan rasa memiliki (*Belonginess and Love*), kebutuhan akan kasih sayang, rasa memiliki dalam sebuah kelompok, dan rasa diterima dalam keluarga
- VI. Keamanan (*Safety*), kebutuhan akan rasa aman, perlindungan dan tata tertib
- VII. Fisiologis (*Physiological*), kebutuhan akan makanan, minuman, seks, **kesehatan** dan perumahan.

Maslow mengidentifikasi hierarki tujuh tingkatan kebutuhan yang disusun berjenjang dengan urutan manusia. Orang akan tetap berada dalam sebuah tingkat kebutuhannya dalam tingkat itu terpuaskan. Kemudian kebutuhan yang baru muncul pada tingkat yang lebih tinggi. Untuk kebutuhan pengetahuan dan keindahan diidentifikasi Maslow sebagai tambahan kebutuhan kognitif bagi sejumlah orang yang memenuhi kebutuhan aktualisasi diri. Dalam konteks kebutuhan Maslow, kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar di samping kebutuhan fisiologis lainnya seperti makan, minum dan perumahan.

Menurut Mills dan Gilson (1990) kesehatan merupakan suatu kebutuhan (*need*) yang diartikan secara umum yang merupakan perbandingan antara situasi nyata dan standar teknis tertentu yang telah disepakati. Selain itu juga kesehatan merupakan kebutuhan yang dirasakan (*felt need*) yaitu kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh individu. Sehingga keputusan untuk memanfaatkan suatu pelayanan

kesehatan merupakan pencerminan kombinasi normatif dan kebutuhan yang dirasakan.

### **2.1.7 Pengertian Program Makanan Tambahan Dan Tujuan Program Makanan Tambahan**

**1. Program Makanan Tambahan adalah:** salah satu komponen penting Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) dan program yang dirancang oleh pemerintah. PMT sebagai sarana pemulihan gizi dalam arti kuratif, rehabilitatif dan sebagai sarana untuk penyuluhan merupakan salah satu bentuk kegiatan pemberian gizi berupa makanan dari luar keluarga, dalam rangka program UPGK. PMT ini diberikan setiap hari, sampai keadaan gizi penerima makanan tambahan ini menunjukkan perbaikan dan hendaknya benar-benar sebagai penambah dengan tidak mengurangi jumlah makanan yang dimakan setiap hari dirumah. Pada saat ini program PMT tampaknya masih perlu dilanjutkan mengingat masih banyak balita dan anak-anak yang mengalami kurang gizi bahkan gizi buruk, (Depkes 2007).

**2. Program makanan tambahan bertujuan untuk:** memperbaiki keadaan gizi pada anak golongan rawan gizi yang menderita kurang gizi, dan diberikan dengan kriteria anak balita yang tiga kali berturut-turut tidak naik timbangannya serta yang berat badannya pada KMS terletak dibawah garis merah. Bahan makanan yang digunakan dalam PMT hendaknya bahan-bahan yang ada atau dapat dihasilkan setempat, sehingga kemungkinan kelestarian program lebih besar.

Diutamakan bahan makanan sumber kalori dan protein tanpa mengesampingkan sumber zat gizi lain seperti: padi-padian, umbi-umbian, kacang-kacangan, susu, ikan, sayuran hijau, kelapa dan hasil olahannya, (Depkes 2007).

### **2.1.8 Penerima Program Makanan Tambahan (PMT)**

1. Balita sasaran adalah bayi usia 0-5 bulan.
2. Balita gizi kurang adalah balita dengan status gizi kurang yang berdasarkan indikator BB/U 6 - 11 bulan.
3. Balita kurus adalah balita dengan status gizi kurang yang berdasarkan indikator BB/TB 6 - 11 bulan.
4. Anak dengan status gizi buruk yang berdasarkan indikator BB/U 1-3 tahun dan 4-6 tahun.

### **2.1.9 Dampak**

Dampak adalah pengaruh yang mendatangkan akibat baik positif atau pun bersifat negative, pengaruh juga di sebut suatu keadaan dimana ada hubungan timbal balik atau hubungan sebab akibat antara apa yang mempengaruhi dengan apa yang di pengaruhi.

Dampak lain dari Program Makanan Tambahan (PMT) adalah dampak dimana pola status gizi Balita/Anak yang menerima Program Makanan Tambahan tersebut (PMT).

## 2.2 Penelitian Terdahulu

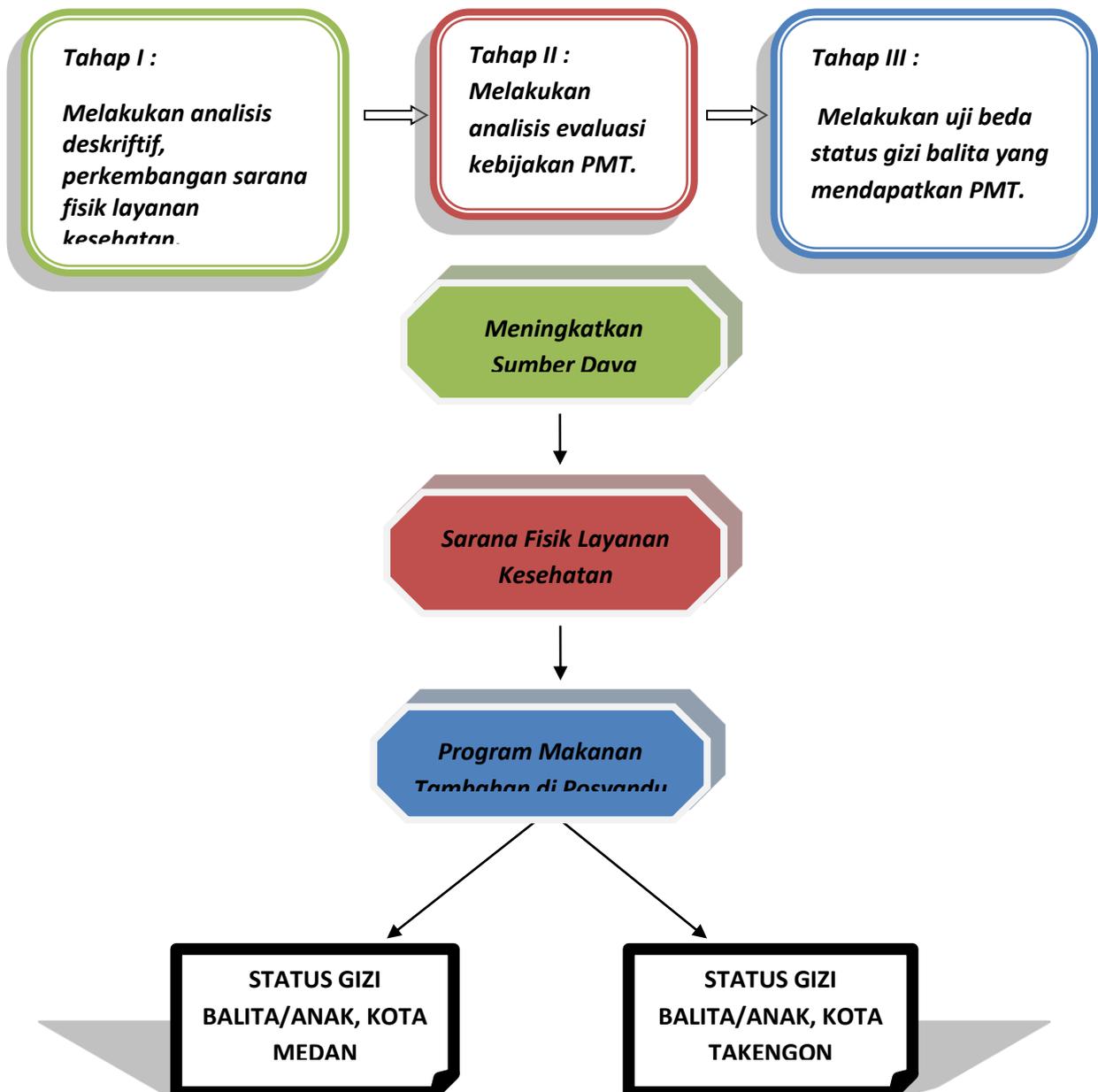
Tabel 2.1

Judul, Nama Penulis, Tahun	Metode Analisis	Kesimpulan
<p>1. Estimasi Kerugian Ekonomi Akibat Status Gizi Buruk dan biaya Penanggulangan Pada Balita/Anak di Berbagai Provinsi di Indonesia. Muhammad aries dan Drajat Martianto. (2006)</p>	<p>Deskriptif. Pengolahan data dilakukan dengan program <i>microsoft office excell</i> 2003.</p>	<p>1. Secara nasional, besarnya estimasi potensi ekonomi yang hilang akibat KEP pada balita adalah antara 0.27% – 1.21% dari PDB Indonesia atau nilainya antara Rp 4.24 triliun – Rp 19.08 triliun.            2. Provinsi yang mengalami kehilangan potensi ekonomi tertinggi dan terendah akibat KEP pada balita yaitu Provinsi DKI Jaya dan Provinsi Maluku Utara. Provinsi yang mengalami kehilangan PDRB tertinggi akibat kasus gizi buruk (KEP) pada balita adalah Provinsi Gorontalo sedangkan yang terendah adalah Provinsi Jambi.            3. Rata-rata biaya program PMT di setiap provinsi di Indonesia tahun 2003 sebesar Rp 1.62 milyar. Secara nasional, biaya yang diperlukan untuk kegiatan PMT balita gizi buruk mengacu pada perhitungan Baltusen adalah Rp 52.66 milyar per tahun. Hal ini menunjukkan bahwa biaya penanggulangan jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan besarnya kerugian ekonomi yang akan timbul jika tidak dilakukan upaya penanggulangan</p>
<p>2. Keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan Untuk Balita di Kota Bandar Lampung Rini alita. (2013)</p>	<p>Cross sectional Kualitatif</p>	<p>Keberhasilan perencanaan operasional telah dilakukan dengan baik oleh Tenaga pelaksana Gizi adalah 64,3%, keberhasilan pe- Sedangkan keberhasilan pemantauan operasional PMT-P yang dilakukan dengan baik sebesar 60,7%, keberhasilan pencatatan operasional PMT-P yang dilakukan dengan baik sebesar 50,0%, keberhasilan penilaian operasional PMT-P yang dilakukan dengan baik 71,4% dan keberhasilan pelaporan operasional PMT-P yang dilakukan dengan baik 75,0%.            Ada hubungan bermakna antara fungsi manajemen perencanaan, pelaksanaan,</p>

	<p> pencatatan, penilaian dan pelaporan operasional PMT-P oleh Tenaga Pelaksana Gizi dengan tingkat keberhasilan operasional Program PMT-P. </p> <p> Faktor manajemen yang berhubungan dengan keberhasilan operasional Prog. PMT-P di Kota Bandar Lampung adalah perencanaan dan penilaian, dan variabel yang paling dominan adalah penilaian. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung perlu mengkaji kembali bahan olahan yang diterima oleh balita dalam pelaksanaan Program PMT-P sebaiknya diolah sendiri bukan olahan pabrik sesuai petunjuk Buku Panduan Penyelenggaraan PMT-P Bagi Balita Gizi Kurang yang dikeluarkan Kemenkes RI. </p> <p> Kepala Puskesmas Kota Bandar Lampung perlu meningkatkan pemantauan dalam pelaksanaan Program PMT-P dan memberi motivasi kepada Tenaga Pelaksana Gizi agar keberhasilan pelaksanaan program tercapai sesuai dengan fungsi manajemen yaitu perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, pencatatan, penilaian dan pelaporan. </p> <p> Tenaga Pelaksana Gizi </p> <p> Dalam pelaksanaan Program PMT-P, TPG diharapkan dapat melaksanakan pencatatan kegiatan secara rutin dan membuat rekapitulasinya. Selain itu pelaporan ke Dinas kesehatan Kota Bandar Lampung hendaknya dilakukan secara rutin sehingga tidak menghambat pelaporan yang dilakukan secara berjenjang dari Dinas Kesehatan Kota ke Dinas Kesehatan Propinsi dan selanjutnya ke Kementerian Kesehatan. </p> <p> Untuk peneliti selanjutnya disarankan dapat melakukan penelitian dengan metode kuantitatif dan kualitatif, agar diperoleh gambaran secara detil tentang manajemen operasional PMT-P untuk balita. </p> <p> Laksanaan PMP-P yang baik sebesar 46,4%. </p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>3. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Status Gizi Balita di Kecamatan Ajung Kabupaten Jember, Yuli Indart.i( 2016 )</b></p>	<p>Kuantitatif Cross sectional</p>	<p>Dari beberapa variabel yang diteliti yaitu dukungan keluarga/orang dewasa lain di rumah, status ekonomi keluarga dan status bekerja ibu, maka status ekonomi keluarga mempunyai hubungan yang bermakna dengan status gizi balita. Sedangkan variabel lain yaitu dukungan keluarga/orang dewasa lain di rumah dan status bekerja ibu tidak menunjukkan hubungan yang bermakna.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 2.3 Gambaran Kerangka Konseptual



## 2.4 Hipotesis

Dari Kerangka Konseptual di atas maka peneliti menyelesaikan masalah tersebut dengan membuat hipotesis (dugaan sementara) sebagai berikut:

**$H_0: b = 0$**  (Tidak terdapat perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara).

**$H_a: b \neq 0$**  (Terdapat perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Pendekatan Penelitian**

Metode dasar yang di gunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis pendekatan deskriptif induktif, menurut kuncoro (2003, hal 36) bahwa metode deskriptif induktif meliputi pengumpulan data untuk menguji hipotesis mengenai pertanyaan status terakhir dari subjek penelitian.

Penelitian komparatif merupakan jenis penelitian deskriptif yang berusaha mencari jawaban secara mendasar mengenai sebab-akibat, dengan menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya maupun munculnya suatu fenomena atau kejadian tertentu. Penelitian komparatif merupakan penelitian yang sifatnya membandingkan, yang dilakukan untuk membandingkan persamaan dan perbedaan 2 atau lebih sifat-sifat dan fakta-fakta objek yang diteliti berdasarkan suatu kerangka pemikiran tertentu. Penelitian komparatif biasanya digunakan untuk membandingkan antara 2 kelompok atau lebih dalam suatu variabel tertentu. (Nazir 2005, hal 58).

#### **3.2 Defenisi Operasional Variabel**

<b>Variabel</b>	<b>Defenisi Operasional</b>	<b>Indikator</b>
Pendapatan Rumah Tangga	Nilai pendapatan akan memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.	www.bps.go.id
Pengeluaran Rumah Tangga	Pengeluaran untuk kebutuhan makanan balita/anak setelah adanya Program PMT	Responden
Program Makanan Tambahan	Perubahan Gizi Balita/Anak setelah adanya PMT	Responden
Status Gizi	Kecukupan Gizi Standar Balita/Anak Yang Terpenuhi setelah adanya PMT	www.depkes.go.id

### 3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi Penelitian ini dilakukan di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan di Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara. Adapun alasan pemilihan lokasi ini dikarenakan kota Medan dan Kota Takengon banyak balita/anak yang mendapatkan Program Makanan Tambahan (PMT).

**Tabel 3.1**  
**Waktu Penelitian**

No	Kegiatan	Desember				Januari				Februari				Maret				April				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1.	Pengumpulan data, pengajuan judul dan pengesahan judul																					
2.	Penulisan Profosal																					
3.	Seminar Profosal																					
4.	Analisa Data																					
5.	Penulisan Laporan																					
6.	Sidang Meja Hijau																					

### 3.4 Populasi

Populasi menunjukkan keadaan jumlah objek penelitian itu sendiri, Menurut kuncoro populasi kelompok elemen yang lengkap. Yang biasanya berupa orang, objek, transaksi, atau kejadian dimana kita tertarik untuk mempelajarinya atau menjadi objek penelitiannya. (kuncoro 2001: bab 3).

Dalam penelitian ini menjadi populasi adalah rumah tangga yang menerima Program Makanan Tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan di Takengon, Kecamatan Silih Nara.

Untuk Kota Medan populasi PMT Puskesmas Sering sebanyak 32 RT, dan populasi Takengon PMT Puskesmas Angkup 41 RT, jumlah sampel peneliti adalah semua populasi peserta PMT Puskesmas Bhayangkara dan Puskesmas Angkup.

### **3.5 Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data**

Adapun yang di maksud sumber data dalam penelitian adalah subjek yaitu dari mana data di peroleh. Adapun sumber data dalam penelitian ini dapat di bagi dalam 2 bagian. (Suharsimi Arikunto, 2010)

1. Data Primer: Data yang di peroleh dengan wawancara langsung kepada responden, Ibu yang mempunyai Balita/Anak yang menerima Program Makanan Tambahan (PMT).
2. Data Sekunder: Data yang di peroleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) dan Puskesmas serta profil Kesehatan Sumatera Utara dan Nanggroe Aceh Darussalam.

### **3.6 Teknik Analisa Data**

Teknik analisis data yang di gunakan adalah analisis deskriptif dan komparatif yaitu dengan menganalisis data yang di peroleh dan membedakan hasil pengamatan untuk perlakuan yang tidak sama, yang di sebut dengan uji beda 2 rata-rata, (Dhani, Roswita).

1. **Analisis Deskriptif:** yaitu mendiskripsikan data yang di peroleh dari kuisisioner baik secara persentasi, maupun dengan grafik.
2. **Analisis Induktif:** yaitu menguji data yang di peroleh dengan cara uji komparatif.

**Adapun Langkah-Langkah Pengujian Sebagai Berikut:**

**1. Hipotesis**

- A.  **$H_0: b = 0$**  (Tidak terdapat perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara).
- B.  **$H_a: b \neq 0$**  (Terdapat perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara).

**2. Uji Statistic yang di gunakan adalah uji beda t :**

$$t = \frac{\bar{x}_M - \bar{x}_T}{\sqrt{\frac{S_M}{n_M} + \frac{S_T}{n_T}}}$$

Dimana:

Jumlah Sample Status gizi Balita/Anak Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung =  $n_M$

Jumlah Sample Status gizi Balita/Anak Takengon, Kecamatan Silih Nara =  $n_T$

Rata-rata Status gizi Balita/Anak Per Kepala Rumah Tangga Kota Medan,

Kecamatan Medan Tembung =  $\bar{x}_M$

Rata-rata Status giziBalita/AnakPerKepalaRumahTanggaTakengon, Kecamatan

$$\text{Silih Nara} = \bar{x}_T$$

Simpangan Baku Status giziburukBalita/AnakPerKepalaRumahTangga Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung =  $S_M$

Simpangan Baku Status giziburukBalita/AnakPerkepalaRumahTanggaTakengon, Kecamatan Siih Nara =  $S_T$

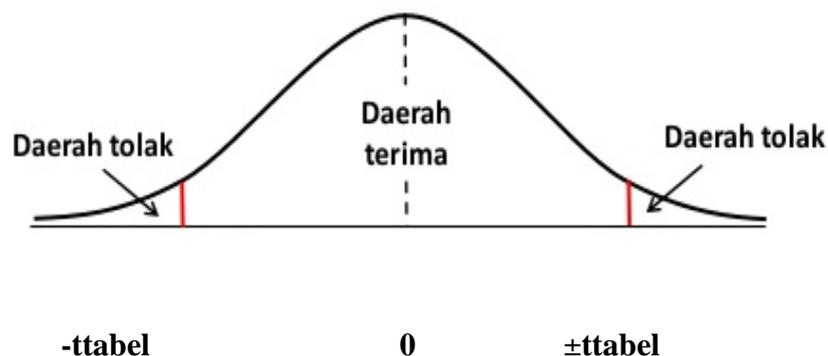
DerajatKesalahan= $\alpha = 10\%$

Dan nilai (t hitung) di bandingkan dengan nilai t table dimana t table =  $\pm t_{\text{table}}(\alpha / 2, n_A + n_B - 2)$

### 3.Kriteria Uji

1. Terima  $H_0$  jika nilai t hitung berada dalam internal t table atau  $- t_{\text{table}} \leq t_{\text{hitung}} \leq t_{\text{table}}$ , hal lain tolak  $H_0$  atau dalam kurva distribusi normal adalah:

Gambar 3.1



### 4. Kesimpulan

Dalam Hal ini Peneliti untuk Mengelola Menggunakan Alat Bantu Program Komputer dimana dengan derajat Kesalahan  $\alpha = 10\%$ , dikatakan sig jika nilai sig <  $\alpha = 10\%$  atau tolak  $H_0$ .

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DATA DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Deskripsi Objek Penelitian**

##### **4.1.1 Gambaran Umum Kota Medan**

###### **A.Kondisi Geografis**

Kota Medan memiliki luas 26.510 hektar (265,10 km<sup>2</sup>) atau 3,6% dari keseluruhan wilayah Sumatera Utara. Dengan demikian, di bandingkan dengan Kota/Kabupaten lainnya, Medan memiliki luas wilayah yang relatif kecil dengan jumlah penduduk yang relatif besar. Secara geografis kota Medan terletak pada 3° 30' – 3° 43' Lintang Utara dan 98° 35' - 98° 44' Bujur Timur. Untuk itu topografi kota Medan cenderung miring ke utara dan berada pada ketinggian 2,5 - 37,5 meter di atas permukaan laut.

Secara administratif, batas wilayah Medan adalah sebagai berikut:

- Utara : Selat Malaka
- Selatan : Kabupaten Deli Serdang
- Barat : Kabupaten Deli Serdang
- Timur : Kabupaten Deli Serdang

Sebagian besar wilayah kota Medan merupakan dataran rendah yang merupakan tempat pertemuan dua sungai penting, yaitu sungai Babura dan sungai Deli. Kota Medan mempunyai iklim tropis dengan suhu minimum menurut stasiun Polonia pada tahun 2011 berkisar antara 23,2 ° C – 24,2 C dengan suhu maksimum berkisar antara 31,6 C – 35,8 C dan suhu maksimum berkisar 29,1 C-32,9 C.

## **B. Kondisi Topografi dan Demografis**

Kecamatan Medan Tembung dengan luas wilayahnya 7,78 KM<sup>2</sup> Kecamatan Medan Tembung adalah daerah pintu gerbang Kota Medan di sebelah Timur yang merupakan pintu masuk dari Kabupaten Deli Serdang atau daerah lainnya melalui transportasi darat, dengan penduduknya berjumlah : 133.579 jiwa Industri Pembuatan Kerupuk Di Kecamatan Medan Tembung ini banyak terdapat jenis usaha industri kecil seperti kerajinan rotan. Disamping itu banyak pula yang bergerak dibidang usaha industri rumah tangga seperti pembuatan sepatu dan konveksi. Sebagai informasi bagi investor dan masyarakat pada Kecamatan Medan Tembung ini terdapat 14 Ha pertanian.

Kecamatan Medan Tembung terletak di wilayah Timur Kota Medan dengan batas-batas sebagai berikut :

- Sebelah Barat berbatasan dengan :Kecamatan Medan Perjuangan
- Sebelah Timur berbatasan dengan :Kabupaten Deli Serdang
- Sebelah Selatan berbatasan dengan :Kecamatan Medan Denai
- Sebelah Utara berbatasan dengan :Kabupaten Deli Serdang

### **C.Sarana Pendidikan,Kesehatan,Ibadah, dan Transportasi**

Total sarana pendidikan di Kecamatan Medan Tembung sebanyak 120 sarana pendidikan di ketahui data tersebut dari Kementrian Pendidikan dan kebudayaan mulai dari SD,MIN,SMP,MTSN,SMA dan SMK dalam sarana pendidikan tersebut baik swasta maupun negeri. Bicara pendidikan kita tidak terlepas dari permasalahan kesehatan , akan kebutuhan hidup sehat bagi masyarakat yang ada di sekitar lingkungan, adapun jumlah Pukesmas di kecamatan medan tembung terdapat 1 unit Pukesmas dan 20 Poskesdes.

Oleh karna itu dari besarnya jumlah penduduk kecamatan Medan Tembung dari berbagai macam-macam suku dan agama sebesar 133.579 jiwa,yang memiliki sarana ibadah umat adalah sebagai berikut: 128 Mesjid tempat beribadah orang muslim sedangkan Gereja Protestan 24 unit dan Gereja Katolik memeilik 16 unit.dan Kemudian sarana transfortasi di Kecamatan Medan Tembung mulai dari roda 4 seperti angkot dan roda 3 seperti becak dan lain-lain.

#### **4.1.2 Gambaran Umum Kota Takengon**

##### **A.Kondisi Geografis**

Daerah Kabupaten Aceh Tengah merupakan salah satu kabupaten yang terletak di tengah Provinsi Aceh yang biasa di sebut Takengon dengan luas wilayah 4.318,39 km<sup>2</sup>, terletak antara 4,1033° sampai 5,5750° Lintang Utara dan 95,1540° sampai 97,20250 Bujur Timur dengan ketinggian bervariasi antara 200 meter sampai dengan 2.600 meter di atas permukaan laut.

Kabupaten Aceh Tengah memiliki iklim tropis, di mana musim kemarau biasanya jatuh pada Bulan Januari sampai dengan Juli, Musim hujan berlangsung dari Bulan Agustus sampai Bulan Desember. Rata-rata curah hujan berkisar antara 1.082 sampai dengan 2.409 Milimeter per tahun dengan jumlah hari hujan antara 113 sampai dengan 160 hari per tahun. Suhu udara maksimum rata – rata adalah 260<sup>o</sup>C dan minimum 150<sup>o</sup> C. Keadaan udara tidak terlalu lembab dengan rata – rata kelembaban nisbi 80 %.

Adapun batas-batas wilayah Kabupaten Aceh Tengah adalah :

- Utara : Kabupaten Bener Meriah dan Kabupaten Bireuen
- Selatan: Kabupaten Nagan Raya dan Kabupaten Gayo Lues
- Timur : Kabupaten Aceh Timur
- Barat : Kabupaten Pidie dan Kabupaten Aceh Barat

### **B.Topografi dan Demografis**

Kabupaten Aceh Tengah memiliki topografi wilayah yang bervariasi, mulai dari datar, lembah, bergelombang, berbukit sampai bergunung dengan kemiringan permukaan tanah mulai dari landai sampai curam. Kabupaten Aceh Tengah memiliki 14 kecamatan dengan jumlah desa sebanyak 309 desa dan jumlah penduduk 172,527 jiwa, dengan perbandingan laki-laki sebanyak 88.793 jiwa dan perempuan 86.734 jiwa, jumlah penduduk terbanyak tersebar pada golongan umur 15- 44 tahun yaitu 93.673 jiwa dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 47.604 jiwa dan perempuan 46.069 jiwa.

Kecamatan Silih Nara merupakan salah satu kecamatan yang terdapat dalam kabupaten Aceh Tengah, dengan luas wilayah 89 km<sup>2</sup>. Jumlah penduduk tahun 2011 adalah 20.540 jiwa dengan perbandingan laki-laki sebanyak 9.622 jiwa dan perempuan 10.918 jiwa. Dan jumlah penduduk terbanyak tersebar pada golongan umur 15- 44 tahun yaitu 10.041 jiwa, dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 5.069 jiwa dan perempuan 4.972 jiwa, dengan kepadatan penduduk 209.61 jiwa/km<sup>2</sup>.

Batas wilayah Kecamatan Silih Nara sebagai berikut:

- Timur berbatasan dengan: Kecamatan Bies
- Barat berbatasan dengan: Kecamatan Rusip Antara
- Selatan berbatasan dengan: Kecamatan Celala
- Utara berbatasan dengan: Kecamatan Ketol

### **C.Sarana Pendidikan,Kesehatan,Ibadah, dan Transportasi**

Total sarana pendidikan di Kecamatan Silih Nara sebanyak 29 sarana pendidikan di ketahui data tersebut dari Kementrian Pendidikan dan kebudayaan mulai dari SD,MIN,SMP,MTSN, dan SMA dalam sarana pendidikan tersebut baik swasta maupun negeri. Bicara pendidikan kita tidak terlepas dari permasalahan kesehatan , akan kebutuhan hidup sehat bagi masyarakat yang ada di sekitar lingkungan, adapun jumlah pukesmas di kecamatan Silih Nara Pukesmas pembantu ada 9 sedangkan Poskesdes ada 15. Oleh karna itu dari besarnya jumlah penduduk kecamatan Silih Nara dari berbagai macam-macam suku dan agama sebesar 20.540 jiwa,yang memiliki sarana ibadah umat adalah sebagai berikut:

57 Mesjid tempat beribadah orang muslim.dan Kemudian sarana transportasi di Kecamatan Silih Nara mulai dari roda 4 seperti angkot dan lain-lain.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Analisis Data Deskripsi**

Pada Bab ini penulis menganalisis data-data yang di peroleh dari hasil penelitian dengan menyebarkan angket (Kuisisioner), kepada masyarakat di kota Medan,Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara yang telah di tetapkan sebagai sampel yaitu sebanyak 73 Ibu yang memiliki balita,untuk Kecamatan Medan Tembung 32 Ibu balita dan Kecamatan Silih Nara 41 Ibu balita. Menganalisis data merupakan suatu upaya untuk menata dan mengelompokkan data untuk menjadi suatu bagian-bagaian tertentu berdasarkan jawaban sampel penelitian. Analisis data yang di maksud adalah interpestasi langsung berdasarkan data dan informasi yang di peroleh di lapangan. Adapun data-data yang di analisis pada bab ini sebagai berikut:

### **A. Identitas Ibu Balita Yang Memperoleh PMT di (Kota Medan,Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara)**

Dalam penelitian ini sampel yang di tetapkan sebagai responden memiliki kriteria tertentu, baik Balita Kota Medan maupun Balita Takengon yang menerima Program Makanan Tambahan (PMT), yaitu balita yang ada di Kecamatan Medan Tembung dan balita di Kecamatan Silih Nara dapat menjadi sampel di dalam penelitian ini. Teknik penarikan sample yang telah di tetapkan peneliti adalah *simple random sampling*, yaitu yang di gunakan oleh peneliti yang pengambilan sample balitanya di lakukan secara acak tanpa harus memperhatikan stratanya yang ada di dalam populasi. Berdasarkan hasil data yang telah di olah balita kota Medan yaitu 43,83% atau sebanyak 32 balita dan jumlah responden balita Takengon yaitu 56,16% atau sebanyak 41 balita. hasil data yang di peroleh dapat di lihat pada tabel berikut:

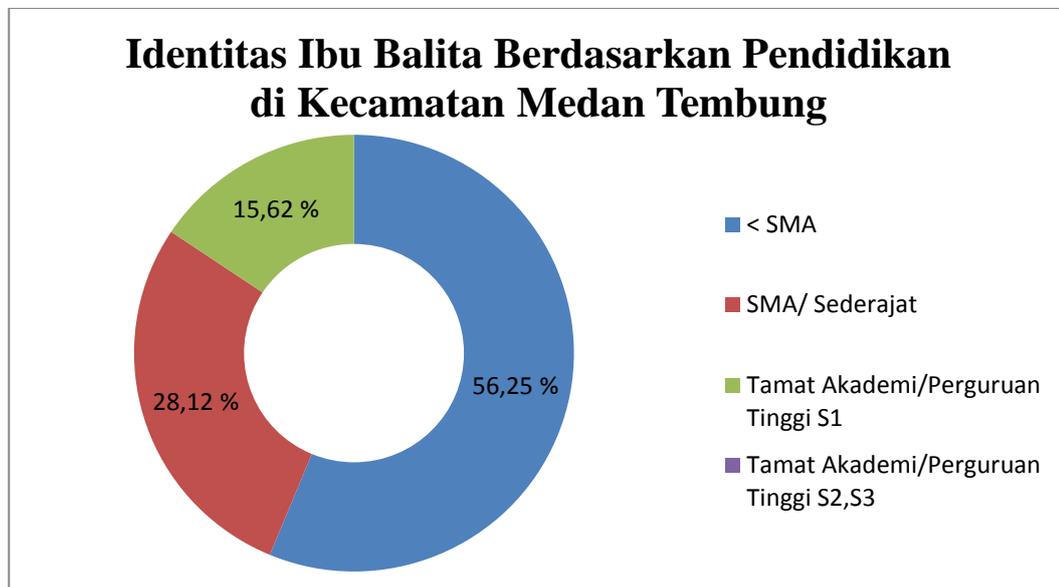
**Tabel 4.1**

<b>No</b>	<b>Balita</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persen (%)</b>
<b>1</b>	<b>Medan</b>	<b>32</b>	<b>43,83%</b>
<b>2</b>	<b>Takengon</b>	<b>41</b>	<b>56,16%</b>
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>

*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Kemudian kita bisa melihat identitas ibu yang mempunyai balita berdasarkan pendidikan di Kecamatan Medan Tembung yang di peroleh datanya dan dapat di olah sebagai berikut:

**Gambar 4.1**

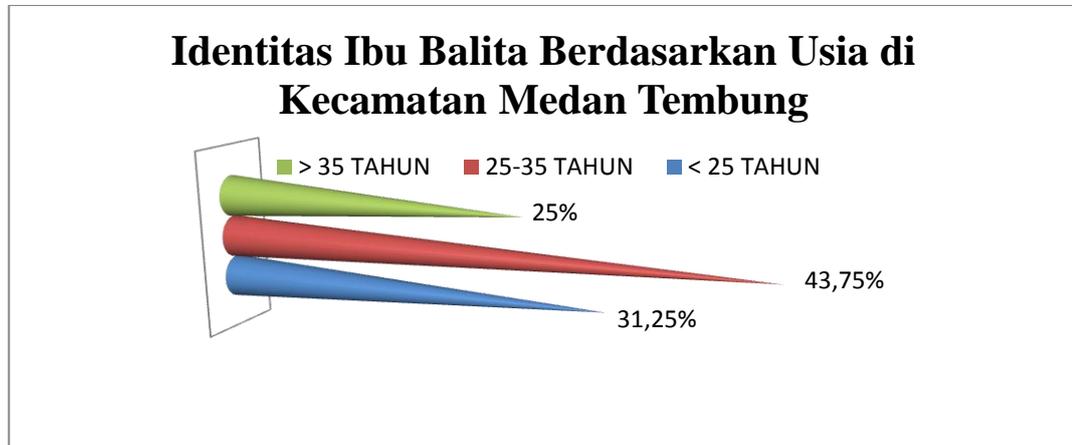


*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari diagram di atas dapat kita lihat jumlah terbanyak adalah: jenjang pendidikan yang tidak tamat dari SMA (<SMA yang berjumlah 56,25% yaitu di peroleh dari 18 Responden Ibu yang memiliki Balita) Sedangkan yang tamatan SMA/ sederajat (SMA/ sederajat berjumlah 28,12% yaitu 9 Ibu balita) kemudian yang terakhir tamatan dari akademi perguruan tinggi S1 (Tamat Akademi Perguruan Tinggi S1 berjumlah 15,62% yaitu dari 5 Ibu balita) walaupun dapat kita lihat dari total keseluruhan Ibu balita dari Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung sebanyak 32 Ibu balita, kita bisa menyimpulkan bahwasannya Ibu-ibu yang memiliki Balita hanya tamatan kurang dari SMA menandakan bahwa mereka kurangnya di tingkat pendidikan.

Sedangkan berdasarkan usia Ibu yang memiliki balita dapat di kelompokkan sebagai berikut:

**Gambar 4.2**

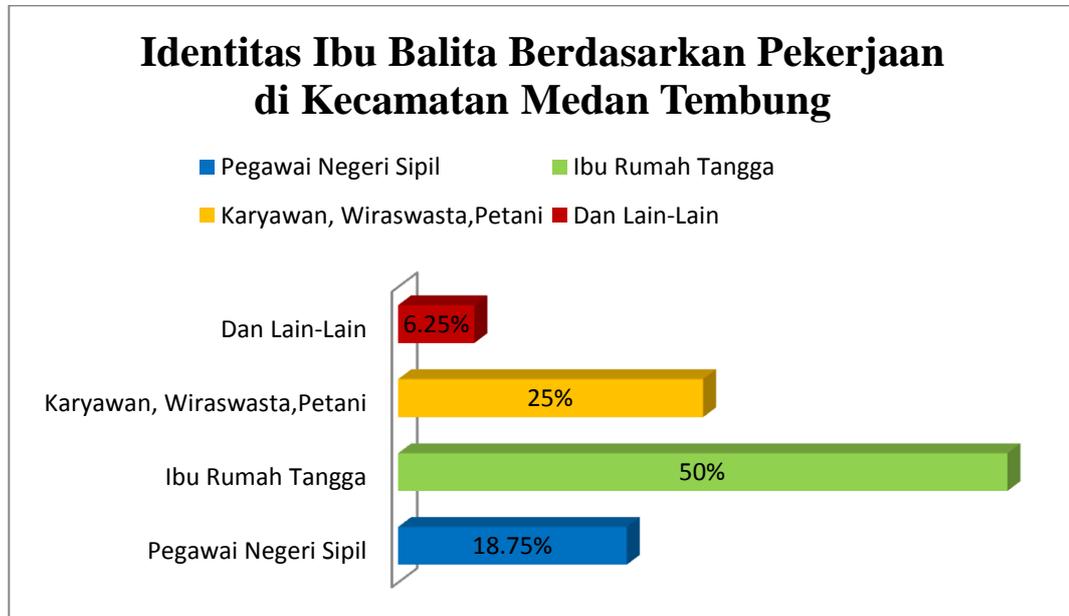


*Sumber: Diperoleh dari data kuisioner2018*

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa usia ibu yang memiliki balita penerima program makanan tambahan (PMT). Mulai dari usia < 25 tahun hingga tertua umur > 35 tahun. Jumlah rumah tangga penerima PMT dengan usia ibupaling banyak adalah usia 25-35 tahun berjumlah43,75% yang di peroleh dari 14 ibu yang mempunyai balita, dan jumlah rumah tangga penerima PMT untuk balita nya yang paling sedikit adalah dengan usia > 35 tahun berjumlah25% yaitu 8 Ibu balita. Kemudian untuk usia< 25 tahunberjumlah31,25% yaitu 10 Ibu balita. Mengapa usia 25-35 tahun yang paling banyak mendapat PMT, karena memang pada di usia tersebut ibu-ibu nya banyak sekali yang memiliki balita sedangkan >35 tahun dan <25 tahun ibu-ibu tersebut tidak mempunyai balita melainkan sudah kategori anak bukan balita, di kota Medan, Kecamatan Medan Tembung. karena penduduk yang menerima PMT yang usianya tidak terlalu tuasehingga yang diteliti pun lebih banyak, dibandingkan usia tuademikianlah peneliti menemukan sampel tersebut.

Selanjutnya kita akan melihat identitas ibu balita dengan status pekerjaan yang dapat di lihat pada gambar diagram berikut:

**Gambar 4.3**



*Sumber: diperoleh dari data kuisioner2018*

Dari diagram di atas jelas terlihat bahwa jenis pekerjaan terbesar Ibu yang memiliki Balita adalah: dengan jenis pekerjaan hanya sebagai (Ibu Rumah Tangga dengan jumlah 50% yaitu 16 Ibu yang mempunyai balita), Sedangkan pekerjaan sebagai (Pegawai Negeri Sipil dengan jumlah 18,75% yaitu 6 Ibu balita), Kemudian jenis pekerjaan sebagai (Karyawan,Wiraswasta,Petani dengan jumlah 25 % yaitu 8 Ibu balita),dan yang terakhir dengan jumlah terkecil jenis (Pekerjaan lain-lain yaitu hanya 6,25% dari 2 Ibu balita). Oleh karna itu kita bisa melihat dimana seorang ibu hanya bekerja sebagai, ibu rumah tangga yang memiliki balita mereka harus dapat perhatian khususkarena pada umumnya penghasilan mereka tidak menentu untuk kebutuhan balitanya dan mereka berhak mendapatkan Program Makanan Tambahan (PMT).

## B. Deskripsi Kuesioner Tentang Kebijakan Program Makanan Tambahan (PMT).

Berikut adalah persentasi pendapatan rumah tangga Ibu yang mempunyai balita mendapatkan PMT di Kecamatan Medan Tembung.

**Tabel 4.2**

No	Pendapatan/Bulan (Rp)	Jumlah	Persen (%)
1	< 2 Juta/Bulan	19	59,37%
2	2-4 Juta/Bulan	13	40,62%
3	2-6 Juta/Bulan	-	-
4	< 6 Juta/Bulan	-	-
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

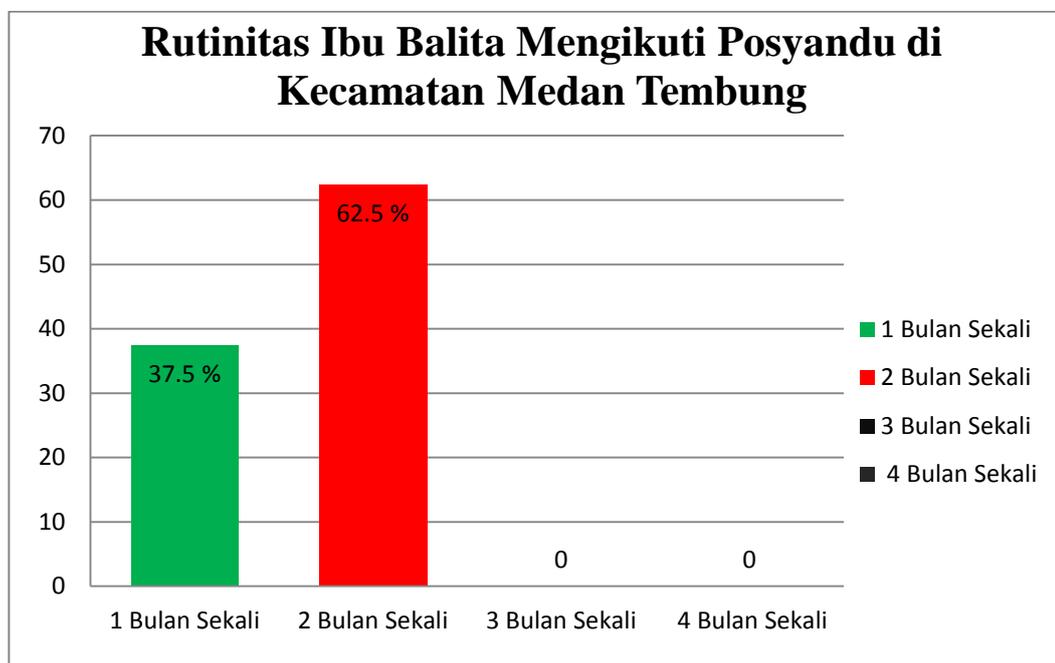
*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari tabel di atas bisa kita lihat bahwa pendapatan rumah tangga penerima Program makanan tambahan (PMT) di Kecamatan Medan tembung yang paling terbanyak, (< 2juta/bulan 59,37% sebanyak 19 rumah tangga Ibu yg mempunyai balita), jumlah ini adalah jumlah yang paling terkecil dari segi pendapatanya nya di bandingkan dengan jumlah 2-4 juta/bulan, 2-6 juta/bulan, > 6juta/bulan, dan yang paling sedikit adalah pendapatan dengan jumlah (2-4 juta/bulan 40,62% sebanyak 13 rumah tangga) dan total keseluruhan Ibu balita nya yaitu 32 ibu yang memiliki balita.dan pendapatan rumah tangga sangat lah penting bagi kebutuhan hidup akan sehari-hari bagi keluarga itu sendiri. Kemudian tujuan pemerintah dengan melaksanakan PMT salah satu nya adalah untuk mengurangi kasus gizi

buruk yang menyebabkan akan kematian (*mortalietas*), dan untuk meningkatkan sumber daya manusia di masa yang akan datang oleh karena itu syarat-syarat masyarakat yang mendapatkan PMT mempunyai anak kategori yang masih balita agar di bawa ke posyandu.

Kemudian kita akan melihat seberapa pedulinya para ibu-ibu untuk balitanya dengan mengikuti kegiatan rutinitas di Posyandu yang di adakan 1 bulan sekali tapi nyatanya banyak ibu-ibu untuk mengikuti kegiatan rutinitas di posyandu tidak 1 bulan sekali di Kecamatan Medan Tembung tersebut bisa kita lihat pada gambar berikut:

**Gambar 4.4**



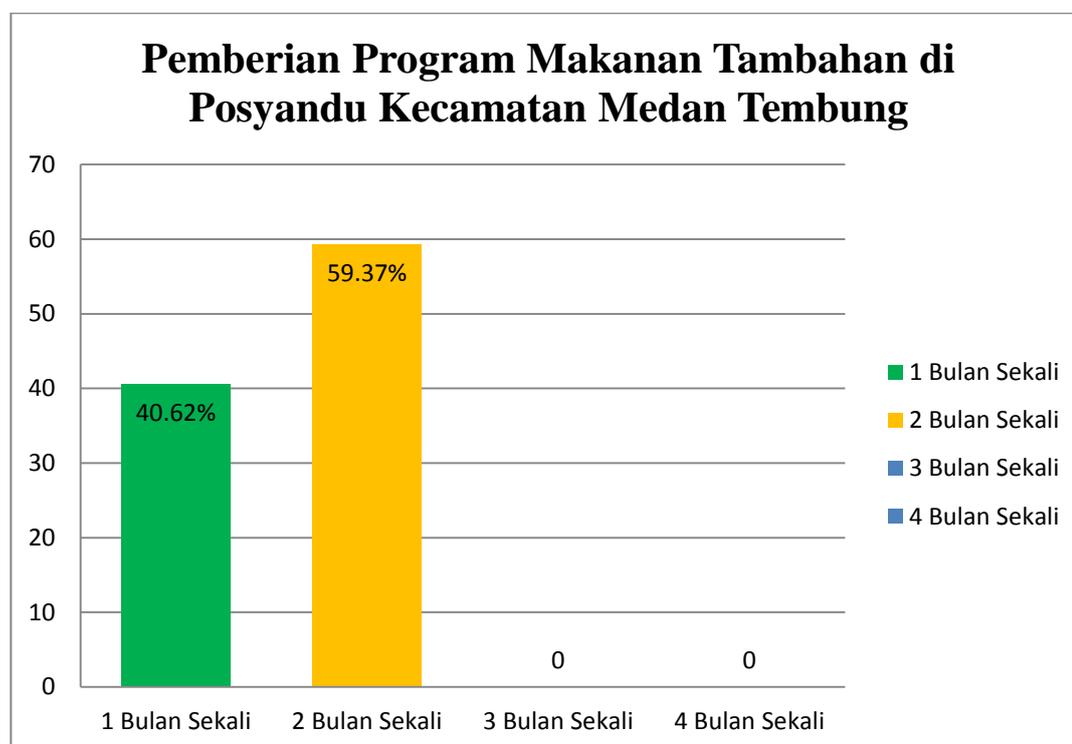
*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari diagram di atas jelas dapat di lihat bahwa rutinitas ibu yang memiliki balita yang mengikuti poyandu di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung bisa kita lihat dari gambar diagram di atas yang paling tertinggi yaitu: (2 Bulan Sekali berjumlah 62,5% hasil ini yang di peroleh dari 20 ibu yang memiliki balita),

kemudian (1 Bulan Sekali berjumlah 37,5% hasil ini yang di peroleh dari 12 Ibu balita), dan total keseluruhan nya 32 Rumah Tangga ibu-ibu yang mempunyai balita. Oleh karena itu seharusnya pihak dari layanan kesehatan mulai dari puskesmas sampai posyandu harus memberi arahan kepada ibu-ibu yang memiliki balita agar selalu mengikuti rutinitas posyandu yang lebih baik nya yaitu, 1 bulan sekali agar balita mereka dapat di kontrol tingkat gizi dan kesehatan nya.

Selanjutnya kita akan melihat apakah PMT dari pemerintah di beri 1 bulan sekali kepada masyarakat yang mempunyai balita, melalui instansi layanan kesehatan mulai dari puskesmas hingga posyandu bisa kita lihat pada gambar di bawah:

**Gambar 4.5**

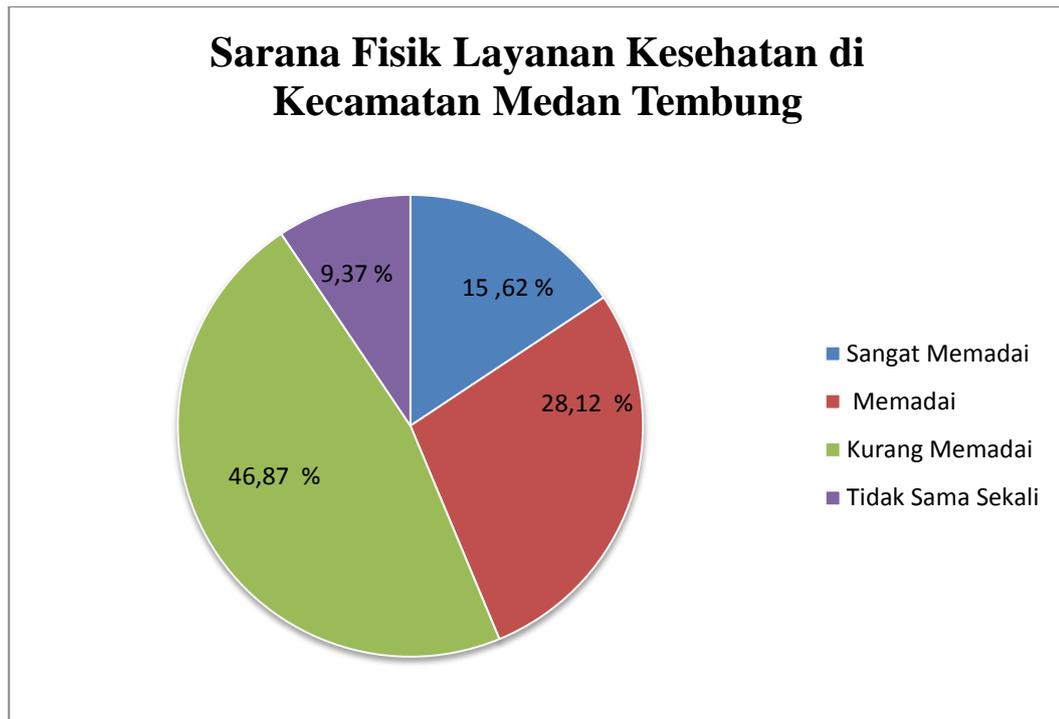


*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa pemberian program makanan tambahan untuk balita di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung. Masyarakat menilai sesuai apa yang ia dapatkan dari pemberian program makanan tambahan (PMT) tersebut. Yang ada di daerah tempat tinggalnya data ini diperoleh dari hasil kuisioner yaitu (32 Ibu yang mempunyai balita), untuk ibu yang memiliki balita mendapatkan program makanan tambahan, Oleh karena itu ibu yang memiliki balita menilainya dan jawaban dari hasil kuisioner yang paling tertinggi yaitu: (2 Bulan Sekali 59,37%) hasil ini yang diperoleh dari 19 Ibu balita, kemudian (1 Bulan sekali 40,62%) hasil ini yang diperoleh dari 13 Ibu balita. Bisa kita simpulkan bahwasanya PMT di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung yang paling sering mendapatkan PMT yaitu 2 bulan sekali seharusnya 1 bulan sekali oleh karena itu pemerintah pun harus melakukan peninjauan secara langsung untuk kepentingan akan kesehatan gizi balita yang menyangkut sumber daya manusia di masa yang akan datang.

Kemudian yang terakhir kita akan membahas sarana fisik layanan kesehatan yang ada di Kecamatan Medan Tembung banyak masyarakat menilai berbeda-beda pendapat sesuai yang ia rasakan bagaimanakah sarana fisik layanan kesehatan di daerah tempat tinggalnya tersebut, langsung saja kita lihat pada gambar berikut:

Gambar 4.6



*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa sarana fisik layanan kesehatan di kota Medan, Kecamatan Medan Tembung masyarakat menilai nya sesuai apa yang ia rasakan atas pelayanan kesehatan yang ada di daerah tempat tinggal nya data ini di peroleh dari hasil kuisisioner yaitu (Ibu yang memiliki balita), untuk rumah tangga yang mendapatkan Program Makanan Tambahan (PMT), Oleh karna itu masyarakat di sekitar pun menilainya bisa kita lihat dari gambar diagram di atas yang paling tertinggi yaitu: (Kurang Memadai 46,87%) hasil ini yang di peroleh dari 15 ibu yang mempunyai balita, kemudian (Sangat Memadai 15,62%) hasil ini yang di peroleh dari 5 Ibu balita, selanjutnya (Memadai 28,12%) hasil ini yang di peroleh dari 9Ibu balita dan yang terakhir ini lah yang terkecil (Tidak Sama Sekali 9,37%) ini pilihan jawaban dari 3 Ibu balita dan total keseluruhan nya yaitu 32Ibu balita Rumah Tangga yang menerima (PMT).

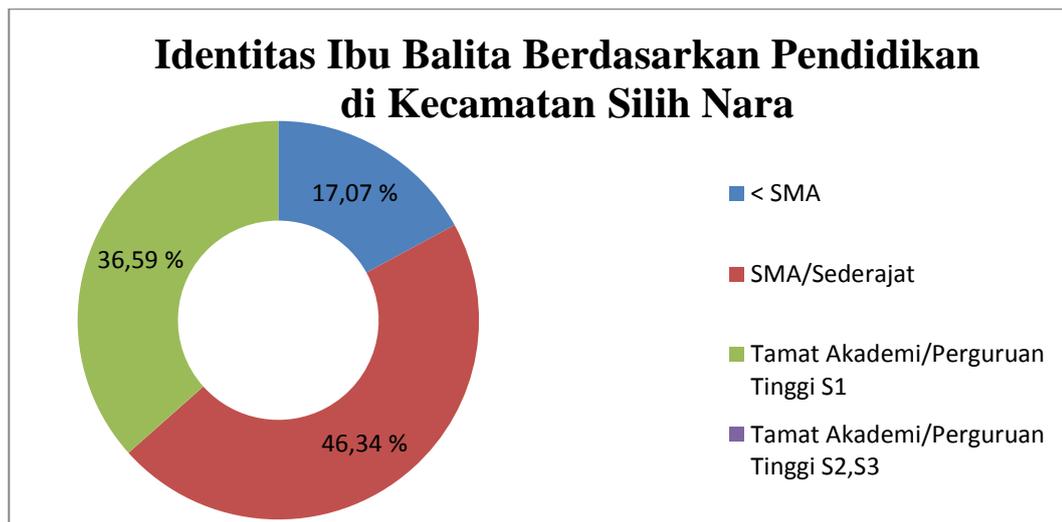
Setelah melihat gambar di atas kita bisa menyimpulkan ternyata jawaban yang paling banyak adalah, Kurang memadai seharusnya pemerintah harus memperhatikan kondisi sarana fisik layanan kesehatan yang ada di Kecamatan Medan Tembung tersebut untuk kepentingan dan kesejahteraan masyarakat di bidang layanan kesehatan.

Saya sebagai peneliti telah membahas satu persatu mulai dari identitas Ibu yang memiliki balita di Kota Medan, Kecamatan Medan tembung sampai dengan hasil deskripsi kuesioner tentang kebijakan PMT, yang telah saya sebar untuk melengkapi data-data yang belum saya peroleh sebagai peneliti. Kemudian sesuai metode penelitian saya yaitu: STUDI KOMPARATIF merupakan penelitian yang sifatnya membandingkan ataupun dikatan uji beda, yang dilakukan untuk membandingkan persamaan dan perbedaan 2 atau lebih sifat-sifat dan fakta-fakta objek yang diteliti berdasarkan suatu kerangka pemikiran tertentu, oleh karna itu peneliti selanjutnya akan membahas mulai dari identitas Ibu balita di Takengon, Kecamatan Silih Nara sampai hasil deskripsi kuesioner tentang kebijakan PMT yang akan di bahas satu persatu.

### C. Identitas Ibu Balita Yang Memperoleh PMT di (Takengon, Kecamatan Silih Nara)

Kemudian kita bisa melihat identitas Ibu yang mempunyai balita berdasarkan pendidikan di Kecamatan Silih Nara yang di peroleh datanya dan dapat di olah sebagai berikut:

Gambar 4.7

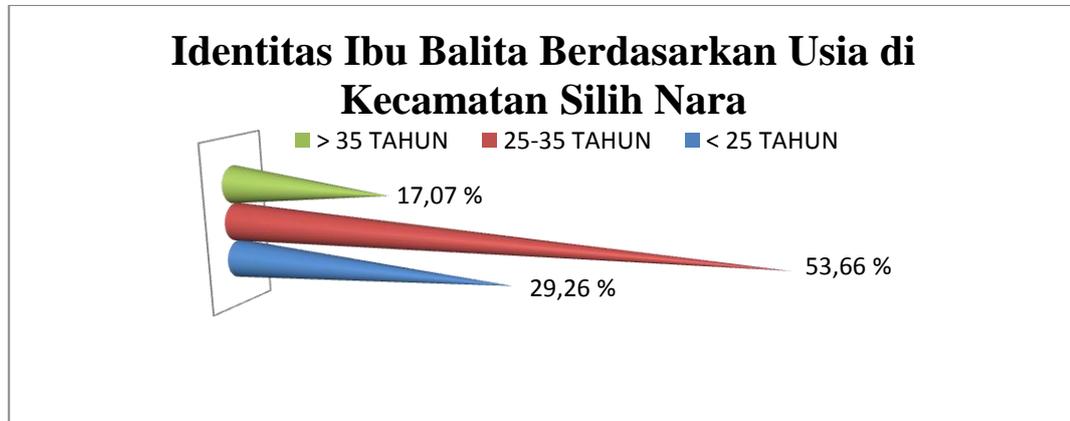


Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner 2018

Dari diagram di atas dapat kita lihat jumlah terbanyak adalah: jenjang pendidikan yang tamat dari SMA/ sederajat (SMA/ sederajat yang berjumlah 46,34% yaitu di peroleh dari 19 Ibu yang memiliki Balita) Sedangkan yang tamatan akademi perguruan tinggi S1 (Tamat Akademi/ Perguruan Tinggi S1 yang berjumlah 36,59% yaitu 15 Ibu balita) kemudian yang terakhir dengan jumlah terkecil yang tidak tamat dari SMA (< SMA 17,07% yaitu dari 7 Ibu balita) total keseluruhan dari Takengon, Kecamatan Silih Nara sebanyak 41 Ibu balita, Kita bisa menyimpulkan bahwasanya ibu-ibu yang memiliki balita tamatan SMA/ sederajat, menandakan bahwa mereka sangat peduli dengan tingkat pendidikan.

Sedangkan berdasarkan usia Ibu yang memiliki Balita dapat di kelompokkan sebagai berikut:

**Gambar 4.8**

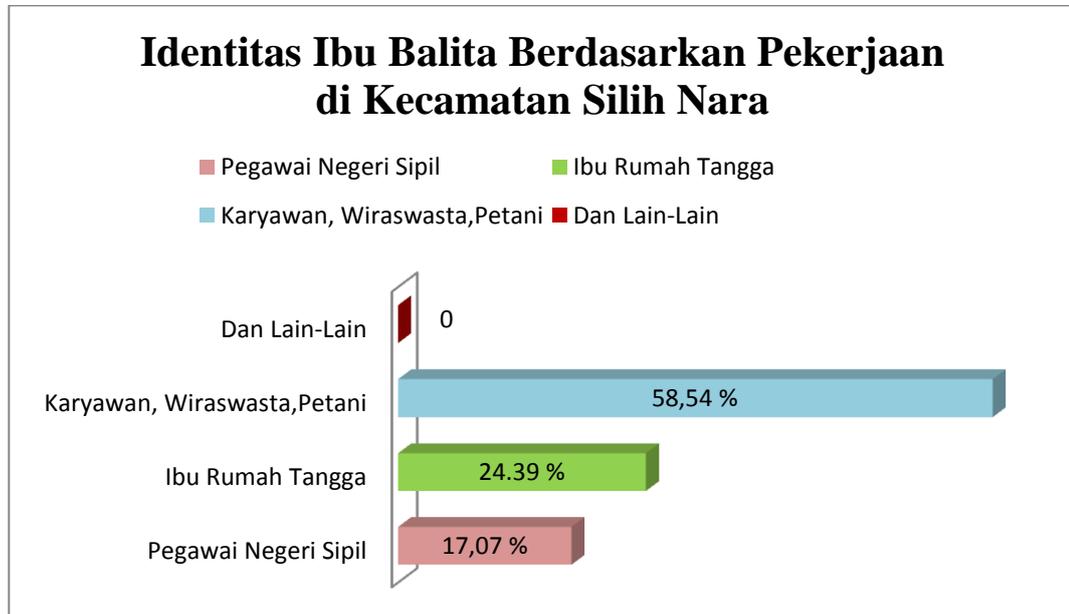


*Sumber: Diperoleh dari data kuisioner2018*

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa usia Ibu yang memiliki balita penerima program makanan tambahan (PMT). Mulai dari usia < 25 tahun hingga tertua umur > 35 tahun. Jumlah rumah tangga penerima PMT dengan usia Ibupaling banyak adalah usia 25-35 tahun berjumlah53,66%yang di peroleh dari 22 Ibu yang mempunyai balita, dan jumlah rumah tangga penerima PMT untuk balita nya yang paling sedikit adalah dengan usia > 35 tahun berjumlah17,07% yaitu 7Ibu balita. Kemudian untuk usia< 25 tahunberjumlah29,26% yaitu 12Ibu balita. Mengapa usia 25-35 tahun yang paling banyak mendapat PMT, karena memang pada di usia tersebut ibu-ibu nya banyak sekali yang memiliki balita sedangkan >35 tahun dan <25 tahun ibu-ibu tersebut tidak banyak yang mempunyai balita melainkan sudah kategori anak bukan balita, di Takengon, Kecamatan Silih Nara.

Selanjutnya kita akan melihat identitas Ibu balita dengan status pekerjaan yang dapat di lihat pada gambar diagram berikut:

**Gambar 4.9**



*Sumber: diperoleh dari data kuisioner2018*

Dari diagram di atas jelas terlihat bahwa jenis pekerjaan terbesar Ibu yang memiliki Balita adalah: dengan jenis pekerjaan sebagai (Karyawan, Wiraswasta, dan Petani yang berjumlah 58,54% yaitu 24 Ibu yang mempunyai balita), Sedangkan pekerjaan sebagai (Ibu Rumah Tangga dengan jumlah 24,39% yaitu 10 Ibu balita), Kemudian jenis pekerjaan sebagai ( Pegawai Negeri Sipil dengan jumlah 17,07 % yaitu 7 Ibu balita).

#### D. Deskripsi Kuesioner Tentang Kebijakan Program Makanan Tambahan (PMT).

Berikut adalah persentasi pendapatan rumah tangga Ibu yang mempunyai balita mendapatkan PMT di Kecamatan Silih Nara.

**Tabel 4.3**

<b>No</b>	<b>Pendapatan/Bulan (Rp)</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persen (%)</b>
<b>1</b>	<b>&lt; 2 Juta/Bulan</b>	<b>8</b>	<b>19,51%</b>
<b>2</b>	<b>2-4 Juta/Bulan</b>	<b>19</b>	<b>46,34%</b>
<b>3</b>	<b>2-6 Juta/Bulan</b>	<b>14</b>	<b>34,14%</b>
<b>4</b>	<b>&lt; 6 Juta/Bulan</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

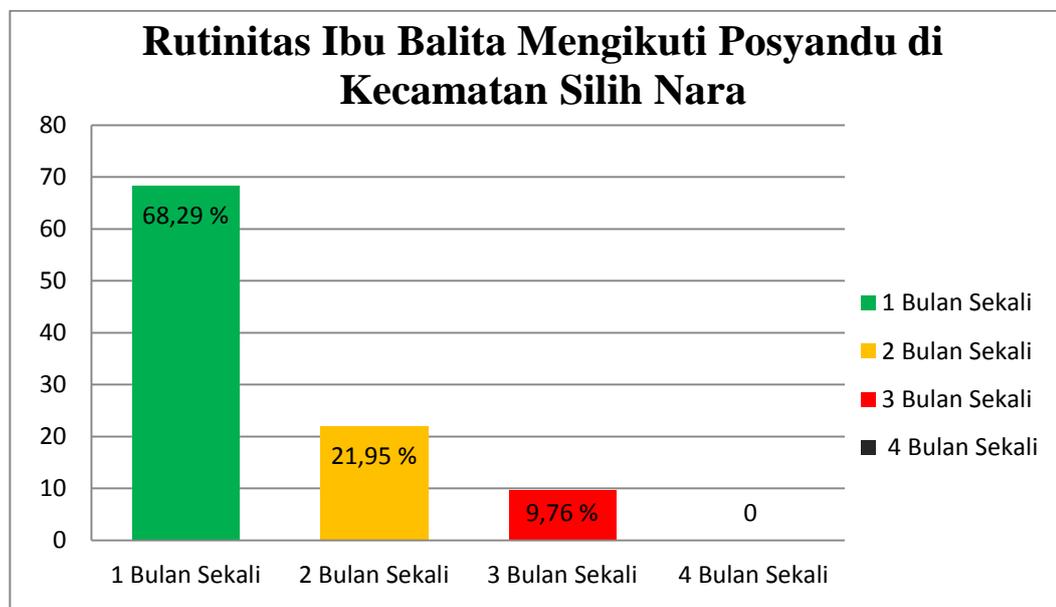
*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari tabel di atas bisa kita lihat bahwa pendapatan rumah tangga penerima Program makanan tambahan (PMT) di Kecamatan Silih Nara yang paling terbanyak, (2-4 juta/bulan yaitu berjumlah 46,34% sebanyak 19 rumah tangga Ibu yang mempunyai balita), kemudian jumlah ini adalah jumlah yang paling terkecil dari segi pendapatannya nya di bandingkan dengan jumlah 2-4 juta/bulan, 2-6 juta/bulan, > 6juta/bulan, dan yang paling sedikit adalah pendapatan dengan jumlah (<2 juta/bulan 19,51% sebanyak 8 rumah tangga) dan yang terakhir ada juga rumah tangga dengan pendapatan (2-6 juta/bulan yaitu 34,14% sebanyak 14 rumah tangga) dan total keseluruhan nya yaitu 41 ibu yang memiliki balita.

Mengapa pendapatan rumah tangga di Kecamatan Silih Nara lebih besar di bandingkan dengan Kecamatan Medan Tembung kita bisa melihat nya dari indentitas Ibu balitaberdasarkan pekerjaan yang penulis cantumkan di halaman sebelum nya oleh karna itu bisa kita simpulkan dari status pekerjaan ibu yang memiliki balita hanya berkerja dengan status ibu rumah tangga di Kecamatan Medan Tembung sedangkan di Kecamatan Silih Nara berdasarkan pekerjaan ibu yang memiliki balita yang paling tertinggi yaitu pekerjaan sebagai karyawan,wiraswasta dan petani.oleh karna itu dari segi pendapatan nya pun jauh lebih berbeda.

Kemudian kita akan melihat seberapa pedulinya para ibu-ibu untuk balitanya dengan mengikuti kegiatan rutinitas di Posyandu yang di adakan 1 bulan sekali tapi nyatanya ada beberapa ibu-ibu untuk mengikuti kegiatan rutinitas di posyandu tidak 1 bulan sekali di Kecamatan Silih Nara tersebut bisa kita lihat pada gambar berikut :

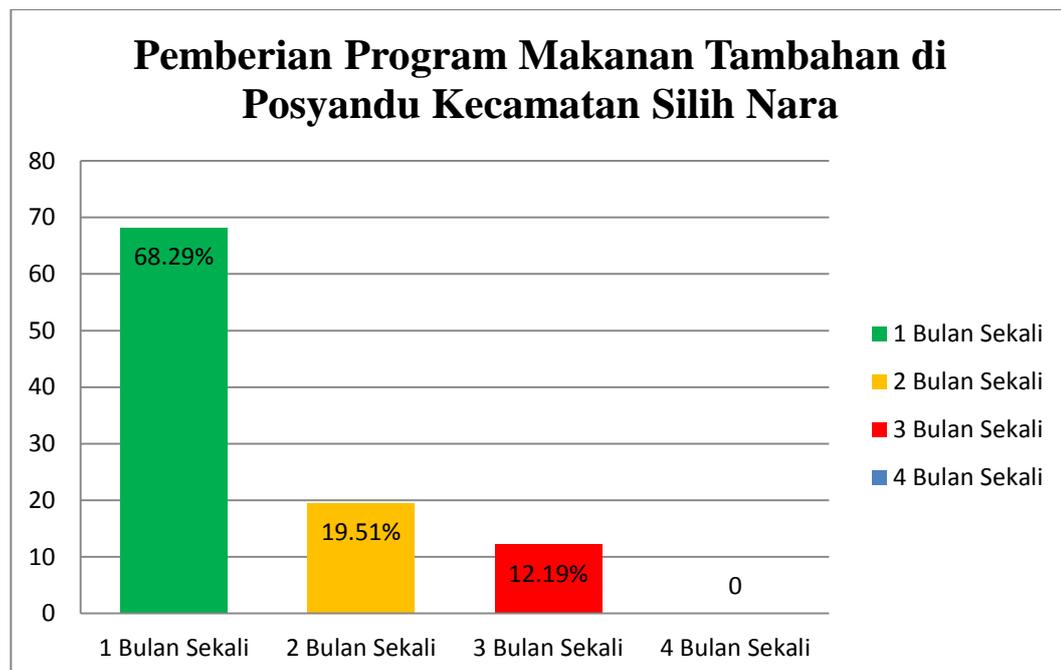
**Gambar 4.10**



*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari diagram di atas jelas dapat di lihat bahwa rutinitas ibu yang memiliki balita yang mengikuti poyandu di Takengon ,Kecamatan Silih Nara bisa kita lihat dari gambar diagram di atas yang paling tertinggi yaitu: (1 Bulan Sekali berjumlah 68,29% hasil ini yang di peroleh dari 28Ibu yang memiliki balita), kemudian (2 Bulan Sekali berjumlah 21,95% hasil ini yang di peroleh dari 9Ibu balita),kemudian yang terkahir (3bulan sekali berjumlah 9,76% dari 4Ibu balita) dan total keseluruhan nya yaitu 41 rumah tangga ibu-ibu yang mempunyai balita. Akan tetapi masih ada juga ibu-ibu yang memiliki balita mengikuti posyandu 2 bulan sekali bahkan ada yang 3 bulan sekali memang tidak terlalu banyak jumlahnya tapi sebaik nya pihak dari layanan kesehatan yaitu posyandu agar mengarahkan ibu yang mempunyai balita mengikuti rutinitas di posyandu 1 bulan sekali agar balita mereka selalu di kontrol tingkat kesehatan dan gizi balita tersebut.

**Gambar 4.11**

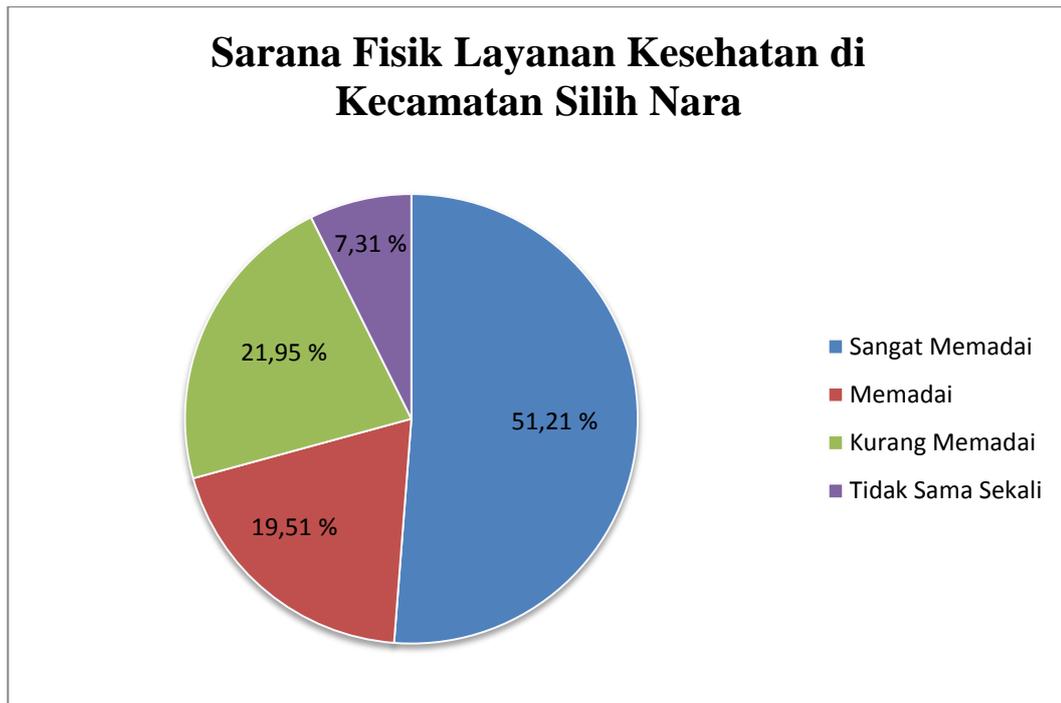


*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa pemberian program makanan tambahan untuk balita di Takengon, Kecamatan Silih Nara. masyarakat menilai nya sesuai apa yang ia dapatkan dari pemberian program makanan tambahan (PMT) tersebut. yang ada di daerah tempat tinggal nya data ini di peroleh dari hasil kuisisioner yaitu (41Ibu balita), untuk ibu yang memiliki balita mendapatkan program makanan tambahan, Oleh karna itu ibu yang memiliki balita menilainya jawaban dari hasil kuisisioner yang paling tertinggi yaitu: (1 Bulan Sekali 68.29%) hasil ini yang di peroleh dari 28Ibu balita, kemudian (2 Bulan sekali 19,51%) yang di peroleh dari 8Ibu balitadan yang terakhir yang paling terkecil (3 Bulan Sekali 12,19%) hasil ini di peroleh dari 5Ibu balita. Bisa kita simpulkan bahwasanya PMT di Takengon, Kecamatan Silih Nara yang paling sering mendapatkan PMT yaitu 1 bulan sekali.

Kemudian yang terakhir kita akan membahas sarana fisik layanan kesehatan yang ada di Takengon, Kecamatan Siih Nara banyak masyarakat menilai nya berbeda-beda pendapat sesuai yang ia rasakan bagaimanakah sarana fisik layanan kesehatan di daerah tempat tinggal nya tersebut, langsung saja kita lihat pada gambar berikut:

Gambar 4.12



*Sumber: Diperoleh dari data kuisisioner2018*

Dari diagram di atas jelas dapat dilihat bahwa sarana fisik layanan kesehatan di Takengon, Kecamatan Silih Nara masyarakat menilai nya sesuai apa yang ia rasakan atas pelayanan kesehatan yang ada di daerah tempat tinggal nya data ini di peroleh dari hasil kuisisioner yaitu (Ibu balita), untuk rumah tangga yang mendapatkan Program Makanan Tambahan (PMT).

Oleh karna itu masyarakat di sekitar pun menilainya bisa kita lihat dari gambar diagram di atas yang paling tertinggi yaitu: (Sangat Memadai 51,21%) hasil ini yang di peroleh dari 21 Ibu balita, kemudian (Memadai 19,51%) hasil ini yang di peroleh dari 8 Ibu balita, selanjutnya (Kurang Memadai 21,95%) hasil ini yang di peroleh dari 9 Ibu balitadan yang terakhir ini lah yang terkecil (Tidak Sama Sekali 7,31%) ini pilihan jawaban dari 3 Ibu balitadan total keseluruhan responden 41 Rumah Tangga yang menerima (PMT).

#### 4.2.2 Analisis Data Induktif

Dalam penelitian ini menyatakan masyarakat yang mendapatkan PMT di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara penulis akan membandingkan Status Gizi Balita Kecamatan Medan Tembung dan Kecamatan Silih Nara. adapun langkah-langkah nya sebagai berikut:

##### A. Uji Beda t

##### 1. Hipotesis

- a.  **$H_0:b=0$** (Tidak terdapat perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara).
- b.  **$H_a:b\neq 0$** (Terdapat perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara).

## 2. Penghitungan Data

Tabel 4.4

### Group Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Balita				
Status_Gizi Balita Kota Medan	32	45.0313	9.92060	1.75373
Balita Kota Takengon	41	39.0976	4.02992	.62937

Pada bagian ini menyajikan deskripsi dari pasangan variabel yang di analisis yang meliputi rata-rata (**Mean**) Rata-rata Status gizi Balita/Anak Per Kepala Rumah Tangga Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung yaitu: (**45.031.300**), dengan jumlah sampel 32 Balita dan simpangan baku Status Gizi Buruk tersebut: (**9.920.600**), dan standart error dari Rata-rata Status Gizi Balita adalah: (**1.753.730**), Kemudian untuk Rata-rata Status gizi Balita/Anak Per Kepala Rumah Tangga Takengon, Kecamatan Silih Nara yaitu: (**39.097.600**), dengan jumlah sampel 41 Balita dan simpangan Status Gizi Buruk tersebut: (**4.029.920**), dan standart error nya dari Rata-rata Status Gizi Balita adalah: (**62.937**).

1. Jumlah Sample Status gizi Balita/Anak Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung = **32 n<sub>M</sub>**
2. Jumlah Sample Status gizi Balita/Anak Takengon, Kecamatan Silih Nara = **41 n<sub>T</sub>**

3. Rata-rata Status giziBalita/AnakPerKepalaRumahTangga Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung = **45.0313**  $\bar{x}_M$
4. Rata-rata Status giziBalita/AnakPerKepalaRumahTangga Takengon, Kecamatan Silih Nara = **39.0976**  $\bar{x}_T$
5. Simpangan Baku Status giziburukBalita/AnakPerKepalaRumahTangga Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung = **9.92060**<sup>2</sup>  $S_M$
6. Simpangan Baku Status giziburukBalita/AnakPerkepalaRumahTangga Takengon, Kecamatan Siih Nara = **4.02992**<sup>2</sup>  $S_T$
7. DerajatKesalahan  $\alpha = 10\%$

### 3. Uji Statistik yaitu Beda t

$$T_{\text{hitung}} = t = \frac{\bar{x}_M - \bar{x}_T}{\sqrt{\frac{S_M}{n_M} + \frac{S_T}{n_T}}}$$

$$T_{\text{hitung}} = \frac{45.0313 - 39.0976}{\sqrt{\frac{9.92060^2}{32} + \frac{4.02992^2}{41}}}$$

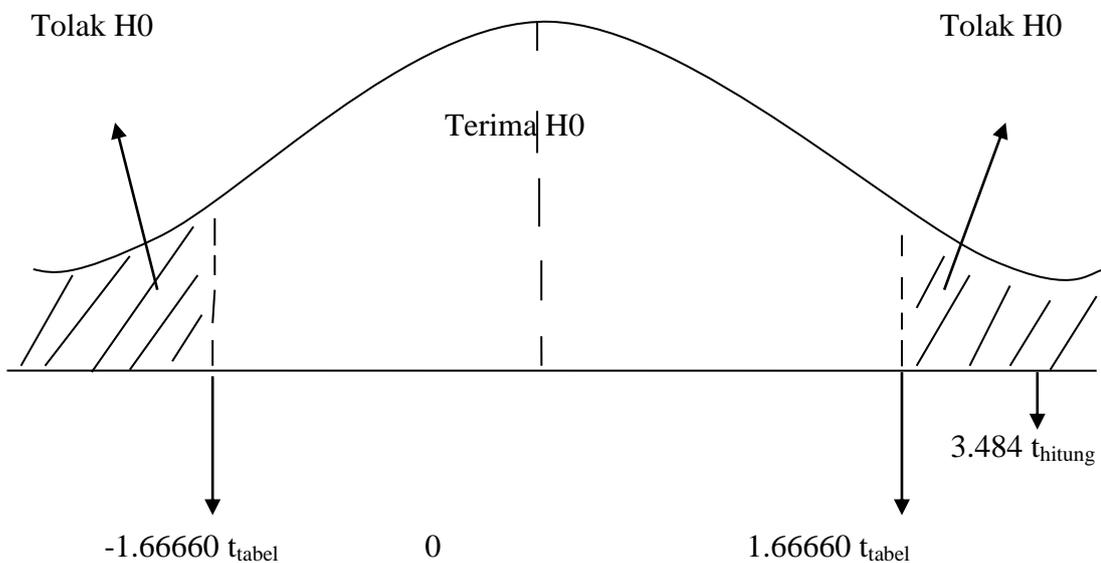
$$T_{\text{hitung}} = 3.484$$

$$T_{\text{tabel}} = \pm t_{\text{tabel}} (\alpha/2, n_A + n_B - 2) = \pm \left( \frac{10\%}{2}, 41 + 32 - 2 \right) = 1.66660$$

#### 4. Kriteria Uji

a). Terima  $H_0$  Jika nilai  $t_{hitung}$  berada dalam interval  $t_{tabel}$  atau  $-t_{tabel} \leq t_{hitung} \leq t_{tabel}$ , hal lain tolak  $H_0$  Karena  $t_{hitung}$  nilainya = 3.484 sementara  $t_{tabel}$  1.66660 atau  $-1.66660 < 3.484 > 1.66660$  berarti tolak  $H_0$ , sehingga bisa simpulkan bahwa terdapat perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Kota Takengon, Kecamatan Silih Nara.

b). Dapat dilihat dari kurva distribusi normal t



**Gambar4.13**

Terlihat bahwa nilai  $t_{hitung}$  berada pada daerah yang diarsir, yaitu tolak  $H_0$ .

c). Atau bisa kita lihat juga hasil output menggunakan alat bantu program komputer yaitu sebagai berikut:

**Tabel 4.5**

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	90% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Status_ Gizi	33.853	.000	3.484	71	.001	5.93369	1.70294	3.09556	8.77181	
			3.185	38.998	.003	5.93369	1.86324	2.79435	9.07303	

Dikatakan signifikan yaitu ada perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara. Jika nilai  $\text{sig} < \alpha = 10\%$ . Karena Nilai  $\text{sig} 0,000 < \alpha = 10\%$  maka yaitu ada perbedaan status gizi balita/anak, bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon, Kecamatan Silih Nara.

**5. Kesimpulan**

Dari hasil uji beda t maka dapat di simpulkan bahwa  $H_0$  di tolak ( ada perbedaan status gizi balita/anak bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan, Kecamatan Medan Tembung dan Takengon Kecamatan Silih Nara).

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil beberapa kesimpulan, antara lain :

1).Dari Rumah tangga ibu-ibu yang penerima Program Makanan Tambahan (PMT) dengan status gizi Balita/anak Kota Medan,Kecamatan Medan Tembung dan Takengon,Kecamatan Silih Nara. penelitian yang dilakukan terhadap 73 rumah tangga penerima PMT. dan hasil penelitian dari Uji t yang dilakukan peneliti menggunakan program komputer bahwa  $H_0$  ditolak artinya ada perbedaan status gizi balita/anak bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan,Kecamatan Medan Tembung dan Takengon Kecamatan Silih Nara.

2).Rumah tangga penerima Program Makanan Tambahan (PMT).maka status Gizi balita/anak bagi penerima program makanan tambahan (PMT) di Kota Medan ,Kecamatan Medan Tembung kurang baik hal ini di karenakan ibu yang memiliki Balita/anak kurang nya mengikuti kegiatan di posyandu yang di adakan setiap bulanya dan Program Makanan Tambahan pun seharusnya di beri 1 bulan sekali akan tetapi di beri 2 bulan sekali Sedangkan Takengon, Kecamatan Silih Nara, ibu yang memiliki balita/anak lebih mengikuti rutinitas nya setiap bulan di posyandu untuk kesehatan gizi balitanya dan Program Makanan Tambahan pun di beri setiap bulanya.

## 5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang didapat, maka saran yang dapat diberikan pada penelitian ini yaitu :

1).Program Makanan Tambahan (PMT) dibuat oleh pemerintah untuk membantu masyarakat yang memiliki Balita/anak untuk dapat memenuhi kebutuhan zat gizi nya agar tidak terjadi masalah gizi yang serius yang menyebabkan *mortalitas* (Kematian), serta menaikkan taraf kesejahteraan terhadap sumber daya manusia di masa yang akan datang.Namun program makanan tambahan yang diberikan oleh pemerintah hanya diterima oleh masyarakat 2 bulan sekali seharusnya 1 bulan sekaliyang diterima oleh seorang ibu yang memiliki Balita/anak,oleh karena itu pemerintah harus benar-benar memperhatikan kinerja suatu program untuk kesejahteraan masyarakat nya.

2). Pemerintah harus lebih memperhatikan ketepatan sasaran dalam pemberian PMT terhadap masyarakat yang memiliki Balita, karena banyak masyarakat yang hidup tidak berkecukupan untuk memenuhi kebutuhan balitanya nya dan pemerintah juga harus betul-betul memperhatikan sarana fisik layanan kesehatan di setiap daerah-daerah. mulai dari Provinsi kemudian Kabupaten dan yang paling terpenting yaitu bagian dari Kecamatan, karena masyarakat di daerah tersebut tinggal di wilayah perdesaan akan sangat penting sarana fisik layanan kesehatan untuk masyarakat yang tinggal di desa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azrul,(2004).*Ilmu Pengetahuan Tentang Gizi*, Jakarta Indonesia.
- Antara News, (2011), Pencegahan Gizi Buruk
- Anonim, 2012. Program penganggulangan gizi buruk. (*online*) diakses pada Jum'at, 8 Desember 2017  
(<http://sehatceriaavail.blogspot.com/2012/01/program-penanggulan-gizi-buruk-dari.html>)
- Anonim, 2011. Artikel gizi buruk. (*online*)([http://nenni-s--fkm09.web.unair.ac.id/artikel\\_detail-36201-Public%20Health-Gizi%20buruk%20.html](http://nenni-s--fkm09.web.unair.ac.id/artikel_detail-36201-Public%20Health-Gizi%20buruk%20.html)) diakses pada Jum'at, Desember 2017
- Anonim, 2011. Media Unicef Indonesia. (*online*) diakses pada Jum'at, 8 Desember 2017([http://www.unicef.org/indonesia/id/media\\_19825.html](http://www.unicef.org/indonesia/id/media_19825.html))
- Ahmad Sujudietal, *Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2002
- Boediono, (1999) Mikro Dan Makro Ekonomi, Jakarta : PT Raja Grafindo Persada
- Badan Pusat Statistik (BPS)- [Bps.go.id](http://bps.go.id) / Pengeluaran Konsumsi non konsumsi (*online*)
- Dumairy,(1996).PerekonomianIndonesia,Jakarta:Erlangga
- Dewa Nyoman,Supariatsa (2001). Peningkatan Produksi Pangan
- DepartemenKesehatan RI, *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004*, Jakarta, 2001
- Depkes (2007) Program Makanan Tambahan Pemulihan (*online*) diakses pada Rabu, 6 Desember 2017
- Dinkes (2009) *monitoring* Gizi Masyarakat (*online*) diakses pada Rabu, 6 Desember 2017
- Frida Turnip (2008). Keadaan Gizi Yang Mencukupi, Bandung 2007  
<http://www.indonesian-publichealth.com/pelayanan-balita-gizi-buruk/>

Jaringan Informasi Dan Pangan Gizi (2005). *(online) diakses pada Jum'at, 8 Desember 2017*

Krisno, agus, DR. *Dasar-dasarilmugizi*. UMM PRESS. Malang

Kuncoro, mudrajat, (2013). *Metode Riset untuk Bisnis & Ekonomi*, Jakarta: Erlangga

Nazir (2005, hal 58), Penelitian komparatif. *(online) diakses pada Selasa 26 Desember 2017*

Profil Kesehatan 2012 *Provinsi Sumatera Utara*, Kesehatan

Profil Kesehatan 2015 *Provinsi Aceh*, informasi Kesehatan

Roswita, Dani, 2015. *Statistika Ekonomi*, Jakarta: Wacana Media

Republika (2009). *Standart Nutrisi Bogor: Info Masyarakat Media*

Sukirno, Sadono (2004), *Makro Ekonomi*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Soekirman, (2000). *Permasalahan Gizi Buruk*, Jakarta: Erlangga

Syafrudin (2009). *Ekonomi Indonesia/Baca Pintar (online)*, . *(online) diakses pada Selasa 12 Desember 2017*

Suharsimi Arikunto, (2010) *sumber data dalam penelitian*. *(online) diakses pada Selasa 26 Desember 2017*

<http://sehatceriaavail.blogspot.com/2012/01/-dari.html>

Www.dinkes.acehprov.go.id