



Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk Penderita Balita Gizi Buruk

Noer Arsyita Aryani ^{1✉}, Bambang Wahyono ¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 15 April 2020
Disetujui 1 Juli 2020
Dipublikasikan 22 Juli 2020

Keywords:

Evaluation, Feeding's Program, Malnutrition Toddler.

DOI:

<https://doi.org/10.15294/higeia/v4i3/31955>

Abstrak

Puskesmas Welahan I merupakan puskesmas dengan persentase balita gizi buruk yang mengalami peningkatan setiap tahunnya, pada tahun 2015 (0,81%), tahun 2016 (4,35%) dan tahun 2017 (4,73%). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2019. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Informan penelitian terdiri dari 7 informan yang dipilih informan dengan teknik *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi. Hasil menunjukkan bahwa pelaksanaan program ini belum berjalan dengan optimal seperti pada tahap masukan terdapat kendala yaitu belum memiliki sarana gudang untuk menyimpan paket makanan, kemudian tahap proses meliputi perencanaan seperti perhitungan harian balita, tidak ada kelompok ibu balita, kemudian tahap pemantauan belum berjalan dengan maksimal dikarenakan terdapat anggota keluarga yang ikut mengkonsumsi, serta pada tahap pencatatan belum dilaksanakan pencatatan harian daya terima terhadap makanan yang diberikan dan cakupan program PMT-P masih rendah. Simpulan dari penelitian ini yaitu pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan I sudah berjalan namun belum optimal.

Abstract

Welahan 1 Primary Healthcare Center had the percentage of malnourished children under five years old increasing every year, 0.81% in 2015, 4.35% in 2016 and 4.73% in 2017. The purpose was determine the description of the Feeding Program for under-five sufferers of malnutrition in the Welahan 1 Healthcare Center, Jepara. This research was in April 2019. This reseach's type was descriptive. The informant consisted of 7 informants selected by purposive sampling technique. Data collection techniques used interviews and observation. The results showed that the implementation of this program hadn't run optimally as in the input stage there were constraints, hadn't warehouse facilities to store food packages, then the process stage included planning are daily toddlers' calculations, hadn't toddler mother group, then the monitoring stage hadn't proceeded due to there're family members who consume it. In the recording stage there hadn't been a daily record of receiving food and the coverage of the Feeding program was still low. The conclusions showed that implementation feeding program had been running but not optimal.

© 2020 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:
Gedung F5 Lantai 2 FIK Unnes
Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, 50229
E-mail: arsvitaarivani@gmail.com

PENDAHULUAN

Status gizi merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan pembangunan kesehatan yang dasarnya adalah bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan nasional secara keseluruhan. Status gizi anak usia bawah lima tahun (balita) merupakan indikator kesehatan yang penting karena anak usia balita merupakan kelompok yang rentan terhadap kesehatan gizi, sehingga perlu mendapat perhatian khusus karena dampak negatif yang ditimbulkan apabila menderita kekurangan gizi (Kemenkes RI, 2017).

Gizi kurang pada anak balita yang tidak segera diatasi akan berkembang menjadi gizi buruk. Gizi buruk dalam pendataan di Jawa Tengah menggunakan 2 kategori yaitu dengan indikator membandingkan Berat Badan dengan Umur (BB/U) dan membandingkan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dengan $z\text{-score} < -3SD$ (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 diketahui bahwa proporsi balita gizi buruk dan balita gizi kurang di Indonesia masing-masing sebesar 3,9% dan 13,8%. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Nasional pada tahun 2017 menunjukkan bahwa presentase *underweight* pada balita sebesar 17,8%, balita gizi buruk sebesar 3,8% dan gizi kurang sebesar 14,0%. Sedangkan di Jawa Tengah sendiri memiliki prevalensi kasus balita gizi buruk sebesar 2,7% dan kasus balita gizi kurang sebesar 10,6%. (Kemenkes RI, 2017).

Data PSG yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara dari tahun 2016-2018 jumlah penderita balita gizi buruk mengalami fluktuatif. Pada tahun 2016 jumlah balita yang berstatus gizi buruk sebanyak 1.885 (2,7%), tahun 2017 sebanyak 1.821 (2,62%) dan tahun 2018 sebanyak 591 (3,84%). Kabupaten Jepara memiliki 21 puskesmas salah satunya adalah Puskesmas Welahan I termasuk yang memiliki banyak balita dan selama 3 tahun mulai dari tahun 2015-2017 mengalami peningkatan penderita balita gizi buruk dengan prevalensi pada tahun 2015 sebanyak 0,81% , tahun 2016 sebesar 4,35% dan tahun 2017

sebesar 4,73%. (Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, 2017).

Untuk memperbaiki masalah gizi tersebut salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan pemberian makanan tambahan pemulihan yang selanjutnya disebut PMT-P bagi bayi dan balita. Program PMT-P merupakan kegiatan pemberian makanan zat gizi yang bertujuan memulihkan gizi balita dengan jalan memberikan makanan dengan kandungan gizi yang cukup sehingga kebutuhan gizi balita dapat terpenuhi. Program ini ditujukan untuk sasaran kelompok yang rawan terhadap masalah gizi meliputi balita gizi buruk, balita gizi kurang dengan usia 6-59 bulan. (Kemenkes RI, 2017). Penanganan masalah gizi kurang pada balita tersebut salah satunya adalah dengan memberikan makanan tambahan pemulihan. program tersebut berpengaruh terhadap status gizi balita karena kualitas makanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan sasaran untuk meningkatkan status gizinya (Wang, 2017).

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan PMT-P dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2011, disebutkan bahwa pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan terdiri dari 4 tahap. (1) persiapan, terdiri dari penentuan balita sasaran, menentukan makanan membentuk kelompok ibu balita sasaran, sosialisasi program dan penyuluhan. (2) pelaksanaan, terdiri dari pendistribusian dan konseling. (3) pemantauan dengan melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan terhadap balita gizi buruk untuk mengetahui perkembangan status gizinya dan memastikan bahwa paket makanan dikonsumsi oleh balita gizi buruk. (4) pencatatan dan pelaporan, dilakukan mulai dari orangtua balita, bidan desa dan petugas gizi puskesmas kemudian hasil pencatatan dilaporkan dari bidan desa ke puskesmas, dari puskesmas ke dinas kesehatan setiap bulan (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan data dari Renstra Kemenkes RI Tahun 2015-2019, target cakupan PMT-P bagi balita pada tahun 2017 adalah 80%. Namun demikian, program PMT-P di masyarakat Indonesia belum dapat

dilaksanakan menyeluruh terhadap sasaran. Menurut informasi yang diperoleh dari petugas Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) program PMT-P di Puskesmas Welahan I diprioritaskan pada balita gizi buruk. Untuk balita penderita gizi buruk sendiri tidak semuanya memperoleh paket makanan tambahan pemulihan. Hal ini ditunjukkan dengan data pemberian PMT-P pada tahun 2017 bahwa jumlah penderita balita gizi buruk yang mendapatkan PMT-P sebanyak 27 (26%) dari jumlah penderita balita gizi buruk sebanyak 104 sedangkan pada tahun 2018 bahwa jumlah penderita balita gizi buruk sebanyak 36 dan yang mendapatkan PMT-P sebanyak 10 (27%) (Kemenkes RI, 2015).

Selama pelaksanaan program PMT-P, kendala yang dihadapi seperti masih ada keluarga yang tidak membawa anak balitanya untuk ditimbang di posyandu serta tidak diketahui ketika paket makanan tambahan pemulihan sampai di sasaran, dan pengonsumsiannya sudah sesuai dengan peraturan atau belum.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Alita, keberhasilan pemberian makanan tambahan berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan, pencatatan, penilaian dan pelaporan (Alita, 2013). Perencanaan operasional meliputi penyusunan jadwal pelaksanaan, penggunaan dana, mengidentifikasi calon sasaran penerima PMT-P, serta melakukan sosialisasi. Kemudian pelaksanaan meliputi PMT-P yang diberikan tepat sasaran, sedangkan pemantauan yang baik adalah dilakukan langsung oleh tenaga pelaksana gizi tidak diserahkan sepenuhnya oleh bidan ataupun kader serta pencatatan dan pelaporan kurang baik. Hal ini mungkin dikarenakan TPG tidak melaksanakan secara rutin dan hanya sebagian melakukan rekapitulasi terhadap pencatatan.

Keberhasilan program dipengaruhi oleh unsur input, proses dan keluaran atau output. Maka tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan evaluasi pelaksanaan dalam program PMT-P untuk mengkaji masalah-masalah yang ada untuk perbaikan program selanjutnya.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian ini mengenai evaluasi pelaksanaan Program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara sebelumnya belum pernah dilakukan dengan jenis penelitian kualitatif rancangan studi kasus metode deskriptif. Dengan demikian, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.

METODE

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2019 di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.

Sumber data dalam penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sumber data sekunder. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui observasi dan wawancara mendalam (*indepth interview*) kepada pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program PMT-P Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara. Teknik pengambilan informan dilakukan dengan cara *purposive sampling*. Informan dalam penelitian ini terdiri dari Tenaga Pelaksana Gizi selaku pemegang program PMT-P, bidan desa, kader, Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, Kepala Puskesmas Welahan 1, pemilihan informan triangulasi tersebut karena puskesmas di Kabupaten Jepara merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, sehingga semua kegiatan yang dilaksanakan puskesmas harus diketahui dan mendapatkan pengawasan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara dan kepala puskesmas dan orangtua balita penerima paket PMT-P, pemilihan informan triangulasi tersebut karena orang tua yang mendapat makanan tambahan pemulihan merupakan pihak yang terkena dampak langsung dari program PMT-P. Selain itu orang tua tersebut

berinteraksi langsung dengan kader dan Penanggung Jawab Program Gizi Puskesmas sehingga semua tindakan yang dilakukan kader atau Penanggung Jawab Program Gizi Puskesmas dalam Program PMT-P dapat diketahui secara rinci.

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari sumber data-data, buku-buku, literatur penelitian, dokumen dan sumber lain yang relevan. Untuk membantu dalam pelaksanaan pengumpulan data, peneliti menggunakan alat bantu berupa pedoman wawancara, dan alat perekam. Teknik pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara mendalam, observasi, dokumentasi, dan studi pustaka seperti laporan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Tahun 2017, Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan bagi Balita tahun 2011), Dinas Kesehatan Kabupaten Jawa Tengah, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara.

Teknik pengambilan data dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam, observasi, serta studi dokumentasi. Pemeriksaan keabsahan data dengan triangulasi yang dipakai adalah triangulasi sumber. Sedangkan teknik analisis data dalam penelitian ini yaitu dengan proses reduksi data, proses penyajian data, dan proses menarik kesimpulan (Normalasari, 2017).

Analisis data yang digunakan yaitu dengan menelaah teks yang bersifat naratif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, seluruh data yang tersedia dari hasil wawancara dengan melakukan reduksi data dalam sebuah rangkuman dan tabel agar mudah dibaca serta dipahami, penyajian data berupa bentuk *flowchart* dan sejenisnya. Dengan penyajian data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi serta merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami.

Pada tahap verifikasi dan penarikan kesimpulan berupa deskripsi atau gambaran dengan bukti valid dan konsisten sehingga

kesimpulan tersebut bersifat kredibel. Penarikan kesimpulan ini dibuat didasarkan pada pemahaman terhadap data yang telah disajikan dengan menggunakan kalimat yang mudah dimengerti.

Prosedur penelitian terdiri dari tahap pra penelitian, tahap penelitian, dan tahap pasca penelitian. Kegiatan yang dilakukan dalam tahap pra penelitian adalah mencari data awal melalui studi pustaka seperti dokumen-dokumen atau sumber-sumber yang relevan sebagai data sekunder, melakukan studi pendahuluan ke instansi terkait yaitu Puskesmas Welahan 1 Kabupaten Kepara untuk menemukan besaran masalah yang sebenarnya, sebelumnya membuat surat perizinan dari fakultas untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara kemudian di disosisikan ke pihak Puskesmas Welahan 1 Kabupaten Jepara.

Prosedur penelitian selanjutnya adalah tahap penelitian dimana peneliti melakukan wawancara mendalam dan observasi. Peneliti melakukan wawancara mendalam terhadap informan dan observasi dilakukan untuk mengetahui kegiatan pelaksanaan dalam program PMT-P. Dalam melakukan wawancara mendalam peneliti menggunakan alat perekam dan dokumentasi menggunakan *handphone*. Prosedur penelitian yang terakhir adalah tahap pasca penelitian, tahap ini dilakukan dengan penyajian data secara deskriptif melalui teks naratif dan penarikan kesimpulan dari hasil penelitian.

Tahap analisis data dalam penelitian ini terdiri dari tiga tahap antara lain: (1) Reduksi data dengan cara merangkum hal-hal yang penting, membuang yang tidak penting, mencari tema pokok bahasan yang sedang dilakukan untuk mempermudah dalam melakukan pengumpulan data selanjutnya oleh peneliti, (2) Penyajian data, bentuk dari uraian bagan, tabel, dan hubungan antar kategori yang dilakukan peneliti untuk mempermudah dan memahami serta merencanakan tahap selanjutnya yang akan dilakukan, (3) Pengambilan simpulan dan melakukan verifikasi data yang menjadi bukti dan dapat ditarik kesimpulan dari penelitian berbasis bukti kuat sehingga data tersebut valid.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ditinjau dalam aspek masukan (*input*), Sumber Daya Manusia (SDM) sangat penting perannya dalam pelaksanaan program PMT-P. SDM yang terlibat dalam pelaksanaan program PMT-P terdiri dari Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) selaku pemegang program PMT-P, bidan desa atau kader posyandu.

Pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program PMT-P di puskesmas mempunyai tugas masing-masing. Tenaga pelaksana gizi puskesmas bertugas di semua kegiatan seperti berkoordinasi dengan pihak lain, memberikan makanan tambahan pemulihan, konseling, pencatatan dan pelaporan. Bidan desa bertugas ikut serta memberikan pemberian makanan tambahan dan kader bertugas mendampingi mendistribusikan makanan tambahan pemulihan ke sasaran.

Tenaga gizi puskesmas sebagai pelaksana program, sedangkan kader dan atau bidan wilayah sebagai pendistribusi makanan tambahan dan pencatatan di tingkat sasaran, serta pihak-pihak yang berada di Puskesmas sebagai pendukung program PMT-P (Kemenkes RI, 2011).

Pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan berdasarkan latar belakang SDM sudah sesuai profesi, dimana tenaga pelaksana gizi berlulusan gizi, dan bidan dari D3 kebidanan.

Namun demikian, SDM yang terlibat belum pernah mengikuti pelatihan. Tabel 1. menjelaskan bahwa informan utama terdiri dari 3 orang terdiri dari tenaga pelaksana gizi, bidan dan kader posyandu. Karakteristik informan dilihat dari berbagai macam aspek meliputi jenis

kelamin, usia, pendidikan terakhir, dan masa kerja. Tabel 2. menjelaskan bahwa informan triangulasi terdiri dari 4 orang terdiri dari Kepala Seksi Kesehatan Keluarga & Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, kepala puskesmas, dan 2 orang tua balita sasaran. Karakteristik informan dilihat dari berbagai macam aspek meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, dan masa kerja.

Dalam pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 belum pernah mengikuti pelatihan terkait PMT-P. Sumber daya manusia dapat dikatakan baik jika dalam pelaksanaan program PMT-P melibatkan pihak tenaga pelaksana gizi dan kader Posyandu, sesuai dengan Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Tahun 2017 dan telah mendapatkan pelatihan. Sedangkan dikatakan tidak baik apabila sumber daya manusia tidak sesuai dengan petunjuk teknis tersebut dan belum pernah mendapatkan pelatihan.

Berdasarkan penelitian Sugianti (2017), pendanaan sangat penting kaitannya dengan pelaksanaan program PMT-P. Namun, seringkali dana yang tersedia untuk program PMT-P tidak bisa mengcover semua balita gizi buruk dan gizi kurang yang ada. Demikian halnya, pendanaan untuk pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1. Hal itu disebabkan karena adanya alokasi dana yang terbatas sehingga sasaran diprioritaskan kepada balita gizi buruk dari keluarga yang kurang mampu.

Dana yang digunakan dalam pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 adalah dana Bantuan Operasional Kegiatan (BOK). Alokasi dana sebesar Rp 7.500 x 90 hari/balita digunakan untuk membelikan

Tabel 1. Karakteristik Informan Utama

Informan Utama Ke-	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Masa Kerja (tahun)
Informan Utama 1	Perempuan	38	D3	Tenaga Pelaksana Gizi	3
Informan Utama 2	Perempuan	47	D3	Bidan desa	26
Informan Utama 3	Perempuan	40	SMA	Kader posyandu	18

Tabel 2. Karakteristik Informan Triangulasi

Informan Triangulasi Ke-	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Masa Kerja (tahun)
Informan Triangulasi 1	Perempuan	55	S2	Kepala Seksi Kesehatan Keluarga & Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara	13
Informan Triangulasi 2	Laki-laki	45	S2	Kepala Puskesmas	1
Informan Triangulasi 3	Perempuan	43	SD	Orang Tua Balita	-
Informan Triangulasi 4	Perempuan	31	SD	Orang Tua Balita	-

paket makanan tambahan pemulihan berupa bahan lokal.

Dana BOK dapat dikatakan baik jika digunakan dalam proses distribusi makanan tambahan seperti biaya transportasi kader yang sesuai dengan Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Tahun 2011. Sedangkan dikatakan tidak baik jika tidak sesuai dengan panduan tersebut (Kemenkes RI, 2011).

Sarana dan prasarana terkait pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 meliputi tempat penyimpanan atau gudang dan paket makanan tambahan pemulihan berupa bahan lokal. Sementara gudang yang digunakan adalah ruang konseling. Hal ini menjadi kendala karena belum memiliki gudang khusus untuk penyimpanan paket makanan tambahan pemulihan.

Sarana dan prasarana yang memadai akan mendukung pelaksanaan program PMT-P di masyarakat. Sarana dan prasarana program PMT-P meliputi semua alat yang digunakan dalam pelaksanaan program PMT-P. Pelaksanaan program PMT-P setidaknya memerlukan gudang yang sesuai sebagai tempat menyimpan makanan tambahan dan alat transportasi untuk mendistribusikan makanan tambahan (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan penelitian Sugianti (2017) di Kabupaten Tuban yang menyatakan bahwa sarana prasarana yang terkait dengan pelaksanaan program PMT-P adalah keberadaan gudang penyimpanan dan

kendaraan pengangkut bahan PMT-P. Walaupun bukan gudang khusus tetapi makanan tambahan disimpan dalam gudang di Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Selain itu, bahan PMT-P dari Dinas ke Puskesmas diangkut menggunakan mobil puskesmas Keliling, atau mobil sewa bak terbuka. Sedangkan pengangkutan bahan PMT-P dari puskesmas ke ibu balita sasaran dilakukan oleh bidan desa dengan menggunakan motor, untuk kemudian disimpan terlebih dahulu di Polindes sebelum dibagikan ke ibu balita sasaran. Sedangkan paket makanan tambahan pemulihan di Puskesmas Welahan 1 terdiri dari susu, beras, minyak goreng, telur, kacang hijau, dan *blueband*.

Ditinjau dalam aspek proses (*process*), perencanaan merupakan proses merancang kegiatan dalam suatu program. Menurut penelitian Alita (2013) menyebutkan bahwa perencanaan yang baik akan memberikan peluang keberhasilan pelaksanaan pemberian makanan tambahan pemulihan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Sugianti (2017) yang menyatakan bahwa perencanaan tingkat puskesmas adalah suatu proses kegiatan yang sistematis untuk menyusun mempersiapkan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun berikutnya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kepada masyarakat dalam upaya mengatasi masalah kesehatan setempat.

Menurut penelitian Yunita (2011) menjelaskan bahwa untuk menghasilkan pelaksanaan kegiatan yang baik, maka

diperlukan sebuah perencanaan yang baik pula. Perencanaan juga dapat diartikan sebagai proses mendefinisikan tujuan organisasi membuat strategi untuk mencapai tujuan dan mengembangkan rencana kerja dari organisasi (Santoso, 2018). Perencanaan yang perlu dilakukan dalam program PMT-P adalah penentuan balita sasaran, paket makanan tambahan pemulihan dan pembentukan kelompok ibu balita sasaran serta sosialisasi dan penyuluhan (Kemenkes RI, 2011).

Hal ini sejalan dengan penelitian Setiowati (2019) di Puskesmas Tegal Timur menjelaskan bahwa kegiatan perencanaan dalam program PMT Pemulihan di Puskesmas Tegal Timur meliputi penyusunan dokumen perencanaan, penentuan balita sasaran, dan pemberitahuan kepada kader mengenai distribusi makanan tambahan pemulihan kepada sasaran (Setiowati, 2019).

Pelaksanaan program PMT-P dalam penentuan balita sasaran diprioritaskan dari keluarga yang kurang mampu dengan usia balita 6-59 bulan berdasarkan indikator BB/U yang ditentukan pihak tenaga gizi puskesmas selaku pemegang program berdasarkan laporan dari bidan desa melalui pemantauan pengukuran BB dan TB di posyandu setiap bulan.

Berdasarkan penelitian Sengkey, menjelaskan bahwa dalam penentuan balita sasaran pun kader berperan aktif dalam membantu melakukan pencatatan keadaan fisik balita melalui penimbangan di posyandu (Sengkey, 2015). Peranan kader sangat penting karena kader bertanggungjawab dalam pelaksanaan program posyandu, bila kader tidak aktif maka pelaksanaan posyandu juga tidak akan lancar dan akibatnya status gizi bayi atau balita tidak dapat dideteksi secara dini dengan jelas. Hal ini secara langsung akan mempengaruhi tingkat keberhasilan program posyandu khususnya dalam memantau tumbuh kembang balita.

Dalam penentuan paket makanan tambahan pemulihan ditentukan oleh TPG selaku pemegang program berupa bahan lokal seperti susu, beras, minyak goreng, telur, kacang hijau, dan *blueband*. Menu paket makanan

tambahan pemulihan tersebut ditentukan oleh TPG mengikuti berdasarkan *pasca* perawatan balita gizi buruk di rumah sakit oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. Paket makanan tersebut dikonsumsi selama 90 hari atau tiga bulan secara berturut-turut dan di tahun 2018 dilaksanakan pada bulan Juni-Agustus.

Hal ini sejalan dengan buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Tahun 2011, menjelaskan bahwa makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bahan makanan atau makanan lokal. Jika bahan makanan terbatas, dapat digunakan makanan pabrikan. Makanan tersebut diutamakan dapat berupa sumber protein hewani maupun nabati serta sumber vitamin dan mineral yang berasal dari sayuran dan buah-buahan dan diberikan selama 90 hari berturut-turut atau sekali sehari. (Kemenkes RI, 2011).

Kendala yang dihadapi dalam penentuan makanan tambahan pemulihan untuk balita adalah merasa bosan karena tidak ada inovasi terhadap orangtua balita dalam pengolahan paket makanan tambahan pemulihan.

Dalam mengatasi rasa bosan pada balita sasaran dalam mengonsumsi makanan tambahan pemulihan perlu adanya modifikasi makanan. Hal tersebut tidak sejalan dengan pelaksanaan program PMT-P dikarenakan orangtua balita sasaran penerima makanan tambahan pemulihan pasif terhadap modifikasi makanan. Menurut penelitian Indriati yang menjelaskan bahwa modifikasi makanan diperlukan supaya anak mau mengonsumsi makanan tambahan selama waktu yang telah ditentukan (Indriati, 2013).

Berdasarkan buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan menjelaskan bahwa pada tahap persiapan terdapat pembentukan kelompok ibu balita sasaran. Pelaksanaan program PMT-P meliputi pendistribusian dan konseling yang dilakukan ketika di posyandu, puskesmas maupun di rumah balita sasaran oleh TPG, bidan desa, dan kader posyandu.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan di wilayah kerja Puskesmas Welahan

1 menyatakan bahwa tidak ada pembentukan kelompok ibu balita sasaran. Hal ini dikarenakan jumlah balita sasaran hanya sedikit dan berasal dari desa yang berbeda serta ibu balita sasaran tidak mempunyai alat komunikasi untuk koordinasi dengan lainnya. Sehingga pelaksanaan dan pemantauan dilakukan oleh masing-masing bidan desa dan kader.

Dapat disimpulkan bahwa pada aspek perencanaan di Puskesmas Welahan 1 terkait pembentukan kelompok ibu balita sasaran tidak sesuai dengan buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan yang diterbitkan oleh Kemenkes RI.

Sebaliknya, jika sosialisasi dan koordinasi melalui pertemuan yang diadakan setiap bulan tidak rutin dilaksanakan, maka akan berimbas kepada program PMT Pemulihan yang menjadi kurang optimal (Susanti, 2017). Kegiatan rapat koordinasi antar kader atau bentuk pemberdayaan masyarakat yang lain dimanfaatkan juga sebagai sarana untuk mendiskusikan kegiatan-kegiatan dan menjalin silaturahmi sesama anggota (Umasih, 2018).

Sosialisasi dan penyuluhan merupakan gabungan dari berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip belajar sehingga harapannya dengan adanya penyuluhan kesehatan dapat membuat masyarakat lebih sadar akan pentingnya pola hidup sehat. Kegiatan tersebut dilakukan di RS, Puskesmas, ataupun posyandu.

Kegiatan sosialisasi dan penyuluhan di Puskesmas Welahan 1 mengenai program PMT-P yang dilakukan kepada ibu balita sasaran penderita balita gizi buruk mengenai kebutuhan gizi balita. Kegiatan tersebut dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi, bidan desa, dan atau kader posyandu. Sosialisasi dan penyuluhan dilaksanakan di puskesmas maupun posyandu saat pengambilan paket makanan tambahan pemulihan.

Dalam pelaksanaan sosialisasi dan penyuluhan di Puskesmas Welahan 1 kurang optimal dikarenakan orangtua balita sasaran penderita gizi buruk jarang pergi ke posyandu sehingga sosialisasi dan penyuluhan hanya didapatkan dari puskesmas. Hal ini dikarenakan

orangtua balita sasaran merasa malu ketika pergi ke posyandu untuk melakukan pengukuran BB dan TB tidak ada perkembangan.

Setelah dilakukan perencanaan program PMT-P maka tahap selanjutnya adalah pelaksanaan program. Menurut penelitian Sugianti (2017) dapat diketahui bahwa pelaksanaan program PMT-P merupakan aspek paling penting dalam tahapan-tahapan pelaksanaan program PMT-P. Pelaksanaan program dapat berjalan jika ada perencanaan yang baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Nurbaiti yang menyatakan bahwa perencanaan tingkat puskesmas adalah suatu proses kegiatan yang sistematis untuk menyusun kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun berikutnya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan dalam upaya mengatasi masalah kesehatan setempat (Nurbaiti, 2017). Pada tahap pelaksanaan PMT-P di Puskesmas Welahan meliputi pendistribusian dan konseling.

Berdasarkan hasil penelitian, alur distribusi makanan tambahan pemulihan di Puskesmas Welahan 1 berawal dari tenaga pelaksana gizi melakukan pemesanan terhadap pihak rekanan, kemudian paket makanan tambahan pemulihan diantarkan ke puskesmas. Sebelum paket makanan pemulihan didistribusikan kepada sasaran, maka tenaga pelaksana gizi mengkoordinasikan terlebih dahulu terhadap bidan/kader untuk mengambil paket makanan tersebut langsung ke puskesmas.

Pelaksanaan pendistribusian paket makanan tambahan pemulihan di Puskesmas Welahan 1 melakukan pemesanan yang melalui rekanan. Pihak rekanan akan mengantarkan ke puskesmas dan kemudian pihak puskesmas akan mengkoordinasikan melalui kader kepada orangtua balita sasaran sehingga orangtua tersebut dapat mengambil langsung ke puskesmas sesuai jadwal. Hal tersebut bisa dilakukan di PKD maupun diantarkan di rumah apabila orangtua balita sasaran tidak bisa mengambil ke puskesmas. Menurut Aaron (2016), dalam program PMT-P kader berperan dalam mengantarkan makanan tambahan pemulihan kepada balita sasaran selama masa

waktu pemberian. Kader dapat memudahkan proses distribusi kepada sasaran, terutama kader yang telah mendapat bimbingan teknis (Reinsma, 2017). Sementara itu, ketika pendistribusian bahan paket PMT-P berlangsung dilakukan konseling serta pengukuran BB/TB.

Pada tahap pendistribusian dalam pelaksanaan pemberian makanan tambahan terdapat kegiatan konseling dari tenaga pelaksana gizi atau bidan desa kepada orangtua balita sasaran. Konseling merupakan suatu bentuk pendekatan yang digunakan untuk memperoleh pengertian yang lebih baik tentang permasalahan gizi balita melalui pola makan.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa kegiatan konseling dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi pada saat pengambilan paket makanan tambahan pemulihan serta dilakukan pengukuran BB dan TB dan memastikan paket makanan tambahan pemulihan dimakan oleh balita.

Konseling yang dilakukan di Puskesmas Welahan 1 mengenai perkembangan balita sasaran dan memberikan tips formula khusus untuk meningkatkan BB seperti gula, susu dan *blueband* dicairkan kemudian dicampurkan dan dikasih air 100 atau 1.5 ml. Hal ini sesuai dengan Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Tahun 2011 bahwa dalam program PMT Pemulihan, tenaga kesehatan dan kader memberikan penyuluhan kepada ibu balita tentang PHBS dan makanan tambahan pemulihan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sistiarani (2013) yang menjelaskan bahwa kader Posyandu di wilayah kerja Puskesmas Kalibagor aktif dalam memberikan penyuluhan terkait kesehatan ibu dan anak menggunakan buku KIA. Selain itu, kader Posyandu disebut sebagai fasilitator yang berfungsi sebagai pemberi motivator, petugas penyuluhan dan pelayanan kesehatan.

Pemantauan dalam program PMT-P dilakukan setiap bulan selama pelaksanaan program. Pemantauan dapat berupa pemantauan BB setiap bulan, pengukuran TB/PB pada awal dan akhir pelaksanaan

program yang dilakukan oleh kepala puskesmas, dinas kesehatan, dan TPG atau bidan (Kemenkes RI, 2011).

Program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 dilihat dari pemantauan dilakukan oleh TPG dan bidan desa atau kader ketika di puskesmas maupun posyandu seperti penimbangan dan pengukuran BB dan TB setiap pengambilan PMT-P per bulan selama pelaksanaan. Namun dalam kegiatan pemantauan masih belum optimal, hal ini dikarenakan pihak kepala puskesmas dan dinas kesehatan tidak melakukan pemantauan.

Selain penimbangan balita sasaran, pencatatan dan pelaporan juga merupakan kegiatan penting yang harus dilaksanakan oleh pelaksana program terutama Tenaga Pelaksana Gizi (TPG). Hal ini untuk mengetahui dan melaporkan bagaimana perkembangan atau perubahan berat badan balita sasaran dilakukan pada waktu pendistribusian PMT-P ke sasaran.

Pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program PMT-P meliputi pencatatan identitas balita, dan perkembangan balita. Bentuk pelaporan dari bidan desa ke puskesmas berupa data balita berdasarkan nama, usia, BB, dan TB kemudian pelaporan pihak puskesmas ke DKK berupa data status gizi balita, usia, dan nama.

Selain itu, bukan hanya dari TPG yang melaksanakan pencatatan tetapi pencatatan dari ibu balita perlu dilakukan seperti pencatatan harian sederhana mengenai daya terima makanan tambahan pemulihan yang nantinya akan dipantau oleh kader atau bidan di desa setiap minggu (Kemenkes RI, 2011).

Kegiatan pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 belum sesuai dengan panduan Penyelenggaraan Makanan Tambahan Tahun 2017 adalah orangtua balita sasaran yang menerima paket makanan tambahan pemulihan tidak melakukan catatan harian mengenai daya konsumsi makan balita.

Ditinjau dalam aspek keluaran (*output*), cakupan pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 sasaran penerima paket makanan tambahan pemulihan adalah balita gizi buruk yang berasal dari keluarga yang mampu. Sehingga cakupan program masih

dibawah standar Renstra Tahun 2015-2019. Sedangkan ketepatan terhadap sasaran kurang tepat. Hal ini dikarenakan masih terdapat anggota keluarga yang lainnya ikut serta mengonsumsi. Selain itu, orangtua balita sasaran penerima paket makanan tambahan pemulihan merasa bosan.

Dalam mengatasi rasa bosan pada balita sasaran dalam mengonsumsi makanan tambahan pemulihan perlu adanya modifikasi makanan. Hal tersebut tidak sejalan dengan pelaksanaan program PMT-P dikarenakan orangtua balita sasaran penerima makanan tambahan pemulihan pasif terhadap modifikasi makanan. Menurut penelitian Indriati (2013) yang menjelaskan bahwa modifikasi makanan diperlukan supaya anak mau mengonsumsi makanan tambahan selama waktu yang telah ditentukan.

Tabel 3. Penderita Balita Gizi Buruk penerima Paket PMT-P

No	Desa	Jumlah Balita Gizi Buruk	Jumlah Balita Dapat PMT-P
1	Welahan	14	6
2	Gedangan	5	0
3	Ketileng	8	3
4	Kalipucang Wetan	11	2
5	Kalipucang Kulon	18	5
6	Brantak Sekarjati	27	8
7	Gidangelo	8	1
8	Teluk Wetan	13	2
TOTAL		104	27

Sumber: UPT Puskesmas Welahan 1 tahun 2017

Berdasarkan penelitian Iskandar (2017) di Kabupaten Aceh Besar yang menyatakan bahwa pemberian makanan tambahan dapat meningkatkan berat badan dan status gizi kurang. Sebelum diberikan makanan tambahan yang mengalami gizi kurang sebanyak 22 orang dan gizi buruk 7 orang. Setelah dilakukan pemberian makanan tambahan, diperoleh balita yang mempunyai gizi kurang sebanyak 20 orang dan gizi buruk sebanyak 3 orang. Berikut data balita gizi buruk yang mendapatkan paket PMT

Pemulihan melalui anggaran BOK pada tahun 2017.

Tabel 3 menjelaskan mengenai cakupan jumlah sasaran penderita balita gizi buruk dan sasaran yang mendapatkan paket PMT-P pada Tahun 2017 di Puskesmas Welahan.

Tabel 4 menjelaskan mengenai cakupan jumlah sasaran penderita balita gizi buruk dan sasaran yang mendapatkan paket PMT-P pada Tahun 2018 di Puskesmas Welahan.

Tabel 4. Penderita Balita Gizi Buruk penerima Paket PMT-P

No	Desa	Jumlah Balita Gizi Buruk	Jumlah Balita Dapat PMT-P
1	Welahan	6	1
2	Gedangan	2	2
3	Ketileng	1	0
4	Kalipucang Wetan	3	0
5	Kalipucang Kulon	5	2
6	Brantak Sekarjati	8	4
7	Gidangelo	0	0
8	Teluk Wetan	1	1
TOTAL		30	10

Sumber: UPT Puskesmas Welahan 1 tahun 2018

PENUTUP

Simpulan dari penelitian ini yaitu pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 Kabupaten Jepara sudah berjalan namun belum optimal. Dilihat dari aspek masukan, seperti sumber daya manusia, dana, dan sarana dan prasarana. Namun terdapat kendala dimana dana yang digunakan terbatas sehingga sasaran belum ter-cover secara keseluruhan dalam pemberian paket makanan tambahan pemulihan serta kendala dalam sarana yaitu belum memiliki gudang atau tempat penyimpanan paket makanan tambahan pemulihan. Pada aspek proses belum optimal dikarenakan pada belum ada pembentukan kelompok ibu balita sasaran dan pemantau dalam ketepatan pengonsumsi paket makanan tersebut masih ada anggota lain dari

keluarga yang ikut serta makan sehingga belum ada 90 hari paket tersebut sudah habis serta tidak melakukan pengukuran BB balita di awal dan akhir untuk mengetahui perkembangan balita sasaran.

Saran kepada peneliti selanjutnya yaitu diharapkan dapat melakukan penelitian lebih mendalam lagi setiap tahap pelaksanaan dan dapat melakukan penelitian pada subjek dan kasus yang berbeda dalam program PMT-P.

DAFTAR PUSTAKA

- Aaron, G. S. 2016. Assessing Program Coverage of Two Approaches to Disturbing A Complementary Feeding Supplement to Infants and Young Children in Ghana. *PloS ONE*, 11 (10): 1-19.
- Alita, R. 2013. Keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita di Kota Bandar Lampung. *Jurnal Kesehatan*, 4 (1): 297-304
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. 2017. *Data Prevalensi Status Gizi Balita Menurut Indeks BB/U Berdasarkan Penimbangan Serentak Tahun 2016-2018*. Kabupaten Jepara: Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara.
- Indriati, R. 2013. Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Balita Kurang Gizi di Kabupaten Wonogiri Tahun 2011 Ditinjau dari Aspek Input dan Proses. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 3 (1): 19-26.
- Iskandar. 2017. Effect of Supplementary Feeding Modification On Nutritional Status of Toddler. *Aceh Nutrition Journal*, 2 (2): 120-125.
- Kemendes RI. 2011. *Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang*. Jakarta: Kemendes RI.
- Kemendes RI. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kemendes RI.
- Kemendes RI. 2017. *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2017*. Jakarta: Kemendes RI.
- Normalasari, E. 2017. Evaluasi Program Konseling Menyusui di Puskesmas Klikiran Kabupaten Brebes. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 1 (1): 52-58.
- Nurbaiti, L. 2017. Studi Kasus Kualitatif Pelaksanaan Program Pemberian Makan Bayi dan Anak Lima Puskesmas di Lombok Tengah. *Jurnal Kedokteran Unram*, 6 (4): 1-6. ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY
- Reinsma, K. 2017. Erratum to: The Potential Effectiveness of The Nutrition Improvement Program On Infant And Young Child Feeding and Nutritional Status in The Northwest and Southwest Regions of Cameroon , Central Africa. *BMC Health Service*, 16 (654): 1-9.
- Santoso, M. 2018. Manajemen Program Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT). *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 2 (2): 205-215.
- Sengkey. 2015. Analisis Kinerja Kader Posyandu di Puskesmas Paniki Kota Manado Performance Analysis of Cadres Posyandu in Puskesmas Paniki Manado. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 5 (2b): 491-501.
- Setiowati, K. D. 2019. Perencanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 3 (1): 109-120.
- Sistiarani. 2013. Faktor Yang Mempengaruhi Peran Kader dalam Penggunaan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (2): 99-105.
- Sugianti. 2017. Evaluasi Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Balita Kurang di Kabupaten Tuban (Evaluation Of Feeding ' S Programme To The Malnutrition) . *Jurnal Cakrawala*, 11 (2): 217-224.
- Susanti. 2017. Implementasi Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I. *Unnes Journal of Public Health*, 6 (1): 47-52.
- Umiasih. (2018). Peran Serta Kelompok Masyarakat Peduli Paru Sehat dalam Program Pengendalian Penyakit Tuberkulosis. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 2 (1): 125-136.
- Wang, J. 2017. Effectiveness of Community-Based Complementary Food Supplement (Yingyangbao) Distribution in Children Aged 6-23 Months in Poor Areas in China. *PIOs ONE*, 50 (3): 1-14.
- Yunita, J. 2011. Sumber Daya Kesehatan Dalam Penyusunan Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman (The Sources of Health in Implementation of Planning at Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman). *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1 (2): 76-89.