

EVALUASI PROGRAM PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN-PEMULIHAN (PMT-P) UNTUK BALITA STUNTING DI DESA JAGAPURA LOR KECAMATAN GEGESIK KABUPATEN CIREBON

Vivi Virlonda*¹, Hidayat Wijayanegara, Ma'mun Sutisna*³

¹Mahasiswa Magister Kebidanan STIKes Dharma Husada Bandung

²Politeknik Negeri Bandung

³STIKes Dharma Husada Bandung

Email*: yvirlonda@gmail.com, mamun.sutisna@polban.ac.id

Abstrak

Indonesia dihadapkan pada Beban Gizi Ganda atau Double Burden, yang artinya pada saat Indonesia masih terus bekerja keras mengatasi masalah kekurangan gizi seperti kurus, stunting dan anemia, namun pada saat yang sama juga harus menghadapi masalah kelebihan gizi atau obesitas. Gizi buruk merupakan salah satu hal yang menjadi masalah global termasuk di Indonesia. Pemenuhan gizi yang belum tercukupi baik sejak dalam kandungan hingga bayi lahir dapat menyebabkan terjadinya berbagai masalah kesehatan baik pada ibu maupun bayinya. Tujuan dari penelitian ini adalah bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan program pemberian makanan tambahan-pemulihan di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon. Objek penelitian ini adalah mengevaluasi pelaksanaan program pemberian makanan tambahan-pemulihan di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon. Penelitian ini dilakukan di di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon pada bulan Januari 2023. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) Perencanaan program PMT-P untuk balita stunting di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon berjalan baik. 2) Pelaksanaan program PMT-P untuk balita stunting di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon berjalan sangat baik. 3) Pemantauan program PMT-P untuk balita stunting di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon berjalan baik. 4) Evaluasi program PMT-P untuk balita stunting di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon masih ada kendala seperti masih kurangnya sarana dan prasarana, faktor pola asuh orang tua dan faktor nafsu makan anak.

Kata Kunci: Evaluasi, Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P), Stunting

Abstract

Indonesia is faced with a Double Burden of Nutrition, which means that while Indonesia is still working hard to overcome malnutrition problems such as wasting, stunting and anemia, at the same time it also has to face the problem of excess nutrition or obesity. Malnutrition is a global problem, including in Indonesia. Fulfillment of nutrition that has not been fulfilled from the womb until the baby is

born can cause various health problems for both the mother and the baby. The purpose of this study was to evaluate the implementation of the supplementary-recovery feeding program in Jagapura Lor Village, Gegesik District, Cirebon Regency. The object of this study was to evaluate the implementation of the supplementary-recovery feeding program in Jagapura Lor Village, Gegesik District, Cirebon Regency. This research was conducted in Jagapura Lor Village, Gegesik District, Cirebon Regency in January 2023. The results showed that 1) Planning for the PMT-P program for stunting toddlers in Jagapura Lor Village, Gegesik District, Cirebon Regency was going well. 2) Implementation of the PMT-P program for stunting toddlers in Jagapura Lor Village, Gegesik District, Cirebon Regency went very well. 3) Monitoring of the PMT-P program for stunting toddlers in Jagapura Lor Village, Gegesik District, Cirebon Regency is going well. 4) Evaluation of the PMT-P program for stunting toddlers in Jagapura Lor Village, Gegesik District, Cirebon Regency, there are still obstacles such as the lack of facilities and infrastructure, parenting factors and children's appetite factors.

Keywords: Evaluation, Supplemental Feeding-Recovery (PMT-P), Stunting

PENDAHULUAN

Saat ini Indonesia dihadapkan pada Beban Gizi Ganda atau *Double Burden*, yang artinya pada saat Indonesia masih terus bekerja keras mengatasi masalah kekurangan gizi seperti kurus, *stunting* dan anemia, namun pada saat yang sama juga harus menghadapi masalah kelebihan gizi atau obesitas. Gizi buruk merupakan salah satu hal yang menjadi masalah global termasuk di Indonesia. Pemenuhan gizi yang belum tercukupi baik sejak dalam kandungan hingga bayi lahir dapat menyebabkan terjadinya berbagai masalah kesehatan baik pada ibu maupun bayinya [1].

Kecukupan gizi dan pangan merupakan salah satu faktor penting dalam mengembangkan kualitas sumber daya manusia sebagai indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Dalam hal ini gizi memiliki pengaruh terhadap kecerdasan dan produktivitas kerja sumber daya manusia [2]. Permasalahan gizi di Indonesia berdampak serius terhadap kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Salah satu masalah gizi yang masih cukup tinggi yaitu kerdil (*stunting*), kurus (*wasting*) pada balita serta masalah anemia dan kurang energi kronik (KEK) pada ibu hamil. Masalah kekurangan gizi pada ibu hamil tersebut pada akhirnya dapat menyebabkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR) dan kekurangan gizi pada balita. Permasalahan gizi disebabkan oleh penyebab langsung seperti asupan makanan yang tidak adekuat dan infeksi penyakit. Sedangkan penyebab tidak langsung permasalahan gizi adalah tingginya kemiskinan, rendahnya sanitasi lingkungan, kurangnya ketersediaan pangan, pola asuh yang kurang baik serta pelayanan kesehatan yang belum optimal [3].

Stunting merupakan salah satu permasalahan gizi yang menjadi perhatian utama dunia termasuk di Indonesia. *World Health Organization* mendefinisikan *stunting* sebagai gangguan tumbuh kembang yang dialami anak akibat gizi buruk, infeksi berulang dan stimulasi psikososial yang tidak memadai [4]. Menurut Kementerian Kesehatan RI, *stunting* adalah masalah kurang gizi kronis akibat

kurangnya asupan gizi dalam waktu yang lama sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak [5]. *Stunting* juga didefinisikan sebagai kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi pada bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*). Kementerian Kesehatan menambahkan bahwa *stunting* adalah anak balita yang memiliki nilai z-score kurang dari -2SD (*stunted*) dan kurang dari -3SD (*severely stunted*) [6].

Faktor penyebab *stunting* dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung terdiri dari praktik pemberian kolostrum dan ASI eksklusif, pola konsumsi anak dan penyakit infeksi anak yang diderita anak sedangkan penyebab tidak langsung adalah akses dan ketersediaan bahan makanan serta sanitasi dan kesehatan lingkungan [7]. Penelitian yang dilakukan oleh Ruswati et al (2021) faktor penyebab terjadinya *stunting* pada anak adalah asi eksklusif, pola makan dan pengetahuan ibu [8].

Berdasarkan data prevalensi balita *stunting* yang dikumpulkan oleh WHO pada tahun 2020 sebanyak 22% atau sekitar 149,2 juta balita di dunia mengalami *stunting* [9]. Hasil studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 menyebutkan bahwa prevalensi *stunting* di Indonesia sebesar 24,4%. *Stunting* masih menjadi permasalahan serius sebab angka prevalensinya masih di atas 20%. Oleh karena itu, *stunting* harus ditanggulangi agar angka *stunting* mengalami penurunan sesuai dengan anjuran WHO [8].

Stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat yang harus ditangani dengan serius. Indonesia adalah negara dengan prevalensi *stunting* ke lima terbesar. Balita/baduta (bayi di bawah usia dua tahun) yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadi anak yang rentan terhadap penyakit dan dimasa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya, secara luas *stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan. Pengalaman dan bukti internasional menunjukkan bahwa *stunting* dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan menurunkan produktivitas pasar kerja, sehingga mengakibatkan hilangnya GDP (*Gross Domestic Products*) sebesar 11% dan mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20%. Selain itu *stunting* juga dapat berkontribusi pada melebarnya kesenjangan (*in-equality*) sehingga mengurangi 10% dari total pendapatan seumur hidup dan juga menyebabkan kemiskinan antar generasi. Anak pendek yang terjadi di Indonesia sebenarnya tidak hanya dialami oleh rumah tangga/keluarga miskin dan kurang mampu, namun dialami juga oleh rumah tangga/keluarga menengah ke atas sebesar 40% [6].

Stunting pada anak menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, gangguan pada perkembangan otak, gangguan terhadap perkembangan motorik dan terhambatnya pertumbuhan mental anak.

Masalah *stunting* sering kali tidak disadari oleh masyarakat karena tidak adanya indikasi seperti halnya penyakit. Efek dari *stunting* pada anak dapat menjadi predisposing terjadinya masalah-masalah kesehatan lain hingga dewasa nanti. Oleh karena itu, penanggulangan masalah *stunting* harus dimulai jauh sebelum seorang anak dilahirkan (periode 1000 HPK) dan bahkan sejak ibu remaja untuk dapat memutus rantai *stunting* dalam siklus kehidupan [10].

Komitmen pemerintah dalam upaya percepatan perbaikan gizi telah dinyatakan melalui Perpres Nomor 42 Tahun 2013 tanggal 23 Mei 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang merupakan upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat melalui penggalangan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinasi untuk percepatan perbaikan gizi masyarakat dengan prioritas pada Seribu Hari Pertama Kehidupan 1000 HPK. Melalui penetapan strategi utama Gernas Percepatan Perbaikan Gizi yaitu:

1. Menjadikan perbaikan gizi sebagai arus utama pembangunan sumber daya manusia, sosial budaya dan perekonomian.
2. Peningkatan kapasitas dan kompetensi sumber daya manusia di semua sektor baik pemerintah maupun swasta.
3. Peningkatan intervensi berbasis bukti yang efektif pada berbagai tantangan yang ada di masyarakat.
4. Peningkatan partisipasi masyarakat untuk penerapan norma-norma sosial yang mendukung perilaku sadar gizi [1].

Dalam mengatasi permasalahan gizi, terdapat dua solusi yang dapat dilakukan yaitu intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Intervensi spesifik diarahkan untuk mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung masalah gizi, sedangkan intervensi sensitif diarahkan untuk mengatasi akar masalahnya dan sifatnya jangka panjang. Intervensi sensitif salah satunya dengan cara meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dari orang tua atau keluarga tentang hal-hal yang berkaitan dengan gizi, serta kurangnya pengetahuan masyarakat dalam pengolahan bahan makanan, misalnya ikan [1].

Kegiatan intervensi spesifik yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam penanggulangan masalah gizi antara lain:

1. Pemberian tablet tambah darah untuk remaja putri, calon pengantin dan ibu hamil.
2. Promosi ASI Eksklusif.
3. Promosi Makanan Pendamping ASI.
4. Promosi makanan berfortifikasi termasuk garam beryodium.
5. Promosi dan kampanye tablet tambah darah.
6. Suplemen gizi mikro (Taburia).
7. Suplemen gizi makro (PMT).
8. Kelas ibu hamil.
9. Promosi dan kampanye gizi seimbang dan perubahan perilaku.
10. Pemberian obat cacing.
11. Tata laksana gizi kurang/buruk.
12. Suplementasi vitamin A.
13. Jaminan kesehatan nasional.

Selain itu, salah satu upaya promotif preventif dalam rangka menanggulangi berbagai masalah gizi dan kesehatan, Kementerian Kesehatan telah mencanangkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dengan fokus pada 3 (tiga) kegiatan yaitu meningkatkan aktifitas fisik, konsumsi sayur dan buah serta deteksi dini penyakit [1].

Pemerintah juga telah mengeluarkan kebijakan dalam upaya Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita gizi kurang yaitu dengan memberikan biskuit sebagai makanan tambahan yang didistribusikan melalui Puskesmas kepada balita yang mengalami gizi kurang maupun gizi buruk [11]. Upaya penanggulangan balita gizi buruk maupun gizi kurang telah dilakukan mulai tahun 1998 dengan melakukannya upaya penemuan kasus, rujukan dan pemulihan di sarana kesehatan secara gratis. Selain itu, dilakukan upaya lain berupa pemberian makanan tambahan (PMT) dan upaya lainnya yang bersifat pemulihan. Semua upaya tersebut belum mampu menekan kejadian kasus gizi buruk/kurang dan mengembalikan status gizi yang baik pada masyarakat [12].

Program pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) dilaksanakan sebagai intervensi gizi untuk mempertahankan dan meningkatkan status gizi balita gizi buruk. Program PMT-P merupakan kegiatan pemberian zat gizi bagi anak usia 6-59 bulan yang mengalami gizi buruk. Bertujuan untuk memulihkan gizi penderita yang buruk dengan cara memberikan makanan dengan kandungan gizi yang cukup sehingga kebutuhan gizi penderita dapat terpenuhi. Diberikan setiap hari selama 90 hari berturut-turut secara gratis kepada balita gizi buruk. Makanan yang diberikan dapat berupa bahan makanan lokal dengan menu daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat namun jika bahan makanan lokal terbatas, dapat menggunakan makanan pabrikan yang tersedia [2][13].

Formula yang diberikan pada anak yang mengalami gizi buruk/kurang sesuai standar yang ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah terbuat dari bahan minyak, gula, susu air serta tepung. Selain itu, PMT juga dapat dibuat sendiri dengan komposisi yang mengandung asupan energi dan protein dan terbuat dari bahan yang mudah diperoleh oleh masyarakat dengan biaya yang terjangkau. Selain itu bahan-bahan tersebut juga dapat digantikan dengan bahan-bahan makanan lokal yang kaya akan kandungan vitamin dan protein.

Program PMT diatur dalam Permenkes RI nomor 51 tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi. Dalam Permenkes tersebut telah diatur Standar Makanan Tambahan untuk Anak Balita, Anak Usia Sekolah dasar dan Ibu Hamil. Pemberian makanan tambahan yang berfokus baik pada zat gizi makro maupun zat gizi mikro bagi balita dan ibu hamil sangat diperlukan dalam rangka pencegahan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan balita *stunting*. Sedangkan pemberian makanan tambahan pada anak sekolah dasar diperlukan dalam rangka meningkatkan asupan gizi untuk menunjang kebutuhan gizi selama di sekolah dan diusianya saat remaja. Makanan tambahan yang diberikan dapat berbentuk makanan keluarga berbasis pangan lokal dengan resep-resep yang dianjurkan. Makanan lokal lebih bervariasi namun metode dan lamanya memasak sangat menentukan ketersediaan zat gizi yang terkandung di dalamnya. Suplementasi gizi dapat juga diberikan berupa makanan pabrikan yang lebih praktis dan lebih terjamin komposisi zat gizinya.

Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program PMT-P untuk balita *stunting* di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon yaitu kurangnya pengetahuan masyarakat tentang *stunting* dan minimnya sarana dan prasarana yang dapat menunjang terlaksananya program PMT-P di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon.

METODE

Jenis penelitian yang dilakukan pada penelitian ini adalah kualitatif. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan observasi dan wawancara. Tipe penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian eksploratif. Penelitian ini dilaksanakan di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon pada bulan November 2022 sampai Januari 2023. Sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling*. Variabel pada penelitian ini adalah perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Input

a. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) sangat penting peranannya dalam pelaksanaan program PMT-P. SDM yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program PMT-P adalah kasie/staf gizi dinas kesehatan, kepala puskesmas, tenaga pelaksana gizi puskesmas, dan bidan desa. Kualitas dan kuantitas SDM dapat dilihat berdasarkan latar belakang pendidikan yang sesuai dengan bidang pekerjaan dan lama kerja.

b. Petunjuk Pelaksanaan

Petunjuk pelaksanaan program PMT-P merupakan hal penting yang harus ada supaya program PMT-P dapat berjalan sebagaimana seharusnya. Petunjuk pelaksanaan dapat berupa buku pedoman, juklak atau juknis pelaksanaan program PMT-P. Hal ini penting supaya ada standar yang sama dalam pelaksanaan program PMT-P antara pihak dinas kesehatan sebagai koordinator program dan pihak puskesmas sebagai pelaksana program. Petunjuk pelaksanaan dalam program PMT-P belum terdistribusikan dengan baik karena masih adanya ketidaksamaan pendapat antara dinas kesehatan dan petugas pelaksana gizi puskesmas. Belum terdapatnya buku pedoman/juklak/juknis dalam program PMT-P di puskesmas akan dapat berimplikasi terhadap pelaksanaan program PMT-P.

c. Sarana Prasarana

Sarana prasarana yang terkait dengan pelaksanaan program PMT-P adalah keberadaan gudang penyimpanan dan kendaraan pengangkut bahan PMT-P. Fasilitas gudang penyimpanan yang khusus untuk program PMT-P di dinas kesehatan belum ada. Bahan PMT-P ketika sudah ada di dinas kesehatan langsung dibagikan ke puskesmas masing-masing sejumlah alokasi balita sasaran yang telah ditentukan. Jikapun ada penyimpanan di dinas kesehatan, biasanya digabungkan dengan gudang arsip. Demikian halnya untuk penyimpanan di puskesmas, gudang penyimpanan bahan PMT-P digabungkan dengan gudang arsip. Sementara alat transportasi untuk

mengangkut bahan PMT-P dari dinas kesehatan ke puskesmas atau dari puskesmas ke ibu balita sasaran juga tidak tersedia secara khusus. Berdasarkan informasi yang sudah dihimpun, bahan PMT-P dari dinas ke puskesmas diangkut menggunakan mobil puskesmas keliling, atau mobil sewa bak terbuka, bahkan ada juga puskesmas yang menggunakan ambulans untuk mengangkut bahan PMT-P. 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.

d. Bahan PMT-P

Bahan paket program PMT-P berupa makanan kemasan. Makanan kemasan PMT-P berupa susu UHT, biskuit “REGAL” dan Sari Kacang Hijau yang dikonsumsi selama 90 hari. Paket program PMT-P sudah sesuai dengan pengadaan yang dilakukan oleh dinas kesehatan. Paket PMT-P tidak ada yang mengalami kerusakan, tercecer ataupun tersisa, baik di dinas kesehatan, puskesmas ataupun di polindes/rumah bidan desa. Hal ini dapat dijustifikasi bahwa bahan paket PMT-P sudah sesuai dengan peruntukannya untuk tambahan makanan balita baik dilihat dari segi jenis, jumlah dan mutunya.

e. Pendanaan

Pendanaan sangat penting kaitannya dengan pelaksanaan program PMT-P. Namun, seringkali dana yang tersedia untuk program PMT-P tidak bisa mengcover semua balita stunting yang ada. Demikian halnya, pendanaan untuk program PMT-P Desa Jagapura Lor. Untuk itu, alokasi balita sasaran diprioritaskan kepada balita *stunting* dari keluarga miskin. Prioritas alokasi balita sasaran khusus untuk keluarga miskin dianggap penting karena mengingat bahwa masalah gizi tidak semata-mata karena faktor kemiskinan, banyak keluarga mampu yang memiliki anak *stunting*.

2. Proses

Program pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) merupakan program pencegahan dan penanggulangan balita *stunting* berupa pemberian makanan tambahan kepada balita *stunting* selama 90 hari berturut-turut. Pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan terdiri dari :

- ✓ Persiapan program pemberian makanan tambahan pemulihan.
- ✓ Pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan.
- ✓ Pemantauan pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan.
- ✓ Pencatatan dan pelaporan hasil dari program pemberian makanan tambahan pemulihan

a. Persiapan

Bagian ini membahas mengenai persiapan sebelum program pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) dilaksanakan meliputi penentuan balita sasaran penerima makanan tambahan, menentukan makanan yang akan diberikan, membentuk kelompok ibu balita sasaran, sosialisasi program dan penyuluhan. Menurut Alita (2013), persiapan menjadi penentu berjalannya suatu kegiatan atau program. Apabila suatu kegiatan dipersiapkan dengan baik maka akan memberikan peluang keberhasilan kegiatan tersebut.

1) Penentuan Balita Sasaran

Sebelum kegiatan PMT-P dilaksanakan terlebih dahulu petugas gizi dan bidan menentukan sasaran balita yang akan diberi makanan tambahan pemulihan. Berdasarkan hasil wawancara terkait penentuan balita sasaran penerima paket makanan tambahan pemulihan di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon adalah dengan melihat dari penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.

2) Penentuan Makanan Tambahan

Penentuan makanan tambahan yang akan diberikan kepada balita *stunting* disesuaikan dengan kebutuhan gizi balita sehingga nantinya dapat meningkatkan status gizi balita *stunting*. Menurut Hidayaturrahmi (2010), menyatakan bahwa sebelum pemantauan jenis dan bahan makanan petugas terlebih dahulu melakukan telaah pola makan dan perhitungan kebutuhan harian anak menurut status gizi anak, karena jumlah kalori yang diperlukan anak berbeda-beda menurut kelompok umurnya.

Dalam buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan yang diterbitkan oleh Kemenkes RI (2011) disebutkan bahwa makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bahan makanan atau makanan lokal. Jika makanan lokal terbatas dapat digunakan makanan pabrikan. Paket makanan yang diberikan dapat berupa kacang hijau, biskuit, gula, susu serta multivitamin.

Pemilihan bahan makanan untuk program pemberian makanan tambahan pemulihan dianjurkan menggunakan bahan makanan setempat dengan alasan untuk pelaksanaan program tidak tergantung pada tersedianya bahan makanan dari luar daerah, sehingga upaya pelestarian program pemberian makanan tambahan pemulihan terjamin.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa makanan tambahan pemulihan di Desa Jagapura Lor Kecamatan Gegesik Kabupaten Cirebon ditentukan oleh petugas gizi puskesmas dan bidan disesuaikan dengan kebutuhan anak berdasarkan pada umumnya. Makanan yang diberikan berupa makanan pabrikan yaitu susu UHT, biskuit "REGAL" dan sari kacang hijau. Hal ini sesuai dengan konfirmasi yang dilakukan kepada orang tua balita penerima makanan tambahan pemulihan.

3) Pembentukan Kelompok Ibu Balita Sasaran

Berdasarkan buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan yang diterbitkan oleh Kemenkes RI (2011) disebutkan bahwa pada tahap persiapan terdapat pembentukan kelompok ibu balita sasaran. Pembentukan kelompok ibu balita sasaran dilakukan untuk mempermudah petugas dalam mengawasi dan mengontrol balita gizi buruk. Dengan adanya kelompok maka kerja petugas menjadi lebih mudah dan ringan.

4) Sosialisasi dan Penyuluhan

Sosialisasi dan penyuluhan merupakan proses memberdayakan dan memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan serta pengembangan lingkungan sehat. Penyuluhan adalah

proses aktif yang memerlukan interaksi antar penyuluh agar yang diberikan penyuluhan terbangun proses perubahan perilaku yang merupakan perwujudan dari pengetahuan, sikap dan keterampilan seseorang yang dapat diamati oleh orang/pihak lain, baik secara langsung atau tidak langsung.

Kegiatan penyuluhan tidak hanya berhenti pada penyebarluasan informasi/inovasi dan memberikan penerangan tetapi merupakan proses yang dilakukan secara terus menerus sekuat tenaga dan pikiran, memakan waktu sampai terjadinya perubahan perilaku yang ditujukan oleh penerima manfaat penyuluhan yang menjadi sasaran penyuluhan.

Kegiatan sosialisasi dan penyuluhan mengenai program pemberian makanan tambahan perlu dilakukan kepada masyarakat terlebih orang tua, khususnya ibu balita. Sosialisasi dan penyuluhan dapat memberikan tambahan pengetahuan kepada orang tua mengenai kebutuhan gizi keluarga terutama anaknya. Dengan adanya sosialisasi dan penyuluhan nantinya para orang tua mendapatkan penjelasan mengenai program pemberian makanan tambahan dari petugas, sehingga para orang tua dapat ikut serta dalam pelaksanaan program.

Menurut Wonatorey (2006), supaya pelaksanaan program pemberian makanan tambahan mencapai hasil yang diharapkan dalam pelaksanaannya perlu diberikan pendidikan gizi kepada orang tua, khususnya ibu balita. Dengan adanya penyuluhan diharapkan masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku (Notoatmojo, 2007:56).

b. Pelaksanaan

Setelah persiapan program pemberian makanan tambahan pemulihan telah selesai dibuat maka tahap selanjutnya adalah pelaksanaan program. Pelaksanaan program dapat berjalan dan berhasil apabila ada persiapan yang baik. Pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan terdiri dari pendistribusian dan konseling.

1) Pendistribusian

Pendistribusian paket makanan tambahan pemulihan merupakan proses pemberian paket makanan tambahan ke orang tua balita. Handayani (2008) dalam penelitiannya menemukan bahwa paket makanan tambahan pemulihan tersebut diserahkan langsung di Puskesmas karena jumlah sarasannya tidak banyak dan letaknya berjauhan, tetapi masih ada yang tidak mengambil paket makanan tambahan pemulihan yang seharusnya diambil. Hasil wawancara diketahui bahwa pemberian paket makanan tambahan pemulihan dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi puskesmas dan bidan desa. Pembelian makanan tambahan pemulihan dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi dan dibawa ke Puskesmas. Selanjutnya, paket makanan diambil oleh masing-masing bidan desa di Puskesmas untuk dibawa ke PKD. Paket makanan yang diambil oleh bidan desa yaitu untuk kebutuhan selama 3 bulan atau 90 hari. Paket makanan tambahan yang

sudah diambil oleh bidan desa selanjutnya diberikan ke orang tua balita gizi buruk.

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa orang tua balita yang mendatangi bidan desa atau PKD untuk mengambil paket makanan tersebut. Namun, terkadang bidan desa yang mengantarkan paket makanan tambahan tersebut ke rumah balita jika rumahnya jauh. Orang tua balita mengambil paket setiap satu bulan sekali untuk konsumsi selama satu bulan kemudian pada bulan berikutnya mengambil kembali ke PKD. Hal ini sesuai dengan konfirmasi yang dilakukan dengan orang tua balita bahwa paket makanan tambahan diperoleh dari bidan desa di PKD setiap bulannya. Berdasarkan buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan yang diterbitkan oleh Kemenkes RI (2011) menyebutkan bahwa pemberian makanan tambahan pemulihan untuk balita gizi buruk dilakukan selama 90 hari berturut-turut.

2) Konseling

Pada tahap pelaksanaan pemberian makanan tambahan terdapat kegiatan konseling dari petugas gizi atau bidan desa kepada orang tua/balita gizi buruk. Konseling adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan yang dihadapi. Setelah konseling diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalahnya. Konseling gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi 2 (dua) arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, dan perilaku sehingga membantu klien/pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makanan dan minuman. Konseling gizi ini dilaksanakan oleh ahli gizi (Persagi, 2010).

Berdasarkan hasil wawancara bahwa kegiatan konseling dilakukan pada saat pengambilan paket makanan tambahan dan setelah pengukuran kepada balita *stunting*. Hasil penelitian diketahui bahwa kegiatan konseling dilakukan oleh petugas pada saat pengambilan paket makanan tambahan dan setelah pengukuran kepada balita. Disimpulkan bahwa kegiatan konseling dalam pelaksanaan pemberian makanan tambahan pemulihan di Desa Jagapura Lor sudah sesuai.

c. Pemantauan

Kegiatan pemantauan merupakan proses untuk mengamati secara terus menerus pelaksanaan kegiatan sesuai dengan pedoman atau rencana yang sudah disusun sebelumnya. Dengan dilakukan pemantauan nantinya akan diketahui jika terjadi penyimpangan. Semua kebijakan publik, baik itu peraturan, larangan, kebijakan retribusi atau apapun kebijakannya pastilah mengandung unsur kontrol (pengawasan) (Agustino, 2014:166).

Berdasarkan buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan yang diterbitkan oleh Kemenkes RI (2011) disebutkan bahwa kegiatan pemantauan dilakukan setiap bulan selama pelaksanaan program. Pemantauan meliputi pelaksanaan program, pemantauan berat badan setiap bulan, sedangkan pengukuran panjang/tinggi badan hanya pada

awal dan akhir pelaksanaan pemberian makanan tambahan dan memastikan makanan dikonsumsi oleh balita. Pemantauan dan bimbingan teknis dilakukan oleh kepala puskesmas, tenaga pelaksana gizi puskesmas atau bidan di desa.

Berdasarkan hasil wawancara mengatakan bahwa kegiatan pemantauan di Desa Jagapura Lor dilakukan setiap satu bulan sekali dan paket makanan yang diberikan tidak semuanya dikonsumsi oleh balita tetapi ada anggota keluarga yang ikut mengonsumsi makanan yang seharusnya dikonsumsi oleh balita. Pemantauan yang dilakukan oleh bidan desa kepada balita gizi buruk yaitu dengan melakukan pemantauan berat badan dan tinggi/panjang badan dan memastikan makanan dikonsumsi oleh balita. Pemantauan yang dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi puskesmas yaitu dengan melihat laporan yang diberikan oleh bidan desa, namun terkadang juga melakukan kunjungan ke rumah balita yang dilaporkan.

Pemantauan pertumbuhan melalui penimbangan berat badan anak dilakukan secara teratur sekali setiap bulan, catat angka berat badan anak pada KMS sesuai dengan usia anak waktu ditimbang untuk melihat apakah mengalami kenaikan, datar ataukah turun. Pemantauan berat badan anak dilakukan untuk mengetahui sedini mungkin adanya gangguan tumbuh kembang tubuh anak, mendeteksi apakah anak menderita suatu penyakit (Moehji, 2007:27-28).

Pemantauan yang dilakukan oleh kepala Puskesmas yaitu dengan melihat laporan bulanan dan melakukan pengecekan ke lapangan. Selanjutnya, pemantauan dari Dinas Kesehatan juga dilakukan dengan melihat laporan setiap bulan, selain itu juga melakukan kunjungan ke lokasi (puskesmas/balita).

Pemantauan pemberian makanan tambahan pemulihan di Desa Jagapura Lor dilakukan sesuai dengan panduan dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2011 yaitu dengan melakukan pemantauan satu bulan sekali oleh bidan desa, tenaga pelaksana gizi, kepala puskesmas, dan dinas kesehatan namun pemantauan masih kurang karena ditemukan ketidaksesuaian dalam konsumsi paket makanan yaitu ada anggota keluarga yang ikut mengonsumsi paket yang seharusnya hanya dikonsumsi oleh balita gizi buruk.

d. Pencatatan Dan Pelaporan

Pencatatan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana jalannya program apakah dapat terlaksana dan dapat mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Pencatatan dapat dilakukan siapa saja yang ikut terlibat dalam pelaksanaan program atau petugas pelaksana program. Sedangkan pelaporan adalah pemberian hasil pencatatan yang telah dilakukan oleh petugas kepada pihak yang berada di atasnya. Fungsi dari pencatatan dan pelaporan adalah untuk mengetahui keberhasilan program dan sebagai bahan evaluasi program

Evaluasi program akan digunakan sebagai masukan untuk pelaksanaan program yang akan datang supaya nantinya program dapat berjalan lebih baik dari sebelumnya. Berdasarkan buku Panduan Penyelenggaraan Pemberian

Makanan Tambahan Pemulihan yang diterbitkan oleh Kemenkes RI (2011) disebutkan bahwa kegiatan pencatatan dapat dilakukan mulai dari orang tua balita yaitu dengan melakukan pencatatan harian sederhana mengenai daya terima makanan tambahan pemulihan. Pencatatan dilakukan oleh bidan desa dan tenaga pelaksana gizi minimal satu bulan sekali yaitu pencatatan perkembangan status gizi balita (BB/U atau BB/TB) dicatat pada awal dan akhir pelaksanaan pemberian makanan tambahan, penggunaan dana dan kendala selama pelaksanaan program.

Berdasarkan hasil wawancara dengan orang tua balita diketahui bahwa tidak ada kegiatan pencatatan harian sederhana mengenai daya terima makanan tambahan pemulihan, pada saat pengambilan paket makanan tambahan dilakukan wawancara oleh petugas mengenai daya konsumsi makanan tambahan dan perkembangan anak kemudian untuk pencatatan hanya dilakukan oleh petugas. Pencatatan dilakukan oleh petugas/bidan desa minimal satu bulan sekali.

Setelah kegiatan pencatatan selesai dilakukan selanjutnya hasilnya akan dilaporkan. Berdasarkan hasil penelitian kegiatan pelaporan dilakukan satu bulan sekali, pertama pelaporan dilakukan oleh bidan desa kepada tenaga pelaksana gizi Puskesmas kemudian tenaga pelaksana gizi melakukan pencatatan kembali dan melaporkan hasil pencatatan ke pihak Dinas Kesehatan beserta pelaporan penggunaan dana. Penggunaan dana dilaporkan secara rinci oleh petugas gizi puskesmas mulai dari penerimaan dana sampai dengan penggunaan atau pembelanjaan dana.

Pencatatan dan pelaporan mengenai kendala selama pelaksanaan program pemberian makanan tambahan juga dilakukan oleh bidan desa dan petugas pelaksana gizi selanjutnya dilaporkan ke dinas kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara mengatakan bahwa kendala keberhasilan program pemberian makanan tambahan pemulihan yaitu adanya anggota keluarga lain yang ikut mengkonsumsi paket makanan. Kendala lain yang dihadapi adalah ada yang tidak menyukai paket makanan yang diberikan. Hal ini dikarenakan dalam penentuan makanan tambahan pemulihan yang akan diberikan tidak dilakukan telaah dan wawancara kepada balita sasaran. Hal ini sesuai dengan konfirmasi yang dilakukan kepada orang tua balita. Kesimpulannya, kegiatan pencatatan program pemberian makanan tambahan pemulihan di Desa Jagapura Lor belum sesuai karena orang tua balita tidak melakukan pencatatan harian sederhana, tetapi untuk pelaporannya sudah sesuai yaitu melaporkan hasil kegiatan pemberian makanan tambahan setiap bulan.

3. Aspek Output

a. Ketepatan sasaran

Ketepatan sasaran dalam penelitian ini adalah ketepatan umur sasaran dan ketepatan penerima PMT-P. Berdasarkan sebaran umur, semua sasaran program PMT-P berada dalam rentang umur 6-59 bulan. Hal ini mengindikasikan bahwa pemberian PMT-P sudah sesuai dengan umur sasaran dalam aturan yang ditetapkan dalam pedoman atau juknis dinas kesehatan. Sementara untuk ketepatan penerima PMT-P sering tidak sesuai dengan sasaran program yang telah ditetapkan. Hal ini karena balita sasaran

program PMT-P terkadang menolak PMT-P yang diberikan, bahkan ibu balita terkadang memberikan kepada tetangga mereka atau balita lain yang tidak termasuk kriteria program.

Dalam mensiasati masalah ini dan supaya bahan PMT-P yang diberikan tidak mubazir atau terbuang, petugas pelaksana gizi puskesmas atas persetujuan dinas kesehatan mengambil langkah dengan cara mengganti balita sasaran program PMT-P dengan balita lain yang tidak tercover program, namun memiliki kriteria sebagai sasaran program PMT-P. Penolakan balita terhadap PMT-P dan penggantian balita sasaran dengan balita lain merupakan beberapa kendala yang terjadi dilapangan.

Hal ini mengakibatkan ketidaktepatannya sasaran program PMT-P, balita yang seharusnya dapat PMT-P menjadi tidak dapat, sebaliknya balita yang seharusnya tidak dapat PMT-P jadi mendapatkan PMT-P karena harus menggantikan posisi menjadi balita sasaran. Terbatasnya anggaran menyebabkan balita yang menolak PMT-P tidak mendapatkan PMT-P pengganti. Hal ini apabila dibiarkan akan menyebabkan balita tersebut akan bertambah buruk status gizinya, apalagi ketika ibu balita kurang perhatian terhadap kondisi gizi anaknya. Dalam mengatasi masalah ini seharusnya pada tahap perencanaan, menu PMT-P yang diberikan disesuaikan dengan preferensi balita, dan lebih memvariasikan makanan PMT-P untuk menghindari kebosanan balita terhadap bahan PMT-P.

b. Kenaikan berat badan balita sasaran

Kenaikan berat badan balita merupakan salah satu indikator output untuk melihat keberhasilan pelaksanaan program PMT-P. Berdasarkan hasil penelitian bahwa pemberian PMT-P selama 90 hari pada balita dapat meningkatkan berat badan balita.

KESIMPULAN

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa dari aspek input, ketersediaan SDM sudah memadai dari kualitas dan kuantitasnya, bahan PMT-P juga sudah memadai, namun untuk petunjuk pelaksanaan belum terdistribusikan dengan baik, sarana prasarana dan pendanaan juga masih kurang. Sementara dari segi proses, proses persiapan seperti pendataan balita dan sosialisasi serta rapat koordinasi sudah berjalan dengan baik, demikian halnya dengan proses pendistribusian paket PMT-P. Namun, untuk proses penyimpanan dan pengangkutan masih kurang memadai. Sedangkan untuk proses pemantauan, penimbangan sudah dilakukan dengan baik, akan tetapi untuk monitoring selama program PMT-P berlangsung masih kurang. Dari segi output, masih terdapat ketidaktepatan sasaran, namun, terdapat kenaikan berat badan balita sasaran yang signifikan setelah program berakhir.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kementerian kesehatan Republik Indonesia. Stunting. War Kesmas 2018.
- [2] Almtsier. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka; 2013.
- [3] Kementerian kesehatan Republik Indonesia. Warta Kesmas: Gizi Investasi Masa Depan Bangsa. War Kesmas 2017.
- [4] World Health Organization. Stunting in a nutshell.
<https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell> 2015.

<https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell>
(accessed December 30, 2022).

- [5] Kementerian Kesehatan RI. Infodatin Situasi dan Analisis Gizi. Jakarta: 2018.
- [6] Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting). Jakarta: 2017.
- [7] Rosha BC, Susilowati A, Amaliah N, Permanasari Y. Penyebab Langsung dan Tidak Langsung Stunting di Lima Kelurahan di Kecamatan Bogor Tengah, Kota Bogor (Study Kualitatif Kohor Tumbuh Kembang Anak Tahun 2019). *Bul Penelit Kesehat* 2020;48:169–82.
<https://doi.org/10.22435/bpk.v48i3.3131>.
- [8] Ruswati, Leksono AW, Prameswary DK, Pembajeng GS, Inayah, Felix J, et al. Risiko Penyebab Kejadian Stunting pada Anak. *J Pengabd Kesehatan Masy Pengmaskemas* 2021;1:34–8.
- [9] World Health Organization. Stunting prevalence among children under 5 years of age (%) (model-based estimates).
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/Gho-Jme-Stunting-Prevalence> 2021.
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-stunting-prevalence> (accessed December 30, 2022).
- [10] Ketut Aryastami N, Tarigan I. Policy Analysis on Stunting Prevention in Indonesia. *Bul Penelit Kesehat* 2017;45:233–40.
- [11] Irwan I, Towapo M, Kadir S, Amalia L. Efektivitas Pemberian Pmt Modifikasi Berbasis Kearifan Lokal Terhadap Peningkatan Status Gizi Balita. *J Heal Sci Gorontalo J Heal Sci Community* 2020;4:59–67.
<https://doi.org/10.35971/gojhes.v4i2.7742>.
- [12] Iskandar. TERHADAP STATUS GIZI BALITA (Effect of supplementary feeding modification on nutritional status of toddler). *Aceh Nutr J* 2017;2:120–5.
- [13] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Daftar Komposisi Bahan Makanan. Jakarta: 2005.