



**EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PEMBERIAN
MAKANAN TAMBAHAN PEMULIHAN (PMT-P)
UNTUK PENDERITA BALITA GIZI BURUK
(Studi Kasus di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Noer Arsyita Aryani
NIM 6411415038

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

ABSTRAK

Noer Arsyita Aryani

Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk Penderita Balita Gizi Buruk (Studi Kasus di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara)

XIX + 133 halaman + 7 tabel + 3 gambar + 8 lampiran

Persentase balita gizi buruk di Kabupaten Jepara pada tahun 2016 sebesar 2,7%, tahun 2017 sebesar 2,62% dan tahun 2018 sebesar 3,84%. 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%). Salah satu program pemerintah dalam mengatasi masalah balita gizi buruk adalah dengan menyelenggarakan PMT-P. Pelaksanaan PMT-P di Puskesmas Welahan I belum optimal karena belum memenuhi target dan adanya kendala dalam pelaksanaannya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran Program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan teknik pengambilan informan secara *purposive sampling*. Informan utama berjumlah 3 orang sedangkan informan triangulasi terdiri dari 4 orang. Teknik pengambilan data menggunakan teknik wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara terstruktur dengan analisis secara deskriptif.

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.

Saran penelitian ini adalah instansi terkait untuk meningkatkan serta pengawasan pelaksanaan program PMT-P.

Kata kunci: Evaluasi, PMT-P, Balita Gizi Buruk, Kualitatif

ABSTRACT

Noer Arsyita Aryani

Evaluation of Recovery Supplementary Feeding Program Implementation for Malnourished Children Under Five (Case Study in Welahan I Primary Healthcare Center Jepara)

XIX + 133 pages + 7 tables + 3 images + 8 appendices

The percentage of malnourished children under five in Jepara was 2.7% in 2016, 2.62% in 2017 and 3.84% in 2018. Welahan 1 Primary Healthcare Center has 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. One of the government programs to overcome the problem of malnourished children was by organizing PMT-P. The implementation of PMT-P in Welahan 1 Community Health Center was not optimal because it had not met the target and there was some obstacles in its implementation. The purpose of this study was to determine the description of the Feeding Program for under-five sufferers of malnutrition in the Welahan 1 Healthcare Center Jepara.

This research was qualitative with the informants taken by purposive sampling. The main informants were 3 people, while the triangulation informants consisted of 4 people. The technique of collecting data used in depth interview technique using structured interview guidelines with descriptive analysis.

The results showed that the implementation of this program had not run optimally as in the input stage there were constraints, having no warehouse facilities to store food packages, then the process stage included planning such as daily toddlers' calculations, having no toddler mother group, then the monitoring stage had not proceeded due to there are family members who consume it. In the recording stage there had not been a daily record of receiving food and the coverage of the PMT-P program is still low.

From this research, it is suggested to related agencies to improve and supervision of implementation Feeding Program.

Keywords: Evaluation, Feeding's Program, Malnutrition Toddler.

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 24 Mei 2019

Demi
METERAI
TEMPEL
06B71ACF056949649
6000
DJP
NOOR Aisyita Aryani
NIM 6411415038



PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul "Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Untuk Penderita Balita Gizi Buruk (Studi Kasus di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara)" yang disusun oleh Noer Arsyita Aryani, NIM 6411415038 telah disetujui untuk diujikan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 24 Mei 2019

Pembimbing,



Drs. Bambang Wahyono, M.Kes

NIP 196006101987031002

PENGESAHAN

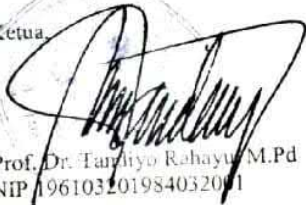
Skripsi dengan judul "Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk Penderita Balita Gizi Buruk (Studi Kasus di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara)" yang disusun oleh Noer Arsyita Aryani, NIM 6411415038 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Rabu, 17 Juli 2019

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A


Panitia Ujian

Ketua



Prof. Dr. Taryho Rahayu, M.Pd
NIP 196103201984032001

Sekretaris,




Mardiana, S.K.M., M.Si
NIP 198004202005012003

Dewan Penguji

Tanggal

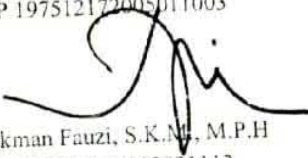
Penguji I



Dr. Irwan Budiono, M.Kes (Epid)
NIP 197512172005011003

31 Juli 2019

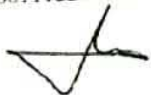
Penguji II



Lukman Fauzi, S.K.Np., M.P.H
NIP 198811122013031113

29 Juli 2019

Penguji III



Drs. Bambang Wahyono, M.Kes
NIP 196006191987031002

31 Juli 2019

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah, dan ridhonya sehingga skripsi yang berjudul “Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk Penderita Balita Gizi Buruk (Studi Kasus di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara)” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat terselesaikan dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd dan Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Dr. Setya Rahayu, M.S., atas izin observasi yang telah diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Dr. Irwan Budiono, M.Kes. (Epid). atas persetujuan observasi, bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
3. Dosen pembimbing Drs. Bambang Wahyono, M.Kes, atas arahan, bimbingan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak dan ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.

5. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan seluruh staf TU Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat izin observasi.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, atas izin yang diberikan untuk melaksanakan observasi.
7. Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, atas informasi dan kerjasamanya dalam pelaksanaan observasi.
8. Staf Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, atas informasi dan kerjasamanya dalam pelaksanaan observasi.
9. Kepala Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara atas izin yang diberikan dan kerjasamanya dalam pelaksanaan observasi.
10. Penanggung Jawab Program PMT-P Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara, atas informasi dan kerjasamanya dalam pelaksanaan observasi.
11. Bapak (Nurman Syah) dan Ibu (Handayani) serta keluarga yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi, dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini.
12. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2015 atas bantuan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu demi satu.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat diharapkan guna

penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, 11 Maret 2019

Penulis,

Noer Arsyita Ayani

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	Error! Bookmark not defined.
PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.i
PRAKATA.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	5
1.3 TUJUAN PENELITIAN.....	6
1.4 MANFAAT PENELITIAN.....	7
1.5 KEASLIAN PENELITIAN	8
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN.....	9
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	9
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 LANDASAN TEORI.....	11
2.1.1 Status Gizi	11
2.1.2 Gizi Buruk.....	12
2.1.3 Pemberian Makanan Tambahan	17
2.1.4 Evaluasi.....	28
2.2 KERANGKA TEORI	33

BAB III METODE PENELITIAN.....	34
3.1 ALUR PIKIR	34
3.2 FOKUS PENELITIAN	34
3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	35
3.4 SUMBER INFORMASI	36
3.4.1 Data Primer	36
3.4.2 Data Sekunder	38
3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data.....	38
3.5.1 Instrumen Penelitian.....	38
3.5.2 Teknik Pengambilan Data	39
3.6 PROSEDUR PENELITIAN	40
3.6.1 Tahap Pra-Penelitian	40
3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian	41
3.6.3 Tahap Pasca Penelitian.....	41
3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA	41
3.8 TEKNIK ANALISIS DATA	42
3.8.1 Reduksi Data	43
3.8.2 Penyajian Data	43
3.8.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi.....	44
BAB IV HASIL PENELITIAN	45
4.1 Gambaran Umum.....	45
4.2 Hasil Penelitian	51
BAB V PEMBAHASAN	83
5.1 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	83
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	98
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	100
6.1 SIMPULAN	100
6.2 SARAN	103
DAFTAR PUSTAKA	104

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas (Z-Score) Status Gizi Anak.....	11
Tabel 4.1 Data Kependudukan Puskesmas.....	44
Tabel 4.2 Data Tingkat Pendidikan	44
Tabel 4.3 Jumlah Tenaga Kerja	45
Tabel 4.4 Karakteristik Informan Utama	46
Tabel 4.5 Karakteristik Informan Triangulasi	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagan Mekanisme Distribusi Makanan Tambahan	24
Gambar 2.2 Kerangka Teori	32
Gambar 3.1 Alur Pikir	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing.....	106
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian Dari Fakultas.....	107
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian Dari Fakultas	108
Lampiran 4. Ethical Clearance.....	109
Lampiran 5. Surat Keterangan Selesai Penelitian	110
Lampiran 6. Instrumen Penelitian.....	111
Lampiran 7. Data Mentah Hasil Penelitian	120
Lampiran8. Dokumentasi.....	129

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

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, 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). Dampak yang ditimbulkan akibat gizi buruk tersebut bukan hanya terjadinya gangguan pada fisik saja tetapi juga mempengaruhi kecerdasan balita hingga terjadinya kematian dan produktivitas ketika dewasa (Cakrawati, 2014).

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 BB kurang pada balita sebesar

17,8%, balita gizi buruk sebesar 3,8% dan gizi kurang sebesar 14,0%. Berdasarkan data PSG di Jawa Tengah sendiri memiliki prevalensi kasus balita gizi buruk sebesar 2,7% dan kasus balita gizi kurang sebesar 10,6% (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2017).

Data 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%) (Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, 2018).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas menjelaskan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan tingkat pertama (Kemenkes RI, 2014). Dari 21 puskesmas di Kabupaten Jepara, Puskesmas Welahan I termasuk puskesmas 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).

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan PMT-P dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2011, disebutkan bahwa pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan terdiri dari 4 tahap. Pertama yaitu persiapan, terdiri dari penentuan balita sasaran, menentukan makanan, membentuk kelompok ibu balita sasaran, sosialisasi program dan penyuluhan. Kedua yaitu pelaksanaan, terdiri dari pendistribusian dan konseling. Ketiga yaitu 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. Keempat yaitu 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.

Berdasarkan 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%).

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 & Ahyanti (2013), keberhasilan pemberian makanan tambahan berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan, pencatatan, penilaian dan pelaporan. 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.

Pada penelitian Hadiriesandi (2016) di Puskesmas Andong Kabupaten Boyolali menyatakan bahwa dalam pelaksanaan program PMT-P, terdapat 3 variabel yang belum berjalan secara maksimal sehingga menghambat pelaksanaan program. Tiga hal tersebut adalah persiapan meliputi tidak dilakukan telaah pola makan dan perhitungan kebutuhan harian anak, tidak ada kelompok ibu balita sasaran dan kurangnya sosialisasi/penyuluhan. Kemudian pada tahap pemantauan yaitu adanya anggota keluarga yang ikut mengonsumsi paket makanan yang

seharusnya dikonsumsi oleh balita gizi buruk. Selanjutnya pada tahap pencatatan dan pelaporan orang tua balita tidak melakukan pencatatan harian sederhana mengenai daya terima terhadap makanan yang diberikan.

Keberhasilan program dipengaruhi oleh unsur input, proses dan keluaran. Maka perlu adanya sebuah penelitian evaluasi pelaksanaan dalam program PMT-P untuk mengkaji masalah-masalah yang ada untuk perbaikan program selanjutnya.

Dari uraian tersebut, maka peneliti perlu melakukan penelitian mendalam mengenai “Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk Penderita Balita Gizi Buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut : Bagaimana proses pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara ditinjau dari aspek masukan (*input*)?
2. Bagaimana pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara ditinjau dari aspek proses (*process*)?

3. Bagaimana pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara ditinjau dari aspek keluaran (*output*)?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mengevaluasi pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis bagaimana pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara ditinjau dari aspek masukan (*input*).
2. Menganalisis bagaimana pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara ditinjau dari aspek proses (*process*).
3. Menganalisis bagaimana pelaksanaan program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara ditinjau dari aspek keluaran (*output*).

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Peneliti

Diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan wawasan bagi peneliti dan peneliti mampu menerapkan ilmu yang diperoleh selama studi di bangku kuliah.

1.4.2 Bagi Puskesmas

Sebagai bahan evaluasi dalam pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.

1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

1. Dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan referensi tambahan untuk kepentingan perkuliahan Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan.
2. Sebagai referensi peneliti selanjutnya untuk meneliti dan mengembangkan penelitian terkait Program PMT-P untuk balita.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian penelitian dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1.	Rini Alita dan Mei Ahyanti (Alita, 2012)	Keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita di Kota Bandar Lampung	Kualitatif dan kuantitatif pendekatan <i>cross sectional</i>	Variabel bebas: perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, pencatatan, penilaian, dan pelaporan Variabel terikat: keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk balita	Keberhasilan aspek yang dilakukan dengan baik Adalah perencanaan, pemantauan, pencatatan, penilaian, dan pelaporan. Sedangkan keberhasilan aspek pelaksanaan belum terlaksana dengan baik. Terdapat hubungan antara perencanaan, pelaksanaan, pencatatan, penilaian, dan pelaporan dengan keberhasilan program PMT Pemulihan.
2.	Haran Menhillonet al. (Menhillonet al, 2013)	<i>Successes and Challenges to Implementing an Early Childhood Supplemental Feeding Program in Rural Honduras: A Qualitative Study</i>	Kualitatif	Variabel bebas: keberhasilan dan tantangan program Variabel terikat: pelaksanaan program Pemberian Makanan Tambahan	Keberhasilan: distribusi makanan tambahan yang konsisten, tanggapan positif dari masyarakat, dan pembentukan program di masyarakat. Tantangan: pelacakan data perkembangan balita, makanan tambahan dikonsumsi bersama anggota keluarga yang lain, dan keberlanjutan program dalam jangka panjang.
3.	Indi Trehan et al. (Trehan, et al 2016)	<i>Nutrition interventions for children aged less than 5 years following natural disasters: a systematic review</i>	Kualitatif eksperimental	Variabel bebas: memperluas makanan tambahan Variabel terikat : Pemanfaatan jangka panjang terapi nutrisi	Anak yang dirawat selama 12 minggu lebih cenderung tetap bergizi baik dibandingkan dengan anak yang diobati sampai mereka mencapai WHZ>2

4.	Rosangel a Augusto (Augusto , 2010)	<i>Effectiveness of supplementa ry feeding program in child weight gain</i>	Studi kohort	Variabel bebas: Kenaikan BB Variabel terikat: Efektivitas program makanan tambahan pemerintah	Program ini efektif untuk menambah berat badan pada anak-anak di bawah dua tahun, dengan efek yang lebih nyata pada anak-anak yang memulai program di bawah kondisi berat badan yang kurang menguntungkan.
5.	Brockdro f, et al. (Brocdro f et al, 2016)	<i>Evaluation of the accepta- bility of improved sup- plementary foods for the treatment of moderate acu-te malnutrition in Burkina Faso using a mixed method approach</i>	Kuantitatif Kualitatif	Variable bebas: CSB, LNS Variable terikat: Uji coba terkontrol secara acara produk efektivitas	ada perbedaan minimal dalam penerimaan berbagai formulasi CSB dan LNS, meskipun CSB kurang mudah dikonsumsi dan membutuhkan volume makanan yang lebih kecil.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut.

1. Penelitian ini mengenai evaluasi pelaksanaan Program PMT-P untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara sebelumnya belum pernah dilakukan.
2. Rancangan penelitian kualitatif deskriptif.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada April tahun 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini merupakan bagian dari cabang Ilmu Kesehatan Masyarakat yang berfokus pada konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan mengenai evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Status Gizi

2.1.1.1 Pengertian

Status gizi adalah keadaan tubuh yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan penggunaannya. Status gizi ditentukan oleh makanan yang dimakan. Hal tersebut dipengaruhi oleh ketersediaan pangan dimasyarakat, sistem pengolahan makanan, baik modern atau tradisional, distribusi pangan hingga sampai masyarakat. Faktor lain yang mempengaruhi status gizi adalah pelayanan kesehatan, kemiskinan, pendidikan, sosial budaya, gaya hidup yang dapat mempengaruhi produktivitas atau kualitas sumber daya masyarakat. (Cakrawati, 2014)

2.1.1.2 Pengelompokan Status Gizi

Menurut Kemenkes (2010), terdapat kategori atau pengelompokan status gizi pada balita yaitu:

1. Status gizi balita dinilai dari 3 indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

- a. BB/U adalah BB anak yang dicapai pada umur tertentu
 - b. TB/U adalah TB anak yang dicapai pada umur tertentu
 - c. BB/TB adalah BB anak yang dibandingkan dengan TB yang dicapai.
2. Z-score adalah nilai ambang batas BB atau TB dari nilai BB atau TB normal menurut baku pertumbuhan WHO.

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas (Z-Score) Status Gizi Anak

Indeks	Status Gizi	Z-Score
BB/U	Gizi Buruk	<-3SD
	Gizi Kurang	-3SD s/d <-2SD
	Gizi Baik	-2SD s/d 2SD
	Gizi Lebih	>2SD
TB/U	Sangat Pendek	<-3SD
	Pendek	-3SD s/d <-2SD
	Normal	-2SD s/d 2SD
BB/TB	Sangat Kurus	<-3SD
	Kurus	-3SD sampai dengan <-2SD
	Normal	-2SD sampai dengan 2SD

Sumber: Kepmenkes No: 1995/Menkes/SK/XII/2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.

2.1.2 Gizi Buruk

2.1.2.1 Pengertian 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-score* <-3SD. (Kemenkes RI, 2017). Dampak yang ditimbulkan akibat gizi buruk tersebut bukan hanya terjadinya gangguan pada fisik saja tetapi juga mempengaruhi kecerdasan balita hingga terjadinya kematian dan produktivitas ketika dewasa. (Cakrawati, 2014).

2.1.2.2 Tipe Gizi Buruk

2.1.2.2.1 *Kwashiorkor*

Kwashiorkor adalah penyakit yang disebabkan kekurangan protein dan sering timbul pada usia 1-3 tahun karena pada usia ini kebutuhan protein tinggi. Penyakit ini disebabkan oleh kekurangan protein dalam makanan, gangguan penyerapan protein, kehilangan protein secara tidak normal, infeksi kronis ataupun karena pendarahan. (Cakrawati, 2014). Berikut gejala kwashiorkor:

1. Wajah seperti bulan “moon face”, sinar mata sayu.
2. Pertumbuhan terganggu, berat dan tinggi badan lebih rendah dibandingkan dengan berat badan normal.
3. Perubahan mental (sering menangis pada stadium lanjut menjadi apatis).
4. Rambut merah, jarang, mudah dicabut.
5. Jaringan lemak masih ada.
6. Perubahan warna kulit.
7. Terkadang terjadi pembengkakan tubuh (oedema) sehingga menyamarkan penurunan BB.
8. Jaringan otot mengecil.

2.1.2.2.2 *Marasmus*

Marasmus adalah kekurangan energi pada makanan yang menyebabkan cadangan protein tubuh terpakai sehingga anak menjadi kurus dan emosional. sering terjadi pada bayi yang tidak cukup mendapatkan ASI serta tidak diberi makanan pengantinya, atau terjadi pada bayi yang sering diare. hal ini disebabkan oleh ketidakseimbangan konsumsi zat gizi atau kalori didalam

makanan, kebiasaan makanan yang tidak layak dan penyakit infeksi saluran pencernaan. (Cakrawati, 2014). Berikut adalah gejala penderita marasmus:

1. Wajah seperti orangtua, terlihat kurus.
2. Mata besar dan dalam, sinar mata sayu.
3. Mental cengeng.
4. Feces lunak atau diare.
5. Rambut hitam , dan tidak mudah dicabut.
6. Perut buncit dan kulit keriput.

2.1.2.2.3 Marasmus-Kwashiorkor

Bentuk kelainan ini merupakan gabungan antara kwashiorkor dan marasmus. Gambaran yang utama adalah kwashiorkor edema dengan atau tanpa lesi kulit, pengecilan otot, dan pengurangan lemak bawah kulit seperti pada marasmus. Jika edema dapat hilang pada awal pengobatan, penampakan penderita akan menyerupai marasmus. Gambaran marasmus dan kwashiorkor muncul secara bersamaan dan didominasi oleh kekurangan protein yang parah.

2.1.2.3 Penyebab Gizi Buruk

Menurut UNICEF dalam Rizma (2010) gizi buruk disebabkan oleh 2 faktor, yaitu langsung dan tidak langsung. Faktor langsung berasal dari makanan keluarga yang rendah dan adanya penyakit infeksi. Faktor tidak langsung disebabkan karena ketersediaan pangan keluarga yang rendah dan perilaku kesehatan seperti pola asuh, perawatan ibu dan anak yang tidak benar. Sedangkan pelayanan kesehatan yang rendah dan lingkungan yang buruk juga menjadi penyebab tidak langsung dari gizi kurang.

2.1.2.3.1 Faktor Langsung

2.1.2.3.1.1 Konsumsi Makanan

Faktor makanan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh langsung terhadap keadaan gizi seseorang karena konsumsi makan yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh, baik kualitas maupun kuantitas dapat menimbulkan masalah gizi.

2.1.2.3.1.2 Penyakit Infeksi

Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang, tetapi juga karena penyakit. Anak mendapatkan makanan cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita KEP. Sebaliknya anak yang makannya tidak cukup baik, daya tahan tubuh dapat melemah. Dalam keadaan demikian mudah diserang infeksi, kurang nafsu makan, dan akhirnya mudah terserang KEP.

2.1.2.3.2 Faktor Tidak Langsung

2.1.2.3.2.1 Tingkat Pendapatan dan Status Ekonomi

Pendapatan keluarga merupakan penghasilan dalam jumlah uang yang akan dibelanjakan oleh keluarga dalam bentuk makanan. Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi yang umum. Hal ini harus mendapat perhatian serius karena keadaan ekonomi ini relatif mudah diukur dan berpengaruh besar terhadap konsumsi pangan.

2.1.2.3.2.2 Pengetahuan dan Pendidikan Ibu

Pengetahuan ibu merupakan proses untuk merubah sikap dan perilaku masyarakat untuk mewujudkan kehidupan yang sehat jasmani dan rohani.

Pengetahuan ibu yang ada kaitannya dengan kesehatan dan gizi erat hubungannya dengan pendidikan ibu. Semakin tinggi pendidikan akan semakin tinggi pula pengetahuan akan kesehatan dan gizi keluarganya. Hal ini akan mempengaruhi kualitas dan kuantitas zat gizi yang dikonsumsi oleh anggota keluarga.

Hal ini sejalan dengan penelitian Mohseni (2017), menunjukkan bahwa tingkat pendidikan orangtua khususnya para ibu memainkan peran yang sangat penting dalam kesehatan anak. Banyak penelitian menganggap peran tingkat pendidikan ibu dan / atau informasi mereka tentang gizi anak-anak sebagai faktor efektif dalam mengurangi gizi buruk.

2.1.2.3.2.3 Kondisi Lingkungan

Keadaan sanitasi lingkungan yang kurang baik memungkinkan terjadinya berbagai jenis penyakit antara lain diare, kecacingan, dan infeksi saluran pencernaan. Apabila anak menderita infeksi saluran pencernaan, penyerapan zat-zat gizi akan terganggu yang menyebabkan terjadinya kekurangan zat gizi. Seseorang kekurangan zat gizi akan mudah terserang penyakit, dan pertumbuhan akan terganggu.

2.1.2.3.2.4 Peranan Faktor Sosial

Meliputi pantangan untuk menggunakan bahan makanan tertentu yang sudah turun temurun dapat mempengaruhi terjadinya gizi kurang. Adakalanya pantangan tersebut didasarkan pada keagamaan, tetapi ada pula yang merupakan tradisi yang turun temurun.

2.1.2.3.2.5 Asupan ASI

Makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu (ASI), dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsekuensi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah.

2.1.2.3.2.6 Pola Asuh dan Kepercayaan

Anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, ibunya berpendidikan, mengerti soal pentingnya ASI, meskipun miskin, tetapi anaknya tetap sehat. Kebiasaan, mitos ataupun kepercayaan/adat istiadat masyarakat tertentu yang tidak benar dalam pemberian makan akan sangat merugikan anak. Misalnya kebiasaan memberi minum bayi hanya dengan air putih, memberikan makanan padat terlalu dini. hal ini menghilangkan kesempatan anak untuk mendapat asupan lemak, protein maupun kalori yang cukup sehingga anak menjadi sering sakit (*frequent infection*).

2.1.3 Pemberian Makanan Tambahan

2.1.3.1 Pengertian

Menurut Sekretariat Wakil Presiden RI (2017), salah satu upaya yang dilakukan pemerintah dalam mengatasi masalah gizi di masyarakat adalah menyelenggarakan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang ditujukan kepada kelompok sasaran. Program PMT adalah program pemberian makanan bergizi sebagai tambahan selain makanan utama bagi kelompok sasaran guna memenuhi kebutuhan gizi (Kemenkes RI, 2011).

2.1.3.2 Tujuan

Pemberian makanan tambahan bertujuan untuk memperbaiki keadaan gizi pada anak golongan rawan gizi yang menderita gizi buruk, dan diberikan dengan kriteria anak balita yang dua kali berturut-turut tidak naik timbangannya serta yang berat badannya pada KMS terletak dibawah garis merah. Program PMT dilaksanakan sebagai bentuk intervensi gizi dengan tujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan status gizi, khususnya pada kelompok resiko tinggi yaitu bayi, balita, ibu hamil, ibu nifas yang menderita KEK (Depkes RI, 2008).

2.1.3.3 Jenis Pemberian Makanan Tambahan

2.1.3.3.1 Pemberian Makanan Tambahan Penyuluhan

Pemberian Makanan Tambahan Penyuluhan adalah pemberian suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral sebagai tambahan selain makanan utama bagi kelompok sasaran guna memenuhi kebutuhan gizi (Kemenkes RI, 2017). PMT Penyuluhan merupakan salah satu sarana penyuluhan gizi bagi orang tua dan balita yang biasanya dilakukan melalui Posyandu. Secara rutin, PMT Penyuluhan dilakukan setiap sebulan sekali sesuai jadwal Posyandu yang ditujukan untuk semua balita bukan penderita gizi kurang saja.

2.1.3.3.2 Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan

Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan adalah pemberian suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diperuntukkan bagi kelompok sasaran sebagai tambahan makanan untuk pemulihan status gizi (Kemenkes RI, 2017).

2.1.3.4 Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P)

Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) merupakan program pemberian zat gizi yang bertujuan memulihkan gizi penderita yang kurang dengan jalan memberikan makanan dengan kandungan gizi yang cukup sehingga kebutuhan gizi penderita dapat terpenuhi, diberikan setiap hari untuk memperbaiki status gizi dan diberikan secara gratis kepada kelompok sasaran (Almatsier, 2010). PMT-P dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari yang berbasis bahan makanan lokal (Kemenkes RI, 2011). Saat ini, PMT-P yang diberikan kepada kelompok sasaran dalam bentuk biskuit dan diberikan selama 90 hari makan (Kemenkes RI, 2017). PMT Pemulihan dapat dilaksanakan di Pusat Pemulihan Gizi (PPG) atau rumah tangga melalui Posyandu dan Puskesmas.

2.1.3.4.1 Prinsip

Menurut Kemenkes RI (2011), prinsip dasar PMT-P untuk balita adalah sebagai berikut.

- a. PMT-P diberikan dalam bentuk makanan atau bahan makanan lokal dan tidak diberikan dalam bentuk uang.
- b. PMT-P hanya sebagai tambahan terhadap makanan yang dikonsumsi oleh balita sasaran sehari-hari, bukan sebagai pengganti makanan utama.
- c. PMT-P dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sasaran sekaligus sebagai proses pembelajaran dan sarana komunikasi antar ibu dari balita sasaran.

- d. PMT-P merupakan kegiatan di luar gedung puskesmas dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat yang dapat diintegrasikan dengan kegiatan lintas program dan sektor terkait lainnya.
- e. PMT-P dibiayai dari dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Selain itu PMT pemulihan dapat dibiayai dari bantuan lainnya seperti partisipasi masyarakat, dunia usaha dan Pemerintah Daerah.

2.1.3.4.2 Sasaran

Menurut Kemenkes RI (2011:2) sasaran dipilih melalui hasil penimbangan bulanan di posyandu dengan urutan prioritas dan kriteria sebagai berikut :

- a. Balita yang dalam pemulihan pasca perawatan gizi buruk di TFC/pusat pemulihan gizi/puskesmas perawatan.
- b. Balita kurus dan berat badannya tidak naik dua kali berturut-turut (2 T)
- c. Balita kurus
- d. Balita bawah garis merah (BGM)

2.1.3.4.3 Persyaratan Jenis dan Bentuk Makanan

Menurut Kemenkes RI (2011:6) persyaratan jenis dan bentuk makanan tambahan sebagai berikut :

1. Makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bahan makanan atau makanan lokal. Jika bahan makanan lokal terbatas, dapat digunakan makana pabrikan yang tersedia di wilayah setempat dengan memperhatikan kemasan, label dan masa kadaluarsa untuk keamanan pangan.
2. Makanan tambahan pemulihan diberikan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sasaran.

3. PMT-P merupakan tambahan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita dari makanan keluarga.
4. Makanan tambahan balita ini diutamakan berupa sumber protein hewani maupun nabati (misalnya telur/ ikan/daging/ayam, kacang-kacangan atau peneru) serta sumber vitamin dan mineral yang terutama berasal dari sayur sayuran dan buah-buahan setempat.
5. Makanan tambahan diberikan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut.
6. Makanan tambahan pemulihan berbasis bahan makanan lokal.

Menurut Kemenkes RI (2017), karakteristik produk makanan tambahan pemulihan untuk balita adalah sebagai berikut.

1. Kandungan Gizi

Tiap kemasan primer (4 keping/40 gram) Makanan Tambahan Balita mengandung minimum 160 Kalori, 3,2-4,8 gram protein, 4-7,2 gram lemak. Makanan Tambahan Balita diperkaya dengan 10 macam vitamin (A, D, E, K, B1, B2, B3, B6, B12, Asam Folat) dan 7 macam mineral (Besi, Iodium, Seng, Kalsium, Natrium, Selenium, Fosfor).

2. Karakteristik Produk

Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita berupa biskuit yang memiliki tekstur atau konsistensi biskuit tersebut renyah, bila dicampur dengan cairan menjadi lembut dengan berat rata-rata 10 gram/keping. Warna biskuit sesuai dengan hasil proses pengolahan yang normal (tidak gosong) dan memiliki rasa manis. Produk makanan tambahan balita memenuhi persyaratan mutu dan

keamanan sesuai untuk bayi dan anak balita. Produk MT mempunyai masa kedaluwarsa 24 bulan.

3. Kemasan

Setiap 4 keping biskuit dikemas dalam 1 kemasan primer dengan berat 40 gram. Setiap 21 kemasan primer dikemas dalam 1 kotak kemasan sekunder dengan berat 840 gram. Sedangkan setiap 4 kemasan sekunder dikemas dalam 1 kemasan tersier.

2.1.3.5 Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P)

2.1.3.5.1 Masukan (*Input*)

Masukan program PMT-P terdiri dari sumber daya manusia (*man*), sarana dan prasarana (*material and machine*), kebijakan (*method*), dan dana (*money*).

1. Sumber Daya Manusia (*Man*)

Sumber daya manusia atau pihak yang berperan secara langsung dalam program PMT-P di Puskesmas adalah tenaga pelaksana gizi Puskesmas dan kader Posyandu atau bidan. 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, 2017).

Selain itu, sumber daya manusia yang berperan juga dituntut terampil dan berpengalaman untuk menemukan cara-cara yang efisien guna menyelesaikan pekerjaannya dengan baik. Hal tersebut dapat diperoleh dari kegiatan pelatihan (Indriati, 2015).

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.

2. Sarana dan Prasarana (*Material and Machine*)

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, 2017).

Sarana dan prasarana dapat dikatakan baik jika sesuai dengan Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Tahun 2017 dan mendukung kelancaran program PMT-P. Sedangkan dikatakan tidak baik jika tidak sesuai dengan petunjuk teknis tersebut dan menghambat pelaksanaan program PMT-P.

3. Dana (*Money*)

Dana yang digunakan dalam program PMT-P di Puskesmas adalah dana Bantuan Operasional Kegiatan (BOK) yang digunakan dalam proses distribusi makanan tambahan, seperti biaya transportasi kader (Kemenkes RI, 2011). Dana 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.

2.1.3.5.3 Proses

1. Persiapan/Perencanaan

Perencanaan meliputi penyusunan jadwal pelaksanaan, penggunaan dana, mengidentifikasi calon sasaran penerima PMT-P, serta melakukan sosialisasi terhadap masyarakat dan keluarga balita (Ningrum, 2006) dalam Alita (2013). Tahap-tahap yang dilakukan dalam proses persiapan menurut Kemenkes RI (2011:9) adalah sebagai berikut :

1. Kecamatan/Puskesmas

Melakukan sosialisasi dari Puskesmas ke kader tentang rencana pelaksanaan PMT-P yang menggunakan dana penunjang kesehatan merujuk pada juknis BOK. Rapat koordinasi dan organisasi pelaksana untuk menentukan lokasi, jenis PMT-P, alternatif pemberian, penanggung jawab, pelaksana PMT-P (menggunakan dana kegiatan lokakarya mini dari BOK). Konfirmasi atatus gizi calon penerima PMT-P. Penentuan jumlah dan alokasi sasaran. Perencanaan menu makanan tambahan pemulihan.

2. Desa/Kelurahan/Pustu/Poskesdes

Rekapitulasi data sasaran balita berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin. Mengirim data balita sasaran yang akan mendapat PMT-P ke puskesmas. Pembinaan pelaksanaan PMT-P termasuk penyusunan menu makanan tambahan.

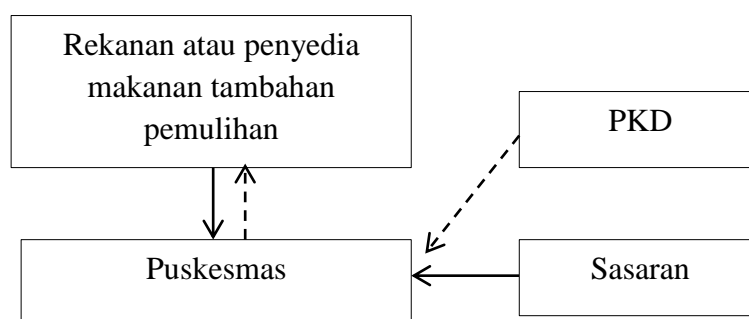
3. Dusun/RW/Posyandu

Pendataan sasaran balita sesuai kriteria prioritas sasaran diatas dan berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin. Menyampaikan data calon sasaran penerima PMT-P ke desa/kelurahan/pustu/poskesdes untuk dikonfirmasi status gizinya. Menerima umpan balik mengenai jumlah sasaran penerima PMT pemulihan dari puskesmas serta menyampaikannya kepada ibu balita sasaran. Membentuk kelompok ibu balita sasaran. Merencanakan pelaksanaan PMT-P (jadwal, lokasi, jenis dan bentuk PMT-P, alternatif pemberian, penanggung jawab, pelaksana PMT-P).

2. Pelaksanaan

1. Pendistribusian

Pendistribusian dalam pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1. Bagan Mekanisme Distribusi Makanan Tambahan Pemulihan

Penjelasan :

1. Puskesmas melakukan koordinasi pemesanan terhadap rekanan/penyedia barang makanan tambahan pemulihan.
2. Rekanan/penyedia barang makanan tambahan pemulihan akan mengirimkan paket makanan tambahan ke puskesmas.

3. Setelah barang sampai, sasaran bisa mengambil langsung ke puskesmas dan pihak puskesmas bisa mendistribusikan langsung ke sasaran.
4. Atau PKD juga bisa mengambil paket barang bila sasaran tidak bisa.

2. Konseling

Konseling adalah kegiatan penyuluhan yang diarahkan agar ibu balita pengasuh sadar akan masalah gizi buruk anaknya serta membimbing dan berpartisipasi dalam pelaksanaan PMT-P. Kegiatan konseling dapat dilakukan pada saat pemberian PMT-P atau pada kunjungan balita ke puskesmas atau dengan mengunjungi rumah keluarga balita. Konseling dilakukan setiap bulan yaitu pada saat selesai dilakukan pengukuran berat badan.

3. Pemantauan

Pemantauan dilakukan setiap bulan selama pelaksanaan PMT-P. Pemantauan meliputi pelaksanaan PMT-P, pemantauan berat badan setiap bulan, sedangkan pengukuran panjang/tinggi badan hanya pada awal dan akhir pelaksanaan PMT-P. Pemantauan dilakukan oleh kepala puskesmas, tenaga pelaksana gizi (TPG) puskesmas atau bidan. Pemantauan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dilakukan setiap bulan meliputi pelaksanaan PMT-P, keberhasilan program dalam menanggulangi gizi buruk dan memastikan bahwa paket makanan benar-benar dikonsumsi oleh balita gizi buruk. (Kemenkes RI, 2011).

4. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan kegiatan PMT-P meliputi :

1. Menu makanan tambahan pemulihan yaitu ibu balita melakukan pencatatan harian sederhana mengenai daya terima makanan tambahan pemulihan yang nantinya akan dipantau oleh kader atau bidan di desa setiap minggu.
2. Penggunaan dana kegiatan PMT-P yang merupakan bagian dari dana BOK yang harus dipertanggung jawabkan. Pertanggung jawaban keuangan berupa rincian dan nota pembelian bahan makanan dan bahan bakar untuk PMT-P yang dilaksanakan oleh TPG puskesmas atau tenaga lainnya disampaikan kepada kepala puskesmas untuk diteruskan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.
3. Kendala dalam pelaksanaan PMT-P.
4. Jumlah balita yang ada, jumlah balita gizi buruk seluruhnya, jumlah balita sasaran penerima PMT-P, jumlah balita yang menerima/mengambil PMT-P, jumlah balita yang telah pulih dari gizi buruk setelah pemberian PMT-P (Kemenkes RI, 2011).

2.1.3.5.3 Keluaran

2.1.3.5.3.1 Cakupan Program

Berdasarkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI 2015–2019 yaitu menentukan target indikator kinerja cakupan program PMT Pemulihan. Cakupan kegiatan dapat dikatakan baik jika cakupan program PMT Pemulihan di masyarakat memenuhi target tersebut. Tetapi dapat dikatakan tidak baik jika cakupan program PMT Pemulihan di masyarakat tidak memenuhi target.

2.1.3.5.3.2 Ketepatan terhadap Sasaran

Program PMT Pemulihan untuk balita ditujukan bagi sasaran dengan status gizi buruk berdasarkan indeks BB/U di bawah $-3SD$. Pemberiannya dilakukan selama satu bulan berturut-turut selama tiga bulan (Kemenkes RI, 2017). Pemberian tersebut harus tepat sasaran sesuai dengan peraturan agar status gizi balita dapat mencapai normal.

Ketepatan dapat dikatakan baik jika makanan tambahan pemulihan hanya dikonsumsi oleh sasaran balita gizi buruk. Sedangkan dikatakan tidak baik jika makanan tambahan pemulihan ikut dikonsumsi oleh individu lain yang status gizinya baik.

Secara keseluruhan, program PMT Pemulihan di Puskesmas dapat dikatakan baik jika keseluruhan aspek yang diteliti baik, cukup baik jika terdapat beberapa aspek yang tidak baik, kurang baik jika sebagian besar aspek yang diteliti tidak baik, dan dapat dikatakan tidak baik jika keseluruhan aspek yang diteliti tidak baik.

2.1.4 Evaluasi

2.1.4.1 Pengertian

Evaluasi adalah suatu proses untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data dan menganalisis data, membandingkan dengan kriteria, menyimpulkan hasil yang telah dicapai, menginterpretasikan hasil menjadi rumusan kebijakan dan menyajikan informasi (rekomendasi) untuk pembuatan keputusan. Evaluasi juga dapat diartikan sebagai suatu proses membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu program dengan

tujuan yang direncanakan. Menurut kamus istilah manajemen evaluasi ialah suatu proses bersistem dan objektif menganalisis sifat dan ciri pekerjaan di dalam suatu organisasi atau pekerjaan (Notoatmodjo, 2003).

Evaluasi juga didefinisikan sebagai suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

2.1.4.2 Tujuan

Tujuan evaluasi secara umum untuk mengetahui dengan pasti apakah pencapaian hasil, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan program/ kegiatan dapat dinilai dan dipelajari guna perbaikan pelaksanaan program/kegiatan di masa yang akan datang. Evaluasi memiliki beberapa fungsi antara lain :

1. Memberikan informasi yang valid mengenai program dan kegiatan yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dicapai. Dengan evaluasi dapat diungkapkan mengenai pencapaian tujuan, sasaran dan target tertentu.
2. Memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai- nilai yang mendasari tujuan dan target.
3. Memberi sumbangan pada aplikasi metode analisis kebijakan termasuk perumusan masalah yang direkomendasikan.
4. Evaluasi memiliki tujuan pokok melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian hasil kegiatan dan program dengan harapan atau rencana yang sudah ditetapkan.

2.1.4.3 Jenis

Secara umum evaluasi dapat dibedakan atas tiga jenis, yaitu (Azwar, 1996):

2.1.4.3.1 *Evaluasi Pada Tahap Awal Program (Formative Evaluation)*

Evaluasi pada tahap awal program dilaksanakan pada saat merencanakan suatu program. Tujuan utamanya adalah untuk meyakinkan bahwa rencana yang akan disusun benar-benar telah sesuai dengan masalah yang ditemukan, dalam arti dapat menyelesaikan masalah tersebut.

2.1.4.3.2 *Evaluasi Pada Tahap Pelaksanaan Program (Promotive Evaluation)*

Evaluasi pada tahap pelaksanaan program dilaksanakan pada saat program sedang dilaksanakan. Tujuan utamanya adalah untuk mengukur apakah program yang sedang dilaksanakan tersebut telah sesuai rencana atau tidak, atau apakah terjadi penyimpangan-penyimpangan yang dapat merugikan pencapaian tujuan dari program tersebut.

2.1.4.3.3 *Evaluasi Pada Tahap Akhir Program (Summative Evaluation)*

Evaluasi pada tahap akhir program dilaksanakan pada saat program telah selesai dilaksanakan. Tujuan utamanya secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu untuk mengukur keluaran serta mengukur dampak yang dihasilkan.

2.1.4.4 Sistem

2.1.4.4.1 *Pengertian*

Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan (Azwar, 1996). Dalam system terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerjasama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti sistem tertutup terhadap lingkungan (Azwar, 1996).

2.1.4.1.2 *Unsur Sistem*

2.14.1.2.1 *Evaluasi Masukan (Input Evaluation)*

Orientasi utama evaluasi input adalah menentukan cara bagaimana tujuan program dicapai. Evaluasi masukan dapat membantu mengatur keputusan, menentukan sumber-sumber yang ada, alternatif apa yang diambil, apa rencana dan strategi untuk mencapai tujuan, bagaimana prosedur kerja untuk mencapainya. Komponen evaluasi masukan meliputi sumber daya

manusia, sarana dan peralatan pendukung, dana/anggaran, dan berbagai prosedur dan aturan yang diperlukan.

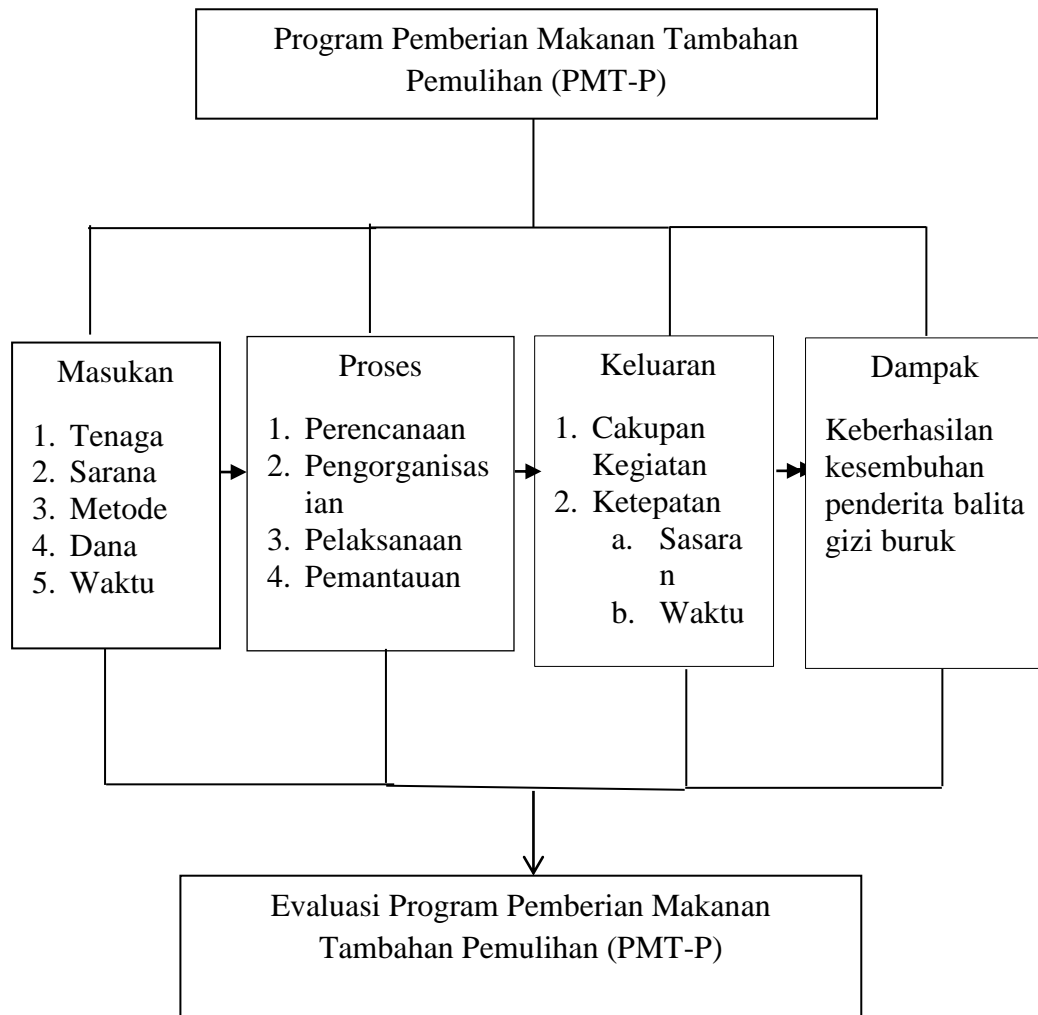
2.1.4.1.2.2 Evaluasi Proses (Process Evaluation)

Evaluasi terhadap proses lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang dimaksudkan di sini mencakup semua tahap administrasi, mulai dari tahap perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pemantauan program.

2.1.4.1.2.3 Evaluasi Keluaran (Product Evaluation)

Evaluasi produk merupakan penilaian yang dilakukan untuk mengukur keberhasilan dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Data yang dihasilkan akan sangat menentukan apakah program diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan.

2.2 KERANGKA TEORI



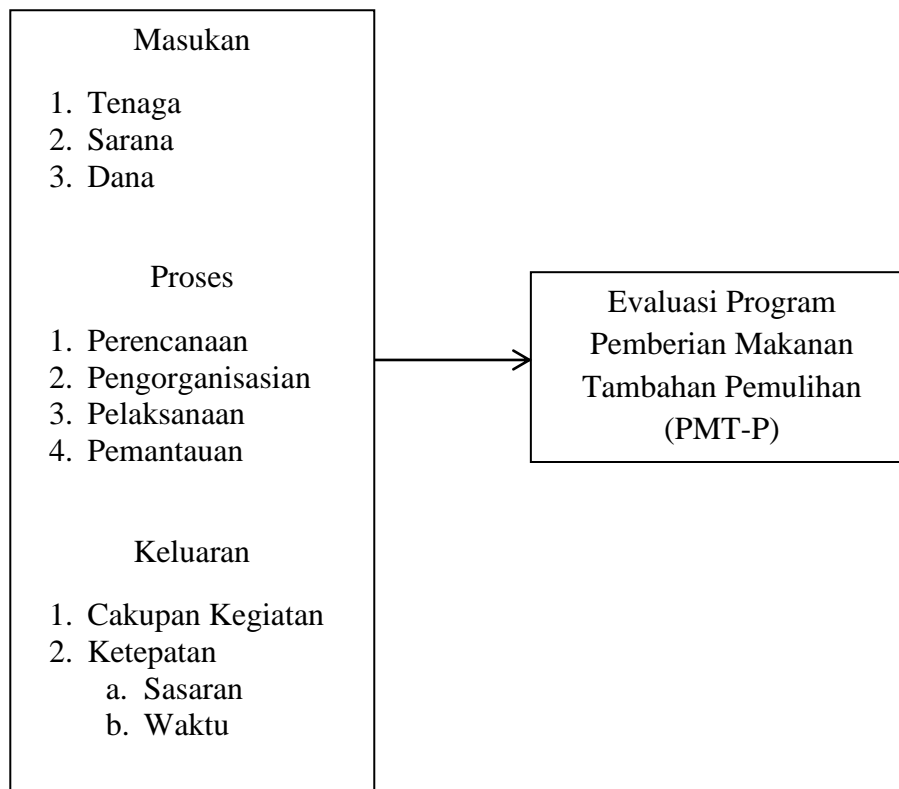
Gambar 2.2. Kerangka Teori
Sumber: Azwar (2010)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR

Berdasarkan kerangka teori di atas, maka dapat disusun skema alur pikir dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut.



Gambar 3.1 Alur Pikir

3.2 FOKUS PENELITIAN

Masalah dalam penelitian kualitatif bertumpu pada suatu fokus. Pentingnya fokus penelitian dalam penelitian kualitatif adalah untuk

membatasi studi atau bidang kajian (Moleong, 2012). Fokus penelitian yang menjadi pusat perhatian dalam penelitian ini yaitu bagaimana gambaran pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara ditinjau dari aspek masukan (*input*), proses (*proccess*), dan keluaran (*output*).

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, dan tindakan secara holistik dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2012).

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Metode deskriptif adalah suatu metode yang dimaksudkan untuk mengamati dan menganalisis secara cermat, dengan memberi gambaran Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) melalui pemahaman peneliti tentang pengalaman atau deskripsi dari informan penelitian. Data yang dikumpulkan adalah berupa kata-kata, gambar, dan bukan angka-angka (Moleong, 2012).

3.4 SUMBER INFORMASI

Sumber data penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya merupakan data tambahan seperti dokumen dan lainnya (Moleong, 2012). Dengan demikian, sumber data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

3.4.1 Data Primer

Data primer merupakan sumber-sumber dasar yang terdiri dari bukti-bukti atau saksi utama dari kejadian (fenomena) objek yang diteliti dan gejala yang terjadi di lapangan. Data primer diperoleh dengan menggunakan wawancara secara mendalam (*indepth interview*) kepada informan dan observasi (pengamatan langsung). Teknik penentuan informan tersebut menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2010). Adapun dua jenis informan dalam penelitian kualitatif yang digunakan, yaitu:

3.4.1.1 Informan Utama

Informan utama merupakan pihak yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan program. Dalam penelitian ini, yang menjadi informan utama yaitu:

1. Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) selaku Pemegang program PMT-P di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara
2. Bidan desa
3. Kader

3.4.1.2 Informan Triangulasi

Informan triangulasi adalah informan yang digunakan sebagai pembandingan terhadap data yang diperoleh dari informan utama dan di lapangan. Dalam penelitian ini, yang menjadi informan triangulasi adalah:

1. Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara
2. 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.

3. Orang tua penderita balita gizi buruk yang mendapatkan makanan tambahan pemulihan

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.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder digunakan sebagai pelengkap dan penunjang data primer. Data sekunder berupa data-data yang sudah tersedia dari berbagai sumber. Data tersebut dalam sumber-sumber penelitian ini diperoleh dari sumber diantaranya buku-buku, 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.

3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti sekaligus merupakan perencana, pelaksana, pengumpul data, penganalisis, penafsir data, dan pelapor hasil penelitian (Moleong, 2012). Untuk membantu dalam mengumpulkan data, peneliti menggunakan alat bantu berupa pedoman wawancara dan alat perekam.

3.5.1.1 Pedoman Wawancara Mendalam

Pedoman wawancara yang digunakan dalam penelitian ini berupa daftar pertanyaan mengenai gambaran Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara yang disesuaikan dengan Petunjuk Teknis Pemberian

Makanan Tambahan tahun 2017 dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

3.5.1.2 Alat Perekam

Alat perekam yang digunakan adalah *handphone* sebagai alat bantu pada saat wawancara agar peneliti dapat berkonsentrasi pada proses pengambilan data tanpa harus berhenti mencatat jawaban-jawaban dari informan.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Dalam penelitian kualitatif, data yang dikumpulkan berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati, maka metode yang digunakan dalam pengambilan data dalam penelitian ini adalah:

3.5.2.1 Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam (*indepth interview*) merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan maksud memperoleh informasi mengenai Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk balita penderita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara dan kendala yang dihadapi.

3.5.2.2 Dokumentasi

Dalam penelitian kualitatif, dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara. Dokumentasi dapat berupa

catatan lapangan yang terekam dalam alat perekam, kamera, tulisan, dan gambar (Sugiyono, 2010).

3.5.2.3 Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan teknik pengumpulan data dengan mempelajari buku-buku referensi, laporan-laporan, jurnal-jurnal penelitian, dan media lain yang berkaitan dengan masalah penelitian. Khususnya yang berkaitan dengan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk penderita balita gizi buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara guna memperkuat data penelitian.

3.6 PROSEDUR PENELITIAN

3.6.1 Tahap Pra-Penelitian

1. Melakukan studi pustaka dengan mencari data awal melalui dokumen-dokumen yang relevan seperti jurnal, profil kesehatan Indonesia dan Jawa Tengah, sehingga didapatkan rumusan masalah yang ingin diteliti.
2. Mengurus perizinan studi pendahuluan dari Universitas Negeri Semarang untuk instansi yang dituju (Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara dan Puskesmas Welahan I).
3. Penyerahan surat ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara dan Puskesmas Welahan I.
4. Melakukan studi pendahuluan ke lapangan (Puskesmas Welahan I) dengan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG).

5. Menyusun proposal skripsi yang berjudul “Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Untuk Penderita Balita Gizi Buruk di Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara.”
6. Menyusun *Ethical Clearance* (Persetujuan Etik).

3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pada tahap pelaksanaan penelitian, peneliti melakukan pengambilan data di lapangan dengan menggunakan metode wawancara terhadap informan. Wawancara dalam penelitian ini bersifat mendalam dan menggunakan jenis pertanyaan semi terstruktur yang terdapat di pedoman wawancara. Dokumentasi dalam penelitian ini dapat direkam dengan menggunakan *handphone* dan kamera.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Pada tahap pasca penelitian, peneliti telah memperoleh data dari hasil wawancara mendalam, maka selanjutnya dilakukan analisis data. Kemudian dilakukan penyajian data secara deskriptif dan penarikan kesimpulan hasil penelitian.

3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA

Sebuah keabsahan data (*trustworthiness*) dapat diperoleh dari empat kriteria yaitu kredibilitas (*credibility*), transferabilitas (*Transferabilitas*, dependability, dan konfirmabilitas (Moleong, 2007:324). Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan data yang memanfaatkan manusia yang lain di luar data itu

untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2009:330).

Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi dengan sumber. Menurut Patton (1987) dalam Moleong (2012) triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Hal itu dapat dicapai dengan beberapa jalan, yaitu :

1. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara
2. Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
3. Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
4. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada, orang pemerintahan
5. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis data adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat disajikan untuk dipahami orang lain sampai dalam bentuk simpulan (Moleong, 2012).

Menurut Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2010), proses analisis dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data. Bila jawaban informan yang diwawancarai setelah dianalisis belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi sampai diperoleh data yang kredibel.

3.8.1 Reduksi Data

Setelah peneliti melakukan pengambilan data di lapangan, maka akan diperoleh suatu data. Oleh karena itu, perlu segera dilakukan analisis data melalui reduksi data. Reduksi data merupakan proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan di lapangan dengan langkah mengurangi atau menghilangkan hal-hal yang tidak perlu. Reduksi data digunakan untuk menghasilkan hipotesis mengenai komposisi dari hasil lapangan. Sehingga memberikan gambaran data yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengambilan data selanjutnya serta mencarinya bila diperlukan (Sugiyono, 2012).

3.8.2 Penyajian Data

Penyajian data yang digunakan adalah dengan teks yang bersifat naratif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Dengan penyajian data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi serta merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami.

3.8.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Langkah analisis yang terakhir yaitu dengan menarik kesimpulan atau verifikasi yang disertai bukti valid dan konsisten sehingga kesimpulan tersebut bersifat kredibel.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Evaluasi Pelaksanaan Program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 ditinjau dari 3 aspek yaitu masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*), menerangkan bahwa pelaksanaan program belum berjalan secara optimal. Berikut dapat disimpulkan bahwa:

1. Dalam panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita yang diterbitkan oleh Kemenkes RI tahun 2011. Pada aspek masukan (*input*) meliputi SDM, dana dan sarana. SDM yang terlibat adalah tenaga pelaksana gizi, bidan/ atau kader posyandu. Hal ini sesuai dengan SDM dalam pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 yaitu tenaga pelaksana gizi selaku pemegang program, bidan desa, dan kader posyandu. Kemudian sumber dana dalam pelaksanaan program PMT-P adalah dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan). Dana tersebut digunakan untuk membeli paket bahan makanan pemulihan dan biaya transportasi untuk mendistribusikan makananan oleh kader posyandu. Hal ini sesuai dengan pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 yaitu menggunakan dana BOK, akan tetapi dana tersebut digunakan untuk membeli paket bahan makanan pemulihan saja. Selain itu terdapat kendala dalam mengalokasikan dana dikarenakan dana yang digunakan terbatas sehingga semua balita sasaran tidak tercover secara

menyeluruh dan adanya prioritas sasaran dari keluarga kurang mampu dan sarana yang mendukung dalam pelaksanaan program PMT-P meliputi tempat penyimpanan atau gudang dan paket makanan pemulihan berupa bahan makanan lokal yang bersumber tinggi protein dan nabati. Pada program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 sesuai dengan panduan bahwa paket makanan tambahan pemulihan yang digunakan adalah bersumber tinggi protein dan hewani seperti kacang ijo, dan susu. Kendalanya masih terdapat sasaran balita yang tidak menyukai, merasa bosan hingga anggota keluarga lain ikut mengonsumsi serta belum memiliki tempat penyimpanan atau gudang sendiri sehingga menggunakan tempat ruang konseling.

2. Pada aspek proses (*process*), dalam tahap perencanaan pelaksanaan program PMT-P, berdasarkan Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita yang diterbitkan oleh Kemenkes RI tahun 2011 meliputi penentuan balita, penentuan paket makanan tambahan pemulihan, pembentukan kelompok ibu balita, dan sosialisasi dan penyuluhan. Namun dalam pelaksanaan program PMT-P pada tahap perencanaan di Puskesmas Welahan 1 belum optimal dikarenakan tidak adanya pembentukan kelompok ibu balita yang disebabkan jarak antar desa dan rumah masing-masing sasaran tidak berdekatan, sasaran ibu balita sedikit, dan untuk koordinasi melalui penggunaan media komunikasi seperti *handphone* masih rendah lalu tahap pendistribusian dan konseling. Hal ini sesuai dengan panduan bahwa pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 dalam pendistribusian sudah berjalan baik karena tidak ada kendala dan konseling sudah dilaksanakan

oleh tenaga pelaksana gizi dan bidan pada saat pengambilan paket makanan tambahan pemulihan serta dilakukan pengukuran BB dan balita, kemudian tahap pemantauan pelaksanaan program PMT-P seperti ketepatan sasaran dalam pengonsumsiannya, melakukan pengukuran BB balita di awal dan akhir selama pemberian paket PMT-P serta berapa lama pengonsumsiannya paket PMT-P. Pada pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Welahan 1 dalam pemantauan belum optimal. Hal ini dikarenakan, ketepatan pengonsumsiannya paket makanan tersebut masih ada anggota lain dari keluarga yang ikut serta makan sehingga belum ada 90 hari paket tersebut sudah habis, dan tidak melakukan pengukuran BB balita di awal dan akhir untuk mengetahui perkembangan balita sasaran. dan dalam tahap pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program PMT-P seperti melakukan pencatatan harian daya terima paket PMT-P oleh orangtua balita sasaran, serta tenaga pelaksana gizi melakukan pencatatan bukti serah terima paket PMT-P terhadap sasaran dan pelaporan terkait data balita sasaran ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. Pada pencatatan dan pelaporan di program PMT-P Puskesmas Welahan 1 kurang optimal dikarenakan orangtua balita sasaran tidak melakukan pencatatan harian.

3. Pada aspek keluaran (*output*), dalam cakupan kegiatan program PMT-P masih rendah yaitu sebesar 27% dikarenakan standar ketentuan Renstra Tahun 2015-2019 yaitu sebesar 85% dan ketepatan terhadap sasaran juga masih kurang.

6.2 SARAN

Berdasarkan hasil pembahasan dan simpulan, maka saran yang dapat diberikan antara lain:

6.1.1 Bagi Puskesmas

- a. Meningkatkan pengawasan ketepatan sasaran untuk penderita balita gizi buruk pada pengonsusmsian daya terima paket makanan tambahan pemulihan terhadap pelaksanaan program PMT-P.
- b. Meningkatkan sarana dan prasarana untuk menunjang pelaksanaan program PMT-P.
- c. Mengevaluasi paket menu makanan tambahan pemulihan pada program PMT-P untuk balita penderita gizi buruk.

6.1.2 Bagi Masyarakat

- a. Terutama orangtua harus lebih memperhatikan kebutuhan gizi yang diperlukan oleh keluarga terutama gizi balita melalui kreativitas pengolahan menu paket makanan tambahan pemulihan.
- b. Bagi orangtua balita gizi buruk penerima paket makanan tambahan pemulihan agar melakukan pencatatan harian sederhana mengenai daya konsumsi makanan yang diberikan.

6.1.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Saran kepada peneliti selanjutnya yaitu diharapkan dapat melakukan penelitian evaluasi lebih mendalam lagi setiap tahap pelaksanaan yang belum optimal seperti pada tahap pemantauan seperti ketepatan sasasaran dan kesesuaian bahan paket makanan tambahan pemulihan pada balita sasaran gizi buruk.

DAFTAR PUSTAKA

- Aaron, G.J., Strutt, N., A., Guevarra E., Siling K., Norris, A., Myaat M., (2016). Assesing Program Coverage of Two Approaches to Distibuting A Complementary Feeding Supplement to Infants and Young Children in Ghana. *PLoS ONE*, 11(10):1-19.
- Agustino, Leo. (2014). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Alita, R. & Ahyanti, M. (2013). Keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita di Kota Bandar Lampung. *Jurnal Kesehatan*, 4(1): 297 – 304.
- Arumasari, W., Sri Utami., Eri Witcahyo. (2013). *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Balita BGM Tahun 2013*. Skripsi. Jember: Universitas Jember.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Brockdrof, I., Draebel, TA., Ritz, C., Fabiansen, C., Brix, C., Yameogo, C., Oummani, R., Briend, A., Michaelsen KF., Ashorn., Filteau, S., Friss, H., (2016). *Evaluation Of The Accepta-Bility Of Improved Sup-Plementary Foods For The Treatment Of Moderate Acu-Te Malnutrition In Burkina Faso Using A Mixed Method Approach*. Retrieved April 6, 2016). Global Health Web Site: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26752599>
- Budioro, B. (1997). *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Cakrawati, D. (2014). *Bahan pangan gizi, dan kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Depkes RI. (2008). *Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan RI.
- Dewi, B. T. A. S. (2015). *Evaluasi Pemberian Makanan Tambahan bagi Balita di Posyandu Melati V RW V di Kelurahan Lontar Kecamatan Sambikerep Kota Surabaya*. Skripsi. Surabaya: Universitas Negeri Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. (2017). *Data Prevalensi Status Gizi Balita Menurut Indeks BB/U Berdasarkan Penimbangan Serentak Tahun 2016-2018*. Jepara: Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara.

- Ersa, Anditia. (2013). Efektivitas Program PMT Pemulihan Terhadap Kenaikan Berat Badan Pada Balita Status Gizi Buruk Di Kabupaten Banyumas. *Jurnal Akbid YLPP Purwokerto*, 4(1)
- Hadiriesandi, M. (2016). *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita Gizi Buruk di Puskesmas Andong Kabupaten Boyolali*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Handayani, L., Mulasari, S. A., Nurdianis, N. (2008). Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 11(1): 21 – 26.
- Hapsari, D. (2014). *Waspadai Gizi Buruk Pada Balita*. Jakarta: Tugu Publisher.
- Indriati, R., Nugraheni, S. A., Kartini, A. (2015). Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Balita Kurang Gizi di Kabupaten Wonogiri Ditinjau dari Aspek Input dan Proses. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 3(1): 19 – 26.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang*, Jakarta: Ditjen Bina Gizi Kesehatan Ibu dan Anak,.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2010-2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Dasar.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Pusat Data dan Informasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelasannya Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Krisno, Agus. (2009). *Dasar-dasar Ilmu Gizi*. Malang: UMM Press.
- Menhillo, Haran., El R.F. (2014). *Successes and Challenges to Implementing an Early Childhood Supplemental Feeding Program in Rural Honduras: A*

Qualitative Study. Global Health Web Site:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24660211>

Moleong, L. J. (2012). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Mohseni., Aidin, A., Naser, K. (2017, November 6). *Factors Associated With Malnutrition Among Under Five-Year-Old Children In Iran: A Systematic Review.* Global Health Web Site:
<http://www.atmph.org/article.asp?issn=17556783;year=2017;volume=10;issue=5;epage=1147;epage=1158;aulast=Mohseni>

Pradhan.(2016, September 20). *Nutrition Interventions for Children Aged Less Than 5 Years Following Natural Disasters: A Systematic Review.* Health Web Site: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27650759>

Praharmeyta, Rizma. 2011. *Efektifitas Fungsi Manajemen Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Kabupaten Demak Tahun 2010*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Rosangelia, Augusto. (2010). *Effectiveness of a supplementary feeding program in child weight gain*. Brazil: Medicine National Institutes Of Health.

Subarsono, AG. (2012). *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.

Supariasa, I Dewa Nyoman, Bachyar Bakri & Ibnu Fajar. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.

Supariasa, dkk. 2013. *Penilaian Status Gizi (Edisi Revisi)*. Jakarta: EGC.

Wang, J., Chang, S., Zhao, L., Yu, W., Zhang, J., Man, Q., He, L., Duan, Y., Wang, H., Scherpbler, R., Yin, S. 2017. Effectiveness of Community-Based Complementary Food Supplement (Yingyangbao) Distribution in Children Aged 6-23 Months in Poor Areas in China. *Plos One*, 12(3): 1-14