



**EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PEMBERIAN
MAKANAN TAMBAHAN PEMULIHAN (PMT-P) PADA
BALITA GIZI BURUK DI PUSKESMAS PUCAKWANGI II
KABUPATEN PATI**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat**

Disusun oleh:

Dina Karlina

6411414068

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

2020

ABSTRAK

Dina Karlina

Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati

XV + 129 halaman + 4 tabel + 2 gambar + 12 lampiran

Puskesmas Pucakwangi II merupakan puskesmas tertinggi dalam penemuan kasus gizi buruk di Kabupaten Pati yaitu sebesar 32 kasus tahun 2017 dan pada tahun 2018 dimana terdapat 22 anak (2,39%) terdeteksi BB/U dan 11 anak (1,19%) terdeteksi BB/TB. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan program pemberian makanan tambahan (PMT-P) pada balita gizi buruk.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan teknik pengambilan informan secara *purposive sampling*. Informan utama berjumlah 5 orang terdiri dari pegawai puskesmas dan bidan desa dan informan triangulasi berjumlah 3 orang yaitu staf gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pati dan orang tua balita gizi buruk. Teknik pengambilan data menggunakan teknik wawancara mendalam dengan analisis secara deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program belum berjalan dengan maksimal. Empat tahap yang berpengaruh dalam pelaksanaan program, terdapat tiga komponen yang belum berjalan secara maksimal yaitu persiapan, pemantauan, serta pencatatan dan pelaporan. Sedangkan satu komponen memenuhi syarat yaitu pelaksanaan yang terdiri dari pendistribusian dan konseling.

Saran bagi instansi terkait, meningkatkan kegiatan sosialisasi dan penyuluhan kepada sasaran program dan peningkatan pengawasan terhadap pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan.

Kata Kunci : Evaluasi, PMT-P, Balita Gizi Buruk

Kepustakaan : 50 (2002-2018)

*Majoring of Public Health
Faculty of Sport Science
Semarang State University
February 2020*

ABSTRACT

Dina Karlina

Evaluation of Food Supplement Recovery Program (PMT-P) Implementation in Malnourished Toddlers in Pucakwangi Public Health Center II, Pati Regency.
XV + 129 pages + 4 tables + 2 pictures + 12 appendices

Pucakwangi Public Health Center II had the highest case of malnutrition in Pati regency with 32 cases in 2017 and 22 toddlers in 2018 (2,39%) that were detected with weight/age and 11 toddlers (1,19%) that were detected with weight/height. The purpose of this study was to evaluate the implementation of food supplement recovery program (PMT-P) in malnourished toddlers.

This study used qualitative method with informant collection techniques by purposive sampling. The main informants were five people that consisted of public health center staffs and village midwife, while the triangulation informants consisted of three people, those were nutrition staff of Pati regency health institute and the parents of malnourished toddlers. The data collection techniques used deep interview technique with descriptive analysis.

The results of this research showed that the implementation of program had not worked maximally. Four stages that influence the implementation of the program, there were three components that had not worked maximally were the preparation, monitoring, recording and reporting While one component meets the requirements, namely the implementation of which consists of distribution and counseling.

The suggestion for the institute is to improve the socialization and counseling activities to the targets of the program and increase the supervision of the implementation of supplementary feeding recovery programs.

Keywords : *Evaluation, Program PMT-P, Malnutrition toddlers*

Literatures : *50 (2002-2018)*

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, Februari 2020

Penulis,



Dina Karlina

NIM 6411414068

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati” yang disusun oleh Dina Karlina, NIM 6411414068 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, 12 Februari 2020

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B



Panitia Ujian

Prof. Dr. Tandiono Rahayu, M.Pd.

NIP. 196103201984032001

Sekretaris,

Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes.

NIP. 198205182012121002

Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I

Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.

NIP. 196006101987031002

20-02-2020

Penguji II

Galuh Nita Prameswari, S.KM., M.Si.

NIP. 198006132008122002

2/3 - 2020

Penguji III

Mardiana, S.KM., M.Si.

NIP 198004202005012003

26-02-2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Sesungguhnya segala urusan itu di tangan Allah (QS. Ali Imran:154)
2. Banyak kegagalan dalam hidup ini dikarenakan orang-orang tidak menyadari betapa dekatnya mereka dengan keberhasilan saat mereka menyerah (Thomas Alva Edison)

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah, skripsi ini saya persembahkan untu:

1. Bapak dan Ibuku tercinta
2. Kakakku tersayang
3. Sahabat-sahabatku
4. Almamaterku Universitas Negeri Semarang, khususnya Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

PRAKATA

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan berkah, hidayah, serta rahmatNya sehingga penyusunan skripsi berjudul “Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati” dapat terselesaikan.

Proses penyusunan skripsi ini tentu tidak luput dari berbagai kesulitan dan hambatan, maka dari itu penulis menyampaikan ucapan teima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan doa, motivasi, bantuan, dorongan, serta bimbingan sehingga terselesainya skripsi ini, ucapan terima kasih ini penulis ucapkan kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk menyusun skripsi.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Dr. Irwan Budiono, M.Kes (Epid) yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk menyusun skripsi.
3. Dosen pembimbing, Ibu Mardiana, S.KM, M.Si. yang telah berkenan memberikan bimbingan dan arahan serta meluangkan banyak waktu sehingga skripsi ini terselesaikan dengan baik.
4. Dosen penguji 1, Bapak Drs Bambang Wahyono, M.Kes, atas bimbingan dan pengarahannya dalam penyelesaian skripsi ini.

5. Dosen penguji 2, Ibu Galuh Nita Prameswari, S.KM., M.Si, atas bimbingannya dan pengarahannya dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama penulis melaksanakan studi.
7. Kedua orang tuaku (Bapak Sujono dan Ibu Karnati), kakakku (Wagiyono) serta keluarga besar tercinta atas cinta dan kasihnya, memberikan doa, dukungan serta motivasi.
8. Para sahabat dan teman-temanku (Nadya I, Eva F, Vivi S, Indri M, Juharoh) atas semua dukungan dan motivasi.
9. Penyemangat saya, 9 pangeran EXO yang berada di Negara Ginseng (Korea Selatan) terkhususnya Do Kyung Soo.
10. Semua pihak yang telah berkenan membantu penulis selama menyusun skripsi ini baik moril maupun materil, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga semua amal baik semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun skripsi ini dicatat sebagai amal shalih dan mendapatkan balasan yang sebaik-baiknya dari Allah SWT. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan pengetahuan serta pengalaman dalam penyusunan skripsi ini, sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya.

Semarang, Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|------------------------------------|-----|
| JUDUL | i |
| ABSTRAK | ii |
| PERNYATAAN..... | iv |
| PENGESAHAN | v |
| MOTTO DAN PERSEMBAHAN | vi |
| PRAKATA | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 LATAR BELAKANG | 1 |
| 1.2 RUMUSAN MASALAH | 7 |
| 1.3 TUJUAN PENELITIAN | 7 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 7 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 7 |
| 1.4 MANFAAT PENELITIAN | 8 |
| 1.4.1 Bagi Peneliti | 8 |
| 1.4.2 Bagi Pemerintah | 8 |
| 1.4.3 Bagi Masyarakat..... | 8 |
| 1.5 KEASLIAN PENELITIAN | 8 |
| 1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN | 11 |
| 1.6.1 Ruang Lingkup Tempat | 11 |
| 1.6.2 Ruang Lingkup Waktu | 11 |
| 1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan | 11 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 12 |

| | |
|--|--------|
| 2.1 LANDASAN TEORI | 12 |
| 2.1.1 Status Gizi | 12 |
| 2.1.1.1 Pengertian Sttaus Gizi | 12 |
| 2.1.2 Gizi Buruk | 13 |
| 2.1.2.1 Tipe Gizi Buruk..... | 14 |
| 2.1.2.2 Penyebab Gizi Buruk | 16 |
| 2.1.2.3 Perawatan Balita Gizi Buruk..... | 19 |
| 2.1.3 Pemberian Makanan Tambahan (PMT) | 20 |
| 2.1.3.1 Pengertian | 20 |
| 2.1.3.2 Tujuan | 20 |
| 2.1.3.3 Jenis Pemberian Makanan Tambahan (PMT) | 21 |
| 2.1.3.4 Pemberian Makanana Tambahan Pemulihan | 22 |
| 2.1.3.5 Penyelenggaraan PMT-P | 25 |
| 2.2 KERANGKA TEORI | 29 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 30 |
| 3.1 ALUR PIKIR | 30 |
| 3.2 FOKUS PENELITIAN | 30 |
| 3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN | 31 |
| 3.4 SUMBER INFORMASI | 32 |
| 3.4.1 Data Primer | 32 |
| 3.4.2 Data Sekunder | 33 |
| 3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA | 34 |
| 3.5.1 Instrumen Penelitian | 34 |
| 3.5.2 Teknik Pengambilan Data | 34 |
| 3.6 PROSEDUR PENELITIAN | 35 |
| 3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA | 36 |
| 3.8 TEKNIK ANALISIS DATA | 37 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN | 39 |
| 4.1 GAMBARAN UMUM | 39 |

| | | |
|------------------------|---|----|
| 4.1.1 | Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 39 |
| 4.1.2 | Identitas Informan | 43 |
| 4.1.2.1 | Identitas Informan Utama | 43 |
| 4.1.2.2 | Identitas Informan Triangulasi | 44 |
| 4.2 | HASIL PENELITIAN..... | 44 |
| 4.2.1 | Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan di Puskesmas Pucakwangi 2..... | 44 |
| 4.2.1.1 | Persiapan | 45 |
| 4.2.1.1.1 | Penentuan Balita Sasaran | 45 |
| 4.2.1.1.2 | Penentuan Makanan Tambahan | 47 |
| 4.2.1.1.3 | Pembentukan Kelompok Ibu Balita Sasaran..... | 50 |
| 4.2.1.1.4 | Sosialisasi dan Penyuluhan | 52 |
| 4.2.1.2 | Pelaksanaan | 54 |
| 4.2.1.2.1 | Pendistribusian | 54 |
| 4.2.1.2.2 | Konseling | 57 |
| 4.2.1.3 | Pemantauan | 58 |
| 4.2.1.4 | Pencatatan dan Pelaporan..... | 62 |
| BAB V PEMBAHASAN | | 67 |
| 5.1 | PEMBAHASAN | 67 |
| 5.1.1 | Standar dan Tujuan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan | 67 |
| 5.1.2 | Persiapan | 68 |
| 5.1.2.1 | Penentuan Balita Sasaran | 69 |
| 5.1.2.2 | Penentuan Makanan Tambahan | 70 |
| 5.1.2.3 | Pembentukan Kelompok Ibu Balita Sasaran..... | 72 |
| 5.1.2.4 | Sosialisasi dan Penyuluhan | 73 |
| 5.1.3 | Pelaksanaan | 74 |
| 5.1.3.1 | Pendistribusian | 75 |
| 5.1.3.2 | Konseling | 77 |
| 5.1.4 | Pemantauan | 78 |

| | | |
|--------------------------------|---|----|
| 5.1.5 | Pencatatan dan Pelaporan..... | 80 |
| 5.2 | HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN | 82 |
| 5.2.1 | Hambatan Penelitian | 82 |
| 5.2.2 | Kelemahan Penelitian..... | 82 |
| BAB VI SIMPULAN DAN SARAN..... | | 84 |
| 6.1 | SIMPULAN | 84 |
| 6.2 | SARAN | 85 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 87 |
| LAMPIRAN | | 91 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Table 1.1 Keaslian Penelitian..... | 8 |
| Table 2.1 Klasifikasi Status Gizi Anak (WHO-Antropometri) | 13 |
| Table 4.1 Gambaran Umum Informan Penelitian | 43 |
| Table 4.2 Gambaran Umum Informan Triangulasi..... | 44 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.2 Kerangka Teori | 29 |
| Gambar 3.1 Kerangka Pikir Penelitian | 30 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing..... | 92 |
| Lampiran 2. <i>Ethical Clearance</i> | 93 |
| Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Fakultas ke Puskesmas | 94 |
| Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari Fakultas ke Kesbangppol..... | 95 |
| Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Kesbangpol | 96 |
| Lampiran 6. <i>Informed Consent</i> | 97 |
| Lampiran 7. Daftar Informan Penelitian | 98 |
| Lampiran 8. Lembar Observasi..... | 99 |
| Lampiran 9. Pedoman Wawancara | 101 |
| Lampiran 10. Hail Observasi | 108 |
| Lampiran 11. Hasil Wawancara..... | 110 |
| Lampiran 12. Dokumentasi..... | 131 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Gizi buruk merupakan salah satu keadaan yang dapat menurunkan kualitas hidup manusia dan menyebabkan meningkatnya resiko kematian, kesakitan, pertumbuhan fisik serta perkembangan mental dan kecerdasan (Depkes RI, 2012). Upaya perbaikan gizi masyarakat bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, serta dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan. Sasaran jangka panjang yang akan dicapai adalah masalah gizi tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2010).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (2018), di Indonesia terdapat 3,9% balita dengan gizi buruk, dan 13,8% gizi kurang. Prevalensi gizi buruk pada balita di Indonesia menurut hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) 2014 yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia, tahun 2014 sebanyak 4,7%, kemudian pada tahun 2015 angka gizi buruk turun menjadi 3,8%, dan kembali turun pada tahun 2016 menjadi 3,4% (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan Buku Saku Kesehatan Jawa Tengah 2018, tren kasus balita gizi buruk di Jawa Tengah mengalami fluktuatif dari tahun ketahun, yaitu

pada tahun 2015 jumlah kasus sebanyak 922 balita sedangkan untuk tahun 2016 naik menjadi 982 balita, dan untuk tahun 2017 turun menjadi 922 balita tetapi pada tahun 2018 mengalami kenaikan lagi menjadi 961 balita (Dinkes Jateng, 2018). Salah satu kabupaten di Jawa Tengah yang memiliki kasus balita gizi buruk yang tinggi yaitu Kabupaten Pati. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pati menunjukkan prevalensi balita gizi buruk mengalami fluktuatif. Pada tahun 2014 terdapat 85 (0,10%) kasus, kemudian pada tahun 2015 turun menjadi 71 (0,08%) kasus, dan pada tahun 2016 naik menjadi 94 (0,01%) kasus balita gizi buruk (Dinkes Kabupaten Pati, 2016). Kabupaten Pati menduduki peringkat ke-4 tertinggi di Jawa Tengah dari beberapa kota/kabupaten di Jawa Tengah pada tahun 2017. Tingginya kasus balita gizi buruk di Kabupaten Pati, masih harus menjadi sorotan pemerintah khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Pati.

Dalam penelitian Silvera (2017) di ketahui bahwa gizi buruk memiliki hubungan dengan pengetahuan gizi ibu, status ekonomi keluarga, dan riwayat penyakit infeksi. Penelitian tersebut sesuai dengan faktor dan penyebab dari gizi buruk yaitu penyebab langsung seperti kurangnya jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi serta menderita penyakit infeksi. Untuk penyebab tidak langsungnya yaitu ketersediaan pangan rumah tangga, kemiskinan, pola asuh yang kurang memadai dan pendidikan rendah (Dewi R, 2012).

Upaya pemerintah untuk mengatasi masalah gizi buruk yaitu dengan mengeluarkan Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 170 dan 171. Dalam Undang-Undang tersebut, khususnya bab VIII tentang

gizi, tercantum bahwa pemerintah sangat diharapkan turut serta berperan aktif dan dituntut untuk meningkatkan perbaikan gizi di masyarakat, serta memperhatikan keseimbangan dan ketersediaan masalah pangan dan gizi masyarakat (Kemenkes RI, 2011). Salah satunya dengan menetapkan kebijakan yang komprehensif dalam menindaklanjuti balita gizi buruk yaitu dengan program pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P).

Program pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) adalah program intervensi bagi balita yang menderita gizi buruk dimana tujuannya adalah untuk meningkatkan status gizi balita serta untuk mencukupi kebutuhan zat gizi balita agar tercapai status gizinya. Bentuk teknis dari pelaksanaan PMT-P ini adalah setiap balita gizi buruk yang berusia 6-59 bulan diberikan makanan dengan kadungan zat gizi yang cukup selama 90 hari berturut-turut. Makanan yang diberikan dapat berupa makanan lokal dan dapat pula menggunakan makanan pabrikan yang tersedia (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan pemberian makanan tambahan pemulihan dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2011, komponen kegiatan PMT-P meliputi: (1) Persiapan, terdiri dari penentuan balita sasaran, menentukan makanan, membentuk kelompok ibu balita sasaran, sosialisasi program dan penyuluhan. (2) Pelaksanaan, terdiri dari pendistribusian dan konseling. (3) Pemantauan, dengan melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan terhadap balita gizi buruk untuk mengetahui perkembangan status gizinya dan memastikan bahwa paket makanan dikonsumsi oleh balita gizi buruk. (4) Pencatatan dan pelaporan, pencatatan dilakukan mulai dari orang

tua balita, bidan desa dan petugas gizi puskesmas kemudian hasil pencatatan dilaporkan dari bidan desa ke puskesmas, dari puskesmas ke dinas kesehatan setiap bulannya.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (2018), proporsi balita usia 6-59 bulan yang mendapat PMT sebanyak 41% sedangkan 59% tidak mendapat PMT. Dari balita yang mendapat PMT tersebut 58,3% masuk dalam PMT program dan 41,7% tidak masuk dalam PMT program, dimana lebih dari setengah balita sudah mendapat PMT program APBD dari pemerintah.

Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) di Kabupaten Pati belum bisa dikatakan berhasil. Hal ini dikarenakan indikator keberhasilan pemberian PMT pemulihan adalah kenaikan berat badan dan tinggi badan balita (Kemenkes RI, 2011), sedangkan di ketahui bahwa kenaikan berat badan dan tinggi badan merupakan tanda bahwa balita sudah tidak mengalami gizi buruk. Padahal kenyataan dilapangan bahwa kasus balita gizi buruk di Kabupaten Pati masih tertinggi ke-4 di Jawa Tengah.

Hasil PMT-P di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pati juga belum sesuai dengan yang diinginkan, dimana tujuan dari dilakukannya pemberian makanan tambahan pemulihan yaitu untuk menyelesaikan kasus gizi buruk yang sudah terjadi di Kabupaten Pati tetapi pada kenyataannya masih terdapat balita gizi buruk. Padahal presentase cakupan balita gizi buruk yang mendapat perawatan pada tahun 2016 sudah 100%, tetapi masih terdapat balita yang mengalami gizi buruk. Disamping itu, puskesmas wilayah kerja

Dinas Kesehatan Kabupaten Pati masih menunjukkan tingginya kasus balita gizi buruk, salah satunya adalah Puskesmas Pucakwangi II.

Puskesmas Pucakwangi II merupakan puskesmas yang berada di wilayah Kecamatan Pucakwangi dengan prevalensi kasus balita gizi buruk tertinggi di Kabupaten Pati. Pada tahun 2016 terdapat 23 (2,26%) balita gizi buruk dan tahun 2017 sebesar 32 (3,48%) balita. Sedangkan tahun 2018 terdapat 22 (2,39%) balita BB/U dan 11 (1,19%) balita BB/TB (Status Gizi Puskesmas Pucakwangi 2, 2018).

Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pati diketahui selain puskesmas Pucakwangi II ada beberapa Puskesmas di Kabupaten Pati yang prevalensinya mengalami fluktuatif. Diketahui bahwa di Puskesmas Wedarijaksa I pada tahun 2015 kasus balita gizi buruk sebanyak 39 (1,45%) balita, sedangkan tahun 2016 naik menjadi 51 (1,90%) balita gizi buruk, dan untuk tahun 2017 naik kembali menjadi 52 (2,10%). Berbeda halnya di Puskesmas Gabus II dimana pada tahun 2015 balita gizi buruk sebanyak 17 (0,87%) balita, tetapi pada tahun 2016 turun menjadi 11 (0,56%) balita, dan tahun 2017 mengalami kenaikan menjadi 21 (0,37%) balita. Dari ketiga puskesmas tersebut yang memiliki sasaran balita yang berbeda jumlahnya diketahui bahwa presentase dan jumlah balita gizi buruk yang masih dikatakan tinggi yaitu terdapat pada Puskesmas Pucakwangi II. Dimana sasaran balita lebih sedikit tetapi terdapat balita gizi buruk lebih banyak.

Setelah dilakukan studi pendahuluan di Puskesmas Pucakwangi II didapatkan informasi mengenai PMT-P bahwa di Puskesmas Pucakwangi II telah diterapkan program PMT-P sudah lebih dari 3 tahun, namun pada kenyataannya masih terdapat balita gizi buruk sedangkan untuk cakupan balita gizi buruk yang mendapat perawatan sudah mencapai 100%. Dilihat dari data PMT-P tahun 2018 dimana terdapat 22 balita gizi buruk yang terdiri dari kasus lama dan kasus baru tetapi diawal tahun 2019 masih menyisakan 6 balita gizi buruk. Hal ini berarti tahun 2018 Puskesmas Pucakwangi II hanya dapat mengatasi setengah dari jumlah kasus yang ada. Dapat dikatakan bahwa hasil PMT-P di Puskesmas Pucakwangi II belum sesuai dengan yang diinginkan.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratna Indriati (2015) mengungkapkan bahwa pelaksanaan PMT-P di puskesmas yang mengalami penurunan kasus banyak yang optimal dibandingkan puskesmas yang mengalami peningkatan kasus. Diketahui bahwa Puskesmas Pucakwangi II selama beberapa tahun mengalami fluktuatif dalam kasus balita gizi buruk.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sri (2017) terkait PMT-P di salah satu puskesmas di kabupaten Pati tepatnya di Puskesmas Jakenan diketahui bahwa pelaksanaan PMT-P sudah sesuai dengan pedoman penyelenggaraan pemberian makanan tambahan pemulihan dari Kemenkes RI 2011. Dalam proses evaluasi program PMT tersebut diketahui masih adanya kendala dari dana, peran ibu balita dan peran lintas sektor dalam proses peningkatan status gizi.

Berdasarkan data-data yang diperoleh mendorong peneliti untuk melakukan kajian dan penelitian tentang **“Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati”**

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: Bagaimana proses pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati ?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mengevaluasi pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengetahui bagaimana persiapan program PMT-P di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

1.3.2.2 Mengetahui bagaimana pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

1.3.2.3 Mengetahui bagaimana pemantauan program PMT-P di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

1.3.2.4 Mengetahui bagaimana pencatatan dan pelaporan program PMT-P di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Peneliti

1. Menerapkan teori dan ilmu yang diperoleh dari perkuliahan dalam pemecahan masalah evaluasi program PMT-P di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.
2. Mengetahui gambaran pelaksanaan program PMT-P di Puskesmas Pucakwangi II di Kabupaten Pati.

1.4.2 Bagi Pemerintah

Sebagai bahan evaluasi program PMT-P yang merupakan salah satu upaya dari pemerintah Kabupaten Pati untuk menanggulangi gizi buruk.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Penelitian yang dilakukan ini memiliki manfaat yaitu menambah pengetahuan masyarakat tentang program PMT-P, sehingga masyarakat dapat berpartisipasi untuk keberhasilan program PMT-P khususnya di wilayah kerja Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| No | Judul Penelitian (1) | Nama Peneliti (2) | Tahun dan Tempat Penelitian (3) | Variabel Penelitian (4) | Rancangan Penelitian (5) | Hasil Penelitian (6) |
|----|---|-----------------------------------|---|--|--|---|
| 1. | Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan | Ratna Indriati, Sri Achadi Nugrah | 2015, di Puskesmas Wilayah Kabupaten Wonogiri | Variabel bebas: pemberian makanan tambahan | Obeservasio-nal dengan metode kualitatif dan | Pelaksanaan PMT-P di puskesmas yang mengalami |

| | | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|---|
| | Pemulihan pada Balita Kurang Gizi di Kabupaten Wonogiri Ditinjau dari Aspek Input dan Proses | -eni, Apoina Kartini | | pemulihan Variabel terikat: balita kurang gizi | kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> | penurunan kasus kurang gizi lebih banyak yang optimal (83,3%) dibandingkan puskesmas yang mengalami peningkatan kasus (56,7%). |
| 2. | Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) pada Balita BGM Tahun 2013 | Warda Arumsari, Sri Utami, Eri Witcahyo | 2013, Puskesmas Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember | Variabel bebas: pemberian makanan tambahan pemulihan Variabel terikat: balita BGM (Bawah Garis Merah) | Deskriptif, pendekatan sistem | Input sudah sesuai panduan PMT-P Kemenkes dan Juknis PMT-P Kabupaten Jember tetapi metode pelaksanaan tidak sesuai dengan panduan. Proses sudah sesuai dengan panduan, tetapi perencanaan dan pengorganisasian terkait koordinasi tidak sesuai panduan. Output untuk keberhasilan program tidak sesuai panduan. |
| 3. | Evaluasi Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Pada | Elyasugianti | 2017, di 4 Puskesmas terpilih di Wilayah Kabupaten Tuban | Variabel bebas: pemberian makanan tambahan pemulihan | Deskriptif evaluatif | Segi input: -SDM dan bahan PMT-P sudah memenuhi, -Petunjuk pelaksanaan, |

| | | | | | | |
|----|--|-----------------------|--|---|---|---|
| | Balita Kurang Gizi Di Kabupaten Tuban | | | Variabel terikat: balita kurang gizi | | sarana prasarana, dan pendanaan masih kurang. Segi proses: penyimpanan, pengangkutan dan pemantauan masih kurang. Segi output: ketetapan umur sudah sesuai dan ada keefektifan program dalam kenaikan berat badan. |
| 4. | Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Untuk Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Gunungkidul | Riyanto Sugih Pambudi | 2014, di Puskesmas wilayah Kabupaten Gunungkidul | Variabel bebas: program pemberian makanan tambahan pemulihan Variabel terikat: balita gizi buruk | Deskriptif dengan metode kualitatif dan rancangan studi kasus | Kurangnya pemanfaatan sumber dana lain (pemerintah, swasta, masyarakat). Sumber daya manusia belum mencukupi. Pencatatan dan pelaporan belum berjalan dengan baik serta pemantauan dan pendampingan juga terjadi hal yang sama. |

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-

penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini mengenai evaluasi program PMT-P yang sebelumnya belum pernah dilakukan di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

2. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam (*in-dept interview*).
3. Penelitian ini menggunakan variabel proses (persiapan, pelaksanaan, pemantauan, pencatatan dan pelaporan).

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Pucakwangi II Kabupaten Pati.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April tahun 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Materi dalam penelitian ini adalah evaluasi program pemberian makanan tambahan pemulihan sebagai upaya penanggulangan gizi buruk.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Status Gizi

2.1.1.1 Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Supriasa, 2012:17-18). Secara umum status gizi dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu :

1. Kecukupan gizi atau gizi seimbang

Dalam hal ini asupan gizi seimbang dengan kebutuhan gizi seseorang yang bersangkutan.

2. Gizi kurang

Gizi kurang merupakan keadaan tidak sehat yang timbul karena tidak cukup makan, dengan demikian konsumsi energi dan protein kurang selama jangka waktu tertentu.

3. Gizi lebih

Keadaan patologis (tidak sehat) yang disebabkan kebanyakan makan (Krisno, 2009).

Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks

2.1 Tabel Klasifikasi Status Gizi Anak (WHO-Antropometri)

| Indeks | Kategori Status gizi | Ambang batas (Z-Score) |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Berat badan menurut umur (BB/U) anak umur 0-60 bulan | Gizi buruk | <-3 SD |
| | Gizi kurang | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Gizi baik | -2 SD sampai dengan 2 SD |
| | Gizi lebih | >2 SD |
| Tinggi badan menurut umur (TB/U) atau Panjang badan menurut umur (PB/U) anak umur 0-60 bulan | Sangat pendek | <-3 SD |
| | Pendek | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Normal | -2 SD sampai dengan 2 SD |
| | Tinggi | >2 SD |
| Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) anak umur 0-60 bulan | Sangat kurus | <-3 SD |
| | Kurus | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Normal | -2 SD sampai dengan 2 SD |
| | Gemuk | >2 SD |

(Direktorat bina gizi dan kesehatan ibu dan anak, 2011)

2.1.2 Gizi Buruk

Gizi buruk adalah keadaan kurang zat gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam waktu cukup lama yang ditandai dengan berat badan menurut umur (BB/U) yang berada pada <-3SD. Gizi buruk adalah status gizi menurut berat badan dan tinggi badan dengan Z-score <-3, dan dengan tanda klinis marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor (Depkes RI, 2012).

2.1.2.1 Tipe Gizi Buruk

2.1.2.1.1 Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah istilah pertama dari afrika, artinya sindrom perkembangan anak di dunia di mana anak tersebut disapih tidak mendapatkan ASI sesudah 1 tahun karena menanti kelahiran bayi berikutnya (Departemen gizi dan kesehatan masyarakat, 2007).

Kwashiorkor adalah suatu sindrom klinik yang timbul sebagai akibat adanya kekurangan protein yang sangat parah dan pemasukan kalori yang kurang dari yang dibutuhkan oleh tubuh. Penyakit ini banyak dijumpai pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun pada keluarga yang berpenghasilan rendah dan umumnya berpendidikan rendah pula. Kebiasaan penyapihan yang lebih dini juga menjadi penyebab anak menderita kwashiorkor. Hal ini berkaitan dengan menurunnya jumlah air susu ibu dan tidak diimbangi dengan makanan pengganti ASI yang seimbang serta *hygiene* dan sanitasi yang masih rendah sering terjadi kontaminasi atau pencemaran terhadap makanan sehingga menimbulkan penyakit pada anak (Krisno, 2009).

Gejala klinis yang dapat dilihat antara lain:

1. Oedema umumnya diseluruh tubuh dan terutama pada kaki (*dorsum pedis*).
2. Wajahnya membulat dan sembab.
3. Otot-otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri dan duduk, anak-anak berbaring terus-menerus.
4. Perubahan status mental : cengeng, rewel, kadang apatis.
5. Anak sering menolak segala jenis makanan (*anoreksia*).

6. Pembesaran hati.
7. Sering disertai infeksi, anemia, dan diare.
8. Rambut berwarna kusam dan mudah dicabut.
9. Gangguan kulit berupa bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas (*crazy pavement dermatosis*).
10. Pandangan mata anak tampak sayu.

2.1.2.1.2 Marasmus

Marasmus adalah suatu keadaan kekurangan energi protein dan kilokalori yang kronis. Karakteristik dari marasmus adalah berat badan sangat rendah, marasmus disebabkan karena kekurangan kalori yang berlebihan, sehingga menyebabkan zat cadangan makanan yang tersimpan dalam tubuh terpaksa digunakan untuk memenuhi kebutuhan yang sangat diperlukan untuk kelangsungan hidupnya. Penyakit ini banyak dijumpai pada bayi usia 1 tahun (Krisno, 2009).

Gejala klinis yang dapat dilihat antara lain:

1. Anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit.
2. Wajah seperti orangtua.
3. Cengeng dan rewel.
4. Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit atau sampai tidak ada.
5. Sering disertai diare kronik atau konstipasi/susah buang air besar, serta penyakit kronik.
6. Tekanan darah, detak jantung, dan pernafasan berkurang.

(Hariza, 2011).

2.1.2.1.3 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.

2.1.2.2 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.

2.1.2.2.1 Faktor Langsung

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. 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.

2.1.2.2.2 Faktor Tidak Langsung

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. 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.

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 (Supariasa, 2002).

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.

5. Asupan ASI

Makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu (ASI), dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MPASI) 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.

6. Pola Asuh dan Kepercayaan

Anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, ibunya berpendidikan, mengerti soal pentingnya ASI, manfaat posyandu dan

kebersihan, 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, berpantang pada makanan tertentu (misalnya tidak memberikan anak-anak daging, telur, santan dll), hal ini menghilangkan kesempatan anak untuk mendapat asupan lemak, protein maupun kalori yang cukup sehingga anak menjadi sering sakit (*frequent infection*).

2.1.2.3 Perawatan Balita Gizi Buruk

Jenis perawatan gizi buruk ditentukan oleh 2 hal yaitu gizi buruk dengan komplikasi dan gizi buruk tanpa komplikasi.

1. Gizi buruk dengan komplikasi

Gizi buruk dengan komplikasi penyakit harus dilakukan perawatan di puskesmas perawatan atau di rumah sakit sesuai dengan kondisi pasien. Perawatan di rumah sakit atau puskesmas perawatan bertujuan untuk menyembuhkan penyakit penyerta dan memulihkan status gizinya dengan memperhatikan fase stabilisasi, transisi, dan rehabilitasi. Sehingga bentuk dan jenis makanan yang diberikan harus disesuaikan.

2. Gizi buruk tanpa komplikasi

Gizi buruk tanpa komplikasi diintervensi di PKD atau di rumah dengan pengawasan PKD dan puskesmas. Perawatan di rumah diupayakan dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan dengan fase rehabilitasi. Pemberian PMT kepada balita yang menderita gizi buruk dilakukan segera

setelah kasus ditemukan selama 90 hari berturut-turut. PMT gizi buruk harus diberikan kepada semua (100%) penderita gizi buruk (Praharmeyta, 2011:33-34).

2.1.3 Pemberian Makanan Tambahan

2.1.3.1 Pengertian

Menurut pendapat Underwood (1983) dalam Veriyal (2010:55), menyatakan bahwa pemberian makanan tambahan merupakan suatu program yang telah lama dikenal dalam bentuk intervensi untuk mengatasi masalah gizi buruk. Adanya PMT diharapkan dapat memberikan kontribusi total konsumsi makanan sehari. Namun demikian, PMT hanya dilaksanakan sebagai program penanggulangan masalah gizi jangka pendek.

Pemberian PMT ditujukan untuk mengatasi penyebab langsung terjadinya gizi buruk. Sedangkan untuk jangka panjang, dibutuhkan suatu program berupa kegiatan yang secara tidak langsung dapat mengatasi akar masalah dari penyebab tersebut. Kegiatan tersebut meliputi usaha peningkatan pendapatan keluarga, pemanfaatan pekarangan, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, penyediaan sumber daya yang mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan gizi (Depkes RI, 2010).

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 (Anonim, 2009). 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, 2010).

2.1.3.3 Jenis Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

1. Pemberian Makanan Tambahan Penyuluhan

Pemberian makanan tambahan penyuluhan merupakan salah satu cara untuk memulihkan penderita gizi buruk secara langsung, PMT penyuluhan lebih merupakan sarana bagi penyuluhan gizi bagi orang tua dan balita. PMT penyuluhan diselenggarakan sekali sebulan yaitu sesuai dengan jadwal penimbangan, sasarannya adalah semua anak balita bukan penderita gizi buruk saja. Dengan tujuan penyuluhan maka harus diusahakan setiap ibu mendapatkan giliran memasak makanan untuk PMT. Makanan yang dimasak kemudian dibagi-bagikan kepada anak-anak yang ditimbang pada saat posyandu atau diluar jadwal posyandu.

Hasil PMT penyuluhan tidak dapat diukur sehingga tidak dapat diketahui secara pasti dampaknya terhadap pemeliharaan gizi anak balita (Moehji, 2009:52).

2. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan

Program pemberian makanan tambahan pemulihan merupakan program yang ditujukan kepada balita yang sudah dinyatakan gizi buruk. Intervensi berupa pemberian makanan yang jumlah dan jenis kandungan zat gizinya sudah diatur. Jenis makanan yang diberikan haruslah padat gizi (Moehji, 2009:50).

2.1.3.4 Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan

Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) merupakan program/kegiatan pemberian zat gizi yang bertujuan memulihkan gizi penderita yang buruk 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 balita gizi buruk dari keluarga miskin (Almatsier, 2002).

PMT Pemulihan bagi anak usia 6-59 bulan dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari. PMT Pemulihan dimaksud berbasis bahan makanan lokal dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat (Kemenkes RI, 2011). Pemberian makanan tambahan yang dimaksud adalah untuk pemulihan Kurang Energi Protein (KEP), lamanya 90 hari, dapat dilaksanakan di pusat pelayanan gizi dan atau rumah tangga, dengan bentuk makanan berupa kudapan, bahan makanan mentah, dan bahan makanan contoh yang dapat dibawa pulang (Depkes RI, 2000).

2.1.3.4.1 Prinsip

Menurut Kemenkes RI (2011:5) prinsip-prinsip dalam pelaksanaan pemberian makanan tambahan pemulihan adalah sebagai berikut :

- a. PMT Pemulihan diberikan dalam bentuk makanan atau bahan makanan lokal dan tidak diberikan dalam bentuk uang.
- b. PMT Pemulihan hanya sebagai tambahan terhadap makanan yang dikonsumsi oleh balita sasaran sehari-hari, bukan sebagai pengganti makanan utama.
- c. PMT Pemulihan dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sasaran sekaligus sebagai proses pembelajaran dan sarana komunikasi antar ibu dari balita sasaran.
- d. PMT Pemulihan merupakan kegiatan di luar gedung puskesmas dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat yang dapat diintegrasikan dengan kegiatan lintas program dan sektor terkait lainnya.
- e. PMT Pemulihan 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 pertimbangan 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.
- 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 :

- a. Makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bahan makanan atau makanan lokal. Jika bahan makanan lokal terbatas, dapat digunakan makanan pabrikan yang tersedia di wilayah setempat dengan memperhatikan kemasan, label dan masa kadaluarsa untuk keamanan pangan.
- b. Makanan tambahan pemulihan diberikan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sasaran.
- c. PMT Pemulihan merupakan tambahan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita dari makanan keluarga.
- d. Makanan tambahan balita ini diutamakan berupa sumber protein hewani maupun nabati (misalnya telur ikan/daging/ayam, kacang-kacangan atau penunjang) serta sumber vitamin dan mineral yang terutama berasal dari sayur-sayuran dan buah-buahan setempat.
- e. Makanan tambahan diberikan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut.
- f. Makanan tambahan pemulihan berbasis bahan makanan lokal.

2.1.3.5 Penyelenggaraan PMT-P

2.1.3.5.1 *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:

a. Kecamatan/Puskesmas

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

b. Desa/Kelurahan/Pustu/Poskesdes

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

c. Dusun/RW/Posyandu

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

2.1.3.5.2 Pelaksanaan

1. Pendistribusian

Makanan tambahan balita ini diutamakan berupa sumber protein hewani maupun nabati serta sumber vitamin dan mineral yang terutama berasal dari sayur-sayuran dan buah-buahan. Pemberian makanan tambahan dilakukan selama 90 hari berturut-turut kepada balita usia 6-59 bulan yang menderita kekurangan gizi. Pemberian makanan tambahan dapat dilakukan di puskesmas/PKD (Kemenkes RI, 2011).

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 pemulihan. Kegiatan konseling dapat dilakukan pada saat pemberian PMT pemulihan atau pada kunjungan balita ke puskesmas atau dengan mengunjungi rumah keluarga balita.

Konseling dilakukan setiap bulan yaitu pada saat selesai dilakukan pengukuran berat badan.

2.1.3.5.3 Pemantauan

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

2.1.3.5.4 Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan kegiatan PMT pemulihan meliputi:

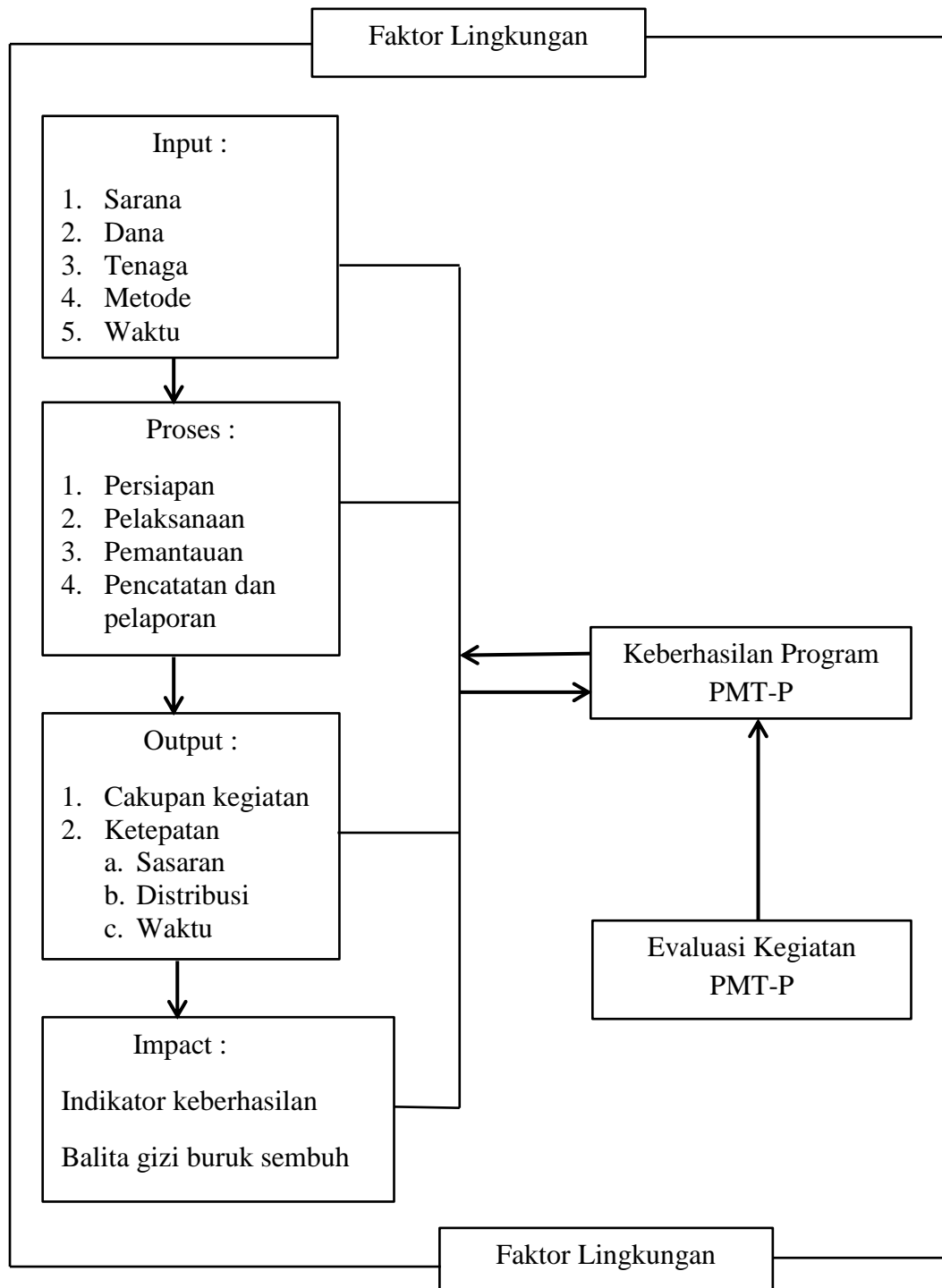
1. Menu makanan tambahan pemulihan yaitu ibu balita melakukan pencatatan harian sederhana mengenai daya terima makanan tambahan pemulihan yang nantinya akan dipantau oleh kader atau bidan di desa setiap minggu.
2. Penggunaan dana kegiatan PMT pemulihan yang merupakan bagian dari dana BOK yang harus dipertanggung jawabkan. Pertanggung jawaban keuangan berupa rincian dan nota pembelian bahan makanan dan bahan bakar untuk PMT pemulihan yang dilaksanakan oleh TPG puskesmas atau

tenaga lainnya disampaikan kepada kepala puskesmas untuk diteruskan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.

3. Kendala dalam pelaksanaan PMT pemulihan.
4. Jumlah balita yang ada, jumlah balita gizi buruk seluruhnya, jumlah balita sasaran penerima PMT pemulihan, jumlah balita yang menerima/mengambil PMT pemulihan, jumlah balita yang telah pulih dari gizi buruk setelah pemberian PMT pemulihan (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Alita (2013) suatu kegiatan yang telah dilaksanakan agar dapat dijadikan acuan pada kegiatan selanjutnya perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan. Pencatatan dapat digunakan untuk membandingkan kondisi balita sebelum dan sesudah PMT-P, sehingga dari hasil catatan tersebut dapat dilakukan penilaian. Sedangkan pelaporan kegiatan menjadikan suatu pengalaman bagi setiap petugas dalam melaksanakan kegiatan berikutnya. Pengalaman yang baik akan diulang dalam kegiatan selanjutnya, bahkan ditingkatkan. Sedangkan pengalaman yang kurang baik dapat diantisipasi seminimal mungkin.

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi dari Ningrum (2008); Azwar (2008); Wijono (2000); Alamsyah (2011:6); Kemenkes RI (2011).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Sebagai Upaya Penanggulangan Gizi Buruk Di Puskesmas Pucakwangi 2 Kabupaten Pati, menerangkan bahwa pelaksanaan program belum berjalan secara maksimal. Secara spesifik dapat disimpulkan bahwa :

1. Persiapan program pemberian makanan tambahan pemulihan tidak dilakukan melalui telaah pola makan dan perhitungan kebutuhan harian anak terlebih dahulu, tidak dilakukan pembentukan kelompok ibu balita sasaran.
2. Pendistribusian dan konseling sudah berjalan dengan baik.
3. Pemantauan pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan masih kurang. Ditemukan adanya anggota keluarga balita sasaran yang ikut mengkonsumsi paket makanan tambahan, dan dikonfirmasi juga bahwa terdapat balita sasaran yang alergi vitamin yang terdapat pada paket makanan tambahan serta balita tidak menyukai susu yang telah diberikan.
4. Pencatatan dan pelaporan program pemberian makanan tambahan pemulihan sudah dilakukan dengan baik. Namun, tidak ada pencatatan harian sederhana yang dilakukan oleh orang tua balita.

6.2 SARAN

Berdasarkan hasil kesimpulan dan analisis data yang dilakukan peneliti terhadap pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan di Puskesmas Pucakwangi 2, maka saran yang diberikan adalah sebagai berikut :

1. Bagi Dinas Kesehatan

Meningkatkan pemantauan dan pengawasan pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan di Puskesmas Pucakwangi 2. Misalnya dengan lebih intens dan teratur untuk turun ke lapangan langsung yaitu dimana balita gizi buruk berada bukan hanya pada saat sudah terjadi kejadian luar biasa saja. Setidaknya untuk satu bulan sekali benar-benar turun kelapangan.

2. Bagi Puskesmas

- a. Meningkatkan penyuluhan dengan lebih giat pada saat pelaksanaan posyandu untuk memaksimalkan jumlah kader yang ada diharapkan bisa meningkatkan pengetahuan ibu tentang tujuan program pemberian makanan tambahan pemulihan sehingga orang tua dapat ikut serta dalam mencapai tujuan tersebut.
- b. Menentukan paket makanan berdasarkan telaah pola makan dengan memaksimalkan jumlah kader yang ada untuk lebih mendalami perhitungan kebutuhan harian anak sehingga makanan yang diberikan dapat sesuai dengan kebutuhan dan keinginan anak.
- c. Pengawasan program pemberian makanan tambahan harus lebih ditingkatkan supaya program dapat berjalan sesuai dengan rencana dan dapat mencapai tujuan.

d. Membentuk kelompok ibu balita sasaran untuk mempermudah pelaksanaan dan pengawasan program pemberian makanan tambahan pemulihan.

3. Bagi Masyarakat

a. Masyarakat dan lintas sektor perlu mendukung dan berpartisipasi dalam pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan secara bersama-sama demi tercapainya tujuan program.

b. Masyarakat terutama orang tua harus lebih memperhatikan kebutuhan gizi yang diperlukan oleh keluarga terutama kebutuhan gizi bayi/anak.

c. Bagi orang tua balita gizi buruk penerima makanan tambahan pemulihan supaya melakukan pencatatan harian sederhana mengenai daya konsumsi makanan yang diberikan.

4. Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti selanjutnya untuk melanjutkan penelitian lebih lanjut, misalnya dengan menggunakan metode dan desain penelitian lain untuk mengetahui dan meneliti faktor lain misalnya pada masukan seperti sarana, dana, tenaga, metode, dan waktu yang belum diteliti dalam penelitian ini. Bisa juga menggunakan desain kuantitatif dan kualitatif, agar diperoleh gambaran secara lebih detail tentang pelaksanaan program mengenai manajemen operasionalnya PMT-P untuk balita secara mendetail.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo. 2014. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Alfabeta. Bandung.
- Alita, Rini, dkk. 2013. *Keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Untuk Balita Di Kota Bandar Lampung*. Jurnal Poltekes Kemenkes Tanjungkang Lampung. VOLUME IV No 1. Tahun 2013.
- Alles, Martine, et al. 2013. *Situational analysis and expertavaluation of the nutrition and health status of Infants and young children in five countries in sub-Saharan Africa*. Food and Nutrition Bulletin, Vol 34, No. 3.
- Almatsier, Sunita. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Anditia, Erska, dkk. 2013. *Efektivitas Program PMT Pemulihan Terhadap Kenaikan Berat Badan Pada Balita Status Gizi Buruk Di Kabupaten Banyumas*. Jurnal Ilmiah Kebidanan. Vol.4 No. 1 (220-226).
- Anggraini, Santi. 2011. *Pengaruh Pemberian Makanan Tabahan Pemulihan (PMT-P) Terhadap Pertumbuhan Balita Bawah Garis Merah (BGM) Di Puskesmas Kota Wilayah Selatan Kediri*. Jurnan Stikes RS Baptis Kediri. Volume 4 No 1. Tahun 2011.
- Arumsari, Warda, dkk. 2013. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) pada Balita BGM Tahun 2013*. Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa 2014.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bapennas). 2010. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*. Jakarta.
- Brockdorf, Ann-Sophie Iuel, et al. 2016. *Evaluation of the acceptability of improved supplementary food for the treatment of moderate acute malnutrition in Burkina Faso using a mixed method approach*. Jounal Appetite 99 (34-45).
- Carroll, Grace J, et al. 2017. *Evaluation of Nutrition Interventions in Children in Conflict Zones: A Narrative Review*. American Society for Nutrition Adv Nutr 2017;8:770-9.
- Dewi Riana Kuria dan I Nyoman Budiantara. 2012. *Faktro-Faktor yang mempengaruhi angka gizi buruk di Jawa Timur dengan Pendekatan Regresi Nonparametik Spline*. Jurnal Sains dan Seni IIS Vol.1 No.1 ISSN: 2301-928X.

- Depkes RI. 2008. *Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi uruk*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. departemen kesehatan RI. Jakarta.
- Depkes RI. 2012. *Profil Kesehatan Republik Indonesia*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pati. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Pati 2015*. Dinas Kesehatan. Pati.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pati. 2016. *Profil Kesehatan Kabupaten Pati 2016*. Dinas Kesehatan. Pati.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2018. *Buku Saku Kesehatan Tahun 2018*. Dinas Kesehatan. Jawa Tengah.
- Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. 2011. *Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang*. Kementrian Kesehatan RI.
- Ersa, Anditia, dkk. 2013. *Efektivitas Program PMT Pemulihan Terhadap Kenaikan Berat Badan Pada Balita Status Gizi Buruk Di Kabupaten Banyumas*. Jurnal Akbid YLPP Purwokerto. Volume 4 No 1. Tahun 2013.
- Hadiriesandi, Monica. 2016. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Untuk Balita Gizi Buruk Di Puskesmas Andong Kabupaten Boyolali*. Skripsi UNNES. Semarang.
- Handayani, Lina, dkk. 2008. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Volume 11 No 1.
- Hidayaturrahmi, dkk. 2010. *Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Ballita Kurang Gizi di Puskesmas Kota Solok*. Studi Kebijakan Manajemen. Tahun 2010.
- Ickes, Scott, et al. 2017. *Maternal participation in a nutrition education program in Uganda is associated with improved infant and young child feeding practices and feeding knowledge : a post-program comparison study*. BMC Nutrition. 3.
- Indriati, Ratna, dkk. 2015. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Balita Kurang Gizi di Kabupaten Wonogiri Dintinjau dari Aspek Input dan Proses*. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia. Volume 03 No.1 Tahun 2015.
- Iskandar. 2017. *Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Modifikasi Terhadap Status Gizi Balita*. Jurnal AcTion, Volume 2, No 2 (120-125).

- Jilcott, Stephanie B., et al. 2010. *Iterative Design, Implementation and Evaluation of a Supplemental Feeding Program for Underweight Children Ages 6-59 Months in Western Uganda*. *Matern Child Health J.* 14:299-306.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang*. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2017. *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan*. Kemenkes RI.
- Krisno, Agus. 2015. *Dasar-Dasar Ilmu Gizi*. UMM Press. Malang
- Leyvraz, Magali, et al. 2017. *Coverage of Nutrition Interventions Intended for Infants and Young Children Varies Greatly across Program: Results from Coverage Surveys in 5 Countries*. *Journal of Nutrition*. 147(Suppl).
- Mahmood, Hana., et al. 2017. *Overview on the infant and young child feeding policy environment in Pakistan : Federal, Sindh and Punjab context*. *BMC Public Health*. 17 (Suppl 2) : 474.
- Mekar, S. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Moehji, Sjahmen. 2007. *Ilmu Gizi Penanggulangan Gizi Buruk*. Penerbit Papas Sinar Sinanti. Jakarta.
- Moeleong, Lexy J. 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Persatuan Ahli Gizi (Persagi). 2010. *Penuntun Konseling Gizi*. PT. Abadi. Jakarta.
- Pratiwi, Kartina. 2015. *Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Balita Dan Ibu Hamil Di Kecamatan Mempawah Hilir Kabupaten Pontianak*. *Jurnal Universitas Tanjungpura*. Pontianak. Volume 4 No 2 Tahun 2015
- Prudhon, Claudine, et al. 2016. *Research priorities for improving infant and young child feeding in humanitarian emergencies*. *BMC Nutrition* 2:27.
- Puri, Seema, et al. 2017. *Policy content and stakeholder network analysis for infant and young child feeding in India*. *BMC Public Health*. 17 (Suppl 2) : 461.

- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Balitbang Kemenkes RI. Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Balitbang Kemenkes RI. Jakarta.
- Subarsono, AG. 2012. *Analisis Kebijakan Publik*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Sugianti, Elya. 2017. *Evaluasi Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Pada Balita Kurang Gizi Di Kabupaten Tuban*. Jurnal Cakrawala Vol. 11 No. 2:217-224.
- Sunita, Almatsier. 2002. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka. Jakarta.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Alfabeta. Bandung.
- Supariasa, I Dewa Nyoman, Bachyar Bakri & Ibnu Fajar. 2012. *Penilaian Status Gizi*. EGC. Jakarta.
- Undang-undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Wahab, Solichin Abdul. 2012. *Analisis Kebijakan*. PT Bumu Aksara. Jakarta.
- Wahyuningsih, Sri dan Mike Indriana Devi. 2017. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pada Balita Gizi Kurang Di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati*. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Vol.6, No.2. <http://jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id>
- Wuehler, Sara E, et al. 2011. *Situational analysis of infant and young child nutrition policies and programmatic activities in the Islamic Republic of Mauritania*. Blackwell Publishing Ltd Maternal and Child Nutrition. 7 (Suppl. 1), pp. 113-132.