



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT**

**Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk
Balita Kurus dan Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)**

NASKAH PENJELASAN PENELITIAN

Pusat Upaya Kesehatan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI akan mengadakan penelitian Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Balita Kurus dan Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK).

Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan evaluasi pelaksanaan program PMT untuk anak balita kurus dan ibu hamil KEK tahun anggaran 2016. PMT bagi balita kurus dan ibu hamil KEK ini merupakan program atau kegiatan pemberian zat gizi yang bertujuan memulihkan gizi balita dan ibu hamil dengan jalan memberikan makanan dengan kandungan gizi yang cukup sehingga kebutuhan gizi balita dan ibu hamil dapat terpenuhi.

Risiko dari penelitian ini adalah ibu harus meluangkan waktu untuk menjawab beberapa pertanyaan terkait makanan tambahan yang sudah ibu-ibu terima dari Puskesmas berupa biskuit dengan kandungan gizi yang cukup. Keikutsertaan ibu balita dan ibu hamil dalam penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela dan setiap saat dapat mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa sanksi apapun.

Wawancara akan dilakukan selama kurang lebih 1 jam, sehingga hal ini cukup menyita waktu ibu-ibu. Oleh karena itu kami akan memberikan kompensasi berupa uang sebanyak Rp 30.000. Partisipasi ibu-ibu bersifat sukarela tanpa paksaan dan bila tidak berkenan dapat menolak dan sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Apabila ibu/pendamping balita memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai penelitian, ibu dapat menghubungi : Ir. Hermina, MKes (Hp. 081213222318).

Apabila ibu atau pendamping balita bersedia ikut serta dalam penelitian ini, mohon ibu menandatangani lembar persetujuan (*informed concern*) terlampir.

Rangkap 1 : Responden

Rangkap 2 : Peneliti

PERNYATAAN PERSETUJUAN BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONCERN)

Setelah membaca penjelasan tentang penelitian berjudul "Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Balita Kurus dan Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK).", saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
No. Telp :

Dengan ini menyatakan persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian sebagai Responden. Saya menyadari bahwa keikutsertaan diri saya pada penelitian ini adalah sukarela dan saya setuju akan memberikan informasi yang berkaitan dengan penelitian ini. Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

..... 2017

Mengetahui
Ketua Pelaksana Penelitian

Yang menyetujui

Dr. Hermina, MKes

(.....)

Saksi

(.....)

Lampiran 3

Analisa Zat Gizi PMT Balita Kurus dan Ibu Hamil KEK Tahun 2016

Tabel Lampiran 3.1. Metode Analisa Pengujian Sampel PMT Biskuit Balita (MP-ASI) & Bumil

No	Biskuit Balita		Biskuit Bumil	
	Parameter Uji	Metode analisa	Parameter Uji	Metode analisa
1	Energi total	Calculation	Energi total	Calculation
2	Kadar air	Calculation	Kadar air	Calculation
3	Lemak total	18-8-5/MU/SMM-SIG, Weilbull	Lemak total	18-8-5/MU/SMM-SIG, Weilbull
4	Protein	18-8-31/MU/SMM-SIG, Kjelttec	Protein	18-8-31/MU/SMM-SIG, Kjelttec
5	Ca	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES	Ca	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES
6	Na	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES	Na	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES
7	Zn	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES	Zn	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES
8	Fe	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES	Fe	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES
9	P	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES	P	18-13-1/MU/SMM-SIG, ICP-OES
10	Se	18-4-13/MU/SMM-SIG, AAS-HVG	Se	18-4-13/MU/SMM-SIG, AAS-HVG
11	Iodium	18-5-8/MU/SMM-SIG, HPLC	F	18-9-27/MU/SMM-SIG, Spectrofotometer
12	Asam folat	18-5-38/MU/SMM-SIG, UPLC	Iodium	18-5-8/MU/SMM-SIG, HPLC
13	Vitamin A	18-5-1/MU/SMM-SIG, HPLC	Asam folat	18-5-38/MU/SMM-SIG, UPLC
14	Vitamin B1	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC	Asam pantotenat	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC
15	Vitamin B2	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC	Vitamin A	18-5-1/MU/SMM-SIG, HPLC
16	Vitamin B3	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC	Vitamin B1	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC
17	Vitamin B6	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC	Vitamin B2	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC
18	Vitamin B12	18-12-6/MU/SMM-SIG, LC MSMS	Vitamin B3	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC
19	Vitamin D	18-5-1/MU/SMM-SIG, HPLC	Vitamin B6	18-5-2/MU/SMM-SIG, UPLC
20	Vitamin E	18-5-1/MU/SMM-SIG, HPLC	Vitamin B12	18-12-6/MU/SMM-SIG, LC MSMS
21	Vitamin K1	18-5-11/MU/SMM-SIG, HPLC	Vitamin D	18-5-1/MU/SMM-SIG, HPLC
22	Gula total	18-8-8/MU/SMM-SIG, Luff-Schoorl	Vitamin E	18-5-1/MU/SMM-SIG, HPLC
23	Seratpangan	18-8-6-2 /MU/SMM-SIG	Vitamin C	18-5-2/MU/SMM-SIG, HPLC
24	-	-	Gula total	18-8-8/MU/SMM-SIG, Luff-Schoorl
25	-	-	Serat pangan	18-8-6-2 /MU/SMM-SIG

Tabel Lampiran 3.2. Hasil Analisa Komposisi Zat Gizi PMT Biskuit Balita (MP-ASI) Untuk Balita Kurus Menurut Provinsi dan Stock Pusat Dibandingkan dengan Kepmenkes No.224/2007

No.	PARAMETER ZAT GIZI	UNIT	PROVINSI DAN STOCK PUSAT													KEPMENKES NO.224/2007
			RIAU	JATIM	BANTEN	NTT	KALSEL	SULUT	SULSEL	MALUKU	MALUT	KALBAR	PUSAT			
1.	Energi total	kkal / 100 g	461.66	465.96	465.41	462.70	455.16	463.30	461.91	453.82	461.60	458.65	459.69	Min 400		
2.	Kadar air	g / 100 g	3.52	3.38	3.47	3.82	3.52	3.88	3.45	3.38	3.56	4.09	3.34	Max 5		
3.	Lemak total	g / 100 g	16.50	17.20	17.25	16.90	15.20	17.1	16.43	14.78	16.48	16.33	16.01	10-18		
4.	Protein	g / 100 g	8.34	8.56	8.50	8.02	8.54	8.28	8.52	7.66	8.33	8.22	8.93	8-12		
5.	Ca	mg / 100 g	239.46	230.60	252.64	240.27	241.55	245.66	235.92	253.68	234.60	240.63	253.65	200 - 300		
6.	Na	mg / 100 g	290.15	288.72	285.83	286.88	290.99	294.35	287.56	278.10	289.29	293.28	286.69	Max 800		
7.	Zn	mg / 100 g	3.18	3.56	3.68	3.35	3.61	3.53	3.38	3.56	3.18	3.59	3.50	2,5 - 3,0		
8.	Fe	mg / 100 g	4.01	5.92	4.55	4.06	4.67	4.13	4.10	4.66	4.09	4.14	4.47	5,0 - 6,0		
9.	P	mg / 100 g	182.28	183.39	182.14	187.53	185.15	188.66	181.96	185.13	185.77	174.12	179.21	180 - 275		
10.	Se	mcg / 100 g	12.43	13.18	13.30	11.72	12.71	13.61	13.40	12.92	13.43	13.12	12.82	10-15		
11.	Iodium	mcg / 100 g	66.49	63.82	72.11	69.32	63.47	64.69	65.42	60.76	77.27	64.38	68.03	60 - 70		
12.	Asam folat	mcg / 100 g	106.94	100.46	90.58	91.82	95.66	98.02	89.77	107.25	106.72	99.80	105.03	60 - 100		
13.	Vitamin A	mcg / 100 g	207.82	207.50	203.24	203.25	203.26	233.03	216.85	206.35	213.76	234.13	217.03	250 - 700		
14.	Vitamin B1	mg / 100 g	0.39	0.37	0.37	0.31	0.37	0.40	0.35	0.42	0.45	0.37	0.39	0,4 - 0,5		
15.	Vitamin B2	mg / 100 g	0.33	0.35	0.31	0.35	0.37	0.33	0.34	0.31	0.32	0.35	0.33	0,4 - 0,5		
16.	Vitamin B3	mg / 100 g	2.73	3.03	2.95	2.99	2.97	3.01	3.11	3.14	3.07	2.81	2.84	4,0 - 6,0		
17.	Vitamin B6	mg / 100 g	0.22	0.25	0.27	0.21	0.23	0.23	0.25	0.22	0.25	0.24	0.25	0,3 - 0,5		
18.	Vitamin B12	mcg / 100 g	0.63	0.68	0.66	0.65	0.63	0.66	0.63	0.67	0.61	0.68	0.66	0,5 - 0,9		
19.	Vitamin D	mcg / 100 g	6.43	5.54	6.50	5.17	5.07	5.10	5.68	5.30	5.39	5.50	5.75	3,0 - 10		
20.	Vitamin E	mg / 100 g	4.90	5.33	4.23	4.61	4.48	4.87	4.92	5.04	4.67	4.99	4.92	4,0 - 6,0		
21.	Vitamin K1	mcg / 100 g	5.01	5.11	4.86	4.99	4.95	5.05	5.10	4.98	5.15	5.00	5.05	Min 10,0		
22.	Gula total	g / 100 g	16.52	13.72	18.81	18.65	17.86	9.41	17.40	21.64	23.99	16.10	13.12	Max 30		
23.	Serat pangan	g / 100 g	4.86	4.77	4.76	4.84	4.90	4.90	4.89	4.84	4.86	4.82	4.80	Max 5		

*) Kandungan zat gizi dalam PMT biskuit Balita (MP-ASI) = Lebih rendah dari rentang parameter Kepmenkes 2007

**) Kandungan zat gizi dalam PMT biskuit Balita (MP-ASI) = Lebih tinggi dari rentang parameter Kepmenkes 2007

Tabel Lampiran 3.3. Hasil Analisa Komposisi Zat Gizi PMT Biskuit Untuk Ibu Hamil KEK Menurut Provinsi dan Stock Pusat Dibandingkan dengan KEPMENKES No.889/2009

No.	PARAMETER ZAT GIZI	UNIT	PROVINSI DAN STOCK PUSAT													Kepmenkes No. 889/2009
			RIAU	JATIM	BANTEN	NTT	KALSEL	SULUT	SULSEL	MALUT	KALBAR	PUSAT				
1.	Energi total	kkal / 100 g	461.60	490.38	490.16	486.72	489.97	483.50	488.18	484.55	456.28	483.64	Min 500			
2.	Kadar air	g / 100 g	3.56	3.36	3.18	3.42	3.31	3.56	3.58	3.56	4.08	3.17	Max 5			
3.	Lemak total	g / 100 g	16.48	22.38	22.20	21.84	22.37	21.26	22.22	21.47	15.84	21.04	Min 25			
4.	Protein	g / 100 g	8.33	12.09	11.17	12.62	12.72	12.42	12.16	12.67	8.01	12.73	Min 15			
5.	Ca	mg / 100 g	264.60	286.93	320.75	287.41	302.00	283.85	272.92	281.42	296.25	300.52	Min 250			
6.	Na	mg / 100 g	309.29	368.49	423.87	406.56	418.03	387.43	385.94	396.11	372.63	415.47	Max 500			
7.	Zn	mg / 100 g	4.02	7.46	7.05	7.32	7.45	6.44	7.20	7.32	7.34	5.90	Max 7,5			
8.	Fe	mg / 100 g	2.99	8.16	9.15	7.56	5.32	7.26	5.32	4.96	7.97	7.38	max 15			
9.	P	mg / 100 g	168.58	201.65	200.21	199.52	183.17	203.16	202.79	206.18	200.38	201.34	Max 208			
10.	Se	mcg / 100 g	36.43	38.34	37.62	35.36	37.47	39.22	36.64	38.31	37.46	38.12	Min 35			
11.	F	mg / 100 g	2.77	2.85	2.80	2.81	2.88	2.93	2.90	2.75	2.90	2.88	Min 2,7			
12.	Iodium	mcg / 100 g	102.69	109.66	101.78	100.97	107.33	116.02	102.33	113.41	105.78	104.23	Min 100			
13.	Asam folat***	mcg / 100 g	901.41	1056.69	1165.52	1045.14	1061.65	1196.57	1368.24	1031.50	920.65	1000.96	Min 600			
14.	Asam pantotenat	mg / 100 g	7.22	7.19	7.15	7.11	7.20	7.07	7.05	7.14	7.20	7.17	Min 7			
15.	Vitamin A	mcg / 100 g	852.04	898.08	897.86	817.54	808.04	878.22	812.12	817.13	860.82	855.87	Min 800			
16.	Vitamin B1	mg / 100 g	1.33	1.31	1.32	1.32	1.32	1.35	1.33	1.31	1.31	1.35	Min 1.3			
17.	Vitamin B2	mg / 100 g	1.44	1.42	1.45	1.41	1.45	1.44	1.42	1.42	1.45	1.44	Min 1.2			
18.	Vitamin B3	mg / 100 g	18.28	18.15	18.20	18.37	18.33	18.05	18.12	18.23	18.16	18.22	Min 18			
19.	Vitamin B6	mg / 100 g	1.75	1.72	1.74	1.77	1.80	1.74	1.72	1.77	1.77	1.75	Min 1,7			
20.	Vitamin B12	mcg / 100 g	2.70	2.62	2.65	2.65	2.70	2.62	2.65	2.64	2.67	2.65	Min 2.6			
21.	Vitamin D	mcg / 100 g	5.32	5.35	5.27	5.42	5.15	5.75	5.02	5.43	5.35	5.40	Min 5			
22.	Vitamin E	mg / 100 g	16.80	16.11	15.87	15.83	15.51	15.59	16.38	16.40	16.02	15.96	Min 15			
23.	Vitamin C	mg / 100 g	92.05	92.88	93.86	99.37	96.82	86.96	88.07	87.05	90.98	92.03	Min 85			
24.	Gula total	g / 100 g	23.99	19.44	18.32	22.71	23.56	22.86	18.36	22.61	16.98	12.67	15 - 17			
25.	Serat pangan	g / 100 g	6.24	6.28	6.38	6.14	6.27	6.60	6.48	6.48	6.20	6.25	Min 5			

*) Kandungan zat gizi dalam PMT biskuit ibu hamil = **Lebih rendah dari rentang parameter Kepmenkes 2009** ***) Kandungan As Folat \geq 1000 mcg/100 gram

) Kandungan zat gizi dalam PMT biskuit ibu hamil = **Lebih tinggi dari rentang parameter Kepmenkes 2009

Lampiran 3

Tabel Lampiran 3.4. Rerata Hasil Analisa Komposisi Zat Gizi PMT Biskuit (MPASI) Balita Kurus di Lapangan Dibandingkan dengan Kepmenkes No.224/2007

No	ZAT GIZI	UNIT	NILAI RERATA HASIL ANALISA PMT DI LAPANGAN	KEPMENKES NO.224/2007
1	Energi total	kcal / 100 g	460.90	Min 400
2	Kadar air	g / 100 g	3.58	Max 5
3	Lemak total	g / 100 g	16.38	10-18
4	Protein	g / 100 g	8.35	8-12
5	Ca	mg / 100 g	242.61	200 – 300
6	Na	mg / 100 g	288.3 5	Max 800
7	Zn **	mg / 100 g	3.47	2,5 – 3,0
8	Fe *	mg / 100 g	4.44	5,0 – 6,0
9	P	mg / 100 g	183.21	180 – 275
10	Se	mcg / 100 g	12.97	10-15
11	Iodium	mcg / 100 g	66.89	60 – 70
12	Asam folat	mcg / 100 g	99.31	60 – 100
13	Vitamin A *	mcg / 100 g	213.29	250 – 700
14	Vitamin B1 *	mg / 100 g	0.38	0,4 – 0,5
15	Vitamin B2 *	mg / 100 g	0.34	0,4 – 0,5
16	Vitamin B3 *	mg / 100 g	2.97	4,0– 6,0
17	Vitamin B6 *	mg / 100 g	0.24	0,3 – 0,5
18	Vitamin B12	mcg / 100 g	0.65	0,5 – 0,9
19	Vitamin D	mcg / 100 g	5.58	3,0 – 10
20	Vitamin E	mg / 100 g	4.81	4,0 – 6,0
21	Vitamin K1 *	mcg / 100 g	4.98	Min 10,0
22	Gula total	g / 100 g	17.02	Max 30
23	Serat pangan	g / 100 g	4.84	Max 5

*) Kandungan zat gizi dalam PMT biskuit = **Lebih rendah dari rentang parameter Kepmenkes 2007**

***) Kandungan zat gizi dalam PMT biskuit = **Lebih tinggi dari rentang parameter Kepmenkes 2007**

Lampiran 3

Tabel Lampiran 3.5. Rerata Hasil Analisa Komposisi Zat Gizi PMT Biskuit Ibu Hamil di Lapangan Dibandingkan dengan Kepmenkes No. 889/2009

No	ZAT GIZI	UNIT	NILAI RERATA HASIL ANALISA PMT DI LAPANGAN	KEP MENKES NO. 889/2009
1	Energi total *	kkal / 100 g	481.44	Min 500
2	Kadar air	g / 100 g	3.48	Max 5
3	Lemak total *	g / 100 g	20.71	Min 25
4	Protein *	g / 100 g	11.49	Min 15
5	Ca	mg / 100 g	289.67	Min 250
6	Na	mg / 100 g	388.38	Max 500
7	Zn	mg / 100 g	6.75	Max 7,5
8	Fe	mg / 100 g	6.61	max 15
9	P	mg / 100 g	196.70	Max 208
10	Se	mcg / 100 g	37.50	Min 35
11	F	mg / 100 g	2.85	Min 2,7
12	Iodium	mcg / 100 g	106.42	Min 100
13	Asam folat	mcg / 100 g	1074.83	Min 600
14	Asam pantotenat	mg / 100 g	7.15	Min 7
15	Vitamin A	mcg / 100 g	849.77	Min 800
16	Vitamin B1	mg / 100 g	1.33	Min 1.3
17	Vitamin B2	mg / 100 g	1.43	Min 1.2
18	Vitamin B3	mg / 100 g	18.21	Min 18
19	Vitamin B6	mg / 100 g	1.75	Min 1,7
20	Vitamin B12	mcg / 100 g	2.66	Min 2.6
21	Vitamin D	mcg / 100 g	5.35	Min 5
22	Vitamin E	mg / 100 g	16.05	Min 15
23	Vitamin C	mg / 100 g	92.01	Min 85
24	Gula total **	g / 100 g	20.15	15 - 17
25	Serat pangan	g / 100 g	6.33	Min 5

*) Kandungan gizi yang rendah dalam PMT biskuit ibu hamil: Energi total, Lemak total dan Protein lebih rendah dari spesifikasi Kepmenkes 2007

**) Kandungan Gula total dalam PMT ibu hamil lebih tinggi dari spesifikasi Kepmenkes 2007

LAMPIRAN. 4.

4.2 Hasil Kualitatif Menurut Region

4.2.1. Regional Jawa-Bali

Kondisi kesehatan masyarakat termasuk status gizi merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan pembangunan kesehatan dan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pembangunan nasional secara keseluruhan. Anak balita dan ibu hamil merupakan kelompok rawan gizi yang perlu mendapat perhatian khusus. Kurus dan stunting pada usia sekolah akan berdampak pada performa belajar di sekolah dan selanjutnya akan mempengaruhi kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Ibu hamil dengan status Kurang Energi Kronis (KEK) dapat melahirkan anak dengan berat lahir rendah yang selanjutnya berdampak pada pertumbuhan dan kesehatan bayinya. Pemberian makanan tambahan (PMT) khususnya pada kelompok rawan gizi, yaitu balita kurus dan ibu hamil KEK, merupakan salah satu strategi suplementasi dalam mengatasi masalah gizi.

Kementerian Kesehatan telah menjalankan program Pemberian Makanan Tambahan sejak tahun 2007 di seluruh Indonesia. Di Wilayah Jawa dan Bali, program pemberian makanan tambahan ini dinilai sangat bermanfaat namun pelaksanaan dan penerapannya dinilai masih terasa kurang optimal dan mengalami kendala yang beragam.

Penelitian evaluasi PMT Tahun 2017 ini bertujuan untuk melakukan evaluasi pelaksanaan program PMT untuk anak balita kurus dan ibu hamil KEK tahun anggaran 2016. Pada Regional Jawa dan Bali terdapat dua provinsi terpilih yaitu Provinsi Banten dan Provinsi Jawa Timur. Di Provinsi Banten terdapat dua Kabupaten /Kota yaitu Kabupaten Serang dan Kota Tangerang Selatan. Sedangkan di Provinsi Jawa Timur terpilih oleh Kota Mojokerto dan Kabupaten Mojokerto.

Pada dua Kab/Kota di atas, dipilih masing - masing dua puskesmas berdasar kan prevalensi gizi kurus dan ibu hamil KEK yang tinggi. Puskesmas yang terpilih di Kabupaten Serang ialah Puskesmas Ciruas dan Puskesmas Kramat Watu, sedangkan di Kota Tangerang Selatan, puskesmas terpilih ialah Puskesmas Pamulang dan Puskesmas Ciputat Timur. Puskesmas terpilih di Kota Mojokerto ialah Puskesmas Wates dan Puskesmas Kedundung. Sedangkan Puskesmas terpilih di Kabupaten Mojokerto ialah Puskesmas Gedeg dan Puskesmas Sooko.

Laporan regional Jawa Bali ini disajikan dalam 3 bagian; pertama, kebijakan dan perencanaan, yang meliputi kebijakan penetapan sasaran, perencanaan jumlah sasaran, dan anggaran. Kedua, pelaksanaan program PMT yang meliputi sosialisasi program PMT, buku pedoman PMT, Distribusi PMT, Tempat penyimpanan, dan ketidaksesuaian pelaksanaan PMT di lapangan; dan ketiga, Monitoring dan Evaluasi Program PMT.

1. Kebijakan & Perencanaan

Kebijakan mengenai program pemberian makanan tambahan untuk balita dan ibu hamil di Regional Jawa Bali secara umum mengacu pada kebijakan yang diambil oleh Kementerian Kesehatan. Tidak ada kebijakan khusus yang dibuat baik oleh Provinsi Banten maupun Provinsi Jawa Timur berkaitan dengan program PMT.

a. Kebijakan penetapan sasaran

Kebijakan Kementerian Kesehatan mengenai kriteria sasaran program PMT balita dan ibu hamil, yaitu balita kurus usia 6-59 bulan dengan indikator Berat Badan (BB) menurut Panjang Badan (PB)/Tinggi Badan (TB) kurang dari minus 2 standar deviasi ($<- 2 Sd$) dan Ibu Hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK) yang mempunyai Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm.

Di Provinsi Banten tidak ada kebijakan khusus terkait sasaran penerima PMT. Pada pelaksanaan di tingkat Kab/Kota dan Puskesmas, sasaran penerima PMT balita selain balita kurus juga mencakup balita gizi kurang. Hal tersebut disebabkan jumlah PMT yang diterima Puskesmas melebihi dari jumlah sasaran yang diajukan serta menghindari kecemburuan sosial. Sedangkan untuk PMT ibu hamil, kriteria sasaran penerima PMT selain ibu hamil KEK, juga mencakup ibu hamil anemia, dengan asumsi bahwa jika ibu hamil tersebut berisiko KEK maka biasanya juga menderita anemia. Bahkan jika stok mencukupi, seluruh ibu hamil juga mendapat PMT. Seperti yang disampaikan oleh informan sebagai berikut:

".....Kan kemarin, kemarin itu kan dropping-nya kan banyak banget kan bu, sebetulnya kan kemarin itu, jadi sasarannya itu kan kita itu kan karena buanyak ya, jadi kan akhirnya yang kurus, yang kurang ya itu semua kita kasih....."

".....Semua bumil dapat. Harusnya sih iya, semua (dapat) tanpa melihat status gizi ya. Karena kecemburuan sosial. Kayak balita juga harusnya semua dapat gitu ya. Kita kalau di lapangan itu suka nggak enak....."

".....Sasaran ibu hamil KEK sm anemia. Tapi biasanya sejalan tu kalo uda KEK pasti anemia....."

".....Kalo saya liat wa dari Provinsi kan ini ' pemberiannya untuk yg mana nih? Karena kalo yang APBD ini termasuk yang balita gizi kurang, meskipun BB/TB nya normal. Tapi tetep dikasih, BB/U patokannya kmrn. Jadi mungkin diperjelas dengan panduannya itu. Jadi diperjelas, kl ini untuk balita kurus dan sangat kurus, nanti kan kita jadi instruksinya begitu, berdasarkan edaran entah apa gt kan, bahwa PMT yang dari kemenkes ini untuk balita kurus dan sangat kurus kemudian untuk PMT bumil, kl yang APBD itu kan memang kita anggarannya untuk bumil anemia dan KEK, jadi bumil anemia walau dia gak KEK, tetep dapat. Pendistribusiannya mereka di PKM kan, ke bumil kan, jd bumil anemia itu dapat walaupun dia gak KEK. apalagi kl dia anemia juga KEK juga. Kl saya liat di laporan itu mereka bumil anemia dapat. Walaupun saya liat di LILAnya enggak KEK. Jadi mungkin nanti kalo disini untuk balita itu, saya kmrn patokannya kmrn ada yg nanya ini untuk KEK

atau anemia juga? Disini kan jumlah bumil KEK dan berisiko KEK, jadi masuklah anemia ibu. Jadi yg PMT ini nih, yang kementerian, jadi bumil anemia juga dapat....."

Demikian halnya dengan Provinsi Banten, di Provinsi Jawa Timur kriteria sasaran penerima makanan tambahan untuk balita dan ibu hamil mengacu pada kebijakan dari pusat atau Kementerian Kesehatan. Namun pada pelaksanaannya di tingkat Puskesmas, sasaran untuk PMT ibu hamil ialah ibu hamil dengan LILA kurang dari 23,5 cm, anemia, atau IMT kurang dari 18,5 kg/m². Sedangkan untuk PMT balita, sasaran utamanya ialah balita gizi kurang, gizi buruk/BGM dan kurus. Namun jika PMT untuk kriteria sasaran tersebut sudah terdistribusi seluruhnya/mencukupi, maka kriteria sasaran diperlebar. Untuk PMT balita, sasaran mencakup juga anak balita dari keluarga miskin menjadi, anak balita tampak kurus, anak balita 2T, dan anak balita dengan status gizi normal namun menuju ke status gizi kurus. Hal tersebut disebabkan karena jumlah kasus gizi buruk dan gizi kurus yang ditemukan sedikit sedangkan jumlah biskuit yang diterima banyak. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

".....Tadinya kan balita kurus, dilapangan kan susah. Sasaran riel dilapangan, menetapkan sasaran dilapangan tidak mudah tapi di lapangan agak sedikit dibarkan. Tidak mempunyai data tinggi badan. Nggak punya data riel balita kurus sehingga di lapangan dimodifikasi ini sesuai dengan arahan pusat yaitu Yang kelihatan kurus, terus diambil....."

".....Karena dropdrop buanyak, sementara sasaran, kasus kasus gizi kurang dan gizi buruk kan sedikit, gizi normal pun dikasih buat preventif aja, selama gizi buruk gizi kurang sudah tertangani dengan bagus, PMTnya sudah bagus, Pokoknya yang gizinya normal pun yang mau jatuh ya dikasih saja....."

".....Acuan untuk menentukan sasaran sebenarnya kita batasi ya, sasarannya gizi kurang dan gizi buruk, karena jumlah yang dialokasikan cukup banyak sehingga meluber pada yang, lebih meluas ...kemudian pada sasaran gakin meskipun tidak gizi buruk....."

"..... karena gizi buruknya tidak terlalu banyak, Balita yang BGM nya, karena sasarannya besar banget, setelah BGM koq ya masih banyak lagi, jadi akhirnya ya ke yang 2 T, kemudian anak yang sehatpun akhirnya dapat....."

a. Perencanaan Jumlah Sasaran

Mekanisme penentuan jumlah sasaran penerima PMT di Provinsi Banten dimulai dengan pendataan jumlah balita gizi buruk dengan indikator berat badan menurut umur yang diperoleh dari laporan Kabupaten/Kota yang kemudian diestimasi berdasarkan kebutuhan satu tahun, demikian juga dengan jumlah sasaran ibu hamil KEK. Data tersebut kemudian dilaporkan ke pusat, sehingga Pusat mengirim sesuai dengan surat usulan yang dikirim oleh Provinsi.

Di Tingkat Kab/Kota, ada proses pengajuan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota ke Dinas Kesehatan Provinsi Banten, kemudian dari Dinas Kesehatan Provinsi

dijajukan ke Pusat/Kementerian Kesehatan. Pengajuan PMT ibu hamil dilakukan berdasarkan data Laporan Tahunan 2015 sedangkan pengajuan PMT Balita berdasarkan data Pemantauan Status Gizi tahun 2015. Berikut yang diungkapkan oleh informan dari Provinsi Banten:

"..... Kalo dari pusat kan gini, pertama provinsi minta anjang anjang angka misal berapa bumil, berapa balita gitu. Itu Kan kita berdasar data 2015, bikin ke provinsi. Provinsi dari data itulah mereka memberikan PMT. Data dari laporan tahunan sama PSG 2015 kalo untuk balita. Untuk ibu hamil dari laporan tahunan 2015, KEK kan, kalo yang balita dari PSG daerah....."

Namun, puskesmas tidak mengajukan secara khusus untuk sasaran/ penerima PMT dari Kementerian Kesehatan. Seperti yang diungkapkan oleh informan Provinsi Banten berikut:

".....Kita tidak pernah mengusulkan tapi kita melaporkan saja ke dinas nanti dinas yang mengusulkan ke pusat, saya kurang tau berdasarkan apa tapi mungkin berdasarkan laporan puskesmas, sarasannya berapa hasil yang ada di lapangan luas wilayah juga sasaran yang diperoleh....."

Sejalan dengan provinsi Banten, penentuan jumlah penerima PMT di Provinsi Jawa Timur diperoleh berdasarkan laporan dari Kabupaten/Kota. Prevalensi data PSG balita gizi kurang tahun 2015 dan data laporan bulanan masing-masing Kabupaten/Kota yang digunakan untuk pengajuan jumlah PMT dari provinsi ke pusat. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan di Provinsi Jawa Timur:

".....iya ada usulan jadi kami memberikan usulan dikirim ke propinsi ber dasarkan kebutuhan puskesmas ... usulan PMT diminta dari propinsi, berapa balita kurang, balita gizi kurang dan balita pendek, juga berapa Bumil KEK nya...."

c. Anggaran

Pada tahun 2016, PMT yang didistribusikan di oleh Dinas Kesehatan Provinsi Banten merupakan *buffer stock* yang berasal dari dana APBD dan PMT kiriman dari Kementerian Kesehatan dalam bentuk biskuit. Penyediaan atau pengadaan PMT pada tahun 2016 tidak berasal dari anggaran tahun 2016 melainkan dari anggaran *buffer stock* tahun 2015 yang masih bisa digunakan pada tahun 2016.

Pada tahun 2016 Provinsi Banten tidak melakukan pengadaan makanan tambahan secara mandiri karena Dinas Kesehatan Provinsi mendapatkan informasi bahwa pada tahun 2016, PMT akan dikirimkan dari Kementerian Kesehatan sejumlah balita gizi kurang yang ada, sehingga tidak *overlapping*. Namun, Kegiatan PMT Kementerian Kesehatan ini tetap berkesinambungan dengan adanya sumber dana yang lain untuk PMT di tingkat Kab/Kota. Pemberian PMT masih tetap akan diberikan jika setelah pemberian PMT selama 90 hari tidak menunjukkan kenaikan berat badan, berikut pernyataan informan :

".....Pada saat ini kita selalu menyarankan ke teman-teman di puskesmas, kita kan ada dana BOK juga. Dana BOK itu bisa diberikan untuk anak yang kekurang gizi, untuk PMT ibu hamil KEK..saya sarankan untuk digunakan. Dan juga teman-teman di Kabupaten juga mengadakan PMT dengan dana dari APBD mereka. Jadi ketika kemarin mereka bertanya kira-kira ini overlap atau tidak. Silahkan kalau mau mengadakan sendiri, kalau udah direncanakan dan dananya ada. Berarti jika setelah 90 hari pemberian dari kami bisa dilanjutkan dari PMT yang dibuat atau disediakan dari dana APBD kabupaten/kota masing-masing....."

Pada tingkat provinsi, ada anggaran khusus dari dana DEKON yang digunakan untuk menyewa gudang penyimpanan PMT dan distribusi PMT ke Puskesmas di Provinsi Banten. Di tingkat Kab/Kota tidak ada anggaran khusus untuk kegiatan PMT Pusat. Kegiatan sosialisasi, monev PMT dilakukan bersamaan dengan kegiatan program lain. Seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut:

"(Dana Khusus distribusi PMT pusat) Nah kalo itu gak ada, distribusi dari provinsi itu juga yang nanggung kan provinsi ya. Kalo dari kita gak ada"

"(Khusus sosialisasi, evaluasi ke Puskesmas) Kita evaluasi ke puskesmas ya evaluasi program, termasuk ngeliat kondisi PMT gitu kan, ya SPJ aja itu, biaya perjalanan dari dinas ke puskesmas untuk evaluasi program, termasuk evaluasi vitamin A, termasuk pemberian PMT. Kalo untuk khusus untuk monev PMT gak ada"

Di Tingkat Puskesmas juga tidak tersedia anggaran khusus untuk pengelolaan program PMT, baik dari penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, maupun monitoring evaluasi. Seperti yang diungkapkan informan berikut ini:

".....dana khusus gak untuk pengelolaan PMT, penyimpanan, distribusi, monitoring juga gak ada sama sekali,... monev sendiri, berangkat sendiri aja....."

Sedikit berbeda dengan provinsi Banten, di provinsi Jawa Timur, selain PMT dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi juga masih menganggarkan PMT jenis lain berupa biskuit dan susu. Namun, PMT dari provinsi sifatnya *buffer stock*, tidak langsung dibagikan. Dibagikan pada saat ada bencana. Pengadaan PMT yang berasal dari dana APBD untuk sasaran anak balita gizi buruk berupa susu. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan:

"..... Adatapi tergantung dari kabupaten kota masing masing, Kalau dana BOK untuk transportnya. Kalau dari provinsi itu PMT dalam bentuk buffer, buffer tidak langsung dibagikan untuk momentum, untuk bencana. Bentuknya tidak jauh berbeda ada juga biskuit....."

Peranan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur di dalam pengelolaan PMT yaitu menyiapkan anggaran untuk sewa gudang penyimpanan PMT. Dana yang digunakan bersumber dari dana APBD provinsi/dana dekon. Penggunaan dana dari provinsi ini dilakukan karena dana yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan/Pusat hanya untuk pendistribusian dari pusat sampai ke puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Provinsi.

Sejalan dengan Provinsi Banten, di Provinsi Jawa Timur, pada tingkat Puskesmas, tidak tersedia anggaran khusus dalam pengelolaan program PMT baik untuk penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, maupun monitoring evaluasi. Semua kegiatan PMT tersebut selalu bersamaan dengan kegiatan lainnya yang ada di lingkungan kerja wilayah puskesmas. Seperti yang diungkapkan informan berikut:

"..... dana kegiatan yg terkait PMT kemenkes ndak ada, adanya yang dari BOK..."

".....dana khusus tuk mendistribusikan gak ada .. sambil ke desa di cangking...."

II. Pelaksanaan

a. Sosialisasi Program PMT

Setiap pelaksanaan program dari pusat memerlukan sosialisasi terlebih dahulu. Dalam pelaksanaan program PMT, baik di Provinsi Jawa Timur maupun Banten tidak ada sosialisasi khusus yang diberikan dinas kesehatan provinsi ke dinas kesehatan kota maupun kabupaten. Kegiatan sosialisasi program PMT ke Kabupaten dan kota dilakukan bersamaan dengan kegiatan lain dikarenakan tidak adanya anggaran khusus untuk sosialisasi program PMT. Sosialisasi di tingkat kota dan kabupaten baik di Jawa Timur maupun Banten dilakukan bersamaan dengan kegiatan lain yang mengumpulkan tim Puskesmas yaitu kepala Puskesmas, dokter, petugas gizi, dan bidan.

Kegiatan sosialisasi di Provinsi Banten dari Provinsi ke Kabupaten dan Puskesmas yang menjadi bahan pembahasan adalah mulai dari rencana pengiriman PMT ke Puskesmas, cara penyimpanan, cara pendistribusian PMT dari Puskesmas ke desa hingga sampai ke sasaran. Peserta yang hadir pada kegiatan sosialisasi adalah dari 8 kabupaten/kota yang terdiri dari kasie Gizi, pengelola program gizi, TPG puskesmas, dan lintas program termasuk PKK.

Sedangkan di Jawa Timur isi sosialisasi yang ada berkisar bahwa akan ada PMT biskuit dari pusat yang akan datang ke kabupaten atau kota dan sasaran penerima PMT tersebut merujuk pada juknis dari pusat namun pelaksanaannya disesuaikan dengan kondisi masing-masing wilayah.

Provinsi Banten memberikan arahan pelaksanaan program PMT kepada dinas kesehatan kota/kabupaten namun juga Dinkes kota/kabupaten memberikan kriteria tambahan untuk penerima PMT Balita yaitu anak kurus (berdasarkan kriteria BB/TB) atau balita gizi kurang (menurut kriteria BB/U). Hal ini dilakukan karena angka kurus yang tidak banyak, stok biskuit yang banyak (karena ada juga pengadaan dari pemerintah kota), dan juga data panjang badan yang kurang lengkap dari penimbangan balita, mengurangi risiko terjadinya efek samping seperti diare bila diberikan kepada balita yang status gizinya lebih jelek. Selain itu, di Provinsi Banten ada dinkes kota/kabupaten yang melakukan penapisan dengan memperhatikan beberapa faktor berikut: berasal dari keluarga miskin dan belum pernah mendapat PMT sebelumnya.

Pada pemberian PMT bumil, dinkes juga memberikan kriteria tambahan yaitu selain bumil KEK juga diberikan untuk bumil anemia. Hal ini dilakukan karena untuk membantu bumil anemia untuk memperbaiki status gizinya. Hal ini terlihat dari jawaban informan sebagai berikut:

"... Kalo saya liat wa dari propinsi kan ini ' pemberiannya untuk yg mana nih? Karena kalo yang APBD ini termasuk yang balita gizi kurang, meskipun BB/TB nya normal. Tapi dia tetep dikasih, BB/U patokannya kmrn. Jadi mungkin diperjelas dengan panduannya itu. Jadi diperjelas, kl ini untuk balita kurus dan sangat kurus, nanti kan kita jadi instruksinya begitu, berdasarkan edaran entah apa gt kan, bahwa PMT yang dari kemenkes ini untuk balita kurus dan sangat kurus kemudian untuk PMT bumil, kl yang APBD itu kan memang kita anggarannya untuk bumil anemia dan KEK, jadi bumil anemia walau dia gak KEK, tetep dapet..."

"... Pendistribusiannya mereka di PKM kan, ke bumil kan, jd bumil anemia itu dapet walaupun dia gak KEK. apalagi kl dia anemia juga KEK juga. Kl saya liat di laporan itu mereka bumil anemia dapet. Walaupun saya liat di LILAnyanya enggak KEK. Jadi mungkin nanti kalo disini untuk balita itu, saya kmrn patokannya kmrn ada yg nanya ini untuk KEK atau anemia juga? Disini kan jumlah bumil KEK dan berisiko KEK, jadi masuklah anemia itu. Jadi yg PMT ini nih, yang kemenkes, jadi bumil anemia juga dapet....."

"..... Karena kita usulnya gak sebanyak itu, tapi datangnya lebih banyak....."

"..... Harusnya sih iya semua tanpa melihat status gizi ya.. Karena kecemburuan sosial, terus juga apa....."

"... kayak balita juga harusnya semua dapat gitu ya....."

"..... Kita juga kalau dilapangan itu suka ga enak....."

Penambahan kriteria itu dilakukan juga karena tidak ada pedoman yang baku dari pemerintah. Seperti disebutkan oleh informan berikut:

"..... Jadi mungkin diperjelas dengan panduannya itu. Jadi diperjelas, kalau ini untuk balita kurus dan sangat kurus, nanti kan kita jadi instruksinya begitu, berdasarkan edaran entah apa gt kan, bahwa PMT yang dari kemenkes ini untuk balita kurus dan sangat kurus kemudian untuk PMT bumil....."

Gambar 2. Paraftma PMT balita di Kabupaten Serang (tidak kurus)

Hal yang berikut yang terjadi di Jawa Timur. Kriteria pemberian PMT di Jawa Timur juga mendapat perbedaan dengan yang ditetapkan pusat. Kebijakan sasaran mengenai program pemberian makanan tambahan untuk balita dan ibu hamil di Provinsi Jawa Timur mengacu pada kebijakan dari pusat atau Kementerian Kesehatan yaitu anak balita gizi kurang



Gambar 1. Penerima biskuit PMT bumil KEK di Kabupaten Serang (tidak ada tanda KEK)



Gambar 2. Penerima PMT balita di Kabupaten Serang (tidak kurus)

Hal yang hampir sama terjadi di Jawa Timur. Kriteria pemberian PMT di Jawa Timur juga terdapat perbedaan dengan yang ditetapkan pusat. Kebijakan sasaran mengenai program pemberian makanan tambahan untuk balita dan ibu hamil di Provinsi Jawa Timur mengacu pada kebijakan dari pusat atau Kementerian Kesehatan yaitu anak balita gizi kurus

usia 6-24 bulan dan ibu hamil KEK, namun kenyataan di lapangan karena jumlah biskuit yang banyak, kasus gizi kurus yang sedikit dan ketidaktersediaannya alat ukur tinggi badan di Posyandu sehingga sasaran diperlebar yaitu anak balita dengan gizi kurang dan anak lampak kurus. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut :

"..... Tadinya kan balita kurus, dilapangkan susah. Sasaran riil dilapangan, menetapkan sasaran dilapangan tidak mudah tapi di lapangan agak sedikit dilebarkan. Tidak mempunyai data tinggi badan. Nggak punya data riel balita kurus sehingga di lapangan dimodifikasi ini sesuai dengan arahan pusat yaitu Yang kelihatan kurus, terus diambil....."

Di tingkat Puskesmas penetapan sasaran juga ada perbedaan dengan yang ditetapkan pemerintah yaitu diberikan kepada balita usia 6-24 bulan dan ibu hamil LILA kurang dari 23,5 cm atau yang anemia, atau IMT kurang dari 18,5 cm. Untuk balita sasaran utamanya yang BGM dan balita kurus. Jika sasaran sudah terpenuhi semua, maka penerima PMT dilebarkan pada balita pendek dan gizi kurang. Ada petunjuk dari provinsi, bila PMT yang berlebih, boleh memberikan untuk yang gizi kurang. Penetapan sasaranutamakan untuk yang kurus dulu, baru yang balita gizi kurang. Kalau yang 2 kali tidak naik diberi penyuluhan dulu sebelum diberikan PMT. Semula PMT ini diberikan untuk balita usia 6-24 bulan tetapi karena yang di atas 24 bulan banyak yang kurang, maka dilebarkan usianya setelah berkonsultasi dengan dinas kesehatan kota.

Buku Pedoman Program PMT

Pedoman serta acuan yang baku mengenai pelaksanaan program diperlukan agar tepat sasaran. Namun pada pelaksanaan program PMT baik di Provinsi Jawa Timur maupun Banten tidak ada buku pedoman khusus mengenai pelaksanaan program PMT.

Di Provinsi Jawa Timur, dalam menentukan sasaran merujuk pada pengalaman yang lalu dengan melihat data bulanan yaitu biskuit diberikan pada anak balita gizi kurang dengan keluarga miskin dan bumil KEK. Seperti yang disebutkan oleh informan berikut:

"..... karena tidak ada sama sekali, ya sudah lembar alokasi itu saja, kita jelaskan akan ada dropping alokasi PMT, Kemenkes berupa biskuit itu, jadi mereka sudah ada gambaran berapa2 nya, kalo ternyata ini kiriman itu melalui PT Pos jadi nanti komunikasi langsung, biskuitnya juga belum ada, tapi informasi juga ada....."

Di Provinsi Banten dikatakan pedoman yang dipakai yaitu leaflet yang berasal dari Pusat yang berisikan petunjuk cara mengonsumsi biskuit baik untuk balita kurus maupun ibu hamil KEK. Kemudian pedoman/leaflet tersebut disebarluaskan hingga ke seluruh kabupaten melalui media sosial (*WhatsApp*). Penyebarluasan melalui media sosial dianggap lebih mudah (praktis) karena tidak perlu memperbanyak yang akan membutuhkan anggaran cukup besar. Namun sampai informan sampai selesai wawancara tidak dapat menunjukkan pedoman atau leaflet yang dimaksud sehingga disimpulkan tidak ada pedoman khusus dalam pelaksanaan program PMT.

Distribusi PMT

Distribusi PMT di Provinsi Jawa Timur maupun Provinsi Banten sudah dimulai sejak bulan November 2016 dan pada ke dua provinsi tersebut PMT langsung didistribusikan ke Puskesmas maupun desa tidak ke dinas kesehatan kota maupun kabupaten. Jawa Timur dan Banten mendistribusikan PMT pertama kali dilakukan di bulan November 2016 dari Puskesmas ke sasaran atau ke desa.

Pendistribusian di Provinsi Banten dilakukan dengan beberapa cara, untuk sasaran yang wilayah tempat tinggalnya jauh dari Puskesmas maka PMT didistribusikan dengan cara diantar ke desa tempat tinggal sasaran melalui bidan desa menggunakan Puskesmas Keliling atau ambulance, sedangkan untuk sasaran yang tinggal dekat dengan puskesmas, PMT dapat diambil langsung di Puskesmas saat poli gizi karena TPG sekalian ingin memantau pertumbuhan anak, lalu kalau tidak datang baru dikunjungi ke rumah, atau jika sasaran tidak datang ke puskesmas, distribusikan melalui kader ke Posyandu tapi TPG lebih sering ke rumah untuk memberikan PMT langsung ke sasaran sekalian memantau timbangan berat badan dan tinggi badan serta konsumsi biskuit PMT oleh balita. Untuk PMT bumil, jika tidak datang ke puskesmas maka PMT dititipkan ke bidan yang akan datang ke posyandu di wilayah sasaran. Cara dsitribusi lainnya yaitu dilakukan di Posyandu melalui kader. Hal ini dikarenakan kader lebih dekat dan lebih mengenal penerima PMT. Berikut pernyataan dari informan:

".....Yang utama mereka dapat di puskesmas kalau tidak datang baru dikunjungi ke rumah atau kelewat lalu ke rumah, bisa juga lewat Posyandu tapi lebih sering ke rumah....."

"..... Nah kalo peran kader paling perpanjangan tangan saya, karena ibaratnya dia yang lebih tau wilayahnya, balitanya, jadi kemaren sy delegasiinnya ke dia. Ternyata banyak kelemahannya ya setelah di evaluasi, satu, misalnya yang sy mau begini begini begini, tp ternyata di lapangan dia gak jalanin krn ibunya gak mau, atau dikasih gak doyan, lalu dikasih lagi ke yang lain, padahal kesepakatannya di awal mau enggak mau harus dimakan....."

Pendistribusian PMT di Jawa Timur dari pusat melalui provinsi menggunakan jasa PT.Pos. Distribusi PMT di Jawa Timur ada yang didistribusikan oleh TPG atau bidan di Puskesmas induk atau Puskesmas Pembantu, tergantung lokasi tempat tinggal sasaran. Ibu balita maupun ibu hamil datang ke Puskesmas atau Pustu mengambil PMT. Namun juga karena keterbatasan penyimpanan di Puskesmas ada yang langsung didistribusikan langsung ke desa-desa dalam hal ini Polindes masing-masing sesuai dengan jumlah kasus yang ada dikarena tempat untuk menyimpan biskuit di puskesmas tidak tersedia ruangan yang mampu menampung semua PMT yang diterima. Informasi ini disampaikan informan sebagai berikut :

"..... Datang dari provinsi berapa kali: 2 kali 3 kali, mulai bulan november 2016. Saya ingat kalo tidak salah sekitar bulan itu. Langsung dikirim PT Pos. Yang gudang obat hanya sebagian kecil...langsung ke puskesmas...."

".....dari PKM langsung di distribusikan ke 15 polindes, jadi sejumlah sasarannya langsung diserahkan ke desa masing-masing...."

Kondisi ini juga terjadi karena ada beberapa puskesmas yang sedang renovasi, sebagaimana disampaikan informan berikut :

"..... ada beberapa puskesmas dalam kondisi perbaikan dan macam2. Sehingga untuk mengamankan penyimpanan, masing2 puskesmas langsung mengalokasi kan sendiri ke sasaran, jadi disimpan dirumah bidan, ada lagi yang disimpan di rumah petugas gizi. Karena Puskesmasnya waktu itu sedang dibongkar sehingga diterima awal dirumah petugas gizi....."

Mekanisme distribusi PMT di provinsi Banten kepada sasaran berbeda-beda ada yang diberikan 2 minggu sekali, satu bulan sekali dan langsung sekaligus untuk tiga bulan. Perbedaan ini berdasarkan penilaian petugas terhadap kepatuhan sasaran tentang aturan makan. Seperti yang disebutkan oleh informan berikut:

"..... Itu kan dikasihkannya kan pertiga bulan, itu langsung dikasih pertiga bulan... jadi setiap bulannya kita pantau gitu....."

"..... Balita yang dapet itu ada 10, he em apa namanya ini, nah ini udah tiga...tiga kali bu.. Pengambilan he eh....." (pengambilan dilakukan oleh kader)

".....pokoknya 2 minggu sekali....."

".....Kadang ada yang ngasih 2 minggu sekali, kita anjurannya dua minggu sekali, takutnya kalau kita langsung blek satu bulan apakah dimakan, ataukah dimakan keluarganya....."

".....Bertahap sebulan sekali, kalau misalnya sekaligus kita titipkan ke kadernya, kita tidak mungkin setiap bulan ke sasaran. Dalam satu kali pemberian diberikan 30 bungkus, tidak pernah didrop sekaligus, ada juga sih yang sekaligus didrop 2 bulan karena takut kecolongan dia kesini tapi ngga dikasih takut kelewat, ada juga yg pernah dapat tapi kelewat ngga dapat lagi....."

".....Kader diminta ambil ke sini. Saya kasih, jadi kan saya punya data nih, sebelum PMT sampai disini, kan sudah langsung di data, kita dapet biskuitnya berapa, ternyata dapat cukup untuk 30 atau 40 orang. Iya, kader2nya juga gitu kan ada yang dapat sekaligus ini misalnya 1 anak dapat sekaligus 3 dus....."

".....Pendistribusiannya Jadi mix ya jadi kadang ada yang ibunya rajin, kalo balita, datang ke poli biasanya sebulan sekali saya minta dia dateng. Kalo misalkan ada ibu yang gak begitu rajin tapi rajin dateng ke posyandu, saya distribusinya ke posyandu disana. Ada

juga yang ibu balitanya datang sama bapaknya terus apa namanya dia bilang rajin ke posyandu, dia yang bawa langsung 2 bulan.....”

Sedangkan di Jawa Timur mekanisme distribusi kepada sasaran ada sedikit perbedaan, Ibu balita maupun ibu hamil datang ke Puskesmas atau Pustu mengambil PMT setiap satu minggu sekali. Dan ada juga yang mengambil di Puskesmas induk setiap 2 minggu sekali. Alasan dibagikan seminggu sekali adalah supaya PMT tidak terlihat terlalu banyak disimpan di rumah sasaran karena khawatir dikonsumsi anggota rumahtangga lainnya dan untuk memudahkan monitoring perubahan berat badan balita. Pada hari yang sama juga bidan melakukan ANC untuk ibu hamil yang datang.

Sistem distribusi PMT di Banten hingga ke sasaran juga berbeda-beda, ada yang diambil ke Puskesmas atau diantar oleh kader. Berikut keterangan dari informan:

“.....Yang utama mereka dapat di puskesmas kalau tidak datang baru dikunjungi ke rumah atau kelewat lalu ke rumah, bisa juga lewat Posyandu tapi lebih sering ke rumah.....”

Sasaran yang cara pemberian PMT diantar ke rumah oleh kader disebabkan TPG menganggap kader yang lebih tahu mengenai sasaran, lokasi rumah yang jauh dari Puskesmas/ bidan desa atau merasa malu apabila diketahui oleh lingkungan bahwa anaknya menerima PMT karena gizinya tidak baik selain itu kader juga merasa senang apabila mengantarkan PMT ke rumah sasaran karena merasa bahwa balita di wilayahnya terpenuhi gizinya dan merasa diperhatikan. Berikut pernyataan informan:

“.....Nah kalo peran kader paling perpanjangan tangan saya, karena ibaratnya dia yang lebih tau wilayahnya, balitanya, jadi kemaren sy delegasiinnya ke dia. Ternyata banyak kelemahannya ya setelah di evaluasi, satu, misalnya yang sy mau begini begini begini, tp ternyata di lapangan dia gak jalanin krn ibunya gak mau, atau dikasih gak doyan, lalu dikasih lagi ke yang lain, padahal kesepakatannya di awal mau enggak mau harus dimakan.....”

“.....Ya pasien gini takutnya gini kalau di posyandu kan yang lainnya ada yang nggak dapet gitu, saya mana...saya mana, gitu loh bu. Iya kan. Nggak enak juga bu sama masyarakatnya gitu, mendingan langsung kadernya ke rumahnya gitu.....”

Di provinsi Banten, peran TPG Puskesmas dalam program PMT peran utama TPG ialah memastikan sasaran menerima PMT sesuai dengan arahan dinas dan dalam pelaksanaannya dibantu oleh kader dan bidan desa. Petugas gizimengkoordinasikan kegiatan dengan bidan desa dan kader, terutama pada saat pendistribusian PMT dari Puskesmas, melakukan validasi hasil skrining antropometri kader, melaporkan jumlah sasaran di wilayah Puskesmas ke Dinkes Kabupaten berdasarkan hasil skrining kader di desa yang ditindaklanjuti oleh bidan desa (pengukuran ulang) serta melakukan monitoring kepada sasaran baik ibu hamil dan balita.

Bidan desa secara umum berperan dalam melakukan validasi data balita dan ibu hamil namun lebih utama pada ibu hamil yang akan menjadi sasaran penerima PMT, juga

bertanggung jawab terhadap penyimpanan PMT di desa sebelum didistribusikan ke sasaran balita maupun ibu hamil selain itu bidan desa melakukan pemantauan ke rumah sasaran bersama dengan kader terutama untuk sasaran penerima PMT yang dilaporkan oleh kader mengalami keluhan dalam mengonsumsi biskuit PMT. Berikut pernyataan informan:

“.....Jika sasaran rutin datang ke Puskesmas maka PMT diberikan di Puskesmas namun jika tidak, TPG menitipkan ke bidan lalu dari bidan ke kader....”

“.....Iya kan dia di poli KIA dulu kan kalau udah benar datanya nanti disuruh ke poli gizi dapatnya di poli gizi, (kalau pasien tidak datang ke puskesmas) nanti kita samperin ke rumahnya sama kadernya kita juga bawa panjang badan juga bawa timbangan sama ukiur LILa jadi kita liat lagi.....”

Namun ada juga bidan yang tidak membantu TPG mendistribusikan PMT ke sasaran dikarenakan bukan merupakan bidan desa namun bidan rawat inap di Puskesmas sehingga bidan tidak tahu wilayah dan tidak kenal sasaran. Berikut keterangan dari salah satu informan:

“.....Sebenarnya kalo bidan desanya dalam konteks bener2 bidan kelurahan, pasti sy terbantu dan enak distribusinya, masalahnya mungkin sama dengan puskesmas lain, bidan desanya kalo rawat inap tidak bisa diandalin, jadi mereka juga gak hapal, gak hapal areanya, kadernya, bahkan even kayak balita gizi buruk, balita si ini mereka juga belum hapal, jadi ke TPG kerja sama sm kader, dulu waktu sy di ciputat, bidan desanya berfungsi bener2 bidan desa, jadi setiap posyandu itu dia yang berangkat, jd meskipun posyandu lebih banyak tp dia hapal tu balitanya siapa, areanya siapa, jd sy distribusinya juga enak delegasinya, karena dia it hapal. Kt sekarang sy bagiin kan dia bilang “.....iya ntar saya hubungi kadernya yah, suruh ambil.....”

“.....Iya, kecuali misal, belum dikasih ke kader, misalkan kader belum ambil nih bu, diaketemu di KIA, ibu hamil ke KIA, disitu kan dia periksa misalkan dia KEK, nahdisitu dikasih. Langsung ke sasaran.....”

“.....Enggak ada (yang bidan desa kasih sendiri), kecuali misal kalo saya pas ada jadwalnya posyandu. Kadernya belum ngambil, kita dateng ke situ, ya kita yang bawa ke sana, langsung ke sasaran. Yang ngasih saya.....”

Selain bidan, kader juga memiliki peranan yang penting sebagai ujung tombak yang berhubungan langsung dengan sasaran penerima PMT. Peran kader antara lain melakukan skrining sasaran penerima PMT di Posyandu dan membantu distribusi PMT ke Balita dan bumil. Saat penimbangan di Posyandu, kader melihat balita yang timbangannya kurang memlalui kriteria berat badan menurut umur (BB/U) atau yang timbangannya tidak naik selama 2 bulan kemudian melaporkan ke bidan. Bidan kemudian mencatat nama balita kemudian meminta ibu membawa balita ke puskesmas untuk dilakukan validasi data berat badan dan tinggi badannya oleh petugas TPG. Setelah divalidasi oleh TPG dan menjadi sasaran maka TPG memberitahu kader jika balita tersebut diberikan PMT yang harus dikonsumsi selama terus menerus 3 bulan. Selain itu TPG juga memberitahu kader bahwa

balita penerima PMT perlu dipantau berat badannya per bulan dan juga kepatuhan memakan biskuit PMT. Jika balita penerima PMT tidak datang ke Posyandu, kader perlu memberi tahu TPG agar didatangi untuk ditimbang berat badan dan tinggi badannya. Selain itu, kepatuhan memakan biskuit juga dipantau oleh kader untuk kemudian dimotivasi kembali untuk mengkonsumsi biskuit PMT tersebut sesuai anjuran. Seperti yang disebutkan oleh beberapa informan berikut:

".....Ya di laporin, jadi diliat dari laporan itu..laporan bulanan kan ada. Kan kalo ada yang 2T saya selalu laporan, 2 bulan tidak naik timbangannya kan nanti di sini di saring sama orang puskesmas gitu yang masuk kategori kurang gizi, apa kurang timbangannya nanti dari sini yang nentuin....."

".....Klo distribusi kan misal dariPKM ke kader dulu, atau bu laili turun saya dampingin....."

".....Kita juga bisa tau berat badan mereka tiap bulan kita bisa memantau, dengan begitu kita jadi bisa tau oh ini berarti anak ini yang selama 3 bulan berturut turut beratnya tidak naek, berarti anak ini yang harus dirujuk, ini yang harus ke ahli gizi...."

".....Kita ikut berperan (dalam distribusi) kayak misal kemaren ini, kita dapet dari sini ini kan, kl azkia istilahnya itu kan kita kasih itu kan langsung dari sini anter kerumahnya....."

"..... nggak apa-apa saya nganterin ke rumah, senang sekalian silaturahmi, gak apa-apa biar tambah teman, tambah-tambah saudara, kan itu enak, kalo kemana-mana banyak yang nyapa...ketawa,,, jadi terkenal. Kalo sekaligus dianterin ke si pasien misalnya ya takutnya disalah gunain gitu ya....."

Distribusi PMT di Jawa Timur ada sedikit perbedaan dengan distribusi PMT yang dilakukan di Banten, dimana distribusi PMT sebagian besar dilakukan langsung oleh TPG. Petugas gizi berperan di puskesmas yaitu melakukan verifikasi dengan mengukur kembali berat badan dan tinggi badan balita dan ibu hamil KEK yang dirujuk dari posyandu kemudian PMT didistribusi oleh TPG langsung ke sasaran ada yang setiap minggu dan ada setiap 2 minggu sekali. TPG dan bidan juga memonitor perubahan berat badan sasaran dan ULA ibu hamil. Sedangkan peran bidan dan kader tidak mendistribusikan PMT tetapi melakukan skrining sasaran di Posyandu. Kader hanya membantu bidan membagikan biskuit serta menimbang berat badan.

Tempat Penyimpanan PMT

Penyimpanan PMT di dinas Kesehatan Provinsi Banten tidak mengalami kendala karena ada anggaran khusus dari dana DEKON yang digunakan untuk menyewa gudang penyimpanan PMT dan distribusi PMT ke Puskesmas. Biskuit PMT yang diterima oleh Provinsi disimpan di gudang yang disewa selama 3 bulan. Pendistribusian ke Puskesmas dilakukan setelah proses pengiriman PMT dari Pusat selesai. Penentuan perusahaan yang melakukan distribusi PMT ke Puskesmas dilakukan melalui lelang dengan persetujuan PPK.

Dana yang dianggarkan untuk distribusi termasuk sewa gudang sebesar 3,5 miliar rupiah. Biaya ini termasuk untuk pengiriman, kendaraan, keamanan dan penyewaan gudang. Pendistribusian dilakukan secara serentak dan membutuhkan waktu 1 bulan untuk mendistribusikan PMT ini ke seluruh Puskesmas (234 Puskesmas).

Kendala penyimpanan ada setelah PMT didistribusikan ke Puskesmas. baik dalam hal standar penyimpanan PMT serta tidak tersedianya ruangan khusus untuk menyimpan biskuit PMT. Distribusi PMT dari Dinkes Provinsi Banten yang langsung ke Puskesmas membuat penyimpanan PMT di Puskesmas menjadi masalah. Hal ini dikarenakan terbatasnya ruangan yang dapat digunakan untuk menyimpan biskuit PMT, sehingga ketika biskuit PMT datang tempat menyimpannya seadanya. Biskuit PMT di Puskesmas diletakkan di aula/ruang rapat dan ada juga yang diletakkan di selasar bangunan Puskesmas, sehingga untuk menghindari biskuit rusak, maka distribusinya harus segera. Setelah beberapa lama diletakkan di selasar Puskesmas, barulah ada ruangan yang dikosongkan untuk menyimpan PMT. Berikut adalah pernyataan dari beberapa informan:

".....Sulit pemantauan distribusinya kalau bertahap kita ngga ada tempatnya, kalau penyimpanan kita tidak ada tempat, kita tidak punya gudang, jadi harus didistribusikan segera....."

".....Klo masalah di PKM lebih ke karena disupply ke kita langsung dlm pangsa besar, jumlah besar, penyimpanan aja sih. Kadang bingung ini mau di taro dimana, segunung segunung gini PMT, jadi sy bilang ke bu laili juga, bu udah ini langsung di distribusi aja....."

".....nggak ada tempat buat simpannya..supir truk juga minta uang buat biaya nurunin barang dari truk. uangnya darimana?....."

".....barang masuk besoknya langsung kita sebarkan, karena menjelang survei akreditasi kita kirim kedesa pakai pusling 2-3 hari selesai ke semua desa..tidak punya gudang khusus cuma disimpan diruang yang kosong kurang lebih 1-2 minggu kalau nggak salah karena kita mau akreditasi takut jadi temuan....."

Secara umum penyimpanan di Puskesmas tidak sesuai SOP karena tidak disimpan diruang tertutup dan tidak menggunakan palet sebagai alas. Namun ada juga Puskesmas yang mengusahakan ruangan khusus untuk menempatkan PMT namun tetap tidak diberi alas palet.

Hampir sama dengan Provinsi Banten, Jawa Timur juga memiliki anggaran untuk sewa gudang sebagai penyimpanan PMT dari pusat. Keterbatasan ketersediaan ruangan di kantor dinas provinsi Jawa Timur untuk tempat penyimpanan PMT membuat pemegang program mengambil kebijakan untuk menyewa gudang untuk tempat penyimpanan sementara PMT sebelum di distribusikan. Anggaran sewa gedung tersebut didapatkan dari anggaran dana APBN provinsi/dana dekon. Penggunaan dana dari provinsi ini dilakukan karena dana yang diberikan oleh pusat hanya dana distribusi dari pusat sampai ke

puskesmas-puskesmas di wilayah kerja dinas kesehatan provinsi. Berikut pernyataan dari salah satu informan:

"... Disini gudang untuk gizi tidak ada melainkan sewa. Selama ini kan sewa dari dana DEKON....."

Penyimpanan biskuit PMT di Provinsi Jawa Timur setelah didistribusikan di Puskesmas berbeda-beda. Secara umum Dinas Kesehatan di Jawa Timur tidak mempunyai SOP secara khusus untuk penyimpanan PMT, tetapi petugas puskesmas sudah mengetahui persyaratan penyimpanannya yaitu harus menggunakan alas palet, dan cukup sirkulasi udaranya, pada ruangan yang tidak lembab, serta tidak mepet pada tembok.

Hasil observasi ada puskesmas yang tidak cukup ruangnya untuk menyimpan seluruh PMT yang diterima, sehingga PMT disimpan dibawa dan disimpan di Pustu. Selain itu ada puskesmas yang ruangnya tidak cukup sirkulasi udaranya atau agak lembab. Namun ada juga yang penyimpanan biskuit PMT nya tidak di Puskesmas karena tidak tersedianya ruang yang besar, sehingga biskuit didistribusikan langsung ke desa sejumlah banyaknya kasus. Tidak ada SOP untuk syarat ruang penyimpanan, melainkan berdasarkan pengalaman sebelumnya yang harus disimpan pada ruangan yang tidak lembab, diberi alas pada bawahnya, tidak mepet pada tembok. Berikut pernyataan dari informan:

".....ya tidak ada, jadi satu dengan ruang kegiatan pemeriksaan di puskesmas.."

"...dari PKM langsung di distribusikan ke 15 polindes, jadi sejumlah sarannya langsung diserahkan ke desa masing-masing....."

Ketidaksesuaian Dalam Pelaksanaan PMT di Lapangan

Pelaksanaan program PMT di Banten dan Jawa Timur ada yang sesuai namun ada juga yang tidak sesuai dengan arahan dari pusat karena kondisi di lapangan. Ketidaksesuaian yang ada antara lain misalnya mengenai sasaran penerima PMT. Kebijakan pusat yang tertuang di dalam buku pedoman PMT menunjukkan bahwa sasaran penerima PMT adalah balita usia 6-24 bulan yang kurus dengan menggunakan indikator BB/TB <-2 SD dan ibu hamil KEK dengan ukuran LILA lebih kecil dari 23,5 centi meter. Pada praktiknya dinas kesehatan baik provinsi Banten maupun Jawa Timur mengeluarkan kebijakan tidak tertulis mengenai penambahan kriteria sasaran ibu hamil KEK yaitu ibu hamil anemia dan ibu hamil resiko tinggi mendapatkan PMT ibu hamil. Hal ini seperti yang diungkapkan informan:

".....Kalo saya liat wa dari provinsi kan ini ' pemberiannya untuk yg mana nih? Karena kalo yang APBD ini termasuk yang balita gizi kurang, meskipun BB/TB nya normal. Tapi dia tetep dikasih, BB/U patokannya kmrn. Jadi mungkin diperjelas dengan panduannya itu. Jadi diperjelas, kl ini untuk balita kurus dan sangat kurus, nanti kan kita jadi instruksinya begitu, berdasarkan edaran entah apa gt kan, bahwa PMT yang dari kemenkes ini untuk balita kurus dan sangat kurus kemudian untuk PMT bumil, klo yang APBD itu kan memang kita anggarannya untuk bumil anemia dan KEK, jadi bumil anemia walau dia gak KEK, tetep dapet. Pendistribusiannya mereka di PKM kan, ke bumil kan, jd bumil anemia itu dapet walaupun dia gak KEK. apalagi kl dia anemia juga KEK juga. Kl saya liat di

laporan itu mereka bumil anemia dapat. Walaupun saya liat di LILAnyanya enggak KEK. Jadi mungkin nanti kalo disini untuk balita itu, saya kmrn patokannya kmrn ada yg nanya ini untuk KEK atau anemia juga? Disini kan jumlah bumil KEK dan berisiko KEK, jadi masalah anemia itu. Jadi yg PMT ini nih, yang kemenkes, jadi bumil anemia juga dapat....."

Perbedaan pelaksanaan pemberian PMT di Jawa Timur yaitu anak balita dengan gizi kurang dan anak tampak kurus. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut :

"Tadinya kan balita kurus, dilapangankan susah. Sasaran riil dilapangan, menetapkan sasaran dilapangan tidak mudah tapi di lapangan agak sedikit dilebarkan. Tidak mempunyai data tinggi badan. Nggak punya data riel balita kurus sehingga di lapangan dimodifikasi ini sesuai dengan arahan pusat yaitu Yang kelihatan kurus, terus diambil....."

Ada juga perbedaan pelaksanaan di tingkat Puskesmas yaitu untuk balita tidak hanya pada usia 6-24 bulan namun usianya juga diperlebar, sasaran utamanya yang BGM dan balita kurus. Jika sasaran sudah terpenuhi semua, maka penerima PMT dilebarkan pada balita pendek dan gizi kurang. Ada petunjuk dari provinsi, bila PMT yang berlebih, boleh memberikan untuk yang gizi kurang. Penetapan sasaran diutamakan untuk yang kurus dulu, baru yang balita gizi kurang.

■. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Banten dilakukan setelah distribusi PMT selesai dilaksanakan di seluruh Puskesmas. Kegiatan monev PMT dilaksanakan bersamaan dengan monev kegiatan lainnya. Penilaian monev berdasarkan kesesuaian sasaran penerima PMT, distribusi dan jumlah PMT yang diterima puskesmas, namun belum termasuk penilaian keefektifan pemberian PMT (kenaikan berat badan) karena laporan kenaikan berat badan belum seluruhnya diterima oleh Dinkes Provinsi.

Di Tingkat Kab/Kota, tidak ada kegiatan monitoring evaluasi yang dilakukan khusus untuk Program PMT pusat. Kegiatan Monev dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan kegiatan/program lain. Kegiatan monev yang dilakukan antara lain memantau kesesuaian sasaran, jumlah PMT yang didistribusikan, serta keefektifan pemberian PMT berdasarkan kenaikan berat badan penerima PMT setiap bulan. Kenaikan berat badan diperoleh dari laporan puskesmas. Puskesmas melaporkan jumlah balita dan bumil yang mendapat PMT, status gizi awal penerima PMT, status gizi bulan pertama setelah diberi PMT, status gizi bulan kedua, sampai bulan ke 3 setelah menerima PMT untuk melihat perubahan status gizi. Selain itu monev juga dilakukan dengan mengunjungi balita penerima PMT dengan status gizi buruk. Sesuai yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

.....Monev sampai sasaran pernah, Kita kan ada evaluasi juga, klo sampai sasaran kita ada namanya, namanya pelacakan kasus gizi buruk, kalo dari puskesmas ada laporan kasus gizi buruk, kita validasi ke lapangan. Dari situ kita nanyain juga dapet PMT gak, dimakan gak PMTnya, kitatanyain. Kalo monev PMT ke puskesmas kita kan apa namanya evaluasinya udah berapa balita dan bumil yang dapet, sisa berapa masih.... Kita Minta evaluasinya, eehhmm...saya sih minta evaluasi apa namanya, sebelum dikasih berapa berat badan,.....,eh status gizi, walaupun mungkin kecil sekali perubahannya..., ya saya minta data status gizi awal, status gizi bulan pertama setelah diberi, status gizi bulan kedua, sampai 3 bulan. Sampai saat ini ya, memang evaluasinya ada yang selesai, ada yang belum selesai. Jadi kita pingin lihat setelah diberi PMT ada perubahan status gizi gak, perubahan berat badan. Atau kalo bumil KEK ada yang berubah gak dari anemia jadi tidak anemia. (frekuensi monev ke PKM) iya tiap bulan (yang biasa melakukan) Staff gizi dinas ya....”

Di tingkat Puskesmas, bentuk monev yang dilakukan oleh TPG ialah mengukur tinggi badan dan berat badan balita penerima PMT, LILA bumil penerima PMT, dan wawancara kepatuhan mengkonsumsi biskuit serta pemberian motivasi kepada ibu balita maupun bumil KEK/resiko KEK jika mengalami kesulitan menghabiskan PMT yang diberikan. Ada Puskesmas yang rutin melakukan hal tersebut setiap bulan saat dilakukannya poli gizi di Puskesmas namun ada pula Puskesmas yang melakukan saat ada laporan saja dari kader bahwa penerima PMT tidak mau mengkonsumsi PMT yang diberikan. Bentuk Monev ini dilakukan saat kegiatan konseling gizi di Puskesmas, kemudian kunjungan rumah maupun ketika ada kegiatan di Posyandu.

Berbagai kendala dalam pelaksanaan monev ini antara lain tidak adanya dana khusus untuk melakukan monev PMT, banyaknya kegiatan yang ada baik di tingkat Kab/Kota maupun puskesmas, serta terbatasnya SDM yang melakukan monev. Berikut yang diungkapkan oleh informan dari Provinsi Banten:

“.....Kurang SDM ya kendalanya, kompleks, karena beda dengan Jakarta kalau dari UKM atau UKP jadi lelah dari petugas jadi masyarakat mind nya puskesmas itu kuratif jadi promotif dan preventifnya kurang, kita juga mau akreditasi, kita ngga bisa rekrut sendiri dan sdm kita di drop dan uang BOK juga lagi mandeg, kita juga terkendala SDM padahal mau buka 3 puskesmas baru tapi malah yang lama ditarik ke yang baru.....”.

Berbeda dengan Provinsi Banten, di Provinsi Jawa Timur, monitoring yang dilakukan di Tingkat provinsi baru pada tingkat distribusi, yaitu apakah biskuit PMT tersebut telah sampai di puskesmas dengan melakukan pengecekan dokumen serah terima barang. Formulir khusus untuk monitoring pencatatan dan pelaporan program PMT masih dalam tahap perencanaan. Berikut pernyataan dari informan :

“.....Ada form nya khusus, Itu sebenarnya sudah kita rencanakan, tapi kita belum secara khusus formnya masih untuk distribusinya apa dilihat kondisi gudangnya.....”

Sejalan dengan Provinsi Banten, di Provinsi Jawa Timur juga tidak ada monitoring dan evaluasi secara khusus untuk program PMT di tingkat Kab/Kota. Monev dilakukan bersamaan dengan monev program lain. Hal tersebut disampaikan oleh informan berikut ini:

".....Monev untuk PMT tidak ada yang khusus, berbarengan dengan program lain, sebenarnya ada rapat koordinasi dalam perencanaan dan evaluasi penanganan gizi buruk ada 5 kali pertemuan....."

Di tingkat Puskesmas, kegiatan monitoring juga dilakukan bersamaan dengan kegiatan lainnya seperti pencatatan penimbangan berat badan atau pada saat berkunjung ke anak balita gizi buruk. Tidak ada monev khusus untuk program PMT Kementerian Kesehatan. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

".....(kegiatan monitoring) Saya sekalian ke posyandu, sekalian melihat posyandu sekalian melihat balita dan ibu hamil....."

".....belum ada catatan itu ya. jadi yang melakukan itu TPG ada, tapi bersamaan dengan posyandu ya.... kalo evaluasi..."

Perubahan status gizi dievaluasi oleh Tenaga Pelaksana Gizi(TPG) setelah selesai pemberian PMT selama 3 bulan. Namun tidak ada pencatatan kepatuhan mengkonsumsi PMT. Demikian juga untuk ibu hamil KEK penerima PMT, TPG juga melakukan pencatatan berat badan setiap bulan. Sedangkan LILA diukur pada awal, pertengahan, dan akhir pemberian PMT saja. Kendala monitoring dan evaluasi di Provinsi Jawa Timur ialah apabila balita tidak datang mengambil PMT atau balita pindah rumah maka perubahan berat badannya tidak dapat dievaluasi. Biasanya Tenaga Pelaksana Gizi meminta bantuan kader untuk mendatangi sasaran untuk memberi informasi jadwal pengambilan PMT di puskesmas.

RANGKUMAN

Kebijakan dan perencanaan

- Kebijakan mengenai program pemberian makanan tambahan untuk balita dan ibu hamil di Regional Jawa Bali secara umum mengacu pada kebijakan yang diambil oleh Kementerian Kesehatan. Tidak ada kebijakan khusus yang dibuat baik oleh Provinsi Banten maupun Provinsi Jawa Timur berkaitan dengan program PMT.
- Penetapan sasaran penerima PMT juga mengacu pada kebijakan dari Kementerian Kesehatan, namun pada pelaksanaannya di tingkat puskesmas, PMT balita selain diberikan kepada balita kurus juga diberikan pada balita gizi buruk/BGM, balita gizi kurang, balita keluarga miskin, balita 2T, bahkan balita dengan status gizi normal namun menuju status gizi kurus juga diberikan PMT. PMT ibu hamil selain diberikan kepada ibu hamil berisiko KEK juga diberikan pada ibu hamil anemia, dan ibu hamil dengan IMT < 18,5 kg/m². Hal tersebut disebabkan jumlah PMT yang diterima Puskesmas melebihi jumlah sasaran penerima PMT dan juga untuk menghindari kecemburuan sosial.

- Tidak ada anggaran khusus di tingkat Kab/Kota maupun di tingkat puskesmas untuk pengelolaan/kegiatan PMT dari Kementerian Kesehatan (sosialisasi, penyimpanan, distribusi, money).

Pelaksanaan Program PMT

- Sosialisasi mengenai PMT di regional Jawa Bali dilakukan tidak secara khusus karena tidak adanya anggaran, melainkan dilakukan bersama dengan kegiatan lainnya dengan mengundang kepala Puskesmas, petugas gizi, bidan dan kader. Sosialisasi yang diadakan berisi mulai dari rencana pengiriman PMT ke Puskesmas, cara penyimpanan, cara pendistribusian PMT dari Puskesmas ke desa hingga sampai ke sasaran.
- Pelaksanaan program PMT di regional Jawa Bali tidak memiliki buku pedoman khusus, dilaksanakan berdasarkan juknis dari pusat dan pengalaman pelaksanaan program PMT tahun sebelumnya.
- Pelaksanaan program PMT di regional Jawa Bali dimulai sejak November 2016 dan berlangsung hingga pertengahan tahun 2017 yaitu sejak datangnya PMT dari provinsi langsung didistribusikan ke masyarakat melalui Puskesmas. Cara pendistribusian berbeda pada tiap daerah karena menyesuaikan dengan lokasi, ada yang mengambil ke Puskesmas dan ada juga yang diberikan di Posyandu dan ada juga yang diantar ke rumah oleh kader. Waktu pendistribusian biskuit PMT juga berbeda-beda ada yang 2 minggu sekali ada yang satu bulan sekali dan ada juga yang sekaligus untuk tiga bulan.
- Ketidaksesuaian rencana pelaksanaan PMT dengan juknis dari pusat antara lain misalnya mengenai sasaran penerima PMT yaitu PMT balita selain diberikan kepada balita kurus juga diberikan pada balita gizi buruk/BGM, balita gizi kurang, balita keluarga miskin, balita 2T, bahkan balita dengan status gizi normal namun menuju status gizi kurus juga diberikan PMT. Kemudian untuk sasaran PMT ibu hamil diberikan selain ke ibu hamil KEK juga diberikan ke ibu hamil anemia dan ibu hamil resiko tinggi mendapatkan PMT ibu hamil.
- Penyimpanan PMT biskuit di regional Jawa Bali tidak ada masalah karena dinas kesehatan provinsi menyewa gudang untuk penyimpanan. Namun ketika didistribusikan ke daerah, sebagian besar Puskesmas tidak memiliki ruang penyimpanan yang memenuhi kriteria yaitu tidak basah, tidak lembab, ada ruang khusus dan memiliki alas.

Monitoring dan Evaluasi

- Di tingkat Kab/Kota dan Puskesmas, tidak ada kegiatan Monitoring dan Evaluasi secara khusus untuk program PMT dari Kementerian Kesehatan. Kegiatan Monev dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan program lain. Kendala kegiatan monev antara lain tidak adanya dana khusus untuk melakukan monev PMT, banyaknya kegiatan yang ada baik di tingkat Kab/Kota maupun puskesmas, terbatasnya SDM yang melakukan monev, keluarga balita penerima PMT pindah sehingga tidak dapat dievaluasi (terutama di perkotaan).

11.2.2. Region Sulawesi

Pada setiap periode kehidupan manusia, gizi memiliki peranan penting dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Oleh karena itu untuk mencapai SDM yang berkualitas tersebut pemerintah melakukan upaya untuk mencukupi kebutuhan gizi pada kelompok rawan gizi dengan program pemberian makanan tambahan (PMT). Program pemberian makanan tambahan (PMT) sudah dilakukan sejak beberapa tahun lalu di seluruh wilayah Indonesia, termasuk di wilayah Sulawesi.

Di wilayah Sulawesi, program PMT dirasakan sangat bermanfaat dalam menanggulangi masalah gizi pada anak balita gizi kurang dan ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK). Dalam pelaksanaan dan penerapan program PMT ini masih banyak kekurangan dan perlu dilakukan perbaikan di masa yang akan datang. Untuk mengetahui kekurangan dan keterbatasan program PMT ini maka perlu dilakukan sebuah kajian atau penelitian untuk selanjutnya dapat dilakukan perbaikan-perbaikan kebijakan program PMT.

Penelitian evaluasi PMT ini bertujuan untuk melakukan evaluasi pelaksanaan program PMT untuk anak balita kurus dan ibu hamil KEK tahun anggaran 2016. Evaluasi dilakukan di enam regional, termasuk regional Sulawesi. Dalam satu regional terpilih dua sampai tiga provinsi, dimana di setiap provinsi memilih dua kabupaten/kota yang memiliki prevalensi gizi kurang dan ibu hamil KEK yang tinggi dan telah melaksanakan program PMT di tahun 2016. Regional Sulawesi terdapat dua provinsi terpilih yaitu Provinsi Sulawesi utara dengan diwakili dua kabupaten /kota yaitu Minahasa dan Bitung. Dari dua kabupaten tersebut, di masing-masing kabupaten dipilih dua puskesmas berdasarkan prevalensi gizi kurang dan ibu hamil KEK tinggi. Adapun puskesmas yang terpilih di Kabupaten Minahasa: Puskesmas Papakelan dan Puskesmas Pineleng, sedangkan di Kabupaten Bitung puskesmas terpilih adalah Puskesmas Girian Weru dan Puskesmas Sagerat. Sedangkan untuk Provinsi Sulawesi Selatan diwakili oleh Kota Makasar dan Kabupaten Bantaeng. Untuk Kota Makasar diwakili oleh Puskesmas Mardekaya dan Puskesmas Rappokaling, sedangkan Kabupaten Bantaeng diwakili oleh Puskesmas Lasepang dan Puskesmas Loka.

Untuk alur penulisan laporan evaluasi program PMT di Regional Sulawesi ini meliputi 3 komponen yaitu : pertama, kebijakan dan perencanaan yang meliputi sasaran, anggaran, pengadaan PMT pusat dan lokal. Kedua, pelaksanaan yang terdiri dari sosialisasi, distribusi, penyimpanan, pedoman dan kesesuaian pelaksanaan dengan SOP pusat. Terakhir adalah monitoring dan evaluasi.

I. Kebijakan dan Perencanaan

Kebijakan

Kebijakan mengenai program pemberian makanan tambahan untuk balita dan ibu hamil di Regional Sulawesi secara umum mengacu pada kebijakan yang diambil oleh Kementerian Kesehatan. Tidak ada kebijakan khusus yang dibuat baik oleh Provinsi Sulawesi Utara maupun Sulawesi Selatan berkaitan dengan program PMT. Kebijakan

Kementerian Kesehatan salah satunya mengenai kriteria sasaran yang mendapatkan PMT, yaitu untuk anak balita usia 6-59 bulan yang kurus berdasarkan pengukuran berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) lebih kecil dari minus dua standar deviasi (< -2 sd) dan ibu hamil kurang energi kronis (KEK) dengan hasil pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) $< 23,5$ cm.

Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Utara mengembangkan kebijakan sendiri mengenai kriteria sasaran ibu hamil tetapi kebijakan ini bukan merupakan kebijakan tertulis, tetapi kebijakan ini disampaikan pada saat pertemuan-pertemuan dinas kesehatan provinsi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan di provinsi Sulawesi Utara sebagai berikut:

“.....saya kira mengembangkan kebijakan misalnya sasaran PMT bumil tidak hanya untuk ibu hamil KEK, tapi bisa juga diberikan ke ibu anemia, miskin...mungkin itu ada tapi kebijakan tersebut tidak tertulis... jadi penjelasan-penjelasan di pertemuan di sampaikan.....”

Kebijakan untuk memberikan PMT selain untuk ibu hamil KEK, tapi juga untuk ibu hamil dari keluarga miskin juga dilakukan di Provinsi Sulawesi Selatan. Hal ini seperti yang diungkapkan salah satu informan di Provinsi Sulawesi Selatan, yaitu :

“.....Penetapan sasaran penerima PMT Ibu hamil, Yang paling utama adalah Bumil KEK, terus bumil yang gakin. Cara menentukan dengan pengukuran LILA dibawah 23,5 cm lalu penimbangan.....”

Pada dasarnya pendistribusian PMT didistribusikan sesuai arahan dari dinas kesehatan provinsi, hanya saja karena jumlah PMT yang diberikan pusat berlebih maka PMT balita tidak hanya diberikan untuk balita gizi kurang tapi juga diberikan kepada balita dari keluarga miskin, balita BGM, balita kurus, balita 2T, sedangkan PMT ibu hamil selain diberikan untuk ibu hamil KEK juga diberikan kepada ibu hamil anemia. Kelebihan PMT di tingkat kabupaten ini karena pemberian PMT diberikan dalam jumlah yang sama ke setiap puskesmas, tidak berdasarkan kebutuhan atau pun jumlah kasus di puskesmas. Hal ini terjadi di dua puskesmas yang mewakili Kabupaten Minahasa dan berikut yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT puskesmas :

“.....Balita usia 12-24 bulan dari keluarga kurang mampu yang mempunyai status gizi kurang atau buruk tetapi karena jumlahnya berlebihan maka ditambah dengan balita ditambah kepada balita yang berasal dari keluarga miskin. Selain gizi kurang dan bgm, yang kurus, 2T, setelah dirawat yankes. Kalau ibu hamil selain yang KEK juga yang anemia, tapi baru tiga puskesmas yang melakukan pemeriksann Hb seperti Tong paso, koya dan pineleng. Kalau puskesmas lain tidak ada karena ada salah satu cairan yang tidak ada.....”



Gambar : sasaran penerima PMT balita dari keluarga miskin di Provinsi Sulawesi Utara

Sebelum PMT diterima oleh Dinas Kesehatan Provinsi, ada proses pengajuan yang dilakukan oleh dinas kesehatan provinsi ke kementerian kesehatan. Pengajuan ini dilakukan dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2015. Pengajuan atau permintaan PMT ini berdasarkan data program, yaitu data real jumlah anak balita BGM, tetapi ternyata pusat menggunakan data pemantauan status gizi (PSG) Sulawesi Utara dalam menentukan jumlah sasaran. Berikut yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT dinas Provinsi Sulawesi Utara:

".....Kalau yang ini PMT 2016 kita ada usulan dari sini, dia kan ada pembahasan anggaran... jadi tahun sebelumnya sudah dibahas, berapa sasaran kita...itu dari data program, jadi ada juga kasus dari data real biar kita minta ,kita juga kasih jumlah balita bgm ya bukan yang kurus, itu yang kita kirim ke pusat...kalau boleh dapat PMT mereka... tapi ternyata mereka (pusat) gunakan juga data PSG yang disurvei itu di Sulawesi utara.."

Hampir sama dengan hal di atas, pengajuan atau permintaan PMT di wilayah Sulawesi Selatan berdasarkan usulan puskesmas berdasarkan hasil pengukuran di posyandu dengan menggunakan indikator status gizi BB/TB dan BB/U, sedangkan ibu hamil KEK berdasarkan hasil pengukuran LILA, tetapi pusat memiliki kebijakan menggunakan data Riskesdas dan PSG. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan di dinas kesehatan provinsi Sulawesi Selatan. Berikut pernyataannya :

".....Dasar kebijakan jelas dari angka stunting, prevalensi anak pendek baik dari data Riskesdas 2007, 2013 maupun data PSG kita di 24 kab kota. Berdasarkan itu, Kebetulan seiring kebijakan pusat yang tertuang dalam renstra 2015, bahwa ada kebijakan untuk penanganan ibu hamil KEK dan balita stunting, wasting. Dari situ dari

berangkatnya. dan sasaran dari usulan puskesmas berdasarkan BB/TB dan BB/U, Bumil KEK dengan pengukuran LILA.....”

Hal ini juga dipertegas oleh salah satu informan puskesmas di Provinsi Sulawesi Selatan yang menyatakan bahwa PMT di Sulawesi Selatan diperoleh dari data laporan penimbangan tiap bulanan puskesmas. Berikut petikannya :

“.....untuk mendapatkan PMT kita masukkan data dulu berapa balita yang mengalami ada masalah dengan status gizi, kita ambil dari penimbangan posyandu berdasarkan kriteria BB/U, BB/TB, TB/U. Berdasarkan itu kita masukkan datanya ke dinas sebagai dasar meminta PMT.....”

Berbeda dengan provinsi Sulawesi Selatan yang mengaku ada usulan jumlah sasaran dari tingkat puskesmas, proses untuk mendapatkan PMT di provinsi Sulawesi Utara tidak melalui pengajuan atau pengusulan baik dari tingkat puskesmas maupun tingkat kabupaten. Idealnya ada pengajuan atau pengusulan berjenjang dari tingkat paling bawah (puskesmas) sampai jenjang di atasnya (kabupaten) untuk mendapatkan jumlah PMT yang sesuai dengan kebutuhan atau sasaran. PMT didistribusikan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara langsung ke puskesmas di wilayah kerja Dinas Kabupaten Minahasa dengan jumlah PMT yang sama untuk setiap puskesmas, tidak melihat jumlah sasaran di setiap puskesmas. Hal ini dilakukan oleh dinas kesehatan provinsi karena untuk efisiensi waktu, jika menunggu dulu kiriman data jumlah sasaran dari semua puskesmas yang ada, dinas kesehatan provinsi khawatir proses akan lama karena tidak semua puskesmas patuh dan cepat untuk mengirimkan data sasaran tersebut. Oleh karena itu dinas kesehatan provinsi mengambil kebijakan untuk membagikan PMT balita dan bumil dalam jumlah yang sama ke setiap puskesmas, jadi setiap kabupaten jumlah PMT yang diberikan tergantung dari jumlah puskesmasnya. Semakin banyak jumlah puskesmas yang ada di kabupaten tersebut semakin banyak PMT yang *didroping* oleh dinas kesehatan provinsi. Berikut yang diungkapkan informan pemegang program PMT dinas kesehatan kabupaten mengenai hal ini, berikut petikan informan:

“.....Tidak ada pengusulan Soalnya kan dari propinsi sama jumlah dropingnya tidak melihat sasaran..semua disamaratakan....”

Anggaran selain didapatkan dari anggaran pusat, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara juga memiliki peranan dalam penganggaran PMT yaitu menyiapkan anggaran untuk sewa gudang penyimpanan PMT dan anggaran untuk distribusi PMT dari dinas kesehatan provinsi ke puskesmas. Dana yang digunakan bersumber dana APBN provinsi atau dana dekonsentrasi. Penggunaan dana dari provinsi ini dilakukan karena dana yang diberikan oleh pusat hanya dana untuk distribusi PMT dari pusat sampai ke dinas kesehatan provinsi. Kendala anggaran terjadi ketika ada efisiensi ditengah-tengah tahun kegiatan berlangsung. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan :

“.....Sewa gedung penyimpanan dan distribusi PMT 2016 ini pakai dana APBN provinsi... untuk anggaran, nanti yang jadi kendala kita disini Buk yang menjadi kacau kalau yang macam efisiensi, paling bahaya itu di efisiensi...”

Sejalan dengan apa yang ada di provinsi Sulawesi Utara, pemerintah provinsi Sulawesi Selatan juga tidak memiliki anggaran khusus untuk pengadaan Program PMT untuk dan ibu hamil, provinsi hanya menyediakan dana distribusi PMT dari provinsi ke Kabupaten/Kota dengan menggunakan dana dekon dan APBD. Berikut pernyataan Informan dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan :

".....Panganggaran di propinsi tidak ada, dana pengiriman dari provinsi ke puskesmas menggunakan dana Dekon dan APBD....."

Di Provinsi Sulawesi Utara, baik di tingkat dinas kesehatan kabupaten maupun puskesmas tidak mengalokasikan anggaran untuk kegiatan PMT, hal ini mungkin dikarenakan PMT tidak didistribusikan melalui dinas kabupaten tapi langsung ke puskesmas, sehingga dinas kesehatan kabupaten tidak mengalokasikan anggaran untuk transportasi distribusi PMT dari dinas kabupaten ke puskesmas. Untuk dana yang dipakai petugas untuk monitoring kegiatan PMT digunakan anggaran monitoring kegiatan lain, jadi strateginya ketika pemegang program PMT turun lapang untuk monitoring kegiatan gizi lainnya sekalian pemegang program PMT melakukan monitoring mengenai kegiatan PMT. Hal ini seperti yang diungkapkan informan pemegang program PMT dinas kesehatan kabupaten dan pemegang program PMT di puskesmas, berikut pernyataannya :

".....Ya kalau di kabupaten tidak dialokasikan apa-apa. Kalau di tingkat puskesmas kami sarankan untuk menggunakan data BOK . kan ada juga puskesmas yang daerah cakupannya terpencil, jauh jadi kami sarankan ambil saja dari dana BOK. Sedangkan kami kalau mau turun pendampingan atau monitoring, kami pakai SPPD untuk monitoring, tetapi itu juga monitoring terpadu dengan kegiatan lain....."

".....nggak ada anggaran....biasanya kita ikut ajah atau nempel dengan program lain, misalnya mau ada kegiatan posyandu, jadi sekalian ajah kita bawa PMT dengan motor atau ambulan....."

Berbeda dengan kondisi di atas, pada Provinsi Sulawesi Selatan di tingkat kabupaten memiliki anggaran yang digunakan untuk pengangkutan, distribusi, dan termasuk untuk sewa gudang diperoleh dari dana APBD dan BOK. Hal ini dikarenakan PMT didistribusikan terlebih dahulu ke dinas kesehatan kota/kabupaten sebelum didistribusikan kembali ke puskesmas. Berikut pernyataan informan dinas kesehatan kota:

".....Tidak ada kendala terkait anggaran karena kita pakai dana APBD dan BOK, Cuma masalah cari gudang dan tenaga, harapannya PMT dari provinsi langsung ke puskesmas saja....."

Jauh sebelum PMT biskuit ini dibuat dan didistribusikan oleh pusat, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara pada tahun 2014 pernah membuat PMT biskuit sendiri dengan dana APBN atau dana dekonsentrasi, tetapi kemudian pusat menginstruksikan provinsi untuk tidak lagi membuat PMT biskuit karena pusat akan membuat PMT biskuit tersebut dan tugas dinas kesehatan provinsi yang mendistribusikan ke masyarakat. Hal ini dilakukan mungkin agar

PMT biskuit yang diberikan kepada masyarakat memiliki kandungan gizi yang terstandar dan sama di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini seperti yang diungkapkan informan :

“.....ooo pernah bu...bentuknya biskuit juga sama seperti itu juga tahun 2014 kita adakan... ini biskuit MP ASI, sama kayak biskuit PMT sekarang pakai dana provinsi APBN.... Nah sekarang di pusat minta untuk tidak merangkai standar, kalau bisa mereka yang bikin kita tinggal distribusinya... jadi kita tidak lagi membuat itu barang, tapi dananya untuk mendistribusikan saja...2015 kita adakan, 2016 sudah tidak... saya tidak tahu masalahnya apa, tapi pusat menganjurkan untuk tidak lagi membuat di provinsi.....”

Pada tahun 2016, meskipun sudah ada pengadaan PMT berupa biskuit untuk balita dari pusat, tetapi dinas kesehatan provinsi juga masih menganggarkan PMT jenis lain yaitu susu formula untuk anak balita gizi kurang. Pemilihan susu sebagai bahan makanan tambahan karena anak-anak relatif lebih menyukai minuman cair ini dibandingkan makanan padat lainnya dan pengolahannya pun mudah dilakukan di rumah tangga. Untuk bahan makanan lokal yang diberikan yaitu kacang hijau ataupun telur. Untuk pengolahan makanan lokal ini, ada bantuan berupa pelatihan membuat makanan dari makanan lokal, membuat menu makanan yang dilaksanakan oleh pemegang program gizi dengan pendanaan dari dana hibah MCA (Millenium Challenge Account-Indonesia). Hal ini seperti yang diungkapkan informan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara :

“.....Ada itu pakai APBD bentuknya susu.... Di tingkat kabupaten ada, provinsi juga ada.. sasarannya mengarah sama, tapi bentuknya kan beda ada yang susu dan bahan makanan lokal.....”

Hal yang sama juga terjadi di provinsi Sulawesi Selatan, selain mendapatkan PMT dari Pusat, terdapat pengadaan PMT lokal baik untuk anak balita, bumil KEK yang dibiayai dari APBD. Hal ini seperti pernyataan informan sebagai berikut :

“.....Ada PMT lain punya kota, yaitu pemulihan gizi buruk, pemulihan PMT gizi kurang, Bumil KEK, PMT Anak sekolah. Sumbernya dari APBD. yang ddisistribusikan mulai bulan juli 2016. Sasaran berbeda tidak boleh tumpang tindih dengan program PMT yang dari pusat.....”

Pernyataan di atas diperkuat juga oleh pernyataan informan di tingkat Puskesmas, yang menyatakan mereka mengadakan program PMT dengan menggunakan dana BOK dengan memberikan makanan tambahan berupa makanan matang. Berikut petikannya :

“.....Ada program PMT yang lain, dari dana BOK, jenisnya dalam bentuk makanan matang (nasi, lauk, sayur dan buah) langsung saya diantarkan sendiri ke sasaran setiap hari selama 3 bulan, saya yang mengantar langsung ke sasaran pada bulan Juni, juli, agustus sejumlah 2 sasaran.....”



Sasaran Balita yang menerima PMT di Provinsi Sulawesi Selatan

II Pelaksanaan

Sosialisasi Program PMT

Sebelum program PMT ini dilaksanakan, kementerian kesehatan dalam hal ini direktorat gizi melakukan pertemuan dengan mengundang semua dinas kesehatan provinsi untuk membahas mengenai program PMT di Jakarta. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT dinas kesehatan provinsi Sulawesi Utara :

".....Ada pertemuan di pusat, provinsi-provinsi diundang untuk membahas PMT....."

Sebelum PMT dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, pada saat kesempatan pertemuan program gizi di dinas kesehatan provinsi, pemegang program PMT provinsi menyisipkan pembahasan mengenai PMT yang terkait dengan cara penyimpanan, sasaran dan pendistribusian. Penyampaian ini memang bukan khusus pertemuan mengenai PMT tetapi membahas semua program gizi. Pertemuan ini dihadiri oleh pemegang program gizi dinas kabupaten, TPG dan tenaga pelaksana gizi di puskesmas. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh dua informan pemegang program PMT dinas kesehatan provinsi:

“.....sebelum barang masuk kita adakan pertemuan di provinsi, diundang puskesmas yang diundang TPG, pertemuan program gizi tapi kita kasih juga informasi tentang PMT.....”

“.....ya...ada...dan saya juga pernah memberikan materi itu, terutama dalam cara penyimpana, sasaran, pendistribusiannya... itu sering kita ingatkan pertemuannya tidak khusus, bergabung denga pertemuan program gizi.....”

Hal di atas sama seperti yang diakui oleh informan dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan yang menyatakan tidak ada sosialisasi khusus PMT yang dilakukan oleh dinas kesehatan provinsi berikut pernyataan informan :

“.....sosialisasi khusus PMT tidak ada. Setiap ada kegiatan lain, selalu disisipkan materi materi tentang PMT, hampir semua petugas sudah tersosialisasi.....”

Seperti halnya di tingkat provinsi, sosialisasi mengenai program PMT dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten di provinsi Sulawesi Utara tidak secara khusus tentang PMT, tapi sosialisasi disisipkan pada saat kegiatan program gizi yang diselenggarakan dinas kesehatan kabupaten. Hal ini dilakukan karena pada kegiatan tersebut sudah diundang tenaga kesehatan dari puskesmas seperti ; kepala puskesmas, TPG, bidan juga kader PKK. Pemaparan menggunakan *power point* mengenai PMT yang dibagikan dinas provinsi ketika sosialisasi PMT di provinsi. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT dinas kesehatan kabupaten :

“.....Dari dinas propinsi hanya informasl saja. Sedangkan kalau dari dinas ke puskesmas hanya melalui kegiatan kabupaten ada 2 kali kegiatan gizi (pembinaan gizi masyarakat dan workshop 100 hari pertama kehidupan) jadi disisipkan saja dengan mengundang tpg, keapa puskesmas, bidan, dan pkk. Dilaksanakan di aula di Tondano. Ada power point yang dibagikan, berdasar ppt dari propinsi tetapi dikemabangkan diisi dengan tambahan program-program lain yang ada di gizi.....”

Hal ini sejalan dengan yang terjadi di dinas kabupaten/kota di provinsi Sulawesi Selatan yang menyatakan tidak menyelenggarakan sosialisasi PMT secara khusus tetapi sosialisasi PMT yang disisipkan dengan kegiatan Bimbingan teknis (bintek). Hal ini seperti diucapkan informan sebagai berikut :

“.....Kami melakukan sosialisasi tentang PMT bersamaan dengan acara lewat bintek, kami cek nama nama sasaran, bukunya, dilakukan setiap bulan. Bintek satu puskesmas 4 kali dalam setahun dilakukan oleh penanggungjawab wilayah masing masing yang ada di kota.....”

Setelah petugas gizi dan pemegang program PMT puskesmas terpapar informasi mengenai program PMT, kemudian mereka menginformasikan kembali program PMT ini pada agenda loka karya mini (lokmin) bulanan puskesmas. Hal ini bertujuan agar semua tenaga kesehatan di puskesmas mengetahui mengenai program ini dan mengetahui akan datang PMT biskuit dari provinsi. Hal ini seperti yang diungkapkan salah satu informan pemegang program PMT puskesmas :

"...Sosialisasi hanya ke lintas program saja ketika ada lokmin puskesmas..."

Untuk sosialisasi kepada sasaran balita dan ibu hamil, tidak dilakukan sosialisasi khusus dengan mengumpulkan sasaran di suatu tempat kemudian dipaparkan informasi mengenai PMT. Sosialisasi dilakukan secara personal, ketika setelah pengukuran didapati balita kurus dan ibu hamil KEK lalu langsung diberikan informasi mengenai program PMT dan diserahkan juga PMT untuk dikonsumsi dalam jangka waktu tertentu. Alasan tidak dilakukan sosialisasi secara khusus dengan mengundang ibu balita dan ibu hamil untuk menghindari kecemburuan sosial di masyarakat. Dikhawatirkan ibu yang memiliki balita sehat dan ibu hamil tidak KEK juga menginginkan PMT biskuit tersebut. Hal ini seperti yang diungkapkan informan pemegang program PMT di salah satu puskesmas :

".....Paling kalau datang bumil periksa, terus LILA nya kurang, adakan penyuluhan/sosialisasi baru dikasih biskuit...sama balita juga gitu, pas kita ukur di posyandu ada yang kurus ya dikasih penyuluhan dan kasih PMT. nggak ada sosialisasi orang-orang dikumpulin, pasti kalau dikumpulin kayak gitu mba...nanti semua minta, jadi akhirnya kami sosialisasikan personal saja....."

Hal ini juga terjadi di wilayah provinsi Sulawesi Selatan, dimana sosialisasi tidak khusus dilakukan kepada masyarakat. Berikut petikan informan salah satu puskesmas di provinsi Sulawesi Selatan :

".....sosialisasi secara umum ke masyarakat tidak ada. Cuma biasanya ada diposyandu ada juga ibu yang minta padahal balita tidak kurus, ini bu untuk kampung balakeang kalau gizi buruk makanan nya harus diperbaiki, ini khusus anak tertentu yang terdekat....."

"...tidak ada sosialisasi khusus terkait program PMT, kami menyarankan untuk dihabiskan ..."

Buku Pedoman Program PMT

Pelaksanaan program PMT seharusnya dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang telah diberikan oleh kementerian kesehatan. Di Provinsi Sulawesi Utara Pedoman PMT yang ada di dinas provinsi adalah pedoman dengan judul : "Panduan Pengelolaan MP-ASI, PMT Bumil dan PMT-AS Buffer Stok". Selain pedoman ini, tidak ada juknis (petunjuk teknis) ataupun SOP yang terkait PMT yang terdapat di dinas kesehatan provinsi.



Gambar Buku Pedoman PMT yang dipakai sebagai acuan pelaksanaan program

Ketersediaan buku pedoman PMT di dinas kesehatan provinsi sangat terbatas jumlahnya, sehingga distribusi buku pedoman ke kabupaten tidak merata. Hal ini terjadi karena pusat juga mengirimkan buku pedoman PMT dalam jumlah yang terbatas. Untuk mengantisipasi keterbatasan ini, dinas kesehatan provinsi merangkum isi pedoman PMT kedalam *power point* dan dalam setiap sosialisasi PMT ke dinas kesehatan kabupaten menggunakan *power point* ini. Selain membuat intisari pedoman, pada tahun 2016 dinas kesehatan provinsi juga mencetak buku-buku panduan yang terkait masalah gizi dari pusat untuk didistribusikan ke dinas kesehatan kabupaten :

“.....kalau kita tidak ada mengembangkan pedoman PMT sendiri, palingan kita ambil dari pedoman bikin power pointnya trus sosialisasi, justru panduan ini yang dari pusat yang kita perbanyak, kita cetak... ada yang kita kasih...ini buku-buku yang kita cetak 2016 : modul pemantauan status gizi, lembar balik, juknis perbaikan gizi, pedoman PMT ASI, pedoman pemberian PMT ibu hamil... ini kita kasih ke kabupaten...artinya nyampe lah ini ke kabupaten.....”

Buku pedoman PMT sebagai panduan dalam pelaksanaan program PMT sangat penting keberadaannya pada pemegang program PMT baik di tingkat dinas kabupaten maupun puskesmas. Berdasarkan hasil observasi di lapangan, tidak ditemukan pedoman PMT atau leafleat terbaru terbitan 2015 dan 2017. Dinas kabupaten memiliki buku pedoman PMT tetapi cetakan tahun 2005. Karena tidak ada pedoman yang terbaru, maka pemegang program PMT di kabupaten berpegang pada *powerpoint* materi dari provinsi yang diberikan pada pertemuan tahun lalu. Isi dari *power point* tersebut meliputi : cara pemberian, sasaran,

lama pemberian, monitoring dan pendampingan. Hal ini seperti yang diungkapkan informan penanggungjawab PMT dinas kabupaten :

".....Ada tetapi sudah cetakan lama..tahun 2005, 2007. Kalau yang baru tidak ada, atau mungkin pernah dikasih tetapi sama kepala seksi yang lalu. Cuma dibilang download aja. Tapi kan ada materi dengan propinsi waktu pertemuan tahun lalu, nah paling dari situ, Isinya di slide ada cara pemberian, sasaran, lama pemberian, monitoringnya, pendampingan...."

Hal serupa juga ditemui di provinsi Sulawesi Selatan, baik di dinas kesehatan kabupaten/kota maupun puskesmas tidak ada buku pedoman tentang PMT anak Balita dan Ibu hamil yang berasal dari pusat. Berikut yang dinyatakan salah satu informan di provinsi Sulawesi Selatan :

"....Tidak ada pedoman PMT, pedoman pelaksanaannya hanya diberitahu secara lisan, pelaksana program mengacu seperti program PMT sebelumnya....."

Distribusi PMT

Di Regional Sulawesi ini pendistribusian PMT berbeda di setiap provinsi. Untuk wilayah Sulawesi utara, distribusi PMT dari pusat *droping* di dinas kesehatan provinsi, sebelum akhirnya didistribusikan langsung ke puskesmas-puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. PMT tidak didistribusikan dahulu ke dinas kabupaten karena untuk mengurangi rantai distribusi sehingga didapatkan efisiensi waktu dan anggaran. Untuk yang mendistribusikan PMT hingga sampai ke puskesmas dilakukan oleh rekanan hasil lelang. Untuk puskesmas yang wilayahnya jauh dari kantor dinas provinsi, ada pemberitahuan sebelumnya kalau PMT akan didistribusikan. Berikut petikan pernyataan salah satu informan pemegang program PMT di puskesmas :

".....Saya di telpon sama orang dinas gizi kabupaten, ada juga orang dinas propinsi, Cuma kasih tau nanti ada dari propinsi mau distribusi PMT... satu minggu setelah ditelpon barangnya sampai....."

Sedangkan untuk puskesmas yang jaraknya tidak terlalu jauh dari kantor dinas kesehatan provinsi Sulawesi Utara, petugas gizi di puskesmas tidak diberitahukan terlebih dahulu mengenai pendistribusian PMT. Hal ini mungkin karena PMT yang baru datang dari pusat langsung dipindah mobilkan ke mobil angkut rekanan pada hari itu juga untuk segera di distribusikan ke puskesmas-puskesmas terdekat dengan wilayah dinas kesehatan provinsi untuk mencegah menumpuknya PMT biskuit di gudang. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT puskesmas yang wilayahnya dekat dengan kantor dinas kesehatan provinsi :

".....Jadi sebelum biskuitnya datang tidak ada pemberitahuan sama sekali, tiba-tiba biskuitnya datang ke puskesmas... cara pengirimannya diantar dengan truk, waktu itu hanya supir dan orang yang angkat2 kardus saja, nggak ada orang dinas provinsi yang mendampingi hanya orang2 yang di truk ajah itu, sama kayak ada mandornya yang

mengawasi apa jumlah yang diturunkan sudah benar... jumlah yang diterima 29 dus PMT balita sama 65 PMT bumil.....”

Distribusi PMT dari dinas provinsi ke puskesmas dilakukan dua kali. Distribusi pertama hanya untuk PMT balita, kemudian baru PMT ibu hamil. Untuk pendistribusian PMT dari puskesmas ke sasaran dilakukan secara bertahap. Pemberian secara bertahap dilakukan agar konsumsi PMT lebih terkontrol dan tepat sasaran. Hal ini dikarenakan dalam pemberian PMT secara bertahap saja masih ada PMT yang dikonsumsi anggota keluarga yang lain, apalagi jika diberikan untuk tiga bulan sekaligus dikhawatirkan PMT juga dikonsumsi oleh semua anggota keluarga, saudara, atau bahkan tetangga. Stok PMT yang berlimpah di rumah tangga berisiko dikonsumsi oleh banyak orang. Berikut yang diungkapkan informan pemegang program PMT puskesmas :

“.....bertahap dikasihnya ke sasaran ... kalau untuk balita ada yang tiga kali pemberian: saya kasih satu plastik bening itu kan isinya 7 bungkus. Nah berarti kalau sebulan 4 plastik bening = 28 bungkus tambah 2 jadi 30 bungkus perbulan untuk 30 hari makan. Itu dikasikan selama 3 bulan...tapi ada juga yang seperti di wengko itu karena miskin sekali, saya kasih langsung 1 dus isi 56 bungkus, karena dia anak ada 6 tho, 3 balita, 3 lagi masih kecil juga sudah sekolah SD... jadi saya kasih langsung 1 dus... terus bulan selanjutnya saya Tanya sudah habis belum, kalau sudah saya kasih kan lagi.. kalau nggak ya nggak saya kasih dulu.. ada 3 orang yang saya kasih satu dus langsung di kiniar, wengko, sama warerengko..ooo kalau itu, bumil dikasikan setiap satu bulan sekali... 1 dus itu isi 30 bungkus. Ini juga pembagiannya bertahap kita kasihkan 3 kali jadi 3 bulan pemberian...”



Gambar pemegang program PMT puskesmas memberikan PMT balita ke sasaran

Untuk pendistribusian PMT dari puskesmas ke masyarakat, biasanya pemegang program PMT di puskesmas membawa PMT saat ada pelayanan posyandu untuk balita, sedangkan PMT untuk ibu hamil bisa dibawa berbarengan dengan kegiatan *sweeping* ibu hamil. PMT didistribusikan dengan menggunakan motor pribadi ataupun ambulan puskesmas. Ada juga pemegang program PMT di puskesmas dalam mendistribusikan PMT menggunakan strategi 'tunggu bola', artinya PMT diberikan kepada sasaran ketika sasaran datang ke puskesmas untuk periksa atau kontrol kesehatan/kehamilan. Biasanya strategi ini digunakan dalam pendistribusian PMT ibu hamil, karena ibu hamil biasanya rutin datang ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilan. Selain cara di atas pendistribusian ke sasaran juga dilakukan strategi 'jemput bola' dengan bantuan kader yaitu jika saat pembagian PMT di posyandu sasaran berhalangan hadir, maka PMT akan didistribusikan langsung oleh kader dengan mengunjungi rumah sasaran. Hal tersebut di atas seperti yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT puskesmas :

".....saya bawa sendiri pakai motor atau ambulan, kalau pas posyandu ya saya bawa pakai ambulan, tapi kalau sweeping balita –ibu hamil, pas mau ke kelurahan ini misalnya sekalian di bawa..."

".....Jika ada yang periksa di puskesmas kita lihat dia ibu hamil KEK kita kasih....."



Gambar bidan desa sedang mengukur LILA saat *sweeping* ibu hamil KEK

Untuk pola distribusi di provinsi Sulawesi Selatan berbeda dengan pola distribusi di Provinsi Sulawesi Utara. Distribusi PMT setelah didrop dari pusat di dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan kemudian didistribusikan ke dinas kesehatan kabupaten/kota terlebih dahulu sebelum akhirnya oleh dinas kesehatan kabupaten/kota didistribusikan kembali ke puskesmas. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan dinas kesehatan Kabupaten :

“.....Awal Oktober 2016 diterima di provinsi, pertengahan November kami (dinas kabupaten/kota) terima dari Dinkes Provinsi dan kami bagikan ke puskesmas akhir November 2016 dan kesasaran bulan desember 2016.....”

Sama halnya dengan pendistribusian di Sulawesi Utara, tugas TPG di Sulawesi Selatan juga melakukan pendistribusian PMT balita sedangkan bidan mendistribusikan PMT untuk ibu hamil. berikut yang diungkapkan informan dinas kesehatan kota :

“.....dalam pendistribusian PMT balita dilakukan oleh TPG dan untuk Bumil disampaikan oleh Bidan. Untuk Ibu hamil mengambil langsung ke Puskesmas sewaktu periksa ibu hamil. Jadi tidak diantar langsung ke rumah responden. Diberikan sewaktu periksa sebulan sekali. Untuk Ibu hamil sekali datang diberi 1 Dos (isi 6 plastik, setiap plastik berisi 6 bungkus kecil, 1 bungkus kecil berisi 5 keping. Diberikan sebulan sekali untuk memudahkan distribusi. Peran Bidan dalam hal distribusi PMT terbatas pada pendistribusiannya.....”

Tempat Penyimpanan PMT

Tempat penyimpanan PMT merupakan unsur yang penting dalam program PMT. Baik di dinas Provinsi Sulawesi Utara maupun Sulawesi Selatan mengalami keterbatasan ketersediaan ruangan di kantor untuk tempat penyimpanan PMT membuat pemegang program mengambil kebijakan untuk menyewa gudang untuk tempat penyimpanan sementara PMT sebelum di distribusikan. Berikut yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT dinas kesehatan provinsi Sulawesi Utara dan Sulawesi Selatan:

“..... Ada gudang yang disewa, dokumennya ada di bendahara, lokasinya di Manado... biaya sewanya ada di APBN provinsi atau dana dekon juga....”

“.....Tempat penyimpanan tingkat provinsi di gudang sewa, Lamanya sesuai dengan kebutuhan, kurang lebih 3 – 4 bulan.....”

Selain menyewa gedung untuk penyimpanan PMT, dinas provinsi Sulawesi Utara juga melakukan strategi untuk mengurangi penambahan gudang untuk penyimpanan PMT dan mengurangi biaya sewa yaitu dengan memindahkan sebagian PMT yang baru tiba di dinas kesehatan provinsi ke truk milik rekanan dan langsung didistribusikan ke puskesmas-puskesmas terdekat dengan lokasi kantor dinas kesehatan provinsi. Hal ini tentu sangat membantu, mengingat gudang yang disewa sangat terbatas dan tidak memungkinkan untuk menampung semua PMT yang dikirim dari pusat. Berikut petikan informasi dari informan pemegang program PMT dinas kesehatan provinsi :

“.....Untungnya kita strateginya cepat, jadi pada waktu barang sampai, ada yang masih di mobil langsung pindahkan ke mobil lain, jadi bertepatan dengan kontrak selesai ditandatangani, barang sudah langsung, kalau terlambat, ya banyaklah masalahnya, gudang yang kita sewa anggarannya hanya 26 juta sekian untuk 2 bulan, kalau barang itu sampai tidak cukuplah ukuran gudangnya 10X20 kita pakai dua gudang pisah antara PMT Balita dan PMT bumil. Jadi barang yang sampai ada yang langsung dipindahkan ke mobil dan langsung distribusi...”

Untuk wilayah provinsi Sulawesi Selatan PMT juga didrop di dinas kesehatan Kabupaten/Kota sehingga pada tingkatan ini mereka juga harus menyiapkan tempat penyimpanan PMT. Karena keterbatasan ruangan dinas Kabupaten/kota akhirnya juga menyewa gudang atau tempat penyimpanan sementara PMT, berikut yang diungkapkan informan :

“.....Kendalanya rata rata Kabupaten/Kota tidak mempunyai gudang sendiri akhirnya sewa.....”

“.....Proses pendistribusian tidak langsung, pemberian ada yang bertahap dan ada yang langsung. Untuk sementara pihak dinas kab. Menyimpan biskuit di dinkes dan menyewa rumah dengan biaya sendiri...”

Tempat penyimpanan PMT merupakan kendala yang ditemui hampir di setiap puskesmas karena puskesmas tidak memiliki ruangan kosong yang memadai dan tidak memiliki anggaran untuk penyewaan gudang. Ketika sampai di puskesmas PMT di letakan dimana-mana misalnya : di lorong-lorong, dekat meja, di apotik. Setelah didistribusikan ke sasaran dan jumlahnya berkurang di puskesmas baru bisa ditaruh di satu ruangan dan itu pun masih bergabung dengan penyimpanan alat atau bahan kesehatan lainnya. Hal ini seperti yang diungkapkan salah satu informan pemegang program PMT puskesmas di provinsi Sulawesi Utara :

“.....sama-sama dengan ruangan kulkas imunisasi (vaksin), ruangnya kecil, lebih besar ruangan dokter Sandra tadi... makanya waktu pertama-tama masih banyak penuh, ada yang ditaruh di lorong-lorong , di dekat meja-meja, taruh di apotik... awal-wal naruhnya dimana-mana.....”



Gambar salah satu tempat menyimpan PMT di lemari ruang kerja petugas

Berbeda dengan kondisi puskesmas di Sulawesi Utara yang menyimpan PMT di mana-mana, di Sulawesi Selatan, di salah satu dinas kesehatan kota nya yaitu Makassar menyatakan PMT ditaruh di gudang tersendiri di puskesmas yang terpisah dengan obat-obatan. Berikut yang diungkapkan informan dinas kesehatan Kota Makassar:

".....Mekanismenya kami dari puskesmas mengambil ke gudang Dinas Kesehatan Kota Makassar menggunakan ambulan, kami mengambil dari Dinkes kota sesuai dengan sasaran dan diberikan sesuai sasaran juga. Kemudian sampai di Puskesmas kita simpan ke gudang tersendiri terpisah dengan obat, setelah disimpan digudang lalu dikeluarkan lagi sesuai sasaran dan diantar ke sasaran....."

Ketidak Sesuaian Dalam Pelaksanaan PMT di Lapangan

Berberapa hal dalam pelaksanaan PMT ada yang sudah sesuai dengan kebijakan dari pusat, tetapi tidak menutup kemungkinan karena kondisi di lapangan, terjadi ketidak sesuaian, misalnya mengenai sasaran penerima PMT. Kebijakan pusat yang tertuang di dalam buku pedoman PMT menunjukkan bahwa sasaran penerima PMT adalah balita usia 6-24 bulan yang kurus dengan menggunakan indikator $BB/TB < -2 SD$ dan ibu hamil KEK dengan ukuran LILA lebih kecil dari 23,5 centi meter. Pada praktiknya dinas kesehatan baik provinsi Sulawesi Utara maupun Sulawesi Selatan mengeluarkan kebijakan tidak tertulis mengenai penambahan kriteria sasaran ibu hamil KEK yaitu ibu hamil anemia dan ibu hamil dari keluarga miskin mendapatkan PMT ibu hamil. Hal ini seperti yang diungkapkan informan pemegang program PMT dinas kesehatan provinsi:

".....Pelaksanaan kita kan pedomannya lewat pusat, jadi kita lakukan kita acu dari pusat... saya kira mengembangkan kebijakan misalnya sasaran PMT bumil tidak hanya untuk ibu hamil KEK, tapi bisa juga diberikan ke ibu anemia, miskin... mungkin itu ada tapi kebijakan tersebut tidak tertulis... jadi penjelasan-penjelasan di pertemuan di sampaikan..."

Ketidaksesuaian lainnya adalah dalam hal penentuan jumlah sasaran PMT. Pada saat pengajuan permintaan PMT Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara menggunakan data real jumlah balita BGM, tetapi ternyata direktorat gizi dalam perhitungan jumlah sasaran menggunakan data PSG dengan melihat persentasi gizi kurang dan persentasi anak kurus.

"Jadi ada juga kasus dari data real biar kita minta, tapi ternyata mereka gunakan juga data PSG yang disurvei itu di Sulawesi utara, kita juga kasihkan jumlah balita bgm ya bukan yang kurus, itu yang kita kirim ke pusat...kalau boleh dapat PMT mereka... itu dari tahun 2015-2016... jadi sebelum penganggaran data sudah kita kirim... Pusat melihat persentasi dari data PSG, berapa kasus gizi kurang, berapa anak kurus..."

Untuk Provinsi Sulawesi Selatan jumlah PMT yang diusulkan dengan yang diterima sama, tetapi sasarannya berbeda mengingat bulan usulan, dengan bulan yang diterima berbeda waktu yang relatif lama, walaupun data sasaran ketika PMT datang jumlahnya melebihi waktu jumlah usulan, tetap saja jumlah PMT tidak bisa ditambah. Berikut jawaban informan tingkat Provinsi :

".....Kami melakukan updating data, dan menyarankan screening, pada bulan Juni 2016 setelah ada pemberitahuan masukkan nama nama sesuai dengan sasaran yaitu data yang baru, namun pengantaran PMT bulan november otomatis sudah melahirkan, jumlahnya sama tapi mungkin orangnya berbeda tapi jumlahnya gak boleh nambah. Yang terjadi dilapangan bila sasarannya bertambah akan diberi PMT lain dari puskesmas. Artinya BUMil KEK semua tetap mendapat PMT. Yang saya tegaskan tidak tumpang tindih dari 5 program PMT yang ada...."

Sedangkan Pelaksanaan program PMT di tingkat kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan arahan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, yaitu pemberian PMT balita kepada anak balita kurus dan miskin, sedangkan PMT ibu hamil diberikan kepada ibu hamil KEK dan anemia. Setelah PMT didistribusikan kepada sasaran sesuai arahan, ternyata stok PMT yang ada di puskesmas masih berlebih maka pada tingkat pelaksanaan di puskesmas mengambil kebijakan memberikan PMT balita pada sasaran tambahan seperti anak BGM dan BGT. Sedangkan PMT ibu hamil diberikan juga kepada ibu hamil usia risti (risiko tinggi). Pengambilan kebijakan ini sudah diketahui sebelumnya oleh dinas kesehatan provinsi dan mereka memberikan izin untuk melaksanakan kebijakan ini. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan pemegang program PMT puskesmas :

".....Kalau balita berdasarkan ukuran BB/U, BGM, BGT, anak kurus dan keluarga miskin: kalau instruksi pertama dari dinas hanya kurus saja dan keluarga miskin, tetapi karena masih ada biskuit jangan sampai expired makanya saya tanya boleh ga anak

BGM dan BGT juga diberikan : terus kata orang dinas ooo boleh... jadi ini sudah atas sepengetahuan orang dinas kabupaten...kalau bumil Berdasarkan LILanya <23,5, HB <11 (anemia), miskin, dan usia risti (muda)..."

Monitoring dan Evaluasi

Laporan yang dibuat oleh petugas gizi dalam program PMT bisa dijadikan salah satu cara dalam memantau kegiatan PMT. Laporan biasanya dibuat berjenjang dari tingkat puskesmas dilaporkan ke dinas kabupaten kemudian dilaporkan ke dinas provinsi lalu dilaporkan ke pusat. Laporan ini biasanya dilaporkan dalam jangka waktu tertentu, ada bulanan, triwulan, semester dan tahunan. Menurut Provinsi Sulawesi Selatan mekanisme pencatatan dan pelaporan provinsi baru melakukan monitor sekali saat bintek, dan akan minta laporan saat akhir kegiatan. Hal ini seperti dikatakan informan sebagai berikut :

"...Nanti akan kami minta pada saat akhir, monitornya. Melalui bintek dan PSG, ini baru satu kali..."

Bentuk laporan biasanya sudah terstandar menggunakan formulir yang dibuat oleh dinas kesehatan provinsi. Dalam pelaksanaan program PMT proses pelaporan menggunakan formulir tertentu. Hal ini seperti yang diungkapkan informan pemegang program PMT provinsi Sulawesi Utara:

".....Kalau di gizi saya rasa bisa Tanya di program pak fauzul tapi mereka ada form laporannya form F1, F2, F3..."

NO	NAMA BALITA	JENIS PEKERJAAN	ALAMAT	UMUR (BULAN)	BULAN I	BULAN II	BULAN III	JENIS TENAGA
1	Indra Murtalaha		Koala	6.0 kg	8.0 kg	9.0 kg	9.0 kg	
2	Christofel Murtaha	v	Koala	10.0 kg	10.5 kg	10.5 kg	10.5 kg	
3	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
4	Pentara Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
5	Angela Murtalaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
6	Christofel Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
7	Widya Murtalaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
8	Early Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
9	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
10	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
11	Christofel Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
12	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
13	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
14	Angela Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
15	Christofel Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
16	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
17	Christofel Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
18	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
19	Marta Murtaha	v	Kolonagan / Karama	7.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	8.0 kg	
JUMLAH								

Gambar form F2, laporan pemberian PMT balita

Untuk memudahkan proses pelaporan, direktorat gizi mengembangkan aplikasi SIK GIZI untuk pelaporan PMT. Sosialisasi mengenai aplikasi ini sudah dilakukan oleh pusat.

Dalam sosialisasi tersebut juga beberapa petugas gizi dinas provinsi dilatih cara menggunakan aplikasi ini. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh pemegang program PMT provinsi :

".....kemudian untuk laporan ke pusat pakai sistim aplikasi, tahun lalu sudah ada pelatihan aplikasinya, bulan September apa akhir oktober, yang diajarkan itu hanya orang provinsi dua orang, tapi mereka (pusat) datang juga ke sini, dilatih hanya satu hari, bukan pelatihan khusus, jadi kayak sosialisasi saja... bulan desember mereka latih,...setelah bulan januari, OPD baru staf yang dilatih dipindahkan..."

Laporan program PMT di dinas kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan menggunakan formulir pemberian PMT yang didalamnya juga berisi mengenai perubahan berat badan balita dan ibu hamil. Laporan juga dilengkapi dengan foto-foto sebagai bukti petugas gizi puskesmas sudah mendistribusikan PMT. Laporan ini dilaporkan satu bulan sekali selama PMT diberikan. Laporan dari puskesmas harus sudah masuk setiap tanggal 5 setiap bulannya, tapi ada juga puskesmas yang terlambat mengumpulkan laporan di tanggal yang sudah ditentukan. Hal ini diungkapkan oleh informan pemegang program PMT dinas kesehatan kabupaten :

".....Ada formulir pemberian PMT (laporan perubahan berat badan dan foto) setiap bulan selama masih diberikan. Karena kan ada stoknya..jadi kan misalnya baru dapet bulan in maka harus ada tanggal dan realisasi. Kalau puskesmas ke kabupaten tanggal 5 tapi sering terlambat....."

Hal serupa juga dilakukan di provinsi Sulawesi Selatan, dimana pencatatan dan pelaporan dilakukan secara rutin satu bulan sekali dan setiap tanggal 10 dilaporkan ke dinas kesehatan provinsi Sulawesi Selatan. Berikut yang diungkapkan informan :

".....Pencatatan dan pelaporan dari puskesmas ke kota dilakukan tiap bulan laporan rutin, Setelah masuk kita kasih batas setiap tanggal 10 tiap bulannya, kita laporkan ke provinsi....."

Pemegang program PMT di puskesmas membuat laporan dengan dibantu data-data dari bidan, karena PMT ibu hamil biasanya didistribusikan oleh bidan tetapi laporan pencatatannya dan yang merekap data baik PMT balita maupun ibu hamil tetap dikerjakan oleh petugas gizi sebagai penanggung jawab program PMT. Dalam formulir laporan PMT berisi nama-nama sasaran dan perubahan berat badan selama intervensi. Sedangkan kepatuhan sasaran dalam mengkonsumsi PMT tidak dicatatkan dalam laporan, tapi biasanya tetap ditanyakan secara lisan saja. Berikut yang diungkapkan informan pemegang program PMT puskesmas :

".....saya yang buat laporannya, tapi dibantu dengan data-data dari bidan...kalau catatan nama-nama yang menerima PMT ada, perubahan berat badan ada, tapi kalau catatan kepatuhan gak ada paling kita tanyakan secara lisan saja..."

NO	NAMA IBU / UJARI	UMUR	TGL	NO	IS	ALAMAT	TANGGAL TERHADAP			KETERANGAN			
							1	2	3				
1	Hj. Subrachs Kusyanti	36	02	90	3-A	J. Hengirwati Sulu No. 92	02	02	02	02	02	02	02
2	Hj. Subrachs Kusyanti	36	02	90	3-A	J. Hengirwati Sulu No. 92	02	02	02	Periksa Pasca Kehamilan			

Gambar buku catatan bidan dalam pemberian PMT pada ibu hamil

Monitoring

Seperti halnya laporan, monitoring dan evaluasi juga idealnya dilakukan secara berjenjang dari lini atas hingga ke bawah. Dalam program PMT ini monitoring dari pusat dilakukan ke dinas kesehatan provinsi sedangkan **feedback** hasil monitoring disampaikan lewat pertemuan di pusat. Hal ini seperti yang dijelaskan pemegang program PMT dinas kesehatan provinsi Sulawesi Utara :

".....Monev dari pusat udah 1-2 kali kayaknya, tahun 2017 januari kayaknya... kan kita selesai distribusinya desember 2016... mereka dari direktorat kesmas.... feedback hasil monev disampaikan lewat pertemuan di pusat, tapi saya sudah tidak diundang lagi, yang diundang para struktural baru di gizi, padahal mereka tidak tahu tentang PMT...."

Sedangkan proses monitoring evaluasi PMT dari dinas provinsi Sulawesi Utara ke dinas kesehatan kabupaten dilakukan tidak khusus mengenai PMT tapi dilakukan berbarengan dengan kegiatan bimbingan teknis yang terkait semua program gizi. Hal ini dilakukan untuk efisiensi waktu dan anggaran perjalanan dinas. Sedangkan untuk **feedback** hasil monitoring dilakukan secara khusus dengan mengundang pemegang program PMT dinas kabupaten dan puskesmas ke dinas kesehatan provinsi. **Feedback** yang dipaparkan dalam pertemuan tersebut selama ini hanya dipaparkan belum terdokumentasi atau tertulis. Hal ini seperti yang diinformasikan informan pemegang program PMT dinas kesehatan provinsi :

".....ada, kalau kita bimbingan teknis (bimtek) menyangkut semua program gizi, termasuk PMT. Jadi tidak khusus.... feedback kalau menyangkut PMT MP-ASI dan bumil ya... feedbacknya pada waktu evaluasi, dipanggil mereka ke sini, kita persentasi hasil temuannya..baru kita kasih umpan balik bisa berupa laporan rutin, cakupan programnya gitu kalau kasus gizi buruk, gizi kurang, bumil KEK, biasanya di gizi itu cukup tersistim ya, langsung terekspos jika ada pertemuan, awalnya kita meng feedback dengan paparan,

nah ini yang kita belum sampai ke surat tertulis, harusnya tertulis... saya sebenarnya sudah sering mengingatkan tapi kan programnya terlalu banyak jadi tidak sempat tertulis..."

Monitoring evaluasi yang dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten biasanya merupakan monev terpadu bersamaan dengan monev program gizi lainnya. Monitoring yang dilakukan berdasarkan laporan puskesmas dan *feedback* diberikan secara lisan dan tidak terdokumentasi atau tertulis. Berikut petikan informasi yang diungkapkan informan pemegang program PMT kabupaten:

".....Ada, kalau monitoring dari kabupaten kita monitoringnya : apaa anak mndapatkan PMT maka dipantau, apakah yang diberikan PMT mengalami kenaikan berat badan? Seputar itulah. Monitoring berdasarkan laporan yang mereka kasih saja sih. Ada bulan Desember 2016. Biasa semua seksi yang ikut. Jadi terpadu. Biasa yang kami monev dari pencatatan pelaporan kemudian kan dikumpul lalu diberikan pembinaan dari kepala bidang. Temuan yang terakhir adalah sasaran ibu hamil KEK cuma sekian padahal PMTnya sekian banyak. Jadi kami sampaikan bahwa kasih saja ke ibu hamil anemia . Feedback biasa langsung secara lisan saja....."

Senada dengan pengakuan pemegang program PMT dinas kabupaten, petugas pemegang program PMT puskesmas juga menyatakan bahwa tidak ada monev khusus PMT tetapi bebarengan dengan monev program lain dan proses monev tersebut dilakukan dengan mengundang pemegang program gizi puskesmas ke kantor dinas kesehatan provinsi. menurut pemegang program PMT puskesmas tidak ada *feedback* yang diberikan oleh dinas provinsi. Hal ini berbeda dengan pengakuan yang diberikan pemegang program PMT provinsi yang mengatakan memberikan *feedback* secara lisan. Mungkin *feedback* secara lisan kurang efektif karena tidak ada bukti tertulis, sehingga apa yang menjadi masukan karena tidak terdokumentasi terlewat begitu saja karena keterbatasan daya ingat petugas PMT di puskesmas. Berikut yang diungkapkan informan pemegang program PMT puskesmas :

".....Nggak ada... bukan evaluasi PMT Khusus maksudnya... kalau sambil evaluasi program yang lain ada, karena ditanya mana laporan PMTnya... waktu itu kita yang ke dinas ada diseminasi , terus ditanya mana laporannya, kalau saya kan tiap bulan sudah masuk ... kalau orang dinas kabupaten yang kesini, belummm Untuk caturwulan ke satu ini belumm.. feedback juga belum ada..."

Untuk Monitoring di Provinsi Sulawesi Selatan tidak berbeda dengan monitoring di provinsi Sulawesi Utara, pemegang program PMT di dinas kesehatan provinsi menyatakan tidak ada monitoring dan evaluasi PMT secara khusus, monev biasanya dilakukan bersamaan dengan program lain. Berikut yang diungkapkan informan :

".....Monitoring dilakukan bersamaan dengan program yang lain, melakukan permintaan update sasaran. Provinsi Tidak melakukan kunjungan sampai ke sasaran....."

Monitoring dilakukan dinas kesehatan kabupaten/kota ke puskesmas-puskesmas yang ada, kemudian hasil dari monitoring tersebut disampaikan pada saat bintek setiap bulannya. Monitoring dapat dilakukan pada saat mengikuti kegiatan lokmin di puskesmas. Berikut yang diungkapkan informan pemegang program PMT dinas kesehatan kota di provinsi Sulawesi Selatan :

".....Kami semua melakukan kegiatan monitoring ke Puskesmas pak, terbagi daerah binaan, kita terjun ke Puskesmas semua kita kunjungi, hasilnya kita sampaikan saat bintek setiap bulan....."

"..Monev dilakukan saat rapat rapat program, loka karya mini setiap bulan.."

RANGKUMAN

Kebijakan & Perencanaan

Pelaksanaan program PMT di regional Sulawesi mengikuti kebijakan dari pusat, tetapi karena kondisi di lapangan, terjadi ketidak sesuaian, misalnya mengenai sasaran penerima PMT. Dinas kesehatan provinsi mengeluarkan kebijakan tidak tertulis mengenai penambahan kriteria sasaran ibu hamil KEK yaitu ibu hamil anemia, bu hamil dari keluarga miskin dan ibu hamil usia risti (risiko tinggi). Sedangkan sasaran balita yang diberikan PMT tidak hanya untuk balita kurus tapi juga diberikan kepada balita BGM dan BGT.

Pengadaan PMT anggarannya bukan dari Provinsi melainkan dari Pusat. Pihak Provinsi hanya menyediakan dana distribusi baik dari Provinsi – Kabupaten (Sulawesi Selatan) atau distribusi Provinsi -Puskesmas (Sulawesi Utara) menggunakan dana dekon dan APBD. Selain PMT dari Pusat, daerah juga menyediakan PMT lokal diperuntukkan bagi anak balita dan bumil KEK yang tidak mendapat PMT dari Pusat berupa pengadaan PMT setempat baik untuk anak balita dan bumil KEK dibiaya dari APBD dan dana BOK.

Provinsi mendapat data sasaran dari Dinkes Kota, kemudian Dinkes Kota mendapat data usulan dari laporan bulanan Puskesmas berdasarkan BB/TB dan BB/U, Bumil KEK terutama gakin dengan pengukuran LILA. Tetapi dalam menentukan sasaran penerima PMT pusat menggunakan data PSG.

Pelaksanaan

Sosialisasi khusus PMT baik dari Provinsi ke Dinas Kesehatan Kota, dan Dinas Kesehatan Kota ke Puskesmas ataupun dari Puskesmas ke sasaran tidak ada. Sosialisasi tentang PMT disisipkan pada kegiatan lain.

Buku Pedoman PMT adanya hanya di Provinsi sebanyak 1 buah, sedangkan di Dinkes Kota dan Puskesmas tidak ada. Selama ini pedoman pelaksanaannya hanya diberitahu secara lisan, pelaksana program mengacu seperti program PMT sebelumnya

PMT yang diterima dari Pusat di tingkat provinsi disimpan di gudang sewa. Untuk provinsi Sulawesi Selatan Dinas Kesehatan Provinsi mengirim ke gudang sewa Dinkes Kota/kabupaten, kemudian TPG Puskesmas mengambil ke gudang sewa di dinas kabupaten/kota menggunakan ambulan kemudian disimpan di gudang di puskesmas, kemudian Kader mendistribusikan PMT ke sasaran anak balita dan Bidan mendistribusikan PMT ke sasaran Ibu hamil KEK. Sedangkan untuk provinsi Sulawesi Utara PMT yang dikirim dari pusat ditempatkan sementara di gudang yang disewa oleh dinas kesehatan provinsi dengan menggunakan dana APBN provinsi/ dekon. Gudang yang disewa hanya berukuran 10x20 meter, maka untuk mengatasi menumpuknya PMT di gudang, maka dinas provinsi melakukan strategi dengan langsung memindahkan ke mobil lain PMT yang baru saja datang dari pusat dan langsung di distribusikan ke puskesmas terdekat dari dinas provinsi. Pendistribusian dari dinas kesehatan provinsi ke puskesmas menggunakan pihak ke-3 hasil tender. Sedangkan di puskesmas PMT diletakan dimana-mana misalnya : di lorong-lorong, dekat meja, di apotik

Tenaga Pelasana Gizi (TPG), Bidan dan Kader mempunyai peran masing-masing yang sangat membantu pelaksanaan PMT anak balita dan PMT untuk Ibu hamil. Peran TPG menerima data antropometri dari kader, mengambil PMT dari Gudang sewa Dinkes Kota dan mendistribusikan PMT ke Kader dan Bidan. Bidan berperan mendeteksi kondisinya gizi ibu hamil, melaksanakan antropometri Bumil, dan mendistribusikan PMT pada Bumil. Kader berperan mendata, menimbang balita dan membantu distribusi khusus PMT balita.

Monitoring dan evaluasi

Laporan dibuat berjenjang dari tingkat puskesmas dilaporkan ke dinas kabupaten kemudian dilaporkan ke dinas provinsi lalu dilaporkan ke pusat. Bentuk laporan menggunakan formulir pemberian PMT yang didalamnya berisi mengenai perubahan berat badan badan balita dan ibu hamil. laporan juga dilengkapi dengan foto-foto, sedangkan kepatuhan sasaran dalam mengkonsumsi PMT tidak dicatatkan dalam laporan, tapi biasanya tetap ditanyakan secara lisan saja. Pelaporan dengan menggunakan aplikasi SIK Gizi sudah disosialisasikan oleh pusat, tetapi dalam pelaksanaan program PMT belum bisa dipraktikkan. Laporan ini dilaporkan satu bulan sekali selama PMT diberikan. Dalam program PMT ini monitoring dari pusat dilakukan ke dinas kesehatan provinsi sedangkan *feedback* hasil monitoring disampaikan lewat pertemuan di pusat. Sedangkan proses monitoring evaluasi PMT dari dinas provinsi ke dinas kesehatan kabupaten dilakukan berbarengan dengan kegiatan bimbingan teknis yang terkait semua program gizi, sedangkan *feedback* hasil monitoring dipaparkan dalam pertemuan di dinas kesehatan provinsi. *feedback* hanya dipaparkan belum terdokumentasi atau tertulis. Hal ini senada dengan monitoring evaluasi yang dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten kepada puskesmas biasanya merupakan monev terpadu bersamaan dengan monev program gizi lainnya. Monitoring yang dilakukan berdasarkan laporan puskesmas dan *feedback* diberikan secara lisan dan tidak terdokumentasi atau tertulis.

2.3. Region Nusa Tenggara

Program pemberian makanan tambahan (PMT) di Indonesia sudah dilakukan sejak beberapa tahun lalu. Region Nusa Tenggara diwakili oleh Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), karena pada saat pengumpulan data PMT di region ini untuk Provinsi Nusa Tenggara Barat PMT belum terdistribusi ke Puskesmas dan ke sasaran penerima PMT. Sehingga potret region Nusa Tenggara hanya terwakili oleh Provinsi NTT.

Provinsi NTT merupakan salah satu provinsi yang sudah menjalankan program PMT ini. Program PMT di provinsi Nusa Tenggara Timur dilaksanakan, yang meliputi komponen kebijakan, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi. Evaluasi dilakukan dengan memilih empat kabupaten/kota di provinsi Nusa Tenggara Timur yang memiliki penetapan sasaran penerima bantuan PMT mengikuti petunjuk yang dibuat Kemenkes yaitu diberikan untuk balita kurus dan bumil KEK, dalam hal ini dinkes provinsi tidak membuat kebijakan baru dan telah melaksanakan program PMT di tahun 2016, terpilih empat kabupaten/kota yaitu Kupang, TTS, Belu dan Flores Timur.

I. Kebijakan dan Perencanaan

Provinsi Nusa Tenggara Timur

Program bantuan makanan tambahan untuk balita di provinsi NTT dilakukan melalui kegiatan penimbangan balita di posyandu. Jenis makanan tambahan yang diberikan berupa bubur kacang ijo, bubur ayam dan telur. Tahun anggaran 2016 Dinkes Provinsi NTT mendapat bantuan PMT berupa biskuit untuk balita kurus dan ibu KEK dari Kementerian Kesehatan. Sebagai dasar kebijakan yang digunakan untuk penetapan sasaran penerima bantuan PMT mengikuti petunjuk yang dibuat Kemenkes yaitu diberikan untuk balita kurus dan bumil KEK, dalam hal ini dinkes provinsi tidak membuat kebijakan baru, sebagaimana yang disampaikan oleh seorang informan :

“.....kebijaksanaan khusus berkenaan dengan pemilihan sasaran PMT tidak ada karena yang kami lakukan adalah sesuai pedoman yang telah diberikan oleh Kemenkes yaitu sasaran pemberian PMT dilihat dari status balita yaitu balita kurus dan untuk ibu KEK kita lihat LILAny bila dibawah 23,5 cm kita berikan, namun kalau PMT di puskesmas masih ada atau masih lebih bisa diberikan pada balita kurang gizi, balita BGM, balita yang tidak naik dua kali penimbangan.....”

Mekanisme distribusi bantuan PMT dilakukan dengan mengirimkan langsung ke puskesmas. Program PMT merupakan salah satu program untuk mengatasi masalah balita kurus, dimana angka balita kurus di NTT masih tinggi. Ketersediaan dana untuk penanggulangan balita kurus di Dinas kesehatan Kabupaten/kota sangat terbatas, dirasa perlu ada intervensi untuk penurunan angka balita kurus dan Ibu hamil KEK berupa pemberian Makanan Tambahan (PMT), sebagaimana yang disampaikan oleh seorang informan :

“.....senang dengan adanya kegiatan program PMT yang diterima pada bulan November 2016, karena sangat membantu program penanggulangan balita kurus dan

ibu KEK. PMT di provinsi NTT. Bantuan PMT yang diterima tahun 2016 yaitu untuk PMT balita kurus dan PMT Bumil KEK.....”

Kegiatan pemberian PMT ke Provinsi NTT telah dilakukan sosialisasi oleh Direktorat Gizi Kemenkes RI pada awal tahun 2016. Sosialisasi ditujukan kepada para pejabat dilingkungan Dinas Kesehatan Provinsi NTT, dengan harapan pelaksanaan pemberian bantuan PMT siap untuk disalurkan kepada sasaran yang telah disampaikan dan ikut memantau pendistribusian PMT tersebut hingga sampai di sasaran, hal sebagaimana disampaikan oleh seorang informan :

“ ...Sosialisasi adanya bantuan PMT telah dilakukan oleh Direktorat Gizi Kementerian Kesehatan pada awal tahun 2016, yang hadir ada pada saat itu ka Dinas kesehatan provinsi, para kepala bidang dan Kepala Seksi Gizi. Pada sosialisasi tersebut disampaikan bahwa ada bantuan PMT dari Kemenkes untuk balita kurus dan bumil KEK, bantuan tersebut akan dikirim langsung ke puskesmas, oleh karena itu diminta kepala dines kesehatan provinsi untuk menyampaikan usulan sasaran jumlah Balita kurus/BGM dan bumil KEK yang ada di provinsi NTT.....”

Dalam sosialisaisai tersebut disampaikan buku pedoman pemberian PMT untuk memudahkan petugas untuk menentukan sasaran penerima bantuan PMT, sebagaimana yang disampaikan seorang informan :

“ selain itu buku pedoman pemberian PMT diberikan untuk seluruh dinas kesehatan kabupaten/kota dan diminta dinas kesehatan provinsi ikut memantau proses pembagiannya di puskesmas begitu bantuan PMT sampai di puskesmas...”

Menurut informan bahwa sosialisasi dari pusat (Kemenkes) ada yaitu awal tahun 2016 akan bantuan PMT untuk balita kurus dan bumil KEK oleh Direktorat Gizi. Pejabat yang hadir ada pada saat itu kepala Dinas kesehatan provinsi, para kepala bidang dan Kepala Seksi Gizi. Setelah bantuan PMT datang pada awa! Oktober 2016, Kepala dinaskesehatan provinsi mengundang para kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan para Kepala Bidang Kesehatan keluarga dinas kesehatan kabupaten/kota, dalam pertemuan tersebut disampaikan ada bantuan PMT dari Kemenkes untuk balita kurus dan bumil KEK, bantuan tersebut akan dikirim langung ke puskesmas, oleh karena itu diminta kepala dinas kesehatan kabupaten/kota untuk menyampaikan usulan sasaran jumlah Balita kurus atau BGM dan bumil KEK ke dinas kesehatan provinsi, dan ikut memantau proses pembagiannya di puskesmas begitu bantuan PMT sampai di puskesmas. Karena yang diundang para Kepala Dinas kesehatan kabupaten/kota feedback adalah mereka langsung membuat surat permintaan bantuan PMT balita dan bumil KEK per puskesmas yang ada diwilayah mereka masing-masing. Dengan masuknya permintaan dari para Kepaladinaskesehatan Kabupaten/kota kami membagi ke semua puskesmas secara professional sesuai usulan kepala Dinas kesehatan Kabupaten/kota.

Menurut informan kriteria sasaran PMT anak balita dan ibu hamil dilakukan sesuai dengan Permenkes No. 51 tahun 2016, kami tidak berpedoman dengan pedoman lainnya, karena pedoman yang dibuat oleh Kemenkes sudah cukup jelas.