

Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan pada Balita Stunting di Posyandu (Studi Kasus di Desa X, Kabupaten Ngawi)

Evaluation of the Implementation of the Supplementary Food Program for Stunting Toddlers at Posyandu (Case Study in X Village, Ngawi Regency)

Salisah Nurjanah¹, Rahayu Astuti², Wulandari Meikawati³

^{1,2,3} Univeristas Muhammadiyah Semarang, Semarang

Corresponding author : salisahnurjanah@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Pemberian Makanan Tambahan adalah kegiatan pemberian kudapan bergizi dan aman bagi balita. Kerjasama dilakukan dengan petugas gizi puskesmas dengan memberikan pengarahan yang kemudian diimplementasikan oleh posyandu di lapangan. Program Pemberian Makanan Tambahan di X belum memiliki evaluasi terstruktur sehingga dapat menghambat kemampuan mengidentifikasi dan mengatasi masalah atau kekurangan dalam pelaksanaan program. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi hasil pelaksanaan program dari aspek input, process, output, dan outcome. **Metode:** Penelitian ini mengadopsi pendekatan kualitatif melalui wawancara dan observasi lapangan. **Hasil:** aspek Sumber Daya Manusia, Dana, dan Sarana Prasarana yang cukup baik. Perencanaan dan Pelaksanaan program sesuai petunjuk teknis, serta pencatatan dan pelaporan dilakukan secara sistematis. Pada pelaksanaannya, kader belum mengidentifikasi penerima Makanan Tambahan dengan tepat. Output (ketepatan sasaran) Makanan Tambahan untuk usia balita 6-11 bulan dikonsumsi oleh orang tua. Outcome (Dampak Edukasi Program Pemberian Makanan Tambahan pada Pemahaman Orang Tua), Pemahaman orang tua masih terbatas karena minimnya informasi yang diberikan kader tentang pelaksanaan Pemberian Makanan Tambahan. **Kesimpulan:** aspek Input perlu optimalisasi pelatihan Pemberian Makanan Tambahan untuk seluruh kader, aspek Process identifikasi penerima Makanan Tambahan, dan ketepatan sasaran untuk balita perlu diperbaiki. Dampak dari edukasi program belum sepenuhnya tercapai

Kata kunci: Balita, Pemberian Makanan Tambahan, Stunting

Abstract

Background: Supplementary Feeding is the provision of nutritious and safe snacks for toddlers. Collaboration is carried out with public health nutritionists who provide guidance, which is then implemented by the posyandu in the field. The Supplementary Feeding program in X lacks a structured evaluation, which may hinder the ability to identify and address issues or deficiencies in the program's implementation. This study aims to evaluate the program's performance in terms of input, process, output, and outcome. **Method:** A qualitative approach was adopted, involving interviews and field observations. **Result:** The research results show that the Human Resources component needs optimization, funds and infrastructure are quite good. The planning and implementation of the program are in accordance with technical guidelines, and record-keeping and reporting are conducted systematically. However, in practice, the cadres have not accurately identified the recipients of the Supplementary Feeding. The output (target accuracy) indicates that the Supplementary Feeding for toddlers aged 6-11 months is consumed by the parents. The outcome (Impact of Supplementary Feeding Program Education on Parental Understanding) reveals that parental understanding remains limited due to the lack of information provided by cadres about the Supplementary Feeding implementation. **Conclusion:** The input aspect requires optimization of training on the Supplementary

Feeding Program for all cadres. The process aspect needs improvement in identifying recipients of Supplementary Food and ensuring accurate targeting for toddlers. The impact of the program's education has not been fully achieved.

Keywords: *Toddler, Supplementary Feeding, Stunting*

PENDAHULUAN

Masalah stunting menjadi salah satu prioritas dalam pembangunan nasional dan menjadi indikator hasil dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) tahun 2021-2024. Dengan penekanan yang diberikan pada penanggulangan stunting sebagai prioritas nasional, desa-desa memiliki kesempatan untuk merencanakan dan melaksanakan kegiatan penanganan stunting yang dilakukan secara lokal dalam skala desa-desa (Bappenas, 2021). Stunting terjadi ketika pertumbuhan anak balita di bawah usia 5 tahun tidak optimal karena kekurangan gizi yang berkelanjutan (Suriani Br Ginting, Adelima CR Simamora, 2022). Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) tidak sesuai kebutuhan nutrisi mempengaruhi pertumbuhan anak selama 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). MPASI yang kurang baik pada balita 3,26 kali lebih berisiko terjadi stunting dibandingkan balita yang baik dalam pemberian MPASI (Astuti *et al.*, 2023). Stunting berdampak pada perkembangan motorik kasar balita diusia 6-59 bulan (Nurmalasari, Yudhasena and Utami, 2019) Selain itu stunting menghambat pencapaian prestasi belajar anak karena adanya gangguan pertumbuhan dan proses pematangan otak (Nurmalasari, Yudhasena and Utami, 2019). Stunting di Kabupaten Ngawi meningkat dari 16,2% tahun 2021 menjadi 28,5% tahun 2022. Kenaikan ini menjadikan Kabupaten Ngawi menempati peringkat 4 untuk kasus stunting di Provinsi Jawa Timur. Angka tersebut melebihi ketetapan WHO yang seharusnya dibawah 20% (Studi Status Gizi Indonesia, 2021).

Penanggulangan stunting melibatkan kolaborasi antar sektor dan berbagai instansi pemerintah. Komitmen kuat dari pemerintah daerah sangat penting untuk suksesnya program ini, termasuk perencanaan dan alokasi anggaran yang tepat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Pemerintah Kabupaten Ngawi berupaya menurunkan stunting pada balita melalui program perbaikan gizi di level desa (*Keputusan Bupati Ngawi, 2023*). Tingginya stunting di Kabupaten Ngawi, khususnya di keluarga dengan ekonomi rendah yang bergantung pada pertanian. Hal ini mengharuskan pemerintah melakukan inovasi. Salah satunya adalah dengan program PMT untuk peningkatan asupan gizi untuk memperbaiki status gizi balita. Program PMT berbasis makanan lokal merupakan bagian dari padat karya tunai untuk kesehatan, bertujuan memberikan zat gizi makro dan mikro kepada balita dan ibu hamil untuk mencegah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan stunting (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Program PMT dilakukan melalui kerjasama berbagai lintas sektor termasuk Puskesmas X. Puskesmas X ikut andil dalam penanganan stunting di wilayah kerja yang dibantu oleh posyandu desa

beserta kader- kadernya.

Program PMT di posyandu Desa X didanai oleh dana desa sebesar Rp. 10.000 per anak dalam setiap sesi posyandu. Pemberian makanan tambahan ditujukan untuk balita usia 6-59 bulan yang sudah mampu mengonsumsi makanan. Program PMT dijalankan mulai dari pemilihan bahan lokal sesuai panduan teknis PMT, kemudian dimasak di posyandu oleh kader, dan diberikan kepada balita setiap bulan. Puskesmas X mencakup 8 desa di wilayahnya, termasuk Desa X yang memiliki 8 posyandu yang menyelenggarakan program pemberian makanan tambahan. Konfirmasi kasus stunting di Desa X dilakukan setiap 6 bulan sekali, yaitu pada bulan Februari dan Agustus. Desa X mengonfirmasi terjadi penurunan kasus stunting pada Tahun 2023 posyandu belum memiliki kegiatan evaluasi yang terstruktur dalam menjalankan program PMT.

Meskipun terjadi penurunan kasus, hasil studi pendahuluan mengindikasikan bahwa program PMT di posyandu belum menjalani evaluasi yang terstruktur. Akibatnya, program tersebut belum optimal dalam mengidentifikasi dan mengevaluasi kelebihan serta kelemahan dalam pelaksanaannya. Untuk mendapatkan gambaran secara detail terkait *input*, *process*, *output*, dan *outcome* maka diperlukan “Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pada Balita Stunting di Posyandu”. Evaluasi terstruktur membantu dalam mengidentifikasi akar masalah secara lebih mendalam serta memungkinkan intervensi yang lebih tepat dan efektif sehingga diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan kualitas layanan posyandu. Dengan memahami aspek-aspek yang sudah berhasil dan yang perlu perbaikan dan penyesuaian yang diperlukan.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Waktu pengambilan data Juni-Juli 2024 di Posyandu Desa X Kabupaten Ngawi. Data dikumpulkan melalui wawancara terstruktur dan observasi untuk mendapatkan gambaran yang lebih mendalam mengenai pelaksanaan program PMT di Posyandu Desa X. Penelitian ini melibatkan 8 informan. Dimana Informan utama terdiri dari Bidan Desa, Ketua Kader Posyandu, dan Kader Posyandu. Informan kunci terdiri dari Kepala Puskesmas dan Programmer Gizi Puskesmas. Sementara itu, informan pendukung terdiri 2 orang tua balita penerima MT, Sekretaris Desa, Bidan Desa, Kepala Puskesmas, dan Programmer Gizi. Keabsahan data dalam penelitian kualitatif dicapai melalui triangulasi sumber, yang berfungsi untuk menelaraskan dan memverifikasi data guna memastikan kepercayaan serta validitasnya. Setelah data dikumpulkan melalui wawancara, dilakukan transkrip dan diberi kode lalu memfokuskan data dengan menghapus hal-hal yang tidak sesuai. Data yang telah direduksi kemudian disajikan untuk dianalisis lebih lanjut. Temuan penelitian disajikan dalam bentuk naratif yang didasarkan pandangan informan untuk selanjutnya membuat kesimpulan sebagai gambaran awal. Penelitian ini dilaksanakan sesuai Komisi Etik Penelitian Kesehatan

(KEPK) FKM unimus No.: 055/KEPK- FKM/UNIMUS/2024

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di Desa X, yang merupakan bagian dari wilayah kerja Puskesmas X di Kecamatan Widodaren, Kabupaten Ngawi. Desa X memiliki 8 unit posyandu yang aktif melayani masyarakat yaitu Posyandu Bougenville, Posyandu Angrek, Posyandu Mawar, Posyandu Kenanga, Posyandu Melati, Posyandu Dahlia, Posyandu Kantil, Posyandu Tulip. Proses penelitian ini melibatkan 2 posyandu, yaitu Posyandu Tulip dan Melati.

Tabel 1. Karakteristik informan utama

No.	Kode subjek penelitian	Jenis kelamin	Umur (th)	Pendidikan	Unit Kerja
1	RD	Perempuan	49	D3 Kebidanan	Bidan Desa
2	PT	Perempuan	41	SMA	Ketua Kader Posyandu
3	WN	Perempuan	34	SMA	Kader Posyandu Melati

Informan utama dalam penelitian ini terdiri dari individu yang terlibat langsung dalam pelaksanaan PMT di posyandu. Informan diatas dapat memberikan perspektif mendalam tentang bagaimana program berjalan di lapangan.

Input

1. SDM (Sumber Daya Manusia)

Sumber daya manusia (SDM) merujuk pada individu-individu yang berperan penting dalam pelaksanaan program PMT. Mereka yang bertanggung jawab meliputi programer gizi di puskesmas, bidan desa, dan kader kesehatan. Keberhasilan program sangat bergantung pada kualitas dan kuantitas SDM yang terlibat dalam implementasinya. Keberhasilan program sangat bergantung pada kualitas dan kuantitas SDM yang terlibat. Seluruh informan utama menunjukkan bahwa secara kuantitas, SDM atau kader di Desa X sudah mencukupi. Penelitian ini melibatkan 2 posyandu dari total 8 posyandu di Desa X, masing- masing 5 kader. Seluruh informan sepakat bahwa jumlah kader saat ini mencukupi kebutuhan. Jika terjadi kekurangan kader atau peningkatan jumlah balita, desa memiliki opsi untuk mengajukan tambahan kader dengan menggunakan dana desa atau memanfaatkan sistem saling membantu antar kader. Jumlah ini sesuai dengan aturan jumlah meja posyandu yang ditetapkan sebanyak 5 meja. Berikut pernyataan informan:

“...Desa X ada 8 posyandu jadi tiap posyandu ada 5 kader yang aktif. Sementara ini

cukup untuk masakannya. Kalau kurang nanti di sini kerja misalnya kader 5 tidak bisa datang bisa telepon teman kader lain karena beda posyandu beda tanggal jadi minta tolong.” (Indepth Interview PT 41th)

Berdasarkan kualitas, informan triangulasi mengungkapkan terdapat form pemantauan kader yang mencakup 25 kompetensi serta ceklis penilaian kinerja yang mengklasifikasikan kader sebagai kader purwa, kader madya, atau kader utama. Evaluasi SDM dilakukan dengan mempertimbangkan latar belakang pendidikan serta pengalaman kerja mereka. Kualifikasi ini menjamin bahwa SDM memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk mengelola dan melaksanakan program dengan efektif.

Sebagian besar informan menyatakan bahwa pelatihan PMT belum diikuti oleh seluruh kader posyandu karena mekanisme pelatihan yang berjenjang. Hanya perwakilan kader desa yang mengikuti pelatihan di puskesmas. Pertemuan yang diwakili kader tidak hanya membahas PMT tetapi juga membahas topik kesehatan lainnya. Namun, pelatihan tersebut disampaikan dalam bentuk buku panduan, yang memuat menu dan takaran PMT yang telah ditetapkan. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Dari dinkes ada. Dari puskesmas ada pengarahan. Nanti di puskesmas juga ada. Pelatihan PMT ada dari puskesmas. Seluruh kader satu orang per pos nanti dipanggil di puskesmas. Selanjutnya disampaikannya dalam bentuk panduan bukunya mbak, jadi kader lihat menu buku PMT yang sudah ada takarannya.” (Indepth Interview PT 41th)

Pada praktik Program PMT, sumber daya manusia dianggap baik ketika melibatkan petugas gizi dan kader posyandu yang telah mengikuti pelatihan. Sebaliknya, sumber daya manusia dianggap tidak baik jika tidak mengikuti petunjuk teknis dan belum pernah mendapatkan pelatihan (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Peran kader dalam bidang gizi meliputi pendataan balita, penimbangan, pencatatan KMS, pemberian makanan tambahan, distribusi vitamin A, penyuluhan gizi, dan kunjungan ke rumah ibu menyusui serta balita. Meskipun seluruh kader tidak mengikuti pelatihan PMT secara langsung, kader tetap menerima informasi yang diperlukan melalui buku petunjuk teknis. Apabila kader tidak memahami instruksi dalam juknis, nantinya akan diberikan penjelasan lebih lanjut oleh perwakilan yang mengikuti pelatihan saat pertemuan puskesmas. Dengan demikian, kader lain tetap memperoleh informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas mereka dalam mendukung program PMT dan kesehatan secara umum di desa. Hasil studi sebelumnya mengungkapkan bahwa adanya pelatihan PMT berdampak positif terhadap kualitas makanan yang disajikan dan memperbaiki derajat kesehatan balita (Wayan Sugandini, Erawati and Mertasari, 2023).

2. Dana

Dana desa adalah dana yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang diperuntukkan bagi desa yang ditransfer melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kabupaten/kota dan digunakan untuk membiayai penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, pembinaan, kemasyarakatan, dan pemberdayaan masyarakat (Kementerian Keuangan, 2017). Sumber dana PMT berasal dari Desa X. Dana 10 ribu per anak setiap bulan yang dialokasikan dianggap sudah mencukupi. Menu dirancang dari puskesmas dengan pengaturan gizi yang telah ditetapkan. Pencairan dana disesuaikan dengan kebijakan SK desa, yang menjamin menu gizi yang berkualitas.

“Inshaallah dana dari desa sudah tercukupi kalau desa X dapatnya per anak 10 ribu berdasarkan SK Bupati. Gizinya dari puskesmas. Jadi dari puskesmas dari bulan ini sudah diatur gizinya tergantung dari desa mau menambah apa..., Dana turun tergantung desa masing-masing. Ada 3 bulan sekali cair, ada 4 bulan sekali.” (Indepth Interview PT 41th)

Alokasi dana untuk program PMT posyandu di Desa X sepenuhnya bersumber dari Dana Desa. Dana ini dialokasikan melalui musyawarah desa dan musyawarah rencana pembangunan desa (musrenbangdes), dengan tujuan mendukung kesehatan balita. Sesuai Kebijakan, setiap balita menerima alokasi dana sebesar Rp10.000 per bulan, dengan pencairan dana dilakukan setiap tiga bulan sekali. Dalam setahun, total alokasi dana mencapai Rp56.400.000. Dana ini digunakan untuk membeli bahan makanan sesuai menu yang telah ditentukan dan dimasak oleh para kader posyandu. Pada hari penimbangan, makanan tersebut dibagikan kepada orang tua balita.

Pengaturan alokasi dana ini diatur oleh Peraturan Bupati Ngawi Nomor 1 tahun 2024 tentang pedoman penyusunan anggaran pendapatan dan belanja desa tahun anggaran 2024. Dana dengan nominal paling sedikit Rp10.000 dialokasikan digunakan untuk menyediakan menu gizi berstandar dari puskesmas, yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita secara tepat dan seimbang (Perbup Ngawi, 2024). Menu gizi berstandar ini dirancang oleh tenaga ahli gizi di puskesmas, yang memastikan bahwa setiap makanan tambahan yang diberikan kepada balita memenuhi standar gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan optimal. Penelitian lain juga mengungkapkan salah satu bentuk intervensi gizi spesifik yang dapat dilakukan melalui pemanfaatan dana desa adalah dengan merevitalisasi posyandu, memberikan PMT untuk bayi, balita, dan ibu hamil, serta mendirikan community feeding center (CFC) sebagai tempat rujukan pertama untuk menangani kasus gizi di desa (Anggreani, Margawati and Nurjazuli, 2021).

3. Sarana dan Prasarana

Sebagian besar informan menyatakan bahwa, Desa X telah dilengkapi dengan peralatan antropometri yang memadai. Sebagian besar peralatan memasak yang digunakan dalam program PMT berasal dari peralatan pribadi di rumah kader. Masalah kebersihan dianggap penting, dan dalam hal ini, kader bertanggung jawab untuk menerapkan, pemeliharaan kebersihan tempat agar terhindar dari kontaminasi. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Masak sama peralatan ya dari rumah kader. Dulu ada inventaris mangkok tapi sekarang jarang dipakai karena tidak dimakan ditempat. Dari pemerintah kita dapat antropometri untuk penimbangan balita yang sudah bisa berdiri atau yang belum yang masih tiduran juga dapat. Pengukuran lingkaran kepala atau lengan kita juga dapat. Kalo untuk kebersihan sementara ini jadinya kader insyaallah amanah.” (Indepth Interview WN 34th)

Ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai ini sangat mendukung pelaksanaan program PMT dengan efektif, memastikan bahwa standar kesehatan dan kebersihan yang diperlukan dapat dipenuhi dengan baik. Sarana meliputi adanya dokumentasi dilakukan oleh kader posyandu menggunakan smartphone, yang berfungsi sebagai bentuk pertanggungjawaban terhadap dana PMT yang telah diberikan oleh desa. Selain itu, terdapat buku catatan yang berisi daftar hadir balita, serta map ungu yang menyimpan data perkembangan status gizi balita. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk yang juga menjalankan program PMT, sarana berupa form pencatatan dan alat antropometri telah disediakan oleh Puskesmas, namun untuk alat memasak berasal dari kader (Anggreani, Margawati and Nurjazuli, 2021). Setelah makanan siap, penyajian dilakukan dengan menggunakan wadah baik itu wadah mika atau wadah pribadi yang dibawa dari rumah. Perbedaan dalam pengelolaan program PMT secara langsung berdampak pada variasi kualitas makanan yang disediakan antara posyandu yang satu dengan yang lainnya (Pertiwi and Sjaaf, 2021).

Process

1. Perencanaan Program PMT

Perencanaan memberikan panduan kegiatan selama setahun, bukan hanya teknis tetapi juga melibatkan pengamatan dan penyesuaian untuk mencapai tujuan. Ini merupakan langkah awal penting dalam memastikan efektivitas program PMT. Seluruh informan mengungkapkan, perencanaan dimulai dengan rapat bersama pihak puskesmas untuk menyusun rencana kegiatan yang kemudian disampaikan kepada kepala puskesmas mencakup kebutuhan 1 tahun dari Januari hingga Desember yang diterapkan di seluruh Kecamatan Widodaren. Informan triangulasi menambahkan, pemilihan menu melalui diskusi dengan kader posyandu, tenaga kesehatan puskesmas serta UKM dengan mengacu pada Juknis dan besaran dana desa. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Sebelum kita menjadikan menu tiap satu tahun. Itu dikumpulkan dulu di puskesmas jadi rapat dulu. Menyanya didiskusikan ke kader. Jadi puskesmas tetap lewatnya kader

bagaimana menu ini cocok tidak untuk balita, ukurannya apa.” (Indepth Interview PT 41th)

Penelitian di Puskesmas Tegal Timur menunjukkan bahwa perencanaan PMT mencakup penyusunan dokumen, penentuan balita sasaran, dan pemberitahuan kepada kader tentang distribusi makanan (Aryani and Wahyono, 2020). Penyusunan perencanaan dan pemilihan menu melibatkan diskusi dengan ketua TPPKK desa, programmer gizi puskesmas, tenaga promosi kesehatan, bidan desa, dan kader posyandu. Menu PMT dirancang dari Januari hingga Desember. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, dilakukan pelatihan PMT Selama 2 kali, hasil pelatihan akan diimplementasikan dalam kegiatan posyandu, disusun menu PMT Posyandu selama 1 tahun (Masrochah *et al.*, 2021). Diskusi ini bertujuan untuk memastikan bahwa menu yang dirancang sesuai untuk dikonsumsi oleh balita, dengan memperhatikan porsi yang tepat dan memastikan makanan memenuhi kebutuhan gizi balita. Menu PMT didasarkan pada kecukupan anggaran serta kriteria tinggi protein dan berbahan dasar lokal yang mudah didapat (Pujianto and Anggraeni, 2024).

2. Pelaksanaan

Seluruh informan mengungkapkan bahwa, para kader membeli bahan, memastikan penggunaan bahan segar dan teknik memasak yang tepat sesuai buku petunjuk teknis. Setelah bahan tersedia, kegiatan memasak dilakukan di rumah kader, baik secara kolektif maupun individu, tergantung pada kesepakatan kader setiap posyandu. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Beli sayur di tukang sayur dan yang tanggung jawab saya. Dibelanjakan bareng-bareng dan dimasak bareng-bareng jadi kerjasama. Ada takarannya sudah ada bukunya. Jadi kita bikin menu sudah ada bukunya dari puskesmas sudah ditakar. Tidak boleh pakai micin ya tidak pakai. Jadi rasanya kadang rasanya hambar. Di tempat saya jadi kader datang malam misalnya habis maghrib atau sore dilihat menunya seperti apa jadi bikinnya bareng.

Tapi ada yang dibagi setiap kader bikin ini bikin itu tergantung posyandu masing-masing.”

(Indepth Interview PT 41th)

Kader posyandu memiliki peran yang sangat fleksibel dan adaptif dalam pelaksanaan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Ketika bahan-bahan tertentu sulit ditemukan, kader proaktif dengan berkonsultasi kepada programmer gizi untuk menemukan solusi alternatif. Hal ini menunjukkan bahwa kader memiliki kesadaran serta kemampuan untuk mengatasi tantangan logistik. Berdasarkan pengamatan di lapangan, tahap ini dilakukan dengan mengikuti petunjuk teknis serta prinsip Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) untuk memastikan bahwa makanan yang disiapkan aman dan higienis. Tantangan muncul terkait waktu memasak, yang idealnya dilakukan 1-2 jam sebelum disajikan (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2023). Namun, beberapa posyandu melakukan persiapan makanan pada malam sebelumnya. MT diberikan kepada

semua balita sasaran berusia 6-59 bulan berdasarkan indikator BB/U yang ditentukan oleh tenaga gizi puskesmas. Respons orang tua umumnya positif, dengan kebebasan menyesuaikan atau meniru menu menggunakan bahan lokal. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Kemungkinan positif. Karena dari mereka tidak ada komplain dari hal itu. Kalau anak usia 0-6 bulan belum boleh makan kan tetap kita berikan tapi tidak ada PMT yang lain untuk usia tersebut.” (Indepth Interview WN 34th)

Dukungan dana desa dalam 5 tahun terakhir telah meningkatkan variasi menu, sehingga orang tua puas dengan pilihan yang lebih beragam. Meskipun tidak ada tekstur khusus untuk anak usia 6-11 bulan, hal ini tidak dianggap sebagai kendala oleh orang tua. Program percepatan penurunan stunting memerlukan keterlibatan intensif dari petugas gizi, bidan desa, dan kader dalam penyediaan makanan tambahan dan vitamin. Meskipun antusiasme masyarakat dan orang tua balita cukup tinggi, pemahaman mereka terhadap program ini masih terbatas. Kurangnya pemahaman mengenai penyuluhan yang diberikan menyebabkan tantangan dalam pelaksanaan, seperti kesulitan dalam memastikan anak-anak mendapatkan vitamin secara rutin. Akibatnya, hasil yang diperoleh dari program ini belum optimal jika dibandingkan dengan anak-anak yang memperoleh asupan vitamin yang memadai (Mutmainah and Husaini, 2024).

3. Pencatatan dan Pelaporan

Seluruh informan menyatakan, kader bertanggung jawab dalam pencairan dana PMT dengan memenuhi syarat seperti pembuatan undangan, pencatatan absensi, serta dokumentasi bahan, foto pemberian, dan menu. Kader juga bertanggung jawab atas pengelolaan data antropometri balita dalam map ungu, yang dilaporkan bulanan kepada Programmer Gizi selanjutnya ke Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Syaratnya memang harus ada undangan, foto pemberian, foto bahan-bahan, foto menu, absen untuk mencairkan dana. Bu kader insyaallah punya. Dari posyandu ada map ungu mencakup TB, lingkaran lengan, BB kemudian lingkaran kepala itu kan map ungu ditulis nggeh pada kader.” (Indepth Interview RD 49th)

Pencatatan dan pelaporan merupakan kegiatan penting yang harus dilaksanakan oleh kader untuk dilaporkan kepada programmer gizi maupun pihak desa sebagai pemberi anggaran. Proses ini tidak hanya berfungsi untuk memantau perkembangan status gizi balita sasaran, tetapi juga sebagai dasar evaluasi dan perbaikan program ke depannya. Selain pelaporan melalui map ungu, program PMT juga melaporkan undangan, pencatatan absensi, serta dokumentasi bahan, foto pemberian, dan menu untuk memenuhi syarat pencairan dana selanjutnya. Dokumentasi kegiatan ini mencakup berbagai pelaksanaan program, mulai dari kehadiran balita, jenis dan jumlah bahan makanan yang digunakan, hingga proses

pemberian makanan tambahan kepada balita. Bidan desa dan kader posyandu tidak menyusun laporan pendanaan untuk kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita. Sekretaris Desa, sebagai salah satu perangkat pemerintah desa, hanya meminta bukti kegiatan dalam bentuk foto, daftar hadir, berita acara, dan notulensi sebagai verifikasi bahwa kegiatan posyandu telah dilaksanakan (Pertiwi and Sjaaf, 2021).

Output (Ketepatan Sasaran)

Keberhasilan dan efektivitas suatu program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dipengaruhi oleh beberapa faktor pendukung, salah satunya adalah ketepatan sasaran. Ketepatan sasaran dalam penelitian ini mencakup 2 aspek utama ketepatan umur sasaran dan ketepatan konsumsi sasaran. Ketepatan penerima PMT berdasarkan sebaran umur, semua sasaran program PMT berada dalam rentang umur 6-59 bulan. Hal ini mengindikasikan bahwa pemberian PMT sudah sesuai dengan umur sasaran dalam aturan yang ditetapkan dalam pedoman atau juknis Dinas Kesehatan. Menu PMT di posyandu cukup bervariasi, tetapi kesesuaian tekstur makanan untuk usia balita 6-11 bulan masih menjadi tantangan kader. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Tidak pakai tekstur khusus. Ya itu menunya itu saja. Kan nanti umur segini belum bisa makan yang makan ibunya. Gizinya dimakan ibunya ke anaknya. Jadi misalkan 0-6 ke ibunya terus 6 bulan ke atas ada pilihan mana yang sudah boleh dimakan.” (Indepth Interview PT 41th)

Tekstur makanan yang tepat sangat penting untuk balita yang sedang dalam fase transisi dari makanan cair ke makanan semi padat. Menurut petunjuk teknis atau buku resep yang diterima kader, tekstur MT seharusnya dibedakan antara balita usia 6-11 bulan dan 12-59 bulan. Namun, dalam praktiknya, kader mengikuti instruksi puskesmas yang menetapkan tekstur seragam untuk semua kelompok umur. Makanan dengan tekstur yang tidak sesuai usia dapat menimbulkan risiko kesehatan, seperti tersedak atau gangguan pencernaan, karena sistem pencernaan balita belum sepenuhnya berkembang untuk menangani makanan padat. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak memperhatikan frekuensi, tekstur, dan waktu pemberiannya berhubungan dengan kejadian stunting pada balita di Indonesia dan negara berkembang (Anggryni *et al.*, 2021).

Hasil observasi dan wawancara, juga diketahui bahwa posyandu tidak menyediakan makanan dengan tekstur khusus untuk balita usia tersebut. Akibatnya, makanan yang disediakan sering kali dikonsumsi oleh orang tua, yang beranggapan bahwa nutrisi dari makanan tersebut akan diteruskan kepada balita melalui ASI. Namun, pemberian PMT langsung kepada balita adalah langkah yang lebih tepat. Penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa proses perencanaan sudah berjalan dengan baik, namun dalam pelaksanaan pendistribusian, pemantauan, dan pencatatan/pelaporan masih terdapat masalah, khususnya pada aspek pemantauan.

Ditemukan bahwa anggota keluarga lain turut mengonsumsi paket PMT (Doren, Regaletha and Dodo, 2019).

Outcome (Dampak Edukasi Program Pemberian Makanan Tambahan pada Pemahaman Orang Tua)

Outcome dalam penelitian didapat dari hasil nyata suatu kegiatan dan menjadi tolak ukur kinerja program berdasarkan tingkat keberhasilan dalam mencapai program yang telah dilaksanakan. Sebagian besar informan mengungkapkan bahwa sebelum pelaksanaan PMT, orang tua balita hanya diberikan informasi mengenai jadwal kegiatan tanpa adanya sosialisasi atau demonstrasi terkait program. Demonstrasi memasak tidak dilaksanakan karena orang tua balita sudah memiliki jadwal yang padat dengan kegiatan penimbangan, sehingga menambah waktu untuk demonstrasi menjadi tidak memungkinkan. Orang tua juga menunjukkan adanya inisiatif dalam menyesuaikan menu sesuai selera anak dengan bertanya resep. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Memang belum ada demo masak bareng-bareng karena sudah ada bukunya mbak, tapi orang tua tidak diberikan bukunya jadi cuma kader saja yang dapat, karena kesibukan ibu balita, penimbangan saja sama repot. Saya bikin menu ini, kalau anaknya cocok nanti Whats.App ke saya bumbunya apa.” (Indepth Interview PT 41th)

Berdasarkan pernyataan informan, Program PMT yang diterapkan saat ini lebih berfungsi sebagai stimulan gizi daripada sebagai pemulihan. Menu dan panduan disampaikan melalui pertemuan dan grup komunikasi elektronik. Fungsi utama PMT adalah untuk meningkatkan nafsu makan dan asupan gizi balita, bukan untuk menggantikan makanan utama mereka. Berikut pernyataan informan:

“Jadi dari gizi memberi menu-menu dalam satu tahun kemudian waktu pertemuan kader disampaikan kadang juga beri filenya nanti kadang di-share di grup jadi semua tahu. Bu lurah dan perangkat desa juga tahu. Memang PMT itu kan istilah sebagai stimulan nggeh, sebagai rangsangan jadi kan tidak mungkin diberikan tiap hari, kalau tiap hari kan satu kali kan beda lagi. Jadi hanya sebagai stimulan. Jadi tadi kalau balita mau sudah jelas gizinya sudah diteliti dan dikelola oleh programmer gizi. Mungkin mau tidaknya tergantung anaknya, ada yang suka ini ada yang tidak. Mungkin yang disukai bisa ditiru. Karena syaratnya kan harus tinggi protein nggeh.” (Indepth Interview RD 49th)

Sebelum implementasi Program PMT, pemangku kepentingan yaitu, pemerintah desa sebagai pemberi dana telah diinformasikan mengenai program tersebut melalui grup elektronik. Meskipun Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dikategorikan sebagai bagian dari program penyuluhan gizi, tidak ada pendekatan komunikasi yang efektif seperti konseling, penyuluhan, dan demonstrasi yang sesuai petunjuk teknis untuk memastikan bahwa orang tua memperoleh pengetahuan yang baik mengenai pengelolaan gizi balita. Proses di lapangan menunjukkan bahwa orang tua balita

hanya datang ke posyandu, mengikuti proses penimbangan, lalu menerima MT yang telah disiapkan. Kurangnya penyuluhan sebelum mnejlankan program dan demonstrasi mengenai PMT menyebabkan orang tua balita harus mencari informasi secara mandiri. Situasi ini mengindikasikan bahwa tidak ada

peningkatan pengetahuan mengenai PMT di kalangan orang tua. Tanpa adanya edukasi bagi orang tua dengan latar belakang rendah, pengetahuan yang diperoleh orang tua cenderung bervariasi dan mungkin tidak selalu sesuai dengan prinsip gizi yang tepat untuk balita. Pernyataan ini juga dikonfirmasi oleh orang tua balita, yang menyatakan bahwa mereka belum pernah menerima edukasi khusus terkait PMT di posyandu baik konseling gizi, penyuluhan gizi, maupun demonstrasi masak PMT sehingga cenderung mencari infomrasi terkait PMT maupun resep secara mandiri di internet jika menu yang disediakan tidak sesuai dengan preferensi rasa anak mereka. Berikut pernyataan salah satu informan:

“Tidak ada sih, Mbak, penyampaian informasi misal PMT-nya gizinya sejauh ini tidak ada. Saya cari sendiri apa itu PMT pas dirumah ya iseng iseng. Jadi cuma datang menerima PMT. Palingan kalo resep aku cari sendiri di google mbak. Enggak tanya kader. Karena menurutku kadang masakane kurang cocok untuk balita.” (Cross checking, Indepth Interview NY 21th)

Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan, PMT Penyuluhan diberikan satu bulan sekali di posyandu. Tujuan dari kegiatan ini, selain untuk menginformasikan kepada ibu tentang cara memberikan makanan tambahan, juga sekaligus memberikan contoh pemberian makanan tambahan yang baik bagi ibu balita (Trisira, 2021). Sementara dalam penelitian lain menyebutkan, pelatihan pembuatan PMT dapat mempengaruhi perilaku ibu dalam memilih dan mengolah makanan serta pola makan anak, sehingga status gizi anak tetap baik dan stunting dapat dicegah (Naelasari and Nurmaningsih, 2022). Kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya pemberian MPASI pada bayi berusia 6-24 bulan merupakan salah satu penyebab tidak langsung terjadinya stunting (Yusnadi and Anggraini, 2023). Pola pengasuhan yang buruk dapat meningkatkan risiko stunting akibat kurangnya asupan makanan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan berperan penting dalam memberikan informasi dan edukasi mengenai pemberian MPASI yang sesuai dengan usia bayi dan balita.

KESIMPULAN

Input program PMT meliputi SDM, dana, dan sarana prasarana sudah cukup baik, namun optimalisasi masih diperlukan melalui pelatihan PMT bagi seluruh kader posyandu. Pada tahap perencanaan, menu sudah terjadwal dengan baik. Pelaksanaan mengikuti petunjuk teknis dengan baik, tetapi kader belum mengidentifikasi pihak yang mengonsumsi Makanan Tambahan (MT). Tahap pelaporan telah dilaksanakan dengan sistematis. Ketepatan sasaran belum optimal

karena ketidaksesuaian tekstur MT untuk usia 6 hingga 11 bulan, terkadang MT dikonsumsi oleh orang tua balita. Outcome (Dampak Edukasi Program Pemberian Makanan Tambahan pada Pemahaman Orang Tua), pemahaman orang tua mengenai Pemberian Makanan Tambahan (PMT) masih terbatas. Hal ini disebabkan oleh kurangnya informasi dan edukasi yang diberikan oleh kader sebelum menjalankan program PMT maupun saat pelaksanaan PMT.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggreani, R. D., Margawati, A. and Nurjazuli, N. (2021) 'Evaluasi Penanganan Stunting Melalui Dana Desa Di Masa Pandemi Covid-19 Dengan Metode Sistematis Review', *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 14(2), pp. 139–151. doi: 10.48144/jiks.v14i2.571.
- Anggryni, M. *et al.* (2021) 'Faktor Pemberian Nutrisi Masa Golden Age dengan Kejadian Stunting pada Balita di Negara Berkembang', *Jurnal Obsesi : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 5(2), pp. 1764–1776. doi: 10.31004/obsesi.v5i2.967.
- Aryani, N. A. and Wahyono, B. (2020) 'Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) untuk Penderita Balita Gizi Buruk', *Higeia Journal of Public Health Research And Development*, 4(3), pp. 460–470. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeiahttps://doi.org/10.15294/higeia/v4i3/31955>.
- Astuti, Y. *et al.* (2023) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stunting Di Desa Temuroso Kecamatan Guntur Kabupaten', *Bina Generasi Jurnal Kesehatan*, 2(14), pp. 69–76. doi: doi.org/10.35907/bgjk.v14i2.279.
- Bappenas (2021) *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2021-2024*, BAPPENAS.
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2023) *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Berbahan Pangan Lokal untuk Balita dan Ibu Hamil*. Available at: <https://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/2494-pemberian-makanan-tambahan-pmt-balita>.
- Doren, W. K., Regaletha, T. A. L. and Dodo, D. O. (2019) 'Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) terhadap Status Gizi Buruk Balita di Puskesmas Oepoi Kota Kupang', *Lontar : Journal of Community Health*, 1(3), pp. 111–118. doi: 10.35508/ljch.v1i3.2176.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) *Cegah Stunting Itu Penting*.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Petunjuk Teknis PMT, Petunjuk Teknis PMT*.
- Kementerian Keuangan (2017) *Peraturan Menteri Keuangan Nomor 199/PMK.07/2017 Tahun 2017 tentang Tata Cara Pengalokasian Dana Desa Setiap Kabupaten/Kota Dan Penghitungan Rincian Dana Desa Setiap Desa*, kemenkeu.go.id.
- Keputusan Bupati Ngawi (2023). Available at: https://jdih.ngawikab.go.id/upload/1361/SK_170_2022.pdf.

- Masrochah, S. *et al.* (2021) ‘Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pelatihan Diversifikasi Pemberian Makanan Tambahan (Pmt) Balita Di Kampung Sehat Mengunharjo Tembalang’, *Jurnal Link*, 17(2), pp. 150–156. doi: 10.31983/link.v17i2.7900.
- Mutmainah, F. and Husaini, M. (2024) ‘Efektivitas Program Percepatan Penurunan Stunting Di Kecamatan Lampihong Kabupaten Balangan (Studi Kasus Desa Batu Merah dan Desa Lajar)’, *Jurnal pelayanan publik*, 1(1), pp. 11–19.
- Naelasari, D. and Nurmaningsih (2022) ‘Efektivitas Pelatihan Pembuatan PMT Berbasis Pangan Lokal dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu Balita dalam Mencegah Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Karang’, *Jambura Journal of Health Sciences and Research*, 4(3), pp. 921–928. Available at: <http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jjhsr>.
- Nurmalasari, Y., Yudhasena, N. and Utami, D. (2019) ‘Hubungan Stunting Dengan Perkembangan Motorik Kasar Pada Balita Usia 6-59 Bulan Di Desa Mataram Ilir Kec. Seputih Surabaya Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2019’, *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 6(4), pp. 264–273. doi: 10.33024/jikk.v6i2.2122.
- Perbup Ngawi (2024) *Peraturan Bupati Ngawi Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa Tahun Anggaran 2024*.
- Pertiwi, A. S. and Sjaaf, A. C. (2021) ‘Pengelolaan Pendanaan Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (Pmt) Balita Pada Pelayanan Posyandu Kia Desa Kalidesel’, *Jurnal Medika Utama*, 3(1), pp. 1456–1461. Available at: <http://jurnalmedikahutama.com>.
- Pujianto, T. and Anggraeni, E. (2024) ‘Redata Dan Perencanaan Menu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita Gizi Kurang’, in, pp. 1027–1031.
- Studi Status Gizi Indonesia (2021) *Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, kementerian kesehatan direktorat promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat*. doi: 10.36805/bi.v2i1.301.
- Suriani Br Ginting, Adelima CR Simamora, N. S. N. S. (2022) *Penyuluhan Kesehatan Tingkatkan Pengetahuan Ibu dalam Mencegah Stunting*. Penerbit NEM.
- Trisira, N. puteri (2021) *Monitoring Program Penanggulangan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Sunggal Tahun 2020*. Universitas Sumatra Utara.
- Wayan Sugandini, Erawati, N. K. and Mertasari, L. (2023) ‘Pelatihan Dan Pendampingan Kader Posyandu Membuat Pudding Jagung Modisco Untuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan Di Desa Tegallinggah’, *Jurnal Widya Laksana*, 12(1), pp. 101–112. doi: 10.23887/jwl.v12i1.51152.

Yusnadi and Anggraini, S. A. (2023) ‘Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Stunting di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Sukaramai Kecamatan Medan Area’, *Jurnal Pendidikan Luar Sekolah*, 7(1), pp. 49–61. doi: 10.21831/diklus.v7i1.65669.