

SASARAN PENERIMA PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN
PEMULIHAN (PMTP) DAN FAKTOR-FAKTOR
YANG MEMPENGARUHINYA

Oleh:

Iman Sumarno, Muhammad Enoch, dan
Tjetjep Syarif Hidayat

ABSTRAK. Telah dilakukan penelitian untuk mempelajari konsistensi ketepatan sasaran penerima pelaksanaan PMTP dan faktor-faktor yang mempengaruhi pergeseran sasaran. Penelitian ini merupakan studi kasus yang dilakukan di 16 desa yang telah/ sedang melaksanakan PMTP di Jawa Barat, Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Penentuan kabupaten dipilih secara acak dari kabupaten yang mempunyai dua desa pelaksana PMTP yang digolongkan berhasil dan dua desa pelaksana PMTP yang digolongkan kurang berhasil di masing-masing propinsi. Dan tiap kabupaten dipilih dua kecamatan yang mempunyai satu desa yang dianggap pelaksanaannya baik dan satu desa yang kurang baik menurut penilaian pengelola di tingkat kecamatan. Data yang dikumpulkan meliputi status gizi anak balita saat penyaringan peserta dan pelaksanaan PMTP sejak pendekatan sampai pelaksanaannya. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara. Peneliti tinggal di desa penelitian selama tiga minggu. Analisis dilakukan untuk memperoleh gambaran konsistensi ketepatan penerima dan aspek pelaksanaan PMTP. Hasil penelitian menunjukkan suatu gambaran kekurangan ketepatan penerima sebagaimana ditunjukkan oleh adanya sasaran penerima PMTP yang tidak membutuhkan sebanyak 54,6%, dan 49,7% yang membutuhkan justru tidak menerima PMTP. Sasaran penerima yang benar-benar membutuhkan yang tercakup PMTP di beberapa lokasi penelitian adalah 50,3%. Pendekatan, kesiapan pelaksana dan penerima serta pembinaan, baik dari Puskesmas maupun PKK tingkat kecamatan yang didukung pimpinan tingkat kecamatan dan desa, merupakan faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan PMTP. Swadaya masyarakat, meski belum menonjol, henih-henih ciri partisipasi masyarakat dalam bentuk pemberian tambahan pangan yang diperiukan dalam pelaksanaan PMTP serta upaya PKK dan Puskesmas dalam menghimpun dana di beberapa daerah sudah mulai tampak. Pengobatan infeksi, pendidikan cara hidup sehat, dan kebiasaan makanan yang baik, serta pengurangan resiko infeksi, perlu disertakan dalam pelaksanaan PMTP.

PENDAHULUAN

Dalam rangka persiapan menuju tinggal landas, upaya pembangunan jangka pendek dan jangka panjang difokuskan pada usaha peningkatan kualitas manusia Indonesia untuk meningkatkan produktivitas. Ini berarti upaya yang dilakukan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan fisik, kemampuan daya fikir dan memantapkan sikap mental. Dengan kebijaksanaan ini jumlah penduduk yang besar dapat menjadi modal dalam pembangunan.

Kemampuan fisik dan kemampuan daya fikir yang tinggi hanya bisa dicapai bila keadaan kesehatan dan keadaan gizi baik. Hubungan keadaan kesehatan dan gizi dengan kemampuan fisik sudah umum diketahui. Hubungan keadaan kesehatan dan gizi dengan kemampuan daya fikir juga sudah banyak diungkapkan, antara lain oleh Karyaadi, Darwin, Okk.(1) dan Richardson, S.A.(2). Mereka menyatakan bahwa gangguan gizi yang parah pada usia dini akan menghambat perkembangan mental dan kecerdasan di masa mendatang. Karena itu pencegahan dan penanggulangan gizi buruk pada usia dini merupakan salah satu upaya penting untuk meningkatkan kualitas manusia Indonesia di masa datang.

Sejak Pelita IV upaya melibatkan masyarakat dalam pembangunan kesehatan semakin ditingkatkan seperti yang tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional (3). Upaya melibatkan masyarakat juga ditujukan untuk meningkatkan swadaya masyarakat dalam kegiatan pembangunan kesehatan. Hal ini menjadi semakin penting karena situasi ekonomi negara yang sulit. Pemanfaatan secara efisien dana pembangunan pemerintah di samping dilakukan dengan peningkatan swadaya masyarakat juga dengan penetapan skala prioritas dalam pembangunan agar dengan dana yang terbatas dapat dicapai hasil yang optimal. Hal ini bisa dicapai bila semua program dilakukan secara efektif dan efisien. Untuk itu, sejak tahun 1988 pengawasan semakin ditingkatkan dengan sistem (cara) pengawasan melekat.

Suatu program akan mencapai hasil optimal, antara lain, bila sasarannya tepat. Dalam pelaksanaan, sasaran yang didekati harus sesuai dengan yang direncanakan. Pemberian Makanan Tambahan untuk

Pemulihan (PMTP) merupakan kegiatan pencegahan dan penanggulangan gizi buruk pada anak balita dengan melibatkan ibu penerima PMTP. PMTP merupakan kegiatan yang melibatkan beberapa jenjang pengelola sejak perencanaan di pusat sampai di daerah. Karena itu sangat menarik untuk mengetahui pelaksanaan PMTP di desa. Ketepatan sasaran merupakan kunci keberhasilan suatu program. Dalam makalah ini dibahas ketepatan sasaran penerima PMTP dan faktor yang mempengaruhinya di 16 desa yang telah diteliti dalam rangka evaluasi ketepatan penerima PMTP di wilayah Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK). Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari ketepatan sasaran PMTP dan faktor-faktor yang mengakibatkan pergeseran sasaran dari petunjuk yang ditetapkan.

METODOLOGI

Penelitian evaluasi PMTP dilaksanakan sejak Juni 1986 sampai Maret-1987. Penelitian ini merupakan studi kasus di 16 desa yang telah melaksanakan PMTP. Rancangan penelitian mengacu pada desain yang dikemukakan oleh Habicht (4).

Penelitian dilakukan masing-masing di empat desa di kabupaten Bandung, propinsi Jawa Barat; Kabupaten Banyumas, propinsi Jawa Tengah; Kabupaten Gunung Kidul, D.I. Yogyakarta; dan Kabupaten Blitar, Propinsi Jawa Timur.

BAHAN DAN CARA

Data yang dikumpulkan meliputi :

- Cara penetapan desa penerima PMTP.
- Dokumen status gizi buruk anak balita pada saat penetapan penerima PMTP dan saat selesai PMTP.
- Cara penetapan penerima PMTP dan alasannya.
- Alasan ibu dari anak balita peserta PMTP yang aktif dan tidak aktif.
- Jangka waktu pelaksanaan PMTP beserta alasannya.

Pengumpulan data dilakukan dengan mencatat dari dokumen yang ada pada pelaksana di tingkat desa. Di samping itu juga dilakukan

wawancara terhadap pengelola kegiatan PMTP di tingkat propinsi, kabupaten, kecamatan dan desa. Dalam mendapatkan data peneliti tinggal di desa selama 3 minggu untuk melakukan observasi dan wawancara mendalam.

Analisis data dilakukan secara deskriptif untuk mendapatkan gambaran kesesuaian kriteria penerima PMTP dengan petunjuk yang dikeluarkan Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Alasan ketidaksiharian penerima dirangkum dari hasil wawancara dengan responden di berbagai tingkat administrasi pemerintahan.

HASIL DAN BAHASAN

Ketepatan Penerima PMTP

Ketepatan sasaran PMTP dinyatakan menurut ketepatan penerima. Dalam petunjuk pelaksanaan, PMTP digariskan bahwa penerima PMTP adalah anak balita Bawah Garis Merah (BGM) pada Kartu Menuju Sehat, dan anak balita dengan berat badan tidak naik selama tiga kali penimbangan berturut-turut (3T). Pada Tabel 1 disajikan gambaran penerima PMTP dan anak balita BGM & 3T di daerah penelitian.

Tabel 1. Ketepatan Penerima PMTP

Penerima PMTP	BGM & 3 T		Jumlah
	Ya	Tidak	
Ya	88	106	194
Bukan	87	6023	6110
Jumlah	175	6129	6304

Dari 194 anak balita penerima PMTP ternyata 106 anak (54,6%) justru bukan anak balita BGM & 3T. Ini berarti pemanfaatan dana tidak sesuai dengan yang telah digariskan oleh Pusat. Dari 175 anak balita BGM & 3T ternyata baru 88 anak (50,3%) yang menerima PMTP. Di satu pihak dana digunakan tidak sesuai dengan ketetapan yang digariskan, di lain pihak masih ada anak balita BGM & 3T yang belum menerima PMTP.

Penerima PMTP 194 anak balita, anak balita BGM & 3T 175 anak; semes-tinya semua anak balita BGM & 3T dapat terliput dalam kegiatan PMTP.

Tabel 2. Ketepatan Penerima PMTP di Masing-masing Desa

D e s a	Penerima PMTP			Bukan penerima PMTP		
	A	B	Jumlah	A	B	Jumlah
1. Sukamantri	4	0	4	0	52	52
2. Sindangsari	8	0	8	2	81	83
3. Cicangkang Hilir	7	0	7	3	340	343
4. Soreang	3	0	3	4	186	190
5.						
5. Banjar Parakan	2	3	5	4	415	419
6. Rawalo	4	1	5	15	245	260
7. Tumiyang	2	8	10	3	83	86
8. Gambarsari	4	6	10	7	201	208
9. Semanu	13	2	15	1	1051	1052
10. Ngeposari	7	18	25	1	150	151
11. Kepek	3	24	27	5	761	766
12. Selang	0	20	20	0	236	236
13. Wates	1	22	23	8	472	480
14. Poerworejo	9	2	11	0	247	247
15. Sidodadi	8	0	8	32	1090	1122
16. Pojok	13	0	13	1	413	414

Keterangan: A = BGM & 3T; B = Bukan BGM & 3T.

Bila dikaji data penetapan penerima seperti yang disajikan pada Tabel 2, maka pola penetapan penerima PMTP menjadi sebagai berikut : Pertama, semua penerima PMTP adalah anak BGM & 3T, namun masih ada anak balita BGM & 3T yang belum terliput. Ini ditemui di desa yang diteliti di Jawa Barat (Sindangsari, Cicangkang Hilir, Soreang, Sukamantri) dan dua desa di Jawa Timur (Sidodadi, Pojok).

Kedua, semua penerima bukan anak balita BGM & 3T, yaitu di desa Selang di D.I. Yogyakarta.

Ketiga, sebagian besar penerima adalah anak balita BGM & 3T namun masih ada anak balita BGM & 3T yang tidak terliput, yaitu di desa Rawalo di propinsi Jawa Tengah, dan desa Semanu di Daerah Istimewa Yogyakarta.

Keempat, sebagian besar penerima justru bukan anak balita BGM & 3T, yaitu di tiga desa di propinsi Jawa Tengah (Banjar Parakan, Tumiyang dan Gambarsari), di dua desa di D.I. Yogyakarta (Ngeposari dan Kepek), dan di satu desa di propinsi Jawa Timur (Wates).

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan PMTP

Keadaan seperti disebut di atas menunjukkan bahwa penerima PMTP masih kurang tepat bahkan ada yang menyimpang sama sekali. Di satu pihak ada penerima semua anak balita yang sesuai dengan petunjuk dari pusat namun masih ada anak balita BGM & 3T yang belum terliput. Hal ini antara lain karena PMTP diberikan hanya satu kali selama 3 bulan padahal menurut petunjuk pelaksanaan berjalan terus sampai semua balita BGM & 3T di daerah yang bersangkutan terliput dalam PMTP. Faktor faktor yang dapat diliput yang mengakibatkan kekurangtepatan penerima PMTP, antara lain: lokasi anak balita BGM & 3T yang ditunjuk oleh pelaksana di desa terlalu jauh dari pos pelaksanaan pembagian makanan tambahan (Tabel 3).

Tabel 3. Beberapa Faktor yang Berkaitan dengan Penyimpangan Penerima PMTP di Desa Penelitian

Faktor-faktor yang terliput	Desa *)
Lokasi balita BGM & 3T terisolir	Desa 2 - 4, 15 dan 16
Kesibukan pelaksana	Semua desa
Dana terbatas	Desa 1 - 8
Penetapan desa tidak sesuai	Desa 12
Sesuai pertanggung-jawaban administrasi	Semua desa
Norma kekeluargaan	Desa 5 - 14
Ibu balita penerima sibuk	Desa 5 dan 6
Anjuran tingkat kecamatan, kabupaten	Semua desa
Kelemahan pengawasan	Desa 2-8,11-12,15,16

*) Nomor desa sama dengan nomor urut desa pada Tabel 2.

Waktu yang tersedia bagi pelaksana umumnya terbatas sehingga tidak mungkin melaksanakan PMTP terus menerus. Karena umumnya pelaksana PMTP adalah kader gizi yang sudah berumah-tangga, dan juga sebagai kader PKK, dan/atau kader pembangunan lainnya yang mempunyai tugas cukup banyak. Ibu asuh pun tidak mungkin melaksanakan kegiatan PMTP terus-menerus karena mempunyai tugas pokok sebagai ibu rumah-tangga. Di samping itu, bila PMTP dilaksanakan terus-menerus oleh orang yang sama akan membosankan. Keadaan seperti ini ditemui di semua desa yang diteliti.

Dana terbatas untuk pelaksanaan PMTP dirasakan di sebagian besar desa yang diteliti. Sebenarnya, dari Pusat telah ditetapkan bahwa dana yang tersedia hanya berfungsi sebagai umpan untuk menimbulkan swadaya masyarakat. Namun dalam pelaksanaan, dari pengelola tingkat provinsi sampai pengelola di tingkat kecamatan, tujuan swadaya ini tidak lagi diprioritaskan, karena dirasakan sulit dan tidak ada gambaran untuk membangkitkan swadaya masyarakat. Di tingkat desa terdapat beragam sumber dana yang dapat digali untuk pelaksanaan PMTP, dengan catatan, untuk memenuhi pelaksanaan PMTP selama tiga bulan sesuai dengan pertanggung-jawaban administrasi yang secara tidak langsung juga dianggap sebagai petunjuk pelaksanaan. Di beberapa desa partisipasi masyarakat cukup tinggi meski terbatas dalam kelancaran pelaksanaan PMTP dengan menambah dana dalam bentuk bahan pangan. Seperti di Jawa Barat, di desa Sukamantri, sumbangan masyarakat berupa beras perelek dan di Sindangsari berupa buah dan sayur-mayur dari para ibu asuh. Di Jawa Timur sumbangan diberikan satu Yayasan Sosial berupa susu skim dan bulgur, dibagikan pada Purworejo, yang didukung oleh aktifitas PKK, dan di desa Wates, yang dibina oleh PKK Kecamatan disertai dana dari Pemerintah Dati I dan usaha lain dari Puskesmas Wates menjamin kelancaran pelaksanaan PMTP. Demikian pula di desa Semanu dengan didukung PKK dalam kaitan dengan usaha pengembangan Puskesmas. Jadi, di beberapa daerah tertentu dana bukan hambatan. Masalahnya, bagaimana usaha-usaha pimpinan setempat dalam menghimpun dana dan pengelolannya sesuai dengan yang digariskan dalam program untuk mencapai tujuan

menurunkan dan mencegah gizi kurang dan gizi buruk, disertai cara pendekatan agar tumbuh usana masyarakat menuju kemandirian. Adanya partisipasi masyarakat tersebut merupakan benih-benih yang berkaitan dengan kemandirian itu, meskipun dana untuk PMTP dari pusat dibatasi atau tidak disediakan sama sekali.

Pada umumnya liputan PMTP hanya mencakup anak balita yang tinggal dekat pos pelaksanaan PMTP. Hal ini dilakukan untuk mendapat kemudahan dalam pelaksanaan karena ibu balita yang tinggal jauh dari pos enggan datang ke lokasi pembagiian PMTP. Umumnya mereka beranggapan tidak menguntungkan dan membuang waktu hanya untuk mendapat satu porsi makanan. Apalagi pelaksanaan PMTP umumnya dilakukan pagi hari pada saat ibu rumahtangga sibuk. Begitu pula ibu-ibu rumahtangga yang juga harus mencari nafkah bagi keluarga jarang mengikuti kegiatan PMTP. Keadaan seperti ini juga ditemukan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Marloetmodjo dkk. (6).

Kesibukan merupakan alasan pelaksana di semua desa yang diteliti. Untuk mengurangi kesibukan, tiap pelaksana ditentukan piket agar pelaksanaan dapat dilakukan secara bergiliran atau dengan cara Ibu Asuh. Juga ada yang mengambil langkah dengan cara memberikan jatah bahan makanan untuk seminggu. Masalah yang timbul dengan cara pemberian seperti ini adalah bahwa anggota rumahtangga yang lain ikut mengkonsumsi jatah anak balita peserta PMTP. Bentuk makanan PMTP yang diberikan umumnya makanan lengkap : nasi, lauk pauk, sayur dan buah, sekali setiap hari atau seminggu sekali selama PMTP berjalan. Kecuali di Purworejo makanan diberikan dalam bentuk kering (kacang hijau, biskuit, makanan "precooked" buatan pabrik khusus untuk balita) seminggu sekali yang dimasak di rumah masing-masing ibu balita peserta PMTP. Sebelumnya ibu-ibu diberi penjelasan cara memasak makanan kecil dari bahan tersebut. Dengan demikian makanan lengkap tidak lagi berfungsi sebagai penambah kekurangan bahkan menjadi pengganti makanan di rumah.

Di samping alasan tersebut di atas juga tidak ada keberatan dari pihak kecamatan maupun kabupaten bahwa pelaksanaan PMTP hanya 3 bulan,

bahkan kebijaksanaan ini merupakan anjuran dari pengelola tingkat kecamatan dan kabupaten.

Pembuatan laporan pelaksanaan yang harus sesuai dengan pertanggung-jawaban administrasi juga mengakibatkan kegiatan PMTP tidak sesuai dengan petunjuk pelaksanaan dari Pusat (5). Ditambah lagi dengan lemahnya pengawasan di sebagian desa yang diteliti.

Di D.I. Yogyakarta pemberian PMTP juga ditujukan untuk mencegah memburuknya status gizi balita karena paceklik. Dengan demikian pelaksanaan PMTP hanya dilakukan pada masa paceklik. Karena pemberian PMTP dimaksudkan untuk mencegah memburuknya keadaan gizi maka anak balita yang menerima PMTP bukan hanya anak balita BGM & 3T yang telah terdaftar.

Bila dilihat dari permintaan daftar anak balita untuk rencana pelaksanaan PMTP jelas sudah diarahkan sesuai dengan jatah sekian anak kali tiga bulan, dengan catatan, daerah yang akan menerima sudah ditetapkan dulu baru daftar anak balita diminta. Jadi bukan berdasarkan jumlah anak balita BGM & 3T yang ada baru ditetapkan daerahnya. Hal ini mengakibatkan kekurangtepatan penetapan daerah pelaksanaan PMTP. Misalnya, desa Selang mendapat jatah PMTP padahal di desa tersebut tidak ada anak balita BGM & 3T. Setelah daftar nama anak dikirimkan tidak ada lagi pengecekan status gizi anak yang akan menerima PMTP.

Pemberian makanan tambahan pemulihan dimaksudkan untuk merangsang kegiatan gizi di desa yang bersangkutan. Jadi, ada tujuan lain yang diselipkan dalam pelaksanaan PMTP. Tujuan lain ini mengakibatkan daerah yang mendapat PMTP tidak tepat dan pada akhirnya anak balita yang menerima PMTP tidak selalu sesuai dengan petunjuk. Penyimpangan tujuan dalam pelaksanaan PMTP juga diungkapkan Underwood (7). Untuk memenuhi jumlah anak balita sesuai dengan jatah yang diberikan maka dimasukan anak balita yang tempat tinggalnya mudah dicapai. Maka masuklah anak balita yang tinggal dekat lokasi pembagian atau anak balita yang tinggal di sekitar rumah pelaksana, pada umumnya masih ada

masih ada hubungan keluarga dengan pelaksana. Penetapan penerima seperti ini tidak hanya untuk mencari kemudahan, tetapi juga karena pertimbangan hubungan keluarga. Apabila sebagai pelaksana tidak menyertakan anak saudara justru akan timbul masalah dalam hubungan kekeluargaan antara pelaksana dengan saudaranya yang mempunyai balita. Keadaan seperti ini merupakan norma yang berlaku di daerah yang diteliti. Keadaan seperti ini ditemui pula oleh Pudjiwati Sayogyo (2).

Faktor-faktor di atas umumnya merupakan faktor-faktor yang dapat dikendalikan, kecuali norma, yang berlaku dalam masyarakat. Namun demikian keterkendalian faktor-faktor di atas hanya merupakan sebagian dari faktor yang berpengaruh pada keberhasilan PMTP. Faktor yang tidak kalah pentingnya untuk perbaikan status gizi adalah pemutusan jalur infeksi. Pada anak giziburuk infeksi mempunyai peran yang penting. Apabila lingkungan anak balita tidak berubah maka kemungkinan kejadian infeksi akan berulang, dan keadaan gizi akan kembali memburuk. Dengan demikian, pelaksanaan PMTP harus pula disertai upaya pengobatan infeksi, peningkatan cara hidup sehat, perbaikan kebiasaan makan, dan pengurangan resiko infeksi sesuai dengan keadaan lingkungan hidup di daerah setempat.

SIMPULAN

Terdapat penyimpangan pada penerima PMTP bila dibandingkan dengan petunjuk dari Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Penerima PMTP tidak semuanya anak balita BGM & 3T, sebaliknya ada anak balita BGM & 3T yang tidak terliput dalam program PMTP.

Faktor yang berkaitan dengan penyimpangan tersebut adalah :

- a) Kesibukan pengelola PMTP di tingkat propinsi, kabupaten, kecamatan dan pelaksana di tingkat desa.
- b) Adanya tujuan lain dalam pelaksanaan PMTP.
- c) Kesibukan ibu balita BGM & 3T.
- d) Kemudahan dalam pelaksanaan.
- e) Norma hubungan persaudaraan yang berlaku dalam masyarakat.
- f) Benih-benih partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan PMTP dapat

dikembangkan melalui pengelolaan seperti digariskan dalam program PMTP.

- g) Lingkungan hidup, kebiasaan makanan keluarga serta penyakit infeksi.

S A R A N

1. PMTP masih perlu dikembangkan secara swadaya masyarakat disertai tatalaksana yang jelas sejalan dengan tujuan untuk membantu mempercepat peningkatan gizi anak. Kejelasan tujuan dapat membatasi penyimpangan pelaksanaan.
2. Sesuai dengan nama PMTP, menu lengkap yang berfungsi sebagai makanan pengganti hendaknya dibatasi dan diusahakan makanan kecil agar porsi cukup mengisi kekurangan gizi dan waktu untuk mempersiapkan makanan lebih singkat.
3. Kerjasama dengan PKK dalam kegiatan yang berkaitan dengan kegiatan PMTP perlu ditingkatkan.
4. Dalam pelaksanaan PMTP pengobatan infeksi harus dilakukan dengan disertai pendidikan cara hidup sehat dan kebiasaan makanan yang baik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada :

1. Kepala Direktorat Bina Gizi Masyarakat atas informasi dan dukungan dalam penelitian ini.
2. a. Para Pimpinan Kanwil/Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Timur dan pimpinan Dinas Kesehatan Dati II yang bersangkutan dengan penelitian ini.
b. Para Pimpinan Puskesmas, Pelaksana Gizi, Pimpinan Kecamatan, dan Desa yang bersangkutan dengan penelitian ini.
c. Para Pembina PKK dan anggota, Pelaksana Gizi di Kecamatan dan Desa tempat penelitian ini atas kerjasama dan dukungan sehingga pelaksanaan penelitian ini berjalan lancar.

RUJUKAN

1. Karyadi, Darwin dkk. 1971. Keadaan gizi kurang dan beberapa fungsi otak. Penelitian Gizi dan Makanan, Jilid 3.
2. Richardson, S.A. 1979. Severity malnutrition in infancy and its relation to later intelligence. Proceedings International Nutrition Conference. Behavioral effects of energy and protein deficits. U.S. Department of Health, Education and Welfare. WHO. Pub No.79-1906. August. pp.172-184.
3. Ubdibesua, Departemen kesehatan. 1982. Sistem kesenatan Nasional (SKN). Cetakan ke-2, Jakarta, 2 Maret.
4. Habicht, J.P. et al. 1981. Basic concept for design of evaluation of the impact of food and nutrition programme. Edit. Sahn David et al. Food and nutrition Bulletin. Supplement 8:1-25.
5. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. 1984. Petunjuk Pelaksanaan PMT Pemulihan dalam kegiatan UPGK 1984-1985. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan R.I. Jakarta, 28 April.
6. Martoatmodjo, dkk. 1984. Analisa situasi kini tentang isi dan pelaksanaan gizi dalam "primary health care". Penelitian Gizi dan Makanan. Jilid 7. Puslitbang Gizi, Bogor.
7. Underwood, A.B. 1982. Succes and failure of supplementary feeding programmes as a nutritional intervention. MIT. Cambridge, Massachusetts, USA.
8. Pudjiwati, Sayogyo. 1982. Peranan wanita dalam keluarga rumah-tangga dan masyarakat yang lebih luas di pedesaan Jawa. Tesis. Universitas Indonesia, Jakarta.