

PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN UNTUK PEMULIHAN  
(PMTP) ANAK BALITA GIZI BURUK:  
Studi Kasus di Lima Desa di Lima Propinsi

Oleh:  
Herman Sudiman

ABSTRAK. Pemberian Makanan Tambahan untuk Pemulihan (PMTP) anak balita gizi buruk merupakan salah satu kegiatan dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) dan sebagai intervensi langsung dalam menanggulangi masalah KKP pada anak balita. Usaha yang memerlukan banyak biaya ini belum memberikan hasil seperti yang diharapkan terutama aspek pemulihannya, karena berbagai hambatan pengeluaran di lapangan. Telah dilakukan penelitian di lima desa pemenang lomba desa UPGK tahun 1982 di lima propinsi yaitu desa Subuk di Propinsi Bali, Cibogo di Jawa Barat, Wlamar di Jawa Tengah, Tlasih di Jawa Timur dan Koto Hilalang di Sumatera Barat dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan PMTP di desa-desa tersebut serta untuk mencari aspek-aspek positif yang mungkin dapat dilaksanakan di desa lain. Kriteria penerima PMTP berbeda untuk masing-masing desa, tetapi pada umumnya tidak hanya gizi buruk, tetapi juga gizikurang dan gizisedang, kecuali di Tlasih. Prekuensi penyelenggaraan PMTP di Subuk dan Tlasih adalah sekali seminggu, sementara di desa lain setiap hari. Macam makanan yang diberikan di desa Cibogo, Wlamar, Koto Hilalang dan Subuk adalah makanan lengkap yang terdiri dari nasi, lauk dan sayur-mayur, sementara itu di desa yang disebut belakangan di samping makanan lengkap juga diberikan makanan kecil sementara di desa Tlasih PMTP diberikan dalam bentuk makanan kecil saja. Dari lima desa penelitiannya yang masih mempunyai data BB anak balita penerima PMTP serta catatan lain yang berkaitan dengan pelaksanaan PMTP, yaitu desa Wlamar dan Koto Hilalang, didapat gambaran perbaikan keadaan gizi anak balita penerima PMTP secara mengesankan, walaupun hal ini bukan karena PMTP saja, mungkin merupakan efek gabungan dari PMTP, pendidikan gizi dan faktor-faktor lain seperti pelayanan kesehatan dan program pembangunan lainnya. Namun pendidikan gizi kepada ibu penerima PMTP merupakan faktor penting dalam mempengaruhi keberhasilan PMTP di daerah tersebut.

## PENDAHULUAN

Kurang kalori protein (KKP) merupakan salah satu masalah utama di bidang gizi di Indonesia, sehingga upaya pencegahan dan penanggulangannya masih tetap mendapat prioritas tinggi dalam Repelita IV maupun Repelita V. Selama Repelita III, sekitar 30% anak balita menderita berbagai tingkat KKP dan 3% di antaranya tingkat berat (1). Berdasarkan hasil integrasi gizi dalam SUSENAS, angka tersebut telah turun, tinggal sekitar 12,5% (2), dan pada tahun 1987 turun lagi menjadi 11,1% (3).

KKP berat dapat mempengaruhi pertumbuhan fisik, perkembangan mental, angka kesakitan dan angka kematian (4). Telah banyak diketahui bahwa status gizi merupakan faktor penting yang menentukan derajat kesehatan, sehingga status gizi digunakan sebagai salah satu indikator kesehatan masyarakat.

Dalam upaya meningkatkan gizi masyarakat berbagai kegiatan telah dijalankan oleh pemerintah. Salah satu kegiatan gizi yang penting dan menempati posisi sentral dari berbagai kegiatan gizi lainnya adalah Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK). UPGK adalah suatu paket kegiatan yang terpadu guna menanggulangi masalah gizi, terutama KKP (5).

Pemberian Makanan Tambahan untuk Pemulihan anak balita gizibusuk (PMTP) merupakan salah satu kegiatan dalam UPGK dan merupakan aspek intervensi langsung dalam menanggulangi masalah KKP pada anak balita. Di samping itu PMTP juga merupakan satu kegiatan yang memerlukan pembiayaan cukup besar, bahkan pada waktu yang lampau pembiayaan PMTP merupakan bagian terbesar dari seluruh pembiayaan UPGK. Pada tahun anggaran 1982/1983, rata-rata 42% biaya UPGK di daerah Jawa, dialokasikan untuk pembiayaan PMTP (6).

Disadari bahwa PMTP mempunyai tujuan mulia serta langsung dapat dinikmati oleh kelompok masyarakat yang paling membutuhkan, tidaklah mudah dilaksanakan. Hasil pengamatan selama ini menunjukkan bahwa aspek pemulihan (rehabilitasi) dari PMTP belum tercapai. Keadaan ini antara lain disebabkan karena hambatan pengelolaan PMTP di lapang

yang meliputi beberapa masalah, misalnya: a) anak balita penderita giziburuk atau anak yang BB-nya di bawah garis merah (BGM) pada kurva Kartu Menuju Sehat (KMS) umumnya tersebar dan di satu pedukuhan hanya dijumpai 1-3 anak, sehingga PMTP kurang efisien, b) penentuan anggaran PMTP pada mulanya didasarkan pada jumlah anak di desa program dan dilakukan di tingkat pusat, sehingga sering tidak sesuai dengan situasi beberapa daerah, c) keragaman jumlah anak BGM di masing-masing desa di Jawa biasanya lebih banyak daripada di luar Jawa dan keadaan ini menyebabkan PMTP di Jawa seringkali hanya dapat menjangkau beberapa RW atau RK saja, d) biaya dari pusat biasanya baru sampai di daerah sekitar triwulan ke-3, sehingga kalau dijumpai anak BGM sebelum biaya turun tidak dapat ditangani, dan e) pelaksana cenderung berusaha menghabiskan dana untuk satu kali PMTP selama 2-3 bulan dengan jumlah peserta yang lebih banyak biasanya dipilih sasaran anak balita gizisedang dan gizikurang atau bahkan gizibaik.

Berdasarkan alasan-alasan tersebut di atas, telah dilakukan beberapa penelitian untuk mencari alternatif pemecahannya. Salah satu di antara penelitian-penelitian tersebut adalah penelitian yang dilakukan di desa-desa UPGK yang dianggap baik di lima propinsi. Dengan mendapatkan gambaran tentang cara-cara pelaksanaan PMTP di desa UPGK yang dianggap baik di masing-masing propinsi diharapkan dapat dicari aspek aspek positif yang mungkin dapat diterapkan di daerah lain.

#### METODA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan bagian dari "The Indonesian Nutrition Improvement Program (UPGK): A Case Study of Seven Villages", tahun 1982. Penelitian aspek pelaksanaan PMTP ini bersifat retrospektif dan hanya dilakukan di lima desa, yaitu desa Cibogo, Propinsi Jawa Barat; Wlahar, Jawa Tengah; Tlasih, Jawa Timur; Koto Hilalang, Sumatera Barat; dan Subuk, Bali. Data dikumpulkan dengan cara wawancara terhadap dokter Puskesmas, Petugas Gizi Puskesmas, Pamong Desa, tokoh masyarakat, kader gizi dan ibu yang anaknya menerima PMTP (ibu pengguna). Dilakukan pengamatan serta pemeriksaan dokumen dan laporan yang ada di

tingkat desa maupun di tingkat Puskesmas.

Keadaan sosial-ekonomi penerima PMTP didasarkan pada penilaian kepala desa dan ketua RW dengan petunjuk dari tim peneliti seperti berikut : keluarga dikategorikan dalam kelompok sosial-ekonomi baik bila setiap tahun keluarga yang bersangkutan tidak pernah kekurangan pangan dan bahkan dapat menjual sebagian besar hasil tani mereka untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari atau disimpan; kelompok sosial-ekonomi menengah yaitu kelompok keluarga yang setiap tahun tidak pernah kekurangan pangan dan dapat menjual sebagian kecil hasil tani mereka untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari atau disimpan; kelompok sosial-ekonomi rendah yaitu kelompok keluarga yang hampir selalu mengalami kekurangan pangan selama beberapa bulan setiap tahun.

Dari tiap-tiap desadiwawancara 5 orang kader gizi yang dipilih secara acak sederhana dan ibu pengguna dipilih dari ibu yang anaknya masih berumur kurang dari lima tahun dan masih aktif datang ke pos penimbangan. Status gizi anak penerima PMTP ditentukan atas dasar data berat badan menurut umur (BB/U) seperti yang tercantum dalam kartu menuju sehat (KMS) atau dalam buku catatan penimbangan bulanan serta buku catatan penerima PMTP.

Data yang diperoleh dari hasilwawancara dan pengamatan serta pencatatan dari data sekunder diolah dan dianalisis untuk mempelajari distribusi dan perbaikan status gizi anak sebelum dan sesudah menerima PMTP.

## HASIL DAN BAHASAN

### a. Sasaran PMTP.

Di desa Subuk, dari 130 anak balita yang terdaftar dalam pelayanan UPGK, terdapat 55 anak yang pernah menerima PMTP. Seluruh anak balita penerima PMTP tersebuttergolong gizisedang dan gizikurang (BB 70-79% baku) dan giziburuk (BB 60% baku = di bawah garis merah (BGM) pada kurva KMS). Sementara itu di desa Cibogo, tercatat 50 anak balita yang terdiri dari anak balita giziburuk dan anak balita yang tidak naik BB-nya dalam empatkali penimbangan atau tiga bulan berturut

turut (3T), sebagai penerima PMTP. Di desa Wlahar pada tahun 1981, 50 anak balita gizibaik, gizisedang, gizikurang dan giziburuk menerima PMTP. Pada tahun 1983, sebanyak 24 anak balita yang terdiri dari 18 anak balita gizisedang dan gizikurang serta 6 anak balita gizi buruk menerima PMTP tahap kedua. Di Koto Hilalang tercatat 34 anak balita penerima PMTP yang terdiri dari anak balita gizibaik, gizisedang, gizikurang dan giziburuk, dan di Tlasih tercatat 10 anak balita giziburuk yang menerima PMTP.

Kriteria anak balita penerima PMTP secara rinci disajikan pada Tabel 1. Dilihat dari kriteria penerima PMTP, tampak bahwa aspek pemulihan PMTP belum tercapai, karena sebagian besar penerima PMTP (sasaran) adalah anak balita yang tidak memerlukan makanan tambahan pemulihan (anak gizibaik, gizisedang dan gizikurang). Keadaan serupa juga ditemukan oleh Peter Berman, dkk. (6), maupun Iman Soemarmo, dkk (7). Berman dalam penelitiannya menemukan 90% penerima PMTP adalah anak gizibaik, gizisedang dan gizikurang dengan perbandingan 1 untuk gizibaik berbanding 2 untuk gizisedang dan giziburuk (6). Iman Soemarmo dalam penelitiannya menemukan 56,6% anak yang bukan sasaran, tetapi menerima PMTP, sebaliknya anak yang semestinya menerima PMTP (anak BGM) sebesar 47,3% malahan tidak menerima PMTP (7).

Tabel 1. Kriteria Anak Balita Penerima PMTP di Desa Penelitian.

Desa	Kriteria
Subuk	Gizisedang, gizikurang
Cibogo	Giziburuk, 3 kali tidak naik BB-nya (3T)
Wlahar	Gizisedang, gizikurang dan giziburuk
Tlasih	Giziburuk
Koto Hilalang	Gizisedang, gizikurang dan giziburuk

b. Waktu, Frekuensi dan Macam Makanan yang Diberikan dalam PMTP.

Berdasarkan konsep maupun petunjuk pelaksanaan (juklak) PMTP tahun 1983/1984 dan tahun 1984/1985, PMTP sebaiknya diberikan tiap hari, kecuali untuk daerah yang sulit dijangkau. Untuk daerah yang

sulit dijangkau, PMTP diberikan sekurang-kurangnya sekali per minggu dan sisanya diberikan dalam bentuk banan makanan mentah yang dibawa pulang. Di samping itu, PMTP semestinya diselenggarakan sepanjang masih ditemukan anak BGM (8-9). Temuan penelitian ini maupun penelitian-penelitian lain tentang pelaksanaan PMTP, menunjukkan bahwa frekuensi penyelenggaraan PMTP umumnya tidak tiap hari, sekalipun di daerah yang cukup mudah dijangkau. Tabel 2 menyajikan frekuensi penyelenggaraan PMTP, jumlah anak yang menerima (sasaran), serta macam makanan yang diberikan.

Tabel 2. Frekuensi Penyelenggaraan PMTP, Jumlah Anak yang Menerima, Macam Makanan dan Area yang Dicakup.

Daerah	Frekuensi/ minggu	Jumlah anak	Macam makanan	Area yang dicakup
Jateng 1*	6 kali	41	makanan lengkap/makanan kecil	1 desa
Jateng 2*	6 kali	50	6 x makanan lengkap; 4 x makanan kecil + 2 x makanan lengkap	1 desa
Jabar 1*	3 kali	110	1 x makanan lengkap + 2 x makanan kecil	1 desa
Jabar 2*	2 kali	25	1 x makanan lengkap + 2 x makanan kecil	1 desa
Yogya 1*	2 kali	40	2 x makanan lengkap	1 kmp.
Yogya 2*	7 kali	20	2 x makanan lengkap + 5 x makanan kecil	1 kmp.
Subuk	1 kali	185	makanan lengkap/makanan kecil	1 desa
Cibogo	1 kali	50	makanan lengkap	1 desa
Wlahar	1 kali	50	makanan lengkap	1 desa
Tlasih	1 kali	10**	makanan kecil	1 kec.
Koto Hilalang	2 kali	24	makanan lengkap/makanan kecil	1 desa

\* Berman, P. et al. (1982).

\*\* Jumlah anak yang berasal dari desa Tlasih saja.

Pada Tabel 2, tampak jelas bahwa 3 dari desa yang diteliti Berman, dkk, menyelenggarakan PMTP tiap hari, sedangkan sisanya 2-3 kali per minggu. Macam makanan yang diberikan dalam PMTP, bervariasi antara desa satu dengan lainnya. Terdapat beberapa desa yang memberi

memberikan makanan lengkap (nasi, lauk-pauk, sayur dan buah), dan yang memberikan makanan kecil (snack), ada pula yang memberikan makanan kecil dan makanan lengkap secara bergantian. Makanan kecil yang sering diberikan dalam penyelenggaraan PMTP adalah kacang hijau yang diolah menjadi bubur atau makanan lain, kue yang terbuat dari pisang, gula dan tepung (kue pisang, nogosari, pisang goreng). Di beberapa daerah juga diberikan susu yang didapat dari World Food Program (WFP) atau dari sumber lain.

Menurut juklak, PMTP diharapkan dapat memberikan sekitar 350 kalori dan 10-15 g protein per anak per hari. Dalam penelitian ini, informasi tersebut sulit didapat. Di beberapa desa berhasil dikumpulkan data tentang jumlah makanan yang dibagikan kepada anak tetapi di desa lainnya tidak. Di Subuk, di samping makanan masak yang dimakan bersama di balai desa, kepada anak juga diberikan makanan mentah yang dibawa pulang berupa kacang hijau sebanyak 750 g per anak, dan di Koto Hilalang kepada anak penerima PMTP juga diberi kacang hijau dan telur yang dibawa pulang (jumlah kacang hijau yang diberikan tidak dijelaskan). Di Wlahar dan Cibogo, anak penerima PMTP tidak mendapat bahan makanan mentah yang dibawa pulang, sebaliknya di Tlasih, anak penerima PMTP hanya menerima bahan makanan mentah berupa 2 butir telur ayam dan 420 g kacang hijau untuk satu minggu. Tujuan pemberian makanan mentah ini adalah agar bahan makanan tersebut diolah dan diberikan kepada anak balita yang bersangkutan pada hari-hari lainnya sehingga diperhitungkan anak akan mendapat PMTP setiap hari yang pengolahannya ditangani sepenuhnya oleh keluarga yang bersangkutan. Dalam kenyataannya ada sebagian yang dikonsumsi oleh anggota keluarga lain sehingga tambahan energi dan protein lebih rendah dari yang diperhitungkan. Berdasarkan pengakuan ibu pengguna, diperkirakan sekitar hanya sepertiga sampai setengah yang sampai kepada sasaran. Masalah lainnya, yaitu dengan tambahan itu apakah masukan makanan yang berasal dari menu keluarga tidak berkurang, hal ini tidak ditelusuri lebih lanjut dalam penelitian ini. Menurut ibu pengguna, masukan makanan

dari menu keluarga tidak berubah, ini berarti bahwa makanan tambahan betul-betul berfungsi sebagai tambahan (suplemen) dan bukan pengganti (substitusi). Dari data yang didapat tampak jelas bahwa jumlah makanan yang diberikan bervariasi antara desa satu dengan desa lainnya dan variasi jumlah ini tidak berkaitan dengan variasi kekurangan (defisit) energi yang dialami masing-masing anak, tetapi semata-mata karena kebijaksanaan pelaksana setempat. Dengan demikian jumlah PMTP yang diberikan belum tentu dapat menutupi defisit yang dialami oleh anak. Memperhatikan frekuensi pemberian, macam serta jumlah makanan yang diberikan dalam PMTP, memperkuat dugaan bahwa PMTP tidak secara tegas untuk pemulihan, tetapi cenderung lebih menekankan pada aspek pendidikan gizi dan kepraktisan dalam pelaksanaan. Pendidikan gizi dalam PMTP bertujuan agar ibu-ibu yang anaknya menerima PMTP dapat memberikan makanan kepada anaknya sesuai dengan pengalaman yang didapat selama mengikuti PMTP tanpa menambah anggaran belanja keluarga. Data terinci mengenai frekuensi penyelenggaraan PMTP, jumlah anak yang diikuti sertakan, area atau daerah yang dicakup serta macam makanan yang diberikan, disajikan pada Tabel 2.

#### *e. Pengaruh PMTP pada Keadaan Gizi Anak Balita*

Tujuan utama PMTP adalah memulihkan/meningkatkan keadaan gizi anak balita penerima PMTP, dari keadaan giziburuk menjadi gizibaik. Sebenarnya apabila ingin melihat pengaruh PMTP pada keadaan gizi anak balita, diperlukan penelitian khusus dengan menggunakan kelompok kontrol, serta faktor-faktor atau peubah-peubah lain dikendalikan, sehingga PMTP merupakan satu-satunya peubah pembeda, tetapi secara etis tidak mungkin menggunakan kontrol dalam penelitian semacam ini. Dengan menganalisis data pertambahan BB anak seperti yang tercantum dalam KMS maupun buku catatan khusus tentang pelaksanaan PMTP dapat dipelajari kecenderungan keberhasilan PMTP termaksud, karena proses pembangunan yang mencakup pembangunan pelayanan kesehatan serta pembangunan ekonomi dan lain-lain yang dapat terpengaruh terhadap perbaikan gizi anak dapat dikatakan merata untuk masing-masing

desa dan dapat dinikmati oleh seluruh anak di desa yang bersangkutan. Dengan kata lain keluarga-keluarga yang anaknya menerima PMTP mempunyai kesempatan yang tidak berbeda dalam memperoleh pelayanan kesehatan serta pelayanan-pelayanan lain yang dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi anak mereka.

Dari 5 desa yang melaksanakan PMTP, hanya 2 desa, yaitu desa Wlahar dan Koto Hilalang yang masih menyimpan data pelaksanaan PMTP (meliputi data BB anak sejak awal sampai akhir pelaksanaan PMTP serta data lainnya). Dari kedua desa tersebut terdapat 32 anak yang mempunyai catatan lengkap. Walaupun jumlah ini tidak dapat mewakili seluruh anak balita penerima PMTP, namun sekurang-kurangnya dapat memberi gambaran yang cukup menarik. Dalam uraian berikut, bahasan dipusatkan pada 32 anak tersebut.

Keadaan sosial-ekonomi penerima PMTP adalah sebagai berikut: 19% termasuk kelompok baik, 34% menengah dan 47% rendah.

Dari data yang berhasil dikumpulkan, ternyata keadaan gizi anak balita pada saat penelitian adalah 47% gizibaik, 53% gizisedang dan gizikurang serta 0% giziburuk. Perubahan keadaan gizi pada awal dan akhir pemberian PMTP serta pada saat penelitian, disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Perubahan Keadaan Gizi Anak Balita pada Awal, Akhir dan Saat Penelitian.

Keadaan gizi	Awal	Akhir	Saat penelitian
Gizibaik	19%	31%	47%
Gizisedang dan kurang	72%	69%	53%
Giziburuk	9%	0%	0%

Berdasarkan keterangan kader, baik di Wlahar maupun di Koto Hilalang, kriteria penerima PMTP adalah anak balita gizisedang, gizi kurang dan giziburuk. Namun kenyataannya, 19% dari penerima PMTP

adalah anak balita gizibaik, 72% gizisedang dan gizikurang, serta 9% giziburuk. Setelah pemberian PMTP, distribusi anak menurut keadaan gizi mereka adalah : 31% gizibaik, 69% gizisedang dan gizikurang, serta 0% giziburuk. Data ini memberi gambaran bahwa pemberian PMTP mempunyai dampak positif pada keadaan gizi anak penerima PMTP. Apabila keadaan gizi anak dikategorikan dalam 5 kategori, yaitu 55-60, 61-66%, 67-73%, 74-79% dan >79%, dengan maksud untuk melihat lebih tajam kenaikan BB, ternyata 56% anak mengalami kenaikan satu kategori atau lebih, 41% tidak mengalami perubahan dan 9% turun satu kategori. Kelompok anak yang keadaan gizinya turun satu kategori, semua terdiri dari anak gizibaik ( >80% baku BB). Dampak positif dari PMTP tampaknya berkait dengan umur anak. Anak umur 1-2 tahun pada awal PMTP, 71% di antaranya mengalami peningkatan status gizi 1 kategori dan 29% tidak mengalami peningkatan, sedangkan anak yang lebih tua (>2 tahun) maupun yang lebih muda (<1 tahun), jumlah yang mengalami peningkatan status gizinya hanya 33% dan 50% tetap serta 12% turun.

Bila diperhatikan faktor yang lebih berpengaruh pada masalah gizi buruk pada anak balita di desa penelitian bukan karena kekurangan pangan pada tingkat keluarga, tetapi lebih cenderung karena interaksi yang kompleks antara faktor fisik, sosial-ekonomi, lingkungan dan praktek pemberian makanan kepada anak. Dengan demikian pemecahan masalah ini tidak dapat hanya dengan PMTP saja. Pendidikan kepada ibu anak balita tentang cara memberikan makanan kepada anak balita yang meliputi frekuensi makan, persiapan dan pengolahan makanan dan lain hal yang berkaitan dengan masalah tersebut memegang peranan lebih penting daripada pendidikan gizi yang bersifat umum. Dengan demikian pendidikan gizi selama PMTP sangat penting.

Perbaikan status gizi selama PMTP memberi petunjuk cukup mengembirakan. Hal yang perlu diperhitungkan dalam melihat perbaikan keadaan gizi anak balita penerima PMTP ini adalah, walaupun pada mulanya PMTP yang diberikan selama program mungkin jumlahnya lebih kecil dari tingkat defisit energi masing-masing anak, tetapi pada

tanpa; berikutnya mungkin ibu-ibu telah mempraktekkan pengetahuan yang didapat selama anaknya menerima PMTP, sehingga akhirnya PMTP dapat memenuhi defisit energi masing-masing anak. Husaini, Y. dkk. (10) menemukan bahwa tanpa PMTP dan hanya dengan intervensi pendidikan gizi dan kesehatan selama 6 bulan serta pengobatan terhadap infeksi yang diderita anak balita dapat meningkatkan keadaan gizi anak sebagai berikut : dari 32 anak marasmus: 11 anak (34,4%) tetap, 14 anak (43,4%) menjadi KKP sedang, 5 anak (15,6%) menjadi gizisedang dan 2 anak (6,3%) gizibaik. Sementara itu dari 14 anak marasmik kwashiorkor; 2 anak (14,3%) tetap, 8 anak (57,1%) KKP sedang, 3 anak (21,4%) KKP ringan, 1 anak (7,1%) gizibaik dan dari 3 anak kwashiorkor ini semua mengalami perbaikan: masing-masing seorang menjadi gizibaik, KKP sedang dan ringan. Tidak didapat gambaran penurunan prevalensi giziburuk dari 41 anak balita yang tidak selesai mengikuti program pendidikan gizi (drop out). Temuan penelitian tersebut memberi gambaran bahwa pendidikan gizi memegang peranan penting dalam perbaikan gizi anak balita. Yang masih menjadi pertanyaan: bagaimana perkembangan keadaan gizi mereka setelah PMTP selesai? Apakah mereka dapat tetap bertahan pada keadaan gizi baik, atau kembali pada keadaan seperti sebelum menerima PMTP.

Walaupun jumlah sampel anak penerima PMTP kecil untuk dapat mengambil kesimpulan secara umum tentang pengaruh PMTP pada keadaan gizi anak, masih tetap menarik membandingkan hasil positif di dua desa, yaitu desa Wlahar dan Koto Hilalang, dengan hasil yang sangat terbatas di Tlasi. Di Wlahar dan Koto Hilalang, PMTP dilaksanakan melalui pendekatan tradisional, yaitu PMTP diberikan pada sekelompok anak dalam jumlah relatif besar dan dalam waktu relatif lama. Makanan dengan nilai gizi bervariasi disiapkan oleh kader gizi atau anggota PKK. Pelaksanaan PMTP berlangsung di Balai Desa atau Kantor Desa. Pendekatan seperti ini mempunyai beberapa keuntungan, di antaranya : kemudahan pengelolaan; merupakan aktifitas sosial yang mempunyai keuntungan pada pembangkitan dan peningkatan peran serta ibu-ibu; kader dan anggota PKK lain yang ikut menyiapkan makanan

mendapat kesempatan mengintegrasikan pendidikan gizi melalui kegiatan ini, apalagi bila para kader diberi bekal yang cukup tentang makanan untuk anak giziburuk. Keuntungan lain, yaitu makanan yang diberikan di Balai Desa dan dimakan bersama-sama, mengurangi kemungkinan terjadinya "kebocoran" yaitu PMTP dimakan oleh lain anggota keluarga (kakak, adik, anggota keluarga lainnya) sebagaimana sering terjadi bila makanan dibawa pulang. Muhilal, dkk. (11) menemukan bahwa pemberian PMTP dalam bentuk bahan makanan campuran (BMC) tanpa diolah dan dimakan bersama yang dijalankan dalam program UPGK, memberi hasil perbaikan gizi hampir sama dengan pemberian BMC terolah yang dimasak oleh keluarga di rumah. Peneliti ini juga menemukan bahwa PMT selama 3 bulan belum berhasil memulihkan sebagian penderita KKP.

Pendekatan PMT dengan cara makan bersama selama 90 hari merupakan satu langkah mundur, karena dengan PMTP pada satu periode (90 hari) untuk sekelompok anak gizibaik, gizisedang, gizikurang dan giziburuk, tidak akan dapat mencapai anak giziburuk yang datang di luar waktu tersebut.

Tampak kontras pendekatan PMTP cara baru yang dilaksanakan di Tlasi, yang juga mempunyai beberapa keuntungan maupun kerugian. Pendekatan baru ini lebih dekat atau sesuai dengan pendekatan epidemiologis penderita giziburuk. Dengan cara ini, anak balita giziburuk mengikuti PMTP sampai menjadi gizibaik (sembuh) dan apabila terdapat giziburuk yang baru sementara PMTP masih sedang berjalan, gizi buruk yang baru tersebut dapat langsung mengikuti PMTP. Cara ini lebih efisien dan dapat menghindari ketidaktepatan sasaran (penyertaan anak gizibaik dalam PMTP). Dalam kondisi supervisi yang jarang, sistem pemberian makanan yang dibawa pulang memperbesar peluang kebocoran (anggota keluarga lain : kakak, adik, dan lain-lain ikut mengkonsumsi paket PMTP). Dalam keadaan demikian, agar anak penerima PMTP dapat menerima tambahan energi yang dibutuhkan, maka paket harus diperbesar. Ini berarti tidak efisien lagi. Di samping itu walaupun tidak disertai upaya tindak lanjut oleh staf Puskesmas, cara

ini cukup memakan waktu dan tenaga. Kerugian lain yaitu keterlibatan kader, ibu PKK dan ibu-ibu yang anaknya menerima PMTP tidak ada sehingga kemungkinan upaya membangkitkan peranserta masyarakat secara keseluruhan dalam rangka mengatasi masalah mereka sendiri semakin sulit.

Dari pengamatan di 3 desa tampak bahwa pendekatan melalui makan bersama lebih memberikan hasil, walaupun kurang efisien dan mahal. Untuk meningkatkan efisiensi serta menekan biaya, gabungan dua cara pendekatan tersebut merupakan salah satu alternatif. Di samping itu peranserta dan swadaya masyarakat dalam membiayai PMT sangat berperan dalam kelangsungan upaya ini. Swadaya masyarakat dalam pembiayaan PMT tampak nyata di desa Wlahar. Hal ini sesuai dengan yang digoriskan dalam Repelita V, yaitu agar PMT lebih diarahkan melalui swadaya masyarakat (3).

#### RUJUKAN

1. Indonesia. Rencana Pembangunan Lima Tahun Keempat 1984/1985 - 1988/1989. Buku III.
2. Surbakti, S. 1986. Integrasi gizi dalam SUSENAS. PROSIDING Kur - sus Penyegar Ilmu Gizi dan Kongres VII PERSAGI. Jakarta, 25-27 Nopember.
3. Indonesia. Rencana Pembangunan Lima Tahun Kelima 1989/1990-1993/1994 Bab 10 dan Bab 23.
4. Karyadi, D.; S. Soewondo dan Tjahjadi. 1977. Keadaan gizikurang dan beberapa aspek fungsi otak. Penelitian Gizi dan Makanan I : 11.
5. Tarwotjo, Ig. et al. 1983. Buku Pedoman Petugas Lapangan UPGK. Jakarta, Direktorat Gizi.
6. Berman, P. et al. 1982. Final report of the DEPKES-UNICEF. Review of the supplementary feeding activities, Jakarta, Indonesia, November.
7. Soemarno, I. dkk. 1987. Evaluasi sasaran dan penerimaan pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT) di daerah UPGK. Laporan Penelitian Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Depkes RI, Bogor.

8. Indonesia, Departemen Kesehatan, 1983. Petunjuk pelaksanaan PMT Pemulihan dalam kegiatan UPGK tahun 1983/1984. Direktorat Gizi, Depkes RI, Jakarta.
9. Indonesia, Departemen Kesehatan, 1984. Petunjuk pelaksanaan PMT Pemulihan dalam kegiatan UPGK tahun 1984/1985. Direktorat Gizi Depkes RI, Jakarta.
10. Husaini, Y.K., Zein Sulaeman, Sri Mulyati Basuki, Darwin Karya-dj, Paul Matulessy, Samsudin. 1986. Outpatient rehabilitation of severe protein energy malnutrition (PEM). Food and Nutrition Bulletin, Vol.2X No.2.