

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Gambaran Umum Provinsi DKI Jakarta

##### 5.1.1 Geografis

Jakarta merupakan ibukota Indonesia dengan luas wilayah 661,26 km<sup>2</sup>. Terletak antara 6<sup>o</sup>, 12' lintang selatan dan 106<sup>o</sup>, 48' bujur timur serta 7 meter diatas permukaan laut.

Batas wilayah DKI Jakarta adalah sebagai berikut :

1. Sebelah selatan berbatasan dengan : Sawangan dan kota Depok
2. Sebelah barat berbatasan dengan : Kota Tangerang
3. Sebelah utara berbatasan dengan : Laut Jawa
4. Sebelah timur berbatasan dengan : Kota Bekasi

Provinsi DKI Jakarta terdiri dari lima Kota yaitu : Jakarta Utara , Jakarta Barat, Jakarta Timur, Jakarta Selatan, Jakarta Pusat dan Kabupaten Kepulauan Seribu. Setiap Kota dan Kabupaten memiliki Kecamatan dan Kelurahan yang dapat dilihat di tabel 5.1

**Tabel 5.1**  
**Jumlah Kecamatan dan Kelurahan Serta Luas Wilayah**  
**Di DKI Jakarta Tahun 2008**

No	Kota/Kabupaten	Jumlah Kecamatan	Jumlah Kelurahan	Luas Wilayah (Km <sup>2</sup> )
1	Jakarta Utara	6	31	142,30
2	Jakarta Barat	8	56	126,15
3	Jakarta Timur	10	65	187,73
4	Jakarta Selatan	10	65	145,37
5	Jakarta Pusat	8	44	47,90
6	Kepulauan Seribu	2	6	11,81

Sumber : Jakarta Dalam Angka, 2005/2006

### 5.1.2. Penduduk

Jumlah penduduk di DKI Jakarta Tahun 2004 adalah : 8.725.630 juta jiwa dengan kepadatan 13.141 ribu per Km<sup>2</sup>. Penyebaran penduduk di DKI Jakarta tidak merata, terpadat di Jakarta Pusat . Jumlah penduduk laki-laki 4.372.337 juta jiwa dan penduduk perempuan 4.353.293 juta jiwa. Jumlah penduduk miskin adalah 277,1 ribu jiwa atau sekitar 3,18 % dari total penduduk DKI Jakarta. Sedangkan jumlah keluarga prasejahtera adalah 9.039 ribu keluarga dari 1.492.090 total jumlah kepala keluarga.

### 5.1.3 .Pendidikan

Persentase penduduk yang buta huruf Tahun 2004 adalah 1.56 % dimana jumlah penduduk laki-laki yang buta huruf 0.78 % dan perempuan 2.33 %. Persentase penduduk usia diatas 10 tahun menurut status pendidikan di DKI Jakarta adalah tamat SD 20.29 %, tamat SLTP dan sederajat 21.53 %, tamat SMU 27.01 % dan tamat SMK 9.14 % , dan tamat diploma dan sarjana 10.99 %.

### 5.1.4 .Higiene dan Sanitasi

Persentase rumah tangga sehat di DKI Jakarta adalah 31.28 %. Persentase tempat umum dan pengelolaan makanan sehat adalah 52.94 % yang terdiri dari hotel sehat 52.84 %, restoran/rumah makan sehat 42.96 %, pasar sehat 34.78 %, TUPM lainnya yang sehat 62.50 %. Persentase rumah tangga menurut jenis lantai di DKI Jakarta yang bukan tanah 96.15 % dan lantai tanah 3.85 %. Persentase sumber air minum di DKI Jakarta yang sumber air minum terlindung 99.52 % yang terbanyak berasal dari air ledeng 48.6%. Persentase rumah tangga menurut tempat pembuangan air besar adalah WC dengan leher angsa sebanyak 82.9 % , hanya 0.16 % yang tidak memakai jamban. Sedangkan penampungan akhir kotoran/tinja yang terbanyak adalah dengan tangki septi 85.3 % dan yang kesungai 4.23%.

#### **5.1.5 .Gizi dan Kesehatan**

Persentase pemberian ASI eksklusif di DKI Jakarta Tahun 2004 sebanyak 79.42% dari total bayi 56.329 ribu. Angka kematian bayi Tahun 2002-2003 adalah 35/1000 kelahiran. Persentase balita menurut status gizi dimana gizi baruk 6.36 %, gizi kurang 16,71%, gizi baik 71,78 %, gizi lebih 5,15%. Cakupan balita yang mendapat pelayanan kesehatan 99,54%. Ibu hamil yang mendapat pelayanan kesehatan 21,63%. Bayi BGM gakin yang mendapat MP-ASI 17,85% . Balita gizi buruk dapat pelayanan kesehatan 60,20%.

#### **5.1.6 .Pelayanan Kesehatan**

Puskesmas yang berada di DKI Jakarta berjumlah 333 buah yang terdiri dari Puskesmas Kecamatan 44 buah dan 289 Puskesmas kelurahan. Jumlah rumah sakit 113 buah dimana 15 dikelola Pemerintah, 9 dikelola TNI/POLRI, 6 dikelola Departemen lain/BUMN, 83 dikelola oleh swasta. Jumlah total Posyandu adalah 3.553 buah

Sumber daya manusia di bidang kesehatan adalah tenaga medis 4.349 orang, keperawatan 17.065 orang, kefarmasian 1.359 orang, gizi 308 orang, kesehatan masyarakat 1.606 orang, fisioterapi 312 orang, teknis medis 1.992 orang total SDM kesehatan 28.977 orang (BPS, 2006).

## 5.2 Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel dependen adalah status gizi balita (BB/U) dan variabel independen adalah umur balita, jenis kelamin balita, pendidikan ibu, umur ibu, kesukaan terhadap PMT-P, PMT-P dapat dihabiskan, jenis PMT-P yang diberikan dan kunjungan petugas ke rumah balita.

### 5.2.1 Status Gizi Balita (BB/U)

Pada tabel 5.2 dari 321 balita yang telah mendapat PMT-P yang diukur status gizinya terdapat 61 orang (19 %) yang berstatus gizi baik sedangkan yang berstatus gizi kurang 48.6 % dan status gizi buruk 32.4%. Dari data didapatkan rata-rata z-score berat badan menurut umur adalah -2.64 dengan standar deviasi sebesar  $\pm 0.796$ . Nilai minimum adalah -4.66 dan nilai maksimumnya 2.043.

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Status Gizi (BB/U) Balita Setelah Mendapat PMT-P**  
**di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

No	Status Gizi Balita (BB/U)	Frekuensi	Persentase (%)
1	Gizi Buruk	104	32.4
2	Gizi Kurang	156	48.6
3	Gizi Baik	61	19
	Jumlah	321	100

### 5.2.2 Karakteristik Balita

Pada table 5.3 dapat dilihat dari 321 balita yang telah mendapat PMT-P lebih banyak perempuan yaitu sebanyak 178 orang (55.5%) dan yang laki-laki sebanyak 143 (44.5%) . Sedangkan kelompok umur Balita yang telah mendapat PMT-P lebih banyak pada kelompok umur > 24 bulan yaitu sebanyak 252 orang (78.5%) sedangkan yang berumur 6-24 bulan hanya 69 orang (21.5%). Dari data didapatkan rata-rata umur balita yang telah mendapat PMT-P adalah 34.88 bulan dengan standar deviasi sebesar  $\pm$  11.738 bulan . Umur minimum adalah 12 bulan dan maksimum adalah 59 bulan .

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita Yang Telah Mendapat PMT-P**  
**di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

Karakteristik Balita		Frekuensi	Persentase(%)
1	Jenis Kelamin		
	Perempuan	178	55.5
	Laki-laki	143	44.5
	Jumlah	321	100
2	Umur		
	> 24 Bulan	252	78.5
	6 -24 Bulan	69	21.5
	Jumlah	321	100

### 5.2.3. Karakteristik Ibu

Pada tabel 5.4 dapat dilihat pendidikan ibu balita yang telah mendapat PMT-P lebih banyak adalah berpendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, SD, tidak tamat SMP, SMP) yaitu sebanyak 235 orang (73.2 %) dan umur ibu balita yang telah mendapat PMT-P lebih banyak adalah kurang dari 20 tahun dan lebih dari 30 tahun yaitu sebanyak 175 orang (54.5 %). Dari data di dapat rata-rata umur ibu adalah 31.2 tahun dengan standar deviasi sebesar  $\pm 6.7$  tahun. Umur ibu paling muda adalah 14 tahun dan umur paling tua adalah 56 tahun.

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Balita Yang Telah Mendapat PMT-P di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

	<b>Karakteristik Ibu</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase(%)</b>
1	Tingkat Pendidikan		
	Rendah ( $\leq$ SMP)	235	73.2
	Tinggi ( $\geq$ SMU)	86	26.8
	Jumlah	321	100
2	Umur Ibu		
	< 20 tahun dan >30 tahun	175	54.5
	20-30 tahun	146	45.5
	Jumlah	321	100

#### 5.2.4 Karakteristik PMT-P

Pada tabel 5.5 dapat dilihat kesukaan balita terhadap PMT-P yang diberikan lebih banyak adalah ya suka yaitu sebanyak 237 orang (73.8 %) dan lebih banyak balita yang dapat menghabiskan PMT-P yang diberikan yaitu sebanyak 214 orang (66.7 %) serta jenis makanan PMT-P yang diberikan pada balita paling banyak adalah berupa susu dan biskuit adalah sebanyak 250 orang (77.9 %).

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik PMT-P Pada**  
**Balita Yang Telah Mendapat PMT-P**  
**di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

	<b>Karakteristik PMT-P</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase(%)</b>
1	Kesukaan terhadap PMT-P		
	Tidak	84	26.2
	Ya	237	73.8
	Jumlah	321	100
2	PMT-P yang dihabiskan		
	Tidak	107	33.3
	Ya	214	66.7
	Jumlah	321	100
3	Jenis Makanan Untuk PMT-P		
	Biskuit	16	5
	Susu	55	17.1
	Susu dan biskuit	250	77.9
	Jumlah	321	100

### 5.2.5 Kunjungan petugas

Dari 321 balita yang telah mendapat PMT-P ternyata hanya 139 orang balita (43.3 ) yang pernah dikunjungi petugas rumahnya sedangkan 182 orang balita (56.7 %) tidak pernah dikunjungi oleh petugas rumahnya . Secara lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.6

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Kunjungan Petugas Ke Rumah Balita**  
**Yang Telah Mendapat PMT-P**  
**di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

No	Kunjungan petugas kerumah balita	Frekuensi	Persentase(%)
1	Tidak	182	56.7
2	Ya	139	43.3
	Jumlah	321	100

### 5.3 Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel dependen (status gizi balita) dan variabel independen (umur anak, jenis kelamin anak, pendidikan ibu, umur ibu, kesukaan anak terhadap PMT-P yang diberikan, kemampuan anak untuk menghabiskan PMT-P, Jenis PMT-P yang diberikan dan kunjungan petugas kerumah balita) dengan menggunakan uji Chi square.

#### 5.3.1 Hubungan Karakteristik Balita Dengan Status Gizi (BB/U)

Tabel 5.7 menyajikan hubungan karakteristik balita dengan status gizi. Hubungan jenis kelamin balita dengan status gizi didapatkan proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada perempuan yaitu 68 orang (38.2 %) sedangkan proporsi balita gizi kurang lebih banyak pada laki-laki yaitu 80 orang (55.9 %) dan 76 orang (42.7%) pada perempuan. Serta Proporsi balita gizi baik lebih banyak dengan perempuan yaitu 34 (19.1 %) sedangkan yang laki-laki 27 orang (18.9%). Hasil uji statistik terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin balita dengan status gizi (P value = 0.03) Hubungan umur balita dengan status gizi didapatkan proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada umur  $\geq$  24 bulan sebanyak 85 anak (33.7%), sedangkan proporsi balita gizi kurang lebih banyak pada umur  $\geq$  24 bulan sebanyak 123 anak (48.8 %) dan yang berumur 6-24 bulan sebanyak 33 orang (47.8%) serta proporsi balita gizi baik lebih banyak pada umur 6-24 bulan sebanyak 17 orang (24.6%). Hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur balita dengan status gizi (P value = 0.346)



**Tabel 5.7**  
**Hubungan Karakteristik Balita Dengan Status Gizi (BB/U) Balita Yang Telah Mendapat PMT-P di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

Karakteristik Balita	Status Gizi (BB/U)						Jumlah		P value
	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		n	%	
	N	%	N	%	N	%			
<b>1</b> Jenis kelamin									0.03*
Perempuan	68	38.2	76	42.7	34	19.1	178	100	
Laki-laki	36	25.2	80	55.9	27	18.9	143	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	
<b>2</b> Umur Balita									0.346
≥ 24	85	33.7	123	48.8	44	17.5	252	100	
6-24	19	27.5	33	47.8	17	24.6	69	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	

\* P value < 0.05 = bermakna

### 5.3.2 Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi (BB/U) Balita

Tabel 5.8 menyajikan hubungan karakteristik ibu dengan status gizi. Proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada ibu dengan pendidikan rendah yaitu 82 (34.9%) dan ibu dengan pendidikan tinggi sebanyak 22 orang (25.6%), sedangkan proporsi balita gizi kurang lebih banyak pada ibu dengan pendidikan tinggi yaitu 52 (60.5 %) serta proporsi balita gizi baik lebih banyak pada pendidikan ibu rendah yaitu 49 (20.9 %). Hasil uji statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status gizi (P value = 0.036). Hubungan umur ibu dengan status gizi didapatkan proporsi balita gizi buruk lebih banyak ditemukan pada ibu umur 20-30 tahun yaitu 49 orang (33.6%) sedangkan yang berumur < 20 tahun dan >30 tahun hanya 55 orang (31.4%) , untuk proporsi balita gizi kurang sama yaitu 48.6% antara umur < 20 tahun dan >30 tahun dengan ibu berumur 20-30 tahun. Serta proporsi balita gizi baik lebih banyak pada ibu berumur < 20 tahun dan >30 tahun

yaitu 35 orang (20%). Hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan status gizi (P value = 0.855).

**Tabel 5.8**  
**Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi (BB/U) Balita Yang Telah Mendapat PMT-P di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

Karakteristik Ibu	Status Gizi (BB/U)						Jumlah		P value
	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
1 Pendidikan ibu									0.036*
Rendah ( $\leq$ SMP)	82	34.9	104	44.3	49	20.9	235	100	
Tinggi ( $\geq$ SMU)	22	25.6	52	60.5	12	14	86	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	
2 Umur Ibu									0.855
< 20 tahun dan >30 tahun	55	31.4	85	48.6	35	20	175	100	
20-30 Tahun	49	33.6	71	48.6	26	17.8	146	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	

\* P value < 0.05 = bermakna

### 5.3.5 Hubungan Kesukaan Balita Terhadap PMT-P Dengan Status Gizi

Tabel 5.15 menyajikan hubungan kesukaan balita terhadap mendapat PMT-P dengan status gizi. Proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada balita yang tidak suka PMT-P yang diberikan 30 (35.7 %) sedangkan balita yang suka PMT-P yang diberikan adalah 31.2% . Pada proporsi balita gizi kurang lebih banyak pada balita yang tidak suka PMT-P yang diberikan 52 orang (50 %) dan yang suka PMT-P sebanyak 114 orang (48.1%), serta balita gizi baik lebih banyak pada yang suka PMT-P yang diberikan 49 (20.7 %). Hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kesukaan terhadap PMT-P dengan status gizi (P value = 0.414)

**Tabel 5.15**  
**Hubungan Kesukaan Terhadap PMT-P**  
**Dengan Status Gizi (BB/U) Balita Yang Telah Mendapat PMT-P di Provinsi**  
**DKI Jakarta Tahun 2005**

Kesukaan terhadap PMT-P	Status Gizi (BB/U)						Jumlah		P value
	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		N	%	
	N	%	n	%	n	%			
Tidak	30	35.7	42	50	12	14.3	84	100	0.414
Ya	74	31.2	114	48.1	49	20.7	237	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	

### 5.3.6 Hubungan PMT-P Yang Dihakiskan Dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.16 menyajikan hubungan PMT-P yang dihabiskan dengan status gizi. Proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada balita yang dapat menghabiskan PMT-P yaitu 70 orang (32.7%) dan yang tidak dapat menghabiskan adalah 34 orang (31.8), sedangkan proporsi balita gizi kurang lebih banyak pada PMT-P yang tidak habis yaitu 59 (55.1%) serta proporsi balita gizi baik lebih banyak pada PMT-P yang dapat dihabiskan 47 (22%). Hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara PMT-P yang dihabiskan dengan status gizi (P value = 0.111)

**Tabel 5.16**  
**Hubungan PMT-P Yang Dihakiskan Dengan Status Gizi (BB/U) Balita Yang Telah Mendapat PMT-P di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

PMT-P yang dihabiskan	Status Gizi (BB/U)						Jumlah		P value
	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Tidak	34	31.8	59	55.1	14	13.1	107	100	0.111
Ya	70	32.7	97	45.3	47	22	214	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	

### 5.3.7 Hubungan Jenis Makanan PMT-P Dengan Status Gizi (BB/U) Balita.

Tabel 5.17 menyajikan hubungan jenis makanan PMT-P yang diberikan dengan status gizi. Proporsi balita gizi buruk paling banyak ditemukan pada balita yang diberikan biskuit yaitu 10 orang (62.5%) sedangkan yang diberikan susu saja dan susu serta biskuit proporsinya hampir sama yaitu 30.9% dan 30.8%. Proporsi balita gizi kurang paling banyak pada balita yang mendapat susu yaitu 30 orang (54.4%), serta proporsi balita gizi baik paling banyak pada balita yang mendapat PMT-P berupa susu dan biskuit yaitu 50 orang (20%). Hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian PMT-P berupa susu dengan status gizi ( $P$  value = 0.067).

**Tabel 5.17**  
**Hubungan Jenis Makanan PMT-P Dengan Status Gizi (BB/U) Balita**  
**Yang Telah Mendapat PMT-P di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

Jenis Makanan PMT-P	Status Gizi (BB/U)						Jumlah		P value
	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		n	%	
	N	%	n	%	n	%			
Biskuit	10	62.5	3	18.8	3	18.8	16	100	0.067
Susu	17	30.9	30	54.5	8	14.5	55	100	
Susu dan biskuit	77	30.8	123	49.2	50	20	250	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	

### 5.3.8 Hubungan Kunjungan Petugas Dengan Status Gizi (BB/U) Balita

Tabel 5.18 menyajikan hubungan kunjungan petugas kerumah balita dengan status gizi. Proporsi balita gizi buruk lebih banyak ditemukan yang tidak dikunjungi petugas rumahnya 60 orang (33 %) sedangkan Proporsi balita gizi kurang lebih banyak pada balita yang ada kunjungan petugas rumahnya 70 (50.4 %) serta balita gizi baik lebih banyak pada balita yang tidak mendapat kunjungan rumahnya 36 (19.8 %). Hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kunjungan petugas dengan status gizi (P value = 0.847).

**Tabel 5.18**  
**Hubungan Kunjungan Petugas Dengan Status Gizi (BB/U) Balita Yang Telah Mendapat PMT-P di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005**

Kunjungan Petugas	Status Gizi (BB/U)						Jumlah		P value
	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Tidak	60	33	86	47.3	36	19.8	182	100	0.847
Ya	44	31.7	70	50.4	25	18	139	100	
Jumlah	104	32.4	156	48.6	61	19	321	100	

## 5.4 Pelaksanaan PMT-P di Provinsi DKI Jakarta

### 5.4.1. Informasi dari Mantan Kepala Seksi Gizi Komunitas Dinkes DKI Jakarta

PMT-P merupakan program perbaikan gizi dari Depkes untuk meningkatkan status gizi balita KEP dan edukasi gizi. Program ini dilaksanakan di seluruh wilayah DKI Jakarta. Mekanisme PMT-P dengan cara *take home feeding*. Pembiayaan untuk PMT-P merupakan program prioritas, dimana perencanaan dibuat di tingkat puskesmas

kemudian diajukan ke Sudin dan diteruskan ke Dinkes Propinsi kemudian usulan dana diajukan ke BAPPEDA. Kemudian BAPPEDA berkonsultasi dengan DPRD untuk menyetujui anggaran yang telah di rencanakan. Lembaga yang bertanggungjawab terhadap program PMT-P adalah Dinkes, Pemda, Dinas peternakan , Dinas perindustrian. Alokasi pendanaan PMT-P di Dinkes tapi karena program ini untuk masyarakat maka dialihkan ke pihak kelurahan ternyata tidak berjalan lancar dan alokasi dana di kebalikan ke puskesmas , sebagai pelaksananya. Evaluasi kegiatan PMT-P dilakukan selama 3 bulan dan evaluasi dilakukan di akhir kegiatan , data dikumpulkan untuk dianalisis sehingga kita bisa mengevaluasi program. Data dikumpulkan oleh petugas gizi dilapangan satu kali sebulan. Keberhasilan program PMT-P sangat sulit dicapai karena banyak faktor yang mempengaruhinya. Beberapa kendala dilapangan ditemukan yaitu ibu balita yang tidak memberikan PMT-P kepada anak nya malah ada yang dijual, atau di konsumsi oleh anggota keluarga yang lainnya. Di pihak petugas sendiri kita masih kekurangan SDM di mana pada umumnya tenaga gizi merangkap lebih dari satu program sehingga tugas utamanya tidak dapat dilaksanakan dengan baik, rendahnya SDM karena sebagian tenaga gizi puskesmas masih tamatan DI sehingga mereka tidak mendapat tujangan fungsional sehingga bagaimanapun akan mempengaruhi kinerja mereka.

#### **5.4.2. Informasi dari TPG Puskesmas Dinkes DKI Jakarta**

Ada beberapa cara penentuan sasaran PMT-P diberikan yang dilakukan oleh TPG Puskesmas :

1. Sasaran ditentukan berdasarkan laporan terakhir dari laporan posyandu dari bidan yang ada laporan konfirmasi BGM.

2. Berdasarkan dari data PSG yang terbaru.
3. Pendataan ulang status gizi menurut BB/U oleh petugas gizi puskesmas kelurahan .

Lama PMT-P diberikan umumnya selama 3 bulan namun berdasarkan hasil wawancara di Puskesmas Mampang Prapatan untuk gizi kurang 3 bulan dan 6 bulan untuk gizi buruk .

Sumber dana dari APBD , di beberapa Puskesmas dana yang direncanakan untuk pengadaan PMT-P tidak seluruhnya disetujui . Sehingga dilakukan prioritas untuk pendistribusian PMT-P berdasarkan status gizi BB/U :

1. Gizi buruk dari gakin
2. Gizi buruk dari non gakin
3. Gizi kurang dari gakin
4. Gizi kurang dari non gakin

Penentuan jenis makanan untuk PMT-P berdasarkan jumlah kalori dan protein yang telah ditetapkan, harganya d perhitungkan agar sesuai dengan dana yang tersedia, daya terima anak . Pengadaan PMT-P jika dananya diatas 100 juta maka dilakukan tender jika dananya tidak sampai 100 juta maka pembelian dilakukan sendiri oleh TPG Puskesmas.

Monitoring dilakukan 1 x 2 minggu tapi kalau rumah sasaran jauh makan dilakukan 1 x sebulan saat anak datang mengambil PMT-P ke Puskesmas atau Posyandu dengan melakukan penimbangan berat badan dan dimasukkan dalam laporan khusus. Di Puskesmas Mampang Prapatan monitoring diutamakan pada sasaran yang tidak mengambil sendiri PMT-P atau PMT-P tidak habis dengan melakukan pengecekan langsung oleh petugas kerumah sasaran.



Evaluasi dilakukan dengan melihat kenaikan berat badan balita yang di buat dalam laporan khusus satu kali sebulan. Sedangkan pengawasan dilakukan dengan cara meninggalkan kotak atau kemasan PMT-P pada petugas, selain itu juga dilakukan supervisi langsung kerumah sasaran dan ada tanda terima PMT-P

Kendala dalam pelaksanaan PMT-P adalah :

1. PMT-P dikonsumsi oleh selain sasaran dan PMT-P dijual
2. Anak tidak suka PMT-P yang diberikan
3. Tidak ada biaya transportasi menjemput PMT-P
4. Banyak keluarga sasaran yang sering pindah sehingga PMT-P *drop out*.
5. Sasaran yang tidak rutin mengambil PMT-P
6. Petugas tidak bisa memastikan makanan sampai ke mulut anak yang menjadi sasaran
7. Waktu pengiriman PMT-P sering terlambat.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menganalisis sebagian data yang telah dikumpulkan oleh Dinkes Provinsi DKI Jakarta dan Puslitbang Gizi Bogor. Tujuan penelitian tersebut secara khusus adalah untuk mengetahui pelaksanaan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) balita di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005 yang dilaksanakan di lima kota di DKI Jakarta yaitu Jakarta Barat, Jakarta Timur, Jakarta Selatan, Jakarta Utara, Jakarta Pusat.

Kualitas data merupakan hal yang sangat penting karena berkaitan dengan validitas dan reliabilitas. Untuk itu peneliti utama telah berupaya untuk menjaga kualitas data dengan adanya kegiatan uji coba kuesioner, pemilihan dan pelatihan tenaga enumerator, uji reliabilitas dan validitas data yang dikumpulkannya serta adanya supervisor yang memonitor saat pengumpulan data dilapangan

##### **6.1.1 Keterbatasan Variabel**

Walaupun demikian penelitian ini tetap memiliki keterbatasan variabel serta kemungkinan bias informasi tidak dapat dihindari, keterbatasan itu adalah :

1. Beberapa pertanyaan sangat tergantung daya ingat ibu seperti kemampuan balita untuk menghabiskan PMT-P yang diberikan dan kesukaan anak terhadap PMT-P yang diberikan serta kunjungan petugas kerumah balita .

2. Ibu tidak dapat mengingat berapa lama anak diberikan PMT-P, jumlah yang diberikan hal ini terlihat dari banyaknya jumlah sel yang kosong pada master data.
3. Tidak adanya variabel asupan energi dan protein, dimana asupan zat gizi merupakan faktor yang sangat mempengaruhi status gizi balita.
4. Tidak adanya variabel pengetahuan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu dan ayah, dimana variabel tersebut sangat mempengaruhi status gizi balita.
5. Tidak ada variabel status gizi balita sebelum mendapat PMT-P, variabel ini sangat penting untuk melihat perubahan status gizi balita setelah menerima PMT-P.

## 6.2 Status Gizi

PMT-P merupakan salah satu upaya intervensi gizi langsung untuk keluarga miskin dan rawan gizi melalui pemberian makanan tambahan, PMT-P merupakan program jangka pendek. PMT-P diutamakan untuk anak balita, ibu hamil dan ibu menyusui. Pelaksanaan PMT-P lebih banyak dengan cara *take home feeding* karena lebih mudah dalam penyelenggaraannya (Austin. JM, 1981).

Karena tidak adanya data status gizi balita sebelum mendapat PMT-P maka untuk melihat dampak PMT-P terhadap status gizi balita maka kita membandingkan z-score balita yang telah mendapat PMT-P dan masih mendapatkan PMT-P dapat dilihat pada tabel 6.1 berikut :

**Tabel 6.1**  
**Statistik Z-score BB/U Balita Yang Masih Mendapat PMT-P dan**  
**Setelah Mendapat PMT-P di DKI Jakarta Tahun 2005**

Statistik Z-score BB/U	Balita yang masih dapat PMT-P	Balita yang telah mendapat PMT-P
Mean	-2.810	-2.64
Standar deviasi	$\pm 0.810$	$\pm 0.796$
Nilai Minimum	-5.666	-4,66
Nilai Maksimum	2.166	2.043

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa mean z-score BB/U adalah -2.64 dengan standar deviasi sebesar  $\pm 0.796$  pada balita setelah mendapat PMT-P sedangkan pada balita yang masih mendapat PMT-P z-score BB/U adalah -2.813 dengan standar deviasi sebesar  $\pm 0.810$ . Hal ini menunjukkan rata-rata status gizi balita adalah gizi kurang pada balita yang telah mendapat PMT-P dan yang masih mendapat PMT-P.

Menurut informasi dari informan, pelaksanaan PMT-P di DKI Jakarta menghadapi beberapa kendala sehingga tidak dapat meningkatkan status gizi balita dengan optimal seperti ada sebanyak 14 % ibu balita yang anaknya telah mendapat PMT-P tidak mau menimbang anaknya ke Posyandu (Dinkes, 2005). Kendala dalam pelaksanaan PMT-P adalah :

1. PMT-P dikonsumsi oleh selain sasaran dan PMT-P dijual
2. Anak tidak suka PMT-P yang diberikan
3. Tidak ada biaya transportasi menjemput PMT-P
4. Banyak keluarga sasaran yang sering pindah sehingga PMT-P *drop out*.
5. Sasaran yang tidak rutin mengambil PMT-P

6. Petugas tidak bisa memastikan makanan sampai ke mulut anak yang menjadi sasaran
7. Waktu pengiriman PMT-P sering terlambat.

Masalah-masalah inilah yang menyebabkan rendahnya tingkat keberhasilan PMT-P terhadap peningkatan status gizi balita, tetapi Dinkes DKI Jakarta terus mencari terobosan untuk mengatasi masalah ini dengan pendekatan secara individu kepada ibu balita untuk memberikan informasi, pengetahuan gizi, agar mereka menyadari pentingnya PMT-P untuk balitanya, selain itu juga dilakukan pelatihan kepada Tenaga Gizi Puskesmas tentang pemantauan status gizi untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam melaksanakan tugas dilapangan.

Dari hasil penelitian dapat kita lihat balita yang telah mendapat PMT-P terdapat 19 % yang berstatus gizi baik sedangkan yang berstatus gizi kurang 48.6% dan status gizi buruk 32.4% . Sasaran PMT-P adalah anak yang berstatus gizi buruk dan kurang berdasarkan informasi yang dikumpulkan dari informan, ternyata setelah mendapatkan PMT-P secara teratur terdapat 19 % balita yang berstatus gizi baik, hal ini membuktikan bahwa walaupun dalam pelaksanaan PMT-P banyak kendala tetapi tetap dapat meningkatkan status gizi balita.

Penelitian Marsono (1998) menemukan bahwa ada penurunan persentase status gizi pada balita yang mendapat PMT-P dengan indeks BB/U < 80% standar WHO-NCHS dari 14% menjadi 7.5 % pada bulan ketiga pengamatan. Hasil senada ditemukan oleh Yunarto (2004) yang menemukan ada perubahan status gizi buruk pada balita yang mendapat PMT-P dari bulan pertama 51.7% turun menjadi 42.9% pada bulan ketiga pemberian PMT-P.

Penelitian di beberapa negara menunjukkan bahwa PMT-P dapat meningkatkan status gizi balita. Penelitian di Colombia dan Pakistan menunjukkan bahwa 40% dan 41 % dari anak-anak kurang gizi yang diberikan PMT-P mendapat dampak positif terhadap status gizinya berdasarkan berat badan menurut tinggi badan. Penelitian di Costarika menunjukkan bahwa 50 % dari anak-anak kurang gizi yang diberikan PMT-P mendapat dampak positif terhadap status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan. Penelitian di India menunjukkan bahwa terjadi penurunan 21% anak-anak yang menderita Kurang Energi Protein ( KEP ) tingkat dua setelah di berikan PMT-P (Austin. JM, 1981) .

Penelitian yang dilakukan Sudiman (1988) dilima provinsi menunjukkan bahwa PMT-P dapat peningkatan status gizi baik pada balita dari awal 19% , akhir PMT-P sebanyak 31% .

### **6.3. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Setelah Mendapat PMT-P.**

#### **6.3.1 Jenis Kelamin Balita**

Jenis kelamin sangat mempengaruhi kebutuhan seseorang terhadap zat gizi . Kebutuhan energi laki-laki lebih tinggi dari perempuan hal ini disebabkan pengaruh aktifitas, luas tubuh dan faktor biokimia lainnya (Suhardjo, 1989).

Balita yang telah mendapat PMT-P yang perempuan sebanyak 55.5% dan laki-laki 44.5 % . Pada penelitian ini terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin balita dengan status gizi, didapatkan proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada perempuan 38.2 % dan laki-laki hanya 25.2%.

Menurut Kresno (2007) pada masyarakat Indonesia, laki-laki dan perempuan makan secara terpisah, dan laki-laki akan dilayani terlebih dahulu setelah itu baru perempuan.

Penelitian ini didukung oleh Suhardjo (1996) yang menyatakan anak perempuan mendapat prioritas makanan yang kedua dari pada anak laki-laki sehingga anak perempuan lebih rentan menderita kurang gizi. Walaupun dalam penentuan sasaran PMT-P tidak berdasarkan jenis kelamin tetapi balita perempuan kemungkinan besar mendapat prioritas makan yang kedua di bandingkan anak laki-laki karena keterbatasan ekonomi keluarga. Asupan zat gizi dari PMT-P hanya memenuhi sepertiga dari kebutuhan balita sehari dimana energi 360-430 Kkal dan protein 10-15 gr ( Depkes, 1999) sehingga jika ada diskriminasi dalam prioritas makanan dalam keluarga, akan mempengaruhi status gizi balita.

Penelitian Aryadita (2000) di Pandeglang menyatakan ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi balita, sedangkan penelitian oleh Tarigan (2003) dan Marsono (1999) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi anak. Hasil senada juga ditemukan oleh Kurniati (2003) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi anak.

### **6.3.2 Umur Balita.**

Pada masa bayi kebutuhan zat gizi tertinggi per kg berat badan dalam siklus daur kehidupan dimana kecepatan tertinggi dalam pertumbuhan dan metabolisme terjadi pada masa ini. Jika dihitung dari saat kelahiran, berat bayi akan bertambah dua kali lipat pada bulan keempat dan pada umur satu tahun sudah mencapai tiga kali

berat lahir, sedangkan panjang badan akan bertambah 50% dari panjang lahir (Arisman, 2004).

Dari penelitian diketahui balita yang telah mendapat PMT-P lebih banyak pada kelompok umur > 24 bulan yaitu 78.5% sedangkan yang berumur 6-24 bulan hanya 21.5%. Dari data di dapat rata-rata umur balita yang telah mendapat PMT-P adalah 34.88 bulan dengan standar deviasi sebesar  $\pm 11.738$  bulan. Umur balita paling kecil adalah 12 bulan dan paling besar adalah 59 bulan. Pada penelitian ini tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur balita dengan status gizi. Dimana proporsi gizi buruk dan gizi kurang lebih banyak pada umur > 24 bulan yaitu sedangkan yang berstatus gizi baik banyak pada balita umur 6-24 bulan. Hal ini menggambarkan bahwa semakin bertambah umur anak maka akan besar kemungkinan terpapar kekurangan gizi karena berkurangnya asupan zat gizi terutama dari ASI.

Hasil penelitian ini didukung oleh Suhardjo (1992) yang menyatakan kejadian gizi buruk cenderung terjadi pada usia setelah 2 tahun dimana anak telah disapih dan terpapar dengan makanan lain. Jika kecukupannya tidak terpenuhi dan pengolahannya tidak higienis akan beresiko terkena infeksi terutama diare sehingga menyebabkan kekurangan gizi.

Penelitian yang dilakukan Jus'at, dkk (2000) tentang penyimpangan positif masalah KEP mengungkapkan bahwa semakin bertambah umur balita maka semakin besar peluang untuk menderita kekurangan gizi hal ini terbukti dari hasil penelitiannya hampir seperempat (23.2%) bayi usia 6-11 bulan menderita gizi kurang dan pada kelompok umur 12-17 bulan jumlahnya 46.4 % .

Penelitian Aryadita (2000) di Pandeglang menyatakan juga ada hubungan bermakna antara umur balita dengan status gizi demikian juga dengan Kusnadi



(2001) di tiga desa di kecamatan Kosambi Tangerang bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur balita dengan status gizi, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Erniseptiani (2006) dan Rahmawati (2003) menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur anak dengan status gizi.

### **6.3.3. Pendidikan Ibu**

Pendidikan merupakan proses pemberdayaan peserta didik sebagai subyek sekaligus objek dalam membangun kehidupan yang lebih baik. Pendidikan sangat berperan sebagai faktor kunci dalam meningkatkan sumber daya manusia (BPS, 2002). Tingkat pendidikan ibu sangat mempengaruhi cara ibu memahami masalah gizi dan kesehatan keluarga terutama balitanya. Ibu dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah memahami pengetahuan dan informasi tentang gizi, sehingga diharapkan dapat meningkatkan status gizi balita (Moehji, 1988).

Dari penelitian yang dilakukan didapatkan informasi bahwa pendidikan ibu balita yang telah mendapat PMT-P lebih banyak adalah berpendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, SD, tidak tamat SMP, SMP) yaitu 73.2 % dan terbukti adanya hubungan yang bermakna pendidikan ibu dengan status gizi balita . Penelitian ini juga menemukan proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada ibu dengan pendidikan rendah yaitu 34.9%. Syamsul dalam Tarigan (2003) menyatakan bahwa pengetahuan tentang makanan yang bergizi sering kurang dipahami oleh kelompok yang tingkat pendidikannya rendah. Rendahnya tingkat pendidikan pada keluarga khususnya ibu memberi suatu gambaran adanya keterbatasan sumberdaya manusia yang akan memberi dampak dalam mengakses

pengetahuan khususnya dibidang kesehatan untuk penerapan dalam kehidupan keluarga terutama pada pengasuhan balita.

Penelitian yang dilakukan Jus'at, dkk (2000) menemukan bahwa di Jakarta tingkat pendidikan ibu sangat mempengaruhi status gizi balita, dimana semakin rendah tingkat pendidikan ibu maka semakin tinggi proporsi gizi buruk.

Penelitian yang dilakukan Amos (2000) di Sumatera Barat juga menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status gizi, dimana dari penelitiannya diketahui bahwa semakin tinggi pendidikan ibu semakin baik status gizi balita. Penelitian yang dilakukan Tarigan (2003) Simanjuntak (2002) dan Nur'aeni (2008) juga menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status gizi balita.

Sedangkan Marsono (1999) dan Kurniati (2003) serta Mulyaningsih (2007) menyatakan bahwa pendidikan ibu tidak berhubungan dengan status gizi balita.

Penelitian Mulyaningsih (2007) di Kecamatan Cililing Kabupaten Bandung menemukan bahwa 80% ibu berpendidikan rendah karena kemiskinan sehingga tidak dapat melanjutkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi.

#### **6.3.4 . Umur Ibu**

Dari penelitian yang dilakukan, rata-rata umur ibu 31.2 tahun dengan standar deviasi sebesar  $\pm$  6.7 tahun . Umur minimum 14 tahun dan umur maksimum adalah 56 tahun. Umur ibu lebih banyak adalah kurang dari 20 tahun dan lebih dari 30 tahun yaitu 54.5 % tetapi tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan status gizi balita. Sedangkan proporsi balita gizi buruk lebih banyak pada ibu umur 20-30 tahun yaitu 33.6 %. Hal ini bertentangan dengan teori menurut karyadi (1998) yang menemukan ibu yang berusia antara 20

hingga 30 tahun lebih banyak anak balitanya dengan status gizi baik daripada ibu-ibu yang lebih muda atau lebih tua dari usia 20-30 tahun. Setelah dilakukan analisis lebih lanjut ternyata ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan umur ibu dimana proporsi pendidikan rendah lebih banyak pada umur 20-30 tahun. Jadi dapat disimpulkan ibu-ibu umur 20-30 tahun banyak yang berpendidikan rendah sehingga kurang aksesnya terhadap pengetahuan gizi dan pola asuh yang baik untuk anaknya .

### **6.3.5 Kesukaan Terhadap PMT-P**

Kesukaan anak terhadap PMT-P yang diberikan sangat mempengaruhi jumlah asupan zat gizi yang dikonsumsi oleh balita. Asupan zat gizi sangat mempengaruhi status gizi, jika asupan suatu zat gizi dalam jumlah yang kurang, akan berakibat pada terjadinya defisiensi zat gizi tersebut. Hal ini juga terjadi jika kekurangan konsumsi energi dan protein dalam waktu yang cukup lama, akan berakibat pada terjadinya kurang gizi atau bahkan gizi buruk (Sudiarti&Utari, 2007).

Penelitian yang dilakukan Kurniati (2003) di Jawa Barat menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kesukaan terhadap PMT Vitadele dengan status gizi balita, sedangkan penelitian Sumiati (2004) menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kesukaan terhadap PMT-P dengan status gizi balita.

Dari penelitian yang dilakukan, kesukaan balita terhadap PMT-P yang diberikan lebih banyak adalah suka PMT-P yang diberikan yaitu 73.8 % tetapi tidak terbukti terdapat hubungan yang bermakna antara kesukaan terhadap PMT-P dengan status gizi. Proporsi balita gizi buruk dan gizi kurang lebih banyak pada balita yang tidak suka PMT-P yang diberikan yaitu 35.7 % dan 50% serta balita gizi baik paling banyak pada yang suka PMT-P yang diberikan 20.7 %. `Dari hasil

analisis hubungan kesukaan terhadap PMT-P dengan PMT-P yang dapat dihabiskan didapatkan proporsi balita yang suka PMT-P lebih banyak dapat menghabiskan PMT-P yang diberikan yaitu 97.7% dan ada hubungan yang bermakna antara kesukaan terhadap PMT-P dengan PMT-P yang dapat dihabiskan. Hal ini membuktikan bahwa jika asupan zat gizi dari PMT-P didapatkan maksimal oleh balita maka akan dapat meningkatkan status gizinya ke tingkat yang lebih baik.

Pemberian PMT-P di DKI Jakarta berupa susu dan biskuit yang bervariasi mereknya karena sangat tergantung pada merek susu atau biskuit yang disukai oleh balita dan sesuai pula dengan anggaran yang tersedia. Dalam membuat perencanaan Petugas Gizi melakukan survei terhadap beberapa sasaran yang datang ke klinik gizi dengan diberikan sampel susu dan biskuit yang ada sehingga dapat diketahui merek apa yang disukai oleh sebagian besar balita. Informasi juga didapatkan dari petugas gizi kelurahan dan kader. Sehingga diharapkan PMT-P yang diberikan dapat di konsumsi oleh sasaran.

#### **6.3.6. PMT-P Yang Dapat Dihabiskan**

Berdasarkan AKG 2005, angka kecukupan energi dan protein untuk bayi berusia 0-6 bulan yaitu sebesar 550 Kkal/hari dan protein 19 gr/hari, untuk bayi usia 7-11 bulan sebesar 650 kkal/hari dan protein 19 gr/hari, untuk anak berusia 1-3 tahun sebesar 1000 kkal/hari, untuk usia 4-6 tahun sebesar 1550 Kkal/hari dan protein 39 gr/hari (Depkes, 2005). Berdasarkan petunjuk pelaksanaan PMT-P diharapkan dapat terpenuhinya sekitar 30% AKG untuk energi dan protein.

Dalam pelaksanaan PMT-P di DKI Jakarta setiap Tenaga Gizi Puskesmas yang menjadi informan memberikan informasi bahwa mereka sangat memperhatikan

kecukupan zat gizi sesuai standar yaitu energi 360-430 Kkal dan protein 9-11 gr dalam 100 gram bahan menjadi acuan yang pertama yang harus dipenuhi dalam perencanaan pengadaan PMT-P (Depkes, 1999b). Sehingga diharapkan jika balita sasaran dapat menghabiskan PMT-P yang diberikan dapat meningkatkan asupan energi dan protein mereka dan akhirnya akan meningkatkan status gizi ke tingkat yang lebih baik .

Dari penelitian diketahui bahwa 66.7 % balita dapat menghabiskan PMT-P yang diberikan. Sedangkan yang tidak dapat menghabiskan ada 33.3 % balita. Beberapa alasan balita tidak dapat menghabiskan PMT-P adalah karena porsi yang besar, tidak enak, tidak mau, sedang sakit atau anak mau jajan (Dinkes, 2005). Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara PMT-P yang dapat dihabiskan dengan status gizi balita. Proporsi balita gizi baik banyak di temukan pada balita yang dapat menghabiskan PMT-P yang diberikan sebesar 22%. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun balita dapat menghabiskan PMT-P yang diberikan namun jika asupan zat gizi dari makanan pokok yang diberikan keluarga kurang maka pemberian PMT-P tidak akan meningkatkan status gizi balita. Perlu diingat bahwa asupan zat gizi dari PMT-P hanya sekitar 30 % dari dari kebutuhan zat gizi sehari balita. Oleh karena itu petugas ataupun kader perlu memberikan penyuluhan kepada ibu sasaran agar tetap memberikan makanan pokok keluarga sebagaimana mestinya dan membujuk anaknya agar mau menghabiskan makanan yang diberikan, jangan menganggap PMT-P merupakan pengganti makanan pokok.

### **6.3.7. Jenis Makanan PMT-P**

Jenis PMT-P yang diberikan adalah berupa susu dan biskuit. Susu merupakan protein berkualitas tinggi yang digunakan secara efisiensi oleh tubuh dan dipakai

sebagai standar acuan untuk membandingkan dengan protein dari sumber lainnya (Mayes, 2002). Susu merupakan bahan makanan yang bisa difortifikasi dengan zat gizi mikro yang dibutuhkan oleh balita seperti beberapa jenis vitamin dan mineral, selain itu juga bisa di tambahkan selain zat gizi tetapi penting untuk kesehatan balita seperti serat dan prebiotik. Susu juga mengandung zat gizi penting lainnya seperti karbohidrat, lemak, kalsium, fosfor, besi, retinol dan tiamin (PERSAGI, 2005).

Biskuit merupakan makanan hasil olahan sereal yang kaya akan energi. Biskuit juga mengandung zat gizi lainnya seperti protein, lemak, karbohidrat, kalsium, fosfor, besi dan tiamin (PERSAGI, 2005). Alasan jenis PMT-P yang diberikan berupa susu dan biskuit menurut informan adalah karena zat gizinya banyak, mudah dalam pengadaannya, dapat dibeli dimana saja karena ketersediaannya banyak di pasaran, tidak mudah rusak, penyimpanannya mudah dan mudah dalam penyajiannya.

Dari hasil penelitian di temukan jenis PMT-P yang diberikan pada balita paling banyak susu dan biskuit yaitu 77.9%. Proporsi balita gizi buruk paling banyak ditemukan pada balita yang diberikan biskuit yaitu 62.5% dan proporsi balita gizi baik paling banyak pada balita yang mendapat PMT-P berupa susu dan biskuit yaitu 20 % sedangkan hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis PMT-P dengan status gizi .

Berdasarkan dari hasil penelitian walaupun tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara jenis PMT-P yang diberikan tetapi dari proporsi balita gizi buruk yang terbanyak adalah yang hanya mendapat biskuit saja, hal ini kemungkinan karena kecukupan zat gizi dari biskuit tidak dapat memenuhi kebutuhan zat gizi yang seharusnya bisa dipenuhi dari PMT-P, sehingga kenaikan berat badan sulit dicapai

hal ini menyebabkan banyak sasaran yang berstatus gizi buruk. Sedangkan pada proporsi balita gizi baik didapatkan bahwa sebagian besar mendapatkan PMT-P berupa susu dan biskuit, hal ini menunjukkan bahwa PMT-P yang diberikan dapat memenuhi kebutuhan maksimal gizi balita yang didapatkan dari PMT-P.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa semuanya merencanakan pemberian susu dan biskuit untuk PMT-P balita, karena diharapkan dari kedua jenis PMT-P tersebut dapat memenuhi kebutuhan maksimal zat gizi dari PMT-P yang diberikan pada balita sasaran. Namun dari data ada 17.1 % balita yang mendapatkan hanya susu dan 5 % yang mendapatkan hanya biskuit, hal ini kemungkinan karena dana yang di rencanakan oleh petugas gizi tidak semuanya disetujui oleh BAPPEKO sehingga mereka melakukan prioritas terhadap balita yang mendapatkan susu dan biskuit pada balita yang berstatus gizi buruk sedangkan jika masih ada sasaran yang tidak disetujui anggarannya maka petugas hanya dapat memberikan satu jenis PMT-P saja susu atau biskuit, hal ini juga mempertimbangkan umur dari sasaran. Jika berumur 1 tahun diprioritaskan mendapat susu sedangkan usia yang lebih besar mendapat biskuit.

#### **6.3.8 . Kunjungan Petugas Kerumah Balita**

Dari hasil penelitian didapatkan lebih sedikit yang pernah dikunjungi petugas hanya 43.3 % dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian PMT-P kunjungan petugas dengan status gizi . Dimana proporsi balita gizi buruk lebih banyak ditemukan yang tidak dikunjungi petugas rumahnya yaitu 33 %.

Berdasarkan informasi dari informan diketahui bahwa, sebagian besar sasaran diminta untuk mengambil PMT-P ke Puskesmas Kelurahan atau Puskesmas

Kecamatan, namun jika PMT-P tidak dijemput oleh ibu sasaran maka akan diantar langsung oleh petugas atau kader sekalian melakukan supervisi ke balita.

Kunjungan petugas kerumah balita untuk memberikan nasehat pada keluarga balita yang menjadi sasaran, untuk menimbang anaknya, untuk pemeriksaan kesehatan dan mengajarkan cara pengolahan makanan yang benar (Dinkes, 2005 ).

Sebagian ibu yang memiliki anak dengan status gizi buruk memiliki kesadaran yang tinggi untuk menjemput sendiri PMT-P yang diberikan sekaligus untuk memantau status gizinya yang dilakukan oleh petugas, sehingga balita yang gizi buruk banyak yang tidak mendapat kunjungan dari petugas.

