

# TANTANGAN DAN FAKTOR PENDUKUNG PROGRAM PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PEMULIHAN DALAM JARING PERLINDUNGAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN

## CHALLENGES AND SUPPORT FACTORS FOR SUPPLEMENTARY FEEDING PROGRAM OF SOCIAL SAFETY NET IN HEALTH SECTOR

Susilowati  
Aris Marfai

Peneliti Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM

### ABSTRACT

**Background:** One of the Government's efforts in overcoming the crisis impacts on nutrition status of susceptible groups in community is PMT-P (Supplementary Feeding Program for Improving Nutrition Status) in JPS-BK.

**Results:** An analysis from the stakeholder shows that by the third month of Feeding Program, some technical problems emerge in field. The solutions for these problems vary in some areas, depending on perceptions from the program undertaker and implementer. Problems related to the community concern their knowledge, attitude, and behaviors towards PMT-P.

**Conclusions:** Socialization of PMT-P to program undertakers and implementers is necessary to base decision making when problems emerge in field. Social marketing of PMT-P is an alternative to address problems related to the targeted community's knowledge, attitudes and behaviors.

*Key words:* social safety net, supplementary feeding program

### PENGANTAR

Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan PJPS-BK yang selanjutnya disebut PMT-P dalam PJPS-BK meliputi intervensi pemberian makanan pada bayi berusia 6-11 bulan, anak umur 12-23 bulan dan ibu hamil/ibu nifas yang menderita kurang energi kronis. Pemberian Makanan Tambahan dalam PJPS-BK timbul sebagai respon pemerintah terhadap adanya krisis yang berakibat kenaikan harga-harga bahan pokok dan turunnya daya beli masyarakat dalam krisis ekonomi berkepanjangan yang diperkirakan akan mempengaruhi status gizi masyarakat paling rentan yaitu anak-anak, ibu hamil dan ibu menyusui dari sosial ekonomi rendah.

### PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data dilakukan dengan kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif diperoleh dari wawancara, observasi langsung (*direct observa-*

*tion*), dan *Focus Group Discussion* terhadap kepala puskesmas, staf/bidan/kader, dan masyarakat sasaran. Data kuantitatif diperoleh dari hasil sementara survei PJPS-BK di 25 kabupaten wilayah penelitian.

### ANALISIS STAKEHOLDER PMT-P DALAM PJPS-BK

#### Pemerintah

Pemerintah (Departemen Kesehatan) memulai program PMT-P dengan tujuan utama mempertahankan status gizi masyarakat rentan (ibu hamil, bayi dan anak dibawah 2 tahun) terhadap dampak krisis ekonomi yang berkepanjangan di Indonesia. Program PMT-P seharusnya dilakukan selama 90 hari berturut-turut sebelum dievaluasi dampaknya terhadap status gizi sasaran yaitu bayi dan anak dibawah 2 tahun, ibu hamil dan ibu menyusui yang menderita kurang energi kronis.

### **PMT-P menurut Tim Koordinator Kabupaten, Kepala Puskesmas dan pelaksana program lainnya**

Tanggapan Tim Koordinator Kabupaten (TKK) terhadap PMT-P bermacam-macam. Ada yang menganggap bahwa dalam PMT-P ini yang penting adalah berjalannya program di tengah berbagai hambatan teknis seperti kondisi geografis dan kultur masyarakat. TKK yang mempunyai pandangan ini menganjurkan bentuk instan PMT-P seperti *blended food*, *mie instant*, *susu instant* dan makanan *instant* lain buatan pabrik. Dalam teknis pelaksanaannya dilakukan dalam jangka waktu mingguan, dikarenakan keterbatasan tenaga dan waktu dari pelaksanaan, baik kader maupun bidan puskesmas. TKK yang lain menanggapi kesempatan ini sebagai salah satu cara memberdayakan masyarakat setempat dalam proses penyiapan dan distribusi PMT-P dan menggali potensi pangan daerah. Hal ini tercermin dari keputusan TKK bahwa PMT-P JPS-BK tidak boleh menggunakan bahan makanan buatan pabrik, sehingga menu yang disajikan merupakan hasil potensi pangan daerah dan pengelolaannya dilakukan oleh warga masyarakat (sebagai upaya pemberdayaan masyarakat). Berdasarkan hal tersebut maka pelaksanaan PMT-P dilakukan setiap hari.

Kepala Puskesmas, bidan dan kader menanggapi program ini sebagai bantuan makanan kepada kelompok masyarakat rentan yang miskin. Sebagai pelaksana teknis program, kelompok ini lebih berpikir tentang kepraktisan pendataan, penyiapan, distribusi dan evaluasi. Karena itu kelompok *stakeholder* ini cenderung lebih menyukai PMT-P instan seperti *blended food* atau makanan instan buatan pabrik karena lebih terjangkau dan juga praktis. Pertimbangan lain mengapa harus menggunakan bahan dari *blended food* dikarenakan sangat sulit untuk mengatur anggaran yang diberikan untuk setiap PMT-P yang diberikan, yaitu Rp 750,00 untuk bayi dan Rp 1000,00 untuk Ibu Hamil. Anggaran tersebut tidak berimbang dengan meningkatnya harga bahan-bahan makanan yang ada dipasaran.

Bagi sebagian besar kader pelaksanaan PMT-P tidak dapat dilakukan setiap hari dan merupakan hal yang sulit bila kegiatan PMT-P merupakan ke-

giatan sosial kemasyarakatan. Sehingga pelaksanaan program tidak dapat dilaksanakan setiap hari karena kebanyakan dari mereka juga bekerja. Hal ini menyebabkan pelaksanaan PMT-P bisa berjalan 3 hari sekali, seminggu sekali atau terhenti sementara bila musim panen datang.

### **PMT-P menurut pandangan masyarakat**

Sebagian besar masyarakat sasaran menganggap PMT-P bukan sebagai makanan 'tambahan' tetapi sebagai makanan 'pokok' terutama bila PMT-P diberikan sebagai menu yang lengkap. Hal ini mengakibatkan mereka menggantikan makanan pokok sehari-hari dengan makanan tambahan dalam PMT-P sehingga arti dan tujuan pemberian PMT-P menjadi bias dan hasilnya sulit dievaluasi. Tanggapan masyarakat terhadap PMT-P sangat beragam bergantung pada kultur masing-masing daerah. Di Kecamatan Ponorogo Jawa Timur, misalnya ibu-ibu sasaran merasa malu untuk datang mengambil PMT-P di rumah tetangga mereka meskipun mereka benar-benar tergolong dalam masyarakat kurang mampu. Di Kecamatan Ponjong Gunung Kidul dan sebagian Kecamatan Nguntoronadi Wonogiri, ibu-ibu yang tidak mendapatkan PMT-P sebaliknya merasa sama miskinnya untuk ikut mendapatkan PMT-P, terutama PMT-P pada anak-anak. Sebagai alternatif pemecahan masalah terhadap masalah rasa, selera dan bentuk PMT-P di beberapa daerah telah diupayakan bentuk *blended food*. Meskipun demikian terhadap hal ini tidak seluruhnya dapat memecahkan masalah, dikarenakan bentuk *blended food* yang diberikan juga belum tentu disukai dan menarik untuk anak-anak. Sebagai konsumen masalah rasa dan bentuk ikut berpengaruh pada penerimaan PMT-P, contohnya di beberapa daerah *blended food* tidak disukai halita.

Pada beberapa daerah seperti di Kecamatan Nguntoronadi Kabupaten Wonogiri terdapat keengganan dan rasa tersinggung dari masyarakat sasaran dengan pemberian PMT-P, meskipun anak-anak diidentifikasi sebagai anak yang mengalami kurang gizi. Hal ini lebih berkaitan terutama dengan sosialisasi dan pemasyarakatan program yang belum menyeluruh sehingga menimbulkan salah persepsi dalam masyarakat.

Di daerah-daerah dengan hambatan geografis yang bermakna, seperti di daerah pegunungan dan berbukit, yaitu di daerah Gunung Kidul, Wonogiri dan sebagian daerah Bantul serta hambatan geografis lain seperti daerah berhutan jati, dan lain sebagainya yaitu di daerah Sragen, ibu-ibu merasa enggan untuk datang setelah menempuh perjalanan jauh hanya untuk menerima PMT-P. Akibatnya PMT-P di daerah seperti ini baru bisa berjalan jika pamong atau puskesmas 'memaksa' untuk datang di pos PMT-P, atau masyarakat sasaran bersedia datang apabila menu makanan yang diberikan dianggap menguntungkan dan sesuai dengan biaya dan waktu perjalanan yang mereka gunakan untuk mengambil makanan tersebut. Konsekuensinya harga untuk setiap menu lebih besar dari anggaran yang telah diberikan. Dengan demikian dapat diprediksikan bahwa anggaran PMT-P yang diberikan tidak menjangkau untuk kebutuhan selama 90 hari.

## **HAMBATAN-HAMBATAN DALAM PELAKSANAAN PMT-P**

### **Masalah Pendataan**

Program PMT-P diberbagai daerah titik mulainya bervariasi, terutama bergantung pada kesiapan kader dan bidan serta turunya dana. Di beberapa daerah seperti beberapa kecamatan di Kodya Yogyakarta, Gunung Kidul, Wonogiri dan beberapa daerah lain hambatan pelaksanaan PMT-P JPS-BK adalah masalah pendataan sasaran yang selalu berubah sehingga menyulitkan perencanaan. Akibatnya PMT-P terpaksa tidak bisa diberikan 90 hari karena pendataan sasaran yang selalu bergerak (bertambah) dengan alokasi dana di rekening puskesmas masih untuk pendataan semula. Selain itu PMT-P di beberapa tempat terpaksa diberikan selama 30 hari bergantian kepada sasaran yang berlainan sehingga diragukan akan meningkatkan status gizi.

Dalam pendataan hambatan yang ada terutama kurang pahamiannya kader pada sasaran PMT-P JPS-BK karena PMT sebelumnya sasaran termasuk bayi dan anak balita. Desakan Tim Koordinator kabupaten untuk segera melengkapi data sasaran dan

melaksanakan kegiatan PMT-P JPS-BK mungkin menyebabkan data sasaran diambil dari data Posyandu.

Masalah pendataan lainnya yang signifikan mempengaruhi hasil pendataan yang dilakukan adalah tidak dilakukannya pendataan secara terkoordinasi dengan bersama-sama oleh tim desa yang terdiri dari perangkat desa, tokoh masyarakat dan tenaga puskesmas. Sebagian besar pendataan yang dilakukan selama ini, seperti di sebagian daerah di Kecamatan Nguntoronadi Kabupaten Wonogiri, yaitu di Desa Semin pendataan hanya dilakukan oleh bidan puskesmas, sehingga data yang diperoleh belum komprehensif mewakili kondisi di daerah tersebut.

### **Masalah Tenaga Pelaksana**

Di beberapa daerah yang lokasi rumah satu ke rumah yang lain sangat berjauhan atau sulit dijangkau, masalah distribusi PMT-P cukup sulit untuk dipecahkan bahkan dengan sistem ibu asuh. Hal tersebut lebih dipersulit dengan tidak adanya kader yang sanggup dan bersedia meluangkan waktunya setiap hari secara sukarela untuk mengurus masalah PMT-P.

PMT-P yang harus disiapkan dan diberikan setiap hari oleh pengelola (yang pada umumnya adalah kader kesehatan) mungkin mulai perlu dipikirkan bahwa di beberapa daerah mereka tidak mungkin lagi bekerja secara sukarela seperti pada saat PMT-P hanya perlu disiapkan 1 minggu sekali. Tidak adanya insentif sebagai pengelola PMT-P yang harus setiap hari menyiapkan dan membagikan ternyata mengurangi motivasi kader kesehatan yang sebagian besar juga bekerja. Di beberapa daerah hal ini menjadi hambatan bagi terlaksananya PMT-P setiap hari.

Di Kodya Yogyakarta timbul masalah motivasi kader dalam pengelolaan makanan yang harus setiap hari dilakukan. Tanpa insentif sebagian besar kader tidak bersedia mengelola dan memasak makanan karena para kader sendiri memiliki kesibukan/pekerjaan terutama jika kegiatan dilakukan pagi hari. Di sisi lain perlu dipertimbangkan bahwa profesionalisme tidak mungkin bisa dituntut dari

kader bilamana tidak ada sistem kompensasi untuk jasa-jasa mereka.

### Masalah Keterbatasan Anggaran

Penetapan *unit cost* sebesar Rp. 1000 untuk PMT-P bagi ibu hamil KEK dan Rp. 750 untuk bayi dan anak dibawah 2 tahun di beberapa daerah dianggap kurang memadai untuk standar energi dan kalori yang telah ditetapkan. Alasannya adalah harga bahan mentah yang naik setelah krisis ekonomi. Stabilitas perekonomian yang belum menentu dan fluktuasi harga yang tinggi menyebabkan sulitnya pembelanjaan untuk memenuhi standar gizi bagi masyarakat sasaran. Akibatnya materi menu yang diberikan kepada masyarakat sasaran kurang optimal.

### Masalah Sosialisasi program

Pelaksanaan program PMT-P di beberapa daerah yang belum diketahui benar oleh masyarakat secara luas menimbulkan masalah tersendiri. Di antaranya kurangnya peran aktif warga masyarakat dan masyarakat sasaran dalam mensukseskan program. Belum adanya pengertian masyarakat sasaran tentang makna PMT-P menimbulkan masalah siapa yang akan mengkonsumsi PMT-P, terutama jika diberikan dalam bentuk makanan mentah maka hampir bisa dipastikan seluruh anggota keluarga akan menikmatinya sehingga tujuan PMT-P tidak tercapai.

### Masalah Jumlah Sasaran

Jumlah sasaran yang memperoleh PMT-P dalam satu daerah sangat kurang, hal tersebut terutama bila dibandingkan dengan jumlah bayi yang ada dalam suatu daerah atau jumlah keluarga miskin yang mempunyai bayi pada suatu daerah. Dengan adanya hal tersebut pada beberapa daerah menimbulkan kecemburuan sosial. Pada sebagian anggota masyarakat timbul suatu pertanyaan mengapa orang lain memperoleh PMT-P sedangkan dirinya tidak memperoleh, padahal sama-sama tergolong keluarga tidak mampu.

## FAKTOR-FAKTOR PENDUKUNG

Kader kesehatan di masyarakat kita merupakan aset yang berguna untuk terselenggaranya PMT-P

ini. Dengan adanya kader kesehatan diharapkan sistem penyuluhan terhadap masyarakat, akses atau kemudahan informasi dan teknis pelaksanaannya menjadi lebih mudah dan terkoordinasi. Kader kesehatan merupakan tenaga masyarakat yang mengetahui permasalahan gizi dan kesehatan, dengan demikian akan lebih mudah dalam melakukan sosialisasi program JPS-BK, terutama PMT-P.

Munculnya kasus luar biasa balita BGM (Bawah Garis Merah) seperti di Wonogiri dan Gunung Kidul merupakan isu-isu penting yang mendukung pentingnya program PMT-P dalam program JPS-BK. Kasus luar biasa di daerah Wonogiri ditemukan di Desa Kedungrejo dan Desa Wonoharjo Kecamatan Nguntoronadi, di daerah tersebut terjadi kasus luar biasa kekurangan gizi dan bahkan terdapat marasmus pada beberapa anak.

Tersedianya puskesmas dan jaringannya sampai pada daerah terpencil merupakan infrastruktur yang dapat mengelola PMT-P sampai pada evaluasinya.

Keberadaan posyandu, terutama yang masih aktif digerakkan oleh bidan dan kader kesehatan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan program PMT-P. Dengan adanya posyandu disamping memberikan kemudahan dalam sosialisasi program dan pemahaman terhadap masyarakat baik masyarakat umum maupun sasaran juga sangat berperan sebagai tempat atau wadah untuk pelaksanaan PMT-P.

Perangkat Pemerintahan desa dan dusun merupakan *key person* yang mengetahui betul daerah dan karakter sosiokultural masyarakatnya. Dengan demikian perangkat desa dan dusun dapat membantu dalam sosialisasi, pengumpulan data dan upaya pemahaman terhadap masyarakat. Sehingga sangat penting artinya untuk melibatkan perangkat pemerintahan desa dan dusun dalam menunjang pelaksanaan program PMT-P.

## PEMBAHASAN

Dalam segi kandungan zat makanan tentu saja makanan buatan pabrik seperti *Nestle*, *Sun* atau *Indofood* mengandung *micronutrient* yang lebih sempurna, serta lebih disukai masyarakat sasaran karena melewati berbagai proses penelitian dan pe-

nyempurnaan rasa dan bentuk. Sehingga perlu dipikirkan (terutama oleh pengambil kebijakan di tingkat lapangan) tentang alternatif pemberian bahan PMT-P dengan *blended food*. Untuk masalah bentuk sediaan, PMT-P dalam bentuk instan atau *blended food* siap saji mungkin menjadi alternatif pemecahan masalah penyiapan. Hal seperti ini telah dilakukan pada sebagian daerah di Kabupaten Magelang.

Pada beberapa daerah yang telah melakukan pemberian PMT-P dengan alternatif *blended food* menghadapi masalah karena selera anak di daerah-daerah tidak sama, di satu daerah paket PMT-P *blended food* yang tidak disukai sasaran dikumpulkan oleh ibu dan dijual. Bentuk PMT-P yang khusus seperti buatan pabrik menjadi kontroversi boleh/tidaknya. Satu kasus di satu daerah di Jawa Tengah dipakai bubur susu buatan pabrik sempat berjalan 1 bulan sebelum akhirnya dihentikan karena tidak diperkenankan oleh TKK. Pertimbangan TKK adalah pemanfaatan potensi daerah, kreativitas putra daerah dan media pendidikan. TKK perlu mengevaluasi dan memacu pengelola PMT-P daerah untuk bersaing dengan produk pabrik dengan biaya yang sama. Oleh karena itu perlu dikaji lebih lanjut pertimbangan-pertimbangan yang melandasi keputusan tersebut, karena tidak bisa dipungkiri bahwa mutu makanan tambahan produksi pabrik jelas lebih bisa dipertanggungjawabkan dari segi kandungan *micronutrient*. Bilamana masyarakat sasaran telah mendapatkan haknya dalam PJPS-BK apakah hal ini tetap menjadi masalah?

Di Kabupaten Gunung Kidul, Wonogiri, Sragen, Sukoharjo dan beberapa daerah tingkat II Lainnya pelaksana program (bidan, kader) berpendapat bahwa *unit cost* sebesar Rp. 1000,- untuk ibu hamil dan Rp. 750,- untuk bayi dan anak dibawah 2 tahun tidak mencukupi untuk menyiapkan makanan yang sesuai dengan komposisi dengan kandungan yang diinginkan. Melihat hal tersebut alternatif *blended food* atau sistem pemasakan secara kolektif pada satu tempat dalam satu wilayah koordinasi satu puskesmas nampaknya perlu dipertimbangkan, sebagai salah satu upaya untuk menjangkau anggaran yang ada agar mendekati dengan porsi makanan bergizi yang harus diberikan kepada sasaran.

Distribusi PMT-P di beberapa daerah bila penyiapan makanan dilakukan secara terpusat di puskesmas, ada risiko bahwa ibu-ibu merasa malu setiap hari mendatangi kader/bidan untuk mengambil makanan. Selain itu jarak jangkauan bisa cukup jauh bagi ibu bila hanya bertujuan mengambil PMT-P. Bila didistribusikan satu persatu tidak memungkinkan dari segi tenaga karena jarak jangkauan rumah keluarga sasaran bisa sangat terpecah saling berjauhan di daerah-daerah seperti Kabupaten Gunung Kidul. Alternatif pemecahan mungkin perlu dipikirkan pos-pos distribusi PMT-P yang di daerah yang sangat jauh jarak antar rumah keluarga miskin alternatif ibu asuh atau warung sebagai pengelola PMT-P dalam petunjuk teknis PJPS-BK bisa menjadi alternatif yang paling mungkin untuk dicoba. Dengan alternatif pengadaan pos-pos PMT-P diperoleh keuntungan bahwa untuk daerah-daerah yang kondisi geografisnya merupakan kendala yang berarti dan jarak ke pelayanan PMT-P jauh maka dapat dilakukan distribusi PMT-P pada pos-pos PMT-P tersebut. Partisipasi PKK dalam PMT-P seperti di daerah di Gunung Kidul masih kurang, rata-rata penanggung jawab PMT-P adalah dari puskesmas. Sebenarnya alternatif pemecahan mana yang akan dipilih sangat bergantung pada kondisi lokal masing-masing daerah. Diharapkan peran TKK untuk menawarkan alternatif terbaik dalam pelaksanaan distribusi PMT-P.

Akibat ditetapkannya kriteria setiap kasus malnutrisi dianggap sebagai kejadian luar biasa gizi, maka di beberapa daerah seperti Gunung Kidul, Kulonprogo (4 orang), Kodya Yogyakarta (2 orang), Wonogiri dan Sragen dinyatakan terjadi kejadian luar biasa gizi. Di Gunung Kidul dijumpai 24 anak dari total anak 504 yang menderita BGM (Bawah Garis Merah). Setelah diteliti dan dikunjungi tidak semua kasus murni BGM tetapi karena keinsiden dengan penyakit lain. Contohnya adalah kasus yang keinsiden dengan malformasi kongenital saluran cerna (bayi F, Gunung Kidul), primer kompleks tuberculosa (anak I, Gunung Kidul), kelainan jantung bawaan (bayi R, Kodya Yogyakarta).

## SARAN

1. Perlu penegasan kembali apa tujuan utama program PMT-P misalnya apakah PMT-P lebih diprioritaskan untuk mempertahankan/meningkatkan status gizi atau lebih untuk memberdayakan potensi daerah. Sosialisasi kepada kepala Puskesmas, bidan dan kader tentang visi dan misi PMT-P sehingga proses pelaksanaannya benar-benar diperhatikan oleh pelaksana program. Harapannya tentu saja bahwa program ini bisa dievaluasi. Penegasan tujuan utama ini juga akan menuntun pelaksana program dalam mengambil keputusan pada saat pelaksanaan PMT-P menghadapi permasalahan di lapangan. Pemilihan bahan PMT-P instan buatan pabrik pada beberapa kasus dan kondisi daerah tertentu mungkin lebih efektif dan efisien jika tujuan utamanya adalah peningkatan status gizi masyarakat sasaran dan lebih sesuai dengan ciri PMT-P yang harus dilaksanakan setiap hari. Pemberian *bleded food* sangat efektif dilakukan pada daerah-daerah dengan kondisi geografis yang sulit terjangkau dan aksesibilitas yang sangat kurang. Di samping itu pada beberapa daerah yang tidak mempunyai kader pemberian *blended food* akan sangat meringankan dalam pendistribusian PMT-P.
2. Diperlukan alternatif penanganan, pembelian dan pengolahan bahan PMT-P, dikarenakan alokasi dana yang sangat minim. Kurang seimbangannya anggaran yang diberikan dengan harga bahan-bahan dasar makanan menyebabkan menu yang diberikan kurang optimal, untuk itu alternatif memasak bahan secara kolektif dalam satu tempat akan dapat mengurangi beban anggaran dan menu yang disajikan dapat lebih optimal. Selain itu keuntungan lain yang dapat diperoleh adalah dapat disisakannya dana untuk insentif kader dalam mengurus PMT-P.
3. Pemasaran sosial kepada masyarakat tentang tujuan PMT-P perlu dimulai sehingga terbentuk perubahan perilaku pada masyarakat sasaran terutama dalam mengkonsumsi PMT-P. Ini penting karena dalam pelaksanaannya adalah tidak mungkin petugas (kader atau bidan) mengawasi secara penuh apakah PMT-P sampai dimulut sasaran. Hal ini terutama pada daerah-daerah yang mengalami masalah geografis yang sulit terpecahkan bahkan dengan pola ibu asuh. Alternatif yang mungkin dilakukan adalah diberikannya pendidikan kepada ibu yang memiliki balita dan ibu hamil/ibu menyusui tentang kurang gizi pada anak-anak dan program PMT-P melalui radio atau secara langsung melalui peningkatan penyuluhan kesehatan.
4. Untuk dapat mengontrol sampai atau tidaknya bahan makanan secara tepat pada sasaran atau untuk memastikan bahwa bahan makanan tidak dikonsumsi oleh anggota keluarga lain perlu dilakukan alternatif dalam teknis pelaksanaan distribusi PMT-P. Hal tersebut misalnya dapat dilakukan dengan membuat posko PMT-P pada beberapa tempat, hal tersebut memberikan keuntungan terutama pada daerah-daerah dengan kondisi geografis yang sulit ditempuh. Dengan adanya posko PMT-P diharapkan atau diharuskan makanan yang diberikan dapat dimakan ditempat, sehingga dapat dikontrol bahwa makanan yang diberikan akan sampai dan dikonsumsi oleh sasaran. Untuk mengantisipasi waktu makan yang berbeda-beda dari bayi yang menerima PMT-P, maka posko PMT-P dibuka dalam rentang waktu yang lagak lama dalam satu hari.
5. Rencana Departemen Kesehatan untuk memberikan PMT-P pada seluruh balita yang datang tanpa terkecuali merupakan salah satu alternatif pemecahan masalah pendataan yang selalu berubah. Dengan cara ini penghitungan sasaran bisa dengan mudah dilakukan. Apabila hal ini dapat direalisasikan maka tidak akan terjadi kecemburuan sosial dalam hal pendistribusian PMT-P seperti yang telah terjadi pada beberapa daerah selama ini.

## KEPUSTAKAAN

1. Anonim. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan

- (JPSBK) Edisi Revisi. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1998.
2. Aris Marfai. Laporan Penelitian Kualitatif Pelaksanaan Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan di Kecamatan Nguntoronadi Kabupaten Wonogiri, Pusat penelitian dan Pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat, UGM, 1998.
3. Kana, Nico L. Penelitian Kualitatif Partisipatif PDR (Process Documentation Research) Yogyakarta: Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada, 1998.
4. Suhardjo. Pendidikan Gizi keluarga. Semarang: Setia Adji, 1996.