

## Eksplorasi Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P) sebagai Integrasi Penguatan *Primary Health Care* (PHC) Berbasis Kemandirian Desa

*Exploration of Supplemental Feeding-Recovery (PMT-P) as Integration of Strengthening Primary Health Care (PHC) Based on Village Independence*

**Rakhmawati Agustina**

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Manado  
Jalan Kampus UNIMA Tondano, Kabupaten Minahasa  
Email: rakhmawatiagustina@unima.ac.id

Tanggal submisi: 30 November 2024; Tanggal penerimaan: 28 April 2025

### ABSTRAK

Latar Belakang: Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan tingkat pertama bagi pengguna jaminan sosial harus meningkatkan kualitas layanannya dengan bertransformasi dengan meningkatkan peran aktif masyarakat. Pemberian Makanan Tambahan -Pemulihan (PMT-P) menjadi integrasi penguatan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Wori. Pelaksanaannya tidak hanya dilakukan oleh puskesmas dengan dana Bantuan Operasional kesehatan (BOK) namun juga berbasis kemandirian desa dengan dana desa. Tujuan: menggali gambaran pelaksanaan PMT-P sebagai integrasi penguatan pelayanan primer Puskesmas Wori. Metode: penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pemilihan informan menggunakan snowballing sebanyak 8 informan utama yang terdiri dari ahli gizi puskesmas dan perangkat desa, sebanyak 7 informan pendukung yaitu kader posyandu dan ibu dengan balita gizi buruk/stunting. Pengumpulan data dengan *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam. Instrumen yang digunakan adalah pedoman FGD dan pedoman wawancara. Data diolah dengan analisis konten dari hasil transkrip wawancara menggunakan *open code*. Hasil: PMT-P dilaksanakan dengan dana BOK dan 3% dari alokasi kesehatan dana desa. Pelaksanaan PMT-P selama 12-90 hari setiap tahun dengan diberikan makanan berat dan kudapan setiap hari. Pengelola PMT-P baik dari dana BOK maupun dana desa adalah perangkat desa, kader dan ibu PKK yang sudah mendapatkan pelatihan dari puskesmas. Penerima manfaat mendapatkan makanan yang sudah disusun bersama ahli gizi puskesmas dan diolah sesuai standar keamanan makanan. Kesimpulan: Pelaksanaan PMT-P dengan dana desa bersinergi dengan PMT-P dengan dana BOK sehingga memberikan dampak positif pada peningkatan status gizi balita dan ibu hamil. Sehingga PMT-P ini harus selalu dimonitoring dan dievaluasi secara rutin agar menjadi program penguatan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

**Kata Kunci:** PMT; gizi; puskesmas, dana desa

### ABSTRACT

*Background:* Health centers as first-level service facilities for social security users must improve the quality of their services by increasing the active role of the community. Supplemental Feeding Recovery (PMT-P) is an integration of strengthening maternal and child health services at the Wori Health Center. Its implementation is carried out using Health Operational Assistance (BOK) funds and village funds. *Objective:* to explore the implementation of PMT-P as an integration of strengthening primary services. *Method:* qualitative research with a case study approach. Informants selected by snowballing. A total of 8 main informants consist of nutritionists and village officials and 7 supporting informants: posyandu cadres and mothers with malnourished/stunted toddlers. Data collection with Focus Group Discussion (FGD) and in-depth interviews. The instruments used were FGD and interview guidelines. Data used content analysis using *opencode*. *Results:* PMT-P was implemented with BOK funds and 3% of the village fund health allocation. It implemented for 12-90 days every year with the provision of meals and snacks every day. PMT-P was held by village officials, cadres and trained PKK mothers. Beneficiaries receive food that has been prepared together with health center nutritionists and processed according to food safety standards. *Conclusion:* The implementation of PMT-P with village funds synergizes with PMT-P with BOK funds so that it has a positive impact on improving the nutritional status of toddlers and pregnant women. So this PMT-P must always be monitored and evaluated routinely so that it becomes a program to strengthen maternal and child health services

**Keywords:** supplemental feeding recovery, nutrition; health center; village funds

## PENDAHULUAN

Optimalisasi sistem jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan melakukan transformasi layanan primer. Inovasi harus terus dikembangkan dalam Pelayanan Kesehatan Primer oleh Pemerintah Indonesia dalam rangka mendorong upaya promotif dan preventif. Pendekatan *Primary Health Care* (PHC) yang direkomendasikan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) memuat 3 (tiga) strategi utama yaitu integrasi pelayanan kesehatan primer perorangan dan masyarakat, pemberdayaan individu dan masyarakat, serta kebijakan dan aksi multi sektor (1) (2).

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Pelayanan kesehatan primer ini menjadi rujukan masyarakat di tingkat dasar baik bagi pengguna jaminan kesehatan maupun bukan pengguna (3).

Pemerintah telah melaksanakan transformasi pelayanan kesehatan primer dengan menerapkan konsep *Primary Health Care* (PHC) melalui integrasi pelayanan kesehatan primer. Penguatan PHC banyak dilakukan melalui faktor internal seperti peningkatan tenaga kesehatan dan kemudahan akses khususnya bagi masyarakat pengguna jaminan kesehatan pemerintah karena bagi pengguna jaminan kesehatan swasta, mereka lebih memilih pelayanan kesehatan swasta (4). Sejalan dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa peningkatan kemampuan dan pelayanan dokter di PHC perlu dilakukan karena mereka memiliki kepercayaan yang rendah dibandingkan di rumah sakit karena faktor pemeriksaan dan waktu tunggu (5).

Sebenarnya penguatan PHC dengan pendekatan baru ini tidak hanya melalui pelayanan primer seperti puskesmas namun memerlukan peran serta aktif masyarakat dan pemerintah daerah setempat untuk dapat diimplementasikan. Pendekatan baru ini disebut sebagai Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, melibatkan Puskesmas, unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan yang disebut juga sebagai Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Selanjutnya juga akan melibatkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan primer (6). Beberapa penelitian melalui studi kualitatif menganalisis bahwa pelibatan berbagai profesi perlu dilakukan baik dari tenaga kesehatan maupun non kesehatan untuk membangun kepercayaan pasien dalam mengakses PHC dan menjaga hubungan yang inklusif (7). Praktik relasional yang kuat antara tim interprofesional sangat penting untuk memastikan pemberian layanan terpadu yang berpusat pada pasien, keluarga, dan komunitas, pada akhirnya memberikan dampak positif pada kesehatan pasien (8). Beberapa negara di Asia Selatan juga melakukan penguatan PHC tidak hanya pada tenaga kesehatan namun juga masyarakat sehingga potensi masyarakat dapat dimanfaatkan di bidang kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak (9). Meskipun demikian, peneliti belum banyak menemukan penelitian yang membahas penguatan PHC melalui lintas sektor maupun kemandirian masyarakat.

Puskesmas Wori merupakan puskesmas yang berada di Kabupaten Minahasa Utara dan masuk ke dalam lokus stunting. Saat ini Puskesmas Wori menjadi fasilitas kesehatan primer bagi 14.031 pengguna BPJS Kesehatan yang tersebar di 13 desa wilayah kerjanya. Puskesmas Wori memiliki integrasi pelayanan pada kesehatan ibu dan anak berupa Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P) berbasis kemandirian desa. Kementerian Kesehatan sudah memberikan instruksi kepada seluruh

puskesmas untuk melaksanakan PMT-P dalam meningkatkan status gizi anak dan ibu khususnya bagi yang mengalami gizi buruk atau Kekurangan Energi Kronis (KEK) dengan menggunakan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Puskesmas (10). Puskesmas Wori sudah melaksanakan pelayanan PMT-P tahun 2023 dengan dana BOK namun juga mendorong pemerintah desa wilayah kerjanya untuk turut terlibat memberikan pelayanan PMT-P selama 90 hari menggunakan dana desa sebagai bentuk transformasi penguatan pelayanan kesehatan primer. Pemerintah desa beserta masyarakat bergerak bersama menuntaskan gizi buruk yang menjadi *marker* kejadian stunting (11).

Dari latar belakang inilah peneliti tertarik untuk meneliti tentang “ Bagaimana gambaran pelaksanaan Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P) sebagai integrasi penguatan *Primary Health Care* (PHC) berbasis kemandirian desa di Puskesmas Wori?”

Tujuan penelitian ini untuk menggali gambaran pelaksanaan PMT-P sebagai integrasi penguatan pelayanan primer Puskesmas berbasis kemandirian desa

## METODE

Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus di wilayah kerja Puskesmas Wori. Informan utama dalam penelitian ini adalah ahli gizi dan perangkat desa. Pemilihan informan menggunakan teknik bola salju (*snowballing*) untuk mendapatkan informan kunci dan berhenti ketika sudah mendapatkan tingkat kejenuhan. Dalam menjaga validitas dan reliabilitas data, peneliti melakukan triangulasi kepada kader dan ibu dengan anak gizi buruk/ stunting.

Teknik pengumpulan data menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam untuk menggali informasi lebih dalam. Instrumen penelitian menggunakan pedoman FGD saat dilakukan diskusi dan pedoman wawancara untuk

wawancara mendalam. Selain itu instrumen penelitian lain menggunakan alat perekam/ *voice recorder* untuk memudahkan penelitian melakukan pengolahan data.

Tahapan penelitian dimulai dengan tahapan persiapan dengan mencari studi literatur/ penelitian terdahulu kemudian menentukan masalah, kerangka konsep dan metode penelitian. Tahapan pengolahan dilakukan dengan melakukan transkrip hasil wawancara secara detail terlebih dahulu dan membaca secara keseluruhan untuk memahami makna yang disampaikan oleh informan. Hasil dari pemaknaan tersebut dibuat kesimpulan dan disajikan dengan kutasi dari informan. Pengolahan data dilakukan menggunakan *software opencode* penelitian berisi bahan-bahan utama yang digunakan dalam penelitian dan metode-metode yang digunakan dalam pemecahan permasalahan termasuk metode analisis.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Wawancara secara mendalam dilakukan kepada 8 orang sebagai informan utama yang terdiri dari 1 orang ahli gizi puskesmas, 7 orang perangkat desa dari beberapa desa wilayah kerja puskesmas dan 7 orang sebagai informan tambahan yang terdiri dari 5 kader di beberapa desa dan 2 ibu dengan anak gizi buruk/ stunting.

Berdasarkan FGD dan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti menemukan beberapa sub gambaran pelaksanaan PMT-P antara lain:

### 1. Dana

Transformasi penguatan pelayanan dasar di Puskesmas Wori di kesehatan ibu dan anak melalui PMT-P berbasis kemandirian desa dilakukan karena adanya potensi di desa. Desa memiliki dana desa yang dapat dimanfaatkan untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak dan pemerintah desa yang dapat diajak kerja sama. Pemerintah desa juga menaruh kepercayaan besar ke ahli gizi puskesmas dengan meyakini bahwa masukan dari ahli gizi ini memberikan dampak yang baik bagi

peningkatan status gizi anak dan ibu hamil di desa mereka. Teknis pelaksanaan PMT di beberapa desa berbeda-beda tergantung besarnya alokasi dana desa. Dana desa yang digunakan dalam penanganan stunting kurang lebih 3%. Sehingga dengan adanya dana dari BOK yang dipadukan dengan dana desa menjadi program PMT-P yang optimal

*“Awal mula kita lia ada pendamping desa yang suka tanya PMT. Kong kita bilang bekeng jo. Pendamping desa bilang pa hukum tua. Waktu itu le ada sponsor dari perusahaan apa sto lupa da kase susu, kita bilang bekeng jo itu makanan. Sudah no dorang tanya-tanya. Itu awal mula di Desa Wori, paling dekat to dari Puskesmas” (G1)*

*“Itu untuk dana desa ada alokasikan untuk kegiatan pemberian makanan tambahan untuk stunting dan itu memang rutin setiap tahunnya ...porsi dana itu dihitung per orang” (P5)*

PMT-P ini menjadi integrasi penguatan pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak di desa sehingga bisa menurunkan angka gizi buruk maupun stunting. Pelaksanaan berkisar 14 sampai 90 hari dan diberikan setiap hari. Desa Talawaan Atas merupakan salah satu desa yang mengembangkan PMT-P selama 90 hari sesuai dengan petunjuk teknis dari Kementerian Kesehatan, hal ini karena hukum tua atau kepala desa merupakan petugas gizi yang sangat memperhatikan prosedur perbaikan gizi anak dan ibu hamil sesuai standar. Setelah puskesmas mendorong desa untuk mengintegrasikan pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui PMT-P. Pemerintah desa memasukkan program PMT-P dalam alokasi anggaran dana desa di rapat tahunan. Penetapan anggaran ini disusun oleh tim 7 yang di dalamnya beranggotakan kader posyandu. Rata-rata di beberapa desa per paket PMT-P untuk setiap anak atau ibu adalah 60.000.

*“Kalo penganggaran itu, penyusunan anggaran itu yang jelas, ada tim yang*

*dibentuk, ada Tim 7 kalo dulu 11 tapi kalo skarang mungkin 7” (P5)*

## 2. Pelaksanaan

Pihak desa dan kader posyandu berkoordinasi dengan puskesmas untuk pelaksanaan PMT-P. Ahli gizi puskesmas turun ke desa untuk menyusun menu bersama-sama dengan perangkat desa dan kader menggunakan bahan pangan lokal. Selain menu, jadwal PMT-P juga diatur karena puskesmas juga memiliki program PMT-P yang menggunakan dana BOK. Jadwal dan menu ini disinergikan untuk hasil yang maksimal. Sistem belanja dilakukan oleh pihak desa sesuai dengan arahan ahli gizi puskesmas. Pelaksanaan PMT-P dari puskesmas dilaksanakan setiap hari selama 90 hari untuk balita dan ibu hamil dengan pemberian kudapan setiap hari dan makan berat 1 minggu sekali sedangkan PMT-P dari desa memberikan makanan berat setiap hari sehingga dipastikan balita dan ibu hamil mendapatkan kudapan dan makan berat.

*“Sebenarnya kwa dengan adanya PMT-P dari dana desa ini saling melengkapi PMT-P dari puskesmas meskipun sama-sama nanti dorang yang bekeng akang. Mar begitu torang ini cuma kase kudapan, sedangkan dorang da kase makanan berat. Jadi 1 anak atau 1 ibu hamil boleh mo dapa kudapan dengan makanan berat” (G1)*

Pengolahan PMT-P dengan dana BOK maupun dana desa diserahkan sepenuhnya ke desa sehingga puskesmas juga harus bertanggung jawab dalam mempersiapkan sumber daya manusia. Puskesmas memberikan pelatihan mengolah PMT-P sesuai petunjuk teknis dan pendampingan saat mengolah sehingga makanan yang diberikan memiliki tekstur, komposisi yang disesuaikan dengan usia balita dan terjamin keamanan makanannya. PMT-P yang dibagikan tidak berupa bahan mentah namun makanan yang siap dikonsumsi.

*“Pembuatan PMT itu 1 kali bekeng dari dana desa maupun puskesmas mar torang so bilang pa sus (ahli gizi) dulu to jadi tau*

*apa-apa yang mau dimasak. Sus bantu atur depe makanan PMT trus torang bekeng.” (K3)*

Makanan PMT-P yang sudah siap dapat diambil oleh masing-masing ibu dan dimakan di balai desa secara langsung namun jika ada kendala dapat dibawa pulang. Jumlah balita dan ibu hamil yang diberikan berdasarkan data dari posyandu. Jika ibu tidak dapat mengambil makanan maka kader yang akan mengantarkannya ke rumah masing-masing namun tidak bisa diberikan selamanya. Makanan hanya diantar jika memang ibu berhalangan hadir namun jika ibu malas ambil maka tidak akan dilakukan pengantaran lagi.

PMT-P dari dana desa dianggap menjadi penguat pelayanan kesehatan yang disediakan puskesmas. Seorang anak yang mendapatkan diagnosis gizi buruk atau stunting di puskesmas dikoordinasikan ke desa tempat tinggal anak untuk diberikan PMT-P kemudian dievaluasi kembali oleh pihak puskesmas. Banyak kasus gizi buruk dan stunting dapat diatasi di tingkat pelayanan dasar sehingga tidak perlu dirujuk ke rumah sakit karena adanya penguatan pelayanan dasar yang diberikan puskesmas bersinergi dengan masyarakat.

*“Kita pe anak lalu cuma kontrol di puskesmas no, nda dirujuk. Cukup dari puskesmas so bagus. Tape anak dapa PMT-P di desa kong setiap hari da ambe. Sekarang so bagus” (B1)*

*“Dulu depe kakak memang berobat di puskesmas mar kalau saki, kalau nda ya cuma datang-datang ke posyandu. Kong dorang kase PMT. Depe kakak so bae, tingga depe adek no ini. Puskesmas so kase pelayanan bagus-bagus serta torang dapa makanan for perbaikan. Tape anak dua dua stunting to.” (B2)*

### 3. Faktor Pendukung dan Penghambat

Kader sebagai pelaksana PMT-P ini merasa program dapat berjalan karena adanya dukungan dari berbagai pihak mulai dari puskesmas, pemerintah desa, masyarakat luas. Secara teknis,

pelaksanaan tidak hanya diserahkan secara penuh oleh kader namun juga pihak desa turut membantu dengan menyediakan tempat, memberikan pengumuman ke masyarakat, membuat kebijakan desa dan lain-lain sehingga jika ada kendala dalam pelaksanaannya maka menjadi tanggung jawab bersama. Sedangkan penghambat dari pelaksanaan PMT-P ini adalah masyarakat yang memandang sebelah mata tentang manfaat program sehingga cenderung mengabaikan padahal anak mereka membutuhkan pemulihan dari gizi buruk atau stunting. Kader harus mengantar ke rumah penerima manfaat yang jaraknya jauh sehingga membuat beberapa orang enggan untuk datang secara langsung.

*“Iya, eh faktor keberhasilan itu juga atas kerja dari pihak puskesmas bagian gizi, disetiap posyandu bagaimana mereka ini menghimbau mengarahkan lewat sosialisasi mereka di kegiatan tersebut, dari pemerintah desa juga.” (K2)*

*“Sama, orang bahasa pa torang pandang enteng, kalo mo kase makanan tambahan bagitu jarang, Cuma sebagian orangtua yang datang mo ambe itu apa makanan tambahan itu dari kader-kader torang noh yang antar ka rumah-rumah” (K1)*

### Pembahasan

Puskesmas Wori menyadari bahwa desa memiliki potensi besar yang dapat mendukung penguatan pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui sumber daya manusia yang tersedia dan adanya dana desa yang memiliki alokasi untuk bidang kesehatan salah satunya penyelenggaraan PMT-P (12). Hal ini sesuai dengan salah satu strategi dalam pelaksanaan dan pembinaan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan adalah adanya pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal baik dana dan tenaga serta budaya. Dukungan sosial dari tokoh masyarakat dapat berupa adanya kepedulian, perhatian dan perlindungan terhadap konsekuensi yang dihadapi oleh warganya (13). Selain itu puskesmas juga mengambil peran sebagai

fasilitator yang menjembatani perencanaan pelaksanaan PMT-P dengan memberikan pelatihan dan pendampingan. Desa melibatkan kader untuk berpartisipasi dalam PMT-P meskipun perannya berbeda-beda sesuai kebijakan masing-masing desa. Beberapa kader dilibatkan dalam belanja bahan makanan, memasak dan distribusi namun ada juga yang hanya distribusi ke penerima manfaat (14).

Perencanaan PMT-P sebagai program rutin desa tidak terlepas dari perencanaan yang melibatkan masyarakat antara lain kader posyandu. Mereka masuk ke dalam Tim 7 yang turut menyusun program dan anggaran yang dibutuhkan. Penelitian yang pernah dilakukan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara juga menyebutkan bahwa pemerintah desa juga selalu melibatkan masyarakat pada saat penyusunan anggaran dana desa (APBDes). Hal ini membantu masyarakat untuk mengetahui anggaran yang ada dan sejauh mana pemanfaatannya untuk kesehatan seperti adanya PMT-P bagi balita dan ibu hamil (15). Alokasi dana desa untuk PMT-P sebesar 3% dari total anggaran untuk kesehatan. Berbeda dengan hasil analisis desa di Sleman yang menggunakan 1,8% dana desa untuk pelaksanaan PMT-P. Hal ini berbeda karena waktu pelaksanaan dan jenis paket makanan yang berbeda.

Alokasi dana desa tidak dapat disamakan antar daerah karena kebutuhannya berbeda. Salah satu di desa di Kabupaten Aceh Besar menggunakan dana desa untuk pendidikan, pembangunan dan kesehatan. Sejak tahun 2021 diperoleh informasi melalui penelitian kualitatif jika dana desa untuk penanggulangan stunting sebesar 120 juta setahun. Dana itu digunakan untuk perbaikan gizi yang bekerja sama dengan puskesmas yang terlibat dalam monitoring evaluasi (16). Upaya ini menjadi bentuk kolaborasi antara desa dengan puskesmas dalam peningkatan layanan kesehatan pencegahan stunting dengan mengembangkan kemandirian desa.

Kebijakan pemerintah dalam pengembangan desa terwujud melalui Pemberian bantuan langsung berupa Alokasi Dana Desa sehingga dapat mendukung perbaikan infrastruktur fisik maupun non fisik desa (17). Alokasi Dana Desa juga digunakan dalam pemberdayaan masyarakat desa untuk meningkatkan daya masyarakat menuju suatu masyarakat yang sehat (18,19).

Beberapa desa menjalankan program PMT selama 90 hari namun masih banyak yang menjalankan 12 atau 14 hari. Hal ini tentu berbeda dengan dengan petunjuk teknis dari kementerian kesehatan yang menunjukkan bahwa manfaat maksimal dari PMT-P dapat dirasakan jika pelaksanaan PMT-P dalam kurun waktu minimal 90 hari (10). Sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan bahwa PMT-P dapat meningkatkan status gizi balita maupun ibu hamil jika dilaksanakan selama 90 sampai 120 hari dengan memperhatikan komposisi makanan (20).

Pentingnya komposisi makanan dalam pemberian PMT-P bagi balita dan ibu hamil karena jika abai terhadap hal ini maka PMT-P tidak akan berhasil. Desa di wilayah kerja Puskesmas Wori sangat memperhatikan komposisi makanan yang diberikan karena dalam perencanaan menu sudah dikoordinasikan dengan ahli gizi puskesmas. Makanan yang diberikan sudah memenuhi karbohidrat, protein, buah, dan sayur. Desa tidak memberikan bahan mentah atau sekadar kudapan sederhana karena dianggap kurang memberikan dampak positif pada status gizi. Hal ini sejalan dengan penelitian di Semarang yang menunjukkan bahwa keberhasilan PMT-P karena kandungan kalori dan protein yang sesuai (21). Berbeda dengan penelitian lain yang menunjukkan meski PMT-P dilaksanakan selama 3 bulan namun tidak dapat meningkatkan status gizi karena makanan yang diberikan hanya biskuit PMT-P (22). Dalam pelaksanaan PMT-P masih banyak pengelola yang belum memperhatikan

komposisi, seperti di desa di Kabupaten Gowa, bahan makanan diberikan secara langsung kepada balita gizi buruk pemulihan setiap satu bulan sekali berupa bahan makanan pabrikan yaitu susu full cream, biskuit regal, dan sari kacang hijau dalam bentuk minuman, gula, telur serta multivitamin (23).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam pencegahan dan penurunan stunting dengan PMT berbasis pangan lokal dengan tetap memperhatikan komposisi gizi seimbang. Pangan lokal dipilih karena mudah didapat, relatif murah dan kandungan gizinya tidak mengalami penurunan karena rantai distribusinya pendek (24). Berdasarkan *literature review* yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa ada pengaruh signifikan antara PMT berbahan pangan lokal dengan perubahan status gizi balita (25). Hal inilah yang harus terus menjadi monitoring dan evaluasi bagi seluruh puskesmas yang menyelenggarakan PMT-P baik dengan dana BOK maupun dana desa agar manfaatnya dapat dirasakan dan tujuan penguatan pelayanan primer untuk kesehatan ibu dan anak tercapai (26).

## KESIMPULAN

Pelaksanaan PMT-P sebagai integrasi penguatan pelayanan primer puskesmas dilakukan dengan pemberdayaan masyarakat karena adanya potensi desa yang dapat dikembangkan. PMT-P dengan dana desa dilaksanakan bersamaan dengan PMT-P dengan dana BOK sehingga penerima manfaat mendapatkan makanan berat dan kudapan secara bersamaan. Hal ini semakin meningkatkan manfaat PMT-P dalam peningkatan status gizi balita dan ibu hamil. Peran puskesmas memberikan pelatihan, pendampingan dan monitoring evaluasi agar makanan yang diolah para kader sesuai standar keamanan makanan. Dukungan dari perangkat desa dan puskesmas mendorong pelaksanaan PMT-P dapat menjadi program berkelanjutan sedangkan hambatan dalam program ini adalah masih adanya beberapa

orang yang menganggap kurang penting dan merepotkan namun perangkat daerah dan para kader terus berpedoman pada petunjuk teknis dari kementerian kesehatan sehingga hambatan dapat diatasi. Perangkat desa lebih baik mengupayakan PMT-P dalam kurun waktu minimal 90 hari untuk memberikan manfaat yang jauh lebih baik. Puskesmas juga harus melakukan monitoring evaluasi agar pelaksanaan PMT-P lebih optimal.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada kepala puskesmas Wori dan ahli gizi, selain itu juga seluruh informan baik utama maupun pendukung yang telah bekerja sama sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan baik

## DAFTAR PUSTAKA

1. Syafriani, Andi Pramesti Ningsih, Rakhmawati Agustina. Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat. 1st ed. Syafriani, editor. Vol. 1. Purbalingga: Tahta Media; 2024. 1–100 p.
2. Agung Suharto. Promosi Kesehatan. 1st ed. Surabaya: Poltekkes Kemenkes Surabaya; 2018. 1–130 p.
3. Debra S. S. Rumengan, J. M. L. Umboh, G. D. Kandou. Factors Associated with Health Care Utilization Health On BPJS Participants in PHC Paniki Mapanget Down District of Manado. JIKMU. 2015 Oct 1;5(1):88–100.
4. Wenang S, Schaeffers J, Afdal A, Gufron A, Geyer S, Dewanto I, et al. Availability and Accessibility of Primary Care for the Remote, Rural, and Poor Population of Indonesia. Front Public Health. 2021 Sep 21;9.
5. Ekawati FM, Claramita M, Hort K, Furler J, Licqurish S, Gunn J. Patients' experience of using primary care services in the context of Indonesian universal health coverage reforms. Asia Pac Fam Med. 2017 Mar 21;16(1).
6. Andi Sari Bunga Untung, Riza Afriani Margaresa, Marti Rahayu Diah

- Kusumawati, Bhinuri Damawanti, Theresia Rhabina Noviandari Purba. *Petunjuk Teknis Implementasi KPP Stunting*. Jakarta; 2021.
7. Valaitis RK, O'Mara L, Wong ST, MacDonald M, Murray N, Martin-Misener R, et al. Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration: The influence of intrapersonal and interpersonal factors. *Prim Health Care Res Dev*. 2018 Jul 1;19(4):378–91.
  8. Schwind JK, McCay E, Metersky K, Martin J. Development and implementation of an advanced therapeutic communication course: An interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Education*. 2016 Sep 14;55(10):592-597.
  9. Shroff ZC, Ismail A, Afsana K, Weerasinghe M, Rao KD. Strengthening primary health care through community health workers in South Asia. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*. 2024 Sep 1;28(1):1–14.
  10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk Teknis Pendidikan Gizi dalam Pemberian Makanan Tambahan Lokal Bagi Ibu Hamil dan balita*. 1st ed. Vol. 1. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2018. 129 p.
  11. Sarinah Basri K, Yunita Nazarena, Sari Bema Ramdika, Rakhmawati Agustina. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. 1st ed. Agustiawan, editor. Vol. 1. Bandung: Media Sains Indonesia; 2022. 1–209 p.
  12. Puskesmas Wori. *Laporan Tahunan Puskesmas Wori*. Minahasa Utara; 2024 Feb.
  13. Restuastuti T, Zahtamal Z, Chandra F, Restila R. Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Melayu*. 2017 Sep 19;1(1):14.
  14. Ike Fitrah Atul Chabibah, Rakhmawati Agustina. Exploration of the Role of Posyandu Cadres in the Achievements of the Community Health Center Program in Reducing Stunting Incidence. *Amerta Nutrition*. 2023 Dec 2;7(2sp).
  15. Pua A, Maramis FRR, Tucunan AAT, Kesehatan F, Universitas M, Ratulangi S, et al. Pemanfaatan Dana Desa Untuk Kesehatan di Desa Pimpi Kecamatan Bintauna Kabupaten Bolaang Mongondow Utara. *Jurnal KESMAS*. 2021 Aug 1;10(8):18–26.
  16. Humaira, Lensoni, Putri R. Implementasi Kebijakan Alokasi Dana Desa Dalam Pencegahan Stunting Di Kecamatan Krueng Barona Jaya Kabupaten Aceh Besar. *Jurnal PRIMA [Internet]*. 2024;3(3):146–55. Available from: <https://ojs.transpublika.com/index.php/PRIMA/>
  17. Lesmana R, Sunardi N, Hasbiyah W, Tumanggor M. Manajemen Alokasi Dana Desa dalam Upaya dan Strategi Mewujud-kan Desa Sejahtera Mandiri di Desa Cihambulu, Kec. Pabuaran, Kab. Subang, Jawa Barat Cihambulu. *Jurnal Abdi Masyarakat Humanis [Internet]*. 2019;1(1):57–65. Available from: <http://www.openjournal.unpam.ac.id/index.php/JAMH>
  18. Sanjiwani NAD. Akuntabilitas Pengelolaan Dana Desa (Studi Kasus Pengelolaan Alokasi Dana Desa Di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember Tahun 2013). Universitas Jember. Jember; 2015.
  19. Putra Minang H, Digdowiseiso K, Sugiyanto E, Studi Magister Administrasi Publik P. Pelaksanaan Kebijakan Alokasi Dana Desadalam Memperdayakan Masyarakat Desa: Studi Kasus Desa Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman. *Jurnal Ilmu dan Budaya*. 2021;42(1):68–87.
  20. Utami R, Made Alit Gunawan I, Aritonang I, Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jl Tata Bumi No J. Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan terhadap Status Gizi pada Ibu Hamil di Kabupaten Sleman. *Jurnal Nutrisia [Internet]*. 2018;20(1):19–26. Available from:



<https://ejournal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/JNUTRI>

21. Farida Fitriyanti, Tatik Mulyati. Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (Pmt-P) terhadap Status Gizi Balita Gizi Buruk di Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2012. *Journal of Nutrition College*. 2012;1(1):373–81.
22. Arum Sekar Rahayuning Putri, Trias Mahmudiono. Efektivitas Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan Pada Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Simomulyo, Surabaya. *Amerta Nutrition*. 2020 Mar 1;4(1):58–64.
23. Indah Jayadi Y, Ihwana Ansyar D, Alam S, Avri Sayyidinna D, Studi Kesehatan Masyarakat P, Islam Negeri Alauddin U, et al. Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita Pada Masa Pandemi Covid 19 di Puskesmas Kabupaten Gowa. *Public Health Nutrition Journal*. 2021;1(2).
24. Meilasari N, Wiku Adisasmito. Upaya Percepatan Penurunan Stunting Melalui Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pangan Lokal: Systematic Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*. 2024 Mar 6;7(3):630–6.
25. Basri VA, Aulia SK, Mahdang P. Pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) lokal terhadap perubahan status gizi balita. *Gemawiralodra*. 2023;14(1).
26. Pakar Gizi Indonesia. *Ilmu Gizi, Teori dan Aplikasi*. I Made Nyoman; Prof. Dr. Hardinsyah M, editor. Jakarta: EGC UGM; 2016. 621 p.