

STATUS GIZI PENERIMA PMT PEMULIHAN DAN PENERIMA PMT PENYULUHAN PADA PENDERITA GIZI BURUK, STUDI DI KABUPATEN JEPARA

Nutritional Status of Supplementary Feeding for Recovery Education among Malnutrition Children, Study In Jepara District

Sarimah .¹ Sihol P. Hutagalung, ²

^{1,2} Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang

ABSTRACT

Background : Malnutrition in early life may cause low quality of live; thus supplementary feeding or educational feeding programs are needed.

Objective :The objective of this study was to analyze the nutritional status difference among malnourished children after receiving supplementary feeding and educational feeding program.

Method : The Subject of the study were of 90 children under five consisting of 45 samples from sub distric Kembang and 45 samples from sub distric Bangsri. Using Repeated Measure Anova SPSS program, test was used to know the difference nutritional status of the sample after one month, two months, three months giving of supplementary feeding both for the samples group of recovery supplementary feeding and education supplementary feeding receiver, and Independence Test of T – test to know the difference nutritional status between the samples group of recovery supplementary feeding and education supplementary feeding receiver after 1 month, 2 months, and after 3 months.

Results : There was a difference nutritional status within recovery supplementary feeding group before and after receiving supplementary feeding $p = 0.000$. In recovery supplementary feeding group there was no significant difference, $p = 0.103$. There was no significant difference of nutritional status between group of recovery supplementary feeding receiver and education supplementary feeding receiver after one month by $p = 0.706$. and also after 2 months by p value = 0.063, but after 3 months there was significant difference by p value = 0.019. .

Conclusion : Nutritional status malnourished children between the group of recovery supplementary feeding and educational supplementary feeding receiver was significantly different after 3 months.

Key Words : Nutritional Status, Recovery Supplementary Feeding, Educational Supplementary Feeding.

ABSTRAK

Latar Belakang : anak-anak balita dengan gizi buruk akan menyebabkan terganggunya proses pertumbuhan, fungsi otak dan struktur, kekebalan tubuh dan juga kualitas kesehatan total, sehingga akan tercipta generasi yang lemah secara fisik dan mental.

Tujuan : Mengetahui perbedaan status gizi diantara anak balita gizi buruk penerima makanan tambahan (PMT) Pemulihan dengan anak-anak Balita gizi buruk penerima makanan Tambahan Penyuluhan di Kabupaten Jepara.

Metode : sampel penelitian 90 anak balita terdiri dari 45 sampel dari kecamatan Kembang dan 45 sampel dari kecamatan Bangsri. Analisis data dengan SPSS 16, uji Anova digunakan untuk mengetahui perbedaan status gizi sampel setelah satu bulan, dua bulan, tiga bulan pemberian makan tambahan baik untuk sampel kelompok PMT pemulihan dan kelompok PMT penyuluhan, dan Independensi uji T - test untuk mengetahui perbedaan status gizi antara kelompok PMT pemulihan kelompok PMT penyuluhan setelah 1 bulan, 2 bulan, dan setelah 3 bulan.

Hasil : Ada perbedaan status gizi anak balita di kelompok PMT pemulihan sebelum dan setelah menerima PMT makan $p = 0,000$. Tetapi pada kelompok PMT Penyuluhan tidak ada perbedaan secara signifikan, $p = 0.103$. Selanjutnya tidak ada perbedaan yang signifikan antara status gizi kelompok penerima PMT pemulihan dan kelompok Penerima PMT Penyuluhan setelah satu bulan dengan $p = 0,706$. Setelah 2 bulan tidak ada perbedaan secara signifikan dengan p value = 0.063, setelah 3 bulan ada perbedaan yang signifikan dalam status gizi antara kelompok PMT pemulihan dan PMT Penyuluhan dengan nilai $p = 0,019$.

Kesimpulan : Status gizi antara anak gizi buruk balita Kelompok PMT pemulihan berbeda secara signifikan dengan kelompok PMT Penyuluhan setelah 3 bulan .

Kata Kunci : Status Gizi , Pemulihan Feeding Tambahan , Infomation Tambahan Feeding .

PENDAHULUAN

Masa bayi dan balita merupakan periode emas dalam kehidupan sehingga menjadi masa yang sangat penting dan perlu perhatian serius, karena pada masa ini berlangsung proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, yaitu pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan psikomotorik, dan perkembangan sosial. (Depkes RI, 2000)

Pertumbuhan dapat diartikan sebagai bertambahnya ukuran fisik dari waktu ke waktu. Sebagai contoh adalah seorang anak tumbuh dari kecil menjadi besar atau perubahan tinggi badan dari pendek menjadi tinggi. Perkembangan diartikan sebagai bertambah matangnya fungsi tubuh, yaitu pendengaran, penglihatan, kecerdasan dan tanggung jawab. Sebagai contoh seorang anak dari belum mampu bicara menjadi mampu bicara (Depkes RI, 2000)

Pertumbuhan seorang anak bukan hanya sekedar gambaran perubahan berat badan, tinggi badan atau ukuran tubuh lainnya, tetapi lebih dari itu memberikan gambaran tentang keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi seorang anak yang sedang dalam proses tumbuh. Karena hal tersebut, maka pada masa bayi dan balita harus mendapatkan asupan zat gizi dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang baik (Jahari, 2002)

Bila jumlah asupan zat gizi kurang dari yang dibutuhkan maka tubuh akan mengalami kekurangan zat – zat gizi esensial yang dalam waktu singkat ditandai dengan penurunan berat badan. Penurunan berat badan jika tidak segera dilakukan intervensi akan berakibat anak menjadi berstatus gizi kurang. Apabila keadaan ini berlangsung lama maka simpanan zat gizi dalam tubuh akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan sehingga anak menjadi berstatus gizi buruk yang secara umum akan menyebabkan gangguan pada proses pertumbuhan, struktur dan fungsi otak, imunitas, serta kualitas kesehatan secara keseluruhan, sehingga akan menciptakan generasi yang lemah secara fisik dan mental (Depkes RI, 2006)

Kasus gizi buruk di Kabupaten Jepara sampai akhir Tahun 2009 sebanyak 297 (0,33 %) kasus dari 91.224 balita, sedangkan di wilayah

Kecamatan Kembang terdapat 21 (0,38 %) kasus gizi buruk dari 5493 balita dan Kecamatan

Bangsri sebanyak 36 (0,45 %) kasus dari 8015 balita (Dinkes Kab Jepara, 2010). Menteri Kesehatan melalui suratnya Nomor : 1209 Tanggal 19 Oktober 1998 mengintruksikan agar memperlakukan kasus gizi buruk sebagai KLB, sehingga setiap kasus baru harus dilaporkan dalam 1x 24 jam. Untuk mendukung keputusan tersebut, dikeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Kewenangan Wajib Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang menyebutkan bahwa seluruh balita gizi buruk harus mendapatkan perawatan sesuai standar (100 %); kemudian ditindaklanjuti dengan dikeluarkannya SK Menteri Kesehatan No.128/Menkes/SK/II/2004, maka Puskesmas harus melaksanakan 6 (enam) kebijakan dasar, salah satunya upaya Perbaikan Gizi Masyarakat.

Upaya perbaikan gizi masyarakat diarahkan untuk menanggulangi masalah gizi kurang, gizi lebih dan masalah konsumsi pangan berdasarkan pada pendekatan spesifik daerah. (Benny A Kodyat, dkk, 2000). Dalam rangka mendukung program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Jepara, PLTU Tanjung Jati B dalam hal ini PT Central Java Power memberikan PMT Pemulihan pada balita gizi buruk khusus di lokasi operasional PT Central Java Power yaitu Kecamatan Kembang Kabupaten Jepara.

Penelitian ini secara bertujuan untuk mengetahui perbedaan status gizi antara balita gizi buruk penerima PMT pemulihan dengan balita gizi buruk penerima PMT penyuluhan di Kabupaten Jepara.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif eksplanatif yaitu penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan perbedaan status gizi (BB / U) antara balita gizi buruk penerima PMT Pemulihan dengan balita gizi buruk penerima PMT Penyuluhan, dengan menggunakan rancangan *cohort*.

Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Kembang dan Kecamatan Bangsri Kabupaten Jepara pada Bulan Mei sampai dengan Agustus 2010.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak balita gizi buruk yang ada di wilayah Kecamatan Kembang dan Kecamatan Bangsri Kabupaten Jepara.

Subyek penelitian ini adalah total populasi sebanyak 90 balita terdiri dari 45 sampel dari Kecamatan Kembang dan 45 sampel dari Kecamatan Bangsri. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara terdapat 21 kasus gizi buruk di Kecamatan Kembang dan 36 kasus di Kecamatan Bangsri. Setelah dilakukan pendataan ulang ternyata terdapat 45 balita yang mendapat PMT Pemulihan di Kecamatan Kembang dan 56 balita gizi buruk penerima PMT Penyuluhan di Kecamatan Bangsri. Oleh karena pada kelompok penerima PMT Penyuluhan ada 1 orang balita yang meninggal dunia selama pelaksanaan penelitian karena penyakit kanker darah (leukemia), dilakukan penggantian dengan cara random agar jumlah sampel sama dengan kelompok penerima PMT Pemulihan.

Balita gizi buruk dalam penelitian ini adalah balita dengan status gizi kurang dan status gizi buruk dengan nilai z – score dibawah $< - 2$ standar baku WHO – NCHS. Data identitas sampel (balita), kesertaan kegiatan PMT diperoleh dari wawancara dengan responden (ibu balita) dengan menggunakan kuesioner. Data status gizi dan kesehatan balita diperoleh dengan pengukuran BB menggunakan dacin dan pemeriksaan kesehatan.

Analisis data dilakukan secara deskriptif dan analitik menggunakan *Statistical Package for the Sosial Science (SPSS) for Windows 16*. Analisis secara deskriptif pada distribusi mean data dukung dan variabel penelitian yaitu identitas sampel meliputi umur, jenis kelamin dan status gizi sampel. Secara analitik dilakukan untuk mengetahui perbehdan status gizi setelah 1 bulan, 2 bulan, dan 3 bulan pemberian PMT baik pemulihan maupun penyuluhan dengan Uji *Repeated Measure Anova*, dan untuk mengetahui perbedaan status gizi antara balita gizi buruk kelompok penerima PMT pemulihan dengan kelompok penerima PMT penyuluhan setelah satu bulan, dua bulan dan setelah tiga bulan dengan uji *Independent Sampel T - Test*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kecamatan Kembang dan Bangsri terletak di wilayah sebelah utara dari Kabupaten Jepara dengan 11 desa di Kecamatan Kembang dan Di Kecamatan Bangsri terdapat 12 desa. Wilayah Kecamatan Kembang dan Kecamatan Bangsri merupakan gabungan

antara daerah dataran rendah, dataran tinggi dan juga berbatasan dengan pantai.

Dalam rangka mengantisipasi dampak krisis ekonomi dan berbagai konsekuensi yang diakibatkannya termasuk meningkatnya jumlah kasus gizi buruk, pemerintah mengambil langkah – langkah sebagai upaya penanggulangan. Diantara langkah – langkah tersebut adalah membuat kebijakan program dengan melibatkan swasta ataupun dunia usaha. Dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat dengan keterlibatan pihak swasta atau dunia usaha tersebut, Pemerintah Jawa Tengah mengeluarkan kebijakan untuk mengembangkan program *Corporate Social Responsibility*.

Menindak lanjuti dari program yang telah digulirkan Pemerintah Jawa Tengah, PT. Central Java Power membuat program “Community Development Program” yang salah satu kegiatannya adalah “Penanggulangan Anak Kurang Gizi di Kecamatan Kembang” dengan memberikan bantuan PMT kepada seluruh balita gizi kurang/buruk di Kecamatan Kembang.

Pada awal penelitian terdapat 101 orang sampel, 45 orang dari kelompok PMT Pemulihan dan 56 orang dari kelompok PMT penyuluhan. Namun pada akhir penelitian yang menjadi sampel adalah 90 orang. Hal ini karena dari kelompok PMT Penyuluhan 1 (satu) balita meninggal dunia karena menderita penyakit kanker darah (leukemia) dan dipilih secara random untuk menyamakan jumlah sampel dengan penerima PMT Pemulihan.

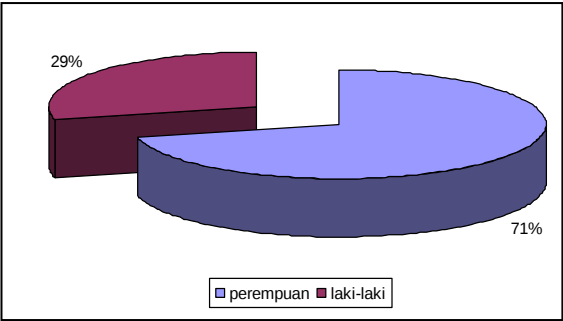
Seluruh sampel (100 %) mengikuti kegiatan pemberian PMT baik PMT Pemulihan maupun PMT Penyuluhan. PMT Pemulihan diberikan oleh PLTU Tanjung Jati B khususnya PT. CJP (Central Java Power) setiap dua minggu sekali dan setiap kali pemberian berupa susu 2 (dua) dus ukuran 800 gr, biskuit 2 bungkus ukuran 115 gr, multivitamin 1 botol ukuran 60 ml (Energi 8944 kkal, Protein 436 gr) . PMT Penyuluhan diberikan oleh Posyandu di wilayah domisili sampel sebulan sekali sesuai dengan jadual menu PMT Posyandu.

Karakteristik Subyek

Jenis Kelamin Kelompok Penerima PMT Pemulihan

Dari 45 jumlah subyek penelitian di Kecamatan Kembang terdapat lebih banyak jenis kelamin perempuan yaitu 32 (71 %) balita dan 13 (29 %) balita dengan jenis kelamin laki-laki. Proporsi sampel PMT Pemulihan menurut jenis kelamin dapat dilihat pada Diagram 1.

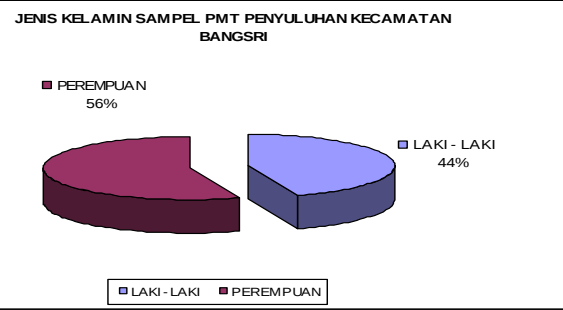
Diagram 1. Proporsi Jumlah PMT Pemulihan



Jenis Kelamin Kelompok Penerima PMT Penyuluhan

Sedangkan di Kecamatan Bangsri dari 45 jumlah sampel juga terdapat lebih banyak sampel dengan jenis kelamin perempuan yaitu 25 (56 %) balita dan 20 (44 %) balita dengan jenis kelamin laki - laki. Proporsi sampel PMT Penyuluhan menurut jenis kelamin dapat dilihat pada Diagram 2.

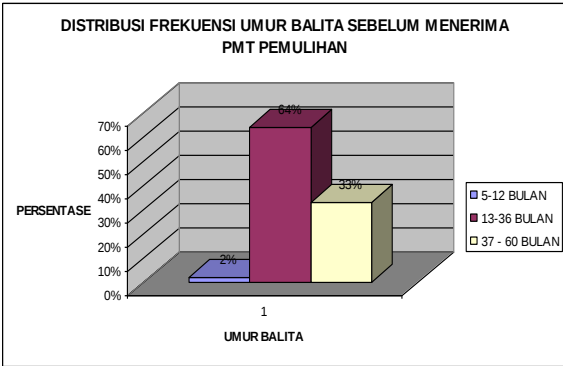
Diagram 2. Proporsi Jumlah PMT Penyuluhan



Umur Sebelum Menerima PMT Kelompok Umur sebelum Menerima PMT Pemulihan

Penggolongan distribusi usia sampel penerima PMT Pemulihan adalah dari 45 sampel terdapat 1 (2 %) anak termasuk dalam kelompok usia 5 - 12 bulan, 29 (64 %) anak termasuk dalam kelompok usia 13 - 36 bulan dan selebihnya 15 (33 %) anak termasuk kelompok usia 37 - 60 bulan, seperti terlihat pada Diagram 3.

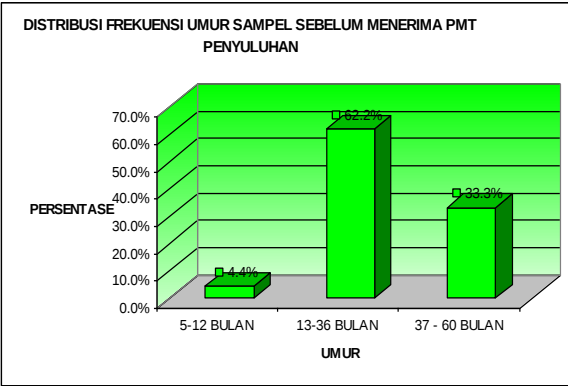
Diagram 3. Proporsi Jumlah penerima PMT Pemulihan



Kelompok Umur sebelum Menerima PMT Penyuluhan

Penggolongan distribusi usia sampel penerima PMT Penyuluhan, adalah dari 45 sampel terdapat 2 (4.4 %) anak termasuk dalam kelompok usia 5 - 12 bulan, 28 (62.2 %) anak termasuk dalam kelompok usia 13 - 36 bulan dan selebihnya 15 (33.3 %) anak termasuk kelompok usia 37 - 60 bulan.

Diagram 4. Proporsi Jumlah penerima PMT Penyuluhan



Status Gizi Sebelum Pemberian PMT

Gizi kurang pada balita tidak terjadi secara tiba – tiba, tetapi diawali dengan kenaikan berat badan anak yang tidak cukup. Perubahan berat badan anak dari waktu ke waktu merupakan petunjuk awal perubahan status gizi anak (Depkes , 2000)

Pada awal penelitian yaitu sebelum pemberian PMT, status gizi balita antara kelompok penerima PMT Pemulihan dan PMT Penyuluhan tidak berbeda secara signifikan, uji t menunjukkan p = 0.127. Tabel 1 menunjukkan jumlah dan proporsi status gizi sampel.

Tabel 1. Proporsi Status Gizi sebelum Menerima PMT Secara rinci gambaran status gizi balita pada 2 kelompok penerima PMT

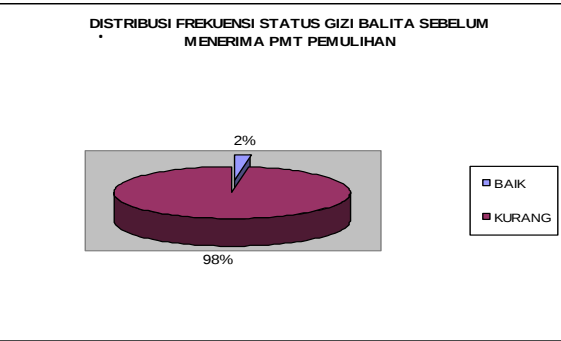
Distribusi Frekuensi Status Gizi sebelum Menerima PMT			
Kec. Kembang (PMT Pemulihan)		Kec. Bangsri (PMT Penyuluhan)	
Status Gizi	Jml (%)	Status Gizi	Jml (%)
Kurang Baik	44 (98%)	Kurang	45 (100%)
	1 (2 %)		

Status Gizi Sampel sebelum Pemberian PMT Pemulihan

Status gizi balita sebelum menerima PMT Pemulihan di Kecamatan Kembang sebanyak 44 (98 %) anak gizi kurang, 1 (2 %) anak mempunyai status gizi baik. Satu anak tersebut tetap diikuti dalam program

pemberian PMT Pemulihan sebab jika tidak diberi dikhawatirkan akan jatuh pada kondisi gizi buruk karena berada pada lingkungan keluarga yang sangat miskin.

Diagram 5. Proporsi status gizi balita sebelum menerima PMT Pemulihan



Banyak faktor yang menyebabkan kan jumlah kasus gizi buruk relatif besar di Kecamatan Kembang, diantaranya adalah kemiskinan dan rendahnya pendidikan ibu. Sebagian besar 19 (42.2 %) orang pekerjaan orang tua sampel adalah buruh dan 24 (53.3%) responden/ibu balita berpendidikan tidak tamat SD dan tamat SD.

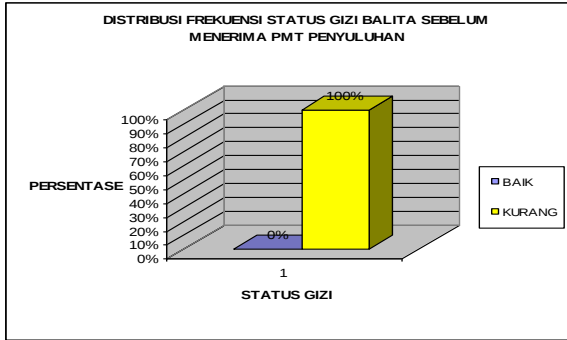
Penelitian Benny A Kodyat dkk, 2000, mengungkapkan bahwa penda patan keluarga berpengaruh positif terhadap pengeluaran untuk makanan, sehingga dengan rendahnya pendapatan akan membuat ketahanan pangan dan kemampuan keluarga untuk membeli bahan pangan adalah rendah.

Demikian halnya dengan penelitian Jajah K Husaini dan Abas Basuni Jahari, 2007, yang menyebutkan bahwa adanya asosiasi yang bermakna antara pendidikan ibu dan status gizi balita, dimana pendidikan ibu yang lebih tinggi berpengaruh positif terhadap tingkat status gizi anak. Pendidikan ibu akan mempengaruhi perilaku pemberian makan dan perilaku hidup bersih sehat.

Status Gizi sebelum Pemberian PMT Penyuluhan

Status gizi dari 45 sampel sebelum menerima PMT Penyuluhan di Kecamatan Bangsri sebanyak seluruh anak (100 %) mempunyai status gizi dengan katagori kurang, terlihat pada Diagram 6.

Diagram 6. Proporsi status gizi balita sebelum menerima PMT Penyuluhan



Beberapa penyebab yang mendorong terjadinya gizi buruk di Kecamatan Bangsri antara lain adalah adanya penyakit infeksi, pemberian ASI yang tidak eksklusif, pemberian makanan tambahan yang mutu gizinya tidak baik seperti nasi yang dilumatkan hanya dengan kecap atau nasi yang dilumatkan dengan pisang.

Perbedaan Status Gizi Balita setelah Menerima PMT diantara PMT Pemulihan dan PMT Penyuluhan

Perbedaan status gizi balita setelah menerima PMT diantara kelompok penerima PMT Pemulihan dan kelompok penerima PMT Penyuluhan dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Perbedaan Status Gizi Sampel setelah menerima PMT

Perbedaan Status Gizi Sampel setelah Menerima PMT			
Kecamatan Kembang (PMT Pemulihan)		Kecamatan Bangsri (PMT Penyuluhan)	
Periode	p	Periode	p
1 bulan	0.00	1 bulan	0.106
2 bulan	0.00	2 bulan	0.392
3 bulan	0.00	3 bulan	0.315

Perbedaan Status Gizi Balita setelah Menerima PMT Pemulihan

Secara statistik terdapat perbedaan bermakna pada status gizi balita penerima PMT Pemulihan selama 3 bulan secara keseluruhan pemberian antara awal dengan setelah satu bulan, setelah dua bulan dan setelah tiga bulan $p = 0.00$

Perbedaan tersebut bermak na disetiap bulannya baik pada saat setelah satu bulan pemberian, setelah dua bulan dan setelah tiga bulan dengan nilai $p = 0,00$. Pada hasil tes *subject effects* terlihat bahwa nilai bermakna = 0.00 yang menunjukkan pengaruh yang positif dari pemberian PMT Pemulihan di Kecamatan Kembang

Beberapa studi yang dilakukan pada bayi dan anak – anak mengungkapkan adanya asosiasi antara PMT dengan perbaikan dalam pertumbuhan, penurunan morbiditas atau perkembangan kognitif. Tampak jelas bahwa dari kajian berbagai intervensi PMT memberikan dampak positif, meskipun kecil. (Freeman dkk 1980 dlm penelitian Sandjaja, 2002).

Perbedaan Status Gizi Balita setelah Menerima PMT Penyuluhan

Tidak terdapat perbedaan bermakna secara statistik status gizi balita pada kelompok penerima PMT Penyuluhan selama 3 bulan secara keseluruhan pemberian antara awal, setelah satu bulan, setelah dua bulan dan setelah tiga bulan $p = 0.103$ (> 0.05 , H_0 ditolak).

Setelah satu bulan pemberian PMT Pemulihan tidak terdapat perbedaan secara statistik status gizi balita dengan $p = 0.106$, setelah 2 bulan adalah $p = 0.392$ dan setelah 3 bulan pemberian PMT nilai $p = 0.315$.

Perbedaan yang tidak bermakna tersebut disebabkan antara lain karena PMT Penyuluhan lebih berfungsi sebagai media penyuluhan gizi agar ibu mengetahui dalam bentuk praktis makanan apa yang harus diberikan kepada anaknya untuk mencegah terjadinya gizi buruk. Berbeda dengan PMT pemulihan yang sepenuhnya bertujuan memulihkan penderita gizi buruk secara langsung, PMT Penyuluhan lebih merupakan sarana penyuluhan maka hasil dari PMT penyuluhan tidak dapat dilihat secara langsung sehingga tidak dapat diketahui secara pasti dampaknya terhadap pemeliharaan gizi anak balita (Moehji, 2003), padahal masa bayi dan balita merupakan masa kehidupan tubuh sedang berlangsung proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik, perkembangan psiko-motorik, mental dan perkembangan sosial, sehingga setiap hari harus memperoleh zat gizi dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang baik. Apabila terjadi kekurangan yang berlangsung terus menerus dan dalam jangka waktu yang lama akan berdampak pada menurunnya status gizi. (Depkes, 2002).

Perbedaan Status Gizi antara Kelompok Penerima PMT Pemulihan dan kelompok penerima PMT Penyuluhan

Perbedaan Status Gizi setelah Satu Bulan Pemberian PMT

Setelah satu bulan pemberian PMT, tidak terdapat perbedaan bermakna secara

statistik, status gizi antara balita gizi buruk kelompok penerima PMT Pemulihan dengan kelompok penerima PMT Penyuluhan dengan $p = 0.706$ ($p \text{ value} > 0.05$).

Pada pemberian PMT Pemulihan di Kecamatan Kembang, PMT yang diterima tidak hanya dikonsumsi oleh sampel tetapi juga dikonsumsi oleh anggota keluarga yang lain. Hal ini berpengaruh positif terhadap status gizi anak sebagaimana yang diungkapkan oleh Beaton dan Ghasemi, 1979, dalam penelitian Sandjaja, 2002, bahwa pengaruh PMT terhadap status gizi disebabkan oleh berbagai faktor. Faktor pertama adalah hanya sebagian dari makanan yang diberikan benar – benar dikonsumsi oleh kelompok sasaran. Berbagai penyebab ketidak tepatan konsumsi makanan pada sasaran adalah adanya sasaran lain dalam keluarga yang juga mengkonsumsi PMT yang diberikan, seperti kakak, saudara sepupu dan lainnya.

Seperti halnya yang diungkapkan oleh Hartoyo, dkk, 2001 dalam hasil penelitian Sugeng Iwan Setyobudi, dkk, 2005, bahwa perbaikan status gizi penderita gizi buruk sangat dipengaruhi oleh tingkat konsumsi selama intervensi, partisipasi keluarga dalam kegiatan PMT, status gizi pada awal intervensi dan status infeksi.

Partisipasi keluarga terutama responden dalam kegiatan PMT sangat berperan penting terhadap efisiensi dan efektifnya paket PMT Pemulihan, agar paket yang diberikan benar – benar tepat sasaran dan dapat diterima anak balita sasaran, sehingga tujuan perbaikan gizi dapat tercapai. (Sugeng,dkk, 2005). Sebagian besar 87 % PMT Pemulihan yang diberikan kepada balita tidak dikonsumsi secara khusus untuk balita sasaran.

Faktor lainnya yang berpengaruh terhadap status gizi adalah adanya penyakit infeksi pada sampel. Dari 90 sampel yang ada terdapat 72 % balita mengalami kejadian infeksi selama pemberian PMT (panas, batuk, pilek, diare). Dengan adanya penyakit infeksi menyebabkan zat gizi dari makanan sehari – hari dan PMT lebih diutamakan digunakan untuk masa pemulihan dari pada digunakan untuk pertumbuhan. (Astuti Lamid,dkk, 2002).

Hal ini selaras dengan apa yang disampaikan dalam Media Gizi Indonesia, 2000, bahwa asupan yang tidak adekuat akan menyebabkan mobilisasi berbagai cadangan makanan untuk menghasilkan kalori demi penyelamatan hidup, dimulai dengan pembakaran cadangan karbohidrat, kemudian cadangan lemak serta protein dengan melalui proses katabolik. Tubuh yang mengalami stres

katabolik tersebut akan mudah terserang infeksi oleh bakteri, virus, jamur, maupun protozoa.

Moehji, 2003, juga mengungkap bahwa gizi buruk akan mengakibatkan terganggunya sistem pertahanan tubuh, yang mengakibatkan pertahanan tubuh menjadi lemah, sehingga mudah terserang infeksi, sebaliknya penyakit infeksi yang menyerang anak menyebabkan gizi anak menjadi memburuk.

Perbedaan Status Gizi setelah Dua Bulan Pemberian PMT

Uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada perbedaan bermakna secara statistik, status gizi antara balita gizi buruk kelompok penerima PMT Pemulihan dengan balita gizi buruk kelompok penerima PMT Penyuluhan dengan $p = 0.063$

Setelah dua bulan pemberian PMT, tidak terjadi peningkatan berat badan yang optimal sehingga tidak terjadi peningkatan status gizi yang bermakna disebabkan karena PMT yang diberikan sebagai tambahan zat gizi setiap hari tidak cukup memenuhi kebutuhan energi dan protein yang dibutuhkan sampel. Hal ini karena asupan zat gizi dari makanan sehari – hari yang kurang dari Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan. Rata – rata asupan energi sampel adalah 78 % dan rata – rata asupan protein sampel adalah 63 %. Padahal konsumsi atau asupan dikatakan normal jika tingkat konsumsi berkisar antara 90 – 110 % dari AKG. (Sugeng, dkk, 2005). Sehingga makanan tambahan yang dikonsumsi berfungsi sebagai pengganti kekurangan tersebut.

Meskipun secara statistik perbedaan tersebut tidak bermakna, akan tetapi terlihat adanya perbedaan nilai signifikansi yaitu terjadi penurunan yang semula $p \text{ value} = 0.706$ menjadi $p \text{ value} = 0.063$. Dari hasil tersebut juga dapat disimpulkan bahwa PMT dapat mencegah terjadinya penurunan status gizi, karena PMT meskipun dalam jumlah yang kecil, tambahan tersebut akan digunakan untuk mencukupi kekurangan kebutuhan akan zat gizi dari makanan sehari – hari sehingga status gizi tidak memburuk (Sandjaja, 2005)

Perbedaan Status Gizi setelah Tiga Bulan Pemberian PMT

Perbedaan status gizi antara balita gizi buruk kelompok penerima PMT Pemulihan dengan balita gizi buruk kelompok penerima PMT Penyuluhan bermakna secara statistik dengan $p = 0.019$

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian PMT baru berpengaruh secara signifikan setelah pemberian selama tiga bulan. (Depkes, 2000). Hal ini didukung oleh adanya rangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan dan penyuluhan yang dilaksanakan pada saat pemberian PMT sehingga dapat meningkatkan efektivitas PMT.

Penyuluhan diberikan kepada responden dan keluarganya yang lain (jika ada). Pelayanan kesehatan diberikan kepada balita yang sakit berupa pemeriksaan dan rujukan ke Puskesmas. Sugeng Iwan Setyobudi mengungkapkan bahwa betapa pentingnya pelayanan kesehatan yang menyertai kegiatan PMT Pemulihan untuk perbaikan status gizi. Karena banyaknya hari sakit berpengaruh negatif terhadap perbaikan status gizi, sebab selama sakit biasanya anak balita mengalami penurunan selera makan, sehingga asupan zat gizi mengalami penurunan.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menyimpulkan :

Pertama: Status gizi sampel sebelum menerima PMT di Kecamatan Kembang adalah kategori kurang 98 % dan 2 % kategori baik. Di Kecamatan Bangsri 100 % adalah kategori kurang. Kedua: Terdapat perbedaan bermakna status gizi penerima PMT pemulihan setelah satu bulan, dua bulan dan setelah tiga bulan. Ketiga: Tidak ada perbedaan bermakna status gizi penerima PMT Penyuluhan setelah pemberian selama 3 bulan. Keempat: Tidak ada perbedaan bermakna status gizi balita antara kelompok penerima PMT Pemulihan dan PMT Penyuluhan pada awal bulan penelitian, setelah bulan pertama maupun bulan kedua. Kelima: Terdapat perbedaan bermakna status gizi antara balita kelompok penerima PMT Pemulihan dan PMT Penyuluhan setelah 3 bulan.

SARAN

Pertama: Untuk meningkatkan efisiensi paket PMT Pemulihan perlu dilaksanakan proses pendampingan Program PMT Pemulihan yaitu semacam pengawas yang berasal dari unsur masyarakat sendiri atau gabungan antara pihak desa (perangkat, BPD, dll) dan masyarakat maupun LSM agar paket yang diberikan benar – benar tepat sasaran.

Kedua : Bahwa dalam penanggulangan gizi buruk seyogyanya semua aspek penyebab ditanggulangi pula secara komprehensif , oleh karena itu diharapkan adanya kerja sama dari lintas program dan lintas sektor, dalam hal ini

pemerintah daerah perlu memfasilitasi dan bertindak sebagai *leadingnya*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Almtsier, Sunita. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, hal.8-9, 94-97.
2. Depkes RI. 2005. *Info Pangan dan Gizi Volume XV No.2*. Jakarta: Dirjen Binkesmas, hal. 11.
3. Depkes RI. 2000. *Gizi Seimbang Menuju Hidup Sehat bagi Balita*. Jakarta: Dirjen Kesmas, , hal. 1-2.
4. Khomsan Ali. 2004. *Peranan Pangan dan Gizi Untuk Kualitas Hidup*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, hal.132-136
5. Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta : Depdiknas,
6. Supariasa. 2001. *Pemantauan Status Gizi*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, , hal 8.
7. Steven S Tabor, dkk, *Keterkaitan antara Krisis Ekonomi, Kemiskinan, Ketahanan Pangan dan Keadaan Gizi*. Jakarta
8. Sugeng Iwan Setyobudi, dkk. 2005. *Pengaruh PMT Pemulihan dengan Formula WHO/Modifikasi terhadap Status Gizi Anak Balita KEP di Kota Malang*. Prosiding Temu Ilmiah, Konggres XIII Persagi. Jakarta
9. Susi Suwarti, dkk. 2002, *Penanggulangan Gizi Buruk di Masa Datang : Pengalaman di Klinik Gizi Bogor*. KONAS XII Persagi. Jakarta
10. Sandjaja,dkk, 2002. *Status Gizi Bayi dan Anak yang Mendapat Program Makanan Tambahan dalam JPS-BK*, Konas XII Persagi. Jakarta.
11. Benny A Kodyat, dkk,2000, *Penuntasan Masalah Gizi Kurang*, Widaya Karya Nasional Pangan dan Gizi VI, Jakarta,