



Implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sebagai Penunjang Pencegahan Stunting di Puskesmas Palapa, Kota Bandar Lampung

Ade Irma Ardinur¹, Aulia Rahmawati²

^{1,2}Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Bandar Lampung, Lampung, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Januari 15, 2026
Revised Januari 20, 2026
Accepted Januari 30, 2026

Kata Kunci:

Stunting,
PMT,
Implementasi Kebijakan,
Puskesmas Palapa,
Pencegahan Gizi

Keywords:

Stunting,
Supplementary Feeding
Program,
Policy Implementation,
Puskesmas Palapa,
Nutrition Prevention

ABSTRAK

Stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia, termasuk di wilayah Puskesmas Palapa, Kota Bandar Lampung, yang menunjukkan adanya balita underweight dan stunting meskipun akses layanan kesehatan relatif baik. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sebagai intervensi gizi spesifik untuk pencegahan stunting di Puskesmas Palapa dengan menggunakan teori implementasi kebijakan George C. Edwards III (komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi). Pendekatan kualitatif deskriptif dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi dengan informan utama (kepala puskesmas, ahli gizi, kader posyandu, dan orang tua penerima PMT). Temuan menunjukkan bahwa implementasi PMT belum optimal dan cenderung kurang efektif karena: (1) komunikasi ke sasaran belum efektif sehingga tujuan pencegahan stunting kurang dipahami, (2) keterbatasan sumber daya manusia (tenaga gizi dan kader) menyebabkan pendampingan serta pemantauan konsumsi terbatas, (3) disposisi pelaksana kuat namun tidak diimbangi partisipasi aktif sasaran, dan (4) struktur birokrasi prosedural serta minim pemantauan harian terhadap kepatuhan konsumsi. Faktor pendukung utama adalah komitmen tinggi tenaga kesehatan dan kader, sementara penghambat dominan berasal dari komunikasi, SDM, dan lemahnya pengawasan substantif. Ketidadaan pemantauan harian menjadi penyebab utama sehingga program belum mampu menjamin perubahan perilaku gizi secara nyata. Penelitian ini menekankan perlunya penguatan komunikasi partisipatif, penambahan kapasitas SDM, serta sistem pemantauan konsumsi berkelanjutan agar PMT dapat berkontribusi efektif terhadap penurunan stunting.

ABSTRACT

Stunting remains a serious public health issue in Indonesia, including in the working area of Puskesmas Palapa, Bandar Lampung City, where underweight and stunted children persist despite relatively good access to health services. This study aims to analyze the implementation of the Supplementary Feeding Program (PMT) as a specific nutritional intervention for stunting prevention at Puskesmas Palapa using George C. Edwards III policy implementation theory (communication, resources, disposition, bureaucratic structure). A qualitative descriptive approach was employed through in-depth interviews, observations, and documentation involving key informants (head of puskesmas, nutritionist, posyandu cadres, and beneficiary parents). Findings indicate that PMT implementation is not yet optimal and tends to be ineffective due to: (1) ineffective communication to beneficiaries, resulting in limited understanding of stunting prevention goals, (2) human resource limitations (nutritionists and cadres) causing restricted

guidance and consumption monitoring, (3) strong implementer disposition not matched by active beneficiary participation, and (4) procedural bureaucratic structure with inadequate daily monitoring of compliance. The main supporting factor is the high commitment of health workers and cadres, while dominant barriers stem from communication, human resources, and weak substantive supervision. The absence of daily monitoring is the primary reason the program fails to ensure real nutritional behavior change. This study emphasizes the need for participatory communication strengthening, increased human resource capacity, and sustainable consumption monitoring systems to make PMT effectively contribute to stunting reduction.

This is an open access article under the [CC BY](#) license.



Corresponding Author:

Ade Irma Ardinur
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Bandar Lampung,
Lampung, Indonesia
Email: ade.22111025@student.ubl.ac.id

1. PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan menetapkan percepatan penurunan stunting sebagai salah satu program prioritas nasional. Hal ini disebabkan masih tingginya jumlah balita yang mengalami gangguan pertumbuhan dalam beberapa tahun terakhir. Stunting dianggap masalah kesehatan serius yang harus ditangani sejak dini karena dampaknya tidak hanya pada tinggi badan, tetapi juga perkembangan otak, kemampuan belajar, dan produktivitas di masa depan. Untuk mengatasinya, Kementerian Kesehatan mendorong penguatan intervensi gizi spesifik di tingkat layanan dasar, salah satunya melalui Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang dilaksanakan di puskesmas dan posyandu secara terarah dan berkelanjutan [1]. Perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia dalam dua tahun terakhir mengalami perlambatan yang cukup nyata. Pada tahun 2024, IPM hanya naik menjadi 74,49 atau meningkat 0,10 poin dari tahun sebelumnya, yang merupakan pertumbuhan terendah dalam lima tahun terakhir [2]. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan kualitas sumber daya manusia berjalan lambat dan belum mampu mengimbangi tantangan kesehatan serta gizi yang semakin kompleks [3].

Di tingkat daerah, Provinsi Lampung juga mengalami pola serupa. Capaian IPM tahun 2023 sebesar 70,45 hanya naik tipis menjadi 70,55 pada tahun 2024 (BPS Provinsi Lampung, 2024). Bahkan di Kota Bandar Lampung sebagai pusat pertumbuhan wilayah, IPM hanya meningkat minimal dari 78,57 menjadi 78,60 dalam periode yang sama [4]. Perlambatan ini menegaskan bahwa masalah gizi, termasuk stunting, masih menjadi hambatan utama dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia. Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis, terutama pada 1.000 hari pertama kehidupan. Dampaknya meliputi tubuh yang lebih pendek, gangguan perkembangan otak, kemampuan belajar yang rendah, daya tahan tubuh lemah, serta produktivitas yang menurun ketika dewasa [5]. Penyebab utamanya adalah pola makan tidak seimbang, akses pangan bergizi terbatas, minimnya pengetahuan orang tua tentang gizi, dan keterbatasan layanan kesehatan dasar. Jika tidak ditangani sejak dini, risiko stunting akan berlanjut dan memengaruhi kualitas hidup jangka panjang.

Tingginya kasus stunting jelas memengaruhi kualitas pembangunan manusia secara keseluruhan. Stunting bukan hanya persoalan kesehatan, melainkan juga masalah pembangunan jangka panjang yang dapat menurunkan kualitas generasi mendatang dan memperlambat pertumbuhan ekonomi [6]. Selain

itu, angka stunting tinggi menimbulkan beban sosial baru seperti meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan, rendahnya capaian pendidikan, dan penurunan produktivitas masyarakat [7]. Prevalensi stunting secara nasional berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 mencapai 21,5%. Angka ini memang menurun dari tahun sebelumnya, namun masih jauh dari target 14% pada tahun 2024 sesuai Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Perlambatan penurunan ini menunjukkan bahwa keberhasilan tidak hanya bergantung pada skala program pemerintah pusat, melainkan pada pelaksanaan intervensi di tingkat daerah [8]. Di Provinsi Lampung, data prevalensi stunting menunjukkan ketidakstabilan yang mencolok. Prevalensi turun dari 18,5% pada tahun 2022 menjadi 14,9% pada tahun 2023, namun naik kembali menjadi 15,9% pada tahun 2024. Pola fluktuatif ini mengindikasikan bahwa intervensi yang dilakukan belum berhasil mengubah perilaku konsumsi keluarga dan pola pengasuhan balita secara konsisten. Faktor seperti meningkatnya konsumsi makanan cepat saji, tekanan ekonomi keluarga, serta rendahnya pemahaman gizi turut memperburuk risiko stunting di masyarakat.

Di Kota Bandar Lampung, jumlah kasus stunting berhasil menurun dari 520 kasus (0,81%) pada tahun 2023 menjadi 399 kasus (0,62%) pada tahun 2024. Penurunan ini mencerminkan perbaikan intervensi gizi dan kesehatan melalui pemantauan pertumbuhan balita, edukasi gizi, serta koordinasi lintas sektor. Namun, stunting tetap menjadi masalah kronis dengan dampak jangka panjang, dan capaian tingkat kota belum mencerminkan variasi kondisi di setiap kelurahan yang dipengaruhi kepadatan penduduk, tingkat pendidikan orang tua, serta kondisi sosial ekonomi keluarga. Oleh karena itu, fokus pada wilayah Puskesmas Palapa di Kecamatan Tanjung Karang Pusat menjadi relevan, mengingat masih adanya balita *underweight* dan stunting yang memerlukan penanganan intensif melalui PMT, disertai penguatan literasi gizi dan pendampingan keluarga secara langsung [9], [10].

2. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk mengkaji pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sebagai upaya pencegahan stunting di wilayah kerja Puskesmas Palapa, Kota Bandar Lampung. Pendekatan ini memungkinkan pengamatan langsung terhadap peran petugas gizi, kader posyandu, serta respons orang tua balita dalam pelaksanaan program. Menurut Moleong [11], penelitian kualitatif bertujuan memahami fenomena secara utuh melalui kata-kata berdasarkan kondisi lapangan, sementara Sugiyono [12] menekankan bahwa pendekatan deskriptif kualitatif cocok untuk menguraikan realitas pelaksanaan program seperti PMT, termasuk faktor pendukung dan penghambatnya. Fokus penelitian difokuskan pada dua hal utama: (1) pelaksanaan PMT mulai dari perencanaan, penentuan sasaran, distribusi makanan tambahan, hingga pemantauan pertumbuhan balita; serta (2) faktor pendukung dan penghambat yang berasal dari petugas, kader posyandu, sarana pendukung, dan partisipasi orang tua balita. Instrumen utama penelitian adalah peneliti sendiri, yang terlibat penuh sejak penentuan informan hingga interpretasi temuan, sebagaimana dijelaskan Sugiyono [13]. Instrumen pendukung meliputi pedoman wawancara semi-terstruktur kepada kepala puskesmas, petugas gizi, kader posyandu (4 orang), dan orang tua balita penerima PMT (3 orang); pedoman observasi untuk mengamati langsung proses pembagian PMT, peran kader, dan pemantauan di posyandu; serta teknik dokumentasi berupa laporan kegiatan, data balita sasaran, catatan gizi, foto aktivitas, dan pedoman resmi PMT. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara mendalam, dan dokumentasi dengan sumber data primer dan sekunder. Analisis data menggunakan model Miles dan Huberman, sedangkan keabsahan data dijaga melalui perpanjangan pengamatan dan triangulasi sumber serta teknik.

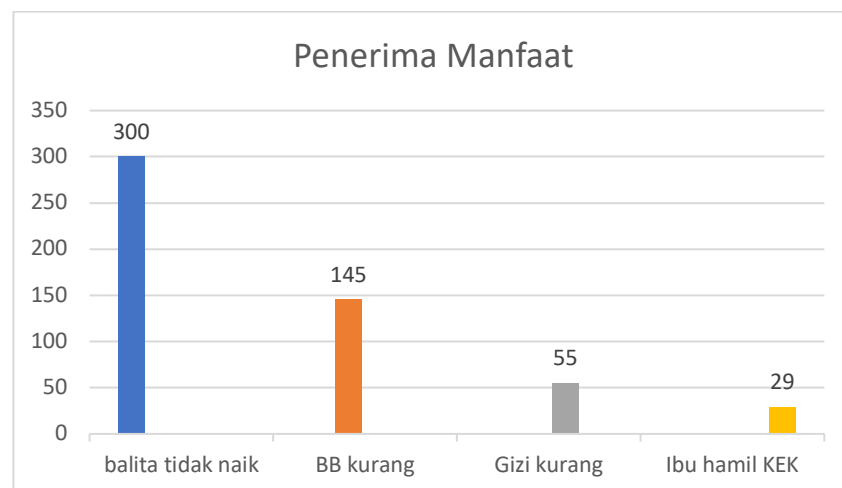
3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Puskesmas Palapa merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bandar Lampung yang melayani empat kelurahan dengan karakteristik wilayah perkotaan padat penduduk dan beragam kondisi

sosial ekonomi. Pelayanan didukung oleh tenaga kesehatan lintas profesi dan kader posyandu dengan struktur organisasi berbasis klaster, di mana Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sebagai intervensi gizi pencegahan stunting terpusat pada Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak. Pelaksanaan PMT mencakup skrining sasaran, distribusi makanan tambahan, edukasi gizi, dan pemantauan pertumbuhan balita melalui posyandu. Meskipun didukung oleh 50 pegawai, keterbatasan tenaga gizi yang hanya dua orang memengaruhi optimalisasi pendampingan dan evaluasi program, sehingga Puskesmas Palapa menjadi lokasi yang relevan untuk mengkaji implementasi PMT pada tingkat pelayanan kesehatan dasar.

3.1 Gambaran Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan pada Klaster 2 (Ibu dan Anak) di Puskesmas Palapa

Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) di Puskesmas Palapa merupakan intervensi gizi spesifik yang terintegrasi dalam pelayanan Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak, dengan sasaran balita berisiko gangguan pertumbuhan serta ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronis (KEK). Penetapan sasaran dilakukan melalui pemantauan rutin di 35 posyandu pada empat kelurahan, menggunakan pengukuran antropometri yang dicatat dalam KMS dan dianalisis oleh tenaga gizi sebagai dasar pemberian PMT. Pelaksanaan PMT diawali dengan deteksi dini dan klasifikasi status gizi balita berdasarkan pola kenaikan berat badan dan indikator antropometri sesuai standar WHO, serta identifikasi KEK pada ibu hamil melalui pengukuran LILA < 23,5 cm. Hasil klasifikasi menentukan durasi PMT, yaitu 14 hari untuk berat badan tidak naik, 28 hari untuk underweight, 56 hari untuk gizi kurang, dan minimal 120 hari untuk ibu hamil KEK. Selama intervensi, dilakukan pemantauan rutin, edukasi gizi, konseling pemberian makan, stimulasi perkembangan, serta pemeriksaan penyakit penyerta. Apabila tidak terjadi perbaikan atau ditemukan kondisi di luar kemampuan puskesmas, penerima PMT dirujuk ke rumah sakit, dan evaluasi status gizi serta stunting dilakukan pada akhir intervensi sesuai Petunjuk Teknis PMT Tahun 2025.



Gambar 1. Jumlah Penerima Manfaat
Sumber : Puseksmas Palapa Tahun 2025

Menunjukkan jumlah penerima manfaat Program PMT di Puskesmas Palapa, mencakup 500 balita dan 29 ibu hamil pada tahun 2025. Sumber: Puskesmas Palapa Tahun 2025

Pelaksanaan PMT didukung koordinasi lintas sektor melalui Musyawarah Masyarakat Kelurahan (MMK) yang melibatkan puskesmas, pemerintah kelurahan, kader, dan Tim Penggerak PKK. Tim pelaksana ditetapkan oleh Kepala Puskesmas dengan pendanaan dari DAK Non Fisik dan/atau BOK. Makanan tambahan diolah dan disalurkan oleh kader sesuai arahan ahli gizi, disertai dokumentasi

kegiatan, sementara Klaster 2 bertanggung jawab atas edukasi gizi, konseling, stimulasi perkembangan, dan pemantauan lanjutan sebagai bagian dari intervensi PMT yang terintegrasi.

Tabel 1. Perbedaan Antara Alur Pemberian Makanan Tambahan

Aspek Pembeda	BB Tidak Naik	Underweight	Gizi Kurang
Tingkat masalah gizi	Paling ringan	Sedang	Lebih berat
Durasi PMT	14 hari	28 hari	56 hari
Fokus intervensi	Pencegahan & koreksi awal	Pemulihan awal BB	Pemulihan gizi menyeluruh
Intensitas pemantauan	Mingguan (pendek)	Mingguan	Mingguan + PB/TB
Kriteria rujukan RS	BB tidak naik 2 minggu	BB tidak naik 2 minggu	BB tidak naik 2 minggu
Tindak lanjut stunting	Setelah 1 siklus	Setelah PMT selesai	Setelah 1 siklus

Sumber :Petunjuk Teknis PMT 2025

Tabel tersebut menggambarkan perbedaan kategori sasaran berdasarkan tingkat masalah gizi, durasi PMT, intensitas pemantauan, kriteria rujukan, dan tindak lanjut pencegahan stunting. Perbedaan utama terletak pada lama intervensi dan pemantauan, dengan rujukan dilakukan apabila tidak terjadi perbaikan dalam dua minggu. Secara keseluruhan, pelaksanaan PMT di Klaster 2 menunjukkan upaya terstruktur dan berkelanjutan melalui skrining, intervensi gizi berjenjang, edukasi keluarga, dan pemantauan terintegrasi di Puskesmas Palapa sesuai Petunjuk Teknis PMT 2025.

3.2 Implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan

Implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) di Puskesmas Palapa dianalisis menggunakan teori George C. Edwards III yang mencakup dimensi komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Analisis ini bertujuan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan PMT sebagai upaya pencegahan stunting di wilayah perkotaan padat penduduk.

3.2.1 Komunikasi

Komunikasi dalam implementasi PMT di Puskesmas Palapa berjalan melalui mekanisme formal dan informal yang cukup terstruktur di tingkat internal. Koordinasi awal dilakukan melalui pertemuan rutin di aula puskesmas yang melibatkan kepala puskesmas, ahli gizi, bidan, lurah, dan kader posyandu untuk menyamakan persepsi, menjelaskan sasaran (ibu hamil dan balita berisiko stunting), serta membagi tugas secara jelas. Komunikasi harian kemudian berlanjut melalui grup WhatsApp yang berfungsi sebagai sarana update cepat, pemantauan pelaksanaan, dan pelaporan kegiatan lapangan beserta bukti foto pembagian PMT. Saluran ini memastikan program tetap berjalan sesuai rencana dan memudahkan koordinasi antar pelaksana. Namun, komunikasi ke sasaran masyarakat masih menghadapi kendala signifikan. Penyuluhan di posyandu sering terbatas waktu karena jumlah peserta yang banyak, sehingga penjelasan tentang tujuan PMT sebagai intervensi gizi pencegahan stunting, manfaat jangka panjang, dan cara konsumsi yang benar menjadi singkat dan kurang mendalam. Akibatnya, sebagian ibu hamil dan ibu balita hanya tahu mereka termasuk penerima, tetapi belum memahami sepenuhnya bahwa PMT bukan sekadar camilan biasa melainkan bagian dari strategi gizi keluarga. Perbedaan tingkat pendidikan, pemahaman gizi masyarakat, serta penyampaian pesan yang umum menyebabkan informasi tidak terserap optimal. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun komunikasi internal efektif, kualitas penyampaian ke sasaran masih perlu ditingkatkan melalui pendekatan yang lebih intensif dan berulang agar tujuan pencegahan stunting dapat dipahami dan didukung penuh oleh keluarga.

3.2.2 Sumber Daya

Sumber daya dalam pelaksanaan PMT di Puskesmas Palapa mencakup aspek manusia, anggaran, sarana prasarana, dan logistik yang menunjang proses pengolahan hingga penyaluran. Secara struktural, program didukung oleh ahli gizi, bidan, dan kader posyandu. Anggaran bersumber dari Kementerian Kesehatan melalui DAK Non Fisik dan/atau BOK, dengan bahan baku disediakan pihak ketiga berdasarkan MoU dan diolah di dapur kader sesuai menu standar Kota Bandar Lampung. Fasilitas dasar seperti peralatan masak telah tersedia, dan distribusi dilakukan menggunakan kendaraan kader. Dukungan anggaran dan sarana dasar dinilai cukup memadai untuk menjalankan program sesuai ketentuan. Kendala utama terletak pada keterbatasan sumber daya manusia. Jumlah tenaga gizi yang minim harus menangani berbagai program gizi sekaligus, sehingga pendampingan, pemantauan, dan evaluasi menjadi kurang intensif. Di tingkat kader, jumlah personel yang mengolah dan menyalurkan PMT tidak sebanding dengan jumlah sasaran, menyebabkan beban kerja berat dan keterlambatan distribusi. Tidak adanya kendaraan khusus membuat kader menggunakan kendaraan pribadi, sementara keterlambatan insentif dan peralatan masak yang terbatas memperlambat proses. Dari sisi sasaran, keterbatasan ini dirasakan sebagai penyaluran yang sering terlambat. Meskipun dukungan finansial dan bahan baku memadai, optimalisasi SDM, terutama penambahan tenaga gizi dan kader serta penyediaan sarana pendukung, masih sangat diperlukan agar pelaksanaan lebih tepat waktu dan efektif.

3.2.3 Disposisi (Sikap Pelaksana)

Disposisi atau sikap pelaksana Program PMT di Puskesmas Palapa tercermin dari komitmen, tanggung jawab, dan kesediaan para pelaku dalam menjalankan tugas sesuai tujuan program. Pimpinan puskesmas menunjukkan sikap proaktif dengan memberikan arahan administratif sekaligus pengawasan langsung di lapangan melalui koordinasi rutin dan kunjungan mendadak ke lokasi pengolahan, memastikan PMT tepat jumlah, tepat waktu, dan sesuai standar gizi. Tenaga kesehatan, khususnya ahli gizi, menunjukkan komitmen tinggi meskipun beban kerja berat. Motivasi utama mereka adalah membantu perbaikan gizi ibu hamil dan balita untuk mencegah stunting, sehingga mereka tetap berupaya menyesuaikan pelaksanaan dengan kondisi yang ada. Di tingkat lapangan, kader posyandu menunjukkan dedikasi kuat dengan bertanggung jawab penuh mulai dari pengolahan makanan, distribusi, edukasi sederhana, hingga pelaporan harian melalui foto, meskipun jumlah personel terbatas dan insentif sering tertunda. Kader memandang tugas ini sebagai bentuk kepedulian nyata terhadap masyarakat. Di sisi penerima manfaat, respons belum sepenuhnya mendukung. Sebagian ibu hamil dan ibu balita berusaha mengonsumsi PMT, tetapi sering tidak habis karena menu kurang variatif, tampilan kurang menarik, kondisi makanan kadang kurang segar, atau waktu penyaluran tidak tepat sehingga nafsu makan anak menurun. Akibatnya, sebagian makanan dibagikan ke anggota keluarga lain. Kondisi ini menunjukkan kesenjangan antara komitmen tinggi pelaksana dengan penerimaan dan kepatuhan sasaran. Sikap positif pelaksana perlu didukung strategi yang lebih memperhatikan preferensi makanan dan pendampingan perilaku konsumsi agar manfaat PMT optimal dalam pencegahan stunting.

3.2.4 Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi dalam pelaksanaan PMT di Puskesmas Palapa ditentukan oleh kejelasan alur kerja, pembagian peran, dan mekanisme koordinasi dari puskesmas hingga masyarakat. Struktur ini menjadi kerangka formal agar kegiatan berjalan sesuai prosedur. Pimpinan puskesmas berperan sebagai pengendali utama dengan pengawasan langsung, termasuk kunjungan ke lokasi pengolahan dan verifikasi bahan baku, serta meminta ahli gizi memantau proses agar sesuai tujuan dan standar. Alur dimulai dari pendataan sasaran di posyandu, di mana hasil penimbangan dan pengukuran status gizi dicatat, kemudian diverifikasi dan ditetapkan oleh petugas gizi di puskesmas. PMT diberikan dalam bentuk makanan lengkap dan selingan sesuai data tersebut. Ahli gizi rutin memverifikasi kualitas bahan dan mengoordinasikan dengan kepala puskesmas, bidan, serta kader agar penyaluran tepat jumlah dan

waktu. Kendala muncul pada dokumentasi, karena tidak semua sasaran bersedia difoto untuk laporan. Di tingkat lapangan, pembagian tugas cukup jelas: data dari posyandu, penyaluran sesuai jadwal oleh kader melalui posyandu atau antar rumah. Masyarakat menerima PMT sesuai komunikasi dari kader, meskipun kadang terlambat. Struktur birokrasi telah memberikan kerangka terstruktur dari pendataan hingga penyaluran, dengan setiap pelaksana menjalankan peran sesuai arahan puskesmas. Namun, kendala ketepatan waktu dan kelengkapan dokumentasi, dipengaruhi faktor sosial lapangan, menunjukkan bahwa struktur formal telah terbentuk, tetapi fleksibilitas dan pengawasan substantif di tingkat sasaran masih perlu diperkuat agar implementasi lebih optimal.

3.3 Analisis Implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan

Analisis implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) di Puskesmas Palapa menggunakan teori George C. Edwards III [14] yang menekankan empat dimensi utama: komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Keempat dimensi ini saling terkait dan menentukan efektivitas program sebagai penunjang pencegahan stunting di tingkat layanan dasar. Temuan penelitian menunjukkan bahwa meskipun PMT telah berjalan secara rutin, pelaksanaannya masih menghadapi berbagai kendala yang memengaruhi pencapaian tujuan substantif, yaitu perbaikan status gizi balita dan ibu hamil serta penurunan risiko stunting di wilayah kerja puskesmas.

3.3.1 Komunikasi

Dimensi komunikasi dalam implementasi PMT di Puskesmas Palapa menunjukkan kondisi yang cukup baik di tingkat internal, di mana informasi tentang sasaran, jadwal distribusi, dan mekanisme pelaksanaan tersampaikan melalui koordinasi rutin antar petugas gizi, bidan, kepala puskesmas, dan kader. Hal ini mencerminkan pemenuhan unsur transmisi kebijakan sebagaimana dikemukakan Edward III, bahwa pesan kebijakan harus disampaikan secara jelas dan konsisten kepada pelaksana. Namun, komunikasi ke sasaran masyarakat belum optimal. Sebagian penerima manfaat masih memandang PMT hanya sebagai bantuan makanan tambahan biasa, bukan intervensi gizi strategis untuk pencegahan stunting. Keterbatasan waktu penyuluhan di posyandu, variasi pemahaman masyarakat, dan penyampaian pesan yang kurang kontekstual menyebabkan kesenjangan antara desain kebijakan dan realitas penerimaan di lapangan. Komunikasi administratif saja tidak cukup; diperlukan pendekatan yang lebih partisipatif dan berulang agar tujuan program dapat dipahami secara utuh oleh sasaran. Dengan demikian, dimensi komunikasi masih kurang optimal, khususnya pada aspek kejelasan pesan dan pemahaman penerima manfaat.

3.3.2 Sumber Daya

Pelaksanaan PMT di Puskesmas Palapa didukung oleh ketersediaan anggaran dan bahan pangan yang relatif memadai, sehingga program dapat berjalan rutin sesuai ketentuan. Hal ini sejalan dengan teori Edward III yang menekankan ketersediaan sumber daya sebagai prasyarat utama implementasi operasional. Namun, keterbatasan sumber daya manusia menjadi hambatan signifikan. Jumlah tenaga gizi dan kader yang terbatas harus melayani sasaran yang cukup besar, menyebabkan beban kerja tinggi dan waktu pendampingan yang minim. Akibatnya, edukasi gizi serta pemantauan konsumsi dan pertumbuhan tidak dapat dilakukan secara intensif. Menurut Milwan dan Sunarya, permasalahan sumber daya tidak hanya soal ketersediaan, melainkan kesesuaian antara kapasitas pelaksana dan kompleksitas tugas lapangan. Ketidakseimbangan ini membuat implementasi berjalan prosedural namun kurang efektif dalam mencapai tujuan substantif. Oleh karena itu, dimensi sumber daya belum optimal, terutama pada kecukupan SDM dan kapasitas pendampingan, sehingga diperlukan penguatan secara holistik baik dari aspek finansial maupun tenaga pelaksana.

3.3.3 Disposisi atau Sikap Pelaksana

Disposisi pelaksana dalam implementasi PMT di Puskesmas Palapa tergolong kuat, tercermin dari sikap positif, komitmen, dan tanggung jawab tinggi tenaga kesehatan serta kader meskipun menghadapi keterbatasan sumber daya dan beban kerja berat. Dalam teori Edward III, disposisi merupakan faktor kunci karena komitmen pelaksana dapat mempertahankan keberlangsungan program di tengah hambatan struktural. Namun, terdapat ketimpangan antara disposisi pelaksana yang tinggi dengan disposisi sasaran yang masih pasif dan kurang konsisten dalam mengonsumsi PMT sesuai anjuran. Sejalan dengan Milwan dan Sunarya, keberhasilan implementasi sangat bergantung pada interaksi antara sikap pelaksana dan respons sasaran. Komitmen kuat dari petugas dan kader tidak akan memberikan dampak optimal tanpa penerimaan serta partisipasi aktif dari keluarga penerima manfaat. Temuan ini konsisten dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa program intervensi gizi di tingkat dasar sering bergantung pada dedikasi pelaksana, sementara keterlibatan sasaran menjadi titik lemah. Oleh karena itu, disposisi pelaksana sudah cukup optimal, tetapi disposisi sasaran masih perlu ditingkatkan melalui strategi yang lebih memperhatikan penerimaan, motivasi, dan perubahan perilaku konsumsi agar tujuan pencegahan stunting dapat tercapai secara maksimal.

3.3.4 Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi dalam pelaksanaan PMT di Puskesmas Palapa secara formal telah memberikan kejelasan pembagian peran, alur kerja, dan koordinasi antar pelaksana melalui sistem klaster pelayanan ibu dan anak. Namun, dalam praktiknya masih bersifat prosedural dan kurang adaptif terhadap dinamika lapangan. Ketiadaan mekanisme pemantauan harian terhadap konsumsi PMT serta evaluasi yang hanya bersifat periodik pada kegiatan posyandu menunjukkan lemahnya fungsi pengawasan substantif, sehingga efektivitas program dalam memastikan kepatuhan konsumsi dan perbaikan gizi sulit terkontrol secara optimal. Dalam kerangka Edward III, kondisi ini mencerminkan struktur birokrasi yang tertata secara administratif tetapi belum mampu mendukung pencapaian tujuan kebijakan karena minimnya pengendalian dan evaluasi berkelanjutan. Milwan dan Sunarya menegaskan bahwa struktur yang terlalu formal dan kaku berpotensi menciptakan kesenjangan antara kebijakan dan praktik lapangan, terutama ketika pelaksana tidak memiliki ruang diskresi untuk menyesuaikan dengan kondisi riil. Temuan ini selaras dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa program gizi sering terhambat oleh sistem birokrasi yang lebih menekankan kepatuhan prosedur daripada pemantauan dampak nyata pada sasaran. Oleh karena itu, meskipun struktur birokrasi telah memberikan kerangka yang jelas, keterbatasan fleksibilitas dan lemahnya mekanisme pengawasan menyebabkan implementasi PMT belum sepenuhnya efektif dalam mendukung perbaikan status gizi serta pencegahan stunting di wilayah Puskesmas Palapa.

3.4 Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) di Puskesmas Palapa masih tergolong rendah dan cenderung pasif. Kehadiran ibu balita di posyandu umumnya terbatas pada kegiatan penimbangan, tanpa keterlibatan aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, maupun evaluasi program. Kurangnya pemahaman orang tua terhadap PMT sebagai intervensi pencegahan stunting menyebabkan makanan tambahan sering dipersepsikan sebagai camilan dan tidak selalu dikonsumsi sesuai sasaran. Sebaliknya, kader kesehatan menunjukkan komitmen yang cukup tinggi dalam pelaksanaan PMT, meskipun menghadapi keterbatasan tenaga dan insentif. Berdasarkan teori implementasi kebijakan Edward III, rendahnya partisipasi masyarakat berkaitan dengan lemahnya dimensi komunikasi, khususnya dalam penyampaian tujuan dan manfaat program kepada sasaran. Milwan dan Sunarya menegaskan bahwa partisipasi kelompok sasaran menjadi kunci keberhasilan implementasi kebijakan, karena tanpa pemahaman yang memadai, keterlibatan masyarakat cenderung bersifat formal. Kondisi ini berpotensi menghambat efektivitas dan keberlanjutan PMT,

sehingga diperlukan penguatan komunikasi, edukasi gizi berkelanjutan, dan pelibatan masyarakat secara lebih aktif dalam pelaksanaan program.

3.5 Aspek Pendukung

Faktor pendukung utama dalam implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) di Puskesmas Palapa terletak pada dimensi disposisi atau sikap pelaksana. Tenaga kesehatan dan kader menunjukkan komitmen, tanggung jawab, serta kepedulian yang tinggi dalam menjalankan program meskipun dihadapkan pada berbagai keterbatasan. Sikap positif ini menjadi penopang utama keberlangsungan PMT, memungkinkan program tetap berjalan sesuai ketentuan dan memberikan kontribusi nyata dalam mendukung upaya pencegahan stunting di wilayah kerja puskesmas.

3.6 Aspek Penghambat

Faktor penghambat implementasi Program PMT di Puskesmas Palapa meliputi tiga dimensi utama, yaitu komunikasi, sumber daya manusia, dan struktur birokrasi. Pada dimensi komunikasi, penyampaian kebijakan kepada sasaran belum efektif, sehingga PMT masih dipersepsikan sebagai bantuan makanan biasa dan belum dipahami sebagai intervensi pencegahan stunting. Pada dimensi sumber daya manusia, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dan kader dibandingkan dengan luasnya cakupan sasaran menyebabkan pendampingan, edukasi gizi, dan pemantauan konsumsi PMT belum optimal. Sementara itu, pada dimensi struktur birokrasi, meskipun alur kerja telah jelas, pelaksanaannya masih bersifat prosedural dan terbatas pada kegiatan posyandu bulanan, sehingga pengawasan konsumsi PMT di tingkat sasaran kurang efektif dan berpotensi menghambat pencapaian tujuan program.

4. KESIMPULAN

Implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) di Puskesmas Palapa belum berjalan optimal berdasarkan analisis teori Edward III. Pada dimensi komunikasi, tujuan dan manfaat PMT belum dipahami dengan baik oleh sasaran; pada dimensi sumber daya, keterbatasan tenaga, waktu, dan sarana menghambat pelaksanaan; pada dimensi disposisi, komitmen pelaksana cukup baik namun tidak diimbangi partisipasi aktif sasaran; sedangkan pada dimensi struktur birokrasi, pelaksanaan masih bersifat administratif dengan pemantauan yang terbatas. Meskipun program berjalan rutin dan menjangkau sasaran, minimnya pengawasan konsumsi PMT menghambat perubahan perilaku gizi yang berkelanjutan. Faktor pendukung utama adalah komitmen tenaga kesehatan dan kader, sementara hambatan dominan terletak pada lemahnya komunikasi, keterbatasan sumber daya manusia, dan struktur birokrasi yang prosedural.

REFERENSI

- [1] K. K. R. Indonesia, "Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal bagi Ibu Hamil KEK dan Risiko KEK serta Balita Bermasalah Gizi: Edisi Revisi 2025," 2025.
- [2] B. P. Statistik, "Indeks Pembangunan Manusia," 2024.
- [3] B. RI, "Program Percepatan Penurunan Stunting," 2024.
- [4] B. K. B. Lampung, "Profil Pembangunan Manusia Kota Bandar Lampung 2023–2024," 2024.
- [5] UNICEF, "Child Nutrition Status and Development Outcomes," *UNICEF J. Child Heal.*, vol. 44, no. 3, pp. 55–70, 2022.
- [6] K. Dewi and S. Rahayu, "Stunting sebagai masalah pembangunan manusia: Analisis dampak jangka panjang," *J. Gizi dan Pambang. Mns.*, vol. 5, no. 2, pp. 112–120, 2021.
- [7] K. K. RI, "Petunjuk Teknis PMT Berbahan Pangan Lokal," 2023.
- [8] W. Sari, "Tantangan implementasi intervensi pencegahan stunting di tingkat puskesmas," *J. Adm. Kesehat. Indones.*, vol. 10, no. 2, pp. 67–78, 2022.
- [9] P. Palapa, "Laporan E-PPGBM dan Rekapitulasi Data Gizi Balita," 2023.
- [10] S. Fikawati and A. Syafiq, "Praktik pemberian makan balita dan implikasinya terhadap stunting di perkotaan," *J. Kesehat. Masy. Nas.*, vol. 16, no. 4, pp. 245–255, 2021.

- [11] L. J. Moleong, *Metode Penelitian Kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya, 2019.
- [12] Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta, 2019.
- [13] Sugiyono, *Metode Penelitian Kualitatif*. Alfabeta, 2023.
- [14] G. C. I. I. Edwards, *Implementing Public Policy*. Congressional Quarterly Press, 1980.