

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

1. Pengertian PMT

Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) merupakan program yang ditujukan khusus bagi balita yang mengalami kekurangan gizi. Tujuannya adalah untuk meningkatkan status gizi anak dan memenuhi kebutuhan zat gizi agar mencapai kondisi gizi yang optimal sesuai dengan usia mereka. PMT dilakukan dengan memberikan makanan tambahan selain makanan sehari-hari, dengan maksud memulihkan kondisi gizi dan kesehatan. Program ini diimplementasikan sebagai upaya intervensi gizi untuk menjaga dan meningkatkan status gizi, terutama pada kelompok yang berisiko tinggi seperti bayi, balita, ibu hamil, dan ibu nifas yang mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Pemberian makanan tambahan bertujuan untuk memperbaiki status gizi pada anak-anak yang rentan mengalami gizi kurang berdasarkan berat badan dan tinggi badan, dan diberikan kepada balita yang tidak mengalami penyakit ketika mendapatkan PMT (Kemenkes RI, 2011).

Memberikan makanan tambahan memainkan peran penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Pemberian makanan tambahan atau Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada anak usia 6-24 bulan sesuai dengan rekomendasi dari WHO dan UNICEF yang telah diadopsi oleh semua negara, termasuk Indonesia. Memberikan makanan tambahan

terlalu awal dapat menyebabkan gangguan pencernaan seperti diare, muntah, dan kesulitan buang air besar. Sebaliknya, pemberian makanan terlalu lambat dapat menyebabkan bayi kesulitan dalam belajar mengunyah, kurang menyukai makanan padat, dan mengalami kekurangan gizi (Evitasari, 2020).

2. Jenis-jenis PMT

Berdasarkan panduan penyelenggaraan pemberian makanan tambahan bagi balita kurang gizi, PMT terbagi menjadi 2 jenis (Kemenkes RI, 2011):

a. PMT Pemulihan

PMT pemulihan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita dan sebagai sarana edukasi bagi ibu dari balita yang menjadi target. Ini diberikan dalam bentuk makanan atau bahan makanan lokal dan hanya dikonsumsi oleh balita dengan gizi yang kurang sebagai tambahan untuk makanan sehari-hari, bukan sebagai pengganti utama.

Makanan tambahan pemulihan didasarkan pada bahan makanan lokal, namun jika tidak tersedia, dapat menggunakan makanan pabrikan dengan memperhatikan kemasan, label, dan masa kadaluarsa. Prioritas diberikan pada sumber protein hewani dan nabati, serta vitamin dan mineral yang berasal dari sayur dan buah. Pemberian PMT pemulihan dilakukan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut.

Ada dua jenis PMT pemulihan, yaitu berbasis lokal dan pabrikan. PMT pemulihan pabrikan berupa biskuit sebagai makanan pendamping ASI, dengan kandungan 10 vitamin dan 7 mineral. Biskuit

ini hanya diperuntukkan bagi anak usia 12-24 bulan, dengan nilai gizi yang telah ditetapkan.

Sementara PMT pemulihan berbasis lokal terbagi menjadi dua jenis, yaitu makanan pendamping ASI untuk bayi dan anak usia 6-23 bulan, serta makanan tambahan untuk pemulihan anak balita usia 24-59 bulan dalam bentuk makanan keluarga.

b. PMT Penyuluhan

PMT penyuluhan adalah program pemberian makanan tambahan kepada balita yang diselenggarakan oleh kader posyandu. Salah satu tujuan dari PMT penyuluhan ini adalah untuk memberikan demonstrasi tentang cara mempersiapkan makanan sehat bagi balita, yang dilakukan oleh petugas dengan bantuan kader. Dalam kegiatan PMT penyuluhan, terdapat beberapa hal yang harus dilakukan, antara lain memberikan penjelasan mengenai konsep triguna makanan (makanan pokok sebagai sumber energi, lauk pauk sebagai zat pembangun, serta sayur dan buah sebagai zat pengatur), serta memberikan penyuluhan mengenai pentingnya makanan sehat dan manfaatnya bagi tubuh dan kesehatan.

3. Tahapan PMT

Menurut pedoman penyelenggaraan pemberian makanan tambahan pemulihan dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2011, terdapat empat tahap dalam pelaksanaan program tersebut.

- a. Tahap Persiapan melibatkan beberapa kegiatan, seperti menetapkan balita yang menjadi target program, menentukan jenis makanan yang akan diberikan, membentuk kelompok ibu balita sasaran, serta melakukan sosialisasi program dan penyuluhan.
 - b. Tahap Pelaksanaan mencakup kegiatan distribusi makanan tambahan kepada balita dan memberikan konseling kepada ibu balita.
 - c. Tahap Pemantauan dilakukan dengan mengukur berat badan dan tinggi badan balita gizi kurang secara berkala untuk menilai perkembangan status gizi mereka dan memastikan bahwa makanan tambahan dikonsumsi oleh balita yang membutuhkannya.
 - d. Tahap Pencatatan dan Pelaporan melibatkan pencatatan data mulai dari orangtua balita, bidan desa, dan petugas gizi puskesmas. Data yang tercatat kemudian dilaporkan dari bidan desa ke puskesmas, dari puskesmas ke dinas kesehatan setiap bulan.
4. Prinsip PMT

Beberapa prinsip dalam penyelenggaraan program PMT dapat dijelaskan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011) :

- a. PMT Pemulihan diberikan dalam bentuk makanan atau bahan makanan dan tidak dalam bentuk uang.
- b. PMT Pemulihan hanya digunakan sebagai tambahan pada asupan makanan harian balita sasaran, tidak boleh menggantikan makanan utama.

- c. Tujuan dari PMT Pemulihan adalah untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sasaran sambil memberikan pembelajaran dan memfasilitasi komunikasi antara ibu dari balita yang menjadi sasaran.
 - d. Kegiatan PMT pemulihan dilakukan di luar pusat pelayanan kesehatan, mengusung pendekatan pemberdayaan masyarakat yang dapat terintegrasi dengan program-program dan sektor-sektor terkait lainnya.
 - e. Sumber pendanaan PMT Pemulihan berasal dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), namun juga dapat didukung oleh partisipasi masyarakat, sektor swasta, dan Pemerintah Daerah melalui bantuan lainnya.
5. Persyaratan Jenis dan Bentuk Makanan

Syarat jenis dan bentuk makanan dalam PMT Pemulihan untuk balita yaitu (Kemenkes RI, 2011):

- a. Prioritas dalam makanan tambahan pemulihan adalah menggunakan bahan makanan lokal. Namun, jika ketersediaan bahan lokal terbatas, maka makanan pabrikan yang ada di wilayah tersebut dapat digunakan, dengan memperhatikan kemasan, label, dan masa kadaluarsa demi keamanan pangan.
- b. Pemberian makanan tambahan pemulihan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sasaran.

- c. PMT Pemulihan berfungsi sebagai suplemen makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita dari makanan yang disediakan oleh keluarga.
- d. Makanan tambahan untuk balita ini utamanya berasal dari sumber protein hewani dan nabati (seperti telur, ikan, daging, kacang-kacangan) serta sumber vitamin dan mineral yang didapat dari sayur-sayuran dan buah-buahan lokal.
- e. Pemberian makanan tambahan dilakukan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut.
- f. Makanan tambahan pemulihan yang berbasis bahan makanan atau lokal terbagi menjadi dua jenis, yaitu:
 - 1) Makanan pendamping ASI (MP-ASI) untuk bayi dan anak usia 6-23 bulan.
 - 2) Makanan tambahan untuk pemulihan anak balita usia 24-59 bulan dalam bentuk makanan keluarga.

B. Balita *Wasting*

1. Definisi Balita

Menurut Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 anak balita, atau yang lebih dikenal sebagai anak di bawah lima tahun, merujuk pada anak-anak yang telah mencapai usia satu tahun atau lebih, dan biasanya didefinisikan sebagai anak usia 1-3 tahun (batita) serta anak prasekolah yang berusia 3-5 tahun. Rentang usia anak balita adalah dari 12 bulan hingga 59 bulan.

Dengan demikian, secara umum, anak balita dapat diartikan sebagai anak yang berusia antara satu hingga lima tahun.

2. *Wasting*

Wasting adalah salah satu bentuk gizi kurang yang secara langsung dipicu oleh nutrisi yang tidak memadai dan infeksi penyakit. Penyebab utama masalah gizi kurang termasuk kurangnya ketahanan pangan, kurangnya perawatan ibu, dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai. Kondisi *wasting* menunjukkan kegagalan dalam mencapai pertumbuhan yang optimal, diukur dengan perbandingan berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB). Hal ini ditandai dengan tubuh yang kurus karena kekurangan asupan zat gizi, sehingga berat badan anak tidak sesuai dengan tinggi badannya. Masalah gizi berkontribusi terhadap 45% kematian pada anak balita. Investasi dalam intervensi gizi dapat menyelamatkan hingga 900 ribu nyawa dan mengurangi angka *wasting* sebesar 61% (Safitri, 2021).

Hasil penelitian Olofin dkk. (2017) menunjukkan bahwa semua bentuk malnutrisi, termasuk *undernutrition*, *wasting*, dan *stunting*, memiliki hubungan yang signifikan dengan peningkatan angka kematian pada anak balita, dengan *wasting* memiliki asosiasi yang lebih kuat dibandingkan *stunting*.

Prevalensi *wasting* pada balita secara global, menurut World Health Organization (WHO) tahun 2018, mencapai 51 juta kasus. Tingkat

prevalensi gizi kurang dianggap serius oleh masyarakat kesehatan jika antara 10,0% hingga 14,0%, dan dianggap kritis jika melebihi $\geq 15\%$. Di Indonesia, prevalensi *wasting* masih belum sesuai target yang telah ditetapkan oleh RPJMN. Pada tahun 2021 berdasarkan data Studi Status Gizi Indonesia (SSGI), balita yang mengalami *wasting* di Indonesia yaitu sebesar 7,1% yang mana mengalami kenaikan pada tahun 2022 menjadi 7,7% (Kemenkes, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa masalah gizi kurang di Indonesia tetap menjadi perhatian serius dalam kesehatan Masyarakat.

Status gizi anak balita dinilai berdasarkan usia, berat badan (BB), dan tinggi badan (TB). Status gizi mencerminkan sejauh mana kebutuhan gizi tercukupi dari asupan dan penggunaan zat gizi oleh tubuh. Variabel BB dan TB/PB balita dinyatakan dalam tiga indeks antropometri konvensional, yakni BB/U, TB/U, dan BB/TB. Indeks BB/TB memberikan gambaran status gizi saat ini, sementara indeks TB/U mencerminkan status gizi masa lalu. Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/TB memberikan petunjuk tentang masalah gizi yang bersifat akut, yang disebabkan oleh peristiwa yang terjadi dalam waktu singkat (ASDI, 2020).

Data mengenai *wasting* pada anak balita dikumpulkan melalui pengukuran antropometri menggunakan indeks berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB), sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.

Menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) pada tahun 2017, *wasting* disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor penyebab langsung meliputi konsumsi makanan yang tidak mencukupi dan infeksi, sementara faktor penyebab tidak langsung termasuk pengetahuan.

Renyoet et.al. (2019) menyatakan bahwa faktor-faktor langsung dan tidak langsung yang terkait dengan kejadian *wasting* di Indonesia meliputi kurangnya asupan energi, karbohidrat, dan lemak, pola pemberian ASI yang tidak optimal, infeksi yang mengurangi nafsu makan pada balita, kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi dan pangan, pola asuh yang kurang baik, jumlah balita dalam satu keluarga yang banyak, buruknya tingkat ketahanan pangan, dan pendapatan rumah tangga yang rendah.

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) telah menjelaskan faktor penyebab *wasting* yang digunakan secara internasional. Pertama, penyebab langsung melibatkan asupan makanan, infeksi, atau kombinasi keduanya. Kedua, faktor penyebab tidak langsung meliputi ketersediaan pangan dalam keluarga, pola asuh, pelayanan kesehatan, dan lingkungan. Ketiga, masalah utama termasuk kemiskinan, karakteristik keluarga, dan sosiodemografi. Keempat, masalah dasar meliputi krisis politik dan ekonomi. Infeksi berkontribusi pada defisiensi energi, protein, dan gizi lainnya karena menurunkan nafsu makan, sehingga asupan makanan berkurang. Penyakit pada anak juga berdampak negatif pada pertumbuhan mereka (UNICEF, 2020).

C. Implementasi

1. Definisi Implementasi

Secara etimologis, implementasi merupakan suatu aktivitas yang berkaitan dengan penyelesaian suatu pekerjaan dengan menggunakan sarana atau alat untuk memperoleh hasil. Dalam proses kebijakan publik, implementasi kebijakan merupakan tahapan yang bersifat praktis dan dibedakan dari formulasi kebijakan yang dapat dipanjang sebagai tahapan yang bersifat teoritis. Implementasi kebijakan publik merupakan proses kegiatan administratif yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan/disetujui. Kegiatan ini berada di antara tahap perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi kebijakan memiliki logika yang *top-down*, artinya mengubah atau menginterpretasikan alternatif-alternatif yang masih abstrak atau umum menjadi alternatif-alternatif yang lebih konkret atau spesifik. Sebaliknya, formulasi kebijakan memiliki logika *bottom-up*, di mana proses ini dimulai dengan pemetaan kebutuhan publik atau menampung tuntutan dari lingkungan, kemudian dilanjutkan dengan mencari dan memilih alternatif solusi, yang kemudian diusulkan untuk ditetapkan (Tachjan, 2006).

Menurut Jones (1991) dalam Dewi (2022) mengemukakan terdapat beberapa dimensi dalam pelaksanaan pemerintah yang berkaitan dengan program yang telah disahkan, kemudian menentukan implementasinya dan membahas stakeholder yang akan terlibat dalam proses implementasi kebijakan. Dengan demikian, proses implementasi mencakup aktivitas-

aktivitas merujuk pada penempatan suatu program yang berdampak, meliputi 3 tindakan utama dalam implementasi kebijakan, yaitu:

- a) Interpretasi. Interpretasi disini bertindak dalam memberikan makna atau penafsiran sebuah program atau kebijakan yang dirasa harus ada dan pengimplementasiannya akan memberikan dampak positif bagi Masyarakat banyak.
- b) Organisasi atau instansi. Organisasi disini sebagai unit/tempat menempat kebijakan agar dapat diterima.
- c) Aplikasi. Aplikasi ini berhubungan erat dengan perlengkapan yang dibutuhkan guna mendukung pelayanan.

Berdasarkan beberapa poin diatas, implementasi kebijakan tidak hanya berkaitan dengan perilaku badan-badan administratif yang bertanggungjawab dalam menjalankan kebijakan atau program serta menimbulkan ketaatan pada diri kelompok, tetapi juga dalam menyangkut jaringan kekuatan ekonomi, politik dan sosial yang kemudian akan mempengaruhi perilaku stakeholder yang terlibat yang akhirnya akan memberikan pengaruh baik itu yang diharapkan (*intended*) maupu yang tidak diharapkan (*negative effect*).

Menurut Subianto (2020), terdapat beberapa unsur dalam proses implementasi, yaitu:

- a) Proses implementasi kebijakan ialah serangkaian tindak lanjut dari program yang telah ditetapkan yang meliputi pengambilan

Keputusan, tahapan-tahapan strategis maupun operasional yang dilaksanakan agar terwujud suatu program kebijakan yang terlaksana dan sesuai dengan sasaran kebijakan yang telah ditentukan.

- b) Proses implementasi dapat berhasil, kurang berhasil, atau bisa saja gagal. Hal ini dapat ditinjau dari wujud hasil yang dicapai atau outcome, karena didalam proses tersebut melibatkan berbagai pihak yang tentunya berpengaruh dan bersifat mendukung atau menghambat pencapaian target sasaran kebijakan.
- c) Didalam proses pelaksanaan kebijakan, sekurang-kurangnya terdapat 3 unsur penting dan mutlak, yaitu:
 - 1) Adanya kebijakan atau program yang akan dilaksanakan
 - 2) Target kelompok sasaran. Kelompok sasaran ini diartikan sebagai target suatu kebijakan yang telah ditetapkan.
 - 3) Unsur pelaksana (Implementor)
- d) Implementasi program tidak mungkin dilaksanakan dalam ruang hampa/steril. Sehingga faktor lingkungan (fisik, sosial, budaya, dan politik) dapat memberikan pengaruh dalam proses pelaksanaan kebijakan dan program-program Pembangunan.

2. Teori Implementasi Kebijakan

Terdapat 2 jenis Teknik model implementasi kebijakan. Pertama, implementasi kebijakan yang berpola dari “atas ke bawah” atau yang disebut dengan “top-bottom”. Kedua, implementasi kebijakan dari “bawah ke atas” atau “bottom-top”. Implementasi kebijakan akan lebih

mudah dipahami apabila menggunakan suatu model atau kerangka pemikiran tertentu, suatu model akan memberikan gambaran secara lengkap mengenai suatu obyek, situasi atau proses tersebut serta bagaimana korelasi antara komponen-komponen tersebut (Tachjan, 2006).

Teori yang digunakan yaitu teori Van Meter dan Van Horn.

1) Teori Van Meter dan Van Horn

Van Meter dan Van Horn (dalam Budi Winarno, 2008), menyatakan bahwa : implementasi kebijakan publik ialah tindakan-tindakan dalam keputusan sebelumnya yang mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan menjadi tindakan operasional dalam jangka waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usaha untuk mencapai perubahan besar dan kecil yang di tetapkan oleh keputusan kebijakan yang dilakukan oleh organisasi public yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Van Meter dan Van Horn (1975) dalam Dewi (2022) disebut sebagai *A Model of the Policy Implementation* Proses yang menjelaskan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linear dari Keputusan publik, pelaksana, dan kinerja kebijakan publik, sertap menjelaskan bahwa kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel bebas yang berkaitan. Variabel-variabel tersebut, yaitu:

a) Standar dan Sasaran Kebijakan

Salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan kinerja kebijakan adalah standar dan sasaran kebijakan. Van Meter dan Van Horn menyebutkan bahwa untuk mengukur kinerja implementasi

kebijakan tentunya menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan, kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut.

Standar dan sasaran kebijakan Program Makanan Tambahan (PMT) untuk balita *wasting* difokuskan pada peningkatan status gizi balita melalui pemberian asupan makanan tambahan yang memenuhi kebutuhan energi dan nutrisi. Standar PMT mencakup penyediaan makanan yang bermutu, dan sesuai dengan kebutuhan gizi balita. Sasaran kebijakan ini adalah untuk menurunkan prevalensi *wasting* pada balita, meningkatkan status kesehatan dan gizi, serta mencegah dampak buruk jangka panjang akibat malnutrisi. Selain itu, kebijakan ini juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat, terutama orang tua dan pengasuh, mengenai pentingnya gizi seimbang dan praktik pemberian makan yang baik. Pelaksanaan PMT diharapkan terintegrasi dengan program kesehatan lainnya dan melibatkan peran aktif dari berbagai sektor terkait untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutan program (Kemenkes, 2011).

b) Sumber Daya

Keberhasilan implementasi kebijakan sangat terkait dengan kemampuan untuk memanfaatkan sumber daya yang ada. Ada banyak faktor yang menjadi sumber daya utama dalam suatu

konteks. Dalam konteks implementasi kebijakan, manusia dianggap sebagai sumber daya yang paling vital dalam menentukan kesuksesan. Selain manusia, aspek-aspek seperti sumber daya finansial dan waktu juga memiliki peran penting dalam menentukan hasil dari implementasi kebijakan. Sumber daya finansial khususnya berkaitan dengan aspek uang atau dana yang tersedia (Widodo, 2008).

Sumber daya dalam kebijakan PMT memiliki peran yang tak kalah penting dengan komunikasi. Sumber daya kebijakan ini harus harus terlatih dan kompeten dalam bidang gizi dan kesehatan anak, termasuk petugas kesehatan, kader posyandu, dan tenaga pendukung lainnya. Sumber daya material meliputi penyediaan bahan makanan tambahan yang aman, berkualitas, dan sesuai dengan kebutuhan gizi balita, serta peralatan pendukung seperti timbangan, alat ukur tinggi badan, dan alat pemantau kesehatan lainnya. Sumber daya finansial harus mencukupi untuk mendukung pembelian bahan makanan, distribusi, pelatihan, dan operasional program secara keseluruhan. Selain itu, diperlukan sumber daya informasi yang akurat dan terkini untuk pemantauan dan evaluasi program, guna memastikan efektivitas intervensi dan perbaikan berkelanjutan. Integrasi dan koordinasi yang baik antar berbagai pihak terkait juga menjadi standar penting dalam pelaksanaan program ini (Kemenkes, 2011).

c) Karakteristik Organisasi Pelaksana

Fokus utama pada badan pelaksana adalah mencakup baik organisasi formal maupun informal yang terlibat dalam menjalankan kebijakan. Karakteristik organisasi pelaksana dalam program PMT untuk balita *wasting* meliputi beberapa aspek utama. Organisasi pelaksana harus memiliki struktur yang jelas dengan pembagian tugas dan tanggung jawab yang terdefinisi secara rinci, memastikan semua anggota tim memahami peran mereka dalam program. Organisasi harus memiliki kemampuan koordinasi yang baik, baik internal maupun eksternal, untuk menjamin kerjasama yang efektif dengan berbagai pemangku kepentingan, termasuk lembaga kesehatan, pemerintah daerah, dan komunitas lokal. (Kemenkes RI, 2011)

Profesionalisme dan kompetensi sumber daya manusia di dalam organisasi juga menjadi standar penting, dengan penekanan pada pelatihan dan pengembangan berkelanjutan untuk memastikan layanan yang diberikan berkualitas tinggi. Selain itu, organisasi harus memiliki sistem manajemen yang efektif, termasuk perencanaan, pengawasan, evaluasi, dan pelaporan yang transparan dan akuntabel. Keberlanjutan dan adaptabilitas program juga menjadi perhatian, sehingga organisasi harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan kebutuhan dan kondisi di lapangan (Kemenkes RI, 2011).

d) Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan

Komunikasi memegang peranan yang sangat vital dalam kesuksesan suatu kegiatan. Menurut Van Horn dan Van Mater (dalam Widodo 2008), untuk efektifnya pelaksanaan kebijakan publik, individu yang menjalankannya harus memahami standar tujuan yang telah ditetapkan. Komunikasi dalam menyampaikan informasi mengenai standar dan tujuan tersebut haruslah konsisten dan seragam dari berbagai sumber. Informasi yang diberikan harus akurat dan berasal dari sumber yang terpercaya. Dalam mengelola komunikasi yang baik, penting untuk membangun dan mengembangkan saluran komunikasi yang efektif. Semakin baik pengembangan saluran komunikasi tersebut, semakin besar kemungkinan perintah dapat disampaikan dengan tepat dan benar.

Komunikasi antar organisasi terkait dalam program PMT untuk balita *wasting* harus efektif dan terstruktur. Komunikasi yang baik melibatkan koordinasi rutin antar lembaga kesehatan, pemerintah daerah, dan organisasi non-pemerintah yang terkait, dengan mekanisme pertukaran informasi yang jelas dan transparan. Setiap pihak harus memiliki akses yang sama terhadap data dan informasi penting untuk mendukung pengambilan keputusan yang cepat dan tepat. Selain itu, kegiatan-kegiatan pelaksanaan PMT harus direncanakan dan dieksekusi secara kolaboratif, termasuk

dalam perencanaan distribusi makanan tambahan, pemantauan dan evaluasi status gizi balita, serta pelatihan dan edukasi bagi petugas kesehatan dan masyarakat. Pertemuan berkala dan laporan kemajuan harus diadakan untuk memastikan semua pihak tetap sinkron dan masalah dapat diatasi segera. Pendekatan ini memastikan bahwa program PMT berjalan lancar, efektif, dan dapat mencapai tujuan peningkatan status gizi balita *wasting* secara optimal (Kemenkes RI, 2011).

e) Disposisi atau sikap para pelaksana

Menurut pandangan Van Metter dan Van Horn dalam Agustinus (2006), penerimaan atau penolakan yang ditunjukkan oleh badan pelaksana kebijakan memiliki dampak besar terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini mungkin terjadi karena kebijakan yang diterapkan seringkali bukanlah hasil dari partisipasi warga setempat yang memahami secara mendalam masalah yang dihadapi. Sebaliknya, kebijakan publik cenderung bersifat *top down*, di mana para pengambil keputusan mungkin tidak memahami atau bahkan tidak menyentuh kebutuhan serta masalah yang perlu diatasi.

Sikap para pelaksana kebijakan dipengaruhi oleh pandangan mereka terhadap kebijakan tersebut serta bagaimana kebijakan tersebut memengaruhi kepentingan organisasi dan pribadi mereka. Van Mater dan Van Horn (1975) dalam Agustinus (2006)

menjelaskan bahwa respons terhadap implementasi kebijakan dimulai dengan proses penyaringan melalui persepsi para pelaksana, serta sejauh mana kebijakan tersebut dapat dijalankan.

Sikap pelaksana dalam program PMT untuk balita *wasting* menekankan pada profesionalisme dan komitmen tinggi. Pelaksana harus menunjukkan sikap profesional dalam setiap aspek tugasnya, termasuk ketepatan waktu, akurasi dalam pekerjaan, dan kerahasiaan informasi kesehatan balita dan keluarga.

Komitmen tinggi ditunjukkan melalui dedikasi untuk mencapai tujuan program, yaitu memperbaiki status gizi balita *wasting*, serta kesediaan untuk terus belajar dan meningkatkan keterampilan. Pelaksana juga harus memiliki sikap proaktif dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah, serta menjalin komunikasi yang baik dengan seluruh pemangku kepentingan. Sikap ini memastikan bahwa program PMT dilaksanakan dengan integritas dan efektivitas, memberikan manfaat maksimal bagi balita yang membutuhkan (Kemenkes RI, 2011).

f) Kondisi sosial, ekonomi dan politik

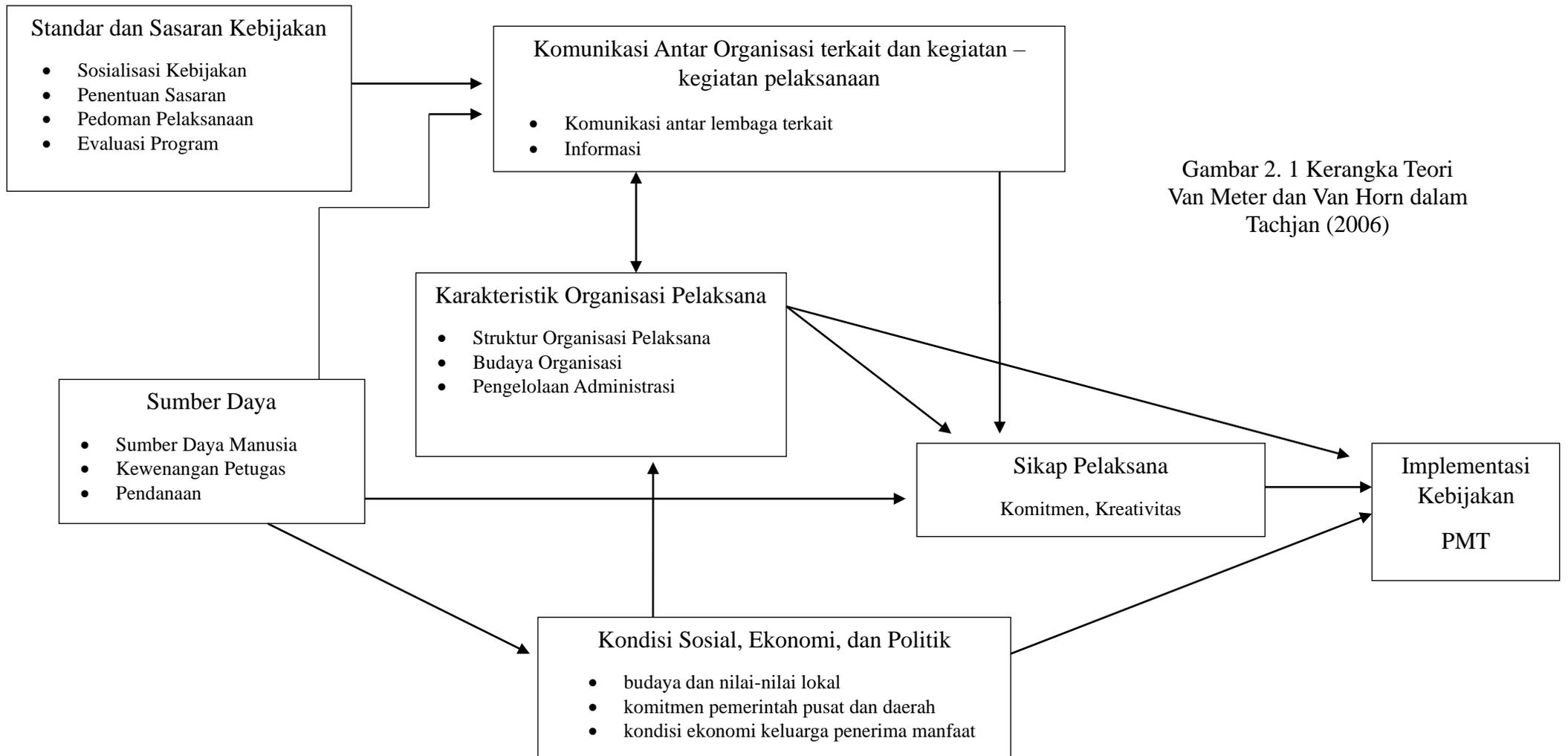
Terakhir, penting untuk mempertimbangkan sejauh mana pengaruh lingkungan eksternal dalam mendukung kesuksesan kebijakan publik. Campur tangan lingkungan eksternal juga memengaruhi hasil dari pelaksanaan kebijakan tersebut. Kondisi

sosial, politik, dan ekonomi dalam program PMT untuk balita *wasting* melibatkan berbagai faktor penting.

Secara sosial, program harus disesuaikan dengan budaya dan nilai-nilai lokal, memastikan bahwa intervensi diterima oleh masyarakat. Dukungan dari pemimpin komunitas dan partisipasi aktif dari masyarakat sangat diperlukan untuk keberhasilan program. Dari segi politik, komitmen pemerintah pusat dan daerah harus kuat, dengan kebijakan yang mendukung serta anggaran yang memadai untuk implementasi dan keberlanjutan program. Stabilitas politik juga penting untuk menjaga kelangsungan program tanpa gangguan.

Secara ekonomi, program harus mempertimbangkan kondisi ekonomi keluarga penerima manfaat, memastikan bahwa bantuan makanan tambahan benar-benar sampai kepada yang membutuhkan tanpa menimbulkan beban tambahan. Program juga harus dirancang untuk mendukung peningkatan ekonomi lokal, misalnya dengan menggunakan bahan makanan lokal yang berkualitas. Dengan memperhatikan ketiga kondisi ini, program PMT dapat berjalan efektif dan berkelanjutan, memberikan manfaat optimal bagi balita yang mengalami *wasting* (Kemenkes RI, 2011) .

D. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Van Meter dan Van Horn dalam Tachjan (2006)