

RINGKASAN EKSEKUTIF

Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)
untuk Balita Kurus dan Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK)

Disusun oleh Hermina, dkk

RINGKASAN EKSEKUTIF

EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) UNTUK BALITA KURUS DAN IBU HAMIL KURANG ENERGI KRONIS (KEK)

Disusun oleh: Ir. Hermina, MKes., dkk.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Balita Kurus dan Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK)

Disusun oleh: *Hermina, dkk.*

Latar Belakang: Saat ini masalah gizi pada balita dan ibu hamil di Indonesia masih tinggi. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa prevalensi balita kurus 12,6 persen, resiko WUS (14-59 tahun) menderita KEK 24,4 persen dan ibu hamil anemia 37,1 persen. Menurut WHO prevalensi balita kurus (*wasting*) pada balita merupakan salah satu indikator status kesehatan masyarakat di suatu wilayah, bila prevalensi kurus pada balita >15 persen termasuk kategori *critical*, 10-14 persen *serious*, 5-9 persen *poor* dan <5 persen *acceptable*. Berdasarkan kriteria WHO tersebut menunjukkan bahwa Indonesia termasuk kategori *serious*. Bahkan dengan prevalensi *stunting* (37,2%) dan *underweight* (19,6%) Indonesia sudah termasuk kategori kritis. Status gizi anak balita merupakan indikator kesehatan yang penting karena merupakan kelompok rentan terhadap kekurangan gizi dan penyakit. Kondisi ini terkait dengan keadaan gizi ibu saat hamil dan bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau pendek (*stunting*).

Arah kebijakan RPJMN 2015-2019 mempercepat perbaikan gizi masyarakat. Strategi global penanggulangan gizi kurang meliputi empat hal yaitu a) memperbaiki konsumsi pangan keluarga dengan pola pangan yang bergizi seimbang, melalui peningkatan akses pangan keluarga dan perorangan dengan perbaikan daya beli serta pendidikan, b) melalui suplementasi baik berupa pangan tambahan, maupun tambahan multi zat gizi mikro, c) fortifikasi makanan dan d) strategi penanggulangan gizi harus terintegrasi dan komplementer dalam suatu koordinasi dan kepemimpinan yang efektif.

Pemberian Makanan Tambahan pemulihan bagi bayi dan anak balita kurus serta ibu hamil KEK merupakan salah satu dari strategi global tersebut. PMT-Pemulihan bagi balita dan ibu hamil ini merupakan program/kegiatan pemberian zat gizi yang bertujuan memulihkan gizi balita dan ibu hamil dengan jalan memberikan makanan dengan kandungan gizi yang cukup sehingga kebutuhan gizi balita dan ibu hamil dapat terpenuhi. Program PMT biskuit sudah berjalan sejak tahun 2004, sebelumnya tahun 1998-2003 PMT berupa tepung/bubuk atau bubur, namun prevalensi *wasting* pada balita belum menunjukkan penurunan secara optimal. Selama kurun waktu lima tahun dari hasil Riskesdas tahun 2007 hingga 2013 prevalensi *wasting* hanya menurun 1,5 persen yaitu dari 13,6 persen menjadi 12,1 persen.

Tujuan penelitian: Mendapatkan informasi hasil evaluasi pelaksanaan program PMT untuk anak balita kurus dan ibu hamil KEK tahun 2016 dengan cara melakukan penilaian terhadap manajemen program PMT, mulai dari input, proses dan output.

Metode: Desain penelitian kros-seksional, data dikumpulkan secara kuantitatif dan kualitatif. Lokasi penelitian dilakukan di sebelas provinsi di enam region di Indonesia, yaitu: Sumatera, Jawa-Bali, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara dan Maluku. Setiap provinsi dipilih secara purposive dua kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi balita kurus tinggi, yaitu 1). Region Sumatera (Provinsi Sumatera Utara dan Riau); 2). Region Jawa-Bali (Provinsi Banten dan Jawa Timur); 3). Region Kalimantan (Provinsi Kalimantan Barat dan Kalimantan Selatan); 4). Region Nusa Tenggara (Provinsi NTT); 5). Region Sulawesi (Provinsi Sulawesi Utara dan Sulawesi Selatan); 6). Region Maluku (Provinsi Maluku dan

Maluku Utara). Dari 28 kabupaten/kota masing-masing dipilih dua Puskesmas yang mempunyai prevalensi kurus tinggi. Untuk wawancara mendalam sebagai informan adalah Kepala dinas kesehatan dan pengelola program PMT di provinsi dan kabupaten/kota, Kepala Puskesmas, tenaga pelaksana gizi (TPG), bidan desa dan kader Posyandu. Sasaran PMT di setiap Puskesmas ditentukan 15 balita dan 10 ibu hamil yang mendapat PMT.

Hasil penelitian:

1. Input: Kebijakan dalam penetapan sasaran PMT bervariasi mulai di tingkat provinsi, kabupaten/kota maupun Puskesmas. Sasaran PMT balita selain balita kurus (BB/TB) juga diberikan kepada balita gizi kurang (BB/U), balita yang berat badannya dibawah garis merah (BGM), balita keluarga miskin, balita tidak naik berat badannya 2 kali (2 T), balita pasca perawatan bahkan balita normal yang datang ke Posyandu. Sedangkan PMT ibu hamil diprioritaskan untuk yang KEK. Pengembangan kebijakan di daerah dalam penetapan sasaran ibu hamil selain KEK diberikan juga kepada keluarga miskin, anemia dan tidak KEK.

Pelaksanaan program PMT tahun 2016 belum dilengkapi dengan pedoman teknis, sehingga di daerah menggunakan pedoman PMT yang berbeda-beda, antara lain: menggunakan buku pedoman pengelolaan MP-ASI, PMT-AS dan PMT ibu hamil tahun 2015; buku pedoman MP-ASI Balita bantuan operasional kesehatan (BOK) tahun 2011; dan *leaf let* pemberian suplementasi gizi tahun 2017.

Alur distribusi PMT ke sasaran hampir semuanya melalui dinas kesehatan provinsi langsung dikirim ke Puskesmas. Sebagian besar PMT diterima di provinsi pada akhir tahun 2016 (Oktober-Desember 2016) dan tidak semua provinsi langsung bisa mengirimkan ke Puskesmas. Beberapa provinsi baru distribusi ke Puskesmas pertengahan tahun 2017. Sementara itu PMT ibu hamil masih ada yang belum terdistribusi sampai bulan Oktober 2017. PMT yang diterima dari provinsi umumnya dibagi habis di Puskesmas dalam waktu tiga bulan. Kendala yang ditemukan adalah tidak tersedia gudang khusus penyimpanan PMT di Puskesmas. Anggaran distribusi PMT di provinsi menggunakan dana APBN (Dekon), tetapi di kabupaten/kota dan Puskesmas tidak ada anggaran untuk distribusi PMT.

Sebagian besar region umumnya telah melaksanakan monitoring evaluasi melalui sistem yang relatif sama yaitu monev tidak dilakukan secara khusus namun di lakukan bersamaan dengan bimbingan teknis program lainnya. Monitoring hanya dilakukan terbatas pada distribusi dan penyimpanan PMT, sedangkan evaluasi belum dilakukan di sebagian besar region. Belum semua Puskesmas memiliki tenaga pelaksana gizi yang mempunyai pendidikan formal gizi.

2. Proses: Pelaksanaan sosialisasi pemberian PMT untuk balita dan ibu hamil secara berjenjang mulai tingkat propinsi sampai Puskesmas digabung dengan kegiatan program lain dan belum dilengkapi dengan pedoman khusus yang spesifik untuk balita kurus dan ibu hamil KEK karena dianggap kelanjutan dari program PMT sebelumnya.

Temuan di lapangan sebagian besar PMT balita tidak tepat sasaran (65%). Sedangkan PMT ibu hamil KEK mendekati tepat sasaran (87,7%).

Menurut persepsi pengelola program PMT di daerah, jumlah PMT yang diterima melebihi kebutuhan. Sebenarnya PMT yang diberikan pusat diperuntukkan untuk satu tahun dengan sasaran balita kurus dan ibu hamil KEK. Sementara di lapangan petugas masih berpedoman pada pedoman lama sehingga balita yang tidak kurus dan ibu hamil tidak KEK menjadi sasaran dan PMT habis sebelum waktunya.

Penanggung jawab distribusi PMT di Puskesmas, adalah tenaga pelaksana gizi (TPG) dibantu bidan desa/kelurahan dan kader Posyandu. Tempat distribusi PMT balita sebagian besar di Posyandu dan Puskesmas. Sedangkan PMT ibu hamil sebagian besar di Puskesmas, lainnya di Polindes/Poskesdes/ Pustu dan Posyandu. Namun belum semua petugas yang membagikan PMT kepada sasaran memberikan penjelasan/penyuluhan gizi dan kesehatan (16,1%). Umumnya penjelasan yang diberikan meliputi aturan mengonsumsi PMT, manfaat PMT dan alasan mendapat PMT.

Lebih dari 50 persen provinsi, kabupaten/kota dan Puskesmas telah melaksanakan monitoring program PMT secara berjenjang terbatas pada distribusi dan penyimpanan yang dilakukan bersamaan dengan monitoring program lainnya. Namun evaluasi PMT belum dilaksanakan secara optimal. Evaluasi yang dilakukan oleh Puskesmas antara lain catatan berat badan, tinggi badan balita yang mendapat PMT, dan catatan LILA serta berat badan ibu hamil. *Feedback* terhadap hasil monitoring dan evaluasi biasanya disampaikan secara lisan.

3. Output: Berdasarkan kepatuhan dan daya-terima terhadap PMT (*compliance*) belum semua PMT yang diterima dikonsumsi sasaran. Balita yang dapat menghabiskan PMT biskuit yang diterima sebanyak 32,2 persen tetapi ibu hamil yang dapat menghabiskan PMT biskuit 48,1 persen. Rata-rata *compliance* balita terhadap PMT sebesar 73,2 persen dan ibu hamil 87,1 persen. Biskuit dimakan anggota rumah tangga lain dan bosan terhadap biskuit berkontribusi terhadap *compliance*.

Manfaat yang dirasakan ibu balita dengan adanya PMT antara lain menambah berat badan anak, mengurangi uang jajan dan pengganti snack. Manfaat yang dirasakan ibu hamil dengan adanya PMT antara lain ibu merasa senang mendapat biskuit, rasa biskuit enak dan PMT sebaiknya dilanjutkan. Sedangkan menurut petugas Puskesmas, baik PMT balita maupun ibu hamil sangat membantu perbaikan gizi balita dan ibu hamil terutama untuk yang kurang mampu. Selain itu juga adanya PMT, meningkatkan partisipasi masyarakat untuk mau datang ke posyandu maupun ke Puskesmas bila dirujuk karena mendapat biskuit.

Dari hasil uji laboratorium, rerata komposisi zat gizi biskuit MP-ASI yang dianalisa ada beberapa parameter uji biskuit balita yang lebih rendah dan yang melebihi rentang parameter kandungan gizi dalam Kepmenkes no. 224 tahun 2007. Nilai gizi MP-ASI di lapangan maupun MP-ASI stok pusat memiliki kandungan Fe, Vitamin A, Vitamin B1, Vitamin B2, Vitamin B3, Vitamin B6 serta Vitamin K1 lebih rendah dari parameter yang sudah ditentukan dalam Kepmenkes 2007. Sementara itu kandungan Zn melebihi parameter yang sudah ditentukan dalam Kepmenkes dan kandungan Asam folat untuk MP-ASI stok pusat lebih tinggi dibandingkan rentang parameter dalam Kepmenkes 2007. Sedangkan hasil analisa zat gizi PMT biskuit ibu hamil yang lebih rendah atau berada di bawah ambang parameter uji dari Kepmenkes No. 889 tahun 2009 adalah energi total, lemak total dan protein baik PMT ibu hamil dari lapangan maupun stock pusat. Namun

Sedangkan hasil analisa zat gizi PMT biskuit ibu hamil yang lebih rendah atau berada di bawah ambang parameter uji dari Kepmenkes No. 889 tahun 2009 adalah energi total, lemak total dan protein baik PMT ibu hamil dari lapangan maupun stock pusat. Namun kandungan gula total PMT ibu hamil dari lapangan melebihi rentang parameter dalam Kepmenkes 2009, tetapi PMT ibu hamil stock pusat kandungan gula total lebih rendah dari rentang parameter Kepmenkes 2009.

Kesimpulan : Untuk mendapatkan output program PMT yang optimal perlu penataan ulang terhadap manajemen program PMT mulai dari persiapan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi.

Rekomendasi:

1. Pedoman teknis program PMT secara khusus dan spesifik balita kurus dan ibu hamil KEK harus disiapkan sebelum pelaksanaan program PMT dan disosialisasikan sampai ke pelaksana teknis di Puskesmas.
2. Memperkuat tim Puskesmas dalam pelacakan balita kurus dan ibu hamil KEK di semua wilayah Puskesmas untuk memastikan jumlah sasaran yang perlu diberi PMT dan memperkirakan jumlah kasus yang akan muncul dalam periode satu tahun serta dilakukan sebelum distribusi PMT ke sasaran.
3. Distribusi PMT ke Puskesmas dilakukan secara bertahap dalam periode satu tahun agar tidak menumpuk di Puskesmas.
4. Pelaksanaan PMT untuk balita kurus maupun ibu hamil KEK perlu mempertimbangkan adanya kebosanan terhadap biskuit.
5. Penguatan KIE gizi dan kesehatan dalam program PMT sangat diperlukan untuk meningkatkan *compliance* dan menerapkan kebiasaan makan yang baik pada sasaran.
6. Penguatan sistem monev dalam pelaksanaan program PMT mulai dari persiapan, distribusi ke sasaran dan dikonsumsi oleh sasaran diperlukan adanya formulir atau *software* khusus yang mudah dilaksanakan di lapangan sehingga monev program PMT dapat dilakukan secara berkesinambungan.
7. Komposisi zat gizi PMT biskuit (MP-ASI) terutama Fe dan beberapa vitamin perlu ditinjau kembali karena lebih rendah dari parameter yang sudah ditentukan dalam Kepmenkes No. 224 tahun 2007 dan kandungan Zn dan asam folat ada yang melebihi rentang Kepmenkes 2007. Sedangkan kandungan zat gizi PMT biskuit ibu hamil yang lebih rendah dari Kepmenkes No. 889 tahun 2009 adalah energi total, lemak total dan protein namun kandungan gula total PMT ibu hamil dari lapangan melebihi rentang parameter dalam Kepmenkes 2009.