

I. PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Saat ini masalah gizi pada anak balita (bawah lima tahun) dan ibu hamil masih menjadi masalah gizi utama di Indonesia. Hasil Riskesdas tahun 2007 dan tahun 2013 belum menunjukkan adanya perubahan status gizi balita yang berarti yaitu prevalensi balita gizi kurang dan buruk dari 18,4 persen (2007) menjadi 19,6 persen pada tahun 2013, balita pendek dan sangat pendek (stunting) dari 36,8 persen menjadi 37,2 persen dan balita kurus dan sangat kurus dari 13,6 persen menjadi 12,1 persen pada tahun 2013. Prevalensi balita kurus hanya mengalami penurunan sebesar 1,5 persen.^{1,2} Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa prevalensi resiko KEK pada wanita umur 15-49 tahun secara nasional sebanyak 24,2 persen dan anemia pada ibu hamil sebesar 37,1 persen.

Status gizi anak usia bawah lima tahun (balita) merupakan indikator kesehatan yang penting karena anak usia balita merupakan kelompok yang rentan terhadap kekurangan gizi dan penyakit. Pada masa ini berlangsung proses tumbuh kembang yang sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan psikomotorik, mental dan sosial, sehingga perlu memperoleh gizi dari makanan sehari-hari dalam jumlah yang cukup dan kualitas yang baik. Dampak kekurangan gizi pada usia ini bukan hanya terjadinya gangguan fisik tetapi juga mempengaruhi kecerdasan dan produktivitas ketika dewasa, karena masa balita merupakan masa kritis. Kondisi ini terkait dengan keadaan gizi ibu saat hamil dan bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Prevalensi BBLR hasil Riskesdas 2013 ditemukan sebanyak 10,2 persen.²

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 dan 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 di dalam suatu koordinasi dan kepemimpinan yang efektif.³

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 ini sudah dijalankan sejak tahun 1998-2003 berupa PMT bubuk (bubur) dan PMT biskuit mulai tahun 2004, namun penurunan masalah gizi belum sesuai harapan.

Selama kurun waktu lima tahun dari hasil Riskesdas tahun 2007 hingga 2013 prevalensi balita kurus hanya menurun 1,5 persen yaitu dari 13,6 persen menjadi 12,1 persen^{1,2}.

Hasil penelitian mengenai implementasi program spesifik dalam rangka percepatan penanggulangan masalah stunting di Kabupaten Tasikmalaya (2016), diantaranya adalah pemberian PMT pemulihan untuk balita kurus ditemukan bahwa

pemberian PMT pemulihan balita kurus dipilih berdasarkan rujukan dari Posyandu yang berkategori BGM, padahal masih banyak balita kurus yang tidak BGM yang tidak dirujuk ke Puskesmas karena kemampuan kader untuk mengidentifikasi balita kurus di Posyandu masih kurang. Belum semua ibu hamil KEK mendapat PMT pemulihan karena dana terbatas sehingga prioritas diberikan hanya untuk ibu hamil KEK keluarga miskin (gakin).⁴

Indriati R dkk., (2015) menemukan adanya perbedaan pelaksanaan pemberian makanan tambahan pemulihan (proses) antara Puskesmas yang mengalami penurunan kasus balita kurang gizi dengan Puskesmas yang mengalami peningkatan jumlah kasus kurang gizi di Kabupaten Wonogiri ($p=0,033$). Perbedaan tersebut meliputi sosialisasi ke masyarakat termasuk kepada sasaran, registrasi sasaran termasuk penetapan sasaran, pemantauan daya terima makanan tambahan, penggunaan kartu pemantauan serta pendampingan bidan terhadap kader (input) lebih banyak dilakukan oleh Puskesmas yang mengalami penurunan kasus balita gizi kurang. Penentuan sasaran yang tepat dan peningkatan peran serta masyarakat dapat menurunkan kasus gizi kurang.⁵

Dalam rangka melindungi masyarakat dari kekurangan gizi khususnya bayi dan anak umur 6-24 bulan dari keluarga miskin, maka dilaksanakan pemberian makanan tambahan berupa biskuit. Pemberian makanan tambahan merupakan program Kementerian Kesehatan yang diberikan kepada balita kurus selama 90 hari untuk mencukupi kebutuhan zat gizi anak agar tercapai status gizi sesuai dengan umur anak dan kepada ibu hamil untuk meningkatkan berat badan ibu hamil KEK. Pemberian makanan tambahan diberikan sebagai tambahan asupan zat gizi bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari.

Pada tahun 2016 pemerintah telah mengalokasikan anggaran terkait pengadaan makanan tambahan berupa biskuit yang akan diberikan kepada 396.560 balita kurus dan 485248 ibu hamil KEK yang ada di seluruh Indonesia.^{6,7} Pembuatan biskuit tersebut dibuat di pusat yaitu di pabrik makanan di Jakarta sebagai produsen biskuit untuk PMT balita, PMT anak sekolah dan PMT ibu hamil. Namun pada penelitian ini yang akan dievaluasi adalah PMT balita dan PMT ibu hamil, karena sudah terdistribusi ke daerah di 34 provinsi. Sementara itu PMT anak sekolah belum selesai diproduksi, direncanakan akan didistribusikan pertengahan tahun 2017.

Setiap bungkus biskuit berisi 12 keping yang mengandung 540 kkal (45 kalori/keping), 10,8 gram protein, 16,8 g lemak dan diperkaya dengan 10 macam vitamin dan mineral (Vit A, D,E,K, B1, B2, B3, B6, B12, Niasin, asam folat, Fe (fumarate), iodine, zinc, kalsium, natrium, selenium, fosfor dan air. Pemberian disesuaikan dengan umur, bayi umur 6-11 bulan diberikan 8 keping per hari selama 3 bulan (60 bungkus) sedangkan untuk anak diatas satu tahun diberikan 12 keping per hari selama 3 bulan (90 bungkus).⁽¹¹⁾ Menurut Permenkes no. 51 tahun 2016 zat gizi yang terdapat dalam makanan tambahan ibu hamil KEK dihitung dalam 100 gram produk, mengandung energi minimum 400-450 Kkal, protein 10 gram, total lemak minimum 20 gram dan diperkaya dengan 10 macam vitamin dan mineral (Vit A, D,E,K, B1, B2, B3, B6, B12, Niasin, asam folat, Fe (fumarate), iodine, zinc, kalsium, natrium, selenium, fosfor dan air⁸.

Pengecekan kandungan zat gizi dalam biskuit akan dilakukan di tingkat pusat (setelah diterima dari produsen) dan di tingkat sasaran penerima PMT balita dan ibu

hamil di tingkat rumah tangga. Sampel biskuit (1 bungkus PMT) diambil secara acak dari rumah responden di salah satu Puskesmas di 28 kabupaten/kota. Analisis zat gizi dilakukan di laboratorium terakreditasi di Jakarta atau sekitarnya.

Dalam rangka menilai keberhasilan program PMT untuk balita kurus dan ibu hamil KEK maka perlu dilakukan penelitian yang bertujuan untuk melakukan evaluasi pelaksanaan program PMT untuk anak balita kurus dan ibu hamil KEK tahun 2016. Evaluasi keberhasilan program PMT dilakukan dengan cara melakukan penilaian terhadap manajemen program PMT mulai dari *input*, *process* dan *output*.

Evaluasi *input* dilakukan terhadap segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan kegiatan Program PMT yang bertujuan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan terkait dengan strategi (dasar kebijakan, perencanaan sasaran dan alokasi anggaran, nilai gizi makanan tambahan, jadwal pengadaan dan distribusi/pengiriman makanan tambahan, tempat penyimpanan PMT, rencana monitoring dan evaluasi (monev) yang digunakan oleh program sudah sesuai dengan pencapaian tujuan, termasuk ketersediaan dan kualitas SDM di tingkat Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas.

Evaluasi *process* dilakukan terhadap semua kegiatan sistem yang dilakukan melalui proses mengubah *input* menjadi *output* dalam rangka mengetahui secara detail apa saja yang terjadi dalam pelaksanaan program. Mulai dari sosialisasi, distribusi, ketepatan sasaran dan pelaksanaan monitoring dan evaluasi program PMT mulai di tingkat pusat, provinsi, kabupaten, puskesmas sampai ke masyarakat (Balita). Sedangkan Evaluasi *output* dilakukan untuk mengukur keberhasilan pencapaian tujuan program berupa hasil langsung dari program PMT. *Output* program PMT diukur dengan mengetahui berapa jumlah makanan tambahan yang diterima di tingkat Provinsi, Kabupaten/kota, Puskesmas dan masyarakat (Balita dan ibu hamil), jumlah yang dikonsumsi oleh balita dan ibu hamil termasuk tingkat kepatuhan dan daya terima makanan tambahan oleh Balita maupun ibu hamil. Komposisi zat gizi makanan tambahan di tingkat pengadaan dan rumah tangga, hasil monev mulai di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota, Puskesmas dan Masyarakat (Balita dan ibu hamil). Selanjutnya data yang diperoleh dapat berguna untuk menentukan apakah program diteruskan, dimodifikasi, atau dihentikan.

L2. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana pelaksanaan program PMT yang diadakan oleh pemerintah pusat pada Tahun Anggaran 2016, mencakup:

1. Bagaimana dasar kebijakan dan perencanaan program PMT di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota dan Puskesmas?
2. Apakah PMT diterima tepat waktu, dan sesuai dengan rencana?
3. Apakah jumlah PMT yang diterima sudah sesuai dengan kebutuhan dan sesuai dengan yang diusulkan?
4. Apakah pemilihan sasaran intervensi sudah sesuai dengan Renstra 2015-2019 dan kerangka acuan pengadaan PMT 2016?
5. Apakah ada tempat penyimpanan khusus PMT di kabupaten/kota dan Puskesmas?
6. Bagaimana proses monitoring dan evaluasi terhadap program PMT ke daerah?

I.3. Tujuan Penelitian

I.3.1. Tujuan Umum

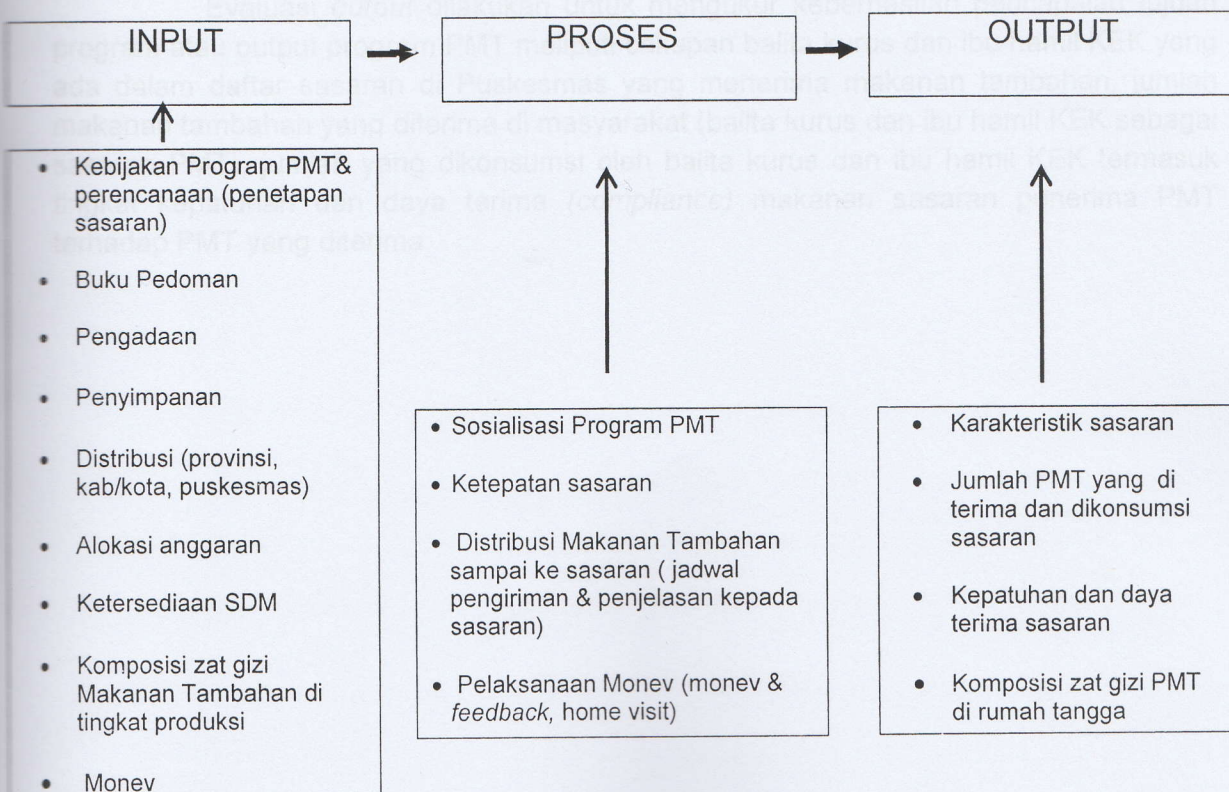
Melakukan evaluasi terhadap manajemen pelaksanaan program PMT untuk anak balita kurus dan ibu hamil KEK tahun anggaran 2016.

I.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Memperoleh informasi tentang indikator *input* dari Program PMT mulai dari kebijakan dan perencanaan, yaitu penetapan sasaran, buku pedoman, pengadaan, penyimpanan, distribusi, anggaran, SDM, monitoring dan evaluasi serta komposisi zat gizi PMT di tingkat produksi dan rumah tangga.
2. Memperoleh informasi tentang indikator *proses* dari Program PMT mulai dari sosialisasi, ketepatan sasaran, distribusi ke sasaran (waktu pengiriman/ penerimaan, penjelasan saat distribusi), serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi.
3. Memperoleh gambaran tentang indikator *output* dari program PMT mulai dari jumlah yang diterima dan dikonsumsi oleh anak balita kurus dan ibu hamil KEK sebagai sasaran PMT, kepatuhan dan daya terima sasaran terhadap PMT dan pendapat sasaran terhadap PMT yang diterima.

I.4. Kerangka Pikir



Kurang Energi Protein pada balita dan ibu hamil KEK sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah gizi utama. Menurut hasil riskesdas, prevalensi balita kurus sebesar 13,6 persen (tahun 2007) menjadi 12,1 persen (tahun 2013) atau tidak menunjukkan penurunan signifikan yaitu sekitar 0,25 persen per tahun, sedangkan biaya yang dicurahkan untuk PMT semakin meningkat. Pada tahun 2016 pemerintah telah mengalokasikan anggaran terkait pengadaan makanan tambahan berupa biskuit yang akan diberikan kepada 396.560 balita kurus, dan kepada 485.248 ibu hamil KEK yang ditemukan di desa/kota.

Dalam rangka menilai keberhasilan program PMT untuk balita kurus dan ibu hamil KEK maka akan dilakukan penilaian atau evaluasi terkait manajemen program PMT mulai dari tingkat *input*, *process* dan *output* sebagai variabel yang akan diteliti.

Evaluasi *input* dilakukan terhadap segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan kegiatan Program PMT meliputi dasar kebijakan dan perencanaan, penetapan sasaran, pedoman PMT, pengadaan makanan tambahan, penyimpanan PMT, distribusi jadwal pengiriman, alokasi anggaran, SDM, komposisi zat gizi PMT biskuit dan Monev.

Evaluasi *process* dilakukan terhadap pelaksanaan program PMT. Evaluasi pelaksanaan program meliputi sosialisasi program PMT mulai di tingkat pusat sampai ke masyarakat (Balita kurus dan ibu hamil), ketepatan sasaran penerima makanan tambahan, distribusi makanan tambahan mulai dari pusat sampai balita kurus dan ibu hamil sebagai sasaran PMT (jadwal pengiriman oleh petugas dan penjelasan kepada sasaran), serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi (Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas).

Evaluasi *output* dilakukan untuk mengukur keberhasilan pencapaian tujuan program atau output program PMT meliputi cakupan balita kurus dan ibu hamil KEK yang ada dalam daftar sasaran di Puskesmas yang menerima makanan tambahan, jumlah makanan tambahan yang diterima di masyarakat (balita kurus dan ibu hamil KEK sebagai sasaran PMT), jumlah yang dikonsumsi oleh balita kurus dan ibu hamil KEK termasuk tingkat kepatuhan dan daya terima (*compliance*) makanan sasaran penerima PMT terhadap PMT yang diterima.