

II. METODA

II.1. Disain Penelitian

Disain penelitian adalah potong lintang (*cross sectional study*) data dikumpulkan secara kuantitatif dan kualitatif.

II.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Daerah penelitian dibagi dalam enam region (Sumatera, Jawa-Bali, Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, dan Maluku) terdiri dari 11 provinsi (Sumatera Utara, Riau, Banten, Jatim, Nusa Tenggara Timur (NTT), Kalimantan Selatan (Kalsel), Kalimantan Barat (Kalbar), Sulawesi Utara (Sulut), Sulawesi Selatan (Sulsel), Maluku dan Maluku Utara (Malut). Dari 11 provinsi terdiri dari 28 Kabupaten/Kota dan 56 Puskesmas. Untuk Region Papua yaitu Provinsi Papua dan Papua barat tidak dilakukan evaluasi karena sampai dengan bulan Maret 2017 setelah di cek ke Dinas Kesehatan Provinsi ternyata PMT biskuit dari pusat belum terdistribusikan ke Puskesmas dan ke sasaran penerima PMT karena masih ada di provinsi. Sedangkan untuk Region Nusa Tenggara diwakili oleh NTT, hal ini karena di NTB juga PMT dari pusat belum terdistribusikan ke Puskesmas dan sasaran penerima PMT. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari-Desember 2017.

Berikut ini adalah daftar lokasi penelitian menurut region, provinsi, kabupaten/kota dan Puskesmas, yaitu di enam region, 11 provinsi, 28 kabupaten/kota dan di 56 Puskesmas. Daftar lokasi penelitian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Daftar Lokasi Penelitian Menurut Regional, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas

No	Region	No	Propinsi	No	Kabupaten/Kota	No	Puskesmas
1	Sumatera	1	Sumatera Utara	1	Kab Deli Serdang	1	Kenangan
				2	Kota Medan	2	Araskabu
				3	Kab Siak	3	Medan Labuan
				4	Kota Pekanbaru	4	Medan Belawan
		2	Riau	5	Perawang		
				6	Siak		
				7	Karya Wanita		
				8	Sail		
2	Jawa & Bali	3	Banten	9	Kab Serang	9	Kramatwatu
				10	Ciruas		
				11	Ciputat Timur		
				12	Pamulang		
		4	Jawa Timur	13	Kab Mojokerto	13	Sooko
				14	Gedeg		
				15	Kedundung		
				16	Wates		
3	Nusa Tenggara	5	NTT	17	Kab Flores Timur	17	Oka
				18	Waiklibang		
				19	Oepoi		
				20	Alak		
				21	Haikesak		
				22	Rafae		
				23	Fatumutu		
				24	Ayotupas		

No	Region	No	Propinsi	No	Kabupaten/Kota	No	Puskesmas
4	Kalimantan	6	Kalimantan Selatan	13	Kab Kota Baru	25	Berangas
				14	Kota Banjar Baru	26	Kotabaru
				15	Kuburaya	27	LandasanUlinUtara
		7	Kalimantan Barat	16	Kota Pontianak	28	Banjarbaru Utara
				17	Bitung	29	Radak
				18	Minahasa Timur	30	Teluk Pakedai
5	Sulawesi	8	Sulawesi Utara	19	Bantaeng	31	Perumnas II
				20	Kota Makasar	32	Gang Sehat
				21	Seram Timur (SBT)	33	Sagerat
				22	Kota Ambon	34	Girianweru
	9	Sulawesi Selatan	23	Maluku Tenggara Barat	35	Papakelan	
			24	Seram Barat (SBB)	36	Pineleng	
			25	Ternate	37	Lasepang	
			26	Halmahera Tengah	38	Loka	
6	Maluku	10	Maluku	27	Halmahera Barat	39	Rappokalling
				28	P. Morotai	40	Maradekaya
		11	Maluku Utara	29	Maluku Tenggara Barat	41	Air Kasar
				30	Seram Barat (SBB)	42	Banggoi
				31	Ternate	43	Amahusu
				32	Halmahera Tengah	44	Poka
				33	Halmahera Barat	45	Lolurun
				34	P. Morotai	46	Soumlaki
				35	Maluku Tenggara Barat	47	Piru
				36	Maluku Tenggara Barat	48	Kairatu
37	Maluku Tenggara Barat	49	Kalumpang				
38	Maluku Tenggara Barat	50	Kalumata				
39	Maluku Tenggara Barat	51	Wedda				
40	Maluku Tenggara Barat	52	Kobe				
41	Maluku Tenggara Barat	53	Jailolo				
42	Maluku Tenggara Barat	54	Juono				
43	Maluku Tenggara Barat	55	Sanggowo				
44	Maluku Tenggara Barat	56	Wayabula				

II.3. Populasi dan Sampel Penelitian

II.3.1. Populasi

Populasi adalah seluruh sasaran balita kurus dan ibu hamil KEK penerima PMT di enam wilayah region di Indonesia terdiri dari 11 provinsi. Yaitu:

1. Region Sumatera (Sumatera Utara dan Riau); 2. Region Jawa-Bali (Banten dan Jawa Timur); 3. Region Kalimantan (Kalimantan Selatan dan Kalimantan Barat); 4. Sulawesi (Sulawesi Utara dan Sulawesi Selatan); 5. Nusa Tenggara (Nusa Tenggara Timur); 6. Maluku (Maluku dan Maluku Utara).

II.3.2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah balita kurus dan ibu hamil KEK penerima PMT tahun 2016 pada Puskesmas terpilih.

II.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

II.4.1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi untuk provinsi, kabupaten/kota dan Puskesmas adalah yang memiliki prevalensi Balita Kurus tertinggi di wilayah masing-masing dan dan Ibu Hamil KEK diambil dari wilayah Puskesmas tersebut atau di Puskesmas lain bila di Puskesmas terpilih tidak ada distribusi PMT biskuit untuk ibu hamil KEK, yaitu penerima PMT tahun anggaran 2016. Kriteria inklusi untuk responden balita kurus dan ibu hamil KEK adalah yang pernah menerima Program PMT pengadaan tahun 2016 sejak bulan Desember 2016 s/d saat wawancara.

II.4.2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi untuk responden balita dan ibu hamil adalah sasaran yang menerima PMT setelah bulan Juli 2017 dan bukan PMT pengadaan tahun 2016.

II.5. Cara Pemilihan Lokasi, Informan dan Besar Sampel

II.5.1. Cara Pemilihan Lokasi Penelitian

1. Pada setiap region dipilih dua provinsi secara purposive dengan kriteria memiliki prevalensi balita gizi kurus paling tinggi (11 provinsi).
2. Setiap Provinsi terpilih dipilih secara purposive satu kabupaten dan satu kota dengan kriteria memiliki prevalensi kurus tertinggi (28 kab/kota). Kecuali di Provinsi Maluku dan Maluku Utara terdiri dari 4 kab/kota karena kabupaten/kota di region Papua (Provinsi Papua Barat dan Papua) dialihkan ke Maluku dan Maluku Utara karena PMT biskuit di region Papua belum terdistribusi ke Puskesmas dan sasaran.
3. Setiap Kabupaten/Kota dipilih secara purposive dua Puskesmas dengan kriteria memiliki prevalensi kurus tertinggi (56 Puskesmas).

II.5.2. Cara Pemilihan Informan dan Besar Sampel

Informan dalam penelitian ini terdiri dari dari pejabat dan pelaksana di pusat dan daerah yaitu:

1. Informan pusat adalah dari Direktorat Gizi Dirjen. Kesehatan Masyarakat yaitu penanggung jawab program PMT (Kepala subdit konsumsi gizi dan pengelola program PMT) sebanyak dua orang.
2. Informan di dinas kesehatan provinsi adalah Kepala Dinas Kesehatan dan penanggung jawab program/pengelola PMT di provinsi (22 orang).
3. Informan di tingkat kabupaten/kota adalah Kepala Dinas Kesehatan dan penanggung jawab program/pengelola PMT di kabupaten/kota (56 orang)
4. Informan Puskesmas adalah Kepala Puskesmas dan tenaga pelaksana gizi (TPG) 112 orang. Bidan desa dipilih sebagai informan data kualitatif dan kuantitatif (224 orang) dan Kader Posyandu dipilih sebagai informan untuk melengkapi data kualitatif (224 orang).

5. Setiap Puskesmas terpilih ditentukan 15 balita kurus dan 10 ibu hamil KEK penerima PMT pada tahun anggaran 2016 menurut perhitungan sampel minimal (PPS). Jumlah sampel penelitian dari 56 Puskesmas adalah 840 balita kurus dan 560 ibu hamil KEK.

II.6. Instrumen Pengumpulan Data

Seperti telah dijelaskan pada metodologi bahwa penelitian ini merupakan gabungan antara kuantitatif dan kualitatif. Oleh karena itu pengumpulan data menggunakan beberapa instrumen yang terdiri dari:

II.6.1. Kuesioner Terstruktur

Kuesioner bertujuan untuk mendapatkan data primer dan data sekunder. Data primer terdiri dari:

1. Karakteristik rumah tangga balita dan ibu hamil penerima PMT 2016
2. Karakteristik balita kurus dan ibu hamil KEK penerima PMT 2016
3. Jumlah makanan tambahan yang diterima dan dikonsumsi oleh balita kurus dan ibu hamil KEK penerima Program PMT 2016
4. Kepatuhan dan daya terima balita kurus dan ibu hamil KEK dalam mengonsumsi makanan tambahan yang diberikan
5. Komposisi zat gizi (energi protein, lemak, vitamin dan mineral) PMT biskuit yang diproduksi di tingkat Pusat dan yang diterima oleh sasaran PMT di tingkat rumah tangga.

Data sekunder terdiri dari:

1. Kebijakan dan komposisi zat gizi makanan tambahan, perencanaan anggaran, pengadaan dan distribusi serta monev Program PMT di tingkat Pusat dan Daerah.
2. Ketersediaan buku Pedoman Program PMT di tingkat pusat, provinsi Kabupaten/kota dan Puskesmas.
3. Cara penentuan sasaran anak balita dan ibu hamil KEK penerima Program PMT.
4. Jumlah PMT yang dikirimkan dan diterima di provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas dan masyarakat (balita dan ibu hamil KEK).
5. Status gizi balita dan ibu hamil sasaran PMT.
6. Tempat penyimpanan PMT di provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas.
7. Hasil Monev di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, Puskesmas

II.6.2. Pedoman Wawancara Mendalam

Pedoman wawancara mendalam untuk informan di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas dan bidan desa bertujuan untuk menggali informasi tentang :

1. Kebijakan dan perencanaan Program PMT
2. Penentuan sasaran penerima Program PMT
3. Proses pelaksanaan Program PMT mulai dari sosialisasi, distribusi, ketepatan sasaran serta monitoring dan evaluasi

1.7. Bahan dan Prosedur Pengumpulan Data

1.7.1. Persiapan Penelitian

1. Membuat protokol penelitian.
2. Membuat instrumen penelitian
3. Pengurusan ijin penelitian ke Provinsi
4. Pengurusan ijin penelitian ke kabupaten/kota dan Kesbangpol setempat
5. Pengadaan logistik
6. Melakukan uji coba pedoman wawancara mendalam dan kuesioner
7. Melakukan penyamaan persepsi antar peneliti dan pengumpul data
8. Melakukan evaluasi dan perbaikan hasil uji coba kuesioner dan wawancara mendalam
9. Rekrutmen tenaga pelaksana pengumpul data di lapangan

1.7.2. Tahapan Pengumpulan Data

1. Pengumpulan data dilakukan secara bersamaan mulai dari tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas dan rumah tangga (balita) dan ibu hamil KEK menggunakan kuesioner dan pedoman wawancara mendalam.
2. Analisis komposisi zat gizi makanan tambahan meliputi kandungan energi, protein, lemak, Vit A, D, E, K, B1, B2, B3, B6, B12, Niasin, asam folat, Fe (fumarate), iodine, zinc, kalsium, natrium, selenium, fosfor dan air di laboratorium terstandar di Jakarta.

Tabel 2. Rincian Data yang Dikumpulkan Meliputi Input, Proses dan Output PMT

Data yang dikumpulkan	Tingkat Pusat	Tingkat Provinsi	Tingkat Kabupaten	Tingkat Puskesmas	Ruta (Balita & Bumil)
<i>Input</i>					
1. Kebijakan	X	X	X	X	
2. Anggaran	X	X	X	X	
3. Pedoman	X	X	X	X	
4. Jadwal pengadaan dan pengiriman	X	X	X	X	
5. Kualitas PMT	X				
6. Karakteristik sasaran					X
7. Ketersediaan SDM			X	X	
<i>Process</i>					
1. Sosialisasi	X	X	X	X	X
2. Ketepatan sasaran		X	X	X	X
3. Distribusi	X	X	X	X	X
4. Kesesuaian jumlah	X	X			X
5. Monev	X	X	X	X	X
<i>Output</i>					
1. Jumlah yg diterima	X	X	X	X	X
2. Jumlah konsumsi	X	X	X	X	X
3. Compliance	X	X	X	X	X
4. Komposisi zat gizi	X				X

II.8. Pengorganisasian Lapangan

Pengorganisasian lapangan dikoordinir di tingkat pusat dan dibentuk tim pengarah, tim Pembina Ilmiah (PPI) Badan Litbangkes, tim pakar, tim teknis, tim manajemen data dan tim pengumpul data.

II.9. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data dilakukan secara deskriptif dan analisis konten. Sebelum dilakukan analisis data terlebih dahulu dilakukan *editing*, *entry* dan *cleaning data* serta pembuatan transkrip hasil wawancara kualitatif dan matriks.

II.10. Pengendalian Kualitas Data

Pengendalian kualitas data ditujukan untuk menghasilkan data yang valid dengan cara :

1. Membuat pedoman wawancara
2. Melakukan uji coba kuesioner
3. Penyamaan persepsi peneliti dalam melakukan wawancara
4. Supervisi

II.11. Persetujuan Etik

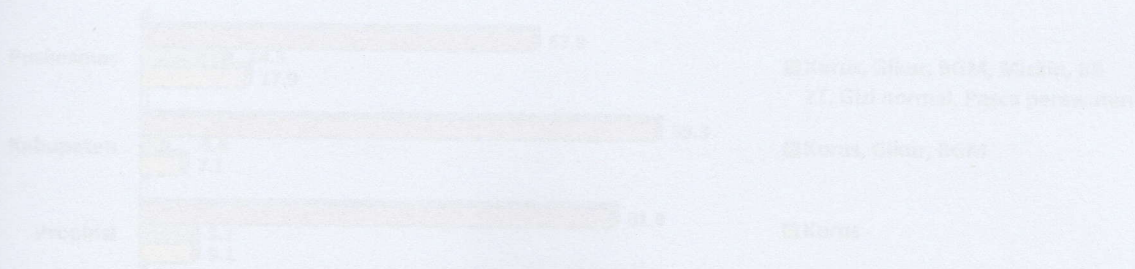
Etik penelitian sudah dimintakan dari Komisi Etik Penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI. Nomor: LB.02.01/2/ KE.112/2017. Dikeluarkan di Jakarta pada tanggal 31 Maret 2017.

II.11.1. Indikator Input

Tujuan khusus pertama adalah untuk memperoleh gambaran indikator input program PMT yaitu mengenai kebijakan dan perencanaan program pemberian makanan tambahan (PMT) tentang penyalpan sasaran, buku pedoman, pengadaan, distribusi, penyempitan, anggaran, SGM, komposisi zat gizi PMT, monitoring dan evaluasi.

II.11.1.1. Kebijakan Penyalpan Sasaran

Kebijakan yang diadopsi oleh pemerintah daerah dalam menentukan sasaran penerima PMT sangat bervariasi. Penyalpan kebijakan penyalpan sasaran balita di tingkat provinsi, kabupaten/kota dan Puskesmas disajikan pada Gambar 1.1.



Gambar 1.1. Kebijakan penyalpan sasaran penerima PMT balita di provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas