

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Status gizi anak usia bawah lima tahun (balita) merupakan indikator kesehatan yang penting, karena anak usia balita merupakan kelompok yang rentan terhadap kesehatan gizi. 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 tepat dan kualitas baik. Gizi kurang pada anak balita yang tidak segera diatasi akan berkembang menjadi gizi buruk (1).

Masalah gizi merupakan salah satu masalah utama kesehatan masyarakat di dunia, khususnya pada balita karena berkaitan erat dengan indikator kesehatan umumnya seperti meningkatnya angka kesakitan serta angka kematian balita. Gizi kurang juga berdampak terhadap pertumbuhan, perkembangan intelektual dan produktivitas. Balita yang kekurangan gizi pada usia balita akan tumbuh pendek dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak yang berpengaruh pada rendahnya tingkat kecerdasan (2).

Data *World Health Organization* (WHO) mengemukakan bahwa kematian anak di bawah usia 5 tahun mencapai 6,6 juta jiwa tahun 2012 atau hampir 18.000 orang setiap hari. Risiko seorang anak untuk meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun untuk kawasan Eropa sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup dan di Afrika sekitar 8 kali lebih tinggi dari kawasan Eropa (95 per 1000 kelahiran hidup).

Sedangkan kawasan Asia, khususnya Asia Selatan mencapai 50 per 1000 kelahiran hidup (3).

Angka kematian balita di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan negara-negara anggota *Association of South East Asia Nations* (ASEAN) lainnya. Berdasarkan Profil Data Kesehatan Indonesia tahun 2012 bahwa Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia 40 per 1.000 kelahiran hidup, masih lebih tinggi dibandingkan Malaysia yaitu 6,5 per 1.000 kelahiran hidup, Filipina sebesar 25,4 per 1.000 kelahiran hidup dan Thailand 12,3 per 1.000 kelahiran hidup (4).

Masih tingginya angka kematian anak membuat masa balita merupakan masa yang tergolong rawan dalam pertumbuhan dan perkembangan karena pada masa ini anak mudah sakit dan mudah mengalami kekurangan gizi. Anak balita lebih rentan menderita penyakit infeksi karena sudah mulai bergerak aktif untuk bermain, sehingga sangat mudah terkontaminasi oleh kotoran. Pada masa ini pula perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan dan pertumbuhan tubuh pada tahun berikutnya (5).

Gizi merupakan salah satu faktor penentu kualitas sumber daya manusia yang berkualitas, sehat, cerdas, dan produktif. Program perbaikan gizi bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi konsumsi pangan, agar terjadi perbaikan status gizi masyarakat. Gizi kurang adalah status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan, tinggi badan pada balita. Gizi kurang pada balita dapat dilihat sebagai suatu proses kurang makan yang terjadi pada balita. Status gizi ini menjadi

penting karena status gizi yang baik bagi seseorang akan berkontribusi terhadap kesehatannya. Status gizi dapat diketahui melalui penilaian konsumsinya (6).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) permasalahan gizi pada anak balita menjadi salah satu prioritas dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian. Status gizi balita dapat dilihat dari indikator *stunting*, *wasting*, *overweight and underweight*. Pada tahun 2016, secara global ditemukan 155 juta anak di bawah 5 tahun (balita) mengalami *stunting*, 52 juta *wasting* dan 41 juta obesitas dengan 23% dari semua anak di bawah 5 tahun mengalami *stunting* (7).

Gizi buruk menyebabkan lebih dari 80% kematian pada anak di Indonesia. Berdasarkan data *Riskesdas* (2013), prevalensi balita dengan masalah gizi berdasarkan indikator BB/U adalah berjumlah 19,6% yang terdiri dari 5,7% balita dengan gizi buruk dan 13,9% balita dengan gizi kurang. Ini menunjukkan terdapatnya peningkatan angka kejadian kurang gizi pada tahun 2013, bila dibandingkan dengan data tahun 2007 yaitu sebesar 18,4% dan 17,9% pada tahun 2010. Perubahan terutama terlihat pada angka kejadian gizi buruk yaitu 5,4% pada tahun 2007, 4,9% pada tahun 2010 dan meningkat menjadi 5,7% pada tahun 2013 (8).

Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) di Indonesia tahun 2016 ditemukan sebanyak 3,4% balita mempunyai status gizi buruk dan 14,4% balita mempunyai status gizi kurang, sebanyak 8,5% balita mempunyai status gizi sangat pendek dan 19,0% balita mempunyai status gizi pendek, sebanyak 3,1% balita mempunyai status gizi sangat kurus dan 8,0% balita mempunyai status gizi

kurus. Data Provinsi Aceh ditemukan sebanyak 16,7% balita mengalami gizi kurang, 26,4% balita mengalami kejadian pendek dan 13,3% balita mengalami masalah gizi kurus pada tahun 2016 dan di Kota Langsa ditemukan 16,7% balita mengalami gizi kurang, 22,2% balita mengalami kejadian pendek dan 10,8% balita mengalami masalah gizi kurus, sedangkan pada tahun 2017 berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Langsa ditemukan sebanyak 109 balita mengalami gizi kurus dan 4 balita mengalami gizi buruk (9).

UPTD Puskesmas Langsa Lama memiliki 15 desa sebagai wilayah kerjanya merupakan salah satu daerah mempunyai masalah gizi pada balita. Berdasarkan data dari Puskesmas Langsa Lama Tahun 2016 terdapat 510 balita mengalami gizi kurang terdiri dari laki-laki 248 orang dan perempuan 262 orang. Mengalami peningkatan tahun 2017 menjadi 528 orang terdiri dari laki-laki 253 orang dan perempuan 275 orang. Melihat kasus gizi kurang yang cukup tinggi diderita balita perlu segera ditangani agar balita tidak mengalami gizi buruk yang dapat memperparah pertumbuhan dan perkembangannya (10).

Balita mempunyai gizi kurang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, persediaan pangan, sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, dan adanya daerah miskin Iodium serta penyakit infeksi. Berbagai faktor sosial ekonomi ikut memengaruhi pertumbuhan anak. Faktor sosial ekonomi tersebut antara lain: pendidikan, pekerjaan, budaya, pendapatan keluarga, besarnya jumlah anggota keluarga (11).

Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin adalah paling rawan terhadap kurang gizi di antara seluruh anggota keluarga lainnya dan anak yang

kecil biasanya paling terpengaruh oleh kurang pangan. Sebab dengan bertambahnya jumlah anggota keluarga maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua yang tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda perlu zat gizi yang relatif lebih banyak dari pada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian anak-anak yang lebih muda mungkin tidak diberi cukup makanan yang memenuhi kebutuhan gizi. Keadaan ini akan lebih buruk jika ibu balita memiliki perilaku pola asuh yang kurang baik dalam hal pemberian makan pada anak balita (12).

Menurut *United Nations Children's Fund* (UNICEF) (1998), gizi kurang disebabkan oleh berbagai faktor baik langsung (makanan tidak seimbang dan penyakit infeksi) maupun tidak langsung meliputi pola asuh (pola asuh makan dan pola asuh kesehatan). Pola asuh makan dapat berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam memberikan makan. Pola asuh kesehatan dan pola asuh diri sebagai sikap dan tindakan ibu terhadap kondisi lingkungan anak, meliputi: kebersihan dan sanitasi lingkungan, perawatan balita dalam keadaan sehat maupun sakit. (13)Green (1985) menambahkan bahwa faktor yang memengaruhi perilaku sehat masyarakat adalah *predisposing factors* terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan tradisi, *enabling factors* yaitu lingkungan fisik, dana dan sumber-sumber yang ada di masyarakat dan *reinforcing factors* yaitu peraturan dan kebijakan pemerintah, petugas kesehatan, maupun dari pihak keluarga (14).

Upaya pemerintah dalam mengatasi masalah gizi kurang dengan menyelenggarakan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) kepada balita. Tujuan PMT diselenggarakan untuk mengatasi kekurangan gizi yang terjadi pada kelompok usia balita gizi kurang. PMT merupakan program intervensi terhadap balita yang menderita kurang gizi dimana tujuannya ialah untuk meningkatkan status gizi anak serta untuk mencukupi kebutuhan zat gizi anak sehingga tercapainya status gizi dan kondisi gizi yang baik sesuai dengan usia anak tersebut (15).

Program peningkatan status gizi balita di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama yang telah dilakukan diantaranya adalah pemberian makanan tambahan (PMT) dan pemantauan status gizi dengan melakukan penimbangan pada balita melalui kegiatan posyandu. Hasil survei pendahuluan pada bulan Januari 2018 berdasarkan program PMT telah diselenggarakan kepada 27 balita gizi kurang (usia 6-11 bulan 2 orang dan 12-59 bulan 25 orang) pada bulan September dan berakhir bulan November 2017 dan hasil evaluasi bulan Desember diketahui bahwa 18 balita (66,7%) tidak mengalami peningkatan status gizi dan 9 balita (33,3%) mengalami peningkatan status gizi normal. Keadaan ini disebabkan program PMT yang dilaksanakan masih belum terlaksana dengan efektif, terlihat dari masih tingginya masalah gizi kurang pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Langsa Lama (10).

Pendistribusian biskuit ke balita sasaran cenderung tidak sesuai dengan kebutuhan selama 3 bulan. Jumlah biskuit yang diterima dari Dinas Kesehatan Kota Langsa sebanyak 1965 bungkus kepada 27 balita gizi kurang, sedangkan yang dibutuhkan 2.370 bungkus dan jumlah kekurangan sebanyak 405 bungkus

sehingga balita sasaran tidak menerima biskuit sesuai ketentuan yang telah ditetapkan.

Pelaksanaan pemantauan status gizi dengan melakukan penimbangan pada balita melalui kegiatan posyandu sudah terlaksana dengan baik. Hal ini dibuktikan dengan pencapaian kunjungan posyandu yaitu dari 2725 balita di wilayah kerja Puskesmas Langsa lama yang datang dan ditimbang sebanyak 2458 balita (90%) setiap bulannya dan apabila terdapat ibu yang tidak hadir ke posyandu maka petugas kesehatan melakukan program kejar timbang dengan mengunjungi langsung rumah, sehingga setiap balita dapat terpantau pertumbuhannya secara berkala (10). Melihat kondisi ini, maka peneliti ingin mengangkat tema tentang program PMT kepada balita dengan jenis penelitian deskriptif kualitatif untuk mengetahui informasi lebih jauh tentang efektivitas PMT. Peneliti melakukan wawancara kepada petugas pengelola gizi dan masyarakat tentang faktor penyebab pelaksanaan program PMT belum efektif. Untuk mencari informasi tentang pemberian PMT kepada balita gizi kurang, maka peneliti juga memberikan kuesioner kepada ibu dari balita gizi kurang.

Program PMT ditujukan kepada balita yang mengalami masalah status gizi dengan memberikan biskuit tinggi protein dari Dinas Kesehatan Langsa. Pelaksanaan program PMT pada balita ini belum terlaksana dengan efektif, dimana terdapat keterlambatan penerimaan PMT yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Langsa, kepada puskesmas, misalnya pengajuan PMT untuk tahun 2016 baru diberikan di tahun berikutnya sehingga masalah status gizi tidak dapat diselesaikan dengan optimal dan berkesinambungan serta terjadi peningkatan kasus di tahun berikutnya. Setelah biskuit diterima, kemudian disimpan di lantai

pada ruang rawat inap. Pendistribusian biskuit diberikan setiap bulan dan ada yang diberikan satu kali pemberian karena lokasi sasaran sangat jauh.

Petugas gizi memberikan penyuluhan kepada keluarga sasaran di rumah saat berkunjung memberikan biskuit dan ada juga sewaktu ibu membawa balita gizi kurang ke posyandu untuk ditimbang. Petugas kesehatan menyampaikan informasi tentang menu makanan mengandung gizi baik terdiri dari nasi, lauk, sayuran, buah dan susu. Petugas juga menganjurkan agar ibu menambah makanan seperti bubur kacang hijau, makanan puding lainnya dan membelikan makanan yang disukai balita untuk mempercepat proses kenaikan berat badannya. Petugas gizi memantau berat badan balita dengan melihat langsung Kartu Menuju Sehat (KMS) balita sasaran setelah ditimbang di posyandu. Petugas gizi melakukan pemantauan pemberian biskuit kepada balita kurang efektif karena biskuit diberikan yang seharusnya kepada balita tetapi diberikan kepada anak lainnya. Informasi lain yang diperoleh adalah tidak semua balita yang mengalami masalah gizi mendapatkan PMT sesuai kebutuhan disebabkan masih banyak balita mengalami gizi kurang yang tidak terdata oleh tenaga kesehatan dan dana program gizi yang tidak mencukupi.

Untuk memperkuat dugaan tentang efektivitas PMT kepada balita gizi kurang, maka peneliti mewawancarai 3 orang ibu. Berdasarkan hasil wawancara diperoleh informasi bahwa petugas gizi memberikan PMT kepada ibu dari balita gizi kurang ada yang diberikan 3 kali untuk kebutuhan 3 bulan dan ada yang diberikan 1 kali untuk kebutuhan selama 3 bulan. Ibu mendapatkan biskuit tidak sesuai dengan kebutuhan bayi selama 3 bulan. Biskuit yang diberikan tenaga

kesehatan disimpan dalam kotak atau lemari serta diberikan kepada anak lainnya disebabkan kurangnya pengetahuan itu tentang manfaat PMT bagi balita gizi kurang. Pemberian menu makanan yang dikelola ibu belum sesuai dengan gizi yang dianjurkan disebabkan pendapatan keluarga rendah.

Berdasarkan berbagai faktor penyebab pelaksanaan PMT belum efektif dan ibu kurang mengelola menu makanan gizi baik menyebabkan peningkatan status gizi tidak sesuai yang diharapkan di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama, maka sangat perlu diadakan penelitian faktor penyebab pelaksanaan PMT kurang berhasil dan berdaya guna. Pengkajian PMT tidak hanya terlihat dalam bentuk hasil evaluasi tetapi juga dapat tinjau dari segi waktu, ketersediaan dana, tenaga dan sebagainya untuk menghimpun data yang akan disampaikan kepada penyelenggara, pengelola dan pelaksana program serta pihak-pihak lainnya yang terkait sebagai masukan dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan penghentian, perluasan, perbaikan dan peningkatan status gizi balita di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama. Sehubungan dengan itu, pihak-pihak yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan tentang peningkatan status gizi balita ini menyetujui bahwa program peningkatan status gizi balita harus dilakukan secara efektif dan sungguh-sungguh sehingga balita tidak mengalami gizi kurang. Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik mengetahui faktor yang memengaruhi efektivitas Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita gizi kurang di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka yang menjadi perumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana pengiriman/penerimaan makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.
2. Bagaimana penyimpanan makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.
3. Bagaimana pendistribusian makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.
4. Bagaimana pemberian makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.

1.3 Tujuan Penelitian

Sejalan dengan perumusan masalah yang ada, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui pengiriman/penerimaan makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.
2. Untuk mengetahui penyimpanan makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.
3. Untuk mengetahui pendistribusian makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.
4. Untuk mengetahui pemberian makanan tambahan pada balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat baik secara teoritis dan praktis.

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya dan sebagai masukan bagi dinas kesehatan khususnya puskesmas dalam peningkatan status gizi balita.

2. Secara Praktis

Manfaat praktis yang ingin dicapai dalam penelitian ini bagi beberapa pihak antara lain:

a. Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan sebagai dasar pertimbangan dalam usaha perbaikan pelaksanaan PMT pada umumnya dan diharapkan dapat memberikan masukan untuk meningkatkan status gizi balita dan diharapkan jumlah balita dengan gizi kurang dapat diminimalisasi.

b. Bagi Akademisi

Penelitian ini merupakan proses pembelajaran untuk dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama ini dan diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan mengenai evaluasi program PMT dalam peningkatan status gizi balita, sehingga hasil penelitian ini dapat menerangkan dan mempunyai pengetahuan teoritis dalam kasus nyata di lapangan.

c. Bagi Pemerintah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi dan masukan bagi pemerintah tentang pelaksanaan PMT dan pengaruh program terhadap masyarakat serta untuk melihat prestasi pencapaian tujuan program untuk perbaikan di masa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu

Penelitian Khoeroh (2017) berjudul, “Evaluasi Penatalaksanaan Gizi Balita Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Sirampog”. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan pada tahap input yaitu tenaga kesehatan yang terlibat masih memerlukan tambahan, belum ada tenaga gizi. Pada unsur proses, sebagian program terlaksana dengan baik meliputi program sehat bagi wanita hamil, pemberian ASI Eksklusif, pemantauan tumbuh kembang, pemberian makanan tambahan, pemberian vitamin A kecuali program pemberian taburia. Pada unsur output, cakupan prevalensi stunting di Puskesmas Sirampog Kabupaten Brebes sebesar 16,74% (16).

Penelitian Indriati (2015) berjudul “Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Balita Kurang Gizi di Kabupaten Wonogiri Ditinjau dari Aspek Input dan Proses”. Jenis penelitian observasional analitik dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Pelaksanaan PMT-P di puskesmas yang mengalami penurunan kasus kurang gizi lebih banyak yang optimal (83,3%) dibandingkan puskesmas yang mengalami peningkatan kasus (56,7%). Perbedaan mencolok pada pelaksanaan meliputi sosialisasi ke masyarakat, registrasi sasaran, pemantauan daya terima makanan tambahan, penggunaan kartu pemantauan serta pendampingan bidan terhadap kader lebih banyak dilakukan oleh puskesmas yang mengalami penurunan kasus balita kurang gizi. Pemberian paket PMT-P di

puskesmas yang mengalami peningkatan kasus dilakukan pada semua balita dengan rata-rata pemberian selama satu bulan. Selain itu puskesmas kurang melibatkan perangkat desa dan kecamatan dalam PMT-P. Penentuan sasaran dengan tepat dan peningkatan peran serta masyarakat dapat menurunkan kasus kurang gizi (6).

Penelitian Wahyuningsih (2017) berjudul “Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita Gizi Kurang di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati”. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini adalah program PMT pada balita di puskesmas Jakenan dalam proses perencanaannya berjalan baik, karena setiap tahunnya program PMT selalu terlaksanakan di Puskesmas Jakenan walaupun kasus gizi buruk tidak menjadi prioritas. Dalam pelaksanaan program PMT di puskesmas jakenan berjalan sangat baik, petugas puskesmas memberikan pelayanan maksimal dan inovatif dalam pemberian makanan tambahan. Sedangkan dalam proses pemantauan juga berjalan sangat baik, karena pihak puskesmas sangat memperhatikan perkembangan balita gizi kurang. Dalam proses evaluasi program PMT pada balita masih adanya kendala dari dana, peran ibu balita dan peran lintas sektor dalam proses peningkatan status gizi (1).

Penelitian Ismail (2016) berjudul “Analisis Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong Provinsi Papua Barat”. Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan cross sectional. Hasil Penelitian menunjukkan implementasi program belum berjalan sesuai standar pelaksanaan dari Depkes, dikarenakan komunikasi

yang dilakukan Dinas Kesehatan kota Sorong melalui sosialisasi program belum optimal. Ketersediaan sumber daya yang meliputi sumber daya tenaga pelaksana belum memadai karena hanya petugas dengan latar belakang pendidikan gizi yang menjalankan program sedangkan tenaga lain tidak terlibat. Belum ada tim asuhan gizi di semua puskesmas, selain itu sebagian besar tenaga belum mendapatkan pelatihan. Pengelolaan dana program tidak sesuai dengan unit cost. Sarana dan prasarana tidak memadai dan masih ada puskesmas yang tidak layak. Petugas pelaksana sangat mendukung program namun kurangnya transparansi dan sosialisasi mengakibatkan kurangnya komitmen. Tidak ada kewenangan maupun SOP yang diberikan dari Dinas Kesehatan Kota Sorong kepada Puskesmas. Selain itu tidak ada supervisi terhadap pelaksana program gizi (17).

Penelitian Purnama (2015) berjudul “Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan”. Pendekatan penelitian adalah deskriptif kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan pada aspek input terutama sumber-sumber program tenaga dana dan sarana prasarana masih belum memadai. Proses pelaksanaan program Pada tahap perencanaan tidak didukung dengan analisis permasalahan dan kurang melibatkan lintas program. Tahap pengorganisasian belum ada desain organisasi tidak ada standar operasional prosedur program pembagian tugas tidak jelas dan kurangnya peningkatan *capacity building*. Selanjutnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi program kurang memadai lingkungan fisik program terutama pada kondisi geografi wilayah dan lingkungan non fisik berupa ekonomi budaya dan tingkat pengetahuan masyarakat yang masih kurang turut menentukan keberhasilan

program yang dalam kenyataannya output: cakupan balita usia 6-24 bulan gakin yang mendapatkan makanan pendamping (MP) Air Susu Ibu (ASI), cakupan bayi/balita mendapatkan kapsul vit.A, cakupan balita yang ditimbang berat badannya (D/S) dan cakupan bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif pada tahun 2014 belum mencapai target. Sehingga hasil (*outcome*) program berupa jumlah kasus balita gizi kurang masih tinggi (18).

Penelitian Pambudi (2015) berjudul “Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT P) Untuk Balita Gizi Buruk di Kabupaten Gunungkidul”. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan metode kualitatif dan rancangan studi kasus. Hasil: Kurangnya pemanfaatan sumber dana lain, baik yang dari pemerintah, swasta maupun masyarakat dan PMT Pemulihan yang diberikan belum memenuhi syarat nilai gizinya. Sumber Daya Manusia untuk petugas gizi profesional di Puskesmas belum mencukupi dan masih adanya rangkap jabatan yang mengakibatkan program PMT Pemulihan tidak berjalan dengan baik. Pencatatan dan pelaporan belum berjalan dengan baik dan Pelaporan masih sering terjadi keterlambatan. Pemantauan dan pendampingan program PMT Pemulihan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan, Puskesmas dan kader kesehatan belum berjalan dengan baik dan tidak melakukan kunjungan rumah. Status gizi balita setelah mendapatkan PMT Pemulihan yang mengalami kenaikan status gizi menjadi lebih baik sebesar 36,2%, status gizinya tetap sebesar 58% dan status gizinya turun sebesar 5,8% (19).

Penelitian Oktavianis (2016) berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita di Puskesmas Lubuk Kilangan”. Jenis dan metode

penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah Analitik dengan rancangan *cross sectional*, hasil penelitian didapatkan ada hubungan bermakna antara status gizi balita dengan pengetahuan ibu (*p value* 0,000), ada hubungan bermakna antara status gizi balita dengan pendapatan keluarga (*p value* 0,000), dan ada hubungan bermakna antara status gizi balita dengan pemberian ASI Eksklusif (*p value* 0,034) (20).

Penelitian Nurapriyanti (2015) berjudul “Faktor–faktor yang Memengaruhi Status Gizi Balita di Posyandu Kunir Putih 13 Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo I Kota Yogyakarta”. Metode penelitian menggunakan survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil analisis ada pengaruh pola asuh, infeksi penyakit, asupan makanan, ketahanan pangan, kesehatan lingkungan, ASI Eksklusif, pendidikan, tingkat pengetahuan, pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita $p < 0,05$ dan asupan makan merupakan faktor yang paling dominan memengaruhi status gizi balita dengan $p = 0,028$ (21).

Penelitian Munawaroh (2015) berjudul “Pola Asuh Memengaruhi Status Gizi Balita”. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelatif. Hasil penelitian didapatkan bahwa ibu yang memberikan pola asuh baik baik dan status gizi kurus ada sebanyak 29 (90,6%), sedangkan ibu yang mempunyai pola asuh kurang baik, ada 11 (47,9%) balita kurus. Berdasarkan *chi-square test* diperoleh nilai *pvalue* 0,012. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan pola asuh dengan status gizi balita (22).

Penelitian Sutangi dan Umar (2016) berjudul “Hubungan Pengetahuan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita di Desa Dadap Kecamatan Juntinyuat

Indramayu". Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional study*. Hasil penelitian ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan pola asuh ibu tentang gizi dengan status balita gizi buruk yang dibuktikan dengan nilai χ^2 hitung = 18,848 dengan $df = 4$ (χ^2 tabel = 7,779) sehingga χ^2 hitung > χ^2 tabel dan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,10$). Hal ini berarti semakin baik pengetahuan pola asuh ibu maka status gizi balita semakin baik (23).

Penelitian Sa'adah (2015) berjudul "Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Balita Usia 1-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Sekaran Kota Semarang". Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* termasuk jenis penelitian analitik korelasional. Hasil penelitian ini secara statistik diperoleh p-value sebesar 0,005. Maka, dapat disimpulkan ada hubungan antara pola asuh gizi dengan status gizi balita umur 1-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Sekaran Semarang (24).

2.2 Telaah Teori

2.2.1 Efektivitas Kerja

Menurut Hasibuan, bahwa efektivitas merupakan suatu keadaan keberhasilan kerja yang sempurna sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Supaya dapat menjamin suatu keberhasilan usaha dalam meningkatkan efektivitas kerja karyawan dalam suatu organisasi perlunya pengaruh dari struktur organisasi sehingga dapat menimbulkan kuantitas kerja, kualitas kerja, dan pemanfaatan waktu dan peningkatan sumberdaya manusia (25).

Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan di dalam setiap organisasi, kegiatan ataupun program.

Dikatakan efektif apabila tujuan ataupun sasaran tercapai sesuai dengan yang telah ditentukan. Efektivitas merupakan hubungan antara *output* dengan tujuan, semakin besar kontribusi (sumbangan) *output* terhadap pencapaian tujuan, maka semakin efektif organisasi, program atau kegiatan (26).

Efektivitas juga sering digunakan untuk mengukur keberhasilan yang dicapai oleh organisasi atau perusahaan terkait dengan program-program yang direncanakan. Pengelolaan sebuah organisasi atau perusahaan dikatakan berhasil apabila sasaran atau tujuan yang ditetapkan mampu dilaksanakan dan memberikan kegunaan bagi perusahaan tersebut. Ukuran dari efektivitas dapat dinilai dengan cara membandingkan pencapaian tujuan dari suatu aktivitas yang dilakukan dan bukan mengenai biaya yang dikeluarkan untuk melaksanakan aktivitas tersebut (27).

Efektivitas diartikan berkaitan dengan tepat tidaknya pemilihan sesuatu sehingga mampu mencapai sasaran yang diinginkan. Istilah efektivitas sering digunakan dalam lingkungan organisasi atau perusahaan yakni untuk menggambarkan tepat tidaknya sasaran yang dipilih perusahaan tersebut. Efektivitas tersebut dapat dilihat dari manfaat atau keuntungan dari sesuatu yang dipilih untuk kepentingan organisasi atau perusahaan (28).

2.2.2 Ukuran Efektivitas

Pengukuran efektivitas dapat dilakukan dengan melihat hasil kerja yang dicapai oleh suatu organisasi. Efektivitas dapat diukur melalui berhasil tidaknya suatu organisasi mencapai tujuan-tujuannya. Apabila suatu organisasi berhasil mencapai tujuan, maka organisasi tersebut dapat dikatakan telah berjalan dengan

efektif. Hal terpenting adalah efektivitas tidak menyatakan tentang berapa besar biaya yang dikeluarkan untuk mencapai tujuan tersebut. Efektivitas hanya melihat apakah proses program atau kegiatan tersebut telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan (29).

Efektivitas merupakan suatu keadaan keberhasilan kerja yang sempurna sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Supaya dapat menjamin suatu keberhasilan usaha dalam meningkatkan efektivitas kerja karyawan dalam suatu organisasi perlunya pengaruh dari struktur organisasi sehingga dapat menimbulkan kuantitas kerja, kualitas kerja, dan pemanfaatan waktu dan peningkatan sumberdaya manusia (25).

Adapun kriteria atau ukuran mengenai pencapaian tujuan efektif atau tidak, seperti yang telah dikemukakan oleh Siagian, yaitu:

- a. Kejelasan tujuan yang hendak dicapai, hal ini dimaksudkan supaya karyawan dalam pelaksanaan tugas mencapai sasaran yang terarah dan tujuan organisasi dapat tercapai
- b. Kejelasan strategi pencapaian tujuan, telah diketahui bahwa strategi adalah “pada jalan” yang diikuti dalam melakukan berbagai upaya dalam mencapai sasaran-sasaran yang ditentukan agar para implementer tidak tersesat dalam pencapaian tujuan organisasi
- c. Proses analisis dan perumusan kebijakan yang mantap, berkaitan dengan tujuan yang hendak dicapai dan strategi yang telah ditetapkan artinya kebijakan harus mampu menjembatani tujuan-tujuan dengan usaha-usaha pelaksanaan kegiatan operasional

- d. Perencanaan yang matang, pada hakekatnya berarti memutuskan sekarang apa yang dikerjakan oleh organisasi dimasa depan
- e. Penyusunan program yang tepat. Suatu rencana yang baik masih perlu dijabarkan dalam program-program pelaksanaan yang tepat sebab apabila tidak, para pelaksana akan kurang memiliki pedoman bertindak dan bekerja
- f. Tersedianya sarana dan prasarana kerja. Salah satu indikator efektivitas organisasi adalah kemampuan bekerja secara produktif. Dengan sarana dan prasarana yang tersedia dan mungkin disediakan oleh organisasi
- g. Pelaksanaan yang efektif dan efisien. Bagaimanapun baiknya suatu program apabila tidak dilaksanakan secara efektif dan efisien maka organisasi tersebut tidak akan mencapai sasarannya, karena dengan pelaksanaan organisasi semakin didekatkan pada tujuannya
- h. Sistem pengawasan dan pengendalian yang bersifat mendidik, mengingat sifat manusia yang tidak sempurna, maka efektivitas organisasi menuntut terdapatnya sistem pengawasan dan pengendalian (30).

Selain itu, ada pula tiga pendekatan yang juga dapat digunakan sebagai kriteria untuk mengukur efektivitas suatu organisasi seperti yang dikemukakan oleh Martani dan Lubis yaitu:

- a. Pendekatan Sumber (*resource approach*) yakni mengukur efektivitas dari input. Pendekatan mengutamakan adanya keberhasilan organisasi untuk memperoleh sumber daya, baik fisik maupun nonfisik yang sesuai dengan kebutuhan organisasi.

- b. Pendekatan Proses (*process approach*) adalah untuk melihat sejauh mana efektivitas pelaksanaan program dari semua kegiatan proses internal atau mekanisme organisasi.
- c. Pendekatan Sasaran (*goals approach*) dimana pusat perhatian pada *output*, mengukur keberhasilan organisasi untuk mencapai hasil (*output*) yang sesuai dengan rencana (31).

Sedangkan ukuran efektivitas menurut Steers adalah sebagai berikut:

1. Pencapaian Tujuan

Pencapaian adalah keseluruhan upaya pencapaian tujuan harus dipandang sebagai suatu proses. Oleh karena itu, agar pencapaian tujuan akhir semakin terjamin, diperlukan pentahapan, baik dalam arti pentahapan pencapaian bagian-bagiannya, maupun pentahapan dalam arti periodisasinya. Pencapaian tujuan terdiri dari beberapa faktor, yaitu: Kurun waktu dan sasaran yang merupakan target kongkrit.

2. Integrasi

Integrasi yaitu pengukuran terhadap tingkat kemampuan suatu organisasi untuk mengadakan sosialisasi, pengembangan konsensus dan komunikasi dengan berbagai macam organisasi lainnya. Integrasi menyangkut proses sosialisasi.

3. Adaptasi

Adaptasi adalah kemampuan organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Untuk itu digunakan tolak ukur proses pengadaan dan pengisian tenaga kerja (32).

2.2.3 Faktor Memengaruhi Efektivitas Kerja

Kemudian, ada empat faktor yang memengaruhi efektivitas, yang dikemukakan Umam sebagai berikut:

1) Karakteristik Organisasi

Karakteristik organisasi terdiri dari struktur dan teknologi organisasi yang dapat mempengaruhi segi-segi tertentu dari efektivitas dengan berbagai cara. Yang dimaksud struktur adalah hubungan yang relatif tepat sifatnya, seperti dijumpai dalam organisasi, sehubungan dengan susunan sumber daya manusia, struktur meliputi bagaimana cara organisasi menyusun orang-orangnya dalam menyelesaikan pekerjaan, sedangkan yang dimaksud teknologi adalah mekanisme suatu organisasi untuk mengubah masukan mentah menjadi keluaran (*output*).

2) Karakteristik Lingkungan

Aspek lingkungan luar dan lingkungan dalam juga telah dinyatakan mempunyai pengaruh terhadap efektivitas kerja. Kedua aspek tersebut sedikit berbeda, namun saling berhubungan. Lingkungan luar yaitu semua kekuatan yang timbul di luar batas-batas organisasi dan mempengaruhi keputusan serta tindakan di dalam organisasi. Pengaruh faktor semacam ini terhadap dinamika organisasi pada umumnya dianggap meliputi derajat kestabilan yang relatif dari lingkungan, derajat kompleksitas lingkungan dan derajat ketidak pastian lingkungan. Sedangkan lingkungan dalam yang pada umumnya disebut iklim organisasi,

meliputi macam-macam atribut lingkungan kerja yang mempunyai hubungan dengan segi-segi tertentu dari efektivitas, khususnya atribut-atribut yang diukur pada tingkat individual. Keberhasilan hubungan organisasi dengan lingkungan tampaknya amat tergantung pada tingkat variabel kunci yaitu tingkat keterdugaan keadaan lingkungan, ketepatan persepsi atas keadaan lingkungan dan tingkat rasionalisme organisasi. Ketiga faktor ini mempengaruhi ketepatan tanggapan organisasi terhadap perubahan lingkungan.

3) Karakteristik Pekerja

Pada kenyataannya para anggota organisasi merupakan faktor pengaruh yang paling penting karena perilaku merekalah yang dalam jangka panjang akan memperlancar atau merintanginya tercapainya tujuan organisasi. Pekerja merupakan sumber daya yang langsung berhubungan dengan pengelolaan semua sumber daya yang ada di dalam organisasi, oleh sebab itu perilaku pekerja sangat berpengaruh terhadap pencapaian tujuan organisasi. Pekerja merupakan modal utama di dalam organisasi yang akan berpengaruh besar terhadap efektivitas, karena walaupun teknologi yang digunakan merupakan teknologi yang canggih dan didukung oleh adanya struktur yang baik, namun tanpa adanya pekerja maka semua itu tidak ada gunanya.

4) Kebijakan dan Praktek Manajemen

Secara umum, para pemimpin memainkan peranan sentral dalam keberhasilan suatu organisasi melalui perencanaan, koordinasi dan memperlancar kegiatan yang ditunjukkan ke arah sasaran. Kewajiban mereka para pemimpin untuk menjamin bahwa struktur organisasi konsisten dengan dan menguntungkan

untuk teknologi dan lingkungan yang ada. Sudah menjadi tanggung jawab dari para pemimpin untuk menetapkan suatu sistem imbalan yang pantas sehingga para pekerja dapat memuaskan kebutuhan dan tujuan pribadinya sambil mengejar tujuan dan sasaran organisasi. Peranan pemimpin ini mungkin merupakan fungsi yang paling penting. Dengan makin rumitnya proses teknologi dan makin rumit dan kejamnya keadaan lingkungan, peranan manajemen dalam mengkoordinasi orang dan proses demi keberhasilan organisasi tidak hanya bertambah sulit, tapi juga menjadi semakin penting artinya (33).

Efektivitas kinerja dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Danim efektivitas kinerja dipengaruhi oleh interaksi antar-sesama yang mencakup hal-hal berikut:

- a. Gaya kepemimpinan, dapat mempengaruhi efektivitas kinerja di antaranya: otoriter, demokratis, pseudo demokratis, situasional, paternalistis, orientasi pemusatan, dan lain-lain.
- b. Ketergantungan, dapat mempengaruhi efektivitas kinerja misalnya: ketergantungan penuh, ketergantungan sebagian, ketergantungan situasional, dan tidak ada ketergantungan.
- c. Hubungan persahabatan dapat mempengaruhi efektivitas kinerja misalnya: kaku, longgar, situasional, berpusat pada seseorang, dan berpusat secara kombinasi.
- d. Kultur dapat mempengaruhi efektivitas kinerja seperti: menghambat dan menunjang.

- e. Kemampuan dasar setiap orang untuk berinteraksi misalnya ada yang cepat dan ada yang lambat, situasional, dan tidak berinteraksi sama sekali.
- f. Sistem nilai dapat mempengaruhi efektivitas nilai misalnya: terbuka, tertutup, dan prasangka.

Efektivitas kinerja berkaitan erat dengan prestasi kerja seseorang. Efektivitas kinerja dan prestasi tidak hanya dinilai dari hasil secara fisik tetapi juga mencakup pelaksanaan kerja secara keseluruhan yang meliputi kemampuan kerja, hubungan kerja, disiplin kerja, prakarsa dan kepemimpinan. Kemampuan individu untuk melakukan pekerjaan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang ditetapkan merupakan salah satu indikator kinerja yang efektif dan prestasi yang tinggi. Perencanaan efektivitas kinerja dan prestasi didahului dengan perencanaan cara mencapainya dan menetapkan tujuan yang akan dicapai. Fungsi pengorganisasian menjelaskan tanggung jawab dan wewenang individu dalam organisasi sedangkan fungsi pengarahan menjelaskan panduan pencapaian hasil dalam bentuk interaksi yang lebih berorientasi pada psikologi individu dalam organisasi. Sementara fungsi pengendalian menjelaskan kemampuan individu untuk menjamin konsistensi hasil aktual dengan yang telah direncanakan (34).

2.2.4 Evaluasi Kebijakan

Evaluasi, riset evaluasi atau sains evaluasi merupakan ilmu antar cabang ilmu pengetahuan. Evaluasi merupakan alat dari berbagai cabang ilmu pengetahuan untuk menganalisis dan menilai fenomena ilmu pengetahuan dan aplikasi ilmu pengetahuan dalam penerapan ilmu pengetahuan dalam praktik profesi. Karena itu ilmu evaluasi berada di berbagai cabang ilmu pengetahuan.

Ilmu evaluasi merupakan alat ilmu-ilmu sosial: ilmu ekonomi, bisnis, manajemen, pendidikan, ilmu politik, sosiologi dan sebagainya. Evaluasi juga merupakan alat ilmu kedokteran dan ilmu kesehatan lainnya. Demikian juga evaluasi merupakan alat teknologi. Riset evaluasi mendukung evaluasi objek evaluasi berbagai cabang ilmu tersebut. Evaluasi hanya punya makna dalam kaitan dengan cabang-cabang ilmu lainnya (35).

Definisi yang dituliskan dalam kamus *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English* (AS Hornby, 1986) evaluasi adalah *to find out, decide the amount or value* yang artinya suatu upaya untuk menentukan nilai atau jumlah. Selain arti berdasarkan terjemahan, kata-kata yang terkandung di dalam definisi tersebut pun menunjukkan bahwa kegiatan evaluasi harus dilakukan secara hati-hati, bertanggung jawab, menggunakan strategi dan dapat dipertanggungjawabkan (36).

Evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak dalam hal ini, evaluasi kebijakan dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan, dengan demikian evaluasi kebijakan bisa diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi maupun dampak kebijakan. Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik meraih hasil yang diinginkan. Seringkali terjadi, kebijakan publik gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-

sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang telah dijalankan meraih dampak yang diinginkan (37).

2.2.5 Tujuan dan Fungsi Evaluasi Program

Evaluasi dilaksanakan untuk mencapai berbagai tujuan sesuai dengan objek evaluasinya. Tujuan melaksanakan evaluasi antara lain adalah:

1. Mengukur pengaruh program terhadap masyarakat. Program dirancang dan dilaksanakan sebagai layanan atau intervensi sosial (*social intervention*) untuk menyelesaikan masalah, problem, situasi, keadaan yang dihadapi masyarakat. Program juga diadakan untuk mengubah keadaan masyarakat yang dilayani.
2. Menilai apakah program telah dilaksanakan sesuai dengan rencana. Setiap program direncanakan dengan teliti dan pelaksanaannya harus sesuai dengan rencana tersebut.
3. Mengukur apakah pelaksanaan program sesuai dengan standar. Setiap program dirancang dan dilaksanakan berdasarkan standar tertentu.
4. Evaluasi program dapat mengidentifikasi dan menemukan mana dimensi program yang jalan, mana yang tidak berjalan. Suatu evaluasi proses atau manfaat memungkinkan manajer program menjawab berbagai pertanyaan mengenai program:
 - a. Apakah partisipan atau klien atau para pemangku kepentingan mendapat manfaat dari layanan program?
 - b. Apakah strategi rekrutmen penerima layanan program berjalan dengan baik, sesuai dengan rencana?

- c. Apakah stafprogram mempunyai pengetahuan, keterampilan dan pelatihan untuk menyajikan layanan atau intervensi program?
 - d. Apakah partisipan atau klien dan pemangku kepentingan lainnya puas dengan pelaksanaan dan hasil program?
 - e. Apakah terjadi sejumlahkelompok masyarakat mendapat keuntungan, misalnya masyarakat di kota-kota besar mendapat manfaat dari program, sedangkan sejumlah masyarakat lainnya misalnya masyarakat di pedalaman dan desa-tidak mendapat manfaat dari layanan program? Mengetahui mana yang jalan dan mana yang tidak jalan memberikan pengetahuan mengenai penyesuaian kegiatan dan sumber-sumber untuk dialihkan kepada masyarakat yang tidak beruntung.
5. Pengembangan stafprogram. Evaluasi dapat dipergunakan mengembangkan kemampuan staf garis depan yang langsung menyajikan layanan kepada klien dan para pemangku kepentingan lainnya. Evaluasi memberikan masukan kepada manajer program mengenai kinerja staf dalam melayani masyarakat. Jika terjadi staf kompetensinyarendah, perlu dilakukan pengembangan dengan segera.
 6. Memenuhi ketentuan undang-undang. Sering suatu program disusun untuk melaksanakan undang-undang tertentu. Suatu program dirancang dan dilaksanakan berdasarkan ketentuan undang-undang untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh masyarakat.
 7. Akreditasi program. Lembaga-lembaga yang melayani kebutuhan masyarakat seperti, sekolah, universitas, hotel, rumah sakit, pusat kesehatan dan

perusahaan biro perjalanan perlu dievaluasi untuk menentukan apakah telah menyajikan layanan kepada masyarakat sesuai dengan standar layanan yang ditentukan.

8. Mengukur *cost effectiveness* dan *cost-efficiency*. Untuk melaksanakan suatu program diperlukan anggaran yang setiap organisasi mempunyai keterbatasan jumlahnya.
9. Mengambil keputusan mengenai program. Jika evaluasi suatu program menunjukkan berhasil melakukan perubahan dalam masyarakat dengan mencapai tujuannya, maka mungkin program akan dilanjutkan atau dilaksanakan di daerah lain. Jika ternyata hasil program buruk dan kurang bermanfaat bagi masyarakat, maka program harus dihentikan. Jika program ternyata bermanfaat akan tetapi pelaksanaannya tidak *cost efficient*, maka harus dilakukan perubahan mengenai anggarannya.
10. *Accountabilitas*. Evaluasi dilakukan juga untuk pertanggungjawaban pimpinan dan pelaksana program.
11. Memberikan balikan kepada pimpinan dan staf program. Evaluasi merupakan loop balikan untuk layanan program sosial. Loop tersebut merupakan proses mengakses kebutuhan, mengukur pelaksanaan program untuk memenuhi kebutuhan tersebut, mengevaluasi prestasi pencapaian tujuan program, membandingkan pengaruh keluaran program dengan biaya serta perubahan yang diciptakan oleh layanan program terhadap anggota masyarakat (35).

Fungsi evaluasi adalah memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja suatu program yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai, dan

kesempatan yang telah dicapai melalui tindakan-tindakan yang direncanakan. Selain itu fungsi pengawasan dan pengendalian adalah fungsi yang erat kaitannya dengan fungsi perencanaan. Untuk menerapkan fungsi pengawasan dan pengendalian diperlukan standar meliputi *input*, *proses*, *output*, dan *outcome* yang dituangkan dalam bentuk-bentuk target atau prosedur kerja. Standar *input* digunakan untuk menilai keberhasilan persiapan dan pelaksanaan program. Fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan (38).

2.2.6 Evaluator Program

Ada dua kemungkinan asal (dari mana) orang untuk dapat menjadi evaluator program ditinjau dari program yang akan dievaluasi. Masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan. Menentukan asal evaluator harus mempertimbangkan keterkaitan orang yang bersangkutan dengan program yang akan dievaluasi. Berdasarkan pertimbangan tersebut evaluator dapat diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu: 1) evaluator dalam, dan 2) evaluator luar.

1. Evaluator Dalam (*Internal Evaluator*)

Evaluator dalam adalah petugas evaluasi program yang sekaligus merupakan salah seorang dari petugas atau anggota pelaksana program yang dievaluasi. Adapun kelebihan dan kekurangan dari evaluator dalam, yaitu: (36).

Kelebihan:

- a. Evaluator memahami betul program yang akan dievaluasi sehingga kekhawatiran untuk tidak atau kurang tepatnya sasaran tidak perlu ada. Dengan kata lain, evaluasi tepat pada sasaran.
- b. Karena evaluator adalah orang dalam, pengambil keputusan tidak perlu banyak mengeluarkan dana untuk membayar petugas evaluasi.

Kekurangan:

- a. Adanya unsur subjektivitas dari evaluator, sehingga berusaha menyampaikan aspek positif dari program yang dievaluasi dan menginginkan agar kebijakan tersebut dapat diimplementasikan dengan baik pula. Dengan kata lain, evaluator internal dapat dikhawatirkan akan bertindak subjektif.
- b. Karena sudah memahami seluk-beluk program, jika evaluator yang ditunjuk kurang sabar, kegiatan evaluasi akan dilaksanakan dengan tergesa-gesa sehingga kurang cermat.

2. Evaluator Luar (*External Evaluator*)

Evaluator luar adalah orang-orang yang tidak terkait dengan kebijakan dan implementasi program. Mereka berada di luar dan diminta oleh pengambil keputusan untuk mengevaluasi keberhasilan program atau keterlaksanaan kebijakan yang sudah diputuskan. Melihat bahwa status mereka berada di luar program dan dapat bertindak bebas sesuai dengan keinginan mereka sendiri

maka tim evaluator luar ini biasa dikenal dengan nama tim bebas atau independent team.

Kelebihan: (36).

- a. Dikarenakan tidak berkepentingan atas keberhasilan program maka evaluator luar dapat bertindak secara objektif selama melaksanakan evaluasi dan mengambil kesimpulan. Apa pun hasil evaluasi, tidak akan ada respons emosional dari evaluator karena tidak ada keinginan untuk memperlihatkan bahwa program tersebut berhasil. Kesimpulan yang dibuat akan lebih sesuai dengan keadaan dan kenyataan.
- b. Seorang ahli yang dibayar, biasanya akan mempertahankan kredibilitas kemampuannya. Dengan begitu, evaluator akan bekerja secara serius dan hati-hati.

Kekurangan:

- a. Evaluator luar adalah orang baru, yang sebelumnya tidak mengenal kebijakan tentang program yang akan dievaluasi. Mereka berusaha mengenal dan mempelajari seluk-beluk program tersebut setelah mendapat permintaan untuk mengevaluasi. Mungkin sekali pada waktu mendapat penjelasan atau mempelajari isi kebijakan, ada hal-hal yang kurang jelas. Hal itu wajar karena evaluator tidak ikut dalam proses kegiatannya. Dampak dari ketidakjelasan pemahaman tersebut memungkinkan kesimpulan yang diambil kurang tepat.
- b. Pemborosan, pengambil keputusan harus mengeluarkan dana yang cukup banyak untuk membayar evaluator bebas.

2.2.7 Model Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan

Winarnomembedakan model evaluasi menjadi tujuh, yaitu:

1. *Goal Oriented Evaluation Model*

Goal oriented evaluation model ini merupakan model yang muncul paling awal, yang menjadi objek pengamatan pada model ini adalah tujuan dari program yang sudah ditetapkan jauh sebelum program dimulai. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan, terus-menerus, mengecek seberapa jauh tujuan tersebut sudah terlaksana di dalam proses pelaksanaan program. Model ini dikembangkan oleh Tayler.

2. *Goal Free Evaluation Model*

Model evaluasi yang dikembangkan oleh Michael Scriven ini dapat dikatakan berlawanan dengan model pertama yang dikembangkan oleh Tyler. Jika dalam model yang dikembangkan oleh Tyler, *evaluator* terus-menerus memantau tujuan, yaitu sejak awal proses terus melihat sejauh mana tujuan tersebut sudah dapat dicapai, dalam model *goal free evaluation* (evaluasi lepas dari tujuan) justru menoleh dari tujuan. Menurut Michael Scriven, dalam melaksanakan evaluasi program evaluator tidak perlu memerhatikan apa yang menjadi tujuan program. Perlu diperhatikan dalam program tersebut adalah bagaimana kerjanya program, dengan jalan mengidentifikasi penampilan-penampilan yang terjadi, baik hal-hal positif (yaitu hal yang diharapkan) maupun hal-hal negatif (yang sebetulnya memang tidak diharapkan).

3. *Formatif Sumatif Evaluation Model*

Selain model "evaluasi lepas dari tujuan", Michael Scriven juga mengembangkan model lain, yaitu model formatif-sumatif. Model ini menunjukkan adanya tahapan dan lingkup objek yang dievaluasi, yaitu evaluasi yang dilakukan pada waktu program masih berjalan (disebut evaluasi formatif) dan ketika program sudah selesai atau berakhir (disebut evaluasi sumatif).

4. *Countenance Evaluation Model*

Model ini dikembangkan oleh Stake. Menurut ulasan tambahan yang diberikan oleh Fernandes (1984), model Stake menekankan pada adanya pelaksanaan dua hal pokok, yaitu (1) deskripsi (*description*) dan (2) pertimbangan (*judgments*); serta membedakan adanya tiga tahap dalam evaluasi program, yaitu (1) anteseden (*antecedents/context*), (2) transaksi (*transaction/process*), dan (3) keluaran (*output-outcomes*).

5. *Responsive Evaluation Model*

Model evaluasi responsive (*responsive evaluation model*) dikembangkan pada tahun 1975 oleh Robert Stake (1975). Pada awalnya Stake menamai model evaluasi ini *Countenance of Educational Evaluation*-Daniel L. Stufflebeam dan Anthony J. Shinfleld (1985) memberi nama model ini sebagai *Client-centered Evaluation*. Menurut Stake evaluasi disebut responsif jika memenuhi tiga kriteria: (1) lebih berorientasi secara langsung kepada aktivitas program daripada tujuan program; (2) merespons kepada persyaratan kebutuhan informasi dari audiens; dan (3) perspektif nilai-nilai yang berbeda dari orang-orang dilayani dilaporkan dalam kesuksesan dan kegagalan dari program.

6. *CSE-UCLA Evaluation Model*

CSE-UCLA terdiri dari dua singkatan, yaitu CSE dan UCLA. CSE merupakan singkatan dari *Center for the Study of Evaluation*, sedangkan UCLA merupakan singkatan dari *University of California in Los Angeles*. Ciri dari model CSE-UCLA adalah adanya lima tahap yang dilakukan dalam evaluasi, yaitu perencanaan, pengembangan, implementasi, hasil, dan dampak. Fernandes (1984) memberikan penjelasan tentang model CSE-UCLA menjadi empat tahap, yaitu (1) *needs assessment*; (2) *program planning*, (3) *formative evaluation*, dan (4) *summative evaluation*.

7. CIPP Evaluation Model

Model evaluasi ini merupakan model yang paling banyak dikenal dan diterapkan oleh para evaluator. Oleh karena itu, uraian yang diberikan relatif panjang dibandingkan dengan model-model lainnya. Model CIPP ini dikembangkan oleh Stufflebeam, dkk. (1967) di *Ohio State University*. CIPP yang merupakan sebuah singkatan dari huruf awal empat buah kata, yaitu:

- a. *Context evaluation* : evaluasi terhadap konteks
- b. *Input evaluation* : evaluasi terhadap masukan
- c. *Process evaluation* : evaluasi terhadap proses
- d. *Product evaluation* : evaluasi terhadap hasil. (37)

Menurut Muninjaya bahwa komponen-komponen sebuah sistem dapat digunakan untuk mengkaji program kesehatan. Sistem adalah suatu rangkaian komponen yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai suatu tujuan yang jelas. Komponen suatu sistem terdiri dari *input*, *proses* dan *output* sebagai berikut:

1. *Input*

Input adalah sumber daya atau masukan yang dikonsumsi oleh suatu sistem. Sumber daya suatu sistem adalah petugas kesehatan, dana dan prasarana. Nilai *input* berdampak pada pelaksanaan program dan target capaian program. Nilai *input* yang didapatkan kurang sehingga membuat capaian proses dan *output* tidak sesuai dengan apa yang diinginkan.

a. Sumber daya manusia

Manajemen sumber daya manusia adalah pendayagunaan, pengembangan, penilaian, pemberian balas jasa dan pengelolaan individu anggota organisasi atau kelompok pekerja seperti petugas gizi, bidan desa dan kader.

b. Dana

Dana sangat penting dan vital karena tanpa dana, maka pelaksanaan program tidak dapat berjalan dengan efektif. Alokasi dana program kesehatan mendukung biaya operasional untuk mempermudah jalannya proses program tersebut.

c. Sarana prasarana

Sarana dan prasarana merupakan sesuatu yang dapat memudahkan dan memperlancar pelaksanaan suatu kegiatan atau program yang dapat berupa benda. Kelengkapan sarana dan prasarana sangat menentukan keberhasilan program kesehatan dalam mengakomodasikan berbagai kegiatan dan kebutuhan masyarakat.

2. Proses

Proses adalah semua kegiatan sistem. Melalui sistem akan diubah *input* menjadi *ouput*. Proses dari sistem pelayanan kesehatan adalah semua kegiatan pelayanan mulai dari persiapan bahan, tempat dan kelompok sasaran yang dilakukan staf puskesmas untuk meningkatkan status gizi balita. Pelaksanaan kegiatan PMT terdiri dari: pengiriman PMT, penyimpanan, pendistribusian, pemberian, pemantauan dan evaluasi oleh puskesmas.

3. *Output/outcome*

Output adalah hasil langsung (keluaran) suatu sistem yang menjadi *output* dalam sistem pelayanan adalah produk program peningkatan status gizi melalui Pemberian Makanan Tambahan (PMT). *Output* dalam penelitian ini cakupan keberhasilan peningkatan status gizi balita. *Outcome* merupakan dampak atau hasil tidak langsung dari proses suatu program kesehatan. Model untuk menganalisisi efektivitas faktor memengaruhi pemberian makanan tambahan pada balita gizi kurang menggunakan *input*, proses dan *output*. (38)

2.2.8 Status Gizi

Gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (39). Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (40).

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi serta penggunaannya atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam tubuh. Status gizi adalah keadaan keseimbangan antara

asupan dan kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh untuk proses pertumbuhan dan perkembangan, terutama untuk balita, aktifitas, pemeliharaan kesehatan, penyembuhan bagi yang sedang sakit dan proses biologis lain yang berlangsung di dalam tubuh (41).

Gizi yang baik sangat diperlukan untuk proses tumbuh kembang bagi anak-anak yang normal ditinjau dari segi umur, anak balita yaitu anak yang berumur di bawah lima tahun yang mengalami tumbuh kembang tergolong kelompok yang rawan terhadap kekurangan kalori protein (42). Gizi yang baik merupakan salah satu unsur penting dalam mewujudkan manusia yang berkualitas. Usia balita merupakan usia yang rawan, karena pertumbuhan pada masa ini sangat menentukan perkembangan fisik dan mental selanjutnya. Oleh karena itu, asupan makanan yang bergizi sangat penting bagi pertumbuhan sel otak dan fisiknya. Pada periode emas ini, pertumbuhan sel otak berlangsung sejak bayi sampai usia sekitar 2 tahun, dan terus berkembang hingga usia 3-4 tahun (43).

2.2.9 Prinsip Gizi pada Balita

Balita atau anak bawah lima tahun merupakan anak usia kurang dari lima tahun sehingga bayi usia dibawah satu tahun juga termasuk dalam golongan ini. Namun, karena faal (kerja alat tubuh semestinya) bayi usia di bawah satu tahun berbeda dengan anak usia di atas satu tahun. Anak usia 1-5 tahun dapat pula dikatakan mulai disapih atau selepas menyusu sampai dengan prasekolah. Sesuai dengan pertumbuhan badan dan perkembangan kecerdasannya, faal tubuhnya juga

mengalami perkembangan sehingga jenis makanan dan cara pemberiannya pun harus disesuaikan dengan keadaannya (44).

Balita usia 1-5 tahun dapat dibedakan menjadi dua yaitu anak usia lebih dari 1 tahun sampai 3 tahun yang dikenal dengan batita, dan anak usia lebih dari 3 tahun sampai 5 tahun yang dikenal dengan usia prasekolah. Balita sering disebut konsumen pasif, sedangkan usia prasekolah lebih dikenal sebagai konsumen aktif. Anak dibawah 5 tahun merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat namun kelompok ini merupakan kelompok yang tersering yang menderita kekurangan gizi. Gizi ibu yang kurang atau buruk pada waktu konsepsi atau sedang hamil muda dapat berpengaruh pada pertumbuhan semasa balita. Bila gizi buruk maka perkembangan otaknyapun kurang dan itu akan berpengaruh pada kehidupannya di usia sekolah dan prasekolah (44).

2.2.10 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung dan secara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan secara pengukuran antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi tiga, yaitu survei konsumsi makanan, statistik vital dan pengukuran faktor ekologi (45).

Masing-masing penilaian tersebut akan dibahas secara umum sebagai berikut:

1. Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam

pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

2. Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Metode itu juga digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit.

3. Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih

parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik

4. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (*epidemic of Night blindness*). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

5. Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

6. Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

7. Faktor Ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi dan lain-lain. Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi (40).

2.2.11 Penilaian Antropometri

Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi. Gangguan ini biasanya terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. Pengukuran antropometri ini mempunyai beberapa kelemahan antara lain metode ini tidak sensitif yaitu metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat, tetapi tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti zink dan Fe, faktor diluar gizi (penyakit, genetik dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran antropometri, kesalahan yang terjadi saat pengukuran dapat memengaruhi presisi, akurasi dan validitas pengukuran antropometri gizi. Kesalahan ini terjadi karena pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan, analisis dan asumsi yang keliru. Sumber kesalahan biasanya berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalahan alat dan kesulitan pengukuran (45).

Pada masa bayi–balita, berat badan dapat dipergunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi. Penimbangan berat badan adalah pengukuran antropometri yang umum digunakan dan merupakan kunci yang memberi petunjuk nyata dari pertumbuhan tubuh yang baik maupun yang buruk. Berat badan merupakan suatu pencerminan dari kondisi yang sedang berlaku dan ukuran yang paling baik mengenai konsumsi kalori protein. Penentuan BB sangat berhubungan dengan usia balita. Hasil penimbangan yang akurat tidak akan berarti, apabila tidak disertai penentuan usia yang tepat, atau paling tidak mendekati usia yang sebenarnya (45).

Tinggi badan (TB) juga merupakan parameter penting dalam pengukuran antropometri gizi. Tinggi badan merupakan parameter penting bagi keadaan yang dulu dan sekarang apabila usia tidak diketahui secara tepat. Pengukuran tinggi badan untuk anak balita dapat dilakukan pada anak balita yang sudah bisa berdiri dengan *microtoise*. Pada anak di bawah usia 24 bulan dianjurkan dilakukan pengukuran panjang badan (PB) dengan menggunakan papan secara terlentang, apabila pada usia tersebut dilakukan pengukuran TB secara berdiri, maka hasil yang diperoleh ditambah 0,7 cm. Pada anak di atas usia 24 bulan dianjurkan dilakukan dengan cara berdiri, apabila dilakukan pengukuran panjang badan secara terlentang, maka hasilnya dikurangi 0,7 cm (45).

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan penentuan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Menurut Puslitbang Gizi Bogor

(1980) dalam Supriasa (2016), batasan umur digunakan adalah tahun umur penuh (*Completed Year*) dan untuk anak 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh (*Completed Month*) (40).

2.2.12 Indeks Antropometri

Indeks antropometri merupakan kombinasi antara berbagai parameter gizi. Cara termudah untuk menilai status gizi di lapangan yakni dengan pengukuran antropometri karena sederhana, murah, dapat dilakukan siapa saja dan cukup teliti. Jenis antropometri yang banyak digunakan untuk keperluan penentuan status gizi anak balita di masyarakat baik dalam kegiatan program maupun penelitian yaitu pengukuran BB, TB, LILA. Data antropometri yang sering digunakan yaitu berat badan, tinggi badan, sedangkan indeks antropometri yang sering dipakai untuk menilai status gizi yaitu berat badan terhadap umur (BB/U), tinggi badan terhadap umur (TB/U), dan berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) (41).

Indeks BB/U adalah pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang, dan otot. Salah satu bentuk penilaian status gizi dengan menggunakan indeks BB/U adalah kartu menuju sehat (KMS). KMS adalah alat yang penting untuk untuk mencatat dan mengamati pertumbuhan anak. Kegunaannya lebih ditujukan untuk mengawasi perubahan dinamik anak yang disebut pertumbuhan. Hal ini sudah dibuktikan merupakan alat yang efektif untuk mengetahui adanya gizi kurang sebelum gizi kurang timbul (45).

Indeks antropometri selanjutnya adalah tinggi badan menurut usia (TB/U). Tinggi badan merupakan suatu gambaran dari pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan akan bertambah seiring dengan berjalannya usia.

Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relative kurang sensitive terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh kekurangan zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Kelebihan dari TB/U adalah dapat digunakan untuk menilai status gizi masa lampau, dan pengukuran TB mudah dilakukan (45).

Indeks antropometri yang lain adalah berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Pada keadaan normal, pertumbuhan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Keuntungan indeks ini adalah tidak membutuhkan penentuan data usia dan dapat membedakan proporsi gemuk, normal atau kurus. Indeks antropometri yang terakhir adalah indeks masa tubuh dibandingkan usia (IMT/U). Disini faktor usia sangat menentukan, jadi harus dihitung usia balita dengan tepat. IMT merupakan hasil dari perbandingan BB dalam kg dengan TB yang sudah dikuadratkan dalam satuan meter (45).

Pengklasifikasian status gizi di Indonesia didasarkan pada standar antropometri penilaian gizi yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang standar antropometri yang mengacu pada standar WHO tahun 2005 (46).

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi buruk	< -3 SD
	Gizi kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD

Berat Badan menurut Panjang Badan (PB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Kurus Kurus Normal Gemuk	< -3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD sampai dengan 2 SD >2 SD
--	--	--

Tabel 2.1 (Lanjutan)

Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Kurus	< -3 SD
	Normal	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gemuk	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Sangat Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 tahun	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

Sumber: WHO, 2005 (47).

2.2.13 Penyebab Masalah Gizi Kurang

Masalah gizi kurang erat kaitannya dengan masalah kemiskinan, sehingga pemikiran yang menyeluruh dan tuntas mengenai penanggulangan masalah gizi kurang harus merupakan bagian dari program pengentasan kemiskinan. Berdasarkan konsep *Call* dan *Levinson* (1974) dalam Supriasa dikemukakan bahwa status gizi seseorang/masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu konsumsi makanan dan tingkat kesehatan, terutama adanya penyakit infeksi. Kedua faktor itu adalah penyebab langsung, sedangkan penyebab tidak langsung adalah kandungan zat gizi dalam bahan makanan, ada tidaknya program pemberian makanan di luar keluarga, daya beli masyarakat, kebiasaan makan, pemeliharaan kesehatan serta lingkungan fisik dan sosial (13).

Masalah gizi dipengaruhi oleh banyak faktor dan faktor tersebut saling terkait antara yang satu dengan yang lainnya. UNICEF (1998) menggambarkan faktor yang berhubungan dengan status gizi. Pertama, penyebab langsung dari status gizi adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Kedua, penyebab tidak langsung, yaitu ketersediaan pangan tingkat rumah tangga, perilaku/asuhan ibu dan anak, dan pelayanan kesehatan dan lingkungan. Ketiga, masalah utama, yaitu kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja. Keempat, masalah dasar, yaitu krisis politik dan ekonomi (13).

2.2.14 Faktor yang Memengaruhi Status Gizi Balita Kurang

Menurut Hasdianahada beberapa faktor yang sering merupakan penyebab gangguan gizi, baik langsung maupun tidak langsung sebagai penyebab langsung gangguan gizi khususnya gangguan gizi pada bayi dan balita adalah tidak sesuai jumlah gizi yang mereka peroleh dari makanan dengan kebutuhan tubuh mereka (48).

Beberapa faktor yang mendorong terjadinya gangguan gizi kurang terutama pada anak balita antara lain:

1. Penyakit Infeksi

Infeksi dapat menyebabkan anak tidak merasa lapar dan tidak mau makan. Penyakit ini juga menghabiskan sejumlah protein dan kalori yang seharusnya dipakai untuk pertumbuhan. Faktor penyebab masalah kurang gizi secara langsung adalah penyakit infeksi yang berkaitan dengan tingginya penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan. Apalagi negara terbelakang dan negara berkembang seperti Indonesia dimana kesadaran akan kebersihan/*personal hygiene*

yang masih kurang serta ancaman endemisitas penyakit infeksi kronik. Konsumsi makanan dan riwayat penyakit infeksi bersifat saling mendorong (berpengaruh). Anak yang tidak mengkonsumsi zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh akan mengakibatkan daya tahan tubuh anak rendah, sehingga mudah terserang penyakit infeksi, sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan ISPA akan mengakibatkan asupan zat gizi yang tidak dapat diserap tubuh dengan baik. Cakupan universal Imunisasi lengkap pada anak sangat memengaruhi kejadian kesakitan penyakit infeksi. Selain itu ketersediaan air minum bersih dan higienis sanitasi yang merupakan salah satu faktor penyebab tidak langsung kejadian penyakit infeksi (49).

Penyakit infeksi pada anak-anak antara lain ISPA dan diare. Penyakit ISPA didefinisikan sebagai suatu penyakit infeksi pada hidung, telinga, tenggorokan (*pharynx*), *trachea*, *bronchioli* dan paru-paru yang kurang dari dua minggu (14 hari) dengan tanda dan gejala dapat berupa batuk dan atau pilek dan atau batuk pilek dan atau sesak nafas karena hidung tersumbat dengan atau tanpa demam, batasan waktu 14 hari diambil menunjukkan berlangsungnya proses akut, meskipun beberapa penyakit yang dapat digolongkan ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari. Sedangkan diare didefinisikan sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan berak cair lebih dari tiga kali sehari (50).

2. Pengetahuan

Dalam kehidupan masyarakat sehari-hari sering terlihat keluarga yang sungguhpun berpenghasilan cukup akan tetapi makanan yang dihidangkan seadanya. Dengan demikian kejadian gangguan gizi tidak hanya ditemukan pada

keluarga yang berpenghasilan kurang akan tetapi juga pada keluarga yang berpenghasilan cukup. Keadaan ini menunjukkan bahwa ketidaktahuan akan faedah makanan bagi kesehatan tubuh menjadi penyebab buruknya mutu gizi makanan keluarga, khususnya makanan balita. Masalah gizi karena kurangnya pengetahuan dan keterampilan dibidang memasak akan menurunkan konsumsi makan anak, keragaman bahan dan keragaman jenis makanan yang memengaruhi kejiwaan misalnya kebebasan (48).

Kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan pada umumnya terjadi di setiap negara. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi, penyebab lain yang penting dari kurang gizi adalah kurangnya pengetahuan dan kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (51).

Pengetahuan merupakan kemampuan yang dimiliki oleh ibu maupun keluarga mengenai gizi pada anak sehingga ibu mengetahui makanan yang sebaiknya dihindarkan. Ibu yang memiliki pengetahuan baik akan memberikan gizi yang seimbang bagi anak sehingga perkembangan dan pertumbuhan anak berjalan sempurna. Sebaliknya ibu dengan pengetahuan kurang tidak mengetahui makanan mana yang memiliki gizi yang baik untuk anak. Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi, semakin banyak pengetahuan gizi seseorang, maka semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi (51).

3. Jumlah Anggota Keluarga

Kasus balita gizi kurang banyak ditemukan pada keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang besar dibandingkan dengan keluarga yang kecil. Keluarga dengan jumlah anak yang banyak dan jarak kelahiran yang Sangat dekat akan menimbulkan lebih banyak masalah, yakni pendapatan keluarga yang pas-pasan; sedangkan anak banyak maka pemerataan dan kecukupan makan di dalam keluarga akan sulit dipenuhi. Anak yang lebih kecil akan mendapat jatah makanan yang lebih sedikit, karena makanan lebih banyak diberikan kepada kakak mereka yang lebih besar sehingga mereka menjadi kurang gizi dan rawan terkena penyakit (40). Hasil penelitian Nurapriyanti menunjukkan bahwa ada pengaruh antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi. Jumlah anggota keluarga akan memengaruhi pada alokasi pendapatan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan keluarganya (21).

4. Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga adalah jumlah uang yang dihasilkan dan jumlah uang yang akan dikeluarkan untuk membiayai keperluan rumah tangga selama satu bulan. Pendapat keluarga yang memadai akan menunjang perilaku anggota keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan keluarga yang lebih memadai. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas makanan, antara pendapatan dan gizi sangat erat kaitannya dalam pemenuhan makanan kebutuhan hidup keluarga, makin tinggi daya beli keluarga makin banyak makanan yang dikonsumsi dan semakin baik pula kualitas makanan yang dikonsumsi. Disini terlihat jelas bahwa pendapatan rendah akan menghalangi perbaikan gizi dan menimbulkan kekurangan gizi (49).

Keadaan ekonomi keluarga dapat ditinjau dari pendapatan seseorang yang akan memberikan dampak kearah yang baik atau kearah yang buruk, keadaan ekonomi akan berpengaruh terhadap penyediaan gizi yang cukup, dimana kurangnya pendapatan akan menghambat aktivitas baik yang bersifat materialistik maupun non materialistik. Disamping kebutuhan akan sandang, pangan dan perumahan. (52) Keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan mutu makanan yang disajikan. Tidak dapat disangkal bahwa penghasilan keluarga turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan (48).

5. Pola Asuh Makan

Faktor yang tak kalah penting yang berpengaruh terhadap status gizi adalah terkait pola pengasuhan anak khususnya terkait perilaku pemberian makan yang dilakukan oleh keluarga. Pola asuh anak merupakan kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu luang, perhatian, dukungan terhadap anak agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal, baik secara fisik, mental, dan sosial. Hal ini dapat diwujudkan melalui sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat atau menjaga kebersihan, dan memberikan kasih sayang (45).

Pola asuh makan berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pangan/gizi balita, yang artinya berkaitan pula dengan pola konsumsi makanan. Pola konsumsi makanan adalah susunan makanan yang biasa di makan mencakup jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok

orang/penduduk dalam frekuensi dan jangka waktu tertentu serta bagaimana pengolahannya dan kapan dikonsumsi (50).

7. Penimbangan Balita

Penimbangan balita yang teratur setiap bulan akan dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya balita mengalami penurunan berat badan. Begitu pula sosialisasi atau penyuluhan yang dilaksanakan tenaga kesehatan (bidan dan kader) kepada masyarakat tentang pentingnya kunjungan ke posyandu dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan masyarakat khususnya ibu yang mempunyai balita dalam penimbangan bayi, pemberian makanan tambahan, imunisasi dan pengobatan serta pemeliharaan kesehatan balita agar terhindari dari berbagai penyakit (53).

Penelitian Mathi (2013) menjelaskan tingkat pendidikan responden tidak berpengaruh terhadap tingkat partisipasi ibu ke posyandu wilayah kerja Puskesmas Darussalam, karena ibu yang tingkat pendidikannya rendah dan ibu yang tingkat pendidikannya tinggi tingkat partisipasinya ke posyandu sama-sama rendah untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya setiap bulannya. Rendahnya tingkat partisipasi ibu ke posyandu disebabkan karena pengetahuan para ibu tentang manfaat dari pelaksanaan posyandu masih kurang, dilihat dari masih banyaknya ibu yang mengatakan diposyandu hanya merupakan tempat untuk mendapatkan imunisasi pada bayi dan ketidaktahuan ibu untuk menimbang balitanya hingga usia 5 tahun (54).

Penelitian dengan metode kualitatif yang dilakukan oleh Sihotang (2012) pada Keluarga Mandah di Kecamatan Pauh Kabupaten Sarolangun Jambi, dari hasil wawancara yang semua balita jarang dibawa ke posyandu ataupun ke fasilitas kesehatan lainnya. Ada beberapa alasan yang membuat balita tersebut jarang dibawa ke posyandu yaitu sebagai berikut: pertama adalah akses ke sarana pelayanan kesehatan. Keberadaan lokasi mandah membuat keluarga kesulitan untuk sewaktu-waktu keluar untuk sekadar membawa balita mereka menimbang ke posyandu (55).

8. Penyuluhan

Penyuluhan merupakan upaya perubahan perilaku manusia yang dilakukan melalui pendekatan edukatif. Pendekatan edukatif diartikan sebagai rangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis, terencana, dan terarah dengan peran serta aktif individu, kelompok, atau masyarakat untuk memecahkan masalah dengan memperhitungkan faktor sosial, ekonomi, dan budaya setempat. Selanjutnya, penyuluhan gizi dapat diartikan sebagai suatu pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku individu atau masyarakat yang diperlukan dalam peningkatan derajat kesehatan dan mempertahankan gizi baik (12).

Dalam melakukan penyuluhan diperlukan adanya alat yang dapat membantu dalam kegiatan seperti penggunaan media atau alat peraga agar terjalinnya kesinambungan antara informasi yang diberikan oleh pemberi informasi kepada penerima informasi. Media adalah suatu alat peraga dalam promosi dibidang kesehatan yang dapat diartikan sebagai alat bantu untuk promosi kesehatan yang

dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium, untuk memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi (56).

2.2.15 Program Pemberian Makanan Tambahan

Pemberian makanan tambahan khususnya bagi kelompok rawan merupakan salah satu strategi suplementasi dalam mengatasi masalah gizi. Untuk mengatasi kekurangan gizi yang terjadi pada kelompok usia balita perlu diselenggarakan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan. PMT Pemulihan bagi anak usia 6-59 bulan dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari. PMT Pemulihan dimaksud berbasis bahan makanan lokal dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat (57).

Makanan tambahan adalah suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral sebagai tambahan selain makanan utama bagi kelompok sasaran guna memenuhi kebutuhan gizi. Makanan tambahan pemulihan adalah suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diperuntukkan bagi kelompok sasaran sebagai tambahan makanan untuk pemulihan status gizi. Makanan tambahan balita adalah suplementasi gizi berupa makanan tambahan dalam bentuk biskuit dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada bayi dan anak balita usia 6-59 bulan dengan kategori kurus. Bagi bayi dan

anak berumur 6-24 bulan, makanan tambahan ini digunakan bersama Makanan Pendamping Air Susu Ibu(MP-ASI) (57).

2.2.16 Prinsip Dasar Pemberian

Prinsip dasar pemberian MT anak balita adalah untuk memenuhi kecukupan gizi agar mencapai berat badan sesuai umur. Pemberian MT diberikan kepada kelompok sasaran yaitu balita kurus 6-59 tahun (57). Program MT diberikan kepada balita kurus dan balita gizi kurang di UPTD Puskesmas Langsa Lama.

2.2.17 Karakteristik Produk Makanan Tambahan

1. Kandungan Zat Gizi

Makanan tambahan balita adalah suplementasi gizi berupa makanan tambahan dalam bentuk biskuit dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada bayi dan anak balita usia 6-59 bulan dengan kategori kurus. Bagi bayi dan anak berumur 6-24 bulan, makanan tambahan ini digunakan bersama dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI). Tiap 100 gram makanan tambahan balita mengandung 540 kalori, 14 gram lemak, 9 gram protein, dan 71 gram karbohidrat. Makanan Tambahan Balita diperkaya dengan 10 macam vitamin (A, D, E, K, B1, B2, B3, B6, B12, Asam Folat) dan 7 macam mineral (Besi, Iodium, Seng, Kalsium, Natrium, Selenium, Fosfor) (58).

2.2.18 Faktor yang Memengaruhi Efektivitas PMT

Efektivitas PMT dapat dinilai dari pelaksanaan PMT yang dilakukan petugas gizi yaitu pengiriman makanan, penyimpanan, pendistribusian kepada keluarga sasaran. Petugas gizi dalam melakukan tugas PMT tersebut melakukan pemantauan terhadap keberhasilan peningkatan berat badan balita. Peran keluarga terutama ibu berperan sebagai pengasuh balita mengelola menu makanan setiap hari sesuai dengan gizi baik untuk meningkatkan status gizi balita.

1. Pengiriman/Penerimaan Makanan Tambahan

Pengadaan MT oleh Direktorat Gizi Masyarakat tahun 2017 dilakukan untuk dikirim ke daerah (MT Balita dan MT Ibu Hamil) dan stock pusat (MT Balita, MT Ibu Hamil dan MT Anak Sekolah). Pengiriman MT ke daerah melalui pranko provinsi, dan disediakan dana sewa gudang dan distribusi sampai puskesmas melalui dana dekonsentrasi pembinaan gizi masyarakat tahun 2017 (57).

Pengadaan MT stok pusat untuk memenuhi kebutuhan permintaan dari daerah dalam rangka penanggulangan kekurangan gizi, mengantisipasi kedaruratan gizi di daerah rawan bencana seperti bencana asap, gunung meletus, banjir dan bencana lainnya serta sebagai bahan kontak bantuan. Kementerian Kesehatan untuk kunjungan Pejabat Negara. Dalam rangka penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi pada lingkup pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) pemberian MT merupakan upaya yang dapat dilakukan sejalan dengan kegiatan germas lainnya (57).

Mekanisme pengiriman MT balita dan MT ibu hamil dari pusat ke provinsi (pranko Provinsi) sebagai berikut:

1. Sebelum dilakukan pengiriman ke daerah, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan MT di gudang produsen/penyedia barang dan dibuatkan Berita Acara Penerimaan Barang (BAPT) oleh Panitia Penerima Barang di tingkat pusat.
2. Direktorat Gizi Masyarakat membuat surat pemberitahuan yang ditujukan kepada seluruh Kepala Dinas Kesehatan tentang rencana pengiriman MT sesuai alokasi yang sudah ditetapkan.
3. Produsen/penyedia barang memberitahukan tentang jumlah dan waktu pengiriman MT kepada Kepala Dinas Kesehatan/Petugas Pengelola MT Dinas Kesehatan Provinsi.
4. Produsen/penyedia barang mengirim MT ke gudang yang telah disiapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dalam jumlah sesuai dengan alokasi yang telah ditetapkan.
5. Apabila kapasitas gudang tidak mencukupi sesuai dengan alokasi pengiriman, maka dapat dilakukan penyesuaian jadwal dan jumlah pengiriman MT berdasarkan kesepakatan bersama antara produsen/penyedia barang dengan Dinas Kesehatan Provinsi setempat.
6. Setelah MT diterima, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atau Petugas yang ditunjuk membuat dan menandatangani berita acara penerimaan barang sesuai jumlah, jenis, dan kualitas yang diterima. Berita Acara Penerimaan Barang yang asli diserahkan ke produsen/penyedia barang dan tembusan dikirim ke Direktorat Gizi Masyarakat (57).

2. Penyimpanan Makanan Tambahan

Persyaratan tempat dan cara penyimpanan merupakan salah satu bagian penting dalam prosedur pengelolaan MT sehingga perlu dipersiapkan dengan baik agar kualitas MT dapat tetap terjaga sampai kepada sasaran. Adapun persyaratan gudang/tempat penyimpanan MT adalah:

1. Puskesmas

- a. Tempat penyimpanan harus selalu higienis, tidak berdebu dan bebas dari tikus, kecoa dan binatang pengerat lainnya;
- b. Tempat penyimpanan tidak bocor dan lembab ruangan mempunyai ventilasi dan pencahayaan yang baik;
- c. Makanan tambahan hendaknya tidak diletakkan langsung di lantai;
- d. Penyusunan/peletakan/penumpukan makanan tambahan sedemikian rupa sehingga barang tetap dalam kondisi baik.
- e. Makanan tambahan yang masuk ke tempat penyimpanan yang lebih awal dikeluarkan terlebih dahulu (*First in First Out = FIFO*);
- f. Penyimpanan makanan tambahan tidak dicampur dengan bahan pangan lain dan bahan bukan pangan;
- g. Makanan tambahan yang rusak selama penyimpanan, diambil dan dipisahkan dari makanan tambahan yang masih baik;
- h. Makanan tambahan yang telah dinyatakan rusak perlu dibuatkan Berita Acara Penghapusan oleh Kepala Puskesmas setempat;
- i. Makanan tambahan dinyatakan rusak apabila kemasan berlubang, robek, pecah, kempes dan teksturnya berubah (57).

2. Rumah tangga/keluarga

MT yang diterima harus disimpan pada tempat yang kering, bersih dan tertutup agar terhindari dari bahan cemaran dan binatang pengganggu.

3. Pendistribusian Makanan Tambahan

Makanan tambahan dikirim ke daerah yaitu:

- a. Setelah MT diterima di Puskesmas, petugas Puskesmas membuat tanda terima yang memuat jumlah dan jenis MT. Bukti penerimaan barang yang asli diserahkan ke pihak pengirim barang dan tembusan dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota.
- b. Penanggungjawab gudang Puskesmas melakukan pencatatan dan pelaporan administrasi gudang, yaitu dengan membuat Surat Bukti Barang Masuk (SBBM), Surat Bukti Barang Keluar (SBBK), Kartu Persediaan Barang (KPB).
- c. Puskesmas mengirim MT ke sasaran melalui Posyandu atau unit pelayanan kesehatan lainnya melalui Bidan di Desa (BDD) atau petugas yang ditunjuk/kader.
- d. BDD atau petugas yang ditunjuk/kader mendistribusikan MT ke sasaran dan mencatat jumlah MT yang telah didistribusikan (57).

4. Pemberian Makanan Tambahan

Prinsip dasar pemberian makanan tambahan anak balita adalah untuk memenuhi kecukupan gizi agar mencapai berat badan sesuai umur. Ketentuan pemberian MT pada balita adalah sebagai berikut:

1. Tiap bungkus makanan tambahan balita berisi 12 keping biskuit yang mengandung 540 kalori (45 kalori per keping biskuit).

2. Usia 6-11 bulan diberikan 8 keping per hari selama 1 bulan. Ini setara dengan 20 bungkus makanan tambahan balita.
3. Usia 12-59 bulan diberikan 12 keping per hari selama 1 bulan. Ini setara dengan 30 bungkus makanan tambahan balita.
4. Monitor pertambahan berat badan dilakukan tiap bulan di Posyandu balita.
5. Bila berat badan telah mencapai atau sesuai dengan perhitungan berat badan sesuai umur, pemberian makanan tambahan balita dihentikan. Selanjutnya mengonsumsi makanan keluarga gizi seimbang.
6. Dilakukan monitoring terus-menerus agar balita tidak kembali jatuh dalam status gizi buruk dan gizi kurang (58).

Untuk mendukung efektivitas PMT kepada balita gizi kurang, maka peran ibu sangat mendukung dalam memberikan berbagai makanan yang beragam. Makanan yang beranekaragam sangat bermanfaat bagi kesehatan. Makanan yang beraneka ragam yaitu makanan yang mengandung unsur-unsur zat gizi yang diperlukan tubuh baik kualitas maupun kuantitasnya, dalam pelajaran ilmu gizi biasa disebut triguna makanan yaitu, makanan yang mengandung zat tenaga, pembangun dan zat pengatur. Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari bahan makanan nabati adalah kacang-kacangan, tempe, tahu. Sedangkan yang berasal dari hewan adalah telur, ikan, ayam, daging, susu serta hasil olahan, seperti keju. Zat pembangun berperan sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang. Makanan sumber zat pengatur adalah semua sayur-sayuran dan buah-buahan. Makanan ini mengandung berbagai vitamin dan

mineral, yang berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ-organ tubuh (59).

Peran orang tua terutama peran ibu terhadap pola asuh kepada anak mempunyai peranan yang besar seperti penelitian yang dilakukan Iswarati (2010) tentang pengetahuan keluarga dalam pengasuhan anak dan tumbuh kembang anak mengungkapkan bahwa, wanita merupakan pihak yang paling penting bertanggung jawab terhadap kesehatan, pengasuhan, dan tumbuh kembang anak khususnya anak balita, kesehatan anak balita sangat tergantung pada orang yang mengasuhnya yaitu ibu (60).

Menurut Adriani (2012), pola makan yang terbentuk erat kaitannya dengan kebiasaan makan, dimana pola makan tersebut dibentuk sejak masa balita yang akan terbawa hingga dewasa. Banyak faktor yang memengaruhi terbentuknya pola makan antara lain sebagai berikut:

1. Ekonomi

Variabel ekonomi yang paling dominan dalam memengaruhi konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga. Meningkatnya jumlah pendapatan akan meningkatkan peluang dan kemampuan dalam membeli pangan dengan kuantitas dan kualitas yang lebih baik, sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan menurunnya daya beli pangan baik secara kualitas maupun kuantitas.

2. Budaya

Kebudayaan suatu masyarakat mempunyai kekuatan yang cukup besar untuk memengaruhi seseorang dalam memilih dan mengolah jenis makanan yang akan dikonsumsi. Kebudayaan menuntun orang dalam cara bertingkah laku dan memenuhi

kebutuhan dasar biologisnya, termasuk kebutuhan terhadap pangan. Sebagai contoh

nasi untuk orang Asia, orientalis pasta untuk orang Itali.

3. Agama dan kepercayaan

Pantangan yang didasari agama, khususnya Islam disebut haram dan individu

yang melanggar hukumnya berdosa. Konsep halal dan haram sangat memengaruhi pemilihan bahan makanan yang akan dikonsumsi. Agama Roma Katolik melarang makan daging setiap hari, dan beberapa aliran agama (Protestan) melarang pemeluknya mengkonsumsi teh, kopi, atau alkohol.

4. *Personal preference*

Hal-hal yang disukai dan tidak disukai sangat berpengaruh terhadap kebiasaan makan seseorang. Misalnya, ayah tidak suka makan ikan, begitu pula dengan anak laki-lakinya. Ibu tidak suka makan kerang, begitu pula dengan anak perempuannya. Perasaan suka dan tidak suka seseorang terhadap makanan tergantung asosiasinya terhadap makanan tersebut. Anak yang suka mengunjungi neneknya akan menyukai ayam karena sering dihidangkan ayam. Lain lagi dengan anak yang suka dimarahi bibinya, akan tumbuh perasaan tidak suka pada daging ayam yang dimasak bibinya.

5. Rasa lapar, nafsu makan, dan rasa kenyang

Rasa lapar merupakan sensasi yang kurang menyenangkan, karena berhubungan dengan kekurangan makanan. Sebaliknya, nafsu makan merupakan sensasi yang menyenangkan, karena berhubungan dengan keinginan seseorang untuk

makan. Adapun rasa kenyang merupakan perasaan puas karena keinginan untuk makan telah terpenuhi. Pusat pengaturan dan pengontrolan mekanisme lapar, nafsu makan, dan rasa kenyang diatur oleh sistem saraf pusat yaitu hipotalamus.

6. Kesehatan

Kesehatan seseorang berpengaruh besar terhadap kebiasaan makan. sariawan atau sakit gigi sering membuat orang memilih makanan yang lembut dan tidak jarang pula orang memilih untuk tidak makan karena mengalami kesulitan menelan. Pedoman pola makan yang sehat untuk masyarakat secara umum yang digunakan saat ini adalah 13 pesan dasar gizi seimbang (61).

5. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan merupakan komponen penting dalam pengelolaan MT yang mencakup pemantauan dalam pelaksanaan penyimpanan di gudang dan distribusi MT sampai kepada sasaran. Kegiatan pemantauan dan evaluasi pemberian makanan tambahan dapat dilakukan melalui dua cara yaitu pemantauan langsung dengan menggunakan formulir pemantauan dan melalui penggunaan aplikasi ePPGBM (elektronik Pencatatan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat).

1. Pemantauan Penyimpanan dan Pendistribusian MT di tingkat Puskesmas

Pemantauan dilaksanakan oleh petugas Kabupaten/Kota dan Puskesmas, dengan melakukan pengamatan terhadap:

- a. Kondisi fisik gudang meliputi: kapasitas gedung, ventilasi, kelembaban, kebersihan, lingkungan, atap bocor/tidak.
- b. Cara penyimpanan meliputi: penggunaan palet, tata letak, bebas binatang pengganggu, tidak disatukan dengan bahan pangan dan non-pangan lainnya
- c. Catatan dan laporan administrasi gudang meliputi MT masuk, keluar, sisa dan jumlah MT yang rusak.
- d. Rencana pendistribusian MT dari Puskesmas ke sasaran (alokasi rencana pendistribusian dan pemberitahuan ke BDD/petugas yang ditunjuk/kader)
- e. Pelaksanaan pendistribusian (jumlah dan jenis MT yang telah didistribusikan, cara pendistribusian, dan jumlah yang rusak)
- f. Dalam melakukan pemantauan petugas menggunakan Lampiran 3 (Formulir Pemantauan Penyimpanan dan Pendistribusian MT di Tingkat Puskesmas)

2. Pemantauan Pemanfaatan MT di tingkat Sasaran

Pemantauan dilaksanakan oleh BDD/petugas yang ditunjuk/kader, dengan melakukan pengamatan terhadap:

- a. Cara penyimpanan (wadah, letak)
- b. Cara penyajian (besar porsi, daya terima)
- c. Persediaan MT
- d. Keluhan sasaran terhadap MT.

3. Pemantauan Konsumsi

Pencatatan dan pelaporan konsumsi MT juga dilakukan dalam bentuk elektronik melalui aplikasi e-PPGBM yang merupakan bagian dari sistem informasi gizi terpadu untuk mencatat data sasaran individu baik data penimbangan, pengukuran maupun pelayanan lainnya dan dapat diakses melalui <http://sigiziterpadu.gizi.kemkes.go.id>. Aplikasi ini dapat memberikan umpan balik secara langsung berdasarkan status gizi sasaran. Menu entri Konsumsi MT, berguna untuk merekam jumlah dan jenis MT yang diterima serta menyajikan informasi berupa grafik perubahan berat badan.

- a. Puskesmas memberikan MT kepada balita kurus kemudian dicatat ke dalam formulir pencatatan bantu di Puskesmas.
- b. Hasil pencatatan pada formulir bantu kemudian di entri ke dalam aplikasi ePPGBM agar dapat diamati perubahan pertumbuhan berat badan dan status gizinya (43). Pada UPT Puskesmas Langsa Lama pencatatan dan pelaporan pemantauan dilakukan secara manual kemudian laporan disampaikan kepada Dinas Kesehatan Langsa dan selanjutnya diteruskan ke pemerintah pusat.

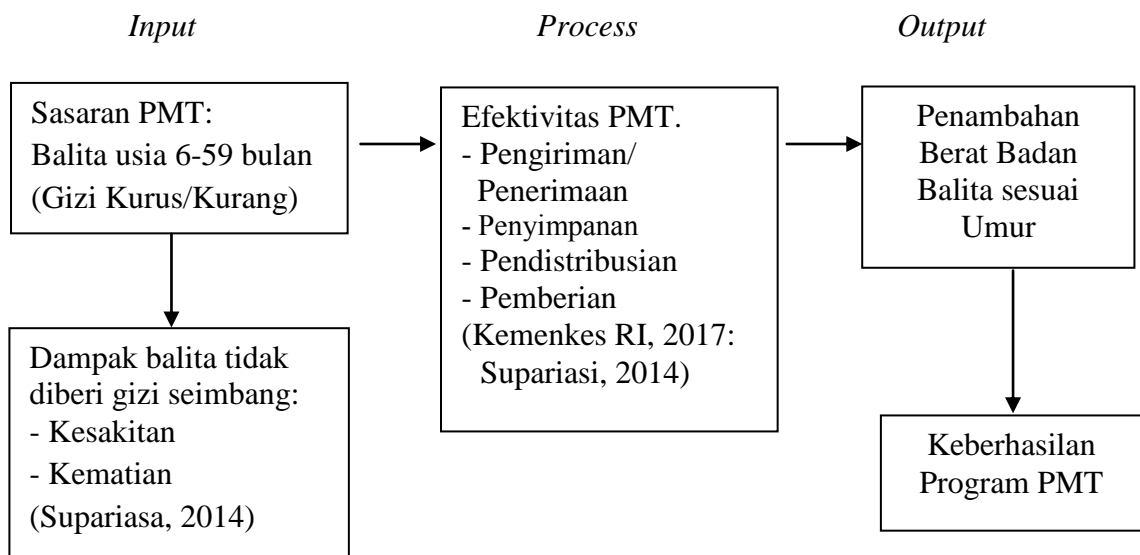
Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai hasil kegiatan yang telah dilaksanakan sesuai tujuan yang diharapkan dan mengkaji masalah-masalah yang ada untuk perbaikan program selanjutnya. Evaluasi yang perlu dilakukan mencakup aspek kegiatan maupun hasil kegiatan untuk dapat menjawab apakah kegiatan pemberian MT telah berjalan dengan baik dan dapat meningkatkan status gizi sasaran sesuai yang diharapkan. Kegiatan dilaksanakan secara berjenjang dengan mempertimbangkan ketersediaan sumberdaya yang ada di masing-masing

tingkat administrasi. Hasil dari kegiatan evaluasi ini sebagai bahan perencanaan kegiatan pada pelaksanaan pemberian makanan tambahan pada tahun berikutnya (57).

2.3. Landasan Teori

Pemberian makanan tambahan (PMT) pada balita gizi kurang merupakan program yang melibatkan berbagai instansi dan sumber daya manusia seperti dinas kesehatan, puskesmas, bidan desa dan masyarakat. PMT bertujuan untuk sasaran kelompok balita usia 6-59 bulan rawan gizi dengan memberikan biskuit mengandung gizi tinggi selama 3 bulan (90 hari) (57). Menurut Supriasa bahwa balita gizi kurang dapat dilihat sebagai suatu proses pemberian pola makan yang kurang baik. Status gizi ini menjadi penting karena status gizi yang baik bagi balita akan berkontribusi terhadap kesakitan dan kematian (13).

Efektivitas PMT kepada balita gizi kurang dapat diukur berdasarkan hasil pekerjaan yang dilakukan petugas gizi dan ibu dari balita sasaran dalam memberikan biskuit dan menu makanan setiap hari kepada balita gizi kurang. Faktor yang dapat memengaruhi efektivitas antara lain adalah pengiriman, penyimpanan, pendistribusian ke rumah tangga dan pemberian biskuit dan makanan. Menurut Muninja bahwa suatu sistem pelaksanaan kegiatan kesehatan dapat dikaji melalui kompoenen *input* (sumber daya manusia, dana, sarana prasarana), proses (pelaksanaan kegiatan PMT) dan *output* (keberhasilan kegiatan PMT) (38).



Gambar 2.1 Landasan Teori Kemenkes RI (57) dan Supariasa (13)

2.4. Kerangka Konsep

Pelaksanaan PMT bertujuan untuk menilai hasil kegiatan yang telah dilaksanakan sesuai tujuan yang diharapkan dan mengkaji masalah-masalah yang ada untuk perbaikan program selanjutnya. Program evaluasi PMT dilakukan berdasarkan pengiriman/ penerimaan, penyimpanan, pendistribusian dan pemberian sebagai faktor yang dapat memengaruhi efektivitas pelaksanaan PMT dan permasalahan apa yang terjadi sehingga PMT tersebut tidak berjalan secara efektif. Berdasarkan berbagai teori, pendapat para ahli dan hasil penelitian terdahulu yang sudah dipaparkan, maka dapat dirangkumkan kerangka pikir sebagai berikut:

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah deskriptif kualitatif. Jenis penelitian kualitatif karena bertujuan memahami suatu peristiwa, peran dan interaksi suatu kelompok, atau bersifat investigasi. Menurut Creswell bahwa penelitian kualitatif adalah sebuah proses investigasi (62). Sedangkan tipe penelitian adalah deskriptif karena mendeskripsikan. Menurut pendapat Suharno bahwa kebijakan dari sudut proses lebih bersifat deskriptif. Oleh karena penelitian ini lebih menitikberatkan pada proses suatu sistem kebijakan tentang faktor penyebab efektivitas PMT, maka sifat penelitian adalah deskriptif kualitatif (63).

Selanjutnya peneliti ingin memahami gambaran faktor penyebab efektivitas pelaksanaan PMT pada balita gizi kurang dalam meningkatkan status gizi balita serta situasi-situasi terkait lainnya melalui wawancara berpedoman kepada kuesioner tentang masalah efektivitas PMT dan upaya meningkatkan balita status gizi kurang yang terjadi di lapangan, sedangkan masalah dalam penelitian kualitatif masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah peneliti memasuki lapangan. Kemudian objek penelitian yang diteliti adalah faktor yang memengaruhi efektivitas PMT pada balita gizi kurang. Pendekatan *ex post facto* yaitu meneliti peristiwa yang sudah terjadi dan kemudian menurut ke belakang melalui data untuk menemukan sebab-sebab peristiwa yang terjadi. Objek penelitian dipandang sebagai sebuah sistem yang meliputi *input, process*

dan output. Input atau masukan adalah kebutuhan atau dukungan PMT berupa sumber daya manusia, dana dan ketersediaan sarana dan prasarana. *Process* adalah bagaimana input diubah menjadi output yaitu bagaimana efektivitas pelaksanaan PMT yang telah dilaksanakan. *Output* merupakan keluaran atau hasil dari capaian kegiatan PMT yang diterima sasaran dapat negatif maupun positif yaitu apakah balita mengalami kenaikan berat badan.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama Tahun 2018. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada pertimbangan karena di UPTD Puskesmas Langsa Lama pelaksanaan program PMT pada balita gizi kurang belum efektif.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari – September tahun 2018.

3.3. Informan

3.3.1. Objek Penelitian

Objek penelitian dapat dinyatakan sebagai situasi penelitian yang ingin diketahui apa yang terjadi didalamnya. Pada objek penelitian ini, peneliti dapat mengamati secara mendalam aktivitas (*activity*) orang-orang yang ada pada tempat penelitian. Pada penelitian kualitatif jumlah informan ditentukan dengan prinsip harus memenuhi kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Untuk memenuhi kriteria kesesuaian dilakukan dengan menentukan beberapa informan, sementara untuk pemenuhan kriteria kecukupan diperoleh dari

wawancara mendalam dan observasi. Objek dari penelitian ini adalah balita gizi kurang di wilayah kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama.

3.3.2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian merupakan sumber data yang dimintai informasinya sesuai dengan masalah penelitian. Untuk mendapatkan data yang tepat, maka perlu ditentukan informan yang memiliki kompetensi dan sesuai dengan kebutuhan data (*purposive*), sehingga diperlukan subjek yang memenuhi parameter yang dapat mengungkap permasalahan dalam penelitian. Adapun teknik pengambilan sumber data dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik *purposive sampling*.⁽⁶⁴⁾ Adapun kriteria-kriteria penentuan informan yang tepat, dalam pemberian informasi dan data yang tepat dan akurat pada penelitian ini yaitu informan adalah petugas gizi yang memiliki wewenang dan tanggung jawab dalam menjalankan program gizi kepada masyarakat. Selanjutnya informan lainnya adalah kepala puskesmas, dan bidan desa. Selanjutnya ibu dari balita gizi kurang dengan tempat tinggal dekat puskesmas dan tempat tinggal jauh dari puskesmas. Jumlah ibu dari balita gizi kurang adalah 27 orang.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data atau informasi tentang faktor yang memengaruhi efektivitas PMT pada balita gizi kurang di wilayah kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama diuraikan sebagai berikut.

2.3.1. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian kualitatif ini dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Instrumen inti

Peneliti sebagai instrument/alat dalam penelitian ini karena peneliti sebagai perencana, penafsir data, dan pengevaluasi hasil penelitian. Peneliti harus paham metode penelitian, penguasaan teori wawancara terhadap bidang yang akan diteliti dan siap untuk memasuki objek penelitian, baik secara akademik maupun logistiknya.

2. Instrumen penunjang

Alat bantu dalam pengumpulan data yang digunakan adalah:

- a. Lembar alat pengumpulan data terdiri dari identitas informan yaitu nama, umur, alamat, pekerjaan, pendidikan dan alat menulis hasil wawancara antara peneliti dengan informan yaitu buku dan pensil.
- b. Lembar pedoman wawancara sebagai pedoman dalam mengajukan pertanyaan kepada informan dan lembar kuesioner. Pertanyaan yang diajukan kepada informan diantaranya tentang pelaksanaan PMT pada balita gizi kurang dan pemberian makanan balita gizi kurang.
- c. Alat perekam suara (*voice recorder*) untuk merekam hasil wawancara antara peneliti dengan informan berupa handphone karena hasil rekaman terdengar jelas.
- d. Kamera digunakan untuk mendokumentasikan hasil wawancara dengan informan. Proses dokumentasi ini dengan cara memfoto informan dari belakang ketika wawancara berlangsung tanpa memperlihatkan wajah sesuai dengan etika penelitian.

3.4.2, Data Penelitian

Data kualitatif didapatkan dengan melakukan wawancara semi terstruktur dengan para informan untuk mendapatkan lebih banyak lagi informasi tentang faktor yang memengaruhi efektivitas PMT pada balita gizi kurang di wilayah kerja UPTD Puskesmas Langsa Lama .

1. Wawancara semi terstruktur

Wawancara adalah teknik pengumpulan data melalui proses tanya jawab yang berlangsung satu arah, artinya pertanyaan datang dari pihak yang mewawancarai dan jawaban diberikan oleh yang diwawancarai. Teknik pengumpulan data kepada informan dengan cara wawancara semi terstruktur yaitu dengan memberikan pertanyaan kepada informan, kemudian informan diminta pendapat dan ide-idenya dan peneliti mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan.

2. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui suatu pengamatan dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku objek sasaran. Observasi dibagi menjadi dua yaitu tak berperan dan observasi berperan. Observasi berperan meliputi berperan aktif dan berperan penuh. Peneliti benar-benar tidak melakukan peran sama sekali sehingga apapun yang dilakukan peneliti dalam pengamatan tidak akan memengaruhi segala yang terjadi pada sasaran yang diamati. Selanjutnya peneliti langsung melakukan observasi untuk mengamati proses pemberian makanan pada balita gizi kurang. Peneliti mengamati informan mulai dari waktu pendaftaran sampai informan selesai mendapatkan pelayanan kesehatan.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen dapat berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Studi dokumentasi penelitian ini berupa foto setiap wawancara kepada informan.

Adapun tahapan penelitian sebagai berikut:

1. Tahap persiapan

Setelah peneliti mendapat surat ijin penelitian dari Institut Kesehatan Helvetia Medan, peneliti memberikan surat ijin tersebut kepada kepala UPTD Puskesmas Langsa Lama untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya. Setelah mendapat ijin, selanjutnya menemui informan yang bekerja sebagai petugas gizi maupun ibu dari balita gizi kurang. Sebelum peneliti melakukan wawancara, terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada informan dengan cara menjelaskan tujuan penelitian, dan mengecek instrument penunjang seperti alat perekam (*handpone*) dan lainnya.

2. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan mewawancarai informan untuk memperoleh data dan memperkuat hasil penelitian. Wawancara ini termasuk dalam kategori *in dept interview*, yang pelaksanaannya lebih bebas. Tujuan dari wawancara ini untuk menemukan permasalahan secara terbuka kepada pihak yang diwawancarai dengan meminta pendapat dan idenya. Kemudian peneliti mendengarkan secara seksama dan mencatat apa yang dikemukakan informan. Urutan pertanyaan tergantung pada proses wawancara dan jawaban tiap informan. Wawancara ini menggunakan pertanyaan terbuka dan menggunakan

bantuan pertanyaan wawancara yang telah disiapkan sebelumnya yang terdiri dari pedoman wawancara dan kuesioner bersifat terbuka.

3. Tahap terminasi

Setelah wawancara dilakukan, peneliti menulis laporan dan mendokumentasikan hasilnya. Peneliti harus mampu menuliskan setiap frase, kata dan kalimat serta pengertian secara tepat sehingga dapat mendeskripsikan data dan hasil analisis yang telah dibuat. Peneliti mencatat kembali jika ada data tambahan dan memberikan *reward* kepada informan. Selanjutnya peneliti menyatakan bahwa penelitiannya sudah selesai kepada informan.

3.5. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Definisi operasional dalam penelitian ini meliputi:

1. Pengiriman/Penerimaan MT adalah pemberian biskuit kepada keluarga sasaran diberikan selama 3 bulan dengan pemberian 1 kali dalam sebulan.
2. Penyimpanan MT adalah membuat laporan terdiri dari kondisi biskuit, biskuit masuk dan biskuit serta tempat penyimpanan yang bersih, tertutup dan hewan kecil tidak dapat masuk.
3. Pendistribusian MT adalah tindakan petugas gizi mengantar dan memberikan biskuit kepada keluarga sasaran sesuai dengan kebutuhan selama 3 bulan berdasarkan kriteria balita usia 6-11 bulan diberikan 8 keping (satu bungkus) per hari dan usia 12-59 bulan diberikan 12 keping (satu bungkus) per hari.

Pada pelaksanaan pendistribusian, informan memberikan penyuluhan dan pemantauan perkembangan berat badan bayi.

4. Pemberian MT adalah tindakan ibu memberikan biskuit pada balita usia 6-11 bulan diberikan 8 keping (satu bungkus) per hari dan usia 12-59 bulan diberikan 12 keping (satu bungkus) per hari serta perilaku ibu dalam memberikan pola asuh terutama pemberian makanan mengandung gizi baik, penimbangan balita dan pola kesehatan.

3.6. Metode Pengukuran

Pengukuran dilakukan melalui wawancara secara mendalam kepada informan dengan menggunakan pedoman wawancara. Kegiatan wawancara mendalam tersebut direkam menggunakan alat perekam, selanjutnya hasil rekaman tersebut dituliskan dalam bentuk verbatim. Untuk memperdalam analisis tentang faktor yang memengaruhi efektivitas PMT, maka ibu dari balita gizi kurang diwawancarai yang berpedoman pada kuesioner untuk mengetahui bagaimana pemberian makanan tambahan balita gizi kurang sehari-hari. Jumlah pertanyaan sebanyak 16 pertanyaan dengan menggunakan skala *Guttman* alternatif jawaban ya dan tidak.

3.7. Analisa Data

Untuk menetapkan validasi data kualitatif diperlukan teknik pemeriksaan data. Teknik pemeriksaan data tersebut didasarkan atas kriteria derajat kepercayaan, keteralihan, kebergantungan dan kepastian. Pada data primer melalui wawancara mendalam dilakukan konfirmasi dengan metode triangulasi sumber

yaitu dengan melakukan *cross check* pendapat satu informan dengan informan lainnya (65).

Dalam pengujian keabsahan data, metode yang digunakan pada penelitian ini yaitu pengujian *credibility*. Kredibilitas data atau ketepatan dan keakuratan suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dapat dikatakan memiliki kredibilitas tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipasinya dalam konteks sosial mereka. Pada penelitian ini pengujian kredibilitas antara lain perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan, triangulasi, diskusi dengan teman, dan analisa kasus negatif.

Data yang telah berhasil diperoleh pada lokasi penelitian, dikumpulkan dan dicatat dalam penelitian, harus diusahakan bukan hanya untuk kedalaman dan kebenarannya tetapi juga bagi kemantapan dan ketepatannya. Triangulasi merupakan cara yang paling umum digunakan bagi peningkatan validitas data dalam desain penelitian kualitatif. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain. Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan teknik triangulasi data (sering kali juga disebut dengan triangulasi sumber), yaitu cara membandingkan dan memeriksa kembali derajat kepercayaan suatu informasi atau data yang telah diperoleh melalui wawancara dengan data sekunder berupa dokumen-dokumen terkait, dan hasil observasi (66).

Selanjutnya, peneliti menarik kesimpulan dan pengambilan tindakan dan selanjutnya verifikasi substantif (triangulasi substantif). Menurut Moleong analisis data dilakukan dengan rangkaian tahapan sebagai berikut:

1. Reduksi data

Mengumpulkan yang didapat dan menyederhanakan informasi tersebut, memilih hal-hal pokok dan memfokuskannya pada hal-hal penting, mencari tema atau pola dari laporan atau data yang didapat di lapangan. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberi gambaran yang lebih tajam tentang hasil pengamatan, di samping mempermudah peneliti untuk mencari data yang diperlukan.

2. *Display* (penyajian data)

Menyajikan berbagai informasi dari data setelah dianalisis sehingga memberikan gambaran seluruhnya atau bagian-bagian tertentu dari penelitian yang dilakukan.

3. Penarikan kesimpulan dan verifikasi

Kegiatan analisis data dimaksudkan untuk mencari makna dan membuat kesimpulan dari data yang telah dikumpulkan dengan mencari pola, tema, hubungan, persamaan, hal-hal yang sering timbul dan hipotesis kerja. Pada mulanya kesimpulan tersebut tentunya masih sangat tentatif, kabur dan diragukan. Akan tetapi, dengan bertambahnya data dan melalui verifikasi yang terus dilakukan selama penelitian berlangsung maka kesimpulan tersebut menjadi lebih mendalam dan akurat (66). Selanjutnya untuk mengetahui faktor yang

memengaruhi efektivitas PMT pada balita gizi kurang dari ibu balita tersebut dianalisis dengan mendeskripsikan keadaan yang ditemukan di lapangan melalui wawancara berpedoman pada kuesioner.