

Studi Kasus Kualitatif Pelaksanaan Program Pemberian Makan Bayi dan Anak Lima Puskesmas di Lombok Tengah

Lina Nurbaiti

Abstrak

Latar Belakang: Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi pangan dan penyakit infeksi. Dalam melaksanakan upaya perbaikan gizi, tenaga gizi sebagai penganggung jawab utama berfungsi membantu Kepala Puskesmas mengelola program gizi puskesmas dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi. Standar emas PMBA direkomendasikan karena dapat menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kualitas hidup ibu sesuai dengan Millenium Developments Goals yang keempat dan kelima. Praktik pemberian makan pada bayi dan anak (PMBA) yang optimal merupakan intervensi yang efektif dalam meningkatkan status kesehatan anak dan menurunkan kematian anak. **Metode:** Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif yang dijelaskan secara deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Informan dalam penelitian ini adalah 5 orang petugas gizi di lima Puskesmas Kabupaten Lombok Tengah. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan wawancara mendalam (*in-depth interview*). **Hasil:** Puskesmas telah melaksanakan program PMBA untuk mengatasi masalah gizi balita. Fungsi manajemen petugas gizi terhadap Program Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak adalah membuat pelatihan konseling bagi kader dan membuat kelas ibu hamil KEK, kelas gizi bagi balita. Keterbatasan kualitas(keterampilan konseling) dan kuantitas(jumlah) SDM (petugas gizi dan kader) dan sarana prasarana masih menjadi masalah di Puskesmas. Sampai saat ini belum ada kegiatan monev yang dilakukan oleh petugas gizi Puskesmas mengenai kegiatan terkait PMBA. **Kesimpulan:** Kegiatan PMBA masih belum menjadi salah satu prioritas utama di Puskesmas

Katakunci

fungsi manajemen, petugas gizi, PMBA, Puskesmas

Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

*e-mail: betty_herlin@yahoo.com

1. Pendahuluan

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi sumber daya manusia, oleh karena itu menjadi suatu keharusan bagi semua pihak untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan demi kesejahteraan masyarakat.¹

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik, dan status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi. Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi pangan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan pangan, faktor sosial ekonomi, budaya dan politik. Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional, maka untuk itu pemenuhan gizi khususnya pada balita dan anak harus terpenuhi.¹

Dalam melaksanakan upaya perbaikan gizi, tenaga gizi sebagai penganggung jawab utama berfungsi

membantu kepala Puskesmas mengelola program gizi puskesmas dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi. Fungsi manajemen tersebut merupakan proses dalam menggunakan sumber daya yang tersedia untuk menghasilkan peningkatan status gizi bayi dan anak.^{2,3}

Upaya untuk meningkatkan kesehatan dan gizi anak sebagaimana diamanatkan oleh Undang Undang Dasar Tahun 1945 dan Perjanjian Internasional seperti Konvensi Hak Anak (Komisi Hak Azasi Anak PBB, 1989, Pasal 24), yakni memberikan makanan yang terbaik bagi anak usia di bawah 2 tahun. Untuk mencapai hal tersebut, Strategi Nasional Peningkatan Pemberian ASI dan MP-ASI merekomendasikan pemberian makanan yang baik dan tepat bagi bayi dan anak 0-24 bulan adalah: (1) inisiasi menyusui dini segera setelah lahir minimal selama 1 jam; (2) pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan; (3) memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) mulai usia 6 bulan; (4) meneruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun atau lebih.⁴

World Health Organization (WHO) dalam Resolu-

si World Health Assembly (WHA) nomor 55.25 tahun 2002 tentang Global Strategy of Infant and Young Child Feeding melaporkan bahwa 60% kematian balita langsung maupun tidak langsung disebabkan oleh kurang gizi dan 2/3 dari kematian tersebut terkait dengan praktik pemberian makan yang kurang tepat pada bayi dan anak.⁵

Menyusui secara eksklusif selama 6 bulan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam rangka penurunan angka kematian bayi di Indonesia. Kebutuhan gizi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sampai usia 6 bulan cukup dipenuhi hanya dari ASI saja karena ASI mengandung semua zat gizi dan cairan yang dibutuhkan untuk memenuhi seluruh kebutuhan gizi selama 6 bulan kehidupan.⁶

Berdasarkan pada hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2009-2011, cakupan pemberian ASI eksklusif pada seluruh bayi dibawah 6 bulan (0-6 bulan) meningkat dari 61,3% pada tahun 2009 menjadi 61,5% pada tahun 2010 tetapi sedikit menurun menjadi 61,1% tahun 2011. Pemberian ASI Eksklusif 0-6 bulan berdasarkan hasil Susenas tahun 2012 sebesar 63,4%, sedangkan cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi sampai 6 bulan sebesar 34,3% pada tahun 2009 menurun menjadi 33,6% pada tahun 2010 dan sedikit meningkat menjadi 38,5% pada tahun 2011 dan menurun lagi menjadi 37,9% di tahun 2012 (Kemenkes, 2014).⁷

Kecenderungan yang sama juga ditunjukkan hasil Survei Demografi Kependudukan Indonesia (SDKI) tahun 2007 dan 2012, pada bayi kurang dari 6 bulan praktik pemberian ASI sebanyak 32% dan susu botol 28% (2007) lalu pada tahun 2012 pemberian ASI sebesar 42% dan susu botol menjadi 29%, yang mengindikasikan meningkatnya peran pemberian makanan selain ASI yang menghambat perkembangan pemberian ASI Eksklusif. Menurut WHO tahun 2009, cakupan ASI Eksklusif 6 bulan sebesar 32%. Hasil Riskesdas tahun 2010 cakupan pemberian ASI Eksklusif untuk bayi laki-laki sebesar 29,0% dan pada bayi perempuan sebesar 25,4%.⁵

Pemberian makan yang terlalu dini dan tidak tepat mengakibatkan banyak anak yang menderita kurang gizi. Untuk itu perlu dilakukan pemantauan pertumbuhan sejak lahir secara rutin dan berkesinambungan. Fenomena "gagal tumbuh" atau growth faltering pada anak Indonesia mulai terjadi pada usia 4-6 bulan ketika bayi diberi makanan selain ASI dan terus memburuk hingga usia 18-24 bulan. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan 19,6% balita di Indonesia yang menderita gizi kurang (BB/U \leq -2 Z-Score) dan 37,2% termasuk kategori pendek (TB/U \leq -2 ZScore). Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang Kesehatan 2010-2014 telah ditetapkan indikator sasaran kegiatan pembinaan gizi masyarakat yaitu menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi kurang dari 15% dan balita pendek kurang dari 32%. Salah satu upaya untuk mencapai sasaran tersebut adalah mempromosikan pemberian MP-ASI yang tepat jumlah, kualitas dan tepat waktu.⁸

MP-ASI mulai diberikan sejak bayi berumur 6 bulan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi dan anak

selain dari ASI. MP-ASI yang diberikan dapat berupa makanan berbasis pangan lokal. Pemberian MP-ASI berbasis pangan lokal dimaksudkan agar keluarga dapat menyiapkan MP-ASI yang sehat dan bergizi seimbang bagi bayi dan anak 6-24 bulan di rumah tangga sekaligus sebagai media penyuluhan.⁸

Setiap keluarga yang mempunyai bayi dan anak usia 6-24 bulan hendaknya mempunyai pengetahuan tentang Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), agar mampu memberikan ASI eksklusif dan menyiapkan MP-ASI yang sesuai di masing-masing keluarga. Pendampingan oleh orang yang berkompeten dalam hal ini termasuk petugas gizi sangat penting. Untuk itu kader posyandu perlu dilatih agar mempunyai pengetahuan tentang ASI eksklusif dan MP-ASI serta keterampilan pemantauan pertumbuhan dan keterampilan memberikan konseling.⁷

Rekomendasi WHO dan UNICEF yang tercantum dalam Global Strategy for Infant and Young Child Feeding terdiri dari empat hal penting yang harus dilakukan dalam praktik pemberian makan pada bayi dan anak (PMBA), yaitu memberikan air susu ibu (ASI) kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, memberikan ASI saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, memberikan makanan pendamping air susu ibu (MPASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan serta meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (WHO dan UNICEF, 2003).⁹

Standar emas PMBA ini sangat direkomendasikan karena dapat menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kualitas hidup ibu sesuai dengan Millenium Developments Goals yang keempat dan kelima. Risiko mortalitas pada anak yang tidak pernah disusui 21% lebih besar saat postnatal. Risiko kematian karena diare 4,2 kali lebih sering pada bayi yang disusui parsial dan 14,2 kali lebih sering pada bayi yang tidak disusui. Risiko kematian meningkat 4 kali pada bayi dengan susu formula, dan meningkat sejalan dengan semakin lama permulaan menyusui. Permulaan menyusui setelah hari pertama meningkatkan 2,4 kali resiko kematian bayi. Inisiasi menyusui dini (IMD) menurunkan 22% kematian bayi bila dilakukan dalam 1 jam pertama, dan 16% bila dalam 1 hari pertama. ASI eksklusif 6 bulan diteruskan dengan makanan pendamping ASI sampai 11 bulan, menurunkan 13% resiko mortalitas balita. ASI eksklusif 6 bulan sampai 2 tahun mengurangi kejadian malnutrisi pada bayi dan anak di negara berkembang. Pemberian MPASI yang tepat saat bayi berusia enam bulan mengurangi risiko malnutrisi.⁹

Praktik pemberian makan pada bayi dan anak (PMBA) yang optimal merupakan intervensi yang efektif dalam meningkatkan status kesehatan anak dan menurunkan kematian anak. Faktanya, berdasarkan survei di India pada tahun 2007-2008 hanya 40,2% melakukan IMD, 46,4% ASI eksklusif, 24,9% anak berusia 6 sampai 35 bulan yang disusui selama paling sedikit 6 bulan dan 23,9% anak berusia 6 sampai 9 bulan menerima makanan padat, semi padat dan ASI.⁹

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif yang dijelaskan secara deskriptif untuk mengkaji fungsi manajemen petugas gizi terhadap program pemberian makan bayi dan anak (PMBA) di Kabupaten Lombok Tengah 2017. Pemilihan pendekatan kualitatif ini dimaksudkan untuk menggali gagasan dan memperoleh pemahaman mendalam untuk mengetahui gambaran fungsi manajemen tenaga gizi terhadap program pemberian makanan pada bayi dan anak di Kabupaten Lombok Tengah tahun 2017 dan memudahkan peneliti untuk menyusun rekomendasi model preventif masalah gizi pada balita dan anak di Kabupaten Lombok Tengah.

Tipe penelitian yang digunakan adalah tipe studi kasus intrinsik dengan tujuan untuk memahami secara utuh gambaran fungsi manajemen tenaga gizi terhadap program pemberian makanan pada bayi dan anak di Kabupaten Lombok Tengah tahun 2017.

2.1 Karakteristik dan Jumlah Informan

Informan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan kriteria kecukupan dan kesesuaian. Kecukupan diartikan sebagai data atau informasi yang diperoleh dari informan diharapkan dapat menggambarkan fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian. Sedangkan kesesuaian diartikan sebagai informan dipilih berdasarkan keterkaitan informan dengan topik penelitian. Oleh karena itu jumlah informan tidak menjadi faktor penentu utama dalam penelitian ini tetapi kelengkapan data lebih diutamakan. Informan dalam penelitian ini adalah lima orang petugas gizi di lima Puskesmas yang ada di Kabupaten Lombok Tengah.

2.2 Metode Penentuan Informan

Metode penentuan informan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *non-probability sampling / non-random sampling* jenis *purposive sampling*. *Purposive sampling* berfokus pada pemilihan kasus (atau individu) yang memiliki informasi tertentu yang dapat menjawab pertanyaan penelitian.¹⁰

2.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di lima Puskesmas wilayah Kabupaten Lombok Tengah, NTB. Pemilihan lokasi penelitian ini dilakukan secara purposif dengan mempertimbangkan jumlah petugas gizi yang mendapat pelatihan PMBA sebelumnya. Secara keseluruhan, penelitian berlangsung dalam waktu tujuh bulan, dimulai pada bulan April 2017 sampai dengan bulan Oktober 2017.

2.4 Instrumen Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif. Instrumen utama dalam penelitian ini adalah checklist wawancara mendalam (*in-depth interview*) yang dilengkapi dengan daftar pertanyaan yang berhubungan dengan fokus penelitian, serta alat rekam suara (*recorder*) untuk membantu penulisan hasil penelitian.

2.5 Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan merupakan data primer dan data sekunder. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap petugas gizi Puskesmas, sedangkan data sekunder merupakan data dan dokumen yang diperoleh selama penelitian.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis desain penelitian fenomenologi dengan menggunakan analisis tema. Data dianalisis dengan cara mengumpulkan data, editing, dan secara tematik. Data dikumpulkan dari hasil observasi dan *in-depth interview*. Selanjutnya diklasifikasikan secara tematik berdasarkan sumber data yang dipergunakan dan disajikan dalam bentuk narasi. Dalam menguji keabsahan data peneliti menggunakan teknik triangulasi teknik yaitu hasil yang diperoleh berdasarkan *in-depth interview* pada informan kemudian dibandingkan dengan hasil observasi lapangan.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Karakteristik Informan

In depth interview yang dilakukan dalam penelitian ini melibatkan 5 informan petugas gizi di Puskesmas Kabupaten Lombok Tengah (Puskesmas Ubung, Puskesmas Puyung, Puskesmas Batunyal, Puskesmas Penujak dan Puskesmas Kuta). Kelima informan tersebut dipilih berdasarkan pengetahuan informan mengenai Program Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak (PMBA) yang telah menjalani pelatihan Program Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak (PMBA). Wawancara dilakukan dengan melakukan pertanyaan terbuka mengenai fungsi manajemen petugas gizi terhadap program pemberian makanan pada bayi dan anak di Kabupaten Lombok Tengah. Karakteristik informan dalam penelitian ini dibedakan menurut usia, jenis kelamin, tempat tinggal, status pernikahan, pendidikan terakhir, lama menjadi petugas gizi, jenjang pelatihan PMBA yang sudah dijalani.

3.2 Diskusi tentang Program

Kelima informan menyatakan di Puskesmas-nya ada Program PMBA. Program PMBA yang dijalankan di Puskesmas adalah Pelatihan konseling PMBA bagi kader dan kelas PMBA bagi ibu hamil KEK. Materi pelatihan terbatas pada ASI, MPASI, makanan balita, anak, dan makanan keluarga.

Kelima ahli gizi dari lima Puskesmas yang berbeda sudah menjalankan program PMBA sesuai dengan program pemerintah. Inti dari program PMBA ini adalah memberikan pelatihan kepada kader mengenai cara konseling pemberian makanan pada bayi dan anak. Puskesmas sendiri tidak hanya melakukan pelatihan kepada kader, namun juga membentuk kelas PMBA bagi ibu hamil KEK berikut dengan praktek menyusun dan memasak menu seimbang, sementara menu MPASI dan menu makanan keluarga untuk balita materi dan prakteknya masih kurang terkait tenaga, waktu, alat dan bahan.

Tabel 1. Karakteristik Informan

Karakteristik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5
Umur (tahun)	32	33	34	35	40
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan	Perempuan	Perempuan	Perempuan
Domisili	Lombok Tengah	Lombok Tengah	Lombok Tengah	Lombok Tengah	Lombok Barat
Status	Menikah	Menikah	Menikah	Menikah	Menikah
Pendidikan	D3 Gizi	D3 Gizi	D3 Gizi	D3 Gizi	D3 Gizi
Lama Tugas (tahun)	8	10	11	12	13
Jenjang PMBA	Fasilitator	Fasilitator	Fasilitator	Fasilitator	Fasilitator

PMBA=Pemberian Makanan Bayi dan Anak

Dari jawaban informan tersebut, dapat disimpulkan bahwa ahli gizi di Puskesmas menjalankan program PMBA berupa pelatihan konseling gizi pada kader dan pemateri di kelas ibu hamil KEK namun materi yang disampaikan terkait MPASI, makanan balita dan anak masih kurang.

3.3 Diskusi tentang Latar Belakang Program

Semua informan menjawab bahwa latar belakang program tersebut adalah masih tingginya angka masalah gizi pada balita terkait pemberian makan. Masalah gizi pada balita di Kabupaten Lombok Tengah masih tinggi dan salah satu factor yang mempengaruhinya adalah masalah pemberian makan yang keliru pada balita dan anak. Dapat disimpulkan bahwa latar belakang program ini sudah sesuai dengan program pemerintah yaitu untuk mengatasi masalah gizi balita dan anak.

3.4 Diskusi tentang Fungsi Petugas Gizi dalam Program PMBA di Puskesmas

Menurut informan, petugas gizi berperan sebagai fasilitator pelatihan konseling PMBA bagi kader, sebagai konselor gizi bagi balita bermasalah gizi yang dirujuk oleh kader di Posyandu dan pemateri dalam kelas ibu hamil KEK. Keterampilan konseling informan selaku ahli gizi masih kurang. Hal ini diketahui melalui pertanyaan mendalam peneliti mengenai tugas konselor, cara konseling dan praktek konseling. Tiga dari lima informan mengetahui teori konseling dengan benar namun ketika diminta mencontohkan dengan praktek langsung, kelima informan tidak melakukan konseling sebagaimana seharusnya. Dapat disimpulkan bahwa kemampuan konseling ahli gizi masih kurang.

3.5 Diskusi tentang Perencanaan Kegiatan PMBA

Selama ini ahli gizi di Puskesmas masih pasif melakukan proses penyusunan perencanaan kegiatan PMBA, ahli gizi di Puskesmas akan langsung menghadap ke kepala Puskesmas untuk mengusulkan kegiatan dan menunggu keputusan Kepala Puskesmas untuk usulan yang disampaikan. Usulan yang dimaksud disampaikan secara verbal, bukan dalam bentuk proposal tertulis. Kegiatan PMBA mengikuti kegiatan yang diminta oleh Dinas Kesehatan. Empat dari lima informan masih tampak kebingungan dalam menyusun rencana kegiatan.

Perencanaan tingkat puskesmas adalah suatu proses kegiatan yang sistematis untuk menyusun atau mem-

persiapkan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun berikutnya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kepada masyarakat dalam upaya mengatasi masalah kesehatan setempat. Perencanaan ini bermanfaat dalam memberikan petunjuk untuk penyelenggaraan upaya kegiatan secara efektif dan efisien demi tercapainya tujuan. Perencanaan tingkat puskesmas ini disusun melalui 4 tahap diantaranya adalah tahap persiapan perencanaan, tahap analisis situasi, tahap penyusunan RUK, dan tahap pelaksanaan kegiatan. Dari diskusi ini dapat disimpulkan bahwa perencanaan program belum sesuai dengan perencanaan tingkat puskesmas.

3.6 Pelaksanaan Program PMBA dan Ketersediaan SDM

Kelima informan mengatakan bahwa pelaksanaan program PMBA dan pelatihan Kader masih belum maksimal. Hal tersebut terjadi karena petugas gizi yang sudah mendapatkan pelatihan lengkap PMBA hanya 1 orang dari tiap puskesmas. Di tingkat desa, dari masing-masing desa hanya 1 kader yang telah mengikuti pelatihan PMBA. Kelima informan menyatakan kurangnya SDM ini menyebabkan petugas tidak bisa mencakup seluruh balita di wilayah kerja Puskesmas masing-masing. Keterbatasan ini masih ditambah lagi dengan seringnya mutasi mendadak bagi tenaga kesehatan Puskesmas sehingga pemerataan petugas terlatih tidak terpenuhi. Mengingat kondisi tiap desa dengan jumlah balita yang cukup besar, seharusnya dibutuhkan lebih banyak kader lagi yang dilatih dalam menerapkan kegiatan dalam PMBA ini sendiri. Kegiatan dalam PMBA itu sendiri akan sulit diterapkan karena proses konseling membutuhkan waktu yang tidak singkat. Dari diskusi ini disimpulkan masih kurangnya ketersediaan SDM, baik tenaga gizi terlatih maupun kader terlatih untuk kegiatan PMBA.

3.7 Diskusi tentang Sarana dan Prasarana

Menurut informan ketersediaan sarana dan prasarana penunjang pelatihan konseling PMBA masih belum memadai. Informan menyampaikan bahwa buku panduan kader, alat ukur antropometri yang sesuai standar, dan alat memasak masih belum tersedia. Alat masak yang dibutuhkan untuk demo memasak langsung sementara ini masih meminjam di kader.

Dalam kegiatan pelatihan dan konseling seharusnya sarana dan prasarana tersedia seperti kartu konseling dan brosur. Dalam hal ini, kelima ahli gizi belum memahami tujuan kegiatan PMBA yang seharusnya yaitu konseling.

Petugas gizi masih beranggapan bahwa tujuan utama kegiatan PMBA ini sendiri adalah penyuluhan, seminar, bahkan workshop karena sarana prasarana yang mereka sebutkan adalah sarana prasarana yang dibutuhkan untuk kegiatan yang dimaksud (penyuluhan, seminar, ceramah, atau workshop), seperti buku panduan yang digunakan oleh kader, alat ukur antropometri yang sesuai standar, dan alat memasak. Dukungan ketersediaan sarana prasarana yang lengkap akan memudahkan transfer ilmu dari sisi KAP serta memudahkan proses konseling itu sendiri. Dari diskusi ini dapat disimpulkan bahwa sarana dan prasarana penunjang dalam pelatihan PMBA masih kurang.

Terkait pemanfaatan sarana dan prasarana dua informan mengatakan bahwa dengan adanya kekurangan atau keterbatasan kartu konseling kegiatan konseling pun menjadi tidak terlaksana dengan baik. Terdapat perbedaan pendapat pada kelima informan, yaitu informan tiga dan empat mengatakan bahwa kegiatan PMBA lebih berfokus kegiatan konseling, sedangkan informan lainnya secara tidak langsung menyatakan bahwa program PMBA berfokus pada penyuluhan. Dalam kegiatan PMBA berdasarkan modul pelatihan konseling PMBA kegiatan PMBA sendiri menekankan pada kemampuan kader dalam melakukan konseling kepada baik itu pada ibu, pengasuh dalam pemberian makanan, sehingga dengan konseling ini diharapkan adanya feedback maupun nasihat yang dapat dilaksanakan oleh masyarakat. Dengan adanya perbedaan pendapat ini, tujuan utama PMBA dalam kegiatan konseling ini mungkin akan sulit dilakukan di masyarakat. Dari diskusi ini dapat disimpulkan bahwa masih terdapat perbedaan persepsi mengenai tujuan utama kegiatan program PMBA.

3.8 Diskusi tentang Sumber Dana

Kelima informan mengatakan bahwa sumber dana dalam kegiatan ini berasal dari dana BOK Puskesmas dan Anggaran Dana Desa (ADD). Sejauh ini sumber dana terbesar berasal dari dana puskesmas dan hanya beberapa desa saja yang menyisihkan anggaran dana desanya untuk kegiatan PMBA. Selain itu, saat ini program PMBA ini masih mengalami kekurangan dana karena terbaginya dana BOK Puskesmas ke berbagai Program lain.

Sumber dana program PMBA adalah dari dana BOK atau bantuan operasional kesehatan. Dana BOK merupakan bantuan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk mendukung operasional puskesmas dalam rangka pencapaian program kesehatan prioritas nasional, khususnya kegiatan promotif dan preventif sebagai upaya dalam kegiatan masyarakat. BOK diharapkan dapat mendekatkan petugas kesehatan kepada masyarakat dan memberdayakan masyarakat melalui mobilisasi kader kesehatan untuk berperan aktif dalam pembangunan kesehatan. Dalam pengelolaan di puskesmas BOK merupakan satu kesatuan sumber pembiayaan operasional untuk pelaksanaan upaya kesehatan bersama sumber dana lain yang ada di puskesmas, seperti dana kapitasi BPJS, dan dana lainnya yang sah. Seiring dengan diterbitkannya undang-undang no 6 tahun 2014 tentang desa

yang didalamnya mengatur tentang alokasi dana desa dan undang-undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS dan peraturan turunannya yang mengatur dana kapitasi untuk puskesmas diharapkan terjadi sinergisme biaya operasional puskesmas sehingga akan semakin meningkatkan capaian pembangunan kesehatan.¹¹ Dapat disimpulkan bahwa sumber dana program PMBA adalah dari BOK.

3.9 Diskusi tentang Monitoring dan Evaluasi Kegiatan

Kelima informan menjawab kegiatan monitoring dan evaluasi masih belum dapat dilaksanakan sesuai dengan semestinya karena belum ada pedoman penilaian (*checklist*) untuk kegiatan PMBA ini. Untuk sementara ini kegiatan monitoring evaluasi hanya dilakukan dengan pemantauan saat posyandu dan melihat dari buku catatan kader setelah melakukan konseling. Pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan PMBA merupakan bagian penting untuk mengetahui proses pelaksanaan dan hasil kegiatan PMBA. Pemantauan dilaksanakan sejak tahap perencanaan sampai tahap pelaksanaan kegiatan PMBA agar diketahui permasalahan yang dihadapi dan dilakukan perbaikan segera apabila timbul permasalahan.⁵ Komponen yang dipantau dan dievaluasi adalah komponen masukan (input), proses, hasil, dan dampak pelaksanaan strategi meliputi:

1. Forum koordinasi pelaksanaan kegiatan lintas sektor terkait dalam peningkatan PMBA
2. Pemenuhan kebijakan, norma standar, prosedur, kriteria pemberian ASI dan MPASI pada sektor / provinsi / kabupaten / kota.
3. Terlaksananya standar pelayanan minimal (SPM)
4. Program peningkatan PMBA
5. Kelompok pendukung ASI ditingkat masyarakat
6. Konselor ASI
7. Jumlah tenaga kesehatan yang telah dilatih mengenai konseling menyusui dan pemberian MPASI
8. Jumlah rumah sakit / fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui
9. Kegiatan pemantauan dan penegakkan hukum pemantauan susu formula Monitoring dan evaluasi program PMBA belum dilaksanakan di tingkat Puskesmas.

Seluruh diskusi memberikan informasi penting, yaitu: 1) kelima ahli gizi terlatih konseling PMBA dari lima Puskesmas berbeda berperan sebagai fasilitator pelatihan konseling PMBA bagi kader, namun isi pokok materi pelatihan belum dikuasai; 2) kemampuan konseling ahli gizi masih kurang; 3) perencanaan program PMBA belum sesuai dengan tingkat perencanaan puskesmas; 4) kurangnya ketersediaan SDM, baik tenaga gizi terlatih maupun kader terlatih untuk kegiatan PMBA; 5) sarana

dan prasarana penunjang dalam pelatihan PMBA masih kurang; 6) terdapat perbedaan persepsi mengenai tujuan utama kegiatan program PMBA; dan 7) monitoring dan evaluasi program PMBA belum dilaksanakan di tingkat Puskesmas.

Dari kondisi tersebut perlu dilakukan evaluasi pengetahuan dan keterampilan ahli gizi terlatih dan kader mengenai program PMBA secara berkala. Perlu direncanakan pula peningkatan kemampuan konseling bagi ahli gizi agar dapat memberikan pelatihan dengan tepat kepada kader. Untuk meningkatkan kemampuan dalam hal perencanaan, perlu pelatihan mengenai penyusunan perencanaan program beserta sarana prasarana yang dibutuhkan terkait program gizi bagi tenaga ahli gizi di Puskesmas. Kurangnya SDM perlu diatasi dengan peningkatan kuantitas dan kualitas SDM terutama ahli gizi dan kader terlatih untuk kegiatan PMBA serta penempatan ahli gizi di tiap desa. Perlu persamaan persepsi diantara kelima informan apa tujuan program PMBA yang seharusnya. Perlu pelatihan dan penambahan checklist yang digunakan dalam kegiatan monitoring dan evaluasi, serta melaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi dari tahap perencanaan hingga akhir.

4. Kesimpulan

Kegiatan PMBA masih belum menjadi salah satu prioritas utama di Puskesmas

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2007.
2. Handoko TH. Manajemen. 2nd ed. Yogyakarta: BPF; 2003.
3. Hasibuan MSP. Manajemen, Dasar, Pengertian dan Masalah. Jakarta: Bumi Aksara; 2007.
4. Limawan. Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian ASI Secara Eksklusif. Klaten: Kabid Kesmas Dinkes Klaten; 2014.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Strategi Peningkatan Makanan Bayi dan Anak (PMBA). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
6. Nuryanto. Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Semarang: Universitas Diponegoro; 2016.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Panduan Penyelenggaraan Pelatihan Konseling Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
8. Direktur Jenderal Bina Gizi dan KIA. Panduan Fasilitator: Modul Pelatihan Konseling Pemberian Makanan Bayi dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
9. UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organisation-UNICEF; 2003.
10. Rokhmah, et al. Metode Penelitian Kualitatif. Jember: Jember University Press; 2011.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, Serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.