

# Laporan Hasil Kajian

**Program Gizi Ibu dan Anak**

**2012 – 2015**

**Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS)**

**Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT)**

**Indonesia**

**Organisasi Pengkaji:** SEAMEO RECFON

**Peneliti Utama :** Drupadi Dillon, PhD

**Anggota Peneliti :** Daniel Sahanggamu, MSc& Dewi Fatmaningrum, MSc

**Penanggung Jawab Kajian WFP:** Retno Sri Handini

**Panitia Pengkajian :** Kantor WFP Jakarta, Indonesia

**Augustus 2016**

## **Ungkapan Terima Kasih**

Kelompok Peneliti menyampaikan terima kasih kepada perwakilan Kantor WFP di Jakarta dan Kupang atas bantuan fasilitas yang diperlukan selama berlangsungnya kegiatan kajian ini.

Terima kasih juga kami tujukan kepada Saudara Stephen Kodish atas nasehat dan bantuannya, terutama atas saran serta penjelasan terkait kajian kualitatif yang digunakan dalam kajian ini.

Terima kasih khusus kami tujukan kepada subjek yang kami libatkan dalam kajian ini, serta kepala desa, petugas kesehatan, kader dan pemuka masyarakat di kabupaten Timor Tengah Selatan, Propinsi Nusa Tenggara Timur, atas bantuan selama berlangsungnya kajian ini. Kerjasama serta kemudahan yang kami dapatkan sangat diperlukan untuk kelancaran kami melaksanakan kegiatan kajian ini.

Kami sangat menghargai semua pihak yang telah membantu kami dalam melaksanakan kajian ini, baik pewawancara dan pengawas, kelompok penguji kualitas, serta kelompok pengelola data, yang telah menunjukkan kesungguhan bekerja selama kajian ini berlangsung, sehingga menghasilkan kajian yang padat karya berdasarkan metodologi yang baik dan benar, sehingga hasil kajian dapat menghasilkan berbagai luaran penting yang dapat kami banggakan.

## **Sangkalan**

Hasil kajian dan pemikiran yang ada dalam laporan ini merupakan karya dari pelaksana kajian, dan bukan merupakan hasil dari WFP. Tanggung jawab atas penjelasan yang diungkapkan dalam laporan ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab pembuat laporan. Publikasi dokumen ini tidak merupakan pendapat ataupun ungkapan WFP.

Penjelasan maupun gambaran dari peta yang disajikan bukan merupakan pendapat dan tidak melibatkan WFP baik dari segi hukum atau perundangan suatu negara, kedaulatan wilayah darat dan lautan atau pembatasan wilayah tertentu.

## Daftar Isi

Ungkapan Terima Kasih .....	1
Sangkalan .....	2
Daftar Isi.....	3
Daftar Tabel .....	5
Daftar Gambar .....	<del>7</del> 6
Daftar Singkatan.....	<del>8</del> 7
Ringkasan .....	<del>9</del> 8
1. Pendahuluan .....	<del>13</del> 12
<b>1.1 Latar belakang .....</b>	<del>13</del> 12
<b>1.2 Kerangka Program .....</b>	<del>14</del> 13
<b>1.3 Gambaran Program Gizi Ibu dan Anak .....</b>	<del>15</del> 14
<b>1.3.1 Tujuan Program Gizi Ibu dan Anak .....</b>	16
<b>1.3.2 Berbagai segi Program Gizi Ibu dan Anak: Luaran, Hasil dan Dampak.....</b>	<del>17</del> 16
2. Metodologi.....	<del>20</del> 19
<b>2.1 Rancangan Kajian .....</b>	<del>20</del> 19
<b>2.2 Tujuan Kajian.....</b>	20
<b>2.3 Metode Kuantitatif.....</b>	<del>23</del> 22
<b>2.4 Metode Kualitatif .....</b>	27
<b>2.5 Kaji Etik dan Izin Pelaksanaan.....</b>	<del>34</del> 33
<b>3. Hasil Kajian .....</b>	<del>34</del> 33
<b>3.1. Cakupan dan Kualitas Aktivitas Program (Tujuan Kajian 1) .....</b>	<del>36</del> 35
<b>3.2. Mengkaji Pengetahuan, Sikap dan Perilaku tentang Pengetahuan Gizi Bayi dan Anak Kecil (Tujuan Kajian 2) .....</b>	<del>48</del> 47
<b>3.3. Status Gizi Anak umur 18 – 35 bulan ( Tujuan Kajian 3) .....</b>	<del>60</del> 59
<b>3.4 Faktor lain yang Mempengaruhi Status Gizi (Tujuan Kajian 4) .....</b>	<del>64</del> 63
<b>3.5 Rangkuman Usulan untuk perbaikan Program (Tujuan Kajian 5) .....</b>	<del>72</del> 71
<b>4. Kesimpulan dan Saran.....</b>	<del>74</del> 73
5. Referensi .....	<del>76</del> 75
6. Lampiran .....	<del>78</del> 77



## Daftar Tabel

Tabel 1. Variabel, Indikator dan Cara Pengukuran .....	21
Tabel 2. Jumlah dan Jenis Subjek, Tahapan Pengumpulan Data dan Metode Pengumpulan .....	30
Data Kajian Kualitatif.....	30
Tabel 3. Karakteristik Sosio-demografik Rumah Tangga Subjek, berdasarkan Kelompok.....	3435
Program .....	3435
Tabel 4. Pendaftaran, Pencatatan Kehadiran dan Jarak Waktu mencapai Posyandu .....	38
Tabel 5. Persepsi Pelaksana Program terhadap Kualitas Pelatihan “Pemberian Makanan Bayi .....	39
dan Anak kecil” – Pola Positif dan Negatif.....	39
Tabel 6. Pola Utama Kualitatif terkait Pesan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku oleh .....	41
Peserta dan Pelaksana program .....	41
Tabel 7. Persepsi Peserta Program tentang KPP terhadap Modifikasi Materi PMBAK dan .....	41
1000 HPK.....	41
Tabel 8. Tema Bantuan Pangan yang Menonjol Berdasarkan Tingkat Pendidikan Peserta dan .....	43
Pelaksana Program.....	43
Tabel 9. Praktek Pemberian Susu Botol, berdasarkan Kelompok Program.....	49
Tabel 10. Tema Kualitatif yang Berkaitan dengan Praktek ASI Eksklusif dan Motivasi yang .....	50
Mendasari, berdasarkan Kelompok Program dan Tingkat Pendidikan .....	50
Tabel 11. Sumber Informasi mengenai Praktek Menyusui berdasarkan Jenis Peserta .....	52
Program dan Tingkat Pendidikan .....	52
Tabel 12. Umur Anak sewaktu Pengenalan Makanan Pendamping ASI berdasarkan .....	53
Kelompok Program .....	53
Tabel 13. Keragaman Pangan Minimum berdasarkan Kelompok Program dan Umur Anak.....	55
Tabel 14. Frekuensi Makan Minimum berdasarkan Kelompok, Status Menyusui, dan Umur .....	57
Anak .....	57
Tabel 15. Kecukupan Diet Minimum berdasarkan Kelompok Program dan Umur Anak .....	57
Table 16. Skor Konsumsi Makanan berdasarkan Kelompok Program .....	58
Tabel 17. Prevalensi Pendek pada Anak umur 18-35 bulan, berdasarkan Kelompok Program .....	62
dan Umur .....	62
Tabel 18. Prevalensi Kurus, Berat Badan Kurang dan Anemia pada Anak umur 18-35 bulan.....	63
berdasarkan Kelompok Program dan Umur Anak* .....	63
Tabel 19. Prevalensi Berat Badan Lahir Rendah pada Anak umur 18-35 bulan berdasarkan .....	63
Kelompok Program dan Umur Anak .....	63
Tabel 20. Skala Skor Kerawanan Akses Pangan (HFIAS) berdasarkan Kelompok Program dan .....	66
Tingkat Kerawanan Pangan Rumah Tangga.....	66
Tabel 21. Komponen dan Skor dari Skala Kerawanan Akses Pangan Rumah Tangga (HFIAS).....	67
berdasarkan Kelompok Program .....	67
Tabel 22. Model Regresi Logistik dari Faktor yang Mempengaruhi Terjangkitnya Diare pada .....	68
Anak umur 18-35 bulan dalam 2 minggu terakhir.....	68
Tabel 23. Analisa Regresi Logistik pada Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak.....	71
Tabel 24. Usulan Peserta Program untuk Meningkatkan Pelaksanaan Program .....	72



## Daftar Gambar

Gambar 1. Model Program Gizi Ibu dan Anak .....	<u>1615</u>
Gambar 2. Proporsi Jumlah Anak umur 6-23 bulan yang Mendaftar sebagai Peserta.....	<u>3736</u>
Program Dibandingkan dengan Jumlah yang Direncanakan Program .....	<u>3736</u>
Gambar 3: Proporsi Jumlah Ibu Hamil dan Menyusui yang Mendaftar sebagai Peserta .....	<u>3736</u>
Program dibandingkan dengan Jumlah yang Direncanakan Program .....	<u>3736</u>
Data kualitatif menunjukkan bahwa penerimaan rangsum pangan yang baik merupakan latar belakang utama tingginya pendaftaran sebagai peserta program baik anak umur 6-23 bulan maupun ibu hamil dan menyusui.....	<u>3837</u>
Gambar 4. Cakupan Rangsum Pangan berdasarkan Penerima dan Pembagian.....	<u>4241</u>
Gambar 5. Praktek Menyusui pada Anak umur 18-35 bulan, berdasarkan Kelompok.....	<u>4948</u>
Program .....	<u>4948</u>
Gambar 6. Pengenalan MP-ASI oleh Ibu berdasarkan Kelompok Program dan Waktu .....	<u>5453</u>
Pemberian.....	<u>5453</u>
Gambar 7. Skor Konsumsi Makanan – <i>Nutrient Quality Assessment (FCS-N)</i> berdasarkan Kelompok Program dan Zat Gizi.....	<u>5958</u>
Gambar 8. Prevalensi Indikator Status Gizi Anak Umur 18-35 bulan berdasarkan Program .....	<u>6160</u>
Gambar 9. Kerangka Konsep WFP tentang Keamanan Gizi .....	<u>6563</u>
Gambar10. Status Kesakitan pada Anak umur 18-19 bulan berdasarkan Kelompok Program .....	<u>6564</u>



## Daftar Singkatan

ASI	: Air Susu Ibu
BPS	: Badan Pusat Statistik
Baduta	: Anak Bawah Dua tahun
Balita	: Anak Balita (Bawah Lima Tahun)
CWS	: Church World Service
DKT	: Diskusi Kelompok Terfokus
FCS-N	: Food Composition Score – Nutrition
HAZ	: Height for Age Z-score
HFIA	: House Hold Insecurity Access Scale
HKI	: Hellen Keller International
IFPRI	: International Food Policy Research Institute
KMS	: Kartu Menuju Sehat (Growth Monitoring Card)
KPP	: Komunikasi untuk Perubahan Perilaku (=Behaviour Change Communication)
LLA	: Lingkar Lengan Atas
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
NTT	: Nusa Tenggara Timur
PKK	: Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
POKJANAL	: Kelompok Kerja Nasional
PMBAK	: Pemberian Makanan Bayi dan Anak kecil (=Infant Young Child Feeding)
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RDI	: Recommended Dietary Intake
TTS	: Timur Tengah Selatan
UNICEF	: United Nations Children Fund
WAZ	: Weight for Age Z-score
WB	: World Bank
WFP	: World Food Program
WHO	: World Health Organisation
WHZ	: Weighr for Height Z-score
WVI	: World Vision International

## Ringkasan Eksekutif

Ringkasan ini memaparkan berbagai hasil kajian yang telah dilakukan oleh South East Asian Ministers of Education Organization (SEAMEO) Regional Center for Food & Nutrition (REFCON) antara bulan Maret – Mei 2016. Kajian ini dilakukan sebagai bagian dari usaha Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memperbaiki keadaan gizi ibu dan anak dalam kurun waktu 1000 Hari Pertama Kehidupan diantara ibu hamil dan menyusui serta anak sebelum mencapai umur dua tahun, di Kabupaten Timor Tengah Selatan, Propinsi Nusa Tenggara Timur, Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dengan dukungan dari WFP dan berbagai mitra kerja menemu-kenali kabupaten TimorTengah Selatan Propinsi Nusa Tenggara Timur sebagai tempat dilaksanakannya Program Gizi Ibu dan Anak tahun 2012-2015. Sebagai dukungan kepada Program Kesehatan Nasional, Program Gizi Ibu dan Anak ini melibatkan berbagai jajaran mulai dari tingkat propinsi sampai kabupaten, sebagai jawaban akan tingginya defisiensi gizi menahun dan kerawanan pangan dan gizi yang menimpa anak kecil<sup>1</sup>. Menggunakan Posyandu sebagai ujung tanduk, program ini menyediakan rangsum pangan bergizi, khusus untuk anak umur 6-23 bulan dan ibu hamil dan menyusui. Program juga menyediakan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku tentang Pemberian Makanan Bayi dan Anak kecil, serta meningkatkan penggunaan fasilitas kesehatan. Selain itu, pelatihan tentang cara-cara dan kemampuan menyampaikan pesan-pesan gizi serta Kartu Menuju Sehat kepada pengasuh anak, diadakan bagi pegawai kesehatan dan relawan.

Tujuan kajian ini adalah mengkaji proses berlangsungnya kegiatan program, perilaku, keadaan gizi peserta program tahun 2012-2015. Saran-saran diajukan berdasarkan hasil kajian nyata, yang diperoleh di daerah tempat kajian dilaksanakan.

Kombinasi antara penilaian secara kuantitatif dan kualitatif diterapkan pada kajian yang dilaksanakan sejak bulan Maret- April 2016 ini. Metoda kuantitatif termasuk kajian potong lintang yang menilai penunjuk kesehatan dan gizi dari pengasuh anak dan anak umur 18-35 bulan. Kelompok anak tersebut merupakan kelompok yang menjadi peserta program, terkait rangsum pangan yang mereka terima sebagai bagian dari program 1000 Hari Pertama Kehidupan. Metode kualitatif menerapkan cara tanya-jawab dan diskusi kelompok yang dilakukan dalam dua tahap, baik kepada peserta maupun kepada pemangku kepentingan program dari berbagai tataran. Hasil temuan dari kedua metode dikombinasikan untuk mencapai suatu luaran dan kesimpulan.

---

<sup>1</sup> Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

Kajian dilakukan pada 893 anak umur 18-35 bulan asal 34 desa dari 14 kecamatan pada mana program diterapkan. Sebagai pembanding, kajian dilakukan pada 908 anak dengan umur yang sama dari 35 desa bukan program. Status sosio-ekonomi dari rumah tangga peserta program lebih baik dari pada rumah tangga bukan peserta program. Bukan peserta program memerlukan waktu perjalanan lebih lama untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat, serta lebih banyak yang ikut program pemerintah dalam Keamanan Pangan dibandingkan dengan peserta Program Gizi Ibu dan Anak ini. Perbedaan-perbedaan tersebut ikut dipertimbangkan dalam kajian ini.

Kajian ini mendapatkan bahwa prevalensi anak pendek dari peserta program berumur 18-35 bulan lebih rendah (67,9%) dibandingkan dengan 74,8% anak pendek pada kelompok bukan peserta program. Diantara peserta program, prevalensi anak pendek lebih banyak (71,4%) pada kelompok umur 24-35 bulan dibandingkan dengan 61,6% pada kelompok umur 18-23 bulan ( $p<0,001$ ). Hal ini menunjukkan bahwa status gizi pendek berbeda pada kelompok program, juga antara kelompok umur yang berbeda pada kelompok program yang sama.

Berbagai faktor lain yang penting untuk dapat menyimpulkan hasil kajian juga dinilai. Pertama adalah status sosial ekonomi yang berbeda antara kelompok peserta dengan bukan peserta program, dihubungkan dengan kecukupan pangan ( $p<0,001$ ). Selain itu, berdasarkan wawancara, pemilihan daerah untuk menerapkan program dikaitkan dengan mudah tidaknya daerah tersebut dapat dicapai: daerah program lebih dekat ke kota, yang mencerminkan lebih tingginya status sosial ekonomi peserta program, termasuk kemudahan mendapatkan makanan untuk kesehatan gizi ibu dan perkembangan anak.

Semua subjek kajian menyatakan pentingnya menanggulangi hambatan yang ada, misalnya sulitnya mencapai pusat pelayanan kesehatan, terbatasnya sarana transportasi, waktu yang diperlukan untuk mencapai fasilitas kesehatan, serta tersedia tidaknya petugas kesehatan di masyarakat. Hampir separuh subjek dari kedua kelompok memerlukan waktu > 1 jam jalan untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat, walaupun lebih banyak (48,1%) pada kelompok bukan peserta program yang secara tetap berkunjung, dibandingkan dengan kelompok peserta program ( $p=0,017$ ). Walaupun berjarak jauh, namun >90% dari seluruh subjek melaporkan kehadiran di Posyandu secara teratur dalam 3 bulan terakhir.

Kajian ini juga memperlihatkan bahwa berat badan lahir rendah, tingkat pendidikan ibu, serta umur anak 24-35 bulan merupakan unsur yang mempengaruhi berbagai pengukuran antropometrik. Penting juga

dicatat, bahwa anak perempuan mempunyai risiko lebih rendah mengalami status gizi pendek. Kurus dan kurang darah berhubungan dengan keadaan kesehatan, sementara itu unsur terkait status sosial ekonomi berkaitan dengan status gizi, baik status gizi pendek, berat badan rendah atau kurang darah.

Kecuali diare, tidak didapatkan perbedaan pada angka kesakitan demam, campak, sulit bernafas dan batuk diantara kedua kelompok. Data menunjukkan bahwa sumber air minum di daerah program lebih baik, walaupun kekerapan diare lebih banyak yaitu 16,2% ( $p=0,005$ ).

Selama berlangsungnya Program Gizi Ibu dan Anak, rangsum pangan yaitu makanan yang di fortifikasi dengan zat gizi mikro berupa biskuit dibagikan ke sekitar 6000 ibu hamil dan menyusui, dan sebagai MP-ASI dibagikan ke 11.500 anak umur 6-23 bulan. Makanan sangat disukai dan mudah dikonsumsi, pada mana paling tidak satu kali selama berlangsungnya program, biskuit mencapai 86,4% ibu hamil dan menyusui, dan MP-ASI mencapai 98,3% anak umur 6-23 bulan. Penyaluran lewat Posyandu merupakan cara yang berhasil karena dapat mencapai cakupan yang tinggi dan penerimaan yang baik. Namun demikian, 66,3% pengasuh anak yang menerima rangsum pangan membaginya dengan anggota keluarga, sesuai dengan norma budaya lokal, terutama pada keadaan dimana terdapat kerawanan pangan. Sebanyak 52,7% MP-ASI dibagikan ke adik/kakak, dan 13,6% biskuit bagi ibu hamil dan menyusui dibagikan ke anggota keluarga lain. Ditingkat Posyandu, petugas kesehatan juga terpaksa membagikan rangsum pangan ke anak yang berkunjung ke Posyandu, walaupun tidak merupakan anak yang memenuhi syarat ikut sebagai peserta program.

Secara menyeluruh, peserta program mempunyai pengetahuan dan perilaku yang lebih baik tentang pemberian makanan bergizi. Pemberian MP-ASI dengan jadwal sesuai aturan terlihat pada 79,8% peserta program, lebih tinggi ( $p<0,001$ ) dibandingkan dengan hanya 68,7% pada kelompok bukan peserta program. Walaupun 1/5 peserta program memberi MP-ASI terlalu dini, proporsi ini 11% lebih rendah daripada bukan peserta program ( $p<0,001$ ). Ketersediaan pangan dan mencapainya sangat sulit di daerah ini, walaupun peserta program lebih banyak yang memenuhi syarat dalam hal Frekwensi Makan Minimum, Keberagaman Diet dan Diet Minimum Cukup, masing-masing dibandingkan dengan kelompok bukan peserta program ( $p<0,001$ ). Namun demikian, hanya 14,9% peserta program yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut, sehingga masih dibawah hasil yang di targetkan.

Komunikasi untuk Perubahan Perilaku diterima dengan baik oleh peserta program dan petugas kesehatan. Pesan-pesan dapat mudah dimengerti walaupun tidak dikemas untuk perorangan, dan sesuai dengan keadaan lokal. Namun demikian, di masa mendatang, peserta meminta agar pelatihan

dikemas untuk penggunaan perorangan, tidak untuk pelatihan masal, dan dikemas dalam bahasa daerah yang akan lebih bisa dimengerti. Judul pemahaman tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan pada umumnya cukup dimengerti oleh kader<sup>2</sup> dan bidan desa, namun belum begitu jelas bagi ibu atau pengasuh anak.

Hanya 32,6% dari seluruh 340 Posyandu yang menerima pelatihan tentang kesehatan dan gizi sebagai salah satu aktivitas utama program. Pelatihan dirasakan baik dan diharapkan bahwa selama berlangsungnya program, pelatihan serupa dapat diberikan secara berkala, dengan jadwal lebih lama dan lebih mengutamakan pengalaman praktis.

Antara tahun 2012-2015, program mencakup 17 kecamatan di kabupaten TTS, pada mana kegiatan program berlangsung bersamaan dengan program lain di sistem kesehatan lokal. Kepemilikan KMS lebih banyak pada peserta program dibandingkan dengan bukan peserta program ( $p < 0,001$ ). Lebih dari 90% anak yang ikut program mengunjungi Posyandu dalam 3 bulan terakhir. Tahun 2013-2015, pendaftaran peserta program terus bertambah, baik oleh anak umur 6-23 bulan, maupun ibu hamil dan menyusui, berturut-turut mencapai 92,8% dan 99,2% pada tahun 2015.

Secara menyeluruh, Program Gizi Ibu dan Anak diterima dengan baik oleh peserta program, masyarakat maupun pemangku kepentingan di TTS. Kajian juga mendapatkan saran-saran seputar makanan tambahan, Komunikasi untuk Perubahan Perilaku dan program secara umum.

Peserta program menyarankan bahwa rangsum pangan diteruskan dengan memantapkan jalur distribusi, kegiatan sesuai kebutuhan lokal, diberikan kepada semua anak Balita yang berkunjung ke Posyandu, tidak hanya anak umur 6-23 bulan. Pelatihan diharapkan dapat dikemas secara perorangan dengan bahasa lokal yang mudah dimengerti, lebih tepat guna memberikan bahan praktek Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil. Penjelasan dan pelatihan diberikan di Posyandu, juga untuk pemuka masyarakat seperti tokoh agama, kepala rumah tangga/suami, anggota keluarga lain yang punya pengaruh/peran dalam menentukan kegiatan terkait kesehatan dan gizi.

---

<sup>2</sup>Zulkifli (2003). Cadres are local community members who were selected by the community and are willing to work voluntarily. Directorate of Community Participation, Ministry of Health, Government of Indonesia  
Pemangku kepentingan menganjurkan pembiayaan terpadu dan keterbukaan antara masing-masing mitra, juga keterlibatan berbagai bidang seperti pertanian dan perikanan secara terpadu. Peningkatan keterlibatan masyarakat, penambahan tenaga dan perencanaan yang baik dan membumi sesuai dengan

kebutuhan lokal, termasuk sarana-prasarana, untuk memperbaiki pencapaian daerah yang terpencil perlu dilakukan, sehingga program yang lestari dapat dicapai.

## **1. Pendahuluan**

### **1.1 Latar belakang**

Keadaan kekurangan gizi masih merupakan masalah gizi masyarakat di propinsi Nusa Tenggara Timur, khususnya diantara wanita usia subur dan anak kecil. Berbagai faktor termasuk tingginya kerawanan pangan yang berlangsung terus menerus, khususnya ketersediaan pangan, asupan gizi yang rendah, pola asuh terutama Pemberian Makanan bagi Bayi dan Anak Kecil yang tidak memadai, buruknya kebersihan dan sanitasi lingkungan menyebabkan keadaan gizi yang mengkhawatirkan di masyarakat. Prevalensi status gizi pendek sebanyak 51,7% di propinsi NTT tertinggi di Indonesia. Kabupaten TTS, salah satu kabupaten di propinsi NTT, mengalami prevalensi tertinggi untuk status gizi pendek dan kurus pada anak Balita. Kabupaten TTS merupakan daerah dengan kerawanan pangan yang meningkat, terkait sulitnya meramalkan masa paceklik, yang meningkatkan turunnya keadaan gizi masyarakat. Menurut Badan Kesehatan Dunia, keadaan di TTS termasuk kritis dilihat dari sudut pandang keadaan gizi masyarakat.

Program Perbaikan Gizi Ibu dan Anak yang dicanangkan oleh WFP dimaksudkan untuk menjawab tantangan adanya keadaan gizi dan defisiensi zat gizi mikro diantara anak Baduta dan Ibu hamil dan menyusui, melalui pemberian bahan makanan bergizi dan pendidikan gizi di tingkat Posyandu. Tujuan utama kajian ini adalah menilai hasil dari program yang berlangsung tahun 2012-2015, dalam hal status gizi dan pola asuh makan bagi anak di kabupaten TTS. Kajian ini dilakukan pada bulan Maret- April 2016, dengan perhatian khusus pada daerah tempat dilaksanakannya program sejak bulan Oktober 2012. Kajian ini juga menilai seberapa jauh tujuan program tercapai dan dampaknya bagi masyarakat, sehingga hasilnya dapat merupakan acuan untuk menentukan kebijakan selanjutnya dalam memperbaiki proses serta kelestarian program di masa mendatang.

Manfaat program diharapkan dapat dipetik dan dirasakan oleh Direktorat Gizi Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, jajaran Propinsi NTT, jajaran Kabupaten TTS baik di tingkat Kantor Dinas, Puskesmas, Posyandu, pemuka masyarakat, kepala desa dan peserta program.

Bekerja-sama erat dengan berbagai mitra kerja, baik pemerintah maupun swasta, WFP mengembangkan suatu program sebagai model dan perangkat yang diperlukan dengan tujuan membuktikan pentingnya paparan kepada kecukupan zat gizi melalui "Hak atas Pangan" pada saat yang tepat, bagi sebagian besar kelompok yang rawan akan rendahnya status kesehatan dan gizi, terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan. Di propinsi NTT, WFP bekerja sama secara erat dengan PKK, suatu

kelompok wanita yang memegang peran dalam persoalan sekitar kesehatan dan gizi. WFP juga menyediakan pelatihan bagi pegawai kesehatan lokal dengan pokok bahasan kajian pertumbuhan anak, pemanfaatan data sehingga dapat memantau status gizi anak sebagai hasil program. Menjawab tantangan masih tingginya prevalensi status gizi pendek, WFP bekerja-sama dengan berbagai kementerian dan pihak swasta membuat makanan bergizi dengan bahan lokal di Indonesia. Sebagai contoh, campuran beras dengan kacang kedelai dengan fortifikasi zat gizi mikro sebagai MP-ASI bagi anak umur 6-23 bulan, serta bentuk biskuit untuk ibu hamil dan menyusui, yang memenuhi patokan WFP dan nasional Indonesia.

Sejak tahun 2012, setiap bulan, semua anak umur 6-23 bulan yang diikuti-sertakan dalam program menerima 1,8 kg MP-ASI, dan ibu hamil dan menyusui menerima 3 kg biskuit.

## **1.2 Kerangka Program**

Propinsi NTT terletak di bagian timur Indonesia, terdiri dari satu daerah perkotaan dan 25 pedesaan, tempat 4.68 juta penduduk bermukim. Propinsi NTT terdiri dari 3 pulau utama yaitu Timor, Sumba dan Flores. Hanya 42 dari 1000 pulau yang ada di NTT dihuni penduduk. Pulau Timor merupakan daerah yang sangat rawan pangan, dan merupakan daerah tempat WFP berkiprah. Oleh karena sebagian besar penduduk bertumpu pada pertanian dalam skala kecil, setiap gangguan termasuk akibat dari perubahan iklim, berdampak pada kehidupan penduduk. Bencana alam seperti banjir, tanah longsor, kekeringan terjadi setiap tahun pada berbagai daerah di NTT.

NTT termasuk salah satu dari daerah di kawasan Indonesia Timur dengan rawan pangan yang mengkhawatirkan. Tidak tersedianya sumber air yang aman serta sanitasi yang baik, hambatan pada tersedianya pendidikan kesehatan dan fasilitas kesehatan, merupakan beberapa dari beragam faktor terkait tingginya angka kematian anak serta prevalensi kurang gizi yang tinggi di NTT.

Program Gizi Ibu dan Anak yang dilakukan WFP memusatkan diri pada daerah-daerah yang rawan di Indonesia, terutama dalam hal kerawanan pangan dan status gizi kurang, yaitu kabupaten TTS, propinsi NTT, dengan Indeks Pembangunan Manusia terendah di Indonesia, dan prevalensi status gizi pendek tertinggi yaitu 56% dan kurus 13%. Kabupaten TTS merupakan daerah dengan kerawanan pangan tertinggi di propinsi NTT, terkait musim yang sukar di ramal, sehingga kehidupan terutama anak kecil, rawan akan menderita kekurangan status gizi akut. Pendidikan dan pemberdayaan wanita merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan dan status gizi anak, dan karenanya wanita mempunyai peran inti dalam Program Gizi Ibu dan Anak ini. TTS merupakan salah satu dari 22 kabupaten di NTT dengan jumlah penduduk 453.386, 110.070 rumah tangga di 32 kabupaten. WFP telah mencakup 11.500 anak umur 6-23 bulan, dan 6000 ibu hamil dan menyusui di 442 Posyandu di 17 kecamatan di TTS.

Sebanyak 340 Posyandu memulai program pada tahun 2012 dan bertambah 100 Posyandu di 3 kecamatan sejak bulan Juli tahun 2014.

Berdasarkan hasil kajian *“Behavioral and Food Consumption/Dietary Practices Analysis Study among children under two and PLW in TTS, NTT”* oleh Pusat Alam Alta pada tahun 2012, asupan kurang yang menahun, keterbatasan pengetahuan dalam hal pola asuh kesehatan dan gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan, kepercayaan dan kebiasaan tentang pola asuh dan gizi anak, telah menyebabkan kegagalan tumbuh kembang antar generasi, termasuk ibu hamil dan menyusui, Baduta dan anak usia sekolah di TTS, NTT<sup>3</sup>. Kajian tersebut juga menunjukkan prevalensi status gizi pendek pada 44% anak Baduta<sup>4</sup>. Selain itu, 39% bayi tidak mendapat ASI eksklusif karena kurangnya pengetahuan tentang persiapan menyusui pada saat hamil, dan kurangnya perilaku menyusui dan pola asuh gizi yang baik. Asupan zat gizi kurang pada anak Baduta, yaitu hanya 76% dari Angka Kecukupan Gizi untuk energi dan 77% untuk protein, namun asupan vitamin C mencapai 68%, dan zat besi 32%. Penyebab utama dari asupan yang rendah pada anak Baduta adalah terbatasnya ketersediaan pangan dan daya beli yang rendah di tingkat rumah tangga. Asupan gizi yang rendah juga merupakan faktor yang berperan pada kurangnya status gizi ibu hamil dan menyusui.

### 1.3 Gambaran Program Gizi Ibu dan Anak

Berdasarkan diskusi dengan Kementerian Kesehatan dalam rangka menunjang Program Kesehatan Nasional, kabupaten TTS terpilih sebagai daerah utama propinsi NTT dimana program WFP dilaksanakan pada tahun 2012-2015. Program khusus dalam bidang gizi ini mencakup perubahan/perbaikan perilaku dalam hal pola pemberian makanan tambahan dengan penyediaan zat gizi mikro, serta pentingnya kebersihan.

---

<sup>3</sup> Alma Ata Centre For Healthy Life and Food (ACHEAF), 2012

<sup>4</sup> Based on 2 selected sub-districts of TTS

Gambar 1 memperlihatkan model sebagai dasar acuan Program Gizi Ibu dan Anak, cara melaksanakan dan kajian yang diperlukan.

#### MASUKAN

- Membuat makanan bergizi dengan bahan lokal, diberikan kepada wanita hamil menyusui berupa rangsum makanan.
- Membuat bahan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku
- Bermitra untuk berbagi biaya dengan pemangku kebijakan di tingkat lokal dan nasional
- Membantu perencanaan bantuan pangan dan gizi di tingkat propinsi
- Kegiatan untuk meningkatkan kemampuan
- Membuat modul pelatihan Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil



### **KEGIATAN**

- Pendaftaran peserta program
- Buku Pencatatan KMS di Posyandu
- Penyaluran rangsum makanan
- Pengaturan penyaluran bahan makanan
- Membuat perencanaan pemantauan dan pengkajian kegiatan
- Sensitisasi Program Gizi Ibu dan Anak menggunakan bahan-bahan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku

### **LUARAN**

- Cakupan program yang memadai
- Jumlah pelatih yang telah dilatih
- Jumlah pelatihan yang telah disebar-luaskan
- Jumlah fasilitator, mitra kerja, Puskesmas dan Posyandu yang terlatih
- Jumlah latihan penyegar
- Jumlah staf yang mendapat latihan penyegar
- Rapat koordinasi untuk menentukan sistem pemantauan dan pengkajian program
- Penyaluran bahan-bahan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku
- Jumlah pertemuan untuk mendapatkan nasehat
- Jumlah peserta program yang mendapat nasehat

### **HASIL**

- Proporsi anak umur 6-23 bulan yang mengonsumsi Diet Minimum Cukup dan Beragam
- Penerimaan dan kepatuhan mengonsumsi MP-ASI dan biskuit
- Perbaikan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang Pemberian makan bayi dan anak kecil

### **DAMPAK**

- Prevalensi status gizi pendek pada anak umur 18-35 bulan lebih rendah pada peserta program dibandingkan dengan bukan peserta program
- Prevalensi berat badan rendah anak umur 18-35 bulan pada peserta program dibandingkan dengan bukan peserta program

## **Gambar 1. Model Program Gizi Ibu dan Anak**

### **1.3.1 Tujuan Program Gizi Ibu dan Anak**

#### **Tujuan Program Gizi Ibu dan Anak sebagai berikut:**

1. Penyediaan langsung makanan bergizi khusus produksi lokal melalui Posyandu bagi anak umur 6-23 bulan, wanita hamil menyusui dalam 6 bulan pertama setelah melahirkan
2. Perbaikan Pemberian Makanan Bayi dan Anak kecil, termasuk MP-ASI melalui pelatihan untuk merubah perilaku

3. Meningkatkan kapasitas petugas kesehatan di tingkat kabupaten dan kecamatan (Puskesmas/Posyandu), serta kader atau relawan, agar mampu menilai tumbuh-kembang dan status gizi bayi dan anak kecil, memantau ibu hamil dan menyusui, mampu memberi nasehat gizi sesuai daur hidup, dan menghasilkan data terpercaya untuk kegiatan pemantauan dan kajian dampak program. Tiga puluh Posyandu menerima pelatihan cara pengukuran antropometrik dan menghimpun data setiap bulan. Pada kajian ini, data tersebut tidak tersedia untuk di kaji.
4. Dukungan kebijakan pendamping pada tingkat nasional dan regional untuk memperbaiki ekonomi yang diperuntukkan bagi perbaikan gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan melalui kebijakan yang didasarkan pada hasil kajian keberhasilan program, biaya kerja untuk makanan, keterkaitan dengan mitra kerja swasta. Kajian ini tidak menilai aspek kebijakan.

Mengacu pada tujuan kajian tersebut diatas, bagian berikut ini memperluas isi dari **Gambar 1** secara lebih rinci tentang masukan, luaran, hasil dan dampak.

### **1.3.2 Berbagai segi Program Gizi Ibu dan Anak: Luaran, Hasil dan Dampak**

#### **Luaran Program yang direncanakan:**

- Pemenuhan janji Pemerintah RI untuk menanggung bersama biaya pelaksanaan Program Gizi Ibu dan Anak
  - Kerjasama dan kemitraan dibuat bersama Direktorat Gizi Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI, Pokjanal Kementerian Dalam Negeri di tingkat pusat, propinsi, kabupaten dan kecamatan
  - WFP membantu pemerintah daerah merencanakan kegiatan Pangan dan Gizi di NTT
  - WFP membuat dan menyediakan rangsum pangan bergizi untuk anak 6-23 bulan memakai jalur tepat guna yang telah dikaji beberapa tahun sebelumnya
  - WFP bersama mitra kerja membuat dan menyediakan biskuit bergizi untuk ibu hamil dan menyusui
  - Meningkatkan kemampuan petugas secara nasional untuk menerapkan Program Gizi Ibu dan Anak dan modul Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil
  - WFP membantu mengembangkan bahan-bahan penjelasan, pendidikan dan komunikasi, untuk digunakan dalam Komunikasi untuk Perubahan Perilaku, menciptakan kesadaran, pelatihan dengan pokok bahasan Pemberian Makanan Bayi dan Anak kecil bagi petugas kesehatan dan kader Posyandu, serta gerakan Sadar Gizi Nasional 2012, yang dikemas sesuai kearifan lokal.
- Sensitisasi Program Gizi Ibu dan Anak diperuntukan bagi pihak luar, tidak terbatas pada pemangku kepentingan program saja.

- **Kegiatan Program Gizi Ibu dan Anak**

***Pendaftaran Peserta Program dalam kerangka pelayanan pokok Posyandu***

Penyaluran rangsum pangan dan kegiatan Program Gizi Ibu dan Anak mengacu pada hasil pertemuan dengan Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten yang telah menyusun sistim pemantauan. Pendaftaran Program mengacu pada sistem pemantauan yang sudah berlaku di Posyandu.

Proses pendaftaran dimulai dengan memasukkan peserta yang memenuhi syarat, yaitu anak umur 6-23 bulan mendapat kartu kuning yang tersedia di Posyandu dan di simpan oleh kader. Tanggal lahir, nama, jenis kelamin dan nama ibu di catat dalam kartu tsb. Segera setelah seorang ibu memastikan kehamilannya melalui bidan atau petugas kesehatan lain, ibu boleh mendaftarkan diri ke kader di Posyandu, pada mana kader akan mencatat nama, umur kehamilan dan berat badan ibu pada kartu merah jambu, yang perlu dibawa dan dicatat pada setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan yang dilakukannya. Bila ibu telah melahirkan bayinya, kader akan mencatat tanggal lahir bayi pada kartu isian bayi. Bila bayi sudah mencapai umur 6 bulan, ibu berhak untuk mendapat rangsum makanan, dan nama bayi tercatat sebagai peserta program kelompok umur 6-23 bulan dan berhak mendapat MP-ASI.

***Penimbangan bulanan anak umur 6-23 bulan di Posyandu***

Setiap bulan, ibu akan membawa anaknya ke Posyandu untuk penimbangan berat badan dengan dacin yang akan di catat pada buku registrasi peserta program di Posyandu. Berat badan harus dicatat di KMS atau buku KIA. Pendaftaran dan catatan berat badan harus diisi setiap bulan. WFP menyediakan alat timbang badan sebagai bagian dari kelengkapan program, termasuk timbangan standar, papan pengukur panjang badan dan pita LLA.

***Rangsum pangan gratis untuk peserta anak umur 6-24 bulan di Posyandu***

Anak umur 6-23 bulan menerima rangsum pangan sebanyak 1,8 kg makanan bergizi setiap bulan, selama 9 bulan setiap tahun melalui Posyandu. Makanan bergizi tersebut dikemas dalam bungkus, yang setiap bungkusnya berisi 20 gram. Setiap anak mengonsumsi 3 bungkus/hari atau 60 gram/hari. Penyaluran mungkin tidak dilaksanakan karena kekurangan biaya atau kehabisan pasokan makanan bergizi tersebut.

***Komunikasi untuk Perubahan Perilaku /Sensitisasi Peningkatan PMBAK***

Komunikasi untuk perubahan Perilaku meliputi beberapa pokok bahasan yaitu: 1) ASI eksklusif, dan ASI diteruskan sampai anak berumur 2 tahun; 2) bagaimana memberikan MP-ASI kepada anak umur 6-23 bulan, yang secara bertahap merubah bentuk bahan makanan, bagaimana membuat bubur dari makanan padat, bagaimana menyiapkan makanan yang beragam, pentingnya kebersihan diri dan secara

umum meningkatkan kemampuan Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil; 3) memantau perkembangan anak melalui penimbangan di Posyandu; 4) pemberian kapsul vitamin A untuk anak umur 6-59 bulan; 5) merangsang perkembangan anak melalui permainan kreatif; 6) pentingnya 1000 Hari Pertama Kehidupan, salah gizi selama daur hidup beserta dampaknya, kandungan zat gizi dari makanan lokal, anemia semasa hamil dan dampaknya, pentingnya makanan tambahan bagi ibu hamil dan menyusui serta anak umur 6-23 bulan, pentingnya kebersihan diri dan sanitasi, tanda anak lapar atau kenyang.

### ***Pelatihan bagi Pelatih untuk pegawai di Puskesmas atau Posyandu***

WFP menyediakan pelatihan untuk meningkatkan aktivitas pemantauan tumbuh kembang seperti cara menggunakan alat timbang berat badan, nasehat Pemberian Makanan Bayi dan Anak kecil memakai modul Kementerian Kesehatan dan UNICEF, pelatihan tentang panduan dan tata cara pelaksanaan program bagi staf yang terkait program. Pada akhir pelatihan staf, WFP menyelenggarakan kegiatan pelatihan untuk pemangku kebijakan, termasuk petugas pemerintah yang terkait program di tingkat propinsi, kabupaten dan kecamatan. Mereka yang sudah terlatih melakukan pelatihan untuk pegawai Puskesmas, Posyandu dan kader. Pokok bahasan mencakup pentingnya 1000 Hari Pertama Kehidupan, KMS dan Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil.

### **Luaran Program Gizi Ibu dan Anak yang diharapkan**

- Pencapaian proporsi > 90% dari mereka yang memenuhi syarat ikut program
- Pencapaian proporsi >66% dari peserta program yang mendapat rangsum pangan secara lengkap, sesuai rencana distribusi program.
- Proporsi petugas pemerintah yang mengikuti pelatihan WFP tentang rancangan program gizi, pelaksanaan dan pokok bahasan lain terkait gizi
- Proporsi peserta program yang terpapar dengan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku oleh WFP
- Proporsi lembaga seperti Posyandu, Puskesmas yang mendapat dukungan WFP.
- Proporsi pelaksanaan pelatihan dan jumlah nasehat yang diberikan kepada pengasuh anak dan ibu hamil menyusui

### **Hasil Program Gizi Ibu dan Anak yang diharapkan**

- Proporsi >70% anak yang mengonsumsi Diet Minimum Cukup
- Penerimaan dan ketepatan akan penggunaan MP-ASI dan biskuit bergizi
- Kepatuhan peserta program akan rangsum pangan untuk anak, dan ibu hamil dan menyusui

- Terpakainya pengetahuan untuk merubah sikap dan praktek tentang Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil

### **Dampak Program Gizi Ibu dan Anak yang diharapkan**

- Prevalensi status gizi pendek pada anak umur 18-35 bulan 6% lebih rendah pada peserta program dibandingkan dengan bukan peserta program. Prevalensi status gizi pendek diantara anak Baduta menurun 2% setiap tahun<sup>5</sup> dari 56% pada Oktober 2012 menjadi 50% pada Desember 2015.
- Prevalensi status gizi kurus pada anak umur 18-35 bulan 9% lebih rendah pada peserta program dibandingkan dengan bukan peserta program. Prevalensi berat badan rendah selama 3 tahun diharapkan menurun 3% setiap tahun.

## **2. Metodologi**

### **2.1 Rancangan Kajian**

Pengkajian Program Gizi Ibu dan Anak dilakukan dengan mengadakan studi potong lintang untuk menilai cara program dilaksanakan, hasil serta dampaknya. Kajian ini menggunakan dua cara yang saling melengkapi satu sama lain yaitu kuantitatif dan kualitatif untuk dapat menjelaskan berapa besar, mengapa dan bagaimana hasil yang didapatkan mampu dijelaskan. Terdapat 4 kelompok yang dilibatkan dalam kajian ini yaitu:

- Anak umur 18 - 35 bulan
- Ibu hamil dan menyusui
- Pegawai inti yang terlibat pelaksanaan program
- Mitra serta pemangku kebijakan di tingkat nasional dan jajaran dibawahnya

---

<sup>5</sup>De Onis M, Dewey KG, Borghi E, et al. The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Maternal and Child Nutrition* (2013), 9 (Suppl. 2), pp. 6–26 Rincian tentang cara pemilihan subjek dan lain-lain, dijelaskan dalam bagian terkait cara kuantitatif atau kualitatif.

### **2.2 Tujuan Kajian**

Tujuan utama kajian ini adalah menilai pelaksanaan program, hasil program yang ada hubungannya dengan gizi, dampak bagi kesehatan peserta Program Gizi Ibu dan Anak di kabupaten TTS, provinsi NTT tahun 2012-2015. Tujuan lainnya adalah merangkum hasil kajian untuk membuat saran-saran sebagai dasar bagi kebijakan yang diperlukan di masa mendatang.

Secara khusus, kajian ini dilakukan untuk mencapai tujuan kajian sebagai berikut:

1. Menkaji cakupan, kualitas, penerimaan and ketaatan pada keikut-sertaan, pemantauan tumbuh-kembang setiap bulan, pelatihan staf, Komunikasi untuk Perubahan Perilaku dalam hal Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil, pengadaan rangsum pangan.
2. Mengkaji perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang gizi ibu dan anak sebagai hasil program
3. Menilai keberhasilan program dalam memperbaiki status gizi anak umur 18-35 bulan
4. Mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi anak umur 18-35 bulan selama masa program
5. Menghasilkan saran-saran untuk digunakan sebagai dasar kebijakan di masa mendatang

**Tabel 1** memperlihatkan berbagai variabel, indikator dan cara yang dipakai dalam melaksanakan kajian ini:

**Tabel 1. Variabel, Indikator dan Cara Pengukuran**

Variabel	Indikator	Metode pengukuran
<b>Data Sosio-demografi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipe keluarga (keluarga inti atau keluarga besar)</li> <li>• Umur dan jenis kelamin anak dan ibu</li> <li>• Pekerjaan orangtua</li> <li>• Jumlah anak balita dalam rumah tangga</li> <li>• Pendidikan Ibu</li> <li>• Aset rumah tangga</li> <li>• Sumber pendapatan utama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> </ul>
<b>Ketahanan Pangan Rumah Tangga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporsi pengeluaran pendapatan untuk makan</li> <li>• Skala ketahanan pangan rumah tangga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> </ul>
<b>Penggunaan dan konsumsi biskuit dan MP-ASI bergizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menerima rangsum pangan selama program yang dilaporkan</li> <li>• Frekuensi menerima rangsum pangan yang dilaporkan</li> <li>• Berbagi rangsum pangan yang dilaporkan</li> <li>• Hambatan yang dilaporkan dan faktor yang membantu pemanfaatan program</li> <li>• Tantangan yang berkaitan dengan program dan faktor yang membantu distribusi rangsum pangan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara semi terstruktur dan Diskusi Kelompok Terfokus</li> </ul>
<b>Asupan makan anak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Recall</i> 24 jam tunggal</li> <li>• Skor Konsumsi Makanan</li> <li>• Skor Keragaman Diet</li> <li>• Frekuensi makan minimum</li> <li>• Diet minimum yang cukup</li> <li>• Umur yang sesuai untuk pemberian MP-ASI</li> <li>• Praktek pemberian makanan pendamping ASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> <li>• Wawancara semi terstruktur dan Diskusi Kelompok Terfokus</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktek pemberian makan menggunakan botol susu</li> </ul>	
<b>Pemberian ASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASI eksklusif yang dilaporkan</li> <li>• Pemberian ASI berkelanjutan yang dilaporkan</li> <li>• Menyusui sesuai keinginan anak</li> <li>• Umur anak saat berhenti mendapat ASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> <li>• Wawancara semi terstruktur dan Diskusi Kelompok Terfokus</li> </ul>
<b>Cakupan dan kualitas bagian-bagian program</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cakupan distribusi bagian-bagian program</li> <li>• Jumlah dan frekuensi pelatihan yang dilakukan</li> <li>• Jumlah tenaga kesehatan dan kader yang mendapat pelatihan sesuai rencana program</li> <li>• Kualitas pelatihan dan pembelajaran yang didapat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kajian pencatatan (Puskesmas dan Posyandu)</li> <li>• Wawancara semi terstruktur</li> <li>• Diskusi Kelompok Terfokus</li> </ul>
<b>Status Gizi Anak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalensi berat badan rendah, pendek, kurus dan anemia</li> <li>• Berat badan lahir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antropometri</li> <li>• Kajian pencatatan (Puskesmas, Posyandu)</li> <li>• Pemeriksaan biokimia</li> </ul>
<b>Tingkat morbiditas anak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalensi morbiditas dalam 2 minggu terakhir (demam, diare, ISPA)</li> <li>• Prevalensi campak dalam 1 tahun terakhir</li> <li>• Prevalensi infeksi malaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> <li>• Pemeriksaan Biokimia</li> </ul>
<b>Penilaian kesehatan dan pelayanan gizi yang tersedia untuk anak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah layanan kesehatan dan gizi yang tersedia untuk anak dalam 6 bulan terakhir, % dari yang direncanakan</li> <li>• Proporsi pengasuh anak yang memiliki buku KIA/KMS</li> <li>• Rata-rata jumlah kunjungan Posyandu dalam 3 bulan terakhir</li> <li>• Kualitas nasehat yang didapat dari kader atau tenaga kesehatan mengenai Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil, atau 1000 HPK</li> <li>• Hambatan dan tantangan untuk mencapai layanan kesehatan</li> <li>• Rekomendasi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kajian pencatatan (Puskesmas dan Posyandu)</li> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> <li>• Wawancara semi terstruktur</li> <li>• Diskusi Kelompok Terfokus</li> </ul>
<b>Partisipasi Ibu dan Ayah dalam program "Social Safety Net"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis program yang diikuti</li> <li>• Jenis manfaat yang diterima</li> <li>• Kurun waktu ikut serta dalam program</li> <li>• Bantuan pangan yang didapat dari organisasi lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> </ul>
<b>Distribusi program biskuit dan MP-ASI bergizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporsi Posyandu dengan pengalaman kehabisan biskuit dan MP-ASI bergizi selama program berlangsung</li> <li>• Tingkat penerimaan biskuit dan MP-ASI bergizi</li> <li>• Faktor yang menghambat dan membantu distribusi makanan fortifikasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kajian pencatatan (Puskesmas dan Posyandu)</li> <li>• Wawancara semi terstruktur</li> <li>• Diskusi kelompok Terfokus</li> </ul>
<b>Dosis, Jangkauan, and Kesesuaian strategi Komunikasi untuk Perubahan Perilaku (KPP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah dan jenis pesan yang diberikan, % dari yang direncanakan (dosis)</li> <li>• Proporsi dan jenis pesan yang diterima oleh penerima manfaat program (Jangkauan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kajian pencatatan</li> <li>• Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur (A)</li> </ul>

<p><b>dan metode, material serta alat-alat bantu untuk memicu partisipasi masyarakat</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan pengetahuan, perilaku dan praktek yang merupakan hasil dari KPP dan sensitisasi</li> <li>• Faktor yang menghambat dan membantu pelaksanaan KPP dan sensitisasi dalam hubungannya dengan rencana implementasi program (Kesesuaian)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara semi terstruktur</li> <li>• Diskusi Kelompok Terfokus</li> </ul>
--	---	---

## 2.3 Metode Kuantitatif

### 2.3.1 *Sampling* Kuantitatif

Kajian ini menggunakan perubahan prevalensi status gizi pendek sebagai petunjuk utama. Berdasarkan capaian yang diharapkan, WFP menentukan penurunan prevalensi status gizi pendek sebesar 2%/tahun. Oleh karena itu, proporsi status gizi pendek kelompok peserta program dianggap 56% pada hipotesis nol, sedangkan kelompok bukan peserta program 50% pada hipotesis pilihan.

Perhitungan jumlah sampel didasarkan pada perbedaan proporsi dua populasi pada penurunan prevalensi status gizi pendek diantara anak umur 18-35 bulan. Rumus yang digunakan adalah:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2))}{(p_1 - p_2)^2} \times \text{DEFF} \times \text{non-response rate}$$

Berdasarkan rumus diatas, dengan derajat kepercayaan 95%, kuasa/power 80%, derajat tidak tanggap 10% dan *Design Effect* 1,5, didapatkan jumlah sampel 900 anak umur 18-35 bulan untuk masing-masing peserta dan bukan peserta program.

#### **Tata cara *sampling***

Metode *two-stage cluster sampling* dipakai untuk mendapatkan subjek pada kajian ini. *Sampling* berdasarkan desa disusul dengan *sampling* berdasarkan anak umur 18-35 bulan yang didapatkan dari daftar anak di Posyandu. Kabupaten TTS (**Lampiran 1**) merupakan salah satu dari 22 kabupaten di NTT dengan jumlah penduduk 453.386<sup>6</sup> dan 110.070 rumah tangga di 32 kecamatan.

<sup>6</sup>BPS, 2010. Population Census 2010. [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)

Pertama kali, didapatkan 34 desa dari acak sederhana yang dilakukan pada 126 desa di 14 kecamatan TTS yang terpapar dengan Program Gizi Ibu dan Anak, dan dinamakan “Kelompok Program”. Cara acak sederhana juga diterapkan untuk mendapatkan 35 desa dari 123 desa di berbagai kecamatan di TTS yang tidak terpapar oleh Program Gizi Ibu dan Anak, dan dinamakan “Kelompok Bukan Program”, dengan karakteristik yang sama seperti daerah program, bekerja sama dan disetujui oleh staf WFP. Berdasarkan daftar Posyandu masing2 desa dari 34 desa yang telah terpilih sebagai Kelompok Program, didapatkan daftar anak yang berhak, yang kemudian secara acak sederhana diambil namanya sebagai



subjek. Bila jumlah anak dalam daftar tersebut kurang atau sama dengan jumlah yang diperlukan, semua anak yang memenuhi syarat sebagai peserta program akan diikuti-sertakan sebagai subjek.

Desa di daerah bukan program, dimana terdapat aktivitas beberapa organisasi Helen Keller, Concern Worldwide, Plan International dan World Vision, tidak diikuti-sertakan dalam kajian ini. Namun area dimana terdapat program Jaring Keamanan Sosial oleh pemerintah Indonesia tetap diikuti-sertakan sebagai subjek dalam kajian ini.

### **2.3.2 Pengumpulan data dan Tatacara di lapangan**

Wawancara menggunakan kuesioner yang telah diuji coba, penilaian antropometri dan biokimia termasuk pemeriksaan hemoglobin dan malaria, dilakukan pada kajian ini.

#### **Kuesioner terstruktur**

Kuesioner terstruktur (**Lampiran 2-4**) digunakan untuk menilai:

- Data sosio-demografi
- Praktek Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil
- Indikator keamanan pangan seperti Skor Konsumsi Makanan, jalur kerawanan pangan rumah tangga, Skor Keragaman Diet dengan menggunakan penilaian diet
- Indikator Komunikasi untuk Perubahan Perilaku termasuk pengetahuan, sikap dan perilaku

Setiap pengasuh anak berperan dalam wawancara perorangan, yang menghabiskan sekitar 60 menit.

#### **Pengukuran antropometri**

Penilaian antropometri dilakukan pada setiap anak umur 18-35 bulan. Keterangan yang ada, meliputi nama anak, tanggal lahir, jenis kelamin, panjang badan, berat badan. Nama ibu juga dicatat.

##### ***Berat badan***

Setiap anak ditimbang dengan menggunakan timbangan digital SECA. Alat timbangan diletakkan pada lantai yang datar. Subjek tidak diperkenankan memakai sepatu/sandal, topi, atau benda yang berat yang dapat mempengaruhi berat badan. Subjek diminta untuk mengenakan pakaian seringan mungkin. Subjek diminta untuk berdiri ditengah timbangan, kaki terletak didalam tatakan karet, kepala lurus dengan mata memandang kedepan, sampai pengukuran tidak berubah. Pengukuran dilakukan dua kali untuk setiap anak sampai hasil ukur berbeda  $\leq 0,1$ kg. Pengukuran ketiga dilakukan hanya bila perbedaan pengukuran  $>0,1$  kg. Dua pengukuran terdekat diambil rata-ratanya.

##### ***Panjang badan***

Panjang badan anak diukur dengan menggunakan *Shorr board*, yang teliti, mudah dipasang dan dipakai, mudah dibawa, dan tepat untuk mengukur anak dengan ketelitian 1 mm<sup>7</sup>. Panjang badan diukur untuk anak umur 18-36 bulan dengan posisi berbaring. *Shorr board* diletakkan pada permukaan yang datar. Anak tidak diperkenankan memakai sepatu, topi atau hiasan rambut.

Pengumpul data dan pembantunya memastikan bahwa anak berada dalam kedudukan yang benar. Pengukuran dilakukan dua kali dengan selisih 0,1 cm<sup>8</sup>, termasuk perbedaan maksimum 0,2 cm.

Sewaktu pelatihan, hasil ukur oleh pengumpul data dibandingkan dengan hasil ukur oleh seorang yang telah berpengalaman sebagai nilai acuan. Satu kelompok khusus bertugas untuk memastikan kualitas hasil ukur dengan cara mengukur 10% dari subjek yang telah diukur oleh pengumpul data.

## **Penilaian biokimia**

### ***Hemoglobin***

Kadar hemoglobin dari anak umur 18 – 35 bulan diukur dengan menggunakan Hemocue Hb 201 System<sup>9</sup>. Setiap hari sebelum data diambil, alat ditera dengan HemoTrol pada berbagai konsentrasi rendah, sedang, tinggi. Peneraan juga dilakukan dengan memakai kuvet sebagai patokan yang tersedia dari produsen. Pengukuran kadar dilakukan dua kali untuk setiap subjek. Setetes darah dari jari tangan diambil oleh seorang yang berpengalaman, menggunakan *lancet* sekali pakai. Hasil ukur dicatat dalam formulir yang telah disediakan.

### ***Malaria***

Prevalensi malaria pada anak umur 18-35 bulan ditentukan menggunakan *Rapid Testing procedures* (Lampiran 5).

---

<sup>7</sup>LLC, 2016. [www.weighandmeasure.com](http://www.weighandmeasure.com)

<sup>8</sup>Gibson, 2005. *Principles of Nutritional Assessment*. 2<sup>nd</sup> Eds. Oxford University Press.

<sup>9</sup>Hemocue AB (2016). [www.hemocue.com/en/health-areas/anemia](http://www.hemocue.com/en/health-areas/anemia).

### **2.3.3 Pengelolaan dan analisa data kuantitatif**

Pengelolaan data dimulai dengan menguji aktivitas pencatatan data untuk menentukan data dasar, sebelum dan sesudah pengumpulan data. Sepuluh persen dari data di catat ulang untuk memastikan kecermatan pencatatan. Pencatatan data dilakukan oleh petugas khusus selama kajian berlangsung.

Analisa data dikerjakan dalam 3 tahap:

**Step 1:** uji data dalam beberapa tingkatan

**Step 2:** menandai data

### **Step 3:** pencatatan dan merapikan data

Pengelolaan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak *SPSS v22 for Windows*<sup>10</sup>. Data antropometri diolah menggunakan *Anthro2007 software*<sup>11</sup> untuk menentukan status gizi anak dengan mengacu pada *WHO Child Growth Standards*<sup>12</sup>.

Data yang mencakup berbagai faktor digunakan dalam berbagai uji statistik, untuk diperbandingkan antara peserta dan bukan peserta program, atau faktor lain yang diperlukan untuk kajian ini.

## **2.3.4 Pemantapan kualitas/ Kepastian kualitas / Penilikan Kualitas**

### **Uji awal dan perbaikan daftar pertanyaan**

Kuesioner kajian ini di uji kelayakannya dari segi bentuk, kata yang digunakan, kejelasan dan runutan pertanyaan, penggunaan istilah lokal, kesulitan akibat jawaban yang tidak terduga atau tidak mantap. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pertanyaan dalam kuesioner juga dicatat. Perbaikan atau perubahan kuesioner dilakukan segera pada tahap uji coba.

### **Panduan yang digunakan dalam operasional kajian**

Bagi pengumpul data, tersedia 4 panduan untuk menjelaskan setiap pertanyaan dan tata cara mendapatkan data, termasuk penjelasan bagaimana kiat menanyakan secara tepat untuk mendapatkan data yang baik dan benar.

- Panduan untuk pengukuran kadar hemoglobin dengan HemoCue, termasuk cara menguji HemoCue
- Panduan pengukuran antropometri untuk pengukuran berat badan dan panjang badan, termasuk cara menara alat timbangan
- Panduan untuk membatalkan, mengolah dan mengelola sampel darah di lapangan
- Panduan untuk menguji malaria sesuai panduan dari produsen

<sup>10</sup>IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp

<sup>11</sup>WHO, 2007. Anthro for personal computers. Version 2: Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO. Accessed 30 Jan 2016. <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>.

<sup>12</sup>WHO, 2006. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl.* 450: 76-85.

### **Pelatihan Pengumpul data**

Sebelum kegiatan mengumpulkan data dimulai, selama 5 hari, semua calon pengumpul data menjalani pelatihan dengan pokok bahasan cara riset, alat pengukur, pengelolaan pertanyaan. Calon menjalani pelatihan umum tentang cara-cara pengumpulan data. Kemudian mereka khusus ditugaskan sesuai dengan latar belakang pendidikan, ketrampilan dan pengalaman.

Pemilihan pengumpul data antropometri didasarkan pada uji patokan yang dianut. Setiap pengumpul data melalui berbagai cara untuk memastikan ketelitian dan ketepatan dalam melakukan pengukuran

antropometri, yang diperiksa oleh seorang yang telah teruji pengalamannya. Selama pelatihan, pengumpul data melakukan 10 pengukuran untuk setiap macam pengukuran. Demikian juga untuk pengukuran kadar hemoglobin dan malaria. Terdapat satu calon pengumpul data yang tidak lulus pelatihan, sehingga batal menjadi pengumpul data.

#### **Uji awal alat dan Tata cara Kajian**

Semua pemeriksaan yang diterapkan dalam kajian ini, diuji coba di kecamatan Mollo Tengah, daerah yang mirip dengan daerah kajian. Tujuan uji coba ini adalah:

- Menilai apakah kajian mampu laksana, misalnya menemukan rumah tangga yang dikaji di daerah yang sulit dijangkau
- Menemu-kenali kesulitan dari segala segi pelaksanaan kajian termasuk pengumpulan data, administrasi dan pengukuran
- Menentukan keabsahan jawaban sesuai panduan yang berlaku
- Uji coba untuk mengatur sarana dan prasarana, dan kerjasama dengan petugas lokal

#### **Pengawasan pengumpulan data**

Selama pengumpulan data, tersedia pendampingan bagi pengumpul data:

- Keabsahan akan jawaban yang diisi oleh pengumpul data
- Pemeriksaan oleh pengawas setiap hari apakah daftar pertanyaan telah terisi dengan lengkap dan benar
- Pengawasan tentang kemantapan jawaban atas daftar pertanyaan, di lakukan dalam kurun waktu 2-4 hari setelah pengumpulan data awal
- Kerjasama antara pengumpul data dan pengisi data dasar untuk memastikan ketepatan isi jawaban dan data yang dimasukkan. Setiap malam, dilakukan pemeriksaan akan ketelitian dan kelengkapan data yang didapat, serta mempersiapkan diri untuk pengumpulan data keesokan harinya.
- Pengawasan dilakukan langsung di tempat kegiatan kajian, oleh peneliti dan kelompok penjamin mutu dengan melakukan wawancara yang sama pada 10% subjek.
- Pengawasan oleh peneliti utama diperlukan pada awal pengumpulan data.

## **2.4 Metode Kualitatif**

Metode kualitatif dilakukan untuk melengkapi data yang didapat secara kuantitatif, sehingga data secara menyeluruh dan lengkap dapat menguatkan hasil kajian. Metode kualitatif dilaksanakan dalam 2

tahap, untuk mengemukakan berbagai cara serta sudut pandang, yang merupakan kekuatan metode kualitatif yang digunakan. **Tabel 2** menguraikan berbagai data cara dan tahapan kualitatif.

### **Tahap 1**

Tahap 1 berisi kumpulan data yang terjaring dari anggota masyarakat yang telah ikut Program Gizi Ibu dan Anak tahun 2012 – 2015.

- Pengasuh anak umur 18 - 35 bulan
- Sedang hamil atau menyusui
- Bapak atau Kepala keluarga
- Nenek, mertua dari pengasuh anak umur 18-35 bulan
- Anggota PKK
- Kepala desa atau tokoh masyarakat

Subjek yang bukan peserta program juga dilibatkan dalam proses kualitatif sebagai pembanding. Pokok bahasan selama tahap 1 ini tercantum dalam **Lampiran 6**.

### **Tahap 2**

Hasil yang didapat dari Tahap 1 digunakan sebagai bahan untuk menghasilkan alat serta *sampling* untuk Tahap 2, pada mana pemegang kebijakan dan petugas yang terlibat dalam program diikuti-sertakan dalam tahapan selanjutnya.

- Petugas dari mitra kerja lokal
- Petugas WFP tingkat nasional
- Petugas Puskesmas tingkat kabupaten dan kecamatan
- Kader Posyandu

Tidak dilakukan wawancara dengan pemegang kepentingan di daerah dimana tidak ada Program Gizi Ibu dan Anak. Pertanyaan-pertanyaan yang didiskusikan tertera dalam **Lampiran 7**.

#### **2.4.1 Sampling Kualitatif**

Metode *purposive sampling* dipilih untuk menjaring subjek yang mempunyai banyak pengetahuan dan pengalaman ikut dalam Program Gizi Ibu dan Anak. Mereka khusus dipilih sebagai peserta program dan dikelompokkan sesuai dengan syarat khusus untuk dapat menjaring berbagai hal sesuai tujuan kajian, termasuk umur, keanggotaan dalam organisasi dan daerah tempat tinggal. Daerah yang dipilih disesuaikan untuk dapat mencakup semua keragaman yang ada, dengan mempertimbangkan kemampuan mencapai desa-desa, karena tidak setiap desa dapat dicapai. Sejak awal *sampling* berdasarkan desa telah di setujui oleh Kantor Dinas Kesehatan dan Bappeda Kabupaten TTS, juga petugas lokal, daerah dan nasional WFP. Data diperoleh melalui wawancara menggunakan pertanyaan-

pertanyaan dan diskusi kelompok. Wawancara mendalam, diungkapkan sesuai bahasa subjek yang terlibat dalam Program Gizi Ibu dan Anak. Diskusi terpusat pada data yang tersedia apa adanya, yang mampu menyoroti persamaan dan perbedaan yang ada diantara subjek yang terlibat dalam diskusi. Kedua metode kuantitatif dan kualitatif dimaksudkan untuk saling menunjang dan menguatkan temuan yang didapatkan. Data dari metode kualitatif dijaring sampai mencapai jawaban jenuh, sehingga mampu secara lengkap menggambarkan/menyediakan tema pokok yang diperlukan sesuai dengan tujuan kajian<sup>13</sup>. Berdasarkan pengalaman dari kajian sebelum ini pada daerah yang sama, yang menggunakan metode kualitatif sesuai teori, perhitungan jumlah sampel ditetapkan berdasarkan letak geografis dan ragam subjek.

## **2.4.2 Cara Pengumpulan Data Kualitatif dan Panduan Lapangan**

### **Pelatihan dan Uji Alat Kajian**

Selama masa pelatihan dan satu minggu sebelum pengumpulan data, uji coba kuesioner dilakukan untuk mengetahui kesesuaian bahasa yang digunakan, membiasakan cara-cara pengumpulan data kualitatif, tujuan kajian, cara wawancara termasuk pertanyaan terbuka serta arahan untuk memastikan terjemahan yang tepat, termasuk istilah-istilah teknis yang muncul. Bila dijumpai kesulitan dalam hal penggunaan istilah, kata-kata tersebut di ubah sebelum dan sewaktu pengumpulan data. Alat yang digunakan sejak awal telah dikaji terlebih dahulu, juga semasa uji coba kuesioner sebelum tahap pengumpulan data. Secara terus-menerus, pertanyaan-pertanyaan disesuaikan selama pengumpulan data di lapangan untuk dapat menangkap seluruh keterangan secara menyeluruh agar mampu menjawab tujuan kajian. Pertanyaan dibuat dalam bahasa daerah untuk mereka yang tidak terlalu mengerti bahasa Indonesia. Terjemahan kuesioner dari bahasa lokal ke bahasa Indonesia dilakukan untuk memastikan keseksamaan terjemahan terlebih dahulu. Beberapa panduan untuk melakukan wawancara dipakai selama pengumpulan data:

---

<sup>13</sup>Morse, 1995. The Significance of saturation. *Qualitative health research*, 5(2), 147-149

- Panduan untuk pengasuh anak dan Ibu hamil dan menyusui
- Panduan anggota PKK dan Kader
- Panduan untuk bapak, nenek, tokoh masyarakat
- Panduan pemegang kebijakan

Dua panduan untuk diskusi kelompok juga dibuat:

- Panduan pengasuh dan ibu hamil dan menyusui
- Panduan anggota PKK member dan kader

### **Pengumpulan data**

Tabel 2 memperlihatkan cara kualitatif yang dilakukan pada kajian ini.

**Tabel 2. Jumlah dan Jenis Subjek, Tahapan Pengumpulan Data dan Metode Pengumpulan Data Kajian Kualitatif**

Tipe Subjek		FGD * (n)	IDI* * (n)
<b>Tahap 1</b>			
<b>Daerah Program</b>	Pengasuh anak umur 18-35 bulan	5	8
	Ibu hamil dan Ibu menyusui	3	10
	Ayah dan Kepala Rumah Tangga	0	5
	Nenek/mertua dari pengasuh anak	0	5
	Ibu anggota PKK	2	4
	Tokoh masyarakat (religius dan kepala desa)	0	5
<b>Bukan Daerah program</b>	Pengasuh anak umur 18-35 bulan	1	7
	Ibu hamil dan Menyusui	2	10
<b>***Validasi subjek (Tahap 1): Wawancara dengan Ibu Hamil dan Menyusui (n = 3), Pengasuh anak (n = 3), Tokoh masyarakat (n = 2)</b>			
<b>Tahap 2</b>			
<b>Daerah Program</b>	Petugas/tenaga kesehatan (Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten)	0	3
	Petugas Pemerintah Daerah	0	4
	Petugas LSM local	0	4
	Petugas WFP	0	4
	Petugas Puskesmas (Kecamatan)	0	9
	Kader Posyandu	4	7
<b>Bukan Daerah Program</b>	Kader Posyandu	2	4
<b>***Validasi subjek (Tahap 2): Wawancara dengan Kader(n = 3) and Petugas Puskesmas (n = 3)</b>			
<b>Total subjek studi kualitatif (n)</b>		<b>19</b>	<b>89</b>

\*FGD = Diskusi Kelompok Terfokus (terdiri dari 6 -10 subjek); \*\*IDI: Wawancara mendalam; \*\*\*Proses untuk mendapatkan umpan balik subjek yang didapat dari sebagian kecil subjek untuk memastikan makna hasil temuan yang dapat meningkatkan tingkat kepercayaan data

### 2.4.3 Analisa Data Kualitatif

#### Terjemahan dan Hasil Turunan

Wawancara secara digital di rekam dalam bahasa yang dipakai oleh subjek agar mereka nyaman selama wawancara. Terjemahan dilakukan oleh penduduk lokal, dari bahasa lokal ke bahasa Indonesia dilakukan bagi wawancara atau diskusi kelompok yang menggunakan bahasa lokal. Wawancara untuk menjangkau keterangan penting berdasarkan wawancara ataupun diskusi kelompok dilakukan setiap hari oleh pewawancara, bersama koordinator kualitatif. Catatan lapangan diisi oleh pengumpul data untuk setiap wawancara yang dilakukan. Bagian ini merupakan halaman pertama dari turunan data. Hal ini penting untuk mendiskusikan data yang hilang, hasil awal, membangun pemikiran/gagasan untuk

kemudian menentukan apakah subjek baru perlu diikutsertakan dalam wawancara atau diskusi kelompok, terkait tahap 1 dan 2 metode kualitatif. Perbaiki hasil turunan yang tersedia, ditinjau oleh petugas WFP sebagai peninjau, untuk memperbaiki kualitas hasil turunan.

### **Pengelolaan data**

Kelompok yang bertanggung jawab akan turunan wawancara bertugas merekam hasil wawancara, dan selalu mendapatkan tema terkini. Pengelolaan data dilakukan melalui beberapa tahapan:

- Data direkam secara digital di lapangan
- Dokumen rekaman di masukkan ke dalam komputer setiap hari di lapangan sebagai penunjang dan dibagikan ke kelompok peneliti.
- Rapat koordinasi antara pengumpul data dan koordinator pengawas kualitas dilakukan setiap hari untuk mendengarkan rekaman wawancara dan meninjau cara pengumpulan data serta bila ada tema baru yang muncul
- Sejalan dengan pengumpulan data, rekaman digital dibuat turunannya kedalam bahasa Indonesia oleh kelompok penerjemah, terutama bila ada penggunaan bahasa lokal. Baik pengumpul data dan koordinator kualitatif menopang kegiatan ini
- Penyelesaian hasil turunan dalam format *Microsoft Word* dan dalam Bahasa Indonesia di masukkan ke *Dedoose qualitative software for analysis* setiap hari.
- Koordinator kualitatif meninjau hasil turunan setiap hari paling banyak 3 wawancara untuk memastikan kelengkapan, ketelitian isi dibandingkan dengan rekaman data, serta menemukan bila ada tema baru, pertanyaan baru atau perlu peninjauan subjek.
- Proses ini diteruskan sampai hasil turunan dari pengumpul data dan diskusi kelompok sudah selesai dimasukkan ke *Dedoose for analysis*.

Naskah data dimasukkan ke *Dedoose*, seperti yang telah disebutkan diatas, setelah turunan dan terjemahan dihasilkan dari berkas digital. *Dedoose* dipakai untuk pengelolaan data. Hasil turunan kemudian diberi tanda/kode oleh peneliti dengan memakai gabungan dari tanda/kode yang dibuat, berdasarkan teori serta data yang berasal dari proses analisa induksi diambil dari *Grounded Theory*<sup>14</sup>.

Urutan khusus analisa data kualitatif adalah:

**Step 1.** Hasil turunan dibaca secara menyeluruh dalam *Dedoose*. Catatan-catatan didapatkan di dalam

*Dedoose* semasa proses 'read through'.

**Step 2.** Buku Kode berisi 44 kode, yang berisi keterangan rinci dibuat untuk mencocokkan isi khusus dari panduan interview semi-terstruktur.



- Step 3.** Anggota peneliti membuat kode setiap hari dengan menggunakan 44 kode yang tersedia di buku Kode. Berdasarkan proses *coding*, diperlukan penambahan dua kode setelah mendapat persetujuan dari Koordinator Kualitatif.
- Step 4.** Kode yang ada, dikeluarkan dari data set setelah hasil turunan mendapatkan kode untuk nantinya mampu menjawab tujuan kajian yang spesifik.
- Step 5.** Data yang dihasilkan tersebut diatas akan ditinjau oleh peneliti untuk ditafsirkan dan ditentukan tema dan sub-tema yang menonjol. Semua data yang terjaring dibandingkan untuk kemudian di kelompokkan sesuai dengan karakteristik dari subjek. WFP staf sebagai peninjau, ikut membantu mengerti makna dari data sehingga data lebih bisa dipercaya.<sup>15</sup>
- Step 6.** Data yang telah disimpulkan dibawa ke beberapa subjek untuk mendapat tanggapan. Proses ini sengaja dilakukan untuk mendapatkan tambahan data dan memperkuat kesimpulan yang diambil oleh peneliti.
- Step 7.** Penemuan yang didapatkan dari tahap 1 merupakan dasar pembuatan bahan untuk tahap 2. Setelah tahap 1 dan 2 selesai semua, hasil akhir dipresentasikan dalam matriks, tabel atau gambar sebagai kutipan dari subjek.
- Step 8.** Pemilihan data yang didapat dari metode kualitatif sengaja dilakukan untuk memperkuat hasil kuantitatif sehingga kajian ini mampu menjelaskan semua keterangan terkait Program Gizi Ibu dan Anak, misalnya hasil survei nasional, kajian lain sebelum kajian ini.

#### **2.4. 4 Penjaminan Kualitas Metode Kualitatif**

Beberapa cara khusus digunakan dalam metode kualitatif, untuk mendapatkan data yang sah.

##### **A. Pengumpulan data berjenjang**

Pengumpulan data dibuat dalam 2 tahap. Tahap 1 dilakukan untuk peserta program dan orang yang berpengaruh. Tahap 2 dilakukan pada orang yang berpengaruh dan pemangku

<sup>14</sup>Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

<sup>15</sup>Creswell & Clark, 2007. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

kepentingan. Hal ini memungkinkan masuknya data melewati berbagai tahapan yang ada, serta secara bersamaan mengumpulkan dan menganalisis data.

##### **B. Berbagai bentuk untuk mencapai ketelitian maksimal**

Tiga cara khusus digunakan dalam metode kualitatif ini untuk mencapai ketelitian maksimal: analitik oleh staf WFP dan SEAMEAO; subjek oleh peserta program, orang yang berpengaruh dan pengampu kepentingan; dan metodologi oleh wawancara, diskusi kelompok terfokus dan data sekunder.

### **C. Member checking**

Setelah sekitar 80% pengumpulan data dilaksanakan dalam setiap tahapan, secara sengaja hasil awal dan analisisnya dibawa lagi ke beberapa subjek yang terpilih. Proses ini disebut “member checking” yang digunakan untuk memastikan data yang bisa dipercaya dengan metode kualitatif<sup>15</sup>. Cara ini membuat kesimpulan yang dihasilkan akan lebih dapat dipercaya, jelas dan utuh.

### **D. Hasil Turunan yang lengkap**

Hasil turunan digital dan terjemahannya merupakan hasil yang lengkap. Istilah lokal yang tidak bisa di terjemahkan ke bahasa Indonesia, tetap dipertahankan seperti apa adanya dan dibubuhi keterangan oleh pengumpul data. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari kehilangan ekspresi yang asli dari subjek. Dilengkapi dengan catatan awal dari peneliti pada setiap turunan wawancara, data kualitatif yang dihasilkan ini menjadi sangat kaya karena berangkat dari subjek yang berasal dari hasil wawancara dan catatan peneliti sebagai bahan yang dipaparkan secara rinci.<sup>16</sup>

### **E. Data dari bukan peserta program**

Sebagai tambahan mengumpulkan data peserta program, data juga dikumpulkan dari bukan peserta program, untuk dapat membandingkan dan melihat penjelasan yang mungkin bertolak-belakang, sehingga membantu memberi gambaran yang utuh. dalam upaya mengkaji hasil dari program.

### **F. Panduan pelaksanaan kerja lapangan**

Tahap akhir dari metode kualitatif adalah Pedoman Lapangan yang digunakan bagi pegawai lapangan untuk mengetahui segala segi pengumpulan data, pengelolaan dan analisis selama kajian ini berlangsung.

---

<sup>15</sup>Creswell & Clark, 2007. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

<sup>16</sup>Triandis, 1989. The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological review*, 96(3), 506

### **Analisa data sekunder**

Data dari kajian Program Gizi Ibu dan Anak ini di lengkapi dengan gabungan baik data kuantitatif maupun kualitatif dimana perlu. Proses tersebut terutama dilakukan untuk dapat mengerti indikator yang terkait dengan program melalui tersedianya data sekunder. Tinjauan ini menyediakan kabar tentang berlangsungnya rangsum pangan sesuai rencana, berapa besar dan jauh mengabarkan jangkauan pesan yang dikemukakan, jumlah penjelasan dan pelatihan yang dilaksanakan, serta penjelasan tentang program secara menyeluruh.

## 2.5 Kaji Etik dan Izin Pelaksanaan

Kegiatan kajian ini telah mendapat persetujuan etik dari Komite Riset Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia berdasarkan surat no:124/UN2.F1/ETIK/2016 tanggal 22 February 2016. Pelaksanaan kajian ini juga sudah mendapat izin dari Kementerian Dalam Negeri dan Kantor Gubernur NTT serta Kabupaten TTS.

## 3. Hasil Kajian

### Karakteristik sosio-demografik

Sejumlah 893 anak umur 18-35 bulan sebagai peserta Program Gizi Ibu dan Anak, yang tinggal di 34 desa di 14 kecamatan sub-districts, diikuti-sertakan sebagai subjek kajian. Sebagai pembandingan 908 anak dengan umur yang sama, yang tinggal tidak di daerah tempat program berlangsung juga diteliti, tinggal di 35 desa dalam naungan 15 kecamatan. Pengasuh anak-anak tersebut yang menjadi responden sebagian besar ibu mereka. **Tabel 3** memperlihatkan karakteristik sosio-demografi dari peserta dan bukan peserta program.

Secara umum, karakteristik demografik kedua kelompok tersebut mirip walaupun terlihat beberapa perbedaan. Kepala rumah tangga bukan peserta program lebih banyak ( $p=0,002$ ) buta aksara dan rendah pendidikan dibandingkan dengan peserta program. Sumber air minum di daerah program lebih bagus ( $p<0,001$ ) daripada di bukan daerah program, namun lebih sedikit ( $p<0,001$ ) mempunyai latrin sendiri dibandingkan dengan daerah bukan program.

Berdasarkan tiga kategori pendapatan keluarga, hampir  $\frac{3}{4}$  keluarga peserta program mempunyai pendapatan tetap, namun hanya  $\frac{1}{2}$  dari bukan peserta program dengan pendapatan tidak tetap. Sekitar separuh dari peserta program termasuk status ekonomi menengah kebawah, sedangkan

**Tabel 3. Karakteristik Sosio-demografik Rumah Tangga Subjek, berdasarkan Kelompok Program**

Karakteristik rumah tangga	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
Umur anak dalam bulan, <sup>#</sup>	26,7±5,1	26,8±5,1	0,733
Jenis kelamin anak, n(%)			
Laki-laki	449 (50,3)	468 (51,5)	0,592
Perempuan	444 (49,7)	440 (48,5)	0,592
Jumlah saudara kandung anak dalam keluarga, <sup>#</sup>	1,7±1,6 (n=893)	1,8±1,6 (n=908)	0,101
Umur Ibu dalam tahun, <sup>#</sup>	31,4±7,4	31,4±6,9	0,953

Karakteristik rumah tangga	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
	(n= 867)	(n=834)	
<b>Lama pendidikan/sekolah ibu,n(%)</b>			
Tidak pernah sekolah / buta huruf	52 (5,8)	72 (7,9)	0,079
< 6 tahun	75 (8,4)	88 (9,7)	0,343
6-12 tahun	693 (77,8)	716 (78,9)	0,549
>12 tahun	71 (8,0)	31 (3,4)	<0,001*
<b>Pekerjaan Ibu,n(%)</b>			
Ibu Rumah Tangga	698 (78,2)	727 (80,2)	0,298
Lainnya	195 (21,8)	180 (19,8)	
<b>Jenis kelamin Kepala Rumah Tangga,n(%)</b>			0,692
Laki-laki	872 (97,6)	884 (97,4)	
Perempuan	21 (2,4)	24 (2,6)	
<b>Lama pendidikan/sekolah Kepala Rumah Tangga, n(%)</b>			
Tidak pernah sekolah / buta huruf	48 (5,4)	83 (9,2)	0,002*
<6 tahun	83 (9,3)	126 (13,9)	0,002*
6-12 tahun	690 (77,4)	668 (73,8)	0,081
>12 tahun	66 (7,4)	20 (2,2)	<0,001*
<b>Jenis pendapatan rumah tangga,n(%)</b>			
Pendapatan tidak tentu	238 (26,7)	427 (47,0)	<0,001*
Pendapatan tetap yang bervariasi	484 (54,2)	438 (48,2)	0,011*
Pendapatan tetap dengan jumlah yang sama	171 (19,1)	43 (4,7)	<0,001*
<b>Proporsi pengeluaran untuk makan dari pendapatan dalam 1 minggu terakhir, #</b>	80,4±116,0 (n=768)	87,9±115,1 (n= 738)	0,206
<b>Jenjang kesejahteraan rumah tangga, Aset rumah tangga,n(%)</b>			
Kuantil ke 1	147 (16,5)	108 (11,9)	0,005*
Kuantil ke 2	151 (16,9)	36 (26,0)	<0,001*
Kuantil ke 3	188 (21,1)	246 (27,1)	0,003*
Kuantil ke 4	138 (15,5)	142 (15,6)	0,914
Kuantil ke 5	269 (30,1)	176 (19,4)	<0,001*
<b>Sumber utama air minum,n(%)</b>			<0,001*
Air ledeng	113 (12,7)	55 (6,1)	
Sumur terlindung	204 (22,8)	139 (15,3)	
Sumur tidak terlindung	202 (22,6)	192 (21,1)	
Tanki air gratis yang disediakan di desa	16 (1,8)	27 (3,0)	
Mata air terlindung	144 (16,1)	193 (21,3)	
Mata air tidak terlindung	143 (16,0)	232 (25,6)	
Air hujan	0 (0,0)	2 (0,2)	
Air sungai atau danau	56 (6,3)	49 (5,4)	
Membeli dari penjual air	14 (1,6)	18 (2,0)	
<b>Jamban pribadi milik rumah tangga, n(%)</b>	779 (87,2)	849 (93,5)	<0,001*

#mean±SD \*bermakna  $p < 0,05$  – antara Kelompok Program dan Bukan program

proporsi itu 2/3 di bukan peserta program. Selain itu, lebih banyak (11,7%) keluarga bukan peserta program ikut Jaring Pengaman Sosial Pemerintah Indonesia, dibandingkan dengan hanya 7,6% peserta program dengan kemaknaan  $p=0,004$ . Keikut-sertaan dalam program Jaring Pengaman Sosial merupakan tanda rendahnya status sosial-ekonomi dan karenanya lebih memerlukan bantuan sosial. Ketiga indikator tersebut menunjukkan bahwa keadaan sosial ekonomi peserta program lebih baik dari bukan peserta program.

Baik peserta maupun bukan peserta program rata-rata menghabiskan 80% dari pendapatan keluarga untuk keperluan makanan, mengindikasikan bahwa hampir semua keluarga hidup dibawah garis kemiskinan<sup>17</sup>. Walaupun demikian, berdasarkan indikator sosio-demografik lainnya, kedua kelompok sama keadaannya.

### 3.1. Cakupan dan Kualitas Aktivitas Program (Tujuan Kajian 1)

Program Gizi Ibu dan Anak mencakup berbagai kegiatan seperti dibawah ini, yang juga telah dipaparkan pada bagian Metodologi :

- A. Pendaftaran peserta program di sistem pelayanan Posyandu
- B. Penimbangan anak umur 6-23 bulan di Posyandu
- C. Pelatihan untuk pegawai yang bekerja untuk program di Puskesmas dan Posyandu
- D. Komunikasi untuk Perubahan Perilaku agar praktek Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil ditingkatkan
- E. Pembagian rangsum pangan secara Cuma-Cuma bagi semua anak umur 6-23 bulan di Posyandu

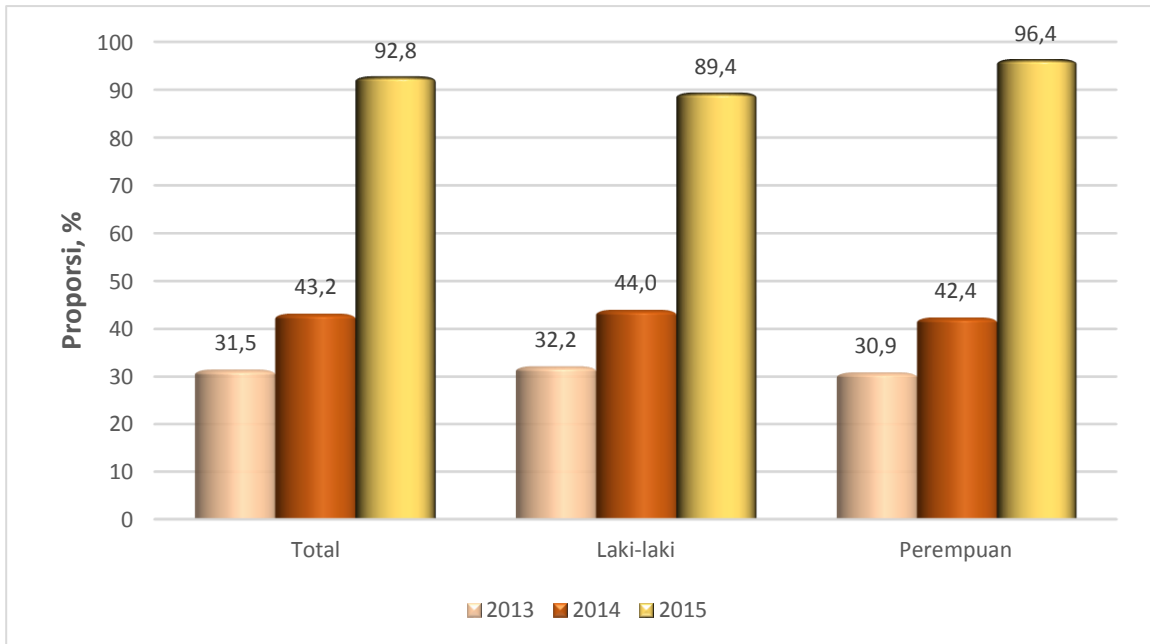
Bagian ini memaparkan hasil kajian terkait setiap aspek kegiatan program.

#### **A. Pendaftaran bagi peserta program di pelayanan dasar Posyandu**

Anak umur 6-23 bulan yang berhak menjadi peserta program didaftarkan diri di Posyandu. Gambar 2 menggambarkan data sekunder pendaftaran anak yang diperoleh dari catatan pantauan program oleh WFP tahun 2013-2015. Setiap komponen gambar menunjukkan proporsi anak umur 6-23 bulan yang terdaftar berdasarkan jumlah yang direncanakan. Sejak 2013, pendaftaran terus menerus meningkat dan tahun 2015 mencapai 90% peserta anak umur 6-23 bulan.

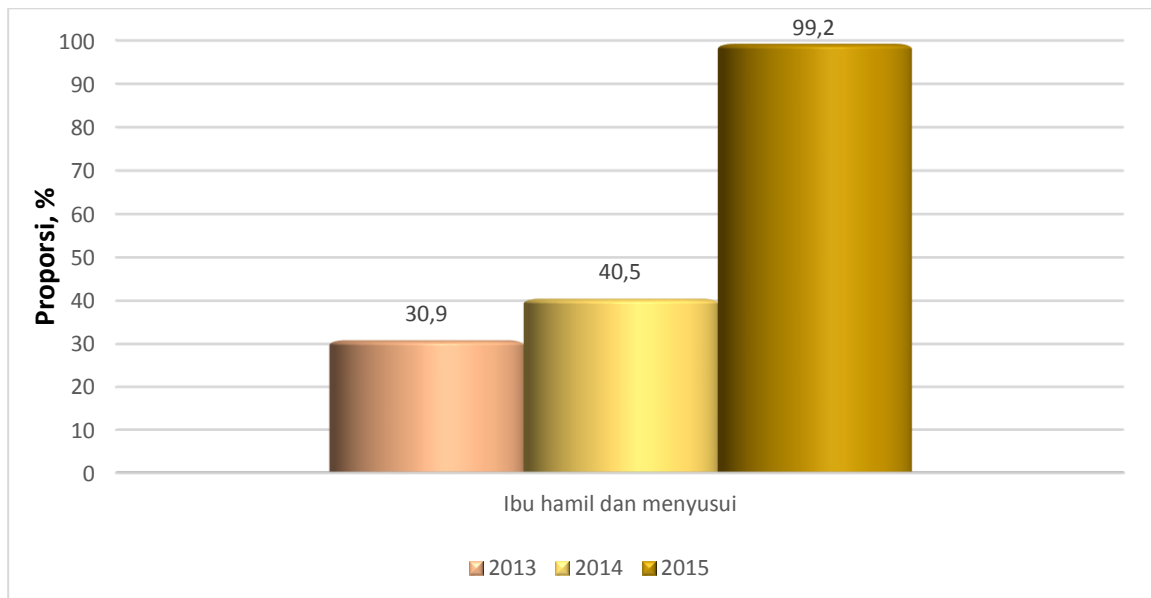
---

<sup>17</sup>World Bank, 2016. <http://www.worldbank.org/en/news/infographic/2016/05/27/india-s-poverty-profile>



Sumber: Laporan Proyek WFP 2013,2014,2015.

**Gambar 2. Proporsi Jumlah Anak umur 6-23 bulan yang Mendaftar sebagai Peserta Program Dibandingkan dengan Jumlah yang Direncanakan Program**



Sumber: Laporan Proyek WFP 2013,2014,2015

**Gambar 3: Proporsi Jumlah Ibu Hamil dan Menyusui yang Mendaftar sebagai Peserta Program dibandingkan dengan Jumlah yang Direncanakan Program**

Pendaftaran keikut-sertaan Ibu hamil dan menyusui juga dicatat. Seperti pada peserta anak, terlihat proporsi pendaftar ibu hamil dan menyusui terus meningkat tahun 2013-2015, dan mencapai hampir 100% pada tahun 2015.

Data kualitatif menunjukkan bahwa penerimaan rangsum pangan yang baik merupakan latar belakang utama tingginya pendaftaran sebagai peserta program baik anak umur 6-23 bulan maupun ibu hamil dan menyusui.

### ***Kepemilikan Kartu menuju Sehat***

Kepemilikan KMS merupakan indikator terdaftarnya peserta program di Posyandu. Proporsi peserta program yang terdaftar di Posyandu lebih tinggi dibandingkan dengan bukan peserta program. Namun demikian, >90% subjek menyatakan bahwa dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, mereka mengunjungi Posyandu setiap bulan, seperti terlihat pada **Tabel 4**.

Data kualitatif memperlihatkan bahwa sebagian besar ibu/pengasuh anak yang tidak memiliki KMS menyatakan bahwa KMS mereka disimpan oleh kader karena takut hilang. Hal ini tidak merupakan hal yang dianjurkan oleh program.

**Tabel 4. Pendaftaran, Pencatatan Kehadiran dan Jarak Waktu mencapai Posyandu**

Pemanfaatan Layanan Kesehatan	Program (n=893)	Bukan Program (n=908)	<i>p-value</i>
<b>Kepemilikan KMS/buku KIA, n(%)</b>	444 (49,7)	237 (26,1)	<0,001*
<b>Kunjungan rutin ke Posyandu dalam 3 bulan terakhir, n(%)</b>	783 (90,7)	815 (90,6)	0,982

\*bermakna  $p < 0,05$  – antara Kelompok Program dan Bukan Program

Data kualitatif memperlihatkan bahwa ibu/pengasuh anak walaupun anak mereka sudah berumur >12 bulan pada mana biasanya cenderung terjadi penurunan kunjungan ke Posyandu, namun kunjungan ke Posyandu tetap dilakukan karena keberadaan program merupakan pemacu kunjungan, termasuk tetapi tidak terbatas pada adanya rangsum pangan.

### **B. Penimbangan bulanan bagi anak umur 6-23 bulan**

Pantauan data WFP digunakan untuk menjelaskan proporsi anak umur 6-23 bulan yang dalam kurun waktu 2012-2015 hasil penimbangan tercatat di KMS. Data tahun 2012-2013 tidak tersedia, sedangkan tahun 2014 – 2015 data KMS menunjukkan sebanyak 92% dan 95% dari peserta program anak umur 6-23 bulan ditimbang di Posyandu. Jumlah ini melebihi tujuan program yang ditentukan oleh WFP dan menggambarkan cakupan program yang tinggi pada daerah, yang menurut data kualitatif, merupakan daerah yang tidak mudah dicapai terkait cuaca, jalan rusak, dan jarak yang sangat jauh.

### C. Pelatihan pegawai yang terlibat kegiatan program di Posyandu dan Puskesmas

WFP membantu Pemerintah Indonesia untuk mengadakan pelatihan tentang rangsum pangan dan meningkatkan penerapan Pemberian Makanan untuk Bayi dan Anak Kecil.

#### *Cakupan Pelatihan Coverage of trainings*

Terdapat 100% cakupan pelatihan yang diadakan untuk pegawai kesehatan dengan pokok bahasan rangsum pangan. Namun demikian, cakupan pelatihan tentang Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil hanya 32,6% di daerah program. Data juga menunjukkan bahwa tidak ada pelatihan penyegar selama program berjalan.

#### *Kualitas Pelatihan*

Kader dan staf Puskesmas diminta pendapat tentang bagaimana penyelenggaraan pelatihan dengan pokok bahasan Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil. Ringkasan dari tema kualitatif yang muncul diantara perempuan yang menerapkan dapat dilihat di **Tabel 5** dibawah ini:

**Tabel 5. Persepsi Pelaksana Program terhadap Kualitas Pelatihan “Pemberian Makanan Bayi dan Anak kecil” – Pola Positif dan Negatif**

Persepsi Positif	Kutipan Dominan
1) Peningkatan kemampuan: menambah pengetahuan & keahlian	<p>“Pelatihan memperkaya pengalaman kami, membuat kami mengerti bagaimana cara memberikan ASI yang benar untuk anak-anak. Kami mengajarkan ke orang lain dan masyarakat di lingkungan sekitar.”</p> <p>–Kader, Kelompok Peserta Program, wawancara</p>
2) Variasi bahan dan topik pelatihan PMBAK yang diberikan	
3) Keragaman aktivitas selama pelatihan PMBAK: tidak membosankan	
Persepsi Negatif	Kutipan Dominan
1) Tidak ada pelatihan penyegar untuk PMBAK	<p>“Metodenya sudah baik. Akan tetapi, alokasi waktu sangat terbatas. Hanya satu hari dengan banyak materi dan topik, kami susah memahaminya (semua materi).”</p> <p>–Kader, Kelompok Bukan Peserta Program, wawancara</p>
2) Kursus PMBAK dan latihan yang terbatas untuk dapat meningkatkan keahlian	
3) Tidak semua Kader Posyandu melaporkan mendapat pelatihan PMBAK	

PMBAK = Pemberian Makanan Tambahan Bayi dan Anak Kecil

Peserta yang menerapkan hasil latihan sebagian besar mempunyai pendapat yang positif tentang rangsum pangan dan Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecl. Mereka melaporkan bahwa kemampuan mereka bertambah, lebih mantap dan percaya diri dalam menyampaikan penjelasan tentang kesehatan dan gizi kepada peserta program. Namun demikian ibu/pengasuh anak menyatakan beberapa hal dirasakan kurang yaitu tidak ada pelatihan penyegar, waktu yang terbatas dan kurangnya latihan praktek. Selain itu, tidak semua kader mendapat pelatihan – hal ini lebih menguatkan bahwa cakupan pelatihan hanya 32,6%.



#### **D. Komunikasi untuk Perubahan Perilaku untuk Meningkatkan Kemampuan Pemberian Makanan Tambahan Bayi dan Anak kecil**

Komunikasi untuk Perubahan Perilaku mencakup pokok bahasan yang luas: ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI, pemberian makanan tambahan yang tepat, pentingnya kebersihan diri, peningkatan kemampuan Pemberian Makan Bayi dan Anak Kecil, pemberian kapsul vitamin A, memainkan dan menggairahkan rangsangan tumbuh kembang anak, dan pentingnya 1000 Hari Pertama Kehidupan dengan menekankan pada gizi ibu hamil dan menyusui serta gizi anak sampai berusia 2 tahun.

##### **Penerimaan Peserta dan Pelaksana Program akan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku**

Data kualitatif memberi petunjuk tentang persepsi akan kualitas dari Komunikasi untuk Perubahan Perilaku bagi peserta program dan pelaksana program. Secara garis besar, peserta program berpendidikan rendah dan tinggi menyatakan bahwa pesan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku yang mereka terima sangat sesuai, seperti terlihat pada **Tabel 6**.

Namun demikian, penerimaan yang lebih baik akan bahan-bahan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku dirasakan oleh peserta program berpendidikan tinggi, dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan lebih rendah. Pelaksana program merasakan positif dan negatifnya persepsi setelah menerapkan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku selama program berjalan.

Data kualitatif dari peserta program dan pelaksana program juga dikumpulkan untuk secara menyeluruh lebih mengerti tentang penerimaan pokok bahasan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku terkait pentingnya meningkatkan A) Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil serta B) 1000 Hari Pertama Kehidupan.

**Meningkatkan Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil (PMBAK):** Data menunjukkan bahwa meningkatkan PMBAK cukup sederhana dan mudah dimengerti oleh peserta program. Selain itu, pokok bahasan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku yang khusus dikemas dimengerti dengan baik oleh peserta dan pelaksana program, yang mengemukakan pentingnya menggunakan bahan-bahan yang telah disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Namun demikian, tidak tersedianya bahan dalam bahasa lokal merupakan tantangan. Selain itu, nasehat secara masal merupakan hal negatif bagi peserta dan pelaksana program, yang memilih untuk mendapat nasehat perorangan.

**1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK):** Hasil wawancara, menunjukkan bahwa sebagian besar ibu tidak mengerti arti 1000 HPK". Sebaliknya, sebagian besar pelaksana program terutama kader dan bidan mengerti dengan jelas pentingnya masa tersebut bagi kesehatan dan gizi, dan mereka dapat menjelaskan sewaktu wawancara. Ringkasan tentang PMBAK dan 1000 HPK terlihat pada **Tabel 7**.

**Tabel 6. Pola Utama Kualitatif terkait Pesan Komunikasi untuk Perubahan Perilaku oleh Peserta dan Pelaksana program**

Tema yang dominan berdasarkan tipe subjek		Contoh-contoh kutipan
<b>Peserta Program<sup>1</sup></b>		
<b>Berpendidikan Tinggi<sup>2</sup></b>		
Secara umum materi BCC cukup dapat diterima	+	<i>"Kami mendapat contoh bagaimana menyusui saat sedang hamil 8-9 bulan. Kami mendapatkannya dari tenaga kesehatan dan kader. Jadi tidak terlalu susah untuk ibu menyusui seperti kami."</i> – Ibu hamil dan menyusui berpendidikan tinggi, Kelompok Peserta Program , Wawancara
Pesan-pesan sesuai dengan konteks	+	
<b>Berpendidikan Rendah<sup>3</sup></b>		
Terkadang pesan yang diberikan secara oral kurang jelas atau sudah lupa	-	<i>"Hanya melalui mulut saja, tidak ada material yang digunakan. Mereka hanya memberikan pesan melalui mulut."</i> –Ibu hamil dan menyusui berpendidikan rendah, Kelompok Peserta Program ,Wawancara
Pesan-pesan sesuai dengan konteks	+	
<b>Pelaksana Program<sup>4</sup></b>		
Pesan-pesan sesuai dengan konteks	+	<i>"Ibu-ibu senang jika kami berbicara langsung dengan mereka, jadi dengan tatap muka. Saya tidak menggunakan flichart di Posyandu... Ada poster-poster dan flipcharts di Posyandu, tapi sejujurnya, kami tidak pernah membawanya jadi hanya disampaikan dengan tatap muka saja..."</i> -Kader, Kelompok Peserta Program , Wawancara
Lebih tenaga kesehatan, bukan kader yang menyampaikan pesan-pesan	-	
Lebih baik menggunakan Bahasa local daripada Bahasa Indonesia	-	

<sup>1</sup>Peserta Program = Ibu hamil dan Menyusui Kelompok Peserta Program; <sup>2</sup>Berpendidikan Tinggi = SMA ke atas ;

<sup>3</sup> Berpendidikan Rendah = SMP kebawah ; <sup>4</sup>Pelaksana Program = Kader dan pegawai kesehatan Puskesmas

**Tabel 7. Persepsi Peserta Program tentang KPP terhadap Modifikasi Materi PMBAK dan 1000 HPK**

Modifikasi materi PMBAK	Contoh Kutipan
<b>Persepsi Positif:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sederhana, mudah dipahami</li> <li>• Pesan yang terfokus dan personalisasi</li> </ul>	<i>"Sangat berguna...Kami menerima materi mengenai bagaimana memberikan ASI, cara menyusui yang benar dan bagaimana sebaiknya memberi makan anak-anak kami...seperti dari awal sampai akhir. Lengkap!"</i> – Peserta Program, Kelompok Peserta Program, DKF
<b>Persepsi Negatif:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bahasa Indonesia yang sulit dipahami</li> <li>• Lebih memilih nasehat perorangan</li> </ul>	
<b>1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaksana program sangat mengerti pentingnya program ini.</li> <li>• Sebagian besar penerima manfaat program tidak mengerti konsep status gizi pendek.</li> </ul>	<i>"Entah bagaimana menurut saya ini (pendek ) karena masalah genetik. Tapi dokter mengatakan penyebabnya adalah tidak cukup asupan makan dan minum."</i> – Peserta Program, Kelompok Peserta Program, DKF

PMBAK = Pemberian Makan Bayi dan Anak Kecil KPP =Komunikasi untuk Perubahan Perilaku

Baik peserta program dan kader menjelaskan status gizi pendek dikaitkan terutama dengan faktor genetik atau kekurangan asupan makanan dalam jumlah. Hampir tidak ada yang mengkaitkan dengan

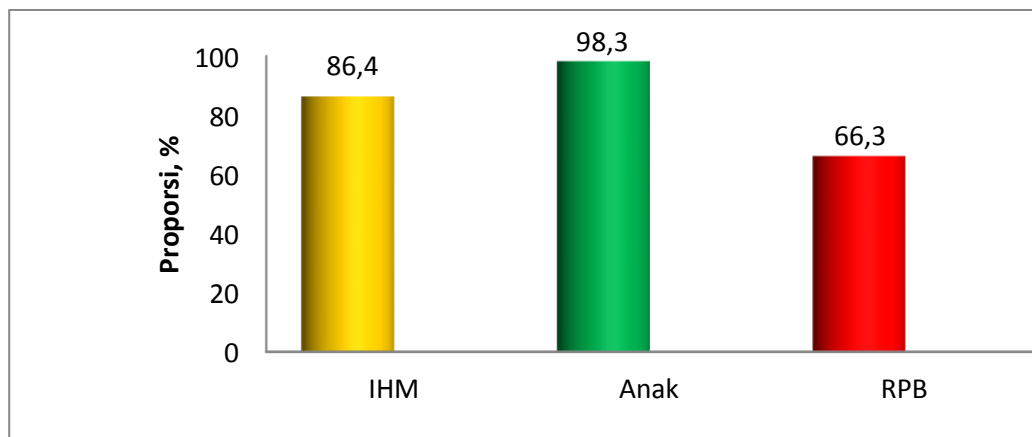
pentingnya kualitas makanan dihubungkan dengan kekurangan gizi khronis, seperti pada status gizi pendek.

#### E. Rangsum Pangan Cuma-Cuma untuk anak umur 6-23 bulan di Posyandu

Anak umur 6-23 bulan menerima rangsum pangan bergizi 1.8 kg setiap bulan atau setara dengan 60 gram/anak/hari yang didistribusikan lewat Posyandu, paling sedikit 9 bulan setiap tahunnya. Rangsum pangan dibungkus dalam Setiap 20 gram/bungkus untuk dikonsumsi 3x/hari. Kajian ini dengan memakai metode kuantitatif dan kualitatif menilai untuk dapat mengerti tentang cakupan rangsum pangan, tingkat penerimaan dan penggunaannya.

##### ***Cakupan Rangsum Pangan dan Kebiasaan Berbagi***

Berdasarkan catatan pribadi dari peserta program, 86,4% Ibu hamil dan menyusui menerima biskuit bergizi dan 98,3% anak menerima MP-ASI paling sedikit sekali. **Gambar 4** memperlihatkan cakupan rangsum pangan >85% pada % Ibu hamil dan menyusui dan anak umur 6 –23 bulan. Namun demikian, 66,3% dari mereka yang mendapatkan rangsum pangan, melaporkan bahwa mereka membagi ke anggota keluarga. Sebanyak 52,7% pengasuh anak menyatakan membagikan MP-ASI ke pada kakak dari anak, dan 13,6% dari ibu hamil dan menyusui membagikan ke anggota keluarga lainnya.



IHM= Ibu hamil dan menyusui; **Anak** = umur 18 - 35 bulan. RPB=Rangsum Pangan yg dibagi

**Gambar 4. Cakupan Rangsum Pangan berdasarkan Penerima dan Pembagian**

##### ***Penerimaan Rangsum Pangan***

Selain mendapatkan data tentang cakupan dan penggunaan, metode kualitatif dilakukan untuk mendapatkan keterangan tentang penerimaan rangsum pangan yang diterima oleh peserta program.

**Tabel 8** mempresentasikan tema sentral terkait persepsi peserta dan pelaksana program tentang

diterimanya rangsum pangan. Presentasi **Tabel 8** dibuat berdasarkan tema dan kelompok subjek. Sub-tema yang atas lebih menonjol dibandingkan dengan sub-tema dibawahnya.

**Tabel 8. Tema Bantuan Pangan yang Menonjol Berdasarkan Tingkat Pendidikan Peserta dan Pelaksana Program**

Peserta program (Berpendidikan tinggi) <sup>1</sup>	Peserta program (Berpendidikan rendah) <sup>2</sup>	Pelaksana program
<b>Tema 1. Distribusi di lokasi yang sudah umum dikunjungi (Posyandu), tapi masih dapat ditingkatkan</b>		
Posyandu tempat yang umum dikunjungi	Posyandu tempat yang umum dikunjungi	Posyandu tempat yang umum dikunjungi
Distribusi tidak selalu dilakukan/selesai di hari Posyandu	Jarak yang jauh membuat akses merupakan tantangan	Distribusi tidak selalu dilakukan/selesai di hari Posyandu
	Distribusi tidak selalu dilakukan/selesai di hari Posyandu	Terkadang distribusi dilakukan di rumah Kader
	Terkadang distribusi dilakukan di rumah Kader	
<b>Tema 2. Aroma dan rasa yang dapat diterima dengan baik, hanya sedikit tantangan yang dilaporkan</b>		
Bantuan pangan dapat diterima dengan baik	Bantuan pangan dapat diterima dengan baik	Bantuan pangan dapat diterima dengan baik
Beberapa anak (>12 bulan) tidak dapat dengan mudah mengkonsumsi MP-ASI	Beberapa anak (>12 bulan) tidak dapat dengan mudah mengkonsumsi MP-ASI	Beberapa anak (>12 bulan) tidak dapat dengan mudah mengkonsumsi MP-ASI
Beberapa anak menyukai MP-ASI tanpa persiapan (tanpa dicampur air)	Beberapa anak menyukai MP-ASI tanpa persiapan (tanpa dicampur air)	Beberapa anak menyukai MP-ASI tanpa persiapan (tanpa dicampur air)
<b>Tema 3. Beberapa pengertian mengenai manfaat bantuan pangan; digunakan terutama sebagai makanan selingan, bukan sebagai suplemen gizi utama</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu menjadi lebih sehat</li> <li>- Meningkatkan berat badan</li> <li>- Bagus untuk makanan selingan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagus untuk makanan selingan</li> <li>- Mengurangi rasa lapar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendukung kesehatan bayi</li> <li>- Meningkatkan berat badan</li> <li>- Bagus untuk makanan selingan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu proses kelahiran yang sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu proses kelahiran yang sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu proses kelahiran yang sehat</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan berat badan bayi</li> <li>- Helps improved dietary intake</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan berat badan bayi</li> <li>- Berkontribusi terhadap bentuk tubuh yang bagus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan berat badan bayi</li> <li>- Membuat anak menjadi aktif</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menghasilkan anak yang sehat</li> <li>- Meningkatkan kreatifitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi pintar</li> <li>- Menghasilkan anak yang sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi pintar</li> <li>- Berkontribusi terhadap pertumbuhan yang baik</li> </ul>

<sup>1</sup>Berpendidikan tinggi: SMA keatas

<sup>2</sup>Berpendidikan rendah: SMP kebawah

Secara umum, rangsum pangan dihargai, disukai dan dimengerti sebagai makanan sekaligus pasokan nutrisi. Sebagian besar peserta program beranggapan bahwa rangsum pangan merupakan bahan

kudapan sehingga boleh dibagikan. Terjadi persepsi yang simpang-siur akan kegunaan rangsum pangan dikaitkan dengan kesehatan dan gizi: sebagian berpendapat tentang kegunaan jangka pendek sebagai kudapan, sedangkan sebagian lagi berpendapat kegunaan jangka panjang seperti berguna untuk kesehatan anak. Walaupun distribusi rangsum pangan lewat Posyandu dapat diterima, namun sebagian peserta program, terutama dengan pendidikan rendah mengeluh tentang jarak Posyandu yang jauh dari rumah mereka.

Rasa dari rangsum pangan dapat diterima oleh peserta dan pelaksana program. Sebagian dari anak mengalami kesulitan mengonsumsi MP-ASI yang diberikan, dan memilih untuk dikonsumsi dalam bentuk kering sebagaimana adanya langsung dari kemasan. Sebagian anak berusia > 1 tahun, tidak suka mengonsumsinya sebagai IMP-ASI karena biasanya mereka mengonsumsi makanan padat setiap harinya.

*“MP-ASI ditaruh ditangannya dan dirasakan ... dia tidak menyukai MP-ASI. Dia hanya mau yang bentuk kering, tanpa air, jadi langsung dari bungkusnya. Dia hanya tidak suka bentuk pangan yang seperti bubur itu.”*

-Peserta program, Kelompok Peserta Program, Diskusi Kelompok

### ***Penggunaan Rangsum Pangan***

Selain dari berbagai faktor yang telah disebutkan diatas tentang penerimaan subjek atas rangsum pangan, beberapa faktor lain yang mendukung atau menghambat penggunaan rangsum pangan di tingkat rumah tangga telah dapat dikenali melalui metode kualitatif.

### **Faktor-faktor yang Memudahkan Penggunaan Rangsum Pangan secara Benar**

#### ***Rangsum Pangan diberikan Cuma-Cuma***

Sebagian besar peserta program menyatakan kegembiraannya karena rangsum pangan diberikan secara cuma-cuma dan mereka mendapatkannya cukup mudah.

*“Senang, karena kami dapat pemberian mulai 0-12 bulan....Saya tidak tahu apakah anak saya berhak untuk mendapatkan bantuan itu ... kami hanya menerima saja dan merasa bersyukur, tanpa punya pikiran terlalu banyak tentang itu. Kami sudah sangat bersyukur bahwa pemerintah memberi pemberian untuk kebaikan kami dan ank-anak kami.”*

– Ibu dari anak Balita, Kelompok Peserta Program, Wawancara

#### ***Biskuit untuk Ibu Hamil dan Menyusui “mudah di konsumsi”***

Sebagian besar ibu hamil dan menyusui menyatakan bahwa rangsum biskuit mudah dan menyenangkan untuk dikonsumsi karena mengonsumsi satu biskuit langsung dari kemasannya. Oleh karena itu,

membagikan biskuit ke anggota keluarga sendiri sangat wajar. Data kualitatif juga mengungkapkan bahwa berbagi biskuit lebih sering daripada berbagi MP-ASI.

#### ***Rasa Rangsum Pangan sangat dapat diterima***

Rasa dari biskuit maupun MP-ASI sangat dapat diterima. Konsumsi yang rendah, terutama yang dasarnya penolakan, tidak merupakan tema dari jenis rangsum pangan. Namun, biskuit lebih dapat diterima dari segi rasa dibandingkan dengan MP-ASI. Penerimaan mereka, ditambah dengan kemudahannya, menyebabkan biskuit menjadi produk yang mudah di bagi ke mereka yang bukan peserta program.

#### ***Pengiriman langsung Rangsum Pangan ke Posyandu***

Posyandu sebagai tempat penyaluran dapat diterima oleh peserta program, karena mereka mengenal letak Posyandu dan merupakan tempat penimbangan anak setiap bulan. Posyandu sangat dapat diterima oleh sebagian besar peserta program, sekalipun oleh rumah tangga yang berjarak sangat jauh daripada jarak rata-rata, yang menyebabkan halangan akses, terutama pada waktu musim hujan. Sebelum pendistribusian rangsum pangan, kader mendapat pelatihan tentang rangsum pangan. Mereka menyatakan bahwa pelatihan sangat berguna untuk mengerti tentang bagaimana berkomunikasi ke pengasuh anak tentang penyimpanan yang pantas dan penyaluran rangsum pangan, selain juga tentang bagaimana menulis laporan penyaluran.

#### **Halangan mencapai Konsumsi yang memadai**

##### ***Berbagi Rangsum Pangan sulit dihindari***

Berbagi rangsum pangan dilaporkan oleh peserta program baik ditingkat rumah tangga dan masyarakat. Posyandu sebagai tempat penyaluran di tingkat masyarakat, membagikan rangsum pangan ke semua anak yang datang ke Posyandu setiap bulan, tidak hanya untuk anak umur 6-23 bulan yang termasuk dalam kegiatan program. Jadi berdasarkan beberapa wawancara, anak umur 6-23 bulan peserta program mungkin saja mendapat rangsum pangan kurang dari jumlah yang seharusnya mereka terima. Anak usia  $\geq 24$  bulan dilaporkan menerima MP-ASI dengan jumlah yang lebih sedikit daripada mereka yang berumur 6-23 bulan. Oleh karena itu, tidak jelas apakah berbagi di tingkat Posyandu tersebut begitu meluas, sehingga cara penyaluran harus dipertimbangkan kembali. Mungkin pelatihan kembali menjadi tepat untuk mengemukakan hal ini pada beberapa tempat. Pada tingkat rumah tangga, berbagi rangsum makanan juga dilaporkan oleh peserta program. Data menunjukkan bahwa rangsum pangan di bagi ke anak berusia  $\geq 24$  bulan, dan biskuit untuk ibu hamil dan menyusui dibagi ke anggota keluarga lainnya. Ibu melaporkan kesulitan menghindari hal tersebut karena mereka tidak punya cukup pangan lain untuk diberikan ke seluruh anggota keluarga. Hal ini menyebabkan rangsum pangan merupakan

cara penanggulangan/ pemecahan terhadap ketidak-amanan pangan di tingkat rumah tangga, karena mereka tidak perlu membeli atau menyediakan bahan makanan atau kudapan bagi anak berusia  $\geq 24$  bulan atau anggota keluarga lain yang kelaparan. Kenyataan ini hanya dapat diterangkan oleh adanya ketergantungan budaya dimana program gizi ibu dan anak diterapkan. Berbagi makanan merupakan kegiatan budaya inti di masyarakat ini: norma budaya masyarakat adalah berbagi dengan lainnya apa yang kita miliki, terutama makanan. Karena laporan tentang berbagi rangsum pangan di tingkat Posyandu dan masyarakat tersebut, dampak dari program rangsum pangan bagi status gizi ibu hamil dan menyusui serta anak yang telah ditetapkan akan lebih nyata bila berbagi rangsum pangan tidak terjadi. Kajian lanjutan diperlukan untuk menentukan lebih cermat lagi sampai tingkat mana berbagi rangsum pangan terjadi dan bagaimana cara menghindarinya untuk diterapkan di program serupa di masa mendatang.

### ***Kecemburuan oleh Bukan Peserta Program terkait tujuan program yang khusus untuk kelompok rawan***

Menjadi peserta Program Gizi Ibu dan Anak ini dipandang penting oleh anggota masyarakat. Kecemburuan sosial dilaporkan oleh subjek, yang menyampaikan bahwa perasaan ini terutama terkait rangsum pangan. Setelah anak mencapai umur  $\geq 24$  bulan, mereka tidak lagi memenuhi syarat untuk menjadi peserta program di tingkat Posyandu. Ada petunjuk bahwa kecemburuan sosial dipicu oleh adanya rangsum pangan terutama di Posyandu.

*“Dampak negatif adalah bahwa bantuan khusus ditujukan bagi ibu hamil dan menyusui, dan anak umur 6-23 bulan. Begitulah – sangat disayangkan bagi mereka yang bukan kelompok itu. Saya pernah mendengar bahwa pada masa lalu, WFP juga memberi bantuan, tapi pada waktu itu pembagian rata bagi semua orang ... tiba-tiba menjadi lebih terbatas (program ini).. Artinya tidak heran bahwa kader tidak tahu apa yang harus dilakukan karena mereka berusaha mengikuti kehendak WFP, tapi mereka juga peduli pada semua”*

- Mitra Organisasi Masyarakat lokal, Wawancara

Peserta dan pelaksana program melaporkan kesulitan untuk tidak berbagi rangsum pangan bagi mereka yang sebetulnya tidak lagi berhak. Pemangku kepentingan menyatakan hal yang sama pada waktu wawancara, dan memahami tantangan yang dihadapi oleh bantuan, bila hanya kelompok tertentu saja yang dituju, misalnya kelompok rawan.

### ***Posyandu mengalami Tantangan Logistik***

Penyaluran rangsum pangan bagi begitu banyak peserta program dilaporkan merupakan proses yang menyulitkan, memerlukan keterlibatan serta koordinasi yang ketat untuk menghadapi keadaan alam yang menantang di daerah pedesaan Indonesia.

### ***Penantian Panjang untuk Ransum Pangan di Posyandu***

Pengasuh anak menerangkan bahwa Posyandu membagikan ransum pangan hanya saat kegiatan Posyandu selesai setiap kali. Biasanya penyaluran memerlukan waktu 3 jam bila sudah dimulai. Ibu melaporkan bahwa mereka biasanya tiba jam 8 pagi ketika Posyandu memulai kegiatannya, dan menerima ransum pangan setelah semua aktivitas selesai, sekitar jam 12 siang. Alasan waktu tunggu yang begitu lama yaitu pelaksana program harus terlebih dahulu menghitung jumlah anak yang datang ke Posyandu pada hari itu, membandingkan dengan jumlah peserta program yang harus mendapat ransum pangan. Pelaksana program menyatakan mereka mendapat tekanan untuk membagikan ransum pangan ke semua anak yang datang ke Posyandu, tidak hanya untuk peserta program.

*“Mereka menerima 90 MP-ASI untuk setiap anak. Kami menghitung dulu, dan bila jumlah MP-ASI tidak mencukupi untuk semua anak yang datang ke Posyandu, kami akan memberikan 60 MP-ASI dan memberikan ke semua anak. Demikian juga untuk biskuit.”*

-Kader, Kelompok Peserta Program, Wawancara

### ***Kenyataan Infrastruktur yang Buruk, Tantangan Cuaca dan Koordinasi di lapang***

Infrastruktur yang buruk, termasuk jalan yang bergelombang dan yang kadang-kadang tidak bisa dilalui, merupakan tantangan yang dihadapi oleh mereka yang bertugas untuk mengirimkan ransum pangan. Selain itu, jalan yang layak tidak didapatkan pada sebagian dari desa yang terpencil, sehingga akses menjadi makin sulit.

*“Mollo Barat ... daerah yang sulit. Namun demikian, jaraknya tidak sejauh Mollo Tengah, tetapi keadaan jalan sangat buruk, dan transportasi juga sulit ... ini karena kami sering tidak dapat melewati jalan untuk menyalurkan”*

-Mitra Organisasi Lokal, Kabupaten TTS, Wawancara

Tantangan cuaca selalu terjadi, seringkali selama 3 bulan musim hujan, sehingga mitra kerja melaporkan tidak mudah untuk dapat menembus jalan-jalan yang melewati sungai pada waktu musim tertentu. Keadaan jalan sangat sulit sehingga kadang-kadang pengiriman ransum pangan bisa terhenti untuk bulan tertentu. Dalam hal ini, ransum pangan diberikan dua kali jatah pada bulan berikutnya. Tantangan ini kadang-kadang sangat menyulitkan pelaksana program, terutama pegawai Puskesmas, untuk mengkoordinasikan ransum pangan tiba tepat waktu, karena mereka tidak terlibat dalam proses penyaluran.

*“Distribusi sampai di kader di setiap Posyandu, tanpa adanya informasi ke kami di Puskesmas. Posyandu diberikan MP-ASI atau biskuit atau apa yang tidak. Sulit bagi kami untuk menghubungi kader di Posyandu, jadi mungkin ini merupakan akibat dari distribusi tidak langsung ke peserta program .. jadi hal ini menjadi halangan bagi Puskesmas untuk mengontrol secara memadai distribusi ransum pangan. Kami tidak mengetahui berapa banyak MP-ASI dan biskuit didistribusikan ke Posyandu”.*

– Staf Puskesmas, Area Program, Wawancara.



Sebagai akibat dari masalah logistik dan tantangan koordinasi yang dilaporkan di lapangan, kadang-kadang pembagian rangsum pangan baru dapat dilaksanakan dalam waktu hari atau bulan setelah hari Posyandu yang telah dijadwalkan.

Bila rangsum pangan gagal tiba sesuai jadwal, peserta program tidak mendapat rangsum pangan untuk bulan tersebut, menyebabkan peserta program harus melakukan perjalanan khusus ke Posyandu untuk mendapat rangsum pangan setelah hari Posyandu yang sudah lewat. Kadang-kadang hal tersebut tidak terlaksana sehingga merupakan halangan bagi pengambilan dan penggunaan rangsum pangan.

*“Berdasarkan pengalaman yang dialami ibu yang datang ke Posyandu .. mereka tergantung dari rangsum pangan ini. Kalau biskuit atau MP-ASI datang terlambat, atau sama sekali tidak ada rangsum pangan yang datang, maka ibu juga tidak datang ke Posyandu sama sekali. Tidak ada rangsum pangan berarti ibu tidak datang untuk menimbang anak. Pada giliran berikutnya, bila kader sudah mempunyai rangsum pangan, ibu datang ke Posyandu, pada mana mereka mendapat rangsum pangan untuk dua bulan jumlahnya. Semua ibu datang untuk menerima rangsum pangan.”*

- Peserta program, Kelompok Peserta Program, Diskusi Kelompok

Data sangat jelas menunjukkan bahwa rangsum pangan merupakan daya tarik yang kuat bagi ibu datang ke Posyandu untuk penimbangan anak.

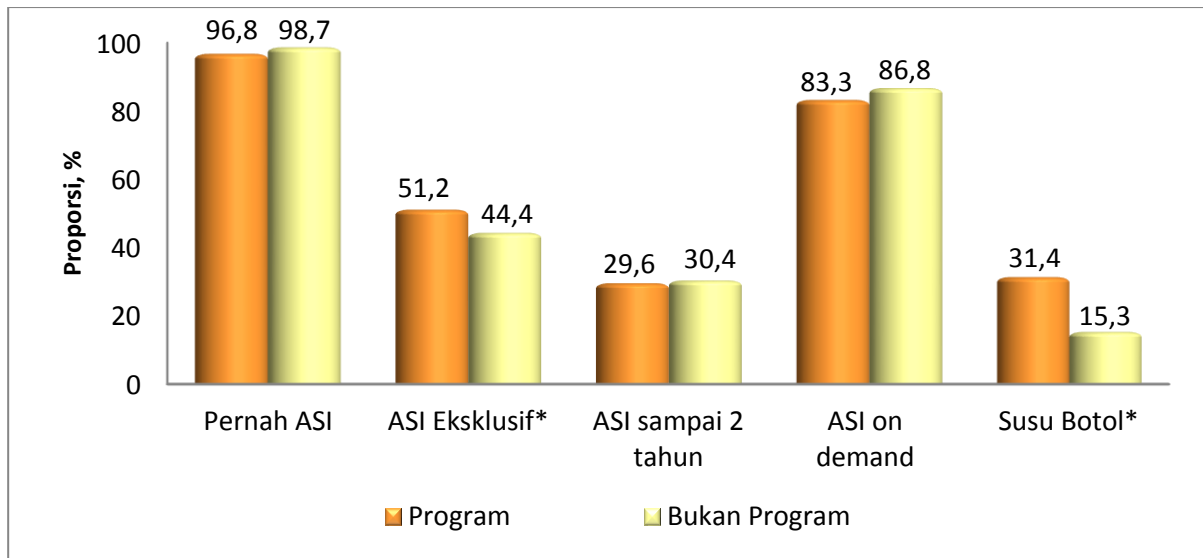
### **3.2. Mengkaji Pengetahuan, Sikap dan Perilaku tentang Pengetahuan Gizi Bayi dan Anak Kecil (Tujuan Kajian 2)**

Bagian ini menghadirkan hasil kajian kuantitatif terkait praktek menyusui dan pemberian makanan tambahan. Dalam sub-bagian 3.2.1 and 3.2.2, data kualitatif ditampilkan untuk membantu dan menjelaskan hubungan data kuantitatif sehingga dapat menterjemahkan hasil lebih baik.

#### **3.2.1 Praktek Menyusui**

Laporan yang menggambarkan praktek menyusui yang membandingkan kelompok peserta dan bukan peserta program terpapar di bawah ini.

Hampir semua (>95%) ibu pada kedua kelompok melaporkan praktek pemberian ASI. Namun berturut-turut hanya 51% dan 44% ibu dari Kelompok Program dan Kelompok Bukan Program yang memberi ASI eksklusif dengan perbedaan bermakna ( $p=0,004$ ) antara kedua kelompok. Pada kedua kelompok, >80% ibu melaporkan pemberian ASI *on demand*, tetapi < 1/3 ibu dari kedua kelompok meneruskan pemberian ASI sampai 2 tahun. Praktek penggunaan susu botol berbeda bermakna ( $p<0,001$ ) antara kedua kelompok: 31,4% anak dengan susu botol pada Kelompok Program dan 15,3% pada Kelompok Bukan Program.



ASI: Menyusui Air Susu Ibu; \*bermakna  $p < 0,05$  – antara Kelompok Program dan Bukan Program

**Gambar 5. Praktek Menyusui pada Anak umur 18-35 bulan, berdasarkan Kelompok Program**

Tabel 9 memperlihatkan data terkait penggunaan botol, khususnya memaparkan bahwa hampir semua ibu pada kedua kelompok menggunakan botol untuk memberikan makanan cair selain ASI ke anak mereka. Hanya 3 ibu dalam setiap kelompok yang melaporkan menggunakan botol untuk memberi ASI. Data tentang penggunaan botol untuk jenis cairan lain tidak tersedia pada kajian ini.

**Tabel 9. Praktek Pemberian Susu Botol, berdasarkan Kelompok Program**

Praktek pemberian susu botol	Program (n=893)	Bukan Program (n=908)	<i>p</i>
Minum dari botol susu kemarin, <i>n</i> (%)	280 (31,4)	139 (15,3)	$<0,001^*$
Berisi ASI	3 (1,1)	3 (2,0)	0,671
Berisi Cairan lainnya	261 (98,9)	145 (98,0)	
Minum susu formula kemarin, <i>n</i> (%)	212 (23,7)	96 (10,6)	$<0,001^*$
Frekuensi pemberian susu formula kemarin <sup>1</sup>	2 (1,8)	2 (1,7)	0,561

<sup>1</sup> Median (min, max); \*Bermakna  $p < 0,05$  – antara kedua kelompok

Lebih banyak ( $p < 0,001$ ) anak dari Kelompok Program yang mengonsumsi susu formula satu hari sebelum interview, dibandingkan dengan anak dari Kelompok Bukan Program. Tidak begitu jelas mengapa terdapat perbedaan tersebut, padahal pemberian susu formula tidak dianjurkan, pada mana merupakan bagian dari pelatihan tentang praktek Pemberian Makanan Tambahan Bayi dan Anak Kecil. Data menunjukkan bahwa median dari berapa kali pengasuh anak memberi susu formula adalah “2 kali sehari” oleh kedua kelompok. Jumlah ini rendah, sesuai yang diharapkan bila ibu menganut cara tradisional pemberian ASI.

### **Hubungan hasil Kajian Praktek ASI dengan data Kualitatif**

Agar dapat mengerti secara lebih dalam hasil kajian kuantitatif tentang praktek pemberian ASI, diadakan wawancara dan Diskusi Kelompok Terfokus, dengan hasil tertuang dalam **Tabel 10**. Hasil dipresentasikan berdasarkan faktor yang mendorong praktek pemberian ASI, makanan tambahan dan sumber informasi tentang pemberian ASI. Hasil kajian dipilah dimana perlu.

### **Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor yang Mempengaruhi**

Diskusi mendalam menunjukkan bahwa secara umum, peserta program berpendidikan tinggi, dan ada beberapa dari mereka yang ikut dalam program dengan pendidikan rendah, memahami lebih rinci seperti peningkatan pengetahuan tentang keuntungan pemberian ASI, dan menerapkan secara lebih eksklusif daripada mereka yang tidak ikut program.

**Tabel 10** memperlihatkan gambaran tentang praktek ASI eksklusif disertai dengan latar belakang dan kelompok program, pendidikan ibu dan tipe subjek.

**Tabel 10. Tema Kualitatif yang Berkaitan dengan Praktek ASI Eksklusif dan Motivasi yang Mendasari, berdasarkan Kelompok Program dan Tingkat Pendidikan**

Tipe peserta program	Praktek yang dilaporkan	Faktor yang memotivasi praktek menyusui disajikan dalam tema yang dominan
<b>Peserta Program (Ibu-ibu dari Kelompok Program) (Berpendidikan tinggi<sup>1</sup>)</b>	Sebagian besar melaporkan ASI eksklusif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertumbuhan dan perkembangan anak yang baik</li> <li>- Kreatifitas dan intelegensi anak</li> <li>- Kesehatan fisik anak</li> <li>- ASI lebih baik untuk kesehatan anak daripada susu formula</li> </ul>
<b>Peserta Program (Ibu-ibu dari Kelompok Program) (Bependidikan rendah<sup>2</sup>)</b>	Melaporkan ASI eksklusif, tapi dengan memberikan teh untuk diet anak—pengertian responden masih memberikan “ASI eksklusif”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penting untuk mengikuti rekomendasi Puskesmas dan Posyandus untuk ibu sebaiknya memberikan ASI eksklusif pada anak</li> <li>- Penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak</li> <li>- Baik untuk perkembangan otak</li> </ul>
<b>Ibu-ibu dari Kelompok Bukan Program</b>	Melaporkan ASI eksklusif, tapi dengan memberikan teh untuk diet anak—pengertian responden masih memberikan “ASI eksklusif”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baik untuk perkembangan otak</li> <li>- Anak akan menjadi lebih aktif</li> </ul>
<b>Tokoh panutan<sup>3</sup></b>	Sebagian besar melaporkan ASI eksklusif, tetapi mengakui memberikan teh dan air putih sebelum umur 6 bulan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Karena “manfaat-manfaat ASI”</li> <li>- Penting untuk mengikuti rekomendasi Puskesmas dan Posyandus untuk ibu sebaiknya memberikan ASI eksklusif pada anak</li> </ul>

<sup>1</sup>Berpendidikan tinggi =SMA keatas; <sup>2</sup>Berpendidikan rendah =SMP kebawah

<sup>3</sup>Tokoh Panutan = Ayah, ibu mertua dan Ibu-ibu PKK

Peserta program dengan pendidikan tinggi terlihat lebih mengerti secara rinci manfaat dari pemberian ASI eksklusif, daripada hanya praktek ASI eksklusif karena promosi dan panduan yang ada.

*“Saya tahu (kenapa ASI eksklusif) karena bayi memerlukan ASI. Mereka sangat memerlukan ASI untuk tumbuh ..... Ikatan antara ibu dan anak akan lebih kuat bila kita beri ASI”.*

-Ibu dari anak Balita, Berpendidikan Tinggi, Kelompok Program, Wawancara

Pembicaraan tentang meningkatkan ikatan antara ibu dan anak melalui pemberian ASI eksklusif merupakan tema yang muncul dari Kelompok Program, bukan dari Kelompok Bukan Program.

### ***Anggapan pentingnya Pemberian ASI sampai 2 tahun***

Secara umum, hasil wawancara menunjukkan bahwa ibu di Kelompok Program mempunyai sikap yang lebih baik tentang anjuran pemberian ASI dari 6-23 bulan, tidak dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan mereka. Peserta program dan panutannya dapat menjelaskan anjuran dan pentingnya pemberian ASI sampai 23 bulan. Namun demikian, kualitatif data mendukung hasil kajian kuantitatif bahwa sebagian besar dari mereka berhenti memberikan ASI sebelum anak mencapai usia 2 tahun.

*“Saya memberi ASI 0-6 bulan, hanya ASI, 7-22 bulan dengan makanan tambahan dan ASI. Bila kami bermaksud untuk meneruskan pemberian ASI, kami akan teruskan misalnya lebih dari satu tahun, dan kemudian 1,5 tahun... dan kemudian saya pikir kita harus menyetop pemberian ASI.”*

-Ibu dari Balita Berpendidikan rendah, Kelompok Program, Wawancara

Ibu dari Kelompok Bukan Program sebagian besar berpendapat bahwa pemberian ASI harus diteruskan sampai anak berumur satu tahun atau tergantung dari kemauan anak. Hasil kajian kualitatif mengindikasikan adanya kebutuhan untuk meningkatkan kesadaran lebih besar lagi tentang pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun, diantara ibu dari kedua kelompok.

Tidak ada perbedaan yang bermakna ( $p=0,857$ ) tentang umur anak sewaktu pemberian ASI dihentikan, diantara Kelompok Program ( $16,03\pm 6,20$  bulan) dan Kelompok Bukan Program ( $15,98\pm 5,20$  bulan). Hasil kuantitatif ini memberi petunjuk ke kualitatif data akan pentingnya kesadaran yang lebih besar tentang pemberian ASI yang lebih lama, juga bantuan mendukung ibu secara perseorangan, mendukung pemberian ASI lebih lama daripada rata-rata 16 bulan seperti terlihat pada kajian ini.

### **Sumber Informasi tentang Anjuran Praktis Pemberian ASI**

Di Kelompok Program dan Bukan Program, semua ibu menyatakan bahwa mereka menerima informasi terkait pemberian ASI dari mata rantai komunikasi yang sama. Walaupun istilah yang dipakai secara umum adalah “petugas kesehatan” oleh sebagian besar mereka, kualitatif data menghasilkan data tambahan tentang “petugas kesehatan” secara spesifik, yaitu mereka yang memberi pesan-pesan kunci. Secara garis besar, sepertinya “petugas kesehatan” di lokasi kajian ini merupakan sumber informasi tentang pemberian ASI yang dapat dipercaya, tanpa memandang keterlibatannya dalam program, pesan-pesan diterima kebanyakan dari Posyandu atau Puskesmas.

*“..di Posyandu dianjurkan bahwa bayi umur 6 bulan harus diberi ASI eksklusif..”*

PKK, Kelompok Program, Wawancara

**Tabel 11** memperlihatkan informasi yang lebih rinci tentang berbagai mata rantai komunikasi pada mana ibu mendapatkan berbagai keterangan tentang pemberian ASI.

**Tabel 11. Sumber Informasi mengenai Praktek Menyusui berdasarkan Jenis Peserta Program dan Tingkat Pendidikan**

Jenis peserta program	Individu yang menyampaikan pesan	Tempat dimana pesan tersebut diterima
<b>Peserta Program (Berpendidikan tinggi<sup>1</sup>)</b>	Staf tenaga kesehatan Bidan Dokter	Posyandu Rumah Sakit
<b>Peserta program (Berpendidikan rendah<sup>2</sup>)</b>	Staf tenaga kesehatan	Puskesmas Posyandu
<b>Ibu-ibu Bukan Peserta Program (Berpendidikan tinggi<sup>1</sup>)</b>	Bidan Dokter	Puskesmas Rumah Sakit
<b>Ibu-ibu Bukan Peserta Program) (Berpendidikan rendah<sup>2</sup>)</b>	Bidan	Posyandu Puskesmas
<b>Tokoh Panutan<sup>3</sup></b>	Staf tenaga kesehatan	Posyandu Puskesmas

<sup>1</sup>Berpendidikan tinggi =Lulus SMA keatas; <sup>2</sup>Berpendidikan rendah= Lulus SMP kebawah;

<sup>3</sup>Tokoh panutan = Ayah, ibu mertua dan Ibu-ibu PKK

Data pada **Tabel 11** menunjukkan tidak adanya salah satu mata rantai informasi lebih dapat dipercaya dari pada yang lain. Selain itu, data tidak menunjukkan pentingnya mata rantai dari masyarakat, seperti saluran tetangga, mertua merupakan mata rantai utama pada mana pesan-pesan pemberian ASI diterima. Kemungkinan besar, mata-rantai non-biomedik ini ada dan penting untuk mengirim/menerima pesan-pesan. Sensitisasi di masa mendatang perlu memanfaatkan mata rantai yang sudah ada tersebut didalam naungan sistem kesehatan seperti pegawai kesehatan di

Posyandu/Puskesmas. Selain itu, perlu dilakukan riset formatif untuk menggali mata rantai informal yang dapat digunakan untuk menerima/mengirim pesan-pesan, yang tidak kalah penting, namun belum terlihat pada kajian ini.

### 3.2.2 Praktek Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Rekomendasi global menganjurkan<sup>18</sup>, praktek pemberian MP-ASI untuk anak umur 6-23 bulan dapat dinilai dengan menggunakan indikator termasuk dan tidak terbatas pada:

- Waktu pengenalan MP-ASI
- Keragaman Pangan
- Frekuensi Makan Minimum
- Diet Minimum Cukup untuk anak yang mendapat dan yang tidak mendapat ASI

Hasil metode kuantitatif dipresentasikan dalam **Tabel 12-15**, untuk membandingkan antara Kelompok Program dan Kelompok Bukan Program. Data kualitatif dipresentasikan selang-seling melewati seluruh bagian data untuk membantu data kuantitatif. Skor Konsumsi Makanan dihitung dengan menggunakan data diet dan dipresentasikan di **Tabel 12**.

#### ***Waktu Pemberian Makanan Pendamping ASI***

Pengenalan MP-ASI tepat waktu dilaporkan lebih banyak (79,8%) dilakukan oleh Kelompok Program dibandingkan dengan 68,7% oleh Kelompok Bukan Program ( $p < 0,001$ ). Walaupun 20% dari Kelompok Program melaporkan mengenalkan MP-ASI kepada anak mereka terlalu dini, namun lebih rendah 11% dibandingkan oleh Kelompok Bukan Program ( $p < 0,001$ ), seperti terlihat pada **Tabel 12** dibawah ini.

**Tabel 12. Umur Anak sewaktu Pengenalan Makanan Pendamping ASI berdasarkan Kelompok Program**

Praktek pemberian Makanan Pendamping ASI	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
<b>Pengenalan Makanan Pendamping ASI, n(%)</b>			
Diperkenalkan saat umur yang sesuai	708 (79,8)	622(68,7)	<0,001*
Diperkenalkan terlalu cepat atau terlambat	179 (20,2)	284(31,3)	<0,001*

\*Bermakna  $p < 0,05$  – antara Kelompok Program dan Bukan Program

<sup>18</sup>UNICEF (2011). Programming Guide: Infant and Young Child Feeding.

Data kualitatif memperlihatkan data tambahan lebih rinci tentang waktu pengenalan MP-ASI, termasuk jenis makanan yang diperkenalkan oleh pengasuh anak, selain pengetahuan yang terkait makanan yang perlu diperkenalkan.

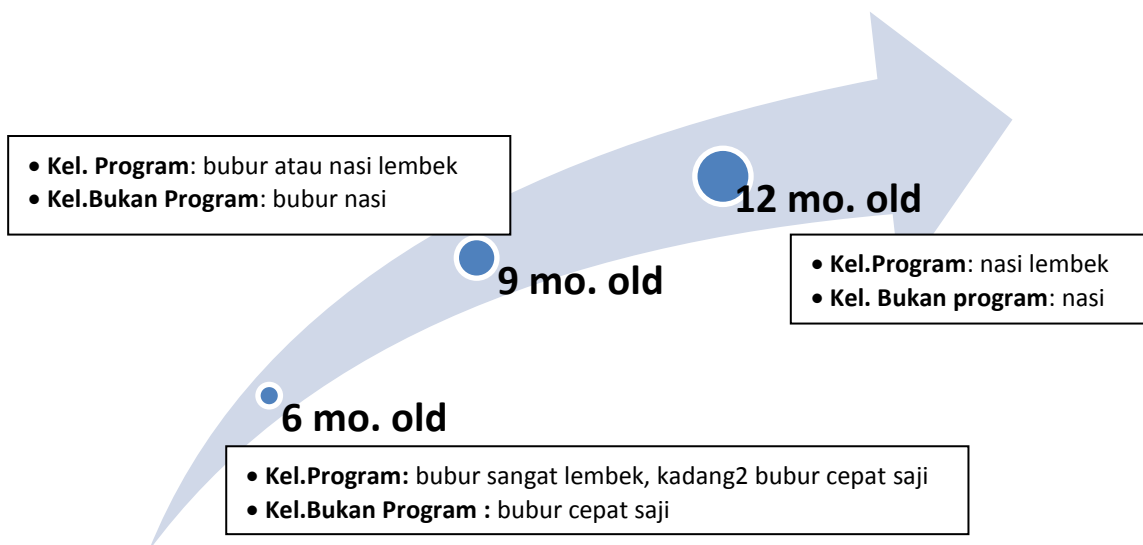
Secara umum, kedua kelompok melaporkan bahwa MP-ASI diperkenalkan sejak usia 6 bulan, dengan masa transisi ke makanan peralihan yang baru pada umur 9 bulan. Hal ini juga menggambarkan pengetahuan pengasuh anak, tetapi tidak menjamin pelaksanaannya.

Ibu dengan pendidikan rendah pada kedua kelompok menyatakan bahwa bubur merupakan makanan pertama untuk anak pada umur sekitar 6 bulan. Diantara Kelompok Bukan Program, khususnya, bubur cepat saji merupakan MP-ASI pertama yang diberikan kepada anak mereka.

*“Kalau saya perkenalkan sebelum umur 6 bulan, saya khawatir anak saya tidak bisa mencerna nya. Pada umur 6 bulan, kita dapat memberikan bubur SUN (salah satu produk bubur cepat saji) atau pisang ... itu saja yang saya tahu “*

- Ibu dari anak Baduta, Kelompok Bukan Program, Wawancara

**Gambar 6** dibuat dengan membandingkan MP-ASI yang paling sering diperkenalkan ke anak pada umur 6, 9 dan 12 bulan. Tema dipilah untuk melihat perubahan dari pengenalan sesuai dengan berjalannya waktu berdasarkan kelompok program. Misalnya, gambar memperlihatkan bahwa peserta program pertama kali mengenalkan bubur sangat lunak pada umur 6 bulan, bubur lunak pada umur 9 bulan dan nasi lembek pada umur 12 bulan. Sementara itu, ibu dari Kelompok Bukan Program mengenalkan bubur cepat saji pada umur 6 bulan dan kemudian nasi biasa pada umur 9 bulan dan seterusnya.



**Gambar 6. Pengenalan MP-ASI oleh Ibu berdasarkan Kelompok Program dan Waktu Pemberian**

Wawancara mencakup penelusuran tentang fortifikasi bahan makanan lokal seperti bubur dan nasi yang diberikan ke anak. Ibu dari kedua kelompok menceritakan hambatan yang dialami rumah tangga untuk mendapatkan bahan makanan yang beragam.

Ibu dari Kelompok Program khususnya, menyebutkan tentang keinginan menambah telur atau sayuran kedalam makanan anak, namun menjelaskan bahwa bahan makanan tersebut sering tidak tersedia di rumah tangga.

*“...Kadang-kadang mereka (anak) menolak untuk makan dan menjadi cengeng bila kami hanya memberikan bubur atau nasi .. kami hanya makan bubur atau nasi tanpa lauk.. hampir setiap hari. Kami tidak punya pilihan.. kami terpaksa makan mi cepat saji .. sayur tidak tersedia tapi kami masih bisa mendapatkan mi cepat saji, ikan kering dan karenanya saya hanya bisa memberikan makanan tersebut.”*

-Ibu dari Balita, Kelompok Program, Wawancara .

Sebagai akibat dari menyediakan hanya sereal yang biasa dikonsumsi seperti nasi dan bubur ke anak, ibu menjelaskan bahwa anak mereka biasanya menolak untuk makan. Walaupun terdapat indikasi bahwa ada peningkatan pengetahuan ibu-ibu yang ikut program, namun data menunjukkan bahwa pada tingkat rumah tangga, terdapat kendala tidak adanya akses mendapatkan pangan bergizi untuk dapat membuat MP-AS yang sesuai dengan pengetahuan yang didapat dari program.

### ***Keragaman Pangan***

Walaupun akses untuk mendapatkan bahan pangan merupakan tantangan tersendiri bagi rumah tangga di daerah kajian ini, namun proporsi anak yang dapat memenuhi Keragaman Pangan Minimum lebih tinggi pada anak umur 18-35 bulan dari Kelompok Program dibandingkan dengan dari Kelompok Bukan Program, seperti yang tercantum dalam **Tabel 13**.

**Tabel 13. Keragaman Pangan Minimum berdasarkan Kelompok Program dan Umur Anak**

Praktek pemberian Makanan Pendamping ASI	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
<b>Memenuhi Keragaman Pangan Minimum (MDD), n (%)</b>			
<b>Semua Anak</b>	166 (18,6)	67 (7,4)	<0,001*
<b>18-23 bulan</b>	63 (19,5)	18 (5,4)	<0,001*
<b>24-35 bulan</b>	103 (18,1)	49 (8,5)	<0,001*

\*Bermakna  $p < 0,05$  – antara Kelompok Program dengan Bukan Program

Khususnya anak umur 18–23 bulan, dan juga mereka yang berumur 24–35 bulan, juga lebih banyak yang memenuhi keragaman pangan pada Kelompok Program. Namun demikian, hanya <20% anak pada



Kelompok Program dapat memenuhi Keragaman Pangan Minimum. Wawancara kualitatif kemudian dianalisa untuk mengetahui lebih baik faktor yang mempengaruhi rendahnya keragaman pangan dari diet secara umum pada anak. Menggunakan kuesioner berapa sering suatu keterangan muncul, yang dipakai sebagai indikator pengetahuan tentang pentingnya bahan makanan bagi kesehatan dihubungkan dengan tumbuh kembang anak, data menunjukkan bahwa kesadaran akan pentingnya bahan makanan asal hewan diantara peserta program dan pengasuh anak lebih tinggi di di Kelompok Program dibandingkan dengan mereka di Kelompok Bukan Program. Peserta program menyatakan bahwa bahan makanan hewani penting, kedua setelah seringkali menyebut hanya makanan pokok, yang merupakan bahan makanan yang dianggap paling penting bagi anak diantara 18 responden. Walaupun demikian, hanya satu dari 17 responden Kelompok Bukan Program yang menyatakan bahwa bahan makanan hewani penting. Tokoh panutan termasuk bapak, nenek, dan ibu PKK, yang tinggal di daerah program, beranggapan bahwa bahan makanan hewani penting walaupun lebih jarang disebut dibandingkan dengan makanan pokok dan sayur. Data kualitatif mendukung penemuan data kuantitatif tentang peningkatan keragaman pangan oleh Kelompok Program. Segi positif dari data tersebut menggambarkan adanya peningkatan kesadaran oleh Kelompok Program akan pentingnya bahan makanan hewani bagi anak kecil. Walaupun demikian, kedua kelompok menyatakan adanya pembatasan akses bahan makanan untuk mengonsumsi keragaman pangan seperti yang mereka inginkan.

*“...Kadang-kadang anak makan bubur , kadang-kadang anak menjadi bosan dan makan nasi. Kadang-kadang dia makan sayur atau sup. Kadang-kadang ... dia makan ikan, tergantung ada tidaknya uang. Kalau saya punya uang, baru dia makan ikan. Kalau saya tidak punya uang, dia makan sayur. Sangat tergantung dari uang kami .....”*

—Peserta program, Kelompok Program, *Diskusi Kelompok Terfokus*

Semua subjek dari kedua kelompok menyatakan tidak tersedianya akses untuk mendapatkan keragaman pangan karena tidak tersedianya uang di tingkat rumah tangga atau tidak tersedianya bahan makanan di pasar, sebagai penyebab terbatasnya keragaman pangan untuk anak kecil.

### ***Frekuensi Makan Minimum***

Kuantitatif data menunjukkan bahwa <20% anak yang menyusui mampu mencapai Frekuensi Makan Minimum pada kedua kelompok, seperti yang tertera pada **Tabel 14** dibawah ini.

**Tabel 14. Frekuensi Makan Minimum berdasarkan Kelompok, Status Menyusui, dan Umur Anak**

Praktek pemberian Makanan Pendamping ASI	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
<b>Memenuhi Frekuensi Makan Minimum (MMF), n (%)</b>	559 (62,6)	480 (52,9)	<0,001*
<b>Anak masih ASI</b>			
<b>Semua Anak</b>	147 (94,2)	126 (96,9)	0,276
<b>18-23 bulan</b>	102 (94,4)	90 (96,8)	0,426
<b>24-35 bulan</b>	45 (93,8)	36 (97,3)	0,444
<b>Anak Tidak ASI</b>			
<b>Semua Anak</b>	412 (55,9)	354 (45,5)	<0,001*
<b>18-23 bulan</b>	132 (61,4)	109 (45,8)	0,001*
<b>24-35 bulan</b>	280 (53,6)	245 (45,4)	0,007*

\*Bermakna  $p < 0,05$  antara Kelompok Program dan Bukan Program

Diantara anak umur 18–35 bulan, yang tidak lagi menyusui, terlihat lebih banyak ( $p < 0,001$ ) proporsi yang dapat mencapai Frekuensi Makan Minimum pada Kelompok Program dibandingkan dengan Kelompok Bukan Program.

#### **Diet Minimum Cukup**

Proporsi anak umur 18–35 bulan, tidak terpengaruh oleh kelompok umur, yang mencapai Diet Minimum Cukup, lebih tinggi ( $p < 0,001$ ) pada Kelompok Program dibandingkan dengan Kelompok Bukan Program, seperti terlihat pada **Tabel 15**. Namun demikian, secara menyeluruh, tidak lebih dari 22.9% anak dari kedua kelompok atau kelompok umur mengonsumsi Diet Minimum Cukup, yang terutama dihubungkan dengan tidak dapat tercapainya Keragaman Pangan yang cukup. Oleh karena itu, rencana Program Gizi Ibu dan Anak untuk menghasilkan >70% anak mencapai Diet Minimum Cukup tidak tercapai.

**Tabel 15. Kecukupan Diet Minimum berdasarkan Kelompok Program dan Umur Anak**

Praktek pemberian Makanan Pendamping ASI	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
<b>Memenuhi Kecukupan Diet Minimum (MAD), n(%)</b>	133 (14,9)	51 (5,6)	<0,001*
<b>Anak masih ASI</b>			
<b>Semua Anak</b>	34 (21,8)	7 (5,4)	<0,001*
<b>18-23 bulan</b>	23 (21,3)	4 (4,3)	<0,001*
<b>24-35 bulan</b>	11 (22,9)	3 (8,1)	0,068
<b>Anak Tidak ASI</b>			
<b>Semua Anak</b>	99 (13,4)	44 (5,7)	<0,001*
<b>18-23 bulan</b>	34 (15,8)	8 (3,4)	<0,001*
<b>24-35 bulan</b>	65 (12,5)	36 (6,7)	0,001*

\*Bermakna  $p < 0,05$  antara Kelompok Program dan Bukan Program

### Skor Konsumsi Makanan

Skor Konsumsi Makanan ditentukan dengan menggabungkan Keragaman Pangan dan Frekuensi Makan Minimum, dan menelaah konsumsi makanan yang penting.<sup>19</sup> Data menunjukkan bahwa anak umur 18-35 bulan Kelompok Program mencapai Skor Konsumsi Makanan lebih tinggi ( $p < 0,001$ ) daripada Kelompok Bukan Program, seperti terlihat pada **Tabel 16**. Terutama, lebih sedikit anak dari Kelompok Program dengan Skor Pola Makan Kurang, dan lebih banyak dengan Skor Pola Makan Batas Ambang ( $p < 0,001$ ). Sejumlah 39% dari anak umur 18-35 bulan di Kelompok Program mencapai Diet Minimum Cukup dibandingkan dengan 29,4% di Kelompok Bukan Program.

**Table 16. Skor Konsumsi Makanan berdasarkan Kelompok Program**

Praktek pemberian Makanan Pendamping ASI	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
<b>Skor Konsumsi Makanan (FCS), n(%)</b>			
<b>Pola makan Kurang</b>	178 (19,9)	249 (27,4)	<0,001*
<b>Pola Makan Batas Ambang</b>	367 (41,4)	392 (43,2)	0,373
<b>Pola Makan Baik</b>	348 (39,0)	267 (29,4)	<0,001*

\*Bermakna  $p < 0,05$  antara Kelompok Program dan Bukan Program

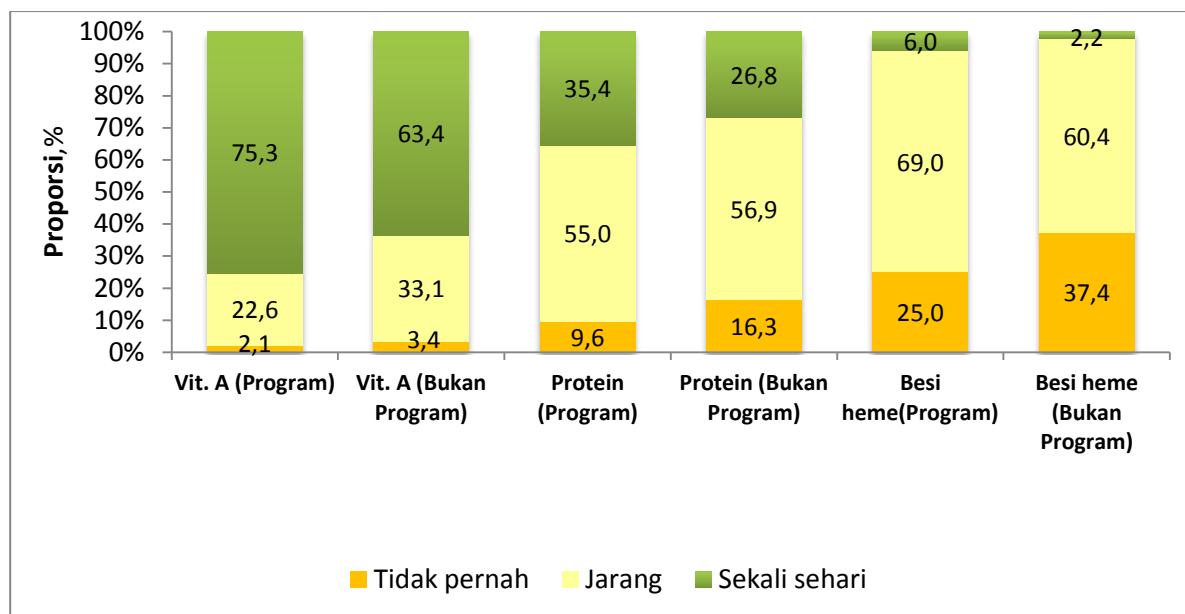
### Food Consumption Score – Nutritional Quality Analysis (FCS-N)

Agar lebih mengetahui kecukupan gizi dari laporan konsumsi anak di kedua kelompok, dilakukan analisa konsumsi makanan dengan penekanan kualitas gizi<sup>20</sup>. **Gambar 7** mengilustrasikan hasil analisa kualitas gizi berdasarkan tipe zat gizi, yaitu vitamin A, protein dan zat besi heme, yang dikonsumsi lebih banyak secara bermakna ( $p < 0,001$  untuk setiap zat gizi), paling tidak sekali sehari oleh anak di Kelompok Program daripada oleh Kelompok Bukan Program.

Setiap harinya, 75% anak umur 18–35 bulan pada Kelompok Program mengonsumsi vitamin A, dan 35% mengonsumsi protein. Hanya 6% anak mengonsumsi zat besi heme setiap hari, yang menunjukkan bahwa akses ke sumber protein hewani seperti telur, ikan dan daging, masih merupakan tantangan tersendiri bagi sebagian besar anak di tempat pelaksanaan Program Gizi Ibu dan Anak. Data khusus tentang diet anak pada dua kelompok menunjukkan bahwa vitamin A nabati lebih sering dikonsumsi dibandingkan dengan vitamin A hewani seperti hati, merupakan bukti tambahan bahwa anak hanya sedikit sekali mengonsumsi bahan makanan hewani dalam diet mereka secara keseluruhan.

<sup>19</sup>Wiesmann, D., Bassett, L., Benson, T., & Hoddinott, J. (2009). *Validation of the World Food Programme's Food Consumption Score and Alternative Indicators of Household Food Security*. Intl Food Policy Res Inst.

<sup>20</sup>WFP, 2015. FCS-N Manual



\*Frekuensi dari catatan konsumsi **Tidak pernah** : 0 kali; **Jarang**: 1 – 6 kali; **Sekali sehari**:  $\geq 7$  kali

**Gambar 7. Skor Konsumsi Makanan – *Nutrient Quality Assessment (FCS-N)* berdasarkan Kelompok Program dan Zat Gizi**

#### **Tokoh Panutan untuk Pengasuh**

Kualitatif data dikumpulkan untuk membantu menghubungkan data konsumsi dengan menyelidiki tokoh yang terutama mempengaruhi pengetahuan dan sikap pengasuh dalam hal pemberian makanan untuk anak, didalam masyarakat tempat kajian diadakan.

Data menunjukkan bahwa berbagai tokoh mempengaruhi pengetahuan dan sikap pengasuh anak, tanpa adanya perbedaan antara kedua kelompok. Pada kedua kelompok, bidan dan kader diidentifikasi sebagai tokoh yang paling penting mempengaruhi pengasuh, tanpa perbedaan pendidikan dan atau keikutsertaan dalam program.

Selain itu, pengaruh lebih kecil cara pemberian makanan bagi anak diperoleh dari dokter dan tokoh agama. Namun demikian, pengasuh dengan pendidikan lebih tinggi lebih percaya pada dokter dan tenaga kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa ada tokoh panutan yang punya pengaruh pada pengasuh anak dalam hal pemberian makanan bayi dan anak kecil, baik di masyarakat di kedua kelompok maupun sistem kesehatan yang ada. Data yang didapat dari peserta program, pelaksana program dan tokoh panutan menunjukkan bahwa semua punya pendapat yang sama bahwa ibu merupakan orang yang paling menentukan kesejahteraan anak yang tercermin dari pola asuh antara lain pola pemberian makanan. Namun demikian, kader, bidan, dokter, suami, tetangga dan tokoh agama dapat juga berperan sebagai penasehat dalam soal gizi.

Dilihat dari sudut pandang kajian, Program Gizi Ibu dan Anak telah berhasil dilaksanakan dalam kerangka jaringan sosial dan budaya yang ada, yang memungkinkan digunakannya berbagai mata rantai yang tersedia untuk menyebarkan pesan-pesan gizi. Penggunaan sensitisasi berjenjang serta komunikasi dengan tujuan perubahan perilaku terlihat menyebabkan perbedaan yang positif pada Skor Konsumsi Makanan dan kualitas gizi antara Kelompok Program dan Kelompok Bukan Program. Agar suatu rencana dapat dirancang secara benar, program kesehatan dan gizi di NTT di masa mendatang perlu memperhatikan dengan cermat hasil-hasil dari kajian ini, yaitu mengemukakan pentingnya pengaruh berbagai tataran dalam hal praktek pola asuh anak oleh ibu.

Dari pada memakai pendekatan biomedis, menggunakan mata rantai didalam masyarakat dan fasilitas kesehatan yang ada, merupakan faktor kunci yang memudahkan usaha memperbaiki praktek pemberian makanan tambahan bagi bayi dan anak kecil, seperti yang telah dicontohkan pada program ini.

### **3.3. Status Gizi Anak umur 18 – 35 bulan ( Tujuan Kajian 3)**

Bagian ini memaparkan hasil kajian kuantitatif dengan memakai data antropometri dan catatan kesehatan. Secara khusus, indikator status gizi dipresentasikan dan dibandingkan antara anak umur 18-35 bulan dengan rentang umur yang sama, dari Kelompok Program dengan Kelompok Bukan Program. Data terkait status gizi pendek, kurus, berat badan rendah dan anemia dijelaskan sesuai dengan data yang tersedia.

#### **Indikator status gizi**

Secara menyeluruh, data menunjukkan prevalensi status gizi pendek pada anak umur 18-35 bulan lebih rendah (67,9%) pada Kelompok Program dibandingkan dengan 74,8% pada Kelompok Bukan Program, seperti diperlihatkan pada **Gambar 8**. Namun demikian indikator kurus, berat badan rendah dan anemia tidak berbeda bermakna antara kedua kelompok tersebut.

#### **Status Gizi Pendek**

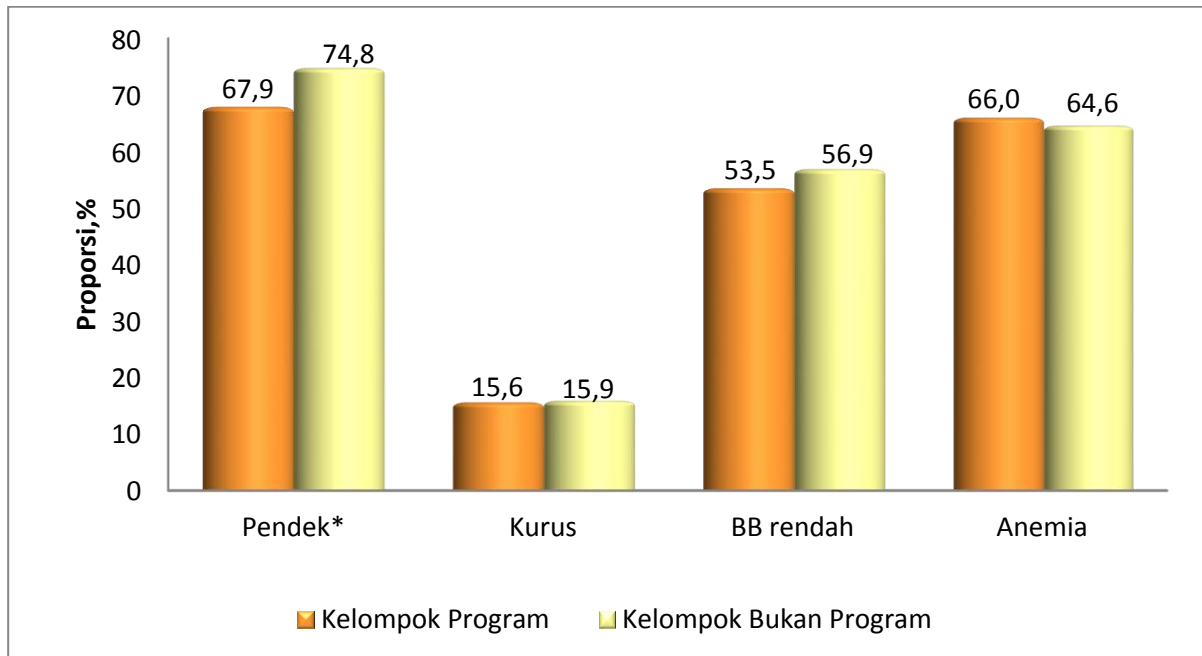
Walaupun prevalensi kurang gizi menahun yang diindikasikan sebagai Pendek (*Height-for-Age Z-score*), lebih rendah pada Kelompok Program dibandingkan dengan Kelompok Bukan Program, prevalensi tersebut lebih tinggi daripada data Balita propinsi NTT, data nasional terkini<sup>1</sup> seperti yang dilaporkan oleh Pemerintah Indonesia, maupun catatan data di kabupaten TTS yang diperoleh WFP yaitu 46,9% pada kurun waktu 6 bulan pertama tahun 2015<sup>21</sup>. Data baik oleh Pemerintah Indonesia maupun WFP

---

<sup>1</sup> Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian

<sup>21</sup>WFP, 2015. MCN Monitoring Data

dipresentasikan dengan rentang umur anak yang berbeda, sehingga sulit dibandingkan dengan data yang dihasilkan oleh kajian ini. Selain itu survei yang dilakukan di Indonesia<sup>22</sup> menunjukkan prevalensi yang lebih tinggi pada anak umur  $\geq 24$  bulan – yang merupakan penjelasan tingginya kurang gizi menahun diantara anak umur 18-35 bulan pada kajian ini.



\*Bermakna  $p < 0,05$  antara Kelompok Program dan Bukan Program

**Gambar 8. Prevalensi Indikator Status Gizi Anak Umur 18-35 bulan berdasarkan Program**

**Tabel 17** mempresentasikan prevalensi Pendek berdasarkan Kelompok Program dan rentang umur. Prevalensi Pendek pada Kelompok Program jauh lebih rendah (6,9%) dibandingkan dengan Kelompok Bukan Program. Sementara itu, prevalensi Pendek lebih tinggi diantara anak umur  $\geq 24$  bulan diantara Kelompok Program sendiri, walaupun perbedaan diantara kedua kelompok umur tersebut dalam Kelompok Bukan Program jauh lebih sedikit, yang mengindikasikan bahwa anak tanpa rangsum pangan setelah berusia 24 bulan akan mengalami hambatan pertumbuhan lebih besar daripada anak yang mendapat rangsum pangan. Oleh karena Program Gizi Ibu dan Anak ditujukan pada anak umur 6-23 bulan, pemberian rangsum pangan dihentikan begitu anak sudah mencapai umur  $\geq 24$  bulan, sehingga dampak positif dari bantuan zat gizi berhenti pada anak umur  $\geq 24$  bulan. Sementara pada kelompok Bukan Program, anak tanpa bantuan zat gizi berupa rangsum pangan tidak berhasil mencapai pertumbuhan yang optimal, sebelum maupun sesudah berusia 24 bulan.

<sup>22</sup>Food Security Council, Ministry of Agriculture and World Food Programme, 2015. Food Security and Vulnerability Atlas of Indonesia. 1 - 172

**Tabel 17. Prevalensi Pendek pada Anak umur 18-35 bulan, berdasarkan Kelompok Program dan Umur**

Status Gizi	Program (n=893)	Bukan Program (n=908)	P (kelompok program)
<b>Prevalensi Pendek, n(%)</b>			
<b>Semua Anak</b>	606 (67,9)	679 (74,8)	<0,001*
<b>18-23 bulan</b>	199 (61,6)	235 (71,0)	0,011*
<b>24-35 bulan</b>	407 (71,4)	444 (76,9)	0,032*
<b>p (kelompok umur)</b>	<i>p</i> =0,003*	<i>p</i> =0,047*	

\*Bermakna  $p < 0,05$

#### **Kurus, Berat Badan Kurang, Anemia**

Data menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan prevalensi kurus, berat badan kurang dan anemia diantara semua anak di Kelompok Program dan Bukan Program, seperti yang dipresentasikan pada **Tabel 18**. Data pada pengelompokan umur menunjukkan prevalensi kurus dan anemia yang lebih rendah pada anak umur 24-35 bulan dibandingkan dengan umur 18-23 bulan pada kelompok program yang sama. Tidak terlihat adanya perbedaan prevalensi berat badan kurang pada kelompok umur yang berbeda.

Tidak sejalan dengan lebih rendahnya prevalensi kurus dan anemia pada anak umur 24-35 bulan dibandingkan dengan kelompok umur 18–23 bulan, beban adanya kurus, berat badan kurang dan anemia masih besar. Prevalensi 53,5% berat badan kurang pada Kelompok Program dan 56,9% pada Kelompok Bukan Program terlihat lebih besar dari dua kali lipat daripada data nasional sekitar 20% diantara Balita di seluruh Indonesia<sup>1</sup>. Perbedaan 3,4% prevalensi berat badan kurang diantara Kelompok Program dan Bukan Program mengindikasikan bahwa Program Gizi Ibu dan Anak tidak berhasil mencapai perbedaan 9% yang direncanakan.

Prevalensi anemia 66% pada Kelompok Program dan 64,6% pada Kelompok Bukan Program sama-sama dua kali lipat lebih besar dibandingkan dengan data nasional 28,1% yang diamati pada Balita di seluruh Indonesia<sup>1</sup>. Data dari kajian ini menunjukkan secara nyata pentingnya program kesehatan masyarakat yang berkesinambungan di daerah NTT.

#### **Berat Badan Lahir Rendah**

Data kesehatan dipakai untuk menghitung prevalensi riwayat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (<2.500 gram) pada anak umur 18-35 bulan di Kelompok Program dan Bukan Program, dan berdasarkan kelompok umur. Tidak ada perbedaan prevalensi riwayat BBLR antara kedua kelompok ataupun antar kelompok umur, seperti terlihat dalam **Tabel 19**.

**Tabel 18. Prevalensi Kurus, Berat Badan Kurang dan Anemia pada Anak umur 18-35 bulan berdasarkan Kelompok Program dan Umur Anak\***

Status Gizi	Program (n=893)	Bukan Program (n=908)	p (kelompok program)
<b>Prevalensi Kurus, n(%)</b>			
Semua Anak	144 (15,6)	139 (15,9)	0,880
18-23 bulan	74 (22,9)	76 (23,0)	0,988
24-35 bulan	65 (11,4)	68 (11,8)	0,857
<i>p-value</i> (kelompok umur)	<i>p</i> <0,001**	<i>p</i> <0,001**	
<b>Prevalensi Berat Badan Kurang, n(%)</b>			
Semua Anak	477 (53,5)	517 (56,9)	0,140
18-23 bulan	161 (49,8)	184 (55,6)	0,141
24-35 bulan	316 (55,5)	333 (57,7)	0,457
<i>p-value</i> (kelompok umur)	<i>p</i> =0,101	<i>p</i> =0,534	
<b>Prevalensi Anemia, n(%)</b>			
Semua Anak	588 (66,0)	586 (64,6)	0,537
18-23 bulan	235 (73,0)	235 (71,2)	0,615
24-35 bulan	353 (62,0)	351 (60,8)	0,675
<i>p-value</i> (kelompok umur)	<i>p</i> =0,001**	<i>p</i> =0,002**	

\*Data didapat dari pencatatan kelahiran      \*\*Bermakna *p*<0,05

**Tabel 19. Prevalensi Berat Badan Lahir Rendah pada Anak umur 18-35 bulan berdasarkan Kelompok Program dan Umur Anak**

Status Gizi	Program (n=893)	Bukan Program (n=908)	p (kelompok program)
<b>Berat Badan Lahir Rendah*, n(%)</b>			
Semua Anak	106 (16,2)	77 (15,8)	0,877
18-23 bulan	43 (18,1)	30 (15,9)	0,537
24-35 bulan	63 (15,1)	47 (15,8)	0,783
<i>p-value</i> (kelompok umur)	<i>p</i> =0,305	<i>p</i> =0,989	

\*Data didapat dari pencatatan kelahiran      \*\*Bermakna *p*<0,05

Hasil kajian pada **Tabel 19** serupa dengan estimasi global oleh WHO<sup>23</sup> sebesar 15.5%, namun lebih tinggi dari 9% data nasional untuk Indonesia<sup>1</sup>. Sebagian besar ibu hamil di daerah kajian ini telah diketahui menghadapi masalah akses ke pangan yang mengkhawatirkan dan menetap, sehingga menyebabkan kurangnya asupan zat gizi makro dan mikro<sup>4</sup>. Kepatuhan ibu hamil yang rendah untuk mengonsumsi biskuit terkait tingginya praktek berbagi seperti yang terungkap dari data kualitatif, mungkin juga telah menambah tingginya prevalensi BBLR, walaupun ibu telah ikut serta dalam program ini.

<sup>1</sup>Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan KemKes RI

<sup>4</sup>Alma Ata Centre For Healthy Life and Food (ACHEAF), 2012



<sup>23</sup>WHO/UNICEF, 2004. Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimate. New York

Keadaan gizi di kabupaten TTS provinsi NTT tetap kritis. Tanpa tersedianya data jangka panjang, sulit untuk dapat mengambil kesimpulan bahwa Program Gizi Ibu dan Anak berdampak pada perbaikan status gizi peserta program.

### 3.4 Faktor lain yang Mempengaruhi Status Gizi (Tujuan Kajian 4)

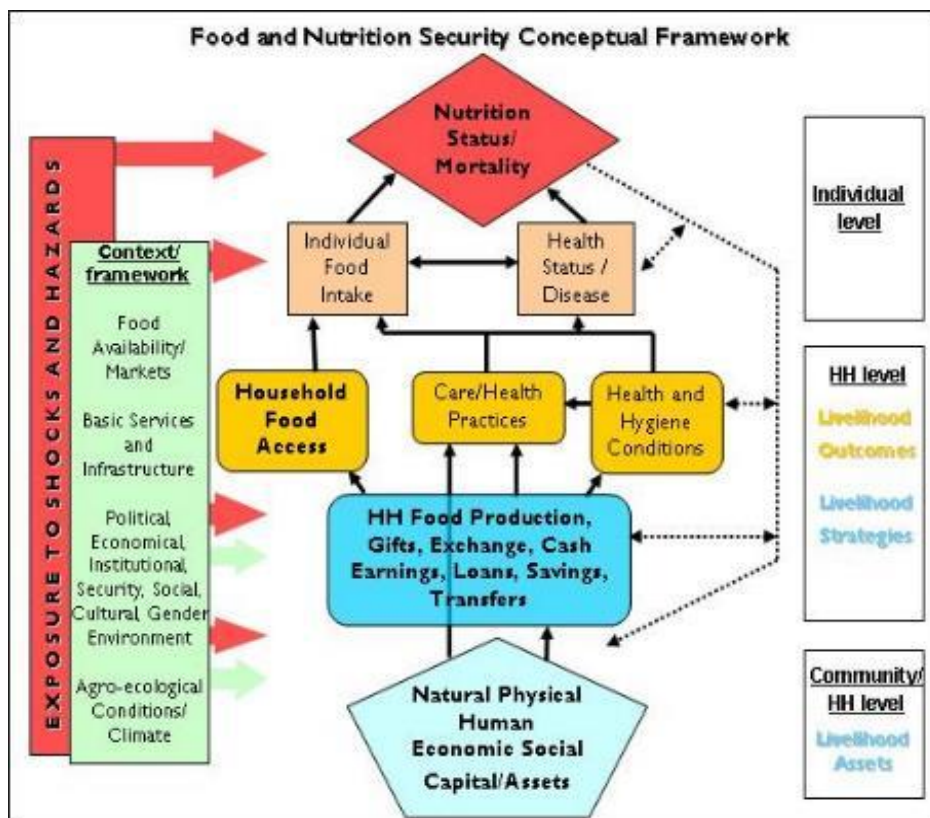
Berbagai faktor yang mempengaruhi status gizi penduduk disajikan dalam kerangka konsep tentang pangan dan gizi. Oleh karena itu, kajian ini bermaksud untuk sepenuhnya mengkaji dampak dari Program Gizi Ibu dan Anak dengan menjabarkan juga berbagai faktor penting ditingkat perorangan maupun rumah tangga, yang mungkin mempengaruhi dampak dari program, termasuk dan tidak terbatas pada indikator yang tercantum dalam **Gambar 9**.

#### Faktor di tingkat individu

- Angka Kesakitan

#### Faktor di tingkat rumah tangga

- Kerawanan pangan di tingkat rumah tangga
- Akses ke layanan dan fasilitas kesehatan
- Air, sanitasi, kebersihan



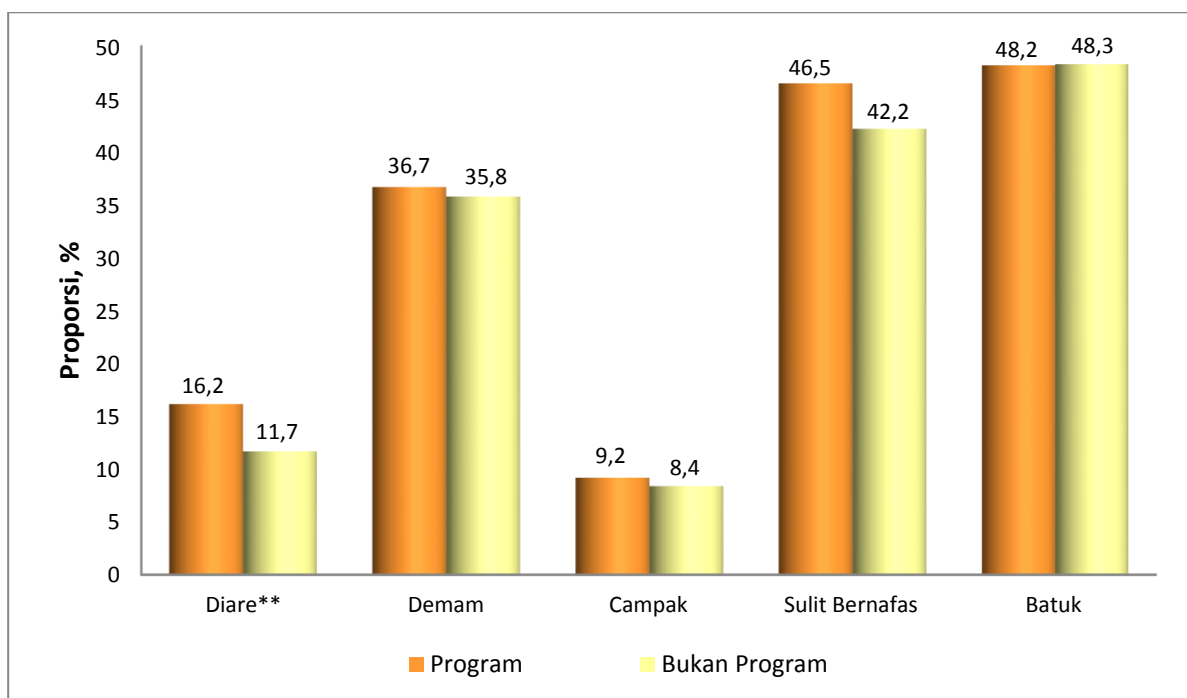
\*Modifikasi dari UNICEF, 1999

## Gambar 9. Kerangka Konsep WFP tentang Keamanan Gizi

### Angka Kesakitan

Angka Kesakitan anak umur 18-35 bulan ditampilkan pada **Gambar 10** dibawah ini. Kecuali udiare, tidak ditemukan perbedaan status kesakitan demam, campak, kesulitan bernafas atau batuk antara Kelompok Program dan Bukan Program.

Hanya 4 subjek menunjukkan tes positif malaria dengan menggunakan tes *Rapid Malaria* dan tidak ada perbedaan antara kedua kelompok. Hampir separuh dari anak dalam setiap kelompok dilaporkan mengalami kesulitan bernafas dalam dua minggu terakhir berdasarkan pernyataan dari pengasuh anak, yang mengindikasikan adanya infeksi saluran nafas akut (ISPA).



\*Sumbu Y dibuat mencerminkan proporsi 50% \*\*Bermakna  $p < 0,05$ ;

### Gambar10. Status Kesakitan pada Anak umur 18-19 bulan berdasarkan Kelompok Program

Sangat mungkin bahwa prevalensi ISPA yang lebih tinggi dari biasanya pada kedua kelompok, terkait musiman kasus ISPA di TTS, yang umumnya dialami oleh anak selama musim penghujan tahunan saat kajian ini dilakukan.

### Diare

Prevalensi diare lebih tinggi ( $p=0,005$ ) pada anak di Kelompok Program (16,2%) dibandingkan dengan 11,7% di Kelompok Bukan Program, seperti yang dipaparkan pada **Gambar 10**. Tidak jelas mengapa diare lebih banyak dialami oleh anak di Kelompok Program yang mempunyai sumber air lebih baik daripada

Kelompok Bukan Program. Lebih tingginya prevalensi diare pada Kelompok Program menyebabkan dampak dari Program Gizi Ibu dan Anak tidak dapat terlihat dalam kajian ini.

### Kerawanan Pangan Rumah Tangga

Skala Kerawanan Akses Pangan (HFIAS) merupakan perangkat yang umum digunakan untuk mengkaji kerawanan pangan rumah tangga pada suatu populasi target<sup>24</sup>. Secara garis besar, data menunjukkan bahwa rumah tangga yang menjadi peserta program mempunyai Skor lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang bukan peserta program, seperti terlihat pada **Tabel 20**.

**Tabel 20. Skala Skor Kerawanan Akses Pangan (HFIAS) berdasarkan Kelompok Program dan Tingkat Kerawanan Pangan Rumah Tangga**

	Program (n = 893)	Bukan Program (n = 908)	p
<b>Skor komposit HFIAS,*</b>	6,8 ± 6,0	8,6 ± 5,8	<0,001**
<b>Tingkat kerawanan pangan rumah tangga, n(%)</b>			
<b>Aman Pangan</b>	224 (25,1)	109 (12,0)	<0,001**
<b>Rawan Pangan Ringan</b>	199 (22,3)	206 (22,7)	0,838
<b>Rawan Pangan Sedang</b>	275 (30,8)	367 (40,4)	<0,001**
<b>Rawan Pangan Berat</b>	195 (21,8)	226 (24,9)	0,126

\*Rerata ± Simpang Baku    \*\*Bermakna  $p < 0,05$  antara Kelompok Program dan Bukan Program

Lebih dari dua kali lipat jumlah dan proporsi dua kali ( $p < 0,001$ ) rumah tangga yang tergolong “Aman Pangan” di Kelompok Program dibandingkan dengan Kelompok Bukan Program. Sementara itu, sekitar 10% lebih banyak rumah tangga tergolong “Rawan Pangan Sedang” di Kelompok Bukan Program ( $p < 0,001$ ) dibandingkan dengan Kelompok Program.

Skala spesifik digunakan untuk menghitung Skor Komposit Kerawanan Pangan dan klasifikasi pada **Tabel 20** diatas. **Tabel 21** mempresentasikan setiap unsur spesifik yang termasuk dalam perhitungan HFIAS berdasarkan kelompok program. Enam dari sembilan (66,7%) unsur spesifik skala kerawanan pangan, masing-masing unsur lebih rendah pada Kelompok Program dibandingkan dengan Kelompok Bukan Program. Semua data diatas menunjukkan bahwa Kelompok Program lebih “Aman Pangan” daripada Kelompok Bukan program.

<sup>24</sup>USAID, 2007. FANTA III Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access: Indicator Guide

**Tabel 21. Komponen dan Skor dari Skala Kerawanan Akses Pangan Rumah Tangga (HFIAS) berdasarkan Kelompok Program**

Item No.	Komponen skala HFIAS	Program (n= 893)	Bukan Program (n= 908)	p
1.	Cemas tidak mempunyai cukup makanan, n(%)	624 (69,9)	746 (82,2)	<0,001*
2.	Tidak dapat makan jenis makanan yang diinginkan, n(%)	612 (68,5)	754 (83,0)	<0,001*
3.	Hanya makan sedikit jenis makanan setiap hari, n(%)	593 (66,4)	755 (83,1)	<0,001*
4.	Makan jenis makanan yang tidak disukai, n(%)	547 (61,3)	694 (76,4)	<0,001*
5.	Porsi makanan lebih sedikit dari yang diinginkan, n(%)	409 (45,8)	486 (53,5)	0,001*
6.	Porsi makan yang lebih sedikit dalam satu hari, n(%)	312 (34,9)	375 (41,3)	0,005*
7.	Tidak makan sama sekali, n(%)	169 (18,9)	159 (17,5)	0,437
8.	Tidur dalam keadaan lapar, n(%)	99 (11,1)	104 (11,5)	0,805
9.	Tidak mempunyai makanan sama sekali siang dan malam, n(%)	83 (9,3)	75 (8,3)	0,438

\*Bermakna  $p < 0,05$  antara Kelompok Program dan Bukan Program

Walaupun kajian ini mendapatkan skor keamanan pangan rumah tangga secara keseluruhan lebih tinggi pada Kelompok Program, namun hanya 25% rumah tangga di Kelompok Program dan 12% di Kelompok Bukan Program yang tergolong “Aman Pangan”. Temuan ini membantu menjelaskan prevalensi yang lebih tinggi pada kelompok umur 18-35 bulan dibandingkan estimasi nasional untuk anak Balita di Indonesia. Kajian lain di daerah pedesaan Indonesia menunjukkan kerawanan pangan rumah tangga berhubungan dengan anemia pada Balita<sup>25</sup>.

Data yang kami kumpulkan pada kajian ini, menunjukkan bahwa rumah tangga dengan Rawan Pangan Berat merupakan faktor yang mempengaruhi anak menderita diare dalam 2 minggu terakhir, seperti disajikan pada **Tabel 22**. Namun keikut-sertaan rumah tangga dalam program juga merupakan faktor yang terjangkitnya diare pada anak. Rumah tangga yang memiliki jamban pribadi atau anak dengan kelompok umur 24-35 bulan masing-masing merupakan faktor tidak terjangkitnya diare pada anak selama 2 minggu terakhir. Diperlukan data lebih lanjut untuk dapat menjelaskan kejadian ini.

<sup>25</sup>Campbel et.al, 2011. Relationship of household food insecurity to anaemia in children aged 6–59 mo. among families in rural Indonesia: *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health*, Vol.31, Issue 4

**Tabel 22. Model Regresi Logistik dari Faktor yang Mempengaruhi Terjangkitnya Diare pada Anak umur 18-35 bulan dalam 2 minggu terakhir**

Status Morbiditas	Prediktor	B (SE)	Exp(B)	p-value
<b>Diare dalam 2 minggu terakhir*</b>	Konstan	-1,15 (0,30)	0,32	<0,001**
	Rawan Pangan Berat	0,43 (0,15)	1,54	0,005**
	Partisipasi di program MCN	0,37 (0,14)	1,45	0,007**
	Jamban pribadi milik keluarga	-0,44 (0,21)	0,65	0,034**
	Kelompok umur (24-35 bulan)	-0,37 (0,14)	0,69	0,008**

\*Berdasarkan laporan dari pengasuh anak \*Bermakna  $p < 0,05$  antara Kelompok Program dan Bukan Program

### Akses ke Fasilitas Kesehatan

Mengalami kesulitan dalam mencapai fasilitas kesehatan adalah hal yang umum terjadi di daerah dengan sumber daya terbatas seperti di NTT, dimana infrastruktur masih kurang dan fasilitas layanan kesehatan letaknya jauh dari rumah-rumah penduduk. Kajian ini juga mengamati bahwa mencapai pelayanan kesehatan juga merupakan faktor penghalang bagi kegiatan Program Gizi Ibu dan Anak, termasuk kesulitan mencapai Puskesmas, terbatasnya sarana angkutan, dan kekurangan staf kesehatan yang tersedia di tingkat masyarakat.

Hampir separuh dari subjek, baik Kelompok Program maupun Bukan Program harus berjalan kaki lebih dari 1 jam untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat, dengan proporsi lebih tinggi ( $p=0,017$ ) pada ibu dalam Kelompok Bukan Program sebanyak 48,1%, dibandingkan dengan ibu dalam Kelompok Program 42,4%. Walaupun melaporkan harus menempuh waktu perjalanan tersebut, >90% ibu di masing-masing kelompok menyatakan “rutin mengunjungi Posyandu dalam 3 bulan terakhir”, mencerminkan pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh ibu-ibu Balita.

Data kualitatif juga mendukung jauhnya jarak dan terpencilnya lokasi fasilitas kesehatan dari rumah para peserta program, yang merupakan hambatan mereka untuk dapat mencapai fasilitas kesehatan di kabupaten TTS.

*“Tinggal di daerah ini, dibatasi oleh dua sungai, merupakan situasi hidup atau mati selama musim hujan seperti ini.....sarana angkutan susah karena kami tinggal di daerah terpencil.”*

- Ibu PKK, Kelompok Program, Wawancara

Data kualitatif juga mengindikasikan bahwa bidan tidak selalu ada bagi ibu-ibu di masyarakat mereka. Oleh karena itu, ibu hamil dan menyusui harus menempuh jarak jauh ke Puskesmas untuk menemui bidan, perawat atau dokter. Sarana angkutan merupakan tantangan yang dilaporkan oleh peserta di beberapa daerah di kabupaten TTS. Para ibu menjelaskan bahwa sarana angkutan yang tersedia sangat terbatas untuk dapat mencapai pelayanan kesehatan, walaupun keadaan jalan dapat dilewati. Di waktu lain, bila sarana angkutan tersedia, perlu biaya untuk angkutan yang membuat akses lebih sulit atau

bahkan tidak mungkin sama sekali. Hambatan-hambatan ini ditemu-kenali sebagai hambatan utama untuk dapat ikut serta dalam program secara penuh, sehingga mempengaruhi sejauh mana program dapat mencapai dampak positif pada status gizi anak melalui program 1000 Hari Pertama Kehidupan.

### **Pemilihan Daerah Program**

Menurut keterangan pemangku kepentingan yang merupakan peserta kajian ini, secara geografis, Program Gizi Ibu dan Anak mempunyai sasaran masyarakat di daerah-daerah yang mudah dicapai. Masyarakat yang lebih dekat dengan daerah perkotaan (misalnya Soe di Kabupaten TTS) secara umum lebih mudah dicapai daripada masyarakat dimana Kelompok Bukan Program bermukim.

*“Saat kami memilih komunitas untuk melakukan program penanggulangan masalah gizi...jumlahnya (kasus kurang gizi) tidak terlalu berbeda, jadi...kami memilih daerah yang lebih mungkin dicapai (untuk perencanaan program)...sebagai contoh, kami memilih Soe, daerah perkotaan, dimana masalah gizi lebih tinggi dibandingkan kecamatan lain...kami mempertimbangkan keduanya masalah gizi dan juga logistik. Sebagai contoh, ada daerah (tidak terpilih untuk program) yang kami benar-benar tidak bisa capai (karena kesulitan dalam hal logistik)...tapi sangat disayangkan (kami tidak memilihnya untuk ikut program)...jadi kami mempertimbangkan (pertama) jumlah kasus masalah gizi, kemudian masalah logistik...apakah kami dapat mencapai daerah tersebut atau tidak...kemudian siapa saja mitra lokal, pemerintah lokal, dan kesediaan mereka (untuk ikut serta). Jadi hal ini (memilih daerah program) merupakan proses yang sangat panjang dan penuh pertimbangan...sangat sulit untuk diperhitungkan”*

— Pemangku kepentingan, Provinsi NTT, Wawancara

Temuan ini didukung oleh status sosio-ekonomi yang lebih tinggi pada Kelompok Program pada kajian ini, sebuah temuan yang merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi rendahnya kerawanan pangan rumah tangga atau skor HFIAS yang lebih rendah, selain indikator status gizi Pendek yang lebih baik pada anak-anak peserta program. Oleh karena itu, jika hal tersebut benar, maka akses yang lebih mudah ke masyarakat dapat membaurkan hubungan antara keterlibatan dalam program dan dampak program terhadap status gizi.

### **Program pengembangan yang tumpang tindih di Kabupaten TTS**

Sebagai tambahan, beberapa ikhtiar pengembangan masyarakat telah diberlakukan di Kabupaten TTS, membuat sulit kajian ini memisahkan mereka yang hanya menjadi peserta Program Gizi Ibu dan Anak saja atau yang lainnya. Salah satunya adalah Program Jaring Pengaman Sosial, yang diprakarsai oleh pemerintah. Dalam kajian ini, lebih banyak ( $p=0,004$ ) subjek dari Kelompok Bukan Program yang ikut dalam program pemerintah tersebut, dibandingkan dengan subjek dari kelompok Program. Akan tetapi, hasil analisa menunjukkan tidak ada perbedaan indikator status gizi untuk anak umur 18-35 bulan dari

rumah tangga yang ikut program Jaring Pengaman Sosial antara Kelompok Program dan Kelompok Bukan Program.

### **Memahami Faktor Penentu Status Gizi**

Kajian ini menyelidiki faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi status gizi anak.

#### ***Status Gizi Pendek***

Analisa regresi logistik menunjukkan bahwa berat badan lahir rendah dan kelompok umur 24-35 bulan meningkatkan resiko status gizi Pendek, sedangkan tingkat pendidikan ibu, jenis kelamin perempuan dan riwayat konsumsi makanan yang lebih baik dapat menurunkan resiko Pendek.

#### ***Status Gizi Kurus***

Resiko menjadi kurus dapat meningkat karena berat badan lahir rendah, demam sub-febril, dan mengalami diare dalam 2 minggu terakhir, sedangkan resiko dapat menurun oleh tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi dan kelompok umur 24-35 bulan. Sub-febril dapat menunjukkan keadaan infeksi menahun atau peradangan ringan yang menetap, digabungkan dengan diare, sehingga meningkatkan kebutuhan zat gizi. Kegagalan untuk memberikan zat gizi yang cukup selama keadaan tersebut, menyebabkan penurunan berat badan yang mengarah ke suatu keadaan dimana anak menjadi kurus. Ibu-ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi mungkin dapat merawat anak dengan lebih baik termasuk memberikan anaknya makanan dengan kualitas dan kuantitas yang tepat. Sesuai dengan proses tumbuh-kembang anak, daya guna sistem kekebalan tubuhnya menjadi lebih baik, sehingga dapat menangani lebih baik setiap gangguan kesehatan seperti peradangan dan diare.

#### ***Status Gizi Berat Badan Kurang***

Riwayat berat badan lahir rendah meningkatkan resiko berat badan kurang, sedangkan tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi dan tingkat kemakmuran yang lebih tinggi menurunkan resiko tersebut. Anak dengan riwayat berat badan lahir rendah, memulai kehidupan dengan status gizi rendah. Gagal untuk mengimbangi dengan nutrisi yang baik sejak awal kehidupan, menyebabkan anak tidak mampu melintasi keadaan gizi yang sebelumnya rendah, mempunyai sedikit kesempatan untuk meningkatkan berat badan, sehingga anak gagal mencapai berat badan sesuai dengan usia mereka, yang mengarah ke berat badan kurang. Ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi melaksanakan praktek Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil lebih baik, dan status sosio-ekonomi yang lebih baik dapat membantu ketersediaan makanan di rumah tangga, sehingga dapat memberi makan anak-anak dengan makanan yang bergizi.

#### ***Anemia***

Resiko anemia dapat meningkat karena adanya kerawanan pangan sedang dan menderita demam dalam dua minggu terakhir, sedangkan resiko menurun pada kelompok umur 24-35 bulan dan konsumsi

susu dan produknya pada hari sebelum wawancara. Kerawanan pangan sedang, dapat menyebabkan tidak tersedianya zat gizi berkualitas yang dibutuhkan untuk pembentukan hemoglobin, antara lain zat besi, terutama zat besi heme dengan ketersediaan biologis yang tinggi, yang diamati pada kajian ini. Demam juga mengindikasikan adanya peradangan atau infeksi, yang juga punya peran pada resiko terjadinya anemia. Anak yang lebih besar dengan kemampuan sistem kekebalan tubuh yang lebih baik, mampu menanggulangi infeksi, sehingga lebih sedikit kemungkinan menjadi anemia Susu dan produknya menyediakan protein dan beberapa zat gizi mikro bagi tubuh, yang juga dapat menurunkan risiko anemia.

Anak pada kedua kelompok mengonsumsi makanan dengan kualitas rendah, sebagian besar makanan pokok dan sayur, dan hampir tanpa protein hewani, menyebabkan dampak dari rangsum pangan tidak besar perannya, terutama dengan adanya kepatuhan program yang rendah terkait berbagi rangsum pangan kepada bukan peserta program termasuk anggota keluarga. Perbedaan prevalensi status gizi Pendek diantara kedua kelompok mungkin dapat dihubungkan dengan tingkat pendidikan ibu dan riwayat konsumsi makanan dari Kelompok Program.

**Tabel 23. Analisa Regresi Logistik pada Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak**

Status Gizi	Prediktor	B (SE)	Exp(B)	p*
<b>Pendek</b>	Konstan	1,54 (0,57)	4,65	<0,001
	• Riwayat berat badan lahir rendah	0,65 (0,19)	1,92	0,001
	• Kelompok umur (24-35 bulan)	0,32 (0,13)	1,38	0,016
	• Tingkat pendidikan Ibu (Lebih Tinggi)	-0,29 (0,15)	0,75	0,047
	• Jenis kelamin anak (perempuan)	-0,42 (0,13)	0,66	0,001
	• Profil Konsumsi Makanan	-0,28 (0,09)	0,76	0,002
<b>Kurus</b>	Konstan	-0,89 (0,28)	0,41	0,002
	• Suhu tubuh sub-febrile	0,72 (0,29)	2,06	0,012
	• Diare dalam 2 minggu terakhir	0,70 (0,20)	2,01	0,001
	• Riwayat berat badan lahir rendah	0,68 (0,19)	1,98	0,001
	• Tingkat pendidikan Ibu (Lebih Tinggi)	-0,50 (0,20)	0,61	0,012
• Kelompok Umur (24-35 bulan)	-0,62 (0,17)	0,54	<0,001	
<b>Berat Badan Kurang</b>	Konstan	0,47 (0,16)	1,60	0,003
	• Riwayat berat badan lahir rendah	0,88 (0,18)	2,40	<0,001
	• Tingkat pendidikan Ibu (Lebih Tinggi)	-0,28 (0,14)	0,76	0,043
	• Kuantil Kemakmuran (kuantil lebih tinggi)	-0,13 (0,05)	0,88	0,005
<b>Anemia</b>	Konstan	1,34 (0,20)	3,84	<0,001
	• Rawan Pangan Sedang	0,22 (0,11)	1,25	0,038
	• Demam dalam 2 minggu terakhir	0,21 (0,11)	1,23	0,048
	• Kelompok Umur (24-35 bulan)	-0,49 (0,11)	0,61	<0,001
	• Asupan susu dan produk susu kemarin	-0,29 (0,13)	0,74	0,023

\*Bermakna  $p < 0,05$



Diantara berbagai prediktor yang terlihat dalam **Tabel 23**, riwayat BBLR dan umur anak merupakan prediktor status gizi. Hal ini disusul dengan asupan makanan, status sosio-ekonomi dan keberadaan penyakit. Program Gizi Ibu dan Anak bertujuan menyediakan zat gizi pada 1000 HPK. BBLR merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengetahui dampak dari rangsum pangan bagi Ibu Hamil dan Menyusui. Bahwasanya walaupun setelah pemberian rangsum pangan ternyata prevalensi status gizi rendah masih di atas angka nasional, sistem kesehatan lokal harus memikirkan semua faktor-faktor lain secara sungguh-sungguh dalam usaha mengatasi masalah kurang gizi di kabupaten TTS. Perhatian juga harus dicurahkan ke sistem pendidikan, karena tingginya tingkat pendidikan ibu dapat membantu masalah kesehatan dan gizi, terkait peran ibu sebagai pembuat keputusan inti bagi kesejahteraan anak.

### 3.5 Rangkuman Usulan untuk perbaikan Program (Tujuan Kajian 5)

Secara menyekuruh, Program Gizi Ibu dan Anak diterima dengan baik, baik oleh masyarakat dan pemangku kepentingan. Berbagai usulan untuk perbaikan yang dihimpun dari kaji kualitatif dalam kajian ini dapat dilihat pada Tabel 24. Usulan-usulan tersebut dapat dipertimbangkan untuk menelaraskan perencanaan program bagi peserta dan pemangku kepentingan di masa mendatang. Berdasarkan data yang ada, usulan penting dibagi dalam 3 kelompok.

**Tabel 24. Usulan Peserta Program untuk Meningkatkan Pelaksanaan Program**

<b>Rangsum Pangan</b>	1) Rangsum pangan sebaiknya didistribusikan terus dan diberikan di tingkat Posyandu – fokus pada perbaikan logistik.  <i>“Maksud saya, mohon berikan kami kesempatan untuk tetap menerima bantuan pangan berupa biskuit...kami meminta dukungan WFP untuk tetap memberikan bantuan biskuit ini (setelah kajian ini). Kami mengajukan rekomendasi supaya biskuit (rangsum pangan) tidak dihentikan.”</i> –Pemerintah sebagai pemangku kepentingan, Kabupaten TTS, Wawancara
	2) Diperlukan Sensitisasi mengenai rangsum pangan yang lebih sering dan lebih baik.
	3) Rangsum pangan sebaiknya diberikan untuk semua anak di Posyandu, bukan hanya anak baduta.
	4) Mengganti biskuit dengan jenis rangsum pangan lain disarankan oleh tenaga kesehatan dan pemangku kepentingan karena biskuit seringkali dibagikan untuk anggota keluarga yang lain. Mungkin bentuk komoditas lain akan dapat diterima juga tapi tidak sering dibagikan ke yang lain.

<b>Komunikasi untuk Perubahan Perilaku</b>	1) Termasuk film, poster, flipchart dengan gambar-gambar lebih banyak dibandingkan teks karena tingkat buta huruf masyarakat lolal
	2) Bahan seharusnya menggunakan bahasa lokal, bukan hanya Bahasa Indonesia
	3) Nasehat untuk individu lebih disukai daripada dengan kelompok besar oleh para peserta program
	4) Pelatihan tentang Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil perlu diberikan kepada seluruh Posyandu, bukan hanya sebagian saja.
	5) Komunikasi untuk Perubahan Perilaku seharusnya membantu perkembangan antar individu panutan lainnya. Pengaruh sosial dalam konteks ini sangat kuat dan oleh karena itu sensitisasi pada jaringan sosial sangat penting untuk perubahan perilaku.  <i>“Jika program ini berlanjut, maka perlu melibatkan para suami. Kita harus berfikir bagaimana melibatkan para suami, karena sebagian besar mereka berfikir kalau mengasuh anak adalah tanggung jawab ibu. Jadi, kita harus berusaha bagaimana melibatkan para suami juga (yang akan datang).”</i>  Pemerintah sebagai pemangku kepentingan, KabupatenTTS, Wawancara
<b>Usulan-usulan yang berkaitan dengan Program</b>	1) Tanggung jawab untuk berbagi biaya harus dikomunikasikan dengan jelas ke Puskesmas
	2) Program MCN perlu didukung oleh program masyarakat lainnya, seperti sektor pertanian ( <i>nutrition -sensitive</i> )
	3) Aspek produksi pangan lokal dari program ini perlu dimasukkan sebagai bagian penting dari program
	4) Koordinasi, komunikasi dan usaha keterlibatan perlu ditingkatkan antara WFP dan para pemangku kepentingan lokal  <i>“Mereka(WFP) mengatakan bahwa sudah punya kesepakatan antara WFP dan Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten...baiklah jika mereka sudah punya. Tetapi setidaknya mereka perlu melakukan sensitisasi dan koordinasi dengan Puskesmas bahkan pada tingkat yang paling rendah. Menurut saya, ini karena kurangnya komunikasi, (sehingga beberapa hal muncul selama program berlangsung).”</i>  – Puskesmas/staf Tenaga Kesehatan,Wawancara

	<p>5) Menyediakan insentif untuk Kader dapat dipertimbangkan sebagai bagian dari rencana program yang akan datang dan janji yang berkaitan dengan program dari pelaksana program dengan kader perlu dijaga selama siklus program.</p> <p><i>“Kami sangat diberdayakan (tenagakesehatan), jadi jika mereka mengatakan “tidak ada insentif”, maka kami tidak apa-apa walau tidak menerima apapun...Tetapi mengapa mereka menjanjikan kalau kami akan menerima insentif dan kami akhirnya tidak mendapat apa-apa?”</i></p> <p>- Kader, Kelompok Program, Wawancara</p>
	<p>6) Untuk keberlanjutan program,meningkatkan pemberdayaan masyarakat, pelatihan Pemberian Makanan Bayi dan Anak Kecil, dan melibatkan masyarakat merupakan hal yang penting</p>
	<p>7) Menyampaikan hambatan-hambatan yang ditemui selama kajian ini, termasuk keadaan geografis dan terbatasnya sumber daya manusia.</p>
	<p>8) Melakukan program percobaan sebelum meningkatkan skala implementasi program lebih luas mungkin akan berguna untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan tersebut dan untuk melakukan perbaikan sebelum dimulai pada Program Gizi Ibu dan Anak selanjutnya.</p> <p><i>“...Pilot. Percobaan di daerah terbatas, kemudian kita dalam mengembangkan sistem yang baik (untuk peningkatan skala program)...dalam area yang terbatas dan termasuk input regular (selama percobaan) untuk mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi, berbasis fakta...Menurut saya kita perlu menguatkan aspek berbasis fakta (dari program ini) melalui system percobaan.”</i></p> <p>- Pemangku kepentingan, Wawancara</p>

#### 4. Kesimpulan dan Saran

Secara umum, kajian dengan menggunakan dua metode untuk mengkaji program yang berlangsung tahun 2012-2015, menyoroti suatu Program Gizi Ibu dan Anak yang terintegrasi, yang sangat diterima, dengan pelaksanaan yang baik dan membuahkan hasil untuk beberapa indikator penting. Selain itu menemu-kenali berbagai faktor dan hambatan terkait pelaksanaan program dapat menjadi pelajaran yang dapat diraih untuk merancang program selanjutnya di masa depan, baik di tempat yang sama atau ditempat lain.

Berbagai hal positif ditemukan pada kajian ini. Secara umum, aktivitas program diterima dengan baik, termasuk pelatihan di tingkat Posyandu, aktivitas pemantauan tumbuh-kembang, rangsum pangan bergizi khusus, dan komunikasi untuk perubahan perilaku. Membandingkan hasil program antara

daerah program dan daerah bukan program menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif, Skor Keberagaman Pangan, Diet Minimum Cukup dan indikator konsumsi pangan semua berdampak pada perbaikan asupan makanan. Namun, indikator-indikator tersebut masih kurang dibandingkan dengan standar gizi ibu dan anak yang optimal, baik di tingkat nasional maupun global.

Ketersediaan dan akses ke pangan masih merupakan tantangan utama bagi rumah tangga di daerah ini, walaupun kajian ini menemukan perbaikan pengetahuan dan sikap yang memadai pada praktek pemberian makanan bagi bayi dan anak kecil. Lebih rendahnya status gizi pendek pada anak umur 18-35 bulan peserta program merupakan hal yang positif, dan masih tingginya prevalensi tersebut menggaris bawahi pentingnya meneruskan dukungan kesehatan dan gizi yang diperlukan. Perlu digaris bawahi pentingnya pengentasan kemiskinan di daerah ini, karena dukungan gizi tersebut kurang berhasil bila peserta program tidak dapat mencapai kebutuhan dasar akan pangan, sebab rangsum pangan yang diberikan menjadi pengganti kebutuhan dasar, yang bukan merupakan tujuan program.

Tingginya angka kesakitan pada anak kecil juga merupakan ancaman yang menetap bagi tumbuh kembang anak di daerah ini, walaupun perbaikan gizi sudah terlihat.

Kajian ini mengamati adanya kerja-sama yang erat antara WFP dan pemangku kepentingan dari pihak pemerintah, mitra dan anggota masyarakat, yang mempermudah pelaksanaan program. Hal ini dapat menjadi dasar dan awal yang baik untuk meneruskan keberhasilan program atau memperbaiki program untuk dapat melangkah maju dengan tujuan pencapaian program yang lestari. Dianjurkan agar biaya dapat ditanggung bersama, komunikasi yang lebih jelas dan terus menerus, keterlibatan sektor lain seperti pertanian, ketersediaan pangan secara lokal dan peningkatan koordinasi, merupakan hal-hal yang diperlukan untuk perbaikan program yang menyeluruh.

Beberapa usaha-usaha perbaikan diperlukan. Cakupan program hanya 30% dari seluruh Posyandu yang ada, membatasi kapasitas yang ada, serta perubahan perilaku di seluruh area yang terlibat program. Demikian juga, pelatihan dan pesan-pesan bisa diperbaiki dengan cara membuat bahan khusus bagi sekelompok peserta dengan cara lebih fokus pada komunikasi inter-personal, memakai bahasa lokal serta melalui gambar-gambar karena tingginya buta aksara di daerah ini. Pelaksanaan pelatihan ulang sangat dirasakan perlu dan diusulkan oleh peserta program.

Walaupun rangsum pangan sangat dihargai oleh peserta program, berbagi diantara bukan peserta program sangat umum dan merupakan faktor penghambat keberhasilan program kesehatan dan gizi yang diinginkan, selama 1000 hari pertama kehidupan. Hambatan pada pendanaan dan logistik menyebabkan penyediaan rangsum pangan tidak tetap dan kadang kala terlambat, dan merupakan hal yang perlu diperbaiki. Hal ini tidak selalu merupakan akibat dari perencanaan yang tidak tepat. Misalnya jalan rusak dan keadaan lingkungan yang tidak mendukung seperti gangguan cuaca tidak dapat dihindari terkait berbagai keadaan bila program serupa akan dilaksanakan – namun harus dipertimbangkan dalam

tahap perencanaan dan persiapan program. Terlihat juga bahwa koordinasi yang baik pada setiap tahapan penyediaan sangat penting untuk menjamin tersedianya rangsum pangan tepat waktu dan komunikasi yang jelas antar peserta dan pelaksana program. Selain itu, melalui kerjasama berbagai kajian, dapat ditemukan makanan bergizi yang lebih cocok, sehingga berbagi rangsum pangan dikurangi tetapi tetap bisa diterima oleh peserta program.

Sementara beberapa indikator asupan dan status gizi lebih baik di daerah program dibandingkan dengan daerah bukan program, tetap akan ada keadaan gizi yang bisa memanfaatkan dukungan yang terintegrasi dan berkesinambungan dari berbagai sektor dalam menghadapi kemiskinan, kerawanan pangan di tingkat rumah tangga dan gangguan kesehatan. Beragam hasil yang didapatkan dari kajian ini menggaris bawahi tantangan dan kesempatan untuk merancang program gizi bagi ibu dan anak selama 1000 hari pertama kehidupan, dengan menggunakan pendekatan terpadu seperti yang telah dicontohkan oleh program ini, tidak hanya di daerah ini tetapi juga di tempat lain.

## 5. Referensi

- Alma Alta ACHEAF (2012). Behavioural analysis and food consumption/dietary practices amongst children under two, elementary school age children, pregnant and lactating women in Timur Tengah Selatan district Nusa Tenggara Timur Province in Indonesia.
- Badan Pusat Statistik (BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), and ICF International (2013). Indonesia Demographic and Health Survey 2012. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.
- BPS (2010). Population Census 2010. [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)
- Campbel et.al (2011). Relationship of household food insecurity to anaemia in children aged 6–59 mo. among families in rural Indonesia: *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health*, Vol.31, Issue 4.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Creswell & Clark. (2007). *Designing and Conducting Mixed Method Research*. Thousand Oaks, CA. SAGE Publication, Inc. 16, 17,18
- De Onis M, Dewey KG, Borghi E, et al. (2013). The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Maternal and Child Nutrition* (2013), 9 (Suppl. 2), pp. 6–26.
- Food Security Council, Ministry of Agriculture, and World Food Programme. (2015). *Food security and Vulnerability Atlas of Indonesia*. 1 – 172.

- Gibson R (2005). Principles of Nutritional Assessment. 2<sup>nd</sup> Eds. Oxford University Press.
- Hemocue AB (2016). [www.hemocue.com/en/health-areas/anemia](http://www.hemocue.com/en/health-areas/anemia).
- IBM Corp. Released (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- LLC (2016). [www.weighandmeasure.com](http://www.weighandmeasure.com)
- MoH, GoI (2013) Riskesdas 2013.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative health research*, 5(2), 147-149.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological review*, 96 (3), 506.
- UNICEF/WHO (2010) Indicators for assessing infant and young child feeding practices Part 2 Measurement.
- UNICEF (2011). Programming Guide: Infant and Young Child Feeding.
- USAID (2007) FANTA III Household Food Insecurity Access Scale (HFAS) for Measurement of Food Access: Indicator Guide.
- WHO (2007). Anthro for personal computers. Version 2 : Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO. Accessed 30 Jan 2016. <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>.
- WHO (2006). Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*. 450: 76-85.
- WHO (1995) WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition. Department of Nutrition for Health and Development (NHD). Geneva, Switzerland <http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>
- WHO/UNICEF (2004) Low Birth Weight: Country, Regional and Global Estimates.
- Wiesmann, D., Bassett, L., Benson, T., & Hoddinott, J. (2009). *Validation of the World Food Programme's Food Consumption Score and Alternative Indicators of Household Food Security*. Intl Food Policy Res Inst.
- World Bank (2016) India's poverty profile: An example data. <http://www.worldbank.org/en/news/infographic/2016/05/27/india-s-poverty-profile>
- WFP (2015). Food Security and Vulnerability Atlas of Indonesia 2015.
- WFP (2015) MCN Monitoring Data.
- WFP (2015). Technical Guidance Note Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N) 1st ed August 2015.
- WFP (2008). VAM Technical Guidance Sheet. Food Consumption Analysis.

## 6. Lampiran

Lampiran 1. Peta Kabupaten TTS, Propinsi NTT, dan Daftar Desa

Lampiran 2. Kuesioner Kuantitatif untuk Bukan Peserta Program

Lampiran 3. Kuesioner Kuantitatif untuk Peserta Program

Lampiran 4. Formulir *24 hour recall*

Lampiran 5. Tes *Rapid Malaria*

Lampiran 6. Panduan untuk data Kualitatif

Lampiran 7. Catatan Kualitatif Data di lapang.