

Evaluasi program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur dan Bengkulu Utara tahun 2007

I Nyoman Adiyasa¹, Hamam Hadi², I Made Alit Gunawan³

ABSTRACT

Background: Increasing number of poor families leads to higher prevalence of malnourishment and malnutrition. The prevalence of malnutrition in children under five based on weight/age at the Province of Nusa Tenggara Barat and Bengkulu 2005 was above the national target. An effort made by the government to minimize the prevalence of malnourishment/malnutrition is through the distribution of individual complementary breastfeeding for infants and children of 6-24 months old from poor families. The program had been implemented since 2003-2005 and there were problems of its implementation. In 2007 the program was reimplemented through the program of instant powder and biscuit complementary breastfeeding distribution but its achievement has never been evaluated.

Objective: To evaluate the achievement of instant powder and biscuit complementary breastfeeding program at Mataram Municipality, District of Lombok Barat, Lombok Timur, and Bengkulu Utara 2007.

Method: The study was observational with pre and post test design using descriptive, analytical, quantitative, qualitative, and explorative approaches. Subjects were managers of complementary breastfeeding program at provincial, district/municipal level, health centers, villages/integrated service post and program target. Variables of input, process, output and outcome were obtained through observation, filling in questionnaires, indepth interview, and secondary data recording. Data were analyzed descriptively, analytically, and qualitatively.

Result: In the aspect of input, only human resources that was quantitatively adequate, and so were technical guideline at Lombok Timur, Complementary breastfeeding packages relevant with the quantity proposed at Bengkulu Utara. Budget for socialization and program guidebook at Bengkulu Utara were not available. Distribution method was relevant with the guidebook. In the aspect of process, planning was irrelevant with the guidebook; storage was 43.8% relevant with the requirement; distribution was 31.3% relevant with the schedule, quantity and types; monitoring was relevant with the schedule of integrated service post. In the aspect of output, the program was 78.8% relevant with target; 32.5% relevant with quantity; 95.6% could improve weight gain ($p < 0.05$). In the aspect of outcome: the program could overcome and prevent the prevalence of malnutrition, malnourishment and sustain good nutrition status as much as 55.6% and the result of Z-score statistical test was $p < 0.05$.

Conclusion: Achievement of instant powder and biscuit complementary breastfeeding program in aspect of input was average at three districts/municipality and good at District of Lombok Timur and poor at District of Bengkulu Utara; in aspect of output was poor at three districts/municipality and average at District of Bengkulu Utara; in aspect of outcome was poor at all districts/municipality. There was difference in average weight target before and after the supply of complementary breastfeeding. There was difference in average Z score target before and after the supply of complementary breastfeeding.

KEY WORDS program evaluation, poor families, complementary breastfeeding, infant powder, biscuits, infants, children of 6–24 months

PENDAHULUAN

Krisis ekonomi mengakibatkan semakin banyak jumlah keluarga miskin dan menurunnya daya beli masyarakat terhadap pangan. Keadaan ini menyebabkan terjadinya gizi kurang bahkan gizi buruk (1). Masalah gizi ini banyak diderita oleh wanita dan anak-anak, khususnya anak di bawah usia lima tahun (balita) (2).

Hasil survei sosial ekonomi nasional (susenas) tahun 2005 diperoleh bahwa balita yang mengalami gizi buruk sebesar 8,80% dan gizi kurang sebesar 19,20 %. Di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB), pada tahun 2005 dilaporkan balita yang mengalami gizi buruk sebesar 8,4% dan gizi kurang sebesar 24,9%. Di Provinsi Bengkulu, balita mengalami gizi buruk sebesar 7,0% dan gizi kurang sebesar 19,6% dengan menggunakan indeks berat badan per usia (BB/U) (3). Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang ini tetap menjadi masalah karena masih di atas target

nasional yaitu 5%. Keadaan ini akan terus meningkat jika tidak memperoleh penanganan yang serius.

Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah adalah pemberian makanan tambahan secara gratis kepada bayi dan anak usia 6–24 bulan berupa makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) pabrikan atau *blended food* yang telah difortifikasi mulai sejak tahun 2003 dan tahun 2007 masih tetap diberikan berupa MP-ASI bubuk instan dan biskuit (4).

Dalam pelaksanaan kegiatan pemberian MP-ASI pabrikan, beberapa masalah yang timbul antara lain:

1. Poltekkes Mataram Jurusan Gizi, Jl. Prabu Rangkasari, Dusun Cermen, Cakranegara, NTB, 83232, e-mail: diyas_tara@yahoo.co.id
2. Magister Gizi Kesehatan UGM, Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281, e-mail: hamam@indosat.net.id
3. Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan RI Yogyakarta, Jl. Tatabumi No. 3 Yogyakarta

tidak tepat sasaran, masalah dalam penyimpanan, ketidakterlaksanaan pendistribusian, dan penyimpangan penggunaan MP-ASI yang seharusnya dibagikan gratis pada bayi dan anak usia 6-24 bulan dari keluarga miskin (keluarga miskin) ternyata dijual di pasaran (5).

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pelaksanaan program MP-ASI bubuk instan dan biskuit pada bayi dan anak usia 6–24 bulan dari keluarga miskin di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Timur, Kabupaten Lombok Barat, dan Kabupaten Bengkulu Utara tahun 2007. Berdasarkan hal tersebut, penulis mengevaluasi tingkat keberhasilan program pemberian MP-ASI yang meliputi: aspek *input* (masukan), proses, *output* (keluaran), dan *outcome*.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *pre-and post test design* menggunakan metode deskriptif, kuantitatif, kualitatif, dan eksploratif. Penelitian dilaksanakan mulai Juli 2007-Februari 2008 di 16 puskesmas dari empat kabupaten, yaitu 4 puskesmas di Kota Mataram, 4 puskesmas di Kabupaten Lombok Barat, 4 puskesmas di Kabupaten Lombok Timur, dan 4 puskesmas di Kabupaten Bengkulu Utara.

Subjek penelitian yaitu petugas pengelola/pelaksana program MP-ASI bubuk instan dan biskuit di tingkat provinsi, kabupaten/kota, tenaga gizi puskesmas, tenaga pelaksana program MP-ASI di kelurahan/posyandu. Besar sampel didapat dari perhitungan berdasarkan pendugaan proporsi populasi untuk persoalan satu sampel dengan nilai proporsi balita yang BB tidak mengalami peningkatan setelah mendapat program MP-ASI *blended food* (P) sebesar 11,11%, nilai distribusi baku pada α tertentu ($Z_{1-\alpha/2}$) sebesar 1,96 dengan tingkat kepercayaan 95%, prediksi proporsi (d^2) sebesar 5% (6). Berdasarkan perhitungan tersebut diperoleh besar sampel untuk sasaran program sebanyak minimal 152 orang dibulatkan menjadi 160 orang, masing-masing kabupaten/kota sebanyak 40 sampel (20 sampel yang mendapat MP-ASI bubuk instan dan 20 sampel yang mendapat MP-ASI biskuit). Sampel di setiap puskesmas diambil secara merata sebanyak 10 orang (5 orang yang mendapat MP-ASI bubuk instan dan 5 orang yang mendapat MP-ASI biskuit) dengan cara acak sederhana.

Variabel dalam penelitian ini: variabel *input*, meliputi: aspek tenaga, dana, sarana, bahan, dan metode pemberian MP-ASI. Variabel proses, meliputi: aspek perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan/pembinaan. Variabel *output*, meliputi: ketepatan sasaran, ketepatan jumlah, cakupan sasaran, dan kenaikan berat badan. Variabel *outcome* adalah perubahan status gizi. Pada masing-masing komponen diberikan skor kemudian dikategorikan tingkat keberhasilannya. Tingkat keberhasilan komponen *input*, proses, *output*, *outcome* dikategorikan menjadi baik

bila > 80% dari total skor, sedang : 60–80% dari total skor, dan kurang bila < 60 dari total skor. Teknik pengumpulan data dengan observasi, pengisian kuesioner, wawancara mendalam, dan pencatatan data sekunder. Pengolahan dan analisis data dengan cara deskriptif, analitik, dan kualitatif dalam bentuk teks yang bersifat naratif.

HASIL DAN BAHASAN

Karakteristik responden

Petugas pengelola/pelaksana MP-ASI Pengelola MP-ASI tingkat provinsi yang dimaksud pada penelitian ini adalah kepala seksi gizi di Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan Provinsi Bengkulu yang masing-masing berjumlah 1 orang. Kepala seksi gizi di Provinsi NTB berpendidikan Strata 1, sedangkan Provinsi Bengkulu berpendidikan Strata 2 dan keduanya pernah mengikuti sosialisasi MP-ASI di tingkat provinsi dengan narasumber dari pusat. Karakteristik koordinator pelaksana gizi dinas kesehatan kabupaten/kota, petugas gizi di puskesmas, tenaga pelaksana program MP-ASI di desa/kelurahan ditampilkan pada **Tabel 1**.

Sasaran MP-ASI bubuk instan dan biskuit Pada penelitian ini, jumlah bayi dan anak usia 6-24 bulan yang mendapat paket MP-ASI sesuai perhitungan sampel diperoleh minimal sebanyak 152 sasaran. Untuk pemerataan diambil 40 sasaran untuk masing-masing kabupaten/kota, sehingga jumlah keseluruhan 160 sasaran. Karakteristik sasaran yang mendapat MP-ASI bubuk instan dan biskuit dapat dilihat **Tabel 2**.

Ibu bayi usia 6-11 bulan dan anak usia 12-24 bulan penerima MP-ASI memiliki karakteristik pendidikan 11,9% tidak sekolah, 40,6% tamat SD, 28,1% tamat SMP, dan 15% tamat SMA. Berdasarkan pekerjaan sebagian besar (70,6%) tidak bekerja, 6,9% bekerja sebagai buruh, 6,2% sebagai pedagang, dan 16,2% lain-lain.

Program MP-ASI bubuk instan dan biskuit

Input Ketersediaan tenaga pengelola program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur, dan Bengkulu Utara secara kuantitas cukup. Hal itu sesuai dengan pedoman pelaksanaan MP-ASI bubuk instan dan biskuit tenaga pengelola MP-ASI yang sudah ada mulai dari tingkat provinsi, kabupaten/kota, puskesmas, desa/kelurahan, dan kader. Secara kualitas, tenaga pengelola MP-ASI masih kurang, khususnya tenaga di tingkat desa/kelurahan (bidan desa, kader pendamping desa, dan kader posyandu) yang belum mendapatkan sosialisasi secara khusus di puskesmas. Hal ini disebabkan tidak tersedianya dana. Sosialisasi/pelatihan sangat perlu dilakukan sebelum program dimulai dengan tujuan untuk memperoleh pengetahuan dan keahlian agar dapat melaksanakan tanggung jawab sesuai dengan fungsinya

TABEL 1. Karakteristik koordinator pelaksana gizi di dinas kesehatan kabupaten/kota, pelaksana gizi di puskesmas dan tenaga pelaksana program MP-ASI di desa/kelurahan/posyandu yang digunakan sebagai sampel

Karakteristik Responden	Kota Mataram		Kab. Lombok Barat		Kab. Lombok Timur		Kab. Bengkulu Utara		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Koordinator pelaksana gizi dinas kesehatan kabupaten/kota (n=4)										
Usia tenaga										
≤ 35 tahun	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
> 35 tahun	1	-	1	-	1	-	1	-	4	-
Jenis kelamin										
Laki-laki	1	-	1	-	1	-	0	-	3	-
Perempuan	0	-	0	-	0	-	1	-	1	-
Pendidikan										
Sarjana Kesehatan	1	-	1	-	0	-	0	-	2	-
S1 Nonkesehatan	0	-	0	-	0	-	1	-	1	-
S2 Kesehatan	0	-	0	-	1	-	0	-	1	-
Mengikuti sosialisasi MP-ASI										
Pernah	1	-	1	-	1	-	1	-	4	-
Tidak pernah	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Pelaksana gizi di puskesmas (n=16)										
Usia tenaga										
≤ 35 tahun	2	-	3	-	0	-	0	-	5	-
>35 tahun	2	-	1	-	4	-	4	-	11	-
Jenis kelamin										
Laki-laki	0	-	0	-	1	-	2	-	3	-
Perempuan	4	-	4	-	3	-	2	-	13	-
Pendidikan										
D 1 Gizi	0	-	0	-	3	-	0	-	3	-
D 3 Gizi	4	-	4	-	0	-	4	-	12	-
Sarjana Kesehatan	0	-	0	-	1	-	0	-	1	-
Mengikuti sosialisasi MP-ASI										
Pernah	4	-	4	-	4	-	4	-	16	-
Tidak pernah	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Tenaga pelaksana program MP-ASI di tingkat desa/kelurahan/posyandu (n=87)										
Usia tenaga										
≤ 35 tahun	12	-	28	80,0	12	-	20	-	72	82,8
> 35 tahun	4	-	7	20,0	2	-	2	-	15	17,2
Jenis kelamin										
Laki-laki	1	-	3	8,6	0	-	0	-	4	4,6
Perempuan	15	-	32	91,4	14	-	22	-	83	95,4
Pendidikan										
Tamat SD	3	-	3	8,6	1	-	2	-	9	10,4
Tamat SLTP	3	-	5	14,3	2	-	7	-	17	19,5
Tamat SLTA	10	-	25	71,4	9	-	13	-	57	65,5
Akademi	0	-	2	5,7	2	-	0	-	4	4,6
Mengikuti sosialisasi MP-ASI										
Pernah	0	-	0	0	0	-	0	-	0	0
Tidak pernah	16	-	35	100	14	-	22	-	87	100

(5). Unsur masukan tenaga atau petugas secara kuantitas dan kualitas harus sesuai dengan standar yang memadai, guna terlaksananya suatu program (7).

Di Provinsi NTB, dana penyimpanan di tingkat kabupaten/kota dialokasikan sebesar Rp 1.000/kg bahan, sedangkan di Provinsi Bengkulu hanya Rp 700,-/kg bahan. Selanjutnya, dana ini di tingkat kabupaten/kota dikelola bervariasi. Dana ini sudah meningkat jika dibandingkan dengan dana penyimpanan MP-ASI tahun 2003-2004, yaitu Rp 375,-/kg bahan.

Dana penyimpanan MP-ASI di puskesmas untuk puskesmas di wilayah Kabupaten Lombok Barat dan Lombok Timur masing-masing sebesar Rp 250,-/kg, sedangkan dana penyimpanan untuk puskesmas di wilayah Kota Mataram dan Kabupaten Bengkulu

Utara tidak ada karena dana penyimpanan yang telah dialokasikan dari tingkat provinsi telah habis digunakan untuk penyimpanan MP-ASI di tingkat kabupaten/kota dengan menggunakan pihak ketiga atau proses penunjukan/pemilihan langsung.

Dana pendistribusian MP-ASI di Provinsi NTB dialokasikan sebesar Rp 3.000,-/kg bahan untuk pendistribusian dari tingkat kabupaten/kota sampai ke sasaran, sedangkan di Provinsi Bengkulu Rp 4.000,-/kg bahan. Selanjutnya, dana tersebut di tingkat kabupaten/kota dikelola bervariasi.

Petunjuk teknis pengelolaan MP-ASI tahun 2007 hanya disusun oleh Kabupaten Lombok Timur, sedangkan tiga kabupaten/kota lainnya tidak menyusun dengan alasan buku pedoman sudah jelas dan program MP-ASI

TABEL 2. Karakteristik sasaran penerima MP-ASI bubuk instan dan biskuit pada program MP-ASI di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur, dan Bengkulu Utara tahun 2007

Karakteristik sasaran	Kota Mataram		Kabupaten Lombok Barat		Kabupaten Lombok Timur		Kabupaten Bengkulu Utara		Total 4 kabupaten/kota	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jenis kelamin										
Laki-laki	22	55,0	15	37,5	15	43,8	18	45,0	70	43,8
Perempuan	18	45,0	25	62,5	25	62,5	22	55,0	90	62,5
Usia (bulan)										
6 – 11	20	50,0	20	50,0	20	50,0	20	50,0	80	50,0
12 – 24	20	50,0	20	50,0	20	50,0	20	50,0	80	50,0
Status gizi awal										
Baik	5	12,5	9	22,5	1	2,5	8	20,0	23	2,5
Kurang	29	72,5	26	65,0	38	95,0	30	75,0	12	95,0
Buruk	6	15,0	5	12,5	1	2,5	2	5,0	14	2,5

merupakan program yang berkelanjutan sehingga secara teknis petugas gizi sudah tahu cara pelaksanaannya. Petunjuk teknis yang telah disusun oleh Kabupaten Lombok Timur merupakan penjabaran teknis dari buku pedoman yang disesuaikan dengan kondisi wilayah, bahkan ditambahkan beberapa petunjuk terutama dalam pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan. Meskipun buku pedoman telah ada, masih tetap dibutuhkan petunjuk teknis untuk lebih operasionalnya kegiatan di lapangan.

Formulir pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu sarana untuk memperlancar pelaksanaan program. Di Provinsi NTB, formulir pencatatan dan pelaporan menjadi suatu kendala karena terlambat didistribusikan ke puskesmas sehingga pencatatan yang dilakukan menggunakan buku bantu dengan model formulir yang bervariasi untuk setiap puskesmas. Formulir yang telah diperbanyak oleh provinsi sebagian besar tidak digunakan oleh petugas di tingkat kabupaten/kota maupun di tingkat puskesmas dan desa/kelurahan. Kelemahan dari buku pedoman operasional MP-ASI tahun 2005 yang digunakan di Provinsi Bengkulu maupun pedoman operasional MP-ASI dalam rangka Desa Siaga di Provinsi NTB tahun 2007 adalah belum dimuatnya formulir pemantauan perkembangan berat badan dan status gizi sasaran selama 3 bulan maupun formulir rekapitulasi perkembangan berat badan dan status gizi selama 3 bulan, sehingga format rekapitulasi perkembangan berat badan antarkabupaten/kota berbeda.

Tempat penyimpanan/gudang MP-ASI di tingkat puskesmas hanya 66,7% yang memenuhi persyaratan, karena beberapa puskesmas memanfaatkan ruangan yang ada untuk menyimpan MP-ASI. Jika ruangan yang ada memenuhi syarat fisik dari segi kebersihan, pencahayaan (ventilasi), kelembaban, atap tidak bocor, maka memanfaatkan ruangan ini sangat baik dilakukan demi efisiensi biaya. Dana sewa gudang bisa dialihkan untuk melengkapi fasilitas penyimpanan seperti pembuatan palet, alat kebersihan gudang, dan memaksimalkan *monitoring*

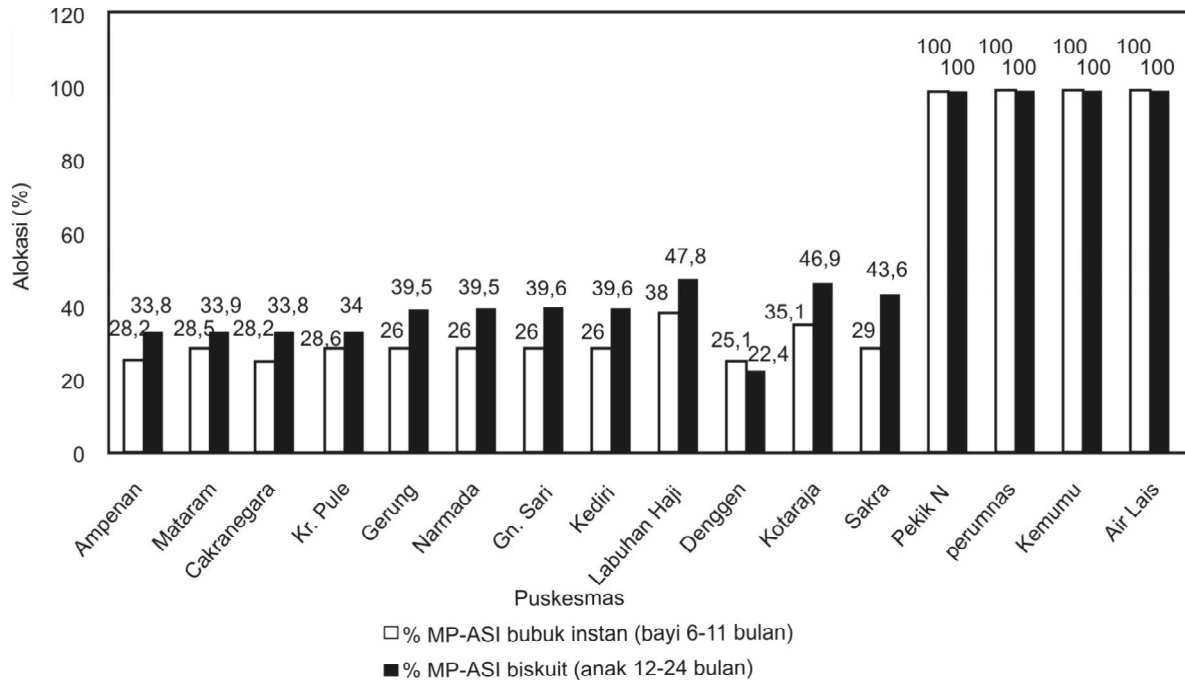
ke sasaran. Kendala yang dihadapi di sini adalah masalah peraturan dalam pertanggungjawaban keuangan. Meski peraturan-peraturan kerap dimasukkan dalam kategori input (karena sulit diubah tetapi peraturan-paraturan tersebut), lebih tepat dimasukkan pada lingkungan luar yang mempengaruhi sistem. Pejabat sangat takut dengan aturan yang berurusan dengan penggunaan uang. Kegiatan yang lebih efisien bisa jadi tidak diambil karena tidak sesuai dengan aturan pemerintah (8).

Persentase alokasi bahan MP-ASI berdasarkan target/sasaran antara Provinsi NTB dengan Provinsi Bengkulu sangat berbeda. Hal ini terjadi karena adanya perbedaan dalam perencanaan sasaran dan pengusulan ke pusat. Rata-rata alokasi di Provinsi NTB untuk tingkat puskesmas sebesar 29% untuk MP-ASI bubuk instan dan 38% untuk MP-ASI biskuit, sedangkan di Provinsi Bengkulu untuk MP-ASI bubuk instan maupun biskuit 100% (**Gambar 1**).

Kategori keberhasilan *input* dari rata-rata total empat kabupaten/kota termasuk sedang. Berdasarkan **Tabel 3** dapat diketahui bahwa rata-rata total per kabupaten/kota, hanya Kabupaten Lombok Timur yang memiliki *input* program MP-ASI berkategori baik. Hal ini terjadi karena di Kabupaten Lombok Timur mempunyai input yang lebih baik daripada 3 kabupaten/kota lainnya, antara lain mempunyai biaya penyimpanan sampai tingkat puskesmas, ada dana monitoring petugas, dan mempunyai buku petunjuk teknis.

Proses perencanaan program MP-ASI tahun 2007 bersifat *top down* dari pusat, sehingga di tingkat pelaksana hanya melakukan apa yang direncanakan dan berusaha untuk sesuai dengan pedoman yang telah ada. Jika proses perencanaan penyusunan program lebih didasarkan pada proses perencanaan dari atas (*top down planning*) kadangkala kurang sesuai dengan situasi dan permasalahan yang ada di tingkat bawah.

Terdapat kesenjangan antara unsur-unsur perencanaan kesehatan di masing-masing tingkat, hasil yang dicapai tidak menampung usulan-usulan dari tingkat



GAMBAR 1. Alokasi MP-ASI bubuk instan dan biskuit di 16 puskesmas tahun 2007

bawah (9). Keberhasilan dalam pelaksanaan perencanaan tergantung pada keikutsertaan beberapa unsur lainnya, terutama pada unsur yang terlibat langsung dengan sasaran program (10).

Adanya ketidakharmonisan antara yang merencanakan dengan yang melaksanakan akan mempengaruhi pelaksanaan program yang kurang baik. Diperlukan koordinasi yang baik dengan tujuan bahwa setiap individu atau komponen dalam fungsinya tidak kehilangan pegangan atau peran yang harus dilaksanakan (11).

Ada perbedaan yang mendasar dalam perencanaan jumlah sasaran dan kebutuhan MP-ASI yang disusun oleh Provinsi NTB dengan Provinsi Bengkulu, sehingga menyebabkan persentase terpenuhinya kebutuhan MP-ASI berbeda. Di Provinsi NTB, sasaran yang diusulkan yaitu seluruh bayi usia 6-11 bulan dan anak usia 12-24 bulan dari keluarga miskin (ditentukan secara proyeksi). Seharusnya jumlah sasaran diusulkan berdasarkan data sebenarnya (riil) dari tim desa melalui puskesmas.

Sasaran yang diusulkan di Provinsi Bengkulu adalah seluruh bayi usia 6-11 bulan dan anak usia 12-24 bulan dari keluarga miskin yang berstatus gizi kurang. Usulan ini juga mempunyai kelemahan bahwa bayi usia 6-24 bulan dari keluarga miskin selain berstatus gizi kurang tidak diusulkan sehingga tidak akan menjadi sasaran program dan ini tidak sesuai dengan buku pedoman. Pihak pusat pun akan salah dalam mendapatkan jumlah seluruh bayi 6-11 bulan dan anak 12-24 bulan dari keluarga miskin sebagai sasaran program jika hanya diusulkan yang berstatus gizi kurang. Oleh karena itu, perlu ada kejelasan dan kesamaan usulan.

Oleh karena perencanaan tidak berdasarkan usulan dari puskesmas, maka akan berpengaruh pula dalam

penentuan sasaran setelah MP-ASI diterima. Puskesmas rata-rata tidak mempunyai jumlah sasaran yang riil, karena tidak dilakukan pendataan. Puskesmas menerima jumlah sasaran yang perhitungannya dilakukan oleh pengelola MP-ASI di tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota. Berdasarkan jumlah sasaran/kuota yang diterima, puskesmas baru mencari sasaran sesuai kriteria. Selain itu, petugas gizi juga kesulitan dalam menentukan bayi usia 6-24 bulan dari orang tua yang berstatus miskin, sehingga petugas gizi puskesmas melakukan seleksi usia dan status gizi kurang/BGM (bawah garis merah) terlebih dahulu, baru penentuan miskin yang diserahkan kepada kader posyandu atau berkoordinasi dengan kader pendamping desa/bidan desa.

Seluruh petugas gizi di puskesmas memahami jalur pendistribusian MP-ASI, tetapi hanya 66,0% yang melaksanakan sesuai jalur dan 34,0% mengikuti jalur dengan beberapa penyesuaian di lapangan. Pada prinsipnya, model jalur apapun yang digunakan dalam pendistribusian MP-ASI dari puskesmas ke sasaran dapat dilakukan, yang terpenting MP-ASI sampai ke sasaran tepat waktu, tepat sasaran, tepat jenis, dan tepat jumlah. Dari data yang diperoleh 44% MP-ASI didistribusikan langsung ke kader posyandu. Pendistribusian menggunakan model jalur puskesmas – kader posyandu – sasaran lebih efisien waktu dibandingkan dengan model lainnya.

Ada beberapa cara pendistribusian yang digunakan kader posyandu dalam mendistribusikan MP-ASI. MP-ASI didistribusikan per minggu ke sasaran, sekaligus untuk 1 bulan. Jika dicermati kedua cara ini ternyata semuanya memiliki kelebihan dan kelemahan. Jika didistribusi per minggu ke sasaran, maka pembagian per tahap ini sekaligus digunakan untuk pemantauan

MP-ASI di sasaran, tetapi kelemahannya MP-ASI sering bocor di kader karena kader masih menyimpan MP-ASI di rumahnya. Sasaran yang tidak mendapatkan MP-ASI sering mendesak, merengek-rengok agar diberikan, sehingga cara ini tergantung pada ketetapan pendirian kader. Sebaliknya, jika didistribusikan sekaligus untuk 1 bulan, kemungkinan bocor ke sasaran lain sangat kecil karena di rumah kader sudah tidak ada lagi MP-ASI yang disimpan. Kelemahannya MP-ASI kemungkinan bocor di tingkat keluarga sasaran dan hal ini akan tergantung lagi pada keaktifan kader dalam memantau apakah MP-ASI hanya dikonsumsi oleh sasaran saja atau dikonsumsi juga oleh anggota keluarga lainnya.

Masalah kecemburuan sosial akan meningkat apabila MP-ASI didistribusikan di posyandu, karena MP-ASI yang ada dibandingkan dengan sasaran yang ada jauh lebih sedikit. Dari data yang diperoleh, 46,9% MP-ASI didistribusikan di posyandu. Hal ini terjadi karena 81,25% MP-ASI diantar langsung oleh petugas gizi pada saat posyandu dan untuk memudahkan MP-ASI langsung didistribusi kepada sasaran di posyandu. Kader pendamping desa/bidan desa/kader posyandu belum menunjukkan kepedulian dan tanggung jawab yang cukup terhadap program. Hal ini karena hanya 36,9% MP-ASI diantar langsung ke sasaran ke rumah sasaran.

Tingkat keberhasilan komponen proses program MP-ASI untuk total 4 kabupaten/kota termasuk kategori sedang seperti yang terlihat pada **Tabel 3**. Jika ditinjau berdasarkan kabupaten/kota, maka komponen proses program MP-ASI di Kota Mataram dan Kabupaten Lombok Timur termasuk kategori sedang, sedangkan di Kabupaten Lombok Barat dan Bengkulu Utara berkategori kurang.

MP-ASI biskuit sangat disukai, sedangkan MP-ASI bubuk instan kurang disukai, terbukti ada beberapa bayi menolaknya karena alasan kebiasaan. Menurut pendapat petugas gizi, bayi mulai usia 10 bulan sudah biasa diberikan nasi lunak, sehingga MP-ASI bubuk instan ditolak. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa di daerah pedesaan di Lombok, kebanyakan masyarakat memberikan nasi atau pisang sebagai makanan usia dini sebelum bayi berusia 4 bulan, bahkan pemberian tersebut dilakukan beberapa saat setelah bayi lahir. Hal ini disebabkan karena kebiasaan (*culture*) masyarakat yaitu adanya kekerabatan sosial dari tetangga yang datang pada waktu seorang ibu melahirkan dengan memberikan nasi, pisang, madu, ataupun kelapa muda pada bayi tersebut dengan alasan kepercayaan tertentu (12).

Kader telah melakukan upaya-upaya untuk mengatasi hal ini dengan memberikan penjelasan tentang variasi pengolahan dan penyajian bubur apabila anak menolaknya. Ditinjau dari rasa, MP-ASI bubuk instan rasa beras merah paling disukai dan rasa pisang kurang disukai oleh sasaran. Sesuai dengan kajian yang telah dilakukan terhadap program MP-ASI tahun 2003 dan 2004, untuk program MP-ASI 2003 rasa MP-ASI yang paling disukai adalah rasa vanili, pada program MP-ASI tahun 2004 yang paling disukai adalah rasa beras merah, sedangkan rasa pisang kurang disukai (13). Pada program pemberian MP-ASI tahun 2005, paket MP-ASI rasa pisang dan vanila kurang disukai, sedangkan yang paling disukai adalah rasa madu (14).

Output Berdasarkan **Tabel 4** diketahui bahwa tingkat keberhasilan komponen *output* program MP-ASI untuk total 4 kabupaten/kota termasuk kategori sedang. Jika

TABEL 3. Tingkat keberhasilan input dan proses berdasarkan kabupaten/kota pada program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur, dan Bengkulu Utara tahun 2007

Kabupaten/kota	Skor komponen input					Total	Kategori	Skor komponen proses			Total	Kategori
	Tenaga	Dana	Sarana	Bahan	Metode			P1	P2	P3		
Mataram	3,0	1,0	4,0	1,0	3,0	12,6	Sedang	7,5	8,3	3,0	18,8	Sedang
Lombok Barat	3,0	3,0	4,3	1,0	3,0	14,3	Sedang	4,5	9,0	9,0	3,0	Kurang
Lombok Timur	3,0	3,0	5,8	1,0	3,0	15,8	Baik	4,8	9,5	9,5	3,0	Sedang
Bengkulu Utara	2,3	1,0	3,0	3,0	3,0	12,3	Sedang	5,0	8,3	8,3	3,0	Kurang
Total 4 kab./kota	2,8	2,0	4,2	1,5	3,0	13,6	Sedang	5,4	8,8	3,0	17,2	Sedang

Keterangan :

P1 = Perencanaan

P2 = Pelaksanaan

P3 = Pemantauan

TABEL 4. Tingkat keberhasilan output berdasarkan kabupaten/kota pada program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit tahun 2007

Kabupaten/kota	Komponen output					Rata-rata skor output (%)	Kategori tingkat keberhasilan
	Tepat sasaran (%)	Tepat jumlah (%)	Cakupan sasaran (%)		BB meningkat (%)		
			Bubuk	Biskuit			
Kota Mataram	72,5	40,0	30,7	34,8	92,5	54,1	Kurang
Lombok Barat	77,5	52,5	27,5	40,5	97,5	59,1	Kurang
Lombok Timur	85,0	25,0	37,7	47,3	95,0	58,0	Kurang
Bengkulu Utara	80,0	12,5	100,0	100,0	97,5	78,0	Sedang
Total 4 kabupaten/kota	78,8	32,5	49,0	55,7	95,6	62,3	Sedang

ditinjau berdasarkan kabupaten/kota maka komponen output program MP-ASI di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, dan Lombok Timur termasuk kategori kurang dan di Kabupaten Bengkulu Utara termasuk kategori sedang.

Ditinjau dari usia, dapat dikatakan seluruhnya tepat sasaran, artinya MP-ASI bubuk instan hanya diberikan kepada bayi usia 6-11 bulan dan MP-ASI biskuit diberikan pada anak usia 12-24 bulan. Ketepatan sasaran berdasarkan kemiskinan mencapai 78,8% dan sisanya tidak jelas status kemiskinannya apakah benar miskin atau tidak karena tidak memiliki identitas miskin. Ketepatan kemiskinan tersebut masih diragukan oleh petugas gizi terutama yang menggunakan identitas miskin berupa surat keterangan tidak mampu (SKTM) yang dikeluarkan oleh kepala desa/lingkungan. Program pengentasan kemiskinan sering menjadi subjek untuk dikritik karena kelompok sasaran yang tidak jelas, sistem implementasi dan monitoringnya masih sarat dengan prosedur birokrasi, unsur kolusi, dan nepotisme (15). Keraguan petugas gizi terhadap status miskin sasaran cukup beralasan, tetapi sebagai petugas pemberi pelayanan harus tetap konsisten memberikan pelayanan.

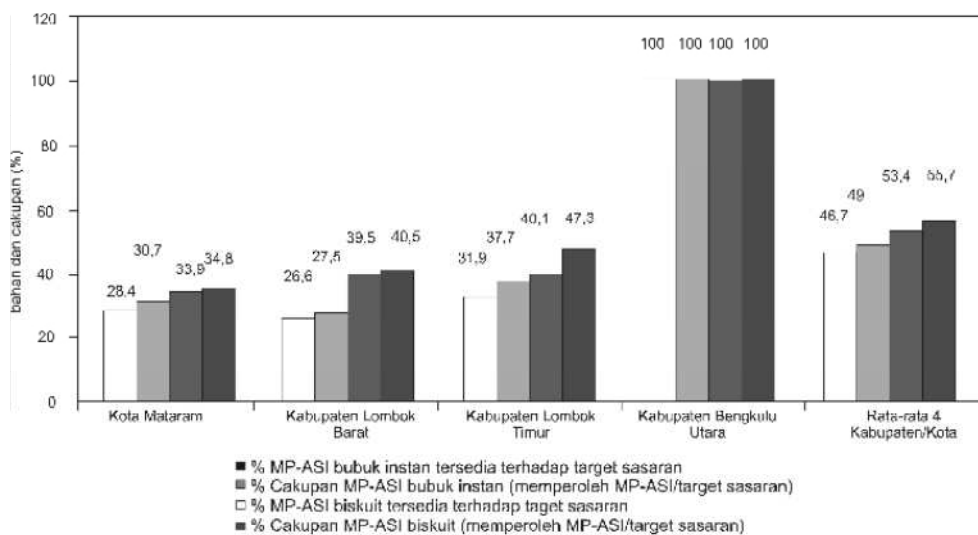
Ketepatan berdasarkan jumlah MP-ASI yang diterima sangat kurang karena dari rata-rata 4 kabupaten/kota hanya 32,5% yang tepat jumlah. Berdasarkan hasil penelitian MP-ASI pabrikan tahun 2005 diperoleh bayi usia 6-11 bulan yang mendapat MP-ASI tepat jumlah (menerima 15 *sachet* per bulan) sebesar 47% (16). Rendahnya ketepatan jumlah yang dicapai pada program MP-ASI bubuk instan dan biskuit tahun 2007 disebabkan petugas gizi menyerahkan sepenuhnya pendistribusian kepada bidan desa/kader posyandu/kader pendamping desa dan pemantauan hanya dilakukan pada saat jadwal posyandu. Formulir pemantauan distribusi MP-ASI dari bidan desa/kader posyandu/kader pendamping desa jarang digunakan petugas. Pihak puskesmas pun jarang melakukan

pemantauan ke sasaran selain jadwal posyandu. Pemantauan ke sasaran yang bersifat inspeksi mendadak (*sidak*) sangat perlu dilakukan petugas dinas kabupaten/kota dan petugas puskesmas untuk lebih meningkatkan ketaatan, kewaspadaan, dan tanggungjawab tenaga pendistribusi.

Cakupan MP-ASI umumnya ditemukan hampir sama dengan persediaan bahan. Di beberapa kabupaten/kota terjadi peningkatan cakupan MP-ASI bubuk instan dan biskuit dari bahan yang tersedia karena adanya pengalihan sasaran akibat beberapa sasaran tidak mau/sudah bosan mengkonsumsi atau jatah per orang dibagi kepada sasaran keluarga miskin yang lain. Jika ditinjau dari rendahnya pencapaian ketepatan jumlah, maka hal tersebut menunjukkan adanya MP-ASI yang tersisa atau tingginya kemungkinan kebocoran MP-ASI yang terjadi (**Gambar 2**). Dalam penelitian ini, peneliti mengalami kesulitan mendapatkan data distribusi MP-ASI di luar sasaran dan target sasaran lain sehingga merupakan kelemahan penelitian ini.

Setelah 3 bulan pemberian MP-ASI, kemudian dibandingkan berat badan awal dengan berat badan akhir, sehingga dapat diketahui berat badan sasaran meningkat, tetap, atau menurun. Program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit tahun 2007 sebagian besar (95,6%) dapat meningkatkan berat badan sasaran. Jika ditinjau dari perubahan berat badan per kabupaten/kota maka peningkatan tertinggi terjadi di Lombok Barat dan Bengkulu Utara yaitu 97,5%, namun penurunan berat badan tertinggi di Kota Mataram sebanyak 5,0%. Rata-rata peningkatan BB sasaran setelah 3 bulan pemberian MP-ASI sebesar 1,148 kg, sedangkan sasaran penerima MP-ASI biskuit rata-rata peningkatan berat badan setelah 3 bulan sebesar 0,768 kg (**Tabel 5**).

Sasaran penerima MP-ASI bubuk instan setelah tiga bulan rata-rata mengalami peningkatan berat badan sebesar 1,148 kg, sedangkan sasaran penerima MP-ASI biskuit setelah 3 bulan rata-rata mengalami peningkatan



GAMBAR 2. Cakupan MP-ASI bubuk instan dan biskuit di 4 kabupaten/kota tahun 2007

TABEL 5. Distribusi perubahan berat badan dan status gizi sasaran program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur dan Bengkulu Utara tahun 2007

Kabupaten/kota	Perubahan berat badan						Jumlah		Perubahan status gizi							
	Naik		Tetap		Turun				Naik		Tetap		Turun		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kota Mataram	37	92,5	1	2,5	2	5,0	40	100,0	9	22,5	26	65,0	5	12,5	40	100,0
Lombok Barat	39	97,5	0	0	1	2,5	40	100,0	9	25,5	27	67,5	4	10,0	40	100,0
Lombok Timur	36	95,0	1	2,5	1	2,5	40	100,0	10	25,0	27	67,5	3	7,5	40	100,0
Bengkulu Utara	39	97,5	1	2,5	0	0	40	100,0	14	35,0	24	60,0	2	5,0	40	100,0
Total 4 Kabupaten/kota	153	95,6	3	1,9	4	2,5	160	100,0	42	26,2	104	65,0	4	8,8	40	100,0

berat badan sebesar 0,768 kg. Kelemahan dalam penelitian ini adalah belum mempertimbangkan faktor lain yang juga mempengaruhi perubahan berat badan misalnya besarnya konsumsi zat gizi dan ada tidaknya penyakit penyerta.

Rata-rata berat badan awal sasaran MP-ASI bubuk instan adalah 6,156 kg dan rata-rata berat badan akhir sebesar 7,304 kg, terdapat perbedaan -1,148 kg. Hasil uji statistik *paired sample t-test* diperoleh $p = 0,001$ yang menunjukkan rata-rata sasaran berat badan sebelum diberikan MP-ASI bubuk instan dan sesudah diberikan MP-ASI bubuk instan berbeda secara nyata ($p < 0,05$). Demikian pula untuk rata-rata berat badan awal sasaran MP-ASI biskuit adalah 7,795 kg dan rata-rata berat badan akhir sebesar 8,562 kg, terdapat perbedaan -0,767 kg. Hasil uji statistik *paired sample t-test* diperoleh hasil bermakna yang menunjukkan rata-rata sasaran berat

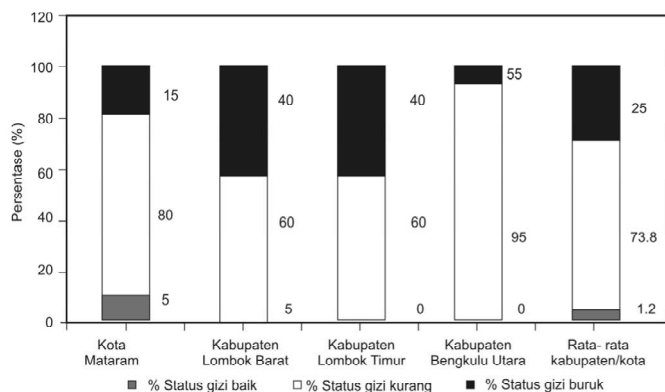
badan sebelum diberikan MP-ASI biskuit dan sesudah diberikan MP-ASI biskuit berbeda secara nyata ($p < 0,001$).

Outcome Oleh karena bahan MP-ASI yang tersedia di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, dan Lombok Timur tidak sesuai dengan jumlah sasaran, sehingga dalam distribusinya dilakukan seleksi status gizi oleh petugas gizi dengan prioritas yang berstatus gizi kurang. Kenyataannya, masih ada MP-ASI yang diterima oleh sasaran dengan status gizi awal baik, terutama untuk sasaran penerima MP-ASI bubuk instan. Status gizi awal dan akhir sasaran penerima MP-ASI bubuk instan seperti terlihat pada **Gambar 3** dan **Gambar 4**. Status gizi awal dan status gizi akhir sasaran penerima MP-ASI biskuit dapat dilihat pada **Gambar 5** dan **Gambar 6**.

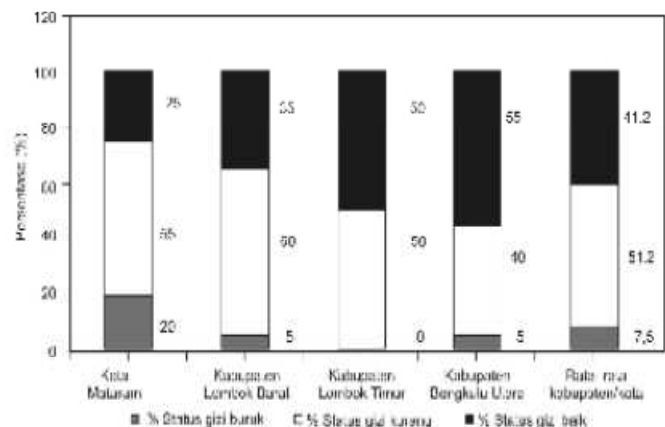
Sebagian sasaran yang memiliki status gizi baik mendapat sasaran program, sehingga sulit mendapatkan sasaran bayi usia 6–11 bulan yang berstatus gizi kurang. Bayi yang berusia 5 bulan akan mengalami peningkatan berat badan 2 kali berat badan waktu lahir dan menjadi 3 kali berat badan lahir pada usia 12 bulan, sehingga pada usia 6-11 bulan pertumbuhan bayi sangat pesat (17).

Setelah 3 bulan pemberian MP-ASI, dibandingkan status gizi awal dengan status gizi akhir, sehingga dapat diketahui status gizi bayi tergolong naik, tetap, atau turun. Sebagian besar (65,0%) status gizi sasaran tidak terjadi peningkatan (tetap) dan hanya 26,2% yang meningkat (**Tabel 5**). Hal ini dapat terjadi karena lama pemberian MP-ASI hanya 3 bulan (90 hari makan anak), diperburuk lagi oleh rendahnya ketepatan jumlah yang diterima sasaran (**Tabel 6**), adanya penolakan MP-ASI bubuk instan karena faktor kebiasaan, rasa, serta adanya faktor kebosanan dan keluhan terhadap tekstur MP-ASI biskuit. Semua ini diduga akan berpengaruh terhadap jumlah *intake* zat gizi yang diperoleh sasaran. Hal ini didukung oleh penelitian di Bogor tahun 2000 yang menemukan bahwa anak usia 5 bulan pada keluarga miskin, setelah diberikan MP-ASI formula pabrik selama 4 bulan tidak membantu perbaikan pertumbuhannya (16).

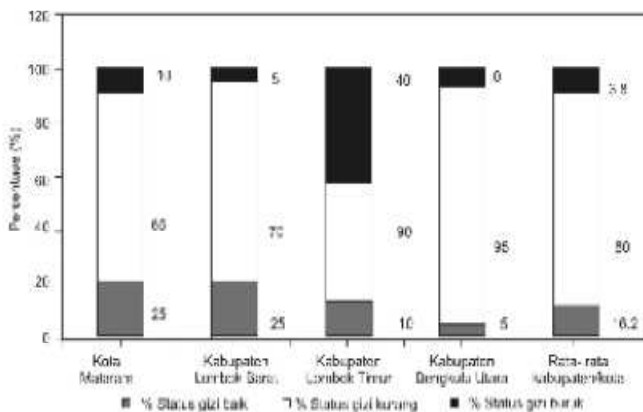
Berdasarkan **Tabel 7** dapat diketahui bahwa dari 123 bayi yang berstatus gizi kurang, sebanyak 81 (65,9%) bayi status gizinya dapat dicegah sehingga tidak menjadi gizi buruk. Status gizi yang berhasil ditanggulangi sehingga terjadi peningkatan status gizi dari status gizi



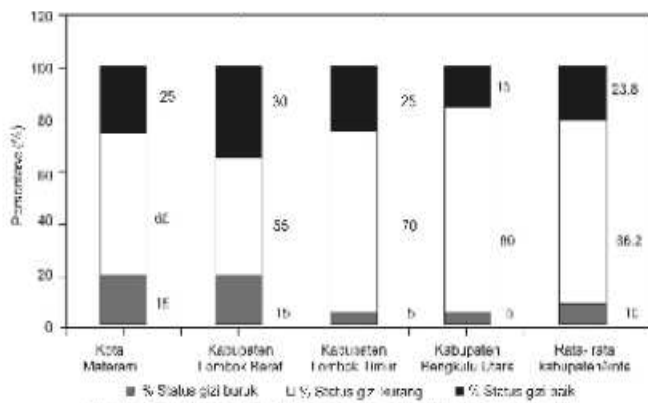
GAMBAR 3. Status gizi awal sasaran penerima MP-ASI bubuk instan



GAMBAR 4. Status gizi akhir sasaran penerima MP-ASI bubuk instan



GAMBAR 5. Status gizi awal sasaran penerima MP-ASI biskuit



GAMBAR 6. Status gizi akhir sasaran penerima MP-ASI biskuit

kurang menjadi status gizi baik sebanyak 35 (28,5%) bayi, status gizi buruk menjadi status gizi kurang sebanyak 6 (42,9%) bayi, dan 1 (7,1%) bayi menjadi gizi baik. Status gizi baik dapat dipertahankan sebanyak 16 (69,6%) bayi. Hasil uji statistik *paired sample t-test* diperoleh hasil yang bermakna dan menunjukkan rata-rata skor-Z sasaran sebelum diberikan MP-ASI dan sesudah diberikan MP-ASI berbeda secara nyata ($p < 0,001$). Hal ini berarti dengan

memberikan makanan pendamping ASI selama 3 bulan, dapat meningkatkan rata-rata skor-Z.

Sesuai pedoman program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit tahun 2007 disebutkan bahwa tujuan pemberian MP-ASI adalah menanggulangi dan mencegah terjadinya gizi buruk dan gizi kurang sekaligus mempertahankan status gizi baik pada bayi 6-11 bulan dan anak 12-24 bulan. Hasil penelitian diketahui bahwa tingkat keberhasilan *outcome* program MP-ASI 2007 termasuk dalam kategori kurang karena dari rata-rata diperoleh 55,6% ($< 60%$) dapat menanggulangi dan mencegah terjadinya gizi buruk dan gizi kurang sekaligus mempertahankan status gizi baik.

Rata-rata skor-Z sasaran sebelum diberikan MP-ASI dan sesudah diberikan MP-ASI juga menunjukkan perbedaan secara nyata ($p < 0,05$). Hal ini berarti dengan memberikan makanan pendamping ASI selama 3 bulan, dapat meningkatkan rata-rata skor-Z. Walaupun terjadi peningkatan skor-Z, peningkatannya belum maksimal karena belum mencapai batas marginal atau *cut of point* status gizi di atasnya, sehingga tidak terjadi peningkatan status gizi.

Berdasarkan Tabel 3, Tabel 4, dan Tabel 6 diketahui tingkat keberhasilan dari komponen input, proses, output, dan *outcome* dapat direkapitulasi seperti tampak pada Tabel 7 berikut.

Faktor pendukung dan penghambat program

Salah satu faktor pendukung dari program MP-ASI tahun 2007 yaitu penyampaian informasi program, pemberian petunjuk-petunjuk oleh dinas kesehatan provinsi maupun dari pusat, jauh sebelum dimulainya program. Hal ini dapat memberikan waktu persiapan yang lebih panjang. Faktor kedua dan ketiga adalah adanya

TABEL 6. Distribusi status gizi sesudah pemberian MP-ASI berdasarkan status gizi sebelum pemberian MP-ASI pada 4 kabupaten/kota tahun 2007

Status gizi sebelum	Status gizi sesudah						Total 4 kabupaten/kota	
	Baik		Kurang		Buruk		n	%
Baik	16	69,6	7	30,4	0	0	23	100
Kurang	35	28,5	81	65,9	7	5,7	123	100
Buruk	1	7,1	6	42,9	7	50,0	14	100
Jumlah	52	32,5	94	58,8	14	8,8	160	100

TABEL 7. Tingkat keberhasilan komponen *input*, *proses*, *output*, dan *outcome* pada program pemberian MP-ASI bubuk instan dan biskuit di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur dan Bengkulu Utara tahun 2007

Kabupaten/kota	Tingkat keberhasilan komponen			
	Input	Proses	Output	Outcome
Kota Mataram	Sedang	Sedang	Kurang	Kurang
Lombok Barat	Sedang	Kurang	Kurang	Kurang
Lombok Timur	Baik	Sedang	Kurang	Kurang
Bengkulu Utara	Sedang	Kurang	Sedang	Kurang
Total 4 kabupaten/kota	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang

dukungan pimpinan puskesmas yang berupa sarana dan prasarana serta kerjasama yang baik antarpetugas puskesmas (petugas gizi, juru imunisasi, perawat, bidan puskesmas) dalam distribusi MP-ASI ke bidan desa/kader posyandu/kader pendamping desa. Faktor keempat adalah peran dan kerjasama yang baik antara kader posyandu dengan kader pendamping desa. Faktor penghambat program meliputi: pendataan riil bayi/anak 6-24 bulan dari keluarga miskin untuk perencanaan sasaran dan kebutuhan sulit dilakukan sehingga berdampak pada pencapaian ketepatan sasaran dan cakupan, pengalokasian bahan dari pusat terbatas/tidak sesuai usulan; kesulitan petugas dalam memantau ketepatan konsumsi pada sasaran; adanya penolakan MP-ASI; keterlambatan formulir pencatatan dan pelaporan; pelaksanaan program yang selalu di akhir tahun; dan kekhawatiran petugas akan meningkatnya kasus gizi kurang/buruk pada keluarga miskin karena program tidak berkelanjutan sementara stok MP-ASI tidak ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Tingkat keberhasilan program *input* program di tiga kabupaten/kota termasuk kategori sedang, kecuali di Lombok Timur mempunyai kategori baik. Tingkat Keberhasilan Proses di Kota Mataram dan Kabupaten Lombok Timur termasuk kategori sedang, di Lombok Timur dan Bengkulu Utara kategori kurang. *Output* di tiga kabupaten/kota termasuk kategori kurang, kecuali di Bengkulu Utara termasuk kategori sedang. *Outcome* program di semua kabupaten/kota termasuk kategori kurang. Ada perbedaan rata-rata sasaran berat badan sebelum dengan sesudah diberikan MP-ASI. Ada perbedaan rata-rata skor-Z sasaran sebelum dengan sesudah diberikan MP-ASI.

Faktor pendukung program meliputi adanya penginformasian program secara cepat dari pusat dan provinsi serta didukung adanya buku pedoman/petunjuk, dukungan para pimpinan puskesmas dalam penggunaan sarana dan prasarana, dan adanya kerjasama antarpetugas di tingkat puskesmas maupun di tingkat desa/posyandu. Faktor penghambat program meliputi pendataan riil bayi/anak 6-24 bulan dari keluarga miskin, pengalokasian bahan dari pusat terbatas/tidak sesuai usulan, kesulitan petugas dalam memantau ketepatan konsumsi pada sasaran, adanya penolakan MP-ASI,

keterlambatan formulir pencatatan dan pelaporan, pelaksanaan program yang selalu di akhir tahun, serta kekhawatiran petugas akan meningkatnya kasus gizi kurang/buruk pada keluarga miskin.

Saran

Tenaga di tingkat puskesmas sampai posyandu perlu diberikan sosialisasi, dilakukan secara khusus bila tidak memungkinkan dapat dilakukan pada saat mini lokakarya puskesmas atau dalam pengevaluasian hasil penimbangan bulanan. Kabupaten/kota yang tidak mempunyai dana pendampingan kader dan dana monitoring oleh petugas agar dicarikan solusinya supaya dana itu tetap ada, misalnya mengatur biaya pendistribusian bila memungkinkan atau diambilkan dari dana pengembalian retribusi puskesmas atas seijin kepala puskesmas. Bahan MP-ASI bubuk instan dan biskuit perlu ditingkatkan pemenuhannya oleh pusat karena berdampak pada peningkatan cakupan dan mengurangi kecemburuan sosial.

Formulir pencatatan dan pelaporan yang telah dicetak, jarang digunakan, sehingga untuk efisiensi biaya, formulir pencatatan pelaporan tidak perlu dicetak khusus, yang utama harus ada kesamaan bentuk formulir antar petugas di setiap tingkatan /sesuai pedoman yang memudahkan rekapitulasi hasil.

Pusat perlu menegaskan sasaran program yang diusulkan, sehingga ada kesamaan dalam perencanaan sasaran/kebutuhan di setiap provinsi. Dalam meningkatkan ketepatan jumlah, petugas gizi puskesmas dan pengelola gizi di tingkat kabupaten perlu meningkatkan pemantauan ke petugas distribusi MP-ASI (bidan desa, kader pendamping desa, kader posyandu) dan sasaran, jika alasan tidak ada dana maka pemantauan bisa dipadukan dengan kegiatan lain misalnya pembinaan posyandu atau mengupayakan peningkatan kerjasama lintas sektor terutama dengan Tim Penggerak PKK dan badan pemberdayaan masyarakat (BPM) yang sama-sama mempunyai program pembinaan posyandu.

Walaupun hasil dari beberapa penelitian tidak menemukan adanya peningkatan status gizi dengan kategori baik, disarankan dalam proses hasil pemantauan berat badan sasaran tetap dilaporkan per bulan (bukan hanya setelah 3 bulan baru dilaporkan) ke puskesmas dan ke dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga ada bahan yang digunakan untuk memberi *feed back* (umpan balik) dalam melakukan pemantauan.

RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI. Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009. Jakarta: Menteri Kesehatan RI; 2005.
2. Soekirman. Ilmu gizi dan aplikasinya untuk keluarga dan masyarakat. Jakarta : Dirjen Pendidikan tinggi Departemen Pendidikan Nasional; 1999.
3. Depkes RI. Gizi dalam Angka Sampai dengan Tahun 2005. Jakarta: Depkes RI; 2006.
4. Menkes RI. Spesifikasi Teknis Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 224/Menkes/SK/II/2007. Jakarta: Depkes RI; 2007.

5. Hasibuan SD. Evaluasi Program Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Blended Food Pada Bayi Usia 6 – 11 Bulan di Kota Medan Tahun 2003 [tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2005.
6. Lemeshow S, David WH, Janelle K. Sample Size Determination in Health Studies A Practical Manual. WHO: Geneva; 1997.
7. Azwar A. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: Bina Rupa Aksara; 1996.
8. Hasan basri M. Pendekatan Sistem Dalam Perencanaan Program Daerah. Yogyakarta. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan 2007; 10(2): 55-63.
9. Santosa AP, Trisnantoro L. Analisis Perencanaan Kesehatan Oleh Lembaga-Lembaga Perencanaan Kesehatan Dati II Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan 2000; 3(4): 207-17.
10. Reinke WA. Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Managemen (Terjemahan). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 1994. p. 45–51.
11. Handoko HT. Manajemen Sumber Daya Manusia. (terjemahan). Yogyakarta: Andi Offset.; 2000.
12. Wiryo H. Peningkatan Gizi Bayi, Anak, Ibu Hamil, dan Menyusui dengan Bahan Makanan Lokal. Sagung Seto. Jakarta; 2002
13. Thaha AR. Kajian terhadap Efektifitas Program MP-ASI, Perspektif dari Pelaksanaan di Lapangan. Loka Karya Review Kebijakan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Jakarta: Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional; 2007
14. Budi PS. Evaluasi Program Pemberian MP-ASI pada Anak dari Keluarga miskin Usia 6-11 Bulan di Kota Yogyakarta Provinsi DIY [tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2006.
15. LIPI. Kemiskinan dan Beberapa Implikasinya untuk Strategi Pembangunan: Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII; 29 Februari-2 Maret 2000; Jakarta: LIPI; 2000.
16. Soetjningsih, Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 1998
17. Kartika V, Prihantini S, Syafruddin, Abbas BJ. Kualitas Makanan Pendamping Air Susu Ibu (6-18 bulan) dan hubungannya dengan pertumbuhan dan Perkembangan Anak Pada Keluarga miskin dan Tidak Miskin. Penelitian Gizi Dan Makanan 2000; 23: 1-7.