

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stunting merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang paling serius di Indonesia. *Stunting* didefinisikan sebagai kondisi gagal tumbuh pada anak akibat kekurangan gizi kronis, infeksi berulang, dan stimulasi yang tidak memadai dalam jangka panjang, terutama dalam periode emas 1.000 hari pertama kehidupan (HPK). Oleh karena itu, *Stunting* menjadi indikator penting dalam menilai status gizi dan kualitas sumber daya manusia suatu negara (Irma Yunawati, *et al.* 2025)

Stunting adalah kegagalan mencapai potensi pertumbuhan linear yang ditunjukkan dengan Z-skor tinggi badan menurut usia ($Z\text{-score}/HAZ \geq 2$ standar deviasi dengan mengacu pada standar pertumbuhan saat ini akibat status kesehatan dan gizi yang kurang optimal. *Stunting* merupakan salah satu bentuk kegagalan pertumbuhan akibat akumulasi defisiensi gizi yang terjadi sejak masa kehamilan hingga usia 24 bulan. Konsekuensi malnutrisi selama 1000 hari pertama kehidupan bersifat permanen dan sulit diperbaiki, *Stunting* pada anak menjadi masalah serius karena berkaitan dengan beberapa risiko penyakit, angka kematian yang lebih tinggi di masa mendatang, obesitas, penyakit tidak menular, dan usia harapan hidup yang lebih pendek (Fristiwi, *et al.* 2023).

Menurut (*World Health Organization*) WHO pada tahun 2023 prevalensi stunting adalah 22,3% pada anak-anak di bawah usia lima tahun, yang berarti sekitar 148,1 juta balita di seluruh dunia mengalami *stunting*. Angka ini masih termasuk tinggi dan merupakan masalah kesehatan utama di banyak wilayah (Indra, *et al.* 2025).

Prevalensi *stunting* di Indonesia mencapai 15,6, dengan Indonesia menempati peringkat ke-3 *stunting*. Saat ini, angka *stunting* pada balita di Sulawesi Selatan mencapai 20,7%, dan *stunting* pada anak di bawah lima tahun sebesar 14,7%, angka yang sedikit lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional yaitu 15,6%. Prevalensi *stunting* di Kota Palopo mencapai 25,5%. Berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), prevalensi stunting di Kota Palopo mengalami perubahan dalam beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2022 prevalensi stunting di Kota Palopo tercatat sebesar 27,4%, kemudian mengalami penurunan menjadi 25,5% pada tahun 2024. Meskipun menunjukkan tren penurunan, angka tersebut masih tergolong tinggi dan berada di atas target nasional percepatan penurunan stunting. Kondisi ini menunjukkan bahwa upaya intervensi gizi, khususnya pada kelompok ibu hamil berisiko KEK, masih perlu ditingkatkan untuk mencegah terjadinya stunting sejak masa kehamilan (SSGI, 2024).

Adapun keterkaitan KEK dengan kejadian *stunting* Salah satu faktor maternal yang berhubungan erat dengan kejadian stunting adalah Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil. KEK menyebabkan asupan energi dan zat gizi ibu selama kehamilan menjadi tidak optimal sehingga pertumbuhan

dan perkembangan janin dapat terganggu. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), pertumbuhan janin terhambat, serta meningkatkan risiko stunting pada anak di masa mendatang. Oleh karena itu, pencegahan KEK menjadi bagian penting dalam upaya percepatan penurunan *stunting* (Khotijah and Dewi 2025).

Keadaan KEK terjadi melalui beberapa tahapan yaitu kekurangan zat gizi terutama pada energi dan protein dan terjadinya penurunan jaringan pada tubuh akibat cadangan yang terus digunakan yang ditandai dengan berat badan tubuh menjadi turun. Pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui risiko kurang energi kronik (KEK). Kurang Energi Kronik (KEK) merupakan bagian dari beberapa masalah gizi yang masih harus di hadapai di Indonesia dan sering terjadi pada wanita usia subur (WUS) (Yunawati, *et al.* 2025)

KEK adalah suatu keadaan yang menggambarkan keadaan status gizi pada wanita usia subur di mana seorang individu mengalami kurangnya asupan zat gizi terutama energi yang dapat diakibatkan oleh kurang terpenuhinya asupan makanan sesuai gizi individu (Puspita, *at el.* 2024). KEK menyebabkan asupan energi dan nutrisi yang kurang selama masa kritis perkembangan janin, mengganggu pertumbuhan intrauterin, sehingga bayi lahir dengan berat badan rendah dan cadangan nutrisi terbatas. Kondisi ini meningkatkan risiko hambatan pertumbuhan pasca lahir yang memicu *stunting* (Belinda, *et al.* 2024).

Masalah KEK pada ibu hamil di Indonesia masih menjadi isu kesehatan yang marak diperbincangkan. Menurut WHO (*World Health Organization*)

Tahun 2022, prevalensi Kekurangan Energi Kronik ibu hamil secara global di seluruh dunia sebesar 58,8%, prevalensi, KEK pada ibu hamil di Asia Tenggara sebesar 48,2% (Saudah, *et al.* 2025). Menurut survei SKI Prevalensi Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil di Provinsi Sulawesi Selatan tercatat sebesar 19,7%, Angka ini sedikit lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional yaitu 16,9% (Survei Kesehatan Indonesia 2023), jumlah ibu hamil KEK di Kota Palopo tahun 2023 sebanyak 314 orang ibu hamil (Hartati, *et al.* 2024).

KEK pada ibu hamil dapat terjadi sejak sebelum masa kehamilan, ketika tubuh ibu sudah mengalami defisit energi. Selama kehamilan, kebutuhan energi meningkat secara signifikan dibandingkan dengan kondisi sebelum hamil. KEK pada ibu hamil umumnya disebabkan oleh dua faktor utama, yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung meliputi kurangnya asupan makanan tambahan, pola konsumsi yang tidak seimbang, serta adanya infeksi yang memengaruhi penyerapan zat gizi. Sementara itu, penyebab tidak langsung mencakup gangguan fungsi zat gizi akibat ketidakseimbangan asam amino dalam tubuh, menurunnya nafsu makan, kondisi sanitasi yang buruk, serta jumlah anak yang terlalu banyak dalam keluarga yang dapat membebani pemenuhan kebutuhan gizi ibu (Fikayanti, *et al.* 2024).

Salah satu langkah pemerintah untuk menangani masalah gizi ibu hamil ialah melalui implementasi program makanan tambahan (PMT) yang telah di jalankan oleh pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan selama tiga bulan, sebagai

bagian dari upaya perbaikan gizi di masyarakat. Program ini merupakan bagian dari upaya pemerintah daerah dalam penurunan angka *stunting* melalui Program ASS (Aksi Stop *Stunting*) yang berfokus pada peningkatan status gizi ibu hamil dan kualitas asupan makanan selama kehamilan.

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu selama kehamilan, terutama bagi ibu yang berisiko mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). PMT difokuskan pada kelompok ibu hamil rawan gizi sebagai salah satu strategi suplementasi untuk mencegah gangguan pertumbuhan janin dan komplikasi kehamilan yang terkait dengan kekurangan gizi. Dengan demikian, pemberian PMT bukan hanya meningkatkan asupan nutrisi ibu, tetapi juga mendukung kesehatan dan perkembangan optimal janin (Hano and Kau *et al.* 2024).

Berdasarkan hasil yang dilakukan (Jayadi *et al.* 2024) Puskesmas Pattalassang ini menilai pelaksanaan program PMT bagi ibu hamil berisiko KEK melalui wawancara dan telaah dokumen. Hasilnya menunjukkan bahwa PMT dapat meningkatkan status gizi ibu bila distribusi, edukasi, dan pemantauan berjalan konsisten. Namun, kendala utama terdapat pada keterbatasan tenaga gizi dan lemahnya sistem pemantauan. Studi ini merekomendasikan penguatan kapasitas SDM dan sistem evaluasi sebagai dasar peningkatan efektivitas program PMT di Palopo.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan (Damayanti M, *et al.* 2025) Penelitian di Aceh menunjukkan bahwa PMT berbahan pangan lokal efektif dalam meningkatkan berat badan dan ukuran Lingkar Lengan Atas

(LiLA) pada ibu hamil dengan KEK. Program ini juga berkontribusi pada perbaikan status gizi ibu hamil dan pencegahan *stunting* pada anak.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Evaluasi Program Pemberian PMT pada Ibu Hamil dalam Program ASS (Aksi Stop *Stunting*) Di Kota Palopo”.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana efektivitas evaluasi *Input*, *Proses*, *Output*, dalam program pemberian PMT dalam meningkatkan status gizi ibu hamil di Kota Palopo?
2. Apa saja faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program PMT bagi ibu hamil dalam Program Aksi Stop *Stunting* (ASS) di Kota Palopo?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk melihat efektivitas pelaksanaan program pemberian Makanan Tambahan PMT terhadap peningkatan status gizi ibu hami dalam program ASS di Kota Palopo.
2. Untuk melihat apa yang menjadi faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program Pemberian Makanan Tambahan PMT bagi ibu hamil dalam Program Aksi Stop *Stunting* (ASS) di Kota Palopo

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi peneliti
Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan wawasan dan pengalaman bagi peneliti untuk melatih kemampuan diri dalam

melakukan penelitian, serta dapat mengimplementasikan berbagai ilmu yang telah diperoleh sebagai bekal di masa depan.

2. Manfaat praktis

Penelitian ini diharapkan memberikan informasi bermanfaat bagi masyarakat, peneliti, dan memberikan sumbangan pemikiran dalam memperkaya wawasan mengenai hubungan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil dalam program ASS di kota Palopo.

3. Manfaat Kebijakan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pemerintah daerah dan instansi terkait, khususnya Dinas Kesehatan Kota Palopo, dalam merumuskan dan menyempurnakan kebijakan pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi ibu hamil.

E. Ruang Lingkup dan Batasan Penelitian

1. Ruang lingkup

Ruang lingkup penelitian ini difokuskan pada evaluasi pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi ibu hamil dalam Program Aksi Stop *Stunting* (ASS) di Kota Palopo. Penelitian ini mencakup empat aspek utama, yaitu *input*, proses, *output* dan *Outcome*. Aspek *input* meliputi sumber dana, ketersediaan bahan PMT, dan tenaga pelaksana dari pemerintah daerah. Aspek *proses* mencakup mekanisme distribusi PMT, pemantauan dan pelaksanaan penyuluhan gizi bagi ibu hamil. Aspek *output* meliputi terkait partisipasi ibu hamil dan kepatuhan dalam mengonsumsi PMT. Sementara itu, aspek *outcome* difokuskan pada hasil pelaksanaan program berupa perubahan status gizi ibu hamil (misalnya peningkatan LILA dan berat badan), tingkat partisipasi penerima manfaat, serta

efektivitas program dalam menurunkan risiko Kurang Energi Kronis (KEK) dan *stunting*. Penelitian ini dilakukan di Kota Palopo di tiga wilayah di antaranya, Wara, Wara Selatan, dan Wara Timur. Data akan dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi.

2. Batasan Penelitian

- a. Penelitian hanya menilai pemberian PMT bagi ibu hamil dan tidak mencakup pemberian PMT untuk anak balita atau kelompok lain.
- b. Evaluasi difokuskan pada periode pelaksanaan Program ASS di tahun tertentu tahun 2025 di Kota Palopo.
- c. Analisis penelitian mencakup aspek pelaksanaan evaluasi program pemberian makanan tambahan, *Input*, *Proses*, *Output*, *Outcome*.
- d. Partisipan penelitian terbatas pada ibu hamil penerima PMT dan tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam Program ASS di Kota Palopo.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. *Stunting* pada balita

a. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang dialami anak-anak akibat gizi buruk, infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang tidak memadai. Anak-anak dikatakan *stunting* jika tinggi badan mereka terhadap usia lebih dari dua standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak (WHO 2023). *Stunting* merupakan masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama, sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan pada anak yakni tinggi badan anak lebih rendah atau pendek (Kerdil) dari standar usianya (Pakaya, *et al.* 2024).



Sumber: News.detik.com



Sumber : rri.co.id

Gambar 2. 1. Gambaran Balita Yang Mengalami *Stunting*

Stunting merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang kerap dihadapi oleh banyak anak di Indonesia, dan menjadi perhatian serius baik di tingkat nasional maupun global. Kondisi ini terjadi akibat kekurangan gizi yang berkepanjangan, terutama pada periode kritis 1.000 hari pertama kehidupan, yang mencakup masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun. Kejadian *stunting* di Indonesia tidak lepas dari beberapa faktor penyebab *stunting*, yaitu tingginya angka anemia dan kurang gizi pada remaja putri sebelum menikah sehingga pada saat hamil menghasilkan anak *stunting* (Nurhidayah, *et al.* 2024).

b. Faktor penyebab *Stunting*

Faktor yang dapat menyebabkan *stunting*, di antaranya adalah: pengetahuan ibu tentang status nutrisi mereka, pemberian ASI secara eksklusif, dan makanan pendamping ASI (MPASI). Faktor genetik, perilaku yang kurang memadai untuk pertumbuhan optimal anak, termasuk perilaku pemberian makan pada balita, faktor perilaku pemberian makan, faktor lingkungan, pendidikan ibu, dan faktor ekonomi orang tua juga dapat menyebabkan terjadinya *stunting* (Christiana, *et al.* 2025).

Masalah *stunting* merupakan masalah malnutrisi kronis yang terjadi pada balita, yang disebabkan oleh berbagai faktor penyebab. Akar masalah *stunting* adalah krisis ekonomi politik, sehingga terjadi masalah utama yaitu kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan terbatas dan kesempatan kerja yang sempit. Dari masalah

tersebut terjadi masalah keterbatasan ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga yang disebabkan oleh kemiskinan dan kesempatan kerja yang sempit, pola asuh (pengetahuan rendah, higiene sanitasi buruk) yang disebabkan oleh rendahnya pendidikan dan pelayanan kesehatan yang buruk/ tidak memadai yang disebabkan oleh masalah utama. Dari masalah-masalah tersebut mengakibatkan asupan gizi rendah yang disebabkan dari pola asuh dan keterbatasan ketersediaan pangan serta penyakit infeksi yang disebabkan dari pola asuh dan pelayanan kesehatan yang buruk/ tidak memadai sehingga terjadi masalah stunting (Hidayani et al. 2022).



Gambar 2. 2. Modifikasi Bagan UNICEF 1990

c. Dampak *Stunting* pada balita

Stunting juga akan menimbulkan dampak atau masalah jangka pendek dan jangka panjang.

a. Dampak jangka pendek

Dampak jangka pendek yang akan ditimbulkan meliputi gangguan perkembangan otak, kecerdasan, metabolisme tubuh, gangguan pertumbuhan fisik, dan peningkatan biaya kesehatan.

b. Dampak jangka panjang

Dampak jangka panjang meliputi perkembangan yang tidak optimal dari segi fisik dan kognitif, penurunan kekebalan tubuh yang menyebabkan lebih mudah sakit, dan peningkatan risiko terkena penyakit *degenerative* (Christiana, *et al.* 2025).

Penelitian observasional terbaru dari berbagai wilayah menunjukkan pola yang konsisten: pendidikan ibu, status ekonomi rumah tangga, riwayat berat lahir rendah, praktik pemberian makanan (MP-ASI), serta paparan infeksi berulang tetap menjadi faktor risiko dominan. Beberapa studi lokal juga menyorot peran determinan kontekstual (keterbatasan akses layanan kesehatan dan pekerjaan ibu) sehingga program pencegahan perlu disesuaikan dengan konteks lokal (Supadmi, *et al.* 2024).

2. KEK pada ibu hamil

a. Pengertian kekurangan energi kronis

Kekurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil adalah di mana Status gizi seseorang buruk yang disebabkan karena kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang mengandung zat gizi makronutrien yakni yang diperlukan banyak oleh tubuh dan

mikronutrien yang diperlukan sedikit oleh tubuh (Arsesiana dan Kadek, 2022).



Sumber: kesmas-id.com



Sumber : Oki dan widia

Gambar 2. 3 Gambaran Ibu Hamil Yang Mengalami KEK

KEK pada ibu hamil adalah suatu keadaan ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi yang berlangsung lama dan ditandai dengan ukuran lingkaran lengan atas ibu hamil $<23,5$. Nutrisi selama kehamilan memengaruhi kesehatan ibu hamil dan pertumbuhan janin. Kekurangan gizi yang terus-menerus meningkatkan risiko kelahiran prematur, hambatan pertumbuhan janin, dan penyakit terkait gaya hidup di kemudian hari, sementara kelebihan gizi meningkatkan risiko hipertensi *gestasional* dan diabetes melitus *gestasional*, meningkatkan angka operasi *caesar*, dan memengaruhi perkembangan janin serta kesehatan jangka Panjang (Uchida et al. 2025).

b. Faktor yang Berhubungan dengan Kekurangan Energi Kronis

Status gizi ibu hamil merupakan indikator penting yang menunjukkan sejauh mana kebutuhan nutrisi tubuh terpenuhi dan sekaligus mencerminkan kondisi kesehatan secara keseluruhan. Keseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat gizi menjadi faktor penentu dalam menjaga kesehatan ibu dan janin. Pada masa kehamilan, kebutuhan energi dan zat gizi meningkat secara signifikan, sehingga ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang sehat dan bergizi seimbang dalam jumlah yang lebih banyak dibandingkan sebelum hamil. Peningkatan berat badan selama kehamilan menjadi salah satu refleksi dari terpenuhinya kebutuhan gizi, yang selanjutnya berpengaruh terhadap hasil persalinan. Peningkatan berat badan yang tidak adekuat sering kali dikaitkan dengan risiko komplikasi kehamilan serta bayi dengan berat badan lahir rendah (Hastuty, *et al.* 2025)

Salah satu ukuran yang sering digunakan untuk menilai status gizi ibu hamil adalah Lingkar Lengan Atas (LILA). Ukuran LILA <23,5 cm menandakan adanya risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK), yaitu kondisi ketika tubuh mengalami defisit energi dan protein dalam jangka waktu yang lama (Herawati, *et al.* 2023). Kondisi KEK pada ibu hamil tidak hanya berdampak pada kesehatan ibu, tetapi juga berpengaruh terhadap pertumbuhan janin. Ibu dengan status gizi baik cenderung melahirkan bayi dengan berat badan

normal, sementara ibu dengan gizi kurang berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah atau mengalami komplikasi kehamilan (Rosib et al. 2025)

Asupan makanan yang memadai dan berkualitas sangat penting bagi ibu hamil untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dalam menghadapi perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia selama kehamilan. Asupan makanan juga berperan penting dalam meningkatkan luaran kehamilan, menjaga kesehatan ibu, dan mendorong pertumbuhan serta perkembangan janin. Namun, asupan yang kurang optimal meningkatkan risiko masalah kesehatan pada ibu, masalah perkembangan janin, prematur, lahir mati, berat badan lahir rendah (BBLR), kematian ibu dan janin, serta mengurangi penambahan berat badan gestasional (Fikadu, *et al.* 2025). Faktor penyebab KEK umumnya berasal dari rendahnya asupan energi dan protein yang berlangsung secara kronis, ditambah dengan kondisi sosial ekonomi, pengetahuan gizi yang terbatas, serta akses pangan yang kurang memadai (Elsera, *et al.* 2021).

Berdasarkan penelitian (Sutriawan and Syafruddin 2024), mengatakan bahwa, masalah gizi dapat timbul jika kebutuhan ibu tidak terpenuhi. ibu hamil harus memperhatikan nutrisi yang mereka makan. Makanan dan minuman harus cukup jumlahnya serta mencakup tingkat kecukupan gizi yang cukup dan seimbang, perubahan fisik yang mungkin menimbulkan ketidaknyamanan pada

wanita hamil trimester ketiga Perubahan pada wanita hamil disebabkan oleh faktor biologis.

1) Faktor langsung

- a) Asupan nutrisi yang tidak adekuat energi dan protein yaitu makanan tidak cukup kuantitas atau kurang berkualitas.
- b) Penyakit infeksi yang mengganggu kesehatan dan penyerapan misalnya gangguan pencernaan atau penyakit infeksi (Refsi, *et al.* 2025).

2) Faktor tidak langsung

- a) Status ekonomi, pendapatan rumah tangga yang tidak memadai
- b) Pendidikan, pengetahuan terkait gizi kurang
- c) Pola makan, Status gizi sebelum kehamilan secara konsisten diidentifikasi sebagai penentu utama (Refsi, *et al.* 2025).

c. Dampak Kekurangan Energi Kronis

Dampak dari KEK selama kehamilan dapat berupa gangguan proses kehamilan dan persalinan, seperti persalinan yang lama, risiko perdarahan *postpartum*, hingga meningkatnya angka tindakan operasi *caesarea*. Sementara pada janin, KEK dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan *intrauterin*, berat badan lahir rendah, anemia, hingga kematian janin dalam kandungan (Kusumastuti, *et al.* 2023).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Purnama Sari *et al.* 2024), KEK pada ibu hamil meningkatkan risiko terjadinya Bayi

Berat Lahir Rendah (BBLR), kelahiran prematur, kematian ibu dan bayi. Salah satu upaya yang dilakukan dalam menurunkan masalah gizi pada ibu hamil dengan Pemberian makanan tambahan di masa kehamilan.

3. Hubungan *Stunting* dengan KEK pada ibu hamil

Stunting merupakan gangguan pertumbuhan linier yang terjadi akibat kekurangan gizi kronis sejak masa kehamilan hingga usia dua tahun. Salah satu faktor maternal yang paling berpengaruh terhadap stunting adalah Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil. KEK menyebabkan asupan energi dan protein tidak mencukupi bagi ibu dan janin sehingga berdampak pada pembentukan jaringan, pertumbuhan organ, dan perkembangan janin (Zeinalabedini, *et al.* 2023).

Stunting pada anak balita bisa terjadi karena riwayat gizi ibu yang buruk, seperti mengalami Kurang Energi Kronis (KEK). Kondisi gizi ibu sebelum serta selama kehamilan bisa memengaruhi pertumbuhan bayi yang sedang dikandung. Jika kondisi gizi ibu dalam keadaan normal sebelum dan selama masa kehamilan, maka kemungkinan besar bayi yang dilahirkan akan sehat, cukup bulan, dan memiliki berat badan normal. Dengan kata lain, kualitas bayi yang lahir sangat bergantung pada kondisi gizi ibu sebelum dan selama masa hamil. Pertumbuhan bayi dalam kandungan yang tidak normal dari ibu yang mengalami KEK akan menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR) (Nubli dan sutarto, 2023).

Secara biologis, KEK berkontribusi pada terjadinya IUGR (Intrauterine Growth Restriction) serta meningkatkan risiko berat badan lahir rendah (BBLR). Bayi dengan BBLR memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan pertumbuhan dan menjadi stunting pada masa balita. Kajian global menegaskan bahwa kekurangan energi dan gizi pada ibu selama kehamilan merupakan jalur biologis utama terjadinya stunting (Dwi, *et al.* 2022).

Selain mekanisme biologis, faktor sosial juga berperan. Studi di Kabupaten Lombok Tengah menemukan bahwa selain KEK, seperti usia ibu dan riwayat anemia berkorelasi dengan stunting pada anak kecil (“baduta”), menunjukkan keterkaitan multidimensional antara malnutrisi maternal dan kondisi lingkungan sosial-ekonomi ibu (Widad, *et al.* 2024). Temuan ini juga sejalan dengan riset lain yang menyatakan bahwa intervensi pencegahan stunting harus mencakup edukasi keluarga dan pemberdayaan ibu hamil, bukan hanya suplementasi gizi, untuk mengatasi akar penyebab KEK dan mencegah stunting (Mardiana, *et al.* 2024).

KEK pada ibu hamil memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Puskesmas Bantuil. KEK dan kekurangan *mikronutrien* pada masa ini berisiko mengganggu perkembangan jangka panjang anak. Oleh karena itu, riwayat KEK selama kehamilan perlu menjadi fokus utama pencegahan *stunting*. Intervensi seperti deteksi dini dan penanganan KEK pada ibu hamil penting untuk

menekan angka *stunting* dan mendukung kualitas tumbuh kembang anak (Leny, *et al.* 2024).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Ratnawati dan Paramitha 2024) ditemukan bahwa ada kaitan antara riwayat anemia dan kekurangan energi kronis pada ibu hamil dengan kemunculan *stunting* pada balita di wilayah kerja Puskesmas Buaran, Kabupaten Pekalongan. Kepada para tenaga kesehatan diminta untuk terus memberikan edukasi tentang gizi dan memantau penggunaan tablet besi agar bisa mencegah terjadinya *stunting*, memberikan informasi serta makanan tambahan bagi ibu yang memiliki kekurangan energi kronis (KEK), serta melakukan pemeriksaan terhadap ibu hamil yang berisiko mengalami anemia dan KEK.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Nafisa, *et al.* 2025) mengatakan bahwa KEK pada ibu hamil menjadi faktor yang berpengaruh signifikan terhadap kejadian *stunting* pada masa balita. KEK menghambat pertumbuhan janin, memengaruhi perkembangan metabolik, dan meningkatkan risiko gangguan pertumbuhan jangka panjang.

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh (Ratnawati dan Khofiyah, 2025) menunjukkan bahwa ibu hamil dengan KEK memiliki hubungan signifikan dengan kejadian *stunting* pada anak. Analisis statistik menunjukkan $p < 0.001$, menegaskan bahwa kondisi KEK pada kehamilan menjadi faktor risiko kuat yang memengaruhi pertumbuhan anak setelah lahir.

4. Pemberian makanan tambahan (PMT)

a. Pengertian Pemberian Makan Tambahan PMT

Pemberian makanan tambahan (PMT) adalah bentuk bantuan gizi yang memberikan asupan tambahan, seperti cemilan atau makanan yang kaya akan kandungan gizi mikro, selain makanan pokok. PMT diberikan kepada ibu hamil yang mengalami atau berisiko mengalami kekurangan energi kronis (KEK), dengan tujuan memperbaiki kondisi gizi ibu, meningkatkan berat badan, memperbaiki ukuran lingkaran lengan atas (LILA), serta mendukung pertumbuhan janin yang sehat. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) adalah intervensi gizi spesifik yang dimaksudkan untuk menambah asupan energi dan zat gizi ibu hamil (atau sasaran lain seperti balita) agar kebutuhan nutrisi tercukupi, terutama bagi yang berisiko mengalami kekurangan gizi kronik atau KEK Kurang Energi Kronis (Nurjanah, *et al.* 2025)

Menggunakan bahan pangan lokal sebagai bahan dasar PMT memiliki kemungkinan besar untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil sekaligus membantu pertumbuhan ekonomi daerah. Misalnya, penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa tepung kacang koro bisa dipakai untuk meningkatkan jumlah protein di dalam biskuit PMT, tetapi tidak membuat produk tersebut kurang diminati. Bahan makanan lokal lainnya, seperti ikan teri dan siput, bisa menjadi sumber protein dan mikronutrien penting, seperti kalsium dan zat besi,

yang sangat dibutuhkan selama masa kehamilan (Damayanti M, *et al.* 2025).

b. Tujuan Pemberian Makan Tambahan PMT

Program PMT untuk ibu hamil merupakan bagian dari intervensi gizi spesifik yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan didukung oleh berbagai instansi pemerintah daerah. Program ini bertujuan meningkatkan asupan energi dan protein ibu hamil, sehingga status gizinya membaik dan risiko KEK dapat diminimalisasi. Dalam implementasinya, terdapat pendekatan baru yang menggunakan sumber daya pangan lokal seperti kacang-kacangan, ikan, telur, dan umbi-umbian untuk menyediakan PMT yang bergizi, berkelanjutan, dan diterima secara sosial oleh Masyarakat (Nursiah et al. 2025)

PMT dalam konteks *stunting* adalah memutus salah satu faktor penyebab *stunting* yaitu asupan gizi ibu selama masa kehamilan yang kurang, sehingga meningkatkan status gizi ibu (misalnya mencegah KEK), memperbaiki pertumbuhan janin, dan akhirnya mengurangi prevalensi *stunting* pada anak (Nursiah et al. 2025)

c. Jenis Pemberian Makanan Tambahan PMT

1) PMT Pemulihan

PMT pemulihan salah satu kebijakan dan upaya yang ditempuh pemerintah untuk mengatasi masalah kekurangan gizi pada balita dan ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK), dilakukan dengan

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan. PMT pemulihan bertujuan untuk meningkatkan status gizi ibu hamil terutama dari keluarga miskin. Ibu Hamil KEK dikatakan mendapatkan PMT bilamana secara rutin ibu diberikan makanan tambahan berupa makanan lengkap yang mengandung Energi 500-700 Kkal, protein 29-34 gram dan Lemak 14 - 24 gram dan diberikan sekali setiap hari (Asfiah, *et al.* 2025).

2) PMT penyuluhan

PMT Penyuluhan merupakan bagian dari intervensi gizi yang terpadu, yaitu Pemberian Makanan Tambahan dan Ibu Hamil (PMT). Tujuannya adalah membantu ibu hamil memahami pentingnya nutrisi selama kehamilan, serta membentuk kebiasaan makan yang baik. Melalui penyuluhan, ibu hamil diberikan penjelasan, edukasi, dan bimbingan tentang cara mengonsumsi makanan bergizi dengan benar. Cara penyuluhan ini bisa melalui edukasi, diskusi kelompok, atau pembagian brosur. Selain memberikan makanan tambahan, program PMT juga bertujuan membantu ibu hamil mengembangkan kebiasaan gizi yang baik dan berkelanjutan. Dengan pendekatan ini, PMT mendukung peningkatan kesehatan ibu hamil secara menyeluruh (Isro'aini, *et al.* 2025).

d. Prinsip PMT

Prinsip pemberian makanan tambahan dilakukan dengan memberikan makanan lengkap yang sudah bisa dimakan atau camilan yang terbuat dari bahan pangan lokal, bukan dalam bentuk uang atau bahan makanan mentah (Jayanti dan Nova, 2024).

- 1) Makanan tambahan hanya sebagai pelengkap untuk makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil KEK dan balita gizi kurang sasaran setiap hari, bukan sebagai pengganti makanan pokok. Ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis dan balita yang kurang gizi harus terus mengonsumsi makanan yang seimbang setiap hari.
- 2) Pemberian makanan tambahan dilakukan setiap hari, dalam satu minggu setidaknya satu kali makanan lengkap digunakan sebagai sarana edukasi dalam menerapkan isi piringku sesuai dengan pedoman gizi seimbang, pada saat makan siang, dan sisanya berupa kudapan. Kudapan diberikan di luar waktu makan utama agar bisa menambah makanan tambahan yang tidak termasuk dalam makan utama sehari-hari.
- 3) Pemberian makanan tambahan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil KEK dan anak balita yang kurang gizi, sekaligus sebagai cara belajar dan sarana berkomunikasi antar ibu.

e. Sasaran PMT

Penelitian ini menargetkan kelompok rentan gizi, yaitu ibu hamil KEK dan anak balita, karena kedua kelompok tersebut memiliki kebutuhan gizi tinggi dan berisiko mengalami masalah kesehatan seperti anemia, berat badan lahir rendah (BBLR), dan *stunting* jika asupan gizi tidak mencukupi (Khoirina *et al.* 2025).

f. Pemberian bentuk makanan tambahan

Bentuk makanan tambahan lokal adalah makanan lengkap, sesuai dengan "Isi Piringku" dan Pedoman Gizi Seimbang terdiri dari sumber Karbohidrat, Protein Hewani dan Nabati, Lemak, Vitamin dan Mineral. Contoh bentuk makanan tambahan, seperti olahan dari labu kuning dan ikan gabus dibuat makanan dalam bentuk sup, kue, dan nugget dalam beberapa variasi olahan makanan, dengan jumlah kalori tambahan antara 285-350 KKal dan protein antara 462 694 KKal. Makanan tambahan yang diberikan diolah secara mandiri dengan takaran saji yang disesuaikan dengan ketetapan PMT Astuti & Yuliani, *et al.* 2023).

g. Penyelenggara PMT

Penyelenggara PMT melibatkan ketua TP-PKK Kota Palopo, bersama Tim Pemprov Sulsel. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, menyampaikan bahwa Program Aksi Stop *Stunting* merupakan tindak lanjut dari arahan Gubernur Sulawesi Selatan (Ibrahim, *et al.* 2025).

5. Program Aksi Stop *Stunting*

Sebagai bagian integral dari upaya kolektif mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing, Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan, secara konsisten melaksanakan program pendampingan masalah gizi. Ruang lingkup kegiatan ini dirancang secara komprehensif, mencakup serangkaian intervensi strategis untuk mengatasi berbagai permasalahan gizi, mulai dari pencegahan hingga penanganan, demi terwujudnya masyarakat yang sehat dan produktif.

Identifikasi dan penemuan balita bermasalah gizi dilakukan melalui pengukuran antropometri dan penilaian status gizi balita di posyandu.

- a. Pengukuran antropometri adalah suatu metode yang digunakan untuk menilai ukuran, proporsi, dan komposisi tubuh manusia.
- b. Penilaian status gizi anak untuk menilai status gizi anak, Hasil pengukuran antropometri dibandingkan dengan standar baku yang berlaku yaitu berdasarkan PMK No.2 Tahun 2020 tentang standar antropometri anak. standar antropometri anak. Standar ini merupakan rujukan untuk menilai status gizi dan tren pertumbuhan anak. Hasilnya diperoleh 5 Kelompok sasaran intervensi gizi yaitu
 - 1) Balita berat badan tidak naik dengan atau tanpa *stunting* yaitu Balita yang berat badannya Tidak Naik saat penimbangan dibandingkan hasil penimbangan bulan sebelumnya dibaca dari grafik KMS. BB Tidak Naik terdiri dari (a) BB naik tidak

adekuat; (b) BB tetap; dan (c) BB turun. Dengan atau tanpa *stunting* mengacu pada Indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) berada pada z-skor kurang -2 SD)

- 2) Balita berat badan kurang dengan atau tanpa *stunting*. Balita dengan status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) berada pada z-skor kurang dari -2 SD Dengan atau tanpa *stunting* mengacu pada Indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) berada pada z-skor kurang -2 SD).
- 3) Balita gizi kurang dengan atau tanpa *stunting*. Balita dengan status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) berada pada z-skor -3 SD sampai dengan kurang dari -2 SD. Dengan atau tanpa *stunting* mengacu pada Indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) berada pada z-skor kurang -2 SD).
- 4) Balita dengan *red flag* tanda dan gejala kondisi medis yang menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan dan atau perkembangan yang membutuhkan intervensi atau tata laksana segera.
- 5) Ibu hamil kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil yang mempunyai Indeks Massa Tubuh (IMT) pra hamil atau pada

trimester 1 (<12 minggu) kurang dari 18,5 kg/m² dan ibu hamil risiko KEK, Ibu hamil yang mempunyai ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm.

Determinan penyebab *stunting* adalah faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak. Berikut beberapa determinan penyebab *stunting*:

1. Faktor Langsung

- a) Asupan gizi yang tidak seimbang
- b) Penyakit infeksi: seperti diare, pneumonia, dan lain-lain
- c) Kualitas pelayanan kesehatan

2. Faktor Tidak Langsung

- a) Kemiskinan: Kemiskinan dapat mempengaruhi akses terhadap makanan yang seimbang dan perawatan kesehatan yang baik.
- b) Pendidikan ibu: Pendidikan ibu yang rendah dapat mempengaruhi kemampuan ibu dalam memberikan perawatan yang baik kepada anak-anak.
- c) Akses terhadap air bersih dan sanitasi: Kurangnya akses terhadap air bersih dan sanitasi yang baik dapat menyebabkan penyakit infeksi.
- d) Kebijakan pemerintah: Kebijakan pemerintah yang tidak mendukung dapat mempengaruhi akses terhadap makanan yang seimbang dan perawatan kesehatan yang baik.

Pemeriksaan dan pelayanan kesehatan serta rujukan kasus Sesuai algoritma penanganan kasus, Pemeriksaan Kesehatan meliputi pemeriksaan penyakit penyerta dan *red flag* dilakukan setelah pengukuran antropometri dan penilaian status gizi bila *red flag*/ penyakit penyerta bisa ditangani di Puskesmas maka langsung dilakukan penanganan tapi apabila tidak dapat ditangani maka dilakukan proses rujukan ke Rumah sakit. Pemeriksaan Kesehatan dilakukan oleh Dokter puskesmas setempat.

Rujukan Kasus Balita dengan penyakit penyerta/*Red Flag*. Setelah dirujuk ke RSUD anak akan diperiksa oleh Dokter spesialis anak. Pemeriksaan *Red flag* meliputi:

- a. Pertumbuhan yang terhambat: Pertumbuhan yang terhambat atau tidak sesuai dengan usia anak.
- b. Berat badan yang rendah: Berat badan yang rendah atau tidak sesuai dengan usia anak.
- c. Tinggi badan yang rendah: Tinggi badan yang rendah atau tidak sesuai dengan usia anak.
- d. Lingkar kepala yang abnormal: Lingkar kepala yang abnormal atau tidak sesuai dengan usia anak.
- e. Gejala penyakit kronis: Gejala penyakit kronis seperti batuk kronis, diare kronis, atau gejala lainnya.
- f. Keterlambatan perkembangan: Keterlambatan perkembangan motorik, kognitif, atau bahasa.

g. Masalah perilaku: Masalah perilaku seperti agresif, hiperaktif, atau perilaku lainnya.

Program Aksi Stop *Stunting* di Indonesia merupakan upaya pemerintah dalam menurunkan prevalensi *stunting* melalui pendekatan konvergensi lintas sektor, yang mencakup intervensi gizi spesifik dan sensitif, serta keterlibatan aktif masyarakat dan kader posyandu. (Puji Lestari, 2025) menjelaskan bahwa kebijakan nasional ini dirancang untuk mempercepat penurunan *stunting* dengan fokus pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan melalui strategi konvergensi yang melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, dan sosial. Penurunan *stunting* tidak hanya target jangka pendek, tetapi juga fondasi pembangunan berkelanjutan. Dampaknya mencakup peningkatan pendidikan, produktivitas, dan pengurangan kemiskinan antargenerasi.

Penelitian (Nurvitasari, *et al.* 2025) menunjukkan bahwa implementasi strategi percepatan di tingkat kabupaten meningkatkan efektivitas program, terutama melalui program pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dan balita. Dalam satu dekade, pemerintah diketahui telah menempuh berbagai upaya untuk mengatasi malnutrisi sekaligus menekan kasus *stunting*. Keduanya tidak dapat dipisahkan mengingat *stunting* sebagai salah satu bentuk malnutrisi pada anak yang diidentifikasi dari hasil pengukuran linear tinggi badan terhadap umur atau ≥ 2 SD di bawah rata-rata.

Program aksi stop *stunting* pemerintah menekankan bahwa penerapan intervensi sensitif, seperti perbaikan sanitasi dan edukasi gizi, sangat mendukung pencapaian hasil program. peristiwa *stunting* bisa disebabkan oleh berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dari segi internal, *stunting* disebabkan oleh faktor- faktor yang berkaitan langsung dengan tumbuh kembang bayi atau balita, seperti pola asuh orang tua, pemberian ASI eksklusif ibu, pemberian MP-ASI, pemberian imunisasi lengkap, kecukupan protein dan mineral, penyakit infeksi, serta genetik. Sedangkan dari segi eksternal *stunting* disebabkan oleh faktor sosial ekonomi keluarga, seperti tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, dan pendapatan keluarga (Widana, *et al.* 2025).

6. Evaluasi Program PMT

Monitoring dan evaluasi kegiatan pendampingan gizi sangat penting untuk memastikan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan kegiatan. Berikut beberapa aspek yang perlu diperhatikan:

a. Monitoring

- 1) Pengawasan pelaksanaan: Pengawasan pelaksanaan pendampingan dan pemberian paket intervensi gizi untuk memastikan kesesuaian dengan rencana.
- 2) Pengumpulan data: Pengumpulan data tentang Status Gizi dan Kesehatan anak mingguan, pelaksanaan PMT lokal, termasuk jumlah sasaran, jenis makanan, dan kualitas makanan.

- 3) Identifikasi masalah: Identifikasi masalah yang timbul selama pelaksanaan Pendampingan gizi

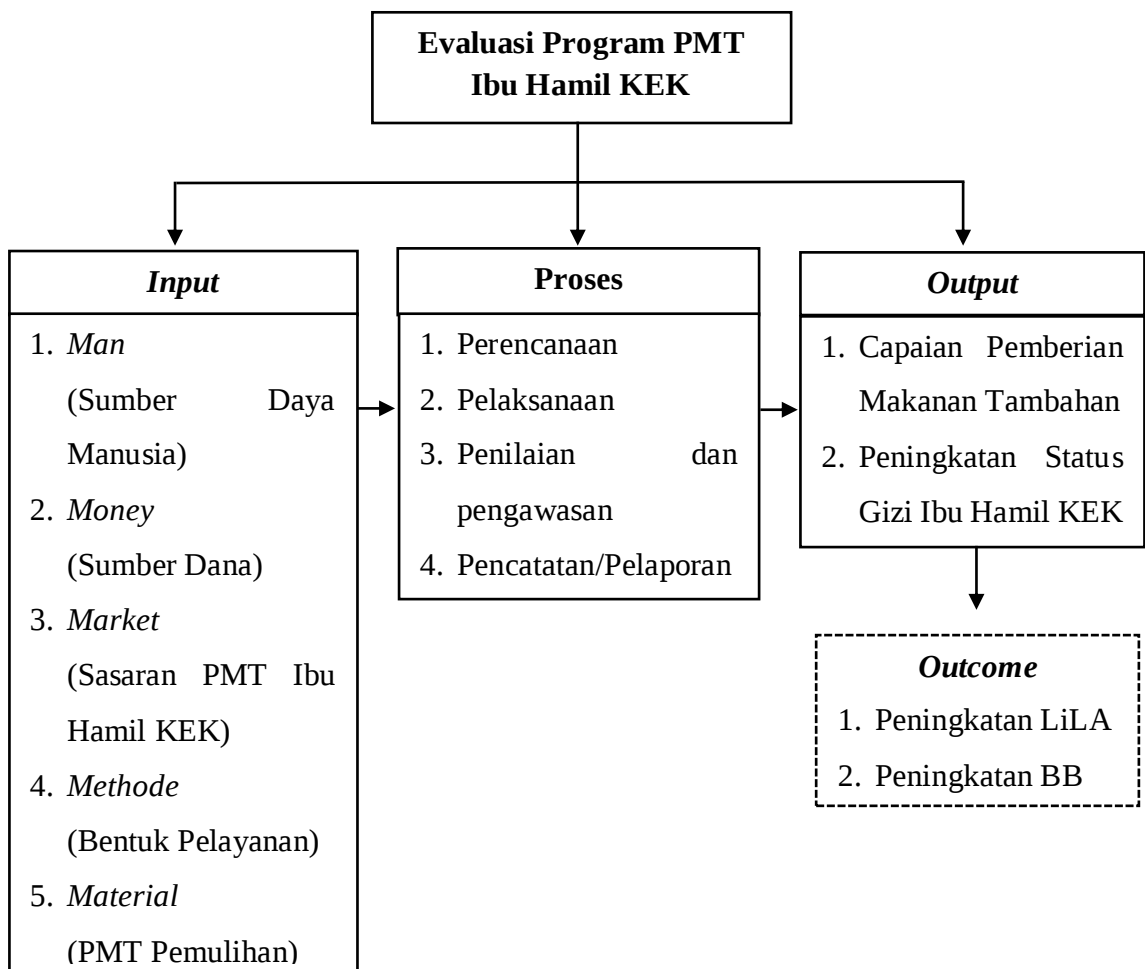
b. Evaluasi

- 1) Evaluasi efektivitas: Pendampingan dan pemberian paket intervensi gizi dalam meningkatkan status gizi dan status Kesehatan sasaran.
- 2) Evaluasi efisiensi: Evaluasi efisiensi pendampingan gizi dalam menggunakan sumber daya.
- 3) Rekomendasi perbaikan: Rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pendampingan dan pemberian paket intervensi gizi

B. Kerangka Teori

Kerangka teori ini menggambarkan hubungan antara masalah gizi pada ibu hamil, terjadinya Kurang Energi Kronis (KEK), dampaknya terhadap *stunting*, dan peran Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dalam mencegah serta menurunkan risiko *stunting*.

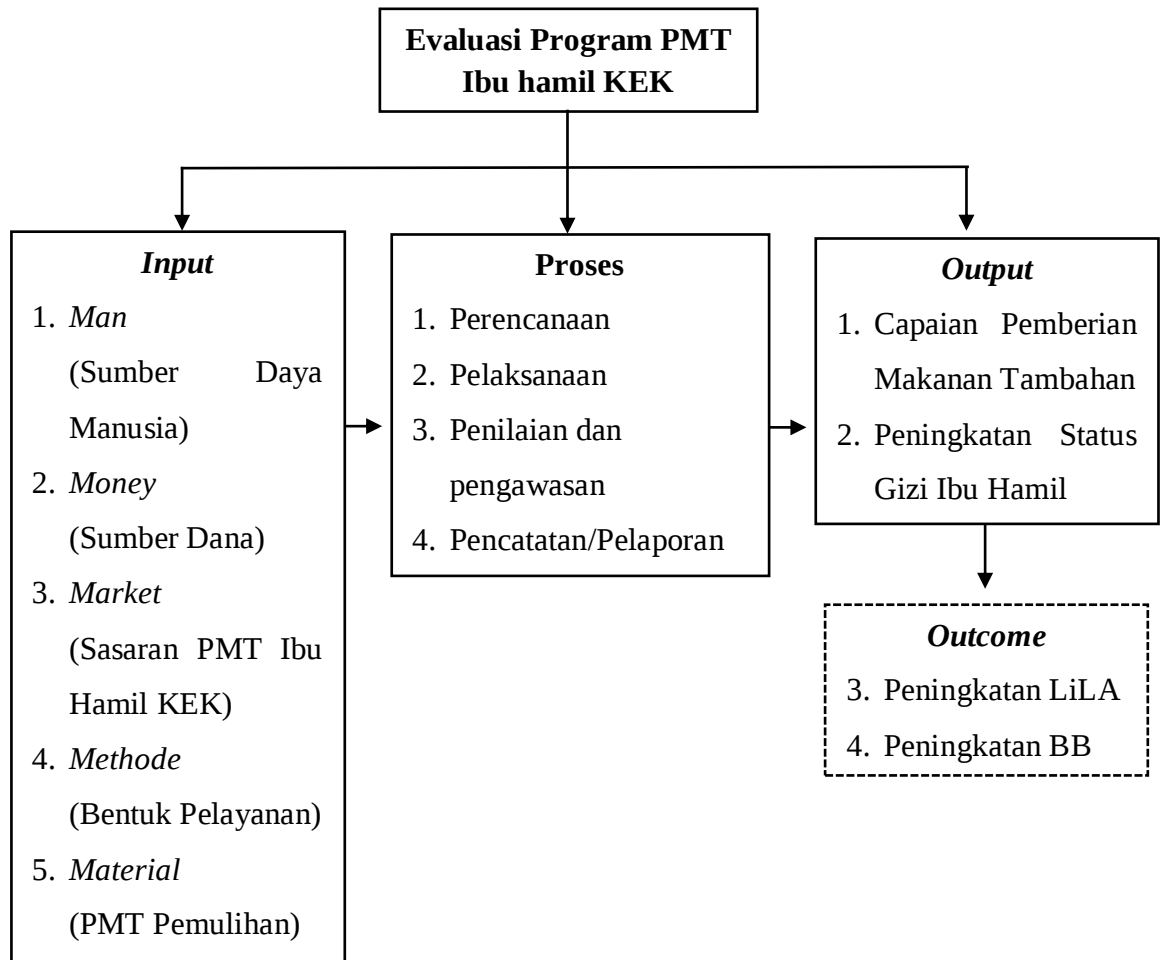
Bagan 2. 1. Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi dari (Pastuty dan Herawati, 2018).

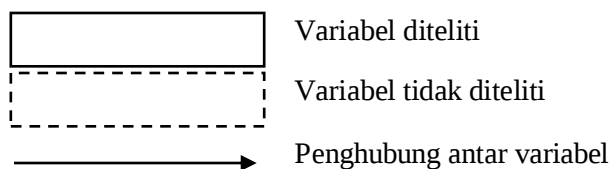
C. Kerangka Konseptual

Bagan 2. 2. Bagan Kerangka Konseptual



Sumber : Modifikasi dari (Pastuty dan Herawati, 2018).

Keterangan:



D. Definisi operasional dan kriteria objektif

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
Evaluasi Program PMT	penilaian terhadap pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil dalam Program Aksi Stop <i>Stunting</i> di Kota Palopo	Wawancara menggunakan kuesioner	Efektif ($\geq 75\%$ komponen berjalan baik); Cukup efektif (50–74%); Tidak efektif ($< 50\%$).	Deskriptif
<i>Input</i>	Sumber daya yang digunakan untuk pelaksanaan program PMT, meliputi bahan pangan, tenaga pelaksana, dan dana yang tersedia.	Wawancara dan observasi menggunakan kuesioner	Dana program tersedia sesuai anggaran; Bahan PMT tersedia tepat waktu; Sarana pendukung memadai.	Deskriptif
Proses	Pelaksanaan kegiatan program PMT, meliputi distribusi pemantauan dan penyuluhan gizi kepada ibu hamil.	Wawancara terhadap pelaksana dan penerima program menggunakan kuesioner	Distribusi PMT tepat sasaran dan waktu; Penyuluhan dilakukan minimal 1 kali per bulan; Pemantauan konsumsi dilakukan secara rutin.	Deskriptif

<i>Output</i>	Hasil langsung dari proses program, terkait partisipasi ibu hamil dan kepatuhan dalam mengonsumsi PMT.	Pengukuran antropometri (LILA, berat badan) serta wawancara penerima program menggunakan kuesioner.	Peningkatan LILA $\geq 23,5$ cm setelah intervensi; Berat badan naik sesuai standar; Partisipasi aktif $\geq 80\%$.	Deskriptif
<i>Outcome</i>	Perubahan status gizi ibu hamil sebagai akibat dari program, diukur melalui indikator LILA dan berat badan.	Pengukuran LILA menggunakan pita LILA dan penimbangan berat badan.	KEK: LILA $< 23,5$ cm; Tidak KEK: LILA $\geq 23,5$ cm.	Rasio

Tabel 2. 1. Definisi operasional dan kriteria objektif

E. Asumsi Penelitian

Pelaksanaan program pemberian PMT bagi ibu hamil dalam Program Aksi Stop *Stunting* (ASS) di Kota Palopo sudah sesuai pedoman, namun masih terdapat kendala pada aspek *input* dan proses yang memengaruhi hasil akhir.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan metode (*mixed-methods*) dengan desain *sekuensial eksplanatori*. Dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Tujuan desain penelitian ini Kuantitatif dilakukan terlebih dahulu untuk mengevaluasi capaian program secara objektif, yaitu mengukur perubahan status gizi ibu hamil melalui pengukuran antropometri (LiLA dan berat badan) sebelum dan sesudah intervensi PMT selama 90 hari, dilanjutkan dengan kualitatif untuk menjelaskan hasil kuantitatif secara lebih mendalam, yakni menggali proses pelaksanaan program (input, proses, output), faktor pendukung dan penghambat, serta persepsi pelaksana dan penerima manfaat melalui wawancara mendalam.

B. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Wara, Wara Selatan, dan Wara utara, kota Palopo wilayah lokus yang telah ditetapkan oleh program aksi stop *stunting*. Dilakukan pada bulan Desember 2025 - Januari 2026.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan di antaranya, Kader, PKK, Anggota TPGD, Dinas Kesehatan, Kelurahan, dan

seluruh ibu hamil yang mengalami KEK dan menerima PMT dalam Program ASS (Aksi Stop *Stunting*) di seluruh Kota Palopo.

2. Sampel

Sampel penelitian ini terdiri dari pihak yang terlibat dalam pelaksanaan di antaranya petugas gizi, kader, PKK, Anggota TPGD, Dinas Kesehatan dan seluruh ibu hamil penerima Program PMT. jumlah sampel pada penelitian 15 responden dikarenakan populasi pada penelitian ini relatif kecil <100 orang, maka penelitian ini menggunakan teknik *Total Sampling*, yaitu seluruh anggota populasi dijadikan sebagai responden penelitian, sehingga jumlah sampel sama dengan populasi. Pengambilan sampel pada penelitian kualitatif menggunakan teknik *Purposive sampling*, yakni pemilihan sampel secara sengaja berdasarkan pertimbangan tertentu yang relevan, Jumlah informan tidak ditentukan secara pasti di awal, tetapi disesuaikan dengan prinsip data *Saturation* (kejenuhan data), yaitu ketika informasi yang diperoleh sudah berulang dan tidak ada tema baru yang muncul.

D. Jenis dan sumber data

1. Jenis data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif diperoleh dari status gizi ibu hamil dengan melakukan pengukuran, seperti pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA), penimbangan berat badan. Data Kualitatif diperoleh dari evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil dalam Program ASS di Kota Palopo, untuk memahami proses pelaksanaan program, termasuk

distribusi PMT, edukasi gizi, monitoring, serta kendala yang dihadapi tenaga kesehatan dan kader posyandu dalam melaksanakan program.

2. Sumber Data

a. Data primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh langsung dari lapangan melalui wawancara menggunakan kuesioner, dan observasi terhadap pelaksanaan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi ibu hamil dalam Program Aksi Stop *Stunting*. Data dikumpulkan dari ibu hamil penerima PMT untuk mengetahui tingkat penerimaan, kepatuhan konsumsi, serta manfaat yang dirasakan, dan dari petugas pelaksana program untuk memperoleh informasi mengenai perencanaan, distribusi, serta kendala dalam pelaksanaan program.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan resmi Dinas Kesehatan Kota Palopo, puskesmas, dan dokumen program ASS, yang mencakup jumlah ibu hamil penerima PMT beserta status gizi awal, catatan distribusi PMT termasuk jenis, jumlah, dan jadwal pemberian, serta laporan pemantauan kesehatan dan perubahan status gizi ibu hamil seperti kenaikan berat badan dan Lingkar Lengan Atas (LILA). Penggunaan data sekunder ini bertujuan untuk memverifikasi dan melengkapi data primer, sehingga memungkinkan triangulasi informasi, penilaian keselarasan perencanaan dan pelaksanaan program, serta analisis yang lebih menyeluruh

mengenai keberhasilan, kendala, dan efektivitas PMT dalam meningkatkan status gizi ibu hamil.

E. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian pada penelitian ini disesuaikan dengan pendekatan mixed methods, yang mengombinasikan metode kuantitatif dan kualitatif. Instrumen penelitian terdiri dari instrumen kuantitatif untuk menilai capaian program dan instrumen kualitatif untuk menggali proses, kendala, serta faktor pendukung pelaksanaan Program PMT.

1. Instrumen penelitian kuantitatif

Instrumen kuantitatif digunakan untuk mengukur output dan outcome Program PMT pada ibu hamil, meliputi:

a. Kuesioner Terstruktur Ibu Hamil Penerima PMT

Kuesioner ini digunakan untuk mengumpulkan data terkait:

- 1) Kepatuhan konsumsi PMT
- 2) Pemahaman ibu hamil tentang manfaat PMT
- 3) Kepuasan terhadap Program PMT

2. Instrumen penelitian kualitatif

Instrumen kualitatif digunakan untuk mengevaluasi input proses dan output, Program PMT serta menjelaskan hasil kuantitatif yang diperoleh.

a. Pedoman wawancara

Hasil evaluasi menggunakan Pedoman wawancara disusun berdasarkan komponen evaluasi input, proses, dan output, digunakan pada informan kunci, yaitu:

- 1) Petugas gizi
- 2) Kader posyandu
- 3) Anggota TPGD
- 4) PKK
- 5) Dinas Kesehatan
- 6) Kelurahan

b. Alat perekam suara

Digunakan untuk merekam proses wawancara guna menjaga keakuratan data dan memudahkan transkripsi.

F. Teknik pengumpulan data

1. Reduksi Data

Pada tahap ini, seluruh data hasil wawancara, kuesioner, dan dokumentasi dikumpulkan dan diseleksi untuk memfokuskan pada informasi yang relevan dengan tujuan penelitian.

- a) Wawancara, peneliti menyeleksi informasi penting terkait pelaksanaan program, kendala di lapangan, persepsi peserta, serta peran tenaga kesehatan dan kader posyandu.
- b) Kuesioner, peneliti memilah jawaban yang menggambarkan tingkat kepatuhan, pengetahuan gizi, dan kepuasan ibu hamil terhadap program PMT.
- c) Dokumentasi, peneliti mengidentifikasi data sekunder yang mendukung hasil wawancara dan kuesioner, seperti laporan distribusi PMT, data LiLA, berat badan ibu hamil, serta angka kejadian KEK.

2. Penyajian Data

Tahap ini dilakukan dengan menyusun data yang telah direduksi ke dalam bentuk narasi deskriptif, tabel, atau matriks tematik agar lebih mudah dipahami dan dianalisis.

- a) Hasil wawancara disajikan dalam bentuk kutipan langsung atau rangkuman pendapat responden.
- b) Data dari kuesioner disajikan sesuai indikator evaluasi (kepatuhan, pengetahuan, kepuasan).
- c) Data dokumentasi ditampilkan sebagai pendukung dan pembanding terhadap temuan lapangan.

G. Teknik analisis data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan analisis data kuantitatif untuk menganalisis data numerik guna mendapatkan wawasan dan kesimpulan, analisis data kualitatif untuk memahami secara mendalam bagaimana pelaksanaan, kendala, dan hasil program PMT pada ibu hamil dalam konteks Program Aksi Stop Stunting.

H. Kode Etik Penelitian

1. Persetujuan (*Informed Consent*)

Sebelum mengumpulkan data dari subjek, yang harus dilakukan pertama kali adalah meminta izin mereka terlebih dahulu. Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti terlebih dahulu memberikan lembar persetujuan kepada peserta yang akan menjadi subjek penelitian. Partisipan diminta untuk menelaah dan paham isi pada lembar persetujuan

tersebut sebelum memberikan persetujuan mereka. Responden dapat menandatangani jika bersedia untuk ikut serta dalam kegiatan penelitian. Peneliti harus menghormati keputusan responden yang menolak untuk diteliti, dan memberikan kebebasan bagi responden untuk ikut serta atau mengundurkan diri dari partisipasinya kapan pun mereka menginginkannya.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Prinsip anonimitas memang menjadi salah satu prinsip etika penelitian yang sangat penting. Ini dilakukan agar privasi dan kerahasiaan orang yang menjawab tetap terjaga. Dalam prinsip ini, peneliti tidak menulis nama lengkap responden pada hasil penelitian. Sebagai alternatif, responden diminta menggunakan inisial nama mereka atau nomor kode yang tidak bisa digunakan untuk mengenali identitas mereka dalam kuesioner atau data yang dikumpulkan. Meski hasil penelitian sudah diterbitkan, tidak ada cara untuk mengaitkan identitas responden yang terlibat dalam penelitian itu. Dengan demikian, anonymity menjadi salah satu cara untuk memastikan bahwa integritas dan kerahasiaan data responden tetap terjaga dengan baik.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Prinsip kerahasiaan ini berarti peneliti tidak memberi tahu siapa pun tentang identitas responden, bahkan dalam pengumuman hasil penelitian. Selain itu, data atau informasi yang berkaitan dengan responden disimpan secara aman dan tidak bisa diakses oleh orang yang tidak memiliki izin.

Setelah penelitian selesai, peneliti harus memastikan bahwa semua informasi yang dikumpulkan, dihapus, atau dimusnahkan dilakukan dengan cara yang aman dan tidak bisa dipulihkan lagi. Tujuan tersebut adalah agar informasi dari responden tetap rahasia dan aman, serta mencegah data digunakan oleh orang yang tidak punya hak.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Lokasi Penelitian

Kota Palopo merupakan sebuah kota yang berada di wilayah Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia. Kota Palopo memiliki luas wilayah administrasi sekitar 247,52 kilometer persegi, yang setara dengan 0,39% dari total luas wilayah Provinsi Sulawesi Selatan. Wilayah Kota Palopo sebagian besar berupa dataran rendah yang terletak di daerah pesisir pantai. Berdasarkan hasil sensus yang dilakukan pemerintah, jumlah penduduk Kota Palopo pada tahun 2010 adalah 147.932 orang. Penelitian ini dilaksanakan di tiga kecamatan wilayah lokus Program ASS di Palopo yaitu Kecamatan Wara, Wara Selatan, dan Wara Timur.

Wara adalah pusat kota di Kota Palopo dengan luas sekitar 11,5 km² dan terbagi menjadi 6 kelurahan, yaitu Amasangan, Boting, Dangerakko, Lagaligo, Pajalesang, dan Tompotikka. Jumlah penduduk di Kecamatan Wara sekitar 33.878 orang dengan tingkat kepadatan penduduk yang tinggi karena lokasinya berada di pusat aktivitas perdagangan dan pemerintahan Kota Palopo.

Wara Selatan bagian pegunungan memiliki luas wilayah sekitar 10,66 km² dengan jumlah penduduk sekitar 10.739 jiwa. Kecamatan ini terdiri dari 4 kelurahan yaitu Binturu, Sampoddo, Songka, dan Takkalala.

Wara Timur bagian pesisir memiliki luas wilayah sekitar 12,08 km² dan terdiri dari 7 kelurahan yaitu Benteng, Malatunrung, Ponjalae, Pontap, Salekoe, Salotellue, dan Surutanga. Jumlah penduduk wilayah ini mencapai sekitar 33,208 jiwa sehingga termasuk salah satu kecamatan dengan kepadatan penduduk tinggi di Kota Palopo. Wilayah ini menjadi salah satu fokus pelaksanaan Program PMT ASS karena masih ditemukan ibu hamil dengan risiko KEK yang memerlukan intervensi gizi berkelanjutan.

2. Karakteristik Responden

Tabel 4. 1. Karakteristik Petugas Gizi

Jabatan	Jumlah (n)
Koordinator Gizi	1
Petugas Gizi (TPGD)	21
Total	22

Sumber: Data primer, 2026

Berdasarkan Tabel 4. 1, seluruh informan kunci berjenis kelamin perempuan dengan latar belakang pendidikan gizi.

Tabel 4. 2. Karakteristik Responden Utama Ibu Hamil

Variabel	Distribusi
Jumlah Responden	10 orang
Rentang Usia	25–45 tahun
Pendidikan Dominan	SMA dan S1
Pekerjaan	IRT
Status Gizi Awal	KEK (100%)

Sumber: Data primer, 2026

Berdasarkan pada Tabel 4. 2, bisa di lihat seluruh responden utama merupakan ibu hamil dengan status KEK. Mayoritas berpendidikan SMA, dan berpendidikan S1.

Tabel 4. 3. Karakteristik Responden Tambahan Kader Kesehatan

Variabel	Distribusi
Jumlah	8 orang
Rentang Usia	27–45 tahun
Pendidikan Dominan	SMA, S1
Jenis Kelamin	Perempuan (100%)

Sumber: Data primer, 2026

Berdasarkan Tabel 4.3, karakteristik responden tambahan kader kesehatan menunjukkan bahwa seluruh responden berjumlah 8 orang dengan rentang usia 27–45 tahun dan seluruhnya berjenis kelamin perempuan. Tingkat pendidikan yang dominan adalah SMA dan S1. Karakteristik tersebut menggambarkan bahwa kader kesehatan yang terlibat berada pada usia produktif sehingga dinilai memiliki kemampuan yang baik dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat. Selain itu, tingkat pendidikan menengah hingga perguruan tinggi dapat mendukung pemahaman kader terhadap pelaksanaan program kesehatan, termasuk dalam kegiatan pendampingan, pemantauan, dan edukasi kepada ibu hamil KEK. Dominasi kader perempuan juga menunjukkan kesesuaian dengan peran kader dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak yang membutuhkan pendekatan komunikasi yang lebih dekat dengan sasaran program.

3. Hasil Evaluasi Aspek Input

a. SDM

1) Jumlah Petugas

Sumber Daya Manusia merupakan pokok utama dalam sebuah program. Suatu program akan berjalan apabila Sumber Daya Manusia memadai dan memiliki kualitas yang baik. Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk melihat aspek input yakni Sumber Daya Manusia, maka di dalam penelitian ini penulis akan memperlihatkan Sumber Daya Manusia dalam program Aksi Stop *Stunting* .

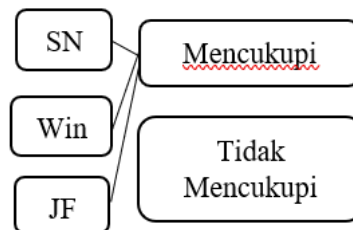
Jumlah sumber daya manusia yang tersedia akan mempengaruhi keberlangsungan suatu program. Program belum tentu bisa berjalan dengan baik apabila ketersediaan sumber daya manusianya belum mencukupi. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terkait dengan ketersediaan sumber daya manusia dalam pelaksanaan program Aksi Stop *Stunting* pemberian PMT ibu hamil KEK di kota palopo di wilayah lokus didapatkan informasi bahwa jumlah sumber daya manusia sudah mencukupi.

“Untuk petugas cukup ji karena ada dari kader juga.” (NS. 26 Tahun)

“Alhamdulillah untuk tenaga pendamping cukup ada dari kader sama ibu PKK juga.” (Win. 27 Tahun)

“Cukup ji untuk tenaga pendamping.” (JF. 39 Tahun)

Bagan 4. 1. Gambaran Jawaban Kecukupan SDM Pada Aspek Input



Setelah dilakukan wawancara mendalam ditemukan bahwa jumlah tenaga kesehatan yang bertugas dalam program Aksi Stop *Stunting* ini berjumlah 32 orang yang terdiri dari 1 orang koordinator gizi, 21 orang anggota TPGD, dan 10 orang kader pendamping yang terlibat dalam program Aksi Stop *Stunting*.

Berdasarkan hasil wawancara kepada informan ditemukan hasil bahwa dalam Program PMT Aksi Stop *Stunting* pada ibu hamil KEK di kota Palopo ada beberapa bidang yang bertanggung jawab atas program tersebut antara lain yaitu, petugas gizi, kader dan ibu PKK.

“Kalau yang ikut mendampingi itu kader, anggota TPGD, dan ibu PKK.” (N.S 26 Tahun)

“Petugas yang terlibat dalam pendampingan itu kade, TPGD, Ibu PKK.” (J.F 39 Tahun)

Dari hasil wawancara diatas dapat di simpulan bahwa ketersediaan sumber daya manusia yang bertugas dalam program PMT Aksi Stop *Stunting* ibu hamil KEK di kota palopo ini sudah mencukupi. Bidang yang bertugas dalam program ini ada 4 yaitu Koordinator gizi, anggota TPGD, kader, dan Ibu PKK.

2) Kompetensi

Kompetensi SDM dalam pelaksanaan Program program PMT ASS di kota Palopo bagi ibu hamil dinilai dari kemampuan petugas pelaksana dalam memahami masalah stunting dan KEK pada ibu hamil, mampu memberikan edukasi gizi kepada ibu hamil, dapat melakukan pengukuran status gizi seperti Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan berat badan, serta mampu melakukan pencatatan dan pelaporan program dengan baik. Kompetensi SDM yang memadai sangat penting untuk mendukung kelancaran dan keberhasilan pelaksanaan Program Aksi Stop Stunting (ASS) di Kota Palopo.

3) Pelatihan

Program akan berjalan dengan baik apabila sumber daya manusianya berkualitas. Berkualitas dalam artian memiliki keterampilan dan mampu berperan sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing. Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan, ditemukan hasil bahwa setiap bidang dalam program PMT memiliki tugas dan perannya masing-masing. Agar setiap bidang bisa menjalankan perannya masing-masing, diperlukan sebuah pelatihan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusianya. Dari hasil wawancara terhadap informan didapatkan hasil bahwa, sebelum berjalannya program aksi stop *stunting* di kota Palopo tidak ada pelatihan khusus hanya saja di lakukan cara

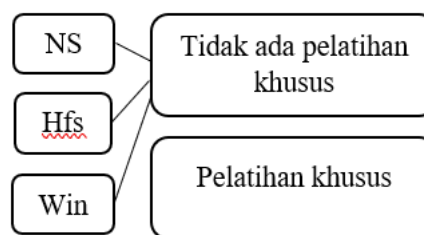
mengukur dan menimbang yang benar. Hal ini dibenarkan oleh informan kunci dalam hasil wawancara yang dilakukan peneliti.

“Untuk pelatihan khusus tidak ada, di suruh jiki bagimana caranya mengukur dan menimbang.” (NS. 26 Tahun)

“Pelatihannya tidak ada ji yang khuus cara mengukur sama menimbang yang benar ji di kasi tahu ki.” (Hfs. 28 Tahun)

“Tidak adaji pelatihan khusus.” (Win. 27 Tahun)

Bagan 4. 2. Gambaran Jawaban Terkait Pelatihan Petugas Pada Aspek Input



Dari segi kualitas sumber daya manusia dapat di simpulkan bahwa setiap bidang berperan sesuai dengan tugas masing-masing. Namun pada program ASS di kota palopo belum ada pelatihan khusus yang diberikan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

b. Dana (*Money*)

1) Sumber Dana

Pada aspek pendanaan, program didukung dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dengan jumlah dana tidak di sebutkan berapa besar dana yang di gunakan yang bersumber dari Provinsi Sulawesi Selatan.

Didapatkan dari hasil wawancara terhadap informan kunci tidak di ketahui pasti untuk jumlah keseluruhan yang di gunakan Namun demikian, meskipun alokasi dana relatif besar, distribusi anggaran belum sepenuhnya menjawab kebutuhan operasional lapangan, terutama terkait transportasi dan jangkauan wilayah. Hal ini mengindikasikan bahwa kecukupan anggaran secara nominal belum tentu berbanding lurus dengan efektivitas implementasi apabila belum disertai perencanaan distribusi yang adaptif.

“Untuk dananya itu tidak di tau berapa untuk PMTnya.”

(NS. 26 Tahun)

“Dananya anggaran Provinsi kami di daerah tidak tahu.”

(Arm. 50 Tahun)

“Kurang tahu juga di berapa untuk dana keseluruhan berapa.”(JF. 39 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, dapat disimpulkan bahwa informan tidak mengetahui secara pasti besaran dana maupun rincian anggaran yang digunakan dalam pelaksanaan program PMT ASS. Sebagian informan hanya mengetahui bahwa sumber pendanaan berasal dari anggaran pemerintah provinsi, namun terkait jumlah keseluruhan dana tidak disampaikan secara rinci kepada pelaksana di lapangan. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman mengenai aspek pendanaan program masih terbatas pada sebagian petugas atau informan terkait.

2) Kecukupan Dana

Kecukupan dana dalam program aksi stop *Stunting* yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam terhadap informan kunci menunjukkan bahwa ketersediaan dana dalam pelaksanaan program dinilai sudah mencukupi. Informan menyatakan bahwa dana yang tersedia mampu mendukung kebutuhan program, baik dalam penyediaan sarana maupun pelaksanaan kegiatan operasional.

“Dananya mencukupi ji untuk program PMT ASS ini.”
(N.S 26 Tahun).

“Dana memncukupi ji.” **(J.F 36 Tahun).**

“Dananya itu untuk program PMT ini cukup ji.” **(A. 58 Tahun).**

Bagan 4. 3. Gambaran Jawaban Kecukupan Dana Pada Aspek Input



Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa dana dalam pelaksanaan program PMT ASS dinilai telah mencukupi untuk mendukung kegiatan program. Ketersediaan dana yang cukup tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program dapat berjalan sesuai kebutuhan, termasuk dalam penyediaan makanan tambahan bagi sasaran program.

c. *Market* (Sasara PMT)

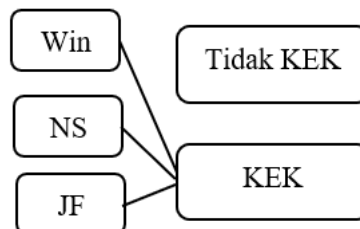
Sasaran pada program PMT Aksi Stop *Stunting* yang dituju oleh program. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan informan didapatkan hasil bahwa, sasaran utama dari Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pada Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) di kota Palopo pada wilayah lokus yang sudah di tentukan adalah ibu hamil KEK.

“Sasaran PMT itu ibu hamil yang KEK yang sudah di lakukan pemeriksaan seperti mengukur LiLA dan BBnya yang sudah di nyatakan 100% KEK.” (NS. 26 Tahun)

“Ibu hamil yang memang KEK.” (JF. 39 Tahun)

“Ibu hamil yang betul-betul KEK.” (Win. 27 Tahun)

Bagan 4. 4. Gambaran Jawaban Kesesuaian Responden Utama Pada Aspek Input



Dalam menentukan sasaran, setiap bidang melakukan pemeriksaan terlebih dahulu kepada ibu hamil sesuai dengan tugasnya masing-masing. Pemeriksaan tersebut berupa pengukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas (LiLA). Dari pengukuran tersebut nanti bisa dilihat apakah ibu hamil tersebut memang masuk dalam golongan KEK. Ketentuan ibu hamil

mempunyai risiko KEK terlihat pada ukuran LiLA di bawah 23,5 cm, IMT di bawah 18,5 kg/m² atau terlihat kurus.

Hasil wawancara mendalam, pada responden ibu hamil awalnya di lakukan pengukuran seperti menimbang berat badan, mengukur LiLA dan menentukan IMT ibu hamil untuk melihat apakah ibu hamil tersebut benar-benar tergolong KEK, dengan melihat apakah Indeks Massa Tubuh (IMT) pra hamil atau trimester 1 (<12 minggu) sebesar kurang dari 18,5 kg/m² serta LiLA kurang dari <23,5 cm.

“Awalnya itu di tahu ii waktu pengukuran terus na sampaikan ki kader bilang masuk ki penerima PMT.”

(Sal. 20 Tahun)

“waktu pertma di ukur jiki baru sudah itu ehh terdaftar nama ku....” (Nas. 36 Tahun)

“Di ukur ji pertama sama kader.” (SNA. 19 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, dapat disimpulkan bahwa proses penentuan sasaran ibu hamil sebagai penerima PMT ASS dilakukan pengukuran awal oleh kader. Setelah dilakukan pengukuran, kader kemudian menyampaikan kepada ibu hamil bahwa dirinya terdaftar sebagai penerima PMT. Hal ini menunjukkan bahwa kader memiliki peran penting dalam proses skrining, pendataan, serta penyampaian informasi kepada sasaran program.

d. *Material*

1) Jenis PMT

PMT yang di dapatkan berupa makanan siap saji dan susu proten *gold* untuk ibu hamil, Informan menyampaikan bahwa jenis PMT yang diberikan telah sesuai dengan ketentuan program dan mudah dikonsumsi oleh sasaran. Makanan siap saji dipilih karena praktis dalam pendistribusian dan dapat langsung dikonsumsi oleh ibu hamil, sedangkan susu protein diberikan untuk membantu memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil KEK.

“Makanan yang di berikan sudah dalam bentuk siap saji dan di berikan susu proten gold.” (J.F. 39 Tahun)

“Makanan di berikan dalam bentuk yang sudah di olah”(Win. 27 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa makanan tambahan yang diberikan dalam program PMT disediakan dalam bentuk siap saji atau telah diolah terlebih dahulu sehingga lebih praktis dan mudah dikonsumsi oleh ibu hamil. Selain itu, program juga memberikan susu Proten Gold sebagai tambahan untuk membantu memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil.

2) Kesesuaian Menu

Kesesuaian menu pada program PMT ASS di kota Palopo ditemukan hasil wawancara mendalam dengan informan menyampaikan bahwa menu PMT yang diberikan telah disesuaikan dengan pedoman pelaksanaan program dan kebutuhan gizi ibu hamil. Variasi menu yang diberikan juga dinilai cukup baik sehingga membantu meningkatkan minat konsumsi ibu hamil terhadap PMT yang diberikan. Salah satu informan menyatakan bahwa

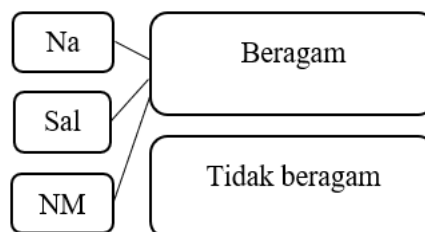
“Menu yang diberikan sudah sesuai karena menggunakan bahan makanan bergizi dan diolah langsung agar lebih aman serta layak dikonsumsi.”

(Nas. 36 Tahun).

“Menuanya cukup bervariasi kadang ayam, kadang ikan juga, ganti-ganti ji biasa.” **(Sal. 20 Tahun).**

“Sesuai ji, beragam ji juga, tapi porsi nya masi kurang untuk ibu hamil.” **(NM. 16 Tahun)**

Bagan 4. 5. Gambaran Jawaban Kesesuaian Menu PMT Pada Aspek Input



Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa menu makanan tambahan yang diberikan kepada ibu hamil

sudah sesuai karena menggunakan bahan pangan bergizi dan diolah langsung untuk menjaga keamanan serta kelayakan konsumsi. Selain itu, menu yang diberikan juga cukup bervariasi, seperti penggunaan lauk ayam dan ikan secara bergantian, sehingga dapat membantu meningkatkan selera makan dan memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil.

e. Metode

Berdasarkan hasil wawancara pelaksanaan PMT ASS yang mencakup skrining, konseling, edukasi dan intervensi, serta distribusi makanan tambahan. Pendekatan ini sesuai dengan Juknis PMT (2025) yang menekankan suplementasi gizi sebagai strategi utama pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil. Dimana ibu hamil yang menerima PMT akan di lakukan pemantauan seperti pengukuran diantaranya menimbang berat badan, mengukur LiLA, bertujuan untuk melihat sejauh mana perkembangan setelah pemberian PMT.

“Untuk Pelayanannya itu setiap minggu di lakukan pengukuran LiLA, BB dan di lakukan juga edukasi.” (NS. 26 Tahun)

“Setiap minggu itu di lakukan pemantauan seperti di ukur di timbang dan di beri edukasi”(JF. 39 Tahun)

Pada awal penerimaan PMT ibu hamil yang menerima PMT itu ada dua cara yang di lakukan untuk distribusinya, pertama yaitu, Bagi ibu hamil yang pertama mengambil sendiri dan yang kedua itu

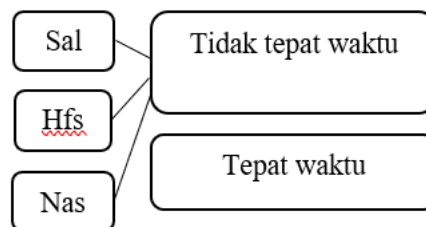
biasanya langsung diantar ke rumah oleh petugas gizi bersama dengan kader .

“Makanannya itu di berikan setiap hari, tapi satu kali ji dalam sehari, untuk pengantaranya ibu hamil yang datang ambil sendiri tapi kalau tidak datang ii kami yang antar langsung ke rumahna.” (Hfs. 28 Tahun)

“kadang di antar kadang juga ibu hamilnya datang tapi ada juga itu ibu hamil susah di hubungi kalau waktunya mi ambil maknan di situmu baruki antar kalau tidak ada datang.”(Nas. 36 Tahun)

*“Tidak tentu untuk pengantaranya kadang jam 10 kadang jam 11 pengantaranyan itu menjelang makan siang.”
Sal.20 Tahun)*

Bagan 4. 6. Gambaran Jawaban Ketepatan Pemberian PMT Pada Aspek Input



Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa pendistribusian makanan tambahan bagi ibu hamil dilakukan setiap hari dengan frekuensi satu kali sehari. Proses pengambilan makanan umumnya dilakukan langsung oleh ibu hamil di lokasi pelayanan, namun petugas juga melakukan pengantaran ke rumah apabila ibu hamil tidak datang mengambil makanan. Selain itu, terdapat kendala dalam pelaksanaan distribusi, yaitu beberapa ibu hamil sulit dihubungi

atau tidak datang sesuai jadwal pengambilan, sehingga petugas harus menyesuaikan dengan melakukan pengantaran langsung ke rumah sasaran.

Tabel 4. 4. Observasi Pelaksanaan Dari Segi Aspek Input

No	Indikator Observasi	Ya	Tidak	Skor
1	Petugas gizi hadir dalam pelaksanaan program	✓		1
2	Kader kesehatan terlibat dalam kegiatan PMT	✓		1
3	Petugas mampu memberikan edukasi gizi	✓		1
4	Dana program tersedia	✓		1
5	PMT tersedia sesuai jumlah sasaran	✓		1
6	PMT berbasis pangan lokal	✓		1
7	Sasaran PMT adalah ibu hamil KEK	✓		1

Berdasarkan Tabel 4. 4, aspek input memperoleh skor 7/7 (100%), yang berarti seluruh komponen sumber daya program terpenuhi. Capaian penuh pada aspek input ini menjadi prasyarat penting yang memungkinkan proses distribusi dan pemantauan PMT berjalan sebagaimana terlihat pada aspek proses (Tabel 4.5).

4. Hasil Evaluasi Aspek Proses

a. Perencanaan

Perencanaan program di lakukan rapat koordinasi 24 kab/ kota terkait penentuan wilayah lokus dengan 21 wilayah lokus di setiap

kabupaten/ kota pada tahun 2025. Dalam perencanaan ini ibu PKK, anggota TPGD bersama dengan kelurahan melakukan rapat terkait diadakannya program ini lalu menyampaikan kepada kader-kader yang terpilih tiap wilayah lokus.

“Awalnya itu daftarki dulu baru seleksi” (Hfs. 28 Tahun)

“Awal perencanaan di adakan rapat bersama koordinator gizi, TPGD, PKK, dan kelurahan.” (NS. 26 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, dapat disimpulkan bahwa tahap awal pelaksanaan program PMT ASS diawali dengan proses pendataan atau pendaftaran calon penerima, kemudian dilanjutkan dengan proses seleksi. Informasi mengenai adanya program diperoleh melalui koordinasi dan rapat yang melibatkan pihak kelurahan serta ibu PKK. Hal ini menunjukkan bahwa perencanaan program dilakukan melalui kerja sama antara aparat setempat dan unsur masyarakat untuk mendukung pelaksanaan program secara terorganisir.

b. Pelaksanaan

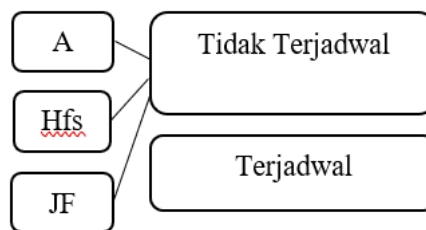
Distribusi makanan PMT dalam bentuk paket siap konsumsi disertai konseling gizi berupa edukasi dan melakukan intervensi setiap satu kali dalam satu minggu. Cara ini dapat membantu ibu hamil tidak hanya menerima asupan tambahan, tetapi juga memperoleh peningkatan kapasitas pengetahuan. Dari hasil wawancara mendalam juga di dapatkan kendala pada dalam pelaksanaan pemberian makanan tambahan ada seperti kesulitan menghubungi ibu hamil.

“pelaksanaannya itu di lakukan setiap hari kadang di antar kadang ibu hamilnya yang ambil.” (Hfs. 28 Tahun)

“yaa untuk pelaksanaan yaa setiap hari.” (A. 58 Tahun)

“Setiap hari di antar jam-jam 10 atau jam-jam 11 kadang juga di ambil sendiri, cuman kalau susah di hubungi kami kader sama tpgd yang atar ganti-gantian.” (JF. 39 Tahun)

Bagan 4. 7. Gambaran Jawaban Pelaksanaan Program Pada Aspek Proses



Hasil Dari wawancara tersebut, Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara terhadap ibu hamil KEK yang mengatakan bahwa pelaksanaan PMT memang di lakukan setiap hari selama 90 hari, kegiatan ini rutin di laksanakan tetapi waktunya tidak menentu seperti yang di dapatkan dari hasil wawancara dengan informan.

“Setiap hariki memang dapat, di kasi juga edukasi.” (An. 21 Tahun)

“Datang ji biasa ke rumah antar ii..., biasa juga kita disuruh ambil sendiri.” (D. 26 Thun)

“Iye di antarkan ki biasa sama petugasnya ke rumah ta.” (N.M. 16 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan distribusi PMT ASS dilakukan setiap hari selama

90 hari dengan sistem pembagian makanan siap konsumsi. Proses distribusi dilakukan melalui pengantaran langsung ke rumah ibu hamil maupun pengambilan mandiri oleh penerima manfaat.

c. Penilaian dan Pengawasan

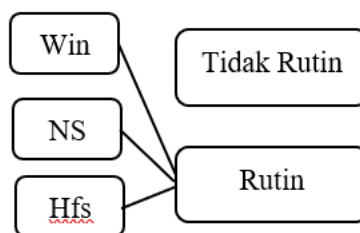
Proses pemantauan dan pengawasan program PMT ibu hamil KEK di beberapa wilayah lokus dilakukan oleh petugas gizi. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan didapatkan bahwa proses pemantauan dan pengawasan yang dilakukan petugas gizi dalam program PMT ibu hamil KEK adalah mulai dari PMT diterima hingga PMT sampai ditangan sasaran.

“Pemantauan di lakukan oleh petugas gizi anggota TPGD di bantu oleh kader, pemantauan di mulai dari PMT diberikan pada ibu hamil sudah itu stiap minggunya di lakukan lagi pengukuran untuk lihat itu perkembanganya se jauh mana mi adakah peningkatan atau tidak.” (NS. 26 Tahun)

“Pemnatauannya itu di lakukan dalam satukali seminggu seperti BB, LiLA di catat semua itu sampai 3 bulan kedepan.” (Win. 27 Tahun)

“Pemantauan rutin di lakukan setiap 1 minggu sekali.” (Hfs. 28 Tahun)

Bagan 4. 8. Gambaran Jawaban Pelaksanaan Program Pada Aspek Proses



Selama program PMT ibu hamil KEK berjalan, terdapat beberapa kendala yang ditemui di lapangan seperti pada saat PMT yang di buat telah sedih dan pada saat waktu pemantauan seperti penimbangan BB dan pengukuran LiLA.

“Ibu hamilnya kadang susah di hubungi di datangi betulpih rumahnya.” (Hfs. 28 Tahun)

“Ibu hamil penerima PMT kadang susah untuk di hubung, makanya petugas yang antar ke rumah iibu hamil yang menerima PMT.” (JF. 39 Tahun)

Untuk kendala-kendala yang tidak banyak cuman kadang ibu hamil yang menerima manfaat sulit untuk di hubungi, bahkan hasil dari wawancara mendalam terhadap ibu hamil yang menerima manfaat merasa senang dengan program ini karena meraka mendapat makanan yang sehat dan bergizi dengan gratis.

“Alhamdulillah, senang karena itu di kasi makanan dan di antarkan ki juga.” (N. 21 Tahun)

“Senang apalagi biasa itu jam makan siang biasa ada mi nda memasak miki lagi.” (NM. 16 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden ditemukan bahwa setelah mengonsumsi PMT terdapat kenaikan berat badan pada ibu hamil KEK terlihat dari hasil pemeriksaan ibu hamil KEK setiap minggunya tetapi masi ada sebagian kecil yang tidak mengalami perubahan.

“Adaji yang naik BB sama LiLA nya ada juga yang naik turun ki.” (A. 58 Tahun)

“Ada beberapa yang sudah normal ada juga yang masi anemia sama KEK.” (JF. 39 Tahun)

Dapat di simpulkan bahwa hasil dari wawancara mendalam, dapat disimpulkan bahwa pemantauan program PMT ASS dilakukan secara rutin oleh petugas gizi anggota TPGD dengan bantuan kader melalui pengukuran berat badan dan LiLA setiap satu kali dalam seminggu selama tiga bulan. Pemantauan tersebut bertujuan untuk melihat perkembangan status gizi ibu hamil setelah menerima PMT. Dalam pelaksanaannya, petugas menghadapi beberapa kendala, seperti ibu hamil yang sulit dihubungi maupun kurang aktif dalam mengambil makanan tambahan, sehingga petugas dan kader harus melakukan pengantaran langsung ke rumah penerima.

Meskipun demikian, sebagian besar ibu hamil merasa senang dan terbantu dengan adanya program PMT ASS karena makanan diantarkan langsung dan dapat membantu memenuhi kebutuhan makan sehari-hari. Hasil pemantauan menunjukkan bahwa terdapat ibu hamil yang mengalami peningkatan berat badan dan LiLA hingga mencapai kondisi normal, namun masih ada beberapa ibu hamil yang mengalami kenaikan yang tidak stabil serta masih berada dalam kondisi anemia dan KEK. Hal ini menunjukkan bahwa program PMT ASS memberikan dampak positif terhadap perbaikan status gizi ibu

hamil, meskipun hasil yang diperoleh belum sepenuhnya merata pada seluruh penerima manfaat.

d. Pencatatan dan Pelaporan

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan pencatatan dilakukan setiap sekali seminggu yaitu hasil penimbangan berat badan dan pengukuran LiLA yang dilakukan oleh anggota TPGD dibantu oleh kader-kader yang terlibat dalam pendampingan PMT ASS ini, dimana pencatatan ini dilakukan langsung menggunakan *website*, sehingga data-datanya bisa diakses oleh petugas-petugas yang memiliki izin, adapun pelaporan berbasis dokumen dari setiap wilayah-wilayah yang mempunyai ibu hamil KEK.

“Pencatatannya itu ada webnya khusus ada juga berbasis dokumen.” (J.F. 39 Tahun)

Sistem pencatatan menggunakan penggabungan pencatatan manual dan elektronik melalui e-PPGBM. Pendekatan ini meningkatkan akurasi dan akuntabilitas data. Namun, evaluasi menunjukkan bahwa konsistensi pencatatan konsumsi oleh kader masih perlu ditingkatkan. Hal ini penting karena data konsumsi menjadi dasar evaluasi efektivitas intervensi.

Hal ini sejalan dengan juknis yang diterbitkan oleh Dinas kesehatan provinsi Sulawesi Selatan (2025) yang menyatakan bahwa penggunaan elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM) adalah sistem informasi digital yang

dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk mendukung pencatatan dan pelaporan status gizi masyarakat, khususnya balita dan ibu hamil, secara cepat, akurat, dan terintegrasi mulai dari tingkat posyandu hingga pusat.

Tabel 4. 5. Observasi Pelaksanaan Dari Segi Aspek Proses

No	Indikator Observasi	Ya	Tidak	Skor
1	Terdapat jadwal pelaksanaan PMT	✓		1
2	Penetapan sasaran dilakukan sebelum program	✓		1
3	PMT diberikan sesuai jadwal		✓	0
4	PMT diberikan secara rutin	✓		1
5	Edukasi gizi diberikan	✓		1
6	Pemantauan konsumsi PMT dilakukan	✓		1
7	Monitoring berkala dilakukan	✓		1
8	Pencatatan kegiatan dilakukan	✓		1
9	Laporan Kegiatan Tersedia	✓		1

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa aspek proses memperoleh skor 8/9 (89%), dengan satu-satunya indikator yang tidak terpenuhi adalah 'PMT diberikan sesuai jadwal.' Ketidaktepatan jadwal ini dikonfirmasi oleh data kualitatif yang menyebutkan ibu hamil yang sulit dihubungi (Hfs, 28 Tahun dan JF, 39 Tahun). Kondisi inilah yang secara logis menjelaskan mengapa 40% responden belum keluar dari status KEK pada output (Tabel 4.9)

5. Hasil Evaluasi Aspek Output

Tabel 4. 6. Distribusi Data Umur dan Usia Kehamilan Ibu Hamil

NO	RESPONDEN	USIA (TAHUN)	USIA KEHAMILAN (BULAN)
1	Ny. SNA	19	2
2	Ny. S	20	7
3	Ny. D	26	3
4	Ny. A	21	3
5	Ny. M	16	5
6	Ny. E	30	6
7	Ny. N	21	5
8	Ny. M	30	8
9	Ny. A	36	3
10	Ny. NM	16	4

Sumber: Data primer, 2026

Tabel 4. 7. Distribusi Pengukuran LiLA Pada Ibu Sebelum Dan Sesudah Intervensi

NO	RESPONDEN	LiLA		Selisih Kenaikan	Status LiLA
		Sebelum	Sesudah		
1	Ny. SNA	21,5	22,6	1,3	KEK
2	Ny. S	22,5	23,5	1	Normal
3	Ny. D	23	24,1	1,1	Normal
4	Ny. A	20,6	23	2,4	KEK
5	Ny. M	23,3	24,5	1,2	Normal
6	Ny. E	23,2	25,5	2,3	Normal
7	Ny. N	20,1	21	1,1	KEK
8	Ny. M	28,3	28,8	0,5	Normal
9	Ny. N	27	30	3	Normla
10	Ny. NM	22	23,3	1,3	KEK

Sumber: Data Sekunder

Pada Tabel 4.7 tampak bahwa kenaikan LiLA terbesar diperoleh Ny. N (Responden 9) dengan selisih 3,0 cm (dari 27,0 cm menjadi 30,0 cm), sementara kenaikan terkecil pada Ny. M (Responden 8) dengan selisih 0,5 cm. Perbedaan ini sejalan dengan temuan kualitatif bahwa

kepatuhan konsumsi PMT antarresponden tidak seragam. Responden yang aktif mengambil PMT dan mengikuti pemantauan mingguan cenderung menunjukkan peningkatan LiLA yang lebih signifikan, sebagaimana disampaikan petugas: 'Adaji yang naik BB sama LiL Anya ada juga yang naik turun ki' (A, 58 Tahun)

Tabel 4. 8. Distribusi Pengukuran Berat Badan Pada Ibu Sebelum Dan Sesudah Intervensi

NO	RESPONDEN	Berat Badan		Selisih Kenaikan	Status BB
		Sebelum	Sesudah		
1	Ny. SNA	39,4	41,2	2,2	Naik
2	Ny. S	48	59,3	11,3	Naik
3	Ny. D	55,5	61,3	6,2	Naik
4	Ny. A	47,4	53,6	5,2	Naik
5	Ny. M	43	46,2	3,2	Naik
6	Ny. E	46	52,3	5,3	Naik
7	Ny. N	37,6	42,2	5,5	Naik
8	Ny. M	59,7	61,2	1,5	Naik
9	Ny. N	57	64,8	7,8	Naik
10	Ny. NM	48	54,1	6,1	Naik

Sumber: Data primer, 2026

Tabel 4.8 menunjukkan seluruh 10 responden mengalami kenaikan berat badan, dengan rentang selisih 1,5 kg (Ny. M, Responden 8) hingga 11,3 kg (Ny. S, Responden 2). Kenaikan BB terbesar pada Ny. S bersesuaian dengan usia kehamilan 7 bulan (Tabel 4.6), di mana pertumbuhan janin pada trimester III secara fisiologis memang lebih pesat. Hal ini menunjukkan bahwa variasi kenaikan BB tidak semata-mata dipengaruhi oleh PMT, tetapi juga oleh faktor usia kehamilan. Bila dibandingkan dengan data LiLA pada Tabel 4.7, Ny. SNA (Responden 1) yang usia kehamilannya

paling muda (2 bulan) menunjukkan kenaikan BB hanya 2,2 kg dan LiLA belum mencapai $\geq 23,5$ cm, yang menandakan intervensi lebih awal justru memerlukan durasi lebih panjang untuk menunjukkan hasil yang optimal.

Tabel 4. 9. Hasil Pemantauan Status Gizi Ibu Hamil KEK Setelah Intervensi PMT ASS

Status Gizi Pasca Intervensi	Jumlah (n)	Persentase (%)
Normal (LILA $\geq 23,5$ cm)	6	60
Masih KEK (LILA $< 23,5$ cm)	4	40
Total	10	100

Sumber: Data Primer 2026

Berdasarkan hasil pada Tabel 4. 9, diketahui bahwa dari total 10 responden ibu hamil KEK yang telah mendapatkan intervensi PMT ASS, sebagian besar mengalami perbaikan status gizi. Hal ini ditunjukkan dengan sebanyak 6 responden dari 10 ibu hamil (60%) telah mencapai status gizi normal dengan ukuran LiLA $\geq 23,5$ cm. Sementara itu, masih terdapat 4 responden dari 10 ibu hamil (40%) yang belum mengalami perbaikan yang signifikan dan tetap berada dalam kategori KEK dengan LiLA $< 23,5$ cm. Faktor yang memengaruhi meliputi frekuensi pemberian PMT ASS hanya di berikan satu kali dalam sehari.

Tabel 4. 10. Observasi Kegiatan Dari Segi Output

No	Indikator Observasi	Ya	Tidak	Skor
1	Ibu hamil hadir pada kegiatan pemantauan status gizi	✓		1
2	Ibu hamil mengikuti kegiatan edukasi gizi	✓		1
3	Ibu mengonsumsi PMT sesuai anjuran	✓		1

4	Apakah ibu hamil patuh mengonsumsi PMT yang di berikan	✓	1
5	Ibu hamil menyukai menu PMT yang diberikan	✓	1
6	Apakah terjadi peningkatan berat badan	✓	1
7	Apakah terjadi peningkatan LiLA	✓	1
8	Apakah ada ditemukan penurunan status gizi selama program berlangsung	✓	1

Berdasarkan Tabel 4.10, seluruh indikator observasi output memperoleh skor (100%). Capaian ini menunjukkan bahwa dari sisi partisipasi, kepatuhan, dan perubahan status gizi, program berjalan baik secara kualitatif. Namun angka ini perlu dibaca bersama Tabel 4.9 yang menunjukkan 40% responden masih KEK, yang menandakan bahwa kehadiran dan kepatuhan secara prosedural belum sepenuhnya diterjemahkan menjadi perbaikan status gizi yang merata.

B. Pembahasan

1. Aspek Input

a. Sumber Daya Manusia (*Man*)

Ketersediaan 32 orang SDM yang terdiri dari koordinator gizi, TPGD, kader, dan PKK (Tabel 4.1) secara langsung mendukung kelancaran distribusi PMT harian kepada 10 responden. Namun temuan bahwa tidak ada pelatihan khusus sebelum program berjalan sebagaimana diungkap informan NS (26 Tahun) menjadi celah penting, karena hal ini berkontribusi pada tidak akuratan pengukuran LiLA dan BB yang dicatat pada Tabel 4.7 dan 4.8.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Jayadi et al. 2024) menyatakan bahwa berdasarkan hasil observasi, petugas gizi, serta para kader rutin dan aktif menjalankan program PMT dan bertanggung jawab terhadap peran masing-masing. Seluruh tenaga yang terlibat saling berkoordinasi satu sama lain. Alur pelaksanaannya ialah petugas gizi berkoordinasi dengan para kader, selanjutnya melakukan koordinasi dengan ibu Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK). Ibu PKK turut membantu pelaksanaan program PMT secara rutin.

Penelitian (Lia and Subekti 2025) menyatakan bahwa petugas yang bertugas pada program PMT adalah petugas gizi, kader, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga promosi kesehatan.

b. Sumber Dana (*Money*)

Pendanaan program yang bersumber dari Provinsi Sulawesi Selatan, dengan dukungan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), menunjukkan adanya dukungan fiskal yang memadai. Secara normatif, mekanisme ini selaras dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang mengatur pembiayaan program gizi masyarakat melalui APBN dan APBD. Pengelolaan anggaran yang sistematis mulai dari penerimaan,

pengadaan bahan, hingga distribusi melalui kader menunjukkan kesesuaian dengan Petunjuk Teknis (Juknis) PMT- ASS.

c. Sasaran PMT (*Market*)

Sasaran program telah ditetapkan secara spesifik, yaitu ibu hamil yang memiliki resiko KEK di 21 Desa lokus di kota Palopo. Bahan pangan lokal kaya gizi terdiri-dari Makanan Pokok, Sumber lauk Pauk hewani dan nabati serta sayur dan buah. Dalam setiap hari diberikan makanan lengkap. Dapat diberikan menu 7 hari atau menu 10 hari. Penetapan sasaran berbasis indikator antropometri ini menunjukkan kesesuaian dengan prinsip intervensi gizi berbasis risiko.

PMT dapat memperbaiki kondisi KEK pada ibu hamil karena mampu meningkatkan asupan energi dan protein sehingga terjadi peningkatan berat badan, IMT, dan LiLA ibu hamil. Perbaikan status gizi tersebut membantu memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan dan menurunkan risiko komplikasi kehamilan (Amalia, *et al*, 2023). Penelitian (Ismiati, 2025) menyatakan bahwa pemberian PMT dan susu pada ibu hamil KEK mampu meningkatkan berat badan dan LiLA karena membantu memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi selama kehamilan.

Sasaran utama dalam program PMT ibu hamil KEK di Kota Palopo adalah ibu hamil KEK yang memiliki kriteria LiLA di bawah 23,5 cm atau IMT dibawah 18,5 kg/m². Dalam menentukan sasaran

pada program PMT ibu hamil KEK tidak boleh sembarangan. Karena sudah ada aturan yang mengatur tentang sasaran program PMT ibu hamil KEK. Sesuai Dengan Petunjuk Teknis yang dikeluarkan oleh Dinas kesehatan provinsi sulawesi selatan (2025) yang menyatakan bahwa sasaran dari PMT ibu hamil KEK adalah ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) dengan ketentuan mempunyai lingkaran lengan atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Harnawati dan Chikmah 2024) yang menyatakan bahwa ibu hamil dikategorikan mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) apabila memiliki Lingkaran Lengan Atas (LiLA) $< 23,5$ cm. Penelitian tersebut juga menegaskan bahwa LiLA merupakan indikator utama dalam penetapan sasaran intervensi gizi pada ibu hamil karena dapat menggambarkan status energi jangka panjang.

Selain itu, penelitian oleh (Febriyani, *et al* 2026) menunjukkan bahwa program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil KEK secara khusus menyasar ibu hamil dengan LiLA $< 23,5$ cm sebagai standar identifikasi KEK. Penelitian ini menegaskan bahwa penentuan sasaran program tidak dilakukan secara acak, tetapi mengikuti standar antropometri yang telah ditetapkan dalam pedoman kesehatan nasional.

d. Metode Pelayanan (*Method*)

Metode distribusi PMT dalam penelitian ini mencakup dua jalur, yaitu pengambilan mandiri dan pengantaran ke rumah, yang disertai konseling dan edukasi gizi setiap kunjungan. Pendekatan ini sejalan dengan temuan Mohammedsanni et al. (2025) bahwa distribusi PMT bersamaan dengan pemeriksaan terpadu meningkatkan efektivitas intervensi. Dalam konteks penelitian ini, bukti efektivitasnya terlihat dari skor input Tabel 4.4 yang mencapai 7/7 dan capaian 60% normalisasi LiLA pada Tabel 4.9. Namun edukasi yang dilakukan tanpa media apapun sebagaimana diungkap petugas berpotensi mengurangi daya serap ibu hamil, sejalan dengan peringatan Cavia et al. (2024) bahwa media edukasi berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan gizi.

e. PMT ASS (*Material*)

Berdasarkan Petunjuk Pedoman PMT ASS (2025), komposisi PMT ASS berbahan lokal disesuaikan dengan kebutuhan gizi ibu hamil KEK, PMT ini berbasis pangan lokal yang memanfaatkan bahan pangan setempat untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu secara berkelanjutan terjangkau dan sesuai budaya makan lokal. yang bersumber dari pemerintah pusat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kadir, et al. 2026) menyatakan bahwa seiring perkembangan kebijakan, pendekatan PMT tidak lagi terbatas pada makanan instan seperti

biskuit tinggi energi, tetapi diarahkan pada pemanfaatan pangan lokal melalui program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) berbahan pangan lokal.

Namun, dalam pelaksanaannya masih ditemukan beberapa kendala, terutama terkait frekuensi pemberian makanan yang hanya satu kali sehari serta porsi yang dianggap kurang oleh sebagian ibu hamil. Kondisi ini menimbulkan rasa jenuh pada penerima manfaat dan berpotensi memengaruhi kepatuhan konsumsi PMT. Oleh karena itu, diperlukan inovasi menu, variasi penyajian, serta penyesuaian porsi agar program PMT ASS dapat lebih optimal dalam memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil KEK dan meningkatkan keberhasilan intervensi gizi.

Ketersediaan SDM sebanyak 32 orang, kecukupan dana dari BOK Provinsi, serta menu PMT berbahan pangan lokal yang bervariasi sebagaimana ditemukan pada aspek input, menjadi fondasi yang menentukan kualitas pelaksanaan pada aspek proses.

2. Aspek Proses

a. Perencanaan

Perencanaan awal dalam program PMT ibu hamil KEK di kota Palopo melibatkan berbagai macam bidang, tidak hanya petugas yang ada seperti dinas kesehatan, petugas gizi, ibu PKK dan kader, Dalam perencanaan awal tersebut dibahas beberapa hal yang perlu ditetapkan seperti bagaimana jalannya program, jadwal pemberian

PMT berdasarkan perkiraan target yang dianggap akan KEK pada tahun berikutnya, dan juga membahas pembagian tugas masing-masing bidang. Hal ini sejalan dengan penelitian (Lukitasari *et al.* 2026) yang menyatakan bahwa pelaksanaan program PMT dilakukan secara kolaboratif lintas sektor dengan melibatkan puskesmas, ahli gizi, pemerintah desa, PKK, kader posyandu, dan masyarakat dalam proses perencanaan serta pelaksanaan program PMT. Selain itu, penelitian (Jayadi *et al.* 2024) juga menjelaskan bahwa distribusi PMT ibu hamil telah direncanakan secara matang melalui koordinasi tenaga gizi, bidan desa, dan kader posyandu.

b. Pelaksanaan

Proses pelaksanaan program PMT ASS ibu hamil KEK di kota Palopo dilakukan dengan cara melakukan pendistribusian di atarkan dan penerima manfaat mengambil sendiri. Pendistribusian ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi waktu dalam melaksanakan program. Dalam pelaksanaan ini petugas pendamping ibu PKK dan anggota TPGD bekerjasama dalam melakukan edukasi rutin kepada ibu hamil seputar materi terkait kehamilan, PMT pangan lokal dan juga terkait pola asuh, edukasi dilakukan setiap kunjungan rumah edukasi ini dilakukan langsung oleh para petugas pendamping tanpa menggunakan media apapun.

Pelaksanaan program PMT ASS ibu hamil KEK di kota Palopo dilaksanakan selama 90 hari, dimana ibu hamil KEK yang menerima

manfaat di berikan makanan tambahan setiap hari dengan frekuensi satu kali dalam sehari. Dalam satu minggu sekali di lakukan pemeriksaan yang mencakup pemeriksaan tinggi badan, berat badan, dan juga mengukur lingkaran lengan atas ibu hamil. Pemeriksaan ini dilakukan setiap satu kali dalam satu minggu yang bertujuan untuk melihat perkembangan ibu hamil KEK. Hal ini sejalan dengan penelitian (Febriyani *et al.* 2026) yang menyatakan bahwa ibu hamil KEK menerima PMT lokal minimal selama 90 hari dan dilakukan pengukuran LiLA sebelum dan sesudah intervensi untuk melihat perubahan status gizi. Penelitian (Wulandari *et al.* 2026) juga menunjukkan bahwa pengawasan serta pelaporan program dilakukan secara berkala dan terdapat peningkatan berat badan serta LiLA selama periode tiga bulan pelaksanaan program.

c. Penilaian dan Pengawasan

Proses pengawasan dan pemantauan program PMT ibu hamil KEK dalam program aksi stop *stunting* di kota Palopo di lakukan oleh petugas gizi. Proses pemantauan dan pengawasan dimulai sejak PMT didistribusikan hingga PMT sampai ditangan sasaran. Monitoring kemajuan program ASS di lakukan dengan TPGD setiap pekan dan monitoring langsung oleh pakar dan tim ASS Dinas Kesehatan sebanyak 3 kali serta mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul selama program ASS berlangsung.

Selama program PMT ASS ibu hamil KEK di kota Palopo berjalan ada beberapa kendala yang ditemukan di lapangan. Kendala

tersebut seperti kepatuhan ibu hamil yang menerima manfaat kurang membuat petugas pendamping kesulitan dalam menghubungi ibu hamil yang menerima manfaat. Hal ini sejalan dengan penelitian Jayanti dkk. (2026) yang menyatakan bahwa kepatuhan ibu hamil terhadap pemeriksaan dan pemantauan masih rendah sehingga menjadi hambatan dalam proses pendampingan. Selain itu, penelitian (Mulyana *et al.* 2025) juga menyebutkan bahwa proses distribusi dan pemantauan PMT membutuhkan waktu dan tenaga yang lebih besar dalam pelaksanaannya.

d. Pencatatan dan Pelaporan

Sistem pencatatan dan pelaporan dalam program PMT ASS ibu hamil KEK di di kota Palopo dilakukan dengan baik. Mulai dari awal hingga program selesai. Pencatatan dan pelaporan perkembangan ibu hamil KEK di berikan kartu kontrol khusus berupa kartu pemantaan mingguan di lakukan pengukuran antropometri, pemantauan mingguan perubahan status gizi ibu hamil dan catatan riwayat pemberian intervensi waktu bagi ibu hamil, Setelah semuanya dilakukan baru dibuat pelaporannya.

Setelah pelaksanaan program PMT selesai dilakukan, petugas kemudian menyusun sistem pelaporan berupa dokumen hasil pemberian PMT kepada ibu hamil. Pelaporan ini penting sebagai bentuk monitoring dan evaluasi program agar pelaksanaan PMT dapat terpantau secara berkala, Hal ini sejalan dengan penelitian

sebelumnya yang menyatakan bahwa pelaporan dan dokumentasi hasil pemberian PMT merupakan bagian penting dalam monitoring dan evaluasi program. Sistem pelaporan dilakukan secara berkala melalui pencatatan hasil pemantauan dan dokumen laporan gizi guna menilai keberhasilan pelaksanaan program PMT pada ibu hamil KEK (Wulandari *et al.* 2026).

Pelaksanaan distribusi PMT setiap hari selama 90 hari disertai pemantauan mingguan (LiLA dan BB) dan edukasi gizi sebagaimana ditemukan pada aspek proses, secara langsung berkontribusi pada capaian output program yang akan diuraikan berikut ini

3. Aspek Output

a. Capaian Pemberian Makanan Tambahan

Secara kuantitatif, sebanyak 60% ibu hamil mencapai LiLA $\geq 23,5$ cm setelah intervensi (Tabel 4.9). Capaian ini diperkuat oleh temuan kualitatif, di mana petugas menyatakan bahwa 'Peningkatan hasil pengukuran naik ji' (J.F, 39 Tahun), yang menunjukkan bahwa distribusi PMT setiap hari selama 90 hari mampu meningkatkan cadangan energi ibu secara bertahap. Sebaliknya, 40% ibu yang belum keluar dari KEK dijelaskan oleh data kualitatif melalui pengakuan petugas bahwa 'Ibu hamilnya kadang susah di hubungi' (Hfs, 28 Tahun), serta rasa jenuh terhadap menu PMT yang hanya diberikan satu kali sehari.

Program menunjukkan bahwa sebanyak 60% ibu hamil (6 dari 10 orang) berhasil keluar dari kondisi KEK setelah mendapatkan intervensi PMT ASS. Keberhasilan ini diduga dipengaruhi oleh kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi PMT secara rutin, adanya pendampingan aktif dari petugas gizi dan kader kesehatan, Namun, masih terdapat 40% ibu hamil yang tetap berada dalam kategori KEK. Kondisi ini diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kepatuhan konsumsi PMT yang belum optimal, ibu hamil yang sulit dihubungi saat pemantauan, rasa jenuh terhadap menu PMT, serta frekuensi pemberian makanan yang hanya satu kali sehari.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dalam Program Aksi Stop Stunting (ASS) di Kota Palopo telah terlaksana sesuai dengan perencanaan program, yaitu pemberian makanan tambahan selama 90 hari yang disertai edukasi gizi dan pemantauan rutin kepada ibu hamil KEK. Keberhasilan pelaksanaan program ini terlihat dari tingginya tingkat partisipasi ibu hamil dalam menerima PMT dan mengikuti kegiatan pemantauan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dan kader.

Capaian program tidak hanya diukur dari tersalurkannya PMT kepada sasaran, tetapi juga dari tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi makanan tambahan yang diberikan. Pemberian PMT yang dilakukan secara teratur memungkinkan terpenuhinya kebutuhan energi dan protein tambahan yang dibutuhkan selama

masa kehamilan. Selain itu, kegiatan edukasi gizi yang menyertai program membantu meningkatkan pengetahuan ibu mengenai pentingnya konsumsi makanan bergizi selama kehamilan.

Hasil pengukuran antropometri yang tidak akurat disebabkan karena adanya kelemahan pada alat ukur, prosedur yang kurang tepat, ataupun ketidaktepatan melakukan pengukuran karena dilakukan secara manual. Selain itu, penyebab rendahnya data antropometri hasil pengukuran kader yaitu karena masih kurangnya pengetahuan dan belum optimalnya pengalaman kerja kader (Gustaman, *et al.* 2025)

b. Peningkatan Status Gizi Ibu Hamil KEK

Variasi hasil LiLA dan BB tidak bisa dilepaskan dari karakteristik responden. Seluruh responden utama adalah IRT dengan pendidikan SMA–S1 (Tabel 4.2), yang secara teoritis memiliki kapasitas memahami manfaat PMT. Namun usia responden yang rentangnya sangat muda Ny. M (Responden 5 dan 10) berusia 16 tahun berpotensi meningkatkan risiko KEK karena tubuh remaja masih dalam fase pertumbuhan sehingga bersaing dengan kebutuhan janin. Kader yang mendampingi (Tabel 4.3) mayoritas berpendidikan SMA–S1 dan berusia produktif (27–45 tahun), namun tanpa pelatihan khusus (temuan aspek input), kapasitas mereka dalam pengukuran antropometri yang akurat menjadi terbatas.

Peningkatan status gizi yang terjadi dapat disebabkan oleh tambahan asupan energi dan protein yang diperoleh ibu hamil selama mengikuti program PMT. Asupan gizi yang cukup akan membantu memenuhi kebutuhan metabolisme selama kehamilan, meningkatkan cadangan energi tubuh, serta mendukung pertumbuhan jaringan ibu dan janin. Perbaikan status gizi tersebut tercermin melalui peningkatan ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) yang merupakan salah satu indikator risiko KEK pada ibu hamil.

Keberhasilan 60% responden keluar dari kondisi KEK menunjukkan bahwa program telah memberikan manfaat yang signifikan. Namun, masih terdapat 40% ibu hamil yang belum mengalami perbaikan status gizi sesuai target. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kepatuhan konsumsi PMT yang kurang optimal, usia kehamilan yang berbeda saat memulai intervensi, kondisi kesehatan ibu, serta faktor sosial ekonomi keluarga yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi secara keseluruhan.

Peningkatan berat badan rata-rata 1,5 hingga 2 kg setiap bulan, hasil peningkatan LiLA rata-rata 1 hingga 2 cm pada sebagian ibu hamil diperkuat oleh hasil wawancara yang menunjukkan bahwa ibu rutin mengonsumsi PMT setiap hari, serta naiknya kadar hemoglobin menunjukkan adanya respons positif dari tubuh terhadap program intervensi tersebut. Selain berpengaruh pada ibu,

program ini juga membantu menurunkan jumlah bayi yang lahir dengan berat badan rendah. Ini mendukung kerangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) sebagai masa yang sangat penting untuk melakukan intervensi terkait gizi.

Terlepas dari kelebihan atau kekurangan pengukuran antropometri, tentu saja terdapat juga kelemahan atau kekurangan yang dialami dari pengukuran ini, Salah satunya tidak sensitif karena metode ini tidak mampu mendeteksi kondisi gizi secara cepat. Selain itu, metode ini juga tidak bisa mengenali kekurangan zat gizi tertentu seperti zink dan besi. Faktor lain seperti penyakit, keturunan, dan penggunaan energi yang berkurang juga bisa memengaruhi akurasi dan kepekaan pengukuran antropometri (Gustaman *et al.* 2025).

“Peningkatan hasil pengukuran naik ji.” (J.F 39 Tahun).

“Kalau ibu hamil naik terus ji kadang juga turun kalau lagi sakit.”(N.S 26 Tahun)

Faktor paling dominan yang secara langsung mempengaruhi kenaikan LiLA dan BB adalah kecukupan asupan energi dan protein harian. Untuk memperoleh penambahan berat badan sebesar 0,5 kg/minggu pada ibu hamil KEK, dibutuhkan tambahan asupan energi sebesar 500 kkal/hari, dimana kurang dari 25% kandungan energi dalam makanan tambahan berasal dari protein. Kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro maupun mikro yang berkelanjutan mengakibatkan terjadinya KEK yang ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama, yang

diukur dengan LiLA kurang dari 23,5 cm. Dalam penelitian ini, variasi kenaikan LiLA (0,5–3,0 cm) dan BB (1,5–11,3 kg) antarresponden sangat mencerminkan perbedaan dalam hal kecukupan asupan ini (Kemenkes, 2024).

Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi PMT secara rutin merupakan faktor penentu langsung keberhasilan peningkatan status gizi. Pengetahuan gizi yang kurang serta kepatuhan dalam konsumsi makanan tambahan menjadi penyebab utama mengapa hanya sebagian ibu hamil KEK yang berhasil berubah menjadi status gizi normal, bahkan dalam kondisi program yang telah berjalan ((Ismiati 2025). Faktor-faktor lain seperti usia kehamilan yang bertambah, pola makan sehari-hari, kepatuhan konsumsi PMT, serta kondisi kesehatan ibu juga dapat mempengaruhi kenaikan berat badan selama periode pendampingan (Yuliani et al. 2026).

Beberapa kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan, serta analisis dan asumsi yang keliru yang biasanya berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalahan alat dan kesulitan pengukuran (Yunita, *et al.* 2023).

Meskipun sebagian besar ibu sudah lebih baik, ada beberapa ibu masih belum ada perubahan yang jelas karena mereka kurang mematuhi aturan makan dan merasa bosan dengan jenis makanan yang diberikan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan

suatu program tidak hanya bergantung pada jenis intervensi yang diterapkan, tetapi juga dipengaruhi oleh pola konsumsi masyarakat dan tingkat kualitas bimbingan yang diberikan oleh para petugas gizi.

Secara keseluruhan, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan Program PMT ASS bersifat sistemik: kualitas input (SDM 32 orang, dana cukup, bahan lokal tersedia) memungkinkan proses berjalan dengan skor 89%, yang pada akhirnya menghasilkan output berupa 60% ibu hamil keluar dari KEK. Adapun 40% yang belum berhasil dapat ditelusuri kembali ke celah pada aspek proses, khususnya ketidaktepatan jadwal distribusi dan belum adanya pelatihan khusus bagi kader, yang keduanya berakar pada keterbatasan di aspek input. Dengan demikian, perbaikan program di masa depan sebaiknya dimulai dari penguatan aspek input dan proses sebelum mengharapkan peningkatan output yang lebih merata.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil dalam Program Aksi Stop Stunting (ASS) di Kota Palopo telah berjalan cukup baik dari aspek input, proses, dan output. Program ini mampu membantu memperbaiki kondisi KEK pada ibu hamil melalui peningkatan asupan energi dan protein yang berdampak pada peningkatan berat badan, IMT, dan LiLA ibu hamil.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 60% ibu hamil mengalami peningkatan status gizi setelah intervensi PMT, sedangkan 40% lainnya masih mengalami KEK. Meskipun demikian, masih terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan program, seperti ibu hamil yang sulit dihubungi, kepatuhan konsumsi PMT yang belum optimal, serta kejenuhan terhadap menu PMT. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan pemantauan, edukasi gizi, dan variasi menu PMT agar program dapat berjalan lebih efektif dalam mendukung pencegahan stunting di Kota Palopo.

B. Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Palopo

Diharapkan dapat meningkatkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program PMT secara berkala, memperkuat koordinasi lintas sektor, serta meningkatkan variasi menu PMT agar ibu hamil tidak mengalami kejenuhan dalam mengonsumsi makanan tambahan.

2. Bagi Petugas Gizi dan Kader Kesehatan

Diharapkan lebih aktif melakukan edukasi, pendampingan, dan pemantauan kepada ibu hamil KEK terkait pentingnya konsumsi PMT secara rutin untuk meningkatkan status gizi selama kehamilan.

3. Bagi Ibu Hamil

Diharapkan dapat lebih patuh dalam mengonsumsi PMT yang diberikan serta menerapkan pola makan bergizi seimbang agar kebutuhan nutrisi selama kehamilan dapat terpenuhi dengan baik.

4. Bagi Pemerintah Daerah

Diharapkan dapat terus mendukung keberlanjutan Program ASS dan PMT melalui penyediaan anggaran, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, serta penguatan intervensi gizi untuk menurunkan angka KEK dan stunting di Kota Palopo.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat melakukan penelitian lebih mendalam mengenai efektivitas PMT berbasis pangan lokal, faktor kepatuhan konsumsi PMT, serta hubungan jangka panjang antara perbaikan status gizi ibu hamil dengan penurunan kejadian stunting pada anak.

