

EVALUASI PROGRAM PMT BAGI IBU HAMIL DAN BALITA DALAM PENCEGAHAN STUNTING

Lia Aria Ratmawati, Ratih Subekti
Politeknik Banjarnegara
email: liaaria13@gmail.com

Riwayat Artikel: Diterima: 24-10-2025, direvisi: 19-10-2025, dipublikasi: 28-11-2025

ABSTRACT

Nutritional problems in pregnant women and toddlers cause growth and development disorders and the risk of stunting. Strategic efforts to address this include providing locally sourced supplementary feeding (PMT). The objective of this study was to collect data and information related to the evaluation of the locally sourced supplementary feeding program for pregnant women and toddlers in preventing stunting. This study used a mixed-methods research design with a sequential explanatory approach. The subjects consisted of 26 pregnant women, 27 mothers of toddlers, 27 PMT cadres, 11 nutritionists, and 9 heads of Community Health Centers. Primary data collection techniques were conducted through in-depth interviews using the 2024 Ministry of Health PMT Program Monitoring and Evaluation questionnaire, and secondary data collection through nutrition report documents. Data analysis used two stages: univariate analysis of interview data grouped according to themes in a narrative manner. The results showed that the input, process, and output components had been implemented quite well. The failure of the PMT program included picky eating among toddlers, inappropriate eating habits in the family, and a lack of diligence among parents/caregivers in providing PMT.

Keywords: Program Evaluation; PMT; KEK; Malnutrition.

ABSTRAK

Permasalahan gizi pada ibu hamil dan balita menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan serta risiko terjadinya stunting. Upaya strategis mengatasinya melalui Pemberian Makanan Tambahan (PMT) berbahan lokal. Tujuan penelitian adalah mengumpulkan data dan informasi terkait evaluasi program PMT berbahan pangan lokal bagi ibu hamil dan balita dalam pencegahan stunting. Penelitian ini menggunakan *mixed methods research* pendekatan *ekplanatoris sekuensial*. Subjek penelitian terdiri dari 26 ibu hamil, 27 ibu balita, 27 kader PMT, 11 ahli gizi, dan 9 Kepala Puskesmas. Teknik pengumpulan data primer melalui wawancara mendalam menggunakan daftar pertanyaan Monev Program PMT Kemenkes RI tahun 2024 dan pengumpulan data sekunder melalui dokumen laporan gizi. Analisis data menggunakan 2 tahap yaitu analisa univariat data hasil wawancara yang dikelompokkan sesuai tema secara narasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen *input*, *proses* dan *output* telah dilaksanakan cukup baik. Ketidakberhasilan program PMT diantaranya balita pilih-pilih makanan (*picky eater*), pola kebiasaan makan di keluarga yang kurang sesuai dan kurangnya ketelatenan orang tua/pengasuh balita dalam pemberian PMT.

Kata Kunci: Evaluasi Program; PMT; KEK; Gizi kurang.

Pendahuluan

Ibu hamil dan balita menjadi kelompok yang rentan mengalami masalah gizi, sehingga perlu mendapatkan perhatian khusus melalui asupan makanan yang bergizi (Perdirjen, 2016). Risiko ibu hamil dan balita dengan masalah gizi bisa menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan antara lain meningkatnya risiko bayi lahir dengan berat badan rendah dan stunting (Kemenkes RI, 2021a). Stunting menggambarkan defisiensi gizi kronis yang terjadi dalam periode kritis kehidupan, mulai dari masa kehamilan hingga dua tahun pertama kehidupan dan dapat menimbulkan gangguan perkembangan fisik salah satunya tinggi badannya lebih rendah dari standar. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024 menunjukkan sebesar 19,8% balita mengalami stunting, yang berarti lebih rendah dari target yang ditetapkan sebesar 20,1% (Kemenkes RI, 2025b).

Program PMT pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) menjadi Upaya dalam penanganan masalah gizi pada ibu hamil dan balita. Prinsip dasarnya menggunakan bahan lokal yang mudah diperoleh, dalam bentuk makanan pelengkap siap santap atau kudapan dari lauk hewani (Kemenkes RI, 2021a). Program PMT juga dilengkapi dengan pendidikan tentang gizi, perubahan perilaku, dan pemberian ASI, konseling pemberian makan. PMT menggunakan bahan lokal sesuai daerah masing-masing dan diberikan setiap hari. Lama waktu pemberian PMT bagi balita dengan berat badan tidak naik (*weight faltering*) selama 14 hari, balita dengan status gizi kurang/BGM (*underweight*) selama 30 hari, balita dengan status gizi kurang atau buruk (*wasting*) diberikan selama 60 hari, balita pendek atau sangat pendek (*stunting*) diberikan selama 90 hari serta pada ibu hamil KEK diberikan selama 120 hari (Perdirjen, 2016).

Kabupaten Banjarnegara menjadi salah satu lokasi fokus stunting wilayah Provinsi Jawa Tengah yang telah menerapkan program PMT sejak tahun 2024. Anggaran PMT sumber dari dana DAK Non Fisik Kementerian Kesehatan dan Bantuan Keuangan Provinsi Jawa Tengah (Dinkes

Propinsi Jateng, 2024). Sebelumnya telah ada penelitian yang telah dilakukan (Ulya & Maharani, 2024) dengan judul Evaluasi Pelaksanaan PMT Sebagai Upaya Perbaikan Gizi Balita Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas KarangDoro Kecamatan Semarang Timur menggunakan metode kuantitatif dengan responden Kepala Puskesmas, Tenaga Pelaksana Gizi sebanyak 3 orang, Kader desa sebanyak 6 orang, Sub Pemberdayaan Masyarakat dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang. Kebaruan dalam penelitian evaluasi program PMT yang dilakukan saat ini menggunakan *mixed methods research* dengan pendekatan *ekplanatoris sekuensial*. Subjek penelitian meliputi 26 ibu hamil, 27 ibu balita, 27 kader PMT, 11 ahli gizi, dan 9 Kepala Puskesmas. Keunggulan penelitian ini mengevaluasi program PMT tidak hanya pada balita tetapi juga ibu hamil dengan mengambil lokasi penelitian di wilayah kerja Puskesmas dengan pembagian wilayah perkotaan, perbatasan dan dataran tinggi.

Salah satu kegiatan pendampingan kegiatan PMT yang telah dilakukan oleh Ika, dkk pada anak usia dini di TK Aisyiyah Bustanul Athfal 1 di Kecamatan Asembagus disampaikan bahwa siswa-siswi TK mendapatkan pengenalan berbagai variasi makanan dari sumber karbohidrat dan protein yang berasal dari pangan lokal (Ika Junia Ningsih, Ismi Jasila, 2022) (Ika Junia Ningsih, Ismi Jasila, 2022). Pada kegiatan penelitian lainnya yang dilakukan Tantriaati, dkk dengan judul Evaluasi Program PMT Anak Usia Dini disampaikan bahwa pelaksanaan evaluasi program PMT yang meliputi *input*, *proses* dan *product* terlaksana cukup baik, tetapi keseimbangan gizi masih belum terpenuhi disebabkan karena anak kurang menyukai sayur (Tantriaati & Setiawan, 2023). Kebaharuan dalam penelitian ini adalah subjek penelitian meliputi ibu hamil dan balita yang mengalami masalah gizi dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif melalui *mixed methods research* dengan menggunakan instrumen daftar pertanyaan Monev Program PMT Kemenkes RI tahun 2024.

Tujuan penelitian ini adalah mendapatkan data dan informasi mengenai evaluasi program PMT berbahan lokal pada

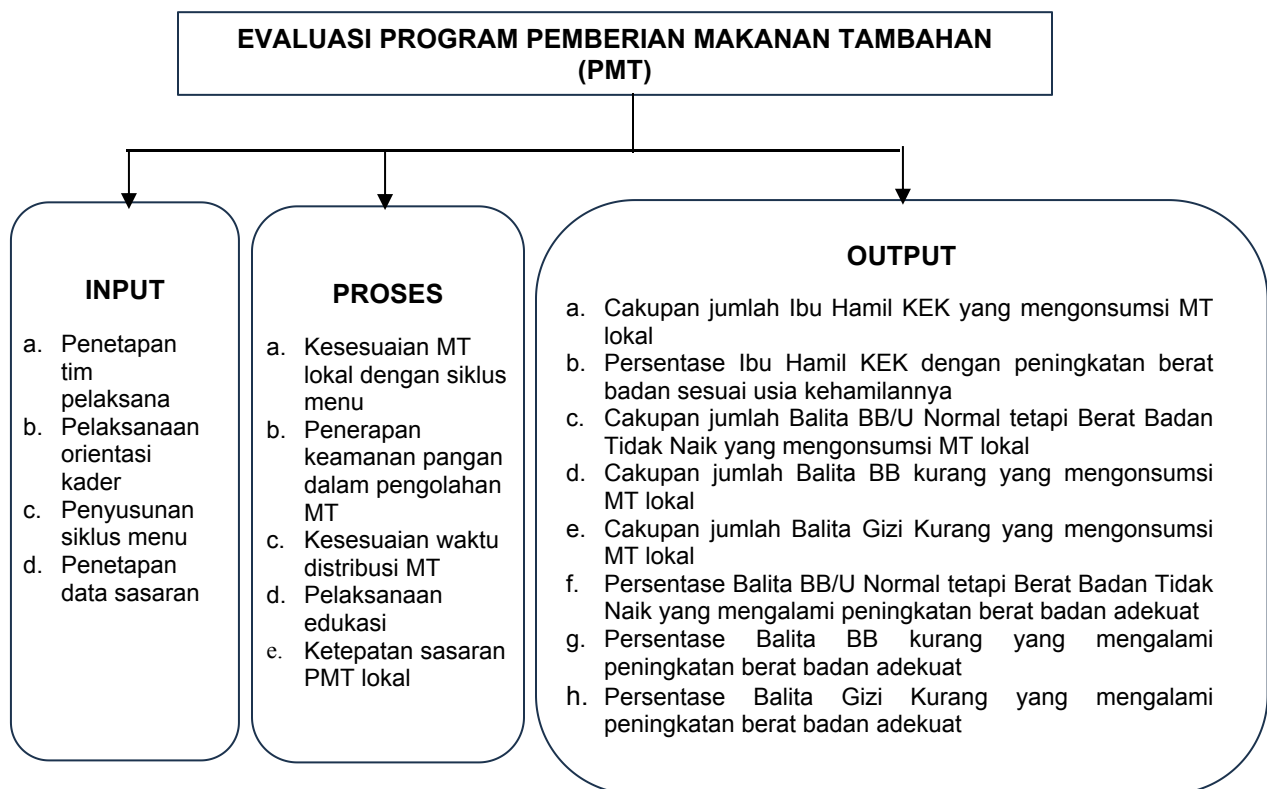
ibu hamil dan balita dalam upaya pencegahan stunting. Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan masukan untuk para pemangku kepentingan dalam mengambil keputusan terkait keberlanjutan program, peningkatan pelaksanaan program, serta mengetahui tingkat keberhasilan dari program PMT berbahan lokal di Kabupaten Banjarnegara.

Metode

Pendekatan penelitian ini menggunakan *mixed methods research* dengan metode *ekplanatoris sekuensial*. Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan Juli sampai Oktober 2025 dengan tempat penelitian di 9 Puskesmas wilayah kerja Dinas Kabupaten Banjarnegara. Teknik pemilihan subjek penelitian melalui *purposive sampling* dengan kriteria inklusi ibu hamil KEK (IMT $<18,5\text{kg/m}^2$ atau ukuran

Lingkar Lengan Atas (Lila) $<23,5\text{cm}$ dan ibu balita yang mempunyai anak balita dengan masalah gizi meliputi anak balita berat badan tidak naik/*weight faltering* (T), berat badan kurang/*underweight* (BB/U nilai z-skor <-2 SD) dan gizi kurang/*wasting* (BB/PB atau BB/TB nilai z skor -3 SD s.d <-2 SD) yang menerima PMT tahun 2024 melalui dana DAK Non Fisik Kementerian Kesehatan dan Bantuan Keuangan Provinsi Jawa Tengah. Penentuan subjek penelitian diambil data dari SIGIZI dan dokumentasi laporan Kluster 2 (KIA).

Data primer diperoleh dari *indepht interview* pada ibu hamil dan ibu balita yang mendapat PMT tahun 2024 yaitu meliputi informan utama (*key informan*) terdiri dari 26 informan ibu hamil dan 27 informan ibu balita, informan triangulasi terdiri dari 27 kader pendamping PMT, 11 informan ahli gizi dan 9 informan Kepala Puskesmas.



Bagan 1. Evaluasi Program PMT

Jumlah informan dipilih berdasarkan prinsip kecukupan dan kesesuaian. Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan metode analisis data tematik. Kegiatan penelitian dimulai dengan

menentukan tema yang relevan berdasarkan fenomena yang diteliti, lalu dipertautkan dengan tema penelitian utama. Proses teknis dimulai dengan mengumpulkan hasil wawancara dan

observasi, lalu mengelompokkannya secara sistematis ke dalam tema-tema tertentu, kemudian dikembangkan lebih lanjut hingga diperoleh kesimpulan yang jelas (Martha & Kresno, 2016).

Instrumen yang digunakan lembar Monev Program PMT Kemenkes RI Tahun 2024 sebagai pedoman wawancara mendalam. Sedangkan instrumen untuk pengambilan data perubahan berat badan dan LiLA pada ibu hamil dan perubahan berat badan serta panjang/tinggi badan pada balita dengan masalah gizi sebelum dan sesudah diberikan PMT melalui dokumentasi laporan gizi. Analisis data menggunakan 2 tahap yaitu tahap pertama melalui analisa univariat untuk mengetahui perubahan berat badan, LiLA dan panjang/tinggi badan pada ibu hamil dan balita dengan masalah gizi. Tahap kedua melalui analisis data yang dilakukan dengan cara mentranskripsikan hasil wawancara yang diperoleh kemudian dikelompokkan sesuai tema dan dilakukan penafsiran data secara narasi.

Ijin penelitian telah dikeluarkan dari Dinas Tenaga Kerja, Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Pemerintah Kabupaten Banjarnegara dengan Nomor 503/163/Naker PMPTSP/ 2025 serta ijin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara Nomor 000.9/3732/KES/2025. *Inform consent* telah dibuat dan disetujui serta ditandatangani oleh responden.

Hasil dan Pembahasan

Evaluasi program PMT bagi ibu hamil dan balita dengan masalah gizi dilaksanakan secara berjenjang oleh tim pelaksana di Puskesmas. Kegiatan ini dilakukan guna mendapat informasi dan data pelaksanaan program PMT yang digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan dalam proses menjaga kualitas dan perbaikan pelaksanaan program ini. Evaluasi program PMT meliputi indikator *input*, *proses*, dan *output*. Indikator *input* meliputi penetapan tim pelaksana, pelaksanaan orientasi kader, penyusunan siklus menu, dan penetapan data sasaran.

Komponen input yang pertama adalah penetapan tim pelaksana program PMT.

Hasil penelitian dapat terlihat dalam tabel 1.

Tabel 1. Penetapan Tim Pelaksana

Informan	Penetapan Tim Pelaksana
R90	"Ada SK tim PMT"
R93	"SK Tim Pelaksana PMT ada. SK tim Puskesmas dikeluarkan dan ditandatangani oleh Ka. Pusk, untuk nama-nama tim di dalam SK tersebut direbug dan disepakati bersama sesuai tugas dan tanggungjawabnya, termasuk nama kader pelaksana PMT di dalamnya. Ka.Pusk berperan sebagai penanggung jawab di dalam SK."
R94	"Untuk SKnya ada dan dibuat oleh Puskesmas. Dan saya sendiri penanggungjawabnya dan ketuanya dari ahli gizinya."
R97	"Kalau yang PMT kaitan dengan yang di Kecamatan itu SKnya itu Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS). Kalau dari Puskesmas itu khusus untuk PMT kita ada SKnya. Termasuk yang dengan desa itu ya. Kalau di TPPS saya selaku wakil ketua, kalau yang di SK Tim Puskesmas sebagai penanggungjawab."

Hasil penelitian menunjukkan temuan hasil bahwa berdasarkan keterangan informan, bahwa SK tim pelaksana PMT telah dibuat dan diterbitkan oleh Kepala Puskesmas sebagai penanggungjawab kegiatan PMT dan peran Kepala Puskesmas menunjukkan kesesuaian dengan petunjuk teknis PMT yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Informan mendeskripsikan bahwa SK tim pelaksana PMT telah diterbitkan oleh kepala Puskesmas sebagaimana diungkapkan oleh informan R90, R93, R94, dan R97 (tabel 1).

Penyelenggaraan kegiatan PMT lokal membutuhkan dukungan dari berbagai program dan sektor yang berbeda. Dalam pelaksanaan PMT lokal, Puskesmas memiliki peran penting seperti berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, pemerintah desa, serta Posyandu. Tugas lainnya meliputi perencanaan kegiatan PMT lokal, seperti penyusunan kerangka acuan kegiatan, penentuan tim pelaksana, verifikasi data sasaran, penentuan lokasi lokus, penyusunan siklus menu, dan penyusunan RAB (Perdirjen, 2016).

Penetapan tim pelaksana dilakukan oleh Kepala Puskesmas. Tim tersebut terdiri dari anggota Puskesmas, perwakilan Pemerintahan Desa atau Kelurahan, tokoh masyarakat, PKK, serta unsur lainnya seperti Dasa Wisma, Karang Taruna, dan masyarakat umum seperti kelompok tani, warung lokal, serta yang lainnya. Penetapan tim pelaksana dilakukan melalui surat penunjukkan yang ditandatangani oleh Kepala Puskesmas (Kemenkes RI, 2025a).

Penelitian Bahar, dkk (2025) menyatakan bahwa petugas yang bertugas pada program PMT adalah petugas gizi, bidan, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga promosi kesehatan, seperti yang tercantum dalam surat keputusan tim (Bahar et al., 2025). Hal ini juga selaras dengan penelitian (Doren et al., 2019) menyampaikan bahwa tim program PMT berada dalam satu tim UKM essensial yang berkaitan dengan gizi terdiri dari kepala Puskesmas selaku pimpinan, petugas gizi, bidan, tenaga promosi kesehatan, tenaga kesehatan lingkungan, dan kader PMT.

Penelitian lainnya disampaikan bahwa pendampingan satu anak balita yang mengalami gizi buruk oleh satu kader dilakukan agar proses peningkatan gizi dapat lebih terlihat dan diawasi sampai ke tingkat rumah tangga, sehingga anak tersebut bisa meningkatkan kondisi gizinya. Pendampingan ini melibatkan petugas gizi dari Puskesmas, petugas dari berbagai program, serta petugas dari berbagai sektor lainnya (Alfiantiningsih et al., 2024).

Kemampuan para pengelola sudah cukup baik, karena program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sudah terbagi dengan rinci. Ada yang bertugas di dapur untuk memasak PMT dan ada yang bertugas mengantarkan PMT ke rumah sasaran. Program ini berlangsung selama tiga bulan. Namun, para Kader Pembangunan Masyarakat (KPM) tidak ikut serta dalam mencatat data selama kunjungan ke rumah sasaran. Data hasil penimbangan dan pengukuran dikirim ke kantor Bina Keluarga Balita (BKB) (Halisah et al., 2024).

Komponen input yang kedua adalah pelaksanaan orientasi kader program PMT bagi ibu hamil dan balita dengan masalah gizi. Tabel 2. menyajikan data bahwa dalam

pelaksanaan orientasi kader program PMT didapatkan keterangan informan, bahwa pelaksanaan orientasi kader telah dilakukan yang meliputi 2 kegiatan yaitu pemberian materi teori dan praktik pembuatan menu PMT bagi ibu hamil dan balita dengan masalah gizi yang melibatkan kader pendamping PMT dengan narasumber ahli gizi Puskesmas. Hal ini selaras dengan yang disampaikan informan R83, R84, dan R88.

Tabel 2. Pelaksanaan Orientasi Kader

Informan	Pelaksanaan Orientasi Kader
R83	"Orientasi untuk kader 8 desa di bagi menjadi 2 kegiatan, jadi 1 hari materi 1 hari praktik masaknya di Puskesmas sesuai dengan menu. Untuk praktik perdesa beda, kan ada 10 hari. Berarti cuma 8 menu karena 8 kelompok, yang hadir cuma kader PMT setiap desa 8 orang yang hadir, 1 desa 8 kader berarti jumlahnya 64 orang."
R84	"Ada di linprog, linsek lanjut, mensosialisasikan di desa dengan cara pembekalan tadi, pembekalan dilakukan oleh petugas gizi dan tim dengan nara sumber petugas gizi, pesertanya kader pelaksana PMT di bagi misal ada posyandu 5 kita ambil 2 atau 1 orang untuk setiap posyandunya, karena posyandu menyangkut sasaran penerima setiap kelompok ada. Dilaksanakan sesuai RAB yaitu 2 kali untuk setiap desa itu ada teori dan praktik, Pelaksanaan di desa jadi petugas gizinya yang ke desa nanti kesepakatan mau di rumah kader atau di balai desa atau di PKDnya sendiri, itu 1 hari teori 1 hari praktik."
R88	"Sebelum pelaksanaan PMT, itu hanya satu hari. Jadi menghemat tenaganya, jadi supaya saya nggak keliling semua desa. Jadi kita yang mengundang ke sini, tapi nggak semua kader yang mengelola PMT. Jadi perwakilan aja satu desa masing-masing dua orang. Terus setelah materi, baru praktek pembuatan PMT lokal. Praktek pembuatan, metodenya saya bagi lima kelompok, dibagi lima kelompok, terus masing-masing kelompok membuat satu menu, jadi nanti saya siapkan ada lima menu"

dari 10 siklus menu itu, diambil lima, terus nanti dikocok kelompok satu dapatnya menu apa, kayak gitu. Terus nanti kalau sudah baru masak, kalau tahun kemarin itu masaknya kebetulan di Puskesmas, jadi untuk peralatan dan bahan-bahan yang menyediakan dari kami. Bu kader hanya tinggal berangkat saja,

Sebelum kegiatan PMT dilakukan, tim pelaksana melakukan sosialisasi dan advokasi kepada para pemangku kebijakan, seperti Pemerintahan Desa atau Kelurahan, tokoh masyarakat, kader, serta sasaran penerima. Selain itu, tim pelaksana juga mendapatkan pembekalan guna memastikan pelaksanaan PMT berbahan pangan lokal berjalan sesuai dengan petunjuk teknis yang telah ditetapkan. Pembekalan tersebut melibatkan unsur dari Puskesmas, kader, perangkat Desa atau Kelurahan, serta pihak lain yang terlibat dalam kegiatan tersebut (Kemenkes RI, 2025a).

Pernyataan ini didukung dengan penelitian sebelumnya bahwa pelatihan dan sosialisasi dalam program PMT telah diperoleh oleh petugas kesehatan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan. Selain itu, kader juga telah mengikuti pelatihan pembuatan PMT yang diberikan oleh Puskesmas Benu-Benua. Sosialisasi berupa materi yang berasal dari Peraturan Menteri Kesehatan (Bahar et al., 2025).

Pada jurnal pengabmas tim Mardiana, et al. (2024) mengadakan evaluasi pada para kader posyandu berupa pengisian kuesioner *posttest* dengan hasil terdapat peningkatan rata-rata pengetahuan peserta dari *pretest* ke *posttest* sebesar 22,40 poin. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan peserta sebelum dan setelah diberikan edukasi mengalami peningkatan. Peningkatan tersebut terjadi karena peserta antusias mengikuti kegiatan ini. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian edukasi mengenai ilmu gizi dan pelatihan membuat makanan tambahan berbasis pangan lokal bagi balita gizi kurang sangat penting, karena berhasil meningkatkan pengetahuan peserta yang sebelumnya

tidak tahu menjadi tahu, dan yang sudah tahu menjadi lebih tahu (Mardiana et al., 2024)

Kader posyandu memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan anak balita di masyarakat. Dengan memiliki pengetahuan yang cukup tentang pemberian PMT yang menggunakan bahan makanan lokal, kader dapat menjadi sumber informasi yang baik bagi para ibu balita. Dengan diberikan pendidikan dan pelatihan mengenai PMT, pengetahuan kader akan meningkat, sehingga mereka bisa lebih siap dalam memberikan ilmu kepada para ibu balita (Krisnana & Rachmawati, 2017).

Komponen input yang ketiga adalah penyusunan siklus menu yang menjadi dasar utama dalam evaluasi program PMT. Dalam tabel 3, menunjukkan bahwa informasi dari informan siklus menu sudah disusun dengan meliputi menu kudapan dan menu makanan lengkap. Penyusunan siklus ini diutamakan menu yang tinggi protein dan double protein. Hal ini selaras dengan yang disampaikan informan R81, R82, dan R86.

PMT yang menggunakan bahan lokal untuk balita adalah makanan yang sudah bisa langsung dimakan, dalam bentuk makanan utama atau camilan yang kaya akan protein hewani. Makanan ini dibuat dengan memperhatikan keseimbangan asupan gizi. PMT yang dibuat dari bahan lokal untuk ibu hamil juga merupakan makanan yang sudah bisa langsung dimakan, dalam bentuk makanan utama atau camilan yang mengandung protein hewani dengan memperhatikan keseimbangan gizi, serta membatasi penggunaan gula, garam, dan lemak tinggi. PMT ini hanya sebagai tambahan nutrisi dan bukan pengganti makanan pokok. Penyusunan menu makanan dilakukan sesuai dengan standar oleh ahli gizi Puskesmas, dengan mempertimbangkan ketersediaan bahan lokal di sekitar dan standar yang sudah ditentukan, serta dibuat dalam jangka waktu minimal 7 hari. Penentuan siklus menu memengaruhi perencanaan kegiatan dan anggaran yang akan digunakan (Kemenkes RI, 2025a).

Tabel 3. Penyusunan Siklus Menu

Informan	Penyusunan Siklus Menu
R81	"Iya tersedia siklus makan, itu setiap 10 hari. Itu yang menyusun dari saya Bu. Jadi kalo menu 10 hari itu kita bagi jadi 2 jenis. Karena sesuai diuknis itu lebih banyak kudapan, jadi 9 hari kudapan dan 1 hari menu makanan utama. Untuk menu kudapannya itu kita biasanya menggunakan menu yang tinggi protein, biasanya double protein. Seperti kita modifikasi menu ya bu, misal kalo kita melihat sempol menunya hanya menggunakan ayam saja dan telur sebagai pelapisnya, ini kita bagi komposisinya bagi 2 ayam setengah sapi setengah, atau ayam setengah udang setengah, jadi double protein."
R82	"Tersedia. Satu siklus 10 hari plus 1. Kalau yang 10, jadi ini sebenarnya siklusnya sama nggih, terdiri dari menu kudapan atau snack atau selingan dan makanan pelengkap itu kami plot selang-seling, yang penting 5 5 atau 4 6 gitu. Selanjutnya kami juga dievaluasi berdasarkan menu sebelumnya, sebelumnya mungkin ada yang tidak suka ada yang tidak doyan jadi mungkin ganti lagi pada periode selanjutnya. Untuk contoh menu kudapan itu kita ada dimsum, kita ada 2 jenis sekali penyajian, dimsum dan buah, atau dimsum dan bubur, puding, terus yang kedua ada kroket ayam sama buah terus sate telur puyuh sama puding kacang ijo. Kalau lengkap kita ada menu nasi lengkap terus ada one dish meal, menu nasi lengkap ada nasi, lauknya tadi hewannya katsu, nabatinya itu tempe/tahu, sayurnya itu sayur rebus, buah."
R86	"Ada, kita yang membuat dari pemegang program gizi 1 siklus terdiri dari 10 hari jadi per 10 hari kita kembali ke siklus awal tapi setelah 1 bulan pelaksanaan khususnya untuk ibu hamil kita memberikan kebebasan untuk kadernsiklus menu, artinya untuk ibu hamil kan siklusnya lebih susah dari pada anak anak karena beliau mampu menyuarkan seleranya,

tetapi dengan bahan bahan sesuai siklus menunya. 1 hari pertama menu lengkap hari berikutnya kudapan begitu juga seterusnya sampai dengan siklus ke 10, 5 lengkap 5 kudapan.

Penelitian Nabila dan Astuti bahwa program PMT di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk menggunakan makanan siap santap berbasis bahan lokal. Setiap kotak berisi dua jenis kue, satu kotak susu dengan volume 200 sampai 300 ml, dan satu potong buah. Menu makanan disusun oleh tenaga gizi dengan bantuan Kepala Puskesmas Jelbuk, mengacu pada pedoman gizi seimbang (Nabila, F.H, Astuti, 2024).

Sejalan dengan penelitian lain didapatkan hasil bahwa dari total 52 responden terlihat bahwa sebanyak 39 balita (75.0%) termasuk dalam kategori pangan beragam. Artinya, makanan tambahan yang mereka terima terdiri dari berbagai jenis pangan, seperti makanan pokok, lauk-pauk yang utamanya berupa makanan hewani, sayuran, dan buah. Hal ini memberikan manfaat gizi yang baik bagi balita. Sementara itu, ada 13 balita (25.0%) yang termasuk dalam kategori pangan tidak beragam. Makanan tambahan yang mereka terima hanya terdiri dari satu atau sedikit jenis pangan, bahkan belum sesuai dengan anjuran Kemenkes. Misalnya, nasi goreng tanpa tambahan protein atau sayuran, sehingga beberapa kebutuhan gizi balita tidak terpenuhi (Lamalani et al., 2025).

Komponen input yang terakhir adalah penetapan data sasaran penerima program PMT bagi ibu hamil dan balita. Menurut tabel 4, disampaikan bahwa informan menyampaikan bahwa data sasaran untuk pemberian PMT ibu hamil dan balita diambil dari aplikasi *SIGIZI* dan *EPPGBM* serta dilengkapi data kohort. Hal ini tampak pada informasi yang disampaikan informan R91, R92, R93 dan R96.

Tenaga kesehatan di Puskesmas bekerja sama dengan kader untuk berkoordinasi dengan Desa atau Kelurahan serta memverifikasi data sasaran yang akan mendapatkan PMT berupa bahan pangan lokal sesuai dengan wilayah kerja masing-masing. Data yang digunakan berasal dari laporan rutin (*SIGIZI* Terpadu) yang

mencakup nama dan Alamat (Kemenkes RI, 2025a).

Tabel 4. Penetapan Data Sasaran

Informan	Penetapan Data Sasaran
R91	"Sasaran PMT 2024 ini dilihat dari data hasil tarikan data di aplikasi SIGIZI. Ahli gizinya yang mengkoordinasikan ke bidan desa dan kadernya sesuai dengan kriteria yang ada di definisi operasionalnya. Jadi koordinasi dengan ahli gizi dan ahli gizi berkoordinasi dengan bidan desanya dan kader".
R92	"Sebenarnya sudah ada juknisnya. Sasarannya sudah ditentukan ya, seperti bumil KEK atau risiko KEK ya dengan IMT <18,5 LiLanya <23,5, kemudian balita dengan masalah gizi, berat badan tidak naik, berat badan kurang ataupun gizi kurang."
R93	"Cara menentukan sasaran dengan mengumpulkan data status gizi melalui EPPGBM dan menyesuaikan lama waktu penerima sesuai dengan permasalahan status gizinya. Setelah nama-nama dikumpulkan, lalu diserahkan kepada bides dan kader untuk memilih nama-nama balita yang bermasalah gizi tersebut, terkait pemberian yang dilaksanakan setiap hari, jadi bides dan kader yang lebih mengetahui balita tersebut sering berpergian atau tidak. Dan sebelum diberikan PMT, sasaran tersebut ada yang dikumpulkan di desa atau dikunjungi satu per satu untuk menyepakati kesediaan atau komitmen masing-masing sasaran untuk menerima PMT."
R96	"Untuk sasaran yang balita kami peroleh dari aplikasi Sie Gizi Kesga, untuk yang ibu hamil dari kohort dan data ANC bidan."

Sasaran program PMT ini adalah anak balita yang memiliki status gizi kurang, sesuai dengan data hasil pengukuran yang dilakukan oleh posyandu secara rutin setiap bulan. Anak balita yang dikategorikan gizi kurang ditentukan berdasarkan hasil

pengukuran indeks BB/TB dengan skor z pada rentang dari -3 SD sampai -2 SD (Nabila, F.H, Astuti, 2024).

Pada jurnal pengabdian masyarakat oleh tim Lamani, et al (2025) didapatkan bahwa pendataan anak-anak yang menerima PMT Lokal diambil dari data posyandu Desa Jangur. Data ini melibatkan anak-anak yang tidak mengalami peningkatan berat badan selama tiga bulan terakhir. Ada 15 anak dalam kategori gizi kurang dan 10 anak dalam kategori gizi baik, tetapi tetap tidak mengalami peningkatan berat badan. Berikut daftar 25 anak yang menjadi sasaran penerima PMT Lokal di Desa Jangur (Lamalani et al., 2025).

Pada evaluasi program PMT penilaian indikator proses meliputi kesesuaian MT (Makanan Tambahan) lokal dengan siklus menu, penerapan keamanan pangan dalam pengolahan MT, Kesesuaian waktu distribusi MT, pelaksanaan edukasi, dan ketepatan sasaran PMT lokal. Pada faktor kesesuaian MT lokal dengan siklus menu dalam program PMT disajikan dalam tabel 5.

Tabel 5. Kesesuaian MT Lokal Dengan Siklus Menu

Informan	Kesesuaian MT Lokal Dengan Siklus Menu
R58	"Sesuai, gak ada menu khusus karena selama ini belum ada yang alergi. Belum pernah mengganti olahan, belum pernah mengganti bahan sesuai."
R60	"Sudah sesuai. Tapi kalau jadwalnya bikin jus jambu enggak matang biasanya di ganti mangga, kita konfirmasi ke ahli gizinya. Tidak ada menu khusus alergi. Belum ada perubahan, paling jus jambu di ganti mangga atau alpukat kalo pas lagi ga ada atau ga matang."
R63	"Di tempat saya sesuai, tapi hanya satu yang tidak, satu anak soalnya ga doyan sama satu menu, satu menunya itu pas lele, itu ga doyan akhire diganti sama lauk hewani cuma ganti ayam."

R64	"Ada yang ganti satu anak, bukan ganti, dia alergi susu, kan itu ada soto yang pakai santan dan pakai susu, satu anak itu satu anak itu sebelum dikasih susu dia di ambilin dulu yang pakai santan tok tanpa susu. Terus ada satu lagi pas anak yang menu siomay itu dia kaya kurang suka terus dia mintanya digoreng, 2 anak yang kaya gitu".
R73	"Sesuai siklus yang dicontohkan tidak pernah di luar itu."
R76	"Sesuai resep, paling ganti misal yang kentang direbus, kadang lembek ya diganti digoreng. Cuma kayak gitu saja sich."
R79	"Sesuai bu. Pernah buah semangka diganti pisang, pernah juga diganti pepaya. Karena butuhnya memang sedikit bu semangkanya. Kalau beli 1 buah sayang akhirnya diganti buah yang tersedia. Ada balita yang tidak doyan lele. Pernah juga mengganti pengolahan bahan makanan. Ganti buah juga pernah karena kurang suka salah satu jenis buah tersebut."

Menurut tabel 5, informan menyampaikan siklus menu disusun sesuai dengan menu yang telah direkomendasikan oleh ahli gizi Puskesmas. Siklus menu juga menyesuaikan dengan kondisi balita dan ketersediaan bahan pangan di hari tersebut. Hal ini tampak pada informasi yang disampaikan informan R58, R60, R63, R64, R73, R76 dan R79.

Tim pelaksana menyepakati tentang tempat membeli bahan makanan. Memastikan tim pelaksana tahu cara memilih bahan makanan basah yang masih segar, tidak berbau amis, dan tidak busuk. Memastikan tim pelaksana perhatikan tanggal kedaluwarsa bahan makanan yang dibeli. Memastikan tim pelaksana melihat label halal dan izin edar produk makanan yang dikeluarkan oleh BPOM. Memastikan tim pelaksana mempertimbangkan faktor waktu dan musim dalam membeli bahan makanan lokal (Kemenkes RI, 2025a).

Memberikan makanan tambahan yang terbuat dari bahan pangan lokal dengan frekuensi dua kali sehari selama 14 hari atau dua minggu, serta memperhatikan jumlah

dan kualitas makanan yang sesuai dengan kondisi dan status gizi balita, dapat meningkatkan berat badan mereka. Pemberian makanan tambahan yang menggunakan bahan-bahan yang telah dimodifikasi dapat meningkatkan konsumsi protein, lemak, dan karbohidrat, serta berdampak positif pada peningkatan berat badan balita tersebut (Purbaningsih, Heny; Syafiq, 2023)

Indikator proses selanjutnya adalah penerapan keamanan pangan dalam pengolahan MT. Informan menyampaikan penerapan keamanan pangan dalam pengolahan MT sesuai 5 kunci keamanan makanan dan kebersihan yaitu cuci tangan pakai sabun di air mengalir sebelum makan, cuci bahan makanan yang akan diolah, pisahkan talenan untuk bahan makanan mentah dengan makanan matang. Hal ini tampak pada informasi yang disampaikan informan R54, R72, R78, R84 dan R88 (tabel 6).

Tabel 6. Penerapan Keamanan Pangan dalam Pengolahan MT

Informan	Penerapan Keamanan Pangan dalam Pengolahan MT
R54	"Disampaikan komposisi menu, seperti misalnya jenis makanan tertentu tidak boleh dipanaskan."
R72	"Iya bu, kita bekerja sesuai dengan masukan dan arahan dari ahli gizi, seperti wajib cuci tangan. Malah bolak-balik cuci tangan bu, gak tau berapa kali itu pas masak. Terus pisau dan talenan dipisah bu. Ada juga yang masak telur jangan sampai biru, sayuran jangan sampai berubah warna, menyimpan makanan pada suhu yang aman, dan kita airnya mengalir semua bu tidak pada penampungan."
R78	"Tempat cuci tangan pada air mengalir, talenan dicuci untuk dipakai ke semua jenis bahan makanan tidak dipisah-pisah tapi prinsipnya dicuci sudah kering baru dipakai."
R84	Kalau pisau lah beda-beda bu. Sayuran fresh pagi langsung diolah. Kalau protein sehari sebelumnya sudah pesen dulu."

“Sesuai sosialisasi yang kita jalankan kan sudah menyarankan misal mencuci tangan sebelum mengolah maknan atau sebelum memberikan makanan, untuk bahan makanan di cuci dengan bersih dan menggunakan talenan yang berbeda contohhya talenan daging dan sayur itu harus beda. Pada sesekali kita lakukan kunjungan ke desa. sudah melibatkan pengasuh balita kayak edukasi dengan memberikan saran.”

R88 “Diberikan penjelasannya sudah, waktu pembekalan itu. Tentang keamanan makanan PMT, jenis-jenis PMT, dan porsi-porsinya itu sudah disampaikan pas pembekalan di Puskesmas. Kalau untuk pelaksanaannya itu, belum tahu saya, belum konfirmasi lagi. Anu ya, tidak ada monitoringnya.”

Penerapan keamanan pangan dalam pengolahan makanan tambahan (MT) sesuai dengan 5 kunci keamanan makanan dan kebersihan. Sebelum memasak dan memberikan makanan kepada anak, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Pertama, cuci tangan dengan sabun menggunakan air yang mengalir, serta pastikan bahan makanan yang akan dipakai sudah dicuci dengan baik. Kedua, simpan bahan makanan mentah dan matang secara terpisah, serta gunakan pisau dan talenan yang berbeda untuk masing-masing jenis bahan. Ketiga, masak makanan dengan benar dan pastikan matang, terutama untuk bahan makanan yang berupa protein hewani. Keempat, simpan makanan yang sudah matang dalam suhu yang tepat dan aman. Terakhir, gunakan air dan bahan baku yang aman agar kualitas dan kebersihan makanan tetap terjaga (Kemenkes RI, 2025a).

Edukasi tentang keamanan pangan dan pengolahan makanan yang tepat bagi balita yang dilakukan dalam kegiatan pendampingan program PMT pangan lokal di Desa Tanjung dan Desa Kalijambe, kecamatan Bringin Kabupaten Semarang diberikan dalam rangka mendukung perubahan perilaku terkait dengan gizi pada balita (Pontang et al., 2025).

Indikator proses selanjutnya dalam evaluasi program PMT adalah kesesuaian waktu dan tempat distribusi PMT ditunjukkan pada tabel 7. Informan menyampaikan bahwa waktu pengantaran PMT diantara jam makan pagi dan makan siang atau diantara jam makan siang menuju makan sore. Serta terkadang menyesuaikan dengan kegiatan kader yang bertugas mengolah PMT. Hal ini tampak pada informasi yang disampaikan informan R4, R7, R10, R34, R44 dan R48.

Tabel 7. Kesesuaian Waktu dan Tempat Distribusi PMT

Informan	Kesesuaian Waktu dan Tempat Distribusi PMT
R4	“Kadang jam 9, jam 10an sekitar itu.”
R7	“Pagi hari jam 9, paling siang jam 11 sore kalau ada kegiatan.”
R10	“Jam 12 sampai jam 1 siang.”
R34	“Biasanya jam 10, kadang habis duhur, pernah jam 3an karena hujan”
R44	“Ambilnya jam 11.00 tepat karena sudah kesepakatan dengan kadernya.”
R48	“Paling lambat jam 10. Paling jam 1 atau kalau kadernya ada kegiatannya.”
R54	“Didistribusikan oleh kader sampai ke rumah sasaran.”
R75	“Tiap kader di posnya yang ambil, kalo yang rumahnya dekat diambil sendiri.yang dekat, paling rumahnya berapa meter.”

PMT diberikan setiap hari. Satu siklus menu setidaknya diberikan satu kali makanan lengkap sebagai sarana edukasi isi piringku, sisa hari lainnya diberikan sebagai makanan selingan/kudapan (Perdirjen, 2016).

Dalam penelitian Nurina, disampaikan bahwa masalah yang terjadi selama pelaksanaan program PMT adalah adanya perubahan jadwal distribusi PMT kepada ibu hamil dan balita. Hal ini terjadi karena musim hujan yang menyebabkan kesulitan bagi bidan dan kader dalam mengunjungi rumah sasaran (Nurina, 2016).

Indikator proses yang keempat Adalah pelaksanaan edukasi gizi yang tersaji dalam hasil penelitian yang ditunjukkan dalam

tabel 8. Informan menyampaikan bahwa pelaksanaan edukasi gizi telah dilakukan saat di awal kegiatan yaitu saat kegiatan sosialisasi oleh ahli gizi kepada kader. Kemudian edukasi gizi pada sasaran penerima PMT dilakukan saat kunjungan rumah atau saat mengantar makanan. Hal ini tampak pada informasi yang disampaikan informan R82, R84, R87, dan R88.

Tabel 8. Pelaksanaan Edukasi Gizi

Informan	Pelaksanaan Edukasi Gizi
R82	"Dalam pembekalan tentunya ada penyampaian edukasi narasumbernya ahli gizi, sanitarian, audiensnya kader, TPPKK, dan bu bidan. Isi materinya tentunya yang berkaitan dengan operasional PMT dan lain-lain, itu yang disampaikan ahli gizi, dan porsi, siklus, dll sesuai dengan standar porsi memenuhi gizi seimbang. Dokter itu menyampaikan tentang penyakit infeksi yang berkaitan dengan dapat menurunkan berat badan balita, ibu hamil. Kemudian sanitarian menyampaikan hygiene sanitasi. Pemenuhan gizi, ASI eksklusif yang memberikan ahli gizi dan bidan desa pada kelas ibu hamil, kelas ibu balita, dan kelas ibu balita penerima PMT."
R84	"Kita mengedukasi dan menekankan ke kader ini gunanya sebagai makanan tambahan jangan sampai ibu balita berfikir udah dapet ini kok ya udah jadi nggak usah makan, kita tekankan ini jadi makanan cemilan bukan pengganti."
R87	"Saat di awal ada edukasi tentang gizi, saat kegiatan sosialisasi juga diberikan kembali materi dari ahli gizi pada kader atau peserta. Kemudian edukasi gizi pada sasaran penerima PMT dilakukan saat kunjungan rumah saat mengantar makanan, kader juga turut serta menyampaikan."
R88	"Di awal ada. Jadi hanya sekali aja sih ibu. Pesertanya kader, di lakukan di Puskesmas dan yang memberikan materi saya (ahli gizi). Materinya juknis PMT saya lampirkan."

Terus mengenai PMBA, porsi makan, terus termasuk tadi keamanan makanan, kebersihan, dan sebagainya. Pemilihan bahan makanan. Contoh-contoh PMT lokal. Intinya prinsip PMT lokal itu double protein hewani, dan sebagainya kayak gitu."

Pemberian PMT harus diiringi dengan pendidikan tentang gizi dan kesehatan bagi ibu hamil, ibu yang sedang menyusui, risiko KEK, serta balita yang mengalami masalah gizi melalui konseling gizi. Hal ini bertujuan agar ibu hamil, ibu balita, dan pengasuh memahami, memiliki sikap positif, dan menerapkan perilaku yang sesuai dengan prinsip gizi seimbang sesuai kondisi dan kebutuhan mereka. Penyuluhan gizi dilakukan dalam kelompok kecil, dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan PMT yang menggunakan bahan pangan lokal, dan dapat dilakukan secara bersamaan dengan jadwal posyandu atau kegiatan masyarakat lainnya (Kemenkes RI, 2025a).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Supriasa, dkk (2024) melalui uji Kolmogorov Smirnov, uji-T berpasangan, dan uji Wilcoxon menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara pendidikan gizi seimbang dan pemberian MT terhadap asupan energi, protein, seng, berat badan, tinggi badan anak balita, serta pengetahuan gizi mereka ($p < 0,05$). Edukasi gizi dan pemberian MT berdampak pada asupan energi, protein, seng, berat badan, tinggi badan anak balita, dan pengetahuan gizi anak yang mengalami stunting (Supriasa et al., 2024).

Indikator *proses* dalam program evaluasi PMT selanjutnya adalah ketepatan sasaran PMT lokal, seperti tersaji dalam tabel 9. Informan menyampaikan bahwa data yang didapat melalui Puskesmas kemudian disampaikan kader untuk dibantu untuk mengkonfirmasi kesediaan ibu hamil dan ibu balita untuk balitanya mendapatkan PMT. Hal ini didapatkan pada informasi yang disampaikan informan R70, R78, R81, R83, R91, R92 dan R97.

Penentuan lokasi dan sasaran dilakukan oleh Puskesmas bersama desa atau kelurahan berdasarkan distribusi PMT yang menggunakan bahan makanan lokal.

Petugas kesehatan dari Puskesmas bekerja sama dengan kader melakukan koorindasi dengan desa atau kelurahan serta memverifikasi data para penerima PMT (Kemenkes RI, 2025a).

Tabel 9. Ketepatan sasaran PMT Lokal

Informan	Ketepatan Sasaran
R70	“Dari Puskesmas nanti kita kunjungi juga bersedia mendapatkan PMT atau nggak, kalau balita kita dari posyandu juga, kalau ibu hamil dari Puskesmas juga ya sama sih, pernah ada yang menolak kalau balita alasannya tidak dimakan, mengundurkan diri. Kalau bumil tidak ada yang menolak.”
R78	“Data dari PKM dikonfirmasi oleh kader, kemudian laporkan ke PKM melalui WA atau pertemuan. Jika sasaran bersedia maka masuk dalam list penerima PMT jika tidak bersedia maka dicari penggantinya sehingga jumlahnya sesuai.”
R81	“Data sasaran sesuai e-PPGBM, dari masalah gizi balita, disebarkan ke kader, ditanya apakah mau tidak sasarnya, kalo tidak mau/menolak diganti sasarnya.”
R83	“Kita datanya ada, kita narik data dulu yang di minta di SIGIZI, BOK kan gizi kurang sama bumil jadi nariknya gizi kurang lalu kita konfirmasi ke desa melalui bu kader dan bidan desanya mau menerima atau tidak kalau tidak berkenan bisa diganti. Alasan tidak berkenan itu ada faktor ekonomi ke atas, balitanya ada masalah gizi. bumil belum ada yang menolak, dari awal menerima namun di tengah menolak karena katanya anaknya nggak mau atau menolak dari pada nggak dimakan tapi tidak di konfirmasi ke kader malah kadang dibuang atau di kasih ke tetangganya, jadi bisa di ganti ke yang lain.”

R91	“Disini disesuaikan dengan jumlah kasus di tahun sebelumnya tahun 2023, dari tarikan data tahun 2023, itu yang anggaran BOK. Untuk Bankeu itu sudah dipetakan dari Dinas Kesehatan.”
R92	“Itu datanya diambil dari e-PPGBM, itu sesuai kategori yang sudah ditentukan. Karena itu sudah ada juknisnya sich. In Shaa Allah semua sasaran yang ada itu sudah sesuai.”
R97	“Jadi untuk sasaran itu memang kita mengaturnya pertama juknis dulu ya, juknis yang dari Kementerian Kesehatan. Kemudian kedua kita berdasarkan laporan e-PPGBM itu. Kemudian apa namanya, sebelum PMT berjalan pun kita mensosialisasikan kepada kader yang nantinya akan melaksanakan. Biasanya termasuk pelatihan PMT-nya di sini. Jadi kita undang untuk kader yang masing-masing desa itu untuk kita berikan sosialisasi kegiatan PMT. Kemudian baru nanti kita komunikasikan juga dengan kepala desa terkait dengan sasarnya yang akan menjadi sasaran untuk PMT seperti itu. Biasanya seperti itu.”

Hasil pengukuran maupun penimbangan pada anak yang dilakukan di posyandu setiap bulannya bisa menjadi indikator yang baik menentukan sasaran penerima PMT yang tepat (Supariasa et al., 2024).

Program evaluasi PMT pada indikator *output* yang meliputi berbagai cakupan-cakupan dalam lingkup konsumsi PMT dan ketercapaian perubahan berat badan yang adekuat. Pada cakupan jumlah ibu hamil KEK yang mengonsumsi MT lokal menunjukkan hasil penelitian bahwa cakupan terendah jumlah ibu hamil KEK yang mengonsumsi MT sebesar 35,79% dan cakupan tertinggi jumlah ibu hamil KEK yang mengonsumsi MT sebesar 100%. Rata-rata cakupan jumlah ibu hamil KEK yang mengonsumsi MT sebesar 75,01%. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada cakupan yang rendah karena masih banyak ibu hamil

yang mengalami KEK tetapi belum semuanya mendapatkan/ mengonsumsi MT karena luasnya wilayah di Puskesmas tersebut sehingga jumlah ibu hamilpun banyak dan terbatasnya anggaran yang dikeluarkan untuk program MT ibu hamil ini.

Persentase ibu hamil yang masuk di dalam kategori Kurang Energi Kronis (KEK) yang mendapatkan dan mengonsumsi MT sudah disesuaikan dengan standar program kesehatan. Indikator ini diukur dengan menghitung jumlah ibu hamil KEK yang mengonsumsi MT sesuai standar dibandingkan total jumlah ibu hamil KEK yang menjadi sasaran program (Kemenkes RI, 2021b).

Persentase ibu hamil KEK dengan peningkatan berat, didapatkan hasil bahwa persentase terendah ibu hamil KEK dengan peningkatan berat sebesar 42,11% dan persentase tertinggi ibu hamil KEK dengan peningkatan berat sebesar 100%. Rata-rata persentase ibu hamil KEK dengan peningkatan berat badan sebesar 79,12%.

Persentase ibu hamil KEK yang mengalami peningkatan berat badan bervariasi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian makanan tambahan memberikan dampak peningkatan berat badan, hal ini terlihat pada hasil penelitian ini bahwa prosentase tertinggi tampak 100%. Kenaikan berat badan ibu hamil KEK yang adekuat penting untuk mencegah komplikasi dan stunting pada bayi. Pada ibu hamil KEK yang belum mengalami peningkatan badan disebabkan karena pada saat program MT dilaksanakan ibu masih dalam kondisi mual muntah di Trimester I sehingga ketika mengonsumsi MT ibu tidak nafsu makan, kurang menyukai menu yang dikukus dan beraroma amis karena menimbulkan mual muntah. Terkadang ibu hamil sudah dalam kondisi kenyang dengan makanan yang sebelumnya dikonsumsi sehingga MT tidak dihabiskan.

Hal ini didukung penelitian lain yang berjudul Hubungan Konsumsi Makanan Kecil Di Pagi Hari Dengan Tingkat *Morning Sickness* Pada Ibu Hamil Trimester Pertama Di Wilayah Kerja BPS Ida Ayu Desa Becirongengor Sidoarjo bahwa mengonsumsi makanan kecil di pagi hari dapat membantu memperingan gejala mual muntah (Sulistyawati et al., 2014),

studi lain melaporkan bahwa konsumsi makanan ringan dan buah-buahan secara signifikan berhubungan dengan kasus mual muntah pada ibu hamil trimester I (Aisyah & Rauf, 2024).

Hasil penelitian diperkuat oleh penelitian yang sebelumnya telah dilakukan oleh Tirtasari, et al (2025) yang menyatakan rata-rata berat badan ibu hamil sebelum pemberian PMT adalah $43,64 \pm 4,812$ kg, dan meningkat menjadi $44,04 \pm 4,848$ kg setelah menerima PMT selama 1 bulan. Hasil uji t berpasangan menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah pemberian PMT ($p = 0,0001$), dengan kenaikan rata-rata sebesar 0,401 kg. Program PMT terbukti efektif dalam meningkatkan berat badan ibu hamil dengan KEK (Tirtasari et al., 2025).

Indikator output pada cakupan jumlah balita BB/U normal tetapi berat badan tidak naik yang mengonsumsi MT lokal menunjukkan data bahwa cakupan terendah adalah 15,63%, sedangkan cakupan tertinggi mencapai 100%. Rata-rata cakupan untuk kelompok balita tersebut adalah 32,72%. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat cakupan yang rendah karena masih banyak balita yang berat badannya tidak naik tetapi belum semuanya mendapatkan/ mengonsumsi MT karena luasnya wilayah di Puskesmas tersebut sehingga jumlah balita banyak dan terbatasnya anggaran yang dikeluarkan untuk program MT pada balita.

Perhitungan ini didasarkan pada jumlah balita yang berat badannya tidak naik saat penimbangan dibandingkan hasil penimbangan bulan sebelumnya, yang dilihat dari grafik KMS. BB tidak naik mencakup tiga kondisi, yaitu kenaikan berat badan tidak memadai, berat badan tetap sama, dan berat badan turun (Perdirjen, 2016).

Cakupan jumlah balita BB kurang yang mengonsumsi MT menunjukkan cakupan terendah sebesar 25% dan cakupan tertinggi sebesar 100%. Rata-rata cakupan terendah jumlah balita BB kurang yang mengonsumsi sebesar 61,6%. Penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat cakupan yang rendah karena masih banyak balita berat badan kurang

belum semuanya mendapatkan/ mengonsumsi MT karena luasnya wilayah Puskesmas tersebut sehingga jumlah balita banyak dan terbatasnya anggaran yang dikeluarkan untuk program MT pada balita berat badan kurang.

Indikator penghitungan status gizi pada balita berdasarkan indikator BB/U di bawah -2 SD yang mengonsumsi PMT (Perdirjen, 2016). Indikator output pada cakupan jumlah balita gizi kurang yang mengonsumsi MT diperoleh hasil bahwa cakupan terendah jumlah sebesar 92,11% dan cakupan tertinggi sebesar 100%. Rata-rata cakupan terendah jumlah balita gizi kurang yang mengonsumsi sebesar 98,07%. Adanya cakupan yang masih rendah karena masih banyak balita gizi kurang belum mendapatkan/ mengonsumsi MT karena terbatasnya anggaran yang dikeluarkan untuk program MT pada balita berat badan kurang.

Penghitungan cakupan ini meliputi jumlah balita dengan status gizi yang berdasarkan indikator BB/PB atau BB/TB pada -3 SD sampai dengan < -2 SD yang mengonsumsi PMT (Perdirjen, 2016). Persentase balita BB/U normal tetapi berat badan tidak naik yang mengalami peningkatan berat badan adekuat dengan hasil persentase terkecil adalah 72,26%, sedangkan persentase tertinggi mencapai 90,91%. Rata-rata persentase balita dengan kondisi tersebut adalah 83,92%.

Balita yang memiliki berat badan sesuai dengan usianya tetapi tidak mengalami peningkatan berat badan setelah mengonsumsi PMT lokal, merupakan tanda dari status gizi dan pertumbuhan anak yang perlu diperhatikan khusus. Indikator ini menunjukkan bahwa anak tidak kurus atau kegemukan, tetapi pertumbuhan berat badannya tidak memenuhi harapan, meskipun asupan gizinya sudah cukup sesuai usianya. Dalam penelitian ditemukan bahwa berat badan balita yang tidak mengalami kenaikan yang adekuat karena pada saat pengonsumsi MT terkadang tidak dihabiskan dengan sebab karena balita sudah merasa kenyang, balita susah makan, balita *picky eater* (pilih-pilih makanan) misalnya makan martabak yang dimakan hanya kulitnya saja. Hal lain yang bisa mempengaruhi adalah kondisi anak sakit

(batuk pilek), jam makan yang tidak menentu (jam pola makan yang tidak teratur) serta tidak menghabiskan MT yang telah disajikan (dihabiskan oleh orangtua atau anggota keluarga lainnya).

Penelitian ini diperkuat oleh penelitian Lamalani, et al (2025) bahwa program penyediaan makanan tambahan berbasis lokal (Permata Kamila) yang dilaksanakan di Puskesmas Karangtengah menunjukkan hasil yang baik dalam meningkatkan gizi anak balita. Dari hasil yang ada, terlihat peningkatan persentase pada indikator berat badan menurut usia (BB/U) sebesar 28,5%, tinggi badan menurut usia (TB/U) sebesar 26,1%, serta rasio berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) sebesar 66,8%. Kesuksesan program ini didukung oleh partisipasi aktif keluarga serta peran yang baik dari tenaga kesehatan (Lamalani et al., 2025).

Persentase balita BB kurang yang mengalami peningkatan berat badan adekuat menunjukkan hasil bahwa persentase terendah adalah 37,25% dan persentase tertinggi adalah 85,29%. Rata-rata persentase balita BB kurang yang mengalami peningkatan berat badan adekuat sebesar 66,45%. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa balita berat badan kurang masih ditemukan cakupan yang rendah karena saat mengonsumsi MT balita balita tidak menyukai tekstur yang keras dan bau yang amis, ataupun terlalu lembek atau basah, contohnya otak-otak atau dimsum. Pola kebiasaan makan di keluarga dan kurangnya ketelatenan orangtua/pengasuh balita dalam pemberian MT juga menjadi faktor kurang efektifnya pemberian MT dalam peningkatan berat badan yang adekuat.

Pemerintah Indonesia berupaya melalui berbagai program untuk mengurangi jumlah balita yang berat badannya di bawah normal. Pertumbuhan berat badan yang sehat pada balita adalah hasil dari upaya tersebut. Untuk mengatasi masalah berat badan kurang, pemerintah memastikan anak mendapatkan asupan gizi yang cukup dan tepat. Pemeriksaan berat badan balita secara rutin di tempat layanan kesehatan seperti Posyandu atau Puskesmas sangat penting, karena dapat mendeteksi masalah lebih dini dan membantu anak mendapatkan

nutrisi yang cukup agar bisa memiliki berat badan ideal.

Persentase balita gizi kurang yang mengalami peningkatan berat badan adekuat menunjukkan hasil bahwa persentase terendah sebesar 50,69% dan persentase tertinggi sebesar 95,52%. Rata-rata persentase balita gizi kurang yang mengalami peningkatan berat badan adekuat sebesar 73,71%. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa balita gizi kurang masih ditemukan cakupan yang rendah karena saat mengonsumsi MT balita menghabiskan makanannya karena balita sudah merasa kenyang, kadang bosan dengan menu tertentu, tidak suka dengan menu yang disajikan, balita tidak suka dengan tekstur tertentu, tidak suka dengan pengolahannya (lebih suka yang digoreng).

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) secara signifikan meningkatkan berat badan balita (Sugianti, 2017), ada hubungan antara PMT-P terhadap kenaikan berat badan balita stunting (Komalasari et al., 2021), dan program peningkatan gizi dengan pemberian makanan tambahan pemulihan berdampak nyata terhadap peningkatan berat badan (BB/U) pada anak balita yang mengalami gizi kurang (Putri et al., 2024).

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian lainnya yang menyampaikan bahwa hasil uji t-test menunjukkan bahwa anak-anak dalam kelompok intervensi mengalami peningkatan berat badan yang signifikan dibandingkan dengan anak-anak di kelompok kontrol, dengan nilai p kurang dari 0,05. Ini menunjukkan bahwa pemberian mikronutrien secara nyata membantu meningkatkan berat badan anak balita yang mengalami gizi kurang dibandingkan dengan anak-anak yang tidak menerima intervensi tersebut (Purnamasari et al., 2025).

Kesimpulan

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa indikator input yang meliputi penetapan tim pelaksana sudah tersusun dengan baik, pelaksanaan orientasi kader sudah dilakukan meliputi materi teori dan

praktik PMT, penyusunan siklus menu disusun oleh ahli gizi dan menyesuaikan ketersediaan bahan lokal di masing-masing wilayah, penetapan data sasaran dilaksanakan sesuai petunjuk teknis PMT. Sementara pada indikator proses yang meliputi kesesuaian MT lokal yang diberikan dengan siklus menu juga berjalan baik, penerapan keamanan pangan telah diterapkan, kesesuaian waktu distribusi sudah sesuai dengan prinsip diberikan sebagai selingan, ketepatan sasaran sudah di jalankan secara seksama. Indikator output yang meliputi cakupan ibu hamil KEK dan risiko KEK mengonsumsi makanan tambahan berbahan lokal 75,01%. Persentase ibu hamil KEK dan risiko KEK dengan peningkatan berat badan sesuai usia kehamilan 79,12%. Cakupan anak balita berat badan tidak naik sebesar 32,72%, anak balita berat badan kurang sebesar 61,6%, anak balita gizi kurang mengonsumsi makanan tambahan berbahan lokal sebesar 98,07%. Sebanyak 83,92% anak balita berat badan tidak naik, 66,45% anak balita berat badan kurang, 73,17% anak balita gizi kurang yang mengalami peningkatan BB adekuat.

Diharapkan program PMT ini masih berjalan dengan baik di tahun-tahun selanjutnya sebagai upaya mengatasi ibu hamil dan balita yang mengalami masalah gizi untuk menurunkan angka risiko terjadinya stunting dengan memperhatikan nilai gizi yang harus terpenuhi tetapi divariasikan baik dari segi pengolahan, bahan pangan lokal wilayah masing-masing, cita rasa, penyajian yang menarik serta kondisi ibu hamil dan balita.

Ucapan Terima Kasih

Tim peneliti mengucapkan terimakasih kepada Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi yang telah memberikan kesempatan dan pendanaan dalam penelitian ini, Direktur Politeknik Banjarnegara, Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat, serta Ketua Program Studi DIII Kebidanan Politeknik Banjarnegara yang telah memberikan ijin, kesempatan dan dukungan untuk melakukan penelitian ini dan 9 Kepala

Puskesmas beserta timnya yang bersedia menjadi informan dalam penelitian ini dengan harapan dapat bisa menjadikan masukan dan bahan pertimbangan dalam pelaksanaan program PMT di tahun selanjutnya.

Daftar Pustaka

- Aisyah, Y. S., & Rauf, A. H. (2024). Efektifitas Konsumsi Makanan Ringan dan Buah-Buahan Terhadap Kasus Mual Muntah Pada Ibu Hamil Trimester I. *Bunda Edu-Midwifery Journal (BEMJ)*, 7(2), 569–575. <https://doi.org/https://doi.org/10.54100/bemj.v7i2.236>
- Alfiantiningsih, Syafei, A., & Fitri, Y. P. (2024). Analisis Implementasi Program Tatalaksana Gizi Buruk Agar Segera Pulih (Laksa Gurih) dalam Upaya Mencegah Stunting. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(5), 372–396. <https://doi.org/https://doi.org/10.33221/jikm.v13i05.3380>
- Bahar, H., Dewi, F. K., Kalza, L. A., Masyarakat, F. K., & Oleo, U. H. (2025). Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita dan Ibu Hamil dalam Penanganan Stunting di Puskesmas Benu-Benu, Kota Kendari. *Evaluation of the Supplementary Feeding Program (PMT) for Children Under Five and Pregnant Women in Addressing. Jurnal Kendari Kesehatan Masyarakat (JKKM) Vol. 4 No. 3 Tahun 2025*, 4(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.37887/jkkm.v4i3.1289>
- Dinkes Provinsi Jateng. (2024). *Ribuan Ibu Hamil Di Banjarnegara Jadi Target Pemberian Makanan Tambahan*. 15(1), 37–48.
- Doren, W. K., Regaletha, T. A. L., & Dodo, D. O. (2019). *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Terhadap Status Gizi Buruk Balita di Puskesmas Oepoi Kota Kupang Fakultas Kesehatan Masyarakat - Universitas Nusa Cendana Lontar: Journal of Community Health Fakultas Kesehatan Masyarakat* - . 01(September), 111–118. <https://doi.org/https://doi.org/10.35508/li.ch.v1i3.2176>
- Halisah, H., Dharma, A. S., & Anjasmari, I. M. M. (2024). Efektivitas Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Untuk Penurunan Stunting di Desa Muara Rintis Kecamatan Batang Alai Utara Kabupaten Hulu Sungai Tengah. *Jurnal Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM)*, 1(2), 235–238.
- Ika Junia Ningsih, Ismi Jasila, A. M. (2022). Pendampingan Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pada Anak Usia Dini Menggunakan Olahan Rumput Laut Di TK. As Sidanah. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(1), 38–46. <https://doi.org/10.35316/assidanah.v4i1.38-46>
- Kemenkes RI. (2021a). Buku Saku Pemberian Makan Bayi dan Anak untuk Kader. In *Kementrian Kesehatan RI*.
- Kemenkes RI. (2021b). *Panduan Supervisi Dengan Menggunakan daftar Tilik Pelayanan Gizi Spesifik di Puskesmas*. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2025a). *Pemberian Makanan Tambahan (PMT)*. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2025b). *SSGI (Survei Status Gizi) Indonesia 2024*.
- Komalasari, K., Fara, Y. D., Utami, I. T., Mayasari, A. T., Komalasari, V., & Al Tadam, N. (2021). Efektivitas Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Terhadap Kenaikan Berat Badan Balita Stunting. *Journal of Current Health Sciences*, 1(1), 17–20. <https://doi.org/10.47679/jchs.v1i1.4>
- Krisnana, I., & Rachmawati, P. D. (2017). Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu Tentang PMT Dalam Upaya Pencegahan Gizi Buruk Pada Balita. *Pedimatern Nursing Journal*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/https://doi.org/10.20473/pmnj.v4i1.11747>
- Lamalani, K., Kadir, S., & Abudi, R. (2025). Gambaran Program Pemberian Makanan Tambahan Berbasis Pangan Lokal Dalam Mengatasi Masalah Gizi Kurang Pada Balita Di Desa Tuloa. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 8(6), 3440–3457. <https://doi.org/10.56338/jks.v8i6.7837>

- Mardiana, Yulianto, & Eliza. (2024). Pendampingan Kader Tentang Pemberian PMT Modifikasi Berbasis Pangan Lokal Pada balita Gizi Kurang. *Jurnal Abdikemas*, 6(2), 77–82. <https://doi.org/10.36086/j.abdikemas.v6i2.2611>
- Martha, E., & Kresno, S. (2016). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Buku Kedokteran EGC.
- Nabila, F.H, Astuti, N. . (2024). Implementation of a Local Food Supplementation Feeding Recovery Program for under-five wasting children in Jelbuk District, Jember Regency. *Jurnal Gizi Kerja Dan Produktivitas*, 5(1), 92–100. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.62870/jgkp.v5i1.25133>
- Nurina, R. (2016). Supplementary Food Program to Improve the Nutritional Status of Pregnant Women and Toddlers in Cilamaya Kulon and Cilamaya Wetan Districts, Karawang. *CARE Journal: Journal of Conflict Resolution, CSR and Empowerment*, 1(1), 44–49.
- Perdirjen. (2016). *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal Bagi Ibu Hamil dan Balita*.
- Pontang, G. S., Setyaningsih, S., Aliya, A. P., & Fariza, Z. (2025). Pendampingan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pangan Lokal di Desa Tanjung dan Desa Kalijambe , Kecamatan Bringin , Kabupaten Semarang. *Indonesian Journal of Community Empowerment (IJCE)*, 7, 2020–2024. <https://doi.org/https://doi.org/10.35473/ijce.v7i1.4006>
- Purbaningsih, Heny; Syafiq, A. (2023). Efektivitas Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Berbahan Pangan Lokal Terhadap Kenaikan Berat Badan. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 6(12), 2550–2554. <https://doi.org/https://doi.org/10.56338/mppki.v6i12.4206>
- Purnamasari, K. D., Fatimah, S., & Rohmah, S. (2025). Peningkatan Berat badan Pada Balita Gizi Kurang Dengan Pemberian Mikronutrien. *Journal of Midwifery and Public Health*, 5(1), 17–20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.25157/jmph.v5i1.16179>
- Putri, E. N., Islamiati, F. N., Gunawan, P., & Indonesia, U. P. (2024). Pemberian Makanan Tambahan (PMT) in Cikondang Village for stunting preventions. 2(1), 97–106. <https://doi.org/https://doi.org/10.17509/dedicated.v2i1.62165>
- Sugianti, E. (2017). Evaluasi Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) pada Balita Kurang Gizi di Kabupaten Tuban. *Cakrawala: Jurnal Litbang Kebijakan*, 11(2), 217–224. <https://doi.org/https://doi.org/10.32781/cakrawala.v11i2.20>
- Sulistiyawati, M., Umamah, F., Si, P., Jl, K., & Surabaya, S. (2014). Konsumsi Makanan Kecil di Pagi Hari Mempengaruhi Morning Sickness Pada Ibu Hamil Trimester Pertama di Wilayah Kerja BPS Ida Ayu Desa Becirongengor Sidoarjo. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(12), 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.33086/jhs.v7i1.258>
- Supariasa, I. D. N., Arianto, A. N., & Muthi, A. (2024). Edukasi Gizi Seimbang dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) memperbaiki Asupan Protein , Seng , Berat Badan , dan Tinggi Badan Anak Stunting di Kabupaten Malang. *Jurnal Gizi Pangan Dan Aplikasinya*, 8(2), 81–94. <https://doi.org/10.21580/ns.2024.8.2.16588>
- Tantriati, T., & Setiawan, R. (2023). Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Anak Usia Dini. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 7(6), 7611–7622. <https://doi.org/10.31004/obsesi.v7i6.4486>
- Tirtasari, S., Aulia, R., Hafidz, F., & Angga, H. (2025). Pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap peningkatan berat badan ibu hamil dengan kurang energi kronis. *Tarumanagara Medical Journal*, 7(1), 150–157. <https://doi.org/https://doi.org/10.24912/tmj.v7i1.34125>

Ulya, N. A., & Maharani, C. (2024). Evaluation Of The Implementation Of The Supplementary Food Program As An Effort To Improve The Nutrition Of Stunting Toddlers In The Medikaro. *MEDIKARO*, 23(2), 115–127. <https://doi.org/10.21831/medikora.v23i2.79393>