

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Prevalensi Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil**

Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan keadaan dimana ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu ditandai dengan LILA <23,5 cm (Depkes, 2002). Kekurangan energi kronis merupakan salah satu masalah yang terjadi pada masa kehamilan dimana tingkat konsumsi energi <70% AKG. Ibu hamil yang menderita gizi kurang seperti Kurang Energi Kronik mempunyai resiko kesakitan yang lebih besar oleh karena itu kurang gizi pada ibu hamil harus dihindari sehingga ibu hamil merupakan kelompok sasaran yang perlu mendapat perhatian khusus. Kejadian kekurangan energi kronis di negara-negara berkembang seperti Bangladesh, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Srilangka dan Thailand adalah 15-47% yaitu dengan BMI < 18,5. Adapun negara yang mengalami kejadian KEK pada ibu hamil tertinggi adalah Bangladesh yaitu 47%, sedangkan Indonesia merupakan urutan ke empat terbesar Sesudah India dengan prevalensi 35,5% dan yang paling rendah adalah Thailand dengan prevalensi 15–25% (WHO, 2015).

Riskesdas (2013) menunjukkan prevalensi risiko KEK ibu hamil umur 15–49 tahun, secara nasional sebanyak 24,2%. Jawa Timur menduduki prevalensi risiko KEK wanita hamil lebih dari prevalensi nasional yaitu sebesar 29,8% (Kemenkes RI, 2018). Riskesdas (2018) menunjukkan di Indonesia terjadi penurunan KEK pada ibu hamil menjadi 17,3%. Namun demikian, prevalensi tersebut masih tinggi jika dibandingkan dengan tujuan SDGs 2015-2030 target nasional ibu hamil KEK adalah 5% sehingga target ibu hamil non KEK adalah 95% (Kemenkes RI, 2015).

#### **1. Dampak Kejadian KEK pada Ibu Hamil**

Masalah KEK yang muncul pada ibu hamil akan berpengaruh pada ibu maupun janin yang dikandung. Ibu hamil yang mengalami KEK dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu seperti anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. KEK pada

ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (Sandjaja, 2009).

Penelitian Mayanda (2017) di RSIA Mutia Sari Kecamatan Mandau menunjukkan bahwa ibu hamil yang LILAnyanya tidak normal ( $< 23,5$  cm) melahirkan bayi BBLR sebanyak 64,4% sedangkan ibu hamil yang LILAnyanya normal ( $> 23,5$  cm) melahirkan BBLR sebanyak 18,3%. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang mengalami KEK beresiko melahirkan bayi BBLR 8 kali dibandingkan ibu yang normal LILAnyanya. Sama halnya dengan penelitian Sumiaty & Restu (2015) di Wilayah Puskesmas Kamonji menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami KEK memiliki resiko 4 kali untuk melahirkan bayi dengan BBLR dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mengalami KEK.

## **2. Faktor-Faktor Penyebab Kejadian KEK pada Ibu Hamil**

### **a) Asupan Energi dan Zat Gizi**

Unicef (1998) melaporkan asupan energi dan zat gizi berpengaruh langsung terhadap status gizi seseorang. Penelitian Marlenywati N dkk. (2015) menunjukkan proporsi ibu hamil remaja yang menderita risiko KEK lebih banyak dijumpai pada ibu hamil remaja dengan asupan energi kurang daripada risiko kurang ibu hamil remaja dengan asupan energi cukup. Kekurangan energi kronik (KEK) merupakan kondisi yang disebabkan karena adanya ketidakseimbangan asupan gizi antara energi dan protein, sehingga zat gizi yang dibutuhkan tubuh tidak tercukupi (Kemenkes RI, 2016).

Penelitian Novitasari, dkk (2019) di Wilayah Kerja Puskesmas Rowosari Semarang menunjukkan bahwa asupan energi dan zat gizi merupakan salah satu faktor penyebab yang paling dominan ibu hamil KEK dimana ibu hamil dengan asupan energi dan zat gizi  $<70\%$  memiliki resiko 6,48 kali mengalami KEK. Hal ini sejalan dengan penelitian Marsedi, dkk (2016) di Wilayah Puskesmas Sei Jang Kecamatan Bukit Bastari menunjukkan bahwa ada hubungan asupan energi dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Lebih lanjut dijelaskan bahwa ada hubungan asupan protein dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Penelitian Aulia dkk. (2020) juga menunjukkan bahwa asupan energi dan zat gizi memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

### **b) Kejadian Penyakit Infeksi**

Penyakit infeksi dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan. Adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit. Kaitannya penyakit infeksi dengan keadaan gizi kurang merupakan hubungan timbal balik, yaitu hubungan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang buruk dapat mempermudah infeksi. Penyakit yang umumnya terjadi dengan masalah gizi antara lain diare, tuberculosis dan malaria (Supariasa, 2002).

Penelitian Mulyaningrum (2009) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian KEK pada ibu hamil yaitu salah satunya adalah penyakit infeksi. Diperkuat oleh penelitian Kartini (2017) di Puskesmas Mekar Kota Kendari menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penyakit infeksi dengan kejadian KEK pada ibu hamil dan ibu hamil yang mengalami penyakit infeksi memiliki resiko 6,71 kali untuk mengalami KEK. Penelitian Fitriyaningtyas dkk. (2018) di Wilayah Puskesmas Warung Jambu Kota Bogor juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara kejadian penyakit infeksi dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Lebih lanjut dijelaskan bahwa ibu hamil yang mempunyai penyakit infeksi 0,27 kali beresiko menderita KEK.

### **c) Ketersediaan Pangan Keluarga**

Penyebab KEK biasanya terkait dengan ketersediaan makanan dan kerawanan konsumsi makanan (pola makan yang salah) yang dipengaruhi oleh kemiskinan, rendahnya pendidikan, dan adat atau kepercayaan termasuk tabu makanan. Ketersediaan pangan keluarga adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik jumlah maupun mutu gizinya (Kemenkes, 2010).

Ketersediaan pangan sangat bergantung dari daya beli keluarga. Jika daya beli keluarga menurun, maka ketersediaan pangan juga akan menurun, begitu juga sebaliknya. Jika ketersediaan pangan di rumah tangga menurun, maka konsumsi makan dan asupan zat gizi per anggota keluarga berkurang sehingga menyebabkan masalah gizi. Penelitian Suhaeti dkk. (2018) menunjukkan bahwa pola konsumsi makan ibu selama hamil berpengaruh dengan kejadian KEK. Hal ini dikarenakan pola makan ibu hamil dapat

memberikan asupan untuk tetap menjaga berat badan selama mengandung, makanan yang dikonsumsi harus banyak mengandung protein dan vitamin tujuannya agar terhindar dari kekurangan energi kronik yang dapat mempengaruhi status gizinya.

Penelitian Aulia dkk. (2020) menunjukkan bahwa ketersediaan pangan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Sejalan dengan penelitian Petrika,dkk (2014) menunjukkan bahwa ibu hamil dengan keluarga yang rawan pangan lebih banyak memiliki resiko 2,9 kali lebih besar untuk terkena KEK dibandingkan dengan keluarga yang ketersediaan pangannya terjamin. Penelitian Simarmata (2008) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketersediaan pangan dengan kejadian KEK.

#### **d) Akses Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Salah satu contoh pelayanan kesehatan pada ibu hamil adalah pelayanan antenatal. *Antenatal Care* (ANC) adalah salah satu upaya pencegahan awal dari faktor risiko kehamilan. Pelayanan antenatal mempunyai pengaruh yang baik terhadap pertumbuhan janin atau lama waktu mengandung, baik dengan diagnosis maupun dengan perawatan berkala terhadap adanya komplikasi kehamilan (Meikowati, 2014).

Pelayanan gizi pada ibu hamil juga terintegrasi di dalam pelayanan antenatal terpadu. Setiap ibu hamil mempunyai risiko mengalami masalah gizi terutama KEK, hal tersebut yang mengharuskan semua ibu hamil menerima pelayanan antenatal yang komprehensif dan terpadu. Tujuan pelayanan antenatal terpadu salah satunya adalah pengobatan dan penanganan gizi yang tepat terhadap gangguan kesehatan ibu hamil termasuk masalah gizi terutama KEK (Nisa L S dkk. 2018)

Penelitian Mardiatun dkk (2013) di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Yogyakarta menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan ANC mempunyai resiko mengalami KEK 1,7 kali dibandingkan ibu hamil yang rutin

melakukan kunjungan ANC. Penelitian Fitriyaningtyas dkk. (2018) di Wilayah Puskesmas Warung Jambu Kota Bogor juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara pelayanan antenatal dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Lebih lanjut dijelaskan bahwa ibu hamil yang pemeriksaan kehamilan ANC kurang mempunyai resiko 2,7 kali menderita KEK.

## **B. Penanggulangan KEK pada Ibu Hamil**

Kebijakan penanggulangan ibu hamil KEK dilaksanakan melalui intervensi gizi spesifik dan sensitif yang membutuhkan koodinasi lintas sektor dan program, terutama pada pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu. Pelayanan antenatal terpadu mencakup pelayanan preventif, promotif sekaligus kuratif dan rehabilitatif yang meliputi pelayanan KIA, gizi, pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Pelayanan antenatal terkait gizi meliputi penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran LILA, pemberian tablet tabah darah, pemberian makanan tambahan, penyuluhan dan konseling gizi (Kemenkes RI, 2015).

Salah satu intervensi yang dilakukan dalam penanggulangan ibu hamil KEK yaitu dengan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P). PMT pemulihan yang diberikan dapat berupa bahan pangan lokal atau pabrikan dan minuman padat gizi (Kemenkes RI, 2015). PMT pemulihan bagi ibu hamil dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai makanan pengganti sehari-hari. PMT-P bertujuan untuk mencukupi kebutuhan gizi ibu selama masa kehamilan terutama kecukupan energi, protein, dan mencegah berat badan lahir rendah (Kemenkes RI, 2017).

PMT adalah upaya pemberian tambahan makanan dan untuk menambah asupan gizi untuk mencukupi kebutuhan gizi agar tercapainya status gizi yang baik. Program penyuluhan gizi bagi keluarga tidak mampu akan lebih efektif jika disertai dengan bantuan pangan berupa makanan tambahan. Pemberian makanan tambahan merupakan suatu program dalam rangka mencegah semakin memburuknya status kesehatan dan gizi masyarakat terutama bagi keluarga yang kurang mampu yang diakibatkan adanya krisis ekonomi (Kemenkes, 2015).

Tujuan diberikannya PMT-P yaitu untuk meningkatkan status gizi ibu hamil KEK. Meningkatnya status gizi ini ditandai dengan peningkatan ukuran

LILA ibu hamil. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada ibu hamil terbukti berhasil meningkatkan ukuran LILA (Kemenkes, 2017). Teori ini dibuktikan dengan penelitian Pastuty dkk. (2018) menunjukkan bahwa sebanyak 109 ibu hamil yang menjadi responden diberikan PMT-P biskuit *sandwich*, ibu hamil yang mengalami penambahan ukuran LILA sebanyak 103 dan yang tidak mengalami penambahan ukuran LILA yaitu 6 ibu hamil. Penelitian Utami W dkk. (2017) juga membuktikan bahwa PMT-P yang diberikan selama 30 hari menggunakan bahan pangan lokal dapat merubah status gizi ibu hamil KEK menjadi normal.

Hal-hal yang dapat menghambat pendistribusian PMT untuk ibu hamil KEK yaitu berdasarkan penelitian Nurina R (2016) di Wilayah Kecamatan Cilamaya Kulon dan Cilamaya Wetan, Kabupaten Karawang dalam pelaksanaan program PMT-P didapatkan kendala-kendala yang dihadapi yaitu:

1. Terjadinya pergeseran waktu pelaksanaan distribusi PMT-P kepada ibu hamil dan balita. Hal ini dikarenakan musim penghujan yang terjadi pada waktu pelaksanaan PMT-P menyebabkan sulitnya akses bidan maupun kader menuju rumah-rumah penerima manfaat;
2. Terdapat budaya turun-temurun dan pantangan untuk konsumsi buah dan sayur sejak masa kehamilan ibu serta pada saat kelahiran hingga anak berusia 1 tahun;
3. Rendahnya kesadaran akan pentingnya konsumsi makanan utama sehat dan bergizi oleh penerima manfaat (susu dan biskuit PMT-P dijadikan sebagai makanan utama), sehingga menyebabkan terja dinya penurunan berat badan dari minggu ke minggu hingga tidak terjadinya kenaikan berat badan meskipun telah mengonsumsi makanan tambahan dari PMT-P; dan
4. Kemampuan SDM yang kurang memadai dalam pelaksanaan program PMT-P.

Kondisi inilah yang kemudian menyebabkan ketidaksiapan dalam pelaksanaan PMT-P oleh bidan dan kader meskipun telah dilakukan kegiatan pembekalan teknis monitoring dan evaluasi PMT-P, serta sosialisasi PMT-P. Permasalahan tersebut dapat menghambat pelaksanaan program pemberian makanan tambahan dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan.

### **C. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P)**

Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal yang diberikan minimal selama 90 hari berturut-turut (Kemenkes RI, 2015). Makanan Tambahan Ibu Hamil adalah suplementasi gizi berupa biskuit lapis yang dibuat dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada ibu hamil dengan kategori Kurang Energi Kronis (KEK) untuk mencukupi kebutuhan gizi. Sasaran utama PMT-P Ibu Hamil adalah Ibu hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK) yang mempunyai Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 51 Tahun 2016 Tentang Standar Produk Suplementasi Gizi, telah diatur mengenai standar makanan tambahan pemulihan untuk ibu hamil KEK antara lain:

#### **1. Komposisi**

Produk berbentuk biskuit yang terbuat dari terigu, lemak nabati tanpa hidrogenasi, gula, susu, telur, kacang-kacangan, buah kering, diperkaya dengan 11 vitamin dan 7 mineral, dengan atau tanpa penambahan Bahan Tambahan Pangan (BTP) sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Bahan pewarna sintetik, pengawet, dan pemanis buatan tidak boleh dipergunakan. Semua bahan yang digunakan harus bermutu, bersih, aman, dan sesuai untuk dikonsumsi ibu hamil.

#### **2. Syarat Mutu**

Zat Gizi yang dikandung makanan tambahan pada ibu hamil KEK dihitung dalam 100 gram produk, sebagaimana dijelaskan pada Lampiran 1.

#### **3. Bahan Tambahan Pangan**

- a. Penggunaan BTP harus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-perundangan.
- b. BTP pewarna sintetik, pengawet dan pemanis buatan tidak boleh dipergunakan

#### **4. Cemar**

Harus memenuhi batas cemaran mikroba, logam berat, dan cemaran lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

## 5. Pengolahan

- a. Pengolahan produk dilakukan dengan menerapkan cara produksi pangan olahan yang baik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Proses pengolahan menggunakan teknologi industri guna memperoleh produk yang berkualitas.

## 6. Pengemasan dan Pelabelan

- a. Produk dikemas sedemikian rupa untuk mempertahankan kualitas, keamanan, dan kemanfaatan produk.
- b. Pelabelan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Ketentuan lain yang harus dicantumkan pada label sebagai berikut:
  - a) Peruntukan produk: “makanan tambahan untuk ibu hamil kurang energi kronik”
  - b) Takaran saji dan anjuran konsumsi sehari, sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri

Menurut Juknis PMT Kemenkes RI (2017) Pemberian Makanan Tambahan kepada sasaran perlu dilakukan secara benar sesuai aturan konsumsi yang dianjurkan. Aturan konsumsi PMT Pemulihan berupa biskuit sandwich dari pemerintah sebagaimana disajikan pada lampiran 2. Pemberian makanan tambahan yang tidak tepat sasaran, tidak sesuai aturan konsumsi, akan menjadi tidak efektif dalam upaya pemulihan status gizi sasaran serta dapat menimbulkan permasalahan gizi. Makanan tambahan diberikan sebagai :

1. Makanan Tambahan Penyuluhan adalah makanan tambahan yang diberikan untuk mencegah terjadinya masalah gizi.
2. Makanan Tambahan Pemulihan adalah makanan tambahan yang diberikan untuk mengatasi terjadinya masalah gizi yang diberikan selama 90 hari makan.

Persyaratan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) sebagaimana di jelaskan dalam buku panduan penyelenggaraan PMT Pemulihan ibu hamil KEK (Kemenkes,2012) yaitu:

1. Makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bahan makanan atau makanan lokal. Jika bahan makanan lokal terbatas, dapat

digunakan makanan pabrikan yang tersedia di wilayah setempat dengan memperhatikan kemasan, label dan masa kadaluarsa untuk keamanan pangan.

2. Makanan tambahan pemulihan diberikan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil sasaran.
3. PMT Pemulihan merupakan tambahan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil sasaran.
4. Makanan tambahan ibu hamil sasaran diutamakan berupa sumber protein hewani maupun nabati (misalnya ikan/telur/daging/ayam, kacang-kacangan dan hasil olahannya seperti tempe dan tahu) serta sumber vitamin dan mineral yang terutama berasal dari sayur-sayuran dan buah-buahan setempat.
5. Makanan tambahan diberikan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut.
6. Makanan tambahan pemulihan untuk ibu hamil berbasis makanan lokal dapat diberikan berupa makanan keluarga atau makanan kudapan lainnya.

#### **D. Keberhasilan Program PMT-P**

Dirjen Kesehatan Masyarakat (2017) melaporkan keberhasilan PMT pemulihan pada ibu hamil KEK hanya 44,1% dari target 95%. Penanggulangan KEK bisa berhasil dengan baik apabila dilakukan kegiatan meliputi peningkatan asupan makanan yang cukup secara kualitas (jumlah makanan yang dimakan) serta kualitas (variasi makanan dan zat gizi yang sesuai kebutuhan) serta suplementasi zat gizi yang harus dikonsumsi oleh ibu hamil yaitu tablet tambah darah berisi zat besi dan asam folat, kalsium, seng, vitamin A, vitamin D, iodium (Kemenkes RI, 2015)

Penelitian Utami R, dkk (2018) di Kabupaten Sleman menunjukkan bahwa ibu hamil KEK yang diberi makanan tambahan pemulihan berupa biskuit *sandwich* selama 90 hari mengalami peningkatan rerata asupan energi dari 1190,19 kalori menjadi 1949 kalori begitupun dengan asupan protein ibu hamil KEK terjadi peningkatan dari 35,3 g menjadi 49 g. Peningkatan asupan energi dan gizi ibu hamil juga diikuti dengan peningkatan rata-rata ukuran LILA ibu hamil KEK dari 21,7 cm menjadi 22,4 cm. Hal ini menunjukkan adanya kesesuaian antara peningkatan konsumsi energi dan protein dengan kenaikan

LILA dan juga berat badan ibu hamil KEK. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa peningkatan LILA dan berat badan ibu hamil disebabkan oleh pemberian makanan tambahan pemulihan.

Efektivitas program PMT-P dinilai dengan tiga penetapan, yaitu :

1. Pendekatan sumber dengan melihat efektivitas dari input yang terdiri dari data, sumber daya manusia, dana, sarana dan prasarana, materi, dan sasaran dari program PMT-P pada Ibu Hamil KEK.
2. Pendekatan proses dengan melihat efektivitas dari pelaksanaan program dari semua proses internal yang dilihat berupa proses perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi program PMT-P pada Ibu Hamil KEK.

Efektivitas program PMT berdasarkan pendekatan sasaran dilihat dari *output* program PMT-P pada ibu hamil KEK. Efektivitas diukur berdasarkan pendekatan sasaran (*goals approach*) agar dapat mengukur keberhasilan untuk mencapai hasil (*output*) yang sesuai dengan rencana. Untuk mengetahui nilai output yang dihasilkan pada program PMT-P pada ibu hamil KEK dilakukan analisis data sekunder dengan pendekatan kuantitatif. Hal ini dilakukan untuk mengetahui seberapa besar efektivitas program PMT-P pada Ibu hamil KEK, dari bertambahnya ukuran LILA ibu hamil sesudah pemberian makanan tambahan. Dengan melihat hasil yang dicapai dapat diketahui apakah program PMT-P untuk penanganan kondisi KEK pada ibu hamil dapat dikatakan efektif atau tidak.

Penelitian Alita & Ahyanti (2013) menunjukkan keberhasilan program pemberian makanan tambahan berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan, pencatatan, penilaian dan pelaporan. Penelitian Nurmadinisia (2012) menunjukkan bahwa presentase efektivitas program PMT-P pabrikan yang diberikan kepada ibu hamil KEK terjadi penambahan berat yaitu sebesar 65% ibu hamil KEK yang mendapatkan PMT berat badannya bertambah sesuai dengan usia kehamilan bayi yang dikandungnya, dan sebesar 32% pertambahan berat badan kurang dari usia kehamilan. Sejalan dengan penelitian Supriyanti, *et all* (2019) di Kabupaten Halmahera Selatan Indonesia didapatkan hasil ibu hamil yang diberi makanan tambahan selama 3 bulan berupa biskuit *sandwich* mengalami kenaikan berat badan sebesar 77,3% dan yang tidak mengalami kenaikan berat badan sebesar 27%.

Pemberian Makanan Tambahan selain program pemerintah seperti pembuatan dari bahan pangan lokal dinilai juga efektif meningkatkan status gizi ibu hamil KEK. Penelitian Fitriana, dkk (2020) tentang evaluasi program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) makanan matang berbahan lokal KEK menunjukkan pada evaluasi *outcome* diketahui bahwa ada perbedaan LILA sebelum dan sesudah diberikan PMT-P selama 90 hari yaitu dari 21,8 cm menjadi 23,3 cm. Meningkatnya LILA sesudah diberikan PMT-P makanan matang dengan pangan lokal yang mudah diterima, terjangkau dan mudah didapatkan yang mengakibatkan terbentuknya pola makan. Selain itu PMT-P yang diberikan setiap hari selama 90 hari membuat ibu hamil menjadi terbiasa untuk mengkonsumsi PMT-P. Hal itu sesuai dengan teori Blum mengenai domain perilaku yaitu pada tingkatan ketiga yaitu mekanisme. Tindakan akan terbentuk secara otomatis dengan benar, hal tersebut dikarenakan kebiasaan (Notoatmodjo, 2014).

#### **E. Pengaruh PMT-P terhadap Asupan Energi-Protein Ibu Hamil KEK**

Penelitian Chandradewi (2015) di Wilayah Puskesmas Labuan Lombok menunjukkan bahwa pemberian makanan tambahan berupa biskuit dengan bahan dasar tepung kedele dan tepung jagung (energi 474,75 kalori dan protein 18,4 g) pada ibu hamil KEK terjadi peningkatan rata-rata tingkat konsumsi energi yaitu dari  $59,98 \pm 13,48\%$  menjadi  $86,99 \pm 8,96\%$  dan konsumsi protein dari  $66,45 \pm 25,46$  g menjadi  $105,5 \pm 21,58$  g. Sejalan dengan penelitian Syarfaini (2019) di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi Kota Makassar Tahun 2015 menunjukkan peningkatan rata-rata asupan energi pada ibu hamil KEK sesudah PMT-P dari 1112,74 kalori menjadi 1292,58 kalori.

#### **F. Pengaruh PMT-P terhadap Berat Badan Ibu Hamil KEK**

Penelitian Silawati dan Nurpadilah (2018) di Wilayah Kerja Puskesmas Curug Kabupaten Tangerang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara PMT-P terhadap berat badan ibu hamil, ditandai dengan peningkatan rata-rata berat badan ibu hamil sebelum dan sesudah diberikan makanan tambahan dan susu yaitu dari 44 kg menjadi 46 kg. Sejalan dengan penelitian Chandradewi (2015) di Wilayah Puskesmas Labuan Lombok menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara pemberian makanan tambahan

berupa biskuit dengan bahan dasar tepung kedele dan tepung jagung (energi 474,75 kalori dan protein sebesar 18,4 g) terhadap berat badan ibu hamil KEK, didapatkan hasil peningkatan rata-rata berat badan ibu hamil KEK yaitu  $5,80 \pm 2,007$  kg.

#### **G. Pengaruh PMT-P terhadap Status Gizi Ibu Hamil KEK**

Penelitian Pastuty dkk. (2018) menunjukkan bahwa sebanyak 109 ibu hamil yang menjadi responden diberikan PMT-P biskuit *sandwich*, ibu hamil yang mengalami pertambahan ukuran LILA sebanyak 103 dan yang tidak mengalami penambahan ukuran LILA yaitu 6 ibu hamil. Penelitian Utami R dkk. (2018) di Kabupaten Sleman menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna sesudah diberikan PMT pemulihan selama 3 bulan terhadap status gizi ibu hamil dengan KEK berdasarkan pengukuran LILA. Dengan peningkatan rerata LILA dari ( $21,67 \pm 1,66$  cm) menjadi ( $22,42 \pm 1,45$  cm). Hal ini sejalan dengan penelitian Utami W dkk. (2017) yang juga membuktikan bahwa PMT-P yang diberikan selama 30 hari menggunakan bahan pangan lokal dapat merubah status gizi ibu hamil KEK menjadi normal.