

**600
GIZ**

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

**KOMPOSISI ZAT GIZI MAKRO DAN RASIO PROTEIN
HEWANI DAN NABATI PADA MASYARAKAT INDONESIA**

ANALISIS LANJUT DATA RISKESDAS 2010

Almasyhuri, dkk

**PUSLITBANG GIZI DAN MAKANAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2010**

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

**KOMPOSISI ZAT GIZI MAKRO DAN RASIO PROTEIN
HEWANI DAN NABATI PADA MASYARAKAT INDONESIA**

ANALISIS LANJUT DATA RISKESDAS 2010

Almasyhuri, dkk

**PUSLITBANG GIZI DAN MAKANAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2010**

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

PERPUSTAKAAN

Tanggal : 4-7-2012

No. Induk : 600/2012

No. Klass : 600

612



Jl. DR. Sumeru No. 63
Bogor 16112

Dra. Almasyanti/Asi

KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN

Telp. : (0251) 8321763, 832634
Fax. : (0251) 8326348
E-mail : p3gizi@indo.net.id

SURAT KEPUTUSAN
KEPALA PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN
NOMOR : HK.00.07.VI/5617/2010

TENTANG

PEMBENTUKAN TIM PELAKSANAAN PENELITIAN
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN
TAHUN 2010

KEPALA PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN

- MENIMBANG :**
1. Bahwa untuk melaksanakan kegiatan penelitian pada Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan Tahun 2010 perlu ditunjuk Tim Pelaksanaan Penelitian pada Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan Tahun 2010.
 2. Bahwa penunjukan tersebut pada butir (1) perlu ditetapkan dengan Keputusan Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan.

- MENINGAT :**
1. DIPA Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan yang disetujui oleh a.n Menteri Keuangan, Kepala Kanwil DJPB Propinsi Jawa Barat dengan Surat Pengesahan DIPA Tahun 2010 Nomor : 0154/024-11.2/XII/2010 tanggal 31 Desember 2009
 2. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Anggaran Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan yang diterbitkan oleh Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Jakarta.
 3. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Nomor LB.02.04/V/5537/2010, tanggal 1 Oktober 2010

MEMUTUSKAN

- MENETAPKAN :**
- Pertama:** Membentuk Tim Pelaksana Penelitian untuk melaksanakan kegiatan penelitian analisis lanjut pada Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan Tahun 2010
- Kedua:** Menunjuk petugas yang namanya tersebut dalam Daftar Lampiran Keputusan ini sebagai Tim Pelaksana Penelitian Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan Tahun 2010

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
PERPUSTAKAAN

Tanggal : 4-7-2012
No. Induk : 600/2012
No. Klass : 600
672



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN

DR. Sumeru No. 63
Bogor 16112

Telp. : (0251) 8321763, 8326348
Fax. : (0251) 8326348
E-mail : p3gizi@indo.net.id

Keempat:

Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal 1 Oktober 2010 sampai dengan 31 Desember 2010, dan akan ditinjau kembali apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : Bogor
Pada tanggal : 1 Oktober 2010

Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan
Gizi dan Makanan

Dr. Siswanto MHP, DTM
NIP. 19600527 198803 1 001

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Ketua Badan Pemeriksa Keuangan
2. Kepala Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan
3. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
4. Sekretaris Jenderal Depkes RI
5. Inspektur Jenderal Depkes RI
6. Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
7. Kepala Biro Keuangan Sekjen Depkes RI
8. Kepala Bagian Perencanaan dan Anggaran, Badan Litbang Kesehatan
9. Bendaharawan Puslitbang Gizi dan Makanan, Bogor.
10. Masing-masing yang bersangkutan untuk dilaksanakan.
11. Arsip.



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN

Jl. DR. Sumeru No. 63
 Bogor 16112

Telp. : (0251) 8321763, 8326348
 Fax. : (0251) 8326348
 E-mail : p3gizi@indo.net.id

LAMPIRAN

KEPALA PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN
TENTANG PEMBENTUKAN TIM PELAKSANAAN PENELITIAN TAHUN 2010
NOMOR HK.00.07/V/5617/2010 TANGGAL 1 Oktober 2010

No	KEGIATAN PENELITIAN	SUSUNAN TIM	JABATAN	LAMA	TUGAS
1	KARAKTERISTIK REMAJA YANG MENGONSUMSI ENERGI DIBAWAH KEBUTUHAN MINIMAL DI INDONESIA	1 DR. Anis Irawati, MSc	Peneliti Utama		3 bulan
		2 DR. Ir. M.F. Aryani Sudja, MKM	Peneliti		3 bulan
		3 Dwi Tjahyani Pudjowati, SKM. MKes	Peneliti		3 bulan
		4 Nandang Aahmad Waluya, Mkep. SpMb	Peneliti		3 bulan
		5 Ujang Kosnadi	Pemb. Administrasi		3 bulan
2	ASUPAN DAN TINGKAT KECUKUPAN KONSUMSI ZAT GIZI MIKRO PENDUDUK INDONESIA	1. Ir. Sri Prihatini, MKes	Peneliti Utama		3 bulan
		2 Trintrin T. Mudjianto, MKes	Peneliti		3 bulan
		3 Drh Endi Ridwan, Msi	Peneliti		3 bulan
		4 Ujang Kodyat	Pembantu Peneliti		3 bulan
		5 Wiwi Mulyawati	Pemb. Administrasi		3 bulan
3	ANALISIS PENYEBAB STUNTING PADA ANAK BALITA DI LEVEL PROPINSI DESA, RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU DI INDONESIA	1. Ir. Sihadi, MKes	Ketua Pelaksana		3 bulan
		2 Ir. Sri Pudji Hastuti, Mkes	Peneliti		3 bulan
		3 Sri Muljati, SKM. Mkes	Peneliti		3 bulan
4	KERAGAMAN JENIS MAKANAN YANG DI KONSUMSI DAN TINGKAT KECUKUPAN ENERGI PROTEIN ANAK BALITA (24-59 BLN) STUNTING DI INDONESIA	1 Ir. Hermina, MKes	Peneliti Utama		3 bulan
		2 Ir. Tjetjep S. Hidayat, MKes	Peneliti		3 bulan
		3 Dra. Heru Yuniati, Msi	Peneliti		3 bulan
		4 Ir. Sri Prihatini, MKes	Peneliti		3 bulan
		5 DR. Abas B. Jahari, MSc	Konsultan		3 bulan
		6 Taufan Hermawan	Pemb. Administrasi		3 bulan
5	PROFIL KONSUMSI ZAT GIZI DAN STATUS GIZI BALITA PADA RUMAH TANGGA PEROKOK DAN BUKAN PEROKOK	1 Sudikno, SKM. MKM	Ketua Pelaksana		3 bulan
		2 Ir. Yekti Widodo, MKes	Peneliti		3 bulan
		3 dr. Bona Simanungkalit, DHSM, Mkes	Peneliti		3 bulan
		4 DR. Sandjaja	Konsultan		3 bulan
6	HUBUNGAN ANTENATAL CARE DENGAN BERAT BADAN LAHIR BAYI DI PERKOTAAN DAN PEDESAAN	1 DR. Fitrah Ernawati, MSc	Ketua Pelaksana		3 bulan
		2 DR. Djoko Kartono, MSc	Anggota		3 bulan
		3 Dr. Rustan Effendi, MKes	Anggota		3 bulan
		4 Dyah Santia Puspitasari, SKM, MKes	Anggota		3 bulan
7	KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PENDUDUK 15-24 TAHUN DI KABUPATEN DAN KOTA DALAM KAITANYA DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN HIV/AIDS DAN PERILAKU SEKSUAL DI INDONESIA	1 Dr. Siswanto, DTM, MHP	Ketua Pelaksana		3 bulan
		2 Dr. Bona Simanungkalit, DHSM, MKes	Peneliti		3 bulan
		3 Yurista Permanasari, SKM, Msi	Peneliti		3 bulan
		4 Sudikno, SKM, MKM	Peneliti		3 bulan
		5 DR. Abas Basuni	Konsultan		3 bulan
8	KARAKTERISTIK STATUS GIZI BALITA AKUT DAN KRONIS DI KABUPATEN DI INDONESIA	1 Noviaty Fuada, SP, MKM	Ketua Pelaksana		3 bulan
		2 Ir. Tjetjep Hidayat, MKes	Peneliti		3 bulan
		3 Rika Rahmawati, SP, MPH	Peneliti		3 bulan
		4 Taufan Hermawan	Pemb. Administrasi		3 bulan
		5 DR. Abas Basuni Jahari	Konsultan		3 bulan
9	KONSUMSI ZAT GIZI MAKRO DAN RASIO PROTEIN HEWANI DAN NABATI PADA MASYARAKAT INDONESIA	1 Drs. Almasyhuri, Apt, Msi	Ketua Pelaksana		3 bulan
		2 Agus Triwinarto, SP, MKM	Peneliti		3 bulan
		3 DR. Dewi Permaesih	Peneliti		3 bulan
		4 Yurista Permanasari, SKM, Msi	Peneliti		3 bulan



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN

JL DR. Sumeru No. 63
 Bogor 16112

Telp. : (0251) 8321763, 8326348
 Fax. : (0251) 8326348
 E-mail : p3gizi@indo.net.id

11	ANALISA DATA AGREGAT PENGUKURAN LLA ATAU BMI PADA BUMIL TERHADAP PROPORSI BATITA STUNTING DI 33 PROPINSI DI INDONESIA	1	Ir. Sri Mulyati, MKes	Ketua Pelaksana	3 bulan
		2	Agus Triwinarto, SKM, MKes	Peneliti	3 bulan
		3	Sri Pudji Hastuti, SKM, MKes	Peneliti	3 bulan
		4	Pudjo Miranto	Pemb. Administrasi	3 bulan
12	HUBUNGAN KONSUMSI DAN STATUS GIZI IBU MENYUSUI DENGAN STATUS GIZI BAYI USIA 0-6 BULAN	1	DR. Ir. Heryudarini Harahap, MKes	Ketua Pelaksana	3 bulan
		2	Ir. Erna Luciasari, MKP	Peneliti	3 bulan
		3	Sukati Saidin, SKM, MKes	Peneliti	3 bulan
		4	Iis Siti Halimah	Pemb. Administrasi	3 bulan
		5	DR. Sandjaja	Konsultan	3 bulan
13	BESARAN DEFISIT ZAT GIZI MAKRO DAN MIKRO PADA ANAK BADUTA DENGAN MASALAH KURUS DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN DI INDONESIA	1	Ir. Arnelia, MSc	Ketua Pelaksana	3 bulan
		2	DR. Astuti Lamid, MCN	Peneliti	3 bulan
		3	Ir. Yuniar Rosmalina, MSc	Peneliti	3 bulan
		4	Irina Raswati Irawan, SKM	Peneliti	3 bulan
		5	Yunita Diana Sari, SKM	Peneliti	3 bulan
14	KONTRIBUSI MAKANAN OLAHAN TERHADAP TOTAL KONSUMSI ENERGI, KARBOHIDRAT, PROTEIN DAN LEMAK PADA ANAK USIA SEKOLAH DI INDONESIA	1	Dra. Asri Sulistiawati, Apt. MSc	Ketua Pelaksana	3 bulan
		2	Nazarina	Peneliti	3 bulan
		3	Salimar	Peneliti	3 bulan
15	HUBUNGAN POLA PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI ANAK USIA DIBAWAH DUA TAHUN DENGAN STATUS GIZI BERDASARKAN INDEKS ANTROPOMETRI TUNGGAL DAN KOMPOSIT DI INDONESIA	1	Yekti Widodo, SP, MKes	Ketua Pelaksana	3 bulan
		2	M. Saidin, SKM, MKes	Peneliti	3 bulan
		3	Feri Ahmadi, Ssi, MPH	Peneliti	3 bulan
		4	Sudjasmin	Pemb. Administrasi	3 bulan
		5	Dr. Siswanto, MHP, DTM	Konsultan	3 bulan
16	PROFIL KONSUMSI SUMBER ANTIOKSI DAN ALAMI, STATUS GIZI, GAYA HIDUP DAN SANITASI LINGKUNGAN PADA DAERAH-DAERAH DENGAN KASUS TBC PARU TINGGI DI INDONESIA	1	Budi Setyowati, SP	Ketua Pelaksana	3 bulan
		2	Suryana Purawisastra, MSc	Peneliti	3 bulan
		3	Nelis Imaningsih, STP, MSc	Peneliti	3 bulan
		4	DR. Sandjaja	Peneliti	3 bulan

Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan
 Gizi dan Makanan



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke kepada Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dan ridhoNYa sehingga laporan penelitian ini dapat selesai kami susun. Judul penelitian ini pada awalnya adalah :

KOMPOSISI ZAT GIZI MAKRO DAN RASIO PROTEIN HEWANI DAN NABATI PADA MASYARAKAT INDONESIA

namun dalam perkembangannya setelah ditelaah lebih lanjut oleh Pembina-Panitia Pembina Ilmiah (Pembina PPI) maka judul menjadi :

PROFIL KONSUMSI ZAT GIZI BALITA PADA DAERAH STATUS GIZI PENDEK TINGGI, SEDANG DAN RENDAH

Tujuan penelitian untuk mengetahui profil tingkat ekonomi (kuintil ekonomi) pada daerah prevalensi balita; mengetahui profil tingkat pendidikan kepala keluarga (KK) pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah; Mendapatkan data besar konsumsi Energi, protein dan lemak anak balita pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah; Mendapatkan data persentase kecukupan konsumsi Energi, protein balita pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah ; Mendapatkan data persentase balita yang kekurangan konsumsi Energi dan protein pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah; Mendapatkan data konsumsi jenis makanan hewani sebagai sumber protein.

PROFIL KONSUMSI ZAT GIZI BALITA DI DAERAH STATUS GIZI PENDEK TINGGI, SEDANG DAN RENDAH

Abstrak

Latar Belakang. Prevalensi kependekan pada balita hasil Riskesdas 2010 secara nasional masih tinggi 35.6%,. Sebagian besar (17) propinsi memiliki prevalensi balita pendek berkisar 30-39.9%, 7 propinsi di atas 40%, sembilan propinsi memiliki prevalensi 20-29.9% dan belum ada propinsi yang mencapai prevalensi di bawah 20%. Status gizi erat kaitannya dengan konsumsi zat gizi, pengasuhan, sosial ekonomi keluarga. **Tujuan** Mendapatkan data profil konsumsi zat gizi anak balita pada daerah status gizi pendek tinggi, sedang dan rendah. **Metode** Analisis data ini menggunakan data Riskesdas 2010 Populasi penelitian ini adalah seluruh Balita umur 6-59 bulan. Sampel penelitian ini adalah balita yang mempunyai BB,TB, dan umur lengkap serta mempunyai data konsumsi. Pengolahan data menggunakan SPSS 15. **Hasil.** Rerata konsumsi energi pada kelompok umur 7- 12 bulan di masing-masing prevalensi menunjukkan rerata konsumsi energi dan protein lebih rendah pada daerah prevalensi sedang, sedangkan rerata konsumsi lemak dan karbohidrat lebih rendah pada daerah prevalensi tinggi, sebaliknya konsumsi energi pada kelompok umur 13-47 bulan di masing-masing prevalensi menunjukkan rerata konsumsi energi lebih rendah pada daerah prevalensi tinggi, rerata konsumsi protein, sedangkan rerata konsumsi lemak dan karbohidrat lebih rendah pada daerah prevalensi tinggi. Daging umumnya belum diberikan kepada balita usia 7 – 12 bulan. Persentase energi yang dikonsumsi balita pada setiap kelompok umur semakin rendah sesuai dengan meningkatnya prevalensi balita pendek. Begitu juga protein yang dikonsumsi balita semakin rendah sesuai dengan meningkatnya prevalensi balita pendek.

Kata Kunci. Balita, Konsumsi zat gizi, daerah prevalensi kependekan, Riskesdas 2010.

**PROFIL KONSUMSI ZAT GIZI BALITA PADA DAERAH
STATUS GIZI PENDEK TINGGI, SEDANG DAN RENDAH**

ANALISIS LANJUT RISKESDAS 2010

DAFTAR TIM PENELITI

Ketua Pelaksana : Drs. Almasyhuri, Apt., MSi.

Peneliti : 1. Agus Triwinarto, SKM, MKM

2. DR. Dewi Permaesih

3. Yurista Permanasari, SKM, MSi.

4. Taufan Hermawan

Konsultan : DR. Abas Basuni Jahari, MSc.

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL PENELITIAN	i
SURAT KEPUTUSAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	v
DAFTAR TIM PENELIT.I	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
RINGKASAN PENELITIAN.....	1
LATAR BELAKANG	3
TUJUAN PENELITIAN.....	5
Umum	5
Khusus	5
METODE PENELITIAN.....	5
HASIL DAN PEMBAHASAN	8
KESIMPULAN	16
SARAN	17
DAFTAR PUSTAKA	17

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL PENELITIAN	i
SURAT KEPUTUSAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	v
DAFTAR TIM PENELIT.I	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
RINGKASAN PENELITIAN.....	1
LATAR BELAKANG	3
TUJUAN PENELITIAN.....	5
Umum	5
Khusus	5
METODE PENELITIAN.....	5
HASIL DAN PEMBAHASAN	8
KESIMPULAN	16
SARAN	17
DAFTAR PUSTAKA	17
LAMPIRAN	18

LATAR BELAKANG

Status gizi balita diukur berdasarkan umur (U), tinggi badan (TB) dan berat badan (BB). Variabel BB dan TB anak disajikan dalam tiga indikator antropometri, berat badan menurut umur (BB/U), Berat badan menurut Tinggi badan (BB/TB) dan tinggi badan menurut umur (TB/U). Untuk menilai status gizi anak angka BB dan TB anak dikonversi ke dalam nilai standar (Z score) dengan menggunakan baku antropometri WHO 2006. Berdasarkan nilai Z score indikator TB/U dikelompokkan kedalam tiga kategori, yaitu kategori sangat pendek (Z score < -3.0), kategori pendek (Z score > -3.0 s/d < -2.0) dan kategori normal (Z score > -2.0). Kategori pendek dan sangat pendek sering digabungkan menjadi satu disebut masalah pendek.

Prevalensi pendek pada balita di Indonesia masih cukup tinggi, hasil Riskesdas 2007 ditemukan 36,8 % (Depkes, 2008) dan Riskesdas 2010 secara nasional masih 35.6% (Depkes, 2010). Sebagian besar (17) propinsi memiliki prevalensi balita pendek berkisar 30-39.9%, 7 propinsi di atas 40%, sembilan propinsi memiliki prevalensi 20-29.9% dan belum ada propinsi yang mencapai prevalensi di bawah 20% (Depkes, 2010). Propinsi dan kategori prevalensi balita dapat dilihat pada tabel berikut :

Propinsi dengan prevalensi pendek tinggi (> 40%)

No urut	Nama Propinsi	No Kode Propinsi
1	Gorontalo	75
2	NTB	52
3	NTT	53
4	PapBar	91
5	SulBar	61
6	SumSel	16
7	SumUt	12

Propinsi dengan prevalensi pendek sedang (30% - 39,9%)

8	Aceh	11
9	Banten	36
10	Bengkulu	17
11	JaBar	32
12	Jambi	15
13	JaTeng	33
14	JaTim	35
15	KalBar	61

16	KalSel	63
17	KalTeng	62
18	Kepri	21
19	Lampung	18
20	Maluku	81
21	SulSel	73
22	SulTeng	72
23	SulTra	74
24	SumBar	76

Propinsi dengan prevalensi pendek rendah (20% - 29,9%)

25	Babel	19
26	Bali	51
27	DIY	34
28	DKI	31
29	KalTim	64
30	MalUt	82
31	Papua	94
32	Riau	14
33	SulUt	71

(Jahari, Riskesdas 2010)

Penyebab utama masalah balita pendek adalah kekurangan konsumsi zat gizi secara kronis diduga dimulai dari kandungan. Keadaan ini dapat diakibatkan karena kemiskinan dan pola asuh yang tidak tepat. Penyebab lain adalah adanya infeksi (diare) dan juga kecacingan yang berulang karena higienis dan sanitasi lingkungan yang kurang baik, ketidaktahuan orang tua karena kurang pendidikan sehingga pengetahuan gizi rendah, atau faktor tabu makanan dimana makanan bergizi ditabukan dan tak boleh dikonsumsi anak balita.

Masalah balita pendek bukan sekadar pertumbuhan yang lebih pendek dari normal tetapi berdampak terhadap perkembangan mental dan penurunan kecerdasan. Anak kelihatan pendek, kurus dibandingkan teman-temannya sebaya yang lebih sehat. Ketika memasuki usia sekolah tidak bisa berprestasi menonjol karena kecerdasannya terganggu.

Sehubungan dengan fakta perbedaan nilai prevalensi balita pendek pada kelompok propinsi/daerah maka perlu diketahui bagaimana profil konsumsi zat gizi anak balita pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah.

TUJUAN

Umum

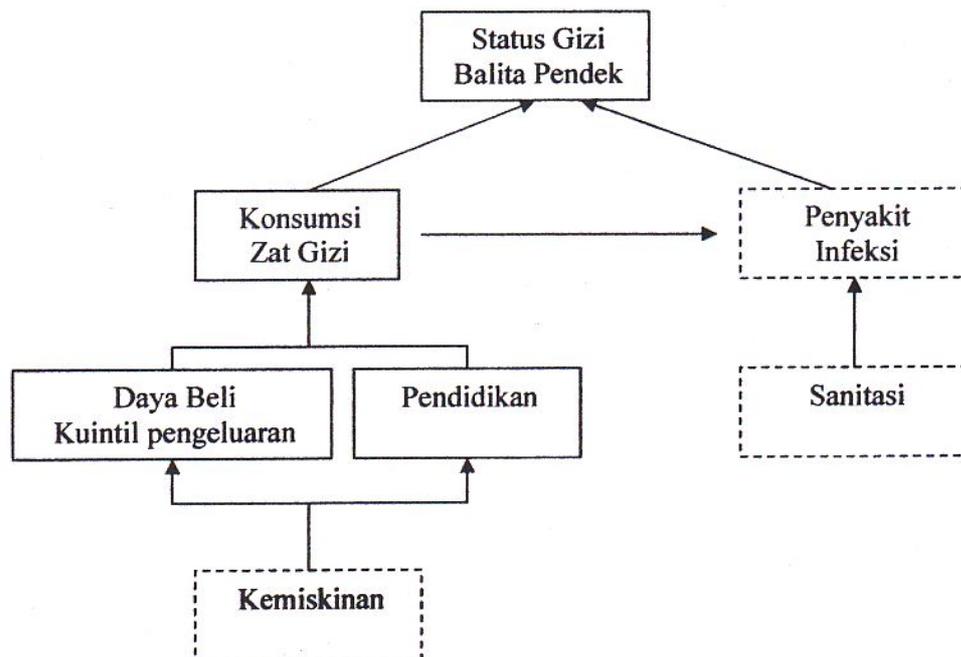
Mendapatkan data profil konsumsi zat gizi anak balita pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah.

Tujuan khusus

1. Mengetahui profil tingkat ekonomi (kuintil ekonomi) pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah
2. Mengetahui profil tingkat pendidikan kepala keluarga (KK) pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah
3. Mendapatkan data besar konsumsi Energi, protein dan lemak anak balita pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah
4. Mendapatkan data persentase kecukupan konsumsi Energi, protein balita pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah
5. Mendapatkan data persentase balita yang kekurangan konsumsi Energi dan protein pada daerah prevalensi balita pendek tinggi, sedang dan rendah
6. Mendapatkan data konsumsi jenis makanan hewani sebagai sumber protein.

METODE

a. Kerangka Pikir



Status gizi balita pendek diakibatkan oleh kekurangan konsumsi zat gizi secara kronis mulai dari kandungan sampai usia tiga tahun, di samping akibat penyakit infeksi karena sanitasi lingkungan yang kurang baik. Rendahnya konsumsi zat gizi umumnya diakibatkan oleh rendahnya daya beli akibat kemiskinan. Kemiskinan juga mengakibatkan ketidakmampuan keluarga untuk menempuh pendidikan sehingga berakibat kurangnya pengetahuannya dalam pemilihan makanan bergizi, di samping itu juga mengakibatkan rendahnya pendapatan yang berhubungan daya beli.

b. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat Penelitian : Puslitbang Gizi dan Makanan di Bogor

Waktu Penelitian : 3 bulan (Oktober – Desember 2010)

c. Jenis Penelitian : Analisa data Sekunder

c. Populasi dan Sampel

Analisis data ini menggunakan data Riskesdas 2010 Populasi penelitian ini adalah seluruh Balita umur 7-59 bulan. Sampel penelitian ini adalah balita yang mempunyai data BB, TB, dan umur lengkap serta mempunyai data konsumsi.

Data dalam penelitian ini adalah data primer dengan rincian sebagai berikut :

Variabel	Cara Pengumpulan Data
Konsumsi zat gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak)	Recall konsumsi 1 x 24 jam
Konsumsi protein hewani	Recall konsumsi 1 x 24 jam
Konsumsi protein nabati	Recall konsumsi 1 x 24 jam

d. Besar sampel, Cara pemilihan dan Penarikan Sampel

Besar sampel merupakan sampel total populasi balita umur 7 – 59 bulan

Kriteria inklusi : - subjek balita yang beurusia 7 sampai dengan 59 bulan

- mempunyai data konsumsi makanan 24 jam

- mempunyai data TB dan berat badan

Kriteria eksklusi : - pada waktu recall konsumsi dalam keadaan sakit

- pada waktu recall konsumsi dalam keadaan puasa

e. Variabel dan cara pengumpulan data

h. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1. Konsumsi zat gizi makro karbohidrat, protein dan lemak	Jumlah konsumsi karbohidrat yang bersal dari makanan yang dikonsumsi	Recall konsumsi 1 x 24 jam	RKD 10 IND Blok IX antropometri	- jumlah karbohidrat, protein dan lemak (gram)
2. Konsumsi protein hewani	Jumlah konsumsi protein yang bersal dari makanan hewani	Recall konsumsi 1 x 24 jam	RKD 10 IND Blok IX.	jumlah protein (gram)
3. Konsumsi protein nabati	Jumlah konsumsi protein yang bersal dari makanan hewani	Recall konsumsi 1 x 24 jam	RKD 10 IND Blok IX.	jumlah protein (gram)
4. Umur semua responden	Usia pada waktu dilakukan wawancara	wawancara	RKD 10 RT Blok IV	Bilangan umur
6. Tanggal lahir	Tanggal, bulan, dan th kelahiran respond	wawancara	RKD 10 RT Blok IV	Tanggal lahir
5 Jenis kelamin	Jenis kelamin responden	wawancara	RKD 10 RT Blok IV kolom 4	Jenis kelamin
6. Daerah	Klasifikasi Desa/kelurahan	Wawancara	RKD 10 RT Blok I	Perdesaan/Perkotaan
7. Status kehamilan	Keadaan responden saat diwawancara	Wawancara	RKD 10 RT Blok IV kolom 10	Status Kehamilan
8. Kondisi menyusui	Keadaan responden saat diwawancara	Wawancara	RKD 10 RT Blok IX	Status menyusui
9. Antropometri	Hasil pengukuran BB dan TB/PB	Pengukuran	RKD 10 RT Blok X	BB dan TB/PB
10. Prevalensi pendek	Klasifikasi prevalensi balita pendek	Pengelompokan propinsi	> 40% 30-39.9% 20-29.9% < 20%	-7 propinsi > 40 % -17 prop 30-39.9% -9 pro 20-29.9%

f. Bahan dan Prosedur Kerja

Bahan/data yang akan dianalisis bersumber dari data Riskesdas 2010. Sebagai tahap awal akan dilakukan verifikasi data terhadap ketersediaan data dari variabel-variabel yang diperlukan. Lalu dilakukan pengecekan terhadap sebaran data dari setiap variabel dengan cara membuat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Sampel balita dikelompokkan menjadi 3 kelompok agar kecukupan konsumsinya dapat dihitung berdasarkan anjuran kecukupan gizi (AKG) (LIPI, 2004.), 7-12 bulan, 13-47 bulan dan 48-59 bulan.

g. Manajemen dan Analisis Data

Data akan dianalisis dengan statistik. Untuk mengetahui sebaran masing-masing variabel akan dilakukan analisis dengan komputer menggunakan program SPSS SPSS 17.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Sampel

Daerah prevalensi balita pendek rendah yang selanjutnya disebut daerah prevalensi rendah adalah propinsi yang memiliki prevalensi balita 20 – 29.9 %, yang jumlahnya 7 propinsi memiliki sampel 1163 balita berusia 7 – 59 bulan.. Daerah prevalensi balita pendek sedang yang selanjutnya disebut daerah prevalensi sedang adalah propinsi yang memiliki prevalensi balita 30 – 39.9% dengan jumlah 17 propinsi terdapat sampel 5986 balita sedangkan daerah prevalensi tinggi memiliki prevalensi balita pendek > 40% berjumlah 9 propinsi terdapt sampel 1388 balita (Tabel 1)

Dalam Tabel 1 juga dapat dilihat persentase balita 7 – 12 bulan di tiap daerah berkisar 6.8 % di daerah prevalensi tinggi dan 8.9% di daerah prevalensi rendah. Jumlah balita usia ini paling kecil dibanding kelompok usia lain karena selang usianya hanya 5 bulan (7 – 12 bulan), sedangkan jumlah balita usia 13-47 bulan paling besar karena seang usianya 34 bulan (13-47 bulan).

Tabel 1. Jumlah Sampel Balita pada Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

Usia	Prev Rendah		Prev Sedang		Prev Tinggi	
	n	%	n	%	n	%
7-12 bl	103	8.9	506	8.5	94	6.8
13-47 bl	807	69.4	4073	68	1031	74.3
48-59 bl	253	21.8	1407	23.5	263	18.9
Jumlah	1163	100	5986	100	1388	100

Tabel 2 . Jumlah masing-masing jenis kelamin Balita pada Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

Jenis kelamin	Prev Rendah		Prev Sedang		Prev Tinggi	
	n	%	n	%	n	%
Laki-Laki	586	50.4	2990	49.9	730	52.6
Perempuan	577	49.6	2996	50.1	658	47.4
Jumlah	1163	100.0	5986	100.0	1388	100.0

Tabel 2 menunjukkan jumlah sampel balita laki dan perempuan di daerah prevalensi rendah dan sedang tidak banyak berbeda, kecuali di daerah prevalensi

tinggi perbedaannya cukup besar sekitar 5%, laki 52.6% dan perempuan 47.4%. Jumlah balita ini bukan merupakan balita keseluruhan tetapi merupakan jumlah hasil pemilihan dengan kriteria memiliki data antropometri, umur, dan data konsumsi.

Tabel 3 menunjukkan sebaran persentase perempuan dan laki pendek di daerah prevalensi pendek rendah, sedang dan tinggi. Persentase balita perempuan dan laki umur 7-12 bulan di daerah prevalensi rendah masing-masing 9.2% dan 8.5%, di daerah prevalensi sedang 8.6% dan 8.3% sementara di daerah prevalensi tinggi 7.0% dan 6.6%, menunjukkan bahwa jumlah tersebut tidak berbeda banyak antara perempuan dan laki, begitu juga pada kelompok umur yang lain misalnya 13-47 bulan.

Tabel 3. Persentase Balita Perempuan dan Laki Pendek pada Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

Umur Balita	Perempuan	Laki
	%	%
<i>Prev Rendah</i>		
7 – 12 bln	9.2	8.5
13 -47 bln	69.5	69.3
48 – 59 bln	21.3	22.2
Jumlah	100.0	100.0
<i>Prev Sedang</i>		
7 – 12 bln	8.6	8.3
13 -47 bln	67.9	68.2
48 – 59 bln	23.5	23.5
Jumlah	100.0	100.0
<i>Prev Tinggi</i>		
7 – 12 bln	7.0	6.6
13 -47 bln	75.7	73.0
48 – 59 bln	17.3	20.4
Jumlah	100.0	100.0

Tabel 4 menunjukkan sebaran persentase KK yang menamatkan pendidikan tertentu pada daerah prevalensi pendek yang berbeda. Dalam Tabel dapat dilihat bahwa persentase kepala keluarga (KK) yang tidak tamat sekolah dasar (SD) meningkat sesuai dengan meningkatnya jumlah prevalensi pendek. Pada tabel ini persentase KK yang tidak tamat SD daerah prevalensi tinggi 20.7 % lebih tinggi dibanding di daerah prevalensi rendah yang hanya 11.4%. Sebagian besar KK dari balita adalah berpendidikan lulus SMP yang jumlahnya 42.5% di daerah prevalensi

tinggi dan 50.4 % di daerah prevalensi sedang. KK yang tamat SMA di prevalensi rendah cukup tinggi 35.8 % sedangkan di daerah prevalensi tinggi hanya 42.5%. Hanya sekitar 7,6 % sampai dengan 10% yang tamat perguruan tinggi.

Dalam Tabel juga menunjukkan jumlah kelompok miskin (kuintil ekonomi 1 + 2) semakin meningkat sesuai dengan meningkatnya jumlah prevalensi balita pendek. Juga dapat dilihat bahwa jumlah persentase keluarga yang miskin (kuintil 1 + 2) di daerah prevalensi tinggi lebih besar dibandingkan di daerah prevalensi rendah, yaitu 53.7 % di prevalensi tinggi dan 28.7 % di daerah prevalensi rendah. Sebaliknya jumlah kelompok kaya (kuintil 4 + 5) semakin kecil dengan meningkatnya prevalensi balita pendek.

Tabel 4 . Persentase Kepala Keluarga Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Kuintil Keluarga pada Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

	Prev Rendah	Prev Sedang	Prev Tinggi
<i>Pendidikan KK</i>	%	%	%
Tidak tamat SD	11.4	17.0	20.7
Tamat SMP	43.3	50.4	42.5
Tamat SLTA	35.8	25.0	26.8
Tamat PT	9.5	7.6	10.0
	100.0	100.0	100.0
<i>Tingkat Kuintil</i>			
Kuintil 1+2	28.7	50.6	53.7
Kuintil 3	23.6	20.4	20.9
Kuintil 4 + 5	47.6	29.1	25.4
Jumlah	100.0	100.0	100.0

Konsumsi

Analisis data lanjut ini dilakukan pada 8537 sampel data anak balita usia 7 sampai dengan 59 bulan yang mempunyai data lengkap yang diperlukan. Hasil analisis mempunyai kelemahan karena data recall konsumsi berasal dari recall 1 X 24 jam, menurut Gibson (2005) data recall 1 x 24 jam mempunyai kelemahan antara lain lupa jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi dalam 24 jam yang lalu.

Untuk analisis selanjutnya dilakukan dengan membagi sampel menjadi 3 kelompok umur yaitu kelompok 1 umur 7-12 bulan kelompok 2 umur 13-47 bulan dan

kelompok 3 umur 48-59 bulan. Pembagian kelompok umur didasarkan pada kelompok yang mempunyai jumlah kebutuhan zat gizi sama sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2004 (LIPI, 2004)

Tabel 5. Rerata Konsumsi Zat Gizi Balita pada Tiga Kelompok Umur

Umur	n	Energi	Protein	lemak	Karbohidrat
		kkal	g	g	g
7 – 12 bln	703	608 ± 201	17.5 ± 6.4	16.4 ± 10.4	91.1 ± 38.4
13 -47 bln	5911	928 ± 301	29.6 ± 9.5	27.6 ± 15.6	138.7 ± 57.2
48 – 59 bln	1923	1312 ± 432	42.1 ± 14.4	40.9 ± 22.2	192.6 ± 80.7
Jumlah	8537				

Tabel 5 menunjukkan rerata konsumsi zat gizi balita pada masing-masing kelompok menunjukkan adanya kenaikan sesuai dengan kenaikan umur. Rerata konsumsi energi balita 608 ± 201 kkal, usia 13- 47 bulan 928 ± 301 dan usia 48- 59 bulan 1312 ± 432, atau berturut turut setara dengan 93.5% AKG, 92.8% AKG dan 84.6% AKG. Semakin bertambah umur balita cenderung kekurangan energi (Tabel 6)

Tabel 6. Persentase Kecukupan Energi dan Protein pada Balita

	n	Energi	Protein
Umur Balita		% AKG	% AKG
7 – 12 bln	703	93.5	109.4
13 -47 bln	5911	92.8	118.4
48 – 59 bln	1923	84.6	107.9

Dalam Tabel 6 juga dapat dilihat secara umum konsumsi energi sudah mendekati angka kecukupan dianjurkan sedangkan konsumsi protein sudah melebihi angka kecukupan yang dianjurkan. Rerata konsumsi energi balita usia 7-12 bulan 93.5 % sementara usia 48-59 bulan 84.6% atau lebih kecil dibandingkan dengan usia yang lebih muda. Persentase konsumsi energi balita kelompok usia lebih tinggi cenderung mengalami defisit lebih besar. Kecukupan protein lebih mudah dicapai dibandingkan

dengan kecukupan energi. Walaupun rerata konsumsi energi sudah mendekati 100% kecukupan dan bahkan konsumsi protein telah di atas 100% tetapi persentase balita yang mengonsumsi energi < 70% kecukupan masih di atas 22 % pada setiap kelompok usia.

Dari Tabel 7 dapat dilihat konsumsi energi yang dibawah 100% kecukupan masih lebih dari 50% balita. Di daerah prevalensi tinggi perasentase balita yang mengonsumsi energi < 70% umumnya lebih besar dibandingkan dengan daerah prevalensi rendah. Balita 7 – 12 bulan yang mengonsumsi energi < 70% AKG pada daerah prevalensi tinggi 34.0 % sedangkan di daerah prevalensi rendah 22.3 %. Hal yang sama pada balita umur 13-47 bulan yang mengonsumsi energi < 70% AKG di daerah prevalensi tinggi 38.9% lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah prevalensi rendah yang hanya 28.4%.

Tabel 7. Persentase Balita dengan Tingkat Konsumsi Energi pada Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

	Prev Rendah	Prev Sedang	Prev Tinggi
<i>7-12 bln</i>	%	%	%
< 70 %	22.3	25.1	34.0
70-100%	37.9	37.4	42.6
> 100 %	39.8	37.5	23.4
Jumlah	100.0	100.0	100.0
<i>13-47 bln</i>			
< 70 %	28.4	21.1	38.9
70-100%	39.5	41.0	39.1
> 100 %	32.1	38.0	22.0
Jumlah	100.0	100.0	100.0
<i>48-59 bln</i>			
< 70 %	39.9	34.6	37.6
70-100%	39.5	37.7	38.0
> 100 %	20.6	27.7	24.3
Jumlah	100.0	100.0	100.0

Tabel 8 menunjukkan persentase balita yang mengonsumsi protein di daerah prevalensi rendah, sedang dan tinggi. Balita semua kelompok umur yang mengonsumsi protein < 70% AKG di daerah prevalensi tinggi lebih besar dibandingkan dengan konsumsi di daerah prevalensi rendah. Balita usia 7-12 bulan dengan konsumsi protein < 70% AKG di daerah prevalensi tinggi 22.3% sedangkan di

daerah prevalensi rendah hanya sebanyak 17.5%. Begitu juga persentase balita kelompok umur lain yang mengonsumsi protein < 70% di daerah prevalensi tinggi lebih besar dibandingkan dengan di daerah prevalensi rendah.

Tabel 8. Persentase Balita dengan Tingkat Konsumsi Protein pada Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

	Prev Rendah	Prev Sedang	Prev Tinggi
7-12 bln	%	%	%
< 70 %	17.5	19.8	22.3
70-100%	27.2	28.1	22.3
> 100 %	55.3	52.2	55.3
Jumlah	100.0	100.0	100.0
13-47 bln			
< 70 %	9.5	9.8	13.8
70-100%	25.2	26.0	27.5
> 100 %	65.3	64.2	58.7
Jumlah	100.0	100.0	100.0
48-59 bln			
< 70 %	14.6	15.1	18.3
70-100%	36.8	33.2	38.8
> 100 %	48.6	51.7	13.7
Jumlah	100.0	100.0	100.0

Table 9 berikut menampilkan konsumsi zat gizi yang dibagi berdasarkan tingkat prevalensi pendek yang dibagi menjadi 3 kategori tingkat prevalensi yaitu prevalensi rendah, sedang dan tinggi.

Rerata konsumsi energi pada kelompok umur 7- 12 bulan di masing-masing prevalensi menunjukkan rerata konsumsi energi lebih rendah pada daerah dengan prevalensi sedang, demikian pula dengan rerata konsumsi protein, sedangkan rerata konsumsi lemak dan karbohidrat lebih rendah pada daerah prevalensi tinggi.

Rerata konsumsi energi pada kelompok umur 13-47 bulan di masing-masing prevalensi menunjukkan rerata konsumsi energi lebih rendah pada daerah dengan prevalensi tinggi, demikian pula dengan rerata konsumsi protein, sedangkan rerata konsumsi lemak dan karbohidrat lebih rendah pada daerah prevalensi tinggi.

Tabel 9. Konsumsi zat Gizi Balita pada Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

Usia	Energi kkal	Protein g	lemak g	Karbohidrat g
<i>Prev Rendah</i>				
7 – 12 bln	620	17.9	17.1	95.5
13 -47 bln	897	29.9	26.9	132.5
48 – 59 bln	1273	42.1	39.6	185.2
<i>Prev Sedang</i>				
7 – 12 bln	614	17.4	16.7	91.1
13 -47 bln	957	29.8	29.3	142.3
48 – 59 bln	1350	42.5	43.0	197.3
<i>Prev Tinggi</i>				
7 – 12 bln	653	17.6	14.1	86.4
13 -47 bln	837.6	28.4	21.7	129.2
48 – 59 bln	1145.7	40.1	30.7	174.3

Tabel 10. Persentase AKG Energi yang dikonsumsi balita pada setiap kelompok umur semakin rendah sesuai dengan meningkatnya prevalensi balita pendek. Begitu juga persentase AKG protein yang dikonsumsi balita semakin rendah sesuai dengan meningkatnya prevalensi balita pendek. Balita umur 7-12 bulan di daerah prevalensi tinggi hanya mengonsumsi protein 86.6% AKG sedangkan di daerah prevalensi rendah mengonsumsi protein 95.4 % AKG.

Tabel 10 juga menunjukkan semakin tinggi kelompok umur semakin rendah besaran konsumsi energi berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan, paling rendah ditemukan pada kelompok umur 48-59 bulan di daerah dengan prevalensi pendek tinggi. Besaran konsumsi protein pada setiap kelompok umur di setiap daerah umumnya sudah melebihi AKG. Yang tertinggi besaran protein ditemukan dikelompok umur 48-59 bulan di daerah dengan prevalensi rendah

Mutu protein didasarkan pada sumber protein yang dikonsumsi, protein hewani mempunyai nilai biologi yang lebih baik dibandingkan dengan protein nabati. Rerata konsumsi protein hewani pada setiap kelompok umur disajikan pada table berikut.

Tabel 10. Persentase AKG Energi dan Protein pada Balita di Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

	n	Energi	Protein	% AKG Energi	% AKG Protein
7- 12 bln					
Prev rendah	103	620	17.9	95.4	112.1
Prev sedang	506	614	17.4	94.5	108.8
Prev Tinggi	94	563	17.6	86.6	110.0
13-47 bln					
Prev rendah	807	897	29.9	89.7	119.6
Prev sedang	4073	957	29.8	95.7	119.1
Prev Tinggi	1031	838	28.4	83.8	113.7
48-59 bln					
Prev rendah	253	1273	42.1	82.1	107.9
Prev sedang	1407	1350	42.5	87.1	108.9
Prev Tinggi	263	1146	40.1	73.9	102.8

Tabel 11. Persentase kecukupan Energi, Protein pada Balita di Daerah Prevalensi Pendek Rendah, Sedang dan Tinggi

Kelompok Umur	Energi	Protein
	% AKG	% AKG
<i>Prev Rendah</i>		
7 – 12 bln	95.4	111,9
13 -47 bln	89.7	119.6
48 – 59 bln	82.1	164.2
<i>Prev Sedang</i>		
7 – 12 bln	94.5	108.8
13 -47 bln	95.7	119.2
48 – 59 bln	75.9	109.0
<i>Prev Tinggi</i>		
7 – 12 bln	100.5	110.0
13 -47 bln	83.7	113.6
48 – 59 bln	73.9	102.9

Tabel 12 menunjukkan bahwa daging umumnya belum dikonsumsi oleh balita usia 7 – 12 bulan, kecuali di daerah prevalensi sedang yang besarnya 3,8 gram. Konsumsi unggas pada kelompok balita umur 7 – 12 bulan di daerah prevalensi

rendah adalah paling besar (14,6 gram) dibanding pada daerah prevalensi tinggi maupun daerah prevalensi sedang. Ikan segar maupun ikan kering sudah dikonsumsi oleh balita dengan usia 7 – 12 bulan dan tentunya konsumsi meningkat sesuai dengan meningkatnya umur balita. Konsumsi ikan umumnya lebih rendah dibanding dengan unggas, karena mungkin disebabkan oleh adanya keyakinan pengaruh jelek pada kesehatan balita. Padahal sudah dibuktikan bahwa ikan mengandung asam lemak tak jenuh yang sangat baik untuk kesehatan (Marwoto, 1987)

Tabel 12. Rerata Konsumsi Protein Hewani Balita Menurut Daerah Prevalensi Status Gizi Pendek dan Kelompok Umur

Gol umur	Prev Tinggi	Prev Sedang	Prev Rendah
	g	g	g
7 – 12 bln			
Daging	-	3,8	-
Unggas	6,7	10,9	14,6
Ikan segar	8,3	6,4	9,0
Ikan kering	0,7	7,4	-
Telur	7,2	5,6	4,7
Susu	5,4	4,3	4,7
13 – 47 bln			
Daging	10,1	8,0	9,5
Unggas	15,5	11,1	9,8
Ikan segar	8,1	8,8	9,2
Ikan kering	12,1	7,9	8,4
Telur	7,0	6,5	5,9
Susu	5,7	5,5	5,3
Lain-lain	8,5	8,4	-
48 – 59 bln			
Daging	13,7	11,6	15,8
Unggas	22,1	14,1	8,7
Ikan segar	10,6	9,8	11,6
Ikan kering	12,4	7,5	14,7
Telur	6,6	6,8	5,6
Susu	16,3	11,9	6,2
Lain-lain	16,5	11,4	-

KESIMPULAN

1. Persentase kepala keluarga (KK) yang lulus SMA ke atas lebih besar di daerah prevalensi pendek rendah dibandingkan di daerah prevalensi pendek tinggi. Sebagian besar KK d ketiga daerah berpendidikan lulus SMP.
2. Jumlah kelompok miskin (kuintil ekonomi 1 + 2) semakin meningkat sesuai dengan meningkatnya jumlah prevalensi balita pendek. Jumlah persentase keluarga yang miskin (kuintil 1 + 2) di daerah prevalensi tinggi lebih besar dibandingkan di daerah prevalensi rendah. Sebaliknya jumlah kelompok kaya (kuintil 4 + 5) semakin kecil dengan meningkatnya prevalensi balita pendek.
3. Rerata konsumsi energi dan protein, lemak dan karbo hidrat pada balita 7-12 bulan dan 13 -47 bulan lebih rendah pada daerah prevalensi tinggi dibanding daerah prevalensi rendah.
4. Daging umumnya belum dikonsumsi oleh balita usia 7 – 12 bulan. Konsumsi unggas pada kelompok balita umur 7 – 12 bulan di daerah prevalensi rendah paling besar (14,6 gram) dibanding pada daerah prevalensi tinggi maupun daerah prevalensi sedang. Ikan segar maupun ikan kering sudah dikonsumsi oleh balita dengan usia 7 – 12 bulan. Konsumsi meningkat sesuai dengan meningkatnya umur balita.
5. Persentase AKG Energi yang dikonsumsi balita pada setiap kelompok umur semakin rendah sesuai dengan meningkatnya prevalensi balita pendek. Begitu juga persentase AKG protein yang dikonsumsi balita semakin rendah sesuai dengan meningkatnya prevalensi balita pendek.
6. Persentase balita perempuan dan laki di setiap daerah prevalensi tidak berbeda pada setiap kelompok umur yang sama.

SARAN

Program kesehatan atau pemberian makanan dalam rangka pengentasan masalah balita pendek perlu memperhatikan disparitas masalah kesehatan, sehingga biaya pada daerah prevalensi balita pendek tinggi hendaknya lebih besar di bandingkan dengan daerah prevalensi rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan R.I. 2008. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Indonesia-Tahun 2007.
- Departemen Kesehatan R.I. 2010. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Indonesia-Tahun 2010.
- LIPI (Lembaga Penelitian Ilmiah Indonesia). 2004. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi. 2004. Jakarta.
- Maerwoto, P. S S., Widodo. 1987. Beberapa Aspek Produksi dan Konsumsi Ikan di Indonesia. Seminar manfaat Ikan bagi pembangunan Sumberdaya Manusia. Jakarta 31 Agustus – 1 September 1987.
- Penduduk Sepanjang Sejarah. Seminar manfaat Ikan bagi pembangunan Sumberdaya Manusia. Jakarta 31 Agustus – 1 September 1987.
- Jahari, A.B. 2010. Makalah Presentasi Pada Sosialisasi Hasil Riskesdas 2010. Makasar Desember 2010.

LAMPIRAN

SARAN DAN PERTANYAAN DARI PANITIA PEMBINA ILMIAH (PPI) DAN
PESERTA SEMINARPADA ACARA SEMINAR PEMBINAAN HASIL PENELITIAN
PADA TANGGAL 26 – 27 JANUARI 2011

No.	Saran/Pertanyaan	Tindak lanjut telah dilakukan
1	Prevalensi Rendah, Sedang dan Tinggi supaya lebih dijelaskan	Telah diperbaiki dibuat lebih jelas
2	Satuan dalam table supaya dilengkapi	Satuan dalam table telah dilengkapi
3	Latar Belakang yang menyebutkan kekurangan zat gizi mengakibatkan penurunan keadaan agar lebih dijelaskan.	Kalimat dan pernyataan telah diperbaiki
4	Apakah konsumsi zat gizi balita di bawah 2 tahun telah memperhitungkan konsumsi ASI	Dijawab : Konsumsi balita di bawah 2 tahun tidak memperhitungkan konsumsi ASI, karena data yang dikumpulkan pada Riskedas 2010 tidak menghitung konsumsi ASI secara akurat
5	Pengelompokan umur balita tidak konsisten.	Pengelompokan umur balita pada waktu presentasi tidak konsisten, tetapi pada laporan sudah disajikan secara konsisten, yaitu : 7 - 12 bulan; 13 – 47 bulan dan 48 – 59 bulan.