

2017

**Dittekkes Kemenkes Aceh
bekerja sama dengan
Dinas Kesehatan Aceh**

Studi Monitoring dan Avaluasi
Program Gizi

PSG & PKG ACEH

MASALAH STATUS GIZI BALITA ACEH HASIL PSG 2015-2017

NO.	KAB/KOTA	KURUS WASTING BB/TB			BUKUR UNDERWEIGHT BB/U			PENDEK STUNTING TB/U			OBESE OBESITAS BB/TB		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
1	SIMEULUE	13.3	14.3	14.5	19.0	22.2	26.7	37.7	28.6	35.7	4.3	2.7	2.3
2	SINGKIL	13.3	8.7	10.9	20.3	7.7	15.4	37.0	28.9	38.7	7.0	3.9	7.9
3	ACEH SELATAN	15.7	20.1	9.5	27.0	20.8	24.2	43.7	26.6	44.9	3.3	4.2	3.3
4	ACEH TENGGARA	18.7	18.7	10.2	27.0	6.3	22.1	39.0	21.0	38.2	6.7	6.7	5.1
5	ACEH TIMUR	16.0	13.9	11.2	24.0	25.2	32.5	31.3	32.3	43.6	3.7	2.8	1.0
6	ACEH TENGAH	12.0	9.9	9.7	8.7	13.1	18.5	13.0	27.0	37.2	4.3	2.0	2.7
7	ACEH BARAT	13.7	7.3	8.9	24.0	14.0	19.5	36.3	25.5	33.2	8.0	4.1	5.3
8	ACEH BESAR	22.3	9.1	13.1	26.7	6.7	22.1	25.0	12.2	31.2	3.7	1.8	2.9
9	PIDIE	25.3	21.8	14.3	29.3	25.8	35.0	32.3	27.7	43.7	5.3	1.9	2.3
10	BIREUEN	18.0	9.5	12.1	26.7	20.2	25.2	28.0	36.6	34.4	2.7	3.9	2.9
11	ACEH UTARA	22.0	16.2	15.9	26.0	26.7	31.9	39.0	36.1	35.9	5.7	2.0	1.0
12	ACEH BARAT DAYA	18.7	30.2	15.8	22.3	29.2	26.0	28.7	31.6	31.6	5.3	2.8	3.2
13	GAYO LUES	14.7	12.7	10.8	18.7	2.7	20.2	30.3	15.5	38.5	7.3	1.7	4.7
14	ACEH TAMIANG	8.3	6.8	14.8	11.0	4.8	19.8	25.3	15.1	32.4	5.0	3.2	4.3
15	NAGAN RAYA	14.3	12.2	8.4	25.0	16.8	12.7	40.3	28.6	26.2	6.3	2.0	1.7
16	ACEH JAYA	15.7	4.6	12.0	19.3	9.6	25.2	25.7	22.8	38.3	5.3	1.0	3.0
17	BENER MERIAH	20.3	6.5	10.4	18.3	14.0	21.4	34.3	38.0	37.6	11.3	6.1	4.0
18	PIDIE JAYA	21.3	14.3	17.5	30.3	13.6	27.9	37.0	17.4	34.6	6.7	2.5	2.0
19	BANDA ACEH	20.3	15.4	14.5	18.0	20.3	23.3	24.0	27.1	25.1	7.0	1.7	2.9
20	SABANG	17.0	16.1	13.5	20.3	19.0	23.5	27.3	24.3	29.8	8.3	3.9	6.5
21	LANGSA	22.0	10.5	12.3	23.3	16.7	10.7	25.3	22.2	26.7	5.0	3.8	4.8
22	LHOKSEUMAWE	26.3	12.5	13.0	31.0	23.0	22.2	34.3	27.4	25.2	5.0	1.0	4.7
23	SUBULUSSALAM	16.7	15.4	15.0	22.7	23.4	29.1	31.7	32.9	47.3	4.0	5.7	3.3
ACEH		17.7	13.3	12.8	22.6	16.7	24.8	31.6	26.4	35.7	5.7	3.1	3.0
INDONESIA		12.2	12.6	6.9	19.6	17.8	17.8	37.2	21.7	29.6	11.8	4.3	4.6

[LAPORAN SURVAI PEMANTAUAN STATUS GIZI PROVINSI ACEH 2017]

Cetakan Pertama, 14 Februari 2018

Pemerintah Aceh
Dinas Kesehatan
dan
Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh

Buku Laporan Akhir
Survei Pemantauan Status Gizi Provinsi Aceh Tahun 2017

Penyusun : Alfridsyah
Erlindawati
Fitri Herlina
Yusniwati

Diterbitkan dan Didistribusikan oleh :
Dinkes Kesehatan Aceh dan Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Aceh
Korespondensi : alfridsyah.ed@gmail.com HP : 08126 987 1970

SURVAI PEMANTAUAN STATUS GIZI PROVINSI ACEH TAHUN 2017

Kerjasama Dinas Kesehatan Aceh dengan Poltekkes Kemenkes Aceh

Pelaksanaan Survei Pemantauan Status Gizi (PSG) dan pemantauan Konsumsi Gizi (PKG) dilakukan dengan disain potong lintang. Populasi adalah semua Rumah Tangga (RT) yang mempunyai anak balita usia 0-59 bulan dan ibu hamil. Sampel adalah Rumah Tangga (RT) yang terpilih dari populasi di semua kabupaten/kota dan dipilih 30 (tiga puluh) klaster dipilih secara acak sistematis berdasarkan *Probability Proportional to Size (PPS)* dari jumlah penduduk, pemilihan sampel RT yang mempunyai balita sebagai responden sebanyak 10 (sepuluh) rumah tangga untuk setiap klaster dengan cara *purposive* dengan model lingkaran anti nyamuk, Petugas enumerator adalah 138 (seratus tiga puluh delapan) ahli gizi dan 23 orang supervisor dari jurusan gizi politeknik kesehatan Aceh dan Dinas kesehatan Aceh dan Pengelola Program Gizi di Kabupaten sebagai Koordinator pelaksanaan di Kab/Kota. Data di kumpulkan di 690 Klaster (gampong) dan 10.209 rumah tangga (responden), 7.047 Balita, Ibu hamil 3.987 orang dan 18.073 orang dewasa (>18 tahun) pada bulan September 2017.

Berdasarkan indikator status gizi untuk masalah balita kurus (BB/TB) terjadi penurunan prevalensi secara bertahap dari tahun 2014 - 2017, namun jika dibandingkan dengan rerata nasional prevalensi balita kurus Aceh (12,8%) hampir dua kali dari prevalensi Nasional (6,9%), Untuk masalah *underweight* BB/U (buruk dan kurang) terjadi peningkatan kasus yang cukup signifikan (8,1%). Untuk masalah *stunting* (pendek) terjadi peningkatan kasus yang sebesar 9,3 % dan berada jauh diatas rerata nasional. Sedangkan untuk masalah obesitas hamper semua kabupaten kotra berada dalam kategori tidak bermasalah masalah dan masalah ringan

Untuk remaja berusia yang berumur 5 - 18 tahun terdapat 7,7% anak usia sekolah berada dalam status gizi kategori Sangat Kurus dan kurus, Sedangkan kategori Gemuk sebesar 29,7%, untuk orang dewasa terdapat prevalensi yang cukup besar pada kategori Lebih dan Obesitas sebesar 52,4%, dengan proporsi terbesar pada Obesitas (36,4%).

Kurang Energi Kronis pada ibu hamil didapatkan hasil 8,7% berisiko menderita Kurang Energi Kronis (KEK), Keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG tahun 2016 terjadi peningkatan sebesar 0,6%, terhadap Wanita Usia Subur didapatkan hasil 4,1% wanita usia subur di Aceh berisiko menderita KEK. Proporsi bayi baru lahir yang mendapatkan inisiasi menyusui dini (IMD) sebesar 63,9 %, jika dibandingkan dengan hasil PSG tahun 2016 terjadi penurunan yang merndapatkan IMD. Proporsi bayi yang mendapatkan ASI pada usia kurang dari 5 bulan sebesar 46,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (59%), terjadi penurunan, sebesar 2,5%.

Proporsi balita yang mendapatkan kapsul Vitamin A sebesar 97,2% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (93,5%), terjadi peningkatan, sebesar 6,7%. Proporsi balita yang mendapatkan buku KIA sebesar 88,8% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (88,1%), terjadi peningkatan, sebesar 0,7%. Proporsi balita yang melakukan penimbangan selama lebih dari 4 kali dalam 6 bulan terakhir sebesar 81,3%, jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (67,4%), terjadi peningkatan, sebesar 13,9%. Proporsi Balita dalam kategori kurus yang mendapatkan makanan tambahan sebesar 45,5%, keadaan ini jika

dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (19,0%), terjadi peningkatan yang signifikan sebesar 26,5%. Proporsi Remaja putri usia 12 - 18 tahun yang mendapatkan TTD sebesar 17,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (24,7%), terjadi penurunan sebesar 7,2%. Proporsi ibu hamil yang mendapatkan TTD sebesar 85,2% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (94,4%), terjadi penurunan sebesar 9,2%. Proporsi ibu hamil yang mempunyai Risiko KEK yang mendapatkan Makanan Tambahan sebesar 30,7% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (84,5%), terjadi penurunan yang signifikan sebesar 53,8%. Proporsi Rumah tangga yang menggunakan garam beriodium di provinsi Aceh sebesar 67,8% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (67,0%), terjadi penurunan sedikit sebesar 0,8%.

Secara nasional rerata kecukupan konsumsi energi pada anak balita sebesar 83,2%, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 72,4% atau posisi Aceh berada pada posisi terendah dari seluruh Indonesia, rerata kecukupan konsumsi Protein sebesar 107,3 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 105,3% atau posisi berada pada posisi 10 terendah dari seluruh Indonesia, rerata kecukupan konsumsi Lemak sebesar 80,2 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 71,9% atau berada pada posisi 10 terendah dari seluruh Indonesia, rerata kecukupan konsumsi karbohidrat nasional sebesar 83,6 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 71,5% posisi konsumsi kecukupan Karbohidrat Aceh berada pada posisi 2 terendah dari seluruh Indonesia setelah Provinsi Papua, rerata kecukupan konsumsi Natrium nasional sebesar 78,7 %, sedangkan untuk Aceh sebesar 68,5% Kondisi ini menunjukkan bahwa posisi konsumsi kecukupan natrium balita Aceh berada pada posisi 2 terendah dari seluruh Indonesia setelah Provinsi Sumatera Barat,

Dari Survei PSG ini di rekomendasikan kepada Para Pengambil Kebijakan dari Hasil dapat dijadikan sebagai alat monitoring dan evaluasi kegiatan program yang telah berjalan, serta dijadikan bahan dalam Perumusan kebijakan program perbaikan gizi pada masa yang akan datang, Perlunya dirancang pola baru penanggulangan masalah gizi berdasarkan analisis komposit status gizi balita dengan dilakukan Pendampingan Keluarga Bermasalah Gizi (Pendek dan Kurus) dengan melakukan kerjasama dengan pendidikan Tinggi Kesehatan / Gizi untuk kegiatan Pendampingan keluarga Bermasalah Gizi (Pendek, kurus, obesitas, KEK). Perlunya Pihak Pengelola program memperhatikan Kegiatan Unggulan Program Gizi 2018-2023, Perlunya dilakukan penyusunan program perbaikan gizi yang sesuai dengan permasalahan spesifik gizi yang terdapat di kabupaten/kota yang bersangkutan seperti untuk kab/kota yang memiliki prevalensi gizi buruknya tinggi menggunakan program (a). Penanganan balita gizi buruk dengan melaksanakan tatalaksana gizi buruk dan pemberian PMT (b). Pemberian Suplementasi mikronutrien dan fortifikasi (c). Peningkatan Pola Hidup Bersih dan Sehat. Sedangkan untuk daerah yang memiliki status gizi buruknya relative sedikit dapat menggunakan Program yang lebih bersifat sensitive dengan melakukan penekanan yang lebih besar pada komitmen dari berbagai pemangku kepentingan.

KATA SAMBUTAN

Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara jumlah asupan zat gizi dengan kebutuhan zat gizi tubuh. Status gizi khususnya status gizi anak balita merupakan salah satu indikator kualitas sumber daya manusia yang menentukan tingkat kesejahteraan masyarakat, yang akan menentukan kualitas Sumber Daya Manusia. Sedemikian strategisnya status gizi dalam upaya pembangunan manusia Indonesia, sehingga ditetapkan sebagai salah satu sasaran dan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang Kesehatan, yaitu menurunkan prevalensi balita gizi kurang dan prevalensi balita pendek, untuk pencapaiannya telah ditetapkan 6 indikator kinerja kegiatan perbaikan gizi yang prioritas untuk dilaksanakan sebagaimana dijabarkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019.

Hasil survai PSG tahun 2017 ini telah menghasilkan serangkaian informasi situasi keadaan status gizi balita, remaja, wanita usia subur, ibu hamil/menyusui dan orang dewasa serta berbagai indikator perbaikan gizi yang berbasis komunitas yang spesifik daerah, sehingga merupakan masukan yang amat berarti bagi perencanaan bahkan perumusan kebijakan dan intervensi yang lebih terarah, efektif dan efisien. Untuk itu saya minta semua pelaksana program gizi untuk dapat memanfaatkan hasil survai ini dalam menyusun rumusan kebijakan dan program yang komprehensif dalam mempercepat peningkatan gizi masyarakat Aceh. Selain itu mengundang para pakar untuk mengkaji lanjut hasil survai ini, serta menyatakan bahwa kami siap menerima kritik dan saran konstruktif dari berbagai pihak sangat diharapkan untuk penyempurnaan laporan ini lebih lanjut.

Ucapan selamat dan penghargaan yang tinggi kami berikan kepada tim survai PSG tahun 2017 ini, dimana dengan curahan pikiran dan kerja kerasnya telah turut mengubah secara mendasar perencanaan program gizi yang pada gilirannya akan mempercepat upaya pencapaian target pembangunan di bidang kesehatan di Aceh.

Banda Aceh , Februari 2018

Kepala Dinas Kesehatan Aceh

Dr. Haniff

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kepada Allah SWT kami panjatkan, karena hanya dengan rahmat dan karunia Nya, kita dapat menyelesaikan Laporan Hasil Pemantauan Status Gizi Provinsi Aceh Tahun 2015.yang dilaksanakan di 23 Kabupaten/kota yang ada di Provinsi Aceh.

Pemantauan Status Gizi (PSG) Provinsi Aceh Tahun 2017, Pelaksanaan PSG yang diawali dengan pelatihan supervisor dan enumerator hingga pengumpulan data, dilakukan sejak bulan Agustus – Desember 2017 dengan mengerahkan sekitar 138 orang enumerator yang menyebar di seluruh kabupaten/kota yang ada di Aceh yang seluruhnya Ahli Gizi (minimal pendidikan Diploma III Gizi) dan bukan Pegawai Negeri Sipil, 23 orang supervisor provinsi (pegawai Dinas kesehatan Provinsi Aceh dan Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Aceh) dan 23 orang penanggungjawab kab/kota yang merupakan penanggungjawab seksi/program gizi di kabupaten/kota. Pengumpulan data dilakukan terhadap 690 Klaster dengan sampel 10.209 Rumah Tangga. Telah menghasilkan informasi tentang keadaan status gizi Balita, remaja, Wanita Usia Subur, Ibu Hamil dan Orang Dewasa dan konsumsi Balita serta pencapaian indikator program perbaikan gizi.

Proses manajemen data dimulai dari data dikumpulkan, kemudian dilakukan data entri ke komputer yang dilaksanakan oleh tim Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Poltekkes Aceh. Proses pengumpulan data, entri data dan khususnya data *cleaning* sungguh memerlukan ketelitian, stamina, pikiran dan kesabaran tingkat tinggi oleh tim manajemen data dari jurusan gizi poltekkes kemenkes aceh.

Disadari bahwa data ini juga perlu harmonisasi kepentingan stakeholders di bidang gizi dan kesehatan Perkenankanlah kami menyampaikan penghargaan yang tinggi serta terima kasih yang tulus atas semua kerja cerdas dan penuh dedikasi dari seluruh peneliti dan staf Dinas kesehatan Aceh beserta Staf dan dosen jurusan gizi Poltekkes kemenkes Aceh, para pakar dari Perguruan Tinggi, Para Dosen Poltekkes, Penanggung Jawab Operasional dari Jajaran Dinas Kesehatan kabupaten/kota di seluruh Provinsi Aceh. Seluruh enumerator dan semua pihak yang telah berpartisipasi mensukseskan PSG tahun 2017 ini dengan baik dalam menunjukkan karya baktinya dalam rangka upaya perbaikan gizi di Provinsi Aceh..

Billahi taufiq wal hidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Banda Aceh, , 14 Februari 2018

**Ketua Pusat kajian Gizi dan kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh**

**Alfridsyah, SKM, M.Kes, KP. Kesmas
NIP. 19700720 199203 1 003**

DAFTAR ISI

Ringkasan Eksekutif	2
Kata Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Aceh	4
Kata Pengantar Ketua Pusat kajian Gizi dan Kesehatan Poltekkes Aceh	5
Daftar Isi	7
BAB I PENDAHULUAN	8
A. Latar Belakang	8
B. Pengertian	9
C. Manfaat	10
D. Tujuan	10
BAB II METODE PENELITIAN	
A. Desain, Lokasi dan Waktu	12
B. Populasi dan Sampel	12
C. Penentuan Sampling	13
D. Instrumen dan Peralatan	15
E. Merekrut dan Melatih Petugas	15
F. Pelaksana	16
G. Monitoring Pelaksanaan Pengumpulan Data	16
H. Menetapkan Rencana Kerja dan Biaya	16
I. Manajemen Data dan Informasi	17
J. Penyusunan Laporan	17
K. Diseminasi Hasil	17
L. Pengorganisasian Pelaksanaan Survei	18
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Jumlah Sampel	20
B. Status Gizi	21
1. Status Gizi Balita Indeks BB/U	21
2. Status Gizi Balita Indeks TB(PB) /U	23
3. Status Gizi Balita Indeks BB/TB(PB)	24
4. Masalah Status Gizi Balita Menurut WHO	26
5. Status Gizi Usia 5 – 18 Tahun Indeks IMT/U	30
6. Status Gizi Usia 18 – 60 Tahun indeks IMT	31
7. Status Gizi Ibu Hamil Berdasarkan LIIa	32
8. Status Gizi Wanita Usia Subur (WUS)	33
C Cakupan Indikator Kinerja Pembinaan Program Gizi	34
1. Bayi Baru Lahir Mendapatkan IMD	34
2. Bayi Mendapatkan ASI umur 0 – 5 Bulan	36
3. Bayi Yang Mendapatkan ASI Eksklusif	36
4. Balita Mendapat Kapsul Vitamin A	37

5.	Balita Mendapatkan Buku KIA	37
6.	Penimbangan Balita Dalam 6 Bulan Terakhir	38
7.	Balita Kurus Yang mendapatkan Makanan Tambahan	38
8.	Remaja Putri Yang mendapatkan Tablet Tambah Darah	39
9.	Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah	39
10.	Ibu Hamil KEK Mendapatkan Makanan Tambahan	40
11.	Ruamah tangga Yang Menggunakan Garam Beriodium	42
D	<i>Konsumsi Pangan</i>	44
1.	Konsumsi Energi	44
2.	Konsumsi Protein	45
3.	Konsumsi Lemak	46
4.	Konsumsi Karbohidrat	47
5.	Konsumsi Natrium	48
BAB IV	KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	
A.	Kesimpulan	49
B.	Rekomendasi	51
	DAFTAR PERPUSTAKAAN	54
	LAPORAN PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA PROVINSI (terpisah)	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sasaran dan target upaya peningkatan status gizi masyarakat Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, adalah: (1) prevalensi gizi kurang/ kekurangan gizi (*underweight*) pada anak balita menurun dari 19,6% menjadi 17,0%; (2) prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (di bawah 2 tahun) menurun dari 32,9% menjadi 28,0%; (3) prevalensi *wasting* (kurus) anak Balita menurun dari 12% menjadi 9,5%; (4) prevalensi anemia pada ibu hamil menurun dari 37,1% menjadi 28,0%; dan (5) persentase bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) menurun dari 10,2% menjadi 8,0%.

Dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2015-2019, kegiatan pembinaan gizi masyarakat diarahkan untuk meningkatnya pelayanan gizi masyarakat dengan sasaran program pada tahun 2019: (1) persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) mencapai 95,0%; (2) persentase bayi kurang dari 6 bulan yang mendapat Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif mencapai 50,0%; (3) persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) 90 tablet selama masa kehamilan mencapai 98,0%; (4) persentase Balita kurus yang mendapat makanan tambahan mencapai 90,0%; (5) persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebesar 50%; dan (6) persentase remaja putri mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) mencapai 30,0%.

Konsumsi gizi pada balita dan penduduk berdasarkan hasil Studi Diet Total (SDT) tahun 2014 menunjukkan bahwa; lebih dari separuh balita (55,7%) mempunyai asupan energi kurang bila dibandingkan dengan Angka Kecukupan Energi (AKE) yang dianjurkan. Proporsi dengan asupan energi sangat kurang (< 70% AKE) sebesar 6,8 persen dan asupan energi kurang (70 - <100% AKE) sebanyak 48,9 persen. Sebaliknya ditemukan balita yang mengonsumsi energi lebih besar dari Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan (>130% AKE) sebesar 17,1 persen. Secara nasional, penduduk dengan tingkat kecukupan energi sangat kurang (<70% AKE) sebesar 45,7 persen, tingkat kecukupan energi kurang (70 - <100% AKE) sebesar 33,9 persen, tingkat kecukupan energi sesuai AKG (100 - <130% AKE) sebesar 14,5 persen dan lebih dari AKG (>130% AKE) sebesar 5,9 persen. Artinya bahwa sekitar 79,6% penduduk Indonesia memiliki risiko rawan konsumsi gizi. Kondisi ini harus menjadi perhatian khusus, mengingat bahwa status gizi dan konsumsi gizi merupakan salah satu indikator peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Kementerian kesehatan dalam upaya merubah pola pikir stakeholder dan masyarakat dengan peningkatan upaya promotive – preventif, pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui pendekatan keluarga, peningkatan keterlibatan lintas sector dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Program kesehatan

melalui pendekatan keluarga dilakukan untuk mewujudkan keluarga sehat yang ditandai dengan 12 indikator atau perilaku dalam keluarga yang berhubungan dengan program Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak, Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular serta Kesehatan Lingkungan.

Diantara 12 Indikator tersebut, terdapat 2 indikator terkait gizi yang dapat diartikan bahwa suatu keluarga disebut sebagai keluarga Sehat antara lain jika bayinya mendapat ASI Eksklusif selama 6 bulan dan sampai usia 5 tahun selalu dipantau pertumbuhannya dengan menggunakan buku KIA. Pemantauan pertumbuhan balita merupakan bagian dari standar pelayanan minimal yang harus dilakukan di daerah. Status gizi masyarakat pada umumnya, menjadi kebutuhan data di daerah untuk mengetahui seberapa besar masalah gizi yang ada di wilayahnya sebagai dasar perencanaan kegiatan dan evaluasi kinerja serta intervensi apa yang akan dilakukan para pemangku kepentingan.

Untuk ketersediaan informasi perkembangan status gizi dan capaian kegiatan pembinaan gizi di suatu wilayah, khususnya di kabupaten dan kota secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan diantara pelaksanaan Riskesdas, dipandang perlu melakukan monitoring dan evaluasi setiap tahun. Pelaksanaan PSG secara periodik dan berkesinambungan setiap tahun merupakan bagian dari kegiatan monitoring dan evaluasi kegiatan pembinaan gizi. Data dan informasi yang dihasilkan dari kegiatan PSG dapat dijadikan bahan pengambilan keputusan dan penyusunan rencana kegiatan pembinaan gizi di suatu wilayah, khususnya di kabupaten dan kota.

Pemantauan Status Gizi adalah kegiatan survey status gizi yang berkelanjutan untuk mengumpulkan data indikator status gizi dan determinannya. Dalam hal ini data status gizi yang dikumpulkan meliputi; antropometri dan konsumsi gizi balita serta kinerja program gizi.

Hasil PSG tahun 2014, 2015 dan 2016 menunjukkan trend atau kecenderungan perbaikan status gizi pada balita. Pada tahun 2014 prevalensi gizi kurang 19,3% menjadi 18,8% tahun 2015 dan 17,8% tahun 2016. Demikian pula dengan prevalensi balita pendek, hasil PSG tahun 2014 sebesar 28,9% mengalami kenaikan di tahun 2015 menjadi 29% namun turun menjadi 27,5% di tahun 2016. Pada tahun 2016, PSG dilaksanakan di 514 kabupaten dan kota dengan informasi konsumsi gizi pada ibu hamil. Seperti halnya tahun 2016, PSG tahun 2017 juga akan dilaksanakan di seluruh kabupaten dan kota, namun informasi konsumsi gizi ditujukan kepada balita. Untuk itu, Kementerian Kesehatan mempublikasikan Pedoman Teknis Pemantauan Status Gizi sebagai acuan pelaksanaan bagi petugas dinas kesehatan provinsi, kabupaten dan kota.

B. Pengertian

Pemantauan Status Gizi (PSG) dapat diartikan sebagai kegiatan penilaian status gizi untuk memperoleh informasi besar dan luasnya masalah gizi, baik akut maupun kronis, khususnya pada anak balita. Kegiatan PSG merupakan bagian dari monitoring dan evaluasi kegiatan pembinaan gizi, dalam rangka mendukung kegiatan manajemen pengelolaan kegiatan perbaikan gizi untuk pengambilan keputusan dan tindakan, penentuan kebijakan dan penyusunan rencana kegiatan perbaikan gizi di suatu wilayah secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan. Oleh karena itu, dalam pelaksanaan PSG

juga dimaksudkan untuk memperoleh informasi pencapaian sasaran dan target kegiatan pembinaan gizi masyarakat.

Pemantauan Konsumsi Gizi adalah kegiatan penilaian konsumsi gizi masyarakat untuk memperoleh informasi besar dan luasnya masalah konsumsi terutama masalah energi, karbohidrat, protein dan lemak. Pengertian keragaman konsumsi adalah merupakan jumlah jenis makanan yang berbeda yang dikonsumsi selama periode tertentu yang ditetapkan (Swindale & Bilinsky 2006). Keragaman konsumsi pangan adalah jumlah pangan atau kelompok pangan yang berbeda yang dikonsumsi selama periode tertentu yang ditetapkan (FAO, 2007).

Kegiatan PSG merupakan bagian dari monitoring dan evaluasi upaya perbaikan gizi, untuk mendukung penentuan kebijakan, pengambilan keputusan dan tindakan, serta perencanaan di suatu wilayah secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan.

C. Manfaat

Pelaksanaan PSG dimaksudkan untuk tersedianya data dan informasi status gizi dan capaian sasaran dan target kegiatan perbaikan gizi secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan. Dengan tersedianya data dan informasi perkembangan status gizi dan capaian sasaran dan target kegiatan pembinaan gizi secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan, dapat dimanfaatkan untuk keperluan penentuan tindakan intervensi, penetapan kebijakan dan keputusan serta perencanaan dan penganggaran kegiatan gizi.

Pelaksanaan kegiatan PSG secara teratur akan menghasilkan informasi tentang status gizi. Berdasarkan informasi yang diperoleh, para penentu kebijakan dan pengelola program gizi segera melakukan upaya/tindakan; apakah tindakan itu berupa respon (*feedback*) maupun tindakan yang bersifat intervensi. Keluaran PSG diantaranya 1.) Diperolehnya informasi perkembangan situasi gizi. 2.) Diperolehnya peta situasi gizi 3.) Tersedianya data status gizi untuk analisis situasi pangan dan gizi setempat serta 4.) *Feedback* dan diseminasi hasil PSG secara khusus dan surveilans gizi secara umum.

D. Tujuan

Menyediakan informasi tentang status gizi, konsumsi, dan faktor determinannya bagi para perumus kebijakan, pengambil keputusan untuk perencanaan dan penentuan kebijakan penanggulangan masalah gizi secara teratur

Tujuan Khusus

a. Untuk memperoleh informasi status gizi balita:

- 1) Prevalensi balita gizi kurang (*underweight*) berdasarkan indeks BB/U;
- 2) Prevalensi balita pendek (*stunting*) berdasarkan indeks PB/U atau TB/U;
- 3) Prevalensi balita kurus (*wasting*) berdasarkan indeks BB/PB atau BB/TB;
- 4) Prevalensi balita kurus berdasarkan indeks IMT/U
- 5) Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK).

b. Untuk memperoleh informasi konsumsi gizi balita:

- 1) Memperoleh gambaran tingkat (rata-rata) konsumsi energi, karbohidrat, protein dan lemak.
- 2) Memperoleh gambaran besaran defisit energi, karbohidrat, protein dan lemak pada kelompok umur.
- 3) Memperoleh gambaran pola konsumsi makan menurut kelompok umur.
- 4) Menilai gambaran keanekaragaman konsumsi pangan.

c. Untuk memperoleh informasi capaian kinerja upaya perbaikan gizi:

- 1) Persentase pendek pada anak sekolah dan remaja dengan indeks TB/U
- 2) Persentase kurus pada anak sekolah dan remaja dengan indeks IMT/U
- 3) Persentase kurus dan gemuk pada dewasa dengan IMT;
- 4) Persentase Kurang Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS), ibu hamil dan ibu menyusui dengan indeks Lingkar Lengan Atas (LiLA);
- 5) Persentase remaja puteri mendapat Tablet Tambah Darah (TTD);
- 6) Persentase ibu hamil KEK yang mendapat Pemberian Makanan Tambahan (PMT);
- 7) Persentase ibu hamil yang mendapat TTD 90 tablet selama masa kehamilan;
- 8) Persentase ibu nifas mendapat kapsul vitamin A;
- 9) Persentase bayi yang diberi kesempatan untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD);
- 10) Persentase bayi kurang dari 6 bulan yang mendapat Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif;
- 11) Persentase Balita mempunyai KMS;
- 12) Persentase Balita yang ditimbang di Posyandu;
- 13) Persentase Balita gizi buruk mendapat perawatan;
- 14) Persentase Balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A;
- 15) Persentase Balita kurus memperoleh makanan tambahan;
- 16) Persentase rumah tangga mengonsumsi garam beriodium

BAB II

METODE PENELITIAN

A. Disain, Lokasi dan Waktu

- a. Disain Pemantauan Status Gizi adalah potong lintang (*cross sectional*) dengan sampel cluster.
- b. Lokasi di seluruh kabupaten/kota di Aceh
- c. Waktu pelaksanaan serempak pada bulan Maret sampai dengan Desember 2017
 - 1) Bulan Maret s.d Juni 2017
 - a. Persiapan anggaran, tenaga, alat dan bahan
 - b. Orientasi enumerator tentang teknis pelaksanaan PSG
 - 2) Bulan Juli s.d September 2017
 - a. Pengumpulan data
 - b. Entry data
 - c. Cleaning Data di daerah
 - 3) Bulan Oktober s.d Desember 2017
 - a. Analisis data tingkat Pusat
 - 4). Bulan Januari s.d Februari 2018
 - a. Analisis data tingkat Provinsi Aceh

B. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi dalam Pemantauan Status Gizi 2017 adalah semua rumah tangga yang mempunyai balita usia 0-59 bulan dan ibu hamil yang berada di kluster penelitian..

b. Sampel

1. Sampel balita:
 - a. Di setiap kabupaten/kota akan dipilih 300 rumah tangga yang memiliki balita
 - b. Sampel balita adalah seluruh balita yang ada di rumah tangga terpilih dalam setiap kluster
 - c. Responden adalah ibu Balita atau seseorang anggota rumah tangga lainnya yang bisa mewakili rumah tangga sampel
2. Sampel Anggota Rumah Tangga (ART) lain :
 - a. Sampel Ibu hamil adalah 10 (sepuluh) Ibu hamil yang ada dalam kluster terpilih.
 - b. Sampel Anggota rumah tangga selain ibu hamil adalah seluruh ART yang ada di rumah tangga balita terpilih dalam setiap kluster.

C. Penentuan Sampel (*Sampling*)

1. Metode Penentuan Sampel

Penentuan sampel (*sampling*) dilakukan dengan 2 (dua) tahap, yaitu: (1) tahap pertama memilih klaster untuk setiap kabupaten dan kota; dan (2) tahap kedua memilih sampel Rumah Tangga (RT) di setiap klaster.

a. Tahap I: Pemilihan Sampel Klaster di Kabupaten dan Kota Pada setiap kabupaten dan kota dipilih 30 klaster. Klaster di kabupaten adalah desa/kelurahan, sedangkan klaster di kota adalah Rukun Warga (RW). Pemilihan klaster di kabupaten dan kota dilakukan dengan acak sistematis berdasarkan *Probability Proportional to Size (PPS)*, sebagai berikut:

- 1) Buat daftar desa/kelurahan termasuk jumlah penduduk. Kebijakan di Provinsi Aceh pemilihan klaster/gampong dalam kabupaten/kota hanya yang berada di pulau Sumatera saja sedangkan pulau yang kecamatannya berada di luar pulau Sumatera dikeluarkan dalam list klaster dengan pertimbangan waktu, biaya dan waktu yang tersedia.
- 2) Tentukan interval dengan cara membagi jumlah penduduk dengan jumlah klaster.
- 3) Tentukan klaster pertama dengan menggunakan Tabel Acak, misalnya dengan menjatuhkan pensil di atas tabel acak. Contoh Tabel Acak untuk pemilihan sampel terdapat pada Lampiran 1. Klaster kedua dan seterusnya sampai klaster ke-30 dipilih berdasarkan perhitungan jumlah kumulatif penduduk dan interval.

Tahapan penentuan klaster/gampong secara rinci sebagai berikut :

- a. Urutkan nama, kecamatan, desa/gampong dan jumlah penduduk.
- b. Dari Total jumlah penduduk dibagi 30 klaster dan di ketahui intervalnya (contoh : Kab. Aceh Singkil Total penduduk 102.509 / 30 = 3.417)
- c. Pilih secara acak table random antara 0000 - 3.417 → misalkan 3242.
- d. Angka 3242 tersebut dilihat pada kolom kumulatif kab/kota berada antara 3.013 – 4.621 dan lebih dekat pada angka 4621 (P. Balai) sehingga menjadi Gampong klaster 1.
- e. Untuk klaster ke 2 ($4.621 + 3.242 = 7.863$) dan untuk klaster ke tiga ($7.863 + 3.242 = 11.105$).
- f. Secara data dapat dilihat pada table berikut :

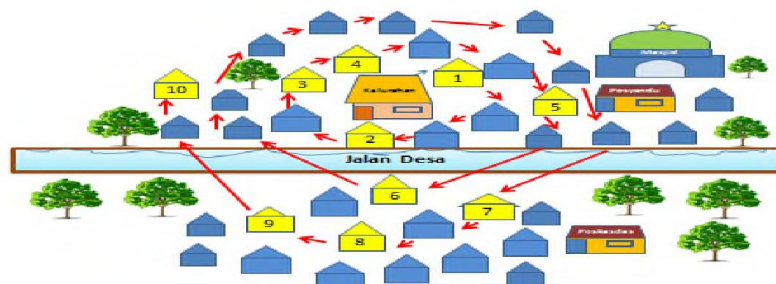
Nama Kabupaten	Nama Kecamatan	Nama Desa	Jumlah Penduduk	Kumulatif Propinsi	Kumulatif Kabupaten	Kumulatif kab 2	interval Klaster
				102509	6971		3417
ACEH SINGKIL	PULAU BANYAK	1 ASANTOLA	562	562	562		
ACEH SINGKIL	PULAU BANYAK	2 UJUNG SIALIT	1093	1655	1655		
ACEH SINGKIL	PULAU BANYAK	3 PULAU BAGUK	1358	3013	3013		
ACEH SINGKIL	PULAU BANYAK	4 PULAU BALAI	1608	4621	4621	1	3242
ACEH SINGKIL	PULAU BANYAK	5 TELUK NIBUNG	950	5571	5571		
ACEH SINGKIL	PULAU BANYAK	6 HALOBAN	830	6401	6401		
ACEH SINGKIL	PULAU BANYAK	7 SUKA MAKMUR	169	6570	6570		
ACEH SINGKIL	SINGKIL	8 PULAU SAROK	3618	10188	10188	2	
ACEH SINGKIL	SINGKIL	9 PASAR SINGKIL	1301	11489	11489	3	

b. Tahap II: Pemilihan Sampel Rumah Tangga pada Klaster Terpilih

Setelah 30 (tiga puluh) klaster dipilih, selanjutnya adalah memilih sampel rumah tangga sebagai responden sebanyak 10 (sepuluh) rumah tangga untuk setiap klaster, dengan cara *purposive* dengan model lingkaran anti nyamuk, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Di klaster terpilih, buat daftar pusat klaster atau titik klaster yang biasanya merupakan sarana umum, seperti: kantor kelurahan/dusun/RW, pasar, sekolah/madrasah, tempat peribadatan (mesjid, gereja, pura), posyandu, balai pengobatan, puskesmas.
- 2) Di setiap klaster dipilih secara acak/melotre satu pusat klaster.
- 3) Di pusat klaster terpilih tersebut, pengumpul data berjalan dengan memilih arah yang dapat dipilih secara acak, bisa dipilih salah satu ke kiri, kanan, depan atau belakang. Cara yang paling mudah adalah dengan melempar koin untuk memilih arah jalan secara acak. Kemudian pengumpul data berjalan sesuai arah pola anti nyamuk dengan pusat klaster sebagai titik tengah lingkaran. Pola obat anti nyamuk memiliki lingkaran dalam (terdekat dengan pusat klaster), lingkaran kedua, ketiga dan seterusnya. Mulailah bergerak mengikuti lingkaran dalam, kemudian ke lingkaran berikutnya. Hal ini penting agar rumah tangga sampel menyebar di sekitar pusat klaster.
- 4) Sambil berjalan, pengumpul data dapat membuat peta rumah-rumah yang dilalui dan mengunjungi rumah pertama untuk memeriksa apakah rumah tangga tersebut memiliki balita. Bila rumah tangga Sampel rumah tangga adalah rumah tangga yang mempunyai anak balita. Titik klaster di desa/kelurahan (kabupaten) adalah kantor desa/kelurahan, dan titik klaster di kelurahan (kota) adalah kantor atau rumah ketua RW tersebut memiliki balita maka dipilih sebagai sampel dan diberi nomor 1. Selanjutnya periksa rumah tangga berikutnya dan seterusnya sampai diperoleh 10 rumah tangga yang memiliki balita, dan beri nomor urut 2, 3, 4,, 10.
- 5) Setelah selesai melakukan pemetaan, rumah-rumah yang telah diberi nomor 1 sampai 10 didatangi untuk dilakukan wawancara, serta pengukuran/penimbangan terhadap seluruh anggota rumah tangga. Lihat contoh gambar pemetaan berikut.

Gambar 1
Pengambilan Sampel Rumah Tangga dengan Lingkaran Anti Nyamuk



D. Instrumen dan Peralatan

1. Instrumen Pemantauan Status Gizi (PSG) terdiri dari kuesioner yang akan diisi oleh petugas pengumpul data di lapangan (*enumerator*). Variabel yang dikumpulkan adalah:

- 1) Tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin responden
- 2) Variabel antropometri; BB, TB, PB, LILA.
- 3) Konsumsi tablet tambah darah bagi ibu hamil dan remaja putri
- 4) PMT anak usia 6-59 bulan
- 5) PMT ibu hamil KEK dan Balita kurus
- 6) Frekuensi penimbangan Balita
- 7) Riwayat balita dirawat
- 8) Konsumsi kapsul vitamin A bagi bayi, anak Balita, dan ibu nifas
- 9) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- 10) Pemberian ASI eksklusif
- 11) Konsumsi garam beriodium di rumah tangga
- 12) Konsumsi gizi balita;

2. Instrumen Pemantauan Konsumsi Gizi

- 1) Kuesioner rumah tangga, individu dan konsumsi balita.
- 2) Timbangan bahan makanan
- 3) Buku foto makanan

3. Peralatan dan bahan yang dibutuhkan untuk PSG antara lain:

- 1) Timbangan berat badan digital dengan ketelitian 0,1 kg
- 2) Alat ukur panjang badan dengan ketelitian 0,1 cm
- 3) Alat ukur tinggi badan dengan ketelitian 0,1 cm
- 4) Pita LiLA
- 5) *Entry data* dan analisis menggunakan *Software* Sisfogizi Terpadu
- 6) Daftar jumlah penduduk menurut desa/ kelurahan
- 7) Kuesioner
- 8) Alat Tes Cepat Garam Beriodium (larutan uji garam beriodium)
- 9) Komputer (tidak disediakan)

E. Merekrut dan Melatih Petugas

1. Perekrutan petugas pengumpul data dilakukan oleh Tim PSG Provinsi, yang terdiri dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Poltekkes/Perguruan Tinggi.
2. Banyaknya tim yang direkrut sesuai kebutuhan dengan mempertimbangkan berbagai faktor antara lain: letak geografis, luas wilayah dan faktor-faktor lainnya. Setiap tim sebaiknya beranggotakan minimal 3 orang (2 enumerator dan 1 supervisor) dan setiap tim diharapkan dapat mengumpulkan data pada 10 klaster.
3. Pengumpulan data dilakukan oleh Tim Pengumpul Data, diutamakan dari lulusan pendidikan gizi atau mahasiswa yang telah mendapatkan kuliah Penilaian

Status Gizi dan Survei Konsumsi Pangan dari Poltekkes/ Perguruan Tinggi jurusan gizi.

4. Petugas pengumpul data (*enumerator*) yang direkrut akan dilatih untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pengumpulan data. Materi pelatihan yang perlu diberikan tentang teknik sampling, pengukuran antropometri, teknik wawancara, metode recall konsumsi dan entry data menggunakan aplikasi (*software*) Sisfogizi Terpadu khusus PSG yang dikembangkan Direktorat Gizi Masyarakat.

F. Pelaksana

Pengumpulan data dilakukan oleh Tim Provinsi yang dikoordinasikan Dinas Kesehatan Provinsi Aceh dengan pelaksana pengumpulan, pengolahan dan analisis data dari Poltekkes jurusan Gizi Banda Aceh, dibantu petugas kabupaten dan kota serta pelaksana gizi di puskesmas, atau dengan bantuan tenaga bidan atau kader setempat.

G. Monitoring Pelaksanaan Pengumpulan Data

Pada waktu pelaksanaan pengumpulan data dilakukan monitoring yang meliputi:

1. Pengecekan sampel klaster, titik pusat klaster dan pemilihan sampel rumah tangga.
2. Kelengkapan pengisian kuesioner.
3. Mengamati dan mengarahkan cara melakukan wawancara, pengukuran berat badan, panjang badan/ tinggi badan dan pengujian garam konsumsi dengan iodium test.
4. Melakukan reliabilitas hasil pengukuran. Pelaksanaannya dengan mengukur ulang secara acak Balita sampel di berbagai klaster yang berbeda.

Pelaksana monitoring pengumpulan data adalah Tim Pusat (Direktorat Gizi Masyarakat, Badan Litbangkes dan universitas indonesia), Tim Provinsi (Dinas Kesehatan Provinsi, Poltekkes/ AIPGI), Tim Kabupaten/ Kota (Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Puskesmas).

H. Menetapkan Rencana Kerja dan Biaya

Penetapan rencana kerja dan biaya dilakukan untuk mendapatkan gambaran jumlah tenaga, biaya dan waktu yang diperlukan untuk melaksanakan pemantauan status gizi dan pemantauan konsumsi gizi. Biaya kegiatan pemantauan status gizi dan pemantauan konsumsi gizi dibebankan utamanya dari dana dekonsentrasi, tetapi tidak menutup kemungkinan ada tambahan dana dari APBD.

I. Manajemen Data dan Informasi

Manajemen data dan informasi meliputi data entry, data cleaning, pengolahan dan analisis data serta penyusunan laporan diharapkan dapat dilakukan Poltekkes Jurusan Gizi melalui Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan, sehingga Poltekkes Jurusan Gizi Banda Aceh merupakan pangkalan data, sementara diseminasi hasil dilakukan bersama Dinas Kesehatan Aceh.

1. Data Entry

Kuesioner atau formulir pengumpulan data yang telah di cek dan validasi pengisian dan kelengkapan data yang diperlukan, selanjutnya entry datadilakukan oleh Tim Provinsi dengan menggunakan aplikasi (software) yang dirancang oleh tim pusat. Data yang akan dentry adalah data dari formulir yang telah diedit dan ditandatangani oleh Supervisor.

2. Data Cleaning

Sebelum dilakukan pengolahan dan analisis data lebih lanjut, dilakukan pengecekan hasil data entry. Pada proses ini, kembali dilakukan pengecekan ulang apabila ditemukan adanya data ekstrim. Data ekstrim di validasi ulang dengan melihat kembali kuesioner atau formulir pengumpulan data yang telah di cek dan validasi.

3. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan aplikasi (software) PSG yang telah disiapkan oleh Pusat sedangkan proses pengolahan dan analisis data dilakukan oleh Pusat kajian Gizi dan Kesehatan Poltekkes kemenkes Aceh. Analisis lebih lanjut dapat dilakukan dengan menggunakan aplikasi atau software lainnya, misalnya Antro WHO 2015 untuk penentuan status gizi balita , SPSS dan MS Excel.

Hasil pengolahan data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan persentase, tabel silang, grafik, gambar dan narasi. Selanjutnya dapat disajikan analisis data dengan satu variabel (tabel frekuensi), analisis dengan dua atau tiga variabel (tabel silang), dan analisis dengan uji statistik.

J. Penyusunan Laporan

Laporan hasil pelaksanaan PSG disusun oleh Pusat Kajian Gizi dan kesehatan dan Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Aceh Provinsi berdasarkan hasil pengolahan dan analisis data.

K. Diseminasi Hasil

Hasil PSG perlu didiseminasikan kepada kepala wilayah (Gubernur, Bupati/Walikota) dan kepada pemangku kepentingan terkait baik di kabupaten/kota, provinsi dan pusat. Diharapkan hasil PSG dapat dimanfaatkan untuk penentuan tindakan cepat (*quick response*), pengambilan keputusan, penentuan kebijakan dan perencanaan.

L. Pengorganisasian Pelaksanaan Survei

1. Pelaksana dan Penanggung Jawab

Pelaksana dan penanggung jawab PSG secara berjenjang adalah:

1. Tim Pusat (Direktorat Bina Gizi, Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Aceh, Balitbangkes) mempunyai tugas:
 - a. Menyiapkan Petunjuk Teknis PSG, aplikasi PSG dan pedoman pengoperasiannya
 - b. Sosialisasi Juknis PSG kepada Provinsi (Dinkes Provinsi dan Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes RI/Perguruan Tinggi Jurusan Gizi)
 - c. Konsolidasi Pelaksanaan PSG dengan Dinkes Provinsi (Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes RI/Perguruan Tinggi Jurusan Gizi).
 - d. Membuat rencana kerja dan biaya
 - e. Meningkatkan kapasitas petugas PSG di Provinsi melalui Bimbingan Teknis dan Pendampingan
 - f. Mengelola data dan informasi (data entry, data cleaning, pengolahan dan analisis, penyusunan laporan dan diseminasi hasil) di seluruh Indonesia.
 - g. Menyediakan instrumen, aplikasi PSG dan peralatan pendukung.

2. Tim Provinsi (Dinkes Provinsi, Perguruan Tinggi Jurusan Gizi dan Jurusan Gizi Poltekkes) mempunyai tugas:
 - a. Sosialisasi Juknis PSG kepada Pengelola Gizi Kabupaten/Kota
 - b. Konsolidasi Pelaksanaan PSG dengan Dinkes Kabupaten/Kota
 - c. Membuat rencana kerja dan biaya
 - d. Menyediakan instrumen, aplikasi PSG dan peralatan pendukung
 - e. Rekrutmen dan peningkatkan kapasitas petugas PSG
 - f. Melaksanakan pengumpulan data dengan pengukuran antropometri dan wawancara dengan menggunakan kuesioner
 - g. Mengelola data dan informasi (data entry, data cleaning, pengolahan dan analisis dan penyusunan laporan) di Kabupaten dan kota.

3. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mempunyai tugas:
 - a. Konsolidasi Pelaksanaan PSG dengan Puskesmas
 - b. Membantu Tim Provinsi dalam pelaksanaan PSG terutama dalam menetapkan klaster di kabupaten dan kota serta pengumpulan data pada klaster terpilih.

4. Puskesmas mempunyai tugas:
 - a. Konsolidasi Pelaksanaan PSG dengan Pustu/Polindes/Poskesdes terutama dalam menentukan pusat klaster di desa/kelurahan/RW.
 - b. Membantu Tim Provinsi dalam pelaksanaan PSG mulai dari menetapkan rumah tangga pada klaster terpilih dan pengumpulan data di rumah tangga.

2. Personalia Survai PSG Provinsi Aceh

- Pengarah : 1. Ir. Doddy Izwardy, MA
(Direktur Bina Gizi Kemenkes RI)
2. Dr. Haniff
(Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Aceh)
3. H. Ampera Miko , DN.Com, MM
(Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh)
- Penanggungjawab : 1. Yusrizal, SKM, M.Kes
(Ka. Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Aceh)
2. Erlinda, MPH
(Kepala Seksi Gizi & KIA Dinkes Aceh)
2. Alfridsyah, SKM, M.Kes, KP.Kesmas
(Ketua Pusat kajian Gizi dan Kesehatan Politeknik Kesehatan Aceh)
- Koordinator Lapangan: 1. Yusniwati, SKM, M.Kes dan Fitri Herlina, SKM
(Penanggungjawab Program Gizi Dinkes Aceh)
2. Rachmawati, STP, M.Kes
(Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Aceh)
- Tenaga pendukung :: 1. Azhari, SKM, M.Kes (Dinkes Aceh)
2. Ns. Erni Kurniawaty, S.Kep (Dinkes Aceh)
3. Agusri, SKM (Dinkes Aceh)
4. Fakri, M (Dinkes Aceh)
5. Ayu (Dinkes Aceh)
6. Cut Nurhasanah (Dinkes Aceh)
7. Eva F. (Poltekkes Aceh)

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Jumlah Sampel

Berdasarkan jumlah sampel yang diambil dari survai PSG 2017 ini adalah 10.209 (sepuluh ribu dua ratus sembilan) Rumah tangga yang mempunyai Anak Usia kurang dari 5 tahun atau yang Rumah tangga memiliki ibu hamil. Adapun jumlah balita sebanyak 7.047 (tujuh ribu empat puluh tujuh) anak usia kurang dari lima tahun, anak yang berusia 5 – 18 tahun (remaja) sebanyak 513 (lima ratus tiga belas) orang, dewasa berumur 18 sampai 60 tahun sebanyak 10.072 (sepuluh ribu tujuh puluh dua) orang dan jumlah ibu hamil sebanyak 3.987 (tiga ribu Sembilan ratus puluh delapan puluh tujuh) orang ibu hamil, rincian jumlah sampel ini dapat dilihat pada table 3.1.

Tabel 3.1.
Distribusi sampel menurut kabupaten/kota dan kelompok jenis kelompok analisis status gizi .

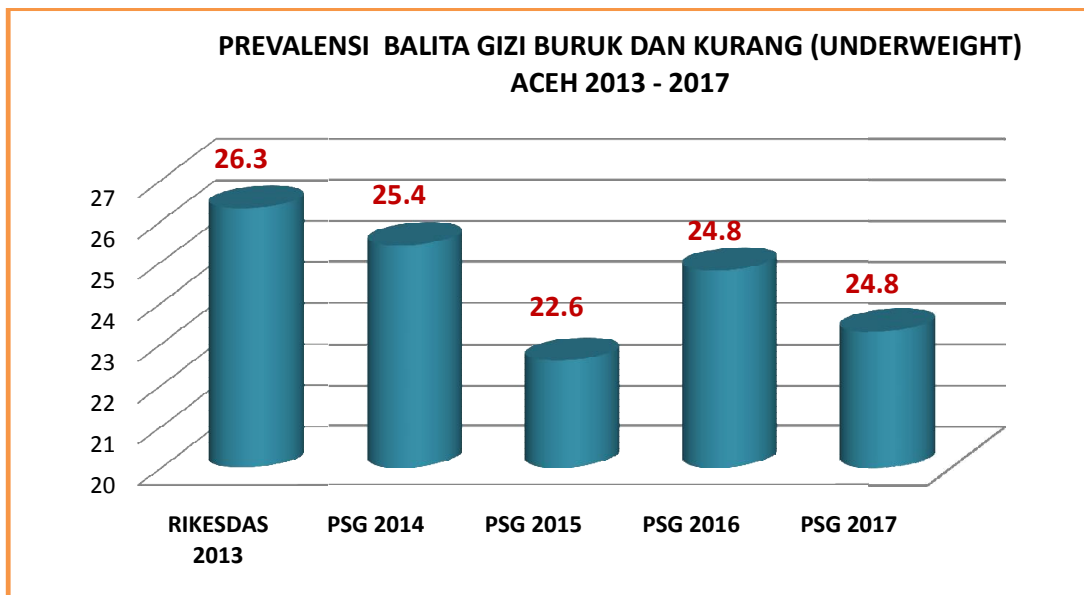
NO.	KAB/KOTA	RUMAH TANGGA	BALITA	ANAK 5-18 TAHUN	USIA 18-60 TAHUN	IBU HAMIL
1	SIMEULUE	346	303	31	373	91
2	ACEH SINGKIL	470	305	4	458	192
3	ACEH SELATAN	482	305	8	467	207
4	ACEH TENGGARA	450	312	10	338	88
5	ACEH TIMUR	450	299	8	429	222
6	ACEH TENGAH	400	298	55	435	101
7	ACEH BARAT	481	308	20	511	209
8	ACEH BESAR	412	317	34	425	156
9	PIDIE	383	303	15	372	115
10	BIREUEN	397	314	33	389	135
11	ACEH UTARA	413	301	14	391	159
12	ACEH BARAT DAYA	471	296	6	455	182
13	GAYO LUES	421	317	83	469	145
14	ACEH TAMIANG	524	303	13	514	253
15	NAGAN RAYA	440	299	13	434	145
16	ACEH JAYA	442	302	15	439	169
17	BENER MERIAH	423	299	9	404	136
18	PIDIE JAYA	378	308	12	375	129
19	BANDA ACEH	463	309	35	459	214
20	SABANG	452	315	51	458	190
21	LANGSA	536	299	15	538	286
22	LHOKSEUMAWE	549	301	14	529	265
23	SUBUSSALAM	426	334	15	410	198
PROVINSI ACEH		10,209	7,047	513	10,072	3,987

B. Status Gizi

1. Status Gizi Balita berdasarkan Indeks BB/U

Status Gizi berdasarkan indeks BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum dan tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang bersifat kronis ataupun akut karena BB berkorelasi positif dengan tinggi badan, BB yang rendah dapat disebabkan karena pendek (kronis) atau sedang menderita diare atau penyakit infeksi lainnya (akut).

Berdasarkan indikator Berat Badan menurut Umur yang menggambarkan status gizi melalui massa jaringan terlihat bahwa terdapat 24,8% Balita di Aceh mengalami status gizi buruk dan kurang (underweight) atau terjadi penurunan sebesar 1,5% dari hasil PSG tahun 2016 . Adapun kabupaten/kota yang paling tinggi status gizi buruknya adalah Aceh Timur (9,4%) dan kota Subulussalam (9,0%), sedangkan yang paling kecil prevalensi gizi buruknya adalah Kota Langsa (2,3%) dan gayo Lues (2,5%). Sedangkan status gizi lebih yang terbanyak gizi lebihnya adalah Aceh Timur (2.0%)., seperti terlihat pada tabel 3.8.

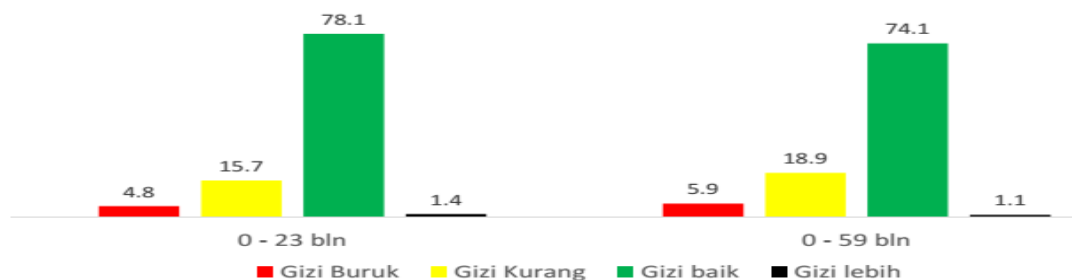


Grafik : 3.1
Distribusi Status Gizi Buruk dan Kurang (Underweight)
dengan Indikator BB/U Provinsi Aceh dari Tahun 2013 - 2017

Tabel 3.2.
Distribusi Status Gizi Anak Balita Berdasarkan Indeks BB/U

No	Kabupaten	Status Gizi menurut Indeks BB/U									
		Buruk		Kurang		Baik		Lebih		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	Simeulue	18	5.9	63	20.8	220	72.6	2	0.7	303	100
2	Aceh Singkil	10	3.3	37	12.1	254	83.3	4	1.3	305	100
3	Aceh Selatan	19	6.2	55	18.0	231	75.7	0	0.0	305	100
4	Aceh Tenggara	15	4.8	54	17.3	241	77.2	2	0.6	312	100
5	Aceh Timur	28	9.4	69	23.1	196	65.6	6	2.0	299	100
6	Aceh Tengah	17	5.7	38	12.8	240	80.5	3	1.0	298	100
7	Aceh Barat	11	3.6	49	15.9	245	79.5	3	1.0	308	100
8	Aceh Besar	17	5.4	53	16.7	241	76.0	6	1.9	317	100
9	Pidie	19	6.3	87	28.7	197	65.0	0	0.0	303	100
10	Bireun	22	7.0	57	18.2	234	74.5	1	0.3	314	100
11	Aceh Utara	26	8.6	70	23.3	200	66.4	5	1.7	301	100
12	Aceh Barat Daya	17	5.7	60	20.3	215	72.6	4	1.4	296	100
13	Gayo Lues	8	2.5	56	17.7	250	78.9	3	0.9	317	100
14	Aceh Tamiang	16	5.3	44	14.5	238	78.5	5	1.7	303	100
15	Nagan Raya	11	3.7	27	9.0	259	86.6	2	0.7	299	100
16	Aceh Jaya	18	6.0	58	19.2	224	74.2	2	0.7	302	100
17	Bener Meriah	10	3.3	54	18.1	232	77.6	3	1.0	299	100
18	Pidie Jaya	18	5.8	68	22.1	221	71.8	1	0.3	308	100
19	Banda Aceh	8	2.6	64	20.7	234	75.7	3	1.0	309	100
20	Sabang	16	5.1	58	18.4	235	74.6	6	1.9	315	100
21	Langsa	7	2.3	25	8.4	263	88.0	4	1.3	299	100
22	Lhoseumawe	17	5.6	50	16.6	232	77.1	2	0.7	301	100
23	Subulussalam	30	9.0	67	20.1	233	69.8	4	1.2	334	100
Total		378	5.9	1263	18.8	5335	74.1	71	1.1	7047	100

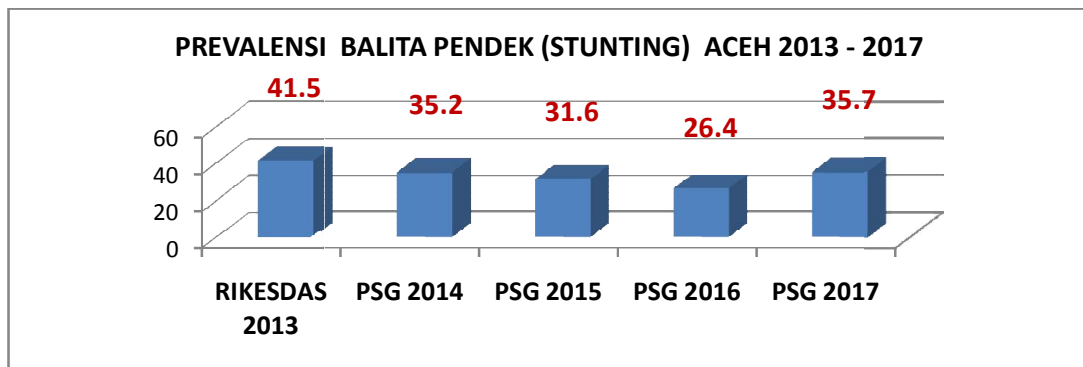
Jika dilihat berdasarkan kelompok umur didapatkan hasil bahwa persentase underweight/berat badan kurang (gizi buruk dan gizi kurang) pada kelompok balita (24,8%) lebih tinggi dibandingkan kelompok anak usia dibawah dua tahun (baduta) sebesar 20,5%, seperti terlihat pada gambar berikut :



Grafik 3.2.
Perbandingan Status Gizi BB/U Antara Anak usia Baduta dan Balita Aceh

2. Status Gizi Balita berdasarkan Indeks TB (PB)/U

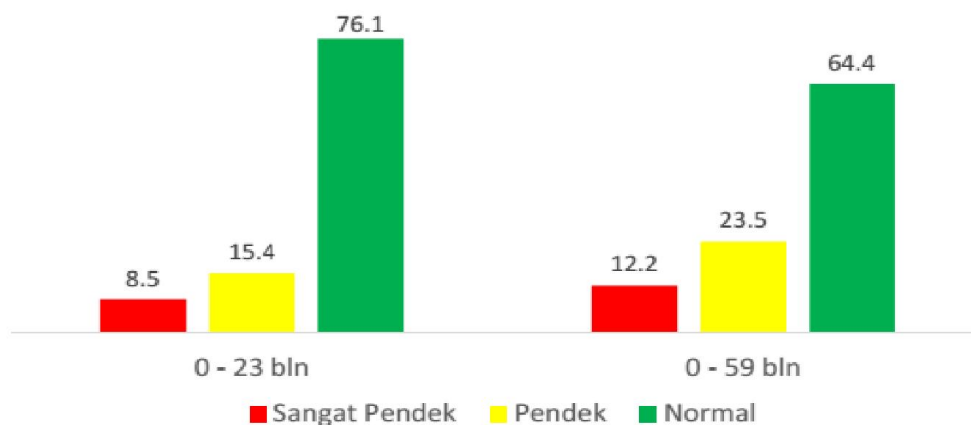
Berdasarkan indikator Tinggi Badan menurut Umur yang menggambarkan status gizi masa lampau (kronis) atau menilai pertumbuhan linier terlihat bahwa terdapat 35,7% Balita Aceh mengalami stunting atau Tinggi badan dalam kategori pendek dan Sangat pendek, Keadaan ini jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya terjadi peningkatan prevalensi stunting sebesar 8,9% atau mendekati prevalensi stunting hasil PSG tahun 2014. Adapun kabupaten/kota yang paling tinggi status gizi sangat pendeknya Kota Subulussalam (21,3%) dan Aceh Selatan (16,7%). sedangkan yang paling kecil prevalensi sangat pendeknya adalah kota Banda Aceh (7,4%) dan Kabupaten Nagan Raya (7,7%)., Rincian distribusinya dapat dilihat pada tabel 3.9.



Grafik : 3.3

Distribusi Status Gizi Sangat pendek dan pendek (stunting) dengan Indikator TB/U Provinsi Aceh dari Tahun 2013 - 2017

Jika dilihat berdasarkan kelompok umur didapatkan hasil bahwa persentase stunting pada kelompok balita (35,7%) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok anak usia dibawah dua tahun (baduta) sebesar 23,9%, seperti terlihat pada gambar berikut :



Grafik 3.4.

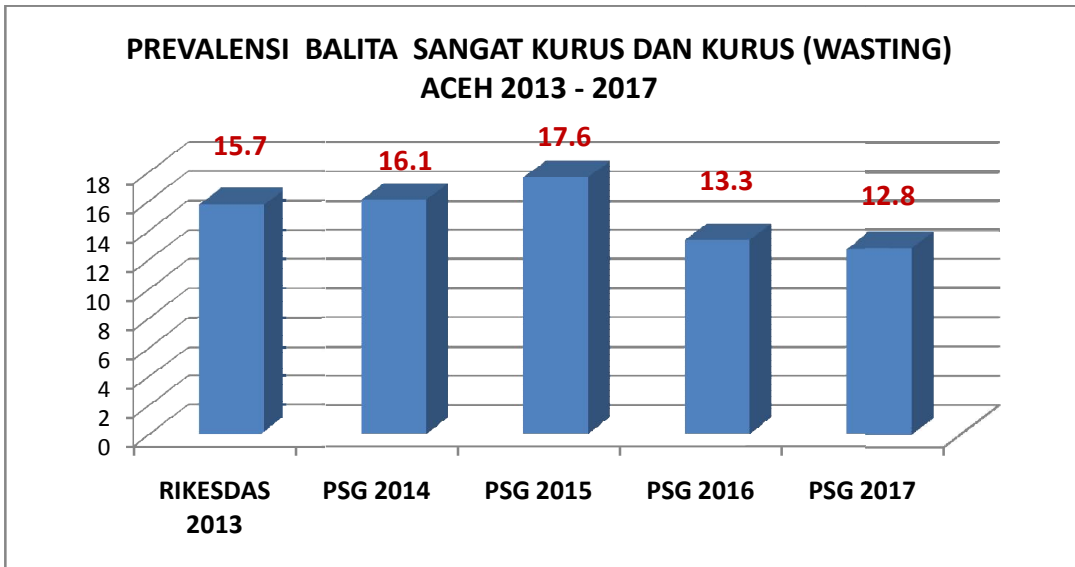
Perbandingan Status Gizi TB/U Antara Anak usia Baduta dan Balita Aceh

Tabel ; 3.3.
Distribusi Status Gizi Anak Balita Berdasarkan Indeks TB/U

No	Kabupaten	Status Gizi Menurut Indeks TB/U							
		Sangat Pendek		Pendek		Normal		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%
1	Simeulue	29	9.6	79	26.1	195	64.4	303	100
2	Aceh Singkil	50	16.4	68	22.3	187	61.3	305	100
3	Aceh Selatan	51	16.7	86	28.2	168	55.1	305	100
4	Aceh Tenggara	42	13.5	77	24.7	193	61.9	312	100
5	Aceh Timur	48	16.2	81	27.4	167	56.4	296	100
6	Aceh Tengah	32	10.7	79	26.5	187	62.8	298	100
7	Aceh Barat	38	12.5	63	20.7	204	66.9	305	100
8	Aceh Besar	29	9.1	70	22.1	218	68.8	317	100
9	Pidie	44	14.6	88	29.1	170	56.3	302	100
10	Bireun	39	12.4	69	22.0	206	65.6	314	100
11	Aceh Utara	35	11.7	72	24.2	191	64.1	298	100
12	Aceh Barat Daya	35	12.2	56	19.4	197	68.4	288	100
13	Gayo Lues	45	14.2	77	24.3	195	61.5	317	100
14	Aceh Tamiang	26	8.6	72	23.8	205	67.7	303	100
15	Nagan Raya	23	7.7	55	18.5	219	73.7	297	100
16	Aceh Jaya	43	14.3	72	24.0	185	61.7	300	100
17	Bener Meriah	41	13.8	71	23.8	186	62.4	298	100
18	Pidie Jaya	33	10.9	72	23.7	199	65.5	304	100
19	Banda Aceh	23	7.4	55	17.7	232	74.8	310	100
20	Sabang	39	12.5	54	17.3	219	70.2	312	100
21	Langsa	29	9.8	50	16.9	217	73.3	296	100
22	Lhoseumawe	26	8.6	50	16.6	225	74.8	301	100
23	Subulussalam	71	21.3	87	26.0	176	52.7	334	100
	Total	871	12.2	1603	23.5	4541	64.4	7015	100

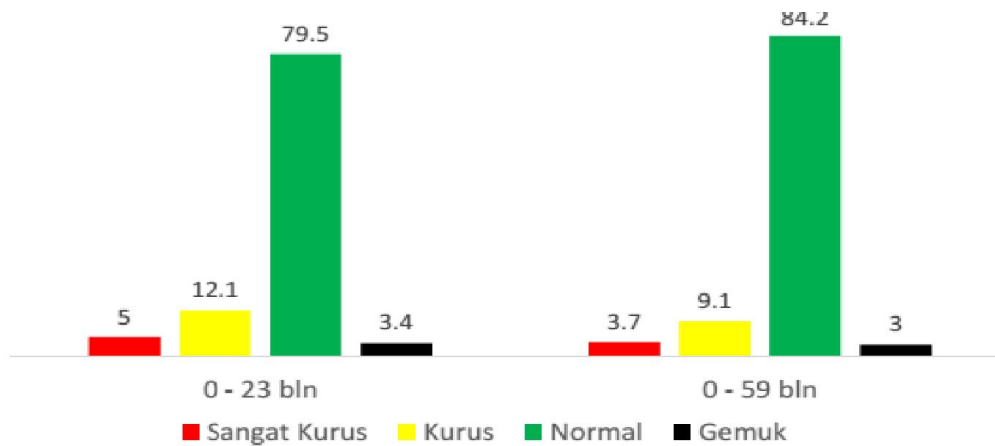
3. Status Gizi Balita berdasarkan Indeks BB/TB (PB)

Berdasarkan indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan yang menggambarkan proporsional tubuh dan menggambarkan status gizi secara akut sebagai akibat keadaan yang tidak lama/singkat (wabah/kelaparan) dan berisiko berbagai penyakit degenerative saat dewasa serta merupakan target sasaran intervensi terlihat bahwa terdapat 12,7% Balita Aceh dalam status gizi Sangat Kurus dan kurus atau wasting atau terjadi penurunan sebesar 0,6% dari hasil PSG tahun 2016, Adapun kabupaten/kota yang paling tinggi status gizi sangat kurusnya adalah Bener meriah (6,0%) dan Aceh Tamiang (5,9%), sedangkan yang paling kecil prevalensi status gizi sangat kurus adalah kota Banda Aceh (1,9%) dan Kabupaten Aceh jaya (2,0%). Sedangkan status gizi Gemuk sebesar 3,6% dengan kab/kota yang terbanyak status gemuknya adalah Aceh Singkil (7,9%) dan kota sabang 6,5%..



Grafik 3.5
Distribusi Status Gizi Sangat Kurus dan Kurus (Wasting) dengan Indikator BB/U Provinsi Aceh dari Tahun 2013 - 2017

Jika dilihat berdasarkan kelompok umur didapatkan hasil bahwa persentase wasting (kurus) pada kelompok balita (12,8%) lebih rendah dibandingkan pada kelompok anak usia dibawah dua tahun (baduta) sebesar 17,1%, seperti terlihat pada gambar berikut :



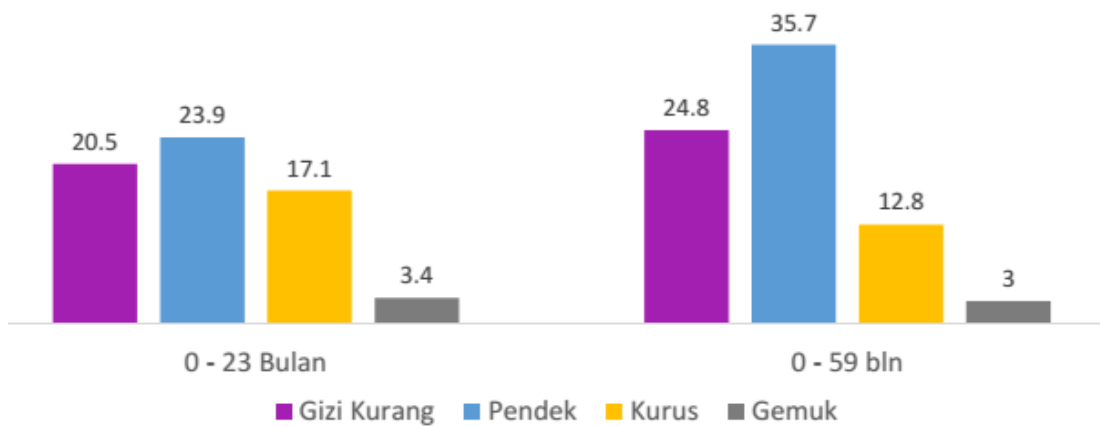
Grafik . 3. 6
Perbandingan Status Gizi BB/TB Antara Anak usia Baduta dan Balita Aceh

Tabel 3.4.
Distribusi Status Gizi Anak Balita Berdasarkan Indeks BB/TB(PB)

No	Kabupaten	Status Gizi Indeks BB/TB									
		Sangat Kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1	Simeulue	11	3.6	33	10.9	251	83.1	7	2.3	302	100
2	Aceh Singkil	9	3.0	24	7.9	248	81.3	24	7.9	305	100
3	Aceh Selatan	12	3.9	17	5.6	266	87.2	10	3.3	305	100
4	Aceh Tenggara	7	2.2	25	8.0	264	84.6	16	5.1	312	100
5	Aceh Timur	10	3.4	23	7.8	257	87.7	3	1.0	293	100
6	Aceh Tengah	11	3.7	18	6.0	261	87.6	8	2.7	298	100
7	Aceh Barat	11	3.6	16	5.3	261	85.9	16	5.3	304	100
8	Aceh Besar	9	2.9	32	10.2	264	84.1	9	2.9	314	100
9	Pidie	9	3.0	34	11.3	252	83.4	7	2.3	302	100
10	Bireun	7	2.2	31	9.9	266	85.0	9	2.9	313	100
11	Aceh Utara	15	5.1	32	10.8	247	83.2	3	1.0	297	100
12	Aceh Barat Daya	15	5.3	30	10.5	231	81.1	9	3.2	285	100
13	Gayo Lues	11	3.5	23	7.3	268	84.5	15	4.7	317	100
14	Aceh Tamiang	18	5.9	27	8.9	245	80.9	13	4.3	303	100
15	Nagan Raya	9	3.0	16	5.4	266	89.9	5	1.7	296	100
16	Aceh Jaya	6	2.0	30	10.0	255	85.0	9	3.0	300	100
17	Bener Meriah	18	6.0	13	4.4	255	85.6	12	4.0	298	100
18	Pidie Jaya	17	5.6	36	11.9	244	80.5	6	2.0	303	100
19	Banda Aceh	6	1.9	39	12.6	255	82.5	9	2.9	309	100
20	Sabang	11	3.5	31	10.0	248	80.0	20	6.5	310	100
21	Langsa	12	4.1	24	8.2	244	83.0	14	4.8	294	100
22	Lhoseumawe	12	4.0	27	9.0	248	82.4	14	4.7	301	100
23	Subulussalam	17	5.1	33	9.9	273	81.7	11	3.3	334	100
	Total	263	3.7	614	9,1	5869	84,2	249	3.0	6995	100

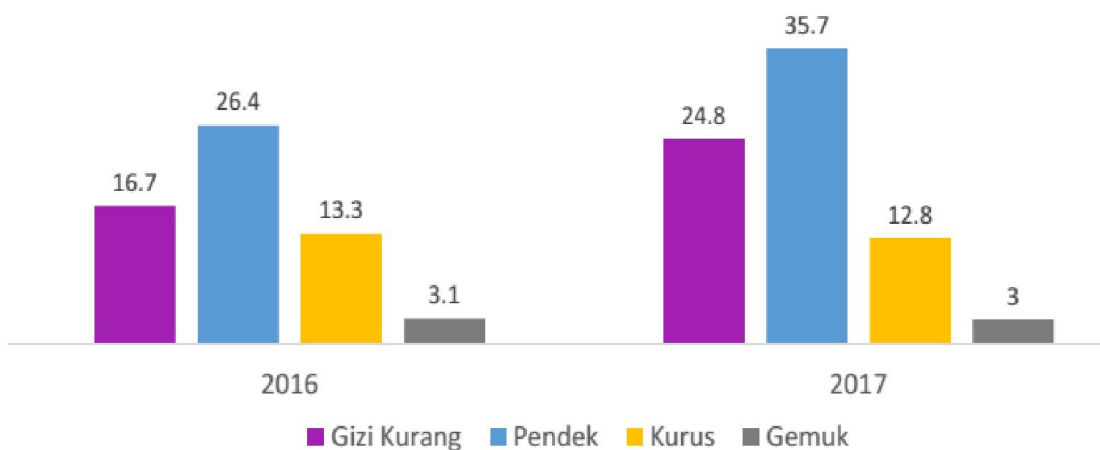
4. Masalah Status Gizi Menurut WHO

Adapun sebaran Status Gizi Balita berdasarkan kelompok umur kota berdasarkan indicator yang telah ditetapkan oleh WHO dalam menentukan daerah bermasalah gizi dari hasil PSG 2017 terlihat bahwa prevalensi gizi kurang (wasting) dan stunting/pendek lebih banyak terdapat pada anak balita dibandingkan pada anak baduta, sedangkan prevalensi status gizi kurus dan obesitas lebih banyak terdapat pada anak baduta dibandingkan dengan balita, seperti terlihat pada gambar berikut :



Grafik . 3. 7
Perbandingan Masalah Status Antara Anak usia Baduta dan Balita Aceh

Sedangkan jika dibandingkan masalah gizi balita di Aceh antara tahun 2016 dengan tahun 2017 terlihat bahwa terjadi peningkatan prevalensi gizi kurang dan pendek serta sedikit penurunan masalah kurus dan gemuk, seperti terlihat pada grafik berikut :



Grafik. 3.8
Perbandingan Masalah Status Gizi Balita Aceh Antara Tahun 2016 dan 2017

Rincian sebaran status gizi balita berdasarkan kabupaten kota berdasarkan standar WHO dalam menentukan daerah bermasalah gizi dari hasil survey PSG tahun 2017 dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 3.5.
Distribusi Indikator Daerah Bermasalah Kesehatan menurut WHO
Hasil PSG 2017 Provinsi Aceh

No	KAB/KOTA	KURUS WASTING BB/TB	BUKUR UNDERWEIGHT BB/U	PENDEK STUNTING TB/U	OBESE OBESITAS BB/TB
1	Simeulue	14.5	26.7	35.7	2.3
2	Aceh Singkil	10.9	15.4	38.7	7.9
3	Aceh Selatan	9.5	24.2	44.9	3.3
4	Aceh Tenggara	10.2	22.1	38.2	5.1
5	Aceh Timur	11.2	32.5	43.6	1.0
6	Aceh Tengah	9.7	18.5	37.2	2.7
7	Aceh Barat	8.9	19.5	33.2	5.3
8	Aceh Besar	13.1	22.1	31.2	2.9
9	Pidie	14.3	35.0	43.7	2.3
10	Bireun	12.1	25.2	34.4	2.9
11	Aceh Utara	15.9	31.9	35.9	1.0
12	Aceh Barat Daya	15.8	26.0	31.6	3.2
13	Gayo Lues	10.8	20.2	38.5	4.7
14	Aceh Tamiang	14.8	19.8	32.4	4.3
15	Nagan Raya	8.4	12.7	26.2	1.7
16	Aceh Jaya	12.0	25.2	38.3	3.0
17	Bener Meriah	10.4	21.4	37.6	4.0
18	Pidie Jaya	17.5	27.9	34.6	2.0
19	Banda Aceh	14.5	23.3	25.1	2.9
20	Sabang	13.5	23.5	29.8	6.5
21	Langsa	12.3	10.7	26.7	4.8
22	Lhoseumawe	13.0	22.2	25.2	4.7
23	Subulussalam	15.0	29.1	47.3	3.3
ACEH PSG 2017		12.8	24.8	35.7	3.0

Sedangkan Rincian secara series sebaran status gizi balita berdasarkan kabupaten kota berdasarkan standar WHO dalam menentukan daerah bermasalah gizi dari hasil survey PSG 2015 sampai dengan dari tahun 2017 dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 3.6.
Tabel Indikator Daerah Bermasalah Kesehatan menurut WHO
Hasil PSG 2015 - 2017 Provinsi Aceh

NO.	KAB/KOTA	KURUS WASTING BB/TB			BUKUR UNDERWEIGHT BB/U			PENDEK STUNTING TB/U			OBESE OBESITAS BB/TB		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
1	SIMEULUE	13.3	14.3	14.5	19.0	22.2	26.7	37.7	28.6	35.7	4.3	2.7	2.3
2	SINGKIL	13.3	8.7	10.9	20.3	7.7	15.4	37.0	28.9	38.7	7.0	3.9	7.9
3	ACEH SELATAN	15.7	20.1	9.5	27.0	20.8	24.2	43.7	26.6	44.9	3.3	4.2	3.3
4	ACEH TENGGARA	18.7	18.7	10.2	27.0	6.3	22.1	39.0	21.0	38.2	6.7	6.7	5.1
5	ACEH TIMUR	16.0	13.9	11.2	24.0	25.2	32.5	31.3	32.3	43.6	3.7	2.8	1.0
6	ACEH TENGAH	12.0	9.9	9.7	8.7	13.1	18.5	13.0	27.0	37.2	4.3	2.0	2.7
7	ACEH BARAT	13.7	7.3	8.9	24.0	14.0	19.5	36.3	25.5	33.2	8.0	4.1	5.3
8	ACEH BESAR	22.3	9.1	13.1	26.7	6.7	22.1	25.0	12.2	31.2	3.7	1.8	2.9
9	PIDIE	25.3	21.8	14.3	29.3	25.8	35.0	32.3	27.7	43.7	5.3	1.9	2.3
10	BIREUEN	18.0	9.5	12.1	26.7	20.2	25.2	28.0	36.6	34.4	2.7	3.9	2.9
11	ACEH UTARA	22.0	16.2	15.9	26.0	26.7	31.9	39.0	36.1	35.9	5.7	2.0	1.0
12	ACEH BARAT DAYA	18.7	30.2	15.8	22.3	29.2	26.0	28.7	31.6	31.6	5.3	2.8	3.2
13	GAYO LUES	14.7	12.7	10.8	18.7	2.7	20.2	30.3	15.5	38.5	7.3	1.7	4.7
14	ACEH TAMIANG	8.3	6.8	14.8	11.0	4.8	19.8	25.3	15.1	32.4	5.0	3.2	4.3
15	NAGAN RAYA	14.3	12.2	8.4	25.0	16.8	12.7	40.3	28.6	26.2	6.3	2.0	1.7
16	ACEH JAYA	15.7	4.6	12.0	19.3	9.6	25.2	25.7	22.8	38.3	5.3	1.0	3.0
17	BENER MERIAH	20.3	6.5	10.4	18.3	14.0	21.4	34.3	38.0	37.6	11.3	6.1	4.0
18	PIDIE JAYA	21.3	14.3	17.5	30.3	13.6	27.9	37.0	17.4	34.6	6.7	2.5	2.0
19	BANDA ACEH	20.3	15.4	14.5	18.0	20.3	23.3	24.0	27.1	25.1	7.0	1.7	2.9
20	SABANG	17.0	16.1	13.5	20.3	19.0	23.5	27.3	24.3	29.8	8.3	3.9	6.5
21	LANGSA	22.0	10.5	12.3	23.3	16.7	10.7	25.3	22.2	26.7	5.0	3.8	4.8
22	LHOKSEUMAWE	26.3	12.5	13.0	31.0	23.0	22.2	34.3	27.4	25.2	5.0	1.0	4.7
23	SUBULUSSALAM	16.7	15.4	15.0	22.7	23.4	29.1	31.7	32.9	47.3	4.0	5.7	3.3
ACEH		17.7	13.3	12.8	22.6	16.7	24.8	31.6	26.4	35.7	5.7	3.1	3.0
INDONESIA		12.2	12.6	6.9	19.6	17.8	17.8	37.2	21.7	29.6	11.8	4.3	4.6

Dari table diatas terlihat bahwa untuk masalah balita kurus terjadi penurunan prevalensi secara bertahap, namun jika dibandingkan dengan rerata nasional prevalensi balita kurus Aceh (12.8%) hampir dua kali dari prevalensi Nasional (6,9%), peningkatan kasus terjadi di kabupaten Pidie Jaya, Untuk masalah underweight (buruk dan kurang)) terjadi peningkatan kasus yang cukup signifikan (8,1%) dan peningkatan kasus ini hamper terjadi di semua kabupaten/kota yang ada di aceh kecuali kota Langsa dan Nagan Raya. Untuk masalah stunting (pendek) terjadi peningkatan kasus yang sebesar 9,3 % dan berada jauh diatas rerata nasional, peningkatan kasus banyak terjadi di Aceh selatan, Aceh timur, pidie serta Subulussalam sehingga berada dalam kategori masalah berat. Sedangkan untuk masalah obesitas hamper semua kabupaten kotra berada dalam kategori tidak bermasalah masalah dan masalah ringan.

5. Status Gizi Anak Usia 5—18 Tahun berdasarkan Indeks IMT/U

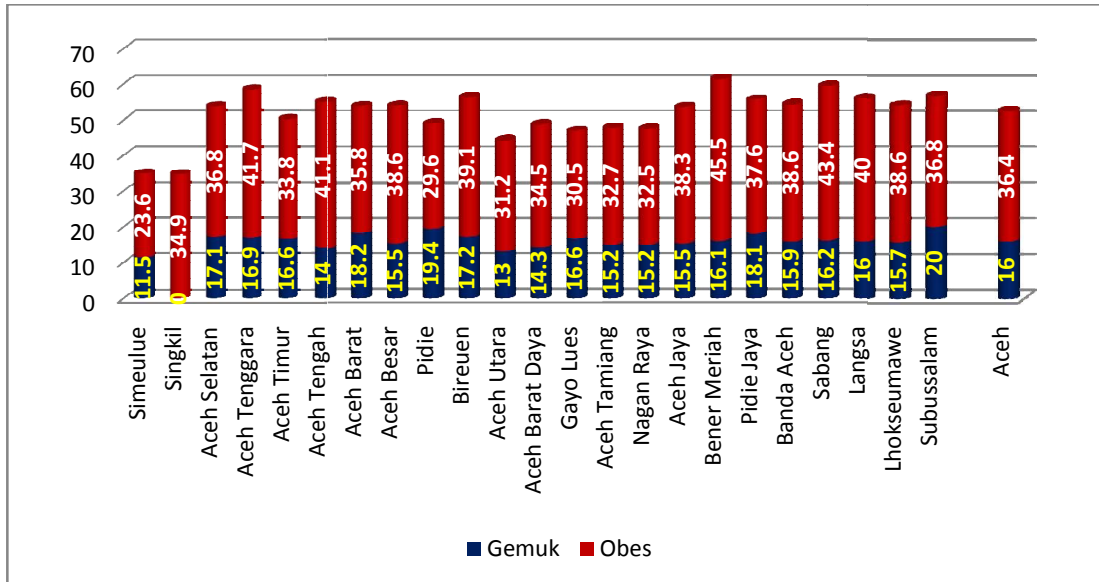
Disadari bahwa kurang proporsionalnya jumlah sampel menurut kabupaten/kota dimani 513 orang samper yang berumur 5 – 18 tahun, dikarenakan tidak diwajibkannya mengukur status gizi anak usia sekolah ini, namun jika dilihat berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh menurut Umur pada anak usia 5 – 18 tahun yang menggambarkan komposisi tubuh terlihat bahwa terdapat 7,7% anak usia sekolah berada dalam status gizi kategori Sangat Kurus dan kurus, Sedangkan untuk status gizi dalam kategori Gemuk sebesar 29,7%, seperti terlihat pada table berikut :

Tabel 3.7.
Distribusi Status Gizi Anak Usia 5 – 18 Tahun Berdasarkan Indeks IMT/U

NO	Kabupaten/Kota	Status Gizi Indikator IMT/U								Total	
		Sangat Kurus		Kurus		Normal		Gemuk			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Simeulue	1	3.2	2	6.5	27	87.1	1	3.2	31	100
2	Singkil	0	0	0	0	1	25.0	3	75.4	4	100
3	Aceh Selatan	0	0	0	0	4	50.0	4	50.0	8	100
4	Aceh Tenggara	1	10	0	0	7	70.0	2	20.0	10	100
5	Aceh Timur	0	0	0	0	6	75.0	2	25.0	8	100
6	Aceh Tengah	1	1.8	2	3.6	41	74.5	11	20.0	55	100
7	Aceh Barat	0	0	3	15.0	14	70.0	3	15	20	100
8	Aceh Besar	0	0	1	2.9	23	67.6	10	29.4	34	100
9	Pidie	0	0	1	6.7	12	80.0	2	13.3	15	100
10	Bireuen	0	0	5	15.2	21	63.6	7	21.2	33	100
11	Aceh Utara	1	7.1	0	0	11	78.6	2	14.3	14	100
12	Aceh Barat Daya	0	0	0	0	1	16.7	5	83.3	6	100
13	Gayo Lues	3	3.6	5	6.0	62	74.7	13	15.6	83	100
14	Aceh Tamiang	1	7.7	0	0	7	53.8	5	38.5	13	100
15	Nagan Raya	0	0	1	7.7	9	69.2	3	23.1	13	100
16	Aceh Jaya	0	0	0	0	13	86.7	2	13.3	15	100
17	Bener Meriah	0	0	0	0	7	77.8	2	22.2	9	100
18	Pidie Jaya	0	0	2	16.7	10	83.3	0	0	12	100
19	Banda Aceh	0	0	2	5.7	30	85.7	3	8.6	35	100
20	Sabang	1	2.0	4	7.8	39	76.5	7	13.7	51	100
21	Langsa	0	0	0	0	11	73.3	4	26.6	15	100
22	Lhokseumawe	1	7.1	0	0	10	71.4	3	21.4	14	100
23	Subussalam	0	0	1	6.7	7	46.7	7	46.7	15	100
Provinsi		10	1.9	29	5.7	373	72.7	101	19.7	513	100

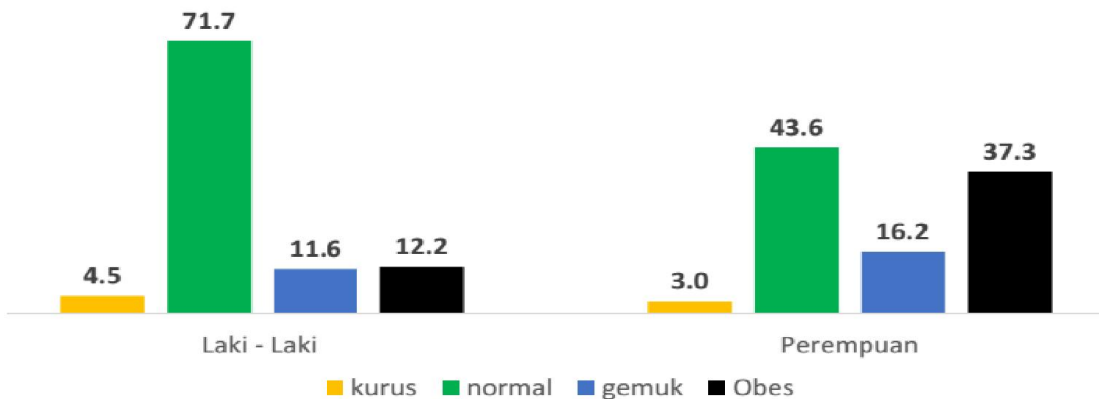
6. Status Gizi Usia 18—60 tahun (Dewasa) berdasarkan IMT

Berdasarkan indikator Indeks Masa Tubuh pada orang dewasa terdapat prevalensi yang cukup besar pada kategori Lebih dan Obesitas sebesar 52,4%, dengan proporsi terbesar pada Obesitas (36,4%). Adapun Proporsi obesitas terbesar terdapat di Bener meriah (45,5%) dan kota sabang (43,4%), sedangkan yang terendah terdapat di Kab Simeulue (23,6%) dan pidie (29,6%).



Grafik 3.9
Persentase Dewasa Gemuk dan obesitas berdasarkan IMT

Sedangkan berdasarkan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan dewasa Aceh terlihat bahwa sebahagian besar (37,3%) penduduk dewasa Aceh yang memiliki status gizi obesitas terdapat pada penduduk berjenis kelamin perempuan dibandingkan dengan laki-laki (12,2%) seperti terlihat pada pada grafik berikut :



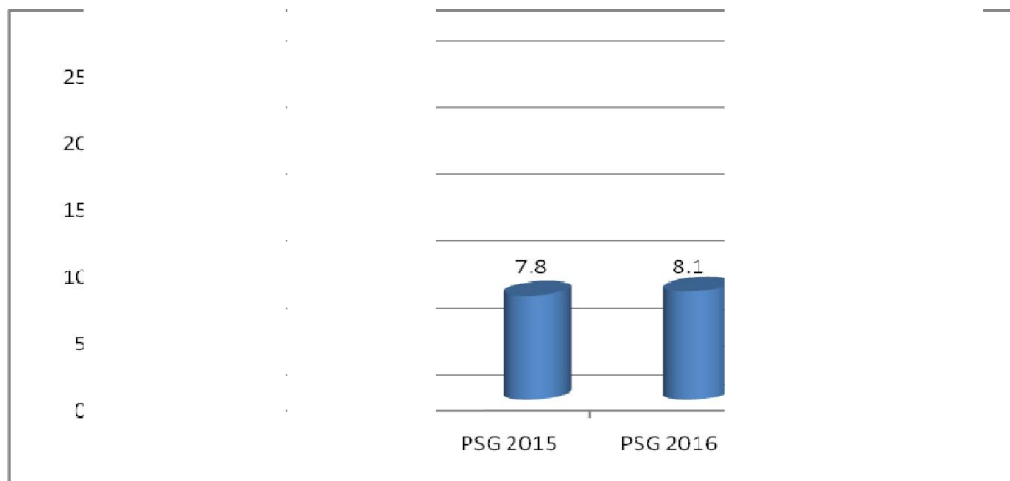
Grafik 3.10
Persentase Status Gizi dewasa Tahun berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2017

Tabel 3.8.
Distribusi Status Gizi Orang Dewasa (>18 Tahun) Berdasarkan Indeks IMT

No	Kabupaten/Kota	STATUS GIZI ORANG DEWASA (IMT)								Total	
		Kurus		Normal		Gemuk		Obesitas			
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1	Simeulue	39	10.5	203	54.4	43	11.5	88	23.6	373	100
2	Singkil	13	2.8	220	48.0	65	14.2	160	34.9	458	100
3	Aceh Selatan	12	2.6	203	43.5	80	17.1	172	36.8	467	100
4	Aceh Tenggara	11	3.3	129	38.2	57	16.9	141	41.7	338	100
5	Aceh Timur	13	3.0	200	46.6	71	16.6	145	33.8	429	100
6	Aceh Tengah	9	2.1	186	42.8	61	14.0	179	41.1	435	100
7	Aceh Barat	13	2.5	222	43.4	93	18.2	183	35.8	511	100
8	Aceh Besar	19	4.5	176	41.4	66	15.5	164	38.6	425	100
9	Pidie	14	3.8	176	47.3	72	19.4	110	29.6	372	100
10	Bireuen	8	2.1	162	41.6	67	17.2	152	39.1	389	100
11	Aceh Utara	23	5.9	195	49.9	51	13.0	122	31.2	391	100
12	Aceh Barat Daya	16	3.5	217	47.7	65	14.3	157	34.5	455	100
13	Gayo Lues	6	1.3	242	51.6	78	16.6	143	30.5	469	100
14	Aceh Tamiang	12	2.3	256	49.8	78	15.2	168	32.7	514	100
15	Nagan Raya	16	3.7	211	48.6	66	15.2	141	32.5	434	100
16	Aceh Jaya	12	2.7	191	43.5	68	15.5	168	38.3	439	100
17	Bener Meriah	4	1.0	151	37.4	65	16.1	184	45.5	404	100
18	Pidie Jaya	8	2.1	158	42.1	66	18.1	141	37.6	375	100
19	Banda Aceh	6	1.3	203	44.2	73	15.9	177	38.6	459	100
20	Sabang	7	1.5	178	38.9	74	16.2	199	43.4	458	100
21	Langsa	13	2.4	224	41.6	86	16.0	215	40.0	538	100
22	Lhokseumawe	24	4.5	218	41.2	83	15.7	204	38.6	529	100
23	Subussalam	7	1.7	170	41.5	82	20.0	151	36.8	410	100
PROVINSI ACEH		305	3.0	4491	44.6	1612	16.0	3664	36.4	10072	100

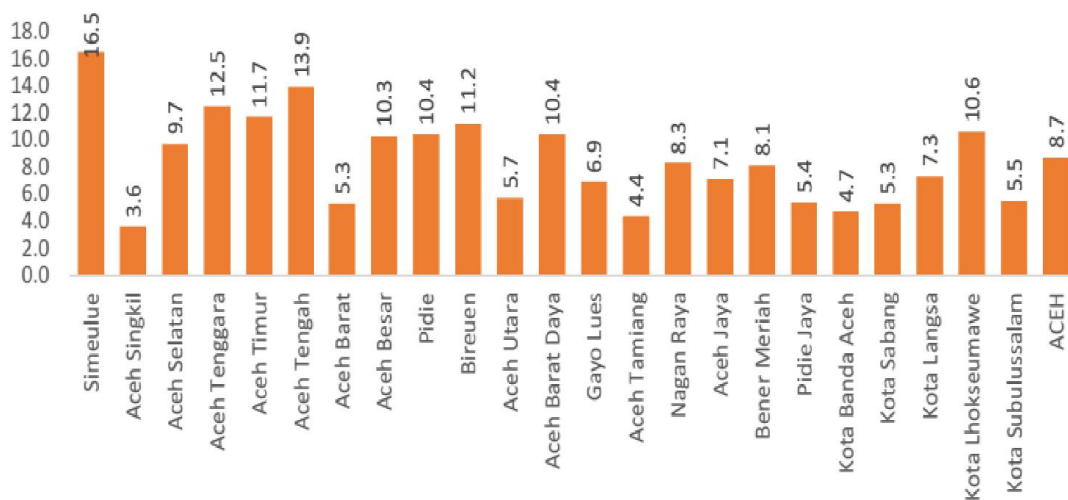
7. Status Gizi Ibu Hamil berdasarkan LiLA

Berdasarkan indikator Kurang Energi Kronis pada ibu hamil secara pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA) didapatkan hasil 8,7% berisiko menderita Kurang Energi Kronis (KEK), Keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG tahun 2016 terjadi peningkatan sebesar 0,6%.. Adapun Kabupaten dengan proporsi KEK pada bumil tertinggi terdapat di kabupaten Simeulue (16,5%) dan Aceh Tengah (13,9%), sedangkan yang terendah di Aceh Singkil (3,6%) dan Aceh Tamiang (4,4%).



Grafik 3.11

Persentase ibu hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Aceh Tahun 2013 – 2017

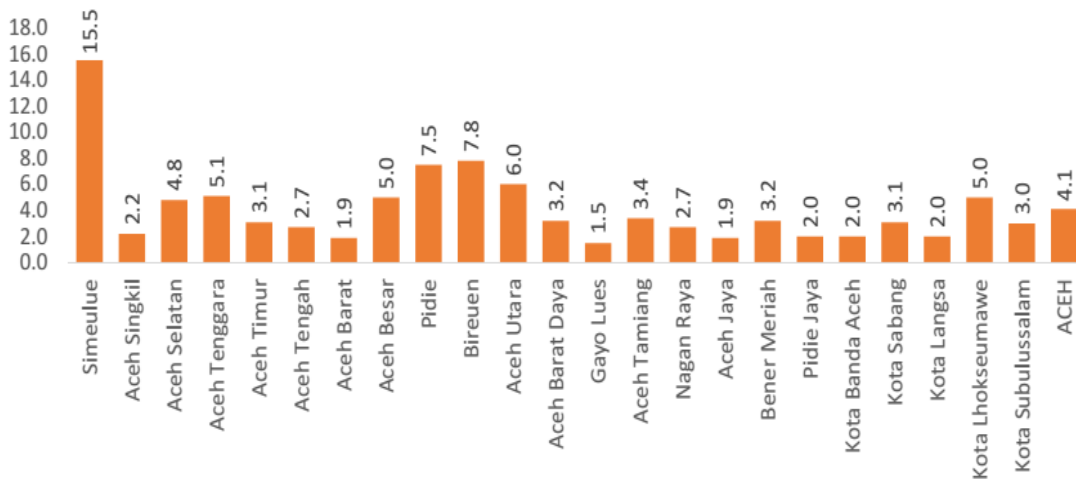


Grafik 3.12

Distribusi Prevalensi ibu hamil Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Menurut kabupaten/Kota Provinsi Aceh tahun 2017

8. Status Gizi Wanita usia Subur (WUS)

Berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas terhadap Wanita Usia Subur didapatkan hasil 4,1% wanita usia subur di Aceh mberisiko menderita KEK, dengan proporsi terbesar di Simeulue (15,5%) dan Bireun (7,8%), sedangkan yang terendah terdapat di Aceh Barat (1,9%) dan Aceh Jaya (1,9%). Seperti terlihat pada grafik berikut.

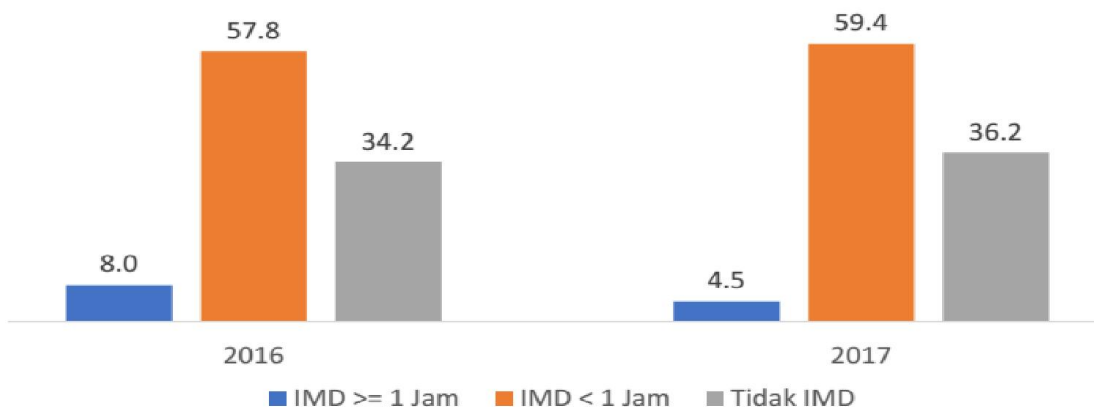


Grafik 3.13
Distribusi Prevalensi Wanita Usia Subur Risiko Kurang Energi Kronis (KEK)
Menurut kabupaten/Kota Provinsi Aceh tahun 2017

C. Cakupan Indikator Kinerja Pembinaan Program Gizi

1. Bayi Baru Lahir mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini.

Proporsi bayi baru lahir yang mendapatkan inisiasi menyusui dini (IMD) sebesar 63,9 %, sedangkan yang tidak mendapatkan IMD sebesar 36,2%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG tahun 2016 terjadi penurunan yang merndapatkan IMD seperti terlihat pada grafik berikut :



Grafik 3.14
Persentase Bayi Baru Lahir Mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
Provinsi Aceh Tahun 2016 - 2017

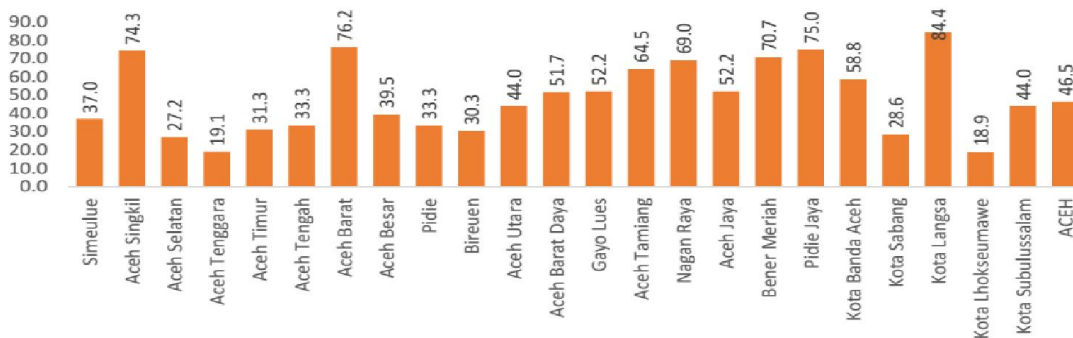
Sedangkan jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota di Aceh, terlihat bahwa bayi baru lahir yang tidak mendapatkan IMD terbanyak terdapat di Kabupaten Subulussalam (71.7%) dan Kota Sabang (66.7%), adapun yang terendah terdapat di pidie jaya (6.8%) dan Nagan Raya (18.3%), Rinciannya dapat dilihat pada table berikut .

Tabel 3.9.
Distribusi Bayi Baru Lahir Mendapatkan IMD

No	Kabupaten	Status Pemberian IMD							
		IMD \geq 1 jam		IMD $<$ 1 jam		Tidak IMD		Total	
		n	%	n	%	n	%	N	%
1	Simeulue	5	3.4	82	55.0	62	41.6	149	100
2	Aceh Singkil	14	9.6	98	67.1	34	23.3	146	100
3	Aceh Selatan	0	0	74	55.6	59	44.4	133	100
4	Aceh Tenggara	4	2.2	86	47.3	92	50.5	182	100
5	Aceh Timur	6	4.6	78	60.0	46	35.4	130	100
6	Aceh Tengah	7	4.5	97	62.6	51	32.9	155	100
7	Aceh Barat	4	3.0	92	69.7	36	27.3	132	100
8	Aceh Besar	2	1.5	86	66.2	42	32.3	130	100
9	Pidie	3	2.9	45	43.7	55	53.4	103	100
10	Bireun	19	12.4	91	59.5	43	28.1	153	100
11	Aceh Utara	7	5.3	60	45.5	65	49.2	132	100
12	Aceh Barat Daya	1	0.7	112	73.2	40	26.1	153	100
13	Gayo Lues	3	2.2	55	39.9	80	58.0	138	100
14	Aceh Tamiang	2	1.2	128	78.0	34	20.7	164	100
15	Nagan Raya	17	11.1	108	70.6	28	18.3	153	100
16	Aceh Jaya	11	8.5	55	42.6	63	48.8	129	100
17	Bener Meriah	10	5.9	115	67.6	45	26.5	170	100
18	Pidie Jaya	11	8.3	112	84.8	9	6.8	132	100
19	Banda Aceh	5	3.3	87	57.2	60	39.5	152	100
20	Sabang	1	0.6	53	32.7	108	66.7	162	100
21	Langsa	3	2.0	127	84.1	21	13.9	151	100
22	Lhoseumawe	5	2.8	96	53.6	78	43.6	179	100
23	Subulussalam	1	0.7	38	27.5	99	71.7	138	100
Total		141	4.5	1975	59.4	1250	36.2	3366	100

2. Bayi Mendapatkan ASI umur 0 – 5 bulan

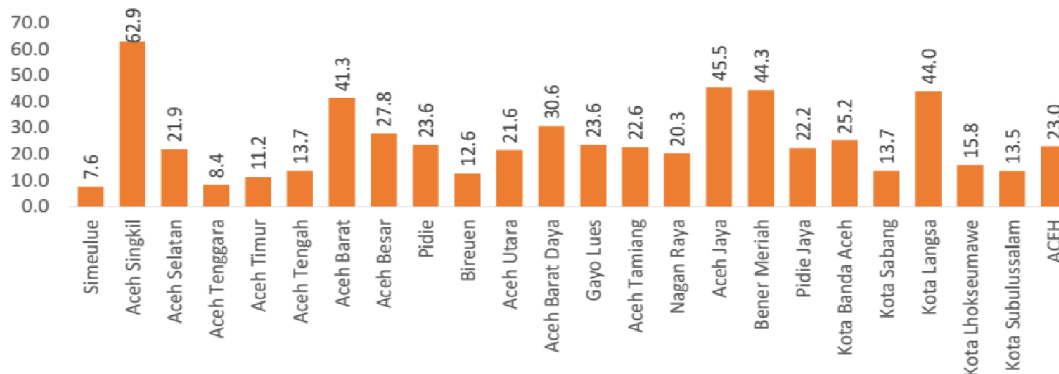
Proporsi bayi yang mendapatkan ASI pada usia kurang dari 5 bulan sebesar 46,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (59%), terjadi penurunan, sebesar 2,5%. Jika dilihat berdasarkan sebaran kabupaten kota yang kurang proporsi bayinya mendapatkan ASI adalah Kota lhokseumawe (18,9%) dan Aceh Tengah (19,1%), sedangkan bayi yang banyak mendaatkan ASI adalah kota Langsa (84,4%) dan Aceh barat (76,2%). Rinciannya terlihat pada grafik berikut.



Grafik 3.15
Persentase Bayi Mendapatkan ASI pada Usia 0 – 5 Bulan

3. Bayi Yang Mendapatkan ASI Eksklusif.

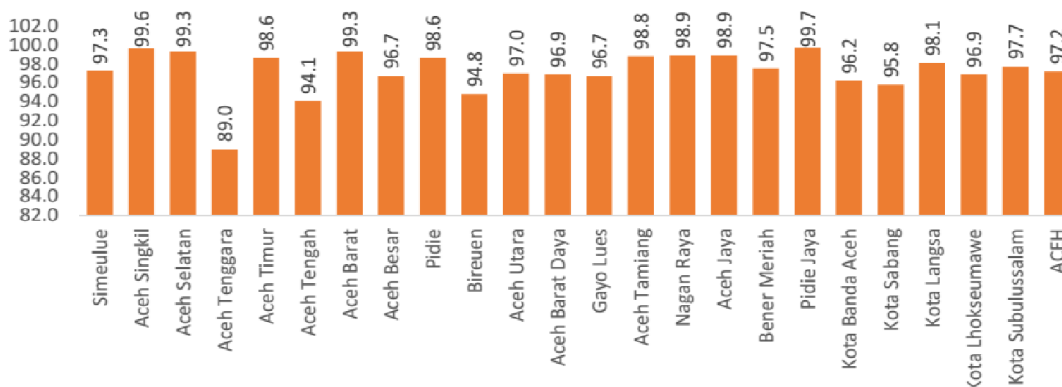
Proporsi bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif sebesar 23,0%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (23,5%), terjadi penurunan, sebesar 0,5%. Jika dilihat berdasarkan sebaran kabupaten kota yang kurang proporsi bayinya mendapatkan ASI Eksklusif adalah Simeulue (7,6%) dan Aceh Tenggara (8,4%), sedangkan bayi yang banyak mendaatkan ASI Eksklusif adalah Aceh Singkil (62,9%) dan Aceh Jaya (45,5%). Rinciannya terlihat pada grafik berikut.



Grafik 3.16
Persentase Bayi Mendapatkan ASI Eksklusif pada Usia 0 – 6 Bulan

4. Balita Mendapat Kapsul Vitamin A

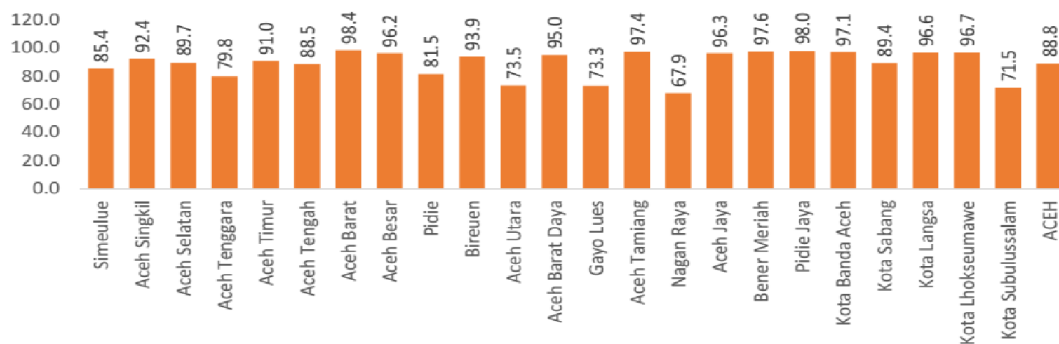
Proporsi balita yang mendapatkan kapsul Vitamin A sebesar 97,2% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (93,5%), terjadi peningkatan, sebesar 6,7%. Jika dilihat berdasarkan sebaran kabupaten/kota yang kurang proporsi balitanya mendapatkan kapsul Vitamin A adalah Aceh Tenggara (89,0%) dan Aceh Tengah (94,1%), sedangkan balita yang banyak mendapatkan kapsul Vitamin A adalah Pidie Jaya (99,7%) dan Aceh Singkil (99,6%). Rinciannya terlihat pada grafik berikut.



Grafik 3.17
Persentase balita mendapatkan Kapsul Vitamin A

5. Balita Mendapat Buku KIA

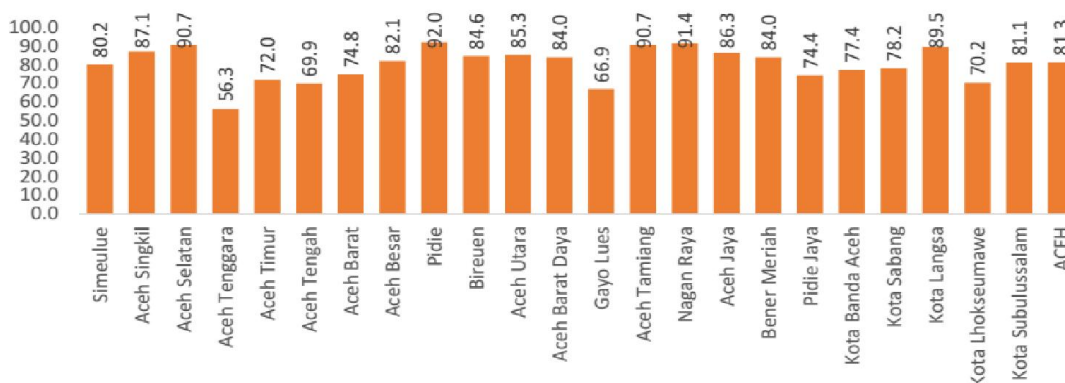
Proporsi balita yang mendapatkan buku KIA sebesar 88,8% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (88,1%), terjadi peningkatan, sebesar 0,7%. Jika dilihat berdasarkan sebaran kabupaten/kota yang kurang proporsi balitanya mendapatkan buku KIA adalah Nagan Raya (67,9%) dan Subulussalam (71,5%), sedangkan balita yang banyak mendapatkan buku KIA adalah Aceh Barat (98,4%) dan Bener Meriah (97,6%). Rinciannya terlihat pada grafik berikut.



Grafik 3.18
Persentase Balita mendapatkan Buku KIA

6. Penimbangan Balita Dalam 6 Bulan Terakhir

Proporsi balita yang melakukan penimbangan selama lebih dari 4 kali dalam 6 bulan terakhir sebesar 81,3%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (67,4%), terjadi peningkatan, sebesar 13,9%. Jika dilihat berdasarkan sebaran kabupaten/kota yang kurang proporsi balitanya melakukan penimbangan dalam 6 bulan terakhir adalah Aceh Tenggara (56,3%) dan Gayo Lues (66,9%), sedangkan balita yang banyak melakukan penimbangan dalam 6 bulan terakhir adalah Nagan Raya (91,4%) dan Aceh Selatan (90,7%) serta Aceh Tamiang (90,7%). Rinciannya terlihat pada grafik berikut.

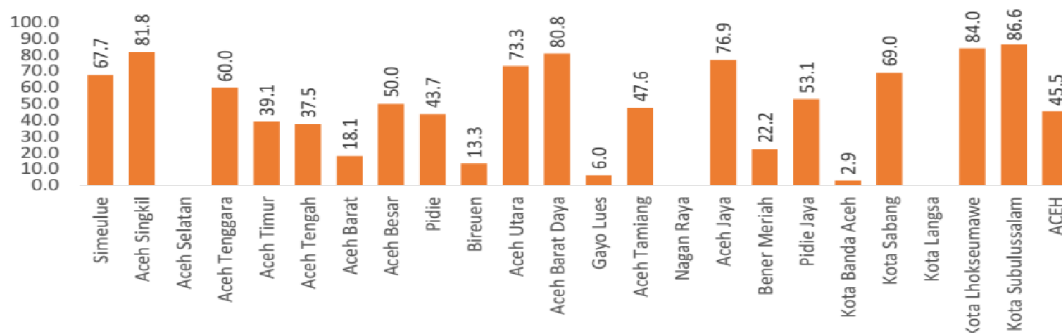


Grafik 3.19

Persentase Balita Yang Melakukan Penimbangan Balita Dalam 6 Bulan Terakhir

7. Balita Kurus Yang Mendapatkan Makanan Tambahan

Proporsi Balita dalam kategori kurus yang mendapatkan makanan tambahan sebesar 45,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (19,0%), terjadi peningkatan yang signifikan sebesar 26,5%. Jika dilihat berdasarkan sebaran kabupaten/kota yang balita dalam kategori kurusnya yang banyak mendapatkan Makanan Tambahan adalah Kota Subulussalam (86,6%) dan Kota Lhokseumawe (84,0%). Rinciannya terlihat pada grafik berikut.



Grafik 3.20

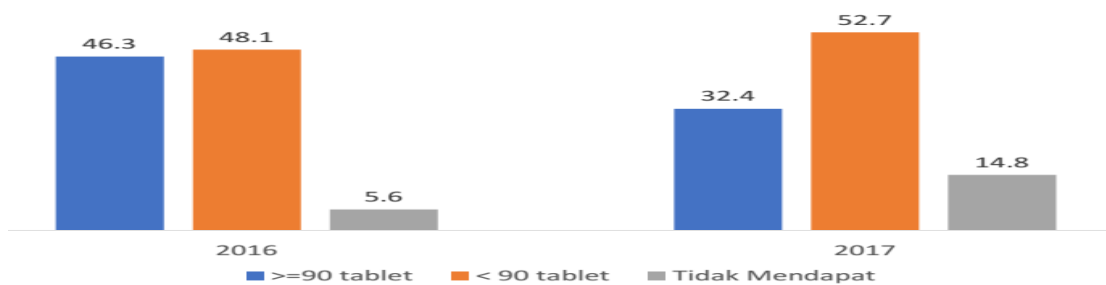
Persentase Balita Kureus Yang mendapat Makanan Tambahan

8. Remaja Putri (12 -18 Tahun) Yang mendapatkan Tablet Tambah Darah

Proporsi Remaja putri usia 12 – 18 tahun yang mendapatkan TTD sebesar 17,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (24,7%), terjadi penurunan sebesar 7,2%. Namun dikarenakan sampel yang diperoleh dalam menentukan remaja putrid ini sangat sedikit (80 sampel) sehingga tidak dapat menggambarkan prevalensinya menurut kabupaten/kota.

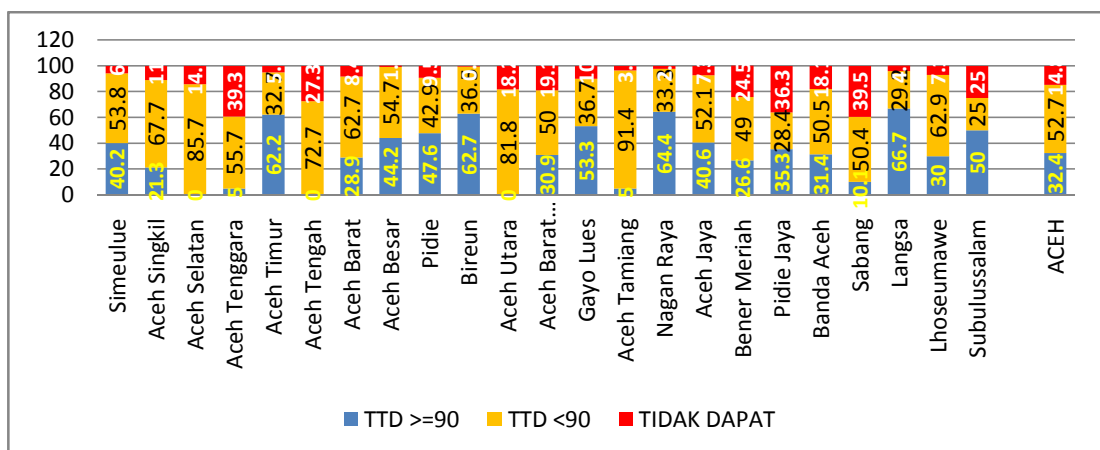
9. Ibu Hamil Yang Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)

Proporsi ibu hamil yang mendapatkan TTD sebesar 85,2% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (94,4%), terjadi penurunan sebesar 9,2%. Adapun rincian berbandingannya dapat dilihat pada grafik berikut .



Grafik 3.21
Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat TTD Tahun 2016 - 2017

Sedangkan jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota di Aceh, terlihat bahwa ibu hamil yang mendapatkan TTD lebih dari 90 Tablet terbanyak terdapat di Kota Langsa (66,7%) dan kab. Nagan Raya (66,4%), Adapun kabupaten/kota yang terbanyak tidak mendapatkan TTD terdapat di Kota Sabang (39,5%) dan Aceh Tenggara (39,3%), Rinciannya dapat dilihat pada grafik berikut :



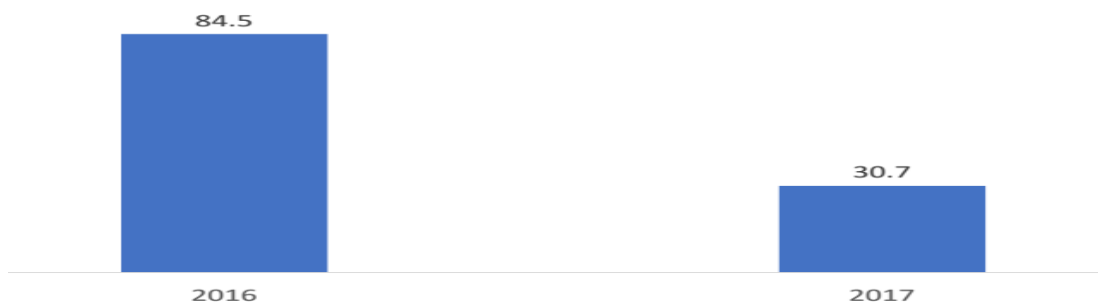
Grafik 3.22
Distribusi Ibu Hamil Yang Mendapat TTD

Tabel 3.10.
Distribusi Ibu Hamil Yang mendapatkan TTD

No	Kabupaten	Jumlah Tablet Tambah darah Yang Diterima							
		TTD \geq 90		TTD $<$ 90		Tidak dapat TTD		Total	
		n	%	N	%	N	%	N	%
1	Simeulue	47	40.2	63	53.8	7	6.0	117	100
2	Aceh Singkil	27	21.3	86	67.7	14	11.0	127	100
3	Aceh Selatan	0	0	54	85.7	9	14.3	63	100
4	Aceh Tenggara	7	5.0	78	55.7	55	39.3	140	100
5	Aceh Timur	61	62.2	32	32.7	5	5.1	98	100
6	Aceh Tengah	0	0	8	72.7	3	27.3	11	100
7	Aceh Barat	24	28.9	52	62.7	7	8.4	83	100
8	Aceh Besar	38	44.2	47	54.7	1	1.2	86	100
9	Pidie	30	47.6	27	42.9	6	9.5	63	100
10	Bireun	79	62.7	46	36.5	1	0.8	126	100
11	Aceh Utara	0	0	9	81.8	2	18.2	11	100
12	Aceh Barat Daya	21	30.9	34	50.0	13	19.1	68	100
13	Gayo Lues	16	53.3	11	36.7	3	10.0	30	100
14	Aceh Tamiang	7	5.0	128	91.4	5	3.6	140	100
15	Nagan Raya	56	64.4	29	33.3	2	2.3	87	100
16	Aceh Jaya	39	40.6	50	52.1	7	7.3	96	100
17	Bener Meriah	38	26.6	70	49.0	35	24.5	143	100
18	Pidie Jaya	36	35.3	29	28.4	37	36.3	102	100
19	Banda Aceh	33	31.4	53	50.5	19	18.1	105	100
20	Sabang	12	10.1	60	50.4	47	39.5	119	100
21	Langsa	32	66.7	14	29.2	2	4.2	48	100
22	Lhoseumawe	21	30.0	44	62.9	5	7.1	70	100
23	Subulussalam	8	50.0	4	25.0	4	25.0	16	100
Total		632	32.4	1028	52.7	289	14.8	1949	100

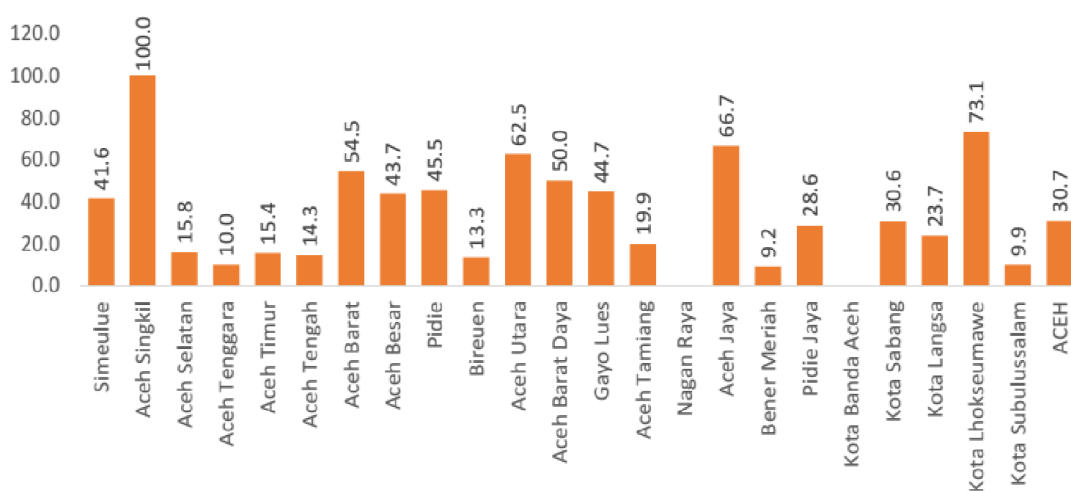
10. Ibu Hamil Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Mendapat Makanan Tambahan

Proporsi ibu hamil yang mempunyai Risiko KEK yang mendapatkan Makanan Tambahan sebesar 30,7% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (84.5%), terjadi penurunan yang signifikan sebesar 53,8%. Adapun rincian berbandingannya dapat dilihat pada grafik berikut .



Grafik 3.23
Distribusi Ibu Hamil Berisiko KEK Yang Mendapatkan Makanan Tambahan Tahun 2016 - 2017

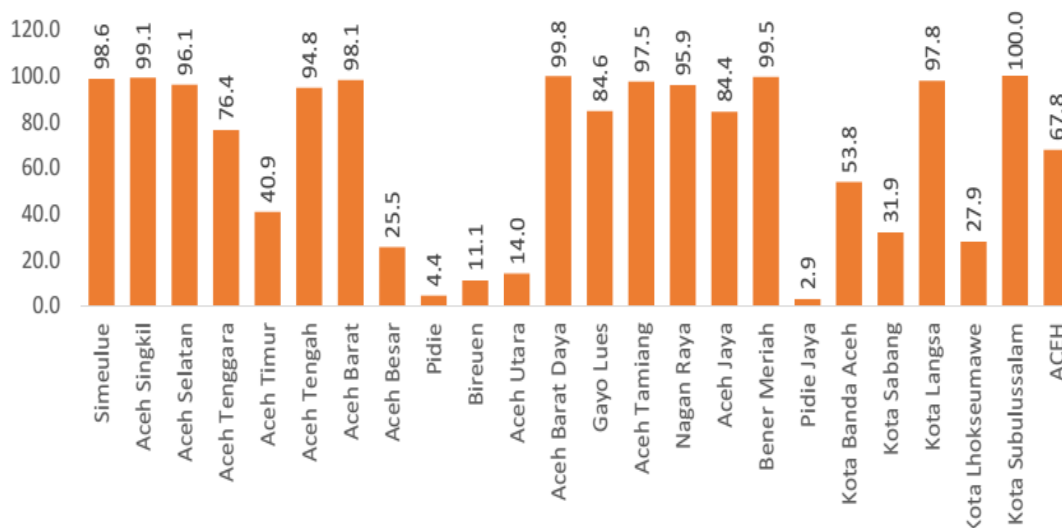
Sedangkan jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota di Aceh, terlihat bahwa ibu hamil yang berisiko KEK yang mendapatkan makanan tambahan terbanyak terdapat di Kabupaten Aceh Singkil (100.0%) dan Kota Lhokseumawe (73,1%), adapun yang terendah terdapat di Banda Aceh (0.0%) dan Nagan Raya (0,0%), Rinciannya dapat dilihat pada grafik berikut .



Grafik 3.24
Distribusi Ibu Hamil Berisiko KEK Yang Mendapatkan Makanan Tambahan Menurut kabupaten/Kota

11. Rumah Tangga Yang Menggunakan Garam Beriodium

Proporsi Rumah tangga yang menggunakan garam beriodium di provinsi Aceh sebesar 67.8% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (67.0%), terjadi penurunan sedikit sebesar 0.8%. Adapun rincian perbandingannya dapat dilihat pada grafik berikut .



Grafik 3.24
Distribusi Rumah Tangga Yang Mengonsumsi Garam Beriodium
Menurut kabupaten/Kota

Sedangkan jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota di Aceh, terlihat bahwa penggunaan garam iodium terbanyak terdapat di Kabupaten Subulussalam (100%) dan Aceh Barat Daya (99.8%), adapun yang terendah terdapat di kabupaten Pidie Jaya (2.9%) dan Pidie (4.4%), Rinciannya dapat dilihat pada table berikut .

Tabel 3.11.
Distribusi Rumah Tangga Dalam Penggunaan Garam

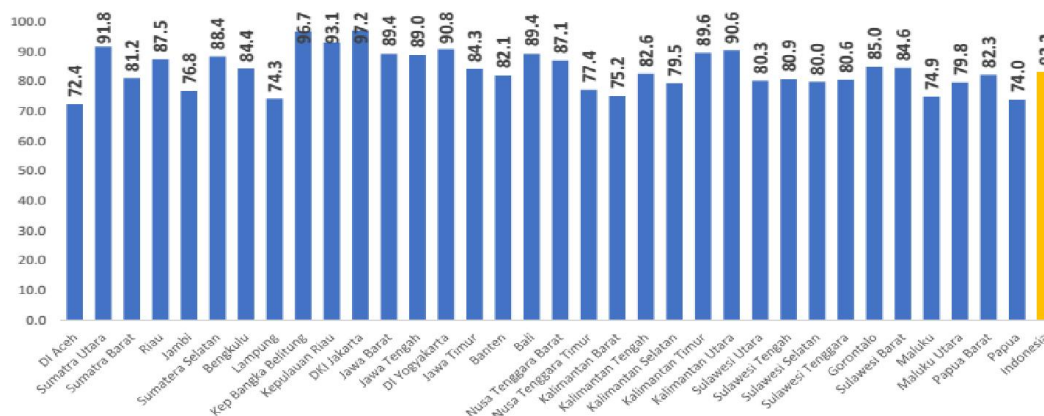
No	Kabupaten/Kota	Penggunaan Garam				Total	
		Beriodium		Tidak beriodium		N	%
		n	%	N	%		
1	Simeulue	314	98.6	5	1.4	346	100
2	Aceh Singkil	466	99.1	4	0.9	470	100
3	Aceh Selatan	463	96.1	19	3.9	482	100
4	Aceh Tenggara	265	76.4	82	23.6	450	100
5	Aceh Timur	184	40.9	266	59.1	450	100
6	Aceh Tengah	379	94.8	21	5.3	400	100
7	Aceh Barat	472	98.1	9	1.9	481	100
8	Aceh Besar	105	25.5	307	74.5	412	100
9	Pidie	17	4.4	366	95.6	383	100
10	Bireun	44	11.1	353	88.9	397	100
11	Aceh Utara	58	14.0	355	86.0	413	100
12	Aceh Barat Daya	470	99.8	1	0.2	471	100
13	Gayo Lues	356	84.6	65	15.4	421	100
14	Aceh Tamiang	511	97.5	13	2.5	524	100
15	Nagan Raya	422	95.9	18	4.1	440	100
16	Aceh Jaya	373	84.4	69	15.6	442	100
17	Bener Meriah	421	99.5	2	0.5	423	100
18	Pidie Jaya	11	2.9	367	97.1	378	100
19	Banda Aceh	249	53.8	214	46.2	463	100
20	Sabang	144	31.9	308	68.1	452	100
21	Langsa	527	97.8	12	2.2	539	100
22	Lhoseumawe	153	27.9	396	72.1	549	100
23	Subulussalam	426	100.0	0	0	426	100
Total		6857	67.8	3252	32.2	10109	100

D. KONSUMSI PANGAN

Data Konsumsi Pangan Balita diperoleh dengan melakukan food recall kepada ibu balita pada saat dilakukannya survey, pengolahan data diperoleh dari Kementerian Kesehatan RI, Adapun hasil yang diperoleh berdasarkan propinsi Aceh di bandingkan nasional. Informasi konsumsi pangan yang diperoleh terhadap konsumsi Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat dan Natrium.

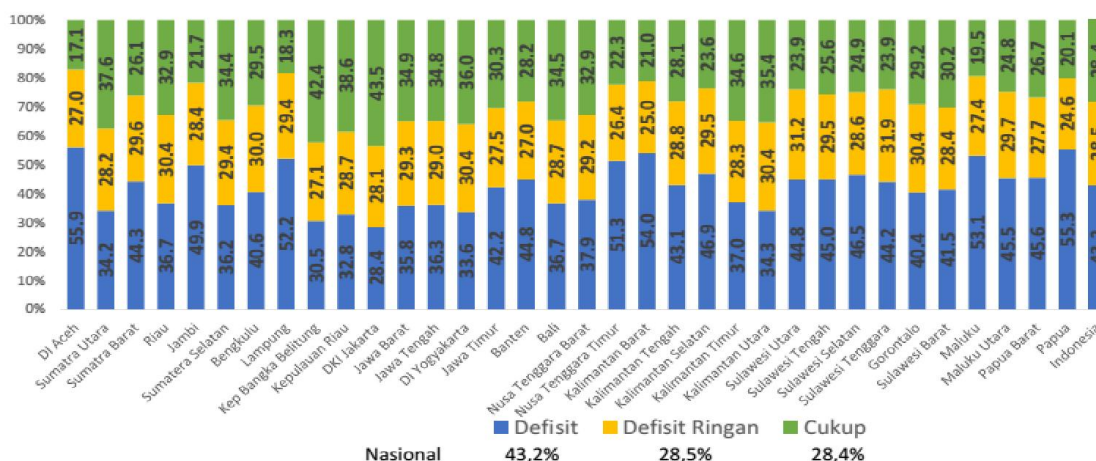
1. Konsumsi Energi

Secara nasional rerata kecukupan konsumsi energi pada anak usia dibawah lima tahun (Balita) sebesar 83,2%, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 72,4% atau berada dalam kategori Defisit/Sangat Kurang. Kondisi ini menunjukkan bahwa posisi konsumsi kecukupan energi Balita Aceh berada pada posisi terendah dari seluruh Indonesia, seperti terlihat pada grafik berikut :



Grafik 3.24
Distribusi Rerata Konsumsi Energi Balita Menurut Propinsi

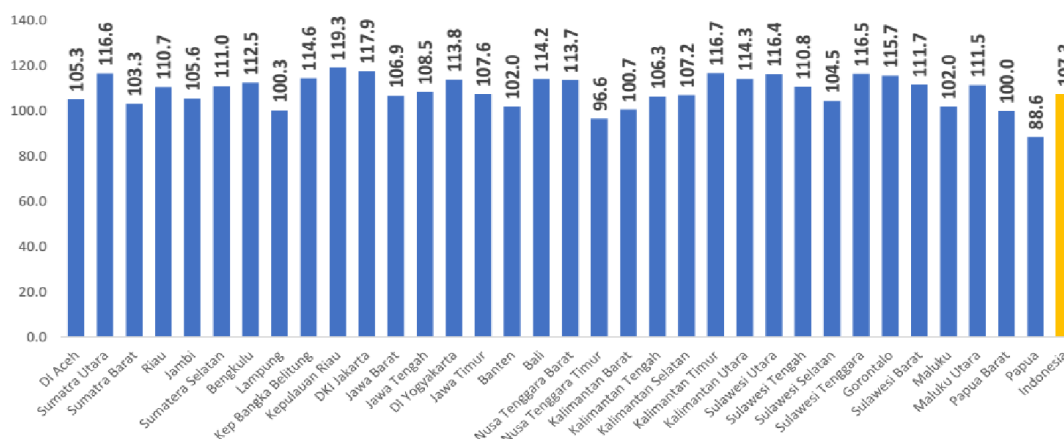
Sedangkan jika konsumsi energi balita dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Energi (AKE) yang dibagi menjadi kategori : defisit (< 70% AKE), Defisit Ringan (70 -79 % AKE), Cukup (80 – 119 % AKE) dan lebih (>120% AKE), diperoleh bahwa konsumsi kecukupan energi Aceh sebesar 55,9 % atau lebih dari separuh Balita Aceh mengalami konsumsi yang sangat kurang (defisit), rincian perbandingan dengan nasional sebagai berikut.



Grafik 3.24
Distribusi Konsumsi Energi Balita Menurut Propinsi

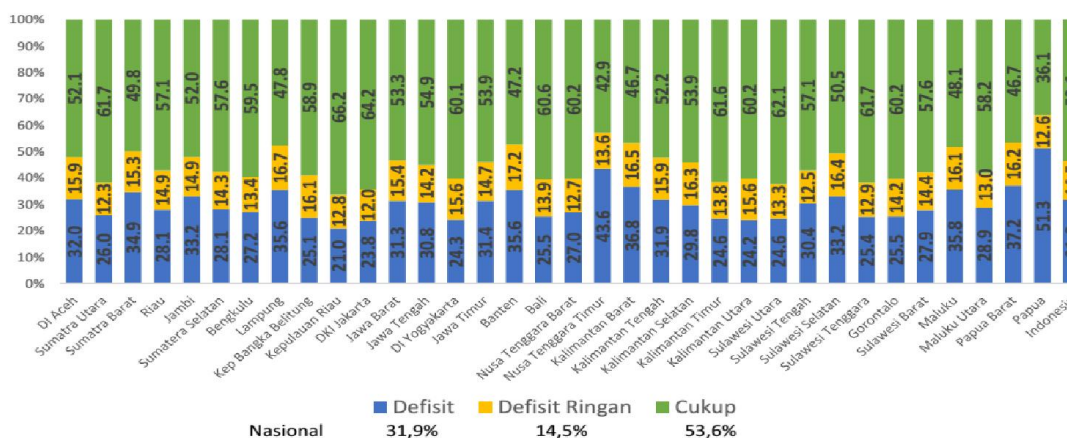
2. Konsumsi Protein

Secara nasional rerata kecukupan konsumsi Protein pada anak usia dibawah lima tahun (Balita) sebesar 107,3 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 105,3% atau masih berada dibawah rerata nasional atau masih dalam kategori Cukup. Kondisi ini menunjukkan bahwa posisi konsumsi kecukupan protein balita aceh berada pada posisi 10 terendah dari seluruh Indonesia, seperti terlihat pada grafik berikut :



Grafik 3.26
Distribusi Rerata Konsumsi Protein Balita Menurut Propinsi

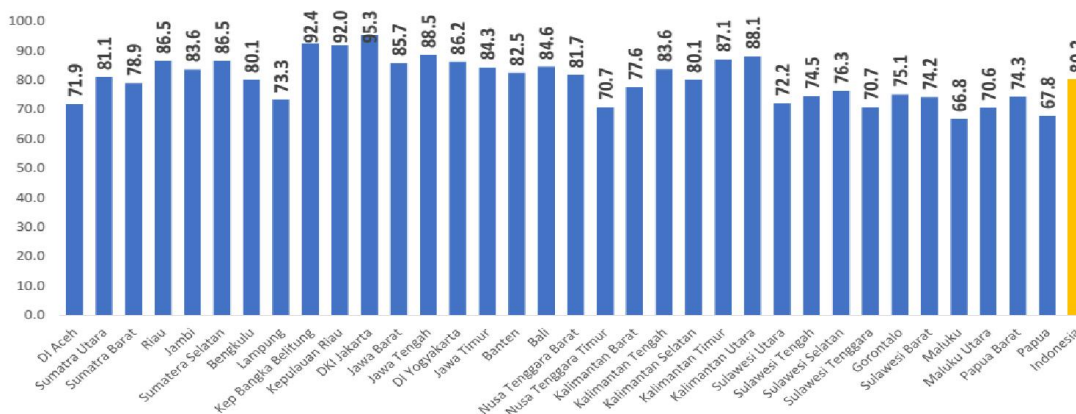
Sedangkan jika konsumsi Protein balita dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Protein (AKP) yang dibagi menjadi kategori : defisit (< 80% AKP), Defisit Ringan (80 -99 % AKP) dan Cukup (> 100 % AKP), diperoleh bahwa konsumsi kecukupan Protein Aceh sebesar 32.0 % atau sepertiga dari separoh balita aceh mengalami konsumsi yang sangat kurang (defisit) dan 15,9% dalam kategori defisit ringan, rincian perbandingan dengan nasional sebagai berikut.



Grafik 3.27
Distribusi Konsumsi Protein Balita Menurut Propinsi

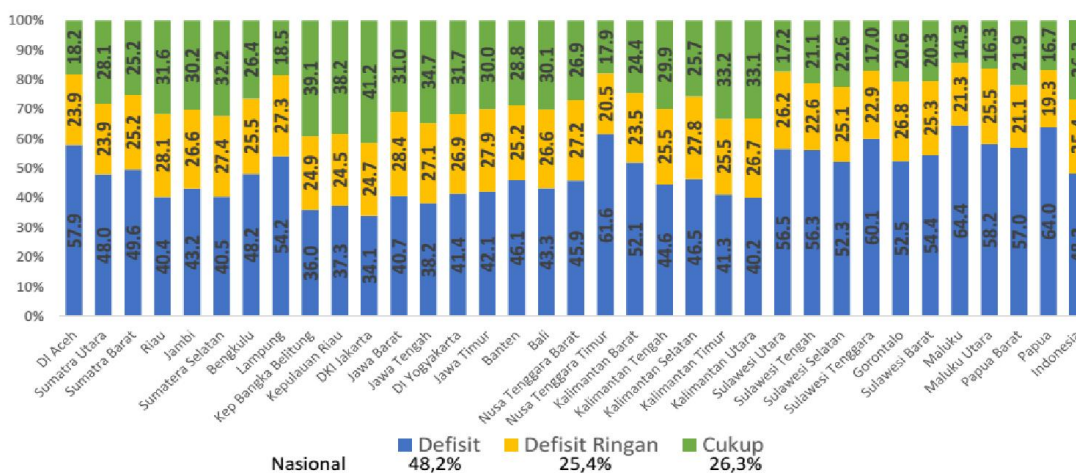
3. Konsumsi Lemak

Secara nasional rerata kecukupan konsumsi Lemak pada anak usia dibawah lima tahun (Balita) sebesar 80.2 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 71,9% atau masih berada dibawah rerata nasional atau masih dalam kategori Defisit. Kondisi ini menunjukkan bahwa posisi konsumsi kecukupan lemak balita aceh (6 terendah) berada pada posisi 10 terendah dari seluruh Indonesia, seperti terlihat pada grafik berikut :



Grafik 3.28
Distribusi Rerata Konsumsi Lemak Balita Menurut Propinsi

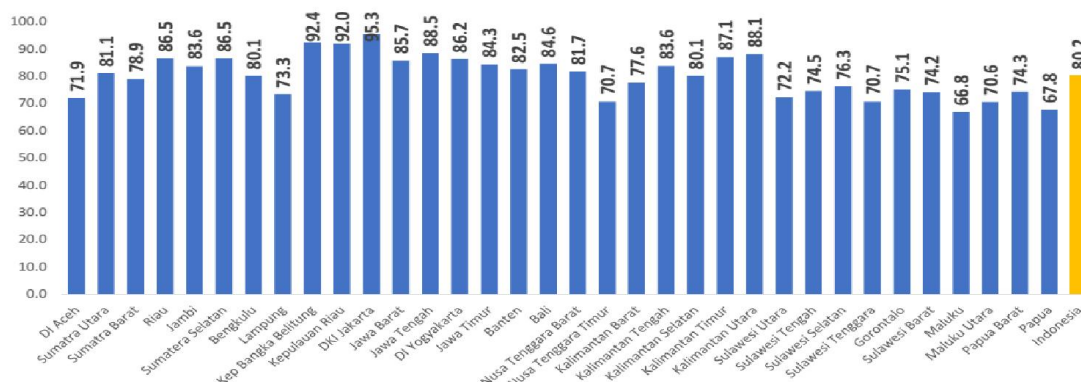
Sedangkan jika konsumsi Lemak balita dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Lemak (AKL) yang dibagi menjadi kategori : defisit (< 80%), Defisit Ringan (80 -99 %) dan Cukup (> 100 %), diperoleh bahwa konsumsi kecukupan Lemak Aceh sebesar 57,9 % atau lebih dari setengah balita aceh mengalami konsumsi lemak yang sangat kurang (defisit) dan 23,9% dalam kategori defisit ringan, rincian perbandingan dengan nasional sebagai berikut.



Grafik 3.29
Distribusi Konsumsi Lemak Balita Menurut Propinsi

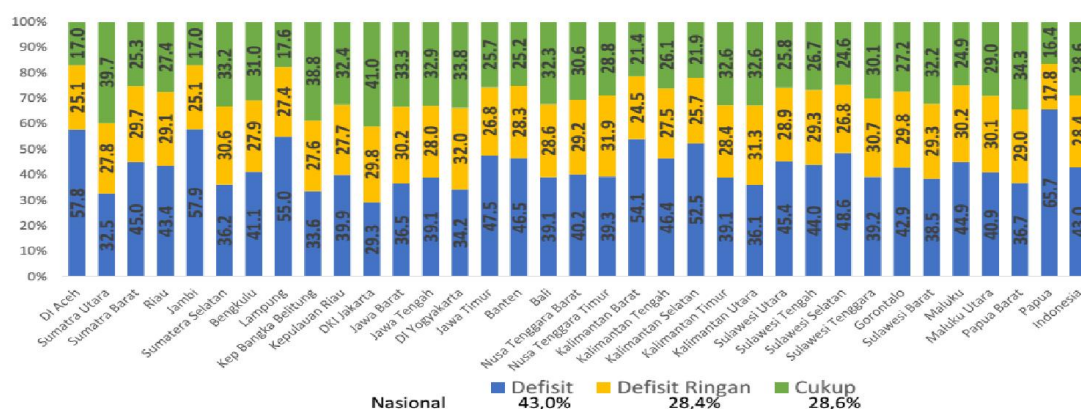
4. Konsumsi Karbohidrat

Secara nasional rerata kecukupan konsumsi karbohidrat pada anak usia dibawah lima tahun (Balita) sebesar 83,6 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 71,5% atau masih berada dibawah rerata nasional atau masih dalam kategori Defisit. Kondisi ini menunjukkan bahwa posisi konsumsi kecukupan Karbohidrat balita aceh berada pada posisi 2 terendah dari seluruh Indonesia setelah Provinsi Papua, seperti terlihat pada grafik berikut :



Grafik 3.30
Distribusi Rerata Konsumsi Karbohidrat Balita Menurut Propinsi

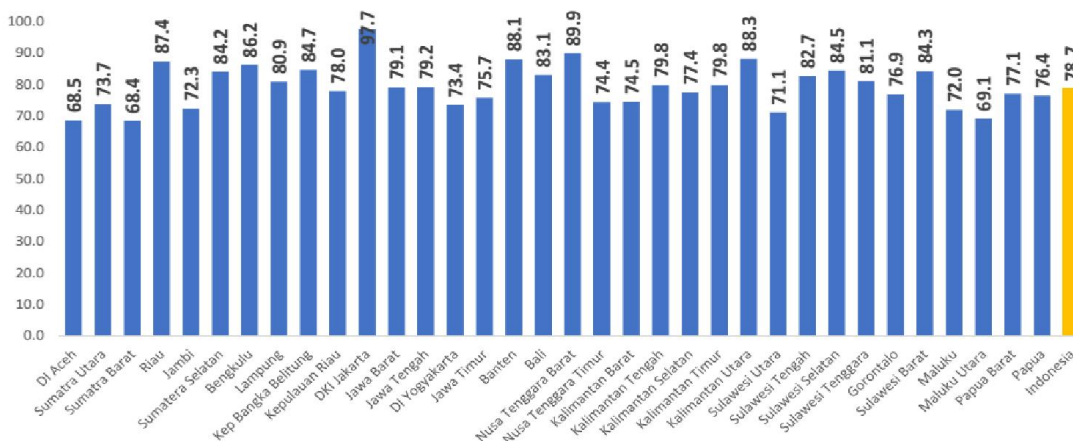
Sedangkan jika konsumsi Karbohidrat balita dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Karbohidrat, diperoleh bahwa konsumsi kecukupan Karbohidrat Aceh sebesar 57,8 % atau lebih dari setengah balita aceh mengalami konsumsi Karbohidrat yang sangat kurang (defisit) dan 25,1% dalam kategori defisit ringan, rincian perbandingan dengan nasional sebagai berikut.



Grafik 3.31
Distribusi Konsumsi Karbohidrat Balita Menurut Propinsi

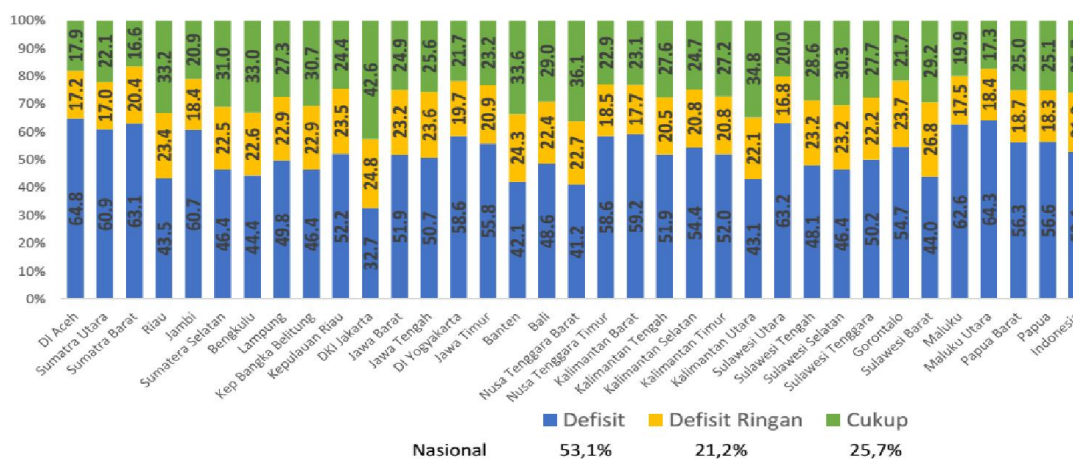
5. Konsumsi Natrium

Secara nasional rerata kecukupan konsumsi Natrium pada anak usia dibawah lima tahun (Balita) sebesar 78,7 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 68,5% atau masih berada dibawah rerata nasional atau masih dalam kategori Defisit. Kondisi ini menunjukkan bahwa posisi konsumsi kecukupan natrium balita aceh berada pada posisi 2 terendah dari seluruh Indonesia setelah Provinsi Sumatera Barat, seperti terlihat pada grafik berikut :



Grafik 3.32
Distribusi Rerata Konsumsi Natrium Balita Menurut Propinsi

Sedangkan jika konsumsi Natrium balita dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Natrium, diperoleh bahwa konsumsi kecukupan natrium Aceh sebesar 64,8 % atau lebih dari dua pertiga balita aceh mengalami konsumsi Natrium yang sangat kurang (defisit) dan 17,2% dalam kategori defisit ringan, rincian perbandingan dengan nasional sebagai berikut.



Grafik 3.32
Distribusi Konsumsi Natrium Balita Menurut Propinsi

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan indikator Berat Badan menurut Umur yang menggambarkan status gizi melalui massa jaringan terlihat bahwa terdapat 24,8% Balita di Aceh mengalami status gizi buruk dan kurang (underweight) atau terjadi penurunan sebesar 1,5% dari hasil PSG tahun 2016 . Adapun kabupaten/kota yang paling tinggi status gizi buruknya adalah Aceh Timur (9,4%) dan kota Subulussalam (9,0%), sedangkan yang paling kecil prevalensi gizi buruknya adalah Kota Langsa (2,3%) dan gayo Lues (2,5%). Sedangkan status gizi lebih yang terbanyak gizi lebihnya adalah Aceh Timur (2,0%)., Jika dilihat berdasarkan kelompok umur didapatkan hasil bahwa persentase underweight/berat badan kurang (gizi buruk dan gizi kurang) pada kelompok balita (24,8%) lebih tinggi dibandingkan kelompok anak usia dibawah dua tahun (baduta) sebesar 20,5%,
2. Berdasarkan indikator Tinggi Badan menurut Umur yang menggambarkan status gizi masa lampau (kronis) atau menilai pertumbuhan linier terlihat bahwa terdapat 35,7% Balita Aceh mengalami stunting atau Tinggi badan dalam kategori pendek dan Sangat pendek, Keadaan ini jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya terjadi peningkatan prevalensi stunting sebesar 8,9% atau mendekati prevalensi stunting hasil PSG tahun 2014. Adapun kabupaten/kota yang paling tinggi status gizi sangat pendeknya Kota Subulussalam (21,3%) dan Aceh Selatan (16,7%). sedangkan yang paling kecil prevalensi sangat pendeknya adalah kota Banda Aceh (7,4%) dan Kabupaten Nagan Raya (7,7%). Jika dilihat berdasarkan kelompok umur didapatkan hasil bahwa persentase stunting pada kelompok balita (35,7%) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok anak usia dibawah dua tahun (baduta) sebesar 23,9%
3. Berdasarkan indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan yang menggambarkan proporsional tubuh dan menggambarkan status gizi secara akut sebagai akibat keadaan yang tidak lama/singkat (wabah/kelaparan) dan berisiko berbagai penyakit degenerative saat dewasa serta merupakan target sasaran intervensi terlihat bahwa terdapat 12,7% Balita Aceh dalam status gizi Sangat Kurus dan kurus atau wasting atau terjadi penurunan sebesar 0,6% dari hasil PSG tahun 2016, Adapun kabupaten/kota yang paling tinggi status gizi sangat kurusnya adalah Bener meriah (6,0%) dan Aceh Tamiang (5,9%), sedangkan yang paling kecil prevalensi status gizi sangat kurus adalah kota Banda Aceh (1,9%) dan Kabupaten Aceh jaya (2,0%). Sedangkan status gizi Gemuk sebesar 3,6% dengan kab/kota yang terbanyak status gemuknya adalah Aceh Singkil (7,9%) dan kota sabang 6,5%. Jika dilihat berdasarkan kelompok umur didapatkan hasil bahwa persentase wasting (kurus) pada kelompok balita (12,8%) lebih rendah dibandingkan pada kelompok anak usia dibawah dua tahun (baduta) sebesar 17,1%,

4. Masalah gizi balita di Aceh antara tahun 2016 dengan tahun 2017 terlihat bahwa terjadi peningkatan prevalensi gizi kurang dan pendek serta sedikit penurunan masalah kurus dan gemuk, Dari table diatas terlihat bahwa untuk masalah balita kurus terjadi penurunan prevalensi secara bertahap, namun jika dibandingkan dengan rerata nasional prevalensi balita kurus Aceh (12.8%) hampir dua kali dari prevalensi Nasional (6,9%), peningkatan kasus terjadi di kabupaten Pidie Jaya, Untuk masalah underweight (buruk dan kurang)) terjadi peningkatan kasus yang cukup signifikan (8,1%) dan peningkatan kasus ini hamper terjadi di semua kabupaten/kota yang ada di aceh kecuali kota Langsa dan Nagan Raya. Untuk masalah stunting (pendek) terjadi peningkatan kasus yang sebesar 9,3 % dan berada jauh diatas rerata nasional, peningkatan kasus banyak terjadi di Aceh selatan, Aceh timur, pidie serta Subulussalam sehingga berada dalam kategori masalah berat. Sedangkan untuk masalah obesitas hamper semua kabupaten kotra berada dalam kategori tidak bermasalah masalah dan masalah ringan.
5. Untuk remaja berusia yang berumur 5 – 18 tahun terdapat 7,7% anak usia sekolah berada dalam status gizi kategori Sangat Kurus dan kurus, Sedangkan kategori Gemuk sebesar 29,7%, untuk orang dewasa terdapat prevalensi yang cukup besar pada kategori Lebih dan Obesitas sebesar 52,4%, dengan proporsi terbesar pada Obesitas (36,4%).
6. Kurang Energi Kronis pada ibu hamil didapatkan hasil 8,7% berisiko menderita Kurang Energi Kronis (KEK), Keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG tahun 2016 terjadi peningkatan sebesar 0,6%, terhadap Wanita Usia Subur didapatkan hasil 4,1% wanita usia subur di Aceh berisiko menderita KEK. Proporsi bayi baru lahir yang mendapatkan inisiasi menyusui dini (IMD) sebesar 63,9 %, jika dibandingkan dengan hasil PSG tahun 2016 terjadi penurunan yang merndapatkan IMD. Proporsi bayi yang mendapatkan ASI pada usia kurang dari 5 bulan sebesar 46,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (59%), terjadi penurunan, sebesar 2,5%.
7. Proporsi balita yang mendapatkan kapsul Vitamin A sebesar 97,2% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (93,5%), terjadi peningkatan, sebesar 6,7%. Proporsi balita yang mendapatkan buku KIA sebesar 88,8% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (88,1%), terjadi peningkatan, sebesar 0,7%. Proporsi balita yang melakukan penimbangan selama lebih dari 4 kali dalam 6 bulan terakhir sebesar 81,3%, jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (67,4%), terjadi peningkatan, sebesar 13,9%. Proporsi Balita dalam kategori kurus yang mendapatkan makanan tambahan sebesar 45,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (19,0%), terjadi peningkatan yang signifikan sebesar 26,5%. Proporsi Remaja putri usia 12 – 18 tahun yang mendapatkan TTD sebesar 17,5%, keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (24,7%), terjadi penurunan sebesar 7,2%. Proporsi ibu hamil yang mendapatkan TTD sebesar 85,2% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (94,4%), terjadi penurunan sebesar 9,2%. Proporsi ibu hamil yang mempunyai Risiko KEK yang mendapatkan Makanan Tambahan sebesar 30,7% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (84.5%), terjadi penurunan yang signifikan sebesar 53,8%. Proporsi Rumah tangga yang menggunakan garam beriodium di provinsi Aceh

sebesar 67.8% keadaan ini jika dibandingkan dengan hasil PSG 2016 (67.0%), terjadi penurunan sedikit sebesar 0.8%.

8. Secara nasional rerata kecukupan konsumsi energi pada anak balita sebesar 83,2%, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 72,4% atau posisi Aceh berada pada posisi terendah dari seluruh Indonesia, rerata kecukupan konsumsi Protein sebesar 107,3 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 105,3% atau posisi berada pada posisi 10 terendah dari seluruh Indonesia, rerata kecukupan konsumsi Lemak sebesar 80.2 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 71,9% atau berada pada posisi 10 terendah dari seluruh Indonesia, rerata kecukupan konsumsi karbohidrat nasional sebesar 83,6 %, sedangkan untuk provinsi Aceh sebesar 71,5% posisi konsumsi kecukupan Karbohidrat Aceh berada pada posisi 2 terendah dari seluruh Indonesia setelah Provinsi Papua, rerata kecukupan konsumsi Natrium nasional sebesar 78,7 %, sedangkan untuk Aceh sebesar 68,5% Kondisi ini menunjukkan bahwa posisi konsumsi kecukupan natrium balita Aceh berada pada posisi 2 terendah dari seluruh Indonesia setelah Provinsi Sumatera Barat,

B. Rekomendasi

1. Para Pengambil Kebijakan dan Pengelola Program dari Hasil Survei Pemantauan Status Gizi Ini dapat dijadikan sebagai alat monitoring dan evaluasi kegiatan program yang telah berjalan, serta dijadikan bahan dalam Perumusan kebijakan program perbaikan gizi pada masa yang akan datang.
2. Perlunya dirancang pola baru penanggulangan masalah gizi berdasarkan analisis komposit status gizi balita dengan dilakukan Pendampingan Keluarga Bermasalah Gizi (Pendek dan Kurus) dengan melakukan kerjasama dengan pendidikan Tinggi Kesehatan / Gizi untuk kegiatan Pendampingan keluarga Bermasalah Gizi (Pendek, kurus, obesitas, KEK).
3. Perlunya Pihak Pengelola program memperhatikan Kegiatan Unggulan Program Gizi 2018-2023, maka kegiatan program gizi akan diprioritaskan pada kegiatan sebagai berikut:
 - a. Perbaikan Gizi Remaja Putri melalui Pemberian TTD dan Kampanye Gizi Seimbang.
 - b. Pemberian PMT-AS disertai Promosi Gizi Seimbang dan Pendidikan PHBS
 - c. Perbaikan Gizi Ibu Hamil melalui Suplementasi besi folat, PMT Ibu Hamil KEK, dan Penanggulangan Kecacingan serta Suplemen Kalsium
 - d. Perbaikan Gizi Ibu Menyusui melalui Promosi Menyusui/ASI Eksklusif dan Konseling Menyusui.
 - e. Perbaikan Gizi Bayi dan Balita melalui Pengendalian Pemantauan Pertumbuhan, Suplemen vitamin A, Konsumsi Garam Iodium, PMT/MPASI, Suplementasi TABURIA dan Zink untuk Manajemen Diare serta Pemberian Obat Cacing

- f. Perbaiki Gizi Usia Sekolah melalui Penjaringan, BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah), UKS (Upaya Kesehatan Sekolah) dan PMT-AS serta Promosi MJAS di sekolah
 - g. Perbaiki Gizi Remaja dan Usia Produktif melalui Kesehatan Reproduksi Remaja, Konseling Gizi dan Suplementasi Fe
 - h. Perbaiki Gizi Lansia melalui Konseling Gizi dan Pelayanan Gizi Lansia
 - i. Perbaiki Gizi pada 1000 HPK melalui: PMT Ibu Hamil KEK, Pemberian TTD untuk Ibu Hamil, Promosi dan Konseling IMD, Promosi dan Konseling ASI Eksklusif, Pemantauan Pertumbuhan, Pemberian Makanan Bayi dan Anak, Tata Laksana Gizi Buruk, Pemberian Vitamin A, Pemberian TABURIA
4. Perlunya dilakukan penyusunan program perbaikan gizi yang sesuai dengan permasalahan spesifik gizi yang terdapat di kabupaten/kota yang bersangkutan seperti untuk kab/kota yang memiliki prevalensi gizi buruknya tinggi menggunakan program (a). Penanganan balita gizi buruk dengan melaksanakan tatalaksana gizi buruk dan pemberian PMT (b). Pemberian Suplementasi mikronutrien dan fortifikasi (c). Peningkatan Pola Hidup Bersih dan Sehat. Sedangkan untuk daerah yang memiliki status gizi buruknya relative sedikit dapat menggunakan Program yang lebih bersifat sensitive dengan melakukan penekanan yang lebih besar pada komitmen dari berbagai pemangku kepentingan.
 5. Adapun alternatif program yang dapat dipilih secara umum untuk provinsi Aceh adalah:
 - a. Gerakan Bangkit Kembali Posyandu (GERBANG Posyandu) yang Menjangkau mulai dari kelompok sasaran ibu hamil sampai pada anak usia lima tahun dgn pelibatan TOMA & PKK
 - b. Penelitian/Kajian Faktor Determinan Gizi untuk mencari faktor penyebab secara Spesifik dan penentuan program .
 - c. Perlunya disediakan tenaga PTT Gizi yang ditempatkan di tiap kecamatan yang bertugas melakukan pembinaan secara rutin dan berkesinambungan dengan menggunakan metode pengembangan pemberdayaan masyarakat
 - d. Pengadaan Peralatan pengukuran Status Gizi di PAUD dan SD
 - e. Pembuatan Buku Panduan Balita Berkualitas dan Buku Anak Cerdas dan Sehat
 - f. Pembuatan Leaflet dan Poster Balita Berkualitas, dan Anak Cerdas dan Sehat
 - g. Pembuatan KMS WHO-2005 versi Aceh
 - h. Lomba Posyandu Berkualitas mulai dari tingkat Desa s.d. Provinsi.
 - i. Pembentukan Tim Lintas Sektor Gizi Tingkat Prov sampai dengan Kecamatan.
 - j. Pemberian Makanan Tambahan & Pemberian Obat Cacing di PAUD
 - k. Pembuatan Buku Kesehatan Anak Sekolah dan Pemantauan gizi di UKS dan Dokter Kecil
 - l. Lomba Lomba Anak Sekolah Sehat dan Pintar
 6. Perlunya dilakukan kajian ulang dengan mengintegrasikan program Gizi dengan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta Promosi Kesehatan agar intervensi gizi secara

spesifik (yang dilakukan oleh aparaturnya kesehatan) dapat berjalan dengan baik dan terorganisir sehingga cakupan program dapat dilakukan dengan cepat dan akurat.

7. Perlunya dilakukan perbaikan terhadap instrument survai Pemantauan Status Gizi, baik dari segi penyediaan dan penyeragaman alat ukur (kuesioner, alat pengukur status gizi) serta teknis pelaksanaannya survainya (pengumpulan, pengolahan, manajemen data, analisis data dan pembuatan pelaporan) dengan memperhatikan kebutuhan laporan untuk pusat, propinsi dan kabupaten/kota.
8. Perlu dilakukannya penyeragaman konsep penanganan masalah gizi oleh program gizi dengan program gerakan 1000 hari pertama kehidupan dengan menerapkan berbagai program program intervensi spesifik gizi (penanganan gizi ibu hamil, program gizi ibu menyusui dan program usia balita) dan program intervensi gizi secara sensitive dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, sehingga jelas program yang dilakukan (Penerapan Gizi Seimbang) dan jelas pula program monitoring dan evaluasinya (survai PSG).
9. Perlunya kerjasama yang tegas dalam bentuk perjanjian kerjasama (MoU) antara pelaksana program Gizi dengan Akademisi (pelaksana PSG) secara berkelanjutan, sehingga penyiapan segala sumber daya yang ada pada masing-masing pihak dapat dilakukan dengan baik, tertata dan memiliki indikator kinerja yang jelas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Alfridsyah Bagindo, Pengukuran dan Penilaian Status Gizi , Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, Banda aceh 2013.
2. Alfridsyah Bagindo, Aplikasi Statistik dalam Penelitian Kesehatan, Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, Banda Aceh, 2014.
3. Alfridsyah Bagindo , Proses Asuhan Gizi di Puskesmas, Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, Banda Aceh, 2018.
4. Alfridsyah Bagindo, Pengukuran dan Penilaian Status Gizi , Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, 2014.
5. Dinas Kesehatan Aceh dan Jurusan Gizi Poltekkes kemenkes Aceh, Laporan Survai Pemantauan Status Gizi Tahun 2014, Banda Aceh, 2014.
6. Dinas Kesehatan Aceh dan Jurusan Gizi Poltekkes kemenkes Aceh, Laporan Survai Pemantauan Status Gizi Tahun 2015, Banda Aceh, 2015.
7. Gibson, Rosalind, Principles Of Nutritional Assessment,Oxford University, New York, 1990
8. Kementrian Kesehatan RI, Pedoman Pelaksanaan Survai Pemantauan Status Gizi Tahun 2017, Kemenkes RI, Jakarta , 2017
9. Kemeterian Kesehatan RI, Riset Kesehatan dasar Provinsi Aceh Tahun 2013, Rikesdas dalam Angka, Balitbangkes Kemenkes RI, Jakarta 2013.
10. Kementrian kesehatan RI, Buku saku pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi tahun 2015, Kemenkes, Jakarta , 2016
11. Kementrian kesehatan RI, Buku saku pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi tahun 2016, Kemenkes, Jakarta , 2017.
12. Kementrian kesehatan RI, Buku saku pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi tahun 2017, Kemenkes, Jakarta , 2018