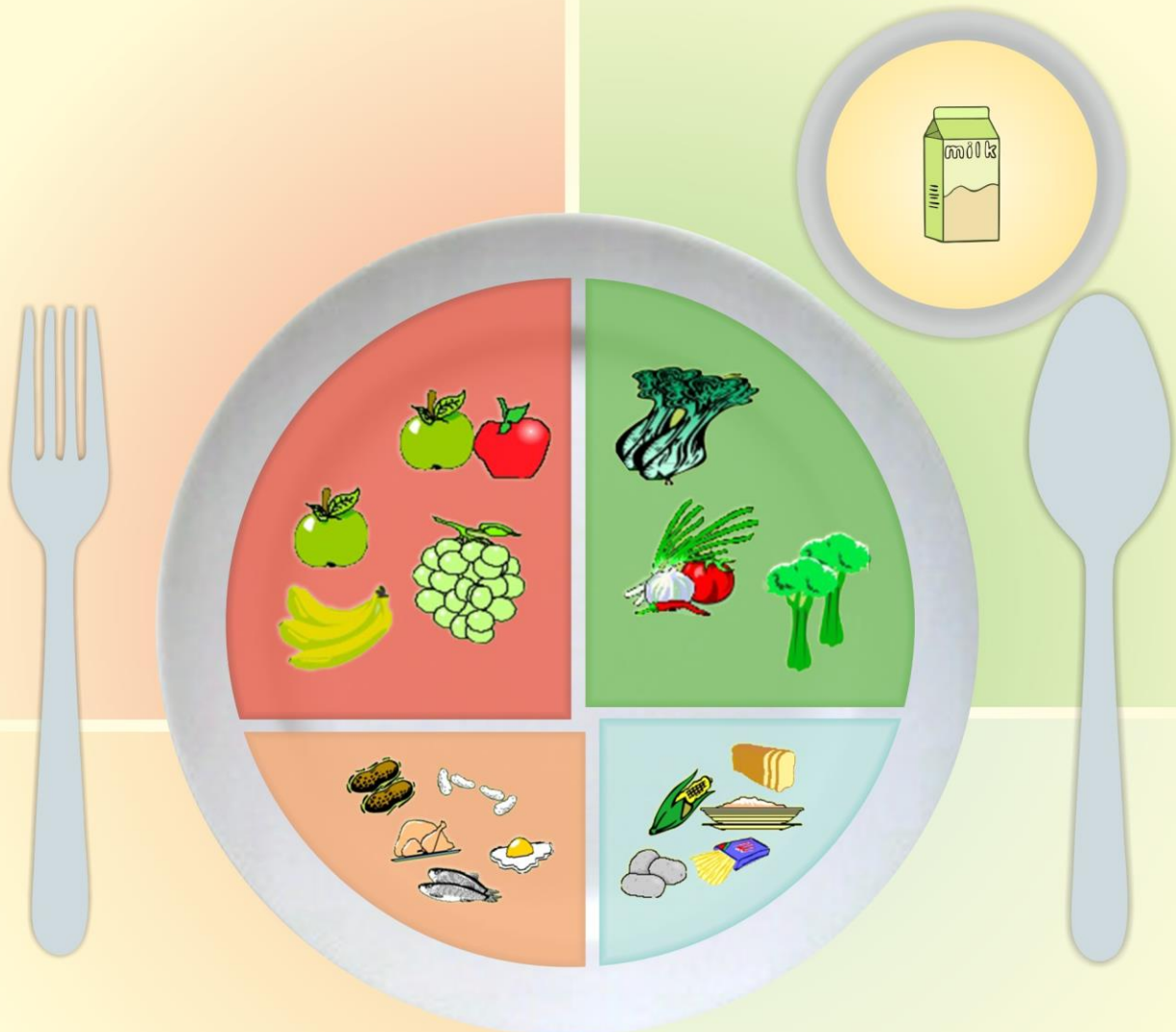


# InfoDATIN

PUSAT DATA DAN INFORMASI KEMENTERIAN KESEHATAN RI



SITUASI  
DAN  
ANALISIS

## GIZI

*Bersama Membangun Gizi  
Menuju Bangsa Sehat Berprestasi*

25 Januari - Hari Gizi Nasional

Upaya perbaikan gizi masyarakat bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi serta kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi. Gizi yang baik merupakan landasan kesehatan, gizi mempengaruhi kekebalan tubuh, kerentanan terhadap penyakit, serta pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental. Gizi yang baik akan menurunkan kesakitan, kecacatan dan kematian sehingga meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Sejak tahun 1960, tanggal 25 Januari yang merupakan tanggal berdirinya Sekolah Djuru Penerang Makanan (25 Januari 1951), diperingati sebagai Hari Gizi Nasional. Tahun 2015 merupakan Hari Gizi Nasional ke-55 dan mengambil tema “Bersama Membangun Gizi Menuju Bangsa Sehat Berprestasi”.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Bidang Kesehatan 2010-2014 telah ditetapkan salah satu sasaran pembangunan yang akan dicapai adalah menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tingginya 15% dan menurunkan prevalensi balita pendek menjadi setinggi-tingginya 32%. Untuk mencapai sasaran RPJMN tersebut, dalam Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat telah ditetapkan 8 indikator kinerja, yaitu: (1) balita ditimbang berat badannya; (2) balita gizi buruk mendapat perawatan; (3) balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A; (4) bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif; (5) ibu hamil mendapat 90 tablet Fe; (6) rumah tangga mengonsumsi garam beriodium; (7) kabupaten/kota melaksanakan surveilans gizi; dan (8) penyediaan stok cadangan (*buffer stock*) Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk daerah bencana. Persentase anak dengan malnutrisi merupakan salah satu indikator MDGs dalam mencapai target dalam goal pertama. Sedangkan persentase balita ditimbang berat badannya merupakan indikator Renstra Kementerian Kesehatan 2010-2014.

### Balita Gizi Buruk dan Kurang

Gambaran kondisi gizi buruk dan gizi kurang pada balita di Indonesia menurut berat badan per umur (BB/U) dapat dilihat dari hasil Riskesdas sebagai berikut.

Gambar 1. Persentase Gizi Buruk dan Gizi Kurang Menurut BB/U di Indonesia



Sumber: Riskesdas 2007, 2010 dan 2013

Jumlah balita gizi buruk dan kurang menurut hasil Riskesdas 2013 masih sebesar 19,6% (bandingkan dengan target RPJMN sebesar 15% pada tahun 2014) dan terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2010.

Jumlah kasus balita gizi kurang dan gizi buruk dilaporkan secara rutin melalui aplikasi Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi. Jika dibandingkan antara data hasil Riskesdas dan laporan rutin sebagai berikut.

Tabel 1. Perkiraan Selisih Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang Berdasarkan Data Riskesdas dan Laporan Rutin Tahun 2013

No	Provinsi	Estimasi Jumlah Balita	Riskesdas 2013		Jumlah Gizi Buruk dan Kurang dalam Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi Tahun 2013	Perkiraan Selisih
			% Gizi Buruk dan Kurang	Perkiraan Jumlah		
1	Aceh	512.904	26,3	134.894	1.696	133.198
2	Sumatera Utara	1.496.456	22,4	335.206	3.558	331.648
3	Sumatera Barat	522.942	21,2	110.864	217	110.647
4	Riau	716.467	22,5	161.205	296	160.909
5	Jambi	346.636	19,7	68.287	352	67.935
6	Sumatera Selatan	808.777	18,3	148.006	395	147.611



Tabel 1. (Lanjutan)

No	Provinsi	Estimasi Jumlah Balita	Risksdas 2013		Jumlah Gizi Buruk dan Kurang dalam Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi Tahun 2013	Perkiraan Selisih
			% Gizi Buruk dan Kurang	Perkiraan Jumlah		
7	Bengkulu	184.427	18,7	34.488	323	34.165
8	Lampung	765.314	18,8	143.879	1.415	142.464
9	Bangka Belitung	140.021	15,1	21.143	82	21.061
10	Kepulauan Riau	232.035	15,6	36.197	369	35.828
11	DKI Jakarta	863.999	14,0	120.960	592	120.368
12	Jawa Barat	4.356.221	15,7	683.927	9.596	674.331
13	Jawa Tengah	2.736.543	17,6	481.632	10.662	470.970
14	DI Yogyakarta	264.856	16,2	42.907	1.141	41.766
15	Jawa Timur	2.985.934	19,1	570.313	40.658	529.655
16	Banten	1.138.313	17,2	195.790	1.172	194.618
17	Bali	356.098	13,2	47.005	308	46.697
18	Nusa Tenggara Barat	491.408	25,7	126.292	655	125.637
19	Nusa Tenggara Timur	631.966	33,0	208.549	2.870	205.679
20	Kalimantan Barat	463.944	26,5	122.945	415	122.530
21	Kalimantan Tengah	245.088	23,3	57.106	441	56.665
22	Kalimantan Selatan	377.411	27,4	103.411	685	102.726
23	Kalimantan Timur	437.067	16,6	72.553	875	71.678
24	Sulawesi Utara	209.604	16,5	34.585	144	34.441
25	Sulawesi Tengah	306.224	24,1	73.800	259	73.541
26	Sulawesi Selatan	817.509	25,6	209.282	2.765	206.517
27	Sulawesi Tenggara	285.142	23,9	68.149	458	67.691
28	Gorontalo	113.875	26,1	29.721	217	29.504
29	Sulawesi Barat	149.141	29,1	43.400	89	43.311
30	Maluku	203.366	28,3	57.553	1.088	56.465
31	Maluku Utara	136.880	24,9	34.083	582	33.501
32	Papua Barat	104.390	30,9	32.257	190	32.067
33	Papua	366.119	21,8	79.814	11.548	68.266
	Indonesia	23.708.844	19,6	4.646.933	96.113	4.550.820

Sumber: *Risksdas 2013*  
*Laporan Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi Tahun 2013*  
*Diolah oleh Pusdatin Kementerian Kesehatan*

Dari data di atas diperkirakan masih ada 4,5 juta balita dengan gizi buruk dan gizi kurang yang belum terdeteksi. Untuk menjangkau balita dengan gizi buruk dan gizi kurang dapat dilakukan melalui kegiatan penimbangan rutin di posyandu. Data jumlah balita yang ditimbang dalam laporan Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi Tahun 2013 adalah sebagai berikut.

Tabel 2. Perkiraan Selisih Balita Ditimbang  
 Berdasarkan Data Komunikasi Data GIZI KIA Terintegrasi Tahun 2013

No	Provinsi	Estimasi Jumlah Balita	Jumlah balita ditimbang	Perkiraan Selisih
1	Aceh	512.904	262.283	250.621
2	Sumatera Utara	1.496.456	946.542	549.914
3	Sumatera Barat	522.942	315.557	207.385
4	Riau	716.467	102.069	614.398
5	Jambi	346.636	213.065	133.571
6	Sumatera Selatan	808.777	544.622	264.155
7	Bengkulu	184.427	116.657	67.770
8	Lampung	765.314	460.084	305.230
9	Bangka Belitung	140.021	88.435	51.586
10	Kepulauan Riau	232.035	60.833	171.202
11	DKI Jakarta	863.999	179.887	684.112
12	Jawa Barat	4.356.221	1.824.652	2.531.569
13	Jawa Tengah	2.736.543	1.018.953	1.717.590
14	DI Yogyakarta	264.856	166.851	98.005
15	Jawa Timur	2.985.934	1.588.030	1.397.904
16	Banten	1.138.313	605.782	532.531
17	Bali	356.098	177.069	179.029
18	Nusa Tenggara Barat	491.408	379.714	111.694
19	Nusa Tenggara Timur	631.966	85.677	546.289
20	Kalimantan Barat	463.944	119.997	343.947
21	Kalimantan Tengah	245.088	98.684	146.404

Tabel 2. (Lanjutan)

No	Provinsi	Estimasi Jumlah Balita	Jumlah balita ditimbang	Perkiraan Selisih
22	Kalimantan Selatan	377.411	187.026	190.385
23	Kalimantan Timur	437.067	166.611	270.456
24	Sulawesi Utara	209.604	82.831	126.773
25	Sulawesi Tengah	306.224	117.978	188.246
26	Sulawesi Selatan	817.509	501.193	316.316
27	Sulawesi Tenggara	285.142	124.277	160.865
28	Gorontalo	113.875	79.608	34.267
29	Sulawesi Barat	149.141	80.645	68.496
30	Maluku	203.366	89.067	114.299
31	Maluku Utara	136.880	35.022	101.858
32	Papua Barat	104.390	10.600	93.790
33	Papua	366.119	61.161	304.958
	<b>Indonesia</b>	<b>23.708.844</b>	<b>10.891.462</b>	<b>12.817.382</b>

Sumber : Estimasi Jumlah Balita: Pusdatin Kementerian Kesehatan  
 Jumlah Balita Ditimbang: Laporan Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi Tahun 2013  
 Diolah oleh Pusdatin Kementerian Kesehatan

Melihat banyaknya balita yang tidak ditimbang, yaitu sekitar 12 juta, ada kemungkinan balita yang tidak terdeteksi mengalami gizi buruk atau gizi kurang "tersembunyi" di antara balita yang tidak ditimbang tersebut. Penimbangan rutin balita di posyandu diharapkan dilaksanakan oleh masyarakat melalui kader kesehatan dengan pembinaan dari puskesmas. Untuk itu dilakukan analisis hubungan antara persentase gizi buruk dan gizi kurang, penimbangan balita, rasio kader per desa dan rasio bidan per puskesmas.

Gambar 2. Persentase Gizi Buruk dan Gizi Kurang, Penimbangan Balita dan Rasio Bidan per Puskesmas di Indonesia



Sumber : Persentase Gizi Buruk dan Kurang: Riskesdas  
 D/S: Laporan Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi  
 Bidan/Puskesmas: Data Dasar Puskesmas

Hubungan antara penimbangan balita yaitu persentase D/S (balita ditimbang/semua balita) dengan persentase gizi buruk dan kurang adalah sebagai berikut.

Tabel 3. Hasil Analisis Regresi Linier antara D/S dengan Gizi Buruk dan Gizi Kurang

	B	Standar error	Sig.
Balita ditimbang	0.40	0.023	0.003

Sumber : Persentase Gizi Buruk dan Kurang: Riskesdas  
 D/S: Laporan Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi  
 Diolah oleh Pusdatin Kementerian Kesehatan

Hasil analisis menunjukkan korelasi kedua variabel signifikan dengan nilai  $p = 0,003$ . Koefisien regresi  $B = 0,400$ , sehingga model regresinya menjadi: gizi buruk dan kurang =  $0,400$  D/S. Hal ini menunjukkan setiap kenaikan 10% cakupan D/S, maka akan ditemukan kenaikan gizi buruk dan kurang = 4%. Jadi bila dikehadaki 100% penimbangan balita (D/S), maka diperkirakan akan ditemukan balita gizi buruk dan kurang sebanyak 40% (*Active Case Finding*) yg perlu segera ditangani perawatannya.

Hubungan antara rasio bidan per puskesmas dengan D/S adalah sebagai berikut.



Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Linier Antara Rasio Bidan per Puskesmas dengan Balita Ditimbang

	B	Standar error	Sig.
Rasio bidan per puskesmas	5.079	0.635	0.016

Sumber : *Persentase Gizi Buruk dan Kurang: Riskesdas Bidan/Puskesmas: Data Dasar Puskesmas Diolah oleh Pusdatin Kementerian Kesehatan*

Hasil analisis menunjukkan korelasi kedua variabel signifikan dengan  $p = 0.016$ . Koefisien regresi  $B = 5,079$ , sehingga model regresinya menjadi:  $D/S = 5,079$  bidan/puskesmas. Hal ini menunjukkan setiap tambahan 1 bidan / puskesmas, maka akan diperoleh kenaikan  $D/S = 5,08\%$ . Jadi bila dikehendaki 100% penimbangan balita ( $D/S$ ), maka diperkirakan akan dibutuhkan bidan per puskesmas sebanyak rata-rata 19–20 orang bidan dengan catatan tanpa melibatkan kader.

Hubungan antara rasio kader per desa dengan  $D/S$  adalah sebagai berikut.

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi Linier Antara Rasio Kader per Desa dengan Balita Ditimbang

	B	Standar error	Sig.
Rasio kader per desa	14.020	8.903	0.256

Sumber : *Rasio kader per desa: Data Dasar Puskesmas D/S: Laporan Komunikasi Data Gizi dan KIA Terintegrasi Diolah oleh Pusdatin Kementerian Kesehatan*

Hasil analisis menunjukkan bahwa pengaruh rasio kader per desa tidak signifikan terhadap penimbangan balita ( $D/S$ ).

Dari beberapa analisis di atas dapat disimpulkan bahwa penimbangan balita masih sangat tergantung dengan bidan yang semestinya kader posyandu yang sangat berperan. Jika tidak melibatkan kader dan diinginkan agar seluruh balita ditimbang, maka diperkirakan membutuhkan rata-rata 19-20 bidan per puskesmas. Oleh karena itu perlu strategi “mengeser” ketergantungan penimbangan balita dari bidan ke kader kesehatan.

### Balita Pendek

*Childhood stunting* atau tubuh pendek pada masa anak merupakan akibat kekurangan gizi kronis atau kegagalan pertumbuhan di masa lalu dan digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak. *Childhood stunting* berkorelasi dengan gangguan perkembangan neurokognitif dan risiko menderita penyakit tidak menular di masa depan.

Gambaran proporsi balita pendek dan sangat pendek di Indonesia dapat dilihat dari hasil Riskesdas sebagai berikut.

Gambar 3. Persentase Balita Pendek dan Sangat Pendek di Indonesia Hasil Riskesdas 2007, 2010 dan 2013



Sumber: Riskesdas 2007, 2010 dan 2013

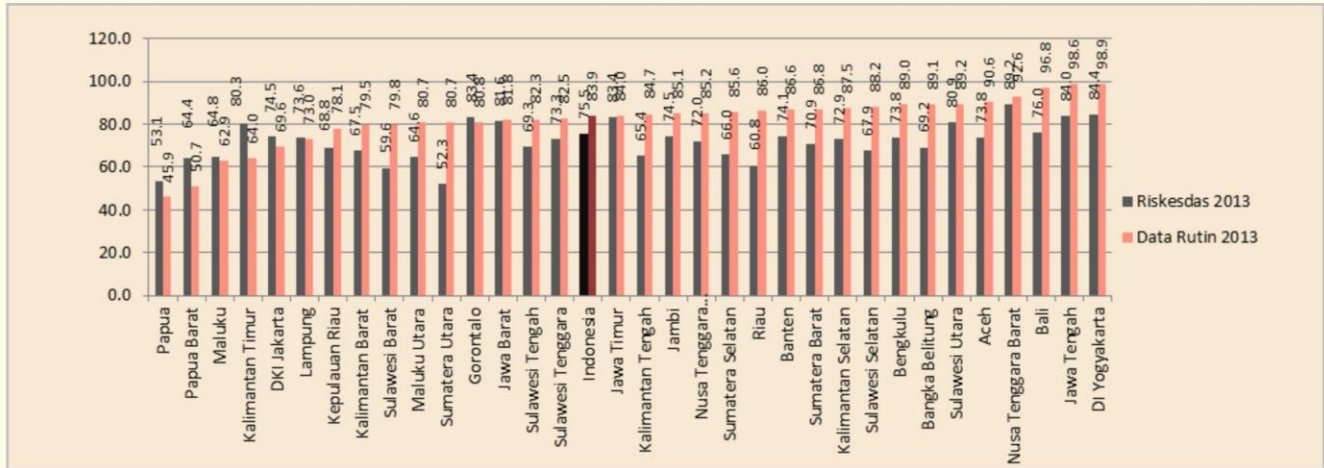
Persentase balita sangat pendek dan pendek di Indonesia masih tinggi yaitu 37,3% dan tidak terjadi penurunan dibandingkan tahun 2007 dan 2010. Jika jumlah balita adalah 23.708.844 maka dapat diperkirakan terdapat lebih dari 4 juta balita sangat pendek di Indonesia.

Terjadinya tubuh pendek merupakan suatu proses kumulatif yang dapat terjadi sejak masa kehamilan, masa bayi, kanak-kanak dan sepanjang siklus kehidupan. Faktor gizi ibu sebelum dan selama kehamilan, asupan gizi, dan infeksi berulang yang dialami merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya tubuh pendek.

## Balita 6-59 Bulan Mendapat Kapsul Vitamin A

Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan gangguan penglihatan dan peningkatan risiko kesakitan dan kematian akibat infeksi seperti campak dan diare. Kebutuhan vitamin A pada bayi dan anak-anak meningkat dalam masa pertumbuhan dan membantu melawan infeksi. Penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa pemberian suplementasi kapsul vitamin A dua kali setahun pada balita merupakan salah satu intervensi kesehatan yang berdaya ungkit tinggi bagi pencegahan kekurangan vitamin A dan kebutaan serta penurunan kejadian kesakitan dan kematian pada balita.

Gambar 4. Cakupan Balita 6-59 Bulan Mendapat Kapsul Vitamin A Menurut Provinsi Tahun 2013



Sumber : Riskesdas 2013  
Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan

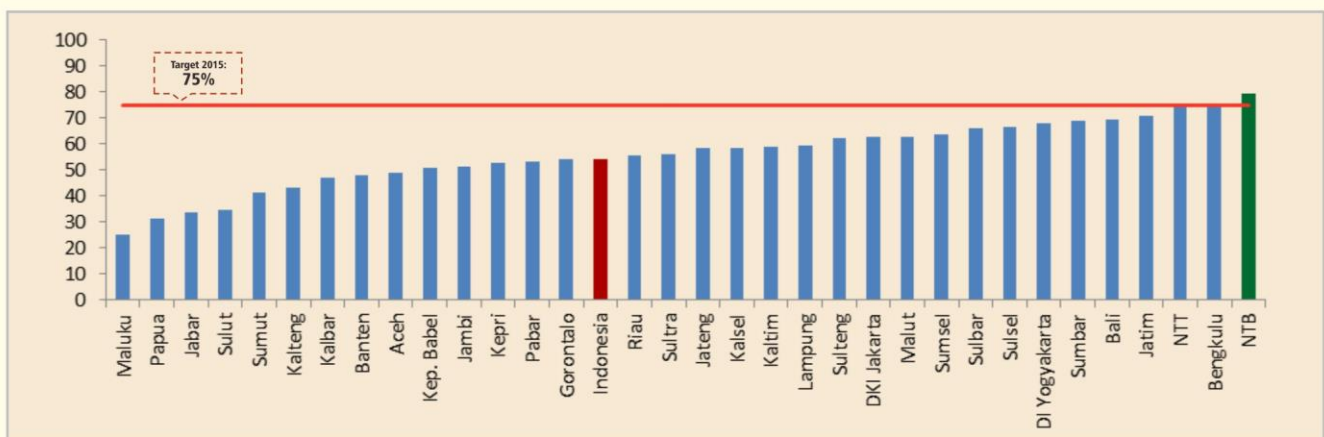
Cakupan balita 6-59 bulan mendapatkan vitamin A pada tahun 2013 menurut hasil Riskesdas adalah sebesar 75,5% sedikit lebih rendah dibandingkan pengumpulan data rutin yaitu 83,9%. Target cakupan yang diharapkan adalah 83% pada tahun 2013 dan 85% pada tahun 2014. Dengan demikian jika berdasarkan data rutin, dapat dikatakan telah sesuai target, namun jika melihat data Riskesdas, masih dibutuhkan usaha yang lebih besar untuk dapat mencapai target. Provinsi dengan cakupan terendah menurut data rutin adalah Papua, Papua Barat dan Maluku sedangkan menurut Riskesdas adalah Sumatera Utara, Papua dan Sulawesi Barat, Provinsi Papua Barat dan Maluku juga masih merupakan 10 provinsi dengan cakupan terendah menurut Riskesdas.

## Bayi Usia 0-6 Bulan Mendapat ASI Eksklusif

Dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian anak, *United Nation Childrens Fund (UNICEF)* dan *World Health Organization (WHO)* merekomendasikan sebaiknya anak hanya disusui air susu ibu (ASI) selama paling sedikit enam bulan. Makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan sampai anak berumur dua tahun (WHO, 2005). ASI eksklusif dianjurkan pada beberapa bulan pertama kehidupan karena ASI mengandung gizi yang diperlukan dan paling sesuai untuk bayi/anak dan kebersihan ASI lebih terjamin dibandingkan makanan lain.

Berdasarkan data Laporan Rutin Direktorat Jenderal Bina Gizi-KIA Kementerian Kesehatan, sebaran cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan sebesar 54,3%, seperti terlihat pada gambar berikut.

Gambar 5. Cakupan Pemberian ASI Eksklusif 0-6 Bulan Menurut Provinsi Tahun 2013



Sumber: Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan



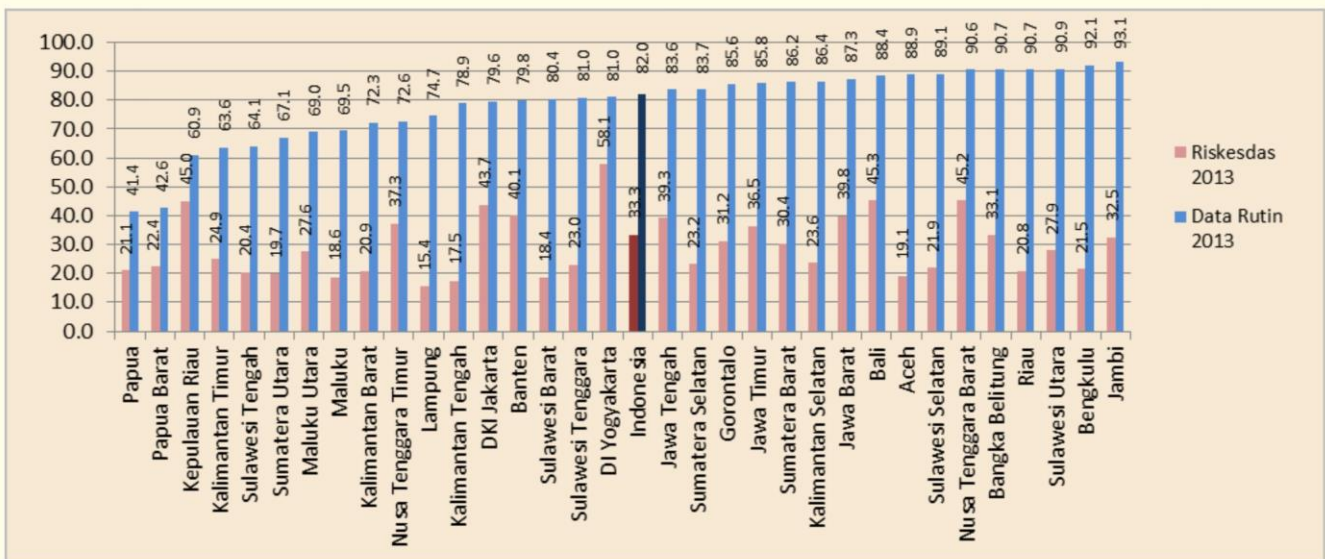
Pada Gambar 5, terlihat bahwa terdapat 19 provinsi yang mempunyai persentase ASI eksklusif di atas angka nasional (54,3%), dimana persentase tertinggi terdapat pada Provinsi Nusa Tenggara Barat (79,7%) dan terendah pada Provinsi Maluku (25,2%). Perlu dilakukan upaya agar provinsi yang masih di bawah angka nasional agar dapat meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Pemberian ASI eksklusif untuk bayi yang berusia <6 bulan secara global dilaporkan kurang dari 40%. Dengan demikian angka nasional ASI eksklusif Indonesia masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka global. Namun jika secara absolut dilakukan konversi terhadap estimasi jumlah populasi sasaran bayi 0-6 bulan sebesar 2.483.485 maka terdapat bayi 0-6 bulan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif sebanyak 1.134.952.

### Ibu Hamil Mendapat 90 Tablet Fe

Diperkirakan 41,8% ibu hamil di seluruh dunia mengalami anemia. Paling tidak setengahnya disebabkan kekurangan zat besi. Ibu hamil dinyatakan anemia jika hemoglobin kurang dari 11mg/L. Anemia pada ibu hamil dihubungkan dengan meningkatnya kelahiran prematur, kematian ibu dan anak dan penyakit infeksi. Anemia defisiensi besi pada ibu dapat mempengaruhi pertumbuhan dan berkembang janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya.

Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi paling sedikit 90 pil zat besi selama kehamilannya. Pada Riskesdas 2013 menanyakan apakah mengonsumsi zat besi selama hamil dan berapa hari mengonsumsi zat besi selama hamil. Zat besi yang dimaksud adalah semua konsumsi zat besi selama masa kehamilannya termasuk yang dijual bebas maupun multivitamin yang mengandung zat besi. Pencatatan rutin program gizi dan KIA juga mencatat ibu hamil yang mendapatkan 90 tablet Fe atau tablet besi. Cakupan/proporsinya menurut provinsi adalah sebagai berikut.

Gambar 6. Cakupan Ibu Hamil Mendapat/Mengonsumsi 90 Tablet Fe Menurut Provinsi Tahun 2013



Sumber : Riskesdas 2013  
Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan

Terdapat perbedaan yang besar antara cakupan/proporsi data rutin dan data Riskesdas yang dapat disebabkan antara lain adanya 21,4% responden Riskesdas yang menyatakan lupa, sedangkan data rutin berasal dari pencatatan ibu hamil yang mendapatkan tablet besi, apakah benar-benar dikonsumsi atau tidak belum tentu diklarifikasi. Target cakupan tahun 2013 adalah sebesar 93% dan pada tahun 2014 sebesar 95%. Karena itu cakupan ibu hamil mendapatkan 90 tablet Fe masih belum mencapai target.

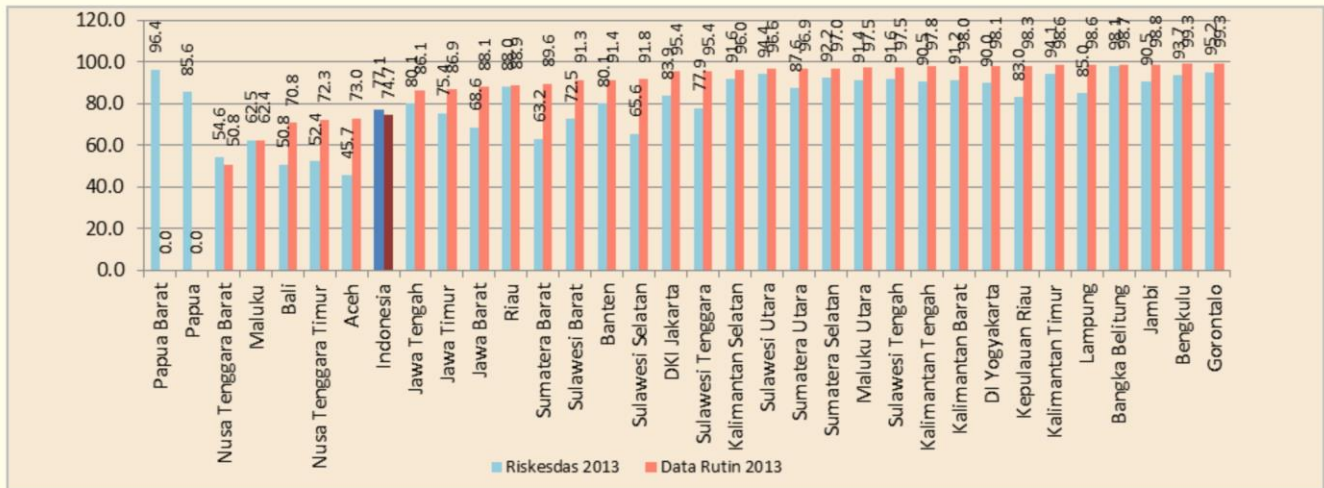
### Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Beriodium

Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI) yang mulai terjadi sebelum kelahiran dapat membahayakan kesehatan mental anak dan bahkan mengancam kelangsungan hidupnya. Kekurangan iodium yang serius selama kehamilan dapat menyebabkan lahir mati, abortus spontan dan kelainan kongenital seperti kretin. Namun yang lebih sering terjadi adalah GAKI yang kurang terlihat yaitu penurunan kapasitas intelektual.

Pemantauan GAKI dilakukan melalui Ekskresi Iodium dalam Urine (EIU) sebagai refleksi asupan Iodium antara lain dari konsumsi garam beriodium di rumah tangga. Masalah GAKI di masyarakat dikatakan sudah terkendali jika proporsi penduduk dengan EIU < 100 µg/L dibawah 20% dan cakupan garam beriodium 90% diikuti dengan tercapainya indikator manajemen. Hasil Riskesdas 2007 mendapatkan bahwa proporsi EIU < 100 µg/L sebesar 12,9%, hasil *South East Asian Nutrition Surveys (SEANUTS)* 2011 sebesar 11,5% dan hasil Riskesdas 2013 sebesar 14,9%. Jadi secara nasional proporsi EIU < 100 µg/L telah berada di bawah 20%. Sedangkan proporsi rumah tangga dengan konsumsi garam beriodium adalah sebagai berikut.



Gambar 7. Cakupan Rumah Tangga dengan Konsumsi Garam Beriodium Menurut Provinsi Tahun 2013



Sumber : Riskesdas 2013  
Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan

Target proporsi rumah tangga yang mengonsumsi garam beriodium pada tahun 2013 adalah sebesar 85% sedangkan pada tahun 2014 ditargetkan sebesar 90%. Secara nasional, target 2013 belum tercapai namun demikian terdapat 26 provinsi yang telah mencapai 85% dengan 21 provinsi di antaranya telah mencapai 90% dan 7 provinsi di bawah 85%, menurut data rutin yang dikumpulkan. Sedangkan menurut hasil Riskesdas 2013, terdapat 18 provinsi yang telah mencapai 85% dengan 14 provinsi di antaranya telah mencapai 90% dan 15 provinsi di bawah 85%.

### Proporsi Risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK)/Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5cm pada Ibu Hamil

Kondisi bayi dalam kandungan seorang ibu sangat dipengaruhi keadaan gizi ibu sebelum dan selama mengandung. Wanita hamil berisiko mengalami KEK jika memiliki LILA <23,5cm. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). BBLR akan membawa risiko kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. KEK juga dapat menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu.

Gambar 8. Proporsi Ibu Hamil dengan LILA <23,5cm Menurut Provinsi Tahun 2013



Sumber : Riskesdas 2013

Hasil Riskesdas 2013 mendapatkan proporsi ibu hamil umur 15-49 tahun dengan LILA <23,5cm atau berisiko KEK di Indonesia sebesar 24,2 persen. Proporsi terendah di Bali (10,1%) dan tertinggi di Nusa Tenggara Timur (45,5%).