
**HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI
PADA ANAK USIA 0-24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SINGOTRUNAN BANYUWANGI**

Titis Sriyanti¹⁾, Essy Sonontiko Sayekti²⁾ dan Biji Bintang Habibitasari³⁾

- 1) Dosen Prodi D3 Keperawatan, STIKES Banyuwangi, email: khayraqu_01@yahoo.co.id
- 2) Dosen Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi, email: essy_stikesbwi@yahoo.com
3. Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi

ABSTRAK

Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik dengan menerapkan kelima indikator kadarzi dengan menimbang berat badan secara teratur, memberikan air susu ibu (ASI) saja sampai umur enam bulan (ASI Eksklusif), makan beranekaragam, menggunakan garam beryodium dan minum suplemen gizi (kapsul Vitamin A). Status gizi adalah tingkat kesehatan yang dicapai seseorang akibat mengkonsumsi. Status gizi juga diartikan sebagai ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Cross Sectional*. Teknik sampling yang digunakan yaitu *Cluster Sampling*. Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan lembar observasi. Jumlah populasi pada penelitian ini sejumlah 618 responden, dengan jumlah sampel sebanyak 87 responden. Dari 87 responden, 57 responden (65%) tidak berperilaku KADARZI dan 47 responden (54%) memiliki berat badan normal. Hasil penghitungan uji statistik *Chi Square* menggunakan SPSS didapat nilai $p=0.007$, yang artinya ada penolakan H_0 , berarti ada hubungan antara keluarga sadar gizi (KADARZI) dan status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016.

Keluarga yang memiliki kesadaran tentang gizi yang baik maka status gizi balita akan menjadi baik, sebaliknya apabila kesadaran tentang gizi tidak baik maka status gizi balita juga kurang baik. Sehingga status gizi sangat berhubungan dengan keluarga sadar gizi.

Kata Kunci: *Keluarga Sadar Gizi (KADARZI), status gizi*

PENDAHULUAN

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia diatas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak dibawah lima tahun (Muaris H, 2006). Masa lima tahun pertama merupakan masa terbentuknya dasar-dasar kepribadian manusia, kemampuan penginderaan, berfikir, keterampilan berbahasa dan berbicara, bertingkah laku sosial dan lain-lainnya. Pertumbuhan seorang anak bukan hanya sekedar gambaran perubahan ukuran tubuh, tetapi lebih dari itu memberikan gambaran tentang keseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi (status gizi) (Depkes RI, 2002). Status gizi balita adalah status kesehatan balita yang di hasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan zat gizi (Dwi Deni, dkk, 2014).

Pada tingkat individu, keadaan gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang saling terkait. Apabila seseorang tidak mendapat asupan gizi yang cukup akan mengalami kekurangan gizi dan mudah sakit. Demikian juga bila seseorang sering sakit akan menyebabkan gangguan nafsu makan dan selanjutnya akan menyebabkan gizi kurang. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Bidang Kesehatan menetapkan empat sasaran pembangunan kesehatan, satu diantaranya adalah menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tingginya. Dari empat strategi utama tersebut telah ditetapkan tujuh belas sasaran prioritas, satu diantaranya adalah seluruh keluarga menjadi Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan

mengatasi masalah gizi setiap anggotanya (Depkes RI, 2007).

Di dalam Undang-Undang RI nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional tahun 2005-2025 antara lain disebutkan bahwa “status kesehatan masyarakat Indonesia secara umum masih rendah dan jauh tertinggal dibandingkan dengan kesehatan masyarakat Negara-negara ASEAN lainnya, yang ditandai dengan masih tingginya angka kematian ibu melahirkan, yaitu 370 per 100 ribu kelahiran hidup, tinggi angka kematian bayi dan balita. Selain itu, gizi kurang terutama pada balita masih menjadi masalah besar dalam upaya membentuk generasi yang mandiri dan berkualitas”. Masalah gizi utama di Indonesia saat ini pada umumnya berkaitan dengan kurang energi protein (KEP), kurang Vitamin A, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Anemia Gizi Besi (AGB), gizi lebih, dan makanan tidak aman. Secara nasional, prevalensi berat-kurang pada tahun 2013 adalah 19,6 persen, terdiri dari 5,7 persen gizi buruk dan 13,9 persen gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) terlihat meningkat. Prevalensi status gizi dengan karakteristik berat-kurang pada tahun 2007 adalah 18%, tahun 2010 16%, dan tahun 2013 19%. Sedangkan status gizi dengan karakteristik pendek pada tahun 2007 mencapai 37%, 35% di tahun 2010 dan 38% di tahun 2013. Masih tingginya prevalensi gizi buruk dan kurang pada balita di Indonesia menunjukkan perilaku gizi masih belum baik. Hal tersebut ditunjukkan dengan pencapaian lima indikator kadarzi yang masih berada dibawah target (Ika Murni, 2013).

Untuk mencapai sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5 persen maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4,1 persen dalam periode 2013 sampai 2015. Dan Jawa Timur, jika dilihat dari indikator status gizi menurut BB/U ada penurunan 0,5% di tahun 2013 setelah di tahun 2007 prevalensi yang terjadi adalah 15,5 % (Bappenas,2012). Namun jika dilihat dari indikator status gizi menurut BB/U pada tahun 2007 mencapai 18%, tahun 2010 mencapai 16%, dan tahun 2013 mencapai 19%. Indikator status gizi menurut TB/U di tahun 2007 dan tahun 2010 mencapai 34%, dan meningkat menjadi 37% di tahun 2013. Sedangkan indikator status gizi menurut BB/TB di tahun 2007 mencapai 11%, 15% di tahun 2010, dan 11% di tahun 2013. Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah keadaan sangat kurus yaitu anak dengan nilai $Zscore < -3,0 SD$. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius apabila prevalensi kurus antara 10,0-14,0 persen, dan dianggap kritis bila $\geq 15,0$ persen. Dan Jawa Timur mencapai pada angka 14,0 persen di tahun 2007, 15,0 di tahun 2010, dan 12,0 di tahun 2013. Meskipun terjadi dalam penurunan, namun angka-angka tersebut masih menunjukkan dalam rentang serius (Risksdas Jawa Timur, 2013).

Pada tahun 2013, pencapaian KADARZI di Jawa Timur sebesar 34,8%. Dua indikator yaitu ASI-Eksklusif (54,6%) dan makan makanan beragam (45,1%) masih belum mencapai target. Ketiga indikator KADARZI lainnya telah mencapai target yaitu penimbangan berat badan secara teratur (89,5%), penggunaan

garam beryodium (94,4%), dan suplemen gizi (91,3%) (Ika Murni, 2013).

Berdasarkan hasil rekapitulasi dari Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi pada tahun 2012 jumlah bayi yang ada di Banyuwangi hingga Mei 2012 terhitung 106.338 bayi. Dari jumlah tersebut yang terdata mempunyai buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) sejumlah 104.084, dan yang datang ke Posyandu untuk memeriksakan bayinya tersebut, yang timbang berat badanya menunjukkan naik ada 66.853 bayi, sedangkan yang timbangannya tetap (kenaikkan berat badan minimal) atau turun (tidak bisa mencukupi berat minimal) sebanyak 8.373 bayi. Di tahun 2013, jumlah balita yang mengalami gizi buruk 7%, balita yang mengalami gizi kurang 37%, balita yang mengalami KEP sejumlah 44%, dan 12% lainnya adalah balita dengan status gizi normal. Sedangkan untuk tahun 2015, kondisi balita yang memiliki status gizi buruk sebesar 0,64% (Badan Kesehatan Pangan, 2013). Sedangkan hasil pendataan KADARZI di Kabupaten Banyuwangi tahun 2013 diketahui bahwa jumlah keluarga yang melaksanakan KADARZI sebesar 80,5%. Dan pada tahun 2015, terjadi penurunan sebesar 48,2% keluarga yang melaksanakan KADARZI sehingga ditahun tersebut, keluarga yang melakukan KADARZI sebesar 32,3% (Renja Dinkes Banyuwangi, 2015).

Sedangkan berdasarkan data dari Puskesmas Singotrunan tahun 2011 jumlah bayi yang terdapat di Puskesmas Singotrunan 559 bayi, dan dari 10 bayi yang pernah diteliti di dapatkan 8 bayi yang berstatus gizi buruk dan 2 bayi yang berstatus gizi baik. Di bulan Oktober

tahun 2015, terdata 9 balita dengan berat badan sangat kurang, 76 balita dengan berat badan kurang, dan 16 balita dengan berat badan normal. Pada tahun 2016, dari 88 bayi penilaian status gizi menurut BB/U terdapat 22 bayi dengan BB sangat kurang, 58 bayi dengan BB kurang, dan 8 bayi dengan BB normal. Dan untuk data KADARZI di wilayah Singotrunan pada tahun 2014 dari 590 KK yang terdata, 77% nya melakukan KADARZI dan 23% lainnya tidak melakukan KADARZI. Penurunan angka terjadi di tahun 2015 dengan nilai persentase keluarga yang melakukan KADARZI senilai 64% dan keluarga yang tidak KADARZI senilai 36%. Namun, pada tahun 2016 ini terdapat peningkatan yang cukup baik untuk keluarga yang melakukan KADARZI yakni mencapai 87% dan keluarga yang tidak melakukan KADARZI mencapai angka 13%. Hal ini menunjukkan bahwa di wilayah Singotrunan masih banyak dijumpai balita yang berstatus gizi buruk, dan sebagian masyarakat belum melakukan perilaku KADARZI.

Keluarga sadar gizi merupakan keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenal masalah gizi dan mampu mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik dengan menerapkan kelima indikator kadarzi dengan menimbang berat badan secara teratur, memberikan air susu ibu (ASI) saja sampai umur enam bulan (ASI Eksklusif), makan beranekaragam, menggunakan garam beryodium dan minum suplemen gizi (kapsul Vitamin A) (Depkes RI, 2007). Faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya

adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi (Gabriel, 2008). Keluarga yang memiliki kesadaran tentang gizi yang baik maka status gizi balita akan menjadi baik, sebaliknya apabila kesadaran tentang gizi tidak baik maka status gizi balita juga kurang baik. Sehingga status gizi sangat berhubungan dengan keluarga sadar gizi (Supariasa, Bakri & Fajar, 2013).

Merubah perilaku keluarga menjadi keluarga sadar gizi bukanlah hal mudah, diperlukan suatu upaya pendidikan gizi masyarakat yang terus menerus, termasuk penyebarluasan informasi melalui media massa, pembinaan dan pergerakan tokoh dan kelompok-kelompok masyarakat, serta pendampingan keluarga baik oleh tenaga professional maupun masyarakat terlatih (Ega Karolina, 2012). Dan menurut Departemen Kesehatan RI (2007), selama ini telah dilakukan upaya perbaikan gizi mencakup promosi gizi seimbang termasuk penyuluhan gizi di posyandu, fortifikasi pangan, pemberian makanan tambahan termasuk MP-ASI, pemberian suplemen gizi (kapsul Vitamin A dan tablet tambah darah), pemantauan dan penanggulangan gizi buruk. Namun kenyataannya masih banyak keluarga yang belum berperilaku gizi yang baik sehingga penurunan masalah gizi berjalan lambat. Ketersediaan sumberdaya manusia (SDM) yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas dapat menentukan keberhasilan pembangunan nasional suatu bangsa.

Untuk mewujudkan sumber daya manusia yang baik, salah satu hal yang penting diupayakan pemerintah adalah dengan memperbaiki status gizi anak balita, karena usia balita merupakan periode penting dalam perkembangan yang akan menentukan pembentukan fisik, psikis maupun intelegensinya. Selain itu status gizi pada balita dapat terkontrol dengan baik, dukungan dari tenaga kesehatan untuk memberikan pengetahuan kepada orangtua terutama ibu tentang keaktifan berperilaku sadar gizi sangat diperlukan guna meningkatkan kesehatan pada anak (Ega Karolina, 2012). Sehingga perlu dilakukan penelitian tentang “Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi Pada Anak Usia 0-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian korelasional dimana peneliti melakukan observasi tanpa perlakuan, dengan desain penelitian *cross sectional study*.

Populasi penelitian ini adalah seluruh anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan tahun 2016. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Cluster sampling*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 87 balita berusia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan tahun 2016 yang ditentukan dengan menggunakan teknik *cluster sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah “KADARZI”. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah “status gizi”

Instrumen penelitian untuk mengukur KADARZI adalah lembar observasi. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban yang tegas, yaitu “ya melakukan atau tidak melakukan”. Jawaban “ya melakukan” diberi score satu, dan jawaban “tidak melakukan” diberi score nol.

Sesuai teori Depkes R (2006), keluarga yang dikatakan keluarga sadar gizi apabila dapat melaksanakan seluruh perilaku gizi yang baik dan benar. Sehingga apabila ada jawaban dari lembar observasi yang berisi “tidak”, maka keluarga tersebut dianggap tidak KADARZI. Untuk mengetahui status gizi pada balita dalam penelitian ini digunakan instrument penelitian berupa lembar observasi dimana dalam lembar observasi ini berisi data tentang usia dan berat badan balita.

Sebelum melakukan analisa data, secara berurutan data yang berhasil dikumpulkan akan mengalami proses editing, yaitu: *Coding*, *Scoring*, dan *Tabulating*. Analisa statistik digunakan pada data kuantitatif atau data yang dikontingensi. Dalam penelitian ini data yang terkumpul diolah uji statistik *Chi Square* dengan *Contingensi* karena tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen dengan skala nominal-ordinal yang dibantu dengan perangkat lunak SPSS (*statistic programme for social scient*) versi 22 for windows 7. Dengan kaidah pengujian: Jika *Chi-Square* hitung $> \alpha$ (0,05) maka H_0 diterima. Yang memiliki arti tidak ada hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi pada

anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016. Namun, jika *Chi-Square* hitung $< \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan keluarga sadar gizi

(KADARZI) dengan status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016.

HASIL

1. Data Umum

a. Karakteristik responden berdasarkan wilayah kerja Puskesmas Singotrunan

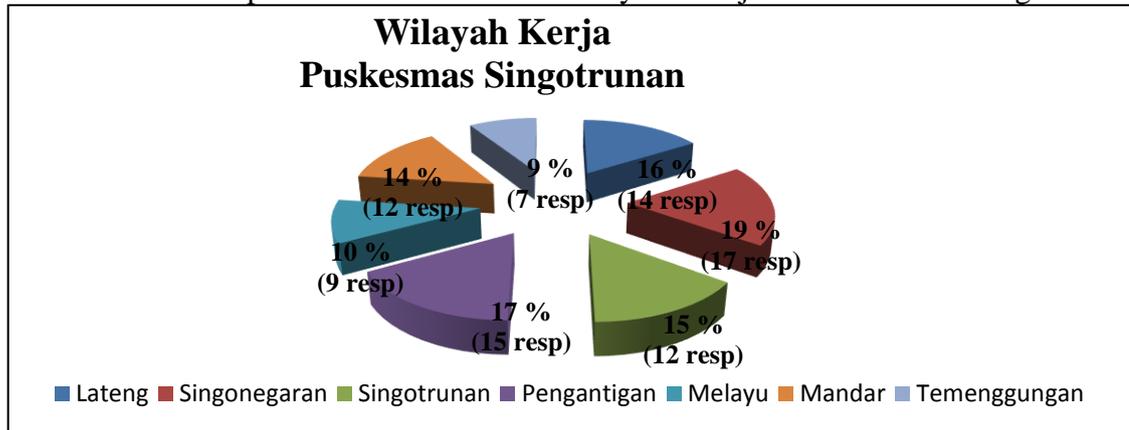


Diagram 1. Karakteristik responden berdasarkan wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016

Diagram 1 menunjukkan bahwa kurang dari 50% responden yang berusia 0-24 bulan berada di wilayah kerja

Kelurahan Singonegaran, yakni sejumlah 17 responden (19%).

b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

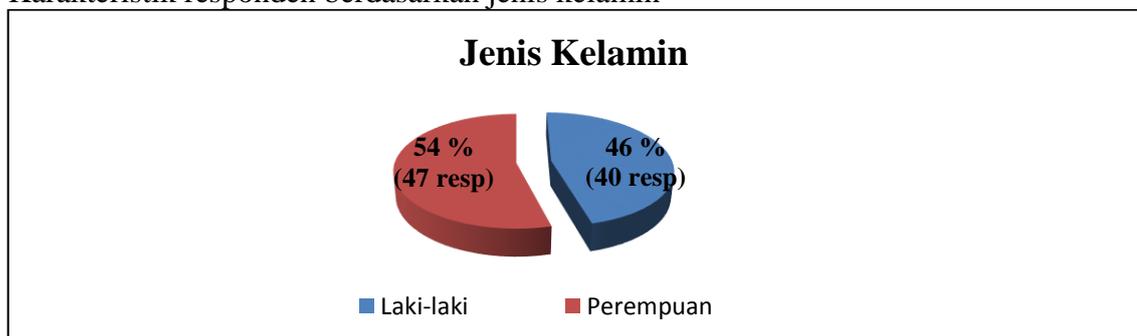


Diagram 2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016

Diagram 2 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden berjenis

kelamin perempuan, yakni sejumlah 47 responden (54%).

c. Karakteristik responden berdasarkan usia

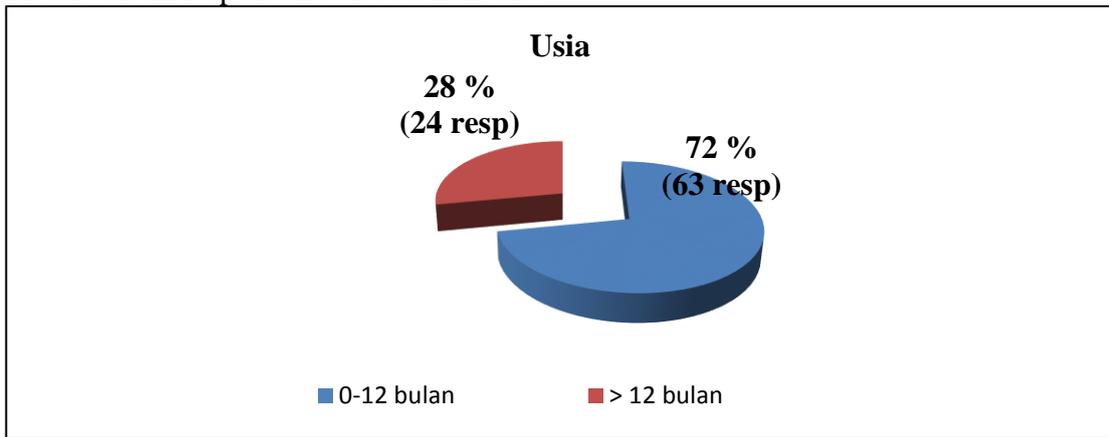


Diagram 3. Karakteristik responden berdasarkan usia di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016

Diagram 3 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam kelompok usia 0-12 bulan, yaitu sebanyak 63 responden (72%).

d. Karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan ibu

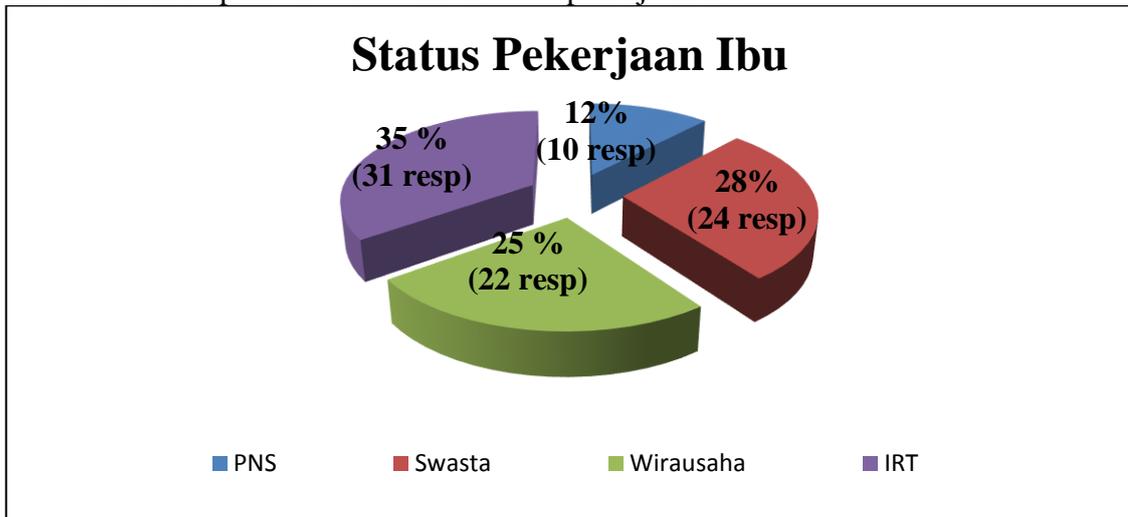


Diagram 4. Karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan ibu di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016

Diagram 4 diatas menunjukkan bahwa kurang dari 50% responden berstatus pekerjaan sebagai wiraswasta, yaitu sebanyak 31 responden (36%).

e. Karakteristik responden berdasarkan riwayat penyakit

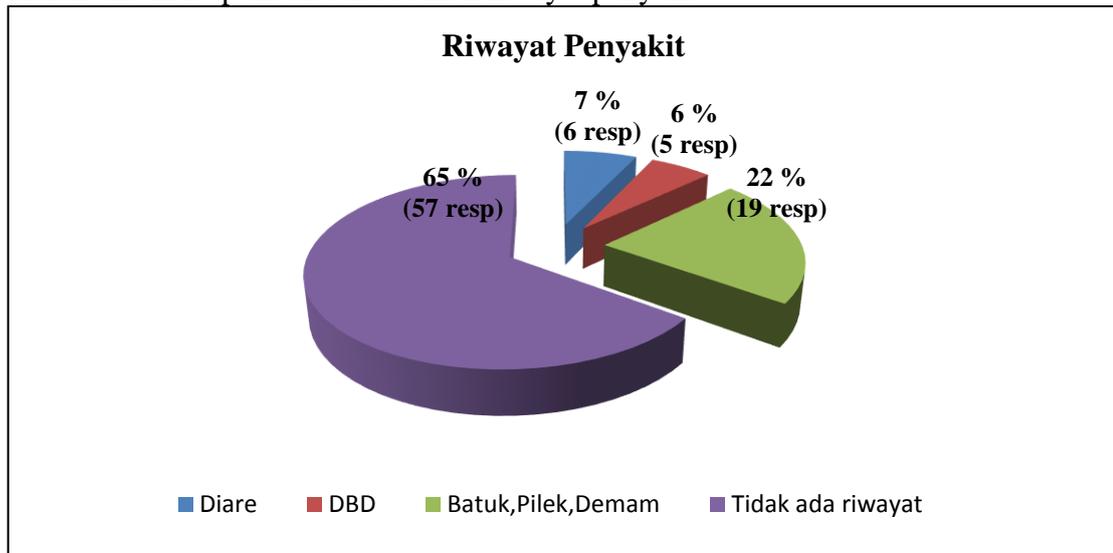


Diagram 5. Karakteristik responden berdasarkan riwayat penyakit pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi 2016

Diagram 5.5 diatas menunjukkan bahwa lebih dari 50% keluarga responden tidak memiliki riwayat penyakit, yakni sejumlah 57 responden (65%).

2. Data Khusus

a. Distribusi Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016

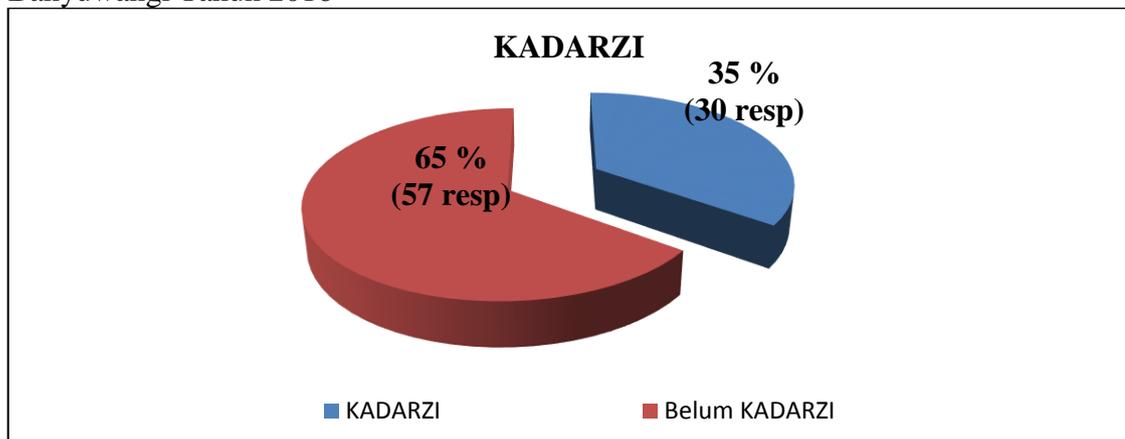


Diagram 6. Distribusi responden berdasarkan keluarga sadar gizi (KADARZI) pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi 2016.

Diagram 6 diatas menunjukkan bahwa lebih dari 50% keluarga responden belum berperilaku KADARZI, yakni sejumlah 57 responden (65%).

Tabel 1 Indikator Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi 2016

Indikator KADARZI	Ya		Tidak	
	N	%	N	%
Menimbang Berat Badan	38	44%	49	56%
ASI Eksklusif (Usia 0-12 bulan)	50	81%	13	19%
Makan Beranekaragam	87	100%	0	0%
Menggunakan Garam Beyodium	87	100%	0	0%
Minum Suplemen Vitamin A	81	93%	6	7%

b. Distribusi status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016

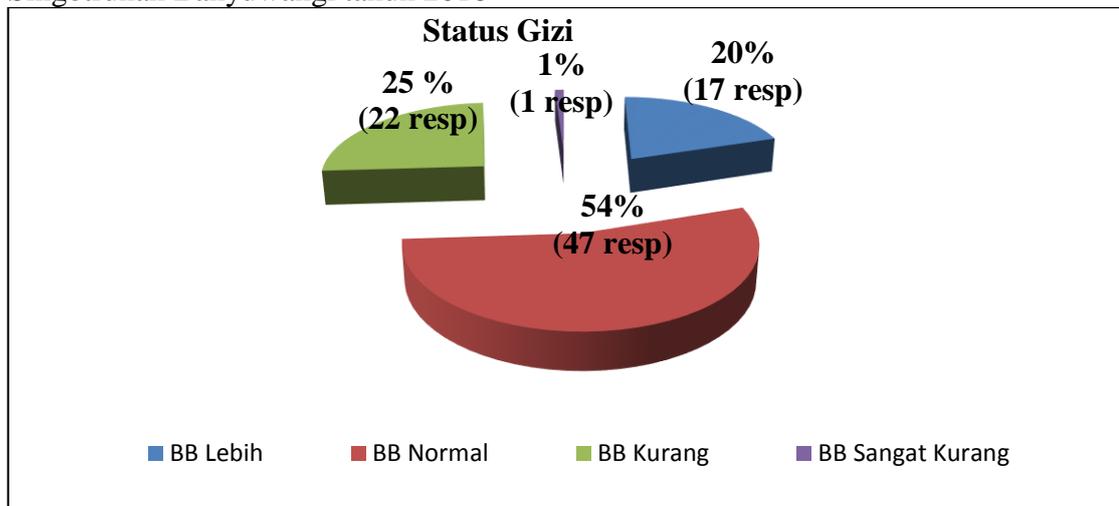


Diagram 7. Distribusi responden berdasarkan status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi 2016.

Diagram 5.7 diatas menunjukkan bahwa status gizi normal, yaitu sebanyak 47 lebih dari 50% responden berada dalam responden (54%).

c. Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi pada Anak Usia 0-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016

Tabel 2 Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi pada Anak Usia 0-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016.

Kadarzi	Statusgizi				Total
	Normal	Lebih	Kurang	Sangat kurang	
KADARZI	19	9	2	0	30
Belum KADARZI	28	8	20	1	57
Total	47	17	22	1	87

Tabel 2 diatas dapat diketahui bahwa dari 87 responden, lebih dari 50% responden tidak berperilaku KADARZI yakni 57 responden (65%), dan kurang dari 50 % tepatnya 47 reponden yang

memiliki berat badan normal, 28 responden diantaranya belum KADARZI.

Dari data tersebut, kemudian dilakukan uji *Chi-Square* menggunakan SPSS. Di dapatkan hasil sebagai berikut:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)	
				Sig.	99% Confidence Interval Lower Bound
Pearson Chi-Square	10.103a	3	.018	.010b	.007
Likelihood Ratio	11.754	3	.008	.006b	.004
Fisher's Exact Test	10.678			.007b	.005
Linear-by-Linear Association	5.378c	1	.020	.021b	.017
	87				

Dengan menggunakan uji *Chi-Square* dengan SPSS di dapatkan nilai Asymp.Sig 0.007 < 0.05 maka signifikansi H_a diterima dan H_0 ditolak, artinya ada hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016.

PEMBAHASAN

Dari diagram 6 diketahui bahwa lebih dari 50% responden berjumlah 57 jiwa (65%) termasuk dalam kategori yang tidak berperilaku KADARZI.

Kadarzi adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut Kadarzi apabila telah berperilaku gizi yang baik secara terus-menerus yaitu

menimbang balita secara terus menerus yaitu menimbang balita secara teratur setiap bulan, memberikan ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan mengkonsumsi suplemen gizi (Depkes, 2007).

Penyebab dari masih adanya keluarga yang belum berperilaku KADARZI adalah karena kesibukkan dari orang tua anak terutama ibu. Hal ini ditunjukkan pada diagram 4, kurang dari 50% ibu bekerja sebagai IRT (Ibu Rumah Tangga) yaitu sejumlah 31 responden (35%), dan lebih dari 50% ibu, tepatnya 65% adalah Ibu yang aktifitasnya berada diluar rumah, yaitu 25% sebagai wirausaha, 12% adalah PNS (Pegawai Negeri Sipil), dan 28% lainnya merupakan pekerja swasta. Kesibukkan ibu yang jarang berada dirumah membuat

anak jarang untuk dibawa ke posyandu meskipun ada orang lain yang menjaga si anak. Ketidaktifan kehadiran anak di posyandu berpengaruh pada perilaku KADARZI karena si anak tidak melakukan penimbangan secara rutin bahkan juga jarang mendapatkan suplemen vitamin, terutama vitamin A yang diberikan disetiap bulan Februari dan Agustus. Status pekerjaan orang tua dapat mempengaruhi perilaku KADARZI, sesuai dengan pernyataan menurut Gabriell (2008) faktor yang mempengaruhi KADARZI adalah tingkat pendidikan orang tua, status pekerjaan, pendapatan keluarga, keaktifan kader, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi (status gizi).

Dari tabel 1 diketahui bahwa mayoritas responden melakukan makan beraneka ragam dan menggunakan garam beryodium, yakni mencapai angka 100% atau 87 responden. dan kurang dari 50% responden tidak melakukan penimbangan berat badan secara teratur, yaitu sejumlah 56 responden atau 48%.

Makanan beraneka ragam artinya makanan yang bervariasi (tidak monoton). Variasi berarti susunan hidangan itu berubah dari hari-kehari. Jenis makanan atau masakan yang tersusun menjadi hidangan juga harus menunjukkan kombinasi, artinya dalam satu kali hidangan, misalnya makan siang, susunan tersebut terdiri dari masakan yang berlain-lainan. Untuk mencapai kondisi demikian maka bahan makanan yang dipergunakan dan juga jenis masakannya atau cara memasaknya harus selalu beraneka ragam (Sediaoetama, 2006).

Tercapainya pemenuhan makan beragam pada seluruh responden

didominasi karena pendapatan ekonomi keluarga yang mencukupi. Hal ini berkaitan dengan status pekerjaan ibu yang sebagian besar memiliki pendapatan pasti. Dengan adanya pemasukan, maka Ibu dapat membeli bahan makanan yang beraneka ragam, sehingga kebutuhan konsumsi dari si anak tercukupi dengan menu masakan yang bergantian disetiap harinya.

Sama halnya dengan penggunaan garam beryodium, Garam beryodium adalah garam yang telah diperiksa dengan yodium yang dibutuhkan tubuh untuk pertumbuhan dan kecerdasan. Sebagai garam konsumsi, garam beryodium harus memenuhi Standar Nasional Indonesia (SNI) antara lain mengandung yodium sebesar 30-80 ppm. Gangguan yang terjadi akibat kekurangan yodium antara lain gangguan pertumbuhan fisik dan keterbelakangan mental. Gangguan fisik meliputi pembesaran kelenjar tiroid (gondok), kretin (kerdil), gangguan motoric (kesulitan berdiri atau berjalan normal), bisu, tuli, hingga juling. Sedangkan keterbelakangan mental termasuk berkurangnya tingkat kecerdasan anak (Yuni Zahraeni, 2009). Menurut Depkes RI (2007), untuk mengetahui garam yang digunakan oleh keluarga mengandung yodium atau tidak secara umum dapat dilakukan dengan dua cara yaitu melihat ada tidaknya label garam beryodium atau melakukan test yodina. Disebut baik jika berlabel dan bila ditest dengan yodina berwarna ungu, belum baik jika tidak berlabel dan bila ditest dengan yodina warna tidak berubah.

Penggunaan garam beryodium di seluruh kalangan responden disebabkan, karena harga dari garam beryodium

murah atau masih dapat dijangkau oleh pembeli. Selain itu, banyak dari para ibu yang memanfaatkan media-media informasi baik secara online maupun offline tentang pentingnya penggunaan garam beryodium, sehingga ibu mengetahui manfaat apabila menggunakan garam beryodium dan dampak negative yang timbul apabila tidak menggunakan garam beryodium. Tersedianya garam beryodium diberbagai tempat, menjadi akses mudah bagi ibu untuk memperoleh garam beryodium. Disamping itu, dari segi kemasan garam yang memiliki tanda tersendiri sebagai identitas bahwa garam tersebut merupakan garam beryodium juga menjadi cara mudah bagi ibu menggunakan garam beryodium, Ibu tidak perlu lagi melakukan uji test. Dari kemudahan-kemudahan tersebut yang menjadikan mayoritas ibu menggunakan garam beryodium.

Namun berbeda halnya dengan indikator kadarzi yang pertama, yaitu penimbangan berat badan. Menurut Depkes RI (2007), penimbangan berat badan dapat dipantau dengan melihat catatan penimbangan balita pada KMS selama enam bulan terakhir.

Masih banyaknya anak yang tidak melakukan penimbangan berat badan dipengaruhi oleh faktor Ibu, terutama berkaitan dengan status pekerjaannya. Ibu yang memiliki aktifitas diluar sehari-harinya, jarang sekali melakukan kunjungan pelayanan kesehatan terutama untuk melakukan penimbangan berat badan teratur untuk anaknya. Ketidaktifan ibu tersebut akhirnya mempengaruhi bagaimana perkembangan balita yang seharusnya dapat dikontrol melalui KMS yang

dimiliki oleh anak. Sehingga, dari hal tersebut anak tidak melakukan penimbangan berat badan secara teratur.

Dari diagram 7 diketahui bahwa lebih dari 50% responden memiliki berat badan normal yakni sejumlah 47 responden (54%) dan kurang dari 50%, yaitu tepatnya 1% atau 1 responden yang memiliki berat badan sangat kurang.

Status gizi adalah tingkat kesehatan yang dicapai seseorang akibat mengkonsumsi. Status gizi juga diartikan sebagai ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Haria Adnani, 2011).. Menurut Soekirman (2000) dalam bukunya Haria Adnani (2011), faktor penyebab kurang gizi atau yang mempengaruhi status gizi seseorang adalah penyebab langsung seperti makanan anak, penyakit yang mungkin diderita anak dan penyebab tidak langsung.

Hal yang menjadi pembeda status gizi pada anak diduga karena faktor penyebab yang mempengaruhi status gizi yakni tentang bagaimana keaktifan orang tua dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena dari pelayanan kesehatan banyak program-program yang dapat menunjang peningkatan status gizi, seperti informasi gizi seimbang, pemberian suplemen tambahan untuk anak, dan lain sebagainya. Selain itu faktor tentang riwayat penyakit yang diderita oleh anak juga mempengaruhi status gizi. Pada penelitian ini, diketahui bahwa lebih dari 50% anak memiliki berat badan normal dan tidak memiliki riwayat penyakit. Hal ini didukung oleh data pada diagram 5 bahwa lebih dari 50% atau 57 repsonden tidak memiliki

riwayat penyakit. Adanya responden yang memiliki berat badan sangat kurang, disebabkan karena responden tersebut selain tidak melakukan penimbangan berat badan, minum suplemen tambahan (Vitamin A), responden tersebut juga memiliki riwayat penyakit diare.

Dari hasil crosstab antara usia dan status gizi, didapatkan hasil Asymp. Sig 0.000, yang artinya ada penolakan terhadap H_0 . Berarti ada hubungan antara usia dan status gizi. Dari 47 responden yang memiliki berat badan normal, 36 responden diantaranya adalah yang berusia 0-12 bulan.

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan yang terjadi dalam ukuran, jumlah, besar, tingkat fungsi sel, organ maupun jaringan yang dinyatakan dalam ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (centimeter, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) Terdapat tiga fase yang berbeda dalam pertumbuhan linier yaitu; kecepatan pertumbuhan yang tinggi didapat dalam kehidupan janin, kemudian diikuti dengan penurunan yang cepat hingga mendekati umur 3 tahun (Mazarina Devi, 2015).

Perbedaan usia yang mempengaruhi status gizi disebabkan karena, anak yang masih berusia 0-12 bulan kebanyakan mendapatkan perhatian ekstra tentang kebutuhan nutrisi atau gizi, terutama dalam hal pemberian ASI Eksklusif yang diketahui memberikan banyak manfaat terhadap anak dan pemberian suplemen tambahan. Sedangkan di usia lebih dari 12 bulan, secara aktifitas anak lebih banyak bergerak dan asyik bermain sehingga terkadang nafsu makan mulai berkurang.

Selain itu, terkadang memasuki usia lebih dari 12 bulan sebagian ibu tidak lagi memberikan asi pada anak. Hal tersebutlah yang dapat mempengaruhi perbedaan status gizi pada anak yang berusia 0-12 bulan dan lebih dari 12 bulan.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, data pada diagram 6 menunjukkan bahwa jumlah responden yang berperilaku KADARZI sebanyak 30 responden (35%) dan yang tidak berperilaku KADARZI sebanyak 57 responden (65%). Dan pada diagram 7 menunjukkan bahwa dari 87 responden tercatat 17 responden (20%) memiliki berat badan lebih, 47 responden (54%) memiliki berat badan normal, 22 responden (25%) memiliki berat badan kurang, dan 1 responden (1%) memiliki berat badan sangat kurang.

Dari hasil penghitungan menggunakan uji *Chi-Square* dengan SPSS di dapatkan nilai Asymp.Sig 0.007 < 0.05 maka signifikansi H_a diterima dan H_0 ditolak, artinya ada hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016.

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi yang dibedakan antara gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih. Status gizi balita dapat diukur dengan indeks antropometri BB/U, TB/U dan BB/TB. Perilaku dalam kaitannya dengan masalah kekurangan gizi pada anak balita dapat dilihat dari adanya kebiasaan yang salah dari ibu terhadap gizi anak balitanya, misalnya ibu tidak memberi telur dan ikan kepada anak mereka, hal ini dilakukan karena

mereka percaya bahwa ikan dapat menyebabkan kecacingan dan telur dapat menyebabkan bisul bagi anak-anak.

Kurang gizi pada balita juga dapat disebabkan perilaku ibu dalam pemilihan bahan makanan yang tidak benar (tidak beraneka ragam), tidak memberikan ASI Eksklusif, tidak memberikan Vitamin A kepada balitanya, dan tidak menimbang balitanya secara rutin. Sikap seperti ini yang membuat ibu tidak melakukan perilaku sadar gizi. Keluarga termasuk sudah KADARZI apabila sudah melaksanakan semua indikator KADARZI yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan ASI Eksklusif dan makan beraneka ragam makanan, menggunakan garam beryodium dan memberikan kapsul Vitamin A kepada balita. Apabila salah satu dari indikator KADARZI tidak dilaksanakan maka keluarga termasuk belum KADARZI (Ega Karolina, dkk, 2012).

Dari penelitian ini didapatkan bahwa dari 87 responden, 57 ibu yang memiliki anak berusia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tidak berperilaku KADARZI. Dari 5 indikator KADARZI yang dinilai, item penimbangan berat badan yang tidak rutin menjadi angka tertinggi yakni 56 responden atau 48%. Sebagaimana penelitian yang telah dilakukan kepada responden menggunakan lembar observasi, Penyebab sebagian Ibu belum berperilaku sadar gizi karena beberapa faktor, salah satunya adalah tentang status pekerjaan ibu. Status pekerjaan menjadi sangat berpengaruh karena dengan kesibukkan yang dimiliki, Ibu jadi jarang membawa anak untuk ke pelayanan kesehatan baik puskesmas atau posyandu untuk

melakukan penimbangan berat badan secara rutin. Lebih dari 50% Ibu responden bekerja diluar rumah, tepatnya 56 responden atau 65%.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi pada Anak Usia 0 – 24 Bulan Di wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016 dapat disimpulkan sebagai berikut: Sebagian besar anak yang berusia 0 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016 tidak berperilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) yaitu sebanyak 57 responden (65%) dari 87 responden yang diteliti; Sebagian besar anak yang berusia 0 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi Tahun 2016 memiliki berat badan normal yaitu sebanyak 47 responden (54%) dari 87 responden; Setelah dilakukan perhitungan berdasarkan data hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi kemudian data di uji menggunakan uji *Chi-square* dibantu fasilitas SPSS, diperoleh nilai $Asymp.Sig$ $0.007 < 0.05$ maka signifikansi H_a diterima dan H_0 ditolak, artinya ada hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi pada anak usia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi tahun 2016.

DAFTAR PUSTAKA

Adnani, Hariza. 2011. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Muha Medika.

- Dwi Deni Muliati, Amatus Yudi Ismanto & Reginus Malara. 2014. *Hubungan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita di Desa Mapuya Selatan Kecamatan Dumoga Utara Kabupaten Bolaang Mongondow*. Mongondow
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2002. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 74/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 74/Menkes/SK/VI/2006 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 74/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta
- Dinkes Banyuwangi. 2015. *Profil Kesehatan Banyuwangi 2015*. Banyuwangi.
- Ega Karolina, Ernawati Nasution & Evawany Y Aritonang. 2012. *Hubungan Perilaku Kadarzi dengan Status Gizi Balita Usia 12-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Blangkejeren Kecamatan Blangkejeren Kabupaten Gayo Lues Tahun 2012*. Aceh
- Gabriel, A. 2008. *Perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Serta Hidup Bersih dan Sehat Ibu Kaitannya dengan Status Gizi dan Kesehatan Balita di Desa Cikarawang Bogor Tahun 2008*. Bogor: Skripsi IPB
- Muaris, H. 2006. *Sarapan Sehat untuk Anak Balita*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Seni*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2008. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2010. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2013. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Prasetyani, Arsita Eka. 2012. *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam Millenium Development Goals (MDGs)*. Yogyakarta: Muha Medika.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D*. Badung: Alfabeta
- Supriasa, Bakri & Fajar. 2013. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Zahrani, Yuni. 2009. *Hubungan Status KADARZI, Status Infeksi, Tingkat Pendidikan, Jumlah Anggota Keluarga, dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga terhadap Status Gizi Balita 12-59 bulan*. Universitas Indonesia: Fakultas Kesehatan Masyarakat.