



**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK IBU, KELUARGA, DAN
PELAYANAN KESEHATAN DENGAN STATUS KELUARGA
SADAR GIZI PADA KELUARGA ANAK BALITA
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)**

SKRIPSI

Oleh

Nery Aprilia Kardina

NIM. 112110101058

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK IBU, KELUARGA, DAN
PELAYANAN KESEHATAN DENGAN STATUS KELUARGA
SADAR GIZI PADA KELUARGA ANAK BALITA
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Nery Aprilia Kardina

NIM. 112110101058

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT, atas berkat limpahan kasih sayang-Nya saya bisa menyelesaikan skripsi ini;
2. Kedua orangtua saya Ibu Hj. Siti Faidhatul Amaliah dan Bapak H.M Johanton yang selalu memberikan doa dan dukungan;
3. Guru-guru TK Aisyiyah Bustanul Athfal (ABA), SDN Cindogo 01, SMPN 1 Bondowoso, SMAN 2 Bondowoso yang telah memberikan ilmu serta pengalamannya;
4. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Sesungguhnya bersama kesukaran itu ada keringanan. Karena itu bila kau sudah selesai (mengerjakan yang lain). Dan berharaplah kepada Tuhanmu.
(terjemahan Q.S Al Insyirah ayat 6-8)*)

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nery Aprilia Kardina

NIM : 112110101058

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi saya yang berjudul : *Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Keluarga Sadar Gizi pada Keluarga Anak Balita (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 12 Mei 2015

Yang Menyatakan,

Nery Aprilia Kardina

112110101058

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK IBU, KELUARGA, DAN
PELAYANAN KESEHATAN DENGAN STATUS KELUARGA
SADAR GIZI PADA KELUARGA ANAK BALITA
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)**

Oleh

Nery Aprilia Kardina

NIM. 112110101058

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Sulistiyani, S. KM, M. Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Leersia Yusi Ratnawati, S. KM, M. Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Keluarga Sadar Gizi pada Keluarga Anak Balita (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari, tanggal : Selasa, 12 Mei 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes

Leersia Yusi Ratnawati, S.KM., M.Kes

NIP. 19790305 200501 2 001

NIP. 19800314 200501 2 003

Anggota I

Anggota II

Sulistiyani, S.KM., M.Kes

dr. Titik Erna Erawati

NIP. 19760615 200212 2 002

NIP. 197712321 200501 2 014

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S

NIP. 19560810 198303 1 003

RINGKASAN

Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Keluarga Sadar Gizi Pada Keluarga Anak Balita (Studi Di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso); Nery Aprilia Kardina; 112110101058; 2015; 132 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya. Keluarga dikatakan mencapai status kadarzi jika telah melaksanakan lima indikator yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan terhadap status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso, yang dilakukan pada bulan Januari-Februari 2015 dan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu keluarga yang memiliki balita usia 6-59 bulan pada bulan Januari 2015 di Kecamatan Prajekan, Kabupaten Bondowoso sebanyak 1.266 keluarga. sampel minimal yang dapat mewakili populasi adalah 83 keluarga balita, akan tetapi peneliti mengambil sampel sebanyak 100 keluarga balita. Pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik *simple random sampling*. Teknik analisis data dengan menggunakan uji statistik koefisien *phi* dan regresi logistik berganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga anak balita yang memiliki status Kadarzi hanya sebesar 22%, dan keluarga balita yang berstatus tidak Kadarzi sebesar 78%. Berdasarkan hasil penelitian, persentase balita yang ditimbang secara teratur yaitu 77%, pemberian ASI eksklusif yaitu 76%, konsumsi makanan beranekaragam sebesar 42%, penggunaan garam beryodium sebesar 79%, dan pemberian suplemen gizi yaitu 100%. Sebagian besar pengetahuan ibu dalam kategori sedang, memiliki pendidikan yang rendah, mendapatkan pelayanan petugas kesehatan/kader, dan telah mendapat informasi terkait Kadarzi. Berdasarkan uji statistik didapatkan ada hubungan antara pendidikan, pengetahuan, pelayanan petugas kesehatan/kader, dan keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi. Kemudian, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu, pekerjaan, sikap, besar keluarga, pendapatan keluarga, sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi. Berdasarkan analisis ditemukan bahwa pendidikan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap status Kadarzi pada keluarga balita.

Saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini yaitu pembuatan program baru yaitu “Kampung Kadarzi” untuk meningkatkan pengetahuan dan motivasi masyarakat terkait Kadarzi. Diperlukan partisipasi dan motivasi masyarakat untuk berjalannya program tersebut. Selain itu, masyarakat sebaiknya memanfaatkan lahannya untuk menanam tanaman, buah, dan sebagainya agar masyarakat dapat makan makanan beraneka ragam.

SUMMARY

The Correlation Between Characteristics of Mother, Family, and Health Services with Status of Nutrition Conscious Family in The Family Toddler (Study in Region of Prajekan Public Health Centre in Bondowoso Regency);

Nery Aprilia Kardina, 112110101058; 2015; 132 pages; the Public Health Nutrition, the Faculty of Public Health, Jember University.

Family that is aware of nutrients (Kadarzi) is the family that all members of the family having good nutrition behavior in accordance with the principles of nutrition science which are able to recognize health problems for every member of his family, and able to take steps to address the nutritional problems encountered by members of his family. Status of nutrition conscious family assessment in Prajekan District showed 86,4% family have good nutrition behaviour. Prajekan was in the second place among 25 public health centre in Bondowoso who has the higger status of nutrition conscious family. Prajekan is located on marginal of Bondowoso Regency. The family reached status of nutrition conscious family it has implemented five indicators that have weigh regularly, gave breastfeeding until age of 6 months (exclusive breastfeeding), eating a variety of foods, using iodized salt and consumed nutritional supplements (TTD, high-dose vitamin A capsule) as recommended.

This study aims to analyse relation characteristics of mother, family, and health service with status of nutrition conscious family in the family toddler (study in region of Prajekan Puclic Health Centre in Bondowoso), which was held in January-February 2015 using a cross sectional study design. The population in this study are 1.266 families toddler. The minimum sample to represent the population is 83 family toddler, but the researchers took sample were 100 families. Sampling was done by simple random sampling technique. Techniques of data analysis using statistical test phi coefficient.

The results showed that family who did behave status of nutrition conscious family is 22%, and family who did not behave status of nutrition conscious family is 78%. Based on the results of the study, the percentage of infants who weighed regularly is 77%, exclusive breastfeeding is 76%, diverse food consumption by 42%, the use of iodized salt by 79%, and the provision of nutritional supplements is 100%. Most of the knowledge of the mother in the medium category, have low education, getting health care personnel/ cadre, and have received relevant information. Based on bivariate analysis, it is found that knowledge, education, health care personel/cadre, and exposure information have a significant relationship with status of nutrition conscious family in the family toddler on the region of Prajekan Public Health Centre. Then, it is found that mother's age, occupation, attitude, family size, family income, health service facilities, distance, and travel time to health services facilities have not a significant relationship with status of nutrition conscious family. Meanwhile, based on analysis, it is found that mother's education is the most dominant factor related to status of nutrition conscious family in the family toddler

Based on the research, suggestions that can be given is making a new "Village Kadarzi" to increase knowledge and motivation about status of nutrition conscious family. Participation and motivation necessary for the passage of the program. In addition, people should use the land for growing crops, fruits, etc so they can eat a variety foods.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Keluarga Sadar Gizi pada Keluarga Anak Balita (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana hubungan antara karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga anak balita sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penyelenggaraan program gizi di Kabupaten Bondowoso.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Sulistiyani, S. KM, M. Kes., selaku Kepala Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat dan Dosen Pembimbing Utama serta Ibu Leersia Yusi R, S. KM, M. Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran, dan perhatian untuk memberikan bimbingan dan pengarahan demi terselesainya skripsi ini;
3. Bapak Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes., dan Ibu dr. Titik Erna Erawati yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran sebagai penguji skripsi;
4. Ibu Prehatin Trirahayu Ningrum, S. KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing akademik;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso dan Kepala Puskesmas Prajekan yang telah memberikan izin penelitian;
6. Ibu Subaidah, bidan desa, dan kader posyandu Puskesmas Prajekan yang telah banyak membantu selama proses pelaksanaan penelitian;

7. Kakakku Jofian Eka Pranata dan Nursita Sekar Yusendo tercinta yang selalu mendoakan dan mendukung kepada penulis;
8. Tunanganku Hari Purwanto yang selalu setia mendengar keluh kesah, memberikan semangat, serta canda dan tawa dalam kesedihan dan kebahagiaan penulis;
9. Sahabat-sahabat terbaik Ikrimah, Linda, Cici, Pi'ah, BJ, Unis, dan Chusnul yang selalu memberikan kebahagiaan dan semangat dalam proses pembuatan skripsi;
10. Teman-teman seperjuangan peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat 2011 dan angkatan 2011 FKM UJ serta seluruh pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terima kasih telah memberikan semangat kepada penulis.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 12 Mei 2015

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	ivx
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4.1 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)	8
2.2 Indikator Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)	11
2.2.1 Menimbang Berat Badan Secara Teratur.....	11

2.2.2 Memberi ASI (Air Susu Ibu) Saja kepada Bayi sampai Usia 6 Bulan	13
2.2.3 Makan Beraneka Ragam	16
2.2.4 Menggunakan Garam Beryodium	20
2.2.5 Memberikan Suplemen Gizi Sesuai Anjuran	22
2.3 Strategi Promosi Keluarga Sadar Gizi	24
2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Status Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi)	26
2.5 Kerangka Teori	42
2.6 Kerangka Konsep	43
2.7 Hipotesis Penelitian	44
BAB 3. METODE PENELITIAN	45
3.1 Jenis Penelitian	45
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	45
3.2.1 Tempat Penelitian	45
3.2.2 Waktu Penelitian	45
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	46
3.3.1 Populasi Penelitian	46
3.3.2 Sampel Penelitian	47
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	48
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	48
3.4.1 Variabel Penelitian	48
3.4.2 Definisi Operasional	49
3.5 Data dan Sumber Data	54
3.5.1 Data Primer	54
3.5.2 Data Sekunder	55
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	55
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	55
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	57
3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas	58
3.7.1 Uji Validitas	58
3.7.2 Uji Reliabilitas	59

3.8 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data	59
3.8.1 Teknik Pengolahan Data	59
3.8.2 Teknik Penyajian Data	60
3.8.3 Analisis Data	60
3.9 Kerangka Alur Penelitian	62
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	63
4.1 Hasil Penelitian	63
4.1.1 Karakteristik Ibu, Keluarga, Pelayanan Kesehatan, dan Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).	62
4.1.2 Hubungan Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi	67
4.1.3 Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Status Kadarzi.....	74
4.2 Pembahasan	74
4.2.1 Karakteristik Ibu, Keluarga, Pelayanan Kesehatan, dan Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).	74
4.2.2 Hubungan Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi	86
4.2.3 Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Status Kadarzi.....	95
BAB 5. PENUTUP	98
5.1 Kesimpulan	98
5.2 Saran	99
5.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso	99
5.2.2 Bagi Puskesmas	100
5.2.3 Bagi Masyarakat.....	101
DAFTAR PUSTAKA	102
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Indikator Kadarzi	10
3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Wilayah Kecamatan Prajekan.....	48
3.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	49
3.3 Data Sekunder dan Sumber Data	55
4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, dan Sikap tentang Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015.....	63
4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Besar Keluarga dan Pendapatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015.....	64
4.3 Distribusi Frekuensi Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Sarana, Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan, Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader, dan Keterpaparan Informasi Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	65
4.4 Distribusi Frekuensi Keluarga Balita Berdasarkan Status Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	66
4.5 Hubungan Umur Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	67
4.6 Hubungan Pendidikan Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015.....	67
4.7 Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015.....	68
4.8 Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	69
4.9 Hubungan Sikap Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	69

4.10 Hubungan Besar Keluarga dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015.....	70
4.11 Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	70
4.12 Hubungan Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015.....	71
4.13 Hubungan Jarak ke Tempat Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	71
4.14 Hubungan Waktu Tempuh ke Tempat Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015.....	72
4.15 Hubungan Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	73
4.16 Hubungan Keterpaparan Informasi Kadarzi dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015	73

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	42
2.2 Kerangka Konsep	43
3.2 Contoh Warna Hasil Uji Iodina.....	56
3.3 Alur Penelitian	62
4.1 Capaian Indikator Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan tahun 2015	66

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. <i>Informed Consent</i>	110
B. <i>Check List</i> Indikator Kadarzi	111
C. Kuisisioner Penelitian	112
D. Angket Pengetahuan Ibu	115
E. Angket Sikap Ibu	118
F. Angket Perilaku Pelayanan Kesehatan	119
G. Form Konsumsi Makanan Beragam Balita	120
H. Data Hasil Kadarzi Kabupaten Bondowoso Tahun 2013.....	121
I. Data Hasil Kadarzi Jawa Timur Tahun 2013.....	122
J. Analisis Data	124
K. Dokumentasi Penelitian.....	129
L. Surat Rekomendasi Penelitian	132

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI



ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
FGD	: <i>Forum Group Discussion</i>
GAKI	: Gangguan Akibat Iodium
Gakin	: Keluarga Miskin
Kadarzi	: Keluarga Sadar Gizi
KIA	: Kesehatan Ibu Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KVA	: Kekurangan Vitamin A
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
TTD	: Tablet Tambah Darah
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
ppm	: Part Permillium
PUGS	: Pedoman Umum Gizi Seimbang
SDM	: Sumber Daya Manusia
SNI	: Standar Nasional Indonesia
USI	: <i>Universal Salt Iodization</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya. Keluarga dikatakan mencapai status Kadarzi jika telah melaksanakan lima indikator yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beriodium dan minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran (Depkes RI, 2007).

Untuk menanggulangi masalah gizi di Indonesia, sejak tahun 1999 telah dikeluarkan Inpres nomor 8 tahun 1999 tentang gerakan nasional penanggulangan masalah pangan dan gizi yang diarahkan pada pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat dan pementapan kerjasama lintas sektor. Sejalan dengan Inpres tersebut, Departemen Kesehatan RI (2007) menetapkan sasaran prioritas dalam strategi utama untuk mempercepat penurunan gizi kurang pada balita adalah mewujudkan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 747/Menkes/SK/VI/2007 ditetapkan bahwa target nasional untuk keluarga sadar gizi (gizi) adalah 80% keluarga di Indonesia bisa melaksanakan perilaku sadar gizi atau mencapai status Kadarzi. Hal ini didasari karena keluarga mempunyai nilai yang amat strategis dan menjadi inti dalam pembangunan seluruh masyarakat, serta menjadi tumpuan dalam pembangunan.

Balita merupakan kelompok umur yang rentan terkena masalah gizi. Sampai saat ini, permasalahan gizi pada balita di dunia maupun di Indonesia masih cukup memprihatinkan. Secara nasional, prevalensi berat-kurang pada tahun 2013 adalah 19,6%, terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang. Jika dibandingkan

dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) terlihat meningkat. Perubahan terutama pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4% tahun 2007, 4,9% pada tahun 2010, dan 5,7% tahun 2013. Sedangkan prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9% dari 2007 dan 2013. Masih tingginya prevalensi gizi buruk dan kurang pada balita di Indonesia menunjukkan perilaku gizi di tingkat keluarga masih belum baik. Hal tersebut juga ditunjukkan dengan pencapaian ke lima indikator Kadarzi yang masih berada di bawah target. Berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) ditemui hanya 44,6% keluarga balita yang melakukan pemantauan pertumbuhan 4 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir. Persentase bayi yang menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan adalah 30,2%. Prevalensi kurang makan buah dan sayur mencapai 93,5%, dan baru 77,1% keluarga yang mengkonsumsi garam dengan cukup iodium serta cakupan distribusi kapsul vitamin A untuk balita juga baru mencapai 75,5% (Kemenkes RI, 2013).

Permasalahan gizi yang ada di Indonesia pada umumnya dan di Jawa Timur pada khususnya, masih berkisar pada empat masalah utama, yaitu Kurang Energi dan Protein (KEP), Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI), Kurang Vitamin A (KVA), dan Anemia Gizi Besi (AGB). Berkaitan dengan permasalahan tersebut berbagai penanggulangan telah dilakukan, dan salah satunya adalah program Kadarzi. Pencapaian Kadarzi di Jawa Timur tahun 2010 baru mencapai 27,8%, sangat rendah dan jauh dari target sebesar 80%. Tiga indikator yaitu penimbangan berat badan secara teratur (90,1%), penggunaan garam beriodium (91,2%), dan suplementasi gizi (94,8%) telah mencapai target (Dinkes Jatim, 2010). Pada tahun 2013, pencapaian Kadarzi di Jawa Timur sebesar 34,8 %, meningkat sebesar 7% dari tahun 2010. Dua indikator yaitu ASI-Eksklusif (54,6%) dan makan makanan beragam (45,1%) masih belum mencapai target. Seperti halnya dengan tahun 2010, pada tahun 2013 ke tiga indikator Kadarzi lainnya telah mencapai target meskipun telah terjadi fluktuasi yaitu penimbangan berat badan secara teratur (89,5%), penggunaan garam beriodium (94,4%), dan suplementasi gizi (91,3%) (Dinkes Kabupaten Bondowoso, 2013).

Perilaku kesehatan ibu mempengaruhi status Kadarzi keluarga. Perilaku kesehatan ditentukan oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku Kadarzi pada keluarga ibu balita yaitu karakteristik ibu dan karakteristik keluarga. Karakteristik ibu mencakup pengetahuan, sikap, umur, pendidikan, dan pekerjaan ibu. Peran ibu sangat dominan dalam memenuhi kecukupan gizi keluarga karena hampir sebagian besar pengambilan keputusan dalam hal penyediaan pangan di rumah tangga dan pola asuh balita dilakukan oleh ibu (Sediaoetama, 2008). Karakteristik keluarga yang mencakup pendapatan keluarga dan besar keluarga. Faktor pemungkin yang berpengaruh pada perilaku Kadarzi yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan, dan jarak serta waktu tempuh. Faktor penguat yang juga berpengaruh terhadap perilaku Kadarzi yaitu peran tokoh masyarakat, pelayanan petugas kesehatan/kader, serta kebijakan pemerintah.

Bondowoso merupakan salah satu kabupaten yang berada di Provinsi Jawa Timur. Setiap tahun Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso melaksanakan pendataan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) untuk melihat perkembangan pencapaian jumlah Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) di Kabupaten Bondowoso. Berdasarkan hasil pendataan Kadarzi di Kabupaten Bondowoso tahun 2013 diketahui bahwa jumlah keluarga yang mempunyai status Kadarzi di Kabupaten Bondowoso hanya sebesar 39,1%, sangat jauh dibawah target nasional untuk Kadarzi yaitu sebesar 80%. Berdasarkan kegiatan pembinaan gizi di Kabupaten Bondowoso tahun 2013 diperoleh hasil beberapa indikator Kadarzi yaitu balita yang ditimbang sebesar 88,9% dari target 80%, pemberian ASI eksklusif 54,2% dari target 80%, konsumsi makanan beragam sebesar 51,4% dari target 80%, penggunaan garam beriodium sebesar 87,7% dari target 90% dan pemberian suplemen gizi sebesar 89,9% dari target 90% (Dinkes Kabupaten Bondowoso, 2013).

Pencapaian Kadarzi tertinggi ke-2 di Kabupaten Bondowoso yaitu di wilayah kerja Puskesmas Prajejan yang terletak didaerah pinggiran atau perbatasan dengan Kabupaten Situbondo dan memiliki jarak \pm 24 km dari pusat Kabupaten Bondowoso. Persentase Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Prajejan

yaitu 86,4%. Hal tersebut menggambarkan bahwa terdapat penyimpangan positif (*positive deviance*) dari perilaku masyarakat di daerah tersebut terkait dengan Kadarzi. Empat dari lima indikator Kadarzi mencapai target yang telah ditetapkan oleh Depkes RI, yaitu balita yang ditimbang sebesar 100% dari target 80%, konsumsi makanan beragam sebesar 95,5% dari target 80%, penggunaan garam beriodium sebesar 90,9% dari target 90% dan pemberian suplemen gizi sebesar 100% dari target 90%. Namun, pemberian ASI eksklusif masih berada di bawah target yaitu 66,7% dari 80% (Dinkes Kabupaten Bondowoso, 2013). Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bagian Gizi Puskesmas Prajekan, pencapaian Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Prajekan cukup tinggi karena penyuluhan tentang Kadarzi diberikan pada saat penyelenggaraan posyandu. Selain itu, pemberian informasi Kadarzi juga dilakukan pada saat penyelenggaraan PKK.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ridwan (2010) yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Sadar Gizi pada Keluarga Balita di Kelurahan Karangpanimbal Kecamatan Purwaharja Kota Banjar Tahun 2010”, menyimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan perilaku Kadarzi pada keluarga balita yaitu pendapatan, pengetahuan gizi, budaya keluarga, dan peran tokoh masyarakat. Namun, pada penelitian tersebut belum menyinggung mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi status Kadarzi seperti aspek pelayanan kesehatan seperti sarana kesehatan, keterjangkauan pelayanan kesehatan berdasarkan jarak dan waktu tempuh, serta pelayanan petugas kesehatan, sehingga penelitian ini melengkapi variabel-variabel yang tidak tercantum pada penelitian sebelumnya untuk memperoleh hasil yang lebih detail dan penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan yang terletak di daerah pinggiran atau perbatasan namun memiliki capaian Kadarzi tertinggi ke-2 di Kabupaten Bondowoso. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menganalisis hubungan antara karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan antara karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji karakteristik ibu (umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan sikap) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- b. Mengkaji karakteristik keluarga (besar keluarga dan pendapatan keluarga) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- c. Mengkaji pelayanan kesehatan (sarana, jarak, dan waktu tempuh, pelayanan petugas kesehatan/kader serta keterpaparan informasi Kadarzi) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- d. Mengkaji status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- e. Menganalisis hubungan antara karakteristik ibu (umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan sikap) dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso

- f. Menganalisis hubungan antara karakteristik keluarga (besar keluarga dan pendapatan keluarga) dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- g. Menganalisis hubungan antara pelayanan kesehatan (sarana, jarak, dan waktu tempuh, pelayanan petugas kesehatan/kader serta keterpaparan informasi Kadarzi) dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- h. Menganalisis faktor yang paling berpengaruh terhadap status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang gizi masyarakat berkaitan dengan hubungan karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan terhadap status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) keluarga anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso

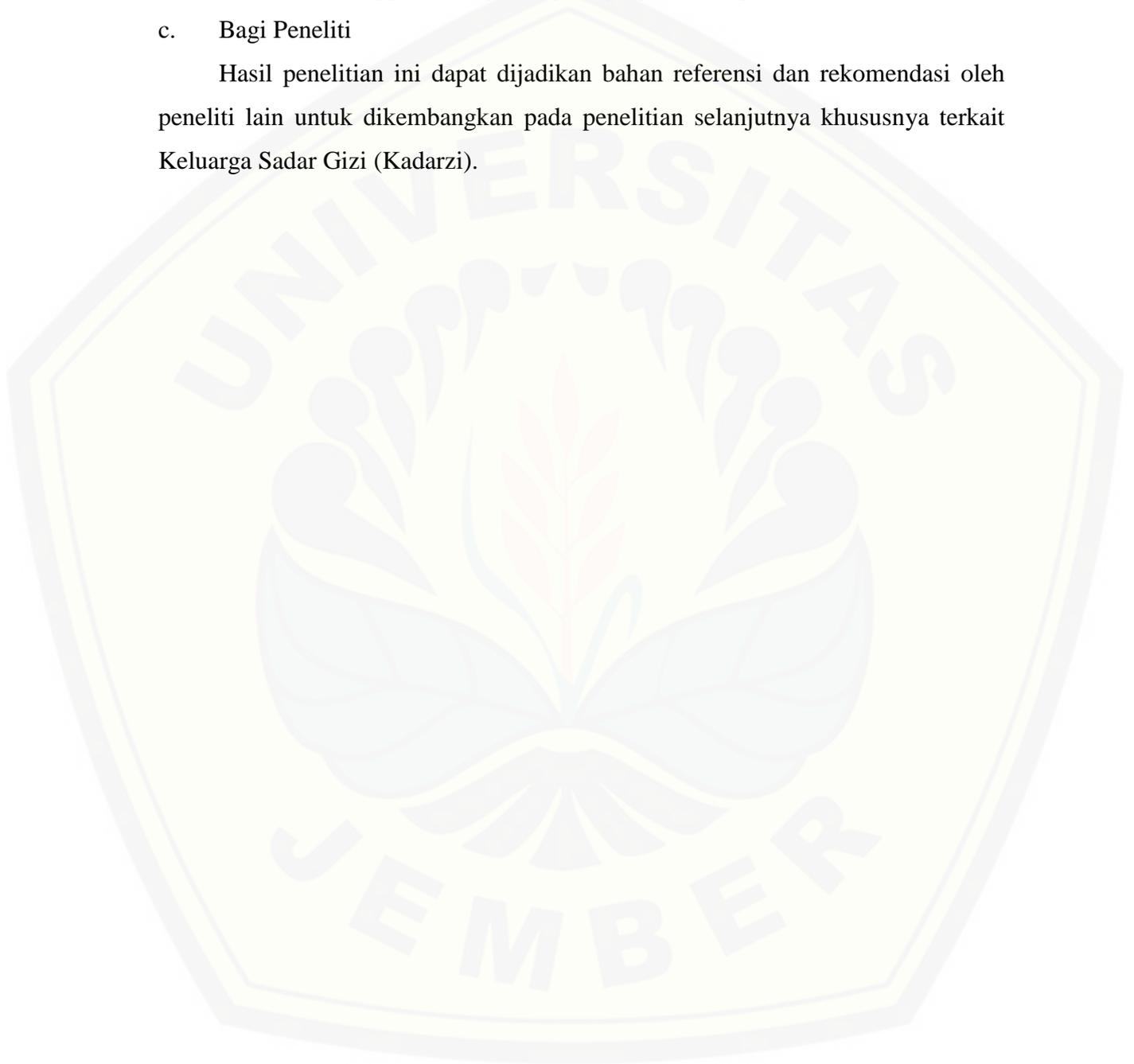
Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam rangka perencanaan kegiatan selanjutnya khususnya pada program gizi dan promosi kesehatan.

b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat khususnya ibu balita agar keluarganya memiliki status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) sehingga mencegah terjadinya gizi salah pada balita.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi dan rekomendasi oleh peneliti lain untuk dikembangkan pada penelitian selanjutnya khususnya terkait Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

Menurut Marylin M. Friedman dalam Effendi (2009) keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Sedangkan menurut Bussard dan Ball dalam Harnilawati (2013), keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat dengan hubungannya dengan seseorang. Seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran, dan kebiasaannya di bentuk di dalam keluarga, serta keluarga berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya.

Menurut Sediaoetama (2010), di Indonesia terdapat tiga pengertian keluarga, yaitu :

- a. Keluarga inti (*core family*) yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat;
- b. *Extended family* yang terdiri atas sepasang suami-istri yang biasanya menanggung biaya keluarga, dan semua orang yang bernaung dibawah satu atap dan menjadi tanggungan suami-istri tersebut, sehingga meliputi anak-anak, kemenakan, bibi dan paman, bahkan eyang; dan
- c. Keluarga besar yaitu kumpulan orang-orang (keluarga-keluarga) yang saling mempunyai pertalian darah, dan biasanya menganggap dirinya keturunan dari suatu nama tertentu, yang biasanya cukup dikenal (ningrat atau terpendang di wilayahnya).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.747/Menkes/SK/2000 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga, Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal,

mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut Kadarzi apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan minimal dengan :

- a. Menimbang berat badan secara teratur
- b. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif)
- c. Makan beraneka ragam
- d. Menggunakan garam beriodium
- e. Minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran

Menurut Depkes RI dalam Ridwan (2010), ada beberapa alasan perbaikan gizi keluarga dimulai dengan perlunya kesadaran gizi keluarga yaitu:

- a. Pengambilan keputusan dalam bidang pangan, gizi dan kesehatan dilaksanakan terutama di tingkat keluarga
- b. Sumber daya dimiliki dan dimanfaatkan di tingkat keluarga
- c. Masalah gizi yang terjadi di tingkat keluarga, erat kaitannya dengan perilaku keluarga tidak semata-mata disebabkan oleh kemiskinan dan ketidakterediaan pangan
- d. Kebersamaan antar keluarga dapat memobilisasi masyarakat untuk memperbaiki keadaan gizi dan kesehatan.

Tujuan Kadarzi menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 747/Menkes/SK/2007 yaitu :

- a. Meningkatnya kemudahan keluarga dan masyarakat memperoleh informasi gizi
- b. Meningkatnya kemudahan keluarga dan masyarakat memperoleh pelayanan gizi yang berkualitas.

Sasaran Kadarzi menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 747/Menkes/SK/2007 yaitu :

- a. 80% balita ditimbang setiap bulan
- b. 80% bayi 0-6 bulan diberi ASI saja (ASI eksklusif)
- c. 90% keluarga menggunakan garam beriodium
- d. 80% keluarga makan beraneka ragam sesuai kebutuhan
- e. Semua balita gizi buruk dirawat sesuai standar tata laksana gizi buruk

- f. Semua anak 6-24 bulan GAKIN mendapatkan MP-ASI
- g. 80% balita (6-59 bulan) dan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A sesuai anjuran
- h. 80% ibu hamil mendapatkan TTD minimal 90 tablet selama kehamilannya.

Perilaku keluarga sadar gizi akan diukur minimal dengan 5 (lima) indikator yang menggambarkan perilaku sadar gizi disesuaikan dengan karakteristik keluarga sebagai berikut:

Tabel 2.1 Indikator Kadarzi

No.	Karakteristik Keluarga	Indikator Kadarzi yang berlaku*					Keterangan
		1	2	3	4	5	
1.	Bila keluarga mempunyai ibu hamil, bayi 0-6 bulan, balita 6-59 bulan	√	√	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah balita mendapat kapsul vit A
2.	Bila keluarga mempunyai bayi 0-6 bulan, balita 6-59 bulan	√	√	√	√	√	-
3.	Bila keluarga mempunyai ibu hamil, balita 6-59 bulan	√	-	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah balita mendapat kapsul vit A
4.	Bila keluarga mempunyai ibu hamil	-	-	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu hamil mendapat TTD 90 tablet
5.	Bila keluarga mempunyai balita 0-6 bulan	√	√	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu nifas mendapat suplemen gizi
6.	Bila keluarga mempunyai balita 6-59 bulan	√	-	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah balita mendapat kapsul vit A
7.	Bila keluarga tidak mempunyai bayi, balita, dan ibu hamil	-	-	√	√	-	-

Sumber : Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007

1. Menimbang berat badan secara teratur.
2. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif).
3. Makan beraneka ragam.

4. Menggunakan garam beriodium.
5. Minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.

√ : berlaku

- : tidak berlaku

2.2 Indikator Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

Keluarga dikatakan keluarga sadar gizi (Kadari) apabila keluarga tersebut telah melaksanakan minimal 5 perilaku gizi yang baik. Adapun penjelasan dari lima perilaku tersebut adalah sebagai berikut:

2.2.1 Menimbang Berat Badan Secara Teratur

Menimbang berat badan secara teratur maksudnya adalah keluarga menimbang berat badan balita setiap bulan kemudian dicatat dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) (Depkes RI, 2007). Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Artinya, ketika orang tua mengetahui anaknya tidak naik berat badannya, maka akan dapat melakukan upaya penanganan secara cepat, sehingga tidak sempat menyebabkan gizi kurang. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut, penimbangan balita setiap bulan sangat diperlukan. Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti Posyandu, Polindes, Puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain (Kemenkes RI, 2013).

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan kesehatan yaitu mengikuti perkembangan kesehatan dan pertumbuhan atau status gizi anggota keluarga dari waktu ke waktu, terutama bayi, balita dan ibu hamil karena perubahan status gizi dari waktu ke waktu hanya dapat terlihat pada penduduk usia muda dan rentan terhadap masalah gizi. Upaya pemantauan ini merupakan salah satu program gizi yang dilakukan di banyak negara termasuk Indonesia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Karolina *et al* (2012) di Kabupaten Gayo Lues menunjukkan

bahwa keteraturan menimbang berat badan memiliki hubungan yang signifikan dengan status gizi berdasarkan indikator BB/U dan BB/TB. Batasan pemantauan yang dikatakan teratur adalah minimal 4 kali berturut-turut dalam enam bulan terakhir (Nadimin, 2010).

Beberapa alasan ibu tidak menimbang balitanya yaitu anak sudah mendapat imunisasi lengkap atau sudah tidak di imunisasi lagi, posyandu jauh dari rumah, ibu lupa jadwal posyandu di desanya dan ibu sibuk bekerja sehingga tidak sempat membawa anak ke posyandu. Dapat diasumsikan hal tersebut dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan masyarakat tentang manfaat penimbangan untuk mengetahui status gizi dan pertumbuhan balitanya. Padahal dengan menimbang berat badan secara teratur maka segera dapat diketahui apabila terjadi penyimpangan pola pertumbuhan untuk dilakukan perbaikan dan pencegahan kearah yang lebih jelek (Karolina *et al*, 2012). Selain itu, tindakan ibu dalam menimbang balita ke posyandu dipengaruhi oleh beberapa faktor yang memungkinkan anak dibawa ke posyandu misalnya karena ibu adalah ibu rumah tangga yang selalu mempunyai kesempatan untuk membawa balita ke posyandu setiap bulannya (Merdawati dan Rika, 2008). Masih adanya balita yang belum ditimbang berat badannya juga dapat disebabkan karena fasilitas yang jauh dari jangkauan, sarana yang belum memadai, hingga kesadaran keluarga utamanya ibu masih kurang (Karolina *et al*, 2010). Menurut Nadimin (2010), masih rendahnya cakupan pemantauan berat badan anak balita ada kaitannya dengan tingkat pendidikan orang tua terutama pendidikan ibu yang masih rendah. Pada tingkat pendidikan yang rendah, maka pengetahuan mereka akan manfaat menimbang anak juga rendah sehingga kesadaran keluarga untuk menimbang anaknya di posyandu atau unit pelayanan kesehatan relatif rendah.

2.2.2 Memberi ASI (Air Susu Ibu) Saja kepada Bayi sampai Usia 6 Bulan

ASI dihasilkan oleh kalenjar payudara wanita melalui proses laktasi. Keberhasilan laktasi ini dipengaruhi oleh kondisi sebelum dan saat kehamilan berlangsung. Kondisi sebelum kehamilan ditentukan oleh perkembangan payudara

saat lahir dan pubertas, sedangkan kondisi pada saat kehamilan yaitu pada trimester II dimana payudara mengalami pembesaran oleh karena pertumbuhan dan diferensiasi dari lobuloalveolar dan sel epitel payudara. Pada saat pembesaran payudara ini hormon prolaktin dan laktogen placenta aktif bekerja dalam memproduksi ASI. ASI terdiri dari air, alfa-laktoalbumin, laktosa, kasein, asam amino, antibodi terhadap kuman, virus, dan jamur. ASI juga mengandung *growth factor* yang berguna di antaranya untuk perkembangan mukosa usus (Proverawati dan Rahmawati, 2010).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, Air Susu Ibu Eksklusif yang selanjutnya disebut ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada Bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain. Bayi sangat dianjurkan untuk diberi ASI Eksklusif karena pencernaan bayi belum siap untuk mencerna makanan selain ASI. ASI juga mengandung zat-zat kekebalan yang sangat diperlukan oleh bayi karena bayi sangat rentan terhadap penyakit (Nadimin, 2010). Keluarga terutama dalam hal ini ibu memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur enam bulan merupakan salah satu bentuk kesadaran gizi keluarga. Pengecualiannya adalah bila diperlukan bayi diperbolehkan minum obat-obatan, vitamin dan mineral tetes atas saran dokter. ASI harus diberikan pada bayi segera setelah dilahirkan (30 menit setelah lahir), karena daya isap bayi sangat kuat pada masa ini sehingga dapat merangsang produksi ASI selanjutnya. Keluarga yang memberikan ASI eksklusif dapat memberikan petunjuk adanya kesadaran gizi keluarga yang tinggi (Depkes RI, 2007).

Adapun manfaat memberikan ASI eksklusif dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. ASI merupakan makanan bayi yang paling sempurna, sehat bersih, murah dan mudah memberikannya pada bayi.
- b. ASI saja dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi untuk tumbuh kembang dengan normal pada bayi sampai umur 6 bulan
- c. ASI yang pertama keluar disebut kolostrum berwarna kekuningan mengandung zat kekebalan untuk mencegah timbulnya penyakit

- d. Keluarga tidak perlu mengeluarkan biaya untuk makanan bayi 0-6 bulan
- e. Dapat mempererat ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi

Menyusui sejak dini mempunyai dampak yang positif baik bagi ibu maupun bayinya. Bagi bayi, menyusui mempunyai peran penting untuk menunjang pertumbuhan, kesehatan, dan kelangsungan hidup bayi karena ASI kaya dengan zat gizi dan antibodi. Sedangkan bagi ibu, menyusui dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas karena proses menyusui akan merangsang kontraksi uterus sehingga mengurangi perdarahan pasca melahirkan (*postpartum*) (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 33 tahun 2012, pengaturan pemberian ASI Eksklusif bertujuan untuk :

- a. Menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 (enam) bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya
- b. Memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya
- c. Meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah pusat terhadap pemberian ASI Eksklusif

Menyusui dalam jangka panjang dapat memperpanjang jarak kelahiran karena masa *amenorrhoe* lebih panjang. UNICEF dan WHO membuat rekomendasi pada ibu untuk menyusui eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Sesudah umur 6 bulan, bayi baru dapat diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dan ibu tetap memberikan ASI sampai anak berumur minimal 2 tahun (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Utamy dalam Nadimin (2010), komposisi ASI ibu satu ASI ibu satu berbeda dengan komposisi ASI ibu lainnya. Misalnya, komposisi air susu ibu yang melahirkan cukup bulan berbeda dengan komposisi air susu ibu yang melahirkan kurang bulan meskipun kedua ibu melahirkan pada waktu yang sama. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nadimin (2010) di Kabupaten Gayo Lues menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara memberikan ASI eksklusif dengan status gizi balita.

Menurut Proverawati dan Rahmawati (2010) dalam bukunya yang berjudul “Kapita Selekta ASI dan Menyusui”, faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI dan produksi ASI yaitu :

a. Frekuensi Penyusuan

Frekuensi penyusuan ini berkaitan dengan kemampuan stimulasi hormon dalam kelenjar payudara. Berdasarkan beberapa penelitian, maka direkomendasikan untuk frekuensi penyusuan paling sedikit 8 kali per hari pada periode awal setelah melahirkan.

b. Berat Lahir

Beberapa penelitian menyebutkan adanya hubungan antara berat lahir bayi dengan volume ASI, yaitu berkaitan dengan kekuatan mengisap, frekuensi, dan lama penyusuan. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mempunyai kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah dibandingkan dengan bayi berat lahir normal. Kemampuan mengisap ASI yang rendah ini termasuk didalamnya frekuensi dan lama penyusuan yang lebih rendah yang akan mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitoin dalam memproduksi ASI.

c. Umur Kehamilan Saat Melahirkan

Kehamilan saat melahirkan akan mempengaruhi terhadap asupan ASI si bayi. Bila umur kehamilan kurang dari 34 minggu (bayi lahir prematur), maka bayi dalam kondisi sangat lemah dan tidak mampu mengisap secara efektif, sehingga produksi ASI lebih rendah daripada bayi yang lahir normal atau tidak prematur. Lemahnya kemampuan mengisap pada bayi prematur ini dapat disebabkan oleh karena berat badannya yang rendah dan belum sepenuhnya fungsi organ tubuh bayi tersebut.

d. Usia dan Paritas

Usia dan paritas tidak berhubungan dengan produksi ASI. Pada ibu menyusui yang masih berusia remaja dengan gizi baik, *intake* ASI mencukupi. Sementara itu, pada ibu yang melahirkan lebih dari 1 kali, produksi ASI pada hari keempat *post partum* jauh lebih tinggi dibandingkan pada ibu yang baru melahirkan pertama kalinya.

e. Stres dan Penyakit Akut

Adanya stres dan kecemasan pada ibu menyusui dapat mengganggu proses laktasi, oleh karena pengeluaran ASI terhambat, sehingga akan mempengaruhi produksi ASI. Penyakit infeksi kronis maupun akut juga dapat mengganggu proses laktasi dan mempengaruhi produksi ASI. ASI akan keluar dengan baik apabila ibu dalam kondisi rileks dan nyaman.

f. Konsumsi Rokok

Konsumsi rokok dapat mengganggu kerja hormon prolaktin dan oksin dalam memproduksi ASI. Rokok akan menstimulasi pelepasan adrenalin, dan adrenalin akan menghambat pelepasan oksitosin, sehingga volume ASI yang dihasilkan akan berkurang. Penelitian menunjukkan bahwa pada ibu yang merokok lebih dari 15 batang per hari mempunyai prolaktin 30-50% lebih rendah pada hari pertama dan hari ke-21 setelah melahirkan, dibandingkan dengan yang tidak merokok.

g. Pil Kontrasepsi

Penggunaan pil kontrasepsi kombinasi estrogen dan progestin berkaitan dengan penurunan volume dan durasi ASI. Sedangkan pil yang hanya mengandung protein tidak ada dampak terhadap volume ASI. Berdasarkan hal ini maka WHO merekomendasikan pil progestin bagi ibu yang menggunakan pil kontrasepsi.

2.2.3 Makan Beraneka Ragam

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas makanan. Kualitas makanan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh didalam susunan makanan dan perbandingannya satu terhadap yang lain. Kuantitas menunjukkan jumlah masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Kalau susunan makanan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari sudut kualitas maupun kuantitasnya, maka tubuh akan mendapat kondisi kesehatan gizi yang sebaik-baiknya, disebut konsumsi adekuat (Sediaoetama, 2010).

Menurut Almatsier (2009) pembagian makanan berdasarkan fungsinya bagi tubuh dapat diuraikain sebagai berikut:

- a. Makanan sumber zat tenaga antara lain: beras, jagung, gandum, ubi kayu, ubi jalar, kentang, sagu, roti dan mi. Minyak, margarin dan santan yang mengandung lemak juga dapat menghasilkan tenaga. Makanan sumber zat tenaga menunjang aktivitas sehari-hari.
- b. Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari bahan makanan nabati adalah kacang-kacangan, tempe, tahu. Sedangkan yang berasal dari hewan adalah telur, ikan, ayam, daging, susu serta hasil olahan, seperti keju. Zat pembangun berperan sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang.
- c. Makanan sumber zat pengatur adalah semua sayur-sayuran dan buah-buahan. Makanan ini mengandung berbagai vitamin dan mineral, yang berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ-organ tubuh.

Untuk meningkatkan status gizi masyarakat, perlu ditingkatkan penyediaan beraneka ragam pangan dalam jumlah mencukupi, disamping peningkatan daya beli masyarakat. Seiring dengan itu perlu dilakukan upaya untuk mengubah perilaku masyarakat agar mengkonsumsi beraneka ragam makanan yang bermutu gizi tinggi. Dalam Repelita IV salah satu langkah kebijaksanaan pangan dan gizi adalah penganekaragaman konsumsi pangan atau diversifikasi konsumsi pangan, yaitu meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pola pangan yang beraneka ragam untuk meningkatkan mutu gizinya. Pola konsumsi pangan, yang lebih banyak menekankan pada energi berasal dari karbohidrat didorong untuk berubah ke arah pola pangan sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS). Kebijakan yang menyertai adalah penyediaan berbagai komoditas pangan dalam jumlah yang cukup, terutama ikan dan sumber protein hewani lainnya, sayuran, dan buah-buahan, disamping kebijaksanaan tentang harga yang terjangkau bagi masyarakat luas. Imbauan kepada masyarakat tentang penganekaragaman pangan ini sebetulnya telah dilakukan pemerintah sejak awal tahun 1960-an (Almatsier, 2009).

Menurut Sunita Almatsier (2009), untuk dapat tumbuh dengan baik dan sehat, orang perlu makan makanan yang mengandung semua zat gizi dalam jumlah yang cukup. Dalam Kadarzi, susunan makanan yang dianjurkan adalah yang menjamin keseimbangan gizi. Hal ini dapat dicapai dengan mengonsumsi beraneka ragam makanan. Tiap makanan dapat saling melengkapi dalam zat-zat gizi yang dikandung yang didasarkan pada tiga fungsi yaitu sebagai sumber energi/tenaga, sumber zat pembangun dan sumber zat pengatur.

Makanan yang beranekaragam yaitu makanan yang mengandung unsur-unsur zat gizi yang diperlukan tubuh baik kualitas maupun kuantitasnya terutama zat tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur. Keanekaragaman makanan dalam hidangan sehari-hari yang dikonsumsi, minimal harus berasal dari satu jenis makanan sumber zat tenaga, satu jenis makanan sumber zat pembangun dan satu jenis makanan sumber zat pengatur. Penerapan prinsip penganekaragaman yang minimal yaitu keluarga mengonsumsi yang makanan beraneka ragam setiap hari yang terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah. Hal tersebut merupakan salah satu perilaku keluarga yang sadar gizi. Mengonsumsi pangan secara beraneka ragam adalah merupakan cerminan adanya kesadaran keluarga tentang pentingnya pemenuhan gizi untuk pemeliharaan kesehatan dan peningkatan status gizi (Depkes RI, 2007). Susunan menu yang disajikan di atas meja suatu keluarga dipengaruhi oleh banyak faktor. Untuk masyarakat awam, susunan menu lebih ditentukan oleh kebiasaan turun-menurun dan menurut kebutuhan psikis. Menu yang menuruti citarasa dan mempunyai nilai sosial tinggi akan lebih banyak dipilih dibandingkan dengan makanan yang tidak menarik dan dianggap tidak mempunyai nilai sosial yang memuaskan (Sediaoetama, 2010).

Menurut Moehji (2002) dalam bukunya yang berjudul “Ilmu Gizi, Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi”, menjabarkan bahwa penganekaragaman makanan dapat berarti sebagai berikut :

- a. Menganekaragamkan bahan makanan yang digunakan, baik makanan pokok, lauk pauk, ataupun sayur mayur dan buah.

Makanan pokok sumber karbohidrat tidaklah perlu terpaku hanya pada beras, akan tetapi dapat diselingi dengan sumber karbohidrat yang lain. Makan

pagi, misalnya menggunakan mi sebagai sumber karbohidrat, untuk makanan selingan digunakan kue yang dibuat dari ubi atau sumber karbohidrat lain. Demikian juga halnya lauk pauk sebagai sumber protein sangatlah baik jika selalu digabungkan dengan bahan makanan sumber protein hewani atau dua jenis bahan makanan sumber protein nabati.

Keuntungan penggunaan aneka ragam bahan makanan terutama bahan makanan pokok adalah untuk menghilangkan ketergantungan masyarakat akan satu jenis bahan pangan saja seperti beras. Demikian pula kebutuhan rakyat akan beras yang meningkat dari tahun ke tahun dapat dikurangi. Selain itu, penganekaragaman penggunaan bahan makanan juga merupakan usaha yang paling praktis untuk menekan harga makanan keluarga, sehingga dengan biaya yang relatif lebih sedikit dapat disusun makanan yang memenuhi kebutuhan gizi keluarga.

b. Penganekaragaman makanan keluarga dapat juga berarti penganekaragaman macam masakan yang dibuat dari satu jenis bahan pangan. Ubi kayu misalnya dapat dimasak menjadi kue lapis, getuk, lindri atau masakan-masakan lain sehingga menu keluarga menjadi bervariasi. Dari kacang kedelai dapat dibuat rempeyek kedelai, tempe, dan tahu, macam-macam masakan dari tempe dan tahu seperti kripik tempe, kripik tahu, dan sebagainya. Usaha untuk menyebarluaskan dan mengembangkan macam-macam masakan daerah akan memungkinkan terciptanya variasi masakan yang sangat luas di samping juga membantu menanamkan rasa kesatuan bangsa dan wawasan nasional.

c. Penganekaragaman makanan keluarga juga berarti menganekaragamkan pola menu dan makanan kebiasaan. Berbagai survei yang dilakukan di berbagai daerah menunjukkan pola menu dan kebiasaan makanan yang sangat sederhana dari sebagian besar keluarga terutama di daerah pedesaan, ataupun pada keluarga yang berpenghasilan relatif rendah. Keluarga tersebut sering hanya makan dua kali sehari tanpa ada makanan lain dalam bentuk selingan. Pola menu yang sederhana yang sebagian besar terdiri dari nasi saja ditambah lauk seadanya menjadikan nasi sebagai sumber zat gizi. Oleh karena itu, jumlah nasi yang harus

dimakan menjadi lebih banyak dan melebihi dari yang dianjurkan, sedangkan kebutuhan akan berbagai zat gizi lain tidak terpenuhi.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian balita cenderung tidak mengkonsumsi beranekaragam makanan. Padahal balita perlu mengkonsumsi beraneka ragam makanan untuk menunjang pertumbuhan fisik maupun mental. Asupan makanan yang kurang beragam secara terus menerus dalam waktu yang lama berisiko mengalami kekurangan gizi atau gizi kurang. Hasil penelitian membuktikan bahwa sebagian besar balita yang menderita gizi kurang mempunyai pola makan yang kurang beragam (Nadimin, 2010).

2.2.4 Menggunakan Garam Beriodium

Keluarga menggunakan garam beriodium untuk memasak setiap hari adalah salah satu perilaku keluarga sadar gizi. Untuk menentukan garam yang digunakan keluarga adalah beriodium atau tidak dilakukan dengan test iodina/tes amilum. Apabila hasil tesnya berwarna ungu maka garam tersebut merupakan garam beriodium (Depkes RI, 2007).

Garam beriodium adalah garam *Natrium clorida* (NaCl) yang diproduksi melalui proses iodisasi yang memenuhi Standar Nasional Indonesia (SNI) antara lain mengandung iodium sebesar 30-80 ppm. Zat iodium adalah salah satu zat gizi mikro yang sangat penting bagi berbagai fungsi tubuh terutama pertumbuhan fisik dan perkembangan otak. Iodium berfungsi dalam produksi hormon tiroid. Hormon ini sangat dibutuhkan dalam perkembangan fungsi otak dan sebagian besar metabolisme sel tubuh, pengaturan suhu tubuh, sintesa protein, reproduksi, pertumbuhan dan perkembangan neuromuscular (Gabriel, 2008). Hormon tiroid diangkut oleh pembuluh darah dari “pabriknya” di kelenjar gondok ke seluruh tubuh untuk mengatur proses kimiawi terjadi dalam sel-sel berbagai organ tubuh termasuk sel-sel otak dan susunan syaraf. Akibat kekurangan iodium yang paling banyak dikenal adalah pembesaran kelenjar gondok dan kretin (kerdil), selain itu berbagai penelitian menunjukkan bahwa kekurangan iodium juga merupakan penyebab utama keterbelakangan mental anak-anak di dunia. Oleh karena luasnya

akibat defisiensi ini, Defisiensi iodium saat ini dikenal dengan istilah Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI) (Moehji, 2002).

Anjuran pemenuhan garam beriodium yaitu tidak boleh lebih dari 6 gram per hari atau satu sendok teh setiap hari, hal tersebut dikarenakan di dalam garam beriodium mengandung natrium. Apabila konsumsi garam berlebihan, maka akan dapat memicu timbulnya penyakit seperti tekanan darah tinggi, *stroke*, dan lainnya. Penambahan garam pada makanan sebaiknya dilakukan setelah makanan dimasak karena kandungan iodium mudah rusak atau hilang saat makanan dimasak (Depkes, 2009).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, secara nasional 77,1% keluarga yang mengonsumsi garam dengan kandungan cukup iodium, 14,8% keluarga mengonsumsi garam dengan kandungan kurang iodium dan 8,1% keluarga mengonsumsi garam yang tidak mengandung iodium. Kecenderungan keluarga yang mengonsumsi garam dengan kandungan iodium cukup berdasarkan hasil tes cepat pada tahun 2013 mengalami peningkatan dibanding tahun 2007 sebesar 14,8%. Target WHO untuk *Universal Salt Iodization* (USI) atau garam beriodium untuk semua, yaitu minimal 90% keluarga mengonsumsi garam dengan kandungan iodium cukup, masih belum tercapai. Pada tahun 2013, sebanyak 13 provinsi telah mencapai USI, sedangkan pada tahun 2007 hanya 6 provinsi.

Perilaku ibu rumah tangga yang tidak mengonsumsi garam beriodium dipengaruhi oleh kurang pemahannya ibu rumah tangga akan pentingnya konsumsi garam beriodium bagi kesehatan. Selain itu tidak pemahannya ibu rumah tangga terhadap cara penggunaan garam beriodium yang benar pada masakan, adanya pengaruh dari orang yang dianggap penting, pengalaman pernah menggunakan garam beriodium dan kebiasaan menggunakan garam biasa menyebabkan timbulnya sikap negatif terhadap garam beriodium tersebut (Prawini dan Ekawati, 2013). Masih rendahnya cakupan garam beriodium di dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu masih beredar bebasnya garam rakyat, keadaan ekonomi masyarakat, tingkat pendidikan dan belum adanya kebijakan pemerintah yang mengatur distribusi garam. Garam rakyat mempunyai harga yang lebih murah, sehingga rumah tangga pada level pendidikan dan keadaan ekonomi yang pas-

pasan lebih memilih garam rakyat. Disisi lain ketersediaan garam beriodium hanya terbatas di daerah-daerah tertentu, sementara garam rakyat dijual dari rumah ke rumah dan selalu tersedia di kios-kios di seluruh pelosok desa. Tidak semua kios-kios desa menjual garam beriodium (Nadimin, 2010).

2.2.5 Memberikan Suplemen Gizi Sesuai Anjuran

Suplementasi gizi adalah salah satu program intervensi gizi di negara berkembang. Suplementasi merupakan upaya pencegahan dan penanggulangan kurang gizi dengan basis bukan makanan atau *non food-based intervention*. Suplementasi zat gizi diperlukan karena kebutuhan zat gizi pada kelompok bayi, balita, ibu hamil dan ibu menyusui meningkat dan seringkali tidak bisa dipenuhi dari makanan sehari-hari terutama vitamin A untuk balita, zat besi untuk ibu dan iodium untuk di daerah endemik gondok. Memberikan suplemen gizi sesuai anjuran merupakan salah satu perilaku keluarga sadar gizi. Suplementasi yang telah dilaksanakan di Indonesia adalah suplementasi vitamin A balita dan ibu nifas dalam bentuk pil atau kapsul vitamin A, suplementasi zat besi pada ibu hamil dan menyusui dan suplementasi zat iodium di daerah gondok endemik (Arisman, 2004). Suplemen gizi yang berkaitan dengan keluarga balita adalah memberikan kapsul vitamin A biru pada bayi usia 6-11 bulan pada bulan Februari atau Agustus dan memberikan kapsul vitamin A merah pada balita usia 12-59 bulan pada bulan Februari dan Agustus. Penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa pemberian suplementasi kapsul vitamin A sebanyak 2 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 (Depkes RI, 2009). Berdasarkan data Riskesdas yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan (2013), cakupan pemberian vitamin A meningkat dari 71,5% pada tahun 2007 menjadi 75,5% pada tahun 2013.

Menurut Almatsier (2009), vitamin A adalah vitamin larut lemak yang pertama ditemukan. Secara luas vitamin A merupakan nama generik yang

menyatakan semua retinoid dan prekursor atau provitamin A atau karotenoid yang mempunyai aktivitas biologik sebagai retinol. Vitamin A esensial untuk pemeliharaan kesehatan dan kelangsungan hidup. Vitamin A merupakan zat gizi yang sangat penting bagi balita. Vitamin A berfungsi dalam proses penglihatan, pertumbuhan dan memberikan kekebalan. Kekurangan vitamin A sering ditemukan pada golongan balita. Akibat kekurangan vitamin A yang paling sering ditemukan pada anak balita adalah terjadinya kebutaan yang biasa disebut dengan *Xerophthalmia*. Masalah kebutaan akibat kekurangan vitamin A sampai saat ini masih menjadi masalah gizi utama di Indonesia. Vitamin A berpengaruh terhadap fungsi kekebalan tubuh manusia. Sistem kekebalan membantu mencegah atau melawan infeksi dengan cara membuat sel darah putih yang dapat menghancurkan berbagai bakteri dan virus berbahaya. Retinol berpengaruh terhadap pertumbuhan dan diferensiasi limfosit B, yaitu leukosit yang berperan dalam proses kekebalan humoral (Nadimin, 2010).

Suplementasi vitamin A dilaksanakan melalui kegiatan posyandu. Ibu cukup membawa balita ke posyandu tanpa perlu mengeluarkan biaya. Suplementasi A dosis tinggi secara berkala kepada anak akan memberikan pengaruh pencegahan 3-6 bulan. Suplementasi kapsul Vitamin A pada anak umur 6-59 bulan dan ibu nifas bertujuan tidak hanya untuk pencegahan kebutaan tetapi juga untuk penanggulangan Kurang Vitamin A (KVA). Selain itu kapsul vitamin A juga diberi pada balita yang sakit campak, diare, gizi buruk atau xeroptalmia dengan dosis sesuai umumnya. Selain kepada bayi, suplementasi vitamin A juga diberikan kepada ibu nifas dimaksudkan supaya kandungan vitamin A dalam ASI bisa mencukupi kebutuhan vitamin A bayi. Dengan suplementasi vitamin A dosis tinggi segera setelah melahirkan terbukti memperbaiki status vitamin A ibu juga bayi (Depkes RI, 2009).

Hasil penelitian Nadimin (2010) menunjukkan ada perbedaan cakupan distribusi kapsul vitamin A menurut umur anak. Cakupan pemberian kapsul vitamin A menurut kelompok umur cukup bervariasi, nampak cakupan tertinggi pada kelompok umur 48-60 bulan. Sedangkan menurut jenis kelamin, tidak nampak perbedaan cakupan antara anak perempuan dan anak laki-laki.

2.3 Strategi Promosi Keluarga Sadar Gizi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.747/Menkes/SK/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga, strategi untuk mencapai sasaran Kadarzi adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan fungsi dan peran posyandu sebagai wahana masyarakat dalam memantau dan mencegah secara dini gangguan pertumbuhan balita.
- b. Menyelenggarakan pendidikan/promosi gizi secara sistematis melalui advokasi, sosialisasi, Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dan pendampingan keluarga.
- c. Menggalang kerjasama dengan lintas sektor dan kemitraan dengan swasta dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta pihak lainnya dalam mobilisasi sumberdaya untuk penyediaan pangan rumah tangga, peningkatan daya beli keluarga dan perbaikan asuhan gizi.
- d. Mengupayakan terpenuhinya kebutuhan suplementasi gizi terutama zat gizi mikro dan MP-ASI bagi balita GAKIN.
- e. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas puskesmas dan jaringannya dalam pengelolaan dan tatalaksana pelayanan gizi.
- f. Mengupayakan dukungan sarana dan prasarana pelayanan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan gizi di puskesmas dan jaringannya.
- g. Mengoptimalkan surveilans berbasis masyarakat melalui Pemantauan Wilayah Setempat Gizi, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa Gizi Buruk dan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi.

Menurut Depkes RI (2007), strategi dasar Kadarzi adalah pemberdayaan keluarga dan masyarakat, Bina Suasana dan Advokasi yang didukung oleh Kemitraan. Berikut adalah penjelasan masing-masing strategi, yaitu:

- a. Gerakan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat ditujukan kepada masyarakat langsung sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai macam kegiatan antara lain penyuluhan kesehatan dan pengorganisasian (Notoatmodjo, 2007).

Gerakan pemberdayaan masyarakat adalah proses pemberian informasi Kadarzi secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran di berbagai tatanan, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar gizi, dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku sadar gizi. Sasaran utama pemberdayaan masyarakat adalah individu, keluarga dan kelompok masyarakat.

b. Bina Suasana

Bina suasana adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu, keluarga dan kelompok masyarakat untuk mau melakukan perilaku Kadarzi. Seseorang akan terdorong untuk melakukan perilaku sadar gizi apabila lingkungan sosial dimana dia berada (keluarga di rumah, orang-orang menjadi panutan, idolanya, majelis agama, dan lain-lain) memiliki opini yang positif terhadap perilaku sadar gizi. Bina suasana perlu dilakukan karena akan mendukung proses pemberdayaan masyarakat khususnya dalam upaya mengajak para individu dan keluarga dalam penerapan perilaku sadar gizi.

c. Advokasi

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholders*). Advokasi diarahkan untuk menghasilkan kebijakan yang mendukung peningkatan penerapan Kadarzi. Kebijakan publik di sini dapat mencakup peraturan perundangan di tingkat nasional maupun kebijakan di daerah seperti Peraturan Daerah (PERDA), Surat Keputusan Gubernur, Bupati/Walikota, Peraturan Desa dan lain sebagainya.

d. Kemitraan

Gerakan pemberdayaan, bina suasana dan advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan dukungan kemitraan. Kemitraan Kadarzi adalah suatu kerja sama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai peningkatan Kadarzi. Kemitraan Kadarzi berlandaskan

pada 3 prinsip dasar yaitu kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan antarmitra.

2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Status Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi)

Perilaku kesehatan ibu mempengaruhi status Kadarzi keluarga. Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu :

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi, dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, dan sebagainya.

Faktor predisposisi yang mempengaruhi status Kadarzi, yaitu :

1) Umur

Umur adalah salah satu aspek sosial yang berpengaruh terhadap perilaku. Umur berpengaruh terhadap terbentuknya kemampuan, karena kemampuan yang dimiliki dapat diperoleh melalui pengalaman sehari-hari di luar faktor pendidikannya (Sediaoetama, 2010). Menurut Hurlock dalam Gabriel (2008), ibu yang relatif muda cenderung kurang memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam mengasuh anak sehingga umumnya mereka mengasuh dan merawat anak didasarkan pada pengalaman orang tua terdahulu. Sebaliknya, pada ibu yang lebih berumur cenderung akan menerima dengan senang hati tugasnya sebagai ibu sehingga akan mempengaruhi pula terhadap kualitas dan kuantitas pengasuhan anak. Sebagian besar ibu yang masih muda memiliki sedikit sekali pengetahuan tentang gizi dan pengalaman dalam mengasuh anak. Dapat diasumsikan bahwa kemampuan pemilihan makanan ibu rumah tangga muda akan berbeda dengan kemampuan pemilihan makanan pada ibu rumah tangga yang telah berumur lebih tua dan pola pembelian makanan cenderung lebih berpengaruh kepada orang

tuanya. Umur ibu berpengaruh pada tipe pemilihan konsumsi makanan di rumah dan juga pengeluaran makanannya.

2) Pendidikan

Menurut undang-undang RI no. 23 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara. Pendidikan adalah suatu proses yang berjalan berkesinambungan, mulai dari usia anak sampai dewasa. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Wawan dan Dewi, 2010). Sistem pendidikan dibedakan menjadi pendidikan formal, pendidikan informal, dan pendidikan non formal. Pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang, yang terdiri atas pendidikan dasar, menengah, dan tinggi. Pendidikan informal adalah pendidikan yang diperoleh melalui penyuluhan. Pendidikan non formal adalah jalur pendidikan di luar jalur pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang (Depdiknas, 2003). Masing-masing jenjang pendidikan selanjutnya dikategorikan lagi dalam tingkat pendidikan rendah, sedang, dan tinggi. Jenjang pendidikan rendah adalah tidak tamat atau tamat SD dan tamat SMP. Jenjang pendidikan tamat SMA termasuk dalam tingkat pendidikan sedang. Jenjang pendidikan akademi atau perguruan tinggi, termasuk dalam tingkat pendidikan tinggi (Amaliyah, 2008).

Menurut Sulistyowati dan Astuti (2012), terdapat hubungan positif antara pendidikan ibu dengan pengetahuan. Pendidikan sangat mempengaruhi seseorang terhadap pengetahuan yang dimilikinya dimana melalui pendidikan maka seseorang akan dapat memperoleh pengetahuan dan dapat menghasilkan perubahan perilaku kearah yang lebih baik. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai manfaat yang positif dengan pengembangan pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa jika

pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan gizi dan praktek gizi bertambah baik namun seseorang dengan pendidikan rendah belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi dibandingkan dengan orang lain yang berpendidikan lebih tinggi, karena sekalipun berpendidikan rendah kalau orang tersebut rajin mendengarkan atau melihat informasi gizi bukan mustahil pengetahuan dan perilaku tentang gizinya akan lebih baik (Nurfauziah, 2013).

Tingkat pendidikan ibu mempengaruhi kemampuan ibu untuk menyerap pengetahuan tentang gizi (Amaliyah, 2008). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Indahsari (2011) yang menyatakan pendidikan ibu berpengaruh terhadap perilaku Kadarzi. Dalam penelitian Amaliyah (2008), sebagian besar tingkat pengetahuan ibu pada keluarga dengan status Kadarzi tergolong baik, sedangkan pada keluarga non Kadarzi sebagian besar ibu memiliki tingkat pengetahuan sedang. Perbedaan tingkat pengetahuan Kadarzi disebabkan oleh adanya perbedaan tingkat pendidikan ibu.

3) Pekerjaan

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktifitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Dalam pembicaraan sehari-hari istilah ini sering dianggap sinonim dengan profesi (Suryani, 2013). Pekerjaan berhubungan dengan pendidikan dan pendapatan serta berperan penting dalam kehidupan sosial ekonomi dan memiliki keterkaitan dengan faktor lain seperti kesehatan (Gabriel, 2008). Pekerjaan ibu mempunyai pengaruh terhadap perilaku kadarzi, karena ibu tidak mempunyai waktu untuk memperhatikan kebutuhan gizi keluarga (Indahsari, 2011).

4) Pengetahuan Ibu

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi

terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu :

(a) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Misalnya : tahu bahwa buah tomat banyak mengandung vitamin C, jamban adalah tempat membuang air besar, penyakit demam berdarah ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*, dan sebagainya.

(b) Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut. Misalnya, orang yang memahami cara pemberantasan penyakit demam berdarah, bukan hanya sekedar menyebutkan 3M (mengubur, menutup, dan mengurus), tetapi harus dapat menjelaskan mengapa harus menutup, mengurus, dan sebagainya.

(c) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain. Misalnya, seseorang yang telah paham tentang proses perencanaan, ia harus dapat membuat perencanaan program kesehatan di tempat ia bekerja atau di mana saja. Orang yang telah paham metodologi penelitian, ia akan mudah membuat proposal penelitian di mana saja, dan seterusnya.

(d) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan,

membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut. Misalnya, dapat membedakan antara nyamuk *Aedes Aegypti* dengan nyamuk biasa, dapat membuat diagram (*flow chart*) siklus hidup cacing kremi, dan sebagainya.

(e) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Misalnya, dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar, dapat membuat kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

(f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penampilan terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat. Misalnya, seorang ibu dapat menilai atau menentukan seorang anak menderita malnutrisi atau tidak.

Pengetahuan tentang gizi dan makanan yang dikonsumsi merupakan faktor penentu kesehatan seseorang. Pengetahuan dapat membuat keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan tersebut yang dapat diperoleh dari media cetak, media elektronik, buku petunjuk, dan petugas kesehatan/kader. Pengetahuan tentang Kadarzi merupakan segala sesuatu yang diketahui dan dipahami oleh ibu tentang Kadarzi yaitu menimbang berat badan secara teratur, pemberian ASI eksklusif, konsumsi makanan yang beraneka ragam, garam beriodium dan suplemen gizi (Indahsari, 2011).

Dalam kehidupan masyarakat sehari-hari, sering terlihat keluarga yang berpenghasilan cukup akan tetapi makanan yang dihidangkan seadanya saja. Dengan demikian, kejadian gangguan gizi tidak hanya ditemukan pada keluarga yang berpenghasilan kurang akan tetapi juga pada keluarga yang berpenghasilan relatif baik (cukup). Keadaan ini menunjukkan bahwa ketidaktahuan akan faedah

makanan bagi kesehatan tubuh mempunyai sebab buruknya mutu gizi makanan keluarga, khususnya makanan anak balita (Marimbi, 2010).

Pengetahuan gizi berhubungan dengan perilaku kadarzi pada keluarga balita (Ridwan, 2010). Semakin tinggi pengetahuan tentang Kadarzi, maka akan semakin besar kemungkinan untuk melaksanakan indikator Kadarzi, sebaliknya semakin rendah pengetahuan tentang Kadarzi maka akan semakin kecil kemungkinan untuk menerapkan indikator Kadarzi (Setyaningsih, 2007). Hal tersebut sejalan dengan Sediaoetama (2010) yang menyebutkan bahwa semakin banyak pengetahuan tentang gizinya, semakin diperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang dipilih untuk dikonsumsi. Awam yang tidak memiliki cukup pengetahuan tentang gizi akan memilih makanan yang paling menarik pancaindera, dan tidak mengadakan pilihan berdasarkan nilai gizi makanan. Sebaliknya, mereka yang semakin banyak pengetahuan gizinya, lebih banyak mempergunakan pertimbangan rasional dan pengetahuan tentang nilai gizi makanan tersebut.

Berdasarkan penelitian Aryati dan Margawati (2012) di Semarang, pengukuran pengetahuan tentang Kadarzi didapatkan sebagian besar ibu berpengetahuan cukup. Ibu yang berpengetahuan baik masih tergolong sedikit. Kurangnya memperoleh informasi gizi dan penyuluhan petugas kesehatan dapat menjadi salah satu penyebab kurangnya pengetahuan gizi ibu. Selain itu, tingkat pengetahuan gizi ibu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tingkat pendidikan. Masih tingginya pengetahuan gizi dengan kategori kurang ini mengindikasikan belum optimalnya program pendidikan gizi melalui upaya komunikasi, informasi dan edukasi (Mutalazimah, 2009).

5) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang

terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap dapat bersifat positif dimana kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu, dan sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, membenci, dan tidak menyukai obyek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Sikap ibu tentang kesehatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perilaku gizi di tingkat keluarga. Sikap tentang kesehatan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan gizi sebagai upaya untuk memelihara kesehatannya (Sedioetama, 2006). Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek tertentu sebagai suatu penghayatan yang terdiri dari menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab. Sikap yang positif terhadap nilai-nilai kesehatan terutama nilai gizi biasanya terwujud dalam suatu tindakan nyata. Namun, tidak disetiap keadaan kita menjumpai sikap yang sesuai dengan tindakannya. Ada faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan suatu tindakan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2007), sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu :

(a) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

(b) Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Dengan suatu usaha untuk menjawab atau mengerjakan tugas yang diberikan terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, berarti seseorang menerima ide tersebut.

(c) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya, dan sebagainya) untuk pergi menimbang

anaknyanya ke posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi adalah suatu bukti bahwa si ibu telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

(d) Bertanggung Jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orangtuanya sendiri.

Melaksanakan kelima indikator Kadarzi merupakan suatu tindakan. Seseorang bertindak apabila ada niat. Terbentuknya niat ditentukan oleh sikap terhadap perilaku tersebut dan keyakinan normatif akan akibat perilaku tersebut. Sikap yang positif maupun sikap yang negatif terbentuk dari komponen pengetahuan. Makin banyak segi positif pengetahuan akan makin positif sikap yang terbentuk. Dalam kaitannya dengan perilaku kelima indikator Kadarzi, apabila semakin tahu tentang kelima indikator Kadarzi maka diharapkan sikapnya tentang Kadarzi juga semakin positif. Selanjutnya muncul niat untuk melaksanakan kelima indikator Kadarzi tersebut. Semakin positif sikap responden tentang Kadarzi maka akan semakin besar kemungkinan untuk melaksanakan indikator Kadarzi, sebaliknya semakin negatif sikap responden tentang Kadarzi maka akan semakin kecil kemungkinan untuk melaksanakan indikator Kadarzi (Setyaningsih, 2007).

Menurut Depkes RI (2007), pada umumnya keluarga telah memiliki pengetahuan dasar mengenai gizi. Namun demikian, sikap mereka terhadap perbaikan gizi keluarga masih rendah. Hal ini disebabkan karena sebagian ibu menganggap asupan makanannya selama ini cukup memadai karena tidak ada dampak buruk yang mereka rasakan. Selain itu, sebagian keluarga juga mengetahui bahwa ada jenis makanan yang lebih berkualitas, namun mereka tidak ada kemauan dan keterampilan menyiapkannya.

6) Besar Keluarga

Menurut Harloock dalam Halomoan (2012), besar keluarga merupakan banyaknya individu yang tinggal bersama dalam satu atap dan bergantung pada sumber penghidupan yang sama. Anggota keluarga terdiri atas ayah, ibu, anak, saudara dan anggota keluarga lainnya yang tinggal dalam satu atap. Besar

keluarga akan mempengaruhi kesehatan seseorang atau keluarga dan juga mempengaruhi konsumsi zat gizi dalam suatu keluarga. Keluarga kecil memungkinkan pengeluaran untuk makan makin kecil dan proporsi makan per individu keluarga akan tercukupi, tidak seperti pada keluarga besar yang terkadang mengalami kesulitan dalam pemenuhan konsumsi pangan keluarga. Keadaan ini akan sangat bermanfaat bagi pemenuhan konsumsi pangan keluarga karena distribusi makanan dalam keluarga dapat merata, sebab semakin banyak jumlah anggota keluarga maka jumlah makanan yang diperoleh setiap individu dalam keluarga akan semakin berkurang. Apabila jumlah konsumsi makanannya setiap hari sama maka ketika jumlah anggota keluarganya bertambah banyak, jumlah makanan yang diperoleh individu akan semakin berkurang (Andini, 2010).

Pembagian makanan di antara para anggota keluarga, ada yang dijatahkan, tetapi ada pula yang secara bebas memilih dan mengambil makanan yang disukainya sendiri. Pada umumnya, anak-anak yang masih kecil (balita) mendapat makanannya secara dijatah oleh ibunya atau oleh kakaknya yang mengurusnya, dan tidak memilih serta mengambil sendiri mana yang disukainya (Sediaoetama, 2010). Keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang jumlahnya banyak akan berusaha membagi makanan yang terbatas sehingga makanan yang dikonsumsi tidak sesuai lagi dengan kebutuhan anggota keluarga secara proporsional (Sugimah, 2009).

7) Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga merupakan besarnya rata-rata penghasilan yang diperoleh dari seluruh anggota keluarga. Pendapatan merupakan sumberdaya material bagi seseorang untuk membiayai kegiatan konsumsinya. Jumlah pendapatan yang diperoleh akan menggambarkan besarnya daya beli dari seseorang. Daya beli akan menggambarkan banyaknya produk dan jasa yang dibeli dan dikonsumsi seseorang. Pendapatan yang diukur dari seseorang biasanya bukan hanya pendapatan yang diterima oleh individu, melainkan pendapatan yang diterima oleh seluruh anggota keluarga (Suwarman 2003). Keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan menu yang disajikan (Marimbi, 2010). Pendapatan keluarga yang rendah menyebabkan keluarga balita hanya mampu

membeli pangan yang relatif terjangkau. Namun, pada dasarnya untuk memperoleh jenis makan yang berkualitas baik tidak harus dengan harga yang mahal, sehingga membutuhkan biaya yang mahal untuk menikmatinya. Jika seorang ibu mempunyai pengetahuan dan ketrampilan dalam memilih dan mengolah makanan, maka bahan makanan yang ada di sekitar rumah dengan harga yang murah dan terjangkau akan diperoleh, keuntungan yang lain maka setiap hari balita akan mendapatkan jenis makanan yang beraneka macam. Untuk itu, mengkombinasikan menu makan keluarga setiap hari sangat penting. Meskipun mengkombinasikan menu makanan yang murah namun dengan kualitas yang bagus dan kuantitas terpenuhi maka kebutuhan gizi keluarga akan terpenuhi. Namun, saat mengkonsumsi makanan yang murah dengan kualitas yang tidak diperhatikan dan kurang, maka kebutuhan gizi keluarga akan defisit (Andini, 2010).

Pendapatan keluarga berhubungan dengan perilaku Kadarzi pada keluarga balita setelah dikontrol pengetahuan gizi, budaya keluarga dan peran tokoh masyarakat. Pendapatan keluarga menempati urutan pertama atau faktor paling dominan diantara pengetahuan gizi, budaya keluarga dan peran tokoh masyarakat sebagai faktor yang berhubungan dengan perilaku kadarzi pada keluarga. Jika ibu balita memiliki pendapatan keluarga tinggi maka akan meningkatkan perilaku kadarzi meskipun ibu balita tersebut pengetahuan gizinya rendah, ada budaya keluarga terkait gizi dalam keluarganya, tidak pernah dianjurkan oleh tokoh masyarakat untuk berperilaku Kadarzi (Ridwan, 2010). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Indahsari (2010), pendapatan keluarga mempunyai pengaruh terhadap perilaku Kadarzi. Hal ini dikarenakan pendapatan keluarga dapat mempengaruhi tingkat pemenuhan gizi keluarga. Pendapatan keluarga dapat mempengaruhi penganekaragaman makanan dalam keluarga.

Pendapatan mempengaruhi seseorang terhadap kehidupannya termasuk juga pemenuhan kebutuhan akan pendidikan sehingga cenderung berakibat terhadap pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang. Dengan pendapatan yang cukup diharapkan cenderung dapat meningkatkan pengetahuan ibu tentang Kadarzi dalam keluarga (Nurfauziah, 2013). Pendapatan keluarga menjadi faktor dominan

yang berhubungan perilaku kadarzi pada keluarga balita karena pendapatan keluarga sangat berhubungan dengan masih rendahnya indikator perilaku Kadarzi yaitu memberi makan yang beranekaragam pada balita sebagai indikator keragaman konsumsi keluarga. Dengan kata lain bahwa masih rendahnya ibu balita yang berperilaku Kadarzi terutama disebabkan karena sebagian besar pendapatan keluarga balita masih tergolong kurang (Ridwan, 2010).

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Pengetahuan dan sikap saja belum menjamin terjadinya perilaku, masih diperlukan sarana atau fasilitas untuk memungkinkan atau mendukung perilaku tersebut. Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Fasilitas, sarana, atau prasarana misalnya ketersediaan air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan bergizi, dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta, dan sebagainya. Faktor-faktor pendukung juga berkaitan dengan aksesibilitas berbagai sumber daya. Biaya, jarak, sarana transportasi yang ada dan waktu pemakaian sarana kesehatan juga merupakan bagian dari faktor-faktor pemungkin.

Faktor pemungkin yang mempengaruhi status Kadarzi, yaitu :

1) Sarana Pelayanan Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat (Depkes RI, 2013). Penyediaan sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat, dan menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan sarana pelayanan kesehatan (Liestani, 2006). Ketersediaan sarana pelayanan dan tenaga kesehatan yang berkualitas serta anggaran yang memadai, akan berpengaruh pada status kesehatan masyarakat. Pengetahuan dan ketrampilan petugas kesehatan yang diimbangi dengan kelengkapan sarana akan memberikan pelayanan yang

maksimal sehingga akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang timbul di masyarakat, Permasalahan kelengkapan sarana untuk hal-hal tertentu terkadang masih dapat ditutupi dengan keterampilan dan pengalaman petugas (Farich, 2012).

Sarana pelayanan kesehatan pada hakikatnya untuk mendukung atau meningkatkan terwujudnya perubahan perilaku kesehatan, oleh sebab itu posyandu merupakan salah satu sarana pendukung program Kadarzi, karena kegiatan pemantauan tumbuh kembang, penyuluhan, dan pendampingan ASI eksklusif serta memberikan suplemen gizi sesuai anjuran dilakukan melalui posyandu (Indahsari, 2011). Selain itu, sarana kesehatan yang juga terkait dengan program Kadarzi yaitu rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas atau puskesmas pembantu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, poskesdes atau poskestren, dan polindes.

2) Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan

Jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan adalah seberapa jauh lintasan yang di tempuh responden menuju sarana pelayanan kesehatan yang meliputi rumah sakit, puskesmas, posyandu, dan lainnya. Waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan adalah lama waktu yang di tempuh responden menuju sarana pelayanan kesehatan yang meliputi rumah sakit, puskesmas, posyandu, dan lainnya. Ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak, waktu tempuh maupun dari segi biaya dan sosial serta adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut. Faktor ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya (Notoatmodjo, 2010).

Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan (karena jauh dan atau tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi balita (Yuandari, 2008). Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan balita dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti

imunisasi, pemeriksaan kehamilan pertolongan persalinan, penimbangan balita, penyuluhan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit dan persediaan air bersih. Menurut penelitian Husaini dalam Made *et al.* (2004) yang mengemukakan bahwa dalam upaya memperbaiki status gizi balita, dilakukan upaya pencegahan penyakit menyangkut perawatan dasar terhadap balita yaitu dengan pemberian imunisasi secara lengkap, pemberian vitamin A secara berkala (mengikuti bulan pemberian vitamin A) dan upaya perbaikan sanitasi terhadap balita, ibu dan lingkungan.

Salah satu tanggung jawab seluruh jajaran kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan terjangkau oleh setiap individu, keluarga dan masyarakat luas. Namun pada kenyataannya tetap saja banyak masyarakat yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Ketidakterjangkauan umumnya terjadi karena jauhnya jarak tempuh dan terlampau besarnya jumlah masyarakat yang menjadi tanggung jawab sebuah sarana pelayanan kesehatan (Liestani, 2006).

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Untuk berperilaku sehat, pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan faktor penguat yang meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan/kader. Disamping itu, peraturan, undang-undang, surat-surat keputusan dari para pejabat pemerintahan pusat atau daerah, merupakan faktor penguat perilaku.

Faktor penguat yang mempengaruhi status Kadarzi, yaitu :

1) Peran Tokoh Masyarakat

Keluarga merupakan bagian dari masyarakat sehingga perilaku keluarga tidak dapat dipisahkan dari perilaku masyarakat di sekitarnya. Jika dalam kegiatan yang diselenggarakan masyarakat melihat bahwa tokoh-tokoh masyarakat yang disegani ikut serta maka mereka akan tertarik juga untuk berpartisipasi. Hal ini

sesuai dengan Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa tokoh masyarakat adalah jembatan antara sektor kesehatan dengan masyarakat.

Tokoh masyarakat terdiri dari tokoh masyarakat formal (RT/RW) dan tokoh masyarakat informal (ustadz, tokoh adat). Keterlibatan pemimpin informal dan partisipasi masyarakat akan berpengaruh terhadap keberhasilan program kesehatan. Penanggulangan masalah kesehatan dan gizi di tingkat keluarga perlu keterlibatan masyarakat. Tokoh masyarakat mempunyai peranan yang kuat dalam mewujudkan perilaku sadar gizi di masyarakat karena nasehat atau anjuran dari mereka cenderung lebih didengar oleh masyarakat (Depkes RI, 2007).

Peran tokoh masyarakat merupakan faktor yang berhubungan dengan perilaku Kadarzi pada keluarga balita. Peran tokoh masyarakat terutama berhubungan dalam menganjurkan ibu balita datang ke posyandu. Posyandu sangat erat kaitannya dengan perilaku Kadarzi karena dua indikator perilaku Kadarzi seperti menimbang balita, dan memberikan balita suplemen vitamin dilaksanakan di posyandu (Ridwan, 2010).

2) Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan, pelayanan juga dapat diartikan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain (Muninjaya, 2011). Pelayanan petugas kesehatan/kader terdiri dari sikap dan perilaku petugas kesehatan/kader. Sikap petugas kesehatan/kader adalah suatu tindakan yang diberikan oleh petugas kesehatan/kader. Sedangkan perilaku petugas kesehatan/kader adalah respon yang diberikan petugas kesehatan/kader terhadap klien. Sikap dan perilaku yang baik dari petugas kesehatan/kader akan mempengaruhi klien dalam mengikuti anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan/kader dalam pemberian pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Banyak permasalahan kesehatan timbul akibat ketidaktahuan masyarakat terhadap masalah kesehatan yang diakibatkan oleh kurangnya ketrampilan dan pengetahuan petugas kesehatan/kader dan kurangnya sarana serta terbatasnya anggaran, yang berakibat kepada kurangnya promosi kesehatan kepada

masyarakat (Farich, 2012). Dukungan petugas kesehatan/kader merupakan dukungan sosial dalam bentuk dukungan informatif, di mana perasaan subjek bahwa lingkungan memberikan keterangan yang cukup jelas mengenai hal-hal yang diketahui. Petugas kesehatan/kader akan mendukung perilaku ibu untuk melakukan upaya kesehatan melalui keterampilan komunikasi dan ada kecenderungan bahwa upaya-upaya petugas kesehatan/kader memperkuat ibu dengan memberikan pujian, dorongan dan diskusi atau dengan menjadi sumber informasi yang dapat dipercaya (Notoatmodjo, 2003).

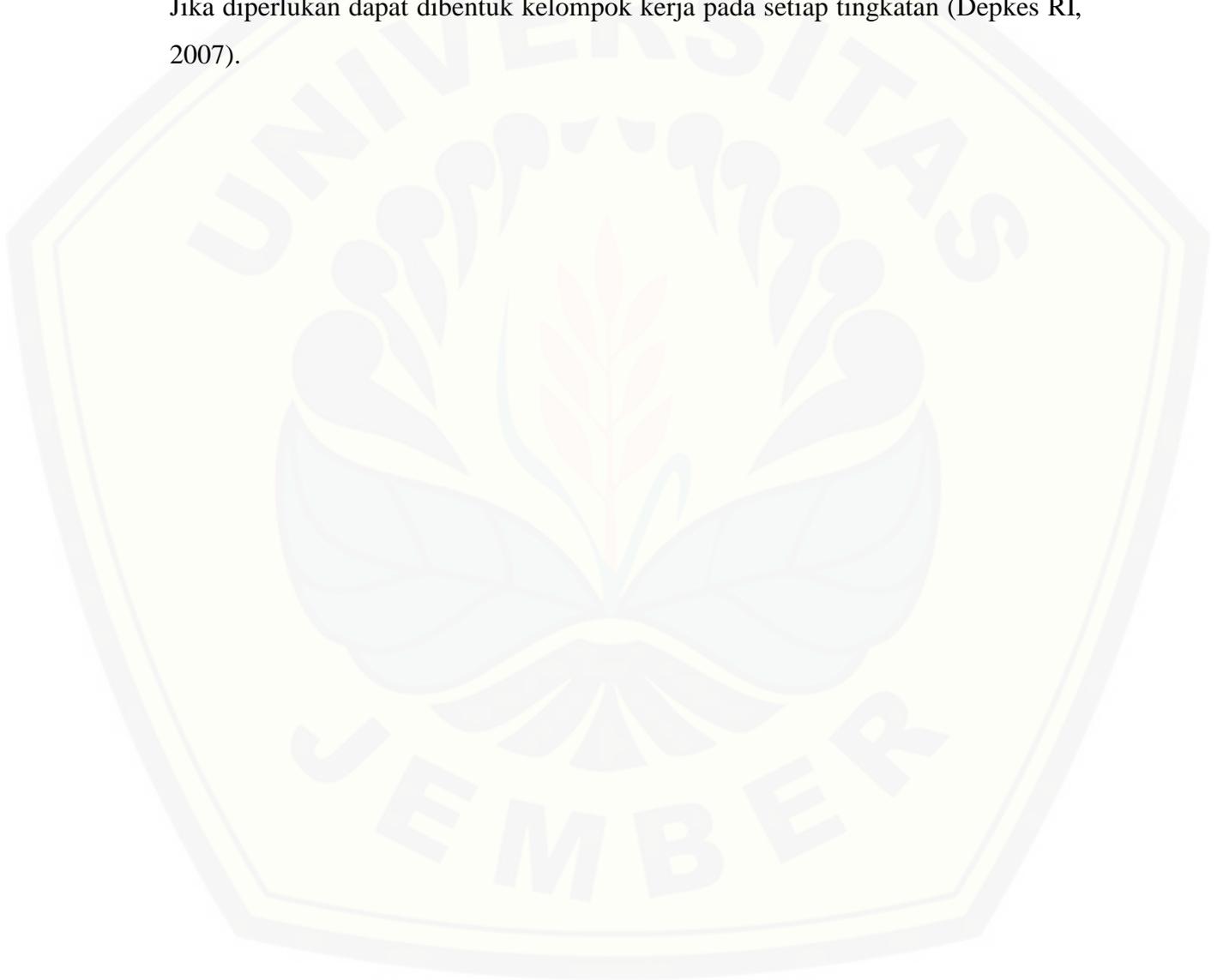
3) Keterpaparan Informasi Kadarzi

Promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka “mampu dan mau” untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri, hingga mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial mampu mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (Farich, 2012). Salah satu tujuan promosi Kadarzi adalah meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku sadar gizi (Depkes, 2007).

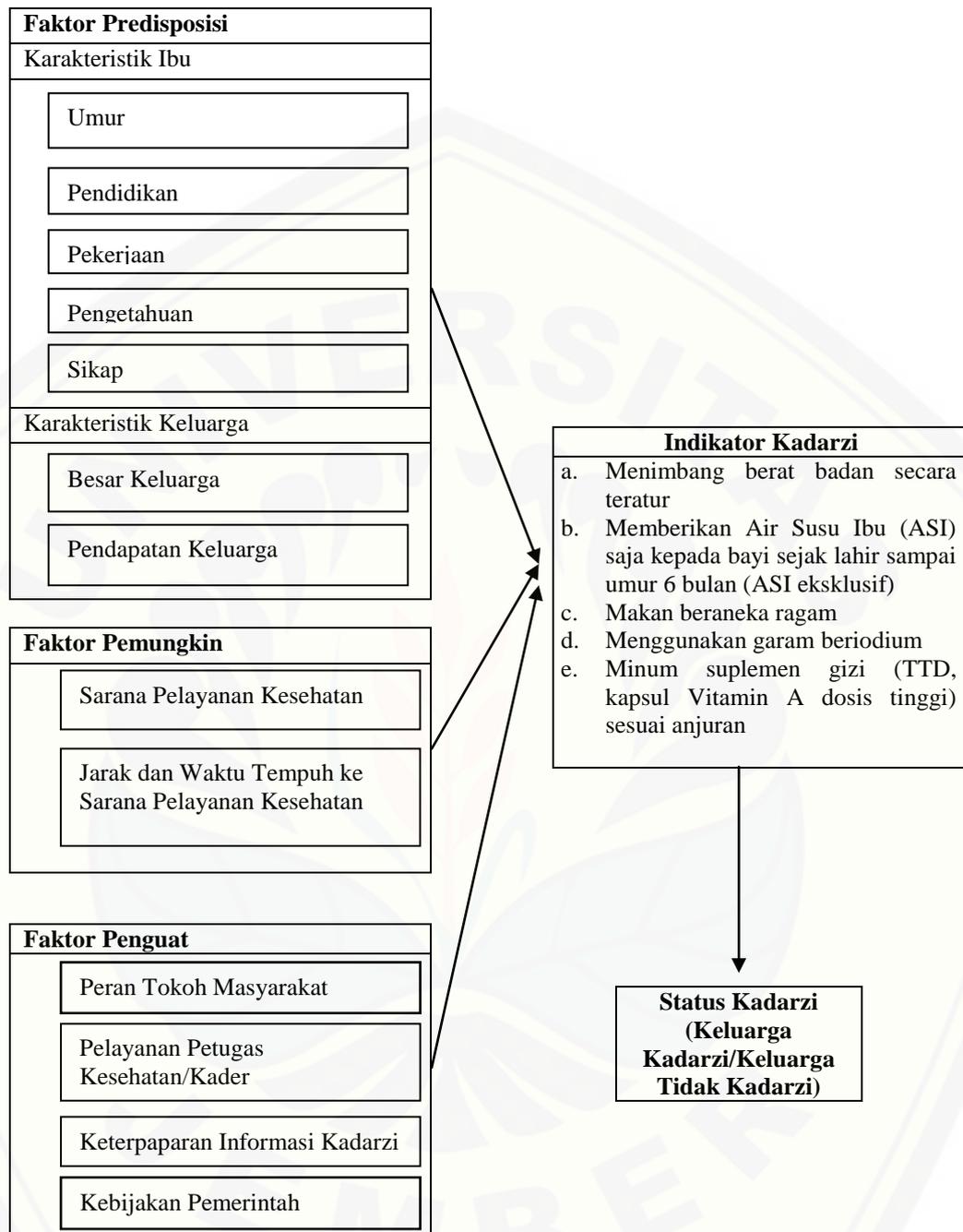
Pemberian informasi atau pesan kesehatan dan penyuluhan kesehatan dengan tujuan memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan yang diperlukan oleh seseorang atau masyarakat, sehingga akan memudahkan terjadinya perubahan kearah perilaku sehat. Menurut Notoatmodjo (2010), paparan informasi bisa menimbulkan kesadaran seseorang untuk berperilaku sehat. Penyampaian informasi perilaku Kadarzi oleh petugas kesehatan/kader melalui berbagai media secara intensif diharapkan bisa menjadi salah satu cara agar masyarakat lebih banyak mengenai perilaku Kadarzi. Selain dari petugas kesehatan/kader, paparan informasi Kadarzi juga dapat bersumber dari televisi, radio, internet, koran/majalah/leaflet, atau bahkan dari tetangga atau teman. Dengan semakin banyaknya sumber informasi yang digunakan diharapkan masyarakat akan lebih terpapar sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga sadar gizi selanjutnya dapat menerapkan di dalam keluarga.

4) Kebijakan Pemerintah

Keberhasilan Kadarzi akan sangat bergantung pada kerjasama lintas sektor berbagai tingkatan administrasi. Pada tingkat nasional kegiatan Kadarzi dikoordinasikan oleh Departemen Kesehatan, pada tingkat propinsi, kabupaten/kota dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan yang dalam pelaksanaannya dilakukan bersama dengan kelembagaan yang ada dan terkait seperti : Pokjanal Posyandu, Dewan Ketahanan Pangan, Tim Penggerak PKK, dll. Jika diperlukan dapat dibentuk kelompok kerja pada setiap tingkatan (Depkes RI, 2007).



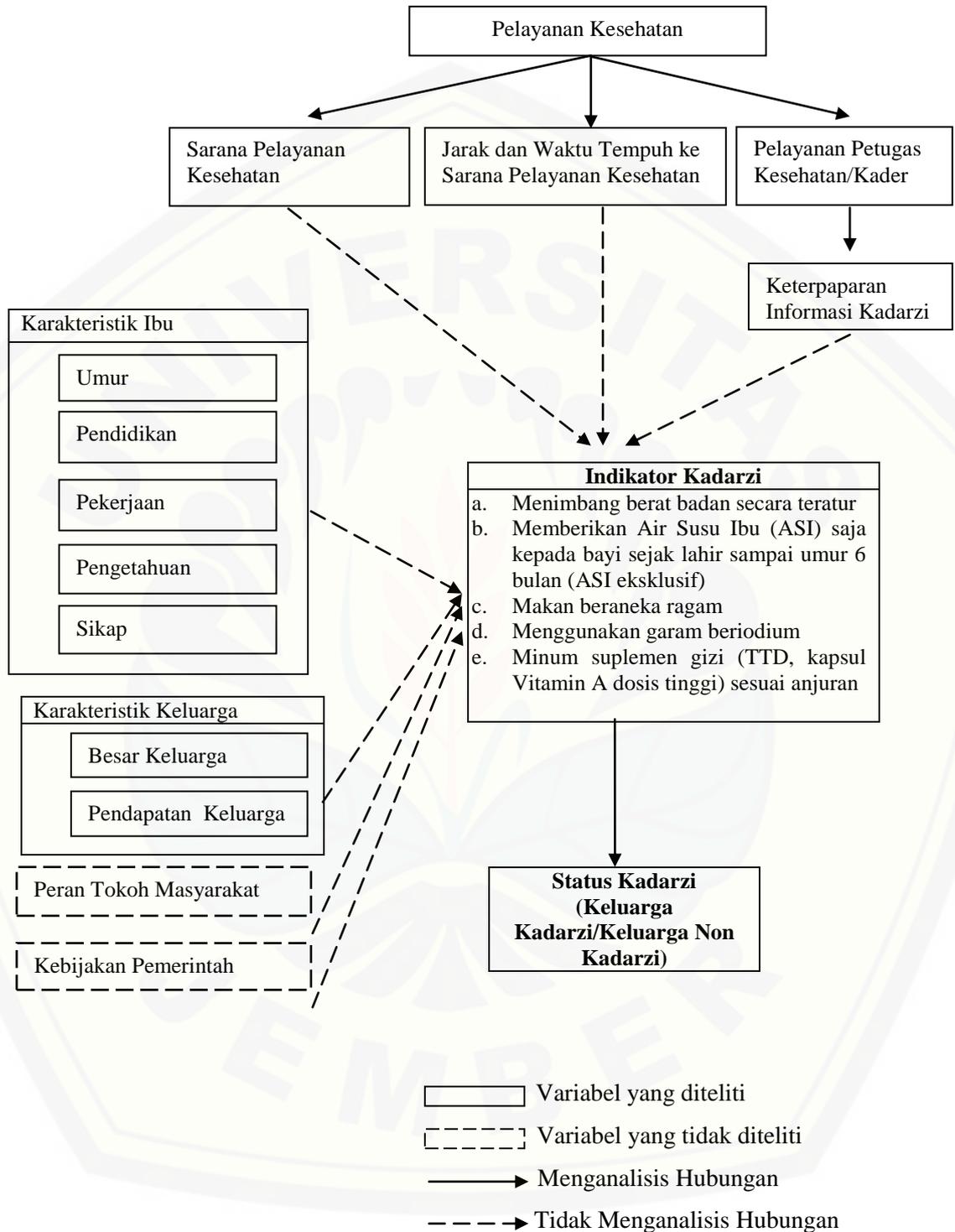
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi (Indahsari.2011, Marimbi.2010, Notoatmodjo, 2010, Sediaoetama, 2010, Ridwan.2010, Setyaningsih.2007, Mutalazimah.2009, Sediaoetama.2010, Gabriel.2008, Amaliyah.2008, Nurfauziah.2013, Andini.2010, Liestani.2006, Farich.2012).

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Banyak faktor yang berhubungan dengan status Kadarzi. Berdasarkan kerangka teori yang telah disebutkan di atas, ada beberapa variabel yang digunakan dalam penelitian ini. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status Kadarzi, sedangkan variabel independennya adalah karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan.

Karakteristik ibu menjadi variabel yang diteliti dalam penelitian ini karena peran ibu sangat dominan dalam memenuhi kecukupan gizi keluarga. Hampir sebagian besar pengambilan keputusan dalam hal penyediaan pangan di rumah tangga dan pola asuh anak dilakukan oleh ibu. Karakteristik keluarga yang akan diteliti meliputi pendapatan dan besar keluarga. Pelayanan kesehatan merupakan bagian dari faktor pemungkin dan penguat. Pelayanan kesehatan yang akan diteliti yaitu sarana, jarak, dan waktu ke sarana pelayanan kesehatan, pelayanan petugas kesehatan/kader, serta keterpaparan informasi Kadarzi. Peneliti menghubungkan pelayanan petugas kesehatan/kader dengan keterpaparan informasi Kadarzi, karena dalam pemberian informasi kesehatan terdapat peran para petugas kesehatan/kader.

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- a. Ada hubungan antara karakteristik ibu (umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan sikap) dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- b. Ada hubungan antara karakteristik keluarga (besar keluarga dan pendapatan keluarga) dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- c. Ada hubungan antara pelayanan kesehatan (sarana, jarak, dan waktu tempuh, pelayanan petugas kesehatan serta keterpaparan informasi Kadarzi) dengan status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* di mana data yang menyangkut variabel bebas, terikat dan antara diambil dalam waktu yang bersamaan dengan tujuan untuk mencari hubungan antara dua variabel, yaitu variabel dependen dan independen (Notoatmodjo, 2010). Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu status Kadarzi dan variabel independen yaitu karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan, maka penelitian ini menganalisis hubungan karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan terhadap status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan yang terletak didaerah pinggiran atau perbatasan dengan Kabupaten Situbondo namun memiliki capaian Kadarzi tertinggi ke-2 di Kabupaten Bondowoso dan terdapat penyimpangan positif (*positive deviance*) dari perilaku masyarakat di daerah tersebut terkait dengan Kadarzi.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari-Februari 2015

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi juga disebut sekelompok individu atau objek yang memiliki karakteristik sama. Dikatakan juga populasi keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini yaitu keluarga yang memiliki anak balita usia 6-59 bulan pada bulan Januari 2015 di Kecamatan Prajekan, Kabupaten Bondowoso sebanyak 1.266 keluarga.

Kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti dalam populasi keluarga anak balita usia 6-59 bulan, diantaranya sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi terjangkau yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Notoatmodjo, 2005). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Keluarga anak balita yang tidak tinggal bersama ibu kandung. Hal tersebut menjadi kriteria eksklusi karena salah satu indikator kadarzi yaitu pemberian ASI Eksklusif yang sumber datanya hanya bisa didapat dari ibu kandung.
- 2) Keluarga anak balita yang tidak memiliki kartu keterangan bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Prajekan

Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan, maka populasi keluarga yang memiliki anak balita usia 6-59 bulan pada bulan Januari 2015 di Kecamatan Prajekan, Kabupaten Bondowoso sebanyak 1.255 keluarga.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan subyek penelitian melalui sampling atau disebut juga sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap dapat mewakili populasi. Sampel merupakan bagian populasi yang diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2010).

Berdasarkan teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu *simple random sampling*, maka penentuan besar sampel dilakukan dengan menggunakan formula berikut ini :

$$n = \frac{NZ_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{(N-1)d^2 + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{1.255 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{(1.255 - 1) \cdot (0,1)^2 + (1,96)^2 \cdot (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{1.205,302}{12,54 + 1,9208}$$

$$n = \frac{1.205,302}{14,4608}$$

$$n = 83$$

Dimana :

N = Besar populasi atau dalam hal ini jumlah keluarga yang memiliki balita usia 6-59 bulan yaitu 1.255 keluarga anak balita

n = Besar sampel minimum

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95% ($1-\alpha$), yaitu 0,05 sebesar 1,96

p = Perkiraan proporsi pada populasi sebesar 50%

q = $(1 - p) = 1 - 0,5 = 0,5$

d = Kesalahan (absolut yang dapat ditolerir yaitu 10%)

Berdasarkan perhitungan diatas diketahui besar sampel minimal yang dapat mewakili populasi adalah 83 keluarga anak balita, akan tetapi peneliti mengambil sampel sebanyak 100 keluarga anak balita.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Simple Random Sampling* sehingga setiap anggota memiliki kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Apabila besarnya sampel yang diinginkan itu berbeda-beda, maka besarnya kesempatan bagi setiap satuan elementer untuk terpilih pun berbeda-beda pula (Notoatmodjo, 2010). Selanjutnya, penentuan jumlah sampel di setiap lingkungan berdasarkan proporsi, dan digunakan rumus sebagai berikut :

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan :

- nh : Besarnya sampel untuk sub populasi
- Nh : Total masing-masing sub populasi
- N : Total populasi secara keseluruhan
- n : Besar sampel

Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Wilayah Kecamatan Prajekan

No.	Wilayah	Nh	N	n	$nh = \frac{Nh}{N} \times n$
1	Prajekan Lor	142	1.255	100	11
2	Prajekan Kidul	204	1.255	100	16
3	Sempol	264	1.255	100	21
4	Bandilan	225	1.255	100	18
5	Tarum	127	1.255	100	10
6	Cangkring	142	1.255	100	11
7	Walidono	174	1.255	100	13
Total					100

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Berdasarkan kerangka konsep yang telah dipaparkan, maka variabel penelitian ini adalah :

a) Variabel Bebas

Variabel bebas (*independent*) adalah variabel yang mempengaruhi variabel terikat (*dependent*). Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah karakteristik ibu (umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan sikap), karakteristik keluarga (besar keluarga dan pendapatan keluarga), dan pelayanan kesehatan (sarana, jarak, dan waktu tempuh, pelayanan petugas kesehatan/kader serta keterpaparan informasi Kadarzi).

b) Variabel Terikat

Variabel terikat (*dependent*) adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (*independent*). Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah status Kadarzi keluarga anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari variabel-variabel yang akan diamati dapat dilihat dalam tabel di bawah ini :

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori	Skala
Variabel Bebas				
Karakteristik Ibu				
Umur	Lama waktu hidup ibu saat dilakukan wawancara, terhitung ulang tahun terakhir	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	1. Remaja awal : 14-17 tahun 2. Remaja akhir : 18-21 tahun 3. Dewasa awal : 22-40 tahun 4. Setengah baya: 41-60 tahun 5. Tua : >60 tahun (Depkes, 2000).	Ordinal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang telah dicapai oleh ibu	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	1. Rendah : tidak sekolah, tamat SD, SMP, atau sederajat 2. Menengah : SMA, SMK sederajat 3. Tinggi : Perguruan	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori	Skala
Pekerjaan	Kegiatan rutin yang dilakukan ibu dalam upaya mendapatkan penghasilan (uang) untuk memenuhi kebutuhan keluarga	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	tinggi (Depdiknas, 2003) 1. Bekerja di luar rumah 2. Bekerja di dalam rumah 3. Tidak Bekerja	Nominal
Pengetahuan	Tingkat kemampuan ibu dalam menjawab pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner mengenai kadarzi yang dihitung berdasarkan jumlah yang benar.	Pengumpulan data dengan menggunakan angket	Jumlah soal : 21 Skor tiap item : a. Jawaban salah nilai 0 b. Jawaban benar nilai 1 Jumlah skor yaitu : Maksimal = 21 Minimal = 0 Rentang = maks- min = 21 - 0 = 21 Banyak kelas = 3 Panjang kelas = $21/3 = 7$ Sehingga, skor total pengetahuan responden dapat dilihat dari banyak jumlah skor yang diperoleh dari kategori : 1. Rendah : 0 -6 2. Sedang : 7 - 13 3. Tinggi : 14 - 21 (Sudjana, 2005)	Ordinal
Sikap	Pendapat atau penilaian ibu yang dinyatakan dengan setuju dan tidak setuju terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kadarzi	Pengumpulan data dengan menggunakan angket	Jumlah soal : 10 Skor tiap item : 1. Pertanyaan positif (1,4,5,7,9) a. Setuju (S) nilai = 1 b. Tidak setuju (TS) nilai = 0 2. Pertanyaan negatif (2,3,6,8,10) a. Setuju (S) nilai = 0 b. Tidak setuju (TS) nilai = 1 Jumlah skor yaitu :	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori	Skala
				Maksimal = $1 \times 10 = 10$ Minimal = $0 \times 10 = 0$ Rentang = maks – min = $10 - 0$ = 10 Banyak kelas = 2 Panjang kelas = $10/2=5$ Berdasarkan pembagian tersebut, pemberian skor sikap ditetapkan sebagai berikut : Negatif = 1-5 Positif = 6-10 (Sudjana, 2005)
Karakteristik Keluarga				
Besar Keluarga	Banyaknya orang yang tinggal satu rumah dengan ibu balita dan menjadi tanggungan kepala keluarga	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	1. Keluarga kecil : ≤ 4 orang 2. Keluarga besar : > 4 orang	Ordinal
Pendapatan	Jumlah total penghasilan yang didapat oleh sebuah keluarga sebagai hasil dari seluruh usaha anggota keluarganya setiap bulan	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	1. Rendah : \leq Rp. 1.105.000,00 2. Tinggi : $>$ Rp. 1.105.000,00 (BPS, 2014)	Ordinal
Pelayanan Kesehatan				
Sarana Pelayanan Kesehatan	Jumlah sarana pelayanan kesehatan yang tersedia di lingkungan ibu balita	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	Jenis : 1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas atau Puskesmas Pembantu 4. Praktek Dokter Atau Klinik 5. Praktek Bidan Atau Rumah Bersalin 6. Posyandu 7. Poskesdes atau Poskestren 8. Polindes	Nominal
			Kategori: 1. ≤ 2 buah 2. ≥ 3 buah	

Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori	Skala
Jarak	Ukuran tempuh dari tempat tinggal ibu ke sarana pelayanan kesehatan yang paling sering digunakan dalam pelaksanaan Kadarzi	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	1. < 1 km 2. 1 – 5 km 3. > 5 km (Kemenkes RI, 2013)	Interval
Waktu Tempuh	Lama yang diperlukan ibu untuk menuju ke pelayanan kesehatan yang paling sering digunakan dalam pelaksanaan Kadarzi	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	1. < 15 menit 2. 16 – 30 menit 3. 31 – 60 menit 4. > 60 menit (Kemenkes RI, 2013)	Interval
Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader	Perilaku petugas kesehatan/kader dalam memberikan pelayanan yang dirasakan oleh ibu dalam pelaksanaan Kadarzi	Pengumpulan data dengan menggunakan angket	Jumlah soal : 10 Skor tiap item : Ya = 1 Tidak = 0 Jumlah skor yaitu : Maksimal = 1 x 10 = 10 Minimal = 0 x 10 = 0 Rentang = maks – min = 10 - 0 = 10 Median = 5 Nilai dan klasifikasi tindakan : 1. <5 : perilaku pelayanan kesehatan belum baik 2. >5 : perilaku pelayanan kesehatan baik (Muninjaya, 2011)	Ordinal
Keterpaparan Informasi Kadarzi	Pernyataan ibu mengenai pernah atau tidaknya mendapatkan informasi mengenai keluarga sadar gizi yang bersumber dari petugas kesehatan/kader, koran/majalah/leaflet, televisi, radio, internet atau tetangga/teman.	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner	1. Tidak terpapar : responden tidak pernah mendapatkan informasi kadarzi 2. Terpapar : responden pernah mendapatkan informasi kadarzi (Ridwan, 2010)	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori	Skala
Variabel Terikat				
Status Kadarzi keluarga balita usia 6-59 bulan		Wawancara kepada responden dengan menggunakan lembar <i>check list</i> , lembar konsumsi makanan balita, dan melihat KMS/catatan posyandu/ buku KIA/ catatan kader serta uji yodina.	1. Tidak Kadarzi : keluarga melakukan kurang dari 5 indikator Kadarzi 2. Kadarzi : keluarga melakukan 5 indikator Kadarzi (Depkes RI, 2007).	Nominal
Indikator Kadarzi				
Menimbang berat badan secara teratur	Balita ditimbang berat badannya setiap bulan, dicatat dalam KMS	Melihat catatan penimbangan balita pada KMS/catatan posyandu/ buku KIA /catatan kader selama 6 bulan terakhir	1. Baik: Bila ≥ 4 kali berturut-turut 2. Belum baik: Bila < 4 kali berturut-turut (Depkes RI, 2007)	Nominal
Memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif)	Bayi berumur 0-6 bulan diberi ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain.	Melihat catatan status ASI eksklusif pada KMS dan kohort (catatan pemberian ASI pada bayi) dan menanyakan kepada ibu apakah bayi usia 0 bln, 1 bln, 2 bln, 3 bln, 4 bln, 5 bln dan 6 bln selama 24 jam terakhir sudah diberikan makanan atau minuman selain ASI	1. Baik: Bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain (ASI eksklusif 0 bln, 1 bln, 2 bln, 3 bln, 4 bln, 5 bln dan 6 bln) 2. Belum baik: Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI (Depkes RI, 2007)	Nominal
Makan beraneka ragam	Balita mengkonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah setiap hari	Menanyakan kepada ibu tentang konsumsi lauk hewani dan buah dalam menu anak balita selama 2(dua) hari	1. Baik: Bila setiap hari makan lauk hewani dan buah 2. Belum baik: Bila tidak tiap hari makan lauk hewani dan buah (Depkes RI, 2007)	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori	Skala
Menggunakan garam beriodium	Keluarga menggunakan garam beriodium untuk memasak setiap hari	Menguji contoh garam yang digunakan keluarga dengan tes iodina/tes amilum	1. Baik: Beriodium (warna ungu) 2. Belum baik: Tidak beriodium (warna tidak berubah/muda) (Depkes RI, 2007)	Nominal
Memberikan suplemen gizi sesuai anjuran	a. Bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A biru pada bulan Februari atau Agustus b. Anak balita 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah setiap bulan Februari dan Agustus	Melihat catatan pada KMS/catatan posyandu/buku KIA/catatan kader, bila tidak ada menanyakan pada ibu	1. Baik: Bila mendapat kapsul biru pada bulan Februari atau Agustus (6-11 bulan) atau bila mendapat kapsul merah setiap bulan Februari dan Agustus (12-59 bulan). 2. Belum baik: Bila tidak mendapat kapsul biru/merah (Depkes RI, 2007)	Nominal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber pertama, baik dari individu maupun perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuisioner yang biasa dilakukan oleh peneliti.

Data primer dalam penelitian ini yaitu :

- Data karakteristik ibu yang meliputi pengetahuan, sikap, umur, pekerjaan, dan pendidikan
- Data karakteristik keluarga yang meliputi besar keluarga dan pendapatan keluarga
- Data aspek pelayanan kesehatan yang meliputi sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu tempuh, pelayanan petugas kesehatan/kader serta keterpaparan informasi kesehatan.
- Data status Kadarzi keluarga anak balita usia 6-59 bulan

- e. Data pemberian ASI eksklusif pada anak balita usia 6-59 bulan
- f. Data konsumsi makanan beragam pada keluarga anak balita usia 6-59 bulan
- g. Data uji garam beriodium pada keluarga anak balita usia 6-59 bulan

Sumber data adalah segala sesuatu yang dapat memberikan informasi mengenai data. Sumber data primer diatas yaitu ibu yang memiliki balita usia 6-59 bulan.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang dikumpulkan melalui pihak kedua, biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam pengumpulan data, baik oleh institusi pemerintah maupun swasta.

Berikut merupakan data sekunder dan sumber data pada penelitian ini :

Tabel 3.3 Data Sekunder dan Sumber Data

No	Data Sekunder	Sumber Data
1.	Data penimbangan berat badan balita usia 6-59 bulan	KMS/catatan posyandu/buku KIA/catatan kader
2.	Data pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan	KMS/catatan posyandu/buku KIA/catatan kader

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

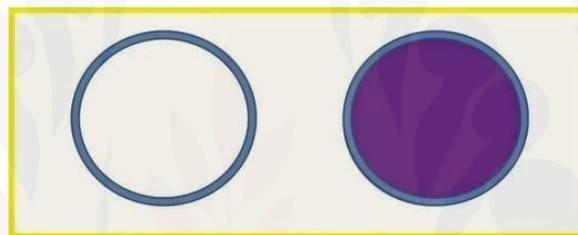
Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dengan wawancara secara langsung kepada responden. Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2013). Teknik ini dilakukan untuk pengumpulan data primer berupa karakteristik ibu, keluarga, pelayanan petugas kesehatan/kader, status Kadarzi, dan data konsumsi makanan beraneka ragam.

b. Uji

Kandungan iodium pada garam yang digunakan oleh keluarga digunakan uji iodium. *Iodina test* (uji iodium) merupakan larutan uji garam beriodium, yang digunakan untuk mengetahui apakah garam yang dikonsumsi mengandung iodium atau tidak. Berikut merupakan cara pengujian garam dengan uji iodium :

- 1) Ambillah 1/2 sendok makan garam yang akan diuji, bila garam berbentuk briket, haluskan dahulu garam tersebut
- 2) Teteskan 2-3 tetes cairan uji iodium ke permukaan garam tersebut
- 3) Perhatikan perubahan warna yang terjadi pada garam segera setelah ditetesi cairan uji iodium

Berikut merupakan contoh warna hasil uji iodium :



Gambar 3.1 Contoh Warna Hasil Uji Iodium

Pembacaan hasil uji iodium yaitu bila garam berubah warna menjadi ungu tua (seperti tertera pada etiket botol atau seperti pada gambar diatas sebelah kanan), maka garam tersebut mengandung cukup iodium (>30 per permillium). Bila berwarna ungu muda atau lebih muda dari gambar diatas sebelah kanan, berarti garam tersebut mengandung iodium kurang dari 30 ppm. Bila warna tidak berubah (seperti gambar diatas sebelah kiri), garam tersebut tidak mengandung iodium. Jadi, semakin tua warnanya, semakin baik mutu garam beriodium. Selain itu, pengetahuan dan sikap ibu, serta pelayanan petugas kesehatan/kader juga didapatkan dengan menggunakan metode uji sehingga didapatkan nilai skor atau nilai ujinya.

c. Observasi

Observasi merupakan cara melakukan pengumpulan data penelitian dengan observasi secara langsung kepada responden yang dilakukan penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Dalam metode observasi, instrumen yang dapat digunakan adalah *checklist*. Observasi dilakukan terhadap

KMS/catatan posyandu/buku KIA/catatan kader untuk mendapatkan data mengenai status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan.

d. Dokumentasi

Dokumentasi, berasal dari kata dokumen yang artinya semua barang-barang yang tertulis. Di dalam melaksanakan metode dokumentasi, peneliti menyelidiki benda-benda tertulis seperti buku, notulen rapat, catatan, peninggalan benda purbakala yang merupakan simbol-simbol atau gambar. Pengumpulan data penimbangan berat badan balita dan pemberian vitamin A dilakukan dengan cara melihat KMS/catatan posyandu/buku KIA/catatan kader sehingga dibutuhkan teknik dokumentasi.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah :

a. Kuisisioner

Instrumen penelitian yang akan digunakan pada penelitian ini adalah kuisisioner. Kuisisioner digunakan untuk mendapatkan data mengenai karakteristik ibu, keluarga, pelayanan kesehatan, status kadarzi, dan data konsumsi makanan beraneka ragam. Kuisisioner dalam penelitian ini juga berupa *form* konsumsi makanan balita yang digunakan untuk mengetahui kebiasaan makan balita dalam mengkonsumsi makanan beragam.

b. Angket

Angket merupakan daftar pertanyaan yang diberikan kepada orang lain dengan maksud agar orang yang diberikan tersebut bersedia memberikan respon sesuai dengan permintaan peneliti (Nazir, 2005). Angket berguna untuk memperoleh data mengenai pengetahuan dan sikap ibu, serta pelayanan petugas kesehatan/kader yang dirasakan oleh ibu balita usia 6-59 bulan.

c. Kamera

Kamera berguna untuk mendokumentasikan data yang diperoleh dari KMS/catatan posyandu/buku KIA/catatan kader untuk memperoleh data penimbangan berat badan dan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan.

d. *Check List*

Check list berguna untuk merekap data status Kadarzi yang diperoleh dari KMS/catatan posyandu/buku KIA/catatan kader untuk memperoleh data penimbangan berat badan, pemberian ASI eksklusif, pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan, dan mencatat perilaku konsumsi makan beragam serta hasil penggunaan garam beriodium berdasarkan uji yodina.

3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuisisioner penelitian perlu diuji validitas dan reliabilitas agar dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian. Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka sebaiknya jumlah responden untuk uji coba paling sedikit 20 orang (Notoatmodjo, 2010). Namun, peneliti memilih sebanyak 30 responden yang akan digunakan untuk uji validitas dan reliabilitas. Responden tersebut bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Prajekan dan bukan sebagai sampel penelitian. Uji ini dilakukan sebelum penelitian berlangsung.

3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu langkah pengujian yang dilakukan terhadap isi (*content*) dari suatu instrumen, dengan tujuan untuk mengukur ketepatan instrumen yang digunakan dalam suatu penelitian (Sugiyono, 2006). Pertanyaan yang tidak valid dilakukan validitas isi dengan cara memperbaiki pertanyaan yang tidak jelas dengan membuat kalimat yang singkat dan jelas sesuai dengan isi atau makna pertanyaan, validitas isi dilakukan dengan berkonsultasi kepada pembimbing dan membaca literatur atau kepustakaan.

Teknik korelasi yang dipakai dalam menguji validitas adalah teknik korelasi *Pearson*, keputusan jika r hitung $>$ r tabel maka variabel valid dan jika r hitung $<$ r tabel maka variabel tidak valid (Hastono, 2007).

3.7.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah proses pengukuran terhadap ketepatan (konsisten) dari suatu instrumen. Pengujian ini dimaksudkan untuk menjamin instrumen yang digunakan merupakan sebuah instrumen yang handal, konsistensi, stabil dan dependibilitas, sehingga bila digunakan berkali-kali dapat menghasilkan data yang sama (Husaini, 2003). Pengukuran reabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara pengukuran sekali saja. Suatu alat ukur dapat dinyatakan reliabilitas apabila nilai α adalah 0,70 – 0,90 (Sekaran, 2006).

3.8 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.8.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam analisis data ini adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul (Hidayat, 2013). Langkah pertama yang perlu dilakukan adalah memeriksa kembali kuesioner dengan maksud mengecek, apakah semua kuisisioner telah diisi sesuai dengan petunjuk sebelumnya.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisa data menggunakan komputer. Biasanya dalam memberikan kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku untuk

memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel (Hidayat, 2013).

c. Pemberian Nilai (*Scoring*)

Scoring merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuisisioner. Skor jawaban dimulai dari jawaban tertinggi sampai jawaban terendah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Pada tahap ini data yang sudah lengkap ditabulasi kemudian di klasifikasikan ke dalam masing-masing variabel kemudian dimasukkan di tabel sehingga mempermudah dalam menganalisa dan pembahasan selanjutnya dan dapat menggunakan SPSS.

3.8.2 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian. Penyajian data harus sederhana dan jelas agar orang lain dapat memahami apa yang disajikan dengan mudah. Data yang diperoleh dari hasil kuisisioner dan lembar observasi dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, narasi, dan diagram.

3.8.3 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Nazir, 2005). Analisis data dalam penelitian ini berupa analisis data univariat, bivariat serta analisis multivariat.

a. Analisis Data Univariat

Analisa data univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi masing-masing variabel baik variabel independen maupun variabel dependen. Keseluruhan data yang ada dalam kuesioner, angket, dan *check list* diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

b. Analisis Data Bivariat

Analisis data bivariat dilakukan untuk melihat apakah ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dan variabel dependen. Pada analisis ini digunakan uji korelasi koefisien *Phi*.

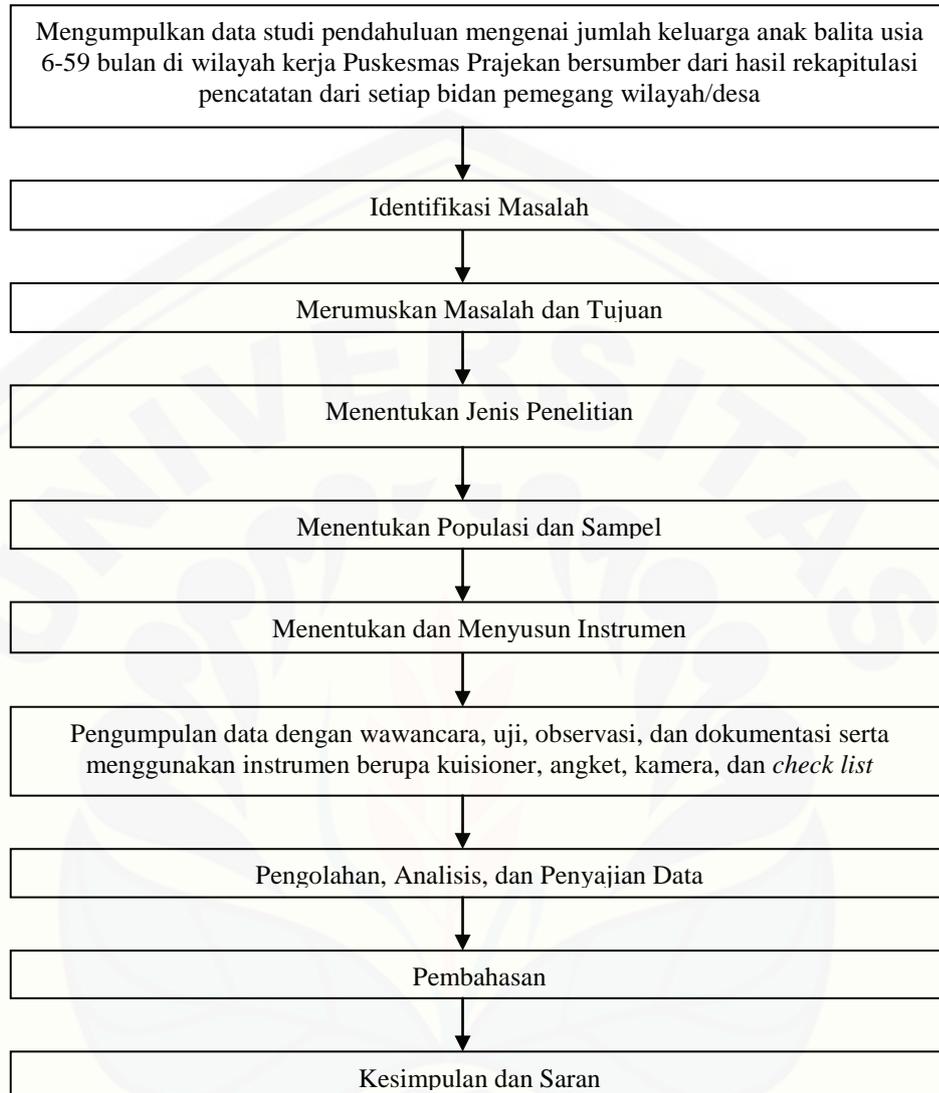
Dasar pengambilan keputusan dengan tingkat kepercayaan 95%, yaitu :

- 1) Jika $p > \alpha$, maka H_0 diterima yaitu tidak terdapat antara hubungan karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso
- 2) Jika $p < \alpha$, maka H_0 ditolak artinya terdapat hubungan hubungan antara karakteristik ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga anak balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso

Kategori kekuatan korelasi/asosiasi yaitu :

- 1) Sangat lemah : 0,00 - 0,199
- 2) Lemah : 0,20 - 0,399
- 3) Sedang : 0,40 - 0,599
- 4) Kuat : 0,60 - 0,799
- 5) Sangat kuat : 0,80 - 1,00

3.9 Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.3 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Ibu, Keluarga, Pelayanan Kesehatan, dan Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

a. Karakteristik Ibu

Karakteristik ibu terbagi menjadi umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan sikap ibu tentang Kadarzi. Distribusi frekuensi tersaji pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, dan Sikap tentang Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Karakteristik Ibu	Jumlah (n)	%
1. Umur		
Remaja awal	0	0
Remaja akhir	15	15
Dewasa awal	83	83
Setengah baya	2	2
Total	100	100
2. Pendidikan		
Rendah	62	62
Menengah	24	24
Tinggi	14	14
Total	100	100
3. Pekerjaan		
Bekerja di luar rumah	7	7
Bekerja di dalam rumah	8	8
Tidak bekerja	85	85
Total	100	100
4. Pengetahuan tentang Kadarzi		
Rendah	9	9
Sedang	49	49
Tinggi	42	42
Total	100	100
5. Sikap tentang Kadarzi		
Negatif	29	29
Positif	71	71
Total	100	100

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui dari 100 responden yang diteliti, sebagian besar umur ibu balita berada pada kategori dewasa awal dengan persentase 83%.

Pendidikan ibu balita rata-rata berada pada kategori rendah dengan persentase 62%. Sebagian besar ibu balita tidak bekerja dengan persentase 62%, pengetahuan ibu balita yang sedang memiliki persentase 49% dan rata-rata ibu balita memiliki sikap positif terkait kadarzi sebesar 71%.

b. Karakteristik Keluarga

Karakteristik keluarga terbagi menjadi besar keluarga dan pendapatan keluarga. Berikut merupakan distribusi frekuensi karakteristik keluarga:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Besar Keluarga dan Pendapatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Karakteristik Keluarga	Jumlah (n)	%
1. Besar Keluarga		
Keluarga kecil	65	65
Keluarga besar	35	35
Total	100	100
2. Pendapatan Keluarga		
Rendah	68	68
Tinggi	32	32
Total	100	100

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui dari 100 responden yang diteliti, sebagian besar keluarga balita termasuk dalam kategori keluarga kecil dengan persentase 65%, dan pendapatan keluarga balita rata-rata berada pada kategori rendah dengan persentase 68%.

c. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan terbagi menjadi sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan, pelayanan petugas kesehatan/kader, dan keterpaparan informasi Kadarzi. Sebagian besar jumlah sarana pelayanan kesehatan yang tersedia di lingkungan ibu balita dalam kategori ≥ 3 buah dengan persentase 85%. Rata-rata ibu balita memiliki jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dalam kategori < 1 km dengan persentase sebesar 71%. Sebagian besar ibu balita yang memiliki waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dalam kategori < 15 menit dengan persentase sebesar 86%, dan ibu balita mendapat pelayanan kesehatan yang baik dengan persentase sebesar 82%. Selain itu, berdasarkan keterpaparan informasi Kadarzi, sebagian besar ibu balita telah

terpapar informasi Kadarzi dengan persentase sebesar 84%. Berikut merupakan distribusi frekuensi pelayanan kesehatan :

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Sarana, Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan, Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader, dan Keterpaparan Informasi Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Pelayanan Kesehatan	Jumlah (n)	%
1. Sarana Pelayanan Kesehatan		
≤ 2 buah	15	15
≥ 3 buah	85	85
Total	100	100
2. Jarak Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan		
< 1 km	71	71
1 – 5 km	26	26
> 5 km	3	3
Total	100	100
3. Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan		
< 15 menit	86	86
16 – 30 menit	13	13
31 – 60 menit	1	1
> 60 menit	0	0
Total	100	100
4. Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader		
Pelayanan kesehatan belum baik	18	18
Pelayanan kesehatan baik	82	82
Total	100	100
5. Keterpaparan Informasi Kadarzi		
Tidak terpapar	16	16
Terpapar	84	84
Total	100	100

d. Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dalam penelitian ini dikategorikan menjadi dua yaitu keluarga Kadarzi dan tidak Kadarzi. Keluarga dikatakan mencapai status kadarzi jika telah melaksanakan lima indikator yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beriodium dan minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran (Depkes RI, 2007). Adapun gambaran status Kadarzi pada keluarga

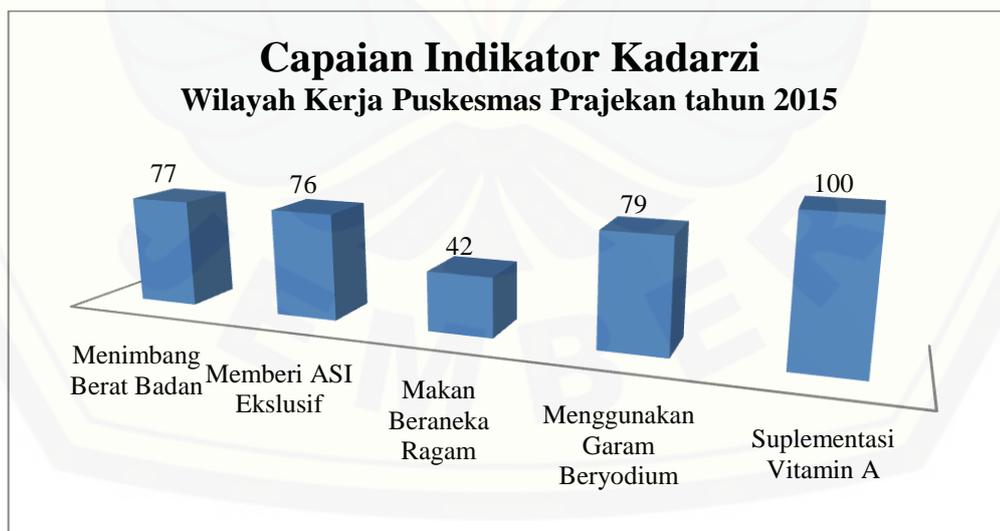
balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Keluarga Balita Berdasarkan Status Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Status Kadarzi	Jumlah	Persentase
Keluarga Kadarzi	22	22
Keluarga Tidak Kadarzi	78	78
Total	100	100

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa dari 100 responden yang diteliti, keluarga balita yang memiliki status keluarga tidak Kadarzi lebih banyak yaitu sebesar 78% bila dibandingkan dengan keluarga balita yang memiliki status keluarga Kadarzi sebesar 22%.

Dari ke lima indikator hanya satu indikator yang mencapai target yaitu memberi suplemen vitamin A pada balita sesuai anjuran dengan capaian sebesar 100%, sedangkan indikator lainnya tidak mencapai target. Indikator Kadarzi yang paling sedikit dilaksanakan oleh ibu balita adalah memberi balita makan beraneka ragam dengan capaian sebesar 42%. Gambaran capaian masing-masing indikator Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan dapat dilihat pada gambar 4.1.



Gambar 4.1 Capaian Indikator Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

4.1.2 Hubungan Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

a. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Kadarzi

1) Hubungan Umur Ibu dengan Status Kadarzi

Hubungan antara umur ibu dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5 Hubungan Umur Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	n	%	n	%	
Umur Ibu					
Remaja Awal	0	0,0	0	0,0	<i>p value</i> = 0,49 <i>r</i> = 0,12
Remaja Akhir	13	16,7	2	9,1	
Dewasa Awal	63	80,8	20	90,9	
Setengah Baya	2	2,6	0	0,0	
Tua	0	0,0	0	0,0	
Total	78	100	22	100	

Tabel 4.5 menunjukkan hasil analisis bivariat antara umur ibu dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,49$ ($p > \alpha$), karena nilai $p > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso.

2) Hubungan Pendidikan Ibu dengan Status Kadarzi

Hubungan antara pendidikan ibu dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.6 Hubungan Pendidikan Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	n	%	n	%	
Pendidikan Ibu					
Rendah	54	69,2	8	36,4	<i>p value</i> = 0,00 <i>r</i> = 0,55
Menengah	21	26,9	3	13,6	
Tinggi	3	3,8	11	50,0	
Total	78	100	22	100	

Tabel 4.6 menunjukkan hasil analisis bivariat antara pendidikan ibu dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,00$ ($p < \alpha$), karena nilai $p < \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Nilai korelasi pendidikan ibu dengan status Kadarzi sebesar 0,55 artinya hubungan antara pendidikan ibu dengan status Kadarzi memiliki kekuatan sedang.

3) Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Status Kadarzi

Hubungan antara pekerjaan ibu dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.7 Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	n	%	n	%	
Pekerjaan Ibu					
Bekerja di dalam rumah	5	6,4	2	9,1	$p\ value = 0,47$ $r = 0,12$
Bekerja di luar rumah	5	6,4	3	13,6	
Tidak bekerja	68	87,2	17	77,3	
Total	78	100	22	100	

Tabel 4.7 menunjukkan hasil analisis bivariat antara pekerjaan ibu dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,47$ ($p > \alpha$), karena nilai $p > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso.

4) Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Status Kadarzi

Tabel 4.8 menunjukkan hasil analisis bivariat pengetahuan ibu dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,03$ ($p < \alpha$), karena nilai $p < \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Nilai korelasi pengetahuan ibu dengan status Kadarzi sebesar 0,34 artinya hubungan antara pengetahuan ibu dengan status

Kadarzi memiliki kekuatan lemah. Hubungan antara pengetahuan ibu dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.8 Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	n	%	n	%	
Pengetahuan Ibu					
Rendah	9	11,5	0	0,0	$p\text{ value} = 0,03$ $r = 0,34$
Sedang	43	55,1	6	27,3	
Tinggi	26	33,3	16	72,7	
Total	78	100	22	100	

5) Hubungan Sikap Ibu dengan Status Kadarzi

Tabel 4.9 menunjukkan hasil analisis bivariat antara sikap ibu dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,07$ ($p > \alpha$), karena nilai $p > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Hubungan antara sikap ibu dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.9 Hubungan Sikap Ibu dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Sikap Ibu					
Negatif	26	33,3	3	13,6	$p\text{ value} = 0,07$ $r = 0,18$
Positif	52	66,7	19	86,4	
Total	78	100	22	100	

b. Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Status Kadarzi

1) Hubungan Besar Keluarga dengan Status Kadarzi

Tabel 4.10 menunjukkan hasil analisis bivariat antara besar keluarga dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,88$ ($p > \alpha$), karena nilai $p > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara besar keluarga

dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso.

Hubungan antara besar keluarga dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.10 Hubungan Besar Keluarga dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Besar Keluarga					<i>p value</i> = 0,87 <i>r</i> = 0,15
Keluarga kecil	51	65,4	14	63,6	
Keluarga besar	27	34,6	8	36,4	
Total	78	100	22	100	

2) Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Status Kadarzi

Tabel 4.11 menunjukkan hasil analisis bivariat antara pendapatan keluarga dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,31$ ($p > \alpha$), karena nilai $p > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Hubungan antara pendapatan keluarga dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.11 Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Pendapatan Keluarga					<i>p value</i> = 0,31 <i>r</i> = 0,10
Rendah	55	70,5	13	59,1	
Tinggi	23	29,5	9	40,9	
Total	78	100	22	100	

c. Hubungan Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

1) Hubungan Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Tabel 4.12 menunjukkan hasil analisis bivariat antara sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,32$ ($p > \alpha$), karena nilai $p >$

α sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Hubungan sarana kesehatan dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.12 Hubungan Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Sarana Pelayanan Kesehatan					<i>p value</i> = 0,32 <i>r</i> = 0,18
≤ 2 buah	14	17,9	1	4,5	
≥ 3 buah	64	82,1	21	95,5	
Total	78	100	22	100	

2) Hubungan Jarak Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Hubungan antara jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.13 Hubungan Jarak ke Tempat Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Jarak ke Tempat Pelayanan Kesehatan					<i>p value</i> = 0,39 <i>r</i> = 0,08
< 1 km	57	73,1	14	63,6	
1 – 5 km	19	24,4	7	31,8	
> 5 km	2	2,6	1	4,5	
Total	78	100	22	100	

Tabel 4.13 menunjukkan hasil analisis bivariat antara jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,39$ ($p > \alpha$), karena nilai $p > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status

Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso.

3) Hubungan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Tabel 4.14 menunjukkan hasil analisis bivariat antara waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,52$ ($p > \alpha$), karena nilai $p > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Hubungan antara waktu tempuh ke tempat pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.14 Hubungan Waktu Tempuh ke Tempat Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Waktu Tempuh ke Tempat Pelayanan Kesehatan					$p \text{ value} = 0,52$ $r = 0,06$
< 15 menit	68	87,2	18	81,8	
15 – 30 menit	10	12,8	4	18,2	
31 – 60 menit	0	0,0	0	0,0	
> 60 menit	0	0,0	0	0,0	
Total	78	100	22	100	

4) Hubungan Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader dengan Status Kadarzi

Tabel 4.15 menunjukkan hasil analisis bivariat antara pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,01$ ($p < \alpha$), karena nilai $p < \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Nilai korelasi pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi sebesar 0,24 artinya hubungan antara pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi memiliki kekuatan lemah. Hubungan antara pelayanan

petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.15 Hubungan Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader					
Pelayanan kesehatan belum baik	18	23,1	0	0	<i>p value</i> = 0,01 <i>r</i> = 0,24
Pelayanan kesehatan baik	60	76,9	22	100	
Total	78	100	22	100	

5) Hubungan Keterpaparan Informasi Kadarzi dengan Status Kadarzi

Hubungan antara keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi keluarga balita pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.16 Hubungan Keterpaparan Informasi Kadarzi dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan Tahun 2015

Variabel	Status Kadarzi				Hasil
	Tidak Kadarzi		Kadarzi		
	N	%	N	%	
Keterpaparan Informasi Kadarzi					
Tidak terpapar	16	20,5	0	0	<i>p value</i> = 0,02 <i>r</i> = 0,23
Terpapar	62	79,5	22	100	
Total	78	100	22	100	

Tabel 4.16 menunjukkan hasil analisis bivariat antara keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p = 0,02$ ($p < \alpha$), karena nilai $p < \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso. Nilai korelasi keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi sebesar 0,23 artinya hubungan antara keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi memiliki kekuatan lemah.

4.1.3 Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Status Kadarzi

Faktor yang paling berpengaruh dapat dianalisis dengan melihat kuat hubungan yang didapat setelah analisis bivariat. Variabel yang dianalisis adalah variabel yang memiliki hubungan yang bermakna yaitu pendidikan, pengetahuan, pelayanan petugas kesehatan/kader, dan keterampilan informasi Kadarzi. Dari ke-4 variabel tersebut, variabel yang paling kuat hubungannya adalah pendidikan dengan nilai korelasinya sebesar 0,55 yang artinya kuat hubungannya adalah sedang. Variabel pengetahuan, pelayanan petugas kesehatan/kader, dan keterampilan informasi Kadarzi memiliki kuat hubungan yang lemah.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Ibu, Keluarga, Pelayanan Kesehatan dan Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

a. Karakteristik Ibu

Karakteristik ibu terbagi menjadi umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan sikap ibu tentang Kadarzi.

1) Umur

Umur adalah usia ibu yang menjadi indikator dalam kedewasaan dalam setiap pengambilan keputusan untuk melakukan sesuatu yang mengacu pada setiap pengalamannya. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan berada pada kelompok umur dewasa awal (22-40 tahun). Semakin dewasa usia seseorang maka tingkat kemampuan dan kematangan dalam berfikir dan menerima informasi lebih baik dibandingkan dengan usia yang lebih muda. Ibu dengan usia dewasa awal lebih mudah menerima instruksi sedangkan ibu dengan usia setengah baya lebih berpengalaman dalam pola pengasuhan balitanya (Rarastiti, 2013). Hal tersebut juga didukung oleh Hurlock dalam Kristiawati *et al* (2013), yang menyatakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Hurlock menjelaskan bahwa pada tahapan yang lebih dewasa tingkat pengetahuan akan bertambah sebelum akhirnya

mencapai masa penurunan daya ingat. Menurut Hidayati (2010), seseorang yang sudah lanjut usia maka penerimaan terhadap hal baru semakin rendah. Hal ini karena orang yang termasuk dalam golongan tua memiliki kecenderungan selalu bertahan dengan nilai-nilai lama sehingga dipersulit menerima hal-hal yang sifatnya baru.

2) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses yang berjalan berkesinambungan, mulai dari usia anak sampai dewasa. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Wawan dan Dewi, 2010). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki pendidikan rendah. Banyaknya ibu yang berpendidikan rendah sebagian besar disebabkan karena ketidakmampuan ekonomi, sehingga banyak ibu balita yang putus sekolah atau tidak melanjutkan pendidikannya ke tingkat yang lebih tinggi. Tingkat pendidikan yang rendah akan sulit untuk menerima arahan dalam pemenuhan gizi dan mereka sering tidak mau atau tidak meyakini pentingnya pemenuhan kebutuhan gizi atau pentingnya pelayanan kesehatan lain yang menunjang dalam membantu pertumbuhan dan perkembangan anak (Gerungan, 2004). Menurut Halomoan (2012) semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah baginya untuk menerima hal-hal yang baru yang ada di sekitarnya serta semakin bagus pula pengetahuan yang dimiliki. Hal tersebut didukung oleh Rarastiti (2013) yang menyatakan ibu dengan pendidikan yang tinggi lebih mudah untuk menerima informasi tentang cara pengasuhan balita yang baik dan menjaga kesehatan. Sehingga, sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan yang memiliki pendidikan rendah akan menghambat penerimaan atau kemampuan penyerapan informasi tentang Kadarzi.

3) Pekerjaan

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktifitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Dalam pembicaraan sehari-hari istilah ini sering dianggap sinonim dengan profesi (Suryani, 2013). Berdasarkan

hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan tidak bekerja atau ibu rumah tangga. Banyaknya ibu yang tidak bekerja disebabkan karena sebagian besar ibu memiliki tingkat pendidikan kurang sehingga tidak dapat memasuki lapangan kerja di sektor formal karena tidak memenuhi syarat pendidikan minimum yang ditetapkan oleh berbagai badan usaha sektor formal. Menurut Maisya (2014) seorang wanita yang sudah menikah memiliki peran sebagai istri, ibu, dan *homemaker* (pekerja rumah tangga). Walaupun wanita yang sudah menikah memilih untuk tetap bekerja, tugas utama sebagai wanita yang sudah menikah tetap harus menjalankan tugasnya sebagai istri, ibu, dan *homemaker* (pekerja rumah tangga). Nilai sosial budaya menuntut wanita yang sudah menikah untuk mencurahkan waktu yang dimilikinya terutama untuk menjalankan tugas sebagai istri, ibu, dan *homemaker*. Oleh karena itu, sebagian besar wanita lebih memilih untuk tidak bekerja dan hanya menjadi ibu rumah tangga untuk menghindari konflik peran ganda dan tuntutan sosial budaya sebagai wanita.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat ibu balita yang bekerja baik di luar rumah maupun di dalam rumah. Menurut Parjo (2013) dengan adanya ibu yang bekerja maka dapat menambah pendapatan keluarga sehingga mempengaruhi daya beli keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi anak dan anggota keluarga lainnya. Keluarga dengan pendapatan lebih kemungkinan besar akan baik bahkan berlebihan dalam memenuhi kebutuhan makanan, sebaliknya keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dalam memenuhi kebutuhan makanan terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi.

4) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Menurut Narastiti (2013), pengetahuan seseorang dapat berguna sebagai motivasi dalam bersikap dan bertindak sesuatu bagi orang tersebut. Berdasarkan penelitian diketahui bahwa sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki pengetahuan sedang tentang Kadarzi, namun jumlahnya hampir sebanding dengan ibu balita yang memiliki pengetahuan tinggi.

Ibu yang mempunyai pengetahuan baik tentang pangan dan gizi, maka dalam hal pemilihan makanan keluarga akan memperhatikan faktor gizi termasuk memperbaiki keadaan gizi balita. Pengetahuan yang diperoleh akan memberikan sikap yang menguntungkan bagi dirinya, keluarga dan masyarakat (Hersoelistyorini dan Meikawati, 2005). Berdasarkan informasi dari kader diketahui bahwa sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan rutin datang ke posyandu yang ditandai dengan tingginya proporsi ibu yang menimbang balita, sehingga sering terpapar dengan penyuluhan-penyuluhan gizi yang disampaikan oleh petugas kesehatan/kader di posyandu. Dengan seringnya terpapar oleh informasi tersebut, maka akan menambah pengetahuan gizi ibu balita. Selain itu, banyaknya ibu balita yang memiliki pengetahuan gizi baik juga disebabkan karena sebagian besar ibu balita juga mengikuti penyuluhan dalam acara PKK.

5) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Sikap ibu tentang kesehatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perilaku gizi di tingkat keluarga. Sikap yang baik memiliki kontribusi yang cukup signifikan terhadap perilaku masyarakat dalam usaha pemenuhan gizi balita. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan sudah memiliki sikap yang positif terhadap perilaku Kadarzi. Banyaknya ibu balita yang bersikap positif terhadap Kadarzi disebabkan karena sebagian besar ibu memiliki pengetahuan tentang Kadarzi yang sedang. Hal tersebut didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Zuraida dan Nainggolan (2011) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap positif terhadap usaha peningkatan pemenuhan nutrisi balita sejalan dengan tingkat pengetahuan yang baik dan berpengaruh terhadap sikap yang baik pula. Menurut Kristiawati *et al* (2013), sebagian besar ibu balita memiliki sikap yang positif dalam pemenuhan nutrisi dikarenakan ibu balita memiliki pengetahuan yang cukup tentang pemenuhan nutrisi yang tepat. Ibu balita menerima informasi kesehatan yang diberikan tentang pemenuhan nutrisi dan menanggapi bahwa pemenuhan nutrisi

sesuai yang dibutuhkan oleh tubuh balita akan menunjang kecerdasan dan pertumbuhan fisik balita, menghargai dan bertanggung jawab bahwa semua informasi yang diperoleh sangat penting untuk balita.

b. Karakteristik Keluarga

Karakteristik keluarga terbagi menjadi besar keluarga dan pendapatan keluarga.

1) Besar Keluarga

Besar keluarga akan mempengaruhi kesehatan seseorang atau keluarga dan juga mempengaruhi konsumsi zat gizi dalam suatu keluarga. Menurut Bachtiar *et al* (2008), besar keluarga akan berpengaruh kepada pendapatan perkapita dari setiap anggota keluarga, semakin besar keluarga akan semakin kecil pendapatan perkapita yang pada akhirnya akan mempengaruhi konsumsi anggota keluarga. Berdasarkan penelitian diketahui bahwa sebagian besar keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki besar keluarga yang termasuk kategori kecil (≤ 4 orang). Hal ini dimungkinkan sebagian besar ibu balita mengikuti program Keluarga Berencana (KB). Menurut Suhardjo (2003) apabila besar keluarga semakin banyak, maka kebutuhan pangannya akan semakin banyak pula. Besar keluarga juga akan mempengaruhi jumlah dan jenis makanan yang tersedia dalam keluarga. Pada taraf ekonomi yang sama, pemenuhan kebutuhan makanan yang menjadi lebih mudah pada keluarga yang memiliki jumlah anggota yang lebih sedikit. Keluarga yang besar dibarengi dengan distribusi makanan yang tidak merata akan menyebabkan balita dalam keluarga tersebut menderita kurang gizi.

2) Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga merupakan besarnya rata-rata penghasilan yang diperoleh dari seluruh anggota keluarga. Pendapatan yang diukur dari seseorang biasanya bukan hanya pendapatan yang diterima oleh individu, melainkan pendapatan yang diterima oleh seluruh anggota keluarga (Sumarwan, 2003). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki pendapatan rendah. Hal ini disebabkan karena keluarga hanya mengandalkan pada pendapatan suami/bapak saja. Hal tersebut dikarenakan banyak ibu balita yang bekerja sebagai rumah tangga. Meskipun ibu

balita berpendidikan tinggi, namun ibu balita membuat keputusan untuk tidak bekerja karena ingin fokus merawat balitanya. Pendapatan keluarga sangat mempengaruhi terhadap konsumsi makanan sehari-hari. Apabila pendapatan rendah maka makanan yang dikonsumsi tidak mempertimbangkan nilai gizi, tetapi nilai materi lebih menjadi pertimbangan (Sulistiyowati dan Astuti, 2012). Menurut Andini (2010) pendapatan keluarga yang rendah menyebabkan keluarga anak balita hanya mampu membeli pangan yang relatif terjangkau. Namun, pada dasarnya untuk memperoleh jenis makan yang berkualitas baik tidak harus dengan harga yang mahal, sehingga membutuhkan biaya yang mahal untuk menikmatinya.

c. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan terbagi menjadi sarana kesehatan, jarak dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan, pelayanan petugas kesehatan/kader, dan keterpaparan informasi Kadarzi.

1) Sarana Pelayanan Kesehatan

Penyediaan sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat, dan menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan sarana pelayanan kesehatan (Liestani, 2006). Berdasarkan penelitian, sebagian besar keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki sarana pelayanan kesehatan dilingkungannya berjumlah ≥ 3 buah, sebagian besar yaitu puskesmas, praktek bidan, posyandu, dan poskesdes. Adanya sarana pelayanan kesehatan yang memadai di wilayah kerja Puskesmas Prajekan karena setiap desa sudah menerapkan desa siaga, sehingga harus memenuhi persyaratan mengenai ketersediaan sarana pelayanan kesehatan di desanya. Sebuah desa dikatakan menjadi desa siaga apabila sekurang-kurangnya memiliki satu Pos Kesehatan Desa yang dilengkapi unit kesehatan berbasis masyarakat sesuai kebutuhan masyarakat setempat (Depkes RI, 2006).

2) Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan

Jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan adalah seberapa jauh lintasan yang di tempuh responden menuju sarana pelayanan kesehatan yang meliputi rumah sakit, puskesmas, posyandu, dan lainnya (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan penelitian, sebagian besar keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki jarak tempuh ke pelayanan kesehatan dalam kategori <1 km. Hal ini dikarenakan sarana pelayanan kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan oleh ibu balita adalah posyandu, dan setiap dusun memiliki posyandu untuk kemudahan akses pelayanan kesehatan ibu dan balita. Hidayati (2010) menyatakan bahwa faktor jarak ternyata memberikan kontribusi terhadap seseorang dalam melakukan suatu tindakan. Letak posyandu sebaiknya berada di tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat, ditentukan lokal sendiri, atau dapat dilaksanakan di rumah penduduk, balai rakyat, pos rukun tetangga (RT) atau rukun warga (RW) atau pos lainnya. Hal ini agar jarak posyandu mudah dijangkau sehingga memudahkan masyarakat untuk menimbang anaknya. Semakin dekat jarak tempuh rumah dengan tempat penyelenggaraan posyandu, maka akan semakin banyak masyarakat yang memanfaatkan posyandu. Hal ini sesuai dengan Suryandari (2008) yang menyatakan posyandu yang terjangkau semua pengguna dengan jalan kaki dapat mendukung posyandu berjalan dengan baik sehingga mewujudkan pelayanan gizi menjadi efektif. Semakin dekat jarak tempuh posyandu maka akan semakin banyak ibu balita yang hadir dalam pelaksanaan posyandu.

Berdasarkan penelitian, sebagian besar keluarga balita di wilayah Puskesmas Prajekan memiliki waktu tempuh ke pelayanan kesehatan terkait Kadarzi dalam kategori <15 menit. Hal ini dikarenakan sarana pelayanan kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan oleh ibu balita adalah posyandu, dan setiap dusun memiliki posyandu untuk kemudahan akses pelayanan kesehatan ibu dan balita, sehingga sebagian besar waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan yang sering digunakan ibu dalam kategori <15 menit. Jika balita dalam kondisi sakit, sebagian besar ibu balita mencari pelayanan kesehatan di praktek bidan desa setempat dengan waktu tempuh <15 menit. Menurut Ambarita dan Sitorus (2008) idealnya jangkauan masyarakat (waktu tempuh) terhadap sarana pelayanan kesehatan haruslah semudah mungkin sehingga memudahkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan memiliki dampak signifikan dengan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan.

Rasyid *et al* (2012) menunjukkan bahwa ibu yang bertempat tinggal dekat atau mudah dijangkau dengan tempat pelayanan posyandu menunjukkan tingkat pemanfaatan posyandu yang tinggi. Sedangkan ibu yang bertempat tinggal jauh atau sulit menjangkau tempat pelayanan posyandu.

3) Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan, pelayanan juga dapat diartikan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain (Muninjaya, 2011). Berdasarkan penelitian, sebagian besar ibu balita mendapatkan pelayan yang baik dari petugas kesehatan/kader terkait Kadarzi. Hal ini ditunjukkan dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa petugas kesehatan/kader ramah dalam setiap pelayanan kesehatan yang diberikan, petugas kesehatan/kader juga menjawab dengan jelas setiap pertanyaan yang diberikan oleh ibu balita dan memberikan informasi terkait Kadarzi. Menurut Notoatmodjo (2003) dukungan petugas kesehatan/kader merupakan dukungan sosial dalam bentuk dukungan informatif, di mana perasaan subjek bahwa lingkungan memberikan keterangan yang cukup jelas mengenai hal-hal yang diketahui. Petugas kesehatan/kader akan mendukung perilaku ibu untuk melakukan upaya kesehatan melalui keterampilan komunikasi dan ada kecenderungan bahwa upaya-upaya petugas kesehatan/kader memperkuat ibu dengan memberikan pujian, dorongan dan diskusi atau dengan menjadi sumber informasi yang dapat dipercaya.

4) Keterpaparan Informasi Kadarzi

Pemberian informasi atau pesan kesehatan dan penyuluhan kesehatan dengan tujuan memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan yang diperlukan oleh seseorang atau masyarakat, sehingga akan memudahkan terjadinya perubahan kearah perilaku sehat (Notoatmodjo,2010). Berdasarkan penelitian, sebagian besar ibu balita terpapar informasi Kadarzi dari petugas pelayanan kesehatan/kader maupun televisi, radio, internet, koran/majalah/leaflet, atau bahkan dari tetangga atau teman. Namun, jumlah tersebut hampir sebanding dengan ibu balita yang tidak terpapar informasi

Kadarzi. Sebagian besar ibu balita mendapatkan informasi Kadarzi dari petugas kesehatan/kader. Informasi yang diberikan berupa diskusi individu yang dilakukan pada saat pelaksanaan posyandu. Banyaknya ibu yang terpapar informasi Kadarzi sejalan dengan tingginya kehadiran balita di posyandu, karena sebagian besar informasi terkait Kadarzi diberikan di posyandu.

d. Status Kadarzi

Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya. Keluarga dikatakan mencapai status Kadarzi jika telah melaksanakan lima indikator yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beriodium dan minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran (Depkes RI, 2007).

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya penurunan yang signifikan proporsi keluarga balita usia 6-59 bulan yang memiliki status Kadarzi dibandingkan hasil pendataan Kadarzi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso di wilayah kerja Puskesmas Prajekan pada tahun 2013 yang mencapai 86,4%. Namun, pada tahun 2015, persentase capaian keluarga Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Prajekan hanya sebesar 22%. Hal ini dapat dikarenakan desa yang menjadi sampel pendataan Kadarzi sebelumnya adalah desa Prajekan Kidul. Desa Prajekan Kidul merupakan desa dengan SDM yang lebih baik dari desa-desa lainnya. Pemilihan sampel desa ini ditentukan oleh Dinas Provinsi Jawa Timur, dan setiap kecamatan diwakili oleh 1 desa saja. Sampel yang dipilih digunakan untuk menggambarkan cakupan status Kadarzi Kabupaten Bondowoso, sehingga belum benar-benar mewakili status Kadarzi setiap Kecamatan. Pada tahun 2015, dari ke lima indikator Kadarzi, hanya satu indikator yang mencapai target yaitu memberikan suplemen gizi yaitu vitamin A pada bayi dan balita. Berikut merupakan pembahasan masing-masing indikator Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Prajekan :

1) Menimbang Berat Badan Secara Teratur

Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti Posyandu, Polindes, Puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain (Kemenkes RI, 2013). Persentase ibu balita yang menimbang berat badan balita secara teratur yaitu 77%, masih dibawah target yaitu 80%. Hal ini berbeda dengan pendataan Kadarzi pada tahun 2013 yang proporsinya mencapai 100%. Berdasarkan wawancara dengan ibu balita, menurunnya persentase ini dikarenakan dengan bertambahnya umur balita, maka ibu balita semakin jarang menimbang berat badan balita di posyandu atau sarana pelayanan kesehatan lainnya. Menurut Nadimin (2010), masih rendahnya cakupan pemantauan berat badan anak balita ada kaitannya dengan tingkat pendidikan orang tua terutama pendidikan ibu yang masih rendah. Pada tingkat pendidikan yang rendah, maka pengetahuan mereka akan manfaat menimbang anak juga rendah sehingga kesadaran keluarga untuk menimbang anaknya di posyandu atau unit pelayanan kesehatan relatif rendah. Beberapa alasan ibu tidak menimbang balitanya yaitu anak sudah mendapat imunisasi lengkap atau sudah tidak di imunisasi lagi, posyandu jauh dari rumah, ibu lupa jadwal posyandu di desanya dan ibu sibuk bekerja sehingga tidak sempat membawa anak ke posyandu. Dapat diasumsikan hal tersebut dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan masyarakat tentang manfaat penimbangan untuk mengetahui status gizi dan pertumbuhan balitanya. Padahal dengan menimbang berat badan secara teratur maka segera dapat diketahui apabila terjadi penyimpangan pola pertumbuhan untuk dilakukan perbaikan dan pencegahan kearah yang lebih jelek (Karolina *et al*, 2012).

2) Memberikan ASI (Air Susu Ibu) Saja kepada Bayi Selama 6 Bulan

Bayi sangat dianjurkan untuk diberi ASI Eksklusif kerana pencernaan bayi belum siap untuk mencerna makanan selain ASI. ASI juga mengandung zat-zat kekebalan yang sangat diperlukan oleh bayi karena bayi sangat rentan terhadap penyakit (Nadimin,2010). Persentase ibu balita yang memberikan ASI (Air Susu Ibu) saja kepada bayi selama 6 bulan atau ASI eksklusif yaitu 76%, masih dibawah target yaitu 80%. Pada indikator ini, terjadi peningkatan proporsi ibu yang

memberikan ASI eksklusif pada tahun 2013 yang hanya sebesar 66,7%. Meskipun masih dibawah target, namun peningkatan persentase pemberian ASI eksklusif membuktikan bahwa meningkatnya kesadaran ibu tentang ASI eksklusif. Berdasarkan wawancara dengan bidan desa, pada setiap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan dan kader kepada ibu balita selalu diberikan informasi bagaimana pentingnya memberikan ASI eksklusif. Namun, kelemahan dalam penilaian indikator ini yaitu tidak ada data sekunder mengenai pemberian ASI eksklusif. Bidan desa maupun kader tidak mencatat pemberian ASI eksklusif sehingga data dikumpulkan hanya dengan melakukan wawancara menggunakan kuisioner. Hal tersebut memungkinkan adanya ibu balita yang berbohong maupun lupa apakah telah memberikan ASI eksklusif kepada balitanya.

3) Makan Beraneka Ragam

Mengonsumsi pangan secara beraneka ragam adalah merupakan cerminan adanya kesadaran keluarga tentang pentingnya pemenuhan gizi untuk pemeliharaan kesehatan dan peningkatan status gizi (Depkes RI, 2007). Berdasarkan lima indikator Kadarzi yang diteliti terlihat bahwa indikator yang paling rendah atau sedikit dilaksanakan oleh ibu balita adalah memberi makan balita dengan makanan yang beraneka ragam yaitu proporsinya hanya mencapai 42%. Hal ini berbeda dengan pendataan Kadarzi pada tahun 2013 yang proporsinya mencapai 95,5%. Hasil penelitian ini menunjukkan masih rendahnya konsumsi makanan yang beragam pada keluarga balita. Padahal mengonsumsi makanan yang beragam sangat baik untuk kelangsungan tumbuh kembang balita. Hal ini disebabkan karena dengan mengonsumsi makanan yang beragam akan menjamin keseimbangan zat-zat gizi yang diperlukan tubuh sehingga dapat meningkatkan kualitas kerja dan terhindar dari kekurangan zat gizi. Tiap makanan dapat saling melengkapi dalam zat gizi yang dikandungnya.

4) Menggunakan Garam Beriodium

Keluarga menggunakan garam beriodium untuk memasak setiap hari adalah salah satu perilaku keluarga sadar gizi. Persentase ibu balita yang menggunakan garam beriodium pada saat memasak yaitu sebesar 79%, masih dibawah target yaitu 90%. Hal ini berbeda dengan pendataan Kadarzi pada tahun 2013 yang

proporsinya mencapai 90,9%. Perbedaan ini dapat disebabkan karena banyak ibu balita yang menggunakan 2 jenis garam yaitu garam beriodium (garam halus) dan tidak beriodium (garam rakyat/kasar). Pada pendataan tahun 2013, ibu balita yang menggunakan 2 jenis garam memberikan contoh garam yang beriodium, sehingga tercatat banyak ibu balita yang menggunakan garam beriodium. Banyak ibu balita yang sebelumnya mengaku menggunakan garam beriodium, namun rasanya yang pahit menyebabkan ibu balita beralih lagi menggunakan garam tidak beriodium (garam rakyat/kasar). Menurut Nadimin (2010), masih rendahnya cakupan garam beriodium di dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu masih beredar bebasnya garam rakyat, keadaan ekonomi masyarakat, tingkat pendidikan dan belum adanya kebijakan pemerintah yang mengatur distribusi garam. Garam rakyat mempunyai harga yang lebih murah, sehingga rumah tangga pada level pendidikan dan keadaan ekonomi yang pas-pasan lebih memilih garam rakyat. Disisi lain ketersediaan garam beriodium hanya terbatas di daerah-daerah tertentu, sementara garam rakyat dijual dari rumah ke rumah dan selalu tersedia di kios-kios di seluruh pelosok desa. Tidak semua kios-kios desa menjual garam beriodium.

5) Memberikan Suplemen Gizi Sesuai Anjuran

Memberikan suplemen gizi sesuai anjuran merupakan salah satu perilaku keluarga sadar gizi. Suplemen gizi yang berkaitan dengan keluarga balita adalah memberikan kapsul vitamin A biru pada bayi usia 6-11 bulan pada bulan Februari atau Agustus dan memberikan kapsul vitamin A merah pada balita usia 12-59 bulan pada bulan Februari dan Agustus. Berdasarkan lima indikator Kadarzi yang diteliti terlihat bahwa indikator yang paling tinggi persentasenya adalah memberikan suplemen gizi yaitu vitamin A pada bayi dan balita. Persentase bayi dan balita yang mendapat kapsul vitamin A sebesar 100%. Hal ini sesuai dengan pendataan Kadarzi tahun 2013 yang juga mencapai 100%. Tercapainya target pemberian vitamin A pada bayi dan balita tidak lepas dari partisipasi kader dalam pemberian informasi mengenai dilaksanakannya bulan vitamin A pada bulan Februari dan Agustus. Selain itu, *sweeping* untuk bayi dan balita yang tidak

datang ke posyandu untuk mendapat vitamin A berjalan lancar dan tidak ada halangan yang berarti.

4.2.2 Hubungan Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

a. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Kadarzi

1) Hubungan Umur Ibu dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi terdapat pada kategori umur dewasa awal (22-40 tahun), begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga terdapat pada kategori umur dewasa awal (22-40 tahun). Umur merupakan salah satu faktor yang mempermudah ibu untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan hasil uji diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010) yang menyatakan semakin bertambah umur seseorang, maka semakin bertambah pengalaman dan semakin menunjukkan kematangan dalam mental dan perilaku. Hal ini dimungkinkan meskipun umur ibu lebih muda tetapi memiliki pengetahuan yang baik terkait Kadarzi. Dengan demikian, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenjang umur ibu tidak menentukan perilaku ibu balita untuk melakukan perilaku Kadarzi atau tidak. Hal ini juga didukung oleh penelitian Indahsari (2011) yang menyatakan bahwa umur ibu tidak mempunyai pengaruh terhadap perilaku Kadarzi. Hal ini dikarenakan umur ibu tidak dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan Kadarzi, dalam mengasuh dan merawat balita masih dipengaruhi oleh kebiasaan turun temurun dari orang tua mereka.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Hurlock dalam Gabriel (2008) bahwa ibu yang relatif muda cenderung kurang memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam mengasuh anak sehingga umumnya mereka mengasuh dan merawat anak didasarkan pada pengalaman orang tua

terdahulu. Sebaliknya, pada ibu yang lebih berumur cenderung akan menerima dengan senang hati tugasnya sebagai ibu sehingga akan mempengaruhi pula terhadap kualitas dan kuantitas pengasuhan anak. Sebagian besar ibu yang masih muda memiliki sedikit sekali pengetahuan tentang gizi dan pengalaman dalam mengasuh anak.

2) Hubungan Pendidikan Ibu dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi berpendidikan tinggi, sedangkan sebagian besar ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi berpendidikan rendah. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempermudah ibu untuk melakukan perilaku Kadarzi. Hal tersebut dipertegas dengan hasil penelitian ini yang berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu balita usia 6-59 bulan dengan status Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Nilai korelasi pendidikan ibu dengan status Kadarzi sebesar 0,55 artinya hubungan antara pendidikan ibu dengan status Kadarzi memiliki kekuatan sedang. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amaliyah (2008) dan Indahsari (2011), yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap perilaku Kadarzi. Hal tersebut disebabkan karena tingginya pendidikan menyebabkan tingginya kesadaran untuk merawat balitanya. Hal ini sesuai dengan pendapat Nurfauziah (2013), yang mengemukakan bahwa pendidikan sangat mempengaruhi seseorang terhadap pengetahuan yang dimilikinya dimana melalui pendidikan maka seseorang akan dapat memperoleh pengetahuan dan dapat menghasilkan perubahan perilaku kearah yang lebih baik. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai manfaat yang positif dengan pengembangan pola konsumsi makanan dalam keluarga. Namun, Nurfauziah (2013) juga mengungkapkan bahwa seseorang dengan pendidikan rendah belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi dibandingkan dengan orang lain yang berpendidikan lebih tinggi, karena sekalipun berpendidikan rendah kalau orang tersebut rajin mendengarkan atau melihat informasi gizi bukan mustahil pengetahuan dan perilaku tentang gizinya akan lebih baik.

3) Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang tidak bekerja berperilaku Kadarzi dan sebagian besar ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi juga terdapat pada kategori ibu yang tidak bekerja. Pekerjaan ibu merupakan salah satu faktor yang mempermudah ibu untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan Sediaoetama (2006) yang menyatakan bahwa pekerjaan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perilaku gizi di tingkat keluarga. Ibu yang bekerja tidak dapat memberikan perhatian kepada anak balitanya apalagi mengurusnya sehingga ibu yang bekerja waktu untuk merawat anak menjadi berkurang. Penelitian Indahsari (2011) juga menyatakan pekerjaan ibu mempunyai pengaruh terhadap perilaku kadarzi, karena ibu tidak mempunyai waktu untuk memperhatikan kebutuhan gizi keluarga. Pada penelitian ini terdapat ibu yang bekerja didalam rumah maupun diluar rumah yang memiliki status Kadarzi. Hal ini dimungkinkan karena meskipun ibu bekerja namun ibu memiliki pengetahuan dan pendidikan yang memadai terkait gizi anak balita.

4) Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Kadarzi dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi memiliki pengetahuan tinggi, sedangkan sebagian besar ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi memiliki pengetahuan sedang. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempermudah ibu untuk melakukan perilaku Kadarzi. Hal tersebut dipertegas dengan hasil penelitian ini yang berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu tentang Kadarzi dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Nilai korelasi pengetahuan ibu dengan status Kadarzi sebesar 0,34 artinya hubungan antara pengetahuan ibu dengan status Kadarzi memiliki kekuatan lemah. Hal tersebut dikarenakan pengetahuan mempengaruhi perilaku ibu dalam bertindak. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian

Ridwan (2010) bahwa pengetahuan gizi berhubungan dengan perilaku kadarzi pada keluarga balita. Semakin tinggi pengetahuan tentang Kadarzi, maka akan semakin besar kemungkinan untuk melaksanakan indikator Kadarzi, sebaliknya semakin rendah pengetahuan tentang Kadarzi maka akan semakin kecil kemungkinan untuk menerapkan indikator Kadarzi (Setyaningsih, 2007). Sediaoetama (2010) juga menyebutkan bahwa semakin banyak pengetahuan tentang gizinya, semakin diperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang dipilih untuk dikonsumsinya. Awam yang tidak memiliki cukup pengetahuan tentang gizi akan memilih makanan yang paling menarik pancaindera, dan tidak mengadakan pilihan berdasarkan nilai gizi makanan. Sebaliknya, mereka yang semakin banyak pengetahuan gizinya, lebih banyak mempergunakan pertimbangan rasional dan pengetahuan tentang nilai gizi makanan tersebut. Menurut Wawan dan Dewi (2010) perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Berdasarkan penelitian Aryati dan Margawati (2012) di Semarang, pengukuran pengetahuan tentang Kadarzi didapatkan sebagian besar ibu berpengetahuan cukup. Ibu yang berpengetahuan baik masih tergolong sedikit. Kurangnya memperoleh informasi gizi dan penyuluhan petugas kesehatan dapat menjadi salah satu penyebab kurangnya pengetahuan gizi ibu.

5) Hubungan Sikap ibu Tentang Kadarzi dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi memiliki sikap positif terhadap Kadarzi, begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga memiliki sikap positif terhadap Kadarzi. Sikap ibu merupakan salah satu faktor yang mempermudah ibu untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Hal tersebut tidak sesuai dengan penelitian Setyaningsih (2007) yang menyatakan bahwa semakin positif sikap responden tentang Kadarzi maka akan semakin besar kemungkinan untuk melaksanakan indikator Kadarzi, sebaliknya semakin negatif sikap responden tentang kadarzi maka akan semakin

kecil kemungkinan untuk melaksanakan indikator kadarzi. Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa sikap yang positif terhadap nilai-nilai kesehatan terutama nilai gizi biasanya terwujud dalam suatu tindakan nyata. Namun, tidak disetiap keadaan kita menjumpai sikap yang sesuai dengan tindakannya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil PSG dan Kadarzi oleh Depkes RI (2007) yang menyatakan keluarga telah memiliki pengetahuan dasar mengenai gizi. Namun demikian, sikap mereka terhadap perbaikan gizi keluarga masih rendah. Hal ini disebabkan karena sebagian ibu menganggap asupan makanannya selama ini cukup memadai karena tidak ada dampak buruk yang mereka rasakan. Selain itu, sebagian keluarga juga mengetahui bahwa ada jenis makanan yang lebih berkualitas, namun mereka tidak ada kemauan dan keterampilan menyiapkannya. Penyediaan makanan beragam merupakan salah satu indikator Kadarzi, sehingga apabila indikator tersebut tidak terpenuhi maka keluarga balita tidak dapat memiliki status keluarga Kadarzi.

b. Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Status Kadarzi

1) Hubungan Besar Keluarga dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi memiliki besar keluarga ≤ 4 orang atau keluarga kecil, begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga memiliki besar keluarga ≤ 4 orang atau keluarga kecil. Besar keluarga merupakan salah satu faktor yang mempermudah keluarga untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara besar keluarga dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Hal ini dimungkinkan ada beberapa keluarga balita yang tergolong keluarga besar namun memiliki status keluarga Kadarzi. Hasil analisis tersebut tidak sesuai dengan teori Suhardjo (2003) yang menyatakan keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang jumlahnya banyak akan berusaha membagi makanan yang terbatas sehingga makanan yang dikonsumsi tidak sesuai lagi dengan kebutuhan anggota keluarga secara proporsional. Tidak ada hubungan yang bermakna antara besar keluarga dengan status Kadarzi dapat dikarenakan bahwa pemenuhan gizi untuk balita diutamakan

didalam keluarga atau orang tua mengalah dalam pemenuhan gizi demi tumbuh kembang balitanya.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Ridwan (2010) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara besar keluarga dengan perilaku Kadarzi. Hal ini dimungkinkan karena pada keluarga balita yang mempunyai kategori besar memiliki pengetahuan dan pendidikan yang memadai terkait Kadarzi sehingga memiliki tingkat kesadaran yang tinggi dalam menerapkan indikator kadarzi.

2) Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi memiliki pendapatan rendah, begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga memiliki pendapatan rendah. Pendapatan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempermudah keluarga untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ridwan (2010) dan Indahsari (2010) yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga mempunyai pengaruh terhadap perilaku Kadarzi. Dengan pendapatan yang kurang, keluarga masih dapat melakukan perilaku terkait Kadarzi karena faktor-faktor lain dapat mendukungnya, misalnya pengetahuan dalam pemenuhan gizi keluarga. Sebaliknya, masih ada keluarga dengan pendapatan yang tinggi namun tidak menerapkan indikator Kadarzi. Hasil penelitian juga didukung oleh penelitian Marimbi (2010) yang menyatakan bahwa dalam kehidupan masyarakat sehari-hari, sering terlihat keluarga yang berpenghasilan cukup akan tetapi makanan yang dihidangkan seadanya saja. Dengan demikian, kejadian gangguan gizi tidak hanya ditemukan pada keluarga yang berpenghasilan kurang akan tetapi juga pada keluarga yang berpenghasilan relatif baik (cukup).

c. Hubungan Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

1) Hubungan Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi memiliki sarana pelayanan kesehatan dilingkungannya berjumlah ≥ 3 buah, begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga memiliki sarana pelayanan kesehatan berjumlah ≥ 3 buah. Sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memungkinkan keluarga untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sartika (2010) yang menyatakan kemampuan suatu keluarga untuk mengakses pelayanan kesehatan terkait gizi berkaitan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan. Meskipun di lingkungan balita banyak sarana pelayanan kesehatan yang mendukung Kadarzi, namun masih banyak keluarga balita yang memiliki status keluarga tidak Kadarzi. Hal tersebut disebabkan karena kurangnya kesadaran ibu balita untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada. Semakin bertambah umur balita, maka semakin jarang ibu balita yang memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terkait Kadarzi.

2) Hubungan Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

(a) Hubungan Jarak Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi memiliki jarak tempuh < 1 km ke sarana pelayanan kesehatan, begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga memiliki jarak tempuh < 1 km ke sarana pelayanan kesehatan. Jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memungkinkan keluarga untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga balita

usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Jarak tempuh yang dekat tidak mempengaruhi keluarga balita dalam melakukan perilaku Kadarzi, hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran ibu balita untuk memanfaatkan sarana kesehatan yang ada. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryandari (2008), bahwa tidak ada hubungan antara jarak dengan pemanfaatan salah satu sarana pelayanan kesehatan yaitu Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Liestiani (2006) yang menyatakan bahwa jarak merupakan penghalang yang meningkatkan kecenderungan penundaan upaya seseorang atau masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan. Sartika (2010) juga menyatakan bahwa jarak tempat tinggal responden ke pelayanan kesehatan merupakan salah satu penghambat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk keluarganya, jika jarak tempat tinggalnya tidak terlalu jauh dari sarana pelayanan kesehatan.

(b) Hubungan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi memiliki waktu tempuh <15 menit ke sarana pelayanan kesehatan, begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga memiliki waktu tempuh <15 menit ke sarana pelayanan kesehatan. Waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memungkinkan keluarga untuk melakukan perilaku Kadarzi, namun berdasarkan uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Waktu tempuh yang dekat tidak mempengaruhi keluarga balita dalam melakukan perilaku Kadarzi, hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran ibu balita untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada.

3) Hubungan Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi mendapat pelayanan yang baik dari petugas kesehatan/kader,

begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga mendapat pelayanan yang baik dari petugas kesehatan/kader. Pelayanan petugas kesehatan/kader merupakan salah satu faktor yang menguatkan keluarga untuk melakukan perilaku Kadarzi. Hal tersebut dipertegas dengan hasil penelitian ini yang berdasarkan uji statistik, terdapat hubungan yang bermakna antara pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Nilai korelasi pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi sebesar 0,24 artinya hubungan antara pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi memiliki kekuatan lemah. Adanya hubungan yang bermakna antara pelayanan petugas kesehatan/kader dikarenakan petugas kesehatan/kader mampu mengarahkan ibu balita dalam menerapkan indikator Kadarzi. Hal ini juga sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa adanya dukungan petugas kesehatan/kader yang berupa dukungan sosial dalam bentuk dukungan informatif, di mana perasaan subjek bahwa lingkungan memberikan keterangan yang cukup jelas mengenai hal-hal yang diketahui. Petugas kesehatan/kader akan mendukung perilaku ibu untuk melakukan upaya kesehatan melalui keterampilan komunikasi dan ada kecenderungan bahwa upaya-upaya petugas kesehatan/kader memperkuat ibu dengan memberikan pujian, dorongan dan diskusi atau dengan menjadi sumber informasi yang dapat dipercaya.

4) Hubungan Keterpaparan Informasi Kadarzi dengan Status Kadarzi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang berperilaku Kadarzi terpapar informasi Kadarzi, begitupun dengan ibu balita yang tidak berperilaku Kadarzi sebagian besar juga terpapar informasi Kadarzi. Keterpaparan informasi Kadarzi merupakan salah satu faktor yang menguatkan keluarga untuk melakukan perilaku Kadarzi. Hal tersebut dipertegas dengan hasil penelitian ini yang berdasarkan uji statistik, ada hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Nilai korelasi keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi sebesar 0,23 artinya hubungan antara keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi memiliki kekuatan lemah.

Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2010) bahwa paparan informasi bisa menimbulkan kesadaran seseorang untuk berperilaku sehat. Menurut Depkes (2007) paparan informasi kadarzi akan berdampak pada perubahan perilaku kadarzi apabila proses pemberian informasi kadarzi tersebut dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan sehingga semakin sering terpapar informasi melalui berbagai media maka peluang keluarga untuk berperilaku kadarzi akan semakin besar. Mutalazimah (2009) juga berpendapat bahwa perilaku Kadarzi ibu balita yang kurang mengindikasikan belum optimalnya program pendidikan gizi melalui upaya komunikasi, informasi dan edukasi. sebagian besar paparan informasi kepada ibu balita kemungkinan hanya berpengaruh pada tingkat pengetahuan yang paling rendah yaitu tahu (*know*).

Berdasarkan penelitian, sebagian besar ibu balita yang terpapar informasi Kadarzi belum memiliki status Kadarzi. Menurut Notoatmodjo (2005), pengetahuan seseorang memiliki lima tingkatan dan tingkatan terendah adalah tahu (*know*) yang diartikan sekedar dapat menyebutkan, tetapi belum sampai pada tingkatan yang lebih tinggi yaitu memahami dan mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut. Bila dikaitkan dengan hasil penelitian ini, maka sebagian besar paparan informasi Kadarzi mungkin hanya membuat ibu balita tahu dalam arti hanya bisa menyebutkan indikator perilaku Kadarzi tetapi belum memahami secara mendalam mengapa masing-masing indikator perilaku Kadarzi itu dilaksanakan sehingga banyak yang ibu balita terpapar informasi Kadarzi tetapi belum mau melaksanakannya.

4.2.3 Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Status Kadarzi

Faktor yang paling berpengaruh dapat dianalisis dengan melihat kuat hubungan yang didapat setelah analisis biavariat. Variabel yang dianalisis adalah variabel yang memiliki hubungan yang bermakna yaitu pendidikan, pengetahuan, pelayanan petugas kesehatan/kader, dan keterpaparan informasi Kadarzi. Dari ke-4 variabel tersebut, variabel yang paling kuat hubungannya adalah pendidikan dengan nilai korelasinya sebesar 0,55 yang artinya kuat hubungannya adalah

sedang. Hal tersebut dikarenakan pendidikan merupakan faktor *predisposing* terkait dengan perilaku Kadarzi. Latar belakang pendidikan seseorang merupakan salah satu unsur penting yang akan mempengaruhi keadaan gizinya karena dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan informasi gizi yang dimiliki jadi lebih baik. Hasil penelitian ini didukung oleh Kurniawati (2013) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu yang ditempuh merupakan faktor dominan terhadap nilai *Z-score* balita. Berdasarkan hasil penelitian, terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pengetahuan ibu, dengan kuat korelasi yang lemah. Menurut Setyaningsih (2007), terdapat hubungan positif antara pendidikan ibu dengan pengetahuan. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Amaliah (2008) bahwa tingkat pendidikan ibu mempengaruhi kemampuan ibu untuk menyerap pengetahuan tentang gizi. Pendidikan sangat mempengaruhi seseorang terhadap pengetahuan yang dimilikinya dimana melalui pendidikan maka seseorang akan dapat memperoleh pengetahuan dan dapat menghasilkan perubahan perilaku kearah yang lebih baik. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai manfaat yang positif dengan pengembangan pola konsumsi makanan dalam keluarga. Sehingga dapat dikatakan bahwa dengan pendidikan yang memadai, maka memudahkan penyerapan informasi untuk meningkatkan pengetahuan dalam menerapkan indikator Kadarzi.

Menurut Kristianti (2013) ibu dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang luas dan mudahnya menangkap informasi baik dari pendidikan formal yang mereka tempuh maupun dari media massa (cetak dan elektronik) untuk menjaga kesehatan anak dalam mencapai status gizi yang baik sehingga perkembangan anaknya menjadi lebih optimal. Semakin tinggi pendidikan orang tua maka pengetahuannya akan gizi akan lebih baik. Pendidikan formal ibu akan mempengaruhi tingkat pengetahuan gizi, semakin tinggi pendidikan ibu, maka semakin tinggi kemampuan untuk menyerap pengetahuan praktis dan pendidikan formal terutama melalui media massa.

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Suryani (2013) yang menyatakan pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang

menunjang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk siap berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangannya sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.



BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan berada pada kelompok umur dewasa awal (22-40 tahun), memiliki pendidikan rendah, tidak bekerja atau ibu rumah tangga, memiliki pengetahuan tentang Kadarzi sedang, namun jumlahnya hampir sebanding dengan ibu balita yang memiliki pengetahuan tinggi, serta memiliki sikap yang positif terhadap perilaku kadarzi.
- b. Sebagian besar keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki besar keluarga yang termasuk kategori kecil (≤ 4 orang) dan memiliki pendapatan rendah.
- c. Sebagian besar ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Prajekan memiliki sarana pelayanan kesehatan dilingkungannya berjumlah ≥ 3 buah, memiliki jarak tempuh < 1 km, waktu tempuh < 15 menit ke sarana pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayan yang baik dari petugas kesehatan/kader terkait Kadarzi serta sebagian besar ibu balita tidak terpapar informasi Kadarzi dari petugas pelayanan kesehatan/kader maupun televisi, radio, internet, koran/majalah/leaflet, atau bahkan dari tetangga atau teman. Namun, jumlah tersebut hampir sebanding dengan ibu balita yang terpapar informasi Kadarzi.
- d. Sebagian besar keluarga balita yang memiliki status keluarga tidak Kadarzi. Dari ke lima indikator Kadarzi, hanya satu indikator yang mencapai target yaitu memberikan suplemen gizi yaitu vitamin A pada bayi dan balita.
- e. Ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dan pengetahuan ibu balita usia 6-59 bulan dengan status Kadarzi di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Namun, tidak ada hubungan yang signifikan antara umur, pekerjaan, dan sikap ibu dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan.

- f. Tidak ada hubungan yang bermakna antara besar keluarga dan pendapatan keluarga dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan.
- g. Ada hubungan yang bermakna antara pelayanan petugas kesehatan/kader dan keterpaparan informasi Kadarzi dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan. Namun, tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu tempuh dengan status Kadarzi pada keluarga balita usia 6-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Prajekan.
- h. Faktor yang paling berpengaruh yaitu pendidikan dengan nilai korelasi sebesar 0,55 yang artinya kuat hubungannya adalah sedang.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso

- a. Dinas Kesehatan dapat membuat program baru yaitu “Kampung Kadarzi” untuk meningkatkan pengetahuan dan motivasi masyarakat terkait Kadarzi.
- b. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso perlu meningkatkan pembinaan atau pelatihan untuk petugas Puskesmas terutama bidan desa dan petugas gizi, agar semakin terampil dan konsisten dalam mengkampanyekan Kadarzi. Pelatihan tersebut dapat dilakukan dengan cara mempraktekkan bagaimana melakukan teknik FGD (*Forum Group Discusssion*) dalam memecahkan masalah terkait Kadarzi, yang nantinya akan diaplikasikan kepada setiap desa yang ditunjukan kepada bidan desa dan kader yang menjadi ujung tombak pada setiap desa.
- c. Dinas Kesehatan dapat bekerja sama dengan lintas sektoral terkait dengan program “Kampung Kadarzi”, misalnya dengan Badan Ketahanan Pangan atau Dinas Pertanian untuk penyediaan bibit tanaman bagi masyarakat
- d. Dinas Kesehatan bekerja sama dengan lintas sektoral yaitu Kementerian Agama Kabupaten Bondowoso untuk menambahkan pendidikan menjadi

syarat dalam pelaksanaan pernikahan agar keluarga yang dibentuk setelah menikah dapat hidup sejahtera terutama dari segi kesehatan keluarga.

5.2.2 Bagi Puskesmas

- a. Mengkoordinasikan pembentukan “Kampung Kadarzi” dengan cara menunjuk kader kadarzi dan menyusun kegiatan-kegiatan terkait pembentukan “Kampung Kadarzi”. Selain itu, pihak Puskesmas juga bekerjasama dengan lintas sektor seperti perangkat desa, maupun pihak swasta demi tercapainya program ini.
- b. Menentukan kualifikasi syarat untuk pemilihan kader Kadarzi dari segi pendidikan yaitu minimal menempuh pendidikan SMA dan memiliki loyalitas yang tinggi
- c. Memberikan pelatihan atau membekali kader Kadarzi tentang teknik promosi kesehatan yang efektif sesuai dengan sasaran yang dihadapi serta memfasilitasi dengan alat bantu promosi kesehatan yang memadai terutama meningkatkan kesadaran masyarakat terutama ibu balita untuk memberi makan beraneka ragam untuk keluarga dengan menggerakkan masyarakat untuk memanfaatkan lahan pekarangan untuk untuk menanam sayur, buah dan ternak.
- d. Pihak Puskesmas dapat bekerjasama dengan pihak-pihak terkait seperti perangkat desa, pihak swasta, dan lain-lain mengusahakan penggunaan lahan pertanian secara gotong royong bagi keluarga yang tidak mempunyai pekarangan sehingga masyarakat bisa mengkonsumsi makanan yang beraneka ragam tanpa mengeluarkan biaya yang tinggi. Hal ini merupakan salah satu kegiatan dalam program “Kampung Kadarzi”.
- e. Memberikan sosialisasi kepada seluruh bidan desa maupun kader untuk melakukan pencatatan pada KMS secara lengkap terutama mengenai pemberian ASI eksklusif pada bayi. Sosialisasi dilakukan di setiap desa agar pemberian informasi lebih efektif dan diskusi dapat berjalan 2 arah atau dengan metode FGD (*Forum Group Discussion*).

5.2.3 Bagi Masyarakat

- a. Masyarakat perlu berpartisipasi dan memiliki motivasi terkait penyelenggaraan “Kampung Kadarzi”, dan perlu adanya kerjasama yang baik antar masyarakat dalam mewujudkan program tersebut.
- b. Bagi masyarakat yang mempunyai pekarangan yang cukup diharapkan hendaknya memanfaatkan pekarangan disekitar rumah dengan menanam tanaman, buah, beternak ayam, bebek, ikan dan lain-lain agar keluarga dapat makan makanan yang beragam tanpa mengeluarkan biaya yang tinggi.
- c. Bagi masyarakat yang mempunyai pekarangan yang lebih diharapkan dapat bekerjasama dalam mewujudkan “Kampung Kadarzi” dengan cara meminjamkan lahannya demi kebutuhan pemenuhan makanan beragam bersama masyarakat lainnya.

5.2.2 Bagi Peneliti Lain

- a. Peneliti selanjutnya diharapkan mengikutsertakan variabel-variabel lain yang diduga berhubungan dengan status Kadarzi pada keluarga balita, yang tidak dapat diteliti pada penelitian ini.
- b. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian tidak hanya pada keluarga balita tetapi kepada seluruh keluarga sehingga diharapkan dapat diperoleh gambaran status Kadarzi pada berbagai karakteristik keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Amaliyah, R. 2008. “Status Gizi Anak Usia Balita pada Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Non Kadarzi di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember”. *Skripsi*. Jember : Bagian Gizi Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Ambarita, L.P, dan Sitorus, H. 2008. Gambaran Aksesibilitas Sarana Pelayanan Kesehatan di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Analisis Data Risesdas 2007). *Loka Litbang P2B2 Baturaja Jl. A. Yani KM. 7 Kenelak Baturaja Timur 32111*
- Andini, I.F.Y. 2010. “Hubungan Antara Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Anak Usia 6-23 Bulan di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember”. *Skripsi*. Jember : Bagian Gizi Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Aryati, O dan Margawati, A. 2012. Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Ibu Buruh Pabrik tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Anak Balita (Studi di Kelurahan Pagersari Ungaran Kabupaten Semarang). *Journal of Nutrition College*. Volume 1, Nomor 1, Tahun 2012, Halaman 46,54. [Serial Online] [http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnc.\[11](http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnc.[11) Maret 20 14]
- Bachtiar, H, Elnovriza, D. dan Yenrina, R. 2008. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Asupan Zat Gizi Mahasiswa Universitas Andalas yang Berdomisili di Asrama Mahasiswa. *Jurnal*. Padang : Universitas Andalas
- Badan Pusat Statistik. 2014. *UMK Bondowoso Tahun 2014*
- Chuluq, A.C, Wilujeng, C.S, dan Alberry, M.Z.F. 2013. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Ibu Tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Batita (Studi Kasus di Desa Tanjung Kamal Wilayah Kerja Puskesmas Mangaran Kabupaten Situbondo). *Jurnal*. Malang : Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

- Depkes RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2013 tentang Kriteria Fasilitas Pelayanan Kesehatan Terpencil, Sangat Terpencil, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Diminati*. Jakarta
- Depkes RI. 2012. *Peraturan Pemerintah RI Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Jakarta
- Depkes RI. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 747/Menkes/Sk/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta
- Depkes RI. 2007. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat
- Depkes RI. 2009. *Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A*. Jakarta : Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan
- Depkes RI. 2006. *Petunjuk Teknis Penggunaan DAK bidang Kesehatan tahun 2006*. Jakarta
- Depdiknas. 2003. *Undang-Undang Republik Indonesia tentang Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Pembahasan Hasil Survei Kadarzi Di Jawa Timur*
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso. 2013. *Data Hasil Kegiatan PSG dengan Indikator Kadarzi*
- Efendi, Ferry dan Makhfudil. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Farich, A. 2012. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : Goysen Publishing
- 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*. *Jurnal*. Bogor : Fakultas Pertanian Institut Pertanian Bogor

- Gerungan, W.A. (2004). *Psikologi Sosial*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Harnilawati. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan : Pustaka As Salam.
- Hastono. 2007. *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia
- Hesty, R. P. 2014. *UNICEF: Angka Kematian Anak di Dunia Menurun*. Jakarta. [serial online] [http://www.tempo.co/read/news/2014/09/17 \[21 Oktober 2014\]](http://www.tempo.co/read/news/2014/09/17_[21%20Oktober%202014])
- Hidayati, N. 2010. “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Ibu Balita ke Posyandu di Kelurahan Rempoa Kecamatan Ciputat Timur Kota Tangerang Selatan Tahun 2010”. *Jurnal. Skripsi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta
- Indahsari, H.R. 2011. “Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Kadarzi pada Keluarga Non Kadarzi (Studi Kualitatif di Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember)”. *Skripsi*. Jember : Bagian Gizi Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Karolina, A., Nasution, E, dan Aritonang, E.Y. 2012. Hubungan Perilaku Kadarzi dengan Status Gizi Balita Usia 12-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Blangkejeren Kecamatan Blangkejeren Kabupaten Gayo Lues Tahun 2012. *Jurnal*. Padang : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Laporan Hasil riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*
- Kurniawati, R. 2013. “Hubungan Status Kadarzi dan Faktor Lainnya dengan Status Gizi Balita Usia 6-59 Bulan di Kota Probolinggo Tahun 2012”.*Skripsi*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Gizi Universitas Indonesia
- Kristianti, D. 2013. Hubungan Antara Karakteristik Pekerjaan Ibu Dengan Status Gizi Anak Usia 4-6 Tahun Di TK Salomo Pontianak. *Jurnal*. Pontianak : Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak

- Kristiawati, Mea, E. P. M, dan Sufyanti, Y. 2013. Hubungan Perilaku Ibu Dalam Pemenuhan Nutrisi Dengan Status Gizi Balita . *Jurnal*. Surabaya : Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
- Liestiani, E. 2006. “Pengaruh Aksesibilitas Terhadap Wilayah Pelayanan Puskesmas di Kota Magelang Berdasarkan Persepsi Pengunjung”. *Skripsi*. Semarang : Fakultas Teknik Universitas Diponegoro
- Made, A.A.,Sudargo, Toto dan Gunawan, I.M.A. 2004. Hubungan Pola Asuh dan Asupan Gizi Terhadap Status Gizi Anak Umur 6-24 Bulan di Kelurahan Mengampang, Kecamatan Barru, Kabupaten Barru. *Jurnal Sains Kesehatan*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjan Universitas Gadjah Mada
- Maisya, D. 2014. Studi Mengenai Stres dan *Coping* Stres pada Ibu Rumah Tangga yang Tidak Bekerja. *Karya Ilmiah*. Bandung : Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran
- Marimbi, H. 2010. *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar pada Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Merdawati, L dan Putri, D.E. 2008. Perilaku Ibu Terhadap Kartu Menuju Sehat (KMS) Balita dan Hubungannya dengan Status Gizi Balita di Kecamatan Padang Timur. *Jurnal*. Medan : Universitas Sumatera Utara
- Merdawati, Leni dan Rika. 2008. Upaya Perbaikan Gizi Balita melalui Gerakan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) di RW 01 Kelurahan Gurun Laweh Kecamatan Nanggalo Padang. *Warta Pengabdian Andalas Volume XIV, Nomor 21 Desember 2008*. Padang : Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
- Moehji,Sjahmien. 2002. *Ilmu Gizi, Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Bhatara Niaga Media
- Muninjaya, G. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Mutalazimah, 2009. Pengukuran Pengetahuan Gizi dan Pengelolaan Garam pada Siswa Sekolah Dasar Di SDN Kiyaran I, Kecamatan Cangkringan, Kabupaten Sleman. *WARTA Vol .12, No.1, September 2009: 175-183*

- Nadimin. 2010. Gambaran Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Status Gizi Anak Balita di Kabupaten Bulukumba; Studi Analisis Data Survei Kadarzi dan PSG Sulsel 2009. *Jurnal Media Gizi Pangan. Vol. IX, Edisi 1, Januari-Juni 2010.*
- Nadimin. 2010. Hubungan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan. *Jurnal Media Gizi Pangan. Vol. X, Edisi 2, Juli - Desember 2010.*
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi Edisi Revisi 2010.* Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2003. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta
- Nurfauziah, 2013. Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) di Desa Puuk Kecamatan Delima Kabupaten Pidie. *Jurnal Karya Tulis Ilmiah.* Banda Aceh : STIKes U'Budiyah
- Parjo, Suriadi, dan Kristianti. 2013. Hubungan Antara Karakteristik Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Anak Usia 4-6 Tahun di Tk Salomo Pontianak. *Jurnal. Pontianak : Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak*
- Proverawati,A dan Rahmawati,E. 2010. *Kapita selekta ASI dan menyusui.* Yogyakarta : Nuha Medika
- Prawini, G.A.M dan Ekawati, N.K. 2013. Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Rumah Tangga Terhadap Garam Beriodium di Desa Lodtunduh Wilayah Kerja UPT Kesehatan Masyarakat Ubud I Tahun 2013. *Artikel Penelitian. Volume I No 2 Juli 2013 Halaman 122-130.*
- Rasyid, H. A, Nurenda, dan Zainal, S. 2012. "Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Posyandu di Suku Bajo Desa Mola Selatan Kabupaten Wakatobi". *Jurnal. Volume 1 Nomor 3 Tahun 2012 ISSN : 2302-1721*

- Rarastiti, C.N. 2011. "Hubungan Karakteristik Ibu, Frekuensi Kehadiran Anak ke Posyandu, Asupan Energi dan Protein dengan Status Gizi Anak Usia 1-2 Tahun". *Artikel Penelitian*. Semarang : Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Ridwan, F. L. 2010. "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Sadar Gizi pada Keluarga Balita di Kelurahan Karangpanimbal Kecamatan Purwaharja Kota Banjar Tahun 2010". *Skripsi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta
- Rusmil, K, Fadlyana, E, dan Gunawan G. 2010. Hubungan Status Gizi dan Perkembangan Anak Usia 1-2 Tahun. *Sari Pediatri*. Vol. 13, No. 2, Agustus 2011. Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran
- Sabri, L dan Hastono, S.P. 2003. *Statistik Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Pers
- Sartika, R. A. D. 2010. Analisis Pemanfaatan Program Pelayanan Kesehatan Status Gizi Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 5, No. 2, Oktober 2010. Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Sediaoetama. 2010. *Imu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid 1*. Jakarta : Dian Rakyat
- Sekaran, U. 2006. *Research Methods for Business* Buku Edisi 4. Jakarta : Salemba Empat
- Setiyaningsih, D. 2007. "Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Keluarga Mandiri Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Kadarzi pada Keluarga Anak Usia 5-59 Bulan di Puskesmas Moyudan Kabupaten Sleman". *Skripsi*. Yogyakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Simanjuntak, E. 2009. "Kajian Penerapan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada Keluarga Mampu di Kelurahan Mangga dan Tidak Mampu di Kelurahan Simalingkar B Kecamatan Medan Tuntungan Tahun 2009". *Skripsi*. Medan : Universitas Sumatera Utara
- Sudjana, 2005. *Metode Statistika*. Bandung : PT. Tarsito

- Sugimah. 2009. "Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) di Kelurahan Labuhan Deli Medan Marelan Tahun 2009". Tesis. Medan : Universitas Sumatera Utara
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Bogor : IPB PAU Pangan dan Gizi.
- Suhendri, U. 2009. "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Dibawah Lima Tahun (Balita) di Puskesmas Sepatan Kecamatan Sepatan, Kabupaten Tangerang". *Skripsi*. Jakarta : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah
- Sulistiyowati, T.F, dan Astuti, F.D. 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dan Tingkat Pendapatan Keluarga Dengan Status Gizi Anak Prasekolah dan Sekolah Dasar di Kecamatan Godean. *Jurnal Kesmas, ISSN : 1978-0575*
- Sumarwan, U. 2003. *Perilaku Konsumsi Teori dan Penerapannya dalam Pemasaran*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Suryandari, D. 2008. Hubungan Antara Faktor Jarak Pelayanan dengan Pemanfaatan Pos Kesehatan Desa di Desa Gawan Kecamatan Colomadu. *Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Kesehatan , ISSN: 2338-2694*
- Suryani. 2013. "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ibu Terhadap Kunjungan dan Penimbangan Balita di Posyandu Desa Sua-Sua Kecamatan Teupah Tengah Kabupaten Simeulue". *Skripsi*. Banda Aceh : STIKes U'Budiyah
- Wadud, H.M.A. 2013. Hubungan Antara Pengetahuan dan Pekerjaan Ibu dengan Status Imunisasi Dasar pada Bayi di Desa Muara Medak Wilayah Kerja Puskesmas Bayung Lencir 2013. *Jurnal*. Palembang : Poltekkes Kemenkes Palembang Jurusan Kebidanan
- Wawan dan Dewi. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Yuandari, M. 2008. Gambaran Konseling Gizi pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Pedoizi Puskesmas Sumbersari Jember). "*Skripsi*". Jember : Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Zuraida, J.N dan Nainggolan, R.Z. 2011. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasaindah Kelurahan Rajabasa Raya Bandar Lampung. *Jurnal*. Lampung : Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.



LAMPIRAN A. Informed Consent***INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Usia :

No. Telepon :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subjek dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Nery Aprilia Kardina

Judul : Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada Keluarga Anak Balita (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Bondowoso, Januari 2015

Responden

(.....)

LAMPIRAN B. Check List Indikator Kadarzi**CHECK LIST INDIKATOR KADARZI**

Petunjuk Pengisian :

Beri tanda \surd jika keluarga melaksanakan indikator Kadarzi

Beri tanda - jika keluarga tidak melaksanakan indikator Kadarzi

No.	Indikator	Kriteria	Hasil	Keterangan
1.	Penimbangan berat badan balita secara teratur	Bila menimbang balita ≥ 4 kali berturut – turut dalam 6 bulan terakhir		
2.	Pemberian ASI eksklusif	Bila bayi usia 0 – 6 bulan hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan lain		
3.	Makan beraneka ragam	Selain makanan pokok, juga terdapat lauk hewani dan buah dalam menu makan sehari		
4.	Penggunaan garam beriodium	Beriodium (warna ungu)		
5.	Pemberian suplemen gizi/vitamin A sesuai anjuran	Bila mendapat kapsul biru pada bulan Februari atau Agustus (6-11 bulan) atau bila mendapat kapsul merah setiap bulan Februari dan Agustus (12-59 bulan).		

LAMPIRAN C. Kuisisioner Penelitian

KUISISIONER PENELITIAN

Judul : Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Keluarga, dan Pelayanan Kesehatan dengan Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pada Keluarga Anak Balita (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso)

KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
Nama :		Tanda Tangan Pengumpul Data	
NIM :			
KARAKTERISTIK IBU			
No Responden :			
Nama Responden :			
Alamat Responden :			
Umur :			
No.	Pertanyaan	Jawaban	Kode
1.	Tingkat Pendidikan	1. Rendah : tidak sekolah, tamat SD, SMP, atau sederajat 2. Menengah : SMA, SMK sederajat 3. Tinggi : Perguruan tinggi	
2.	Pekerjaan	1. Bekerja di dalam rumah 2. Bekerja di luar rumah 3. Tidak Bekerja	
KARAKTERISTIK KELUARGA			
No.	Pertanyaan	Jawaban	Kode
3.	Besar Keluarga	1. \leq 4 orang 2. $>$ 4orang	
4.	Pendapatan Keluarga	1. Rendah : \leq Rp. 1.105.000,00 2. Tinggi : $>$ Rp. 1.105.000,00	
INDIKATOR KADARZI			
5.	Pada saat bayi 0-6 bulan telah diberikan makanan atau minuman selain ASI	1. Ya 2. Tidak	
6.	Bayi/balita diberikan suplementasi vitamin A pada bulan agustus dan februari	1. Ya 2. Tidak	

PELAYANAN KESEHATAN			
7.	Sarana kesehatan yang tersedia (Jawaban boleh lebih dari 1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas/Puskesmas Pembantu 4. Praktek Dokter/Klinik 5. Praktek Bidan/Rumah Bersalin 6. Posyandu 7. Poskesdes/Poskestren 8. Polindes 	
8.	Sarana kesehatan yang paling sering dikunjungi oleh ibu dan balita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Puskesmas atau Puskesmas Pembantu 4. Praktek Dokter Atau Klinik 5. Praktek Bidan Atau Rumah Bersalin 6. Posyandu 7. Poskesdes atau Poskestren 8. Polindes 	
9.	Petugas kesehatan yang melayani di sarana kesehatan yang paling sering dikunjungi oleh ibu dan balita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter/Dokter Spesialis 2. Bidan 3. Perawat 4. Kader 	
10.	Jarak ke tempat pelayanan kesehatan yang paling sering dikunjungi oleh ibu dan balita	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 1 km 2. 1 – 5 km 3. > 5 km 	
11.	Waktu tempuh ke tempat pelayanan kesehatan yang paling sering dikunjungi oleh ibu dan balita	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 15 menit 2. 16 – 30 menit 3. 31 – 60 menit 4. > 60 menit 	
12.	Keterpaparan informasi penimbangan balita secara teratur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah mendapatkan informasi penimbangan balita secara teratur (Lanjut no. 11) 2. Pernah mendapatkan informasi penimbangan balita secara teratur 	
13.	Sumber informasi penimbangan balita secara teratur (jawaban boleh lebih dari 1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kesehatan/kader 2. Koran/Majalah/Leaflet 3. Televisi 4. Radio 5. Internet 6. Tetangga/Teman 	

14.	Keterpaparan informasi pemberian ASI Eksklusif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah mendapatkan informasi pemberian ASI Eksklusif (Lanjut no 13) 2. Pernah mendapatkan informasi pemberian ASI Eksklusif 	
15.	Sumber informasi pemberian ASI Eksklusif (jawaban boleh lebih dari 1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kesehatan 2. Koran/Majalah/Leaflet 3. Televisi 4. Radio 5. Internet 6. Tetangga/Teman 	
16.	Keterpaparan informasi konsumsi makan beragam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah mendapatkan informasi konsumsi makan beragam (Lanjut no 15) 2. Pernah mendapatkan informasi konsumsi makan beragam 	
17.	Sumber informasi konsumsi makan beragam (jawaban boleh lebih dari 1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kesehatan 2. Koran/Majalah/Leaflet 3. Televisi 4. Radio 5. Internet 6. Tetangga/Teman 	
18.	Keterpaparan informasi penggunaan garam beryodium	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah mendapatkan informasi penggunaan garam beryodium (Lanjut no 17) 2. Pernah mendapatkan informasi penggunaan garam beryodium 	
19.	Sumber informasi penggunaan garam beryodium (jawaban boleh lebih dari 1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kesehatan 2. Koran/Majalah/Leaflet 3. Televisi 4. Radio 5. Internet 6. Tetangga/Teman 	
20.	Keterpaparan informasi suplementasi vitamin A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah mendapatkan informasi suplementasi vitamin A (Pertanyaan selesai) 2. Pernah mendapatkan informasi suplementasi vitamin A 	
21.	Sumber informasi suplementasi vitamin A (jawaban boleh lebih dari 1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kesehatan 2. Koran/Majalah/Leaflet 3. Televisi 4. Radio 5. Internet 6. Tetangga/Teman 	

LAMPIRAN D. Angket Pengetahuan Ibu**ANGKET PENGETAHUAN IBU TENTANG KADARZI**

1. Memantau pertumbuhan dan perkembangan balita dapat dilakukan dengan . . .
 - a. Melihat nafsu makan balita
 - b. Mengukur tinggi dan berat badan
 - c. Mengukur suhu tubuh
2. Manfaat memantau pertumbuhan balita adalah . . .
 - a. Untuk mengetahui apakah anak sehat
 - b. Untuk mengetahui apakah pertumbuhan normal atau tidak.
 - c. Untuk mengetahui apakah anak sakit
3. Hasil penimbangan berat badan balita dicatat dalam . . .
 - a. Kartu Anak
 - b. Kartu Sehat
 - c. Kartu Menuju Sehat
4. Pertumbuhan balita yang normal terdapat pada pita atau garis berwarna . . .
 - a. Merah
 - b. Kuning
 - c. Hijau
5. Pertumbuhan balita yang mengalami gizi buruk terdapat pada pita atau garis berwarna . . .
 - a. Hijau
 - b. Kuning
 - c. Merah
6. Air Susu Ibu (ASI) adalah . . .
 - a. Air susu yang komposisinya sama dengan susu formula
 - b. Makanan bayi yang paling sempurna dan bersih serta mengandung anti bodi.
 - c. Susu yang paling murah.

7. ASI eksklusif adalah . .
 - a. Air Susu Ibu
 - b. ASI yang diberikan kepada bayi sesaat setelah ibu melahirkan
 - c. ASI yang diberikan pada bayi 0 – 6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman selain obat dan vitamin
8. Bayi mulai diberikan makanan selain ASI sejak . . .
 - a. Bayi lahir
 - b. Usia bayi 3 bulan
 - c. Usia bayi 6 bulan
9. Menurut Ibu, manfaat ASI bagi bayi adalah . . .
 - a. Membuat bayi gemuk
 - b. Meningkatkan nafsu makan bayi
 - c. Membuat bayi tidak mudah sakit
10. Manfaat ASI bagi Ibu adalah . . .
 - a. Mengurangi pengeluaran keluarga untuk membeli susu formula
 - b. Membuat ibu sehat dan langsing
 - c. Mengembalikan kondisi ibu setelah melahirkan
11. Makan beraneka ragam adalah makan makanan yang terdiri dari . . .
 - a. Makanan pokok saja
 - b. Makanan pokok dan lauk hewani
 - c. Makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur, dan buah
12. Manfaat makan beraneka ragam adalah . . .
 - a. Untuk membuat badan gemuk
 - b. Untuk melengkapi zat tenaga
 - c. Untuk menghindari kekurangan zat gizi tertentu
13. Makanan sumber tenaga terdapat pada . . .
 - a. Nasi, udang, telur, sayur
 - b. Nasi, tempe, daging, ikan
 - c. Nasi, singkong, jagung
14. Makanan sumber protein terdapat pada . . .
 - a. Nasi, singkong, jagung
 - b. Tahu, tempe, daging, ikan
 - c. Udang, telur, nasi, sayur

15. Menurut ibu, makanan sumber vitamin adalah . . .
 - a. Nasi, singkong, jagung
 - b. Tahu, tempe, daging, ikan
 - c. Bayam, melon, kangkung, apel
16. Garam beryodium adalah . . .
 - a. Garam yang rasanya lebih asin dibanding dengan garam biasa
 - b. Garam yang telah ditambah zat yodium
 - c. Garam yang bentuknya lebih kasar dibanding dengan garam biasa.
17. Ibu menggunakan garam beryodium untuk memasak karena . . .
 - a. Garam beryodium sehat
 - b. Garam beryodium enak dan gurih
 - c. Garam beryodium dapat mencegah penyakit gondok
18. Tablet Tambah Darah (TTD) diberikan kepada . . .
 - a. Ibu nifas
 - b. Ibu hamil
 - c. Ibu menyusui
19. Pemberian kapsul vitamin A dilakukan pada bulan . . .
 - a. Februari dan Agustus
 - b. Januari dan Juli
 - c. Desember dan Juni
20. Bayi berumur 6 – 11 bulan mendapatkan kapsul vitamin A berwarna . . .
 - a. Hijau
 - b. Biru
 - c. Merah
21. Balita berumur 12 - 59 bulan mendapatkan kapsul vitamin A berwarna . . .
 - a. Hijau
 - b. Biru
 - c. Merah

LAMPIRAN E. Angket Sikap Ibu

ANGKET SIKAP IBU TENTANG KADARZI

Beri tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan pendapat anda.

No	Penyataan	Setuju	Tidak Setuju
1.	Setiap balita harus memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS).		
2.	Setiap balita ditimbang berat badannya setiap tahun secara teratur		
3.	Ibu memberikan susu formula kepada bayi agar bayi menjadi sehat dan gemuk		
4.	Sebaiknya, pada usia 0 – 6 bulan hanya diberikan ASI saja tanpa pisang dan bubur.		
5.	Sebaiknya setiap hari ibu menyediakan nasi, lauk hewani, nabati, dan sayur di rumah		
6.	Memasak menu untuk digunakan selama 2 hari baik bagi kesehatan		
7.	Ibu harus menggunakan garam yang berlabel yodium di bungkusnya		
8.	Semakin banyak mengkonsumsi garam beryodium, maka balita akan semakin pintar		
9.	Balita harus mendapat kapsul vitamin A setiap bulan Februari dan Agustus		
10.	Balita menjadi sehat dan gemuk setelah mengkonsumsi suplemen gizi		

LAMPIRAN F. Angket Perilaku Pelayanan Kesehatan**ANGKET PERILAKU PELAYANAN PETUGAS KESEHATAN/KADER**

Beri tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan pendapat anda.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Apakah petugas kesehatan/kader bersikap ramah kepada ibu pada saat memberikan pelayanan?		
2.	Apakah petugas kesehatan/kader selalu menjawab dengan jelas pertanyaan yang disampaikan oleh ibu?		
3.	Apakah petugas kesehatan/kader memberikan informasi tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) ?		
4.	Apakah petugas kesehatan/kader menyarankan keluarga agar menimbang balita ke posyandu secara berkala?		
5.	Apakah petugas kesehatan/kader menganjurkan untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi selama 6 bulan?		
6.	Apakah petugas kesehatan/kader menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan beraneka ragam?		
7.	Apakah petugas kesehatan/kader menganjurkan untuk menggunakan garamn beryodium pada saat memasak?		
8.	Apakah petugas kesehatan/kader selalu mengingatkan tentang waktu pemberian vitamin A?		
9.	Apakah petugas kesehatan/kader selalu melaksanakan posyandu dengan rutin di setiap bulan?		
10.	Apakah petugas kesehatan/kader pernah melakukan kunjungan ke rumah ibu terkait Kadarzi (pemantauan pertumbuhan balita atau penimbangan berat badan, pemberian ASI eksklusif, pemberian makan bernekaragam, penggunaan garam beryodium, dan pemberian vitamin A)?		

LAMPIRAN G. Form Konsumsi Makanan Beragam Balita**Form Konsumsi Makanan Beragam Balita**

Nama Pewawancara :

Hari/tanggal wawancara/jam : / WIB

Hari ke-	Nama Makanan	Bahan Makanan

LAMPIRAN H. Data Kadarzi Kabupaten Bondowoso Tahun 2013

**Data Hasil Kegiatan PSG dengan Indikator Kadarzi
di Kabupaten Bondowoso Tahun 2013**

No.	Kecamatan	Jumlah Diperiksa	Keluarga Kadarzi	
			n	%
1	Maesan	44	13	29,5
2	Grujugan	22	1	4,5
3	Tamanan	22	0	0
4	Jambesari Ds	444	26	59,1
5	Pujer	22	1	4,5
6	Tlogosari	22	9	40,9
7	Sukosari	22	9	40,9
8	Sumberwringin	22	0	0
9	Tapen	22	0	0
10	Wonosari	44	36	81,8
11	Tenggarang	22	16	72,7
12	Bondowoso	44	18	40,9
13	Curahdami	44	12	27,3
14	Binakal	22	1	4,5
15	Pakem	22	15	68,2
16	Wringin	44	40	90,9
17	Tegalampel	22	6	27,3
18	Taman Krocok	22	8	36,4
19	Klabang	22	14	63,6
20	Sempol	22	9	40,9
21	Botolinggo	22	0	0
22	Prajekan	22	19	86,4
23	Cermee	44	5	11,4
TOTAL		660	258	39,1

LAMPIRAN I. Data Kadarzi Jawa Timur Tahun 2013

**Data Hasil Kegiatan PSG dengan Indikator Kadarzi
di Jawa Timur Tahun 2013**

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah Diperiksa	Keluarga Kadarzi	
			n	%
1	Kab. Pacitan	653	263	40,3
2	Kab. Ponorogo	641	135	21,1
3	Kab. Trenggalek	517	162	31,3
4	Kab. Tulungagung	616	202	32,8
5	Kab. Blitar	654	164	25,1
6	Kab. Kediri	650	158	24,3
7	Kab. Malang	660	179	27,1
8	Kab. Lumajang	660	247	37,4
9	Kab. Jember	608	133	21,9
10	Kab. Banyuwangi	638	205	32,1
11	Kab. Bondowoso	660	258	39,1
12	Kab. Situbondo	610	289	47,4
13	Kab. Probolinggo	652	237	36,3
14	Kab. Pasuruan	612	233	38,1
15	Kab. Sidoarjo	660	314	47,6
16	Kab. Mojokerto	625	220	35,2
17	Kab. Jombang	630	200	31,7
18	Kab. Nganjuk	660	187	28,3
19	Kab. Madiun	657	219	33,3
20	Kab. Magetan	655	207	31,6
21	Kab. Ngawi	658	164	24,9
22	Kab. Bojonegoro	660	205	31,1
23	Kab. Tuban	695	289	41,6
24	Kab. Lamongan	637	250	39,2
25	Kab. Gresik	658	253	38,4
26	Kab. Bangkalan	614	105	17,1
27	Kab. Sampang	415	138	33,3
28	Kab. Pamekasan	660	137	20,8
29	Kab. Sumenep	502	167	33,3
30	Kota Kediri	589	217	36,8
31	Kota Blitar	660	241	36,5
32	Kota Malang	660	258	39,1
33	Kota Probolinggo	660	302	45,8
34	Kota Pasuruan	659	315	47,8

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah Diperiksa	Keluarga Kadarzi	
			n	%
35	Kota Mojokerto	629	279	44,4
36	Kota Madiun	652	363	55,7
37	Kota Surabaya	659	271	41,1
38	Kota Batu	660	207	31,4
	TOTAL	24.045	8.373	34,8



Lampiran J. Analisis Data

1. Hasil Uji Karakteristik Ibu dengan Status Kadarzi
(Uji Korelasi Koefisien Phi dengan SPSS 11.5)

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,120	,488
Nominal	Cramer's V	,120	,488
N of Valid Cases		100	

a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 1. Hubungan Umur dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,551	,000
Nominal	Cramer's V	,551	,000
N of Valid Cases		100	

a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 2. Hubungan Pendidikan dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,122	,474
Nominal	Cramer's V	,122	,474
N of Valid Cases		100	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 3. Hubungan Pekerjaan dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,341	,003
Nominal	Cramer's V	,341	,003
N of Valid Cases		100	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 4. Hubungan Pengetahuan dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,180	,072
Nominal	Cramer's V	,180	,072
N of Valid Cases		100	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 5. Hubungan Sikap dengan Status Kadarzi

2. Hasil Uji Karakteristik Keluarga dengan Status Kadarzi
(Uji Korelasi Koefisien Phi dengan SPSS 11.5)

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,015	,879
Nominal	Cramer's V	,015	,879
N of Valid Cases		100	

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 6. Hubungan Besar Keluarga dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,101	,310
Nominal	Cramer's V	,101	,310
N of Valid Cases		100	

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 7. Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Status Kadarzi

3. Hasil Uji Karakteristik Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi
(Uji Korelasi Koefisien Phi dengan SPSS 11.5)

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,186	,324
Nominal	Cramer's V	,186	,324
N of Valid Cases		100	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 8. Hubungan Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,086	,389
Nominal	Cramer's V	,086	,389
N of Valid Cases		100	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 9. Hubungan Jarak Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan dengan
Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,064	,522
Nominal	Cramer's V	,064	,522
N of Valid Cases		100	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 9. Hubungan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,249	,013
Nominal	Cramer's V	,249	,013
N of Valid Cases		100	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 10. Hubungan Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader dengan Status Kadarzi

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,232	,020
Nominal	Cramer's V	,232	,020
N of Valid Cases		100	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Gambar 11. Hubungan Keterpaparan Informasi Kadarzi dengan Status Kadarzi

Lampiran K. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Pengisian Kuisisioner Pengetahuan oleh Responden



Gambar 2. Pengujian Garam Beryodium. Uji Yodina



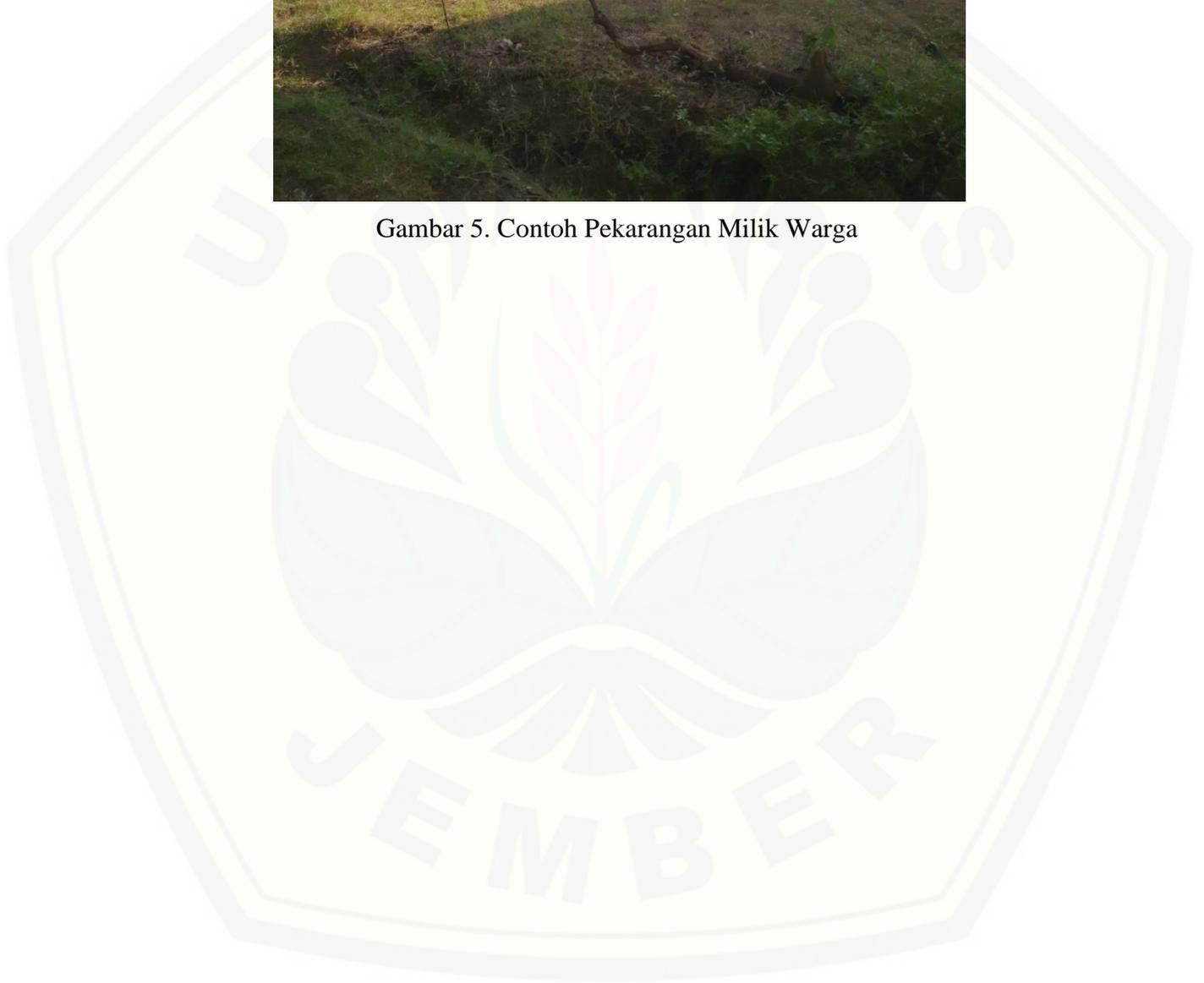
Gambar 3. Observasi KMS Balita oleh Peneliti



Gambar 4. Foto Bersama Responden



Gambar 5. Contoh Pekarangan Milik Warga



LAMPIRAN L. Surat Rekomendasi Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
DINAS KESEHATAN
 JL. IMAM BONJOL NO. 13 TELP 421341 Fax (0332) 425930
 e-mail : admin@bondowosokab.go.id, website : http://www.bondowosokab.go.id
BONDOWOSO

Bondowoso, 19 Januari 2015

Nomor : 072/ 9^a /430.10.2/ 2015
 Lampiran : -
 Sifat : Penting
 Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada
 Yth. Kepala Puskesmas Prajekan

di
 Tempat

Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
 Kabupaten Bondowoso nomor : 072/37/430.11.3/ 2015 tanggal : 15 Januari 2015
 perihal Rekomendasi penelitian atas nama :

Nama : NERY APRILIA KARDINA
 NIM : 112110101058
 Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Judul : " Hubungan Karakteristik Ibu, Keluarga dan Pelayanan
 Kesehatan Terhadap Status Kadarzi Pada Keluarga
 Balita Usia 6 – 59 Bulan (Studi di Wilayah Kerja
 Puskesmas Prajekan, Kabupaten Bondowoso) "
 Waktu : 2 (dua) bulan sejak tanggal dikeluarkan

Berkaitan dengan perihal tersebut diminta Saudara memberikan bantuan
 berupa data / keterangan yang diperlukan.

Demikian atas bantuan dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan
 Kabupaten Bondowoso



Dr. H. Mohammad Munir, M.MKes
 NIP. 19710521-200212 1 006

*Tembusan : Kepada yang bersangkutan
 Sdr Nery Aprilia Kardina*