

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Holil M.Par'i¹, Ichwanuddin¹, Fred Agung Suprihartono¹, dan Aryani Sudja¹

¹Jurusan Gizi Bandung

ABSTRACT

Kadarzi is a family who knows the problems of nutrition and is able to prevent and overcome the problems of malnutrition in each family member. The family is called "Kadarzi" if it has applied good nutrition behaviour continuously. The development of Kadarzi is influenced by many factors. The purpose of this research is to investigate the relationship of various factors including the quality of posyandu, maternal education level, family income level, family attendance routines and the distance to posyandu with Kadarzi. Indicators that are used in the "Kadarzi" are exclusive breastfeeding, food diversity, use of iodized salt and the use of nutritional supplements. The study design was Cross Sectional, samples are families who have children under five with a total sample of 410 families.

The results showed that from the sample size of 79 posyandu, there are 38 posyandu (48,1%) have poor quality. Most mothers have completed primary school education level (59,0%). The Average family income is 600.000 rupiahs. There are still 10,2% under five years old who are not routinely weighed at posyandu. The Average distance of the family to posyandu is 100 meters, but there are as many as 40,5% greater than the distance. Judging from the quality of Kadarzi, as many as 39,8% are classified as poor. From the statistical test result it is proven that family attendance routines to the posyandu has a significant relationship with Kadarzi ($p < 0,05$). The logistic Regression test results showed that the family attendance routine to the posyandu is the most dominant factor formation of Kadarzi. To raise the awareness of families about nutrition, posyandu can be a means to perform counseling and consultation of nutrition in the family. To increase the knowledge and skills of cadres, the training cadre of Kadarzi requires great attention.

Keywords : Kadarzi, posyandu, children aged under five years

LATAR BELAKANG

Angka gizi buruk pada balita tahun 2010 masih tinggi yaitu 4,9%, dan balita yang menderita gizi kurang sebesar 13,0%. Balita yang tergolong kurus masih 7,3 % dan yang kurus sekali sebanyak 6,0%. Demikian juga dilihat dari data kecukupan gizi pada perempuan usia 15 – 49 tahun, ternyata ada sebanyak 40,7% yang kecukupan konsumsi energinya kurang (di bawah 70 % angka kecukupan gizi), dan sebanyak 37,4% yang kecukupan konsumsi proteinnya kurang (di bawah 80 % angka kecukupan gizi)¹⁾. Balita yang menderita gizi kurang dan perempuan yang asupan gizinya kurang, merupakan hambatan yang serius bagi perkembangan otak anak, kecerdasan dan kemampuan belajar generasi yang akan datang. Dampak dari keadaan ini terhambatnya upaya meningkatkan

sumber daya manusia Indonesia. Oleh karena itu upaya memperbaiki keadaan gizi masyarakat harus diupayakan seoptimal mungkin.

Upaya meningkatkan keadaan gizi masyarakat pada dasarnya berawal dari keluarga. Keluarga merupakan penyebab langsung terjadinya gizi kurang, dari keluarga juga upaya perbaikan gizi harus dimulai. Kadarzi adalah Keluarga yang mengenal masalah gizi dan mampu mencegah serta mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarga. Keluarga disebut sadar gizi (Kadarzi) apabila telah menerapkan perilaku gizi yang baik secara terus menerus dalam kehidupan sehari-hari. Perilaku gizi yang diharapkan terutama adalah menimbang berat badan balita secara teratur setiap bulan, memberikan ASI eksklusif pada bayi usia 0 - 6 bulan, mengkonsumsi makanan yang beraneka ragam, menggunakan garam

beryodium dan minum suplemen gizi sesuai anjuran²⁾. Tujuan Kadarzi adalah agar seluruh keluarga menerapkan perilaku sadar gizi, meningkatkan kemudahan keluarga dan masyarakat memperoleh informasi gizi serta meningkatkan kemudahan masyarakat memperoleh pelayanan gizi³⁾. Keadaan ini di masa depan akan berdampak pada meningkatnya sumber daya manusia Indonesia. Kenyataannya pengembangan Kadarzi dipengaruhi oleh banyak faktor, belum banyak data yang menggambarkan faktor apa yang mempengaruhi keberhasilan program Keluarga Sadar Gizi. Oleh karena itu perlu dikaji dan dilakukan penelitian faktor-faktor yang berhubungan dalam pengembangan Kadarzi.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan berbagai faktor (kualitas Posyandu, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, rutinitas keluarga datang di posyandu dan jarak keluarga dengan Posyandu) dengan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Manfaat penelitian dapat digunakan sebagai masukan bagi upaya pengembangan program Kadarzi di masa yang akan datang.

METODOLOGI

Penelitian dilaksanakan pada tahun 2010, di kecamatan Cisarupan Kabupaten Garut Jawa Barat, dengan menggunakan desain *Cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh keluarga yang tinggal di kecamatan Cisarupan dan sampel adalah keluarga yang mempunyai anak balita yang berjumlah 410 keluarga^{4, 5)}. Pengambilan sampel dilakukan dengan *Propoportional random sampling*, lokasi desa diambil berdasarkan *purposive sampling* dengan kriteria telah dikembangkan desa siaga dan mempunyai posyandu. Responden adalah ibu rumah tangga dan dilakukan pengamatan pada posyandu dilingkungan keluarga berada⁶⁾.

Pengumpulan data dilakukan oleh mahasiswa semester VI jurusan Gizi Poltekes Bandung yang telah mendapat pelatihan. Data yang dikumpulkan meliputi tingkat pendidikan ibu, pendapatan anggota keluarga, rutinitas datang ke

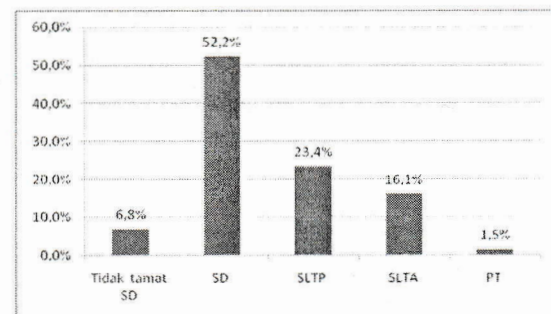
posyandu dan jarak rumah ke posyandu. Analisis dilakukan meliputi univariat untuk mengetahui sebaran data bivariat untuk mengetahui hubungan antar variabel dan multivariat untuk mengetahui faktor yang paling dominan^{7, 8)}.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Variabel independen dan dependen

Kecamatan Cisarupan terdapat di kabupaten Garut yang sebagian besar masyarakatnya bekerja sebagai buruh dan berwiraswasta. Keadaan geografi bergunung dan bukit sebagian besar wilayah hanya bisa dicapai dengan kendaraan roda dua. Distribusi tingkat pendidikan ibu sampel disajikan pada grafik 1.

Grafik 1. Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu sampel



Sebagian besar pendidikan ibu adalah tamat SD (52,2 %), dengan tingkat pendidikan seperti ini sulit bagi ibu-ibu untuk dapat mengembangkan pengetahuan gizi dan kesehatan termasuk cara pengasuhan anak. Keadaan ini disebabkan karena terbatasnya sarana pendidikan yang lebih tinggi seperti SMP. Pada setiap desa terdapat 2-3 buah SD, tetapi dalam satu wilayah kecamatan hanya terdapat 1 buah SMP, keadaan ini mengakibatkan siswa tidak dapat meneruskan pendidikan ke jenjang SMP setelah tamat SD, hal inilah kemungkinan yang menyebabkan ibu-ibu balita sebagian besar hanya tamat SD. Sehingga perlu ditingkatkan mutu pendidikan bagi ibu khususnya dan masyarakat desa umumnya agar tingkat pendidikan SMP harus diperbanyak, tidak

saja di tingkat kecamatan tetapi juga di tingkat desa.

Jumlah Posyandu yang menjadi tempat balita sampel ditimbang berjumlah 79 buah seperti tertera pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi capaian D/S dan N/S di posyandu di Kecamatan Cisarupan

Capaian	D/S		N/D	
	n	%	n	%
Lebih 75 %	23	29,1	30	38,0
50 – 74,9 %	26	32,9	27	34,2
25 – 49,9 %	20	25,3	19	24,0
Kurang 25 %	10	12,7	3	3,8
TOTAL	79	100,0	79	100,0

Keadaan posyandu dilihat dari persentase jumlah balita ditimbang (D/S) dan persentase balita yang naik berat badannya (N/D) dalam 3 bulan terakhir⁹⁾. Tingkat kehadiran balita di Posyandu yang paling banyak (nilai D/S) berkisar antara 50,0 – 74,9 % yaitu sebanyak 26 Posyandu, bahkan masih ada Posyandu yang tingkat kehadiran balitanya di bawah 25 % yaitu pada 10 Posyandu, dengan rata-rata kehadiran sebesar 58 %. Sedangkan jumlah balita yang naik berat badannya (nilai N/D) yang paling banyak pada kisaran 50 – 74,9 % yaitu pada 27 Posyandu, dan rata-rata nilai N/D sebesar 64 %. Keadaan posyandu dilihat dari nilai partisipasi keluarga (D/S)

ternyata masih dibawah target sebesar 80 %, demikian juga rata-rata jumlah balita yang naik berat badannya. Hal ini menunjukkan masih cukup banyak balita yang tidak naik berat badannya walaupun datang di Posyandu. Jarak rumah ke Posyandu juga penting untuk diperhatikan, karena akan meningkatkan biaya transport keluarga. Oleh karena itu perlu upaya peningkatan Posyandu melalui berbagai program, diantaranya perbaikan sarana dan perbaikan layanan, baik yang dilakukan oleh masyarakat sendiri, petugas kesehatan maupun para pengambil kebijakan.

Distribusi sampel berdasarkan tingkat pendapatan keluarga, rutinitas balita datang di posyandu dan jarak rumah ke posyandu dapat dilihat pada tabel 2.

Pendapatan keluarga sampel perbulan berkisar antara Rp.50.000,- sampai Rp. 3.000.000,- dengan rata-rata Rp.600.000,-. Nampak bahwa sebagian besar tingkat pendapatan keluarga berada dibawah Rp 500.000,- sebanyak 41,5 %. Hal ini dikarenakan sebagian besar mata pencaharian sampel sebagai buruh tani dan berkaitan juga dengan tingkat pendidikan. Jumlah pendapatan sebesar ini tentu sangat kurang dibandingkan dengan kebutuhan untuk kehidupan yang layak, seperti tertera (table2).

Tabel 2. Distribusi keluarga berdasarkan pendapatan, rutinitas balita ke posyandu dan jarak rumah ke posyandu

Kategori	n	%
Tingkat pendapatan		
• Lebih / sama Rp. 1.250.000,-	22	5,4
• Rp. 800.000,- - Rp. 1.249.000,-	62	15,1
• Rp. 500.000,- - Rp. 799.000,-	156	38,0
• Kurang/sama Rp. 500.000,-	170	41,5
• Total	410	100,0
Rutinitas balita ditimbang		
• Rutin	368	89,8
• Tidak rutin	42	10,2
• Total	410	100,0
Jarak rumah ke posyandu		
• Kurang/sama 100 m	244	59,5
• Lebih dari 100 m	166	40,5
• Total	410	100,0

Pada tabel 2 juga dapat dilihat bahwa sebagian besar balita (89,9 %) rutin datang di posyandu. Jika dilihat dari jarak rumah ke posyandu yang terdekat adalah 0 meter (rumahnya dijadikan tempat kegiatan posyandu) dan yang terjauh 1500 m, dengan rata-rata 100 m. Pada data tersebut juga diketahui masih terdapat 40,5 % keluarga yang jaraknya lebih dari 100 m.

Variabel dependen adalah Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) yang diketahui dari indikator pemberian ASI eksklusif, keragaman makanan sehari-hari, kandungan iodium dalam garam dan pemberian suplemen gizi. Data variabel dependen ini dapat dilihat pada tabel 3 berikut.

Tabel 3. Distribusi sampel berdasarkan pemberian ASI ketika berusia 0-6 bulan, keragaman makanan, kandungan iodium dalam garam dan suplemen gizi

Variabel	n	%
Pemberian ASI		
• Diberi ASI	377	92,0
• Tidak diberi ASI	33	8,0
• Total	410	100,0
Pemberian ASI pada bayi usia 0-6 bln		
• Diberi makanan selain ASI	205	50,0
• Hanya diberi ASI	205	50,0
• Total	410	100,0
Keragaman makanan		
• Makanan beragam	206	50,2
• Tidak beragam	204	49,8
• Total	410	100,0
Kandungan iodium dalam garam		
• Mengandung iodium	366	89,3
• Tidak beriodium	44	10,7
• Total	410	100,0
Suplemen vitamin A		
• Mendapat suplemen vit A	326	79,5
• Tidak mendapat suplemen	84	20,5
• Total	410	100,0

Pada tabel tersebut digambarkan bahwa pemberian air susu ibu (ASI) pada balita ketika masih berusia 0 – 6 bulan, sebagian besar (92 %) diberi ASI, tetapi kalau dilihat dari mulainya balita diberi makanan pendamping ASI, ternyata terdapat sebanyak 50 % balita sudah

mendapat makanan pendamping air susu ibu (MP ASI) sebelum usia 6 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif masih rendah.

Pada tabel 3 juga dapat diketahui masih banyak balita (49,8 %) yang mendapat asupan makanan yang tidak beragam. Pemberian makanan yang tidak beragam mengakibatkan asupan gizi tidak seimbang. Padahal masa balita sedang mengalami pertumbuhan yang pesat, untuk itu diperlukan asupan gizi yang cukup dan seimbang. Cara pemberian makanan ini juga dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang gizi dan tingkat ekonomi keluarga.

Balita sebaiknya mendapat suplemen gizi, khususnya suplemen yang disediakan di posyandu yaitu vitamin A dosis tinggi yang diberikan setiap bulan Pebruari dan Agustus berbarengan bulan penimbangan balita. Dari table 3 dapat diketahui terdapat sebanyak 20,5 % balita tidak mendapat suplemen vitamin A. Hal ini menunjukkan bahwa distribusi vitamin A masih perlu ditingkatkan lagi.

Pada tabel 3 digambarkan terdapat 10,7 % keluarga menggunakan garam yang tidak mengandung iodium, garam yang digunakan pada keluarga ini umumnya dalam bentuk garam bata dan garam kasar. Penggunaan garam beriodium sangat tergantung pada ketersediaan di warung atau pasar sebagai tempat belanja.

Pada 5 indikator keluarga sadar gizi seperti yang diuraikan di atas, kemudian setelah di kategorikan dalam keadaan Kadarzi, dapat dilihat pada tabel 4 berikut.

Tabel 4. Distribusi sampel berdasarkan keadaan kadarzi keluarga

Keadaan Kadarzi	n	%
Baik	247	60,2
Tidak baik	163	39,8
Total	410	100,0

Sampel keluarga balita setelah dikategorikan menjadi keluarga sadar gizi (Kadarzi) ternyata sebagian besar (63,2 %) masih belum baik. Nampaknya masih perlu upaya yang lebih agar persentase

keluarga yang sadar gizi dapat ditingkatkan lagi. (table 4).

Hubungan Antar Variabel

Untuk mengetahui hubungan beberapa faktor yaitu keadaan Posyandu, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, rutinitas keluarga datang di Posyandu dan jarak rumah ke Posyandu dengan Kadarzi dapat dilihat pada tabel berikut.

Pada table 5 digambarkan bahwa dari 5 (lima) variabel independen ternyata variabel rutinitas datang di posyandu yang mempunyai hubungan bermakna dengan keadaan keluarga sadar gizi (Kadarzi) ($p=0,001$), sedangkan variabel lainnya tidak memiliki hubungan yang bermakna. Hal ini menunjukkan bahwa rutinitas keluarga datang ke posyandu mempunyai peran yang penting dalam terbentuknya keadaan keluarga sadar gizi (Kadarzi).

Faktor yang Paling Dominan terhadap Kadarzi.

Untuk mengetahui faktor yang paling dominan pada terbentuknya keluarga kadar gizi, dilakukan uji regresi logistik, seperti pada tabel berikut.

Tabel 6. Distribusi Nilai Odd Ratio Variabel Independen Terhadap Keadaan Kadarzi

Variabel Independen	Nilai OR	Nilai p
Tingkat pendidikan ibu	1,33	0,174
Tingkat pendapatan	1,44	0,080
Rutinitas datang ke Posyandu	3,27	0,001

Dari hasil uji diketahui bahwa variabel rutinitas keluarga datang di posyandu merupakan variabel yang paling dominan terhadap terbentuknya kadarzi ($OR=3,27$ dan $p=0,001$). Hal ini menunjukkan keluarga yang rutin datang ke Posyandu mempunyai peluang 3,27 kali lebih besar untuk menjadi keluarga Kadarzi yang baik, dibandingkan dengan keluarga yang tidak rutin datang.

Tabel 5. Distribusi keadaan kadarzi keluarga sampel berdasarkan variabel independen

Variabel	Keadaan Kadarzi				n	%	p
	Baik		Kurang				
Keadaan Posyandu							
• Baik	129	58,4 %	92	41,6 %	221	100,0 %	0,461
• Kurang	118	62,4 %	71	37,6 %	189	100,0 %	
• Total	247	60,2%	163	39,8 %	410	100,0 %	
Tingkat Pendidikan Ibu							
• Sedang	110	64,7 %	60	35,3 %	170	100,0 %	0,147
• Rendah	137	57,1 %	103	42,9 %	240	100,0 %	
• Total	247	60,2%	163	39,8 %	410	100,0 %	
Tingkat Pendapatan Keluarga							
• Tinggi	128	64,6%	70	35,4 %	198	100,0 %	0,097
• Rendah	119	56,1%	93	43,9 %	212	100,0 %	
• Total	247	60,2%	163	39,8 %	410	100,0 %	
Rutinitas ke Posyandu							
• Rutin	232	63,0%	136	37,0 %	368	100,0 %	0,001
• Tidak Rutin	15	35,7%	27	64,3 %	42	100,0 %	
• Total	247	60,2%	163	39,8 %	410	100,0 %	
Jarak ke Posyandu							
• Dekat	148	60,7 %	96	39,3 %	244	100,0 %	0,917
• Jauh	99	59,6 %	67	40,4 %	166	100,0 %	
• Total	247	60,2%	163	39,8 %	410	100,0 %	

Beberapa kemungkinan yang menyebabkan hal tersebut diantaranya :

- a) Semakin sering keluarga datang di posyandu, maka ibu akan semakin sering mendapatkan pengetahuan tentang gizi yang diperoleh pada waktu konsultasi dengan kader, maupun pada waktu mengikuti penyuluhan.
- b) Dengan seringnya ibu datang ke posyandu, semakin sering ibu mendapatkan paparan pengetahuan gizi dari ibu-ibu lain yang sama-sama datang di posyandu.
- c) Dengan seringnya datang di posyandu ibu akan dapat membandingkan praktek gizi yang dilakukan sehari-hari di rumahnya dengan ibu-ibu yang lain.

Simpulan

1. Rutinitas balita datang ke posyandu mempunyai hubungan yang bermakna dengan keadaan Kadarzi ($p=0,001$).
2. Anak balita yang rutin datang ke posyandu mempunyai peluang 3,27 kali lebih besar untuk menjadi keluarga kadarzi yang baik, dibandingkan dengan keluarga yang tidak rutin datang.
3. Hasil uji regresi menunjukkan bahwa rutinitas keluarga datang ke posyandu merupakan faktor yang paling dominan terbentuknya keluarga sadar gizi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta. 2010.
2. Depkes RI. *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta. 2007.
3. Depkes RI. *Pendampingan Keluarga Menuju Kadarzi*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta. 2007.
4. Lemeshow, S. et.al. *Adequacy of sample size in health*. Geneva Studies. WHO. John Wiley and Sons. 1990.
5. Ariawan. I. *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan, Fak. Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. 1998.
6. Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta. 2005.
7. Hadi Sutrisno. *Metodologi Research*. Jilid 3. Penerbit Andi Yogyakarta. 2004.
8. Nazir Mohammad. *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia. Jakarta. 1988.
9. Martinah. *Revitalisasi Posyandu Mengatasi Wabah*. 2005.
10. Heriyawan A. *INDEKS KESEATAN GARUT PALING RENDAH*. www.ahmadheriyawan.com. Diakses tanggal 11 Maret 2009.
11. Jahari Abas Basuni. *Penilaian Status Gizi dengan Antropometri (Berat badan dan tinggi badan)*. Kongres Nasional dan Temu Ilmiah Persagi XII, Jakarta. 2002.
12. Ministry of Health RI. *Indonesia Health Profile 2007*. Jakarta. 2007.