

## Penerapan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dan Status Gizi Balita Usia 24-59 Bulan di Puskesmas Kranji Bekasi

Putri Pratiwi Oktaviani<sup>1</sup>, Meylina Djafar<sup>2</sup>, Adhila Fayasari<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Program Studi S1 Gizi Universitas Binawan, Jakarta, Indonesia

Email: fayasari@gmail.com

### Abstract

*This study aimed to analyze association between the implementation of nutrition conscious family with the nutritional status of children aged 24-59 months in Puskesmas Kranji Bekasi. This research used a cross sectional design. Subjects were 71 mothers who had children aged 24-59 months taken by purposive sampling. Weight and height data were measured by stepping scales and microtoise, then converted to z-scores. Bivariate analysis using Chi-Square test. Underweight about 9 (12,7%) subjects, and 42 (59,2%) families did not apply KADARZI, indicator points that have not been done includes providing nutritional supplements (vitamin A) (7 %), varied meals (14,1%), using iodized salt (16,9%), weighing regularly (19,7%), and giving exclusive breastfeeding 31 (43,7%). Based on Chi-Square test is proved that there is correlation between KADARZI implementation with nutritional status of children aged 24-59 months. The implementation of KADARZI had a significant association between nutritional status of children aged 24-59 months (p-value 0,006), particularly at indicators irregularly posyandu participation.*

**Keywords :** Nutrition Conscious Family, nutrition status, children

### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan penerapan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi balita usia 24 – 59 bulan di wilayah kerja puskesmas Kranji Bekasi. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Subyek adalah 71 ibu yang memiliki balita berusia 24-59 bulan yang diambil dengan *purposive sampling*. Data berat badan dan tinggi badan diukur dengan timbangan injak dan microtoise, kemudian dikonversi menjadi *z-score*. Analisis data bivariat menggunakan uji *Chi-Square*. Sebanyak 9 (12,7%) balita dengan status gizi kurus. Sebanyak 42 ibu (59,2%) tidak menerapkan KADARZI dan poin indikator yang belum dilakukan antara lain memberikan suplemen gizi (vitamin A) (7%), makan beraneka ragam (14,1%), menggunakan garam beryodium (16,9%), menimbang berat badan secara teratur (19,7%), dan memberikan ASI eksklusif (43,7%). Penerapan KADARZI berhubungan signifikan dengan status gizi balita usia 24-59 bulan (*p-value* 0,006), khususnya pada indikator menimbang berat badan teratur.

**Kata Kunci :** KADARZI, status gizi, balita

## PENDAHULUAN

Masalah gizi adalah masalah keadilan karena merupakan dampak dari kegagalan seseorang untuk memenuhi haknya. Perlu perubahan cara pandang dari upaya untuk menangani anak-anak kelaparan menjadi pembangunan ekonomi dengan fokus pada pemenuhan hak azasi manusia dan keadilan. Transformasi pendekatan penanganan masalah gizi yang semula dilakukan masing-masing pemangku kepentingan berubah menjadi pendekatan yang memungkinkan para pemangku kepentingan untuk bekerja bersama melalui platform multi stakeholders dengan menggunakan prinsip-prinsip kerja yang transparan (Direktur Bina Gizi, 2013)

Status gizi balita masih menjadi perhatian khusus dari program pemerintah selain ibu hamil, karena masalah pada balita berakibat pada kualitas sumberdaya manusia di Indonesia. Status gizi kurang balita berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) (*underweight*) mengalami peningkatan dari 18,4% menjadi 19,6% dari data tahun 2007 dan 2013. Gizi buruk (BB/U <-2 *z*-score) meningkat dari 5,4% menjadi 5,7%. Adapun status gizi berdasarkan panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) menurun dari 39,8% menjadi 37,2%, tetapi angka tersebut masih lebih besar dari target yaitu 20%. Sementara itu, wasting (BB/TB <-2 *z*-score) mengalami penurunan dari 13,65 menjadi 12,1 (Kemenkes RI, 2013a, 2018).

Salah satu program yang komprehensif dan terintegrasi baik di tingkat kabupaten, provinsi, maupun tingkat nasional adalah KADARZI (Keluarga Sadar Gizi). KADARZI merupakan keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi di tingkat keluarga melalui perilaku penimbangan berat badan secara teratur, memberikan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan, makan beranekaragam, memasak menggunakan garam beryodium, dan mengonsumsi suplemen zat gizi mikro (tablet tambah darah /kapsul vitamin A). Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) merupakan sikap dan perilaku keluarga yang dapat secara mandiri mewujudkan keadaan gizi yang sebaik-baiknya tercermin dari konsumsi pangan yang beraneka ragam dan bermutu gizi seimbang (Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2007)

Di Jawa Barat frekuensi penimbangan balita umur 6-59 bulan yang > 4 kali pada tahun 2013 sebanyak 44,6% dan yang tidak pernah ditimbang dalam enam bulan terakhir sebanyak 34,3%. Proporsi rumah tangga mengonsumsi garam mengandung cukup iodium adalah 77,1%; garam mengandung kurang iodium 14,8% dan garam tidak mengandung iodium 8,1%. Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan 33,65%. Pemberian kapsul vitamin A pada balita umur 6-59 bulan selama 6 bulan terakhir 81,60% (Kemenkes RI, 2013c).

Salah satu sasaran yang ingin dicapai pada program perbaikan gizi menuju Indonesia sehat adalah terwujudnya minimal 80% KADARZI. Hal ini diwujudkan dengan cara meningkatkan pengetahuan gizi keluarga yang kurang mendukung dan menumbuhkan kemandirian keluarga untuk mengatasi masalah gizi yang ada dalam keluarga. Tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat khususnya Ibu rumah tangga terhadap gizi merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh pada pencapaian program gizi keluarga (Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2007). Implementasi perilaku KADARZI terhadap status gizi balita sudah dibuktikan di beberapa studi, bahwa terdapat hubungan antara perilaku KADARZI dengan status gizi balita, dengan semakin baik perilaku KADARZI, semakin baik status gizi balita (BB/U dan TB/U) (Rismawati, Rahmiwati and Febry, 2015; Wijayanti and Nindya, 2017). Namun, dalam peng-aplikasiannya di daerah, pada kader dan ibu yang mempunyai balita belum tersosialisasi dengan baik (Septianingrum and Tauran, 2016).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan kota Bekasi pada tahun 2016, ditemukan 0,36% balita dengan status gizi buruk, sebanyak 4,32% gizi kurang, 3,2% sangat pendek, 8,09 % pendek, 3,40% kurus dan 9,18 % gemuk (Dinas Kesehatan Kota Bekasi, 2017). Dilaporkan pula bahwa balita gizi kurus di wilayah kerja Puskesmas Kranji lebih tinggi dari prevalensi gizi kurus di kota Bekasi. Oleh karena itu, penelitian mengenai penerapan KADARZI di wilayah kota Bekasi khususnya di daerah wilayah Puskesmas Kranji dilakukan dengan mengkaitkannya dengan kejadian masalah gizi balita yang ada di wilayah tersebut.

## METODE

### Desain, Waktu, dan Tempat

Jenis dan desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan studi *Cross Sectional*, yaitu rancangan penelitian yang dilakukan dengan mengamati subyek dengan pendekatan suatu saat atau subyek diobservasi hanya sekali saja pada saat penelitian yang dilakukan yaitu pada bulan Januari – Februari 2017 di wilayah Puskesmas Kranji, Bekasi. Sasaran dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita usia 24-59 bulan. Jika ada lebih dari satu balita dalam keluarga, akan dipilih balita yang sesuai dengan ketentuan umur dan yang paling muda, dan diasuh oleh ibunya.

### Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki balita di wilayah posyandu Puskesmas Kranji Bekasi. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, dengan menunjuk 7 posyandu dari 34 posyandu yang ada di berdasarkan rekomendasi ahli gizi setempat. Setiap posyandu diambil

minimal 10-12 subyek, sehingga didapatkan 75 subyek. Terdapat 4 subyek yang datanya tidak lengkap dari total 75 subyek, sehingga tidak dimasukkan ke dalam analisis data. Total sampel akhir yang menjadi subyek dalam penelitian ini adalah 71 subyek.

### **Pengambilan dan Analisis Data**

Data yang diambil berupa data karakteristik subyek, antropometri, dan penerapan indikator KADARZI. Data karakteristik subyek (usia ibu, pendidikan dan pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, dan jumlah anggota keluarga) diukur dengan teknik wawancara. Data antropometri diukur menggunakan timbangan injak digital (CAMRY) dengan ketelitian 0,1 kg, dengan 2 kali pengulangan oleh kader posyandu yang sudah terlatih. Penerapan 5 indikator KADARZI (makan beraneka ragam, menimbang berat badan secara teratur, memberikan ASI eksklusif, memberikan suplemen gizi (vitamin A)) diukur dengan teknik wawancara dan *checklist*. Data penimbangan berat badan dikategorikan teratur jika  $\geq 4$  kali berturut-turut dalam 6 bulan terakhir, serta dikonfirmasi dengan data kedatangan ibu dan balita di posyandu dalam 6 bulan terakhir. Pada pengukuran indikator garam beryodium, subyek diminta untuk membawa garam dari rumah atau peneliti melakukan kunjungan ke rumah subyek. Garam diuji dengan iodina test yang didapatkan dari Puskesmas. Jika warna garam menjadi biru keunguan maka garam mengandung yodium, semakin tua warnanya semakin baik mutu yodium dalam garam. Suatu keluarga dikategorikan telah menerapkan KADARZI jika 5 indikator dilakukan, jika ada minimal 1 indikator tidak dilakukan, termasuk kategori belum menerapkan KADARZI.

Data dianalisis secara univariat berupa penyajian frekuensi dan persentase, serta secara bivariate untuk melihat hubungan antara dua variabel, dengan menggunakan analisis *Chi-Square* atau *Fischer exact test* untuk 2 kategori, sedangkan untuk lebih dari 2 kategori menggunakan *spearman ordinal correlation*.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil penelitian, jumlah anggota keluarga didominasi kategori keluarga kecil ( $\leq 4$  orang) sebesar 42 (59,2%) keluarga. Usia ibu balita sebagian besar termasuk pada kategori dewasa lanjut (31-50 tahun) sebanyak 42 subyek (59,2%) diikuti kelompok usia dewasa muda (20-30 tahun) (39,4%) dan kategori remaja (13-19 tahun) (1,4%).

Pendidikan ibu didominasi pendidikan rendah (85,9%) dan tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga (91,5%). Pendapatan keluarga cenderung rendah ( $\leq$  Rp. 3.327.160,00) yaitu sebanyak 41 (57,7%) keluarga sisanya termasuk pendapatan tinggi ( $\geq$  Rp. 3.327.160,00) (42,3%).

Status gizi anak dalam penelitian ini menggunakan indikator BB/TB didapatkan yaitu sebanyak 62 balita (87,3%) dan status gizi balita kurus yaitu sebanyak 9 balita (12,7%). KADARZI sudah diterapkan pada 29 keluarga (40,8%) dan sisanya 42 keluarga (59,2%) responden belum menerapkan KADARZI secara lengkap.

**Tabel 1. Distribusi Karakteristik Subyek di Wilayah Kerja Puskesmas Kranji Bekasi**

Variabel	Kategori	n (71)	Persentase (%)
Jumlah Anggota Keluarga	Keluarga Kecil ( $\leq 4$ orang)	42	59,2
	Keluarga Sedang (5-7 orang)	28	39,4
	Keluarga Besar ( $\geq 8$ orang)	1	1,4
Usia Ibu	Remaja (13-19 Tahun)	1	1,4
	Dewasa Muda (20-30 Tahun)	28	39,4
	Dewasa Lanjut (31-50 Tahun)	42	59,2
Pendidikan Ibu	Pendidikan Rendah	61	85,9
	Pendidikan Tinggi	10	14,1
Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	65	91,5
	Bekerja	6	8,5
Pendapatan Keluarga	Rendah ( $\leq$ Rp. 3.327.160,00)	41	57,7
	Tinggi ( $\geq$ Rp. 3.327.160,00)	30	42,3
KADARZI	Belum	42	59,2
	Baik	29	40,8
Status gizi	Kurus (Z-score $\leq -2$ )	9	12,7
	Normal (Z-score $> -2$ )	62	87,3

Tabel 2 menunjukkan indikator KADARZI yang sudah dan belum diterapkan pada masing-masing kelompok. Dapat diketahui bahwa sebagian besar keluarga belum menerapkan 5 indikator KADARZI. Indikator yang belum diterapkan antara lain memberikan suplemen gizi (vitamin A) sebanyak 5 (7%) responden, makan beraneka ragam sebanyak 10 (14,1%) responden, menggunakan garam beryodium sebanyak 12 (16,9%) responden, menimbang berat badan secara teratur sebanyak 14 (19,7%) responden, dan memberikan ASI eksklusif sebanyak 31 (43,7%) responden.

**Tabel 2. Distribusi Penerapan KADARZI berdasarkan Kelompok yang Sudah Menerapkan dan Belum di Wilayah Kerja Puskesmas Kranji Bekasi**

Indikator KADARZI	Penerapan KADARZI			
	Belum		Baik	
	n	%	n	%
Makan beraneka ragam	10	14,1	61	85,9
Menimbang berat badan secara teratur	14	19,7	57	80,3
Menggunakan garam beryodium	12	16,9	59	83,1
Memberikan ASI eksklusif	31	43,7	40	56,3
Memberikan suplemen gizi (VitaminA)	5	7	66	93

Pada analisis bivariat disajikan hubungan antara masing-masing variabel dependen dengan variabel independen. Variabel dependen dalam penelitian ini

adalah status gizi balita usia 24 – 59 bulan dan variabel independen dalam penelitian ini adalah penerapan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI).

Di dalam penelitian ini, penilaian status gizi yang digunakan adalah indeks antropometri yaitu berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Berat badan menurut tinggi badan berdasarkan Standar WHO digunakan dengan pertimbangan agar penentuan status gizi balita lebih mengacu kepada individu balita tersebut (World Health Organization, 2005). Berdasarkan data dari Riskesdas tahun 2013, di Indonesia balita dalam kategori kurus sebanyak 6,8%. (Kemenkes RI, 2013b). Di dalam penelitian ini, didapatkan 12,7% anak balita termasuk dalam kategori kurus. Hal ini menunjukkan bahwa prevalensi balita dalam kategori kurus di lokasi penelitian ini masih lebih tinggi.

**Tabel 3. Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Status Gizi Balita Usia 24 – 59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kranji Bekasi**

Karakteristik Keluarga	Status Gizi Balita				Total (n = 71)		P-value	r
	Kurus		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>								
Keluarga Kecil ( $\leq$ 4 orang)	6	14,3	36	85,7	42	100	0,610 <sup>a</sup>	0,062
Keluarga Sedang (5-7 orang)	3	10,7	25	89,3	28	100		
Keluarga Besar ( $\geq$ 8 orang)	0	0	1	100	1	100		
<b>Usia Ibu</b>								
Remaja (13-19 Tahun)	0	0	1	100	1	100	0,224 <sup>a</sup>	-0,146
Dewasa Muda (20-30 Tahun)	2	7,1	26	92,9	28	100		
Dewasa Lanjut (31-50 Tahun)	7	16,7	35	83,3	42	100		
<b>Pendidikan Ibu</b>								
Pendidikan Rendah	7	11,5	54	88,5	61	100	0,605 <sup>b</sup>	-
Pendidikan Tinggi	2	20	8	80	10	100		
<b>Pekerjaan Ibu</b>								
Tidak Bekerja	8	12,3	57	56,8	65	100	0,571 <sup>b</sup>	-
Bekerja	1	16,7	5	83,3	6	100		
<b>Pendapatan Keluarga</b>								
Rendah ( $\leq$ Rp. 3.327.160,00)	4	9,8	37	90,2	41	100	0,305 <sup>b</sup>	-
Tinggi ( $\geq$ Rp. 3.327.160,00)	5	16,7	25	83,3	30	100		

Keterangan :<sup>a</sup>Spearman ordinal correlation; <sup>b</sup>Fischer-exact test

Berdasarkan hasil uji statistik yang dilakukan, tidak ada hubungan antara pada variabel-variabel karakteristik dengan status gizi (BB/TB). Pada variabel jumlah anggota keluarga diperoleh nilai *p-value* 0,610 (*p-value* > 0,05) tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita usia 24 – 59 bulan. Pada variabel usia ibu diperoleh nilai *p-value* 0,224 dan *r* -0,146. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia Ibu dengan status gizi balita usia 24 – 59 bulan, tetapi ada kecenderungan bahwa semakin rendah usia ibu semakin besar proporsi balita kurus (nilai korelasi *r* negatif). Demikian juga pada

pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga ( $p > 0,05$ ). Tidak adanya hubungan antara karakteristik dengan status gizi dikarenakan karakteristik yang homogen (pendidikan rendah, tidak bekerja dan pendapatan rendah).

Status gizi normal berdasarkan BB/TB yaitu sebanyak 62 (87,3%) balita dan status gizi balita kurus yaitu sebanyak 9 (12,7%) balita. Indikator BB/TB merupakan indikator terhadap status gizi yang bersifat akut sebagai akibat yang berlangsung dalam waktu yang singkat seperti adanya penyakit infeksi seperti diare atau kelaparan (Kemenkes RI, 2018). Dalam keadaan demikian berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak proposional lagi.

Keluarga dikatakan KADARZI apabila telah menerapkan lima indikator yaitu, makan beraneka ragam, menimbang berat badan secara teratur, menggunakan garam beryodium, memberikan ASI eksklusif, dan memberikan suplemen gizi berupa kapsul vitamin A. Suatu daerah dapat dikatakan telah menerapkan suatu perilaku KADARZI jika presentase penduduk yang telah mengimplementasikan perilaku tersebut telah mencapai target nasional 80% (Kemenkes RI, 2011)

**Tabel 4. Hubungan 5 (Lima) Indikator KADARZI dengan Status Gizi Balita Usia 24 – 59 bulan di Puskesmas Kranji Bekasi**

KADARZI	Status Gizi Balita				Total (n = 71)		P-value	r
	Kurus		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
<b>KADARZI</b>								
Belum KADARZI	9	21,4	33	78,6	42	100	0,007 <sup>a*</sup>	0,317
Sudah KADARZI	0	0	29	100	29	100		
<b>Makan beraneka ragam</b>								
Belum baik	2	20	8	80	10	100	0,372 <sup>b</sup>	-
Baik	7	11,5	54	88,5	61	100		
<b>Menimbang berat badan secara teratur</b>								
Belum baik	5	35,7	9	64,3	14	100	0,012 <sup>b*</sup>	-
Baik	4	7	53	93	57	100		
<b>Menggunakan garam beryodium</b>								
Belum baik	3	25	9	75	12	100	0,172 <sup>b</sup>	-
Baik	6	10,2	53	89,8	59	100		
<b>Memberikan ASI eksklusif</b>								
Belum baik	6	19,4	25	80,6	31	100	0,130 <sup>b</sup>	-
Baik	3	7,5	37	92,5	40	100		
<b>Memberikan suplemen gizi (VitaminA)</b>								
Belum baik	1	20	4	80	5	100	0,503 <sup>b</sup>	-
Baik	8	12,1	58	87,9	66	100		

Keterangan :<sup>a</sup>Spearman ordinal correlation; <sup>b</sup>Fischer-exact test ; \* $p < 0,05$

Berdasarkan analisis diketahui sebanyak 29 (40,8%) keluarga menerapkan KADARZI dan 42 (59,2%) keluarga tidak menerapkan KADARZI. Berdasarkan

hasil tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar keluarga belum menerapkan kelima indikator KADARZI secara tepat. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) merupakan salah satu prioritas pendekatan dalam penanggulangan masalah gizi. Sesuai SK Menkes RI No. 747/MenKes/SK/VI/2007 bertujuan agar seluruh keluarga berperilaku sadar gizi. Keluarga disebut KADARZI apabila sudah menerapkan lima indikator perilaku KADARZI dalam kehidupan sehari-hari.

Terdapat hubungan yang signifikan antara penerapan KADARZI dengan status gizi balita usia 24-59 bulan ( $p$ -value 0,007), nilai  $r$  0,317 yang artinya pada subyek yang melakukan penerapan KADARZI, semakin baik status gizinya, dan kekuatan hubungan lemah ( $r < 0,5$ ). Hal ini sejalan dengan penelitian di Pati bahwa ada hubungan antara penerapan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati tahun 2013 (Riyayawati, 2013). Penelitian lain juga menyatakan ada hubungan antara perilaku KADARZI dengan status gizi balita namun tidak ditemukan hubungan pengetahuan ibu tentang KADARZI dengan status gizi balita (Octaviani, 2012).

Pada indikator makan beraneka ragam, pola makan keluarga, yang mengkonsumsi makan beraneka ragam tidak ada hubungan yang signifikan dengan status gizi balita usia 24 – 59 bulan ( $p$ -value  $> 0,05$ ). Keluarga yang belum baik menerapkan makan beraneka ragam memiliki kecenderungan mempunyai balita dengan status gizi kurus. Namun, diantara keluarga yang menerapkan makan beraneka ragam secara baik, terdapat 7 (11,5%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus, sedangkan yang belum baik menerapkan makan beraneka ragam sebanyak 2 (20%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus.

Kecukupan seseorang dalam mengonsumsi makanan atau zat gizi tergantung keterjangkauan dan ketersediaan makanan, serta daya beli. Dalam penelitian ini keluarga subyek didominasi oleh kelompok sosial ekonomi yang cenderung rendah, sehingga tidak ada hubungan yang signifikan antara makanan aneka ragam dengan status gizi. Pemenuhan aneka ragam makanan dapat menunjukkan kesadaran keluarga dalam pemenuhan zat gizi dan kesehatan keluarga (Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2007)

Ada hubungan yang signifikan antara menimbang berat badan secara teratur dengan status gizi balita usia 24-59 bulan ( $p < 0,05$ ). Keluarga yang jarang menimbang berat badan balitanya secara teratur memiliki kecenderungan mempunyai balita dengan status gizi kurus. Hasil ini sejalan dengan penelitian di Semarang yang menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara pemanfaatan posyandu dengan status gizi balita BB/U (Asdhany and Kartini, 2012). Pemanfaatan posyandu memiliki hubungan yang kuat dengan status gizi kurang, pendek, dan kurus pada balita (Ulfani, Martianto and Baliwati, 2011). Partisipasi ibu dan balita dalam posyandu tidak hanya terfokus pada penimbangannya. Penimbangan berat badan balita secara teratur dapat memberikan informasi keadaan

gizi balita saat ini, sehingga lebih mudah untuk dilakukan tindakan sebelum keadaan gizi memburuk (Welasasih and Wirjatmadi, 2012; Wijayanti and Nindya, 2017)

Tidak terdapat hubungan signifikan antara indikator penggunaan garam beryodium dengan status gizi balita usia 24-59 bulan (*p-value* 0,372). Keluarga yang belum baik menggunakan garam beryodium memiliki kecenderungan mempunyai balita dengan status gizi kurus. Keluarga yang menggunakan garam beryodium secara baik, terdapat 6 (10,2%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus. Adapun yang belum baik menggunakan garam beryodium sebanyak 3 (25%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus. Penelitian ini sesuai dengan penelitian di daerah Tulungagung, yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara garam beryodium dengan status gizi (Wijayanti and Nindya, 2017).

Iodium dalam tubuh dibutuhkan sangat sedikit (90 µg). Penggunaan garam beryodium dalam keluarga, dikaitkan dengan kecukupan konsumsi iodium. Anak gizi kurang (BB/TB) lebih banyak ditemukan pada keluarga dengan penggunaan garam beryodium kurang (Prihatini and Latinulu, 2002). Pada penelitian yang berbeda, kekurangan konsumsi garam beryodium berkaitan dengan *stunting* (Sukandar and Kusri, 2009; Uvaraju and Pinatih, 2017)

Tidak adanya hubungan penggunaan garam beryodium dalam keluarga dengan status gizi balita dapat dikarenakan hal ini tidak langsung menggambarkan asupan iodium. Asupan iodium tidak hanya didapatkan dari garam tetapi juga sumber pangan lainnya seperti makanan laut. Ada kemungkinan, asupan iodium yang kurang dari tidak menggunakan garam beryodium, sudah terpenuhi dari asupan pangan lain (Festy, 2018).

Tidak ada hubungan yang signifikan antara indikator pemberian ASI eksklusif dengan status gizi balita usia 24-59 bulan (*p-value* 0,130). Ibu yang belum dapat memberikan ASI eksklusif kepada balitanya memiliki kecenderungan mempunyai balita dengan status gizi kurus. Keluarga yang memberikan ASI eksklusif secara baik, terdapat 3 (7,5%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus. Adapun yang belum baik memberikan ASI eksklusif sebanyak 6 (19,4%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus. Indikator KADARZI untuk ASI eksklusif relatif sulit dicapai (Mustafyani and Mahmudiono, 2017). Untuk dapat memberikan ASI eksklusif, ibu menyusui perlu dukungan kuat dari keluarga, lingkungan dan seluruh pelayanan kesehatan serta perlu adanya sosialisasi yang terus menerus tentang ASI eksklusif kepada masyarakat.

Tidak adanya hubungan antara ASI eksklusif dengan status gizi kemungkinan dikarenakan indikator yang digunakan dalam penelitian ini adalah BB/TB. BB/TB lebih menggambarkan status gizi akut, sedangkan ASI eksklusif merupakan data recall atau riwayat yang menggambarkan keadaan kronis. Hasil ini sesuai dengan penelitian di Tulungagung bahwa ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan *stunting* (Wijayanti and Nindya, 2017).

Tidak ada hubungan signifikan antara indikator pemberian suplemen gizi (vitamin A) dengan status gizi balita usia 24-59 bulan (*p-value* 0,503). Keluarga yang belum baik memberikan suplemen gizi (vitamin A) memiliki kecenderungan mempunyai balita dengan status gizi kurus. Namun, diantara keluarga yang memberikan suplemen gizi (vitamin A) secara baik, terdapat 8 (12,1%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus. Adapun yang belum baik memberikan suplemen gizi (vitamin A) sebanyak 1 (20%) keluarga yang mempunyai balita dengan status gizi kurus.

Menurut Mustafyani and Mahmudioni (2017), pada pelaksanaan KADARZI dibutuhkan niat atau motivasi dari anggota keluarga terutama ibu, agar KADARZI dapat terapkan dengan baik. Adapun faktor lain yang mempengaruhi KADARZI adalah pendapatan dan pengetahuan ibu. Di dalam penelitian ini tidak diteliti mengenai pengetahuan dan niat atau motivasi ibu terhadap penerapan KADARZI. Keberhasilan pelaksanaan KADARZI tidak lepas juga dari peran tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan. Penelitian di kabupaten Semarang menyebutkan bahwa program KADARZI masih belum efektif dan efisien pelaksanaannya dikarenakan indikator pemberian ASI eksklusif belum maksimal. Selain dari subyek atau ibu itu sendiri, ada faktor dari luar yaitu pihak swasta atau penyedia produk serta kebijakan dari institusi kerja dalam menyediakan pelayanan jasa ASI dan jasa antar jemput ASI (Pradana, Subowo and Djumiarti, 2013).

## KESIMPULAN

Tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik keluarga dengan status gizi balita usia 24-59 bulan. Ada hubungan yang signifikan antara penerapan KADARZI dengan dengan status gizi balita usia 24-59, yaitu pada indikator menimbang berat badan secara teratur.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asdhany, C. and Kartini, A. (2012) 'Hubungan tingkat partisipasi ibu dalam kegiatan posyandu dengan status gizi anak balita (studi di kelurahan Cangkiran kecamatan Mijen kota Semarang)', *Journal of Nutrition College*. Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, 1(1), pp. 11–20. doi: 10.14710/jnc.v1i1.424.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007) *Pedoman operasional keluarga sadar gizi di desa siaga*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Dinas Kesehatan Kota Bekasi (2017) *Profil kesehatan dinas kesehatan Bekasi tahun 2016*. Bekasi: Dinas Kesehatan Kota Bekasi.
- Direktur Bina Gizi (2013) *Perkembangan masalah gizi dan penguatan pelayanan gizi dalam*

- pencegahan stunting di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Kementerian Kesehatan RI.
- Festy, P. (2018) *Buku ajar gizi dan diet*. Surabaya: UM Surabaya Publishing.
- Kemenkes RI (2011) *Standar antropometri penilaian status gizi anak*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Kemenkes RI (2013a) *Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI (2013b) *Laporan Riskesdas*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia.
- Kemenkes RI (2013c) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013 tentang angka kecukupan gizi yang dianjurkan bagi bangsa Indonesia*. Jakarta, Indonesia.
- Kemenkes RI (2018) *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta (ID): Kemenkes RI.
- Mustafyani, A. D. and Mahmudiono, T. (2017) 'Hubungan pengetahuan, sikap, dukungan suami, kontrol perilaku, dan niat ibu dengan perilaku kadarzi ibu balita gizi kurang', *The Indonesian Journal of Public Health*, 12(2), pp. 190–201. doi: 10.20473/ijph.v12i2.2017.190-201.
- Octaviani, I. 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)*. Diponegoro University.
- Pradana, Y. A., Subowo, A. and Djumiarti, T. (2013) 'Implementasi program keluarga sadar gizi (Kadarzi) di kabupaten Semarang', *Journal of Public Policy and Management Review*, 2(2), pp. 541–550. doi: 10.14710/JPPMR.V2I2.2493.
- Prihatini, S. and Latinulu, S. (2002) 'Pengaruh status gizi terhadap kadar yodium urin setelah pemberian kapsul yodium pada anak sekolah dasar di daerah gondok endemik', *Penelitian Gizi dan Makanan*, 25(1).
- Rismawati, Rahmiwati, A. and Febry, F. (2015) 'Korelasi perilaku Kadarzi terhadap status gizi balita di puskesmas Simpang Timbangan Indralaya tahun 2014', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 6(3), pp. 195–201. doi: 10.26553/jikm.2015.6.3.195-201.
- Riyayawati, R. (2013) *Analisis hubungan penerapan keluarga sadar gizi (Kadarzi) dengan status gizi balita*. Universitas Negeri Semarang.
- Septianingrum, D. and Tauran (2016) 'Implementasi keluarga sadar gizi (Kadarzi) di puskesmas Gantrung kecamatan Kebonsari kabupaten Madiun', *Jurnal Mahasiswa Unesa*, 4(6), pp. 1–11.
- Sukandar, P. B. and Kusriani, I. (2009) 'Hubungan antara status iodium dengan status gizi pada anak riwayat hipotiroid', *Media Gizi Mikro Indonesia*, 1(1), pp. 25–31.
- Ulfani, D. H., Martianto, D. and Baliwati, Y. F. (2011) 'Faktor-faktor sosial ekonomi dan kesehatan masyarakat kaitannya dengan masalah gizi underweight, stunted, dan wasted di Indonesia: Pendekatan ekologi gizi', *Jurnal Gizi dan*

*Pangan*, 6(1), pp. 59–65. doi: 10.25182/jgp.2011.6.1.59-65.

Uvaraju, T. and Pinatih, G. N. I. (2017) ‘Gambaran status gizi balita pada penggunaan garam beryodium di Desa Sangkan Gunung Kecamatan Sidemen, Kabupaten Karangasem Bali’, *Intisari Sains Medis*, 8(1), pp. 82–86. doi: 10.15562/ism.v8i1.116.

Welasasih, B. D. and Wirjatmadi, R. B. (2012) ‘Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi balita stunting’, *The Indonesian Journal of Public Health*, 8(2), pp. 99–104.

Wijayanti, S. and Nindya, T. S. (2017) ‘Hubungan penerapan perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan status gizi balita di kabupaten Tulungagung’, *Amerta Nutrition*, 1(4), pp. 379–388. doi: 10.20473/amnt.v1i4.2017.379-388.

World Health Organization (2005) *WHO child growth standards*. Geneva: WHO.