

## **PENERAPAN KELUARGA SADAR GIZI: HARAPAN MENUJU TARGET NASIONAL**

**Artika Nurrahima<sup>1</sup>, Junaiti Sahar<sup>2</sup>, Poppy Fitriyani<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Universitas Diponegoro

<sup>2,3</sup> Universitas Indonesia

Email: artikanurrahima@fk.undip.ac.id

### **ABSTRACT**

*Children under five as one of the populations at risk for experiencing nutritional problems, which is become a global health problem. The prevalence of child malnutrition in the world and Indonesia is high. One effort to overcome the problems with a program called keluarga sadar gizi (Kadarzi). This study aims to describe the application of Kadarzi. The research design was a descriptive cross sectional approach. Sample of this study was 103 families with children under five in accordance with the inclusion criteria taken by cluster sampling technique. The results showed good application Kadarzi as much as 52.4% and as much as 47.6% less. Implementation of regularly weigh as much as 61.2%, exclusive breastfeeding as much as 52.4%, eating diversified food as much as 56.3%, the consumption of iodized salt as much as 53.4%, and consumption of vitamin A as much as 51.5 %. Implementation of the five indicators Kadarzi was lower than the achievements of Kadarzi in Depok City and national targets. Required the assistance Kadarzi implementation and regular home visits by health personnel related.*

**Keywords:** *kadarzi, family, children under five*

### **ABSTRAK**

*Balita merupakan salah satu populasi at risk (beresiko) mengalami masalah gizi, yang saat ini menjadi masalah kesehatan global. Prevalensi anak kurang gizi di dunia dan Indonesia masih cukup tinggi. Salah satu upaya untuk mengatasi permasalahan gizi adalah dengan penerapan keluarga sadar gizi (kadarzi). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penerapan kadarzi. Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Sebanyak 103 keluarga dengan balita sesuai dengan kriteria inklusi diperoleh dengan teknik cluster sampling. Hasil penelitian menunjukkan penerapan kadarzi baik sebanyak 52,4% dan kurang sebanyak 47,6%. Penerapan perilaku menimbang secara teratur baik sebanyak 61,2%, ASI eksklusif baik sebanyak 52,4%, makan beraneka ragam baik sebanyak 56,3%, konsumsi garam beryodium baik sebanyak 53,4%, dan konsumsi vitamin A baik sebanyak 51,5%. Penerapan lima indikator kadarzi di kelurahan Cisalak Pasar lebih rendah dibandingkan dengan capaian penerapan kadarzi Kota Depok dan capaian target nasional. Diperlukan adanya pendampingan pelaksanaan kadarzi dan kunjungan rumah secara teratur oleh tenaga kesehatan terkait.*

**Kata kunci:** *kadarzi, keluarga, balita*

## PENDAHULUAN

Balita merupakan populasi *at risk* mengalami masalah gizi. Populasi *at risk* adalah kelompok populasi yang berisiko lebih tinggi menderita suatu penyakit dibandingkan dengan populasi yang lain (Stanhope & Lancaster, 2010).

Prevalensi anak kurang gizi di dunia masih cukup tinggi. Jumlah anak usia di bawah lima tahun (balita) yang mengalami gizi kurang di dunia pada tahun 2011 sebanyak 101 juta atau sekitar 16% dari jumlah balita di dunia (UNICEF, WHO, & World Bank, 2012). Hal yang sama terjadi di Indonesia, angka gizi kurang pada balita masih di atas 10%. Menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI (2007), prevalensi gizi buruk sebanyak 5,4% dan gizi kurang sebanyak 13%. Tahun 2010 prevalensi kurang gizi di Indonesia belum menunjukkan perubahan signifikan. Sebanyak 17,9% anak mengalami gizi kurang, yang terdiri atas 4,9 % gizi buruk dan 13% gizi kurang (Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI, 2010).

Salah satu upaya telah dilakukan pemerintah untuk menanggulangi permasalahan gizi adalah pemberdayaan keluarga, dan promosi keluarga sadar gizi (kadarzi) (Depkes RI, 2005). Keluarga disebut sebagai kadarzi jika keluarga mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Perilaku kadarzi yang baik dicirikan minimal dengan lima indikator: menimbang berat badan, memberikan ASI eksklusif, konsumsi aneka ragam makanan, garam beryodium, serta suplemen gizi sesuai anjuran. Pelaksanaan lima indikator kadarzi idealnya meliputi ranah pengetahuan, sikap, dan ketrampilan, dengan target utama keluarga dengan ibu hamil dan atau balita (Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI, 2007).

Pelaksanaan lima indikator kadarzi di Kota Depok belum sepenuhnya sesuai dengan target nasional. Target nasional pencapaian lima indikator kadarzi berdasarkan data Dir Kesehatan Gizi Masyarakat Bappenas (2009) adalah sebagai

berikut: menimbang berat badan secara teratur 85%, pemberian ASI eksklusif 80%, konsumsi garam beryodium 90%, konsumsi vitamin A secara teratur 85%, dan sedangkan secara nasional sebanyak 93, 6% penduduk kurang mengkonsumsi sayur dan buah.

Pelaksanaan kadarzi Kota Depok berdasarkan data survei Pemantauan Status Gizi (PSG) Kadarzi Kota Depok (2011) adalah sebagai berikut: jumlah balita yang ditimbang di posyandu sebesar 73,09%, pemberian ASI eksklusif sebesar 62, 44%, konsumsi garam beryodium sebesar 98 %, konsumsi vitamin A pada balita 95,02%, konsumsi sayur dan buah balita sebanyak 66, 98 % dan makanan hewani sebesar 64,8%.

Pelaksanaan kadarzi kelurahan Cisalak Pasar dua tahun terakhir mengalami penurunan. Berdasarkan data laporan tahunan PKK Kelurahan Cisalak Pasar (2010), laporan tahunan PKK Kelurahan Cisalak Pasar (2011), dan profil kesehatan Puskesmas Cimanggis (2012) pelaksanaan kadarzi sebagai berikut:

jumlah balita ditimbang tahun 2010 sebanyak 100% menurun menjadi 83, 4% pada tahun 2011; pemberian ASI eksklusif tahun 2010 sebanyak 83%, menurun menjadi sebanyak 30,5% tahun 2012; konsumsi vitamin A tahun 2010 sebanyak 100% menurun menjadi 76,4% tahun 2011. Laporan tahunan PKK Kelurahan Cisalak Pasar (2010) menunjukkan konsumsi makanan beraneka ragam sebesar 100%. Capaian konsumsi makanan beraneka ragam turun menjadi 54, 6% berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan peneliti pada 22 keluarga di Kelurahan Cisalak pasar bulan Oktober 2012. Tujuan penelitian adalah mengetahui gambaran penerapan kadarzi di kelurahan Cisalak Pasar Kota Depok.

## **METODE**

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Sebanyak 103 keluarga yang memiliki balita di Kelurahan Cisalak Pasar sesuai dengan kriteria inklusi ditetapkan sebagai responden penelitian dengan teknik *cluster sampling*. Penetapan sampel pada tiap RW dilakukan secara

proporsional, dan penetapan sampel pada tiap RT secara *simple random sampling*. Variabel penelitian merupakan variabel tunggal yaitu penerapan kadarzi meliputi lima indikator: menimbang berat badan, memberikan ASI eksklusif, konsumsi aneka ragam makanan, garam beryodium, serta suplemen gizi sesuai anjuran. Penelitian dilakukan di Kelurahan Cisalak

Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok bulan Desember 2012. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yang disusun oleh peneliti. Hasil uji validitas didapatkan  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel (0,361) dan reliabilitas dengan nilai alpha cronbach 0,87. Analisis data dilakukan secara univariat dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1**  
**Distribusi responden menurut tipe keluarga, pendapatan keluarga, dan tingkat pendidikan ibu di Kelurahan Cisalak Pasar Kota Depok, Desember 2012 (n= 103)**

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
<b>Tipe keluarga</b>		
Keluarga inti	74	71.8
Keluarga luas	29	28.2
Total	103	100
<b>Pendapatan keluarga</b>		
Rendah	49	47.6
Tinggi	54	52.4
Total	103	100
<b>Pendidikan ibu</b>		
Rendah	20	19.4
Tinggi	83	80.6
Total	103	100

Penelitian ini menggambarkan tiga karakteristik keluarga. Pertama, tipe keluarga. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa mayoritas (71.8%) tipe keluarga responden

adalah keluarga inti. Pengambilan keputusan pada keluarga inti dilakukan oleh kedua orang tua (Carteret, 2011). Orang tua adalah orang yang bertanggung jawab

secara finansial dan fisik kepada anak. Pengambilan keputusan oleh orang tua terkait penerapan kadarzi bagi anak merupakan hal yang tepat, karena orang tua selalu berusaha memberikan yang terbaik bagi anak.

Tipe keluarga merupakan gambaran jumlah anggota keluarga. Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, sedangkan keluarga luas (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang memiliki hubungan darah seperti kakek, nenek, paman, dan anggota keluarga lainnya (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Jumlah anggota keluarga inti pada umumnya lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga luas.

Jumlah anggota keluarga merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi. Jumlah anggota keluarga dikaitkan dengan ketersediaan pangan dalam keluarga. Keluarga dengan jumlah anggota sedikit memungkinkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggotanya dengan baik, termasuk

memenuhi kebutuhan pangan balita. Jumlah anggota keluarga yang banyak akan mempengaruhi angka kesakitan dan status gizi anak akibat kurangnya sumber daya yang berpengaruh terhadap kurangnya ketersediaan pangan dalam keluarga (Allender & Spradley, 2010). Pendapat tersebut didukung oleh penelitian Mariani (2009) menggambarkan bahwa ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Penelitian lain yang mendukung hal tersebut adalah penelitian Amos (2000) yang mengemukakan ada hubungan jumlah anggota keluarga dengan status nutrisi balita. Semakin besar jumlah anggota keluarga maka semakin besar risiko terjadinya masalah gizi pada balita.

Penelitian berbeda disampaikan oleh Bittikaka (2011) bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anak dengan status gizi balita. Keluarga dengan jumlah anggota lebih banyak, membutuhkan sumber daya ekonomi yang lebih untuk dapat memenuhi kebutuhan pangan. Namun, bukan berarti keluarga yang

memiliki jumlah anggota banyak tidak mampu memenuhi kebutuhan pangan balita dengan baik. Orang tua pada umumnya lebih mengutamakan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak dibandingkan dengan anggota keluarga lain.

Karakteristik kedua adalah pendapatan keluarga. Hasil penelitian menggambarkan bahwa lebih dari separuh responden (52,4%) memiliki tingkat pendapatan tinggi. Pendapatan tinggi mendukung pemenuhan kebutuhan nutrisi keluarga, sedangkan keluarga dengan tingkat pendapatan rendah memiliki keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anggotanya. Senada dengan hal tersebut, Stanhope dan Lancaster (2010) menyatakan bahwa keluarga dengan sumber keuangan yang cukup akan menunjang pemenuhan kebutuhan terkait kesehatan, diantaranya makanan. UNICEF, WHO, & World Bank, (2012) mengungkapkan bahwa salah satu penyebab tidak langsung masalah gizi kurang adalah ketersediaan pangan pada tingkat keluarga. Hasil penelitian berbeda

diungkapkan oleh Simanjuntak (2009) bahwa konsumsi makanan beraneka ragam lebih tinggi pada keluarga tidak mampu dibandingkan dengan keluarga mampu. Hal ini dikarenakan keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung mengalami perubahan gaya hidup. Keluarga dengan pendapatan yang tinggi memiliki kebiasaan jajan di luar rumah dan mengkonsumsi makanan cepat saji. Sedangkan pada keluarga tidak mampu, akan menghemat pendapatan mereka dengan makan di rumah dan membatasi perilaku jajan di luar rumah. Hasil penelitian

Karakteristik ketiga adalah tingkat pendidikan ibu. Hasil penelitian menggambarkan bahwa mayoritas ibu (80,6%) memiliki tingkat pendidikan tinggi. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor risiko sosial penyebab masalah gizi pada anak. Soekirman et al (2006) berpendapat bahwa unsur pendidikan berhubungan erat dengan pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Pendapat tersebut didukung oleh hasil penelitian Ajao,

Ojofeitimi, Adebayo, Fatusi dan Afolabi (2009) serta Abuya, Ciera dan Kimani- Murage( 2012) yang menyatakan bahwa ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah secara signifikan berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita. Tingkat pendidikan tinggi mempermudah seseorang menerima informasi kesehatan. Selain itu, tingkat pendidikan ibu yang tinggi memungkinkan ibu memiliki kepedulian lebih terhadap kesehatan anggota keluarga terutama balita, dengan menimbang balita secara teratur, memberikan ASI eksklusif, menyajikan makanan beraneka ragam, memberikan garam beryodium dan vitamin A secara teratur pada balita.

Ibu dengan tingkat pendidikan tinggi berpeluang lebih besar untuk menerapkan kadarzi. Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa perilaku yang didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif akan membuat perilaku tersebut menjadi kebiasaan. Pendapat tersebut didukung oleh hasil penelitian

Nurmayati (2008) bahwa penerapan kadarzi lebih tinggi pada keluarga dengan tingkat pendidikan lebih tinggi, sedangkan pendidikan rendah merupakan kendala penerapan kadarzi.

Hasil penelitian Simanjuntak (2009) menunjukkan sebaliknya. Penerapan kadarzi pada keluarga yang rata- rata berpendidikan SMA jauh lebih rendah dibandingkan dengan keluarga dengan ibu yang rata- rata berpendidikan SD. Analisis peneliti, ibu dengan tingkat pendidikan tinggi dimungkinkan adalah ibu bekerja, sehingga memiliki keterbatasan waktu untuk terlibat langsung dalam pemenuhan kebutuhan anak sehari-hari. Ibu lebih banyak menghabiskan waktu di luar rumah untuk bekerja, sehingga ibu mempercayakan urusan anak kepada pengasuh. Ibu dengan tingkat pendidikan rendah lebih banyak menghabiskan waktu di dalam rumah, sehingga ibu lebih memperhatikan pemenuhan kebutuhan kesehatan anak yang meliputi penerapan kadarzi.

**Tabel 2**  
**Distribusi responden menurut penerapan indikator kadarzi di Kelurahan**  
**Cisalak Pasar Kota Depok, Desember 2012 (n= 103)**

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
<b>Menimbang secara teratur</b>		
Kurang	40	38.8
Baik	63	61.2
Total	103	100
<b>Memberikan ASI eksklusif</b>		
Kurang	49	47.6
Baik	54	52.4
Total	103	100
<b>Makan beraneka ragam</b>		
Kurang	45	43.7
Baik	58	56.3
Total	103	100
<b>Konsumsi garam beryodium</b>		
Kurang	48	46.6
Baik	55	53.4
Total	103	100
<b>Konsumsi vitamin A</b>		
Kurang	50	48.5
Baik	53	51.5
Total	103	100
<b>Penerapan Kadarzi</b>		
Kurang	49	47.6
Baik	54	52.4
Total	103	100

Hasil penelitian menunjukkan penerapan kadarzi lebih dari separuh responden (52.4%) baik. Penerapan kadarzi yang baik ditentukan oleh penerapan indikator-indikator kadarzi secara baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan lima indikator kadarzi di Kelurahan Cisalak Pasar lebih rendah dibandingkan dengan pencapaian kadarzi Kota Depok, Provinsi Jawa Barat, dan target nasional.

Indikator kadarzi yang pertama adalah menimbang secara teratur. Hasil penelitian diketahui perilaku menimbang secara teratur sebanyak 61.2%. Angka tersebut lebih rendah jika dibandingkan capaian Kota Depok, Provinsi Jawa Barat, dan target nasional (73.09%, 84.8%, 85%).

Menurut Permenkes No. 155 tahun 2010 menimbang secara teratur adalah penimbangan yang dilakukan setiap bulan di Posyandu, yang

hasilnya dicatat dalam Kartu Menuju Sehat. Perilaku menimbang secara teratur dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah motivasi. Menurut Notoatmodjo (2003) motivasi adalah dorongan dari dalam diri individu yang mengarahkan untuk berperilaku tertentu. Capaian perilaku menimbang secara teratur yang rendah di Kelurahan Cisalak Pasar dimungkinkan karena keaktifan balita menimbang di Posyandu dimotivasi oleh adanya program-program pemerintah seperti imunisasi, pemberian vitamin A dan makanan tambahan. Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan seorang ibu yang memiliki balita di Kelurahan Cisalak Pasar tanggal 28 November 2012 bahwa ibu menimbang ke Posyandu secara teratur karena ingin mendapatkan imunisasi, vitamin A, dan makanan tambahan secara cuma-cuma. Ibu merasa enggan ke Posyandu jika anak sudah mendapatkan imunisasi secara lengkap. Pernyataan tersebut didukung hasil penelitian Bittikaka (2011) yang menggambarkan rendahnya kepatuhan berkunjung ke

Posyandu di Kelurahan Kota baru Abepura Jayapura. Hal ini disebabkan motivasi ibu berkunjung ke Posyandu adalah mendapatkan imunisasi dan vitamin A gratis.

Akses terhadap Posyandu dimungkinkan sebagai faktor lain yang berpengaruh terhadap perilaku menimbang secara teratur. Menurut Notoatmodjo (2003) kemampuan seseorang mengakses sarana pelayanan kesehatan dapat memfasilitasi perilaku atau tindakan individu. Di Kelurahan Cisalak Pasar banyak terdapat fasilitas kesehatan lain yang dapat memfasilitasi penimbangan secara teratur seperti praktik dokter dan bidan swasta yang tidak dibatasi waktu penimbangan dan tidak harus antri, sehingga ibu lebih memilih menimbang di fasilitas tersebut daripada menimbang di Posyandu.

Indikator kedua adalah memberikan ASI secara eksklusif. Hasil penelitian didapatkan cakupan ASI eksklusif sebesar 52.4%. Angka tersebut berada di bawah cakupan Depok sebesar 62, 44% (Survei PSG Kadarzi Kota Depok, 2011). ASI

eksklusif adalah pemberian ASI saja selama 6 bulan pertama kepada bayi tanpa disertai makanan dan minuman apapun selain ASI (Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI, 2007). Pencapaian cakupan ASI eksklusif yang rendah menurut analisis peneliti, dimungkinkan karena pengetahuan tentang ibu tentang ASI eksklusif masih rendah. Menurut Green dan Kreuter (2005) pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang berpengaruh terhadap perilaku. Hasil analisis domain pengetahuan pada perilaku ASI eksklusif diketahui bahwa lebih dari separuh (54%) ibu memiliki pengetahuan kurang. Hasil analisis item pernyataan diketahui lebih dari separuh ibu (52.4%) menyatakan bahwa ASI eksklusif adalah pemberian ASI selama 6 bulan pertama kepada bayi, tanpa diberikan makanan pendamping lain, dan boleh diberikan air putih. Pengetahuan yang kurang dapat berdampak pada praktik pemberian ASI eksklusif yang kurang tepat. Pendapat tersebut diperkuat hasil penelitian yang menyatakan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap

pemberian ASI eksklusif (Andrew & Harvey, 2009).

Penyebab lain dimungkinkan karena faktor dari luar ibu. Lingkungan dan dukungan anggota keluarga lain menurut analisis peneliti, berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif. Banyaknya iklan susu formula yang beredar di masyarakat menghambat pemberian ASI eksklusif. Iklan susu formula membuat ibu yang mengalami masalah-masalah menyusui mempertimbangkan kemudian memilih susu formula sebagai salah satu alternatif makan/minuman pendukung ASI. Masalah menyusui yang dialami oleh ibu antara lain: kuantitas ASI yang dinilai tidak adekuat bagi bayi, puting susu terbenam, dan ibu bekerja. Ibu yang berada pada kondisi tersebut dan tidak mengetahui bagaimana cara mengatasinya, lebih memilih memberikan susu formula untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Hal ini didukung oleh beberapa hasil penelitian. Hasil penelitian Fikawati dan Syafiq (2012) menyatakan iklan susu formula mempengaruhi

keberhasilan ASI eksklusif. Agunbiade dan Ogunleye (2012) mengungkapkan kebutuhan ibu bekerja menghambat pemberian ASI eksklusif.

Dukungan anggota keluarga lain dimungkinkan mempengaruhi pemberian ASI eksklusif. Pengaruh tersebut dapat berasal dari nenek. Kebiasaan memberikan makanan tambahan yang dilakukan generasi terdahulu mendorong nenek untuk melakukan hal yang sama. Hasil penelitian Tan (2011) menyatakan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi dukungan orang terdekat. Analisis peneliti, perilaku tersebut didasari pendapat bahwa bayi yang diberikan makan tambahan sedini mungkin akan membuat badan bayi lebih cepat gemuk. Hal ini dikarenakan nenek kurang terpapar dengan informasi tentang manfaat ASI eksklusif. Fenomena tersebut berlawanan dengan hasil penelitian Ramji (2009) bahwa anak yang diberikan ASI eksklusif memiliki perkembangan yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak memperoleh. Hasil penelitian lain

mengungkapkan hal yang sama, anak yang diberikan makanan tambahan selain ASI berisiko mengalami gangguan pertumbuhan, kekurangan mikronutrien, dan mudah sakit (Tan, 2011).

Indikator kadarzi ketiga yakni makan beraneka ragam. Hasil penelitian diperoleh lebih dari separuh responden (56.3%) berperilaku makan beraneka ragam. Angka tersebut lebih rendah jika dibandingkan dengan capaian Kota Depok untuk konsumsi sayur dan buah balita sebanyak 66,98% dan makanan hewani sebesar 64,8% (Survei PSG Kadarzi Kota Depok, 2011). Menurut Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI (2007) makanan beraneka ragam meliputi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah.

Rendahnya cakupan makan beraneka ragam Kelurahan Cisalak Pasar dimungkinkan oleh pengetahuan tentang makanan beraneka ragam yang kurang. Pengetahuan yang kurang menyebabkan perilaku makan beraneka ragam kurang. Pengetahuan mendasari perilaku sehat seseorang.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang baik adalah kunci praktik dan perilaku yang mendukung kesehatan. Pendapat tersebut didukung hasil penelitian bahwa pengetahuan ibu tentang gizi yang cukup, membantu ibu dalam pemenuhan zat-zat gizi dan penyediaan makanan sehari-hari, karena dengan hal itu ibu akan mengetahui pola pemberian makanan yang bergizi sehingga pemenuhan gizi bagi keluarga terpenuhi. Hasil analisis domain pengetahuan makan beraneka ragam didapatkan lebih dari separuh responden (57.3%) memiliki pengetahuan kurang. Analisis lanjut berdasarkan item pernyataan didapatkan bahwa sebagian besar responden (72.8%) berpendapat sayur yang keras direbus lebih dari 10 menit sampai empuk supaya mudah untuk dimakan. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa pengetahuan responden tentang cara pengolahan makanan yang benar kurang. Pengetahuan yang kurang menyebabkan praktik pengolahan makanan kurang tepat. Pendapat tersebut diperkuat hasil analisis item

pernyataan tentang praktik makan beraneka ragam responden antara lain: lebih dari separuh (62.1%) memotong kemudian memasak sayur, sebagian besar responden (72.8%) mencuci sayur dalam wadah dan hanya 41.7% responden yang memasak sayur kurang dari 5 menit.

Indikator kadarzi keempat yaitu konsumsi garam beryodium. Kurangnya konsumsi garam beryodium menyebabkan gangguan otak dan sistem saraf (UNICEF, 1998). Konsumsi garam beryodium yang rendah dimungkinkan oleh pengetahuan tentang cara menyimpan dan penggunaan yang kurang tepat. Pengetahuan adalah salah satu faktor predisposisi yang berpengaruh terhadap perilaku (Green & Kreuter, 2005). Menurut Wang, Zhou, Wang, Shi, dan Sun (1999) cara menyimpan dan penggunaan garam beryodium yang tepat dapat mempertahankan kadar yodium. Hasil analisis item pernyataan didapatkan sebagian besar responden (74.8%) menyimpan garam beryodium di dalam plastik. Hasil wawancara peneliti dengan 6

ibu di Kelurahan Cisalak Pasar didapatkan bahwa ibu memberikan garam beryodium saat masakan mendidih. Pengetahuan tentang cara menyimpan dan penggunaan yang kurang tepat menyebabkan perilaku konsumsi garam beryodium rendah.

Indikator kadarzi terakhir adalah konsumsi vitamin A secara teratur. Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh responden (52.4%) mengkonsumsi vitamin A secara teratur. Capaian tersebut lebih rendah jika dibandingkan dengan capaian kota Depok sebesar 95.02% (Survei PSG Kadarzi Kota Depok, 2011), Jawa Barat sebesar 85.3 % (Direktorat Bina Gizi Kemenkes RI, 2012) dan target nasional sebesar 85% (Dir Kesehatan Gizi Masyarakat Bappenas, 2009). Hal tersebut dimungkinkan karena pengetahuan dan sikap tentang vitamin A kurang. Menurut Notoadmodjo (2003), pengetahuan dan sikap mendukung terbentuknya perilaku. Hasil wawancara dengan 4 orang ibu di Kelurahan Cisalak Pasar pada tanggal 22 Nov 2008 bahwa ibu tidak mengetahui bahwa vitamin A

yang diberikan saat Posyandu adalah vitamin A dosis tinggi. Hal tersebut didukung hasil analisis item pernyataan sikap tentang vitamin A bahwa hampir separuh responden (44.7%) berpendapat kandungan vitamin A dari Posyandu sama dengan kandungan vitamin A yang terdapat pada multivitamin anak.

Rendahnya capaian indikator kadarzi selain disebabkan faktor- faktor yang telah diuraikan sebelumnya, juga disebabkan oleh kurang optimalnya program- program pemerintah terkait kadarzi. Program monitoring dan evaluasi yang dilakukan kurang dapat dirasakan dampaknya bagi masyarakat. Program lain yang mendukung penerapan kadarzi adalah posyandu dan program pendampingan ( Nurmayati, 2008). Akan tetapi, fungsi penyuluhan gizi yang ada di Posyandu dirasa kurang optimal. Kader maupun tenaga kesehatan yang ada, jarang melakukan penyuluhan gizi saat Posyandu. Program pendampingan belum berjalan secara optimal. Kunjungan rumah sebagai bagian

dari program pendampingan belum dilaksanakan secara optimal.

**Tabel 3**  
**Distribusi penerapan kadarzi responden menurut pengetahuan, sikap, dan praktik di Kelurahan Cisalak Pasar Kota Depok, Desember 2012 (n= 103)**

<b>Penerapan kadarzi</b>	<b>Domain</b>	<b>Kategori</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Menimbang secara teratur</b>	Pengetahuan	Kurang	32	31.1
		Baik	71	68.9
	Sikap	Kurang	45	43.7
		Baik	58	56.3
	Praktik	Kurang	44	42.7
		Baik	59	57.3
<b>Memberikan ASI eksklusif</b>	Pengetahuan	Kurang	54	52.4
		Baik	49	47.6
	Sikap	Kurang	34	33
		Baik	69	67
	Praktik	Kurang	89	86.4
		Baik	14	13.6
<b>Makan beraneka ragam</b>	Pengetahuan	Kurang	59	57.3
		Baik	44	42.7
	Sikap	Kurang	41	39.8
		Baik	62	60.2
	Praktik	Kurang	54	52.4
		Baik	49	47.6
<b>Konsumsi garam beryodium</b>	Pengetahuan	Kurang	36	35
		Baik	67	65
	Sikap	Kurang	66	64.1
		Baik	37	35.9
	Praktik	Kurang	40	38.8
		Baik	63	61.2
<b>Konsumsi vitamin A</b>	Pengetahuan	Kurang	44	42.7
		Baik	59	57.3
	Sikap	Kurang	67	65
		Baik	36	35
	Praktik	Kurang	28	27.2
		Baik	75	72.8

Tabel 3 menunjukkan penerapan kadarzi responden menurut pengetahuan, sikap, dan praktik. Penerapan indikator menimbang secara teratur lebih dari separuh reponden menurut: pengetahuan adalah baik sebanyak 68.9%, sikap

adalah baik sebanyak 56.3%, dan praktik adalah baik sebanyak 57.3 %. Perilaku memberikan ASI eksklusif menurut: pengetahuan lebih dari separuh responden adalah kurang sebanyak 52.4%, praktik mayoritas responden adalah kurang sebanyak

86.4%, akan tetapi sikap lebih dari separuh responden adalah baik sebanyak 67%. Perilaku makan beraneka ragam menurut: pengetahuan lebih dari separuh reponden adalah kurang sebanyak 57.3%, praktik lebih dari separuh responden adalah kurang sebanyak 47.6%, akan tetapi sikap lebih dari separuh responden adalah baik sebanyak 60.2%. Perilaku konsumsi garam beryodium menurut: pengetahuan lebih dari separuh responden adalah baik sebanyak 65%, praktik lebih dari separuh responden adalah baik sebanyak 61.2%, akan tetapi sikap lebih dari separuh responden adalah kurang sebanyak 64.1%. Perilaku konsumsi vitamin A menurut: pengetahuan lebih dari separuh responden adalah baik sebanyak 57.3%, praktik lebih dari separuh responden adalah baik sebanyak 72.8%, akan tetapi sikap lebih dari separuh responden adalah kurang.

## **SIMPULAN**

Penerapan kadarzi lebih dari separuh keluarga di Kelurahan Cisalak Pasar baik, akan tetapi lebih rendah jika

dibandingkan dengan capaian Kota Depok, Jawa Barat dan target nasional. Rendahnya penerapan kadarzi di Kelurahan Cisalak Pasar dimungkinkan oleh kurangnya pengetahuan, dukungan anggota keluarga lain, pelaksanaan program pendampingan yang kurang optimal. Dinas Kesehatan Kota Depok diharapkan dapat menyusun strategi/program yang tidak hanya terfokus pada pemberian informasi, tetapi juga menekankan bagaimana meningkatkan pemberdayaan keluarga dalam penerapan kadarzi. Perawat Puskesmas hendaknya melakukan kegiatan perkesmas dengan melakukan kunjungan rumah sebagai upaya preventif dan promotif terhadap perbaikan gizi balita.

## **DAFTAR RUJUKAN**

- Abuya, B.A., Ciera, J.M., Kimani-Murage, E. 2012. *Effect of mother's education on child's nutritional status in the slums of Nairobi*, (Online), (<http://www.biomedcentral.com>), diakses 5 Juli 2012.
- Agunbiade, O.M., & Ogunleye, O.V. 2012. Constrain to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implication for scalling up.

- International Breastfeeding Journal*. 7(5), (Online), (<http://www.ebscohost.com>), diakses 5 September 2012.
- Ajao, K.O., Ojofeitimi, E.O., Adebayo, A.A., Fatusi, A.O., & Afolabi, O.T. 2009. Influence of family size, household food security status, and child care practices on the nutritional status of under- five children in Ile- Ife Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 14(4), 117- 126, (Online), (<http://www.ebscohost.com>), diakses 5 Juli 2012.
- Allender, J.A. & Spradley, B.W. 2010. *Community health nursing: concepts and practice (7<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia: Lippincott.
- Amos, J. 2000. *Hubungan persepsi ibu balita tentang kurang gizi dan pemberian makanan tambahan pemullihan dengan status gizi balita pada keluarga miskin di Kabupaten Pariaman Provinsi Sumatera Barat*. Tesis tidak diterbitkan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Andrew, N., & Harvey, K. 2009. Infant feeding choices: experience, self- identity and life style. *Journal of maternal and child nutrition*, 7, 48- 60. (Online), (<http://www.ebscohost.com>), diakses 24 Juli 2012.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI 2007. *Laporan nasional riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007*. (Online), (<http://www.depkes.go.id>), diakses 23 Maret, 2011.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI. 2010. *Laporan nasional riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2010*. (Online), (<http://www.depkes.go.id>), diakses 23 Maret, 2011.
- Bittikaka, F. 2011. *Hubungan karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota baru Abepura Jayapura*. (Online), (<http://lontar.ui.ac.id>), diakses 11 Januari 2013.
- Carteret, M. 2011. *Culture and family dynamics*. (Online), (<http://www.dimensionofculture.com>), diakses 4 Oktober 2012.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005- 2009*. (Online), (<http://www.depkes.go.id>), diakses 6 April 2012.
- Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI. 2007. *Pedoman pendampingan keluarga menuju kadarzi*. (Online), (<http://www.depkes.go.id>), diakses 1 Agustus 2012.
- Direktorat Bina Gizi Kemenkes RI. 2012. *Kinerja kegiatan pembinaan gizi tahun 2011*. (Online), (<http://www.gizi.depkes.go.id>), diakses 24 Oktober 2012.
- Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas.

- (2009). *Pengembangan database pembangunan bidang kesehatan dan gizi masyarakat*. (Online), (<http://kgm.bappenas.go.id>), diakses 14 Agustus 2012.
- Fikawati, S., & Syafiq, A. 2012. *Penyebab keberhasilan dan kegagalan praktik pemberian ASI eksklusif*. (Online), (<http://jurnalkemas.org>), diakses 14 Agustus 2012.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori, & praktik*. Terjemahan oleh: Achir Yani S. Hamid et.al. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. 2005. *Health program planning: an educational and ecological approach*, 4<sup>th</sup> edition. New York: McGraw- Hill.
- Laporan Tahunan PKK Kelurahan Cisalak Pasar*. 2011. Depok: Kelurahan Cisalak Pasar.
- Laporan Tahunan PKK Kelurahan Cisalak Pasar*. 2010. Depok: Kelurahan Cisalak Pasar.
- Mariani, S. 2009. *Hubungan status sosial ekonomi keluarga dengan status gizi balita bawah garis merah di wilayah puskesmas ngesrep kecamatan banyumanik kota semarang*. (Online), (<http://digilib.unimus.ac.id>), diakses 23 Desember 2012.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Permenkes No 155/Menkes/Per/I/2010 tentang penggunaan kartu menuju sehat bagi balita*. (Online), (<http://www.depkes.go.id>), diakses 12 Juli 2012.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat*, edisi 2. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmayati, Y. 2008. *Implementasi program keluarga sadar gizi (Kadarzi) dalam upaya meningkatkan kesejahteraan keluarga (Studi kasus tentang implementasi program kadarzi di kelurahan Betet kota Kediri)*. Tesis. (Online), (<http://digilib.uns.ac.id>), diakses 19 April 2012.
- Profil Kesehatan Puskesmas Cimanggis*. 2012. Depok: Puskesmas Cimanggis.
- Ramji, S. 2009. Impact of infant & young child feeding and caring practices on nutritional status and health. *Indian Journal Med Res*. (Online), (<http://www.icmr.nic.in>), diakses 12 Juli 2012.
- Simanjuntak, E. 2009. *Kajian penerapan keluarga sadar gizi (kadarzi) pada keluarga mampu di Kelurahan Mangga dan keluarga tidak mampu di Kelurahan Simalingkar B Kecamatan Medan Tuntungan*. Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara medan.
- Soekirman, et al. 2006. *Hidup sehat gizi seimbang dalam siklus kehidupan manusia*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Stanhope, M & Lancaster, J. 2010. *Community & public health nursing*. St Louis: Mosby.
- Survei Pemantauan Status Gizi Kadarzi Kota Depok*. 2011. Depok: Dinas Kesehatan Kota Depok.

- Tan, K.L. 2011. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. *International Breastfeeding Journal*, 6(2). (Online), (<http://www.ebscohost.com>), diakses 5 September 2012.
- UNICEF.1998. The state of the world's children 1998. New York: UNICEF.
- UNICEF, WHO, & World Bank. 2012. *Level & trends in child malnutrition*. (Online), (<http://www.who.int>), diakses 24 Oktober 2012.
- Wang, G.Y., Zhou, R.H., Wang, Z., Shi, L., & Sun, M. 1999. *Effect of storage and cooking on the iodine content in iodized salt and study on monitoring iodine content in iodized salt*. (Online), (<http://ncbi.nlm.nih.gov>), diakses 10 Oktober 2012.