

Hubungan perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga dengan status gizi balita usia 24-59 bulan

Hartono¹, Bagoes Widjanarko², Mexitalia Setiawati EM²

ABSTRACT

Background: The prevalence of malnutrition among toddler in Kotabaru district was still high at 20,86 %. The family implemented Kadarzi was 56,24 % while the family who implemented PHBS was 42,48 %, this prevalence was still low.

Objective: The purpose was analyzed the relationship between Kadarzi and PHBS behavior of households with nutritional status of toddler of 24-59 months.

Methods: The design was cross sectional study conducted in Puskesmas Dirgahayu. Subjects were children aged 24-59 months who lived in Puskesmas Dirgahayu area, who coverese with inclusion and exclusion criteria twose, subjects are 90 respondents. Sampling technical by simple random sampling. Analysis tests used chi square test and logistic regression with 95% confidence level. Questionnaire was used as tools research, energy and protein intake was measured by recall method.

Results: The results showed 27,8 % children was categorized as malnutrition status, 72,2 % family implemented Kadarzi and 70,0 % Kadarzi behave uncategorised healthy home. Analysis of the data showed no significant relationship between Kadarzi behavior with nutritional status ($p=0,000$, $OR=31,13$). There was a significant relationship between clean and healthy behavior with nutritional status ($p=0,000$, $OR=22,56$). Analysis of multiple logistic regression test obtained dominant factor associated with nutritional status is Kadarzi behavior ($p=0,000$, $OR=0,08$).

Conclusion: There was a significant relationship between Kadarzi and PHBS behavior of households with nutritional status of toddler 24-59 months.

Keywords : Kadarzi Behavior, Clean and Healthy Behavior (PHBS), Nutritional Status.

ABSTRAK

Latar Belakang: Prevalensi gizi kurang pada balita di Kabupaten Kotabaru masih cukup tinggi yaitu 20,86%. keluarga berperilaku Kadarzi sebesar 56,24% dan persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih sehat sebesar 42,48%, masih rendah, belum sesuai target Standar Pelayanan Minimal (SPM) Dinas Kesehatan Kabupaten Kotabaru.

Tujuan: Penelitian bertujuan untuk menganalisis hubungan perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga dengan status gizi balita usia 24-59 bulan.

Metode: Desain penelitian observasional dengan rancangan cross sectional yang dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Dirgahayu.. Subyek penelitian yaitu balita usia 24-59 bulan dan bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Dirgahayu. Subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 90 anak. Pengambilan sampel secara simple random sampling. Uji yang dilakukan adalah uji Chi- square dan regresi logistik berganda dengan tingkat kepercayaan 95%. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner sedangkan asupan energi dan protein balita diukur dengan metode recall.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan 27,8% balita memiliki status gizi kurang, 72,2% keluarga berperilaku Kadarzi dan 70,0% keluarga berkategori rumah sehat. Analisis data menunjukkan ada hubungan signifikan antara perilaku Kadarzi dengan status gizi ($p=0,000$, $OR=31,13$). Terdapat hubungan signifikan antara PHBS dengan status gizi ($p=0,000$, $OR=22,56$). Analisis uji regresi logistik berganda diperoleh faktor dominan yang berhubungan dengan status gizi adalah perilaku Kadarzi ($p=0,000$, $OR=0,08$).

Kesimpulan: Ada hubungan yang signifikan perilaku Kadarzi dan PHBS tatanan rumah tangga dengan status gizi.

Kata Kunci : Perilaku Kadarzi, Perilaku Hidup Bersih Sehat, Status Gizi

PENDAHULUAN

Arah pembangunan gizi sesuai Undang-undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 141, dimana upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat

yang dapat ditempuh melalui perbaikan pola konsumsi makanan, sesuai dengan 13 Pesan Umum Gizi Seimbang (PUGS) dan perbaikan perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).¹

Masalah gizi utama di Indonesia terdiri dari masalah gizi pokok yaitu Kekurangan Energi Protein (KEP), Kekurangan Vitamin A (KVA), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Anemia Gizi Besi (AGB), dan gizi lebih (obesitas). Indonesia sekarang mengalami 2 masalah gizi sekaligus atau lebih dikenal dengan masalah gizi ganda.²

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Kotabaru (email korespondensi : hartonogizisehat@gmail.com)

² Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang

Sebagaimana dikemukakan dalam kesepakatan global *Millenium Development Goals (MDGs)*. MDGs pada poin pertama menegaskan bahwa tahun 2015 setiap negara menurunkan kemiskinan dan kelaparan separuh dari kondisi pada tahun 1990. Disamping itu, 2 dari 5 indikator sebagai penjabaran tujuan pertama MDGs adalah menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita (indikator ke empat) dan menurunnya jumlah penduduk dengan defisit energi (indikator ke lima). Di Indonesia indikator yang digunakan untuk mencapai tujuan tersebut yaitu dengan menurunkan persentase balita yang mengalami gizi buruk dan gizi kurang menjadi setengahnya pada tahun 2015.³

Berdasarkan data Riskesdas 2013 secara nasional, prevalensi status gizi buruk dan gizi 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 dan 4,9% pada tahun 2010, serta 5,7% tahun 2013. Prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9% dari 2007 dan 2013.⁴

Terkait pencapaian sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5%, maka prevalensi gizi buruk dan gizi kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4,1% dalam periode 2013 sampai 2015. Atas dasar sasaran MDG 2015, diantara 33 provinsi di Indonesia, Propinsi Kalimantan Selatan menduduki urutan 5 besar terendah yang memiliki prevalensi gizi buruk dan gizi kurang (26,8%) di atas angka prevalensi nasional yaitu berkisar antara 21,2% sampai dengan 33,1%.⁴

Data profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kotabaru tahun 2012, diketahui hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) yaitu dari 5.949 sampel balita, dapat diketahui prevalensi balita gizi buruk sebesar 8,62%, balita gizi kurang sebesar 20,86%, persentase keluarga berperilaku Kadarzi sebesar 56,24% dan persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (rumah sehat) sebesar 42,48%.⁵

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu. Oleh sebab itu, dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, intervensi yang ditunjukkan kepada faktor perilaku ini sangat strategis. Pemberdayaan masyarakat harus dimulai dari rumah tangga, karena rumah tangga yang sehat merupakan aset pembangunan di masa depan yang perlu dijaga, ditingkatkan dan dilindungi kesehatannya. Semua anggota keluarga dapat menjadi rawan terkena penyakit infeksi, salah satunya adalah balita. Infeksi dapat menyebabkan kurang gizi atau sebaliknya.⁶

Penyakit-penyakit berbasis lingkungan memang masih merupakan salah satu penyebab

kematian di Indonesia. Kematian yang disebabkan oleh penyakit berbasis lingkungan, diantaranya Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) menduduki peringkat pertama dengan jumlah 15,70% kematian, penyakit Tuberkulosis menduduki peringkat kedua dengan jumlah 9,60% kematian. Diare menduduki peringkat ketiga dengan jumlah 7,40% kematian. Secara total penyakit berbasis lingkungan menyumbang 30,80% kematian dan menduduki urutan pertama pola penyakit pada balita.⁶

Masa balita adalah masa kritis atau *critical period*, karena dapat menimbulkan dampak yang sangat serius, terutama pada periode dua tahun pertama kehidupan, dimana 80% otak mengalami pertumbuhan yang sangat pesat, gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi. Balita usia 24-59 bulan dipilih sebagai subjek penelitian dengan pertimbangan: (1) Balita usia 24-59 bulan sangat tinggi intensitas aktivitasnya, (2) pada usia ini mulai terjadi pergeseran status gizi sedang ke gizi kurang.⁹

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yakni observasional dengan metode *cross sectional*. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan perilaku Kadarzi dan PHBS pada tatanan rumah tangga dengan status gizi balita. Variabel terikat penelitian yaitu status gizi, variabel bebas yaitu perilaku Kadarzi, PHBS tatanan rumah tangga, variabel antara yaitu tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein dan status infeksi, variabel luar antara lain pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, jumlah anggota keluarga dan status ekonomi keluarga.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2014 sampai dengan Februari 2015. Unit analisis penelitian ini adalah rumah tangga dengan responden penelitian ibu balita. Teknik pengambilan sampel secara acak sederhana (*simple random sampling*). Berdasarkan rumus, diperoleh jumlah unit analisis minimal adalah 90 sampel balita yang memenuhi kriteria inklusi, antara lain: balita usia 24-59 bulan yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Dirgahayu, terdapat data pada KMS atau register posyandu dan tidak sedang sakit saat/selama pengambilan data.

Instrumen atau alat penelitian yang digunakan adalah kuesioner atau daftar pertanyaan terstruktur untuk mengumpulkan data pengetahuan, perilaku Kadarzi dan PHBS, antropometri untuk penilaian status gizi balita. Analisis menggunakan uji *chi square* dan uji regresi logistik berganda dengan tingkat kepercayaan 95%.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1. Gambaran Umum Karakteristik Responden di wilayah kerja Puskesmas Dirgahayu Tahun 2014

Karakteristik Responden	Jumlah	
	n	%
Pendidikan		
Rendah	29	32,2
Tinggi	61	67,8
Pengetahuan		
Kurang	34	37,8
Baik	56	62,2
Pekerjaan		
Bekerja	26	28,9
Tidak Bekerja	64	71,1
Jumlah anggota keluarga		
Keluarga Besar	33	36,7
Keluarga Kecil	57	63,3
Status Ekonomi		
Gakin	37	41,1
Non Gakin	53	58,9
Kategori Kadarzi		
Belum Kadarzi	25	27,8
Kadarzi	65	72,2
Kategori PHBS		
Rumah Tidak Sehat	27	30,0
Rumah Sehat	63	70,0

Berdasarkan data karakteristik responden pada tabel 1 di atas dapat diketahui bahwa dari 90 responden dengan tingkat pendidikan rendah sebanyak 32,2%, berpengetahuan kurang sebanyak 37,8%, ibu yang bekerja 28,9%, keluarga berkategori keluarga besar sebanyak 36,7%, dan keluarga miskin (Gakin) 41,1%, keluarga yang belum berperilaku Kadarzi 27,8% serta 30,0% keluarga dengan kategori rumah tidak sehat.

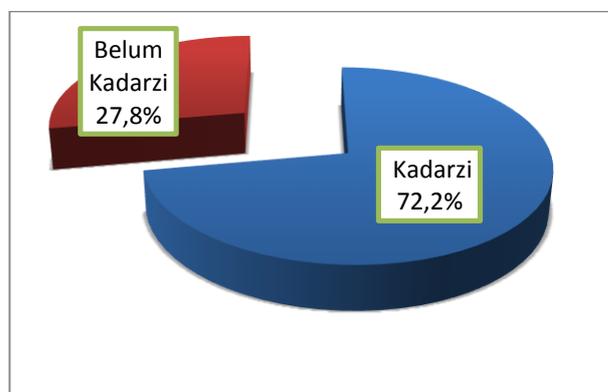
Karakteristik Sampel

Berdasarkan data karakteristik sampel pada tabel 2 di atas dapat diketahui bahwa dari 90 balita, terdapat balita dengan asupan energi kategori kurang sebanyak 27,8%, asupan protein kategori kurang sebanyak 28,9%, balita pernah menderita penyakit infeksi sebanyak 27,8%, dan 27,8% balita berstatus gizi kurang.

Tabel 2. Gambaran Umum Karakteristik Sampel di wilayah kerja Puskesmas Dirgahayu Tahun 2014

Karakteristik Sampel	Jumlah	
	n	%
Asupan Energi		
Kurang	25	27,8
Baik	65	72,2
Asupan Protein		
Kurang	26	28,9
Baik	64	71,1
Status Infeksi		
Pernah	25	27,8
Tidak Pernah	65	72,2
Status Gizi		
Gizi Kurang	25	27,8
Gizi Baik	65	72,2

Perilaku Kadarzi



Gambar 1. Distribusi Perilaku Kadarzi

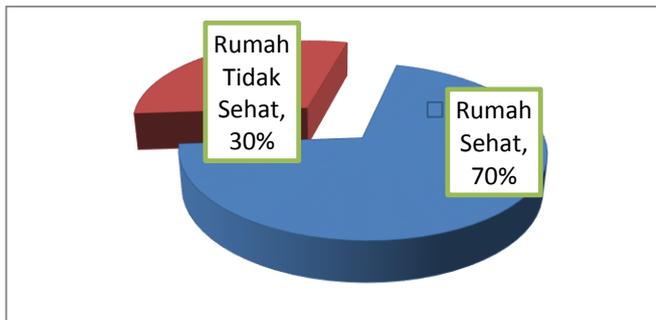
Gambar 1 menunjukkan bahwa proporsi keluarga yang berperilaku Kadarzi sebesar 72,2%. Dari kelima indikator Kadarzi yang melatarbelakangi keluarga belum berperilaku Kadarzi adalah pemberian ASI eksklusif dan suplementasi zat gizi. Adapun distribusi berdasarkan indikator perilaku Kadarzi yang belum dan sudah dilaksanakan dapat dilihat pada tabel 3.

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa indikator Kadarzi yang paling sedikit dapat dipraktikkan/dilaksanakan oleh keluarga Kadarzi adalah pemberian ASI eksklusif sebanyak 73,3% dan 74,4% suplementasi zat gizi.

Tabel 3. Distribusi Perilaku Kadarzi yang Belum dan Sudah Dilaksanakan

No.	Indikator Kadarzi	Perilaku Kadarzi			
		Baik		Belum Baik	
		n	%	n	%
1.	Menimbang Berat Badan	76	84,4	14	15,6
2.	Pemberian ASI Eksklusif	66	73,3	24	26,7
3.	Makan Beraneka Ragam	79	87,8	11	12,2
4.	Menggunakan Garam Beryodium	81	90,0	9	10,0
5.	Memberikan Suplementasi Zat Gizi	67	74,4	23	25,6

PHBS Tatanan Rumah Tangga

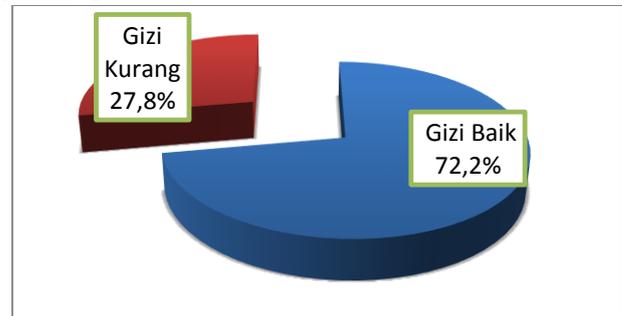


Gambar 2. Distribusi PHBS

Gambar 2 terlihat bahwa proporsi keluarga dengan kategori rumah sehat sebesar 70,0%. Dari kesepuluh indikator PHBS tatanan rumah tangga yang melatarbelakangi keluarga belum berperilaku hidup bersih dan sehat adalah pemberian ASI eksklusif, penggunaan air bersih, cuci tangan pakai air bersih dan sabun serta perilaku tidak merokok di dalam rumah. Adapun distribusi berdasarkan indikator PHBS yang belum dan sudah dilakukan dapat dilihat pada tabel 4.

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat bahwa indikator PHBS tatanan rumah tangga 10 indikator yang terlaksana paling sedikit oleh keluarga dengan kategori rumah sehat antara lain pemberian ASI eksklusif (73,3%), penggunaan air bersih (73,3%), cuci tangan menggunakan air bersih dan sabun (71,1%) dan perilaku tidak merokok di dalam rumah (70,0%).

Status Gizi



Gambar 3. Distribusi Status Gizi

Dari gambar 3 dapat dilihat bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi balita gizi kurang sebesar 27,8%.

Tabel 4. Distribusi PHBS yang Belum dan Sudah Dilaksanakan

No. Indikator PHBS Tatanan Rumah Tangga	PHBS			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
1. Persalinan oleh Nakes	70	77,8	20	22,2
2. Pemberian ASI Eksklusif	66	73,3	24	26,7
3. Penimbangan Berat Badan	76	84,4	14	15,6
4. Penggunaan Air Bersih	66	73,3	24	26,7
5. Cuci Tangan Pakai Sabun	64	71,1	26	28,9
6. Jamban Sehat	70	77,8	20	22,2
7. Pemberantasan Sarang Nyamuk	71	78,9	19	21,1
8. Makanan Sayur dan Buah	77	85,6	13	14,4
9. Aktifitas Fisik	73	81,1	17	18,9
10. Tidak Merokok	63	70,0	27	30,0

Hubungan Perilaku Kadarzi Keluarga dengan Status Gizi

Tabel 5. Hubungan Perilaku Kadarzi Keluarga dengan Status Gizi

Perilaku Kadarzi	Status Gizi		Total n (%)	OR	IK95%	p
	Gizi Kurang	Gizi Baik				
	n (%)	n (%)				
Belum Kadarzi	19 (76,0)	6 (24,0)	25 (100)			
Kadarzi	6 (9,2)	59 (90,8)	65 (100)	31,13	8,97-108,04	0,000*

Keterangan: *Bermakna ($p < 0,05$) dengan Uji *chi square*

Dari tabel 5 dapat dilihat bahwa hasil tabel silang menunjukkan proporsi balita yang mengalami gizi kurang lebih banyak berasal dari keluarga yang belum berperilaku Kadarzi yaitu 76,0% dibandingkan balita dari keluarga yang berperilaku Kadarzi yaitu 9,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$, terdapat hubungan signifikan antara perilaku Kadarzi

keluarga dengan status gizi. Nilai OR= 31,13 bermakna keluarga yang belum berperilaku Kadarzi memiliki risiko 31,13 kali lebih besar memiliki balita gizi kurang jika dibandingkan dengan keluarga yang berperilaku Kadarzi.

Hubungan PHBS dengan Status Gizi

Tabel 6. Hubungan PHBS dengan Status Gizi

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	Status Gizi		Total n (%)	OR	IK95%	P
	Gizi Kurang	Gizi Baik				
	n(%)	n (%)				
Rumah Tidak Sehat	19 (70,4)	8 (29,6)	27 (100)			
Rumah Sehat	6 (9,5)	57 (90,5)	63 (100)	22,56	6,90-73,35	0,000*

Keterangan: *Bermakna ($p < 0,05$) dengan uji *chi square*

Dari tabel 6 dapat dilihat bahwa hasil tabel silang menunjukkan proporsi balita yang mengalami gizi kurang lebih banyak berasal dari keluarga yang berkategori rumah tidak sehat yaitu 70,4% dibandingkan balita dari keluarga dengan kategori rumah sehat yaitu 9,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,000$, yang berarti ada hubungan PHBS tatanan rumah tangga dengan status gizi. Nilai OR= 22,56 keluarga dengan kategori rumah tidak sehat memiliki risiko 22,56 kali lebih besar memiliki balita

gizi kurang dibanding keluarga dengan kategori rumah sehat.

Hubungan Secara Bersama-sama Perilaku Kadarzi dan PHBS dengan Status Gizi.

Faktor - faktor yang berhubungan dengan status gizi dianalisis dengan uji regresi logistik berganda. Hasil model akhir uji regresi logistik berganda dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7. Hubungan Secara Bersama-sama Perilaku Kadarzi dan PHBS Keluarga dengan Status Gizi

No	Variabel Bebas	OR	IK95%	p
1	Kadarzi	0,08	0,02-0,31	0,000 *
2	PHBS	0,12	0,03-0,50	0,003 *

Keterangan: *Bermakna ($p < 0,05$) dengan uji *regresi logistik berganda*

Berdasarkan hasil uji regresi logistik berganda dapat dijelaskan faktor dominan yang paling berhubungan dengan status gizi adalah perilaku Kadarzi ($p= 0,000$). Hasil analisis didapatkan *Odds*

Ratio (OR) dari variabel Kadarzi adalah 0,08, keluarga yang belum berperilaku Kadarzi memiliki risiko 0,08 kali lebih besar memiliki balita gizi kurang jika

dibandingkan dengan keluarga yang berperilaku Kadarzi.

Hubungan Karakteristik Responden dengan Status Gizi

Dari tabel 8 dapat dilihat bahwa hasil tabel silang menunjukkan proporsi balita menderita gizi kurang lebih banyak dari balita yang berasal dari keluarga yang ibunya berpendidikan rendah yaitu 44,8% dibandingkan balita dari keluarga yang ibunya

berpendidikan tinggi yaitu 19,7%. Setelah dilakukan uji statistik (uji bivariat) menggunakan *Chi Square*, hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,013$, yang berarti pendidikan ibu ada hubungan secara signifikan dengan status gizi. Nilai $OR= 3,31$ artinya balita dari keluarga yang ibunya berpendidikan rendah memiliki resiko 3,31 kali lebih besar menderita gizi kurang jika dibandingkan dengan balita dari keluarga yang ibunya berpendidikan tinggi.

Tabel 8. Hubungan Karakteristik Responden dengan Status Gizi

Karakteristik Responden	Status Gizi		Total n (%)	OR	IK95%	p
	Kurang n (%)	Baik n (%)				
Pendidikan						
Rendah	13 (44,8)	16 (55,2)	29 (100)	3,31	1,26-8,72	0,013*
Tinggi	12 (19,7)	49 (80,3)	61 (100)			
Pengetahuan						
Kurang	15 (44,1)	19 (55,9)	34 (100)	3,61	1,38-9,50	0,007*
Baik	10 (17,9)	46 (82,1)	56 (100)			
Pekerjaan						
Bekerja	13 (50,0)	13 (50,0)	26 (100)	4,33	1,60-11,69	0,003*
Tidak Bekerja	12 (18,8)	52 (81,2)	64 (100)			
Jumlah ang gota keluarga						
Keluarga Besar	14 (42,4)	19 (57,6)	33 (100)	3,08	1,18-7,99	0,018*
Keluarga Kecil	11 (19,3)	46 (80,7)	57 (100)			
Status Ekonomi						
Gakin	15 (40,5)	22 (59,5)	37 (100)	2,93	1,13-7,58	0,024*
Non Gakin	10 (18,9)	43 (81,1)	53 (100)			

Keterangan: *Bermakna ($p < 0,05$) dengan uji chi square

Proporsi balita menderita gizi kurang lebih banyak dari balita yang berasal dari keluarga yang ibunya berpengetahuan kurang yaitu 44,1% dibandingkan balita dari keluarga yang ibunya berpengetahuan baik yaitu 17,9%. Setelah dilakukan uji statistik (uji bivariat) menggunakan *Chi Square*, hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,007$, yang berarti pengetahuan ibu ada hubungan secara signifikan dengan status gizi. Nilai $OR= 3,61$ artinya balita dari keluarga yang ibunya berpengetahuan kurang memiliki resiko 3,61 kali lebih besar menderita gizi kurang jika dibandingkan dengan balita dari keluarga yang ibunya berpengetahuan baik.

Proporsi balita menderita gizi kurang lebih banyak dari balita yang berasal dari keluarga yang ibunya bekerja yaitu 50,0% dibandingkan balita dari keluarga yang ibunya tidak bekerja yaitu 18,8%. Setelah dilakukan uji statistik (uji bivariat) menggunakan *Chi Square*, hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,003$, yang berarti pekerjaan ibu ada hubungan secara signifikan dengan status gizi. Nilai $OR= 4,33$

artinya balita dari keluarga yang ibunya bekerja memiliki resiko 4,33 kali lebih besar menderita gizi kurang jika dibandingkan dengan balita dari keluarga yang ibunya tidak bekerja.

Proporsi balita menderita gizi kurang lebih banyak dari balita yang berasal dari keluarga kategori keluarga besar yaitu 42,4% dibandingkan balita dari keluarga kategori keluarga kecil yaitu 19,3%. Setelah dilakukan uji statistik (uji bivariat) menggunakan *Chi Square*, hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,018$, yang berarti jumlah anggota keluarga ada hubungan secara signifikan dengan status gizi. Nilai $OR= 3,08$ artinya balita dari keluarga yang kategori keluarga besar memiliki resiko 3,08 kali lebih besar menderita gizi kurang jika dibandingkan dengan balita dari keluarga kategori keluarga kecil.

Proporsi balita menderita gizi kurang lebih banyak dari balita yang berasal dari keluarga miskin (Gakin) yaitu 40,5% dibandingkan balita dari keluarga tidak miskin (Non Gakin) yaitu 18,9%. Setelah dilakukan uji statistik (uji bivariat) menggunakan *Chi*

Square, hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,024$, yang berarti status ekonomi keluarga ada hubungan secara signifikan dengan status gizi. Nilai $OR=2,93$ artinya balita dari keluarga miskin (Gakin) memiliki resiko 2,93 kali lebih besar menderita gizi kurang jika dibandingkan dengan balita dari keluarga tidak miskin (Non Gakin).

PEMBAHASAN

Hubungan Perilaku Kadarzi Keluarga dengan Status Gizi

Pada penelitian ini diketahui adanya hubungan yang signifikan antara perilaku Kadarzi dengan status gizi (**Tabel 5**). Balita dengan status gizi lebih banyak ditemukan pada keluarga Kadarzi dibanding dengan keluarga belum Kadarzi. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik keluarga berperilaku Kadarzi, maka akan semakin baik pula status gizi dari balita yang tinggal di dalamnya. Perilaku Kadarzi sangat penting dalam mewujudkan status gizi baik bagi balita sehingga status gizi sangat berhubungan dengan keluarga sadar gizi.

Hasil penelitian terdapat 6 balita yang berstatus gizi baik yang berasal dari keluarga belum Kadarzi dan 6 balita berstatus gizi kurang yang berasal dari keluarga Kadarzi. Hal ini disebabkan oleh keseimbangan konsumsi makanan yang adekuat pada balita yang berstatus gizi baik, sedangkan pada balita yang berstatus gizi kurang dipengaruhi oleh konsumsi makanan inadekuat dan penyakit infeksi yang diderita oleh balita. Hal ini sejalan dengan Soekirman (2007) yang mengatakan bahwa faktor penyebab langsung timbulnya masalah gizi pada balita adalah kesesuaian pola konsumsi makanan dengan kebutuhan anak dan penyakit infeksi.

Hubungan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) dengan Status Gizi

Pada penelitian ini diketahui adanya hubungan yang signifikan antara PHBS dengan status gizi (**Tabel 6**). Hasil penelitian terdapat 8 balita yang berstatus gizi baik yang berasal dari keluarga rumah tidak sehat dan 6 balita berstatus gizi kurang yang berasal dari keluarga rumah sehat. Hal ini disebabkan karena asupan makan balita cukup sesuai kebutuhan (adekuat), sedangkan, balita yang berstatus gizi kurang dipengaruhi penyakit infeksi yang berbasis lingkungan memang masih merupakan salah satu penyebab kematian di Indonesia. Kematian yang disebabkan oleh penyakit berbasis lingkungan, diantaranya Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), tuberkulosis dan diare. Penyakit berbasis lingkungan dapat menjadi penyebab kematian pada balita.

Faktor lingkungan berperan besar dalam menentukan derajat kesehatan keluarga, lingkungan

tidak hanya sebagai penyebab melainkan juga sebagai penunjang, media transisi, maupun memperberat penyakit yang telah ada. Untuk itu, lingkungan rumah harus senantiasa bersih. Perilaku hidup bersih dan sehat seseorang berhubungan dengan tindakanya dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan dan pencegahan penyakit infeksi antara lain: kebersihan diri, pemilihan makanan sehat dan bergizi, kebersihan lingkungan, penggunaan air bersih yang memenuhi syarat kesehatan dan penggunaan jamban yang sehat serta tidak merokok dalam rumah. Rendahnya status gizi disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, yaitu: ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, kesehatan lingkungan, status ekonomi dan penyakit infeksi. Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan faktor tidak langsung yang menyebabkan penurunan status gizi pada balita.¹⁶

Hubungan Secara Bersama-sama Perilaku Kadarzi dan PHBS dengan Status Gizi

Pada penelitian ini diketahui bahwa perilaku Kadarzi lebih dominan berhubungan dengan status gizi (**Tabel 7**). Dalam rangka mewujudkan perilaku Keluarga Sadar Gizi dan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) keluarga sejumlah aspek perlu dicermati. Aspek ini berada di semua tingkatan yang mencakup tingkat keluarga, tingkat masyarakat dan tingkat pelayanan kesehatan. Ditingkat keluarga, aspek tersebut adalah pengetahuan dan keterampilan keluarga. Sementara ditingkat masyarakat yang perlu diperhatikan sebagai faktor pendukung perubahan perilaku keluarga adalah norma yang berkembang di masyarakat, dukungan pemangku kepentingan yang mencakup *eksekutif*, *legislatif*, tokoh masyarakat dan media massa. Sedangkan ditingkat pelayanan kesehatan mencakup pelayanan *preventif* dan *promotif* terhadap timbulnya penyakit.¹⁴

Menurut Soekidjo (2012) perilaku kesehatan di tingkat keluarga merupakan salah satu manifestasi gaya hidup keluarga yang dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku gizi di keluarga antara lain pendapatan, pendidikan, lingkungan hidup (tempat tinggal, faktor fisiologis/umur), pekerjaan, suku bangsa, kepercayaan dan agama (budaya), sikap tentang kesehatan, dan pengetahuan gizi.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat balita dengan gizi baik 90,8% dari keluarga Kadarzi dan 90,5% dari rumah tangga sehat/berperilaku hidup bersih dan sehat dibandingkan dengan balita dengan gizi baik dari keluarga yang tidak Kadarzi (24,0%) maupun rumah tangga tidak sehat (29,6%). Hal ini membuktikan bahwa perilaku Kadarzi keluarga lebih dominan berhubungan dengan status gizi balitanya.

Hubungan Karakteristik Responden dengan Status Gizi

Pada penelitian ini diketahui adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga dan status ekonomi keluarga dengan status gizi (**Tabel 8**). Rendahnya pendidikan orang tua khususnya ibu merupakan faktor penyebab mendasar terpenting karena sangat mempengaruhi kemampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam mengelola sumber daya yang ada untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan.³⁰ Pendidikan yang rendah belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi dibandingkan dengan seseorang yang pendidikannya lebih tinggi. Walaupun pendidikan seorang ibu rendah, akan tetapi dia bisa mendapatkan pengetahuan gizi dari luar formal seperti dari penyuluhan. Tetapi memang perlu dipertimbangkan bahwa faktor tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh.⁴²

Menurut Setawati (2008), orang tua yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih mengerti tentang pemilihan pengolahan pangan serta pemberian makan yang sehat dan bergizi bagi keluarga terutama untuk anaknya sejalan dengan Soekidjo (2012) apabila tingkat pendidikan baik maka tingkat pengetahuan pun baik pula, sehingga dapat memilih bahan makanan yang cukup gizi karena status gizi yang baik dipengaruhi oleh tingkat konsumsi yang baik pula.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Tingkat pengetahuan ibu mempengaruhi perilaku. Semakin tinggi pengetahuan maka semakin tinggi kesadaran untuk menggunakan garam beriodium di rumah tangga.³³ Tingkat pengetahuan cukup berperan dalam membentuk kesadaran perilaku keluarga sadar gizi. Perilaku sadar gizi ini mempengaruhi status gizi balita. Keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki status gizi balita baik. Selain itu, dipengaruhi pula oleh pekerjaan karena dikaitkan dengan penyediaan gizi yang baik bagi keluarga. Hal ini sejalan dengan teori penyebab tidak langsung status gizi balita yaitu tingkat sosial ekonomi, pengetahuan ibu tentang kesehatan, ketersediaan pangan ditingkat keluarga, pola konsumsi, serta akses ke fasilitas pelayanan.³⁰

Menurut Soekidjo (2012), ibu dikatakan bekerja apabila ibu mempunyai aktivitas di luar rumah untuk menghasilkan uang dan dikatakan tidak bekerja apabila ibu tidak mempunyai aktifitas di luar rumah untuk menghasilkan uang atau sebagai ibu rumah tangga.³³ Pekerjaan seseorang dapat mempengaruhi besarnya pendapatan, selain itu juga lamanya waktu yang dipergunakan seorang ibu untuk bekerja di dalam dan di luar rumah, jarak tempat kerja dapat

mempengaruhi susunan makanan dalam keluarga. Orang tua yang memiliki tempat kerja yang jauh letaknya dan dalam upaya menambah pendapatan keluarga.³³

Jumlah anggota keluarga dan banyaknya balita dalam keluarga akan berpengaruh terhadap tingkat konsumsi makanan yaitu jumlah dan distribusi makanan dalam rumah tangga. Jumlah anggota keluarga yang besar tanpa dibarengi dengan distribusi makanan yang tidak merata akan menyebabkan anak balita dalam keluarga tersebut menderita gizi kurang.⁴¹ Jumlah anggota keluarga merupakan indikator penting dalam pembagian makanan. Semakin banyak jumlah anggota rumah tangga, terutama pada keluarga yang sangat miskin, pemenuhan kebutuhan makanan akan lebih mudah jika yang harus diberi makan jumlahnya sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga besar mungkin hanya cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut. Keadaan yang demikian jelas tidak cukup untuk mencegah timbulnya gangguan gizi pada keluarga besar.³³

Pendapatan merupakan faktor penting bagi kualitas dan kuantitas makanan. Terdapat pengaruh peningkatan pendapatan terhadap perbaikan kesehatan dan kondisi keluarga dengan status gizi, tetapi biasanya penambahan pendapatan tidak selalu ke arah makan yang lebih baik, karena pengeluaran lain jauh lebih banyak.⁴⁵ Keluarga dengan pendapatan terbatas, besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makannya sejumlah yang diperlukan tubuh. Setidaknya keanekaragaman bahan makanan kurang bisa dijamin, karena dengan uang yang terbatas itu tidak akan ada banyak pilihan. Pada tingkat keluarga, keadaan gizi dipengaruhi oleh tingkat kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan sesuai dengan kebutuhan anggota keluarga. Tingkat pendapatan yang rendah menyebabkan keluarga tidak dapat mengkonsumsi makanan yang beranekaragam dalam menu sehari-hari, sehingga hanya mampu makan dengan makanan yang kurang berkualitas baik jumlah maupun gizinya.⁴²

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan, bahwa proporsi balita status gizi kurang sebanyak 27,8%, keluarga berperilaku Kadarzi sebanyak 72,2% dan 70,0% keluarga berkategori rumah sehat. Ada hubungan signifikan antara perilaku Kadarzi dan PHBS tatanan rumah tangga dengan status gizi. Perilaku Kadarzi dominan berhubungan dengan status gizi.

Berdasarkan kesimpulan di atas, beberapa saran antara lain lebih meningkatkan sosialisasi tentang Kadarzi dan PHBS pada tatanan rumah tangga pada masyarakat serta meningkatkan kerjasama lintas program maupun lintas sektor terkait dalam pencapaian

program Kadarzi dan PHBS agar digunakan sebagai dasar/bahan acuan dalam perencanaan, penetapan kebijakan dan evaluasi program Kadarzi dan PHBS tatanan rumah tangga dan dilakukan penelitian lebih lanjut dengan variabel lain yang berhubungan dengan status gizi serta menggunakan metode rancangan penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI, *Rencana Kerja Pembinaan Gizi Masyarakat*, Direktorat Jendral Bina Gizi dan KIA, Direktorat Bina Gizi, Jakarta, 2013.
2. Depkes RI, *Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju KADARZI*, Jakarta, Depkes, 2007.
3. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2011*, Jakarta, 2012.
4. Kementerian Kesehatan. "Riset Kesehatan Dasar 2013," *Riset Kesehatan Dasar*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, 2013.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Kotabaru, "Profil Kesehatan Kabupaten Kotabaru tahun 2012".
6. Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Pembinaan Perilaku Bersih dan Sehat (PHBS)*, Jakarta, 2011.
7. Supriasa, I. N, *Penilaian Status Gizi*, EGC, Jakarta, 2012.
8. Kementerian Kesehatan RI, *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi*, Direktorat Jendral Bina Gizi dan KIA, Jakarta, 2011.
9. Almatier, S. *Prinsip-prinsip Ilmu Gizi*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2005.
10. Baliwati, Yayuk Farida. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta : Penebar Swadaya, 2004: 115-118.
11. Depkes RI, *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan*, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2005.
12. Widiyono. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya (edisi 2)*, Erlangga, Jakarta, 2011.
13. Depkes RI, *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011 – 2015*, Jakarta, Pemerintah RI Kerjasama dengan WHO, 2011.
14. Notoatmodjo, Soekidjo. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 2012.
15. Depkes RI, *Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*, Jakarta, Depkes, 2007.
16. Depkes RI, *Pedoman Pengolahan dan Penyajian Informasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta, 2008.
17. Depkes RI, *Manajemen Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta, 2008.
18. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 2010.
19. Sastroasmoro, Sudigdho. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, CV. Sagung Seto, Jakarta, Edisi Ke-4, 2011.
20. Nurjanah, *Status Gizi Balita pada Keluarga Kadarzi dan Keluarga Belum Kadarzi dengan di Kabupaten Sleman*. Tesis UGM Yogyakarta, 2007.
21. Murti, Bhisma. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta, 2006.
22. Nurcahyo, Karlina. *Konsumsi Pangan Penyakit Infeksi, dan Status Gizi Anak Balita Pasca Perawatan Gizi Buruk*, *Jurnal Gizi dan Pangan*, 2010, 5(3):164-170.
23. Nurhayati, Ida. *Hubungan Kesadaran Gizi Keluarga dengan status Gizi Anak Baduta (Bawah Dua Tahun) di Kabupaten Purworejo*, Tesis UGM Yogyakarta, 2005.
24. Gabriel, Angelica. *Perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) serta Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Kaitannya dengan Status Gizi dan Kesehatan Balita di Cikarang Bogor*, Tesis Fakultas Pertanian, IPB Bogor, 2008.
25. Ghozali, Imam. *Aplikasi Analisis Multivariat Dengan Program IBM SPSS 19*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang, 2011.
26. Haryadi, Didik. *Analisis Hubungan Penerapan pesan gizi seimbang Keluarga dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita di Propinsi Kalimantan Barat*, *Jurnal Gizi dan Pangan*, Maret 2010 5(1):61-68.
27. Hidayat, Aziz. *Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data*, Salemba Medika, Jakarta, 2010.
28. Jayanti, Dwi. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta Perilaku Gizi Seimbang Ibu Kaitannya dengan Status Gizi dan Kesehatan Balita di Kabupaten Bojonegoro, Jawa Timur*, *Jurnal Gizi dan Pangan*, 2011.
29. Jahari, Abas, B. *Keluarga Sadar Gizi dalam Menuju Gizi Baik untuk Semua*. *Gizi Indonesia*, 2005, 28(1):1-8.
30. Khazanah, Titik. *Hubungan antara Pengetahuan Gizi dan Status Kadarzi dengan Status Gizi Balita Usia 12-36 bulan di Kabupaten Kudus*. Tesis UGM Yogyakarta, 2007.
31. Karolina, Ega. *Hubungan Perilaku Kadarzi dengan status Gizi Balita Usia 12-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Blangkejeren Kabupaten Gayo Lues*, Tesis Kesmas Universitas Sumatra Utara, 2012.
32. Khairunnisak, *Hubungan kualitas pengasuhan dan perilaku hidup bersih dan sehat dengan status gizi dan kesehatan anak usia 3-5 tahun di Kecamatan Bogor Barat*, Tesis Fakultas Pertanian IPB, 2004.

33. Notoatmodjo, Soekidjo. *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2012.
34. Nadimin, *Hubungan Keluarga sadar Gizi dengan status Gizi Balita di Kabupaten Kalakur Sulawesi Selatan*, Media Gizi Pangan, Vol X, Edisi 2, 2010.
35. Nadimin, *Gambaran Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Status Gizi Anak Balita di Kabupaten Bulukamba*, Media Gizi Pangan, Vol IX, Edisi 1, 2010.
36. Purwaningrum, Sari. *Hubungan antara Asupan Makan dan Status Kesadaran Gizi Keluarga dengan status Gizi Balita di wilayah Kerja Puskesmas Sewon I, Bantul*, Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol.6, 2012.
37. Rifai, M.A, *Pegangan Gaya Penulisan, Penyuntingan dan Penerbitan Karya Ilmiah Indonesia*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2004.
38. Rinandika, *Studi Korelasi Kecukupan Energi Kecukupan Protein Dan Praktik Kadarzi Dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Grobogan*, Tesis UGM Yogyakarta, 2012.
39. Riyayawati, Ratnasari. *Analisis Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Pati*, UNNES Semarang, 2013.
40. Rudiyanto, Sandy. *Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tatanan Rumah Tangga dan Asupan Makan dengan Status Gizi Balita di Kecamatan Sajira Lebak-Banten*, Tesis Universitas Esa Unggul, 2013.
41. Rahmadi, *Hubungan Perilaku Sadar Gizi dan Ketahanan Pangan Keluarga dengan status Gizi Balita di Kabupaten Tanah Laut*, Tesis UGM Yogyakarta, 2009.
42. Ridwan, Fauji L. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Sadar Gizi pada Keluarga Balita di Kecamatan Purwaharja, Kota Banjar*, 2010.
43. Setawati, S. *Pendidikan Kesehatan*, Trans Info Media, Jakarta, 2008.
44. Widiyono. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya (edisi 2)*, Erlangga, Jakarta, 2011.
45. Pramesti. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu, Tingkat Ekonomi dan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Status Gizi Balita di Kecamatan Keling Kabupaten Jepara*, Tesis UGM, 2012.