

ANALISIS PENGARUH PERILAKU KELUARGA SADAR GIZI TERHADAP STUNTING DI PROPINSI KALIMANTAN BARAT

Didik Hariyadi
Ikeu Ekayanti

Abstract: *Influence analysis of behavior family nutrition awareness to stunting in West Kalimantan Province. The present study aims to analyze of influence behavior family nutrition awareness to stunting in west Kalimantan Province. The study uses Health Research Data Base of west Kalimantan province in Year 2007 with the design of cross-sectional study. The total of 1992 household samples were recruited in the study with criteria having child aged 6 to 59 months. Height for age indicators were used to measure child nutritional status. The results showed that Logistic multiple regression analysis showed that failure to follow the the family Nutrition Awareness had 1.21 risk for children to become stunting than children to follow to guideline properly.*

Abstrak: Penelitian bertujuan untuk menganalisis pengaruh perilaku keluarga sadar gizi terhadap stunting pada anak balita di Propinsi Kalimantan Barat. Data yang digunakan adalah data sekunder hasil RISKESDAS Propinsi Kalimantan Barat 2007, dengan desain *Cross Sectional Studi* melalui metode observasional. Total rumah tangga yang menjadi sampel adalah 1992 rumah tangga, dengan criteria mempunyai balita berumur 6–59 bulan. Tinggi badan per umur adalah indikator status gizi yang digunakan. Hasil penelitian dengan uji regresi logistik berganda menunjukkan bahwa rumah tangga dengan perilaku kesadaran gizi (KADARZI) yang kurang baik berpeluang untuk meningkatkan risiko kejadian *stunting* pada anak balita 1.22 kali lebih besar daripada rumah tangga dengan perilaku kesadaran gizi (KADARZI) yang baik.

Kata-kata kunci: *stunting*, sadar gizi

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia (SDM). Makanan yang diberikan sehari-hari harus mengandung semua zat gizi sesuai kebutuhan, sehingga menunjang pertumbuhan

yang optimal dan dapat mencegah penyakit definisi, mencegah keracunan dan juga mencegah timbulnya penyakit yang dapat mengganggu kelangsungan hidup anak (Soekirman, 2000).

Didik Hariyadi adalah Dosen Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Republik Indonesia, Pontianak dan Ikeu Ekayanti adalah Dosen Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi IPB, Bogor.

Masa bayi dan anak adalah masa mereka pertumbuhan dan perkembangan yang cepat dan sangat penting sebagai landasan yang menentukan kualitas generasi penerus bangsa (Azwar, 2000).

Status gizi balita sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial terdekat. Selain itu peran keluarga sangat besar dalam membentuk kepribadian anak. Pola pendidikan yang tepat yang diterapkan oleh orang tua akan sangat membantu anak dalam menghadapi kondisi lingkungan pada masa yang akan datang. Orang tua merupakan sepenuhnya pada anak hingga remaja

Penyebab langsung status gizi yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi sering menderita penyakit infeksi dapat menderita kurang gizi. Demikian pula pada anak yang makanannya tidak cukup baik, maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit. Sehingga makanan dan penyakit merupakan penyebab kurang gizi (Supriasa et. al. 2002).

Perilaku gizi yang baik dan benar pada setiap individu dapat mengacu pada pesan gizi seimbang dalam pedoman umum gizi seimbang (PUGS) yang terdiri dari 13 pesan (Depkes, 2005), meskipun untuk mendukung upaya penilaian dan pemantauan praktik pesan gizi seimbang perlu penelitian lebih lanjut tentang penilaian penerapan pesan-pesan gizi seimbang untuk kelompok ibu hamil, anak sekolah, remaja, dan usia lanjut (Hardinsyah 1998). Salah satu sasaran prioritas rencana strategi departmen kesehatan dalam rangka mencapai sasaran menurunkan prevalensi gizi kurang adalah keluarga sadar gizi (KADARZI) (Depkes, 2007) yang merupakan penyederhanaan dari pesan gizi seimbang (Minarto, 2009).

Penelitian tentang pengaruh perilaku KADARZI terhadap status gizi khusus-

nya di Kalimantan Barat belum pernah dilakukan. Hasil RISKESDAS di Propinsi Kalimantan Barat 2007, ditemukan data sebagai berikut: prevalensi balita dengan gizi kurang dan buruk (*underweiht*) berdasar berat badan menurut umur (BB/U) sebesar 22.6% status pendek dan sangat pendek (*stunting*) berdasar tinggi badan menurut umur (TB/U) mencapai 36.8% kurus dan sangat kurus (*wasting*) berdasar berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) sebanyak 17.3%, sedangkan prevalensi gizi lebih berdasar BB/U sebesar 5% dan berdasarkan BB/TB 14%. Prevalensi *stunting* sangat tinggi dibandingkan dengan indikator status gizi balita yang lain. Todaro & Smith (2009), mengemukakan bahwa status pendek merupakan salah satu faktor penting dalam peningkatan produktifitas manusia.

Tujuan penelitian ini adalah ingin mengetahui pengaruh perilaku KADARZI rumah tangga balita terhadap *stunting* di Propinsi Kalimantan Barat.

METODE

Jenis Penelitian ini adalah penelitian observasional menggunakan data sekunder hasil Riskesdas 2007 dengan desain *cross sectional*, dimana pengukuran *outcome* dan *potential predictor* dilakukan secara simultan pada waktu yang bersamaan (Aswin, 1997) sesuai dengan desain Riskesdas 2007 di Propinsi Kalimantan Barat. Wilayah penelitian di Propinsi Kalimantan Barat yang dilaksanakan pada bulan Januari 2010 sampai dengan Maret 2010.

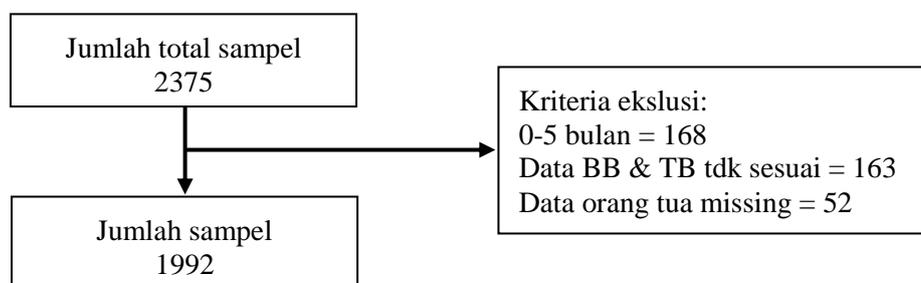
Populasi dalam Riskesdas Propinsi Kalimantan Barat 2007 adalah seluruh rumah tangga di wilayah Propinsi Kalimantan Barat. Sampel adalah rumah tangga dan anggota rumah tangga yang diambil dengan menggunakan metodologi perhitungan dan cara penarikan sampel identik dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Setiap

kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota, diambil sejumlah blok sensus yang proposional terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota diambil dengan metode *probability proportional to size*. Setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16(enam belas) rumah tangga secara acak sederhana.

Jumlah rumah tangga yang mempunyai balita berdasarkan data yang diperoleh dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Depkes RI sebanyak 2.375 rumah tangga. Selanjutnya ditetapkan sampel rumah tangga dengan kriteria inklusi adalah rumah tangga yang mempunyai balita umur 6–59 bulan, mempunyai data BB dan TB dengan *cut off point* sesuai indikator z-score status gizi BB/TB, TB/U, dan BB/U pada WHO (*World Health Organization*) Abitho, 2009 dan mempunyai data sosial ekonomi dan pendidikan orang tua, sehingga jumlah sampel diperoleh sebanyak 1992 rumah tangga balita (Gambar 1).

dan demam berdarah. Penilaian menggunakan kuesioner dengan menanyakan pernah menderita atau pernah didiagnosa oleh tenaga medis menderita. Selanjutnya dikategorikan pernah atau tidak pernah menderita satu atau lebih penyakit ISPA, diare, demam thypoid, malaria, campak atau demam berdarah. Data konsumsi gizi akan didasarkan pada kelompok zat gizi energi, protein, dan vitamin A sesuai dihitung berdasarkan kelompok umur menggunakan standart AKG tahun 2004.

Analisis data hasil penelitian disajikan dalam bentuk deskriptif dan inferensial. Analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Uji kemakan digunakan metode *Chi-Square* (X^2) (Selvin, 1996). Analisis multivariate menggunakan regresi logistik ganda. Kriteria kemaknaan statistik yang dipakai adalah $\rho < 0.05$. Nilai *Confedence interval* (CI) ditetapkan 95%.



Gambar 1. Skema Jumlah dan Pengambilan Sampel

Data perilaku KADARZI rumah tangga dikategorikan baik dan kurang baik menggunakan indikator yang dipakai Depkes (2007) dengan empat dari lima indikator pengukuran. Data status gizi menggunakan kategori buku *Antopometri WHO* (2006) yang didasarkan pada nilai z-score berdasarkan BB/TB, TBU/U, dan BB/U. Data infeksi yang diambil adalah data infeksi saluran pernapasan atas (ISPA), diare, demam thupoid, malaria, campak,

Pengolahan dan analisis data masing-masing menggunakan *software Office Excel 2007* dan *Software SPSS (statistic program for social science) for Windows* versi 16.0 tahun 2007. Pertemuan nilai z-Score berdasarkan BB/TB, BB/U dan Tb/U menggunakan *software Anthro WHO* versi 3.0.1.

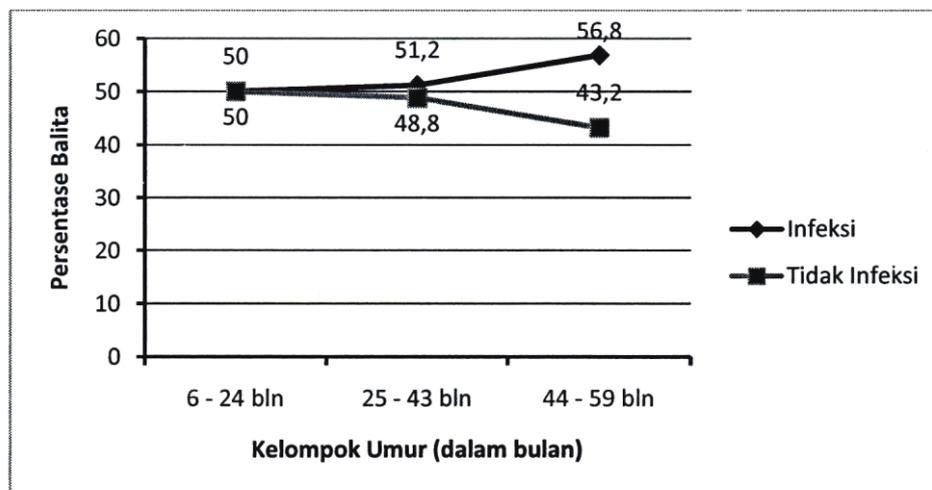
HASIL

Karakteristik Sampel

Rerata umur balita dalam penelitian ini adalah $30,9 \pm 14,6$ bulan dengan kelompok umur tertinggi antara 25–43 bulan (37,9%) dan jenis kelamin laki-laki 52,2%. Berat badan rerata $12,1 \pm 3,7$ kg dan tinggi badan $86,6 \pm 12,4$ cm. Prevalence status gizi balita (6–59 bulan) yang diukur berdasarkan indeks BB/TB, BB/U dan TB/U menunjukkan bahwa se-

jika terjadi pada daerah miskin, sanitasi yang buruk, dan daerah masalah gizi (Linder, 1992).

Sebaran status infeksi berdasarkan kelompok umur kejadian infeksi terjadi pada anak umur 44–59 bulan mencapai 56,8%, secara proporsional hampir sama dengan anak umur 25–43 bulan sebesar 51,2%. Data ini menunjukkan kecenderungan kejadian infeksi pada anak 6–59 bulan, semakin bertambah umur semakin tinggi (Gambar 2). Penelitian ini sejalan



Gambar 2. Persentase Sebaran Infeksi Balita Berdasarkan Kelompok Umur

bagian besar balita mempunyai status gizi normal dan baik dibandingkan dengan kategori status gizi yang lain, masing-masing sebesar 70,4%, 73,2%, dan 56,5% (Tabel 1). Berdasarkan kriteria masalah gizi yang ditetapkan Depkes (2009) berdasarkan WHO, Kalimantan Barat menghadapi masalah gizi akut-kronis dengan karakteristik masalah gizi sebagai berikut: prevalensi balita *wasting* mencapai 17,0% (> 5%), balita *stunting* mencapai 43,4% (> 20%) dan balita status gizi *underweight* sebesar 24,1% (>10%) dengan prevalensi status infeksi balita di Kalimantan Barat menyebar antara yang infeksi dan tidak infeksi masing-masing 47,8% dan 52,2%.

Pada masa kanak-kanak yang sedang tumbuh umumnya akan mengambil lebih dari 100 macam infeksi sebelum mencapai masa dewasa. Kejadian ini akan buruk

dengan laporan Riskesda Propinsi Kalimantan Barat 2007 yang menunjukkan adanya peningkatan kejadian ISPA, TB Paru, Campak, dan Tifoid pada umur 1–4 tahun dibanding umur < 1 tahun.

Konsumsi energi dan vitamin A balita sebagian besar masih defisit (66,5% dan 68,2%) dibandingkan dengan konsumsi protein yang sebagian besar (66,9%) sudah baik. Zat gizi protein merupakan salah satu zat gizi penting terutama pada masa pertumbuhan dan perkembangan balita. Kalimantan Barat merupakan salah satu wilayah yang kaya akan hasil laut dan sungai, sehingga dimungkinkan konsumsi protein balita lebih baik dari konsumsi energi dan vitamin A.

Tabel 1 juga menunjukkan bahwa proporsi tingkat pendidikan orang tua balita baik ayah maupun ibu sebagian besar

tamat SD atau di bawahnya masing-masing 60,9% dan 62,7%, sedangkan pengeluaran rumah tangga rerata sebesar Rp 925.000 ± 426.800.

Perilaku KADARZI

KADARZI adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan meng-

Tabel 1. Sebaran Karakteristik Sampel

	n(%)	Mean
Balita (N = 1992)		
Umur (Bulan)		31,5 ± 14,6
6–24	704 (35,3)	
25–43	777 (39,0)	
44–59	511 (25,7)	
Jenis kelamin		
Laki-laki	1026 (51,5)	
Perempuan	966 (48,5)	
Berat badan(BB)		11,7 ± 3,2
Tinggi badan (TB)		86,4 ± 12,4
Status gizi (BB/TB)		-0,29 ± 1,97
Normal	1403 (70,4)	
Kurus	170 (8,5)	
Sangat kurus	169 (8,5)	
Gemuk	250 (12,6)	
Status gizi (BB/U)		-1,09 ± 1,46
Normal	1126 (56,5)	
Pendek	389 (19,5)	
Sangat pendek	477 (23,9)	
Status Infeksi		
Infeksi	952 (47,8)	
Tidak infeksi	1040 (52,2)	
Konsumsi (N = 1879)		
Energi		675,6 ± 676,2
Baik (≥ 100% AKG)	341 (17,1)	
Sedang (80–90% AKG)	129 (6,5)	
Kurang (70–79,9% AKG)	85 (4,3)	
Defisit (< 70% AKG)	1324 (66,5)	
Protein		51,1 ± 29,3
Baik (≥ 100% AKG)	1333 (66,9)	
Sedang (80–90% AKG)	73 (3,7)	
Kurang (70–79% AKG)	38 (1,9)	
Defisit (< 70% AKG)	435 (21,8)	
Vitamin A		250,9 ± 216,5
Baik (≥ 100% AKG)	335 (16,8)	
Sedang (80–90% AKG)	125 (6,3)	
Kurang (70–79% AKG)	61 (3,1)	
Defisit (< 70% AKG)	1358 (68,2)	
Orang Tua (N = 1992)		
Pendidikan ayah		
≥ SD	1213 (60,9)	
SMP	348 (17,5)	
≥ SMA	431 (21,6)	
Pendidikan Ibu		
≥ SD	1248 (62,7)	
SMP	354 (17,8)	
≥ SMA	390 (19,6)	
Pengeluaran RT		925000 ± 426800
≥ Rerata	844 (42,4)	
< Rerata	1148 (57,6)	

Tabel 2. Sebaran Perilaku Kadarzi Rumah Tangga Berdasarkan Indikator Kadarzi

Indikator Kadarzi	Kriteria			
	Memenuhi		Tidak memenuhi	
	n	%	n	%
1. Menimbang berat badan secara teratur	516	25,9	1476	74,1
2. Menggunakan garam beriodium	1715	86,1	277	13,9
3. Makan aneka ragam makanan	1287	64,6	705	35,4
4. Memberikan suplemen gizi sesuai anjuran	551	27,7	1441	72,3

atasi masalah gizi setiap anggotanya (Depkes, 2007). Tabel 2 menunjukkan sebaran perilaku KADARZI rumah tangga dengan kriteria memenuhi dan tidak memenuhi. Perilaku menggunakan garam beriodium mempunyai proporsi tertinggi (86,1%) dibanding dengan 3 perilakunya (menimbang berat badan secara teratur, makan aneka ragam makanan dan memberikan suplemen gizi sesuai anjuran). Penggunaan garam beriodium di Kalimantan Barat sudah lebih tinggi dari rerata nasional (24,5%) meskipun belum sesuai target *Universal Salt Iodization* 2010 sebesar 90%.

Tabel 3 menunjukkan perilaku KADARZI rumah tangga balita, dimana kurang baik (56,9%) lebih besar dibandingkan dengan perilaku KADARZI baik (43,1%). Hasil ini sejalan dengan penelitian deskriptif yang telah dilakukan oleh Nurmayati (2002) di Kelurahan Betet Kota Kediri yang menyebutkan bahwa implementasi KADARZI hanya dilakukan oleh sebagian masyarakat dengan kendala faktor pendidikan dan ekonomi yang rendah.

Tabel 3. Sebaran Perilaku Kadarzi Rumah Tangga

Perilaku Kadarzi	Jumlah	
	n	%
Baik	859	43,1
Kurang baik	1133	56,9

Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku KADARZI terhadap *stunting* menunjukkan adanya 4 variabel secara bersama-sama berpengaruh signifi-

fikan ($p < 0,05$) terhadap *stunting* yaitu konsumsi energi, pendidikan ibu, kesehatan lingkungan dan perilaku KADARZI. Nilai OR masing-masing adalah 1,36 (CI 95% 1,06–1,47), (CI 95% 1,06–1,67), 1,46 (CI 95% 1,10–1,93), dan 1,22 (CI 95% 1,01–1,47) (Tabel 4). Pada analisis pengaruh variabel independen *step* 3 diperoleh hasil bahwa konsumsi energi mempunyai nilai signifikan terbaik ($\rho = 0,00$) dibandingkan 3 variabel yang lain. Pendidikan ibu dan kesehatan lingkungan mempunyai nilai signifikansi yang sama ($\rho = 0,01$) sedangkan perilaku KADARZI mempunyai nilai $\rho = 0,04$ (Tabel 5).

Analisis ini menunjukkan bahwa konsumsi energi, pendidikan ibu, kesehatan lingkungan, dan perilaku KADARZI mempunyai kecenderungan peluang resiko terhadap kesehatan lingkungan yang kurang baik sebesar 1,46 kali, selanjutnya berturut-turut konsumsi energi kurang dari 85% AKG sebesar 1,36 kali, pendidikan ibu di bawah SMP 1,33 kali dan perilaku KADARZI yang kurang baik sebesar 1,22 kali. Keempat variabel ini berpengaruh

terhadap *stunting* sebesar 24% sedangkan sisanya dari faktor lain. Hal ini dapat dilihat dari R^2 Negelkerke yang hanya mencapai 0,24.

Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Step 2 Pengaruh Variabel Independen terhadap Variabel Dependen Status Gizi Balita Indeks TB/U

Variabel independen	Odds ratio exp (B)	Confidence Interval 95%	Sig
n = 1992			
Variabel dependen status gizi TB/U			
Status Infeksi			
Tidak infeksi (0)			
Infeksi (1)	0,90	(0,74–1,08)	0,24
Konsumsi Energi			
≥ 85% AKF (0)			
< 85% AKG (1)	1,36	(1,06–1,74)	0,02*
Konsumsi protein			
≥ 85% AKF (0)			
< 85% AKG (1)	1,12	(0,90–1,41)	0,31
Konsumsi vitamin A			
≥ 85% AKF (0)			
< 85% AKG (1)	0,98	(0,77–1,25)	0,88
Pendidikan ayah			
≥ SMP (0)			
< SMP (1)	0,89	(0,72–1,11)	0,31
Pendidikan ibu			
≥ SMP (0)			
< SMP (1)	1,33	(1,06–1,67)	0,01*
Pengeluaran RT			
≥ rata-rata (-0)			
< Rata-rata (1)	1,07	(0,88–1,29)	0,50
Pemanfaatan pelayanan kesehatan			
Baik (0)			
Kurang baik (1)	1,13	(0,81–1,59)	0,46
Kesehatan lingkungan			
Baik (0)			
Kurang baik (1)	1,46	(1,10–1,93)	0,01*
Perilaku KADARZI			
Baik (0)			
Kurang baik (1)	1,22	(1,01–1,47)	0,04*
R ² Nagelkerke = 0,27; -2 log like hood = 2534,49			

* Signifikan $p < 0,05$.

PEMBAHASAN

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pendidikan ibu memainkan peranan penting yang menentukan dalam meningkatkan tingkat kecukupan gizi di daerah-daerah pedesaan. Prevalensi anak-anak yang terhambat pertumbuhannya (*stunting*) yang merupakan indikator dari anak yang kurang gizi, lebih rendah pada ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih

tinggi dengan tingkat pendapatan berapa pun. Penelitian alderman (Garcia (1992) di Pakistan menemukan bukti-bukti bahwa insiden anak *stunting* akan menurun dari 63,6% menjadi 47,1% jika ibunya mendapatkan pendidikan dasar. Mereka mencatat bahwa kapita sebesar 10%, sementara Thomas (1991) mengemukakan bahwa di banyak negara, pendidikan ibu cenderung meningkatkan kesehatan anak perempuan dari pada anak laki-laki. Ter-

Tabel 5. Hasil analisis Regresi Step 3 Pengaruh Variabel Independen terhadap Variabel Dependen Status Gizi Balita Indeks TB/U

Variabel Independen	Odds ratio Exp (B)	Confidence Interval 95%	Sig
N = 1992			
Variabel dependen status gizi indeks TB/U			
Konsumsi Energi			
≥ 85 % AKG (0)			
< 85% AKG (1)	1,40	(1,12 – 1,77)	0,00**
Pendidikan Ibu			
≥ SMP (0)			
< AMP (1)	1,28	(1,05 – 1,56)	0,01*
Kesehatan Lingkungan			
Baik (0)			
Kurang baik (1)	1,45	(1,10 – 1,91)	0,01*
Perilaku kadarzi			
Baik (0)			
Kurang baik (1)	1,21	(1,01 – 1,46)	0,04*
R ² Nagelkerke = 0,24 Likelihood = 2538,92			

Signifikan $\rho < 0,05$; ** signifikan $\rho < 0,01$

lepas dari isu gender, jika tinggi badan merupakan salah satu indikator penting dalam mengukur status kesehatan secara umum, maka orang yang lebih tinggi seharusnya mempunyai kesempatan memperoleh penghasilan yang lebih tinggi, sebagaimana temuan Strauss & Thomas (1998) di Brazil bahwa pria yang lebih tinggi dapat memperoleh penghasilan yang lebih banyak, dimana peningkatan tinggi badan sebanyak 1% diasosiasikan dengan kenaikan upah sebesar 7%.

Beberapa rangkaian analisis ini mempertegas apa yang dikemukakan Minarto (2009), bahwa KADARZI merupakan penyederhanaan dari PUGS yang valid dan reliabel serta dapat diaplikasikan dalam rangka menanggulangi masalah gizi pada balita terutama pada masalah gizi kronis sebagai ciri dari indeks pengukuran status gizi balita TB/U.

Program KADARZI cenderung lebih aplikatif dan terukur dengan adanya indikator KADARZI sebagaimana yang telah ditetapkan dengan Kepmenkes RI No. 747/Menkes/SK/2007, meliputi menimbang berat badan balita secara teratur, memberikan ASI eksklusif, makan aneka

ragam makanan, menggunakan garam beriodium, dan memberikan suplemen gizi sesuai anjuran. Hal ini juga didukung dengan beberapa program lain seperti posyandu yang mempunyai 5 kegiatan utama, yaitu kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imunisasi, gizi dan pencegahan dan penanggulangan diare. Disamping itu terdapat beberapa kegiatan yang dapat mendukung program KADARZI yaitu penimbangan balita setiap bulan, pemberian makanan tambahan dan suplementasi gizi, penyuluhan gizi dan kesehatan serta pelayanan kesehatan dasar. Secara teknis kegiatan posyandu meliputi pendaftaran, penimbangan, pencatatan, penyuluhan dan pelayanan kesehatan (Depkes 2006).

Todaro dan Smith (2009), mengemukakan bahwa WHO telah menemukan kondisi yang menyebabkan 70% kematian balita, yaitu infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), diare, cacar air, malaria, dan kurang gizi. Diperkirakan jika trend ini berlanjut, maka pada tahun 2020 kondisi ini akan menyebabkan 30% kematian anak di seluruh dunia. Kekurangan gizi adalah sebuah bentuk penyakit dan ke-

beradaannya merupakan faktor penting yang membuat seorang anak mudah tertular penyakit dan meninggal dunia. Dalam banyak hal kematian tidak akan terjadi tanpa kekurangan gizi sebagai faktor penunjangnya. Kondisi ini menuntut adanya penanggulangan masalah gizi yang lebih intensif dan aplikatif, sehingga betul-betul berdampak pada peningkatan status gizi balita.

Perilaku KADARZI merupakan salah satu pendekatan yang sangat penting dalam penanggulangan masalah gizi, tetapi pendekatan yang menyeluruh terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi masalah gizi sebagaimana konsep *UNICEF* (1997) perlu menjadi pertimbangan.

Melihat dampak dan beberapa hasil penelitian in serta prevalensi masalah gizi di Kalimantan Barat, perilaku KADARZI merupakan salah satu bagian penting dalam menangani masalah gizi akut-kronis disamping perbaikan faktor lainnya seperti pendidikan ibu, infeksi, konsumsi gizi dan kesehatan lingkungan. Salah satu perpaduan program antara program pendidikan, kesehatan dan gizi yang cukup dikenal di Meksiko mungkin patut untuk menjadi pertimbangan, sebagaimana ditulis oleh Todaro & Smith (2009), adalah program *PROGRESA* yang diluncurkan pada bulan Agustus 1997, yaitu paket terpadu untuk meningkatkan status pendidikan, kesehatan dan gizi keluarga pada rumah tangga miskin. Tentu perlu kajian lebih lanjut tentang aplikasi dan keberlangsungan program dengan mempertimbangkan berbagai faktor, seperti sosial-budaya, sosial-ekonomi, geografi dan demografi serta kebijakan dan sumber daya yang ada di Propinsi Kalimantan Barat.

SIMPULAN DAN SARAN

Penerapan pesan gizi seimbang yang masih kurang terutama pada pesan konsumsi lemak dan minyak $\frac{1}{4}$ dari kecukupan energi, makan makanan sumber karbo-

hidrat $\frac{1}{2}$ dari kebutuhan energi dan makan makanan untuk memenuhi energi masing-masing 76,5%, 66,3%, dan 60,1% sedangkan paling besar terjadi pada penerapan pesan menghindari minum minuman beralkohol 88,9%, menggunakan garam beriodium 86,1%, melakukan aktifitas fisik secara teratur 76,1% dan makan aneka ragam makanan 64,6%. perilaku KADARZI menggunakan garam beriodium dalam rumah tangga mempunyai proporsi lebih tinggi (86,1%) dibandingkan dengan perilaku menimbang berat badan secara teratur, makan aneka ragam makanan dan memberikan suplemen gizi sesuai anjuran. Secara umum terdapat 43,1% rumah tangga dengan perilaku KADARZI kurang baik dibandingkan dengan perilaku KADARZI baik.

Ada pengaruh signifikan perilaku KADARZI rumah tangga terhadap status gizi balita pada indeks TB/U ($p < 0,05$). Rumah tangga dengan perilaku Kesadaran Gizi (KADARZI) yang kurang baik berpeluang meningkatkan risiko kejadian *stunting* pada anak balita 1.21 kali lebih besar daripada rumah tangga dengan perilaku Kesadaran Gizi (KADARZI) yang baik.

Perlu sosialisasi dan pengembangan penyampaian pesan gizi seimbang yang lebih efektif dan mudah dipahami masyarakat, terutama pada pesan konsumsi lemak dan minyak $\frac{1}{4}$ dari kecukupan energi dan makan makanan sumber karbohidrat setengah dari kebutuhan energi. Sosialisasi dapat dilakukan dengan penyederhanaan pesan-pesan gizi seimbang terutama pada ukuran-ukuran porsi rumah tangga sebagaimana lambang pesan gizi seimbang dalam bentuk tumpeng yang telah dilakukan. Prioritas sasaran terhadap ibu balita, sehingga mempunyai daya ungkit program secara menyeluruh, baik penanggulangan masalah pesan gizi seimbang, perilaku KADARZI maupun penanggulangan masalah status gizi balita di Propinsi Kalimantan Barat.

DAFTAR RUJUKAN

- Azwar, A. 2000. *Review Peningkatan Penggunaan ASI dan MP-ASI*. Bogor.
- Aswin. Soedjono. 1997. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Yogyakarta: FK. UGM.
- Depkes. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes. 2008. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Propinsi Kalimantan Barat Tahun 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Depkes. 2008. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Depkes. 2009. *Buku Saku Gizi. Kapanakah Masalah ini Berakhir*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Linder. Maria C. 1992. *Biokimia Gizi dan Metabolisme*. Dengan Pemakaian Secara Klinis. Jakarta: UI Press.
- Minarto. 2009. Keluarga Sadar Gizi Solusi Atasi Masalah Gizi. <http://www.promokesehatan.com/?act=news&id=489> [27 Nov 2009]
- Nurmayanti, Yeti. 2002. *Implementasi Program Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga (Studi Kasus Tentang Implementasi Program KADARZI di Kelurahan Betet Kota Kediri)*. [Abstrak]. Surakarta: Program Pascasarjana. Universitas Sebelas Maret.
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi Dan Aplikasinya Untuk Keluarga Dan Masyarakat*. Jakarta: Dirjen Pendidikan Tinggi.
- Supriasa, I., Bakri, Bachyar, Fajar, Ibnu. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Selvin, S. 1996. *Statistical Analysis of Epidemiologic Data. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Todaro, Michael P. & Smith, Stephen C. 2009. *Economic Development*. Tenth Edition. Boston. USA: Pearson Education. Inc.
- UNICEF. 1998. *The State of The World's Children 1998: Focus of Nutrition*. New York: Oxford Univercity Press. UK.
- Zahraini, Yuni. 2009. *Hubungan Status KADARZI dengan Status Gizi Balita 12-59 Bulan di Propinsi Di Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur*. Skripsi tidak dipublikasikan. Jakarta: UI.