
**HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN *STUNTING*
PADA BALITA USIA 0-24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SINGOTRUNAN KABUPATEN BANYUWANGI**

Titis Sriyanti¹⁾, Essy Sonontiko Sayekti²⁾ dan Diana Kholida³⁾

1) Dosen Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi, email: khayraqu_01@yahoo.co.id

2) Dosen D3 Kebidanan, STIKES Banyuwangi, email: essy_stikesbwi@yahoo.com

3. Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi

ABSTRAK

Keluarga sadar gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. sedangkan *Stunting* adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U). Tujuan umumnya untuk mengetahui hubungan antara keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* pada balita usia 0-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi korelasi dengan bentuk rancangan penelitian cross sectional (hubungan/asosiasi). Dengan jumlah populasinya adalah 133 balita *stunting* dengan sampel yang diambil sebanyak 57 balita *stunting*. Kemudian tehnik sampling yang digunakan adalah purposive sampling, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Didalam penelitian ini menggunakan uji *chi-square*.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 57 responden mayoritas berada pada katagori tidak kadarzi sebanyak 37 (65%) keluarga balita, dan *stunting* katagori pendek sebanyak 38 (66%). Setelah dilakukan perhitungan uji *Chi-square* menggunakan SPSS22 for windows, diperoleh hasil signifikan = 0,170 dimana nilai $p < 0,05$. Maka signifikan H_a ditolak H_o diterima yang berarti tidak ada hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* pada usia 0-24 bulan di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi.

Kesimpulannya dengan melihat hasil penelitian ini, cara untuk mengatasi terjadinya masalah gizi pada balita hendaknya para orang tua lebih memperhatikan asupan yang dikonsumsi keluarga dan balitanya dengan menerapkan hidup KADARZI. Dengan menerapkan hidup KADARZI sangat bermanfaat untuk mengurangi resiko terjadinya masalah gizi terutama masalah *stunting* pada balita.

Kata kunci : *KADARZI*, *Stunting*, *Balita*

PENDAHULUAN

Balita adalah istilah umum pada anak usia 1-3 tahun dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia balita, anak masih

bergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan bicara dan berjalan sudah

bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas (Sutomo, 2010). Usia tersebut merupakan landasan yang membentuk masa depan kesehatan, kebahagiaan, pertumbuhan, perkembangan dan hasil pembelajaran anak disekolah, keluarga, masyarakat dan kehidupan secara umum (Kemenkes, 2014). Pertumbuhan seorang anak bukan hanya sekedar gambaran perubahan ukuran tubuh, tetapi lebih dari itu memberikan gambaran tentang keseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi (Depkes RI, 2007). Gizi merupakan suatu hal yang esensial dalam menjaga keseimbangan metabolisme tubuh manusia terutama bagi tumbuh kembang anak baik sejak dalam kehamilan hingga usia dibawah lima tahun dan salah satu manifestasi dari gizi buruk adalah perawakan pendek pada anak (*stunting*) (Gibney, 2009).

Stunting adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) (Kemenkes, 2012). Dalam hal ini, berat kurang dan kurus merupakan dampak masalah kekurangan gizi yang bersifat akut sedangkan pendek merupakan manifestasi kekurangan gizi yang bersifat kronis (Kemenkes, 2010). Penyebab gizi kurang pada anak tidak hanya dari makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit, anak yang mendapat makanan yang baik tetapi sering menderita penyakit infeksi dapat menderita kurang gizi. Demikian pula pada anak yang makannya tidak cukup baik, maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit, Sehingga makanan dan penyakit merupakan penyebab kurang gizi. 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 RI, 2007). Salah satu sasaran prioritas rencana strategi departemen kesehatan dalam rangka mencapai sasaran menurunkan prevalensi gizi kurang adalah keluarga sadar gizi (KADARZI) (Depkes RI, 2007). Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. (Depkes RI, 2007).

Masalah gizi pada balita yang terjadi di Indonesia antara lain kurang energi protein (KEP), berat bayi lahir rendah (BBLR), balita pendek (*stunted*), dan Berat Badan Kurus sedangkan masalah gizi pada dewasa adalah kurang energi kronik (KEK), Berat Lebih dan Kegemukan, Kurang Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi (AGB), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kekurangan Zat Gizi Mikro. Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2012, Tiga angka prevalensi *stunting* tertinggi di ASEAN adalah Laos (48%), Kamboja (40%) dan Indonesia (36%) (Kemenkes, 2012). Di Indonesia sebanyak 13 provinsi termasuk kategori berat, dan sebanyak 15 provinsi termasuk kategori serius. Ke 15 provinsi tersebut adalah: Papua (40,1%), Maluku (40,6%), Sulawesi Selatan (40,9%), Sulawesi Tengah (41,0%), Maluku Utara (41,1%), Kalimantan Tengah (41,3%), Aceh (41,5%), Sumatera Utara (42,5%), Sulawesi Tenggara (42,6%), Lampung (42,6%), Kalimantan Selatan (44,2%), Papua Barat (44,7%), Nusa Tenggara Barat (45,2%), Sulawesi Barat (48,0%) dan Nusa Tenggara Timur (51,7%). Sedangkan di Jawa Timur meskipun tidak memiliki

kejadian *stunting* sebesar provinsi lain, tetapi angka kejadian *stunting* di Jawa Timur cukup banyak yaitu sebesar 35,8 %. Dari data diatas Indonesia masih harus bekerja keras mengatasi *stunting* ini, karena batas non *public health* yang ditetapkan WHO tahun 2005 adalah prevalensi *stunting* rendah < 20%, sedang 20-29% dan tinggi 30-39% . Sedangkan saat ini prevalensi balita pendek di seluruh provinsi di Indonesia masih diatas 20% atau tepatnya 35,6%. Dengan demikian dapat dikatakan prevalensi *stunting* di Indonesia masih tinggi. Dan Jawa Timur, jika dilihat dari indikator gizi menurut TB/U, berdasarkan Riskesdas 2013 prevalensi pendek secara nasional adalah 37,2%, yang berarti terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2007 (36,8%) dan tahun 2010 (35,6%). Prevalensi pendek sebesar 37,2 % terdiri dari 18,0% sangat pendek dan 19,2% pendek. Pada tahun 2013 prevalensi sangat pendek menunjukkan penurunan, dari 18,8% tahun 2007 dan 18,5% tahun 2010. Prevalensi pendek meningkat dari 18,0% ditahun 2007 dan pada tahun 2010 sebesar 17,1% menjadi 19,2% pada tahun 2013. Di tahun 2013 data di Jawa Timur khususnya Kabupaten Banyuwangi tentang status gizi dari 67,0 % terdapat status gizi buruk sebanyak 7% dan balita yang mengalami gizi kurang 37%, balita yang mengalami KEP sejumlah 44% dan 12% lainnya adalah balita dengan status gizi normal. Sedangkan berdasarkan Riskesdas tahun 2013 pencapaian KADARZI di Jawa Timur sebesar 34,8%. Dua indikator ASI eksklusif (54,6%) dan makan beraneka ragam (45,1%) masih belum mencapai target. Ketiga indikator lainnya sudah mencapai target yaitu menimbang

berat badan secara teratur (89,5%), menggunakan garam beryodium (94,4%) dan yang terakhir dan memberi suplemen gizi (91,3%). Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah keadaan sangat pendek yaitu anak dengan nilai *Zscore* < -3,0 SD. Masalah kesehatan masyarakat dianggap berat bila prevalensi pendek sebesar 30–39% dan serius bila prevalensi pendek $\geq 40\%$ (WHO,2010). Dan berdasarkan hasil rekapitulasi dari Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi pada tahun 2012 jumlah bayi yang ada di Banyuwangi hingga Mei 2012 terhitung 106.338 bayi. Dari hasil pendataan KADARZI di Kabupaten Banyuwangi tahun 2013 di ketahui jumlah yang melaksanakan KADARZI sebesar 80,5%. Dan pada tahun 2015, terjadi penurunan sebesar 48,2% keluarga yang melaksanakan KADARZI sehingga ditahun tersebut, keluarga yang melakukan KADARZI sebesar 32,3% (Renja Dinkes Banyuwangi, 2015).

Sedangkan berdasarkan data dari Puskesmas Singotrunan tahun 2014 diketahui dari 590 kk yang melaksanakan KADARZI sebanyak 456 kk dan yang tidak melaksanakan KADARZI berjumlah 134 kk. Di tahun 2015 data tentang status gizi balita yang datang ke posyandu dengan jumlah 102 balita yang termasuk status gizi kurang 47 balita dan normal 55 balita sedangkan untuk data *stunting* dari 102 balita yang berkunjung keposyandu ada 25 normal, 25 *stunting*, 52 tidak ada keterangan. Dari studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Singotrunan bulan November tahun 2015 menunjukkan dari 22 balita yang berumur (0-24 bulan) didapatkan

kategori sangat pendek 8, pendek 5 dan normal 9.

Keluarga sadar gizi merupakan keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenal masalah gizi dan mampu mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik dengan menerapkan kelima indikator kadarzi dengan menimbang berat badan secara teratur, memberikan air susu ibu (ASI) saja sampai umur enam bulan (ASI Eksklusif), makan beranekaragam, menggunakan garam beryodium dan minum suplemen gizi (kapsul Vitamin A) (Depkes RI, 2007). Faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi (Gabriel, 2008). Semakin tinggi perilaku KADARZI yang di terapkan dengan baik, maka semakin rendah angka balita dengan status gizi *stunting* begitu pula sebaliknya (Hariyadi, 2010). Oleh karena itu, kesadaran keluarga akan perilaku terhadap gizi juga dirasa mempengaruhi taraf kesehatan pada setiap anggota keluarganya. Keluarga yang menerapkan perilaku sadar gizi (KADARZI) dapat memberikan perlindungan yang optimal dalam hal kesehatan melalui makanan yang dikonsumsi. Salah satu akibat dari tidak tercapainya kesadaran akan gizi adalah *stunting* pada balita. Sehingga *stunting* pada balita sangat berhubungan dengan keluarga sadar gizi. (Onis *et al.*, 2011).

Dalam jurnal yang berjudul "Hubungan perilaku keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan kejadian *stunting* pada balita di kecamatan wonosari kabupaten klaten". Yang disusun oleh Galuh Astri Kirana disebutkan bahwa gizi merupakan suatu hal yang esensial dalam menjaga keseimbangan metabolisme tubuh manusia terutama bagi tumbuh kembang anak baik sejak dalam kehamilan hingga usia di bawah lima tahun. Melalui program *Scaling Up Nutrition (SUN)* diharapkan dapat memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi, terutama penanganan gizi sejak 1000 hari dari masa kehamilan hingga anak usia 2 tahun (Lancet, 2013). *SUN* yang di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi diharapkan dapat menekan angka kejadian penyakit kronis di masa mendatangnya (Negrito dan Gomes, 2013). Pada dasarnya status gizi anak di pengaruhi oleh faktor langsung dan tidak langsung, Faktor langsung yang berhubungan dengan *stunting* yaitu berupa asupan makanan dan status kesehatan. Oleh karena itu, perlunya kesadaran masyarakat khususnya pada tingkatan keluarga untuk dapat melaksanakan program peningkatan kesehatan melalui penimbangan rutin dapat dikatakan baik jika balita ditimbang 4 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir, kurang baik jika ditimbang kurang dari 4 kali dalam 6 bulan terakhir. Penerapan ASI eksklusif dikatakan baik jika ibu memberikan ASI minimal 6 bulan setelah kelahiran kepada bayinya, dan tidak baik bila tidak diberikan minimal 6 bulan setelah kelahiran. Konsumsi makan dapat dikatakan beragam jika mengkonsumsi lauk hewani dan sayuran setiap hari, dan

dikatakan kurang jika tidak mengkonsumsi lauk hewani dan sayuran dalam sehari. Penggunaan garam dapur dikatakan baik jika menggunakan garam kotak atau halus, dan dikatakan kurang baik jika menggunakan garam gresek. Konsumsi suplemen gizi dikatakan baik jika balita mendapat dan mengonsumsi kapsul vitamin A 2 kali dalam satu tahun, dan kurang jika hanya 1 kali atau tidak mendapat dan mengonsumsi kapsul vitamin A (Depkes RI, 2007). Untuk mewujudkan sumber daya manusia yang baik salah satu hal yang penting diupayakan pemerintah adalah dengan memperbaiki status gizi anak balita, karena usia balita merupakan periode penting dalam perkembangan yang akan menentukan pembentukan fisik, psikis maupun intelegensinya. Mengidentifikasi perilaku KADARZI pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi mengidentifikasi perilaku KADARZI pada keluarga, mengidentifikasi *Stunting* pada balita (Usia 0-24 Bulan) dan menganalisa hubungan KADARZI dengan *Stunting* pada balita (Usia 0-24 Bulan) di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah “korelasional”. Korelasional adalah penelitian yang mengkaji hubungan antara variabel. Penelitian korelasional bertujuan mengungkapkan hubungan korelasi antar variabel. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*.

Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh ibu dan balita *stunting*

yang berusia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah ibu dan balita *stunting* yang berusia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi yang ditentukan dengan menggunakan teknik *Purposive Sampling* berjumlah 57.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah “KADARZI” sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah “*Stunting*”.

Instrumen penelitian untuk mengukur KADARZI adalah lembar observasi. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban yang tegas, yaitu “ya-tidak”. Skala ini dapat dibuat dalam bentuk pilihan ganda dengan lima buah soal, dan jawaban skor tertinggi satu dan terendah nol. Untuk mengetahui *stunting* pada balita dalam penelitian ini digunakan instrument penelitian berupa lembar observasi. Dimana dalam lembar observasi ini berisi data tentang usia dan tinggi badan atau panjang badan balita yang nantinya akan dibandingkan dengan tabel *Z-Score*.

Sebelum melakukan analisa data, secara berurutan data yang berhasil dikumpulkan akan mengalami proses editing, yaitu: *Coding, Scoring dan Tabulating*. Analisa statistik digunakan pada data kuantitatif atau data yang dikontingensi. Dalam penelitian ini data yang terkumpul diolah menggunakan uji statistik *Chi Square* dibantu dengan perangkat lunak SPSS (*statistic programme for social scient*) versi 22 for windows 7 . Dengan kaidah pengujian: Jika *Chi Square* hitung $< \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak. Yang artinya ada hubungan

hubungan KADARZI dengan stunting pada balita (usia 0-24 tahun) di wilayah kerja puskesmas Singtrunan Banyuwangi. Jika *Chi Square* hitung $> \alpha$ (0,05) maka

H_0 diterima, Yang artinya tidak ada hubungan KADARZI dengan stunting pada balita (usia 0-24 tahun) di wilayah kerja puskesmas Singtrunan Banyuwangi.

HASIL

1. Data Umum

a. Karakteristik responden berdasarkan usia

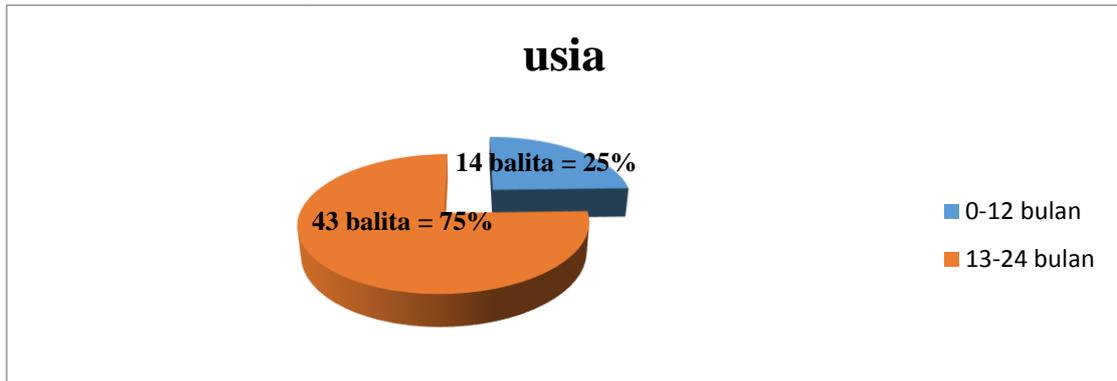


Diagram 1. Responden berdasarkan usia balita yang mengalami *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 1 Menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam

kelompok usia 13- 24 bulan, yaitu sebanyak 43 responden (75 %).

b. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

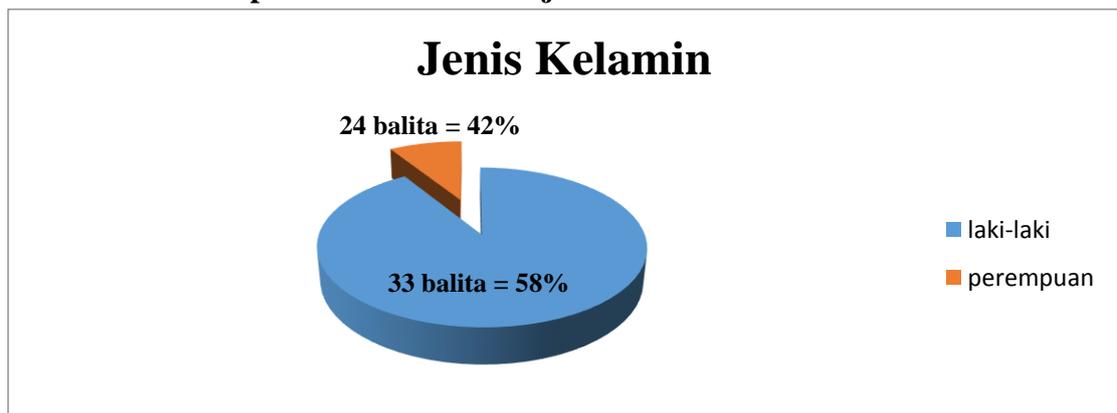


Diagram 2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin balita yang mengalami *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 2 menunjukkan bahwa lebih dari 50 % responden berjenis

kelamin laki-laki sebanyak 33 responden (58%)

c. Distribusi pendidikan orang tua responden

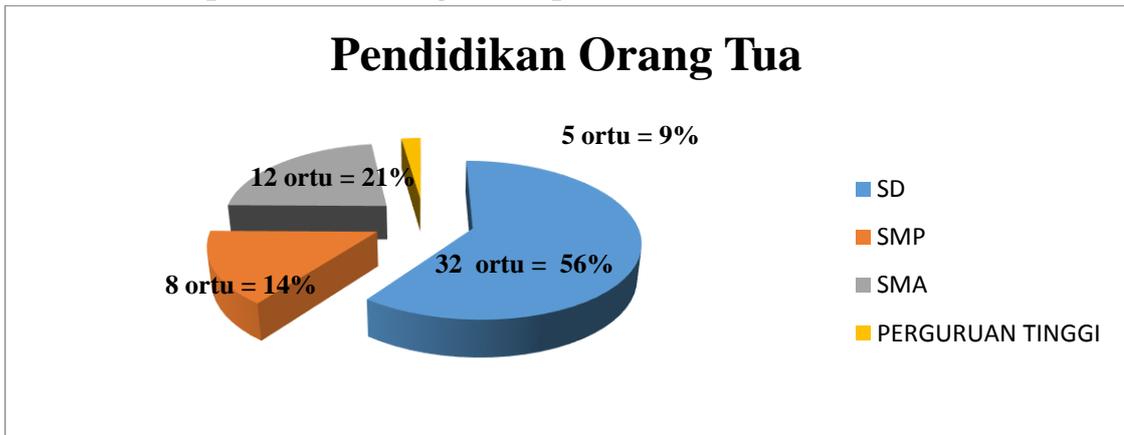


Diagram 3. Distribusi pendidikan orang tua responden yang mengalami *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 3 menunjukkan bahwa responden sekolah dasar sebanyak 32 lebih dari 50% pendidikan orang tua responden (56 %).

2. Data Khusus

a. Distribusi Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

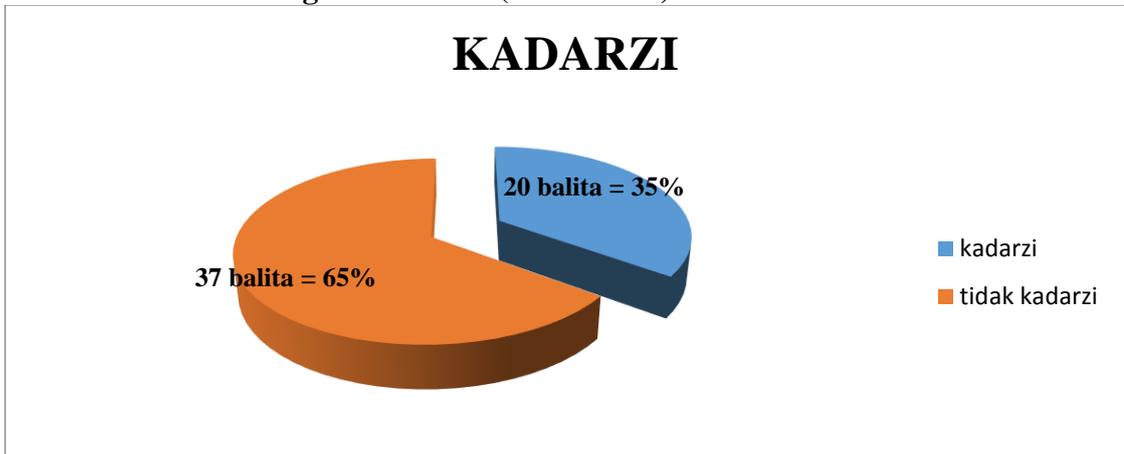


Diagram 4. Distribusi responden berdasarkan keluarga sadar gizi (KADARZI) pada usia 0 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi .

Berdasarkan diagram 4 diatas masuk katagori tidak KADARZI yaitu diketahui lebih dari 50% keluarga balita sebanyak 37 keluarga balita (65%).

b. Distribusi *Stunting* usia 0 – 24 bulan

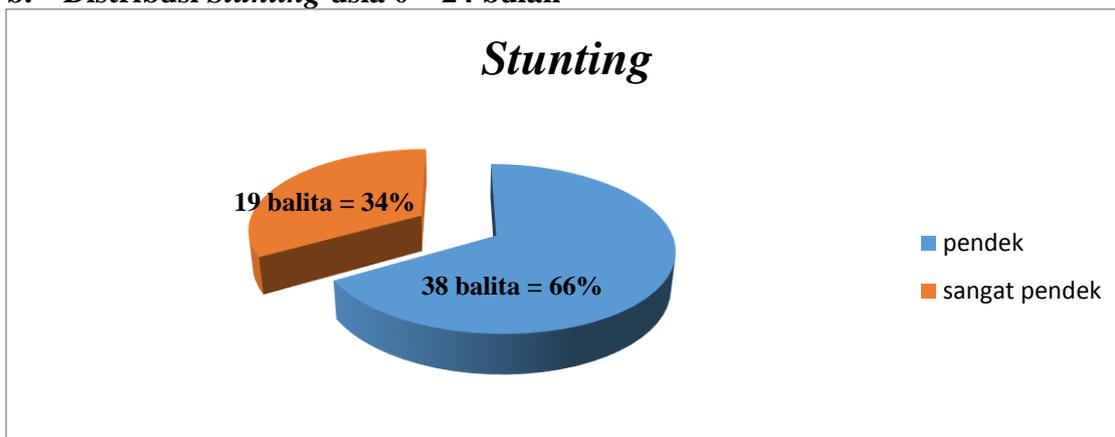


Diagram 5. Distribusi Responden Berdasarkan *Stunting* Pada Usia 0 – 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan diagram 5 diatas diketahui sebagian besar balita masuk katagori *stunting* yang pendek yaitu sebanyak 38 keluarga balita (66%).

c. Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0 – 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Tabel 1. Hubungan Keluarga Sadar Gizi Dengan *Stunting* Pada Usia 0 – 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Kadarzi	Stunting		Total
	Sangat Pendek	Pendek	
Ya	9 (15,8%)	11(19,3%)	20 (35,1 %)
Tidak	10 (17,5%)	27 (47,4%)	37 (64,9%)
Total	19 (33,3 %)	38 (66,7%)	57 (100 %)

Dari tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa kurang dari 50% responden mengalami tidak KADARZI dengan katagori *stunting* yang pendek sebanyak 27 (47 %) responden.

Dari data tersebut dilakukan perhitungan berdasarkan data hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* kemudian data di uji

menggunakan uji *Chi- square* dibantu fasilitas SPSS diperoleh nilai Asym.Sig. $0,05 < 0.170$ maka signifikan H_0 diterima H_a di tolak yang berarti tidak ada Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0– 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi.

PEMBAHASAN

1. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Dalam diagram 4 diketahui lebih dari 50% keluarga balita yaitu 37 responden (65%) termasuk katagori keluarga tidak KADARZI. Keluarga sadar gizi merupakan keluarga yang mampu mengenal mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya, dan suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik dengan menerapkan kelima indikator kadarzi menurut Depkes RI, (2007) antara lain, menimbang berat badan, memberikan air susu ibu (ASI), makan beranekaragam, menggunakan garam beryodium, minum suplemen gizi (kapsul Vitamin A). Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi. Menurut peneliti tingkat pendidikan orang tua sangat penting.hal ini sesuai dengan pernyataan (Gabriell, 2008) Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya dan sebagainya.

Sesuai hasil penelitian terdapat data yang mendukung bahwa pendidikan orang tua mempengaruhi KADARZI sebagai berikut katagori tidak KADARZI

dengan pendidikan otrang tua SD 18 (31,6%), SMP 6(10,5%), SMA 10 (17,5%), dan yang terakhir perguruan tinggi ada 3 (5,3%), sedangkan katagori KADARZI dengan pendidikan SD 14 (24,6%), SMP 2(3,5%), SMA2(3,5%) dan perguruan tinggi terdapat 2 (3,5%) dari data tersebut terlihat bahwa pendidikan orang tua menunjukkan bahwa lebih dari 50% pendidikan orang tua responden adalah sekolah dasar sebanyak 32 responden (56 %). Dari data tersebut terlihat jelas bahwa pendidikan orang tua dan kesadaran keluarga akan pentingnya menerapkan hidup KADARZI sangatlah penting, karena banyak efek yang akan terjadi jika kekurangan gizi setiap harinya dan efek tersebut merugikan balita dan keluarga dimasa akan datang.

Dari hasil observasi tertinggi adalah point ke 4, 50% orang tua responden menggunakan garam beryodium saat menyajikan menu makan setiap harinya karena teori menyebutkan jika tidak menggunakan garam beryodium akan mengalami gangguan fisik meliputi pembesaran kelenjar tiroid (gondok), stunting, gangguan motoric (kesulitan berdiri atau berjalan normal), bisu, tuli, hingga juling. Sedangkan keterbelakangan mental termasuk berkurangnya tingkat kecerdasan anak (Yuni Zahraini, 2009). Banyak efek yang diakibatkan tidak memakai garam beryodium saat proses memasak salah satunya terjadi stunting pada balita, jadi para ibu harus lebih selektif lagi untuk memilih garam yang akan digunakan agar anggota keluarga tidak mengalami stunting. Dan yang terendah dari hasil observasi adalah poit ke 2 yaitu ASI kurang dari 50 % balita tidak

menggunakan ASI, sedangkan teori menyebutkan ASI sangat baik diberikan kepada bayi segera setelah dia lahir karena ASI merupakan gizi terbaik bagi bayi dengan komposisi zat-zat gizi didalamnya secara optimal mampu menjamin pertumbuhan tubuh bayi. Kualitas zat gizi ASI juga terbaik karena mudah diserap dan dicerna oleh usus bayi. Pemberian makanan padat atau tambahan yang terlalu dini dapat mengganggu pemberian ASI eksklusif serta meningkatkan angka kesakitan pada bayi (Roesli, 2008). ASI yang seharusnya jadi komponen utama yang kaya akan nutrisi dan dibutuhkan balita mendapat nilai terbawah karena kurangnya motivasi orang tua balita untuk memberi asi.

2. *Stunting* pada balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Dari hasil penelitian pada diagram 5 diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami *stunting* katagori pendek yaitu sebanyak 38 responden (66%).

Stunting adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) (Kemenkes, 2010). Dan anak-anak yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan disebabkan oleh kurangnya asupan makanan yang memadai dan penyakit infeksi yang berulang, dan meningkatnya kebutuhan metabolic serta mengurangi nafsu makan, sehingga meningkatnya kekurangan gizi pada anak. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunting* (Allen and Gillespie, 2009). Dan beberapa faktor

penyebab yang berhubungan dengan *stunting* antara lain asupan energi, asupan protein, penyakit infeksi, pemberian ASI, status imunisasi, usia balita, jenis kelamin, berat lahir balita, pekerjaan orang tua, status ekonomi keluarga. Jadi dari beberapa faktor penyebab *stunting* diatas usia balita memegang peranan penting dalam tumbuh kembang balita, diperkuat dengan data yang di dapat saat penelitian terkait usia sebagai berikut dalam diagram 1 Menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam kelompok usia 12-24 bulan, yaitu sebanyak 43 responden (75 %). Oleh karena itu memenuhi asupan gizi dimasa tumbuh kembang balita merupakan suatu hal yang sangat penting baik mulai dari usia kehamilan hingga usia balita dibawah 5 tahun. Sedangkan dimasa tumbuh kembang balita yang berusia dibawah 24 bulan lebih mungkin untuk bisa pulih dari *stunting* dengan bantuan asupan gizi yang baik. Jika orang tua sudah mengetahui balitanya dari lahir masuk katagori *stunting* baik pendek maupun sangat pendek bisa pulih kembali, jika orang tua merubah asupan gizi balitanya dengan cara hidup KADARZI kemungkinan besar anak balitanya tidak akan mengalami *stunting* dimasa akan datang.

Hal yang mendukung selanjutnya adalah jenis kelamin, terdapat dalam diagram 2 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 33 responden (58%), disamping data dari diagram 2 terdapat pula data yang mendukung teori yang mengatakan jika anak laki-laki yang lebih banyak mengalami *stunting* sebagai berikut untuk jenis kelamin laki-laki dengan katagori *stunting* pendek

sebanyak 21 balita sedangkan pada katagori sangat pendek sebanyak 12 balita. disamping itu studi kohort di Ethopia menunjukkan bayi dengan jenis kelamin laki- laki memiliki resiko dua kali lipat menjadi *stunting* dibandingkan dengan anak perempuan pada usia 6-12 bulan (Medhin, 2010). Anak laki-laki memiliki resiko lebih tinggi *stunting*, karena kemungkinan para ibu lebih dekat terhadap anak perempuannya dan menganggap anak perempuannya adalah anak yang lemah dan perlu mendapat perhatian lebih dibanding anak laki-laki yang dianggap kuat oleh sang ibu. Disamping itu juga anak laki-laki memiliki segudang aktifitas bermain yang lebih dibanding anak perempuan, sehingga banyak energi yang keluar dan asupan gizi yang kurang karena aktifitas bermain yang tinggi.

3. Hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* pada balita usia 0-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Dari tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa kurang dari 50% responden mengalami KADARZI sebanyak 20 (35%) responden, dan yang berada pada katagori *stunting* pendek yaitu sebanyak 11 (19%) responden.

Setelah dilakukan perhitungan berdasarkan data hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* kemudian data di uji menggunakan uji *Chi- square* diabntu fasilitas SPSS, diperoleh nilai $Asym.Sig.0,05 > 0,170$ maka signifikan H_a ditolak H_o diterima yang berarti tida ada Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0–24 Bulan Di Wilayah Kerja

Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi .

Kadarzi adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut Kadarzi apabila telah berperilaku gizi yang baik secara terus menerus yaitu menimbang balita secara teratur setiap bulan, memberikan ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan mengkonsumsi suplemen gizi (Depkes RI, 2007). Selain ke lima indikator diatas ada pula faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi (Gabriel, 2008). Dari beberapa faktor diatas yang memegang peranan penting adalah pendidikan orang tua karena pendidikan orang tua dapat mempermudah terutama seorang ibu untuk menerima informasi sebanyak-banyaknya mengenai kebutuhan gizi balita dan keluarganya. Karena asupan gizi yang harus diperoleh balita tidak harus mahal akan tetapi menyiasati sajian sederhana namun mempunyai banyak kandungan gizi yang dibutuhkan dalam tumbuh kembang balitanya. Karena, semakin tinggi perilaku KADARZI yang di terapkan dengan baik, maka semakin rendah angka balita dengan status gizi *stunting* begitu pula sebaliknya (Hariyadi, 2010).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan juga data lebih dari 50% responden mengalami tidak KADARZI sebanyak 37

(65%) responden, dan kurang dari 50% mengalami katagori pendek sebanyak 27 (47%) responden. Data diatas menyatakan bahwa tidak KADARZInya suatu keluarga akan mengakibatkan stunting katagori pendek. Hal itu semua dikarnakan pengetahuan seorang ibu terhadap asupan gizi balitanya kurang, kemudian umur dan jenis kelamin juga mempengaruhi berlangsungnya tumbuh kembang, karena menurut (Sadgh *et al.*,2009) anak-anak yang berusia 1-2 tahun lebih mungkin untuk bisa pulih dari stunting dibandingkan dengan anak yang berusia lebih dari 2 tahun lebih kecil kemungkinan untuk pulih dari stunting. Sedangkan untuk jenis kelamin sesuai yang di kemukakan oleh (Medhin, 2010) dalam studi kohort di Ethopia menunjukkan bayi dengan jenis kelamin laki-laki memiliki resiko dua kali lipat menjadi stunting dibandingkan anak perempuan pada usia 6-12 bulan.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Stunting Pada Balita Usia 0 – 24 Bulan Di wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi dapat disimpulkan sebagai berikut: Lebih dari 50% balita yang berusia 0 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi berada pada kelompok keluarga tidak sadar gizi yaitu sebanyak 37 responden (65%) dari 57 responden yang diteliti; Sebagian besar balita yang di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi mengalami stunting dalam katagori pendek yaitu sebanyak 37 responden (66 %) dari 57

responden yang diteliti; Setelah dilakukan perhitungan berdasarkan data hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* kemudian data di uji menggunakan uji *Chi- square* diabntu fasilitas SPSS 22, diperoleh nilai $Asym.Sig.0,05 < 0,170$ maka signifikan H_0 diterima H_a ditolak yang berarti tidak ada Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0– 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi .

DAFTAR PUSTAKA

- ACC/SCN. (2000). *Fourth Report On The World Nutrition Situation: Nutrition Throughout The Life Cycle*. Geneva, ACC/SCN In Collaboration With IFPRI.
- Adisasmito,Wiku.(2007). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Allen And Gillespie.(2009). *High Socioeconomic Class Preschool Children From Jakarta, Indonesia Are Taller And Heavier Than NCHS Reference Population*. Eur J Clin Nutr 1995; 49: 740-4.
- Almatsier, S.(2006). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Arisman.(2010).*Gizi Dalam Daur Kehidupan Buku Ajar Ilmu Gizi.2and.Ed*.Jakarta: EGC
- Arora, S.P. (2009). *Asupan Energi*. Yogyakarta. Gadjah Mada
- Arsita, Eka Prasetyawati. (2011). *Kesehatan Ibu Dan Anak. In: Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Kebidanan Holistik. Edisi I*. Yogyakarta: Nuha Medika P1408.

- Assis, et al. (2009). *Childhood Stunting In Northeast Brazil: The Role Of Schistosoma Mansonii Infection And Inadequate Dietary Intake*. European Journal Of Clinical Nutrition; 58:1022-1092
- Astari LD, Nasoetion A, Dwiriani CM. (2010). *Hubungan Karakteristik Keluarga, Pola Pengasuhan Dan Kejadian Stunting Anak Usia 6-12 Bulan*. Media Gizi Dan Keluarga; 29 (2): 40-46.
- Alimul Aziz. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Tehnik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar*. Hal 40.
- Basuni Abas. (2005). *Keluarga sadar gizi (KADARZI) dalam menuju gizi baik untuk semua*. vol 3, no 1, hal 1-8, diakses 14 april 2016.
- Bentian Irwanti, dkk. (2015). *Faktor resiko terjadinya stunting pada anak tk diwilayah kerja puskesmas siloam tamako kabupaten kepulauan sangihe provinsi sulawesi utara*. vol 5, no 1 hal 1-7, diakses 14 april 2016.
- Brown, J. E. (2005). *Nutrition Through The Life Cycle (2nd Edition)*. USA: Wadsworth
- Damanik, M. Eka Yanti, Didik Hariyadi. (2010). *Analisis Pengaruh Pendidikan Ibu Terhadap Status Gizi Balita Di Provinsi Kalimantan Barat*. Jurnal Gizi Dan Pangan
- Departemen Gizi Dan Kesehatan Masyarakat FKM UI. (2009). *Status Gizi*. In: *Gizi Dan Kesehatan Masyarakat*. Edisi I. Jakarta. P276: Raja Grafindo Persada
- Depkes RI. (2006). *Pedemoan Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta
- Depkes RI. (2007). *Panduan Umum Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat
- Depkes RI. (2007). *Buku Kader Posyandu Dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2007). *Pemantauan Pertumbuhan Anak*. Jakarta: irektorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (2008). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak Gerakan Nasional Pemantauan Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2009). *Jadwal Pemberian Imunisasi*. Jakarta. Gramedia
- Depkes RI. (2010). *Pedoman Nasional Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta. Gramedia
- Diana, F.M. (2011). *"Hubungan Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Batita Di Kecamatan Kuranji Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang Tahun 2004"*. Jurnal Kesehatan Masyarakat
- Djumadiah. (2011). *Aplikasi Antropometri Sebagai Alat Ukur Status Gizi*. Bogor: Puslibang Gizi.

- Fitri.(2012). *Asupan Protein Sebagai Faktor Dominan Terjadinya Stunting Pada Balita (12-59 Bulan) Di Sumatra (Analisis Data Riskesda 2010)*. Thesis. FKM UI. Depok
- Gabriel A. (2008). *Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Serta Hidup Bersih Dan Sehat Ibu Kaitannya Dengan Status Gizi Dan Kesehatan Balita*. Bogor
- Gibney, Michael J Et Al,. (2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Habicht. (2000). *Growth In Early Childhood In Developingcountries*. New York
- Hariyadi Dan Ekawati. (2010). *Analisis Hubungan Penerapan Pesan Gizi Seimbang Keluarga Dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi Dengan Status Gizi Balita*. Bogor
- Hidayah, N.R. (2010). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24- 59 Bulan Di Nusa Tenggara Timur 2010 (Analisis Data Riskesda 2010)*. Skripsi. FKUI. Depok
- Hadjar, Ibnu (2015). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kuantitatif Dalam Pendidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Kementerian Kesehatan Ri Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak. (2011). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1995/Menkes/Sk/Xii/2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta
- Kemenkes RI. (2012). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Kementerian Kesehatan Dan JICA. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) (2014)*. Status Gizi Anak Balita. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta
- Khosman A. (2010). *Pangan Dan Gizi Untuk Kualitas Hidup*. Grasindo. Jakarta
- Kirana Astri Galuh.(2014). *Hubungan Prilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Kecamatan Wonosari Kabupaten Klaten*. jurnal penelitian online, vol.1 no.1 hal 1-9.
- Kristiyan, W. (2009). *ASI: Menyusui Dan Sadari*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Kumar, Dinesh.(2006). *Influnce Of Infant Feeding Practices On Nutritional Status Of Under Five Children*. Indian J Pediatr,73(5):417- 421
- Lesiapeto, Et Al.(2010).” *Risk Faktor Of Poor Antropometric Status In Children Under Fife Years Of Age Living In Rural Districts Of The Eastren Cape And Kwazulu Natal, South Africa*
- Masithah, Soekirman, Martianto. (2010). *Hubungan Pola Asuh Makan Dan Kesehatan Dengan Status Gizi Anank Batita Didesa Mulya Hardja*. Media Gizi Keluarga
- Maxwell, Stephanie.(2011).” *Module 5: Cause Of Malnutrition*”.
- Medhin,Et Al.(2010). *Prevalence And Predictors Of Undernutrition Among Infants Aged And Twelve Month In Butajira, Ethiopia*
- Nadyah, dkk.(2014). *Faktor resiko stunting pada anak usia 0-23 bulan di provensi bali,jawa arat,dan nusa tenggara timur*. Jurnal gizi dan pangan. Vol 9, no.2.hal 125-132. Diakses 14 april 2016.

- Narendra. (2008). *Tumbuh Kembang Anak Dan Remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Neldawati, R. (2006). *Hubungan Pola Pemberian Makanan Pada Anak Dan Karakteristik Lain Dengan Status Gizi Balita Usia 6- 59 Bulan Di Laboratorium Gizi Masyarakat Puslitbang Gizi Dan Makanan*. FKM UI. Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo.(2007). *Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Penerbit Anndi Offset. Yogyakarta
- Nursalam.(2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan..* Jakarta: Salemba Medika.
- Permata,Yusie.(2009). *Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak Balitadan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Di Rumah Sakit Mary Cileungsi hijau Bogor*. Skripsi. Jakarta
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 11*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Riskesmas.(2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia: Departemen Kesehatan RI*. Jakarta
- Riskesmas.(2012). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Daerah. Banyuwangi*
- Riskesmas.(2013). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia. Departemen Kesehatan RI*. Jakarta
- Ramli, Agho KE, Inder KJ, Bowe SJ, Jacobs J, & Dibley MJ. (2009). *Prevalence And Risk Factors For Stunting And Severe Stunting Among Under-Fives In North Maluku Province Of Indonesia*. BMC Pediatric 9:64
- Roesli, U.(2008). *Mengenal Asi Eksklusif*. Jakarta : PT. Niaga Swadaya
- Rosania Hestuningtyas. (2013). *Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik, Ibu Dalam Pemberian Makanan Anak, Dan Asupan Zat Gizi Anak Stunting Usia 1-2 Tahun Di Kecamatan Semarang Timur*. Universitas Diponegoro
- Sadgh Et Al,. (2009). "Dietary Vitamin A In Take And Non Dietary Factor Are Associted With Reversal Of Stunting In Children". The Jurnal Of Nutrition
- Semba, R.(2008). *Effect Of Parental Formal Education Of Risk Of Child Stunting In Indonesia And Bangladesh*. Jakarta: PT. Niaga Swadaya
- Sugiyono.(2012). *Metode Penelitian Administrasi. Cetakan Ke-20*. Bandung: Alfabeta
- Suhardjo.(2010). *Pemberian Makanan Pada Bayi Dan Anak*. Yogyakarta: Kanisius.
- Supariasa, I Nyoman, Dkk.(2011). *Penilaian Status Gizi. Penerbit Buku Kedokteran*. EGC. Jakarta
- Sutomo.(2010). *Makanan Sehat Pendamping ASI*. Jakarta: Demedia.
- Soekidjo Notoatmodji. (2007). *Konsep Perilaku Dan Perilaku Kesehatan. In: Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku.Edisi I*. Jakarta. P133: Rineka Cipta.
- Soekirman. (2008). *Ilmu Gizi Dan Aplikasinya*. Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta
- Soetjningsih dan suandi. (2010). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soedioetama.(2006).*Ilmu Gizi. Dan Rakyat*. Jakarta

- Stephenson, L.S., Latham, M.C., & Ottesen, E.A. (2010). *Global Malnutrition. Parasitologi*, 121: 5-22.
- Taguri, A. E. (2008). *Risk For Stunting Among Under Fives In Libya*. Public Health Nutrition
- Tehsome, Beka Et Al.(2009). *Magnitude And Determinants Of Stunting In Children Underfive Years Of Age In Food Surplus Region Of Ethiopia*
- Trahms,C.M , Pipes.(2009). *Nutrition Throughout The Life Cycle*. Singapore.Mc Graw Hill
- UNICEF. (2007). *Progress For Children: Stunting, Wasting, And Overweight*. Jakarta: EGC.
- Oktavia, Rita. (2011). *Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Prilaku Ibu Dalam Pemberian ASI Eksklusif Dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Biaro Kecamatan Ampek Angkek Kabupaten Agam Tahun 2011* (Skripsi). FKUI. Depok
- Onis.*et al* (2011). *Prevalence And Trends Of Stunting Among Pre School Children, Jornal Of Public Health Nutrition*. Jakarta
- Wasis.(2008). *Pedoman Praktis Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- WHO.(2010). *Global Strategyfor Infant And Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization
- Wigiyowati, C.(2012). *Kejadian Stunting Pada Anak Usia Dibawah 5 Tahun Di Provensi Papua Barat*. FKUI. Depok
- Yimer, G.(2010). "Malnutrition Among Children In Southem Ethiopia. Levels And Risk Factors" Etiopia
- Zahraini, Yuni.(2009). *Hubungan Status Kadarzi Dengan Status Gizi Balita 12- 59 Bulan Di Provinsi Yogyakarta Dan Nusa Tenggara Timur*. FKUI. Jakarta
- Zere, Eyob, Diane Mc Intrye.(2008). "Inequities In Under Five Child Malnutrition In South Africa" Internatuional Journal For Equity In Health.
- <http://gizi.depkes.go.id>
- http://data.ukp.go.id/storage/f/2014-03-19t11%3a08.323z/processed-gizi-balita-berat_badan-2012.csv