

ANALISIS DETERMINAN PROGRAM KADARZI PADA KELUARGA BALITA DI KECAMATAN CIHARA, BANTEN

Gesa Aldin Barqin, Laras Sitoayu*, Idrus Jus'at, Vitria Melani, Rachmanida Nuzrina

Program Studi Gizi, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Jl. Arjuna Utara No.9, Duri Kepa, Kec. Kb. Jeruk, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 11510 Indonesia

*Penulis Penanggungjawab: Email : laras@esaunggul.ac.id

ABSTRACT

Background : in 2018 only 54.6% of children under five are taken to health facilities to be weighed according to standards as one indicator of the Keluarga Sadar Gizi Program (KADARZI). This proves the need for a review of the determinant analysis of the KADARZI program.

Objectives : Knowing the determinants of the KADARZI program in toddlers' families.

Methods : Cross sectional study with sample cohen formula calculation (Priori: Chi-square test) on G * Power application as many as 200 samples, using stratified proportional random sampling technique with criteria for families who have toddlers aged 6-59 months living with biological mothers. Chi-Square static test was conducted to determine the relationship of maternal nutrition knowledge, family income, family size, the role of community leaders, facilities, distance and time to health care facilities, health worker / cadre services and information exposure with KADARZI status in toddlers' families. In the final stage, a logistic multiple regression statistical test is performed to find out which variable most influences the KADARZI status.

Results : KADARZI can be related to maternal nutrition knowledge, the role of community leaders, health service facilities, distance and time to health service facilities, and health worker / cadre services ($p \leq 0.05$) with travel time to health services as the most influential variable on Status KADARZI (OR = 8,866).

Conclusion : Mother's knowledge, support of community leaders, facilities, distance, time to health facilities and health services / cadres have a relationship in determining KADARZI. There needs to be training kader on effective health promotion techniques according to the targets and facilitating them with adequate health promotion tools.

Keywords : Toddlers; KADARZI; Programme

ABSTRAK

Latar Belakang: Tahun 2018 baru 54,6 % anak balita yang dibawa ke fasilitas kesehatan untuk ditimbang sesuai standar sebagai salah satu indikator program Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Hal ini membuktikan diperlukan adanya peninjauan analisis determinan program KADARZI.

Tujuan: Mengetahui determinan program KADARZI pada keluarga balita.

Metode: Penelitian cross sectional dengan perhitungan sampel formula cohen (Priori: Chi-square test) pada aplikasi G*Power sebanyak 200 sampel, menggunakan teknik stratified proportional random sampling dengan kriteria keluarga yang memiliki balita usia 6-59 bulan yang tinggal bersama ibu kandung. Dilakukan uji statistik Chi-Square untuk mengetahui hubungan pengetahuan gizi ibu, pendapatan keluarga, besar keluarga, peran tokoh masyarakat, sarana, jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan kesehatan, pelayanan petugas kesehatan/kader serta keterpaparan informasi dengan Status KADARZI pada keluarga balita. Pada tahap akhir dilakukan uji statistik multiple regression jenis logistik untuk mengetahui variable yang paling berpengaruh terhadap status KADARZI.

Hasil : KADARZI dapat terkait dengan pengetahuan gizi ibu, peran tokoh masyarakat, sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan kesehatan, serta pelayanan petugas kesehatan/kader ($p \leq 0,05$) dengan waktu tempuh menuju pelayanan kesehatan sebagai variabel yang paling berpengaruh terhadap Status KADARZI (OR=8,866).

Simpulan : Pengetahuan ibu, dukungan tokoh masyarakat, sarana, jarak, waktu menuju fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan/kader memiliki hubungan dalam menentukan KADARZI. Perlu adanya pelatihan atau membekali kader tentang teknik promosi kesehatan yang efektif sesuai sasaran yang dihadapi dan memfasilitasi dengan alat bantu promosi kesehatan yang memadai.

Kata Kunci : Balita; KADARZI; Program

PENDAHULUAN

Gambaran pembangunan kesehatan di Indonesia pada sekarang ini dapat ditunjukkan dengan rendahnya pengoptimalan fasilitas pelayanan

kesehatan oleh masyarakat. Pada 2018 baru 54,6 % anak balita yang dibawa ke fasilitas kesehatan untuk ditimbang sesuai standar sebagai upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan. Bayi dan balita yang telah

mendapat Kapsul Vitamin A sesuai standar hanya mencapai 53,5 %. Sementara itu perilaku gizi lain yang belum baik adalah masih rendahnya ibu yang menyusui bayi 0-6 bulan secara eksklusif yang baru mencapai 37,3 %, dan proporsi konsumsi makanan beragam pada anak usia 6-23 bulan dengan angka sekitar 46 %.¹

Rendahnya angka-angka diatas menunjukkan pembangunan kesehatan di Indonesia belum dapat dikatakan baik, terutama pada kelompok rentan gizi seperti balita. Pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya untuk perbaikan gizi dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan melakukan perbaikan pada tingkat keluarga melalui program kesehatan yakni Keluarga Sadar Gizi (KADARZI).²

Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya. Keluarga dikatakan mencapai status KADARZI jika telah melaksanakan indikator yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beriodium dan minum suplemen gizi (TTD untuk ibu hamil, kapsul Vitamin A dosis tinggi untuk balita 6-59 bulan) sesuai anjuran.²

Pada umumnya suatu keluarga telah memiliki pengetahuan dasar mengenai gizi, menurut penelitian yang dilakukan oleh Octaviani (2012)³ walaupun keluarga memiliki pengetahuan gizi dasar, namun sikap dan keterampilan serta kemauan untuk bertindak memperbaiki gizi keluarga masih rendah. Keluarga menganggap asupan makanannya cukup memadai karena tidak ada dampak buruk yang mereka rasakan. Terdapat keluarga juga yang mengetahui bahwa ada jenis makanan yang lebih berkualitas namun mereka tidak memiliki kemampuan dan kemampuan untuk penyiapannya. Hal ini menjelaskan bahwa untuk memperbaiki masalah gizi di keluarga butuh dorongan dan bantuan dari pihak luar keluarga untuk memberikan arahan kepada keluarga.^{3,4}

Penanggulangan masalah kesehatan dan gizi di tingkat keluarga seperti KADARZI perlu keterlibatan masyarakat. Dari berbagai studi di Indonesia, ditemukan bahwa masalah kesehatan dan gizi cenderung dianggap sebagai masalah individu keluarga, sehingga kepedulian masyarakat dalam penanggulangan masalah kesehatan dan gizi masih rendah. Keterlibatan dan perhatian pihak LSM di

pusat dan daerah terhadap masalah kesehatan dan gizi masyarakat belum memadai. Hal serupa terjadi juga pada peranan tokoh masyarakat dan tokoh agama yang sebetulnya memiliki pengaruh yang kuat di masyarakat tetapi belum berperan secara optimal. Demikian pula dengan keterlibatan pihak swasta atau dunia usaha yang seharusnya memiliki potensi besar dalam promosi KADARZI.⁵

Promosi kesehatan terkait KADARZI tentunya merupakan bagian dari tindakan promotif dan preventif pada tingkat pelayanan kesehatan. Peranan promosi kesehatan sangat diperlukan dalam mewujudkan KADARZI. Namun demikian kajian saat ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan masih menitikberatkan pada upaya kuratif dan rehabilitatif. Di lapangan saat ini kegiatan dan ketersediaan media promosi terkait kesehatan masih sangat terbatas, sehingga keterpaparan informasi terkait KADARZI untuk keluarga masih sangat minim.⁵

Belum tercapainya indikator-indikator KADARZI tentunya akan berakibat pada permasalahan gizi. Dampak dari permasalahan gizi yang paling ditakuti adalah gagal tumbuh (*growth faltering*), terutama gagal tumbuh kembang otak apalagi terjadi pada usia produktif seperti balita.⁶ Anak yang menderita permasalahan gizi tidak saja menurun kecerdasan otaknya, tetapi menyimpan potensi terkena penyakit degeneratif ketika memasuki usia dewasa. Oleh karena itu diperlukan adanya peninjauan dalam berbagai aspek yang berhubungan dengan indikator KADARZI pada balita 6-59 bulan yang keberhasilannya ditentukan oleh berjalannya program kesehatan, yakni indikator suplementasi vitamin A, penggunaan garam beryodium, dan menimbang berat badan secara teratur.

METODE

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Cihara, Banten pada Juli 2019. Populasi penelitian ini ialah keluarga yang memiliki anak balita usia 6-59 bulan pada tahun 2018 di Kecamatan Cihara yaitu sebanyak 2555 keluarga. Perhitungan sampel menggunakan formula *cohen* (*Priori: Chi-square test*) pada aplikasi *G*Power* didapati jumlah sampel minimal dalam penelitian ini ialah 151 sampel, untuk menghindari kebiasaan data dan memaksimalkan penyebaran sampel, peneliti mengambil sampel sebanyak 200 sampel. Penelitian ini telah lolos kaji etik yang dikeluarkan oleh Dewan penagak Kode Etik Universitas Esa Unggul.

Data yang dikaji dalam penelitian ini diperoleh dari sumber pertama (primer) yang dikumpulkan menggunakan kuesioner dan angket yang dibuat oleh peneliti dengan memilih

pertanyaan yang telah tervalidasi dan teruji secara reliable. Data yang dikumpulkan menggunakan kuesioner yaitu karakteristik keluarga yang meliputi besar keluarga dan pendapatan keluarga; data aspek pelayanan kesehatan yang meliputi sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu tempuh, serta keterpaparan informasi; data status KADARZI keluarga balita yang dikumpulkan menggunakan kuesioner lalu dilakukan pengecekan melalui KMS / buku KIA / Catatan posyandu atau kader, data tersebut ialah frekuensi menimbang berat badan balita, uji garam beriodium pada keluarga balita (*Iodina Test*), dan data suplementasi gizi pada keluarga balita. Angket dalam penelitian ini digunakan untuk mengumpulkan data tingkat pengetahuan responden, peran tokoh masyarakat,

dan pelayanan petugas kesehatan / kader. Semua data kemudian dilakukan analisis bivariat menggunakan uji *chi square* dan multivariable dengan regresi logistik berganda ($\alpha = 0,05$ atau CI= 95%).

HASIL

Karakteristik Subjek Penelitian

Gambaran tingkat pengetahuan responden sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan kurang baik yaitu sebanyak 122 (61,0 %) responden. Karakteristik keluarga terdiri dari besar keluarga dan pendapatan keluarga yang telah dikelompokkan sesuai dengan UMR Kabupaten Lebak (Rp 2.312.384,-) Provinsi Banten Tahun 2018 (Tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Variabel	Jumlah (n)	%
Tingkat Pengetahuan		
Kurang Baik (≤ 50 %)	122	61,0
Baik (>50 %)	78	39,0
Besar Keluarga		
Besar (> 4 orang)	115	57,5
Kecil (≤ 4 orang)	85	42,5
Pendapatan Keluarga		
Rendah ($<$ UMR Kab. Lebak 2018)	138	69,0
Tinggi (\geq UMR Lab. Lebak 2018)	62	31,0
Peran Tokoh Masyarakat (Ulama/Ki'ai/Ustadz/Ketua RT/RW)		
Tidak Mendukung (≤ 50 %)	113	56,5
Mendukung (> 50 %)	87	43,5
Sarana Pelayanan Kesehatan		
Kurang Baik (≤ 2 buah)	102	51,0
Baik (> 2 buah)	98	49,0
Jarak Menuju Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
Jauh ($>5,1$ Km)	92	46,0
Sedang (1,1 – 5 Km)	55	27,5
Dekat (< 1 Km)	53	26,5
Waktu Tempuh Menuju Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
Sangat Lama (> 60 Menit)	74	37,0
Lama (31 – 60 Menit)	29	14,5
Sedang (16 – 30)	42	21,0
Sebentar (< 15 Menit)	55	27,5
Pelayanan Petugas Kesehatan / Kader (Dokter/Bidan/Kader)		
Belum Baik (≤ 50 %)	69	35,5
Baik (> 50 %)	131	65,5
Keterpaparan Informasi		
Tidak Terpapar (< 3 Indikator)	117	58,5
Terpapar (≥ 3 Indikator)	83	41,5

Tabel 1 menjelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki besar keluarga dengan tingkat kategori besar (> 4 orang) dengan jumlah 115 (57,5%) responden. Sebanyak 138 (69%) responden memiliki tingkat pendapatan keluarga rendah, sedangkan 62 (31%) responden memiliki pendapatan

keluarga tinggi. Diketahui sebanyak 113 (56,5%) responden menyatakan tokoh masyarakat masuk kedalam kategori tidak mendukung

Sebagian besar jumlah sarana pelayanan kesehatan yang tersedia di lingkungan responden berada dalam kategori kurang baik (≤ 2 buah)

dengan jumlah 102 (51 %) responden. Rata-rata responden memiliki jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan kategori jauh dengan persentasi sebesar 46 % (92). Didapati sebagian besar waktu tempuh menuju fasilitas pelayanan kesehatan dalam penelitian ini ialah lebih dari 60 menit (sangat lama) dengan 74 (37 %) responden. Sebanyak 131 (65,5 %) responden menyatakan pelayanan petugas kesehatan/kader berada dalam kategori baik. 83 (41,5 %) responden menyatakan telah terpapar informasi indikator KADARZI.

Status KADARZI

Pada penelitian ini status KADARZI ditentukan oleh indikator yang keberhasilannya dipengaruhi oleh berjalannya program kesehatan, yakni indikator suplementasi vitamin A, penggunaan garam beryodium, dan menimbang berat badan secara teratur. Sebanyak 135 (67,5 %) responden telah melaksanakan indikator KADARZI yang sesuai dalam penelitian. Distribusi frekuensi status KADARZI dapat dilihat pada Tabel 2.

Faktor yang Mempengaruhi Status KADARZI

Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square*, diketahui bahwa tingkat pengetahuan ibu, peran tokoh masyarakat, sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan Kesehatan serta pelayanan petugas Kesehatan / kader mempunyai hubungan yang signifikan dengan status KADARZI (Tabel 3).

Analisis Multivariat selanjutnya dilakukan untuk menganalisis variabel yang paling mempengaruhi status KADARZI, seluruh variabel akan diretriaksi menjadi 2x2 untuk melakukan uji ini. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan faktor yang paling berpengaruh terhadap status KADARZI dapat dilihat di Tabel 4.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Status KADARZI

Variabel	Jumlah (n)	%
Status KADARZI		
Tidak KADARZI	135	67,5
KADARZI	65	32,5

Tabel 3. Faktor yang Mempengaruhi KADARZI

Variabel Independen	p value	OR	95% CI	
			Minimal	Maksimal
Tingkat Pengetahuan Ibu	*0,002 ^b	2,9	1,494	5,693
Pendapatan Keluarga Besar Keluarga	0,233 ^b	-	-	-
Peran Tokoh Masyarakat	*0,0001 ^b	4,3	2,170	8,478
Sarana Pelayanan Kesehatan	*0,005 ^b	2,5	1,360	4,662
Jarak Menuju Fasilitas Pelayanan Kesehatan	*0,032 ^a	-	-	-
Waktu Tempuh Menuju Fasilitas Pelayanan Kesehatan	*0,002 ^a	-	-	-
Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader	*0,0001 ^b	3,5	1,858	6,465
Keterpaparan Informasi	0,093 ^b	-	-	-

*Hubungan signifikan pada tabel taraf 0,05 (2-tailed); ^aUji Pearson Chi-Square; ^bUji Chi-Square Continuity Correction

Tabel 4. Model Prediksi KADARZI pada Keluarga Balita di Kecamatan Cihara, Banten

Variabel		Status KADARZI		
		B	p-Value	OR (95% CI)
Peran Tokoh Masyarakat	Tidak Mendukung (1)	1,152	0,006	3,166
	Mendukung (2)			(1,387 – 7,224)
Jarak Menuju FasYanKes	Jauh (1)	-2,461	0,0001	0,085
	Dekat (2)			(0,024 – 0,298)
Waktu Menuju FasYanKes	Lama (1)	2,182	0,0001	8,866
	Sebentar (2)			(2,782 – 28,260)
Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader	Belum Baik (1)	1,252	0,005	3,497
	Baik (2)			(1,470 – 8,322)
<i>Constant</i>		-2,242	0,001	

Berdasarkan nilai OR didapatkan variabel waktu tempuh menuju fasilitas pelayanan kesehatan memiliki nilai OR tertinggi dengan nilai 8,866. Dapat disimpulkan bahwa variabel waktu tempuh menuju pelayanan kesehatan ialah variabel yang paling berpengaruh terhadap Status KADARZI dalam penelitian ini. Responden dengan waktu tempuh sangat lama menuju fasilitas pelayanan kesehatan 8,866 kali lebih berisiko untuk tidak melakukan dan melaksanakan indikator program KADARZI.

PEMBAHASAN

Hubungan Pengetahuan Ibu dan Status KADARZI

Semakin tinggi pengetahuan tentang KADARZI, maka akan semakin besar kemungkinan untuk melaksanakan indikator KADARZI, sebaliknya semakin rendah pengetahuan tentang KADARZI maka akan semakin kecil kemungkinan untuk menerapkan indikator KADARZI.^{3,7}

Apabila ibu memiliki pengetahuan gizi yang baik, maka dengan sendirinya ibu akan sadar akan pentingnya kesehatan balita. Dengan demikian ibu balita akan memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia seperti posyandu. Ibu akan membawa balitanya dengan rutin ke posyandu untuk melihat perkembangan pertumbuhan yang dialami oleh balita. Juga apabila balita sakit maka ibu dengan sigap membawa balitanya ke sarana pelayanan kesehatan. Dengan demikian indikator Keluarga Sadar Gizi akan dijalankan oleh ibu balita. Berdasarkan hasil observasi peneliti, ibu balita dengan pengetahuan gizi yang baik juga cenderung dapat mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya.^{8,9}

Hubungan Pendapatan Keluarga dan Status KADARZI

Pendapatan keluarga sangat mempengaruhi terhadap konsumsi makanan sehari-hari. Apabila pendapatan rendah maka makanan yang dikonsumsi tidak mempertimbangkan nilai gizi, tetapi nilai materi lebih menjadi pertimbangan.¹⁰ Menurut Andidi (2010) pendapatan keluarga yang rendah menyebabkan keluarga anak balita hanya mampu membeli pangan yang relatif terjangkau. Namun pada dasarnya untuk memperoleh jenis makanan yang berkualitas baik tidak harus dengan harga yang mahal.^{11,12}

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang menerapkan indikator Keluarga Sadar Gizi memiliki pendapatan rendah, hal ini disebabkan karena pendapatan keluarga hanya bersumber dari kepala keluarga. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dan

status KADARZI ($p = 0,233$) pada keluarga balita Kecamatan Cihara, Banten.

Pada penelitian ini dengan pendapatan yang kurang, keluarga masih dapat melakukan perilaku terkait indikator KADARZI dikarenakan faktor-faktor lain yang mendukungnya seperti pengetahuan dalam keluarga dan dukungan dari pihak luar. Dengan sumber penghasilan yang hanya didapatkan dari kepala keluarga, membuat ibu balita memungkinkan untuk tidak bekerja. Hal ini membuat ibu balita dapat lebih fokus untuk merawat balitanya, sehingga dapat melaksanakan ketiga indikator KADARZI dalam penelitian ini yakni menimbang berat badan secara teratur, menggunakan garam beryodium, dan suplementasi gizi vitamin A.

Hubungan Besar Keluarga dan Status KADARZI

Besar keluarga merupakan salah satu faktor yang mempermudah keluarga untuk melakukan perilaku KADARZI. balita yang tinggal bersama > 4 orang (besar) ialah sebesar 57,5 atau sebanyak 115 responden. Hal ini dimungkinkan sebagian besar ibu balita tidak mengikuti program Keluarga Berencana (KB). Menurut pengamatan peneliti ketika pengambilan data, faktor lainnya yang menyebabkan ibu balita memiliki besar keluarga lebih dari 4 orang ialah ibu balita masih tinggal bersama orangtua kandungnya.¹³

Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara besar keluarga dan status KADARZI ($p = 1,000$) pada keluarga balita di Kecamatan Cihara, Banten. Dengan adanya anggota keluarga balita yang lebih dari 4 orang, memungkinkan keluarga balita untuk menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia dikarenakan adanya pembagian tugas di keluarga dalam pengasuhan balita, dan saling mengingatkan antar anggota keluarga terkait jadwal posyandu yang tersedia. Sehingga dengan begitu ibu balita akan menghadiri jadwal posyandu yang ada di lingkungan rumahnya.

Pada penelitian ini juga didapati balita yang tinggal bersama anggota keluarga lebih dari 4 orang namun bukan dikarenakan ibu balita tinggal bersama orangtuanya, melainkan dikarenakan ibu balita telah memiliki anak lebih dari 2. Dengan telah memiliki anak sebelumnya ibu balita lebih sadar dan berpengalaman dalam mengasuh balita, sehingga ibu balita tersebut telah mengerti mengapa indikator Keluarga Sadar Gizi harus dilakukan.

Hubungan Peran Tokoh Masyarakat dan Status KADARZI

Tokoh masyarakat adalah jembatan antara sektor kesehatan dengan masyarakat.¹⁴ Sebagaimana

tertuang dalam PERMENKES No 23 Tahun 2014 yakni setiap orang berhak mendapatkan pendidikan gizi melalui komunikasi, informasi, dan edukasi. Dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, kader, tenaga pendidik dan tokoh masyarakat. Tokoh masyarakat terdiri dari tokoh masyarakat formal (RT/RW) dan tokoh masyarakat informal (ustadz, tokoh adat).¹⁵

Keterlibatan pemimpin informal dan partisipasi masyarakat akan berpengaruh terhadap keberhasilan program kesehatan. Hal ini dipertegas pada hasil penelitian ini ditemukannya hubungan yang bermakna antara peran tokoh masyarakat dengan status KADARZI ($p = 0,0001$) pada keluarga balita di Kecamatan Cihara, Banten. Nilai OR juga menunjukkan ibu balita yang memiliki tokoh masyarakat tidak mendukung 4,3 lebih beresiko untuk tidak melakukan dan melaksanakan indikator program KADARZI.

Tokoh masyarakat berperan dalam melakukan pemberdayaan terhadap masyarakat, yakni membantu masyarakat untuk memperoleh informasi dan mengambil keputusan serta menentukan suatu tindakan dalam melaksanakan indikator Keluarga Sadar Gizi dengan mengurangi hambatan sosial yang ada di masyarakat. Dengan demikian akan menimbulkan kemampuan dan rasa percaya diri pada ibu balita untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia dengan mendapat dukungan dari lingkungan sekitarnya. Dalam hal ini tokoh masyarakat berperan diyakini dapat membangun kepercayaan bagi ibu balita. Kepercayaan terbentuk melalui rangkaian perilaku antara orang yang memberikan kepercayaan dan orang yang dipercayakan tersebut.¹⁶

Pada daerah yang memiliki kepercayaan yang kuat kepada tokoh masyarakat seperti Kecamatan Cihara, budaya yang ada pada masyarakat sangat mengedepankan prinsip gotongroyong, dimana ketika ada kegiatan di desa maka seluruh masyarakat yang tinggal disekitarnya ikut membantu mensukseskannya. Biasanya yang memulai untuk mengajak masyarakat untuk bergotong royong ialah Tokoh Masyarakat. Apabila tokoh masyarakat sudah berbicara maka masyarakat akan mengikuti arahan yang diberikan oleh tokoh masyarakat. Dalam aspek kesehatan khususnya KADARZI, ketika tokoh masyarakat aktif mengajak masyarakat untuk hadir dan mensukseskan kegiatan posyandu, maka masyarakat akan mengikuti kegiatan posyandu seperti yang diarahkan oleh tokoh masyarakat. Dikarenakan tokoh masyarakat ialah orang yang terpancang dan didengarkan oleh masyarakat.

Hubungan Sarana Pelayanan Kesehatan dan Status KADARZI

Tersedianya sarana pelayanan kesehatan juga merupakan faktor penting dalam menentukan KADARZI. Penyediaan sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat, dan menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan sarana pelayanan Kesehatan.¹⁷ Adanya fasilitas kesehatan ialah salah satunya untuk melaksanakan pelayanan gizi, seperti tertuang pada PERMENKES No. 23 Tahun 2014 pasal 12 ayat (1) yang berbunyi pelayanan gizi dilakukan untuk mewujudkan perbaikan gizi pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dengan prioritas kepada kelompok rawan gizi.^{5,17}

Sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memungkinkan keluarga untuk melakukan perilaku Keluarga Sadar Gizi, berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sarana pelayanan kesehatan dengan status KADARZI ($p = 0,005$) pada keluarga balita di Kecamatan Cihara, Banten. Hubungan ini diperkuat dengan didapati kesimpulan tidak tersedianya sarana pelayanan yang mendukung berisiko 2,5 kali untuk tidak melakukan dan melaksanakan indikator program KADARZI.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sartika (2010)¹⁸ yang menyatakan kemampuan suatu keluarga untuk mengakses pelayanan kesehatan terkait gizi berkaitan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan. Dengan tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan dilingkungan balita di setiap desa Kecamatan Cihara seperti posyandu/praktek bidan, memungkinkan keluarga balita untuk mengakses pelayanan kesehatan, sehingga apabila mengakses pelayanan kesehatan secara rutin maka secara bersamaan indikator Keluarga Sadar Gizi akan diterapkan oleh keluarga balita. Begitu juga sebaliknya apabila dilingkungan balita tidak tersedia fasilitas pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan keluarga balita tidak mengakses pelayanan kesehatan sehingga indikator Keluarga Sadar Gizi tidak diterapkan oleh keluarga balita.

Kemampuan ibu untuk mengakses pelayanan kesehatan juga menentukan keberhasilan KADARZI. Kemampuan tersebut dapat diukur dengan jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan kesehatan. Didapati terdapat hubungan yang bermakna antara jarak dan waktu menuju sarana pelayanan kesehatan dengan status KADARZI. Jarak tempat tinggal responden ke pelayanan kesehatan merupakan salah satu penghambat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk keluarganya, jika tempat tinggalnya tidak terlalu jauh dari sarana pelayanan kesehatan.¹⁸

Hubungan Jarak Menuju Sarana Pelayanan Kesehatan dan Status KADARZI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita yang menerapkan indikator Keluarga Sadar Gizi memiliki jarak tempuh sedang (1-5 Km) dan dekat (<1 Km), sedangkan ibu balita yang belum menerapkan indikator Keluarga Sadar Gizi memiliki jarak tempuh jauh (> 5 Km). Didapati terdapat hubungan yang bermakna antara jarak menuju sarana pelayanan kesehatan dan status KADARZI ($p = 0,032$) pada keluarga balita di Kecamatan Cihara, Banten.

Sesuai dengan penelitian Liestiani (2006)¹⁷ yang menyatakan bahwa jarak merupakan penghalang yang meningkatkan kecenderungan penundaan upaya seseorang atau masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan. Jarak tempat tinggal responden ke pelayanan kesehatan merupakan salah satu penghambat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk keluarganya, jika tempat tinggalnya tidak terlalu jauh dari sarana pelayanan Kesehatan.¹⁸

Salah satu tanggung jawab seluruh jajaran kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan terjangkau oleh setiap individu, keluarga dan masyarakat luas. Namun pada kenyataannya seperti pada Kecamatan Cihara tetap saja banyak masyarakat yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Ketidakterjangkauan umumnya terjadi karena jauhnya jarak tempuh dan terlampau besarnya jumlah masyarakat yang menjadi tanggung jawab sebuah sarana pelayanan Kesehatan.¹⁷

Letak pelayanan kesehatan yang ikut menentukan keberhasilan indikator Keluarga Sadar Gizi di Kecamatan Cihara salah satunya ialah posyandu. Letak posyandu pada Kecamatan Cihara ditentukan lokal sendiri oleh masyarakat, berada di tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat, atau terdapat juga yang belum memiliki posyandu sehingga melaksanakan kegiatan posyandu di rumah penduduk, balai masyarakat, pos rukun tetangga (RT) atau rukun warga (RW) atau pos lainnya.

Hal ini agar jarak posyandu mudah dijangkau sehingga memudahkan masyarakat untuk menimbang anaknya. Semakin dekat jarak tempuh rumah dengan tempat penyelenggaraan posyandu, maka akan semakin banyak masyarakat yang memanfaatkan posyandu. Posyandu yang terjangkau semua pengguna dengan jalan kaki

dapat mendukung posyandu berjalan dengan baik sehingga mewujudkan pelayanan gizi menjadi efektif. Semakin dekat jarak tempuh posyandu maka akan semakin banyak ibu balita yang hadir dalam pelaksanaan posyandu.

Hubungan Waktu Menuju Sarana Pelayanan Kesehatan dan Status KADARZI

Waktu tempuh menuju sarana pelayanan kesehatan memiliki dampak yang berpengaruh dengan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan. Ibu yang bertempat tinggal dekat atau mudah dijangkau oleh fasilitas pelayanan kesehatan akan mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan.¹⁹ Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara waktu tempuh menuju sarana pelayanan kesehatan dan status KADARZI ($p = 0,002$) pada keluarga balita di Kecamatan Cihara, Banten.

Waktu tempuh yang dekat mempengaruhi keluarga balita untuk melakukan indikator KADARZI. Dengan waktu tempuh yang semakin dekat memungkinkan keluarga balita untuk mengakses pelayanan kesehatan, sehingga apabila mengakses pelayanan kesehatan secara rutin maka secara bersamaan indikator Keluarga Sadar Gizi akan diterapkan oleh keluarga balita. Waktu tempuh keluarga balita menuju pelayanan kesehatan di Kecamatan Cihara berkesinambungan dengan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia, dan jarak menuju fasilitas pelayanan kesehatan. Namun waktu tempuh memiliki faktor penentu lainnya yakni kondisi jalanan di desa-desa Kecamatan Cihara belum terbentuk dari aspal melainkan masih tanah dan bebatuan, sehingga walaupun jarak menuju fasilitas kesehatan termasuk dekat atau terjangkau apabila kondisi jalannya masih bebatuan dan tanah ibu balita akan sulit dan membutuhkan waktu lama untuk menuju fasilitas kesehatan.

Kondisi tersebut telah diantisipasi dengan terbanyaknya posyandu yang tersebar di setiap dusun yang ada di desa kecamatan Cihara, walaupun belum tersebar secara merata, didukung dengan keaktifan dari kader dan tokoh masyarakat desa yang belum memiliki posyandu melaksanakan kegiatan posyandu di rumah penduduk, balai masyarakat, pos rukun tetangga (RT) atau rukun warga (RW) atau pos lainnya. Sehingga indikator KADARZI yang dilaksanakan oleh keluarga balita dapat tercapai. Idealnya jangkauan masyarakat (waktu tempuh) terhadap sarana pelayanan kesehatan haruslah semudah mungkin sehingga memudahkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan.²⁰

Hubungan Pelayanan Petugas Kesehatan/Kader dan Status KADARZI

Pelayanan petugas kesehatan/kader merupakan salah satu faktor yang juga menguatkan keluarga untuk melakukan perilaku KADARZI. Didapatkan nilai OR 3,5 menunjukkan ibu balita yang memiliki pelayanan kesehatan/kader belum baik 3,5 lebih beresiko untuk tidak melakukan dan melaksanakan indikator program KADARZI. Adanya hubungan yang bermakna antara pelayanan petugas kesehatan/kader ($p = 0,0001$) dikarenakan petugas kesehatan/kader mampu mengarahkan ibu balita secara aktif dalam menerapkan indikator KADARZI. Pada penelitian ini petugas kesehatan yang sering dijumpai ibu balita dalam melaksanakan indikator KADARZI ialah kader. Kader-kader mampu menjemput bola atau melakukan kunjungan ke rumah ibu balita untuk mendata setiap balita yang ada di wilayah tugasnya, serta memberikan informasi terkait pelaksanaan posyandu dengan rutin. Sehingga dengan demikian ibu balita akan merasa diperhatikan dan mengikuti kegiatan posyandu dengan rutin.

Hal ini juga sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2003)¹⁴ bahwa adanya dukungan petugas kesehatan/kader merupakan dukungan sosial dalam bentuk dukungan informatif, dimana perasaan responden merasa bahwa lingkungan memberikan keterangan yang cukup jelas mengenai hal-hal yang diketahui.

Petugas kesehatan/kader akan mendukung perilaku ibu untuk melakukan upaya kesehatan/indikator KADARZI melalui keterampilan komunikasi dan ada upaya-upaya petugas kesehatan/kader memperkuat ibu dengan memberikan pujian, dorongan dan diskusi atau dengan menjadi sumber informasi yang dapat dipercaya.

Hubungan Keterpaparan Informasi Indikator KADARZI dan Status KADARZI

Berdasarkan penelitian, sebagian besar ibu balita tidak terpapar informasi mengenai indikator KADARZI dari petugas pelayanan kesehatan/kader, televisi, radio, internet, ataupun yang lainnya. Hal tersebut dikarenakan dari kelima indikator KADARZI, terdapat kedua indikator yang jarang didengar oleh ibu balita, yakni makan beragam dan menggunakan garam beryodium. Keterpaparan informasi merupakan salah satu faktor yang menguatkan keluarga untuk melakukan perilaku KADARZI. Namun pada penelitian ini tidak ditemukannya hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi KADARZI dan status KADARZI ($p = 0,093$) pada keluarga balita di Kecamatan Cihara, Banten.

Paparan informasi bisa menimbulkan kesadaran seseorang untuk berperilaku sehat. Menurut Depkes (2007) paparan informasi KADARZI akan berdampak pada perubahan perilaku KADARZI apabila proses pemberian informasi tersebut dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan sehingga semakin sering terpapar informasi melalui berbagai media maka peluang keluarga untuk berperilaku KADARZI akan semakin besar.^{2,21}

Pada Kecamatan Cihara masyarakat mendapatkan informasi terkait kesehatan hanya didapatkan dari petugas kesehatan/kader, sangat jarang ditemukan ibu balita mendapatkan informasi promosi kesehatan dari media seperti koran, tv dan yang lainnya. Melalui fasilitas pelayanan kesehatan seperti posyandu, kader akan memberikan pelayanan secara langsung mengikuti jadwal kegiatan rutin posyandu dan prioritas keadaan yang ada pada ibu balita sehingga lebih mengedepankan pada komunikasi, dan pengarahannya langsung. Keaktifan dari posyandu dan kader ini yang menyebabkan sebagian besar ibu balita tidak terpapar mengenai indikator KADARZI namun telah melaksanakan indikator Keluarga Sadar Gizi.

Faktor Paling Dominan (Deskripsi Analisis Multivariat)

Variabel waktu tempuh menuju fasilitas pelayanan kesehatan memiliki nilai OR tertinggi dengan nilai 8,866. Ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak, waktu tempuh maupun dari segi biaya dan sosial serta adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu. Faktor ini mencerminkan bahwa meskipun seseorang mempunyai pengetahuan/sikap/perilaku yang baik untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya.²¹

Apabila kita kaitkan teori yang dinyatakan oleh Notoatmodjo (2010)²¹ dengan hasil penelitian ini, pada kecamatan Cihara, Banten memiliki 9 desa yang tersebar dan setiap desa memiliki dusun-dusun didalamnya. Berdasarkan pengamatan yang peneliti lakukan selama masa penelitian, akses jalan yang tersebar pada desa Kecamatan Cihara sebagian besar sulit dilalui dikarenakan jalan masih bebatuan dan bertanah. Sebagian besar desa yang tersebar tidak dilalui oleh angkutan umum. Dengan keterbatasannya kendaraan yang dimiliki apabila ibu balita ingin menuju fasilitas pelayanan kesehatan harus menunggu kendaraan atau diantar oleh keluarga untuk menuju fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagian kecil responden yang memiliki kendaraan bermotor tidak berani untuk menggunakan kendaraan secara sendiri untuk

menuju fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan akses jalan yang tergolong sulit dilalui.

Apabila ibu balita tidak memiliki kemampuan untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan akan menyebabkan ibu balita tidak akan memanfaatkan secara maksimal sarana pelayanan kesehatan yang tersedia, dengan berkesinambungan jika ibu tidak rutin pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan maka indikator KADARZI tidak dapat dilaksanakan.

SIMPULAN

KADARZI pada keluarga balita dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu, peran tokoh masyarakat, sarana, jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan kesehatan, serta pelayanan petugas kesehatan/kader. Variabel waktu tempuh menuju pelayanan kesehatan ialah variabel yang paling berpengaruh terhadap Status KADARZI dalam penelitian ini. Menggambarkan bahwa responden dengan waktu tempuh sangat lama menuju fasilitas pelayanan kesehatan 8,866 kali lebih beresiko untuk tidak melakukan dan melaksanakan indikator KADARZI.

Perlu adanya peningkatan evaluasi dan kerjasama dari kebijakan/program pemerintah terkait KADARZI seperti bekerjasama dengan Kementerian Agama dalam mengadakan program ceramah masyarakat sehat yang dilakukan oleh tokoh masyarakat seperti ustadz/ki'ai, guna memberikan ceramah yang mendukung tercapainya indikator KADARZI. Mengingat tokoh masyarakat memiliki peran penting dalam perubahan perilaku di masyarakat (cenderung lebih didengar). Selain itu, sebagai pelaksana utama di masyarakat, Puskesmas Kecamatan Cihara dapat memberikan pelatihan atau membekali kader tentang teknik promosi kesehatan yang efektif sesuai sasaran yang dihadapi dan memfasilitasi dengan alat bantu promosi kesehatan yang memadai.

DAFTAR PUSTAKA

- 1 Kementerian Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018.
- 2 Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat; 2007.
- 3 Octaviani IA, Margawati A. Hubungan pengetahuan dan perilaku ibu buruh pabrik tentang KADARZI (Keluarga Sadar Gizi) dengan status gizi anak balita (studi di Kelurahan Pagersari, Ungaran). *Journal of Nutrition College*, 2012;1(1):46–54.
- 4 Dariyo, A. Psikologi Perkembangan Dewasa Muda: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia; Jakarta, 2003: 69-76.
- 5 Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Upaya Perbaikan Gizi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
- 6 Almatsier, S. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: PT. Gramedia pustaka utama; 2009: 51-75.
- 7 Rahardjo S, Wati, EK. Hubungan tingkat pendidikan dan pengetahuan dengan perilaku keluarga sadar gizi (kadarzi) pada masyarakat perkotaan dan perdesaan Di Kabupaten Banyumas. *Kesmas Indonesia: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*. 2017; 4 (2): 150–158.
- 8 Aisyaroh. Hubungan perilaku KADARZI (Keluarga Sadar Gizi) dengan status gizi balita di wilayah kerja puskesmas Gajah 1 Demak. *Motorik Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2014 ; 9(19): 1–15.
- 9 Rachmayanti RD. Peningkatan pengetahuan ibu balita melalui pengenalan program KADARZI di Kelurahan Wonokusumo Surabaya. *Media Gizi Indonesia*, 2018; 13(2): 176–182.
- 10 Astuti FD, Sulistyowati TF. Hubungan tingkat pendidikan ibu dan tingkat pendapatan keluarga dengan status gizi anak prasekolah dan sekolah dasar di Kecamatan Godean. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health)*. 2013; 7(1): 15–20.
- 11 Andini IFY. Hubungan antara status keluarga sadar gizi (kadarzi) dengan status gizi anak usia 6-23 bulan di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. *Journal University of Jember*. 2010; 1(4): 33–41.
- 12 Prakoso SIS, Mulyana B. Keragaman pangan dengan status kadarzi keluarga di wilayah kerja posyandu Sidotopo, Surabaya. *Amerta Nutrition*. 2018; 2(3): 219–227.
- 13 Kristianti D. Hubungan antara karakteristik pekerjaan ibu dengan status gizi anak usia 4-6 tahun Di TK Salomo Pontianak. *Jurnal ProNers*. 2015; 3(1): 17–21.
- 14 Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007: 107-129.
- 15 Proverawati A, Prawirohartono EP, Kuntjoro T. Jenis kelamin anak, pendidikan ibu, dan motivasi dari guru serta hubungannya dengan preferensi makanan anak sekolah pada anak prasekolah Di TK Universitas Muhammadiyah Purwokerto. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2008; 5(2): 78–83.
- 16 Kirana, A. Studi korelasi efikasi diri dan dukungan sosial dengan prestasi akademik:

- telaah pada siswa perguruan tinggi. *Jurnal Ilmiah Berkala Psikologi*. 2010; 12(1): 47-57.
- 17 Liestiani E. Pengaruh aksesibilitas terhadap wilayah pelayanan puskesmas di kota magelang berdasarkan persepsi pengunjung. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2006; 4(2): 10–17.
- 18 Sartika RAD. Analisis pemanfaatan program pelayanan kesehatan status gizi balita. *Kesmas: National Public Health Journal*. 2010; 5(2): 90–96.
- 19 Oktarina S. Malindo V. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan posyandu oleh ibu balita di kelurahan kurao wilayah kerja puskesmas Nanggalo Kota Padang Tahun 2015. *Jurnal Ilmu Kesehatan 'Afiyah*. 2015; 2(2): 1-10.
- 20 Sitorus H. Ambarita PL. Gambaran aksesibilitas sarana pelayanan kesehatan Di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Analisis Data Risesdas 2007). *SPIRAKEL*. 2011; 24–30.
- 21 Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasi Edisi Revisi 2010*. Jakarta: Rineka Cipta; 2010: 124-137.