



**PERBEDAAN PENGETAHUAN TENTANG
KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) SEBELUM
DAN SESUDAH PENERAPAN METODE KONSELING
GIZI DI DESA SUMBEREJO KECAMATAN JAKEN
KABUPATEN PATI**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Esty Anggarini Fitrianingtyas
NIM. 6450406057

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
2011**

ABSTRAK

Esty Anggarini Fitrianingtyas.

Perbedaan Pengetahuan tentang Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati,

VI + 75 halaman + 16 tabel + 3 gambar + 10 lampiran

Visi pembangunan gizi adalah mewujudkan keluarga mandiri sadar gizi untuk mencapai status gizi keluarga yang optimal. Untuk mewujudkan perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI), sejumlah aspek perlu dicermati. Aspek ini berada di semua tingkatan yang mencakup tingkat keluarga, tingkat masyarakat, tingkat pelayanan kesehatan, dan tingkat pemerintah. Promosi KADARZI merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan keluarga melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar dapat mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Secara rata-rata di Provinsi Jawa Tengah cakupan KADARZI mengalami fluktuasi dari tahun 2005. Tetapi di Kabupaten Pati cakupan KADARZI masih belum memenuhi target karena di Kabupaten Pati cakupan KADARZI masih 59,31%. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui perbedaan pengetahuan tentang KADARZI sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi.

Jenis penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan rancangan *pre and posttest design with control group*. Populasi dalam penelitian ini yaitu jumlah seluruh keluarga yang mempunyai balita dan Ibu hamil di Desa Sumberejo sebesar 98. Sampel yang didapatkan berjumlah 48 responden. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner. Data kemudian diolah menggunakan uji *Wilcoxon*.

Berdasarkan data hasil penelitian, diperoleh hasil analisis bivariat dengan nilai *p value* 0,0001 yang berarti ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan tentang KADARZI sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi.

Saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini bagi instansi yaitu memberikan konseling gizi yang efektif, efisien, dan berkesinambungan kepada masyarakat, khususnya masyarakat yang memiliki balita atau Ibu balita diberikan ditiap posyandu untuk lebih meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang KADARZI. Bagi kader posyandu, disarankan agar selalu memberi dukungan kepada Ibu balita untuk mengikuti konseling gizi

Kata Kunci : Pengetahuan, Kadarzi, dan Metode Konseling Gizi

Kepustakaan : 23 (1995-2009)

ABSTRACT

Esty Anggarini Fitrianingtyas.

Differences between the understanding about Family that aware of nutrient (KADARZI) Before and After Using the Conseling Method in Sumberejo Village, Jaken District, Pati Regency.

VI + 75 pages + 16 tables + 3 pictures + 10 appendices

The perspective of nutrient development is the creation of an autonomous family that aware of nutrient in order to get the status of optimal family nutrient. In order to create KADARZI behavior, several aspects need to be concerned. These aspects is on any level that will be the family level, public level, health service level, and govenrmental level. The promotion of the family that aware of nutrient (KADARZI) is an efort to increase the family ability by the learning from, by, for and along with the society in order to know, to avoid and to solve the problem of nutrient in every individual. Generally, in Central Java province, KADARZI is getting on fluctuation from 2005. But in Pati region, KADARZI is still on 59,31 %. The purpose of this experiment basically to understand the difference understanding about KADARZI before and after the use of the nutrient conseling method.

This kind of the experiment is quasi experiment with pre and posttest design with control group. The population on this experiment will be the whole families that having baby under 5 years old in Sumberejo village in amount 98. Sample that are got are 48 respondents. Instrument that are used in form of questioner. The data then will be processed using Wilcoxon test.

Based on the result data from the experiment , the result of bivariat analysis with p value 0,0001 that means there will be important differences between the understanding about KADARZI before and after the nutrient conseling method.

The advices that can be given in term of this experiment for the official are giving effective, efisien, and continously nutrient conseling to the public, particularly to the society that having baby under 5 years old or to the mother in every posyandu to make the public more understand about KADARZI. For the member of posyandu, be advised to always giving support to the mother that having baby under 5 years old to follow the conseling of nutrient itself.

Keyword : Understanding, Kadarzi, and Method of Nutrient Conseling
Reference : 23 (1995-2009)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama:

Nama : Esty Anggarini Fitrianingtyas
NIM : 6450406057
Judul : Perbedaan Pengetahuan tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi Di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati
Pada hari : Senin
Tanggal : 06 Juni 2011

Panitia Ujian

Ketua Panitia

Sekretaris

Drs. H. Harry Pramono, M.Si
NIP. 19591019 198503 1 001

Widya Hary C, SKM, M. Kes
NIP. 19771227 200501 2 001

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji

dr. Oktia Woro KH, M.Kes
NIP. 19591001 198703 2 001

Anggota Penguji
(Pembimbing Utama)

dr. H. Mahalul Azam, M.Kes
NIP. 19751119 200112 1 001

Anggota Penguji
(Penguji Pendamping)

Mardiana, SKM, M.Si
NIP. 19800420 200501 2 003

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“Kesuksesan akan didapatkan dengan kesungguhan dan kegagalan terjadi akibat kemalasan, bersungguh-sungguhlah maka kamu akan mendapatkan dengan segera apa yang kamu cita-citakan” (Sholahuddin As-Supadi).

“Belajarlaha, tidak ada seorangpun yang dilahirkan dalam keadaan pintar, dan orang-orang berilmu akan berbeda dengan orang-orang yang bodoh” (Akbar Zainudin).

Persembahan:

Karya ini ku persembahkan untuk

- 1. Bapak dan Ibuku tercinta*
- 2. Adik-adikku tersayang*
- 3. Almamaterku tercinta*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan skripsi dengan judul “Perbedaan Pengetahuan tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi Di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati” dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk melengkapi persyaratan kelulusan Strata I Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari peran serta berbagai pihak. Oleh karena itu, penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini, yaitu kepada:

1. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Said Junaidi, M.Kes., atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, dr. H. Mahalul Azam, M.Kes., atas ijin penelitian.
3. Dosen Pembimbing I, dr. H. Mahalul Azam, M.Kes., atas bimbingan, arahan dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dosen pembimbing II, Mardiana, SKM, atas bimbingan, arahan dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Kepala Kecamatan Jaken, Teguh Suwito, SH, atas ijin penelitian.

6. Bapak dan Ibu dosen Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas bekal pengetahuan yang telah diberikan selama kuliah.
7. Bapak, Ibu, Keluarga besar tercinta, atas cinta kasih, pengorbanan, motivasi, dan doanya dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Sahabat-sahabat terbaikku untuk persahabatan, kasih sayang, motivasi dan semua bantuannya dalam penyusunan skripsi ini.
9. Teman-teman IKM, terima kasih atas kebersamaannya.
10. Teman-teman kost, terima kasih atas motivasinya.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Meskipun demikian, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga dengan penuh kerendahan hati penulis akan menerima saran dan kritik untuk menyempurnakan skripsi ini. Akhirnya, penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Semarang, Maret 2011

Penyusun

DAFTAR ISI

Judul	
Halaman	
Abstrak	ii
Absrtact	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
Motto dan Persembahan.....	v
Kata Pengantar	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	6
1.5 Keaslian Penelitian.....	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
BAB II LANDASAN TEORI	11
2.1 Pengertian KADARZI	11
2.1.1 Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)	11
2.1.2 Pesan-Pesan KADARZI.....	14

2.1.3	Strategi KADARZI	29
2.1.4	Kebijakan KADARZI	30
2.1.5	Sasaran KADARZI	32
2.1.6	Strategi Promosi KADARZI	32
2.1.7	Strategi Operasional	33
2.1.8	Strategi Pemberdayaan KADARZI	35
2.1.9	Indikator dan Definisi Operasional	35
2.2	Konseling Gizi	40
2.2.1	Metode Konseling Gizi	40
2.2.2	Pengertian Konseling	40
2.2.3	Proses Konseling	40
2.2.4	Tahapan Konseling	42
2.2.5	Tujuan Konseling	42
2.2.6	Fungsi Konseling	43
2.2.7	Manfaat Konseling	43
2.2.8	Faktor-Faktor Penghambat Konseling	44
2.3	Penerapan Kadarzi Merupakan Bentuk Perilaku	45
2.3.1	Pengertian Perilaku	45
2.3.2	Teori Perubahan Perilaku	46
2.3.3	Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku	47
2.4	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kadarzi	49
2.4.1	Tingkat Pendidikan	49
2.4.2	Status Pekerjaan	50

2.4.3	Pendapatan Keluarga.....	51
2.4.4	Sarana dan Prasarana.....	52
2.4.5	Tingkat Masyarakat.....	53
2.5	Kerangka Teori.....	54
BAB III METODE PENELITIAN.....		55
3.1	Kerangka Konsep.....	55
3.2	Variabel Penelitian.....	56
3.3	Hipotesis Penelitian.....	57
3.4	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	57
3.5	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	59
3.6	Populasi dan Sampel Penelitian.....	60
3.7	Sumber Data Penelitian.....	62
3.8	Instrumen Penelitian.....	63
3.9	Teknik Pengambilan Data.....	65
3.10	Teknik Analisis Data.....	66
BAB IV HASIL PENELITIAN.....		68
4.1	Karakteristik Responden.....	68
4.2	Hasil Penelitian.....	70
4.3	Analisis Bivariat.....	71
BAB V PEMBAHASAN.....		72
5.1	Hasil Penelitian.....	72
5.2	Keterbatasan Penelitian.....	73

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	74
6.1 Simpulan	74
6.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN.....	78

DAFTAR TABEL

Tabel

Halaman

1. Keaslian Penelitian.....	7
2. Perbedaan Penelitian	8
3. Kebutuhan Iodium dan Besi pada Bayi Hingga Orang Dewasa	25
4. Kandungan Zat Gizi dalam ASI.....	27
5. Penilaian Indikator KADARZI Berdasarkan Karakteristik Keluarga.....	36
6. Indikator dan Definisi Operasional KADARZI	37
7. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Data	57
8. Distribusi Responden Menurut Pendidikan	68
9. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan.....	69
10. Distribusi Responden Menurut Pendapatan	69
11. Distribusi Frekuensi Skor Pengetahuan Kadarzi	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar

Halaman

1. Strategi Pemberdayaan KADARZI.....	35
2. Kerangka Teori.....	54
3. Kerangka Konsep.....	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Halaman

1. Surat Keputusan Pembimbing.....	78
2. Surat Ijin Penelitian.....	79
3. Surat Ijin Penelitian dari Litbang	82
4. Surat Keterangan Penelitian.....	83
5. Instrumen Penelitian.....	84
6. Data Responden	91
7. Data Hasil Pretest dan Posttest.....	93
8. Analisis data Bivariat	99
9. Dokumentasi	101

BAB I PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Visi pembangunan gizi adalah mewujudkan keluarga mandiri sadar gizi untuk mencapai status gizi keluarga yang optimal. Prinsipnya pelaksanaan sadar gizi oleh keluarga merupakan cermin dilaksanakannya PUGS (Pedoman Umum Gizi Seimbang). Gizi adalah investasi, merupakan fondasi yang amat penting untuk meningkatkan produktivitas, dan SDM sehingga perlu diprioritaskan. Keluarga sebagai unit sosial subyek pembangunan maupun sebagai makhluk biologi yang berinteraksi dengan lingkungan sekitar, merupakan target utama yang sangat strategis untuk merubah perilaku gizi kearah yang benar. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI), merupakan tujuan antara dalam rangka meningkatkan status gizi. Oleh karena itu seluruh program perbaikan gizi diarahkan mencapai keluarga sadar gizi. Untuk mencapai keluarga sadar gizi, seluruh komponen masyarakat harus bergerak secara terpadu untuk kesejahteraan masyarakat (Gsianturi, 2004).

KADARZI adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan minimal dengan kriteria sebagai berikut : Biasa makan beraneka ragam makanan, selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya (menimbang berat badan) khususnya balita dan ibu hamil, biasa menggunakan garam beryodium, memberi dukungan kepada ibu melahirkan agar memberikan ASI saja pada bayi sampai

umur 6 bulan, mendapatkan dan memberikan suplementasi gizi bagi anggota keluarga yang membutuhkan. Keluarga dikatakan Kadarzi, bila dapat melaksanakan seluruh perilaku tersebut. Bila salah satu perilaku belum dapat dilaksanakan, maka keluarga tersebut belum Kadarzi (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

Mewujudkan perilaku KADARZI, sejumlah aspek perlu dicermati. Aspek ini berada di semua tingkatan yang mencakup tingkat keluarga, tingkat masyarakat, tingkat pelayanan kesehatan, dan tingkat pemerintah. Di tingkat keluarga, aspek tersebut adalah pengetahuan dan keterampilan keluarga, kepercayaan, serta nilai dan norma yang berlaku. Sementara, di tingkat masyarakat yang perlu diperhatikan faktor pendukung perubahan perilaku keluarga, yaitu norma yang berkembang di masyarakat dan dukungan pemangku kepentingan (*stakeholders*) yang mencakup tokoh agama/masyarakat, LSM, ormas, media massa, dan sektor swasta. Di tingkat pelayanan kesehatan mencakup pelayanan preventif dan promotif. Di tingkat pemerintahan mencakup adanya kebijakan pemerintah yang mendukung pelaksanaan kebijakan yang dapat dipertanggungjawabkan (Departemen Kesehatan, 2007: 2-3).

Keberhasilan menerapkan keluarga sadar gizi ditentukan oleh banyak faktor antara lain pemberdayaan masyarakat melalui kader posyandu dengan penerapan metode konseling gizi. Metode konseling gizi yaitu suatu proses komunikasi 2 (dua) arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah kesehatan. Konselor sendiri merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai latar belakang pendidikan gizi atau pendidikan

kesehatan lainnya yang bekerja di puskesmas atau dinas kesehatan ataupun rumah sakit. Klien merupakan sasaran konseling (Gsianturi, 2004).

Pemberdayaan masyarakat merupakan proses pemberian informasi KADARZI secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran di berbagai tatanan, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar gizi, dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku sadar gizi. Sasaran utama pemberdayaan masyarakat adalah individu, keluarga dan kelompok masyarakat (Departemen Kesehatan, 2007: 10). Program-program yang mendukung kadarzi adalah kegiatan posyandu yang dilakukan di masing-masing wilayah. Disini peran Ibu sangat dominan dalam menentukan perilaku keluarga sadar gizi karena hampir sebagian besar pengambilan keputusan dalam hal penyediaan pangan di rumah tangga dilakukan oleh Ibu (Departemen Kesehatan, 2002: 12).

Promosi KADARZI merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan keluarga melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar dapat mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang mendukung upaya KADARZI (Departemen Kesehatan, 2007: 7).

Gambaran status gizi balita diawali dengan banyaknya bayi berat lahir rendah (BBLR) sebagai cerminan tingginya masalah gizi dan kesehatan ibu hamil. Sekitar 30 juta wanita usia subur menderita kurang energi kronis (KEK), yang bila hamil dapat meningkatkan risiko melahirkan BBLR. Setiap tahun, diperkirakan

sekitar 350 ribu bayi yang BBLR (≤ 2500 gram), sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka gizi kurang dan kematian balita. Pada tahun 2005 terdapat sekitar 5 juta balita gizi kurang, 1,7 juta diantaranya menderita gizi buruk. Pada usia sekolah, sekitar 11 juta anak tergolong pendek sebagai akibat dari gizi kurang pada masa balita. Masalah kurang gizi lainnya yaitu Anemia Gizi Besi (AGB) yang diderita oleh 8,1 juta anak balita, 10 juta anak usia sekolah, 3,5 juta remaja putri dan 2 juta ibu hamil. Masalah Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY) diderita oleh sekitar 3,4 juta anak usia sekolah dan sekitar 10 juta balita menderita Kurang vitamin A (KVA). Sementara masalah gizi kurang dan gizi buruk masih tinggi, ada kecenderungan peningkatan masalah gizi lebih sejak beberapa tahun terakhir. Hasil survei di perkotaan menunjukkan bahwa sekitar 12 % penduduk dewasa menderita gizi lebih. Data lain menunjukkan adanya peningkatan prevalensi penyakit degeneratif yang berkaitan dengan gaya hidup (Departemen Kesehatan, 2007: 1-2).

Menanggulangi masalah tersebut melalui Inpres nomor 8 tahun 1999, pemerintah mencanangkan gerakan penanggulangan masalah pangan dan gizi. Gerakan tersebut dilaksanakan melalui empat strategi utama yaitu pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, pemantapan kerjasama lintas sektor serta peningkatan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan. Sejalan dengan kegiatan tersebut, di dalam Undang-Undang nomor 25 tahun 2000 tentang program pembangunan nasional (Propenas) dan didalam Visi Indonesia Sehat, ditetapkan bahwa 80% keluarga menjadi Keluarga Mandiri Sadar Gizi (KADARZI), karena keluarga mempunyai nilai yang amat strategis dan menjadi inti dalam

pembangunan seluruh masyarakat, serta menjadi tumpuan dalam pembangunan manusia seutuhnya (Departemen Kesehatan, 2002:6).

Secara rata-rata di Provinsi Jawa Tengah cakupan KADARZI mengalami fluktuasi dari tahun 2005 sebesar 39,11%, 46,44%, di tahun 2006 dan tahun 2007 mengalami kenaikan yang mencolok menjadi 89,12 %. Tetapi di Kabupaten Pati cakupan KADARZI masih belum memenuhi target SPM (80%) karena di Kabupaten Pati cakupan KADARZI masih 59,31%. Berdasarkan profil kesehatan provinsi jawa tengah, kabupaten Pati masih merupakan kabupaten yang mempunyai cakupan rendah dalam melakukan penyuluhan gizi serta kesehatan yang masih rendah terutama perawatan kesehatan bagi Ibu hamil dan balita.

Berdasarkan survey pendahuluan yang telah dilakukan sebelumnya di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken, didapatkan hasil bahwa warga Desa Sumberejo khususnya Ibu-Ibu mempunyai pengetahuan gizi yang rendah, sehingga angka cakupan Kadarzipun menjadi rendah. Survey pendahuluan dilakukan dengan wawancara langsung menggunakan angket yang berisi pertanyaan-pertanyaan mengenai pengetahuan gizi ataupun Kadarzi. Untuk mengurangi masalah-masalah gizi yang terjadi maka diperlukan adanya penyuluhan gizi, khususnya akan dilakukan konseling gizi yang diharapkan nantinya akan meningkatkan status Kadarzi. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti ingin meneliti tentang ” Perbedaan Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan permasalahan diatas, maka permasalahan yang akan diteliti adalah Adakah perbedaan pengetahuan tentang keluarga sadar gizi (kadarzi) sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

Tujuan yang ingin dicapai dengan dilakukannya penelitian ini adalah : Mengetahui perbedaan pengetahuan tentang keluarga sadar gizi (kadarzi) sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati.

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan informasi yang lebih sehingga menambah pengetahuan tentang keluarga sadar gizi (KADARZI) sehingga diharapkan masyarakat di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati akan lebih peduli tentang masalah gizi yang terjadi disekitarnya serta mendukung program perbaikan gizi.

1.4.2 Bagi Pengelola Program Perbaikan Gizi di Puskesmas Jaken Kabupaten Pati

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam rangka perencanaan kegiatan perbaikan gizi dan promosi kesehatan. Serta memberi masukan bagi petugas kesehatan agar lebih aktif dalam memberikan konseling atau penyuluhan keluarga sadar gizi (KADARZI).

1.4.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini akan menambah pengetahuan dari ilmu yang didapat di bangku kuliah dan saat melaksanakan penelitian dibidang gizi dan kesehatan masyarakat.

1.4.4 Bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam melakukan penelitian lebih lanjut dalam pembinaan program Keluarga Sadar Gizi (KADARZI).

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1: Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi Keluarga dan Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Kadarzi di Desa Subah Kecamatan Subah Kabupaten Batang Tahun 2008	Lina Munadh iroh	2008 Desa Subah Kecamatan Subah Kabupaten Batang	Penelitian ini merupakan penelitian <i>explanatory research</i> (penelitian penjelasan). Dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Variabel bebas: Tingkat Sosial Ekonomi Keluarga dan Pengetahuan Gizi Ibu Variabel terikat: Status Kadarzi	Ada hubungan antara tingkat sosial ekonomi keluarga dan pengetahuan gizi ibu dengan status kadarzi di Desa Subah Kecamatan Subah Kabupaten Batang

Dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya (Tabel 1.1) terdapat perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan

Tabel 1.2: Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	Esty Anggarini Fitrianingtyas	Lina Munadhiroh
1.	Judul	Perbedaan Pengetahuan Tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati	Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi Keluarga dan Pengetahuan Gizi Ibu dengan Status Kadarzi di Desa Subah Kecamatan Subah Kabupaten Batang Tahun 2008
2.	Waktu dan Tempat	2011	2008
3.	Variabel Bebas	Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati Metode Konseling Gizi	Desa Subah Kecamatan Subah Kabupaten Batang Tingkat Sosial Ekonomi Keluarga dan Pengetahuan Gizi Ibu Status Kadarzi
4.	Variabel Terikat	Pengetahuan Tentang Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)	
5.	Variabel Luar	Tingkat pendidikan Ibu, status pekerjaan Ibu, tingkat pendapatan keluarga, sarana dan prasarana kegiatan pemetaan Kadarzi, pelayanan kesehatan, sikap dan perilaku tokoh masyarakat, keaktifan kader	Sarana dan prasarana kegiatan pemetaan kadarzi, pelayanan kesehatan, sikap dan perilaku tokoh masyarakat, keaktifan kader
6.	Metode	Metode penelitian <i>Eksperimen</i> . Menggunakan <i>Quasi Experiment</i> (Eksperimen semu)	Penelitian <i>explanatory research</i> (penelitian penjelasan). Dengan pendekatan <i>cross sectional</i>

Yang membedakan penelitian ini dengan penelitian Lina Munadhiroh, adalah waktu dan tempat penelitian. Waktu dan tempat penelitian ini tahun 2011 di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati sedangkan penelitian Lina Munadhiroh dilaksanakan pada tahun 2008 di Desa Subah Kecamatan Subah Kabupaten Batang. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah metode konseling gizi, sedangkan pada penelitian Lina Munadhiroh adalah tingkat sosial ekonomi keluarga dan pengetahuan gizi ibu. Variabel terikat pada penelitian ini adalah pengetahuan tentang keluarga sadar gizi (KADARZI), sedangkan pada penelitian Lina Munadhiroh adalah status kadarzi. Variabel luar dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan Ibu, status pekerjaan Ibu, tingkat pendapatan keluarga, sarana dan prasarana kegiatan pemetaan Kadarzi, pelayanan kesehatan, sikap dan perilaku tokoh masyarakat, keaktifan kader. Sedangkan variabel pengganggu pada penelitian Lina Munadhiroh adalah sarana dan prasarana kegiatan pemetaan kadarzi, pelayanan kesehatan, sikap dan perilaku tokoh masyarakat, keaktifan kader. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Metode penelitian Eksperimen, menggunakan Quasi Experiment (Eksperimen semu), sedangkan pada penelitian Lina Munadhiroh adalah Penelitian explanatory research (penelitian penjelasan), dengan pendekatan cross sectional.

1. 6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2011.

1.6.2 Ruang Lingkup Materi

Variabel-variabel pada penelitian ini termasuk dalam lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang Gizi Kesehatan Masyarakat yang meneliti tentang perbedaan pengetahuan KADARZI sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi.

BAB II LANDASAN TEORI

2.1 PENGERTIAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI)

2.1.1 Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

KADARZI adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan minimal dengan:

- 1) Biasa makan beraneka ragam makanan.
- 2) Selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya, khususnya balita dan ibu hamil.
- 3) Biasa menggunakan garam yodium.
- 4) Memberi dukungan kepada ibu melahirkan agar memberikan ASI saja pada bayi sampai umur 6 bulan.
- 5) Mendapatkan dan memberikan suplementasi gizi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.

Kelima indikator tersebut diambil dari 13 pesan dasar pedoman umum gizi seimbang (PUGS) yang memperjelas pedoman sebelumnya yaitu Empat Sehat Lima Sempurna. 13 pesan dasar pedoman umum gizi seimbang (PUGS) tersebut adalah:

- 1) Makanlah aneka ragam makanan
- 2) Makanlah makanan untuk memenuhi kecukupan gizi
- 3) Makanlah makanan sumber karbohidrat, setengah dari kebutuhan energi
- 4) Batasi konsumsi lemak dan minyak sampai seperempat dari kecukupan energi

- 5) Gunakan garam beryodium
- 6) Makanlah makanan sumber zat besi
- 7) Berikan ASI kepada bayi sampai berumur empat bulan
- 8) Biasakan makan pagi
- 9) Minumlah air bersih, aman dan cukup jumlahnya
- 10) Lakukan kegiatan fisik dan olahraga secara teratur
- 11) Hindari minum-minuman beralkohol
- 12) Makanlah makanan yang aman bagi kesehatan
- 13) Bacalah label makanan yang dikemas (Atikah Proverawati, 2009:165-167).

Pedoman umum gizi seimbang harus diaplikasikan dalam penyajian hidangan yang memenuhi syarat gizi yang dikenal dengan menu seimbang. Menu seimbang adalah menu yang terdiri dari beraneka ragam makanan dalam jumlah dan proporsi yang sesuai sehingga memenuhi kebutuhan gizi seseorang guna pemeliharaan dan perbaikan sel-sel tubuh dan proses kehidupan serta pertumbuhan dan perkembangan (Hariyani Sulistyoningsih, 2011:72).

Sesuai dengan Program Pembangunan Nasional tentang Program Perbaikan Gizi Masyarakat. Tujuan umum program ini adalah meningkatkan intelektualitas dan produktifitas sumber daya manusia, sedangkan tujuan khusus adalah :

1. Meningkatkan kemandirian keluarga dalam upaya perbaikan status gizi
2. Meningkatkan pelayanan gizi untuk mencapai keadaan gizi yang baik untuk menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi lebih, dan

3. Meningkatkan penaganekekaragaman konsumsi pangan bermutu untuk memantapkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga.

Sasaran yang ingin dicapai adalah :

1. Menurunkan prevalensi gizi kurang pada balita menjadi 20 % .
2. Menurunnya prevalensi gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) berdasarkan *Total Goitre Rate* (TGR) pada anak menjadi kurang dari 5 %.
3. Menurunnya anemia gizi besi pada ibu hamil menjadi 40 % dan kurang energi kronis (KEK) ibu hamil menjadi 20 %.
4. Tidak ditemukannya kekurangan vitamin A (KVA) klinis pada balita dan ibu hamil, mencegah meningkatnya prevalensi gizi lebih, menjadi kurang dari 10%.
5. Menurunnya prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR).
6. Meningkatnya jumlah rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium menjadi 90% Meningkatnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif menjadi 80 %.
7. Meningkatnya pemberian makanan pendamping (MP)-ASI yang baik mulai usia bayi 4 bulan.
8. Tercapainya konsumsi gizi seimbang dengan rata-rata konsumsi energi sebesar 2.200 kkal perkapita perhari dan protein 50 gram perkapita perhari.
9. Sekurang-kurangnya 80 % keluarga telah sadar gizi (www.isfinational.or.id).

2.1.2 Pesan-Pesan KADARZI

2.1.2.1 Pesan pertama : Keluarga Biasa Mengonsumsi Aneka Ragam Makanan

Pengertian aneka ragam makanan yaitu : Makan 2-3 kali sehari yang terdiri dari 4 macam kelompok bahan makanan. Dari tiap kelompok bahan makanan dan jenis yang dikonsumsi, maka makin banyak jenisnya akan semakin baik. Adapun 4 kelompok bahan makanan tersebut adalah :

- 1) Makanan pokok, sebagai sumber zat tenaga : beras, jagung, ubi, singkong, mie, dan lain-lain.
- 2) Lauk pauk, sebagai sumber zat pembangun: ikan, telur, ayam, daging, tempe, kacang-kacangan, tahu, dll.
- 3) Sayuran dan buah-buahan, sebagai sumber zat pengatur : bayam, kangkung, wortel, buncis, kacang panjang, sawi, daun singkong, daun katuk, pepaya, pisang, jeruk, semangka, nanas dan lain-lain.

Manfaat makan aneka ragam makanan, yaitu : untuk melengkapi zat-zat gizi yang diperlukan oleh tubuh agar dapat melakukan pekerjaan sehari-hari dan terhindar dari penyakit kekurangan gizi. Akibat tidak makan aneka ragam makanan, yaitu : tubuh kekurangan zat gizi tertentu dan lebih mudah terserang penyakit dan khusus balita pertumbuhan dan kecerdasannya terganggu.

Tindakan yang perlu dilakukan bila keluarga belum makan aneka ragam makanan, yaitu:

- 1) Jelaskan tentang pentingnya makan aneka ragam makanan pada kesehatan, pertumbuhan dan kecerdasan.

- 2) Memanfaatkan pekarangan disekitar rumah dengan menanam tanaman, beternak ayam, bebek, ikan dan lain-lain agar dimakan oleh anggota keluarga dan hasil pekarangan juga dapat dijual untuk menambah penghasilan keluarga.
- 3) Mengupayakan bantuan dari sektor pertanian, untuk mengusahakan penggunaan lahan pertanian secara gotong royong bagi keluarga yang tidak mempunyai pekarangan.
- 4) Anjurkan ibu untuk masak aneka ragam dengan menu yang disukai oleh anggota keluarga.
- 5) Nikmatilah aneka ragam makanan yang tersedia (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

Anak-anak sering mengalami kesulitan atau tidak mau makan meskipun orang tua sudah menyiapkan makanan terbaik. Hal tersebut dapat diatasi dengan berbagai upaya, antara lain:

- 1) Porsi kecil, berikan makanan dalam porsi secukupnya.
- 2) Beri pujian, apabila anak mampu menghabiskan porsi makanannya.
- 3) Biarkan anak mengambil porsinya sendiri, berikan kebebasan kepada anak untuk mengambil makanannya sendiri.
- 4) Berilah makan saat lapar, apabila hendak menyajikan jenis makanan baru yang belum dikenal anak.
- 5) Hindari rasa bersalah, apabila anak memecahkan peralatan makan jangan dimarahi.
- 6) Sajikan hanya makanan yang terbaik, berikan makanan yang padat kalori.
- 7) Ciptakan suasana makan yang menyenangkan, biarkan anak makan sambil bermain-main, hindari penyuaipan yang memaksa.

- 8) Kurangi hal-hal yang dapat mengalihkan perhatian, misalnya televisi sering mengalihkan perhatian anak.
- 9) Biarkan anak makan lambat, anak yang baru belajar makan biasanya sangat lambat menyelesaikan tugas makannya.
- 10) Mengganti suasana, agar anak tidak bosan berupayalah mengganti suasana makan.
- 11) Biarkan anak memilih makanannya sendiri, berikan alternatif makanan yang dapat dipilih anak.
- 12) Bersikap cerdas, agar kebutuhan anak akan zat-zat gizi dapat terpenuhi.
- 13) Turuti keinginan anak, pada umumnya anak menolak makanan campuran dalam satu piring.
- 14) Jangan memaksa rapi, anak lebih menyukai makan dengan caranya sendiri yang terkadang menjadi berantakan.
- 15) Mau menerima jawaban tidak, apabila anak sudah tidak mau makan jangan dipaksa.
- 16) Bersabar, selera makan anak cepat berubah sehingga dituntut kesabaran dari orang tua (Djoko Pekik Irianto, 2006:167-169).

Hal-hal yang menjadi penyebab anak sulit makan diantaranya adalah:

- 1) Anak mengalami infeksi, seperti tuberkulosis, influenza, bronkhitis, disentri, campak.
- 2) Anak terlalu aktif sehingga mengalami kelelahan.
- 3) Anak telah merasa kenyang tetapi tetap dipaksa untuk menghabiskan porsi makannya.

- 4) Waktu makan yang tidak menyenangkan.
- 5) Anak sedang terganggu secara emosional, mencari perhatian, atau terlalu mendapat perhatian berlebih (Hariyani Sulistyoningsih, 2011:195).

Apabila pemenuhan kebutuhan tubuh akan zat-zat makanan tidak diperhatikan maka tubuh akan menunjukkan beberapa gejala sebagai berikut:

- 1) Kurangnya dalam tubuh akan karbohidrat, protein dan zat lemak sehingga tubuh menjadi lesu.
- 2) Kekurangan vitamin B1, menimbulkan penyakit beri-beri, neuritis dan gangguan pada sistem transportasi cairan tubuh.
- 3) Kekurangan vitamin B2, penglihatan menjadi kabur, keilosis dan gangguan pada proses pertumbuhan.
- 4) Kekurangan akan niasin menimbulkan penyakit pelagra.
- 5) Kekurangan vitamin B6 menimbulkan gejala pelagra, anemia, dan obstipasi atau gejala sukar buang air besar.
- 6) Kekurangan asam pantotenat menimbulkan gejala dermatitis dan interitis.
- 7) Kekurangan vitamin C menimbulkan kerusakan pada sel-sel endotel, pendarahan pada sum-sum tulang dan kerusakan tulang, pendarahan gusi, karies gigi.
- 8) Kekurangan vitamin A dapat menimbulkan rabun senja (hemeralopia), fridonerma, kornea mengering, terhentinya proses pertumbuhan.
- 9) Kekurangan vitamin D menimbulkan rakhitis, gangguan pada pertukaran zat kapur dan fosfor serta gangguan pada sistem penulangan.

- 10) Kekurangan vitamin E menimbulkan kemandulan atau keguguran, kerusakan syaraf penggerak.
- 11) Kekurangan zat kapur (Ca) menimbulkan kerusakan pada gigi, pertumbuhan tulang tidak sempurna, kekejangan pada otot.
- 12) Kekurangan unsur fosfor (P) menimbulkan kerusakan pada tubuh ataupun gangguan-gangguan pada tubuh yang sama seperti tubuh yang kekurangan zat kapur (Ca).
- 13) Kekurangan zat besi (Fe) menimbulkan anemia.
- 14) Kekurangan natrium (Na) dan chlor (Cl) menimbulkan turunnya nilai osmotik cairan ekstraseluler, selanjutnya sehubungan dengan terganggunya sistem regulasi maka temperatur tubuh menjadi meningkat (Kartasapoetra, 2008:8-10).

2.1.2.2 Pesan kedua : Keluarga Memantau Pertumbuhan dan Perkembangan Kesehatan Anggota Keluarganya

Pengertian pertumbuhan, yaitu bertambahnya ukuran fisik dari waktu ke waktu. Pengertian pertumbuhan (growth) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran/dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang biasa diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Perkembangan (development) adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan, disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan

sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya, termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 1995:1).

Pengertian memantau pertumbuhan dan perkembangan kesehatan, yaitu : mengikuti perkembangan kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarga, terutama bayi, balita dan ibu hamil. Beberapa petunjuk dalam melakukan pemantauan pertumbuhan melalui penimbangan berat badan:

- 1) Timbanglah anak secara teratur sekali setiap bulan
- 2) Untuk menimbang bayi dapat digunakan timbangan bayi, dan jika anak sudah lewat usia satu tahun gunakan dacin. Jika menggunakan dacin dapat menggunakan sarung timbang atau kotak timbang
- 3) Lepaskan semua pakaian anak sewaktu akan ditimbang
- 4) Catatlah angka berat badan anak pada KMS sesuai dengan usia anak waktu ditimbang
- 5) Hubungkan angka hasil penimbangan dengan angka hasil penimbangan terdahulu pada KMS
- 6) Lihatlah apakah garis penghubung itu naik, datar, atukah turun.

Akan tetapi pemantauan berat badan anak haruslah memenuhi persyaratan berikut:

- 1) Penimbangan harus dilakukan secara teratur dan terus menerus setiap bulan
- 2) Umur anak harus diketahui dengan tepat

- 3) Penilaian laju tumbuh kembang dilakukan dengan membandingkan berat badan anak waktu ditimbang dengan angka berat badan yang tertera pada KMS sesuai usia anak waktu ditimbang
- 4) Intervensi untuk mencegah terhambatnya pertumbuhan harus dilakukan segera setelah diketahui tidak sesuai berat badan anak dengan berat badan yang tertera pada KMS (Sjahmien Moehji, 2003:28-29).

Kegunaan memantau kesehatan dan pertumbuhan yaitu :

- 1) Mengetahui pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak balita
- 2) Mencegah memburuknya keadaan gizi
- 3) Mengetahui kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin
- 4) Mencegah ibu melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan terjadinya perdarahan pada saat melahirkan.
- 5) Mengetahui kesehatan anggota keluarga dewasa dan usia lanjut

Akibat bila tidak memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarga, yaitu:

- 1) Tidak mengetahui perkembangan pertumbuhan bayi, anak balita dan janin secara normal
- 2) Tidak mengetahui adanya gejala penyakit pada bayi, anak balita, dan ibu hamil, misalnya kekurangan zat gizi, kegemukan, gangguan pertumbuhan janin dan gangguan kesehatan lain

Tindakan yang perlu dilakukan oleh masyarakat bila keluarga belum memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya, yaitu:

- 1) Anjurkan kepada anggota keluarga atau Ibu untuk menimbang bayi dan anak balitanya setiap bulan ke posyandu

- 2) Bila berat badan anak turun atau tidak naik, maka anjurkan orang tua/Ibu untuk memeriksakan anaknya ke petugas kesehatan, posyandu atau puskesmas terdekat
- 3) Anjurkan kepada ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya sesegera mungkin ke petugas kesehatan secara teratur, paling sedikit 4 kali selama masa kehamilan
- 4) Bila ibu hamil terlihat kurus, maka anjurkan ibu tersebut untuk makan 1-2 piring lebih banyak dari biasanya, dan minum tablet tambah darah setiap hari 1 tablet, sedikitnya 90 tablet selama masa kehamilan, selain minum tablet tambah darah, ibu dianjurkan makan-makanan sumber zat besi seperti: ikan, telur, tempe, kacang-kacangan, sayur-sayuran dan buah-buahan

Hal-hal lain yang perlu diketahui keluarga mengenai pertumbuhan bayi dan balitanya:

(BGM) : yaitu bila berat badan bayi / balita berada di bawah garis merah pada KMS. Ini berarti bayi / balita tersebut mengalami gangguan pertumbuhan dan perlu perhatian khusus. Gizi Buruk adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga secara klinis terdapat dalam 3 tipe yaitu kwashiorkor, marasmus, dan marasmus-kwashiorkor (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

Kwashiorkor merupakan penyakit yang terjadi akibat tidak cukupnya makanan yang dimakan dan tidak cukupnya protein. Tanda-tanda penyakit ini adalah:

- a. Bengkak pada tangan, kaki, atau anggota badan yang lain
- b. Berat badan kurang karena tidak sesuai dengan umur

c. Wajahnya sembab dan otot-ototnya kendur

Karena adanya pembengkakan maka penurunan berta badan tidak terjadi, tetapi penambahan tinggi terhambat. Lingkaran kepala mengalami penurunan. Serum albumin selalu rendah dan bila turun sampai 2,5 mg/ml atau lebih rendah, mulai terjadi pembengkakan. Keadaan yang demikian biasanya disertai dengan tanda-tanda:

- 1) Rambut tipis dan kulit kusam
- 2) Pucat karena anemia
- 3) Beraknya encer
- 4) Ulkus/pecah pada berbagai tempat
- 5) Pembesaran hati
- 6) Kulit pecah dan mengelupas
- 7) Gejala kurang vitamin A

Marasmus disebabkan karena kekurangan kalori yang berlebihan, sehingga menyebabkan zat cadangan makanan (tersimpan) dalam tubuh terpaksa dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan yang sangat diperlukan untuk kelangsungan hidupnya. Penyakit ini banyak terjadi pada bayi dibawah usia 1 tahun, yang disebabkan karena tidak mendapatkan ASI atau penggantinya. Tanda-tanda yang sering dijumpai:

- 1) Sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit bahkan sampai berat badan di bawah waktu lahir
- 2) Wajahnya seperti orang tua

- 3) Kulitnya keriput, pantat kosong, paha kosong, tangan kurus, dan iga tampak jelas

Keadaan seperti ini biasanya disertai dengan tanda-tanda:

- 1) Pucat karena anemia
- 2) Beraknya encer
- 3) Dehidrasi, banyak kekurangan air tubuh
- 4) Gejala kekurangan vitamin A dalam mineral

Marasmic kwasiorkor adalah gambaran dua jenis penyakit gangguan gizi yang sangat penting. Di mana ada sejumlah anak yang menunjukkan keadaan mirip dengan marasmus, yang ditandai dengan adanya oedema, menurunnya kadar protein (albumin) dalam darah, kulit mengering dan kusam serta otot menjadi lemah (Agus Krisno, 2001:185-186).

Penanggulangan masalah gizi tingkat keluarga:

- 1) Ibu membawa anak untuk ditimbang di Posyandu secara teratur
- 2) Ibu memberikan hanya ASI kepada bayi usia 0 - 4 bulan
- 3) Ibu tetap memberikan ASI kepada anak sampai usia 2 tahun
- 4) Ibu memberikan MP-ASI sesuai usia dan kondisi kesehatan anak
- 5) Ibu memberikan makanan beraneka ragam bagi anggota keluarga lainnya
- 6) Ibu memberitahukan pada petugas kesehatan/kader bila anak balita mengalami sakit atau gangguan pertumbuhan (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

2.1.2.3 Pesan ketiga : Keluarga Menggunakan atau Memasak dengan Garam Beryodium

Pengertian garam beryodium, yaitu : garam yang telah ditambah zat yodium yang diperlukan oleh tubuh. Pada kemasan biasa ditulis “garam beryodium”. Kegunaan garam beryodium, yaitu : mencegah terjadinya penyakit Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). Akibat tidak menggunakan /masak dengan garam beryodium, yaitu terjadinya penyakit Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) yang ditandai dengan : membesarnya kelenjar gondok di daerah leher sehingga mengurangi daya tarik seseorang, pertumbuhan anak tidak normal yang disebut kretin/kerdil (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

Bahan pangan yang bersifat sebagai sumber iodium adalah yang berasal dari laut dikenal dengan seafood. Akan tetapi didaerah dimana seafood tidak tersedia, diet iodium lebih mudah diperoleh dalam bentuk bahan pangan hasil fortifikasi atau berupa suplemen. Salah satu bahan pangan yang berhasil di fortikasi dengan iodium adalah garam. Menurut ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan RI 1986, kandungan KIO_3 yang dianjurkan adalah 40 ppm. Iodium diperlukan semata – mata untuk biosintesis hormon thyuroid yang mengandung iodium. Kebutuhan iodium meningkat pada kaum remaja dan kehamilan.

Tabel 2.1: Kebutuhan Iodium dan Besi pada Bayi Hingga Orang Dewasa

	Iodium , μg	Besi , mg
Bayi	35 – 45	10 – 15
Anak – anak	60 – 110	10 – 15
Pria	130 – 150	10 – 18
Wanita	100 – 115	18
Wanita hamil	125	18
Masa laktasi	150	18

Sumber: Soeida, 2002

GAKI pada ibu hamil berisiko menimbulkan keguguran, sedangkan pada janin menyebabkan lahir mati. Kalaupun lahir, berisiko mengalami cacat bawaan, kematian dini, kretin, keterbelakangan mental, tuli juling dan lumpuh (Soeida, <http://www.w3.org/TR/REC-html40>).

Tindakan yang perlu dilakukan bila keluarga belum makan/masak dengan garam beryodium, yaitu :

- 1) Anjurkan keluarga agar selalu makan/masak dengan garam beryodium
- 2) Jelaskan kepada keluarga bagaimana membedakan garam beryodium dan garam tidak beryodium dengan menggunakan test kit yang disebut Yodina test (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

Cara menggunakan test kit tersebut, yaitu : teteskan garam dapur dengan cairan yodina, maka akan terlihat perubahan warna garam putih menjadi biru keunguan pada garam yang beryodium. Semakin tua warnanya, semakin baik mutu garam beryodium.

Bagaimana jika tidak tersedia test kit dan cairan yodina:

- 1) Kupas singkong yang masih segar, kemudian diparut.
- 2) Tuangkan 1 sendok perasan singkong parut tanpa ditambah air ke dalam tempat yang bersih.
- 3) Tambahkan 4-6 sendok teh munjung garam yang akan diperiksa.
- 4) Tambahkan 2 sendok teh cuka biang, aduk sampai rata, biarkan beberapa menit. Bila timbul warna biru keunguan berarti garam tersebut mengandung yodium.

2.1.2.4 Pesan keempat : Memberi Dukungan kepada Ibu Melahirkan agar Memberikan ASI Saja ("ASI Eksklusif") pada Bayi Usia 0-6 bulan.

Pengertian pemberian Air Susu Ibu (ASI) saja atau dikenal dengan istilah "ASI Eksklusif", yaitu : tidak memberikan makanan dan minuman lain selain ASI pada bayi umur 0-6 bulan. Kegunaan memberikan ASI saja, yaitu :

- 1) ASI merupakan makanan bayi yang paling sempurna, murah dan mudah diberikan pada bayi
- 2) ASI saja dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi untuk tumbuh kembang dengan normal pada bayi sampai berumur 6 bulan
- 3) ASI yang pertama keluar disebut kolostrum berwarna kekuningan, dan mengandung zat kekebalan untuk mencegah timbulnya penyakit (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

Kolostrum ini kaya akan zat antibodi seperti: faktor bifidus, SigA, IgM, IgG, faktor antistafilokokus, laktoferin, laktoperoksidase, komplemen: C3, C4, interferon, lisozim, protein pengikat B12, limfosit, makrofag, faktor lipid,

asam lemak, dan monogliserida. Jumlah kolostrum yang tersekresi bervariasi antara 10-100 cc (rata-rata 30 cc) sehari (Arisman, 2004:41).

- 4) Keluarga tidak perlu mengeluarkan biaya untuk makanan bayi 0-4 bulan
- 5) Dengan ASI mempererat ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

Tabel 2.1: Kandungan Zat Gizi dalam ASI

Jenis zat gizi	Kandungan dalam setiap 100 ml
Kalori	67
Protein	1,2 g
Laktose	7,0 g
Lemak	3,8 g
Vitamin A	53 ug
Vitamin C	4,3 mg
Vitamin B1	0,16 mg
Asam folic	0,18 ug
Vitamin B12	0,18 ug
Zat besi	0,15 mg
Zat kapur	33 mg

Sumber: Sjahmien Moehji, 2003

Zat kekebalan yang terkandung dalam ASI antara lain:

- 1) Laktobasilusbifidus faktor, yaitu zat yang terdiri dari ikatan polisakarida dengan nitrogen yang merupakan medium yang sangat baik bagi berkembangnya laktobasilusbifidus. Basil ini akan mengubah laktose yang

terdapat dalam ASI menjadi asam laktat dan asam asetat dan dengan adanya asam ini dalam cairan usus akan menghambat pertumbuhan berbagai bakteri.

Zat semacam ini tidak ada dalam susu sapi

- 2) Zat anti stafilokokus yaitu sejenis asam lemak tak jenuh yang menyerupai asam linolenat yang berfungsi menghambat pertumbuhan stafilokokus
- 3) Zat kekebalan terhadap infeksi yaitu immunoglobulin yang melindungi tubuh terhadap infeksi saluran pencernaan dan saluran pernapasan
- 4) Zat-zat kekebalan yang lain seperti lysozyme yang menghancurkan dinding sel bakteri, laktoperoksidase yang dapat membunuh streptokokus, sel darah putih dan laktoferin (Sjahmien Moehji, 2003:34-35).

Akibat tidak memberikan ASI saja pada bayi, yaitu :

- 1) Bila bayi umur 0-6 bulan diberi makanan lain selain ASI, dapat terjadi gangguan alat pencernaan
- 2) Bayi tidak mempunyai ketahanan tubuh untuk mencegah penyakit
- 3) Bila bayi diberikan susu botol sering terjadi mencret, kemungkinan bayi tidak cocok dengan susu bubuk atau cara membuatnya tidak bersih
- 4) Pengeluaran biaya rumah tangga menjadi lebih banyak
- 5) Mengurangi ikatan cinta kasih antara ibu dan anak (Dinkes DKI Jakarta, 2007).

2.1.2.5 Pesan kelima : Mendapatkan dan memberikan suplementasi gizi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.

Suplementasi zat gizi sangat diperlukan, karena:

- 1) Kebutuhan zat gizi pada kelompok bayi, balita, ibu hamil dan ibu menyusui meningkat dan seringkali tidak bisa dipenuhi dari makanan sehari-hari, terutama vitamin A untuk balita, zat besi untuk ibu dan yodium untuk penduduk di daerah endemis gondok.
- 2) Suplementasi zat gizi (tablet, kapsul atau bentuk lain) diperlukan untuk memenuhi kebutuhan zat tersebut.
- 3) Apabila kebutuhan zat-zat gizi tersebut dipenuhi dari pengkayaan makanan, maka suplementasi zat dapat dihentikan secara bertahap.

Cara menilai apakah suatu keluarga sudah sadar gizi, yaitu:

- 1) Status gizi seluruh anggota keluarga khususnya ibu dan anak baik
- 2) Tidak ada lagi bayi berat lahir rendah pada keluarga
- 3) Semua anggota keluarga mengkonsumsi garam beryodium
- 4) Semua ibu memberikan hanya ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan
- 5) Semua balita dalam keluarga yang ditimbang naik berat badannya sesuai umur
- 6) Tidak ada masalah gizi lebih dalam keluarga (www.dinkes-dki.go.id).

2.1.3 Strategi KADARZI

2.1.3.1 Tujuan

- 1) Mengenalkan konsep KADARZI sebagai 5 perilaku utama yang harus ada secara keseluruhan dengan prioritas sesuai dengan kebutuhan.
- 2) Mengenalkan publik pada istilah KADARZI sebagai brand dari upaya-upaya pemerintah bersama dengan masyarakat, sektor swasta dan donor internasional dalam menangani masalah-masalah gizi di Indonesia (Depkes, 2007:11).

2.1.3.2 Kreatif Pesan

- 1) Pesan lebih bersifat positif dalam pengertian tidak menonjolkan hal-hal yang menakut-nakuti atau mengangkat sisi negatif dari persoalan gizi di keluarga.
- 2) Pesan memperlihatkan peran keluarga dan keuntungan relevan per topik, baik fisik, psikologi atau sosial bagi keluarga.
- 3) Pesan harus menarik perhatian agar mudah diingat.
- 4) Pesan secara konsisten memperlihatkan bahwa semua pesan berada dalam payung KADARZI (Depkes, 2007:11-12).

2.1.4 Kebijakan KADARZI

- 1) Promosi KADARZI diselenggarakan dalam rangka desentralisasi untuk mewujudkan otonomi daerah di bidang peningkatan gizi untuk mencapai visi "Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat".
- 2) Strategi dasar utama promosi KADARZI adalah menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk sadar gizi yang diperkuat dengan bina suasana dan advokasi serta didukung oleh kemitraan.

- 3) Upaya mengubah dan atau menciptakan perilaku sadar gizi harus didukung oleh upaya-upaya lain yang berkaitan, seperti: pemberlakuan kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang mendukung KADARZI, peningkatan keterjangkauan pelayanan gizi, peningkatan ketahanan pangan di seluruh kelurahan dan desa, serta subsidi pangan bagi keluarga miskin.
- 4) Dinas kesehatan Kabupaten/Kota merupakan penanggung jawab promosi KADARZI di Kabupaten/Kota, yang bertugas mengkoordinasikan, meningkatkan dan membina pemberdayaan KADARZI yang dilaksanakan oleh puskesmas dan sarana-sarana kesehatan lain melalui berbagai tatanan (rumah tangga, institusi pendidikan, institusi kesehatan, tempat kerja dan tempat-tempat umum), juga memfasilitasi sektor terkait untuk mempromosikan KADARZI.
- 5) Dinas kesehatan Provinsi merupakan penanggung jawab promosi KADARZI di Provinsi. Dinas kesehatan Provinsi bertugas mengkoordinasikan, mengembangkan dan memfasilitasi serta memperkuat dinas kesehatan Kabupaten/Kota dalam promosi KADARZI, juga memfasilitasi sektor terkait untuk mempromosikan KADARZI.
- 6) Direktorat Bina Gizi Masyarakat merupakan penanggung jawab program pengembangan KADARZI. Dalam melaksanakan promosi KADARZI bekerja sama dengan Pusat Promosi Kesehatan.
- 7) Peningkatan kapasitas promosi KADARZI, baik di Kabupaten/Kota maupun di Provinsi dan di pusat, dilakukan dengan mengutamakan pengembangan sumber daya manusia baik lintas program maupun lintas sektor.

- 8) Peningkatan promosi KADARZI berlandaskan pada fakta (evidence based). Hal ini dilakukan sejak dari Kabupaten/Kota sampai Provinsi dan Nasional.
- 9) Mengembangkan kemitraan lintas departemen, lintas sektor, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi masyarakat, dunia usaha dan swasta, media massa dan lembaga donor dalam promosi KADARZI.
- 10) Mempromosikan KADARZI melalui berbagai metode dan media (Depkes, 2007: 9-10).

2.1.5 Sasaran KADARZI

- 1) Seluruh anggota keluarga
- 2) Masyarakat yang terdiri dari : penentu kebijakan, pemerintah daerah, tokoh masyarakat, organisasi masyarakat, swasta / dunia usaha
- 3) Petugas teknis dari lintas sektor terkait di berbagai tingkat administrasi (Benny soegianto, 2008:4).

2.1.6 Strategi Promosi KADARZI

Strategi dasar KADARZI adalah pemberdayaan keluarga dan masyarakat, Bina Suasana dan Advokasi yang didukung oleh Kemitraan. Berikut adalah penjelasan masing-masing strategi, yaitu:

- 1) Gerakan Pemberdayaan Masyarakat

Adalah proses pemberian informasi KADARZI secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran di berbagai tatanan, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar gizi, dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu

melaksanakan perilaku sadar gizi. Sasaran utama pemberdayaan masyarakat adalah individu, keluarga dan kelompok masyarakat.

2) Bina Suasana

Adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu, keluarga dan kelompok masyarakat untuk mau melakukan perilaku KADARZI. Seseorang akan terdorong untuk melakukan perilaku sadar gizi apabila lingkungan sosial dimana dia berada (keluarga di rumah, orang-orang menjadi panutan, idolanya, majelis agama, dan lain-lain) memiliki opini yang positif terhadap perilaku sadar gizi. Bina suasana perlu dilakukan karena akan mendukung proses pemberdayaan masyarakat khususnya dalam upaya mengajak para individu dan keluarga dalam penerapan perilaku sadar gizi.

3) Advokasi

Adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (stakeholders). Advokasi diarahkan untuk menghasilkan kebijakan yang mendukung peningkatan penerapan KADARZI. Kebijakan publik di sini dapat mencakup peraturan perundangan di tingkat nasional maupun kebijakan di daerah seperti Peraturan Daerah (PERDA), Surat Keputusan Gubernur, Bupati/Walikota, Peraturan Desa dan lain sebagainya.

4) Kemitraan

Gerakan pemberdayaan, bina suasana dan advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan dukungan kemitraan. Kemitraan KADARZI adalah suatu kerja sama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau

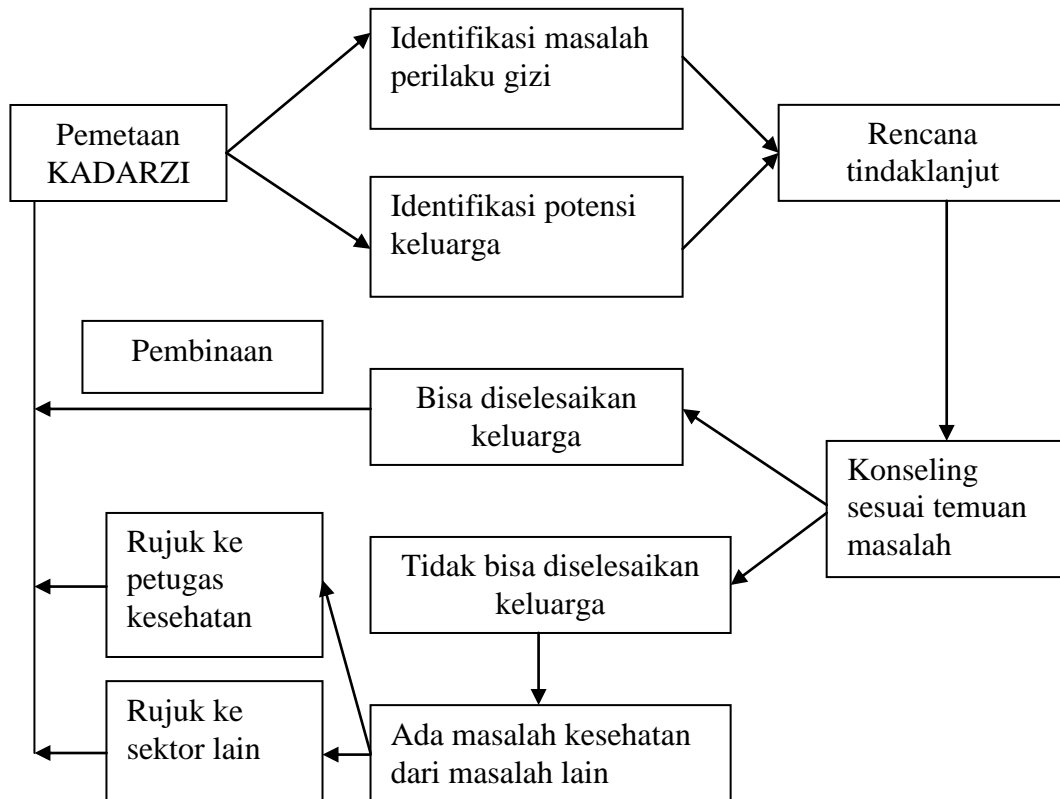
organisasi-organisasi untuk mencapai peningkatan KADARZI. Kemitraan KADARZI berlandaskan pada 3 prinsip dasar yaitu: Kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan antarmitra (Depkes, 2007:10-11).

2.1.7 Strategi Operasional

Strategi untuk mencapai sasaran KADARZI adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan fungsi dan peran posyandu sebagai wahana masyarakat dalam memantau dan mencegah secara dini gangguan pertumbuhan balita.
2. Menyelenggarakan pendidikan/promosi gizi secara sistematis melalui advokasi, sosialisasi, Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dan pendampingan keluarga.
3. Menggalang kerjasama dengan lintas sektor dan kemitraan dengan swasta dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta pihak lainnya dalam mobilisasi sumberdaya untuk penyediaan pangan rumah tangga, peningkatan daya beli keluarga dan perbaikan asuhan gizi.
4. Mengupayakan terpenuhinya kebutuhan suplementasi gizi terutama zat gizi mikro dan MP-ASI bagi balita GAKIN.
5. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas puskesmas dan jaringannya dalam pengelolaan dan tatalaksana pelayanan gizi.
6. Mengupayakan dukungan sarana dan prasarana pelayanan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan gizi di puskesmas dan jaringannya.
7. Mengoptimalkan surveilans berbasis masyarakat melalui Pemantauan Wilayah Setempat Gizi, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa Gizi Buruk dan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (Depkes, 2007:16).

2.1.8 Strategi Pemberdayaan KADARZI



Gambar 2.1. Strategi Pemberdayaan KADARZI

Sumber : (Benny soegianto, 2008:5).

2.1.9 Indikator dan Definisi Operasional

Perilaku KADARZI akan diukur minimal dengan 5 (lima) indikator yang menggambarkan perilaku sadar gizi. Penggunaan 5 indikator disesuaikan dengan karakteristik keluarga sebagai berikut:

Tabel 2.3: Penilaian Indikator KADARZI Berdasarkan Karakteristik Keluarga

No	Karakteristik Keluarga	Indikator KADARZI yang berlaku *)					Keterangan
		1	2	3	4	5	
1	Bila keluarga mempunyai Ibu hamil, bayi 0-6 bulan, balita 6-59 bulan,	√	√	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah balita mendapat kapsul vitamin A
2	Bila keluarga mempunyai bayi 0-6 bulan, balita 6-59 bulan	√	√	√	√	√	-
3	Bila keluarga mempunyai ibu hamil, balita 6-59 bulan	√	-	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah balita mendapat kapsul vitamin A
4	Bila keluarga mempunyai ibu hamil	-	-	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu hamil mendapat TTD 90 tablet
5	Bila keluarga mempunyai bayi 0-6 bulan	√	√	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu nifas mendapat suplemen gizi
6	Bila keluarga mempunyai balita 6-59 bulan	√	-	√	√	√	-
7	Bila keluarga tidak mempunyai bayi, balita dan ibu hamil	-	-	√	√	-	-

*) Keterangan:

1. Menimbang berat badan secara teratur.
2. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif).
3. Makan beraneka ragam.

4. Menggunakan garam beryodium.

5. Minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.

√ : berlaku

- : tidak berlaku (Depkes, 2007:11-12).

Penjelasan rinci tentang indikator, definisi operasional dan cara pengukurannya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.4: Indikator Dan Definisi Operasional KADARZI

No	Indikator KADARZI	Pengertian (Definisi Operasional)	Cara Mengukur	Kesimpulan
1	Menimbang berat badan secara teratur	Balita ditimbang berat badannya setiap bulan, dicatat dalam KMS	Lihat catatan penimbangan balita pada KMS selama 6 bulan terakhir. Bila bayi berusia > 6 bulan Bila bayi berusia 4 -5 bulan Bila bayi berusia 2-3 bulan Bila bayi berusia 0-1 bulan	Baik: Bila ≥ 4 kali berturut-turut Belum baik: Bila < 4 kali berturut-turut Baik: Bila ≥ 3 kali berturut-turut Belum baik: Bila < 3 kali berturut-turut Baik: Bila ≥ 2 kali berturut-turut Belum baik: Bila < 2 kali berturut-turut Baik: Bila 1 kali ditimbang

No	Indikator KADARZI	Pengertian (Definisi Operasional)	Cara Mengukur	Kesimpulan
				Belum baik: Bila belum pernah ditimbang
2	Memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif)	Bayi berumur 0-6 bulan diberi ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain	Lihat catatan status ASI eksklusif pada KMS dan kohort (catatan pemberian ASI pada bayi). Lalu tanyakan kepada ibunya apakah bayi usia 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan dan 6 bulan selama 24 jam terakhir sudah diberikan makanan atau minuman selain ASI?	Baik: Bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan atau minuman lain (ASI eksklusif 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan dan 6 bulan). Belum baik: Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI
3	Makan beraneka ragam	Balita mengkonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah setiap hari	Menanyakan kepada ibu tentang konsumsi lauk hewani dan buah dalam menu anak balita selama 2 (dua) hari terakhir	Baik: Bila setiap hari makan lauk hewani dan buah Belum baik: Bila tidak tiap hari makan lauk hewani dan buah
4	Menggunakan garam beryodium	Keluarga menggunakan garam beryodium untuk memasak setiap hari	Menguji contoh garam yang digunakan keluarga dengan tes yodina/tes	Baik: Beryodium (warna ungu) Belum baik: Tidak beryodium

No	Indikator KADARZI	Pengertian (Definisi Operasional)	Cara Mengukur	Kesimpulan
			amilum	(warna tidak berubah)
5	Memberikan suplemen gizi sesuai anjuran	<p>a. Bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A biru pada bulan Februari atau Agustus</p> <p>b. Anak balita 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah setiap bulan Februari dan Agustus</p> <p>c. Ibu hamil mendapat TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan</p> <p>d. Ibu nifas mendapat dua kapsul vitamin A merah: satu kapsul diminum setelah melahirkan dan satu kapsul lagi diminum pada hari berikutnya paling lambat pada hari ke 28</p>	<p>Lihat catatan pada KMS/catatan posyandu/ buku KIA, bila tidak ada tanyakan pada ibu</p> <p>Lihat catatan pada KMS/catatan posyandu/ buku KIA, bila tidak ada tanyakan pada ibu</p> <p>Lihat catatan ibu hamil di bidan Poskedes, bila tidak ada tanyakan pada ibu sambil melihat bungkus TTD</p> <p>Lihat catatan ibu nifas, bila tidak ada tanyakan pada ibu</p>	<p>Baik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila mendapat kapsul biru pada bulan Feb atau Agt (6-11 bln) • Bila mendapat kapsul merah setiap bulan Feb dan Agt (12-59 bln) <p>Belum baik: Bila tidak mendapat kapsul biru/merah</p> <p>Baik: Bila jumlah TTD yang diminum sesuai anjuran</p> <p>Belum baik: Bila jumlah TTD yang diminum tidak sesuai anjuran</p> <p>Baik: Bila mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28</p> <p>Belum baik: Bila tidak mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28</p>

2.2 KONSELING GIZI

2.2.1 Metode Konseling Gizi

Metode konseling gizi yaitu suatu proses komunikasi 2 (dua) arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah kesehatan. Konselor sendiri merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai latar belakang pendidikan gizi atau pendidikan kesehatan lainnya yang bekerja di puskesmas atau dinas kesehatan ataupun rumah sakit. Klien merupakan sasaran konseling (Gsianturi, 2009).

2.2.2 Pengertian Konseling

Menurut Saraswati Tarigan (2002) dalam Diah Wulandari (2009), konseling adalah proses pemberian bantuan seseorang kepada orang lain dalam membuat suatu keputusan atau memecahkan suatu melalui pemahaman terhadap fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien (Diah Wulandari, 2009:56). Konseling adalah pemberian bantuan yang dilakukan melalui wawancara konseling oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang mengalami sesuatu masalah (klien) yang bermuara pada teratasinya masalah yang dihadapi klien. Konseling merupakan pertemuan antara konselor dengan kliennya yang memungkinkan terjadinya dialog dan bukannya pemberian terapi atau treatment, konseling mendorong terjadinya penyelesaian masalah klien (Dinkes DKI Jakarta, 2008).

2.2.3 Proses Konseling

Konseling merupakan suatu bentuk percakapan wawancara, sedangkan wawancara itu sendiri belum tentu merupakan suatu konseling. Proses konseling

menurut Saraswati (2002) dalam Diah Wulandari (2009) terdiri dari 4 unsur kegiatan, yaitu:

1) Pembinaan hubungan baik (Rapport)

Dilakukan sejak awal pertemuan dengan klien dan dijaga selama pertemuan konseling. Keterampilan dasar dari proses komunikasi interpersonal dengan klien, keluarga klien, dan tokoh masyarakat. Serta merupakan dasar dari proses pemberian bantuan.

2) Penggalan informasi (identifikasi masalah, kebutuhan, perasaan, kekuatan diri dan sebagainya)

Pengumpulan informasi merupakan tugas utama konselor. Pendalaman masalah yang dihadapi klien, perasaan dan kebutuhan klien, serta pemahaman klien terhadap masalah yang dipahami oleh konselor, akan berdampak baik terhadap informasi yang dibutuhkan dan dipahami oleh klien.

3) Pengambilan keputusan, pemecahan masalah, perencanaan

Sesuai dengan masalah dan kondisi klien, konselor membantu klien memecahkan masalah yang dihadapi atau membuat perencanaan untuk mengatasi. Tahapan ini merupakan inti dari proses konseling.

4) Menindaklanjuti pertemuan

Mengakhiri pertemuan konseling, konselor merangkum jalannya dan hasil pembicaraan selama pertemuan, merencanakan pertemuan atau merujuk klien yang disebut juga dengan tahapan penutup (Diah Wulandari, 2009:129-132).

2.2.4 Tahapan Konseling

- 1) Konselor dan klien mendefinisikan masalah yang dihadapi klien
- 2) Klien mengkhuskan perubahan positif yang dikehendaki sebagai hasil konseling
- 3) Konselor dan klien mendiskusikan tujuan yang telah ditetapkan klien:
 - 1) Apakah merupakan tujuan yang benar-benar diinginkan klien
 - 2) Apakah tujuan itu realistik
 - 3) Kemungkinan manfaatnya
 - 4) Kemungkinan kerugiannya
- 4) Konselor dan klien membuat keputusan apakah:
 - 1) Melanjutkan konseling dengan menetapkan teknik yang akan dilaksanakan
 - 2) Mempertimbangkan kembali tujuan yang akan dicapai (Dinkes DKI Jakarta, 2008).

2.2.5 Tujuan Konseling

Tujuan konseling adalah sebagai berikut :

- 1) Membantu klien memecahkan masalah, meningkatkan keefektifan individu dalam pengambilan keputusan secara tepat
- 2) Membantu pemenuhan kebutuhan klien, meliputi menghilangkan perasaan yang menekan atau mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif
- 3) Mengubah sikap dan tingkah laku yang negatif menjadi positif dan yang merugikan klien menjadi menguntungkan klien (Diah Wulandari, 2009:117).

2.2.6 Fungsi Konseling

Fungsi konseling pada dasarnya mencakup 4 fungsi, yaitu :

1) Fungsi pencegahan

Konseling dengan fungsi pencegahan merupakan upaya mencegah timbulnya masalah.

2) Fungsi penyesuaian

Hal ini merupakan upaya untuk membantu klien mengalami perubahan biologis, psikologis, sosial, kultural, dan lingkungan. Dalam hal ini klien perlu beradaptasi dengan keadaan tersebut.

3) Fungsi perbaikan

Dilaksanakan ketika terjadi penyimpangan perilaku klien atau pelayanan kesehatan dan lingkungan yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan pelayanan konseling.

4) Fungsi pengembangan

Ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta peningkatan derajat masyarakat dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat (Diah Wulandari, 2009:117-118).

2.2.7 Manfaat Konseling

Manfaat konseling adalah :

- 1) Meningkatkan kemampuan klien dalam mengenal masalah
- 2) Merumuskan alternatif
- 3) Memecahkan masalah

- 4) Memiliki pengalaman dalam pemecahan masalah secara mandiri (Diah Wulandari, 2009:56).

2.2.8 Faktor-Faktor Penghambat Konseling

Faktor-faktor penghambat konseling terdiri dari :

2.2.8.1 Faktor Individual

Orientasi kultural (keterikatan budaya) merupakan faktor individual yang dibawa seseorang dalam melakukan interaksi. Orientasi ini merupakan gabungan dari :

- 1) Faktor fisik: kepekaan panca indra (kemampuan untuk melihat, mendengar), usia, gender.
- 2) Sudut pandang: nilai-nilai
- 3) Faktor sosial: sejarah keluarga dan relasi, jaringan sosial, peran dalam masyarakat, status sosial, peran sosial
- 4) Bahasa

Faktor-faktor yang berhubungan dengan interaksi

- 1) Tujuan dan harapan terhadap komunikasi
- 2) Sikap terhadap interaksi
- 3) Pembawaan diri seseorang terhadap orang lain (seperti: kehangatan, perhatian, dukungan)
- 4) Sejarah hubungan

2.2.8.2 Faktor Situasional

Percakapan dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, situasi percakapan kesehatan antara konselor dan klien akan berbeda dengan percakapan antara polisi dengan pelanggar lalu lintas.

2.2.8.3 Kompetensi dalam Melakukan Percakapan

Agar efektif, suatu interaksi harus menunjukkan perilaku kompeten dari kedua pihak. Keadaan yang dapat menyebabkan putusnya komunikasi adalah:

- 1) Kegagalan menyampaikan informasi penting
- 2) Perpindahan topik bicara yang tidak lancar
- 3) Salah pengertian (Diah Wulandari, 2009:56-57).

2.3 PENERAPAN KADARZI MERUPAKAN BENTUK PERILAKU

2.3.1 Pengertian perilaku

Menurut Skinner (1938) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2007:134-135) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Bila dilihat bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dibedakan menjadi dua yakni:

- 1) Perilaku tertutup (*Covert behaviour*)

Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum teramati secara jelas oleh orang lain.

2) Perilaku Terbuka (*Overt behaviour*)

Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:116).

2.3.2 Teori Perubahan Perilaku

Teori-teori yang berhubungan dengan perubahan perilaku antara lain:

1) Teori Stimulus Organisme (S-O-R).

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (*Stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme.

2) Teori Festinger (*Dissonance Theory*)

Teori ini berkonsep *imbalance concept* (tidak seimbang), yang berarti keadaan *cognitif dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. *Dissonance* (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan. Yakni pengetahuan, pendapat atau keyakinan.

3) Teori Fungsi

Teori ini menyatakan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

4) Teori Kurt Lewin

Teori ini menyatakan bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan panahan (*restining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni:

- 1) Kekuatan – kekuatan pendorong meningkat.
- 2) Kekuatan –kekuatan panahan menurun.
- 3) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan panahan menurun (2010:83-88).

2.3.3 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2010:88), bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003:89) perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga yakni:

1) Perubahan alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah.

2) Perubahan terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3) Kesiediaan untuk berubah (*Readdiness To Change*)

Kesiediaan seseorang untuk menerima inovasi baik secara cepat atau perlahan dapat terjadi karena kesiediaan seseorang untuk berubah.

Penerapan Kadarzi merupakan bentuk perilaku, berdasarkan Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2010) bahwa perilaku seseorang dilatar belakangi oleh tiga faktor yaitu:

1) Faktor yang mempermudah (*Predisposing Factors*)

Faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat, adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan.

Faktor yang mempermudah dalam hal ini adalah tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga. Faktor-faktor ini terutama yang positif memudahkan terwujudnya perilaku. Dalam hal ini pendidikan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik dirinya sendiri, keluarganya maupun masyarakat.

2) Faktor Pendukung (*Enabling Factors*)

Faktor pendukung adalah faktor yang memungkinkan terlaksananya keinginan. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat meliputi ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan. Untuk berperilaku sehat masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung, maka bentuk aplikasinya adalah memberdayakan masyarakat agar mereka mampu

mengadakan sarana dan prasarana kesehatan bagi mereka. Faktor pendukung di sini adalah sarana dan prasarana kegiatan pemetaan kadarzi dan pelayanan kesehatan.

3) Faktor pendorong (*Reinforcing Factors*)

Faktor pendorong adalah faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap dan perilaku lain. Faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan yang sangat mempengaruhi keluarga terutama ibu untuk berperilaku kadarzi. Faktor penguat disini adalah sikap dan perilaku tokoh masyarakat/agama dan keaktifan kader.

Untuk berperilaku sehat masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, agama, petugas kesehatan, maka aplikasi pendidikan kesehatan yang paling tepat dalam bentuk pelatihan-pelatihan bagi tokoh masyarakat tersebut. Dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh bagi masyarakat tentang berperilaku hidup sehat (Soekidjo Notoatmodjo, 2010:76).

2.4 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU KADARZI

2.4.1 Tingkat Pendidikan

Pendidikan ibu merupakan modal utama dalam menunjang ekonomi keluarga juga berperan dalam penyusunan keluarga serta pengasuhan dan perawatan anak. Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi kesehatan khususnya bidang gizi sehingga dapat

menambah pengetahuan dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari (Achmad Djaeni. S, 1996: 35). Pendidikan orang tua juga merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Karena pendidikan orang tua yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana cara menjaga kesehatan anaknya, pendidikan dan sebagainya (Soetjingsih, 1995:10).

Pendidikan merupakan salah satu tolak ukur yang paling bermanfaat untuk menentukan status sosial ekonomi dan mempunyai tingkat ketepatan yang cukup baik. Variabel ini bisa dicatat dalam kategori yang luas, tidak berpendidikan, berpendidikan, sekolah lanjutan, pendidikan yang lebih tinggi, dan latihan khusus. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai manfaat yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa jika tingkat pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan nutrisi dan praktek nutrisi bertambah baik (Mulyono Joyomartono, 2004: 98)

2.4.2 Status Pekerjaan

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia adalah mata pencaharian, apa yang dijadikan pokok kehidupan sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Peningkatan kedudukan wanita dan tersedianya peluang yang sama di bidang pendidikan, latihan dan pekerjaan yang akan memberi kontribusi yang berarti dalam perkembangan sosial ekonomi nasional khususnya dalam hal ini keluarga. Keluarga mempunyai tanggung jawab utama atas perawatan dan perlindungan anak sejak bayi hingga dewasa (Soetjningsih, 1995:156).

Salah satu penyebab terjadinya gizi kurang adalah karena status pekerjaan ibu, karena peran ibu dalam keluarga. Mengatur makanan yang dikonsumsi untuk keluarganya, sehingga ibu yang bekerja diluar rumah cenderung menelantarkan pola makan keluarganya sehingga mengakibatkan menurunnya keadaan gizi keluarga yang hal ini akan berakibat pada keadaan status gizi anak-anaknya.

Bagi wanita pekerja, bagaimanapun mereka adalah ibu rumah tangga yang sulit lepas begitu saja dari lingkungan keluarga. Wanita mempunyai beban dan hambatan lebih berat dibanding rekan prianya. Dalam arti wanita harus lebih dulu mengatasi urusan keluarga, suami, anak dan hal-hal yang menyangkut urusan rumah tangga seperti mengimunitasikan anak, menimbang anak, menyekolahkan anak dan lain-lain (Pandji Anoraga, 2001:121). Ibu yang bekerja tidak lagi dapat memberikan perhatian kepada anak balitanya apalagi mengurusnya. Jadi ibu yang bekerja waktu untuk merawat anak menjadi berkurang (Achmad Djaeni S, 1996:239).

Dari uraian diatas menjelaskan bahwa status pekerjaan khususnya ibu sangat menentukan dalam keadaan gizi keluarga terutama balitanya dalam hal persediaan pangan, pemilihan, pengolahan untuk dikonsumsi oleh keluarga, karena seorang ibu yang memiliki status pekerjaan (bekerja dan tidak bekerja) akan memiliki keadaan gizi salah yang diakibatkan kurangnya waktu ibu dalam merawat, menjaga serta memberi kasih sayang dan perhatian pada balitanya berbeda dengan ibu yang tidak bekerja (ibu rumah tangga) mereka akan memiliki status gizi keluarga yang baik khususnya status gizi balitanya.

2.4.3 Pendapatan Keluarga

Menurut kamus besar bahasa Indonesia pendapatan keluarga adalah hasil kerja atau usaha dari anggota keluarga (KBBI, 2001). Menurut Soetjiningsih (1995:10), pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang sekunder. Keadaan ekonomi keluarga relatif mudah diukur dan berpengaruh besar pada konsumsi pangan, terutama pada golongan miskin. Hal ini disebabkan karena penduduk golongan miskin menggunakan sebagian besar pendapatannya untuk memenuhi kebutuhan makan. Dua perubahan ekonomi yang cukup dominan sebagai determinan konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga (baik harga pangan maupun harga komoditas kebutuhan dasar) (Yayuk Farida B, dkk, 2004:71).

Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kuantitas dan kualitas makanan. Pengaruh pendapatan terhadap perbaikan kesehatan dan kondisi lain yang mengadakan interaksi dengan status gizi adalah sama jelasnya bahwa penghasilan meningkat dan daya beli (Yayuk Farida B, dkk, 2004:71). Seringkali tidak dapat mengalahkan kebiasaan dan perilaku makanan tertentu yang mengalami perbaikan. Perubahan pendapatan secara langsung dapat mempengaruhi perubahan konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya, penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan dalam hal kuantitas dan kualitas pangan yang dibeli (Sajogyo, 1995:96).

2.4.4 Sarana Dan Prasarana

Sarana merupakan salah satu alat untuk menunjang suatu kegiatan. Sarana dan prasarana yang harus ada dalam kegiatan pemetaan keluarga sadar gizi (KADARZI) tingkat desa atau kelurahan adalah KMS, buku register, Iodina test, sehingga sarana dan prasarana kesehatan merupakan faktor pemungkin perubahan perilaku seseorang.

2.4.5 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan preventif dan promotif 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 masih sangat terbatas (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007).

Tersedianya pelayanan kesehatan yang baik dan terjangkau oleh setiap keluarga menjadi faktor penting terhadap status gizi seseorang karena dengan sarana pelayanan yang baik seseorang akan lebih sering memeriksakan kesehatannya. Makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan ditambah pemahaman Ibu tentang kesehatan, semakin kecil resiko terkena penyakit dan gizi kurang. Pelayanan kesehatan meliputi imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, serta pendidikan kesehatan dan gizi. Sedangkan untuk sarana kesehatan yaitu, posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit (Soekirman, 1999:86).

2.4.6 Keaktifan Tenaga Kesehatan

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (Adi Heru, 1995:10).

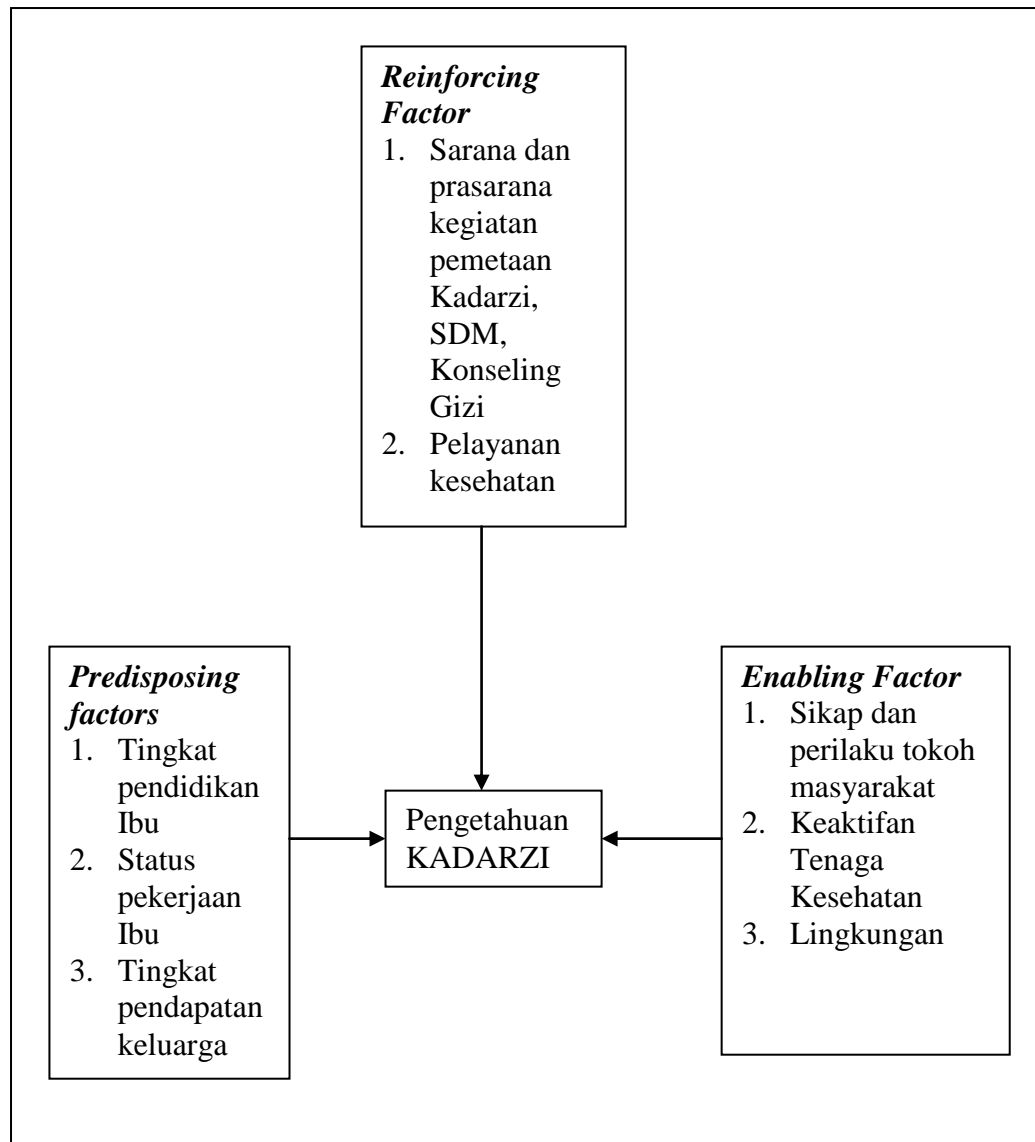
Tugas kader dalam penyelenggaraan posyandu adalah: 1) Memberi tahu hari dan jam buka posyandu kepada para Ibu-Ibu pengguna posyandu (Ibu hamil, Ibu yang mempunyai bayi dan balita serta Ibu usia subur) sebelum hari buka posyandu; 2) Menyiapkan peralatan untuk penyelenggaraan posyandu sebelum posyandu dimulai seperti timbangan, buku cacatan, KMS, alat peraga penyuluhan dan lain-lain; 3) Melakukan pendaftaran bayi, balita, Ibu hamil, dan Ibu usia subur yang hadir di posyandu; 4) Melakukan penimbangan bayi dan balita; 5) Mencatat hasil penimbangan kedalam KMS; 6) Melakukan penyuluhan perorangan kepada Ibu-Ibu di meja IV (empat) dengan isi penyuluhan sesuai dengan permasalahan yang dihadapi Ibu-Ibu yang bersangkutan; 7) Melakukan penyuluhan kelompok kepada Ibu-Ibu sebelum meja I (satu) atau setelah meja V (kalau diperlukan); 8) Menyiapkan dan mambagikan makanan tambahan untuk bayi dan balita (bila ada); 9) Melakukan kunjungan rumah.

2.4.7 Tingkat Masyarakat

Penanggulangan masalah kesehatan dan gizi di tingkat keluarga 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 (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007).

2.5 KERANGKA TEORI



Gambar 2.2. Kerangka Teori

(Sumber: Agus Krisno, 2001. Arisman, 2003. Benny Soegono, 2008.

Depkes RI, 1999. Depkes RI, 2007. Diah Wulandari, 2009. Sjahmien

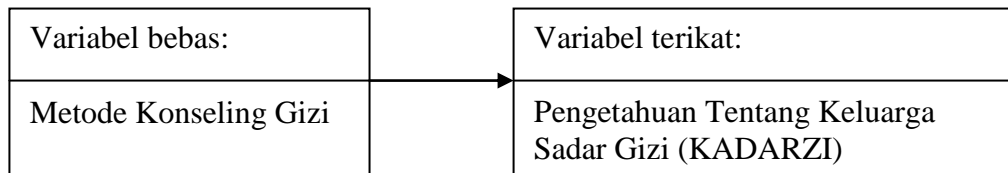
Moehji, 2003. Soekidjo Notoatmodjo, 2003. Soetjiningsih, 1995.

Yayuk Farida, 2004)

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah suatu hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:69). Kerangka konsep dalam penelitian ini yaitu:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 VARIABEL PENELITIAN

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah: Metode konseling gizi

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah: Pengetahuan KADARZI. Kadarzi merupakan jumlah keluarga yang mampu memenuhi seluruh indikator KADARZI, yang meliputi:

- 6) Biasa makan beraneka ragam makanan.
- 7) Selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya, khususnya balita dan ibu hamil.
- 8) Biasa menggunakan garam yodium.
- 9) Memberi dukungan kepada ibu melahirkan agar memberikan ASI saja pada bayi sampai umur 6 bulan.
- 10) Mendapatkan dan memberikan suplementasi gizi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.

3.2.3 Variabel Luar

Variabel luar dalam penelitian ini adalah: Tingkat pendidikan Ibu, status pekerjaan Ibu, tingkat pendapatan keluarga, sarana dan prasarana kegiatan pemetaan Kadarzi, SDM, konseling gizi, pelayanan kesehatan, sikap dan perilaku tokoh masyarakat, keaktifan tenaga kesehatan, lingkungan.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Berdasarkan kerangka konsep diatas, maka dapat ditarik hipotesis sebagai berikut:

Ada Perbedaan Pengetahuan Tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati.

3.4 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Tabel 3.1: Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Kategori	Skala	Instrumen
1.	Variabel bebas: Metode konseling gizi	Kegiatan penyuluhan kesehatan yang dilakukan secara tatap muka langsung dengan klien/ komunikasi dua arah antara konselor dan klien dengan menyebarkan pesan dan menanamkan keyakinan tentang pengetahuan kadarzi dengan konseling gizi. Konseling gizi meliputi kelima indikator KADARZI. Konseling diberikan kepada Ibu hamil dan Ibu balita yang mengikuti posyandu.	1) Metode konseling gizi 2) Tanpa Metode Konseling Gizi	Nominal	Metode konseling gizi

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Kategori	Skala	Instrumen
2.	Variabel terikat: Pengetahuan Tentang Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)	Kemampuan Ibu balita mengerti dan memahami tentang KADARZI yaitu, Keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Serta melakukan perilaku gizi seimbang yang mencakup 5 indikator, yaitu: 2) Menimbang berat badan secara teratur. 3) Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur enam bulan (ASI eksklusif). 4) Makan beraneka ragam. 5) Menggunakan garam beryodium.	Benar= 1 Salah= 0	Rasio	Kuesioner

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Kategori	Skala	Instrumen
		6) Minum suplemen gizi sesuai anjuran			

3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik dengan eksperimen semu (*Quasi experiment*). Untuk penelitian lapangan, biasanya menggunakan rancangan eksperimen semu, karena tidak memenuhi syarat untuk menjadi penelitian eksperimen. Pada penelitian eksperimen terdapat syarat-syarat yang harus dipenuhi, salah satunya adalah randomisasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:162). Penelitian ini menggunakan pendekatan *pre-test post-test with control group*. Observasi dilakukan sebelum dan sesudah penerapan intervensi. Kekuatan eksperimen semu yaitu: eksperimen semu lebih mungkin diterapkan dan lebih murah dari pada eksperimen murni, terutama pada penelitian-penelitian dengan ukuran sampel sangat besar atau sangat kecil. Bentuk rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut:

	Pre-test	Perlakuan	Post-test
Kelompok eksperimen	O1	X	O2
Kelompok kontrol	O1		O2

Keterangan :

O1 : *Pre-test* kelompok eksperimen dan kontrol

X : Perlakuan atau intervensi dengan metode konseling gizi

O2 : *Post-test* kelompok eksperimen dan kontrol

Dengan rancangan tersebut kuesioner yang sama diteskan (diujikan) kepada sekelompok responden yang sama sebanyak dua kali. Sedangkan waktu antara tes yang pertama dan kedua tidak terlalu jauh, tetapi juga tidak terlalu dekat selang waktu antara 15-30 hari adalah cukup untuk memenuhi syarat (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:134).

Apabila selang waktu terlalu pendek, kemungkinan responden masih ingat pertanyaan-pertanyaan pada tes yang pertama. Sedangkan kalau selang waktu itu terlalu lama, kemungkinan pada responden sudah terjadi perubahan pada variabel yang diukur. Ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Saifudin Azwar (2001:59), bahwa perjalanan waktu sangat mempengaruhi skor yang dihasilkan karena aspek psikologis yang diukurnya memang sangat peka terhadap perubahan waktu. Pada penelitian ini, rentang waktu antara *pre-test* dan *post-test* pada penelitian yang pertama dan kedua baik pada kelompok eksperimen dan kontrol adalah sama yaitu selama 15 hari.

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah seluruh keluarga yang mempunyai balita dan Ibu hamil di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati pada tahun 2010 yang berjumlah 98. Data jumlah keluarga diambil dari data sekunder.

3.6.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2004:56). Sampel terdiri atas sampel eksperimen dan sampel kontrol. Teknik pengambilan sampel menggunakan restriksi, yaitu pengambilan sampel dengan proses mempersempit kemungkinan calon subyek untuk terpilih kedalam sampel penelitian (Bhisma Murti, 1998: 278). Restriksi bertujuan untuk mempersempit populasi kedalam sampel penelitian dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi (Bhisma Murti, 2003: 145). Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Ibu hamil yang merupakan warga Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati yang mengikuti posyandu.
- 2) Ibu balita yang merupakan warga Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati yang mengikuti posyandu.
- 3) Bertempat tinggal menetap di Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati.
- 4) Bersedia menjadi sampel.

Kriteria eksklusi adalah sebagian obyek yang memenuhi kriteria inklusi tetapi harus dikeluarkan karena berbagai pertimbangan. Pertimbangan sampel dalam penelitian ini adalah:

- 1) Ibu hamil yang merupakan warga Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati yang tidak mengikuti posyandu.
- 2) Ibu balita yang bukan merupakan warga Desa Sumberejo Kecamatan Jaken Kabupaten Pati.

- 3) Tidak bertempat tinggal menetap di Desa penelitian.
- 4) Tidak bersedia menjadi sampel.

Pengambilan sampel pada penelitian ini mengacu pada teori rule of thumb, teori ini mengemukakan bahwa setiap penelitian yang datanya akan dianalisis secara statistik dengan analisis bivariat membutuhkan sampel minimal 30 subjek penelitian (Bhisma Murti, 2006:136).

Sampel kontrol pada penelitian ini adalah warga Desa Sumberarum Kecamatan Jaken Kabupaten Pati yang mengikuti posyandu. Karena memiliki karakteristik sama dan terletak dalam satu kecamatan. Besar sampel yang akan diambil dalam penelitian ini dengan menggunakan Rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha} P(1-P)}$$

Keterangan:

- N : Jumlah populasi total
n : Jumlah sampel
Z : Tingkat kepercayaan (95%)
d : tingkat presisi (0,1%)
P : Perkiraan proporsi populasi (0,05)

Sehingga didapatkan hasil sebanyak 48 responden.

Jadi jumlah sampel minimal sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 48 responden.

3.7 SUMBER DATA PENELITIAN

Sumber data dalam penelitian ini terdiri atas data primer dan data sekunder.

3.7.1 Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden melalui wawancara dengan panduan kuesioner. Data primer yang diambil meliputi identitas responden, meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, dan pertanyaan pengetahuan gizi berkaitan dengan lima indikator keluarga sadar gizi (Kadarzi).

3.7.2 Data Sekunder

Data yang dapat mendukung kelengkapan data primer yang diperoleh dari instansi terkait meliputi distribusi penduduk menurut jenis kelamin, kelompok umur.

3.8 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian berikut adalah:

1) Kuesioner

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk alat pengumpul data yang biasanya dipakai dalam wawancara (sebagai pedoman wawancara yang berstruktur) dan angket. Kuesioner diartikan sebagai daftar pertanyaan yang sudah terstruktur dengan baik, sudah matang, dimana responden (dalam hal angket) dan interviewer (dalam hal wawancara) tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu. Dengan demikian kuesioner sering juga disebut "daftar pertanyaan" (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:116).

2) Metode Konseling Gizi

Metode konseling gizi yaitu suatu proses komunikasi 2 (dua) arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah kesehatan. Konselor sendiri merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai latar belakang pendidikan gizi atau pendidikan kesehatan lainnya yang bekerja di puskesmas atau dinas kesehatan ataupun rumah sakit. Klien merupakan sasaran konseling (Gsianturi, 2009).

3) Validitas instrumen

Validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur mampu mengukur apa yang hendak di ukur (Sugiyono, 2004: 267). Demikian halnya jika instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner tersebut harus dapat mengukur apa yang ingin di ukur. Untuk itu dilakukan pengukuran uji validitas instrumen terlebih dahulu. Untuk mengukurnya menggunakan analisis butir. Pengukuran pada analisis butir yaitu skor yang ada kemudian dikorelasikan dengan menggunakan rumus *product moment* yang dikemukakan oleh *Pearson* dengan bantuan program *SPSS 16.0*. Suatu instrumen dikatakan valid atau sah apabila korelasi tiap butir soal memiliki nilai positif dan nilai r hitung $>$ r tabel (0,444).

4) Reliabilitas instrumen

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2004: 267). Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan

pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Pada penelitian ini untuk mencari reliabilitas instrumen menggunakan rumus *alpha* yaitu :

$$r_{ii} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan :

k : Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma^2$: Jumlah varians butir

σ_t^2 : Varians total (Sugiyono,2003:282).

Standar dalam menentukan reliabilitas atau tidak instrumen penelitian dengan *alpha cronbach* dengan r_{hitung} diwakili oleh nilai *alpha*. Tingkat reliabilitas instrumen terlihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2 Tingkat Reliabilitas Berdasarkan *Alpha Cronbach*

Kategori	Keterangan
0,00 – 0,20	Reliabilitas rendah
> 0,20 – 0,40	Agak rendah
> 0,40 – 0,60	Cukup
> 0,60 – 0,80	Reliabel
> 0,80 – 1,00	Sangat Reliabel

3.9 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengambilan data dalam penelitian ini adalah:

1) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka

dengan orang tersebut. Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu percakapan (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:102). Dengan melakukan wawancara ini maka akan diketahui tentang seberapa jauh pengetahuan Ibu balita tentang kadarzi, sehingga dapat diketahui apakah ada peningkatan setelah dilakukan intervensi.

2) Dokumentasi

Dokumentasi adalah metode pengumpulan data dengan menggunakan berbagai sumber tulisan yang berkenaan dengan objek penelitian. Metode ini digunakan untuk mengetahui jumlah keluarga dan data pendukung seperti monografi desa.

3.10 TEKNIK ANALISIS DATA

3.10.1 Teknik Pengolahan Data

Data yang diperoleh dalam penelitian kemudian diolah dan dianalisis menggunakan komputer. Dalam pengolahan data-data penelitian dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1) Editing

Editing dilakukan untuk meneliti kembali setiap daftar pertanyaan yang telah diisi. Editing meliputi kelengkapan pengisian, kesalahan pengisian, dan konsistensi dari setiap jawaban.

2) Koding

Koding dilakukan untuk mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori-kategori dengan memberikan kode pada setiap jawaban responden.

3) Entry

Entry yaitu data yang telah dikode tersebut kemudian dimasukkan dalam program komputer untuk selanjutnya akan diolah.

3.10.2 Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik sebagai berikut:

1) Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang dilakukan pada setiap variabel hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis hanya menghasilkan distribusi presentase dari setiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2001:188).

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat (Soekidjo Notoatmodjo, 2001:188). Dalam penelitian ini, metode konseling gizi merupakan variabel bebas dan variabel terikat adalah pengetahuan tentang kadarzi. Analisis yang utama adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan pengetahuan tentang kadarzi sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi.

Skala pengukuran pada penelitian ini adalah skala numerik (rasio) maka harus dilakukan uji normalitas data terlebih dahulu. Uji normalitas data yang digunakan adalah Shapiro-Wilk karena jumlah sampel kurang dari 50. data dikatakan normal jika nilai $p > 0,05$ (Sopiyudin Dahlan, 2008:53).

Apabila data terdistribusi normal digunakan uji t berpasangan sebagai uji utama. Tetapi apabila data tidak terdistribusi normal, maka digunakan uji alternatifnya, yaitu uji *Wilcoxon*. (Sopiyudin Dahlan, 2008:26).

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 KARAKTERISTIK RESPONDEN

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan diperoleh beberapa hasil, yaitu karakteristik responden menurut pendidikan, pekerjaan dan pendapatan pada masing-masing kelompok penelitian.

4.1.1 Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan responden, dapat dilihat dalam tabel 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1. Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Pendidikan	Kelompok				Jumlah	%
	Eksperimen		Kontrol			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
SD	9	37,5	7	29,2	16	33,3
SMP	11	45,8	13	54,2	24	50,0
SMA	4	16,7	4	16,7	8	16,7
Jumlah	24	100,0	24	100,0	48	100,0

Berdasarkan tabel 4.1, diketahui bahwa pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol, pendidikan responden terbanyak adalah SMP. Pada kelompok eksperimen yang berpendidikan terakhir SMP sebanyak 11 responden (45,8%). Pada kelompok kontrol, yang berpendidikan terakhir SMP sebanyak 13 responden (54,2%).

4.1.2 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan

Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan responden, dapat dilihat dalam tabel 4.2 dibawah ini.

Tabel 4.2. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan

Pekerjaan	Kelompok				Jumlah	%
	Eksperimen		Kontrol			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Tidak Bekerja	8	33,3	7	29,2	15	31,3
Swasta	7	29,2	7	29,2	14	29,2
Wiraswasta	9	37,5	10	41,7	19	39,6
Jumlah	24	100,0	24	100,0	48	100,0

Berdasarkan tabel 4.2, diketahui bahwa pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol, pekerjaan responden terbanyak adalah wiraswasta. Pada kelompok eksperimen yang bekerja dibidang wiraswasta sebanyak 9 responden (37,5%). Pada kelompok kontrol yang bekerja dibidang wiraswasta sebanyak 10 responden (41,7%).

4.1.3 Distribusi Responden Menurut Pendapatan

Distribusi frekuensi berdasarkan pendapatan responden, dapat dilihat dalam tabel 4.3 dibawah ini.

Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Pendapatan

Pendapatan	Kelompok				Jumlah	%
	Eksperimen		Kontrol			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
250.000-500.000	8	33,3	7	29,2	15	31,2
600.000-750.000	11	45,8	13	54,2	24	50,0
>750.000	5	20,8	4	16,7	9	18,7
Jumlah	24	100,0	24	100,0	48	100,0

Berdasarkan tabel 4.3, diketahui bahwa pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol, pendapatan responden terbanyak adalah antara Rp 600.000,00-Rp 750.000,00. Pada kelompok eksperimen yang berpendapatan antara Rp 600.000,00-Rp 750.000,00 sebanyak 11 responden (45,8%). Pada

kelompok kontrol, yang berpendapatan antara Rp 600.000,00-Rp 750.000,00, sebanyak 13 responden (54,2%).

4.2 HASIL PENELITIAN

4.2.1 Analisis Univariat

Skor Pengetahuan KADADRZI

Distribusi skor pengetahuan Kadarzi dapat digambarkan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Skor Pengetahuan Kadarzi

Pengetahuan	Eksperimen				Kontrol			
	Nilai	SD	Min	Max	Nilai	SD	Min	Max
Kadarzi	Tengah				Tengah			
<i>Pretest</i>	11,0	2,5	10	18	11,7	3,2	6	17
<i>Posttest</i>	23,8	1,3	21	26	11,5	1,9	9	16

Berdasarkan tabel 4.4, terlihat bahwa skor tertinggi pengetahuan kadarzi awal pada kelompok eksperimen adalah 18, sedangkan skor terendah adalah 10. Adapun rata-rata skor pengetahuan kadarzi awal kelompok eksperimen sebesar $11,0 \pm 2,5$. Pengetahuan kadarzi akhir pada kelompok eksperimen adalah 26, sedangkan skor terendah adalah 21. Adapun rata-rata skor pengetahuan kadarzi akhir kelompok eksperimen sebesar $23,8 \pm 1,3$. Sehingga prosentase kenaikan sebesar 41,4%. Pengetahuan kadarzi awal pada kelompok kontrol adalah 17, sedangkan skor terendah adalah 6. Adapun rata-rata skor pengetahuan kadarzi awal kelompok kontrol sebesar $11,7 \pm 3,2$. Pengetahuan kadarzi akhir pada kelompok kontrol adalah 16, sedangkan skor terendah adalah 9. Adapun rata-rata

skor pengetahuan kadarzi akhir kelompok kontrol sebesar $11,5 \pm 1,9$. Sehingga prosentase kenaikan sebesar 1,4%.

4.2.2 Analisis Bivariat

4.2.2.1 Uji Normalitas Data

Adapun variabel yang diuji meliputi variabel *pre-test* dan *post-test* pada kelompok eksperimen dan kontrol. Dari uji normalitas data, diperoleh hasil bahwa tidak semua variabel terdistribusi normal. Sehingga selanjutnya digunakan uji *Wilcoxon*.

4.2.2.2 Pengetahuan Pre-test dan Post-test pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol

Berdasarkan analisis uji *Wilcoxon* pada kelompok eksperimen terdapat perbedaan pengetahuan kadarzi yang signifikan antara sebelum dan sesudah konseling gizi ($p = 0,0001$). Sedangkan pada kelompok kontrol, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan tentang kadarzi sebelum dan sesudah penerapan konseling gizi ($p = 0,390$).

BAB V PEMBAHASAN

5.1 HASIL PENELITIAN

5.1.1 Perbedaan Pengetahuan Tentang Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Konseling Gizi

Berdasarkan data hasil penelitian, diperoleh hasil analisis bivariat dengan nilai p 0,0001 yang berarti ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan tentang keluarga sadar gizi (KADARZI) sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, indera penciuman, indera perasa dan peraba (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:121). Menurut Alo Liliweri (2009:213), bahwa konseling merupakan salah satu media komunikasi yang bertujuan untuk mempengaruhi audiens dan diharapkan komunikasi dapat mempelajari informasi yang telah diterima dan berakibat pada perubahan perilaku dan tindakan komunikasi sebagaimana yang dikehendaki oleh komunikator. Seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Podojoyo, bahwa terjadi perubahan yang signifikan setelah dilakukan konseling gizi. Begitu juga penelitian yang telah dilakukan oleh Ilma Kurniasih, dalam penelitiannya untuk mengetahui efek konseling gizi. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Soekidjo Notoatmodjo (2005:283), bahwa dengan penerapan konseling kontak antara klien dan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat

dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

5.1.2 Pengetahuan Kadarzi pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan analisis, diperoleh hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan pre-test dan post-test pada kelompok kontrol yaitu Desa Sumberarum. Hal ini disebabkan karena kelompok kontrol tidak diberikan intervensi berupa konseling gizi, lain halnya pada kelompok eksperimen. Kondisi yang demikian, tidak memberikan sebuah perubahan yang positif terhadap peningkatan pengetahuan kadarzi dibandingkan pada kelompok eksperimen.

5.2 KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu adanya variabel luar seperti tingkat pendidikan Ibu, status pekerjaan Ibu, tingkat pendapatan keluarga, sarana dan prasarana kegiatan pemetaan Kadarzi, SDM, konsleing gizi, sikap dan perilaku tokoh masyarakat, keaktifan tenaga kesehatan, lingkungan. Namun diduga masih terdapat faktor luar lain yang dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian ini yang belum diketahui oleh peneliti. Dalam hal ini penerapan metode konseling gizi oleh petugas kesehatan dari sektor terkait sangat menentukan keberhasilan penyuluhan.

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan uraian dari hasil penelitian dan pembahasan diperoleh simpulan bahwa:

Terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan tentang keluarga sadar gizi (KADARZI) sebelum dan sesudah penerapan metode konseling gizi dengan *p value* ($0,0001 < \alpha (0,05)$).

6.2 SARAN

Berdasarkan uraian dari hasil penelitian dan pembahasan, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi pihak Puskesmas Jaken, disarankan untuk menggunakan metode konseling gizi di tiap posyandu untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang keluarga sadar gizi (KADARZI).
2. Bagi posyandu, disarankan untuk selalu memberi dukungan kepada Ibu balita untuk mengikuti konseling gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus Kresno, 2001, *Dasar-Dasar Ilmu Gizi*, Malang: UMM Press.
- Alo Liliweri, 2009, *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Arisman, 2004, *Gizi dalam Daur Kehidupan*, Jakarta: EGC.
- Atikah Proverawati, 2009, *Gizi untuk Kebidanan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Bhisma Murti, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Depkes, 2009, *Gizi Tentukan Kualitas Hidup*. <http://www.w3c.org/TR/1999/REC-html401-19991224/loose.dtd>, diakses tanggal 7 Juli 2009.
- Diah Wulandari, 2009, *Komunikasi dan Konseling dalam Praktek Kebidanan*, Yogyakarta: Nuha Medika Press.
- Dinkes DKI Jakarta, 2007, *Konseling Keluarga Mandiri Sadar Gizi*. <http://poenyaoe.wordpress.com/2007/06/28/konseling-keluarga-mandiri-sadar-gizi/feed/>, diakses tanggal 7 Juli 2009.
- Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007, *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*, Departemen Kesehatan: Jakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, 2007, *Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju Kadarz*, Departemen Kesehatan: Jakarta.
- Djoko Pekik Irianto, 2006, *Panduan Gizi Lengkap Keluarga dan Olahragawan*, Penerbit Andi: Yogyakarta.
- Gsianturi, 2004, *Konseling*, <http://www.gizi.net/>, diakses tanggal 7 Juli 2009.
- , 2004, *Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Kadarzi*. <http://www.gizi.net/>, diakses tanggal 7 Juli 2009.
- Hariyani Sulistyoningsih, 2011, *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- I Dewa Nyoman Supariasa, 2001, *Penilaian status Gizi*, Jakarta: EGC.
- Kartasapoetra, 2008, *Ilmu Gizi*, Jakarta: Rineka Cipta.

- Maulana, Heri D.J, 2009, *Promosi Kesehatan*, Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sjahmien Moehji, 2002, *Ilmu Gizi 2 Penanggulangan Gizi buruk*, Jakarta: Papas Sinar Sinanti.
- Soeida, 2002, *Kurang Gizi: Salah Satu Penyebab Menurunnya Tingkat Kecerdasan Dan Upaya Penanggulangannya*.
<http://www.w3.org/TR/REC-html40>.
- Soekidjo Notoatmodjo, 2005, *Metode Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- , 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- , 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- , 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Soetjiningsih, 1995, *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: EGC.
- Sopiyudin Dahlan, 2008, *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Stanley Lemeshow, 1997, *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sugiarto, 2003, *Teknik Sampling*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Sukestiyarno, 2009, *Statistika*, Semarang: Unnes Press.

LAMP IRAN

PERTANYAAN

A. DATA RESPONDEN

1. Apakah pendidikan terakhir Anda?
 - a. SD
 - b. SMP
 - c. SMA
 - d. Sarjana
 - e. Lainnya, sebutkan...
2. Apakah pekerjaan Anda saat ini?
 - a. PNS
 - b. Swasta
 - c. Wiraswasta
 - d. Lainnya, sebutkan...
3. Berapakah pendapatan keluarga Anda per bulan?
 - a. <Rp 250.000,-
 - b. Rp 250.000-Rp 500.000
 - c. Rp 500.000-Rp 750.000
 - d. >Rp 750.000,-

B. DATA IBU HAMIL

4. Apakah Ibu rutin memeriksakan kehamilan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ketika Ibu hamil ini mendapatkan imunisasi TT?

- a. Ya, tanggal.... tempat imunisasi:
 - b. Tidak
6. Apakah Ibu mengkonsumsi tablet besi?
- a. Ya, berapa kali ibu mengkonsumsinya?
 - b. Tidak, mengapa?
7. Apakah ada pantangan makanan dan minuman bagi Ibu hamil?
- a. Ya, sebutkan!
 - b. Tidak

C. DATA BAYI DAN BALITA

8. Apakah setelah melahirkan ibu memberikan ASI pertama kepada bayi?
- a. Ya
 - b. Tidak
9. Apakah Anda mengetahui yang dimaksud dengan ASI Eksklusif?
- a. Ya, jelaskan!
 - b. Tidak
10. Apakah ibu masih memberikan ASI pada bayi anda saat ini?
- a. Ya
 - b. Tidak
11. Apakah saat bayi usia 0-6 bulan diberikan makanan dan minuman lain?
- a. Ya, apa saja?
 - b. Tidak
12. Apakah bayi Anda rutin dibawa ke Posyandu?
- a. Ya
 - b. Tidak, mengapa?

13. Apakah balita Anda pernah mengonsumsi vitamin A?

- a. Ya, kapan? Diperoleh dimana?
- b. Tidak, mengapa?

D. PENGETAHUAN GIZI

14. Apakah yang dimaksud dengan makanan empat sehat lima sempurna?

- a. Makanan yang mahal
- b. Makanan yang banyak
- c. Makanan yang enak
- d. Makanan yang terdiri dari nasi, lauk pauk, sayuran, buah dan susu

15. Apakah menu sehari-hari sudah memenuhi empat sehat lima sempurna?

- a. Sudah
- b. Belum
- c. Ragu-Ragu
- d. Tidak Tahu

16. Apakah manfaat sarapan pagi?

- a. Agar anak kenyang
- b. Memelihara ketahanan fisik, mempertahankan daya tahan tubuh dan meningkatkan kecerdasan anak
- c. Agar badan menjadi gemuk
- d. Agar anak tidak mengantuk

17. Apa guna makanan bagi tubuh?

- a. Sumber tenaga, sumber pembangun, dan pengatur kerja organ-organ tubuh
- b. Mengenyangkan perut
- c. Sumber tenaga

- d. Menyehatkan badan
18. Apa yang anda ketahui tentang zat gizi?
- e. Zat untuk membekukan darah
 - f. Zat untuk mempertahankan kesehatan
 - g. Zat-zat yang terdapat dalam makanan dan diperlukan untuk pertumbuhan
 - h. Zat yang diperlukan untuk menghambat pertumbuhan
19. Kelompok bahan makanan dibawah ini yang kandungan karbohidratnya tinggi adalah?
- a. Beras, kentang, singkong dan Jagung
 - b. Kacang panjang, jagung, dan sayuran
 - c. Beras, kentang, daun singkong dan jagung
 - d. Kacang hijau, telur, sawi dan bayam
20. Apakah yang dimaksud susunan menu seimbang?
- a. Makanan yang membuat kenyang
 - b. Makanan yang menyehatkan
 - c. Makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral
 - d. Makanan yang banyak
21. Apakah manfaat makanan seimbang?
- a. Untuk mencukupi zat gizi anak
 - b. Agar anak menjadi gemuk
 - c. Agar anak cepat kenyang
 - d. Untuk menyehatkan anak

22. Apakah tujuan makan beraneka ragam makanan?
 - a. Agar makanan awet
 - b. Agar anak rajin makan
 - c. Agar anak mendapat gizi yang lengkap
 - d. Agar anak cepat gemuk
23. Bagaimana susunan menu makanan yang seimbang?
 - a. Nasi, lauk, sayuran dan buah
 - b. Nasi, lauk, sayuran dan makanan selingan
 - c. Nasi, lauk, sayuran, buah dan susu
 - d. Nasi, lauk, sayuran
24. Apa akibat bila pemberian makanan pada anak kurang?
 - a. Anak menjadi kurus dan kurang gizi
 - b. Berat badan tidak naik
 - c. Anak menjadi sakit
 - d. Anak sakit-sakitan
25. Penyakit apa yang akan timbul jika anak mengalami gizi buruk?
 - a. Anemia
 - b. Gondok
 - c. Marasmus dan kwasiorkor
 - d. Osteoporosis
26. Apakah yang dimaksud dengan garam yang beryodium?
 - a. Garam yang ditambahkan unsur yodium
 - b. Garam yang harganya mahal
 - c. Garam yang berasal dari laut
 - d. Garam yang diperoleh langsung dari laut

27. Apa akibat jika balita kekurangan garam beryodium?

- a. Anak sulit makan
- b. Anak menjadi rewel
- c. Menyebabkan penyakit gondok, gangguan pertumbuhan baik fisik maupun mental, menurunnya tingkat konsentrasi dan tingkat kecerdasan
- d. Menyebabkan anak menjadi bodoh

28. Suplementasi zat gizi yang utama diberikan, yaitu?

- a. Vitamin A untuk balita, Zat besi untuk Ibu hamil, Yodium
- b. Zat besi untuk Ibu hamil, Yodium
- c. Vitamin A, Zat besi
- d. Zat besi, Yodium

DATA RESPONDEN KELOMPOK EKSPERIMEN

No	Nama	Usia (thn)	Jenis Kelamin	Pendidika n Terakhir	Pekerjaan	Alamat
1	UMIYATI	26	P	SMP	WIRASWASTA	KOLUTAN
2	RUBIATI	22	P	SMP	Tidak Bekerja	KOLUTAN
3	MAR	32	P	SMP	Tidak Bekerja	NGULAAN
4	ILMI	24	P	SMP	WIRASWASTA	BLIMBING
5	YARMI	26	P	SMP	SWASTA	BLIMBING
6	WARTIATUN	28	P	SMA	Tidak Bekerja	KOLUTAN
7	PRIHATINI	27	P	SMA	Tidak Bekerja	NGULAAN
8	IFAH	28	P	SMA	SWASTA	NGULAAN
9	ATIN	35	P	SD	SWASTA	BLIMBING
10	RODHIYAH	35	P	SD	WIRASWASTA	KOLUTAN
11	UTIN	29	P	SMP	SWASTA	KOLUTAN
12	SUTINI	32	P	SD	Tidak Bekerja	KOLUTAN
13	PARTI	35	P	SD	SWASTA	BLIMBING
14	MASRUROH	33	P	SMP	WIRASWASTA	NGULAAN
15	KHOFIFAH	24	P	SMP	WIRASWASTA	NGULAAN
16	YENIS	27	P	SMP	WIRASWASTA	KOLUTAN
17	MUAWANAH	23	P	SD	SWASTA	KOLUTAN
18	SUNTINI	31	P	SD	Tidak Bekerja	KOLUTAN
19	SRI	33	P	SMP	WIRASWASTA	BLIMBING
20	YAH	34	P	SMA	WIRASWASTA	BLIMBING
21	SUNTARI	28	P	SD	SWASTA	NGULAAN
22	GEMI	32	P	SMP	Tidak Bekerja	NGULAAN
23	LASMI	28	P	SD	Tidak Bekerja	KOLUTAN
24	JAMA'ATIK	28	P	SD	WIRASWASTA	BLIMBING

DATA RESPONDEN KELOMPOK KONTROL

No	Nama	Usia (thn)	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Alamat
1	ENI	29	P	SMP	SWASTA	KEBAT
2	ENDANG	33	P	SMA	Tidak Bekerja	KEBAT
3	BADHIK	29	P	SMP	SWASTA	GLONGGONG
4	ISTIANAH	23	P	SMP	WIRASWASTA	KEBAT
5	NUR	34	P	SD	Tidak Bekerja	GLONGGONG
6	HALIMAH	35	P	SMP	WIRASWASTA	KEBAT
7	SARPI	36	P	SD	Tidak Bekerja	KEBAT
8	ISTIANAH	22	P	SD	Tidak Bekerja	GLONGGONG
9	HANA	22	P	SD	WIRASWASTA	KEBAT
10	SOLIHAH	25	P	SMP	WIRASWASTA	GLONGGONG
11	MAEMUNAH	27	P	SMA	SWASTA	GLONGGONG
12	SUNIPAT	33	P	SMP	SWASTA	KEBAT
13	MIMAH	29	P	SMP	WIRASWASTA	GLONGGONG
14	SOF	28	P	SD	WIRASWASTA	KEBAT
15	MUSTIAH	27	P	SMP	SWASTA	GLONGGONG
16	GIYARTI	28	P	SMP	WIRASWASTA	GLONGGONG
17	TI'AH	32	P	SMA	Tidak Bekerja	KEBAT
18	LIA	24	P	SMP	Tidak Bekerja	KEBAT
19	NURUL	24	P	SD	Tidak Bekerja	KEBAT
20	ANIS	25	P	SMP	SWASTA	GLONGGONG
21	YANI	33	P	SMA	WIRASWASTA	KEBAT
22	KUN	31	P	SMP	WIRASWASTA	GLONGGONG
23	RETNO	28	P	SMP	SWASTA	KEBAT
24	MI'AH	27	P	SD	WIRASWASTA	KEBAT

**DATA HASIL *PRETEST* DAN *POSTTEST* PENGETAHUAN
KELOMPOK EKSPERIMEN**

NO	NAMA	SKOR PENGETAHUAN	
		PRETEST	POSTTEST
1	UMIYATI	13	23
2	RUBIATI	11	23
3	MAR	10	25
4	ILMI	15	24
5	YARMI	18	22
6	WARTIATUN	10	23
7	PRIHATINI	10	23
8	IFAH	15	25
9	ATIN	16	24
10	RODHIYAH	10	24
11	UTIN	13	25
12	SUTINI	11	22
13	PARTI	10	24
14	MASRUROH	14	25
15	KHOFIFAH	13	25
16	YENIS	10	25
17	MUAWANAH	17	22
18	SUNTINI	10	25
19	SRI	13	24
20	YAH	11	24
21	SUNTARI	10	25
22	GEMI	15	24
23	LASMI	10	23
24	JAMA'ATIK	11	21

**DATA HASIL *PRETEST* DAN *POSTTEST* PENGETAHUAN
KELOMPOK KONTROL**

NO	NAMA	SKOR PENGETAHUAN	
		PRETEST	POSTTEST
1	ENI	13	11
2	ENDANG	6	10
3	BADHIK	9	11
4	ISTIANAH	9	13
5	NUR	14	13
6	HALIMAH	17	11
7	SARPI	10	15
8	ISTIANAH	14	15
9	HANA	13	15
10	SOLIHAH	9	12
11	MAEMUNAH	9	11
12	SUNIPAT	9	10
13	MIMAH	11	12
14	SOF	16	11
15	MUSTIAH	8	10
16	GIYARTI	15	12
17	TI'AH	14	14
18	LIA	13	13
19	NURUL	14	16
20	ANIS	11	11
21	YANI	7	9
22	KUN	8	10
23	RETNO	17	15
24	MI'AH	14	11

HASIL UJI NORMALITAS DATA *PRE-TEST* PADA KELOMPOK EKSPERIMEN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pretest_eksperimen	24	100.0%	0	.0%	24	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
pretest_eksperimen	Mean	12.33	.520
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	11.26	
	Upper Bound	13.41	
	5% Trimmed Mean	12.16	
	Median	11.00	
	Variance	6.493	
	Std. Deviation	2.548	
	Minimum	10	
	Maximum	18	
	Range	8	
	Interquartile Range	5	
	Skewness	.779	.472
	Kurtosis	-.588	.918

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pretest_eksperimen	.241	24	.001	.844	24	.002

a. Lilliefors Significance Correction

HASIL UJI NORMALITAS DATA *POST-TEST* PADA KELOMPOK EKSPERIMEN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
post_eksperimen	24	100.0%	0	.0%	24	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
post_eksperimen	Mean	23.88	.258
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	23.34	
	Upper Bound	24.41	
	5% Trimmed Mean	23.91	
	Median	24.00	
	Variance	1.592	
	Std. Deviation	1.262	
	Minimum	21	
	Maximum	26	
	Range	5	
	Interquartile Range	2	
	Skewness	-.312	.472
	Kurtosis	-.163	.918

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
post_eksperimen	.164	24	.092	.941	24	.174

a. Lilliefors Significance Correction

HASIL UJI NORMALITAS DATA *PRE-TEST* PADA KELOMPOK KONTROL

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pretest_kontrol	24	100.0%	0	.0%	24	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
pretest_kontrol	Mean	11.67	.658
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	10.30	
	Upper Bound	13.03	
	5% Trimmed Mean	11.68	
	Median	12.00	
	Variance	10.406	
	Std. Deviation	3.226	
	Minimum	6	
	Maximum	17	
	Range	11	
	Interquartile Range	5	
	Skewness	.014	.472
	Kurtosis	-1.151	.918

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pretest_kontrol	.171	24	.068	.940	24	.166

a. Lilliefors Significance Correction

HASIL UJI NORMALITAS DATA *POST-TEST* PADA KELOMPOK KONTROL

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
post_kontrol	24	100.0%	0	.0%	24	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
post_kontrol	Mean	12.12	.405
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 11.29	
		Upper Bound 12.96	
	5% Trimmed Mean	12.08	
	Median	11.50	
	Variance	3.940	
	Std. Deviation	1.985	
	Minimum	9	
	Maximum	16	
	Range	7	
	Interquartile Range	3	
	Skewness	.503	.472
	Kurtosis	-.885	.918

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
post_kontrol	.215	24	.006	.913	24	.042

a. Lilliefors Significance Correction

**HASIL UJI WILCOXON PADA DATA PRE DAN POST-TEST PADA
KELOMPOK EKSPERIMEN**

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_eks - pre_eks	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	24 ^b	12.50	300.00
	Ties	0 ^c		
	Total	24		

a. post_eks < pre_eks

b. post_eks > pre_eks

c. post_eks = pre_eks

Test Statistics^b

	post_eks - pre_eks
Z	-4.293 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**HASIL UJI WILCOXON DATA PRE DAN POST-TEST PADA
KELOMPOK KONTROL**

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_kontrol - pre_kontrol	Negative Ranks	7 ^a	13.00	91.00
	Positive Ranks	14 ^b	10.00	140.00
	Ties	3 ^c		
	Total	24		

a. post_kontrol < pre_kontrol

b. post_kontrol > pre_kontrol

c. post_kontrol = pre_kontrol

Test Statistics^b

	post_kontrol - pre_kontrol
Z	-.860 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.390

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



Gambar 1: Kegiatan *Pretest*



Gambar 2: Kegiatan *Konseling Gizi*



Gambar 2: Konseling Gizi



Gambar 3: Kegiatan *Posttest*