

MODEL KARTU MONITORING KADARZI TERHADAP PENINGKATAN STATUS GIZI BALITA

Vera T. Harikedua¹, Rudolf B. Purba², dan Muksin Pasambuna³

1,2,3 Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado

ABSTRACT

The Nutrition Awareness Family (KADARZI), is a family description of balanced nutrition behaviors, is able to recognize and solve the nutritional problems of its family members, besides it has good behavior in growth monitoring by taking into account the basic principles of child growth assessment including measuring the weight and length or height of children and comparing with growth standards. The purpose of growth assessment is to determine whether the child grows normally or has growth problems or there is a tendency to have growth problems that need to be addressed. Nutrition Research Assessment Results of Nutrition Status and Working Indicators of 2015, survey results show that for prevalence of under five nutrition status based on indicator of TB / U is very short prevalence age 0-23 months (6,5%) and short (13,1%) while in the national prevalence of very under five children (8.4%) and short toddlers (14.7%). The comparison between prevalence nationally compared with the province of North Sulawesi has a not too far away. Prevalence of nutritional status of children under 0-59 months based on national TB indicator (18.9%), North Sulawesi provincial prevalence (15.9%), while for North Minahasa district has prevalence (22.1%), with prevalence of provincial and national level hence categorized still high, (Kemenkes RI, 2016). The purpose of this research is to know the correlation between nutrient conscious family behavior with nutritional status of children under five in Likupang District of North Minahasa Regency.

This type of research is observational with quasi experiment design. This research will analyze the effect of behavior change of nutritious family with the use of kadarzi monitoring card to five kadarzi indicators. The population in this study is all families who have children aged 0 - 5 years in the work area of Likupang Community Health Center, North Minahasa District.

Conclusion there are 31,4% of research subjects mengalami increase BB but from result of statistic test there is no change of behavior at monitoring weight of child of toddler ($p > 0,05$). Consumption of diverse foods that consume a complete 77.1%. Salt consumption is 100%. Toddlers who have not got exclusive breastfeeding 60%. Pregnant women who do not consume Fe 52.5%; 41.5% of puerperal mothers did not consume Vit A. Toddlers who consumed 86.7% vitamin A capsules and 55.1% red vitamin A. Suggestions To monitor KADARZI should use the available monitoring cards: Need to monitor with KADARZI card with a longer period of time to cover all components in monitoring Need to modify the simpler KADARZI card, making it younger and more practical in its use.

Keywords: Kadarzi, Kadarzi monitoring card, Toddler weight

PENDAHULUAN

Gangguan gizi yang terjadi pada bayi dan balita mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangannya, baik pada masa balita maupun masa

berikutnya. Penanganan gizi kurang pada bayi dan balita memerlukan upaya yang menyeluruh meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Arisman, 2014).

Keluarga sadar gizi (KADARZI) adalah keluarga yang mampu mengenali dan mengatasi masalah gizi serta menerapkan perilaku sadar gizi yang baik untuk anggota keluarganya. Perilaku sadar gizi adalah pengetahuan, sikap dan praktek keluarga untuk mewujudkan keadaan gizi yang baik meliputi menimbang berat badan secara teratur, mengkonsumsi makanan seimbang dan berperilaku hidup sehat (Depkes RI 2005).

Efektifitas penanggulangan gizi kurang ditentukan oleh dua hal yaitu ketepatan melakukan identifikasi dini gangguan pertumbuhan dan ketepatan serta kecepatan tindak lanjut setiap gangguan pertumbuhan. Namun dari berbagai kajian terhadap pelaksanaan pemantauan pertumbuhan ditemukan beberapa masalah antara lain kesalahan menggunakan peralatan pengukuran yang tidak dikalibrasi dengan baik, kesalahan dalam penggunaan alat yang tidak layak dan kesalahan dalam pembacaan hasil serta intepretasinya yang berakibat pada kesalahan pengambilan kesimpulan dan kebijakan (Depkes R.I, 2006).

Pemantauan keberhasilan kadarzi dilakukan dengan menggunakan kartu monitoring KADARZI yang selama ini belum

pernah digunakan oleh masyarakat (keluarga). Dengan digunakan kartu monitoring KADARZI ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta masyarakat khususnya ibu-ibu yang mempunyai anak balita, sehingga bisa meningkatkan status gizi balita

BAHAN DAN CARA

Jenis penelitian adalah *observasional* dengan rancangan *quasi eksperiment*. Penelitian ini akan menganalisis pengaruh perubahan perilaku KADARZI dengan penggunaan kartu monitoring KADARZI terhadap peningkatan status gizi balita.

Penelitian ini telah dilaksanakan di wilayah Puskesmas Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara sebagai daerah sasaran MCA-Indonesia. Waktu pelaksanaan penelitian pada bulan Agustus - November 2016. Pengolahan dan analisis data diawali dengan melakukan *editing*, dan *coding* data untuk memudahkan proses pemasukan data kemudian dilanjutkan dengan mengentri data pada program software statistik. Analisis univariat dan interpretasi data disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel atau diagram. Kemudian dilanjutkan dengan Analisis bivariat dan multivariat jika diperlukan.

HASIL DAN PEMBEHASAN

Subjek dalam penelitian ini adalah penduduk yang berada di wilayah kecamatan Likupang Barat berjumlah 118 keluarga dengan total anggota keluarga 433 orang. Karakteristik subjek penelitian dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik subjek penelitian

Jenis Kelamin	n	%
Laki – Laki	219	50,6
Perempuan	214	49,4
Jumlah	433	100
Umur	n	%
0 – 11 bln	28	6,5
1 – 5 thn	107	24,7
>5 – 12 thn	35	8,1
>12 – 19 thn	24	5,5
>19 – 29 thn	107	24,7
>29 – 50 thn	125	28,8
>50 – 80 thn	7	1,6
Jumlah	433	100

Jenis kelamin dari subjek penelitian menunjukkan bahwa perempuan lebih dominan (50,6%) daripada laki-laki (49,4%). Usia subjek penelitian yang tertinggi

adalah golongan usia >29 – 50 tahun dan yang terendah pada golongan usia >50 – 80 tahun dari jumlah keseluruhan sebanyak 433 orang.

Perilaku KADARZI

Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan dengan minimal :

1. Menimbang berat badan (BB) secara teratur bagi semua anggota keluarganya.

Dari monitoring dengan kartu KADARZI yang dilakukan pada

433 orang anggota keluarga terdapat 265 orang yang memiliki data berat badan dimana adanya peningkatan berat badan subjek berjumlah 401 orang (92,6%) yang menimbang BB, serta terjadi peningkatan 31,4% sebagaimana dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Pemantauan BB anggota keluarga

Monitoring BB	Sebelum ada kart		Setelah ada kartu	
	n	%	n	%
Tidak menimbang BB	168	38,8	32	7,4
Menimbang BB	265	61,2	401	92,6
Jumlah	433	100	433	100

Hasil monitoring BB yang tidak menimbang BB anak balita 12,6% sebelum ada kartu

monitoring KADARZI. Hal ini mengalami penurunan yang tidak menimbang BB anak balita

menjadi tidak ada (0%) dari keseluruhan 118 keluarga KADARZI yang menjadi subjek penelitian, Status gizi balita yang mengalami gizi buruk mengalami kecenderungan menurun dari 3 Tabel 4. Status Gizi Balita

orang (2,2 %) menjadi hanya 1 orang (0,7%). Selain itu anak balita berada pada status gizi kurang, normal dan lebih. Status gizi anak balita dapat dilihat pada Tabel 4.

Status Gizi Balita	Sebelum ada kartu		Setelah ada kartu	
	n	%	n	%
Gizi Buruk	3	2,2	1	0,7
Gizi Kurang	16	11,9	15	11,1
Gizi Normal	99	73,3	118	87,4
Gizi lebih	0	0	1	0,7
Jumlah	135	100	135	100

D

ari tabel 4, sebelum diberikan kartu masih ada 17 orang anak balita yang tidak menimbang berat badannya, 3 orang gizi buruk dan 16 anak gizi kurang. Setelah diberikan kartu dan dilakukan monitoring selama 2 bulan terjadi perubahan, yaitu semua balita sudah melakukan penimbangan berat badan, dan terdapat gizi buruk 1 orang anak dan gizi kurang masih ada 15 orang anak.

Dari hasil uji statistik tidak ada perbedaan antara status gizi sebelum dan sesudah pemberian kartu, dimana $p > 0,05$ namun dari pengukuran status gizi ada peningkatan.

Status gizi yang baik akan turut berperan dalam pencegahan terjadinya berbagai penyakit, khususnya penyakit infeksi dan dalam tercapainya tumbuh kembang anak yang optimal (DepKes R.I. 2008)

2. Memberikan air susu ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir

sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif).

ASI memiliki kandungan yang sangat lengkap untuk memenuhi pertumbuhan dan perkembangan (kecerdasan) bayi sampai usia 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif adalah memberikan ASI saja (bagi bayi sampai usia 6 bulan). Bayi tidak diberikan makanan atau minuman lain (susu formula, jeruk, madu, air teh dan tanpa makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, bubur nasi biskuit, dan nasi tim), termasuk air minum sampai usia 6 bulan

Dari keseluruhan balita 135 orang yang mendapatkan ASI eksklusif terdapat 50 orang (37,0%) balita, sedangkan yang tidak ASI eksklusif masih sangat besar 81 orang (60%). Lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. Pemberian ASI eksklusif

3. Makan beraneka ragam.

Konsumsi makanan beraneka ragam adalah makan dari berbagai jenis bahan makanan terdiri dari bahan makanan sumber tenaga (karbohidrat dan lemak), zat pembangun (protein) dan zat pengatur (vitamin dan mineral) untuk memenuhi Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (DKGA). Makin beragam makanan

yang dikonsumsi, makin lengkap kualitas zat gizi yang diperoleh.

Dari 118 kepala keluarga, bahan makanan sumber tenaga (karbohidrat) dikonsumsi setiap hari masih dominan pada lauk hewani dikonsumsi setiap hari dan yang terendah 3 kali seminggu. Konsumsi lauk hewani dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Konsumsi Lauk Hewani

Konsumsi Lauk Hewani	n	%
Tiap hari	89	75,4
6 kali seminggu	14	11,9
5 kali seminggu	8	6,8
4 kali seminggu	4	3,4
3 kali seminggu	3	2,5
Jumlah	118	100

Dari tabel 5 dapat dijelaskan bahwa masih ada keluarga yang mengkonsumsi lauk hewani dalam 3 kali seminggu (2,5%). Secara umum konsumsi lauk hewani

keluarga sebagian besar (75%) setiap harinya..
keluarga sudah mengkonsumsi

Tabel 6. Konsumsi Lauk Nabati

Konsumsi Lauk Nabati	n	%
Tiap hari	2	1,7
4 kali seminggu	2	1,7
3 kali seminggu	16	13,5
2 kali seminggu	37	31,4
1 kali seminggu	36	30,5
Tidak mengkonsumsi	25	21,2
Jumlah	118	100

Untuk konsumsi lauk nabati yang dominan (31,4%) keluarga 2 kali seminggu, masih ditemukan (1,7%) keluarga mengkonsumsi lauk nabati hanya (1,7%). Hal ini

menunjukkan bahwa perlu dilakukan penyuluhan yang baik pentingnya konsumsi lauk nabati untuk keluarga.

Tabel 7. Konsumsi Sayuran

Konsumsi Sayuran	n	%
Tiap hari	26	22,0
6 kali seminggu	17	14,4
5 kali seminggu	29	24,6
4 kali seminggu	26	22,0
3 kali seminggu	13	11,0
2 kali	5	4,3
1 kali	2	1,7

Jumlah	118	100
--------	-----	-----

Tabel 7 dapat dijelaskan bahwa masih rendahnya konsumsi sayuran keluarga di Kecamatan Likupang Barat yang hanya (22%)

4. Menggunakan garam beryodium.

Yodium diperlukan untuk produksi hormon tiroid, yaitu hormon yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan saraf, pertumbuhan tulang dan perkembangan otak. Untuk pembentukan sel darah merah dan menjaga keseimbangan metabolisme tubuh. Kekurangan yodium pada usia dini berdampak pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan dan dapat menyebabkan tekanan darah rendah dan aktivitas menjadi lambat, serta mengakibatkan

dan masih terdapat keluarga yang hanya mengkonsumsi sayuran 1 kali seminggu (1,7%).

gangguan kecerdasan (Almatsier, 2004). Dari 118 keluarga semuanya telah menggunakan garam beryodium untuk konsumsi sehari-hari.

5. Minum suplemen gizi (Tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran

Tablet tambah darah yang harus dikonsumsi oleh ibu hamil sejak awal kehamilan sampai saat melahirkan (trimester I sampai trimester 3) berjumlah 90 tablet. Ibu semasa hamil yang mengkonsumsi tablet tambah darah dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 10. Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Hamil

Konsumsi Fe	n	%
Konsumsi trimester 1	5	4,3
Konsumsi trimester 2	2	1,7
Konsumsi trimester 3	9	7,6
Konsumsi trimester 1 -3	20	16,9
Konsumsi trimester 2 – 3	19	16,1
Konsumsi trimester 1 – 2	1	0,8
Tidak mengkonsumsi	62	52,5
Jumlah	118	100

Dari tabel 10 dapat dijelaskan bahwa masih terdapat ibu hamil

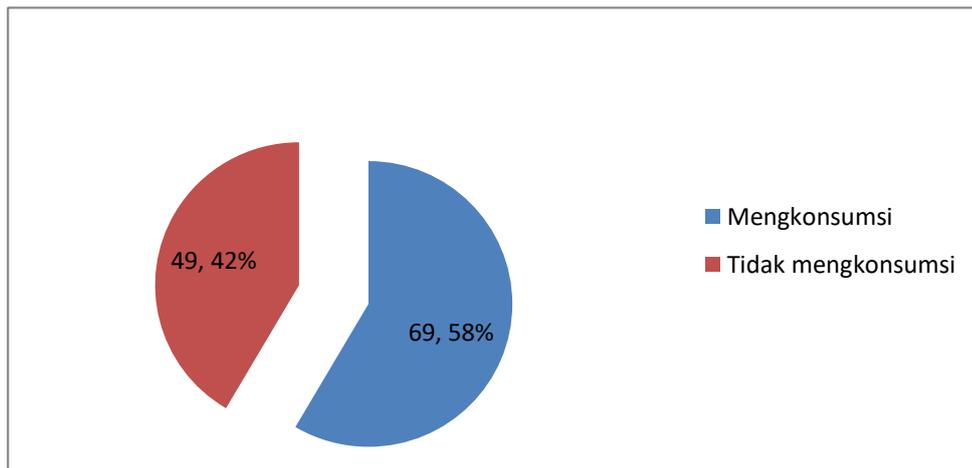
yang tidak mengkonsumsi zat besi selama periode kehamilannya,

yaitu 62 orang ibu (52,5%) dan mengkonsumsi zat besi pada saat mereka hamil trimester 1-2 sangat sedikit cakupannya, 1 orang (0,8%).

Konsumsi Vitamin A

Ibu nifas mendapat 2 kali vitamin A warna merah, satu kapsul dikonsumsi segera pada saat melahirkan dan satu kapsul lagi dikonsumsi paling lambat 28

hari setelah melahirkan, dari 118 ibu nifas masih terdapat 49 orang (41%) yang tidak mengkonsumsi vitamin A. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak ibu nifas belum berperilaku sebagaimana yang lainnya. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 11 dibawah ini.



Gambar 3. Konsumsi Vitamin A Ibu Nifas

Saat ini defisiensi vitamin A masih dihadapi oleh negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu melalui program suplementasi vitamin A pada ibu nifas. Program tersebut pertama kali dipublikasikan pada tahun 1997 oleh WHO, UNICEF, dan IVACG yang merekomendasikan pemberian suplemen vitamin A dosis tunggal 200.000 IU pada ibu nifas segera setelah melahirkan. Beberapa studi menunjukkan efek dari suplementasi vitamin A pada ibu nifas. Menurut Ross dan Harvey (2003), suplementasi vitamin A

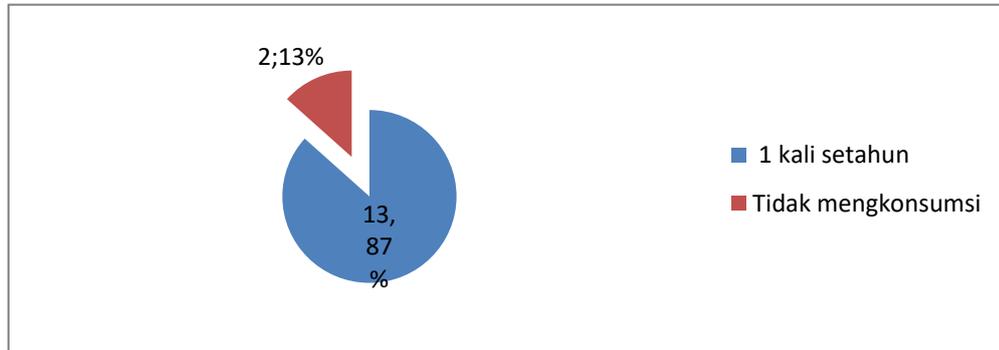
dosis tinggi pada ibu nifas merupakan strategi yang efektif dalam memperbaiki status vitamin A pada bayi melalui pemberian ASI. Selain itu, Basu *et al* (2003) menyatakan bahwa suplementasi vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas di India dapat menurunkan morbiditas pada bayi.

Konsumsi Vitamin A Anak Balita

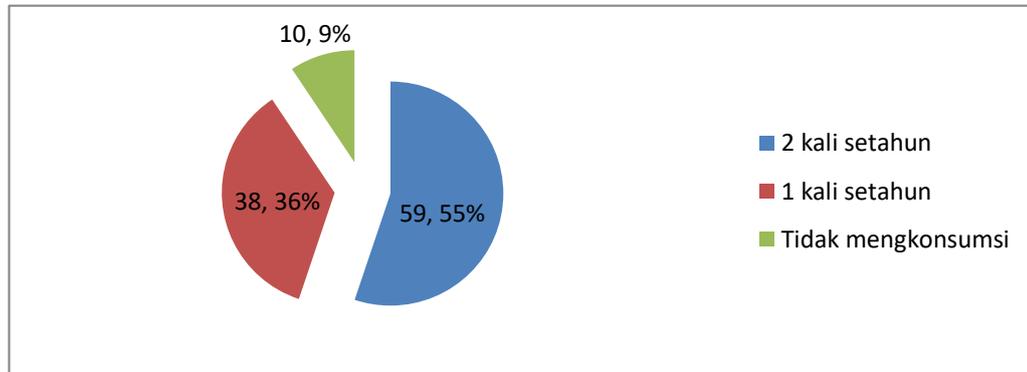
Dari 135 orang balita ada 13 orang bayi yang belum mendapat kapsul vitamin A, karena usianya masih berada dalam rentang usia 0 – 6 bulan dan balita yang

mendapat kapsul vitamin A
berjumlah 122 orang (usia >6

bulan – 1 tahun 15 orang dan > 1 –
5 tahun 107 orang)



Gambar 4. Konsumsi kapsul vitamin A biru anak Balita



Gambar 5. Konsumsi kapsul vitamin A merah anak Balita

Dari gambar 4 dan 5 dapat dilihat konsumsi kapsul vitamin A biru, ada 2 orang (13,3%) yang tidak mengkonsumsi. Untuk balita usia > 1 – 5 tahun yang tidak mengkonsumsi kapsul vitamin A ada 10 orang (9%).

Tabel 8. Konsumsi Buah

Konsumsi Buah	n	%
Tiap hari	5	4,3
6 kali seminggu	1	0,8
5 kali seminggu	2	1,7
4 kali seminggu	3	2,5
3 kali seminggu	17	14,4

2 kali seminggu	34	28,8
1 kali seminggu	49	41,6
Tidak mengkonsumsi	7	5,9
Jumlah	118	100

Untuk konsumsi buah mengkonsumsi buah dalam keluarga setiap hari masih rendah seminggu (5,9%), untuk (4,3%), bahkan masih ditemukan jelasnya keluarga yang tidak dapat dilihat pada tabel 9

Tabel 9. Konsumsi Keluarga

Konsumsi Keluarga	Sebelum ada kartu		Setelah ada kartu	
	n	%	n	%
Tidak konsumsi lauk nabati dan buah	86	72,9	3	2,5
Tidak konsumsi buah	6	5,1	2	1,8
Tidak konsumsi nabati	23	19,5	22	18,6
Konsumsi lengkap	3	2,5	91	77,1
Jumlah	118	100	118	100

Pada Tabel 9 dari 118 keluarga yang dijadikan sampel, masih ada 3 keluarga (2,5%) yang tidak mengkonsumsi lauk nabati

dan hewani, 2 keluarga (1,8%) yang tidak mengkonsumsi buah dan 22 keluarga (18,6%) yang tidak mengkonsumsi lauk nabati.

KESIMPULAN

1. Perubahan perilaku KADARZI setelah adanya kartu monitoring KADARZI untuk pemantauan berat badan mengalami peningkatan sebesar 31,4%. Namun uji statistik menunjukkan tidak terdapat perubahan perilaku pada pemantauan berat badan anak balita ($p > 0,05$).
2. Perubahan perilaku KADARZI dalam pemberian ASI eksklusif kepada bayi sampai usia 6 bulan setelah adanya kartu monitoring KADARZI kecenderungan mengalami penurunan
3. Perubahan perilaku makan KADARZI setelah adanya kartu monitoring KADARZI dengan jenis makanan beraneka ragam mengalami peningkatan; yang tidak mengkonsumsi lauk nabati dan buah menjadi berkurang dari 72,9%

menjadi 2,5%; yang konsumsi lengkap dari semula 2,5% meningkat menjadi 77,1%.

4. Perilaku KADARZI setelah adanya kartu monitoring KADARZI dalam mengkonsumsi garam beryodium menunjukkan 100% sudah mengkonsumsi garam beryodium.
5. Perilaku KADARZI dalam mengkonsumsi suplemen tablet besi pada ibu hamil setelah adanya kartu monitoring KADARZI kecenderungan mengalami penurunan sebesar 52,5%, ibu nifas yang mengkonsumsi kapsul vitamin A sebesar 58,5%, balita yang mengkonsumsi kapsul vitamin A biru 1 kali setahun sudah tinggi (86,7%) dan vitamin A merah yang tertinggi (55,1%).

SARAN

1. Untuk memantau pelaksanaan program KADARZI dapat menggunakan kartu monitoring KADARZI yang ada.
2. Perlu dilakukan monitoring dengan kartu KADARZI dengan jangka waktu yang lebih panjang untuk mencakup semua komponen dalam monitoring.
3. Perlu dilakukan modifikasi kartu KADARZI sehingga lebih mudah dan praktis dalam penggunaannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S (2004) *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Arisman, (2004) *Gizi dalam daur kehidupan*: Buku Ajar Ilmu Gizi. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Balitbangkes, 2013. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*.
- Bappenas, 2011. *Rencana Aksi Nasional Pangan Dan Gizi 2011-2015*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Basu S, Sengupta B, & Paladhi PKR. 2003, Single megadose vitamin A supplementation of Indian Mothers and morbidity in breastfed young infants. *Posgrad Med J*, 79, 397 - 402
- Bobak dkk. (2004). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta. EGC
- Depkes R.I (2005) *Pedoman Pengelolaan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)*, Jakarta
- Depkes R.I., 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Lokal Tahun 2006*
- Depkes R.I., (2007) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*

- Nomor: 75 tahun 2013
224/Menkes/SK/II/2007
tentang Spesifikasi
Makanan Pendamping
Air Susu Ibu (MP-ASI)
tanggal 26 Pebruari
2007, Jakarta
Tentang Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan bagi Bangsa Indonesia
- DepKes R.I., (2007) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor; 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga sadar Gizi di Desa Siaga
Kementerian Kesehatan RI, 2016., Hasil Riset Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kerja Gizi tahun 2015
- DPR-RI, 2012. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2012 Tentang Pangan
Kepres No 69., 1994 tentang garam yang beredar di Indonesia
- Hadi, H. (2004), Beban ganda masalah gizi dan implikasinya terhadap pembangunan Nasional : Pidato Pengukuhan Guru Besar pada Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta
Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J. & Lwanga, S. K. (1990) *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan* Yogyakarta, Gajah Mada University Press.
- Kapil U & Sachdev HPS. 2013. Massive dose vitamin A programme in India-Need for a targeted approach. *Indian Journal Medical Research*, 138, 411—417.
Ojofeitimi EO, Ogunjuyigbe PO, Sanusi, et al. Poor Dietary Intake of Energy and Retinol among Pregnant Women; Implications for Pregnancy Outcome in South Nigeria. *Pak. J. Nutr.* 2008; 7(3); 480-484
- Kementerian Kesehatan R.I, 2010. Permenkes R.I Nomor 1995 tahun 2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak
Purba, Regina Tatiana, 2007. Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Perbandingan Efektifitas Terapi Besi Intraveba dan Oral pada Anemia Defisiensi Besi dalam Kehamilan. *Majalah Kedokteran Indonesia*, Volume: 57, Nomor: 4 April 2007. Rumah Sakit Dr. Cipto
- Kementerian Kesehatan R.I, 2013. Permenkes R.I Nomor

- Mangunkusumo,
Jakarta
- Ross JS & Harvey PWJ. 2003. Contribution of Breastfeeding to vitamin A nutrition of infants: a simulation model. Bulletin of the World Health Organization, 81, 80 - 86
- Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*, Alfabeta Bandung, 2013
- Siswono, 2004. Ibu dan Anak Sehat berkat Vitamin <http://www.suarapembaruan.com>. diakses 30/11/2016
- Undang-Undang No 25. Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional
- Undang-Undang No 36 tahun 2009 pasal 141 tentang Kesehatan
- WHO (World Health Organization). 2011. *Guideline Vitamin A Supplementation in postpartum women*. World Health Organization, Geneva