

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Keadaan gizi masyarakat Indonesia masih belum menggembirakan. Berbagai masalah gizi seperti gizi kurang dan gizi buruk, kurang vitamin A, anemia gizi besi, gangguan akibat kurang yodium dan gizi lebih (obesitas) masih banyak tersebar di kota dan desa di seluruh tanah air. Faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan tersebut antara lain adalah tingkat kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan sesuai dengan kebutuhan anggota keluarga, pengetahuan dan perilaku keluarga dalam memilih, mengolah dan membagi makanan di tingkat ruma tangga, ketersediaan air bersih dan fasilitas sanitasi dasar serta ketersediaan dan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan dan gizi masyarakat yang berkualitas (Depkes RI, 2007b).

Perbaikan status gizi masyarakat merupakan fokus prioritas poin kedua dalam kerangka kebijakan pembangunan kesehatan sebagaimana yang tertuang dalam rencana pembangunan jangka menengah (RPJM) bidang kesehatan tahun 2010-2014. Salah satu upaya untuk memperbaiki status gizi masyarakat yaitu dengan cara peningkatan pelayanan gizi dan masyarakat melalui pembinaan gizi masyarakat yaitu melalui program KADARZI (Sardjunani, 2009). Mulai dicanangkan sejak tahun 1998 yang dimotori oleh Departemen Kesehatan. Disebut keluarga sadar gizi jika sikap dan perilaku keluarga dapat secara mandiri mewujudkan keadaan

gizi yang sebaik-baiknya yang tercermin pada pola konsumsi yang beraneka ragam dan bergizi seimbang (Hariyadi, 2010).

KADARZI adalah keluarga yang telah mempraktekkan perilaku gizi yang baik dan benar sesuai kaidah ilmu gizi, dapat mengenali masalah gizi yang ada dalam keluarga atau lingkungan, serta mampu melakukan tindak lanjut untuk mengatasi masalah gizi yang ada berdasarkan potensi yang dimilikinya (Depkes RI, 2007b). Demikian (Depkes RI, 2008) lebih menjabarkan lagi pengertian KADARZI sebagai suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Tujuan umum program KADARZI adalah seluruh keluarga berperilaku sadar gizi, sedangkan tujuan khususnya yaitu agar meningkatnya kemudahan keluarga dan masyarakat untuk memperoleh informasi gizi serta agar meningkatnya kemudahan keluarga dan masyarakat memperoleh pelayanan gizi yang berkualitas (Depkes RI, 2007b).

Perilaku sadar gizi keluarga terutama ibu memiliki peran yang sangat penting terhadap keadaan gizi anaknya, terutama balita karena balita belum mampu untuk mengurus dirinya sendiri dengan baik (Sediaoetama, 2006). Strategi yang dilakukan untuk mencapai sasaran KADARZI yaitu 1) meningkatkan fungsi dan peran posyandu sebagai wahana masyarakat dalam memantau dan mencegah secara dini gangguan pertumbuhan balita ; 2) menyelenggarakan pendidikan atau promosi gizi secara sistematis melalui advokasi, sosialisasi, komunikasi informasi edukasi (KIE) dan pendampingan keluarga ; 3) menyelenggarakan 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) meningkatnya pengetahuan dan keterampilan petugas puskesmas dan jaringannya dalam pengelolaan dan tata laksana pelayanan gizi ; 6) mengupayakan dukungan sarana dan prasarana pelayanan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan gizi di puskesmas dan jaringannya ; serta 7) mengoptimalkan survailans berbasis masyarakat melalui pemantauan wilayah setempat gizi, sistem kewaspadaan dini kejadian luar biasa gizi buruk dan system kewaspadaan pangan dan gizi (Depkes RI, 2007b).

Suatu keluarga dikatakan KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik secara terus menerus. Perilaku sadar gizi yang diharapkan terwujud terutama 1) menimbang berat badan secara teratur ; 2) memberikan air susu ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur enam bulan (ASI eksklusif) ; 3) makan beraneka ragam ; 4) menggunakan garam beryodium ; dan 5) minum suplemen gizi sesuai anjuran. Maka pada penelitian ini keluarga dikategorikan pada dua kategori yaitu (1) belum KADARZI bila keluarga belum melaksanakan kelima indikator KADARZI secara baik; dan (2) sudah KADARZI bila keluarga telah melaksanakan kelima indikator KADARZI secara baik (Depkes RI, 2007b).

Hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS 2010) mengenai KADARZI, menunjukkan bahwa balita yang ditimbang selama 6 bulan terakhir dari waktu pengukuran secara rutin ( $\geq 4$  kali), ditimbang 1-3 kali

dan yang tidak pernah ditimbang berturut-turut adalah 49.4%, 26.9% dan 23.8%. pemberian suplemen gizi 47.6%. Secara nasional, sebanyak 62.3 rumah tangga Indonesia mempunyai Prevalensi pendek pada balita adalah 35,7 persen, menurun dari 36,7 persen pada tahun 2007. Penurunan terutama terjadi pada prevalensi balita pendek yaitu dari 18,0 persen tahun 2007 menjadi 17,1 persen tahun 2010. Sedangkan prevalensi balita sangat pendek hanya sedikit menurun yaitu dari 18,8 persen tahun 2007 menjadi 18,5 persen tahun 2010. Persentase bayi yang menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan adalah 15,3 persen. Persentase nasional anak 6-59 bulan yang mendapatkan kapsul vitamin A dosis tinggi adalah 71.5% (Kemenkes RI, 2010). Pencapaian target *Universal Salt Iodization* 2010 pada 6 propinsi sebesar 90%, prevalensi makan buah dan sayur pada penduduk umur > 10 tahun adalah 93.6% (Depkes RI, 2007a).

Standar pencapaian KADARZI yaitu 80% dari keluarga menjadi KADARZI (Depkes RI, 2007b). Target jumlah bayi dan balita yang dipantau pertumbuhannya setiap bulan dengan cara penimbangan berat badan yaitu sebesar 90%, jumlah bayi 0-6 bulan yang memperoleh ASI eksklusif sebesar 80%, keluarga menggunakan garam beryodium sebesar 90%, keluarga makan beraneka ragam sesuai kebutuhan 80%, bayi usia 6 – 11 bulan serta balita usia 12-59 bulan mendapatkan kapsul vitamin A dua kali pertahun sebesar 90%, ibu hamil mendapatkan minimal 90 tablet Fe selama masa kehamilan sebesar 95% dan ibu nifas mendapatkan kapsul vitamin A sebanyak 2 buah sebesar 90% (Depkes RI, 2008a).

## 2.2 Indikator Keluarga Sadar Gizi

Suatu keluarga dikatakan telah menjadi keluarga sadar gizi bila telah mempraktekkan dengan baik lima indikator KADARZI berikut :

### 2.2.1 Menimbang Berat Badan Secara Teratur

Perubahan berat badan merupakan indikator yang sangat sensitif untuk memantau pertumbuhan anak. Bila kenaikan berat badan anak lebih rendah dari yang seharusnya, pertumbuhan anak terganggu dan anak berisiko akan mengalami kekurangan gizi. Sebaliknya bila kenaikan berat badan lebih besar dari yang seharusnya merupakan indikasi risiko kelebihan gizi (Depkes RI, 2009b) . Perubahan berat badan menggambarkan perubahan konsumsi makanan atau gangguan kesehatan (Gabriel, 2008).

Berat badan anak merupakan indikator yang baik bagi penentuan status gizi, khususnya untuk mereka yang berumur di bawah lima tahun. Hal ini memerlukan kemampuan yang baik untuk mendeteksi dan menentukan apakah anak mengalami gangguan pertumbuhan atau tidak dengan menggunakan satu ukuran berat badan. Meskipun berat badan dari berbagai kelompok anak sangat bervariasi, namun telah banyak diketahui bahwa hal ini terjadi karena perbedaan dalam status gizi dan status kesehatan (Suhardjo, 1989 dalam Hariyadi, 2010).

Tujuan dari pemantauan berat badan yaitu untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita, mencegah memburuknya keadaan gizi, mengetahui kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin, mencegah ibu melahirkan bayi dengan berat badan

bayi lahir rendah dan terjadinya pendarahan pada saat melahirkan, dan mengetahui kesehatan anggota keluarga dewasa dan usia lanjut (Gabriel, 2008).

Cakupan kunjungan bayi 6 – 11 bulan dan cakupan pelayanan anak balita 12 – 59 bulan sebagai bagian dari Pelayanan kesehatan dasar (PKD) yang termuat dalam standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008, bahwa bayi dan balita memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan, minimal 8 kali dalam setahun (Depkes RI, 2008).

### **2.2.2 Memberikan ASI Eksklusif Pada Bayi (0-6 bulan)**

ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi. Tidak ada satupun makanan lain yang dapat menggantikan ASI, karena ASI mempunyai kelebihan yang meliputi 7 aspek, yaitu aspek gizi, aspek imunologik, aspek psikologi, aspek kecerdasan, neurologis, aspek ekonomis, dan aspek penundaan kehamilan. (Depkes 2001). Bayi baru lahir secara kodrati memerlukan ASI sebagai sumber zat gizi. Melalui kegiatan menyusui, bayi tidak hanya mendapatkan makanan dan zat gizi pelindung yang perlu bagi pertumbuhannya, tetapi juga banyak hal lain yang secara psikologis berarti besar bagi perkembangan kualitas perilaku dan kepribadiannya kelak (Jelliffe dan Jelliffe, 1989 dalam Hariyadi, 2010).

ASI merupakan pangan kompleks yang mengandung zat-zat gizi lengkap dan bahan-bahan bioaktif yang diperlukan untuk tumbuh kembang dan pemeliharaan kesehatan bayi (Almatsier dkk, 2011). ASI mengandung zat gizi yang berkualitas tinggi, yaitu kandungan asam

amino essensial yang sangat penting untuk meningkatkan jumlah sel otak bayi terutama usia 6 bulan (Depkes RI, 2005). ASI mengandung protein tinggi yang mudah diserap oleh bayi, juga mengandung laktosa dan karbohidrat yang tinggi. Mineral yang terkandung dalam ASI mudah diserap oleh bayi (Perkins & Vannais 2004). Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dapat mencegah kematian bayi dan infant yang lebih besar dengan mereduksi risiko penyakit infeksi, hal ini karena: Adanya kolostrum yang merupakan susu pertama yang mengandung sejumlah besar faktor protektif yang memberikan proteksi aktif dan pasif terhadap berbagai jenis pathogen. ASI eksklusif dapat mengeliminasi mikroorganisme pathogen yang yang terkontaminasi melalui air, makanan atau cairan lainnya. Juga dapat mencegah kerusakan *barier imunologi* dari kontaminasi atau zat-zat penyebab alergi pada susu formula atau makanan (WHO, 2010).

Kementerian Kesehatan RI, *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) menganjurkan pemberian ASI secara eksklusif, yaitu ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan, tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain selain ASI (Kemenkes RI, 2012). Yang disebut ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan. Lebih tepatnya pemberian ASI secara Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim (Roesli, 2009).

Program ASI eksklusif merupakan salah satu dari pelayanan kesehatan dasar cakupan program desa siaga aktif pada subbidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang termuat dalam standar pelayanan minimal, bahwa bayi usia 0 – 6 bulan hanya memperoleh ASI saja tanpa makanan pendamping ASI. Target pemerintah untuk program ASI eksklusif yaitu pada tahun 2015 jumlah bayi 0 – 6 bulan yang hanya mendapat ASI saja tanpa ada makanan pendamping yang lain yaitu sebesar 80% (Depkes RI, 2008a).

### **2.2.3 Makan Beraneka Ragam**

Makanan beraneka ragam dapat memberikan manfaat yang besar terhadap kesehatan. Sebab zat gizi tertentu yang tidak terkandung dalam satu jenis bahan makanan akan dapat dilengkapi oleh gizi serupa dari bahan makanan yang lain. Demikian juga bahan makanan dalam susunan aneka ragam menu seimbang akan saling melengkapi (Suparyanto, 2012). Makanan sehari-hari yang dipilih dengan baik akan memberikan semua zat gizi yang dibutuhkan untuk fungsi normal tubuh. Konsumsi pangan merupakan faktor utama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi (Hariyadi 2010). Penganekaragaman pangan adalah upaya untuk menganeekaragaman pola konsumsi pangan masyarakat dalam rangka meningkatkan mutu gizi makanan yang dikonsumsi yang pada akhirnya akan meningkatkan status gizi penduduk (Almatsier, 2006).

Makanan dikatakan beraneka ragam adalah apabila setiap hidangan terdiri dari minimal 4 jenis bahan makanan yang terdiri dari bahan makanan pokok, lauk-pauk, sayuran dan buah-buahan yang

bervariasi (Depkes RI, 2000a). Pengertian mengenai makan beraneka ragam yaitu apabila balita mengkonsumsi makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah setiap hari, apabila tidak ada balita maka pengertiannya menjadi, apabila keluarga mengkonsumsi makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah setiap hari (Depkes RI, 2009b).

Makanan aneka ragam adalah hidangan dengan menu yang bervariasi, paling sedikit terdiri dari : 1) satu jenis makanan pokok, misalnya nasi, jagung, ubi kayu, kentang, sagu dan sebagainya yang merupakan sumber zat tenaga ; 2) satu jenis lauk pauk, misalnya tempe, tahu, telur, ikan dan daging, dan sebagainya yang merupakan zat pembangun ; dan 3) satu jenis sayuran dan buah-buahan yang merupakan zat pengatur (Depkes RI, 2000b). Ketidak sukaan seseorang terhadap makanan tertentu berdampak negatif terhadap pencapaian keseimbangan gizi. Oleh karena itu agar hal tersebut tidak terjadi maka pengenalan dan berikanlah aneka ragam makanan sejak usia dini. Hendaknya berbagai jenis bahan makanan diperkenalkan sejak usia dini (Depkes RI, 2000a).

Program makan makanan beragam merupakan salah satu dari pelayanan kesehatan dasar cakupan program desa siaga aktif pada subbidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang termuat dalam standar pelayanan minimal, bahwa keluarga sekurang-kurangnya mengkonsumsi bahan pangan yang terdiri dari bahan pangan pokok, lauk hewani dan atau nabati serta sayur atau buah. Target pemerintah untuk program makan makanan beragam yaitu pada tahun 2015 jumlah keluarga yang mengkonsumsi sekurang-kurangnya bahan

pangan pokok, lauk, sayur atau buah yaitu sebesar 80% (Depkes RI, 2008).

#### 2.2.4 Menggunakan Garam Beryodium

Garam beryodium adalah garam konsumsi yang komponen utamanya Natrium Klorida ( $\text{NaCl}$ ) dan mengandung senyawa iodium ( $\text{KIO}_3$ ) melalui proses iodisasi serta memenuhi Standar Nasional Indonesia (SNI) (Mendagri RI, 2010). Yodium adalah sejenis mineral yang terdapat di alam baik tanah maupun air, merupakan zat gizi mikro yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan makhluk hidup. Bila terjadi banjir dan hujan lebat pada suatu daerah akan menyebabkan terjadinya erosi yodium dan akan dibawa ke laut. Yodium dibutuhkan untuk pembentukan hormone tiroksin yang diperlukan oleh tubuh untuk mengatur pertumbuhan dan perkembangan mulai dari janin sampai dewasa. yodium adalah salah satu mineral yang sangat penting peranannya bagi tubuh manusia (Depkes RI, 2000a).

Gangguan Akibat Kekurangan Yodium yang selanjutnya disingkat GAKY adalah sekumpulan gejala yang timbul karena tubuh menderita kekurangan zat yodium secara terus menerus dalam waktu yang lama (Mendagri RI, 2010). Garam beryodium dapat mencegah GAKY yang terbagi dalam 3 tingkatan yaitu : Tingkatan Ringan Pembesaran kelenjar gondok sehingga keindahan dan kecantikan berkurang, Tingkatan Sedang Pembesaran kelenjar gondok, cepat lelah dan tidak tahan bekerja, datang bulan tidak teratur, keguguran pada ibu hamil, Tingkatan Berat Bayi lahir kretin, kretin adalah dimana terdapat dua atau lebih

kelainan sebagai berikut : Pembesaran kelenjar gondok, gangguan perkembangan mental, gangguan pendengaran ( dapat sampai tuli ), gangguan pertumbuhan, gangguan syaraf penggerak, mata juling, bayi lahir mati (Aroni, 2012).

Program konsumsi garam beriodium merupakan salah satu dari pelayanan kesehatan dasar cakupan program desa siaga aktif pada subbidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang termuat dalam standar pelayanan minimal, bahwa keluarga mengkonsumsi garam yang telah difortifikasi dengan mineral iodium. Target pemerintah untuk program konsumsi garam beriodium yaitu pada tahun 2015 jumlah keluarga yang mengkonsumsi garam beriodium yaitu sebesar 90% (Depkes RI, 2008).

### **2.2.5 Konsumsi Suplemen Gizi Sesuai Anjuran**

Konsumsi suplemen gizi yang dianjurkan yaitu kapsul vitamin A dosis tinggi (kapsul biru untuk bayi usia 6-11 bulan, kapsul merah untuk balita usia 12 – 59 bulan), serta kapsul vitamin A merah dosis tinggi pada ibu nifas. Pada bayi dan balita kapsul vitamin A berguna untuk kesehatan mata, terutama pada proses penglihatan dimana vitamin A berperan dalam membantu proses adaptasi dari tempat yang terang ke tempat yang gelap (Depkes RI, 2007b). Kekurangan vitamin A mengakibatkan kelainan dalam penglihatan karena terjadinya proses metaplasia sel-sel epitel, sehingga kelenjar-kelenjar tidak memproduksi cairan yang dapat menyebabkan terjadinya kekeringan pada mata, yang disebut xerosis

*konjutiva*. Bila kondisi ini terus berlanjut akan terbentuk bercak bitot (*bitot spot*) dan berujung pada kebutaan (Hariyadi, 2010).

Salah satu cakupan kunjungan bayi 6 – 11 bulan dan cakupan pelayanan anak balita 12 – 59 bulan pada pelayanan kesehatan dasar yang termuat dalam standar pelayanan minimal yaitu pemberian kapsul Vitamin A dosis tinggi, 100.000 IU (biru) untuk bayi dan atau 200.000 IU (merah) untuk balita sebanyak 2 buah pertahun. Target pemerintah untuk pemberian vitamin Adosis tinggi pada bayi dan balita yaitu pada tahun 2010, 90% bayi dan balita telah mendapat vitamin A dosis tinggi sesuai umur sebanyak 2 tablet pertahun (Depkes RI, 2008).

Pada ibu nifas kapsul vitamin A diberikan kepada ibu agar bayi yang disusui tercukupi asupan vitamin A-nya mengingat bayi usia di bawah 6 bulan belum mendapatkan kapsul vitamin A (Dinkes Provinsi Jambi 2004 dalam Hariyadi, 2010). Salah satu cakupan pelayanan nifas pada pelayanan kesehatan dasar yang termuat dalam standar pelayanan minimal untuk ibu nifas yaitu adanya pemberian kapsul Vitamin A dosis 200.000 IU (merah) sebanyak 2 buah. Target pemerintah untuk pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas yaitu pada tahun 2015, 90% ibu hamil telah mendapat vitamin A dosis tinggi (Depkes RI, 2008).

**Tabel 1.1 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

No	Karakteristik Keluarga	Indikator KADARZI yang berlaku *)					Keterangan
		1	2	3	4	5	
							mendapat 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

### 2.3. Penilaian KADARZI

Penilaian yang dilakukan terhadap keluarga untuk menentukan apakah keluarga tersebut telah KADARZI atau belum KADARZI dilihat berdasarkan lima indikator berikut :

#### 2.3.1 Menimbang Berat Badan

Penimbangan berat badan terutama balita sebaiknya dilakukan setiap bulan. Untuk penimbangan anak balita hasil penimbangan dicatat dalam KMS atau KIA (Depkes RI, 2009b). Anggota keluarga yang biasa ditimbang berat badannya adalah balita, pemantauan penimbangan berat badan dilihat 6 bulan kebelakang dari waktu pemantauan, lalu dikelompokkan berdasarkan pengelompokan dibawah ini (Depkes RI, 2008) :

1. Balita berusia 12 – 59 bulan
  - . Belum baik : bila balita ditimbang < 4 kali dalam 6 bulan terakhir
  - . Baik : bila balita ditimbang  $\geq$  4 kali dalam 6 bulan terakhir
2. Bayi berusia 6 – 11 bulan
  - . Belum baik : bila balita ditimbang < 4 kali dalam 6 bulan terakhir
  - . Baik : bila balita ditimbang  $\geq$  4 kali dalam 6 bulan terakhir
3. Bayi berusia 4 – 5 bulan
  - . Belum baik : bila balita ditimbang < 3 kali sejak lahir
  - . Baik : bila balita ditimbang  $\geq$  3 kali sejak lahir
4. Bayi berusia 2 – 3 bulan
  - . Belum baik : bila ballita ditimbang < 2 kali sejak lahir
  - . Baik : bila balita ditimbang  $\geq$  2 kali sejak lahir

#### 5. Bayi berusia 0 – 1 bulan

- . Belum baik : bila balita belum pernah ditimbang sejak lahir
- . Baik : bila balita ditimbang minimal 1 kali sejak lahir.

### 2.3.2 Memberikan ASI Eksklusif Pada Bayi

Cara pengukuran pemberian ASI eksklusif dapat dilihat berdasarkan pengelompokan di bawah ini (Depkes 2008) yaitu :

1. Belum baik : bila sudah diberikan makanan dan minuman lain selain ASI hingga bayi berusia 6 bulan
- 2 . Baik : bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberikan makanan dan minuman selain ASI hingga bayi berusia 6 bulan.

### 2.3.3 Makan Beraneka Ragam

Metoda untuk mengukur keanekaragaman makanan keluarga dapat dilakukan dengan cara menanyakan kepada ibu konsumsi makan keluarga tentang konsumsi lauk hewani, buah dan atau sayur dalam menu keluarga. Dan dikategorikan dalam 2 kelompok (Depkes RI, 2008) yaitu :

1. Belum baik : bila dalam 3 hari terakhir tidak makan lauk hewani, buah dan atau sayur,
2. Baik : bila dalam 3 hari terakhir keluarga makan lauk hewani, buah dan atau sayur

### 2.3.4 Menggunakan Garam Beryodium

Cara pengukuran penggunaan garam yodium yaitu dengan menguji contoh garam yang digunakan keluarga dengan tes yodina / tes amilum (Depkes RI, 2008) dikategorikan :

1. Belum baik : bila hasil tes warna tidak berubah / muda, hal ini menunjukkan bahwa garam tidak mengandung yodium.
2. Baik : bila hasil tes berwarna ungu, hal ini menunjukkan bahwa garam yang digunakan sudah mengandung yodium.

### 2.3.5 Konsumsi Suplemen Gizi Sesuai Anjuran

Cara pengukuran konsumsi suplemen gizi pada KADARZI dijabarkan oleh (Depkes RI, 2008) sebagai berikut :

1. Bila terdapat bayi usia 6 – 59 bulan
  - . Belum baik : bila tidak mendapat kapsul vitamin A biru dan atau merah
  - . Baik : bila mendapat kapsul vitamin A biru pada bulan Februari dan Agustus (pada bayi usia 6 – 11 bulan) atau bila mendapat kapsul vitamin A merah pada bulan Februari dan Agustus (pada balita usia 12 – 59 bulan).
2. Bila terdapat ibu nifas
  - . Belum baik : bila tidak mendapat 2 kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28

. Baik : bila mendapat 2 kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28.

## 2.4 Status Gizi

### 2.4.1 Status Gizi Balita

Status gizi menggambarkan kesehatan tubuh seseorang atau sekelompok orang sebagai dampak dari konsumsi, penyerapan dan penggunaan zat-zat gizi makanan (Riyadi, 2001). Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *Nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa dkk 2012). Status gizi anak balita merupakan cerminan dari status gizi masyarakat (Bappenas, 2011).

### 2.4.2 Penilaian Status Gizi Balita

Penilaian status gizi secara langsung dapat menggunakan indeks antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Penggunaan antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidak seimbangan asupan protein dan energi. Ketidak seimbangan terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa dkk, 2012).

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) (Kemenkes RI, 2010). Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang

akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Berat badan pada masa bayi-balita dapat dipergunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik serta status gizi. Sedangkan tinggi badan dapat digunakan untuk melihat keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang, jika umur tidak diketahui dengan tepat. Disamping itu tinggi badan merupakan unsur kedua yang penting, karena menghubungkan berat badan terhadap tinggi badan (*Quac stick*) (Supariasa dkk, 2012).

Variabel BB dan TB anak ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), Tinggi Badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indikator BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara UMUM. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Indikator TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, misalnya: kemiskinan, perilaku hidup sehat dan pola asuh/pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek (Kemenkes RI, 2010). Indikator TB/U disamping memberikan gambaran gizi masa lampau, juga lebih erat kaitanya dengan status sosial-ekonomi (Supariasa dkk, 2012).

Indikator BB/TB memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat), misalnya: terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang mengakibatkan anak menjadi kurus. Disamping untuk identifikasi masalah kekurusannya dan indikator BB/TB dapat juga memberikan

indikasi kegemukan. Masalah kekurusannya dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa (Teori Barker). Masalah gizi akut-kronis adalah masalah gizi yang memiliki sifat masalah gizi akut dan kronis, sebagai contoh adalah anak yang kurus dan pendek (Kemenkes RI, 2010).

Untuk menilai status gizi anak, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (Z-score) dengan menggunakan baku antropometri balita WHO 2005. Selanjutnya berdasarkan nilai Z-score masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita (Kemenkes RI, 2011).

**Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Umur 0 - 60 Bulan Berdasarkan Indeks**

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z- score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	> 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD

Klasifikasi status gizi berdasarkan gabungan indeks TB/U dan BB/TB yaitu : 1) Pendek - Kurus (Z-skor TB/U < -2 dan BB/TB < -2); 2)

Pendek - Normal (Z-skor TB/U < -2 dan BB/TB -2 sampai dengan 2 ); 3) Pendek - Gemuk ( Z-skor TB/U < -2 dan BB/TB > 2 ); 4) Normal - Kurus (Z-skor TB/U -2 sampai dengan 2 dan  $\leq -2$ ); 5) Normal – Normal (Z-skor TB/U -2 sampai dengan 2 dan BB/TB -2 sampai dengan 2 ) 6) Normal – Gemuk (Z-skor TB/U  $\geq -2$  dan BB/TB > 2 ). Dalam klasifikasi ini disebut juga Berat Kurang : istilah untuk gabungan gizi buruk dan gizi kurang (*underweight*), Kependekan : istilah untuk gabungan pendek dan sangat pendek (*Stunting*), Kekurusan : istilah untuk gabungan sangat kurus dan kurus (*Wasting*) (Kemenkes RI, 2010).

Menurut klasifikasi WHO status gizi balita dibedakan menjadi tiga indikator yaitu, berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), berat badan menurut umur (BB/U), dan tinggi badan menurut umur (TB/U) dari ketiga indikator tersebut dapat ditarik kesimpulan status gizi balita. Klasifikasi menurut WHO dapat dilihat pada tabel 2.2

**Tabel 2.2 Klasifikasi Status Gizi Balita Menurut Cara WHO**

Indikator Status Gizi			Kesimpulan Status Gizi
BB/U	TB/U	BB/TB	
Rendah	Rendah	Normal	Baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	Baik
Tinggi	Tinggi	Normal	Jangkung, masih baik
Rendah	Tinggi	Rendah	Buruk
Rendah	Normal	Rendah	Kurang
Normal	Tinggi	Rendah	Kurang
Tinggi	Rendah	Tinggi	Lebih, obesitas
Tinggi	Normal	Tinggi	Lebih, tidak obesitas
Normal	Rendah	Tinggi	Lebih, pernah kurang

Sumber: Supariasa 2012

### 2.4.3 Penyebab Masalah Gizi Balita

Penyebab langsung masalah gizi menurut UNICEF disebabkan oleh konsumsi zat gizi (yang rendah), pada pendekatan patogenesis dinyatakan sebagai *Agent* dan adanya penyakit infeksi dinyatakan sebagai *Host* (Supariasa dkk, 2012). Apabila seseorang tidak mendapat asupan gizi yang cukup akan mengalami kekurangan gizi dan mudah sakit. Demikian juga bila seseorang sering sakit akan menyebabkan gangguan nafsu makan dan selanjutnya akan mengakibatkan gizi kurang (Depkes RI, 2007a). Anak-anak yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan disebabkan kurangnya asupan makanan yang memadai dan penyakit infeksi yang berulang, dan meningkatnya kebutuhan metabolik serta mengurangi nafsu makan, sehingga meningkatnya kekurangan gizi pada anak. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunting* (Allen and Gillespie, 2001).

Penyebab dari *stunting* adalah bayi berat lahir rendah, ASI yang tidak memadai, makanan tambahan yang tidak sesuai, diare berulang, dan infeksi pernapasan. Berdasarkan penelitian sebagian besar anak-anak dengan *stunting* mengonsumsi makanan yang berada di bawah ketentuan rekomendasi kadar gizi, berasal dari keluarga miskin dengan jumlah keluarga banyak, bertempat tinggal di wilayah pinggiran kota dan komunitas pedesaan (UNICEF, 1998). Beberapa penelitian, kejadian *stunting* pada anak merupakan suatu proses kumulatif yang terjadi sejak kehamilan, masa kanak-kanak dan sepanjang siklus kehidupan. Pada masa ini merupakan proses terjadinya *stunting* pada anak dan peluang

peningkatan *stunting* terjadi dalam 2 tahun pertama kehidupan. Faktor gizi ibu sebelum dan selama kehamilan merupakan penyebab tidak langsung yang memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil dengan gizi kurang akan menyebabkan janin mengalami *intrauterine growth retardation* (IUGR), sehingga bayi akan lahir dengan kurang gizi, dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan (<http://www.indonesian-publichealth.com>).

Pemeliharaan gizi anak sangat menentukan pertumbuhan fisiknya. Selain itu organ jaringan tubuh baru dapat berfungsi sempurna bila mendapat makanan yang cukup dan bergizi seimbang. Tingkat kesehatan yang buruk yang diakibatkan kurang baiknya pola asuh gizi dan kesehatan di rumah, secara langsung maupun tidak langsung berdampak pada status gizi anak (Hariyadi 2010).

Pola asuh gizi dan kesehatan yang dapat diterapkan dalam tingkat rumah tangga salah satunya adalah KADARZI. Cara menjaga agar anak tetap sehat yaitu anak diberi makanan yang cukup dengan menu seimbang, perlu adanya pemantauan berat badan dan tinggi badan secara teratur setiap bulan, serta konsumsi suplemen yang dianjurkan (Depkes RI, 2007b).

## 2.5 Rumah Betang

Rumah Betang (sebutan untuk rumah adat di Provinsi Kalimantan Barat dan Kalimantan Tengah), merupakan rumah yang dihuni oleh masyarakat Dayak. Rumah Betang mempunyai ciri-ciri yaitu; bentuk Panggung, memanjang. pada suku Dayak tertentu, pembuatan rumah

panjang bagian hulunya haruslah searah dengan Matahari terbit dan sebelah hilirnya ke arah Matahari terbenam, sebagai simbol kerja-keras untuk bertahan hidup mulai dari Matahari tumbuh dan pulang ke rumah di Matahari padam ([http://id.wikipedia.org/wiki/Rumah\\_Betang](http://id.wikipedia.org/wiki/Rumah_Betang)).

Bentuk dan besar rumah Betang ini bervariasi di berbagai tempat. Ada rumah Betang yang mencapai panjang 150 meter dan lebar hingga 30 meter. Umumnya rumah Betang di bangun dalam bentuk panggung dengan ketinggian tiga sampai lima meter dari tanah. Tingginya bangunan rumah Betang ini saya perkirakan untuk menghindari datangnya banjir pada musim penghujan yang mengancam daerah-daerah di hulu sungai di Kalimantan. Pada daerah yang dataran tidak terkena banjir umumnya bangunan rumah betang tidak terlalu tinggi. Lebih dari bangunan untuk tempat tinggal suku dayak, sebenarnya rumah Betang adalah jantung dari struktur sosial kehidupan orang Dayak. Budaya Betang merupakan cerminan mengenai kebersamaan dalam kehidupan sehari-hari orang Dayak. Di dalam Rumah Betang ini setiap kehidupan individu dalam rumah tangga dan masyarakat secara sistematis diatur melalui kesepakatan bersama yang dituangkan dalam hukum adat. Keamanan bersama, baik dari gangguan kriminal atau berbagi makanan, suka-duka maupun mobilisasi tenaga untuk mengerjakan ladang. Nilai utama yang menonjol dalam kehidupan di rumah Betang adalah nilai kebersamaan (komunalisme) di antara para warga yang menghuninya, terlepas dari perbedaan-perbedaan yang mereka miliki. Dari sini kita mengetahui bahwa suku Dayak adalah suku yang menghargai suatu perbedaan. Suku Dayak

menghargai perbedaan etnik, agama ataupun latar belakang sosial (Fazz, 2007).

Pada Rumah Betang terdapat teras (kaki lima) yang biasa digunakan untuk menjemur padi atau kayu api yang baru belah atau barang lainnya yang perlu dijemur, kaki lima ini tempat tangga bersandar, untuk satu rumah betang biasanya terdiri dari beberapa tangga, sedangkan pada jaman dahulunya mengikuti adat nenek moyang, tangga hanya di buat dua yakni terdapat pada samping kiri dan kanan Rumah Betang, teras ini biasanya didepan Rumah Betang dibuat mengikuti panjangnya Rumah Betang, kemudian didalam rumah betang terdapat Ruai atau ruang tamu, ruang tamu biasanya lebarnya bervariasi tergantung dari masyarakat setempat, yakni berkisar 3- 5 meter dan panjangnya sesuai Rumah Betang, yang digunakan untuk pertemuan komunal, ritual, upacara, pertunjukan budaya atau kegiatan umum lainnya,. Setiap rumah tangga (keluarga) menempati bilik (ruangan) yang di sekat-sekat dari dimana terdapat ruang keluarga, kamar tidur serta dapur berada dibagian belakang Rumah Betang tersebut (Maharani, 2011).