
Hubungan Besar Keluarga, Pendapatan Keluarga dan Peran Tenaga Kesehatan dengan Penerapan Kadarzi di Wilayah Kerja Puskesmas Pondok Tinggi

Citra Ratu Fanesha^{1*}, Djayusmantoko², Merita³, Andicha Gustra Jeki⁴

^{1,2,3,4} Program Studi S1 Ilmu Gizi STIKes Baiturrahim Jambi,

Jl. Prof. DR. M. Yamin SH No.30, Lebak Bandung, Jelutung, Kota Jambi, Jambi 36135, Indonesia

*Email Korespondensi: citratatu1999@gmail.com

Abstract

Nutritional problems in Indonesia are still high, the main cause is the low public awareness of efforts to improve nutrition. The period of the first 2 years of life is a critical period because at this time there is very rapid growth and development. The presence of nutritional disorders at this time is permanent and cannot be reversed even though nutritional needs can be met in the next period of life. The design of this research is quantitative with a cross sectional, the research sample is 81 families taken by proportional sampling technique. Data was collected by direct interviews with respondents using a questionnaire about Kadarzi, observing KMS books. Data analysis includes univariate analysis, bivariate analysis with chi-square. Aunivariate analysis of most of the respondents had families with small categories (70.4%), high incomes (59.3%), active health workers (69.1%), and families who had low levels of energy (61.7%). The chi-squere test shows that there is a relationship between family size and the application of KADARZI (0.002), there is a relationship between family income and the application of KADARZI (0.001), there is a relationship between the role of health workers and the application of KADARZI (0.001). It can be concluded that there is a significant relationship between family size, family income, and the role of health workers in the application of KADARZI.

Keywords: income, family size, KADARZI, role of health officers

Abstrak

Permasalahan gizi di Indonesia hingga saat ini masih tinggi, penyebab utamanya adalah masih rendahnya kesadaran masyarakat terhadap upaya perbaikan gizi. Periode 2 tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Adanya gangguan gizi pada masa ini bersifat permanen dan tidak dapat dipulihkan meski kebutuhan gizi dapat dipenuhi pada periode kehidupan selanjutnya. Desain penelitian ini bersifat kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*, sampel penelitian berjumlah 81 keluarga yang di ambil dengan teknik proporsional sampling. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner tentang kadarzi, observasi melihat buku KMS. Analisis data meliputi analisis univariat, analisis bivariat dengan *chi - Square*. Analisis univariat sebagian besar responden memiliki keluarga dengan kategori kecil (70.4%), pendapatan tinggi (59.3%), petugas kesehatan aktif (69.1%), dan keluarga yang sudah KADARZI (61.7%). *chi-squere test* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara besar keluarga dengan penerapan KADARZI (0.002), terdapat hubungan antara pendapatan keluarga dengan penerapan KADARZI (0.001), terdapat hubungan antara peran tenaga kesehatan dengan penerapan KADARZI (0.001). Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara besar keluarga, pendapatan keluarga, dan peran petugas kesehatan dalam penerapan KADARZI.

Kata Kunci : besar keluarga, KADARZI, peran petugas kesehatan, pendapatan

PENDAHULUAN

Keadaan gizi yang baik merupakan prasyarat terciptanya sumber daya manusia (SDM) masa depan yang berkualitas. Anak yang mengalami masalah gizi pada usia dini akan mengalami gangguan tumbuh kembang dan meningkatkan kesakitan, penurunan produktivitas serta kematian (Depkes RI, 2008). Permasalahan gizi di Indonesia hingga saat ini masih tinggi, penyebab utamanya adalah masih rendahnya kesadaran masyarakat terhadap upaya perbaikan gizi. Periode 2 tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Adanya gangguan gizi pada masa ini bersifat permanen dan tidak dapat dipulihkan meski kebutuhan gizi dapat dipenuhi pada periode kehidupan selanjutnya.

Data menyebutkan bahwa jumlah wanita subur yang menderita KEK (kekurangan energi kronis) masih tinggi. Jika terjadi kehamilan akan meningkatkan resiko melahirkan BBLR (berat bayi lahir rendah) merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka gizi kurang dan kematian balita. Keluarga sadar gizi (KADARZI) merupakan program pemerintah yang diterapkan untuk mengatasi masalah gizi. Keluarga diharapkan dapat secara mandiri mewujudkan keadaan gizi untuk meningkatkan kesehatan (Ambarwati, Kusuma, & Pangesti, 2019).

Karena dari itu, Kementerian Kesehatan republik Indonesia telah merumuskan “Pedoman Aksi keluarga Sadar Gizi Desa Siaga”. Sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NO.2.747/MenKes/SK/VI/2007 (Kemenkes RI, 2015). Keluarga sadar gizi (KADARZI) artinya seluruh anggota keluarga menerapkan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi di tiap anggota keluarga, serta mampu melakukan tindakan untuk masalah gizi tiap anggota keluarga tersebut. Suatu keluarga yang memiliki perilaku gizi yang baik dan secara teratur menimbang dan mengukur berat badan, bayi diberika ASI eksklusif sampai usia 6 bulan, makan-makanan beragam, menggunakan garam beryodium, dan mengkonsumsi suplemen gizi seperti tablet tambah darah (TTD) dan vitamin A sesuai dengan dosis yang dianjurkan, makakeluarga tersebut bisa dikatakan sudah KADARZI (Kemenkes RI, 2016).

Beberapa hal yang dapat menghambat pelaksanaan KADARZI ialah kepercayaan, adat istiadat, dan mitos negatif dalam suatu keluarga. Sebagai contoh, banyak keluarga yang akan menghindari untuk memakan suatu jenis makanan tertentu dan membuat asumsi negatif tentang jenis makanan tersebut, padahal makanan yang dihindari sebenarnya sangat bermanfaat sebagai asupan gizi. Dalam indikator KADARZI terdapat poin agar ibu memberikam ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, yaitu pemberian ASI saja tanpa makanan atau minuman tambahan apapun, karena ASI saja sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan. Masalah seperti ASI tidak keluar, ibu bayi sibuk bekerja, dan bayi menangis setelah menyusu, pemberian ASI dan pengetahuan yang tidak memadai membuat bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif (Devy & Arum. 2019).

Salah satu gambaran perilaku gizi yang perlu diperhatikan adalah peilihan cemilan atau jajanan untuk anak. Terkadang ibu balita masih kurang kesadaran dalam memilih makanan pendamping ASI (MP ASI) yang sesuai untuk balita sehingga, dapat menimbulkan masalah gizi yang tidak perlu. Namun, pemilihan makanan pendamping yang terbatas akan mengurangi konsumsi berbagai makanan, seperti yang tercantum dalam indikator KADARZI, kondisi ini dapat menyebabkan malnutrisi karena jenis makanan yang dikonsumsi lebih sedikit. Oleh karena itu, ibu perlu untuk mencapai asupan makanan tambahan atau juga bisa membuat cemilan yang lebih sehat (Depkes RI, 2017).

Rendahnya tingkat pemilihan jajanan dan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya yaitu perilaku keluarga sadar gizi yang belum ditepakan, hal ini juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan gizi yang dapat mempengaruhi

pemilihan ibu untuk membelikan jajanan anaknya. Menurut Notoatmodjo (2010) salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku hidup sehat seseorang salah satunya yaitu pengetahuan, semakin tinggi pengetahuan seseorang maka semakin baik pula kemampuan seseorang untuk berperilaku hidup sehat (Notoadmojo, 2011).

Tabel 1. Jumlah Balita di 8 Desa di Kecamatan Pondok Tinggi tahun 2021

NO	Nama DESA	Jumlah Balita
1	Sungai Jernih	52 orang
2	Aur Duri	60 orang
3	Pondok Agung	51 orang
4	Permanti	57 orang
5	Karya Bakti	52 orang
6	Koto Lebu	53 orang
7	Kel. Pondok Tinggi	93 orang
8	Lawang Agung	96 orang
Jumlah Balita		514 orang

Berdasarkan survei awal di peroleh rata-rata anggota keluarga dalam satu rumah berjumlah 4-6 orang. Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada 10 keluarga yang ada di kecamatan Pondok Tinggi, Kota Sungai Penuh, diketahui sebanyak 3 keluarga telah memenuhi 5 indikator KADARZI seperti menimbang berat badan, memberikan ASI eksklusif, makan makanan beranekaragan, selalu menggunakan garam beriodium setiap memasak, memberikan suplemen seperti, kapsul vitamin A, dan tablet tambah darah (TTD), sedangkan 7 keluarga belum memenuhi 5 indikator KADARZI, yang terdiri dari 6 keluarga hanya menerapkan 4 indikator KADARZI dan 1 keluarga hanya menerapkan 3 indikator kadarzi. Hal ini berkaitan dengan banyaknya anggota dalam keluarga tersebut yang tinggal didalam satu rumah, dan pendapatan dari keluarga tersebut yang belum bisa terpenuhi bagi semua anggota keluarga.

Begitu pula dengan petugas kesehatan, 4 dari 10 keluarga mengatakan bahwa petugas kesehatan di daerah mereka aktif, dikarenakan petugas kesehatan sering menghimbau ibu yang memiliki balita maupun ibu hamil agar datang ke posyandu atau puskesmas. Sedangkan, 6 desa lainnya mengatakan bahwa petugas kesehatan di daerah mereka kurang aktif di karenakan jarang menghimbau masyarakat agar datang ke posyandu atau puskesmas. Selain itu alasan para responden tidak datang ke puskesmas dikarenakan juga pengetahuan responden yang kurang, hal ini bisa jadi dikarenakan kurangnya sosialisasi pada masyarakat akan pentingnya bagi ibu hamil maupun ibu yang memiliki balita agar datang ke posyandu atau puskesmas.

melalui uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mendalami lebih jauh penelitian dengan judul : “Hubungan Besar Keluarga, Pendapatan Keluarga, dan Peran Tenaga Kesehatan Dengan Penerapan KADARZI di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Pondok Tinggi”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *Cross Secsional* yang bertujuan untuk menganalisa hubungan besar keluarga, pendapatan keluarga, peran tenaga

kesehatan, dengan penerapan KADARZI pada keluarga di kecamatan Pondok Tinggi tahun 2021. Waktu penelitian dilakukan pada bulan November sampai Desember tahun 2021. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki kartu keluarga dan balita yang ada di kecamatan Pondok Tinggi 514 keluarga dengan jumlah sampel 81 keluarga. Pengumpulan data ini dilakukan secara turun langsung kelapangan dengan mengisis kuesioner. Sampel pada penelitian ini diambil dengan teknik *proportional random sampling*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 81 responden menurut karakteristik responden berdasarkan umur Ibu sebagai berikut :

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik

Karakteristik	f	(%)
Umur Ibu		
< 28 Tahun	8	9.9
29-35 Tahun	50	61.7
36-42Tahun	23	28.4
Pendidikan Ibu		
S1	11	13,6
SMA	41	50,6
SMP	20	24.7
SD	9	11.1
Pekerjaan Ayah		
PNS	17	21
Tani	27	33.3
Wiraswasta	37	45.7
Pekerjaan Ibu		
PNS	13	16
Tani	10	12.3
IRT	58	71.6
Umur Anak		
0-12 bulan	14	17.3
13-24 bulan	19	23.5
25-36 bulan	24	29.6
37-48 bulan	24	29.6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	47	58.0
Perempuan	34	42.0
Total	81	100

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa dari 81 responden didapatkan hasil sebagian besar responden berusia 29-35 tahun yaitu sebanyak 50 orang (61,7%), sebagian besar responden berpendidikan SMA yaitu sebanyak 41 (50.6%), sebagian besar pekerjaan ayah bekerja sebagai wiraswasta yaitu sebanyak 37 (45.7%), sebagian besar pekerjaan ibu bekerja sebagai IRT yaitu sebanyak 58 (71.6%), sebagian besar anak berusia 25-36 bulan yaitu

sebanyak 24 (29.6 %) dan berusia 37-48 bulan yaitu sebanyak 24 (29.6%), dan sebagian besar anak berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 47 (58.0%).

Hasil Analisis Univariat

Tabel 2 Distribusi Responden Menurut Besar Keluarga

Kategori	Frekuensi	(%)
Keluarga Besar	24	29.6
Keluarga kecil	57	70.4
Total	81	100

Berdasarkan pada tabel diatas, dari 81 responden didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki besar keluarga dengan kategori keluarga kecil yaitu sebanyak 57 orang (70.4%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Kardina (2015) yang menemukan bahwa dari 100 responden yang diteliti, sebagian besar keluarga balita termasuk dalam kategori keluarga kecil yaitu sebanyak 65 orang (65%). Selanjutnya berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Putri, dkk (2019) yang menemukan bahwa jumlah anggota keluarga didominasi kategori keluarga kecil (≤ 4 orang) yaitu sebesar (42 (59.2%) keluarga, dan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Artika, dkk (2010) yang menemukan bahwa mayoritas (71.8%) tipe keluarga responden adalah keluarga inti.

Menurut Harlock dalam halomoon pada tahun 2012, besar keluarga merupakan banyaknya individu yang tinggal bersama dalam satu atap dan bergantung pada sumber penghidupan yang sama. Harlock juga mengatakan bahwa besar keluarga akan mempengaruhi kesehatan seseorang atau keluarga dan juga mempengaruhi konsumsi zat gizi dalam suatu keluarga. Keluarga kecil memungkinkan pengeluaran untuk makan makin kecil dan proporsi makan perindividu keluarga akan tercukupi, tidak seperti pada keluarga besar yang terkadang mengalami kesulitan dalam pemenuhan konsumsi pangan keluarga.

Gambaran Jumlah Pendapatan

Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendapatan

Tabel 3 Distribusi Responden Menurut Pendapatan Keluarga

Kategori	F	(%)	Rata-Rata
Rendah	55	67.9	Rp.2.400.000
Tinggi	26	32.1	Rp.3.833.333
Total	81	100	Rp.3.116.000

Berdasarkan tabel diatas didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki pendapatan dengan kategori rendah (67.9%) dengan rata-rata penghasilan yaitu sebanyak Rp. 2.400.000/bulan. Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010) jumlah pendapatan yang diperoleh akan menggambarkan besarnya daya beli dari seseorang. Keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan menu yang disajikan. Pendapatan keluarga yang rendah menyebabkan keluarga balita hanya mampu membeli pangan yang relatif terjangkau . sehingga dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah penghasilan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi penerapan Kadarzi dalam keluarga, dikarenakan semakin tingginya jumlah penghasilan keluarga maka keluarga akan lebih mampu untuk mencukupi kebutuhan gizi keluarga dan begitupun sebaliknya.

Gambaran Peran Petugas Kesehatan

Distribusi frekuensi responden berdasarkan peran petugas kesehatan

Tabel 4 Distribusi Responden Menurut Kategori Peran Petugas Kesehatan

Kategori	Frekuensi	(%)
Aktif	56	69.1
Tidak Aktif	25	30.9
Total	81	100

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar petugas kesehatan berperan secara aktif yaitu sebanyak 56 orang (69.1%), sedangkan yang tidak aktif hanya sebanyak 25 orang (30.9%).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nery (2015) yang menemukan bahwa sebagian besar peran pelayanan petugas kesehatan sudah baik yaitu sebanyak 82 responden (82%). Selanjutnya menurut penelitian yang dilakukan oleh Gesa, dkk (2020) yang menemukan bahwa sebagian besar pelayanan petugas kesehatan sudah baik yaitu sebanyak 131 responden (65,5%).

Hal ini juga sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2003) yang mengatakan bahwa peran pelayanan petugas kesehatan kader terdiri dari sikap dan perilaku petugas kesehatan. Sikap petugas kesehatan adalah suatu tindakan yang diberikan oleh petugas kesehatan/kader. Sedangkan perilaku petugas kesehatan/kader adalah respon yang diberikan petugas kesehatan/kader terhadap klien. Sikap dan perilaku yang baik dari petugas kesehatan/kader akan mempengaruhi klien dalam mengikuti anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan/kader dalam pemberian pelayanan kesehatan. Sehingga dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa semakin baik peran pelayanan petugas kesehatan maka akan semakin baik penerapan kadarzi dalam masyarakat.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Lina (2013) peran petugas kesehatan, yaitu sebagai komunikator, petugas seharusnya memberikan informasi secara jelas kepada pasien. Pemberian informasi sangat diperlukan karena menurut Notoatmodjo (2003), komunikasi diperlukan untuk mengkondisikan faktor kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, untuk itu diperlukan komunikasi yang efektif dari petugas kesehatan, petugas harus bersikap ramah, sopan pada setiap kunjungan.

Sebagai motivator, petugas harus menanyakan keluhan yang terjadi sebelum melakukan konsultasi bersama petugas, dengarkan keluhan yang disampaikan dengan penuh minat. Sebagai fasilitator bagi pasien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Petugas sebagai konselor dengan membantu ibu mencapai perkembangan yang optimal dalam batas-batas potensi yang dimiliki dan secara khusus bertujuan untuk mengarahkan perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku sehat, membimbing ibu belajar membuat keputusan dan membimbing ibu mencegah timbulnya suatu masalah.

Gambaran Penerapan Kadarzi

Distribusi frekuensi responden berdasarkan penerapan Kadarzi

Tabel 5. Distribusi Responden Menurut Kategori Penerapan Kadarzi

Kategori	Frekuensi	(%)
Sudah Kadarzi	50	61.7
Belum kadarzi	31	38.3
Total	81	100

Berdasarkan tabel di atas bahwa sebagian besar responden sudah menerapkan Kadarzi yaitu sebanyak 50 orang (61.7%). Hal ini sejalan dengan penelitian Nery (2015) didapatkan

bahwa dari 100 responden yang diteliti, keluarga balita yang memiliki status keluarga tidak kadarzi lebih banyak yaitu sebesar 78% bila dibandingkan dengan keluarga balita yang memiliki status keluarga kadarzi sebesar 22%. Berdasarkan Hasil penelitian yang dilakukan dan hasil penelitian pada jurnal diatas sesuai dengan pendapat Lawrence Green dalam Notoatmodjo pada tahun 2010 yang menyatakan bahwa besarnya angka penerapan kadarzi dalam masyarakat di pengaruhi oleh banyak faktor diantaranya yaitu terdapat faktor predisposisi yang terdiri dari umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan ibu, sikap, besar keluarga, pendapatan keluarga.

Selanjutnya terdapat faktor pemungkin yang terdiri dari sarana pelayanan kesehatan, jarak dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dan yang terakhir yaitu terdapat faktor penguat yang terdiri dari peran tokoh masyarakat, pelayanan petugas kesehatan/kader, keterpaparan informasi kadarzi dan kebijakan pemerintah.

A. Hasil Analisis Bivariat

1) Hubungan Besar keluarga dengan Penerapan Kadarzi

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan menggunakan analisis *chi-square*, maka diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 6. Hubungan Besar keluarga dengan Penerapan Kadarzi

Besar Keluarga	Penerapan Kadarzi				Total		P-Value
	Sudah Kadarzi		Belum Kadarzi				
	f	%	f	%	f	%	
Keluarga Besar	21	87.5	3	12.5	24	100	0.002
Keluarga Kecil	29	50.9	28	49.1	57	100	
Total	50	61.7	31	38.3	81	100	

Pada tabel diatas diketahui bahwa dari 24 responden yang memiliki keluarga besar terdapat 21 (87.5%) responden yang sudah kadarzi dan 3 (12.5%) responden yang belum kadarzi. Dari 57 responden yang memiliki keluarga kecil terdapat 29 (50.9%) responden yang sudah kadarzi dan 28 (49.1%) responden yang belum kadarzi. Selanjutnya dilakukan analisis *chi-square* pada variabel besar keluarga dengan penerapan Kadarzi diperoleh *P-Value* = 0.002 < 0.05 artinya dapat dinyatakan ada hubungan yang bermakna antara besar keluarga dengan penerapan Kadarzi. Dapat disimpulkan bahwa semakin besar keluarga maka keluarga yang sudah Kadarzi semakin meningkat dan keluarga yang belum kadarzi semakin menurun.

Hal ini sejalan dengan pendapat Harloock dalam Halomoan pada tahun 2012 yang menjelaskan bahwa besar keluarga merupakan banyaknya individu yang tinggal bersama dalam satu atap dan bergantung pada sumber penghidupan yang sama. Besar keluarga akan mempengaruhi kesehatan seseorang atau keluarga dan juga mempengaruhi konsumsi zat gizi dalam suatu keluarga. Keluarga kecil memungkinkan pengeluaran untuk makan makin kecil dan proporsi makan per individu keluarga akan tercukupi, tidak seperti pada keluarga besar yang terkadang mengalami kesulitan dalam pemenuhan konsumsi pangan keluarga. Keadaan ini akan sangat bermanfaat bagi pemenuhan konsumsi pangan keluarga karena distribusi makanan dalam keluarga dapat merata, sebab semakin banyak jumlah anggota keluarga maka jumlah makanan yang diperoleh setiap individu dalam keluarga akan semakin berkurang.

Pembagian makanan diantara para anggota keluarga, ada yang dijatahkan, tetapi ada pula yang secara bebas memilih dan mengambil makanan yang disukainya sendiri. Pada umumnya, anak-anak yang masih kecil (balita) mendapat makanannya secara dijatah oleh ibunya atau oleh kakaknya yang mengurusnya, dan tidak memilih serta mengambil sendiri mana yang disukainya. Keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang jumlahnya banyak

akan berusaha membagi makanan yang terbatas sehingga makanan yang dikonsumsi tidak sesuai lagi dengan kebutuhan anggota keluarga secara proporsional.

Menurut Allender, Spradley (2010) didapatkan bahwa jumlah anggota keluarga juga merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi. Jumlah anggota keluarga dikaitkan dengan ketersediaan pangan dalam keluarga. Keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang sedikit memungkinkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dengan baik.

2) Hubungan Jumlah Pendapatan Keluarga dengan Penerapan Kadarzi

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan menggunakan analisis *chi-square*, maka diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 7. Hubungan Jumlah Pendapatan Keluarga dengan Penerapan Kadarzi

Jumlah Pendapatan	Penerapan Kadarzi				Total		P-Value
	Sudah Kadarzi		Belum Kadarzi		f	%	
Rendah	41	74.5	14	25.5	55	100	0.001
Tinggi	9	34.6	17	65.4	26	100	
Total	50	61.7	31	38.3	81	100	

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 55 responden yang memiliki pendapatan rendah terdapat 41 (74.5%) responden yang sudah Kadarzi dan terdapat 14 (25.5%) responden yang belum Kadarzi. Selanjutnya dari 26 responden yang memiliki pendapatan tinggi terdapat 9 responden (34.6%) yang sudah Kadarzi dan 17 (65.4%) responden yang belum Kadarzi. Selanjutnya dilakukan analisis *chi-square* maka diperoleh $p\text{-value} = 0.001 < 0.05$ artinya terdapat hubungan yang bermakna antara Jumlah Pendapatan keluarga dengan Penerapan Kadarzi. Dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi pendapatan keluarga maka keluarga yang sudah Kadarzi semakin menurun dan keluarga yang belum Kadarzi semakin meningkat, dalam hal ini mempunyai hubungan yang berbalik. Dari penelitian ini memiliki gambaran bahwa pendapatan keluarga tidak mendukung terhadap penerapan Kadarzi, dalam arti pendapatan digunakan untuk keperluan yang lain.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nova (2020) didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendapat suami di atas UMR dengan keadaan responden yang sudah Kadarzi pada Dusun Padang Malintang dengan $p\text{-value}$ sebesar = 0.031 ($p < 0,005$) yang menunjukkan H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menandakan terdapat hubungan antara tingkat pendapatan suami/kepala keluarga terhadap Kadarzi.

Menurut penelitian Indahsari (2010) juga diperoleh hasil bahwa pendapatan keluarga mempunyai pengaruh terhadap perilaku Kadarzi. Hubungan tersebut dapat ditandai dengan sebuah keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan pangannya dengan baik, maka dapat dikatakan bahwa keluarga tersebut telah Kadarzi. Sehingga dari beberapa penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa tingkat ekonomi keluarga sangat berpengaruh terhadap penerapan Kadarzi dikarenakan pendapatan keluarga dapat mempengaruhi tingkat pemenuhan gizi keluarga, pendapatan keluarga dapat mempengaruhi keanekaragaman makanan dalam keluarga.

Menurut Apriadji (2010) bahwa keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi anggota keluarganya. Hal ini juga diperkuat oleh pendapat Lawrence Green dalam Notoatmodjo yang menjelaskan bahwa pendapatan keluarga merupakan besarnya rata-rata penghasilan yang diperoleh dari seluruh anggota keluarga. Pendapatan merupakan sumberdaya material bagi seseorang untuk membiayai kegiatan konsumsinya. Jumlah pendapatan yang diperoleh akan menggambarkan besarnya daya beli dari seseorang. Selanjutnya Lawrence Green juga mengatakan bahwa pendapatan keluarga berhubungan

dengan perilaku kadarzi, dimana pendapatan mempengaruhi seseorang terhadap kehidupannya termasuk juga dalam pemenuhan kebutuhan akan pendidikan sehingga cenderung berakibat terhadap pengetahuan yang dimiliki seseorang dan dengan pendapatan yang cukup juga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang Kadarzi.

Kemudian dari pada itu dengan penghasilan yang cukup tinggi, ketika membeli bahan makanan keluarga dapat memilih sumber makanan pokok terbaik yang duperuntuhkan kepada seluruh anggota ke;uarga. Tidak hanya sumber makanan pokok saja, namun sumber makanan tambahan lainnya seperti suplemen gizi akan dapat dibelinya. Disamping itu, kebutuhan bukan bahan pangan lainnya juga dapat dipenuhinya. Terutama, kebutuhan yang menyangkut masalah kesehatan.

Pendapatan yang tinggi, pasti suami akan memilih layanan kesehatan, dokter dan obat terbaik jika ada anggota keluarga yang mengalami sakit. Hal ini dilakukan dengan alasan, dengan memberikan layanan, dokter dan obat terbaik pasti anggota keluarganya yang sakit akan cepat pulih dan kembali beraktivitas seperti sedia kala. Oleh karena itu, tingkat pendapatan jelas sekali mempengaruhi tingkat Kadarzi dalam sebuah rumah tangga. Jika pendapatan tinggi maka penerapan Kadarzi dalam keluarga juga akan tinggi dan sebaliknya.

3) Hubungan Peran Tenaga Kesehatan dengan Penerapan Kadarzi

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan menggunakan analisis *chi-square*, maka diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 8 Hubungan Peran Tenaga Kesehatan dengan Penerapan Kadarzi

Peran Tenaga Kesehatan	Penerapan Kadarzi				Total		<i>P-Value</i>
	Sudah Kadarzi		Belum Kadarzi		f	%	
	f	%	f	%			
Aktif	41	50.6	15	18.5	56	69.1	0.001
Tidak Aktif	9	11.1	16	19.8	25	30.9	
Total	50	61.7	31	38.3	81	100	

Pada tabel diatas menunjukkan dari 56 responden yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan di sana aktif terdapat 41(50.6%) responden yang sudah kadarzi dan 15 (18.5%) responden yang belum kadarzi. Dari 25 responden yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan di sana kurang aktif terdapat 9 (11.1%) responden yang sudah kadarzi dan 16 (19.8%) responden yang belum kadarzi.Selanjutnya dilakukan analisis *chi-square*pada variabel peran tenaga kesehatan dengan penerapan Kadarzi $P\text{-value} = 0.001 < 0.05$ artinya dapat dinyatakan ada hubungan yang bermakna antara peran tenaga kesehatan dengan penerapan Kadarzi. Dapat disimpulkan bahwa semakin aktif peran tenaga kesehatan maka semakin menikat keluarga yang sudah Kadarzi dan yang belum Kadarzi semakin menurun.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Nery (2015) yang didapatkan bahwa hasil analisis bivariat antara pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status Kadarzi diperoleh nilai $p=0,01$ ($p < \alpha$), karena $p < \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelayanan petugas kesehatan/kader dengan status kadarzi pada keluarga balita di wilayah kerja puskesmas prajekan, kabupaten bondowoso. Berdasarkan hasil penelitian Gesa, dkk (2020) ditemukan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara pelayanan petugas kesehatan/kader ($p=0.00001$) dikarenakan petugas kesehatan/kader mampu mengarahkan ibu balita secara aktif dalam menerapkan indikator Kadarzi.

Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa adanya dukungan petugas kesehatan/kader merupakan dukungan sosial dalam bentuk dukungan informative, dimana perasaan responden merasa bahwa lingkungan memberikan keterangan

yang cukup jelas mengenai hal-hal yang diketahui. Petugas kesehatan/kader akan mendukung perilaku ibu untuk melakukan upaya kesehatan/indikator Kadarzi melalui keterampilan komunikasi dan ada upaya-upaya petugas kesehatan/kader memperkuat ibu dengan pujian, dorongan dan diskusi atau dengan menjadi sumber informasi yang dapat dipercaya. Menurut Muninjaya (2011) menyatakan bahwa pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan, pelayanan juga dapat diartikan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain.

Selanjutnya Pelayanan petugas kesehatan/kader juga terdiri dari sikap dan perilaku. Sikap adalah suatu tindakan yang diberikan oleh petugas kesehatan/kader. Sedangkan perilaku adalah respon yang diberikan petugas kesehatan/kader terhadap klien. Sikap dan perilaku yang baik dari petugas kesehatan/kader akan mempengaruhi klien dalam mengikuti anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan/kader dalam pemberian pelayanan kesehatan. Banyak permasalahan kesehatan yang timbul akibat ketidaktahuan masyarakat terhadap masalah kesehatan yang diakibatkan oleh kurangnya keterampilan dan pengetahuan petugas kesehatan/kader dan kurangnya sarana serta terbatasnya anggaran, yang berakibat kepada kurangnya promosi kesehatan kepada masyarakat.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian pada distribusi frekuensi dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki besar keluarga dengan kategori keluarga kecil yaitu sebanyak 57 orang (70.4%), sebagian besar responden memiliki pendapatan dengan kategori rendah (67.9%) dengan rata-rata penghasilan yaitu sebanyak Rp. 2.400.000/bulan, sebagian besar petugas kesehatan berperan secara aktif yaitu sebanyak 56 orang (69.1%), tenaga kesehatan yang berperan yang tidak aktif hanya sebanyak 25 orang (30.9%), dan sebagian besar responden sudah menerapkan Kadarzi yaitu sebanyak 50 orang (61.7%). Pada analisis bivariat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara besar keluarga, pendapatan keluarga, dan peran petugas kesehatan dalam penerapan KADARZI.

SARAN

Diharapkan pada keluarga untuk dapat mengatur keuangan secara efisien sehingga dalam pemenuhan makanan bergizi beragam seimbang dan aman untuk seluruh anggota keluarga dapat terpenuhi. Pada tenaga kesehatan diharapkan untuk tetap mempromosikan tentang pentingnya kebutuhan gizi di masyarakatnya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada semua pihak yang sudah membantu dalam pelaksanaan penelitian yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan karuniaNya yang tiada hentinya kepada kita semua. Aamiin Ya Robbal 'Alamiin.

DAFTAR PUSTAKA

- AL-Hassan, A.A. dan M. H. Norziah. (2017). Effect of transglutaminase induced crosslinking on the properties of starch/gelatin films. *Food Packaging and Shelf Life* 13: 15-19.
- Association of Official Analytical Chemist (AOAC), (1995). *Official Methods of Analysis of Analysis*. Washington DC : Association of Official Analytical Chemists Inc.
- Astuti. (2012). *Analisa Kadar Abu*. <https://astutipage.wordpress.com/tag/kadarabu/> . Diakses 6 Januari 2020.

- Sundari, D (2015). Pengaruh proses pemasakan terhadap komposisi zat gizi bahan pangan sumber protein. *Media litbangkes*, Vol. 25 (4) : 235-242.
- Dinas Ketahanan Pangan Banten Diversifikasi pangan melalui Dinas Ketahanan Pangan (2021).
- Hadi, Syamsul. *Isi Buku (Strategi Kebijakan, Produksi Kedelai Dan Pemanfaatannya)*. (2018): 1-150
- Handayani, M. (2018). *Pengambilan Keputusan Dalam Pemilihan Pangan Lokal Olahan Dan Pola Konsumsi Pangan Rumah Tangga Di Kabupaten Pringsewu*.
- Ida Widaningrum, (2015). *Teknologi Pembuatan Tahu yang Ramah Lingkungan (Bebas Limbah)*, *Jurnal Dedikasi*: 14-21.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 31 Januari 2019 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf>
- Kementerian Kesehatan Indonesia (2018). *Tabel Komposisi Pangan Indonesia*. Jakarta (ID):Kementerian Kesehatan RI.
- Muchtadi, T.R.,. (2010). *Teknologi Proses Pengolahan Pangan*. ALFABETA, CV. IPB. Bogor.
- Mulyantini, N.G.A. (2010). *Ilmu Manajemen Ternak Unggas*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Narantaka, A. (2012). *Budidaya Ayam Broiler Komersial*. Yogyakarta.
- Nurapriani, R. (2010). *Optimasi Formulasi Brownis Panggang Tepung Komposit Berbasis Talas, Kacang Hijau Dan Pisang*. Skripsi. Bogor: Fakultas Teknologi Pertanian, Institut Pertanian Bogor.
- Nuzulyanti, Suriati, dan A . Daud (2019). *Kajian Penerapan Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Penentuan Kadar Air Metode Thermogravimetri*. *Jurnal Politeknik Pertanian Negeri Pangkajene Kepulauan*. Vol.24 (02).
- Probosari, E. (2019). *Pengaruh Protein Diet Terhadap Indeks Glikemik*. *Journal of Nutrition and Health*. 7(1): 33-39.
- Prayitno, A.H., F. Miskiyah, A.V. Rachmawati, T.M. Baghaskoro, B.P. Gunawan dan Soeparno (2009). *Karakteristik β -Caroten dari labu kuning (Curcubita moschata)*. *Buletin Peternakan* 33(2): 111-118.
- Radiati, Ani, dan Sumarto Sumarto (2015). *Analisis Sifat Fisik, Sifat Organoleptik, Dan Kandungan Gizi Pada Produk Tempe Dari Kacang Non-Kedelai*. *Jurnal Aplikasi Teknologi Pangan* 5.1.
- Ruiz-Capillas, C., M. Triki, A.M. Herrero, L.R. Salas and F.J. Colmenero (2012). *Konjac gel as pork backfat replacer in dry fermented sausages: Processing and quality characteristics*. *Meat Science Jurnal* 92(2): 144-150.
- Sarwono, Bambang (2010). *Usaha Membuat Tempe Dan Oncom*. Pt Niaga Swadaya.
- Santoso, A. *Serat Pangan (Dietary Fiber) Dan Manfaatnya Bagi Kesehatan*. *Magistra* No. 75. ISSN : 0215-9511.
- Siregar, N. S. (2014). *Karbohidrat*. *Jurnal Ilmu Keolahragaan* Vol. 13 (2). Hal : 38 – 44.
- Sutardi, Derry (2014). *Swasembada Kedelai, HBP dan BM Harus Dinaikkan*. Jakarta: Radarpena.
- Sukesi dan Shinta (2011). *Diversifikasi Pangan Sebagai Salah Satu Strategi Peningkatan Gizi Berkualitas di Kota Probolinggo (Studi Kasus di Kecamatan Kanigaran)*. *SEPA* : Vol. 7 (2) : 85 – 90.
- Warisno dan Dahana, Kres (2010). *Meraup Untung Dari Olahan Kedelai*..Jakarta : PT. Agro Media Pustaka.