

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS  
GIZI PADA BALITA DI KELURAHAN TITI PAPAN  
TAHUN 2024**



**NADHIRAH NUR AFINA**

**P01031221143**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN MEDAN JURUSAN GIZI  
PRODI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA**

**2025**

**HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS  
GIZI PADA BALITA DI KELURAHAN TITI PAPAN  
TAHUN 2024**

**Skripsi diajukan sebagai syarat untuk penulisan Skripsi Program  
Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika di Jurusan Gizi Politeknik  
Kesehatan Kemenkes Medan**



**NADHIRAH NUR AFINA**

**P01031221143**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN MEDAN JURUSAN GIZI  
PRODI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA**

**2025**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Judul : Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Dengan  
Status Gizi Pada Balita Di Kelurahan Titi Papan  
Tahun 2024

Nama : Nadhirah Nur Afina

NIM : P01031221143

Program studi : Sarjana Terapan Gizi Dan Dietetika

Menyetujui  
Utama/Ketua Penguji

Dra. Ida Nurhayati, M.Kes  
Pembimbing Utama/Ketua Penguji

Yenni Zuraidah, S.P, M.Kes  
Anggota Penguji I

Emi Inayah Sari Siregar, SKM, M.Kes  
Anggota Penguji II

Mengetahui  
Ketua Jurusan,

Riris Oppusunggu, S.Pd, M.Kes  
NIP : 196906231990032001

Tanggal Lulus : 16 Mei 2025

## ABSTRAK

### NADHIRAH NUR AFINA “HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI PADA BALITA DI KELURAHAN TITI PAPAN TAHUN 2024” (DIBAWAH BIMBINGAN IDA NURHAYATI)

Masalah gizi pada balita masih menjadi isu serius di Indonesia, termasuk di Kelurahan Titi Papan, dengan prevalensi *underweight*, *wasting*, dan *stunting* yang cukup tinggi. Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) merupakan salah satu pendekatan promotif yang dapat meningkatkan status gizi balita melalui penerapan lima indikator utama, yaitu konsumsi makanan beraneka ragam, penimbangan berat badan secara teratur, pemberian ASI eksklusif, penggunaan garam beryodium, dan pemberian suplemen vitamin A.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara penerapan perilaku Kadarzi dengan status gizi balita berdasarkan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan Tahun 2024. Penelitian ini dilaksanakan mulai 8 Desember 2024 hingga 8 April 2025. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan menggunakan rancangan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang tinggal di Kelurahan Titi Papan yang berjumlah 353 balita, dengan sampel sebanyak 85 ibu balita yang memenuhi kriteria inklusi menggunakan teknik *total sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner Kadarzi dan pengukuran antropometri balita. Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan, 63,5% ibu telah menerapkan perilaku Kadarzi dengan baik, dan 36,5% belum baik. Beberapa indikator Kadarzi yang masih rendah adalah konsumsi makanan beraneka ragam (68,2% belum baik) dan pemberian suplemen vitamin A (50,6% belum baik). Status gizi balita menunjukkan prevalensi *underweight* sebesar 23,5%, *stunting* 22,4%, dan *wasting* 23,5%. Analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara penerapan perilaku Kadarzi dan status gizi balita ( $p < 0,05$ ).

Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penerapan perilaku Kadarzi dengan status gizi balita. Peningkatan edukasi dan intervensi gizi berbasis keluarga sadar gizi diperlukan untuk memperbaiki status gizi balita di wilayah ini.

**Kata Kunci :** Kadarzi, status gizi, balita, gizi anak, Kelurahan Titi Papan

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan berkat rahmad dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini dengan judul “Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Dengan Status Gizi Pada Balita Di Kelurahan Titi Papan Tahun 2024.”

Dalam penyusunan dan penulisan penelitian ini penulis banyak mendapat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu melalui kesempatan ini penulis menyampaikan banyak terimakasih kepada :

1. Dra. Ida Nurhayati, M.Kes selaku dosen pembimbing
2. Yenni Zuraidah, SP, M.Kes selaku penguji 1
3. Emi Inayah Sari Siregar, SKM, M.Kes selaku penguji 2
4. Riris Oppusunggu, S.Pd, M.Kes selaku Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Medan
5. Irwan SSTP, MSP selaku kepala lurah di Kelurahan Titi Papan
6. Safril Anis Pane, S.E selaku sekretaris lurah di Kelurahan Titi Papan
7. Kepala lingkungan dan para kader posyandu di Kelurahan Titi Papan yang tidak bisa saya sebutkan namanya satu persatu
8. Kedua orang tua saya, Muhammad Syukri, S.Si dan Lely Oktarina Nasution, M.Pd beserta saudara-saudara saya
9. Kepada sahabat saya, Moraetha Dina Friscilia Marpaung, Rina Kesuma Harahap, Salisa Yustifa, Salsabila Nasution, Yolanda Novita Yanti Panjaitan, Acme Sitepu, beserta teman-teman PKL Titi Papan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih dapat disempurnakan lebih lanjut. Oleh karena itu, penulis mengharapkan para pembaca dapat memberi saran dan masukan untuk menyempurnakan skripsi ini. Atas perhatiannya penulis ucapkan terimakasih.

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
BAB I .....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Keluarga Sadar Gizi.....	7
B. Indikator Dan Sasaran Program Gizi.....	10
C. Status Gizi Anak .....	11
D. Faktor yang mempengaruhi status gizi .....	13
E. Kerangka Teori .....	15
F. Kerangka Konsep .....	17
G. Definisi Operasional .....	18
H. Hipotesis.....	19
BAB III .....	20
METODE PENELITIAN.....	20
A. Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	20
B. Jenis Dan Rancangan Penelitian .....	20
C. Populasi Dan Sampel .....	20
D. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data.....	22
E. Pengolahan Data .....	23
BAB IV.....	27
HASIL DAN PEMBAHASAN .....	27
A. Gambaran Hasil Penelitian .....	27
B. Karakteristik Sampel .....	28
C. Data Univariat.....	33
D. Analisis Bivariat .....	40
E. Pembahasan.....	41
BAB V.....	57
KESIMPULAN DAN SARAN.....	57
A. Kesimpulan.....	57
B. Saran .....	57
DAFTAR PUSTAKA.....	59
DAFTAR LAMPIRAN .....	64

## DAFTAR TABEL

No	Hal
1. Kategori dan ambang batas status gizi balita .....	12
2. Definisi Operasional.....	18
3. Distribusi Jumlah Balita Di Masing-Masing Lingkungan .....	20
4. Distribusi Kategori Status Gizi Balita .....	25
5. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur .....	28
6. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	29
7. Distribusi Responden menurut Pendidikan .....	30
8. Distribusi Responden menurut Pekerjaan .....	31
9. Distribusi Responden menurut Penghasilan .....	32
10. Distribusi Responden menurut Jumlah Anggota Keluarga .....	33
11. Distribusi Responden menurut Jumlah Anak .....	33
12. Distribusi Kebiasaan Makan Aneka Ragam Makanan.....	34
13. Distribusi Menimbang Berat Badan Secara Teratur .....	35
14. Distribusi Pemberian ASI Eksklusif .....	36
15. Distribusi Penggunaan Garam Beryodium .....	37
16. Distribusi Pemberian Suplemen Vitamin A.....	37
17. Distribusi Penerapan Keluarga Sadar Gizi .....	38
18. Distribusi Status Gizi Balita Menurut BB/U.....	39
19. Distribusi Status Gizi Balita Menurut TB/U .....	40
20. Distribusi Status Gizi Balita Menurut BB/TB.....	41
21. Hubungan Keluarga Sadar Gizi Dengan Status Gizi Balita .....	42

## DAFTAR GAMBAR

No	Hal
1. Kerangka teori penyebab kurang gizi pada balita .....	15
2. Kerangka Konsep Penelitian.....	17

## DAFTAR LAMPIRAN

No.	Hal
1. Surat Izin Survei Pendahuluan .....	53
2. Surat Telah Melakukan Penelitian .....	54
3. Lembar Pernyataan Ketersediaan Menjadi Responden Penelitian ..	55
4. Formulir Food Frequency Questionnaire (FFQ) .....	57
5. Kuesioner Penilaian Indikator Kadarzi .....	59
6. Rekapitulasi Data Responden .....	64
7. Rekapitulasi Kadarzi.....	72
8. Rekapitulasi Data Status Gizi Balita.....	78
9. Output Analisis Data Penelitian .....	91
10. Dokumentasi .....	102
11. Daftar Riwayat Hidup.....	105
12. Surat Pernyataan .....	106

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Masalah gizi pada balita merupakan permasalahan krusial kesehatan masyarakat, mengingat balita termasuk kelompok usia yang rentan terhadap dampak defisiensi maupun kelebihan gizi. Status gizi mencerminkan tubuh anak yang dipengaruhi oleh pola konsumsi, proses absorpsi, dan pemanfaatan nutrisi dari makanan yang dikonsumsi, serta faktor kesehatan.

Status gizi yang tidak memadai dapat memberikan dampak serius dalam jangka panjang, seperti gangguan pertumbuhan fisik, keterlambatan perkembangan kognitif, hingga peningkatan risiko penyakit degeneratif di usia dewasa. Untuk memperoleh status gizi optimal, pemenuhan kebutuhan gizi harus disesuaikan dengan kebutuhan tubuh dan kondisi kesehatan anak (Sara Novia Kristica Zega et al., 2020).

Di Indonesia, tantangan triple burden malnutrition, yang mencakup kekurangan gizi (seperti stunting dan wasting), kekurangan zat gizi mikro, serta obesitas masih menjadi hambatan penting pada usaha guna meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Berdasarkan laporan WHO (2020), "tercatat 49 juta anak balita di dunia mengalami kekurangan gizi, dan sekitar 68% di antaranya berada di kawasan Asia. Indonesia termasuk salah satu negara dengan prevalensi stunting yang melebihi ambang batas yang ditetapkan WHO, yaitu sebesar 17% dibandingkan ambang batas standar sebesar 10%".

Di tingkat nasional, "hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2022 menunjukkan bahwa di Kota Medan, prevalensi stunting mencapai 15,4%, wasting 9,2 %, underweight 14,7%, dan overweight 1,8%". Kelurahan Titi Papan, yang merupakan bagian dari Kecamatan Medan Deli, menjadi fokus perhatian khusus karena memiliki angka prevalensi stunting tertinggi, yaitu sebanyak 82 kasus dari total 491 kasus yang tercatat di Kota Medan (S. Agustina et al., 2022).

Faktor penyebab masalah gizi pada balita bersifat multifaktorial, baik langsung maupun tidak langsung. Faktor-faktor tersebut meliputi pola asuh, tingkat pengetahuan ibu, sosial ekonomi keluarga, dan akses terhadap layanan kesehatan. Salah satu pendekatan strategis untuk mengatasi masalah ini adalah melalui program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi), yakni upaya pemberdayaan keluarga agar mampu mengimplementasikan perilaku gizi yang sehat dan mandiri. Program Kadarzi terdiri dari lima indikator utama, yaitu:

1. Konsumsi makanan beragam,
2. Rutin menimbang berat badan balita
3. Memberikan ASI eksklusif,
4. Menggunakan garam beryodium, dan
5. Pemberian suplemen vitamin A (Nurhayati et al., 2004) dalam (Hoffman, 2022).

Penerapan indikator-indikator tersebut diharapkan dapat membantu keluarga memantau status gizi anak secara berkala, serta meningkatkan kesadaran dan kepatuhan dalam memenuhi kebutuhan gizi balita. Meskipun program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) telah diperkenalkan secara luas, belum ada kajian mendalam yang secara khusus meneliti hubungan antara penerapan indikator Kadarzi dengan status gizi balita di lingkungan 9,10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan. Oleh karena itu, penelitian ini krusial untuk dilakukan sebagai upaya evaluatif dan solutif terhadap permasalahan gizi balita di wilayah tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya oleh (Riyayawati, 2020), di wilayah kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati, indikator Kadarzi yang paling sering diterapkan adalah pemberian suplemen vitamin A (100%), diikuti oleh konsumsi makanan beraneka ragam (63,6%). Namun, indikator seperti penggunaan garam beryodium (59,1%) dan penimbangan berat badan rutin di posyandu (52,3%) masih tergolong rendah. Pemberian ASI eksklusif merupakan indikator yang paling jarang diteprakan (45,5%), yang yang umumnya sebagian besar disebabkan oleh kebiasaan memberi susu formula sejak bayi lahir.

Hasil penelitian di lingkungan 9,10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan menunjukkan perbedaan signifikan dalam pemberian suplemen vitamin A, di mana cakupan yang masih rendah, hanya 49,4%. Capaian ini sangat kontras dibandingkan dengan penelitian Riyayawati (2020) yang menunjukkan tingkat kepatuhan sebesar 100% untuk indikator yang sama.

Perbedaan tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa hal, seperti tingkat pengetahuan ibu, akses terhadap pelayanan kesehatan, peran aktif kader posyandu, serta kurangnya informasi mengenai jadwal pemberian vitamin A, khususnya pada bulan Februari dan Agustus.

Dari perbandingan ini dapat disimpulkan bahwa meskipun beberapa indikator Kadarzi, seperti penimbangan berat badan (67,1%) dan pemberian ASI eksklusif (52,9%), menunjukkan tingkat penerapan yang relatif lebih tinggi dibandingkan indikator pemberian suplemen vitamin A (49,4%), secara keseluruhan capaian indikator Kadarzi belum mencapai target minimal 80%, sebagaimana ditetapkan dalam *Pedoman Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi* (SK Menkes No. 564 Tahun 2006) atau dalam *Pedoman Teknis KIA 2021–2025*.

Data menunjukkan bahwa penerapan indikator Kadarzi lainnya juga masih tergolong rendah. Konsumsi makanan beragam hanya tercapai pada 31,8% responden, penggunaan garam beryodium sebesar 61,2%, dan pemberian vitamin A masih di bawah separuh, yaitu 49,4%. Hal ini mencerminkan adanya kesenjangan nyata dalam pelaksanaan prinsip-prinsip Kadarzi di tingkat keluarga.

Mengingat capaian seluruh indikator utama Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) belum mencapai batas minimal 80% sebagaimana ditetapkan dalam pedoman, maka diperlukan langkah strategis lanjutan berupa edukasi gizi yang berkelanjutan, penguatan peran kader posyandu, serta perluasan akses terhadap layanan kesehatan. Penerapan seluruh indikator Kadarzi secara konsisten sangat krusial untuk menjamin pemenuhan kebutuhan gizi balita secara optimal dan menurunkan prevalensi permasalahan gizi seperti stunting, wasting, dan underweight.

Kesenjangan paling mencolok tetap terdapat pada indikator pemberian suplemen vitamin A. Kondisi ini mempertegas perlunya edukasi dan sosialisasi yang lebih terarah mengenai pentingnya penerapan seluruh indikator Kadarzi guna meningkatkan status gizi balita secara menyeluruh.

Dari penelitian (Riyayawati, 2020), didapat bahwasannya dari 44 balita yang diteliti di wilayah kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati, 26 balita (59,1%) masuk kategori kurus, sedangkan 18 balita (40,9%) berada dalam kategori normal.

Sementara itu, berdasarkan hasil penelitian terhadap 85 balita di Lingkungan 9, 10, dan 12 Kelurahan Titi Papan, ditemukan bahwa 20 balita (23,5%) mengalami *underweight*, 19 balita (22,4%) mengalami *stunting*, dan 20 balita (23,5%) mengalami *wasting*. Temuan ini mengindikasikan bahwa penerapan indikator KADARZI di wilayah tersebut belum optimal dalam upaya memperbaiki status gizi balita.

Data ini menandakan bahwasannya masalah gizi balita di wilayah tersebut meliputi berbagai aspek, sehingga membutuhkan perhatian serius baik melalui intervensi langsung maupun peningkatan kesadaran keluarga terkait gizi.

Hubungan antara penerapan program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan status gizi balita sangat erat. Penerapan praktik Kadarzi merupakan langkah penting dalam memastikan terpenuhinya kebutuhan gizi balita, yang secara langsung memengaruhi status gizi mereka.

Penelitian menunjukkan bahwa daerah dengan tingkat penerapan Kadarzi yang rendah cenderung memiliki prevalensi kekurangan gizi yang lebih tinggi. Sebagai contoh, dalam penelitian Riyayawati (2020), meskipun indikator pemberian suplemen vitamin A telah diterapkan secara optimal (100%), angka balita kurus masih tinggi, yaitu 59,1%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator lainnya, seperti pengonsumsi beragam makanan dan menjaga berat badan, masih belum diterapkan maksimal.

Demikian pula, hasil penelitian di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan menunjukkan bahwa penerapan indikator Kadarzi belum optimal, karena seluruh capaian masih berada di bawah target minimal 80%. Penimbangan berat badan balita tercapai sebesar 67,1%, penggunaan garam beryodium 61,2%, dan pemberian ASI eksklusif 52,9%. Namun, konsumsi makanan beragam (31,8%) dan pemberian suplemen vitamin A (49,4%) masih rendah.

Seluruh capaian ini masih berada di bawah target minimal 80% yang ditetapkan untuk keberhasilan program KADARZI. Rendahnya capaian tersebut diduga menjadi penyebab masih tingginya kasus underweight (23,5%), stunting (22,4%), dan wasting (23,5%).

Temuan ini menegaskan pentingnya penerapan indikator Kadarzi secara menyeluruh dan konsisten. Edukasi keluarga dan dukungan tenaga kesehatan sangat diperlukan agar program ini dapat memberikan dampak nyata terhadap perbaikan status gizi balita.

## **B. Rumusan Masalah**

Adakah hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan status gizi pada balita di Kelurahan Titi Papan tahun 2024?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan status gizi balita di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan pada tahun 2024.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menilai pemberian makanan beraneka ragam di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan
- b. Menilai penimbangan berat badan balita di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan
- c. Menilai pemberian ASI eksklusif di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan
- d. Menilai penggunaan garam beryodium di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan

- e. Menilai pemberian suplemen Vitamin A di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan
- f. Menilai status gizi anak balita di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan
- g. Menganalisis hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan status gizi pada balita di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Peneliti**

Mengaplikasikan pengetahuan dan kemampuan dalam bidang gizi kesehatan anak, serta menyusunnya dalam penelitian ilmiah yang dapat menjadi sumber untuk kedepannya.

##### **2. Bagi Masyarakat**

Meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang pentingnya pemenuhan gizi yang optimal untuk anak-anak, sehingga dapat mendorong kebiasaan makan yang lebih sehat. Selain itu, memberikan wawasan bagi masyarakat tentang keterkaitan realisasi Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan status gizi pada balita di Lingkungan 9, 10, 12, dan 14 Kelurahan Titi Papan.

##### **3. Bagi Institusi Kesehatan**

Memberikan ilmu guna menjadi sumber evaluasi serta acuan dalam perencanaan program intervensi gizi yang lebih efektif dan tepat sasaran di wilayah Kelurahan Titi Papan maupun wilayah lain dengan karakteristik serupa.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Keluarga Sadar Gizi**

Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) adalah keluarga yang dapat menerapkan perilaku gizi yang tepat, menjaga keseimbangan pola makan, mengenali permasalahan kesehatan dan pola makan setiap anggota keluarga, serta mengambil tindakan untuk menyelesaikan masalah gizi yang ada. (Nurhayati et al., 2004).

Kadarzi didefinisikan sebagai keluarga yang dapat mengenali, mencegah, dan mengatasi permasalahan gizi pada para anggota keluarganya. Umumnya, program Kadarzi bertujuan agar seluruh keluarga memiliki perilaku sadar gizi. Sementara itu, tujuan khusus program ini adalah mempermudah keluarga dan masyarakat dalam mengakses informasi gizi serta memperoleh layanan gizi yang berkualitas.

Salah satu program yang luas dan terintegrasi di semua tingkat kabupaten, provinsi, dan pemerintah adalah Kadarzi. Jika proporsi populasi yang terlibat dalam perilaku Kadarzi mencapai target nasional sebesar 80%, wilayah tersebut dianggap telah berhasil menerapkan kebiasaan ini. (Oktaviani et al., 2020).

Berikut merupakan indikato-indikator dari Kadarzi :

#### **1. Mengonsumsi Makanan Beraneka Ragam**

Nutrisi penting bagi tubuh meliputi karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Karbohidrat memberi energi untuk metabolisme otak, sementara protein membangun jaringan dan sistem saraf, yang bisa diperoleh dari daging, telur, dan ikan. Otak yang terdiri dari 60% lemak membutuhkan omega-3 dari ikan laut dan omega-6 dari biji-bijian seperti kacang-kacangan. Vitamin dan mineral mendukung kerja otak. Untuk mencapai gizi, anak perlu makan nasi, sayur, daging, ikan, telur, dan susu (Setyowati, 2022).

Tidak ada makanan yang mengandung semua zat gizi untuk mendukung kesehatan, tumbuh kembang, dan produktivitas. Oleh karena itu, diperlukan konsumsi beraneka ragam makanan, kecuali bayi 0-6 bulan yang sehat dengan hanya mendapatkan ASI.

Ketersediaan makanan dalam empat kategori utama bahan makanan dikenal sebagai diversifikasi makanan, seperti :

- Makanan pokok sebagai sumber energi, seperti nasi, jagung, singkong, mie, dan lainnya
- Ikan, telur, daging, kacang-kacangan, dan produk olahannya, seperti tahu dan tempe, adalah contoh lauk yang dapat digunakan sebagai elemen pembangun.
- Sayuran
- Buah-buahan sebagai bahan pengatur

Kesehatan yang signifikan dijamin oleh keberagaman makanan. Karena beberapa nutrisi yang tidak ada dari satu jenis makanan dapat dilengkapi oleh nutrisi serupa yang ditemukan dalam sumber makanan lainnya (Nurhayati et al., 2004);(I & Jae, 2023).

## **2. Menimbang Berat Badan Secara Teratur**

Mengelola perkembangan dan kesejahteraan mencakup memantau kesehatan keluarga, terutama kesehatan bayi baru lahir, balita, dan ibu hamil. Balita dari keluarga yang tidak secara rutin menimbang mereka lebih mungkin mengalami kekurangan gizi.

Pemanfaatan posyandu berhubungan erat dengan status gizi kurang, pendek, dan kurus pada balita. Partisipasi ibu dan balita di posyandu mencakup lebih dari sekadar penimbangan. Penimbangan rutin memberikan informasi tentang gizi balita sehingga tindakan pencegahan dapat dilakukan sebelum kondisi memburuk (Oktaviani et al., 2020).

## **3. Memberikan ASI Eksklusif**

ASI memenuhi gizi bayi untuk tumbuh sehat hingga usia 6 bulan. Krusial untuk memberikan kolostrum kepada bayi yang baru lahir, yaitu ASI yang keluar pada hari pertama. ASI tidak cukup untuk memenuhi

kebutuhan nutrisi >6 bulan sehingga bayi memerlukan MP-ASI diberikan bertahap sesuai usia, pertumbuhan, dan perkembangan bayi.

ASI tetap diberikan hingga usia 24 bulan untuk mendukung tumbuh kembang, menguatnya imunitas, dan mempererat kasih sayang ibu dan anak. Mengingat pentingnya ASI, setiap ibu diharapkan menyediakan ASI berkualitas dengan memperhatikan gizi selama hamil dan menyusui (Marliana et al., 2022).

#### **4. Menggunakan Garam Beryodium**

Garam beryodium ialah garam dengan yodium melalui fortifikasi atau iodisasi. Standar Nasional Indonesia (SNI) menetapkan kadar yodium pada garam sebanyak 30 ppm, yang berarti setiap 1 gram garam mengandung setidaknya 30 bagian yodium per satu jt bagian, atau sekitar 6-10 gram per hari.

Kekurangan yodium pada anak dan remaja kerap menyebabkan gondok, kretinisme, dan berdampak pada kualitas sdm, termasuk tumbuh kembang serta perkembangan otak yang memengaruhi IQ.

Penggunaan garam beryodium sebaiknya dilakukan dengan menaburkannya pada makanan yang sudah matang, karena jika dimasak, kandungan kalium peryodat (KIO) dalam garam dapat menguap dan menghilang (Marliana et al., 2022).

#### **5. Konsumsi Vitamin A**

Kementrian kesehatan menganjurkan “konsumsi kapsul vitamin A dosis tinggi, yaitu kapsul biru untuk bayi usia 6-11 bulan dan kapsul merah untuk balita usia 12-59 bulan”. Vitamin A penting untuk kesehatan mata, khususnya dalam peradaptasian penglihatan dari tempat terang ke gelap.

Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan gangguan penglihatan akibat metaplasia sel epitel, yang menghambat produksi cairan pada mata dan menyebabkan kekeringan (xerosis konjungtiva). Jika berlanjut, kondisi ini dapat memicu bercak bitot dan berujung pada kebutaan.

Berdasarkan “Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015, pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi termasuk dalam cakupan pelayanan kesehatan dasar, yaitu 100.000 IU (kapsul biru) untuk bayi dan

200.000 IU (kapsul merah) untuk balita, diberikan dua kali setahun, yaitu pada bulan Februari dan Agustus” (Wijayanti & Nindya, 2017).

## **B. Indikator Dan Sasaran Program Gizi**

### **1. Indikator Kadarzi**

Perilaku Kadarzi dapat dicapai jika gizi seluruh anggota keluarga dalam keadaan optimal. Hal ini memerlukan peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah gizi. Indikator program Kadarzi adalah sebagai berikut :

- Keluarga dapat mengonsumsi beranekaragaman makanan
- Pemantauan perkembangan setiap anggota keluarga
- Keluarga mendukung ibu menyusui dalam upayanya untuk menyusui secara eksklusif
- Keluarga memasak hanya dengan garam iodized.
- Sesuai saran mengonsumsi vitamin A

Kondisi gizi masyarakat harus membaik setelah inisiatif Kadarzi berhasil. Tujuan khusus program Kadarzi ialah:

- Peningkatan pengetahuan dan kemampuan anggota keluarga dalam mengatasi masalah gizi
- Peningkatan perhatian terhadap penanggulangan masalah gizi keluarga
- Peningkatan keterampilan petugas pada pemberdayaan masyarakat atau keluarga untuk mencegah dan mengatasi masalah gizi

### **2. Sasaran program Kadarzi**

Sasaran program Kadarzi adalah peningkatan kesadaran masyarakat umum mengenai pentingnya pola makan yang sehat keluarga dengan mencapai persentase indikator sebagai berikut :

- 80% keluarga makan beraneka ragam sesuai kebutuhan
- 80% balita ditimbang setiap bulan
- 80% bayi 0-6 bulan diberi ASI saja (ASI eksklusif)
- 80% keluarga menggunakan garam beryodium

- 80% balita (6-59 bulan) dan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A sesuai anjuran

Sumber : (Riyayawati, 2020).

### **C. Status Gizi Anak**

Keadaan tubuh yang dipengaruhi oleh asupan, penyerapan, dan pemanfaatan nutrisi dari diet seseorang dikenal sebagai status gizi mereka. Sejumlah indikator, termasuk BB/U (Berat badan menurut Usia), TB/U (Tinggi badan untuk Usia), dan BB/TB (Berat badan menurut Tinggi badan), dapat digunakan untuk menilai kesehatan gizi. yang masing-masing memberikan gambaran tentang kondisi gizi individu (Sulfiyani et al., 2023).

Berdasarkan hasil pengukuran ini, status gizi dibagi menjadi empat kategori :

1. Gizi buruk :

Ditandai dengan BB/U yang sangat rendah atau TB/U yang pendek, yang mencerminkan kekurangan gizi kronis.

2. Gizi kurang :

Ditandai dengan BB/U yang lebih rendah dari standar, menandakan kekurangan gizi

3. Gizi Baik :

Ditandai pada BB/U, TB/U, dan BB/TB berada dalam kisaran normal, menunjukkan individu tersebut memperoleh asupan gizi yang seimbang

4. Gizi Lebih :

Ditandai pada BB/TB menunjukkan angka yang lebih tinggi dari standar, mengindikasikan kelebihan berat badan atau obesitas

Berikut merupakan tabel kategori dan ambang batas status gizi pada balita dapat dilihat pada tabel 1

<b>Indeks</b>	<b>Kategori Status Gizi</b>	<b>Ambang Batas (Z-Score)</b>
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang ( <i>severely underweight</i> )	<-3 SD
	Berat badan kurang ( <i>underweight</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> )	<- 3 SD
	Pendek ( <i>stunted</i> )	- 3 SD sd <-2SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	>+3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi Baik ( <i>normal</i> )	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih ( <i>possible risk of overweight</i> )	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 3 SD

Sumber : (Permenkes No 2 Tahun 2020)

Penilaian status gizi ini penting dilakukan secara rutin untuk mendeteksi masalah gizi sejak dini dan menentukan langkah penanganan yang tepat bagi anak usia dini. Pemantauan secara berkala membantu tenaga kesehatan, orang tua, dan pemerintah dalam mengambil tindakan cepat guna mencegah dampak jangka panjang seperti keterlambatan pertumbuhan dan gangguan perkembangan kognitif.

## **D. Faktor yang mempengaruhi status gizi**

Menurut (Hastuti, 2019) faktor faktor yang mempengaruhi status gizi pada bayi dan balita adalah:

### **1. Keadaan Infeksi**

Infeksi dapat memengaruhi nafsu makan, menyebabkan kehilangan makanan melalui muntah atau diare, dan mengganggu metabolisme makanan, di antara aspek lain dari masalah gizi. Infeksi dan malnutrisi biasanya disebabkan oleh kondisi yang tidak higienis dan kemiskinan. Selain itu, reaksi kekebalan alami tubuh dapat terhambat oleh infeksi. Malnutrisi sebagian besar disebabkan oleh gangguan infeksi, termasuk campak, diare, infeksi pernapasan akut, dan asupan nutrisi rendah yang disebabkan oleh perawatan yang tidak memadai atau kekurangan makanan.

### **2. Asupan Gizi**

Asupan nutrisi dan penyakit virus yang terkait berdampak pada status gizi di tingkat individu. Seseorang akan menderita malnutrisi dan menjadi lebih rentan terhadap penyakit jika mereka tidak mendapatkan cukup nutrisi. Sebaliknya, jika seseorang sering sakit, hal ini dapat mengganggu nafsu makan dan akhirnya (Riyayawati, 2020).

### **3. Tingkat Pendidikan Orang Tua**

Pendidikan orang tua memainkan peran penting dalam perkembangan dan pertumbuhan anak-anak. Terutama ketika berkaitan dengan gaya pengasuhan, isu kesehatan, pendidikan, dan area lainnya, orang tua yang berpendidikan baik mampu menerima dan menyaring informasi dengan efektif.

Tingkat pendidikan seseorang secara langsung terkait dengan pemahaman mereka tentang sumber makanan dan jenis makanan yang cocok untuk konsumsi keluarga. Ibu rumah tangga dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi biasanya memilih makanan yang berkualitas lebih baik dan dalam jumlah yang lebih besar. (Aini *et al.*, 2023).

#### **4. Tingkat Pengetahuan Ibu**

Memahami kebutuhan diet mempengaruhi jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Keluarga dengan pendapatan yang memadai sering kali menyajikan pilihan makanan yang terbatas dalam kehidupan sehari-hari. Rendahnya nilai gizi dari makanan keluarga merupakan akibat dari keadaan ini, yang menunjukkan kurangnya pengetahuan tentang manfaat makanan bagi kesehatan tubuh.

Baik ibu maupun anaknya sering memiliki kondisi gizi yang lebih baik jika ibunya memiliki tingkat pendidikan yang tinggi. Ketidaktahuan ibu tentang diet sering kali menjadi sumber masalah gizi. Ibu yang cukup terinformasi tentang nutrisi akan lebih memperhatikan kebutuhan diet anaknya, mendorong pemaksimalan tumbuh kembang.

Asupan makanan sebagian besar ditentukan oleh pengetahuan, dan tingkat pengetahuan nutrisi seseorang mempengaruhi pilihan makanan mereka, yang pada gilirannya mempengaruhi jumlah nutrisi yang mereka konsumsi. (Sera Adhe Anantigas Timor, 2020).

#### **5. Kondisi Ekonomi Keluarga**

Pemenuhan gizi yang optimal pada anak balita adalah faktor penting dalam mendukung tumbuh kembang yang sehat. Namun, kondisi ekonomi keluarga menjadi main determinan yang mempengaruhi kemampuan orang tua dalam menyediakan makanan bergizi dan akses layanan kesehatan.

Kondisi keuangan keluarga punya pengaruh besar terhadap pemenuhan gizi anak. Saat penghasilan orang tua terbatas, biasanya pilihan makanan pun ikut terbatas. Bukan karena tidak peduli, tapi memang tidak mampu membeli bahan makanan yang bergizi tinggi seperti daging, susu, buah, dan sayuran segar.

Keluarga dengan ekonomi lebih baik cenderung bisa menyediakan makanan yang lebih beragam dan bergizi. Selain itu, mereka juga lebih mudah mengakses layanan kesehatan yang penting untuk pemantauan tumbuh kembang anak (Mustajab & Indrawati Aristiyani, 2023).

## **E. Kerangka Teori**

Penyebab kurang gizi pada balita, seperti yang dijelaskan dalam bagan UNICEF (1998) dan oleh Nurhayati et al. (2004), menggambarkan bahwa masalah kurang gizi bukan hanya soal anak tidak makan cukup atau sering sakit. Lebih dari itu, kurang gizi ialah hasil dari berbagai faktor yang berhubungan, mulai dari yang paling terlihat di permukaan hingga yang berakar dalam kondisi sosial dan ekonomi.

Di tingkat paling langsung, balita bisa mengalami kurang gizi karena dua hal utama: minimnya asupan makan dan penyakit infeksi seperti diare atau ISPA. Ketika anak tidak mendapatkan cukup makanan bergizi, daya tahan tubuhnya melemah dan ia menjadi mudah sakit. Sebaliknya, ketika anak sering sakit, nafsu makannya menurun dan tubuhnya kesulitan menyerap nutrisi yang dibutuhkan untuk tumbuh.

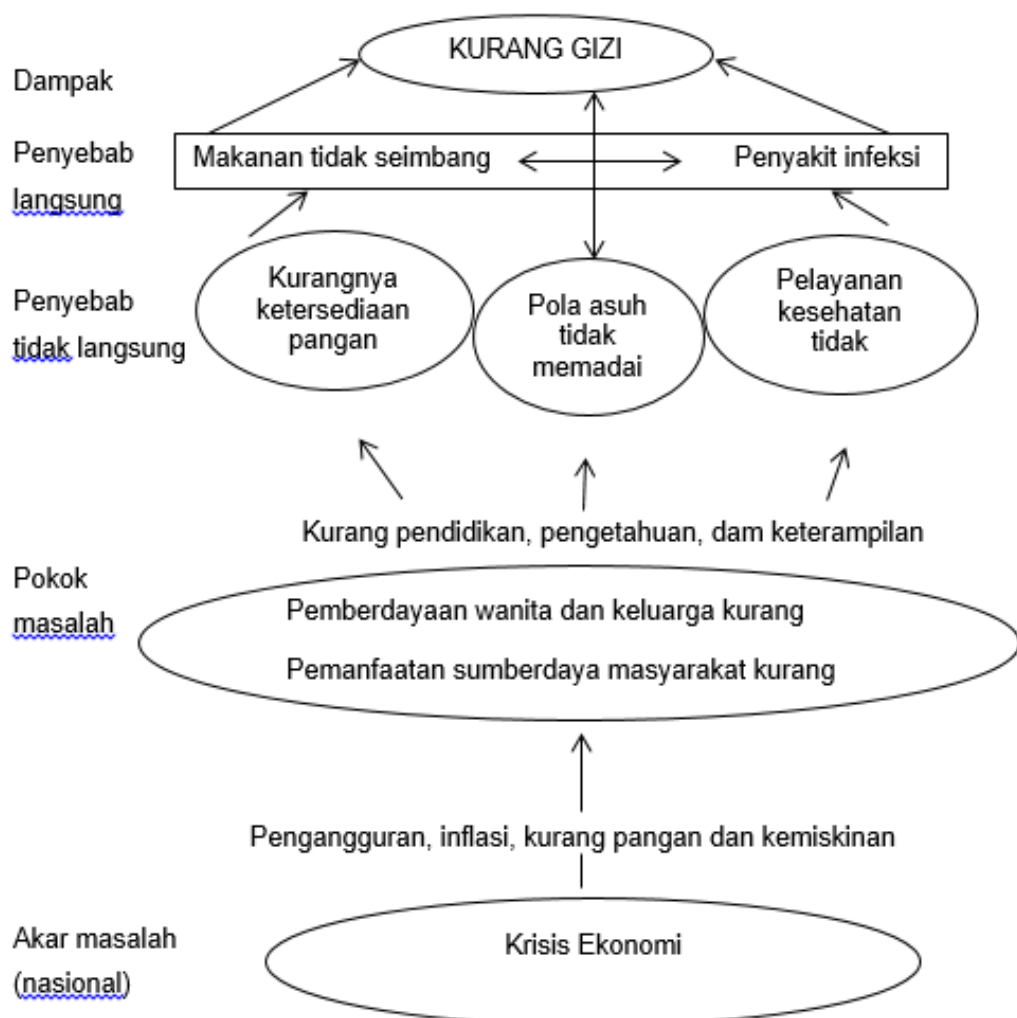
Tetapi, terdapat penyebab utama, yaitu kondisi di lingkungan tempat anak tumbuh. Misalnya, jika keluarga tidak mampu menyediakan makanan yang cukup, tidak tahu cara memberikan asupan yang sesuai usia, atau tidak memiliki akses air bersih dan layanan kesehatan yang memadai, maka risiko anak mengalami kurang gizi akan meningkat. Semua ini tidak bisa dilepaskan dari faktor-faktor mendasar seperti kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan orang tua (terutama ibu), serta kebijakan publik yang belum sepenuhnya mendukung pemenuhan hak anak terhadap gizi dan kesehatan.

Jadi, masalah kurang gizi bukan hanya urusan dapur atau rumah tangga semata. Ini adalah cerminan dari kondisi masyarakat secara keseluruhan.

Penelitian terbaru menguatkan hal ini (Sanggalorang *et al.*, 2024) memperlihatkan bahwasannya anak-anak dari keluarga yang mengalami kesulitan pangan berisiko hampir lima kali lipat lebih tinggi untuk mengalami stunting. Ini artinya, isi piring anak sangat bergantung pada kondisi dapur keluarga. Lalu, (Sartika et al., 2024) menunjukkan bahwa balita yang tidak rutin makan makanan bergizi jauh lebih rentan

mengalami hambatan pertumbuhan. Jadi, kualitas makanan sehari-hari adalah pondasi kesehatan mereka.

Dari semua ini, kita bisa menyimpulkan bahwa gizi anak adalah cermin dari kondisi keluarga dan masyarakatnya. Bukan cuma tugas ibu di dapur, tapi tanggung jawab bersama—dari tetangga, tenaga kesehatan, hingga kebijakan pemerintah. Karena jika lingkungan tumbuh anak sehat dan mendukung, mereka pun punya peluang lebih besar untuk tumbuh menjadi generasi yang kuat dan cerdas.



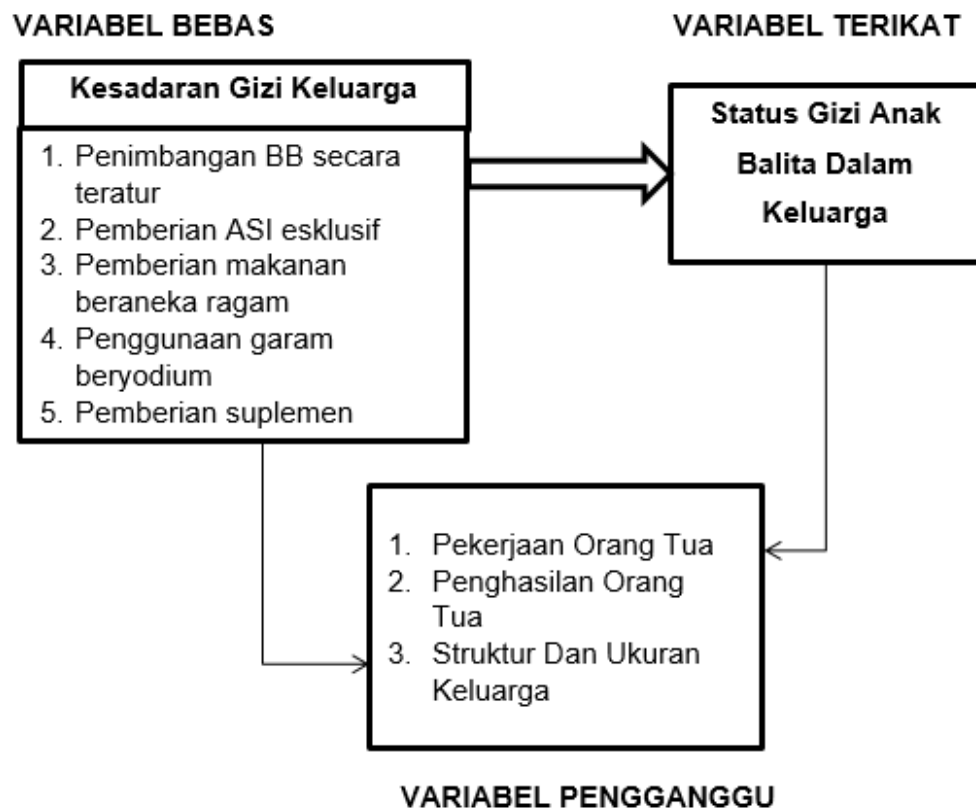
Gambar 1. Kerangka teori penyebab kurang gizi pada balita “(Disesuaikan dari bagan UNICEF, 1998)”, (Nurhayati et al., 2004), (Ayuningtyas et al., 2022)

Kerangka konseptual UNICEF (1998) menjelaskan penyebab kurang gizi balita secara hierarkis dalam tiga lapisan utama:

1. Immediate causes (penyebab langsung): meliputi minimnya asupan makanan dan penyakit infeksi.
2. Underlying causes (penyebab mendasar): mencakup ketahanan pangan rumah tangga, minimnya praktik pengasuhan, layanan kesehatan dan lingkungan yang buruk.
3. Basic causes (penyebab akar): berkaitan dengan struktur sosial, ekonomi, dan politik.

Kerangka ini menekankan bahwa gizi buruk adalah hasil dari interaksi faktor individu, lingkungan, dan sistemik.

#### F. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

## G. Definisi Operasional

Tabel 2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasioanl	Skala
Lingkungan Di Kelurahan Titi Papan	Lingkungan yang digunakan untuk peneliti adalah lingkungan 9, ,10, , 12, dan 14 di Kelurahan Titi Papan	-
Kadarzi	Keluarga yang dapat mengimplementasikan sikap dan perilaku gizi seimbang sesuai dengan 5 indikator Kadarzi, yang terdiri dari <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsumsi makanan beragam,</li> <li>- Rutin menimbang berat badan balita</li> <li>- Memberikan ASI eksklusif,</li> <li>- Menggunakan garam beryodium, dan</li> <li>- Pemberian suplemen vitamin A</li> </ul>	Ordinal
Status Gizi Balita	Status gizi balita memperlihatkan keadaan tubuh anak berdasarkan asupan zat gizi dan kebutuhan tubuh, yang tercermin dalam pertumbuhan fisik seperti bb dan tb menurut umur.	Ordinal
Pekerjaan Orang Tua	Pekerjaan orang tua diklasifikasikan menjadi dua, yakni bekerja dan tidak bekerja. Responden digolongkan bekerja jika memiliki aktivitas yang menghasilkan penghasilan, dan yang tidak bekerja adalah mereka yang tidak memiliki penghasilan, termasuk ibu rumah tangga.	Nominal
Penghasilan Orang Tua	Penghasilan orang tua diukur berdasarkan total pendapatan keluarga per bulan dari berbagai sumber, yang dilaporkan langsung oleh responden. Data diklasifikasikan ke dalam tiga kategori: rendah (< Rp 2.000.000), sedang (Rp 2.000.000–Rp 4.000.000), dan tinggi (> Rp 4.000.000).	Ordinal
Struktur Dan Ukuran Keluarga	Struktur dan ukuran keluarga dalam penelitian ini diukur melalui kuesioner yang diisi oleh responden. Struktur keluarga dikategorikan berdasarkan susunan anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, yaitu keluarga inti, keluarga besar, dan orang tua tunggal, dengan skala nominal. Sementara itu, ukuran keluarga dinilai dari jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama, dan diklasifikasikan menjadi kecil ( $\leq 4$ orang), sedang (5–6 orang), dan besar ( $\geq 7$ orang).	Ordinal

## **H. Hipotesis**

Ha 1 = Ada hubungan keluarga sadar gizi (Kadarzi) dengan status gizi balita berdasarkan BB/U di Kelurahan Titi Papan tahun 2024

Ha 2 = Ada hubungan keluarga sadar gizi (Kadarzi) dengan status gizi balita berdasarkan TB/U di Kelurahan Titi Papan tahun 2024

Ha 3 = Ada hubungan keluarga sadar gizi (Kadarzi) dengan status gizi balita berdasarkan BB/TB di Kelurahan Titi Papan tahun 2024

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan Titi Papan Kabupaten Medan Deli, waktu penelitian dimulai sejak bulan April - Desember 2024. Pengumpulan Data dilakukan pada bulan Desember 2024 hingga April 2025.

#### B. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Menggunakan studi observasional dengan desain *cross sectional*. Informasi tentang variabel independen (kesadaran nutrisi dalam keluarga) dan variabel dependen (status gizi balita berdasarkan berat badan menurut usia, tinggi badan menurut usia, dan berat badan menurut tinggi badan).

#### C. Populasi Dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu anak balita yang tinggal di Kelurahan Titi Papan, Kecamatan Medan Deli, yang berjumlah 353 balita. Balita tersebut tersebar di 16 lingkungan yang ada di kelurahan tersebut.

##### 2. Populasi Terbatas

Dalam penelitian ini, populasi sekaligus dijadikan sebagai sampel. Artinya, seluruh subjek yang termasuk dalam populasi penelitian juga menjadi bagian dari sampel yang diteliti. Penelitian ini difokuskan pada empat lingkungan di kelurahan Titi Papan, yaitu 9, 10, 12, dan 14. Peneliti hanya diizinkan meneliti di empat lingkungan yang dinilai bermasalah oleh pihak kelurahan. Populasi terbatas dalam penelitian ini berjumlah 85 balita, dengan rincian pada tabel dibawah:

Tabel 3 Distribusi Jumlah Balita Di Masing-Masing Lingkungan

Lingkungan	Sampel Penelitian
9	18
10	22
12	17
14	28
Total	85

### 3. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh ibu anak balita yang memenuhi kriteria inklusi di lingkungan 9, 10, 12, dan 14. Karena jumlah populasi terbatas yang menjadi fokus penelitian relatif kecil (85 balita), maka *total sampling* digunakan dalam penelitian ini. Total sampling dipilih karena seluruh populasi dalam cakupan studi dapat dijangkau dan diperiksa secara langsung, sehingga hasil penelitian diharapkan lebih akurat dan representatif untuk menggambarkan hubungan yang diteliti, Kriteria berikut menunjukkan bahwa sampel dapat mencerminkan karakteristik populasi dengan akurat.:

#### a. Kriteria Inklusi

1. Bertempat tinggal di Kelurahan Titi Papan, khususnya di lingkungan 9, 10, 12, dan 14.
2. Memiliki balita usia 0–59 bulan (0–5 tahun).
3. Orang tua atau wali balita bersedia menjadi responden dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).
4. Balita tidak sedang menderita penyakit kronis berat yang dapat memengaruhi status gizi.
5. Orang tua/wali mampu berkomunikasi dengan baik dalam Bahasa Indonesia.

#### b. Kriteria Eksklusi

1. Balita yang sedang sakit berat atau dalam perawatan di rumah sakit pada saat penelitian berlangsung.
2. Orang tua/wali balita yang tidak bersedia diwawancarai atau tidak kooperatif saat pengumpulan data.
3. Data balita yang tidak lengkap atau tidak dapat diverifikasi.

## **D. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

#### **a. Data Primer**

Data primer adalah informasi yang dikumpulkan dengan mewawancarai responden menggunakan kuesioner yang diberikan, berbeda dengan informasi yang ditemukan dalam karya-karya yang telah diterbitkan sebelumnya. Untuk mengumpulkan data primer, wawancara digunakan. Wawancara ini mengeksplorasi pengetahuan nutrisi sehubungan dengan lima indikator Kadarzi. Penelitian ini menggunakan kuesioner mengenai penggunaan indikator Kadarzi sebagai sumber datanya.

#### **1) Data Identitas Sampel**

Identitas sampel meliputi nama responden, jenis kelamin, usia, nama anak balita, usia balita, alamat, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan, jumlah anggota keluarga, jumlah anak. Data identitas didapat melalui wawancara langsung menggunakan form identitas.

#### **2) Data Kadarzi Responden**

Data Kadarzi didapat dengan menggunakan kuesioner wawancara langsung kepada responden dan jawaban kuesioner Kadarzi ibu balita.

#### **3) Data Antropometri**

Anak <5 tahun ditimbang untuk menentukan status gizi mereka. Timbangan digital digunakan untuk menimbang guna menentukan berat badan..

Tahapan untuk mengukur berat badan yaitu:

- a. Tempatkan timbangan pada permukaan yang datar
- b. Agar bisa ditimbang, remaja tersebut diharuskan untuk melepas sepatu, jaket, topi, dan barang-barang berat dari kantong .
- c. Persilahkan anak naik ke atas timbangan
- d. Posisi anak tegak, pandangan kedepan, sikap tenang dan bergerak gerak
- e. Kemudian lihat hasilnya, dan catat angkanya

Penentuan tinggi badan menggunakan stadiometer dengan tahapan sebagai berikut :

- a) Memasang rakitan stadiometer sesuai dengan urutan di bidang datar
- b) Lepas alas kaki dan aksesoris rambut.
- c) Pegang tegak, dengan punggung menghadap dinding, wajah menghadap ke depan, dan punggung, tumit, bokong, serta belakang kepala bersentuhan dengan stadiometer.
- d) Bacalah angka pada skala yang terlihat di stadiometer setelah menurunkan bagian siku alat sampai benar-benar menempel di atas kepala
- e) Baca ukuran yang tertera di stadiometer.

Sumber : (Sulistyawati, 2019).

#### **b. Data Sekunder**

Data sekunder ialah informasi yang melengkapi data primer dan relevan dengan kebutuhan penelitian. Data sekunder didapat melalui data laporan puskesmas Titi Papan, serta dari kantor lurah Titi Papan.

### **2. Cara Pengumpulan Data**

Menggunakan kuesioner, peneliti melakukan wawancara langsung untuk mengumpulkan data. Wawancara adalah teknik pengumpulan data di mana peneliti berbicara langsung dengan subjek yang ditargetkan (responden) untuk mendapatkan informasi. Selanjutnya data antropometri anak balita didapat melalui penimbangan berat badan dengan timbangan digital, serta mengukur tinggi badan dengan stadiometer.

## **E. Pengolahan Data**

### **1. Pengolahan Data**

#### **a. Data Keluarga Sadar Gizi**

Untuk menilai tingkat penerapan prinsip keluarga sadar gizi (Kadarzi), digunakan instrumen berupa 20 pertanyaan yang dibagi ke dalam 5 indikator Kadarzi, dimana setiap indikator terdiri dari 4 pertanyaan. Penilaian dilaksanakan dengan cara menghitung jumlah jawaban benar pada setiap indikator, dengan syarat berikut:

- Jika responden menjawab 4 pertanyaan dengan benar dalam satu indikator → skor 4
- Jika responden menjawab 3 benar → skor 3
- Jika responden menjawab 2 benar → skor 2
- Jika responden menjawab 1 benar → skor 1

Setelah skor setiap indikator diperoleh, dihitung presentase total skor dengan rumus :

$$\text{rumus} = \frac{\text{skor aktual}}{\text{skor maksimum}} \times 100\%$$

Keterangan :

- Kategori Kadarzi baik → jika persentase >80%
- Kategori Kadarzi belum baik → jika persentase <80%

#### **b. Data Status Gizi Anak Balita**

Status gizi anak balita dianalisis menurut indikator antropometri sesuai dengan “Permenkes RI No. 2 Tahun 2020, yang meliputi :

##### 1) Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Indikator ini digunakan untuk menilai apakah berat badan anak sesuai dengan usianya. BB/U mencerminkan status gizi secara umum, terutama untuk mendeteksi masalah kekurangan gizi. Kategori status berdasarkan Z-score adalah:

- Sangat kurang z-score <-3 SD (BB sangat kurang)
- Sangat kurang z-score -3 SD <-2SD (BB kurang)
- BB Normal z-score -2SD sd +1SD (BB normal)
- BB lebih z-score >+1 SD (BB lebih).

##### 2) Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Indikator ini digunakan untuk menilai pertumbuhan linier (tinggi badan) anak sesuai dengan usianya. TB/U membantu mengidentifikasi masalah pertumbuhan jangka panjang (stunting). Kategori status berdasarkan Z-score:

- Sangat pendek (severely stunted) z-score <- 3 SD
- Pendek (stunted) z-score - 3 SD sd <-2SD
- Normal z-score -2 SD sd +3 SD
- Tinggi z-score >+3 SD

### 3) Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Indikator ini digunakan untuk menilai apakah berat badan anak sesuai dengan tinggi badannya, tanpa memandang umur. BB/TB sering digunakan untuk mendeteksi masalah gizi akut. Kategori status berdasarkan Z-score:

- Gizi buruk (severely wasted) z-score  $< -3$  SD
- Gizi kurang (wasted) z-score  $-3$  SD sd  $-2$  SD
- Gizi Baik (normal) z-score  $-2$  SD sd  $+1$  SD
- Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight) z-score  $> +1$  SD sd  $+2$  SD
- Gizi lebih (overweight) z-score  $> +2$  SD sd  $+3$  SD
- Obesitas (obese) z-score  $> +3$  SD"

### 4) Penilaian Status Gizi Balita

Setelah ketiga indikator dianalisis, status gizi balita dikategorikan berdasarkan skor gabungan dengan ketentuan seperti pada tabel 3.2 :

Tabel 4 Distribusi Kategori Status Gizi Balita

Kategori Status Gizi	Skor
Status gizi normal	4
Status gizi lebih	3
Status gizi kurang	2
Status gizi sangat kurang	1

Kategori pada tabel 4 digunakan untuk analisis hubungan antara status gizi dan faktor-faktor yang diteliti, seperti tingkat penerapan Kadarzi, pengetahuan ibu, pendidikan, dan kondisi ekonomi keluarga..

## F. Analisis Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dianalisis dibantu program komputer statistik, seperti SPSS (Statistical Package fir the Social Sciences). Sebelum dilakukan analisis, data terlebih dahulu diperiksa untuk memastikan bahwa data yang masuk lengkap, valid, dan siap diolah. Setelah itu, analisis dilakukan melalui dua tahapan, yakni

analisis univariat dan bivariat, untuk menggambarkan hasil secara menyeluruh dan menjawab rumusan masalah yang telah ditentukan.

### **1. Analisis univariat**

Analisis univariat dilakukan guna memvisualisasikan setiap variabel yang diteliti secara sederhana. Pada hal ini, peneliti ingin mengetahui gambaran umum dari tingkat kesadaran gizi keluarga (Kadarzi) sebagai variabel bebas, serta status gizi balita sebagai variabel terikat. Hasil dari analisis ini disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan persentase, sehingga memudahkan pembaca memahami sebaran data dan karakteristik responden.

### **2. Analisis bivariat**

Selanjutnya, analisis bivariat digunakan guna melihat hubungan antara kesadaran gizi keluarga dengan status gizi balita. Dalam penelitian ini, digunakan uji statistik Chi-Square ( $\chi^2$ ) karena kedua variabel bersifat kategorik. Uji ini membantu mengetahui apakah perbedaan yang terjadi bersifat kebetulan atau memang menunjukkan hubungan yang signifikan.

Interpretasi hasil analisis dilakukan dengan melihat nilai p-value. Jika nilai  $p < 0,05$ , maka hasilnya dianggap signifikan, artinya ada hubungan antara kedua variabel. Sebaliknya, jika  $p > 0,05$ , maka hasilnya dianggap tidak signifikan, atau tidak terdapat hubungan yang nyata antara kesadaran gizi keluarga dan status gizi balita. Temuan ini nantinya akan dijelaskan dalam bentuk narasi dan dihubungkan dengan teori serta hasil studi sebelumnya.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Hasil Penelitian**

Kelurahan Titi Papan merupakan sebuah kelurahan di Kecamatan Medan Deli, Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Kelurahan Titi Papan secara geografis memiliki luas wilayah 1.180 Ha. Wilayah ini terbagi atas tiga kelurahan, yaitu Kelurahan Titi Papan, Kelurahan Mabar, dan Kelurahan Mabar Hilir. Masing-masing kelurahan terdiri atas beberapa lingkungan, dimana Kelurahan Titi Papan memiliki 16 lingkungan, Kelurahan Mabar memiliki 19 lingkungan, dan Kelurahan Mabar Hilir memiliki 10 lingkungan.

Dari sisi jumlah kepala keluarga (KK), kelurahan Titi Papan memiliki 9.804 KK, disusul oleh Kelurahan Mabar dengan 10.765 KK, dan Kelurahan Mabar Hilir dengan 9.492 KK. Jika dilihat dari jumlah penduduk, Kelurahan Mabar memiliki penduduk terbanyak yaitu 37.533 jiwa, diikuti oleh Kelurahan Titi Papan dengan 34.967 jiwa, serta Kelurahan Mabar Hilir dengan jumlah penduduk 33.546 jiwa.

Secara keseluruhan, distribusi jumlah penduduk di seluruh wilayah kerja Kelurahan Titi Papan selama periode Januari hingga Desember 2023 mencapai total sebanyak 106.046 jiwa.

Penelitian ini berfokus di Kelurahan Titi Papan, yang dipilih bukan karena adanya temuan kasus balita dengan status gizi bermasalah di beberapa lingkungan, terutama di lingkungan 9, 10, 12, dan 14, tercatat memiliki angka kasus gizi kurang, gizi buruk, dan stunting yang lebih tinggi dibandingkan lingkungan lainnya di kelurahan tersebut. Kondisi ini menjadikan keempat lingkungan tersebut relevan untuk dijadikan lokasi penelitian.

Selain itu, karakteristik sosial ekonomi masyarakat di lingkungan-lingkungan tersebut relatif seragam, sehingga memberikan peluang yang lebih baik untuk menelusuri dan memahami hubungan antara kesadaran gizi di tingkat keluarga dengan status gizi balita secara lebih mendalam.

## B. Hasil

### 1. Karakteristik Sampel

#### a. Umur Responden

Responden pada penelitian ini adalah ibu balita dan balita di Kelurahan Titi Papan berdasarkan kelompok umur dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Karakteristik Umur	Jumlah	
	n	%
<b>Umur Ibu Balita</b>		
20-25 tahun	21	24,7%
26-30 tahun	41	48,2%
31-35 tahun	23	27%
<b>Umur balita</b>		
1-12 bulan	37	43,52%
13-24 bulan	28	32,94%
25-36 bulan	10	11,76%
37-48 bulan	5	5,88%
49-60 bulan	5	5,88%

Berdasarkan Tabel 5, karakteristik responden berdasarkan umur memperlihatkan bahwasannya mayoritas ibu balita berada pada rentang usia 26–30 tahun, yaitu sebanyak 41 orang (48,2%). Sementara itu, ibu dengan usia 20–25 tahun berjumlah 21 orang (24,7%) dan usia 31–35 tahun sebanyak 23 orang (27%). Hal ini membuktikan bahwasannya mayoritas responden ada pada usia produktif dan matang dalam hal pengasuhan anak.

Adapun berdasarkan umur balita, mayoritas ada pada kelompok usia 1-12 bulan, yaitu sebanyak 37 anak (43,52%). Selanjutnya, sebanyak 28 anak (32,94%) berada pada usia 13-24 bulan, 10 anak (11,76%) pada usia 25–36 bulan, serta masing-masing 5 anak (5,88%) berada pada kelompok usia 37-48 bulan dan 49-60 bulan. Data ini memperlihatkan bahwasannya mayoritas balita yang menjadi responden masih berada pada usia bayi dan awal masa pertumbuhan, yang merupakan periode penting untuk intervensi gizi dan pemantauan tumbuh kembang.

### b. Jenis Kelamin Balita

Karakteristik balita berdasarkan jenis kelamin balita dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Variabel	Jumlah	
	n	%
Laki-laki	39	45,9%
Perempuan	46	54,1%
Total	85	100%

Menurut Tabel 6, karakteristik responden balita berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa dari total 85 balita, sebanyak 39 anak (45,9%) berjenis kelamin laki-laki dan 46 anak (54,1%) berjenis kelamin perempuan. Meskipun terdapat selisih jumlah antara balita laki-laki dan perempuan, perbedaannya tidak terlalu mencolok. Hal ini menunjukkan bahwa distribusi jenis kelamin dalam sampel cukup seimbang, dan tidak ada kecenderungan dominasi yang signifikan oleh salah satu jenis kelamin. Proporsi ini juga mencerminkan bahwa hasil penelitian dapat mencakup gambaran umum balita secara adil dari sisi jenis kelamin.

### c. Distribusi Responden menurut Pendidikan

Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu balita didapatkan bahwasannya pendidikan ibu adalah sebagai berikut:

Tabel 7 Distribusi Responden menurut Pendidikan

Pendidikan Ibu	Jumlah	
	n	%
S1	14	16,5%
SMA/SMK	36	42,4%
SMP	30	35,3%
SD	5	5,9%
<b>Pendidikan Ayah</b>		
S1	12	14,1%
SMA/SMK	40	47,1%
SMP	28	32,9%
SD	5	5,9%
Total	85	100%

Menurut Tabel 7, distribusi responden pada tingkat pendidikan memperlihatkan bawasannya mayoritas ibu balita memiliki tingkat pendidikan terakhir SMA/SMK, yaitu sebanyak 36 orang (42,4%). Selanjutnya, sebanyak 30 orang ibu (35,3%) menamatkan pendidikan hingga tingkat SMP, sementara yang berpendidikan S1 berjumlah 14 orang (16,5%), dan yang berpendidikan terakhir SD sebanyak 5 orang (5,9%).

Sementara itu, pendidikan ayah juga didominasi oleh lulusan SMA/SMK sebanyak 40 orang (47,1%), diikuti oleh lulusan SMP sebanyak 28 orang (32,9%), S1 sebanyak 12 orang (14,1%), dan lulusan SD sebanyak 5 orang (5,9%). Data ini menunjukkan bahwa mayoritas orang tua balita, baik ibu maupun ayah, memiliki latar belakang pendidikan menengah (SMA/SMK), yang dapat mempengaruhi pola pengasuhan dan pemahaman terhadap pentingnya gizi serta kesehatan anak.

#### d. Distribusi Responden menurut Pekerjaan

Tabel 8 Distribusi Responden menurut Pekerjaan

Pekerjaan Ibu	Jumlah	
	n	%
PNS	14	16,5%
Wiraswasta	32	37,6%
Buruh	8	9,4%
Ibu rumah tangga	31	36,5%
<b>Pekerjaan Ayah</b>		
PNS	5	5,9%
Guru/Pendidik	1	1,2%
Pegawai honor	5	5,9%
Wiraswasta	48	56,5%
Sopir	6	7,1%
Ojek	5	5,9%
Buruh	15	17,6%
Total	85	100%

Pada Tabel 8 tentang distribusi responden menurut pekerjaan, didapat bahwasannya mayoritas pekerjaan ibu responden adalah wiraswasta sebanyak 32 orang (37,6%), diikuti oleh ibu rumah tangga sebanyak 31 orang (36,5%). Sementara itu, ibu yang bekerja sebagai PNS berjumlah 14 orang (16,5%), dan yang bekerja sebagai buruh hanya

8 orang (9,4%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu responden bekerja secara mandiri atau menjalankan usaha sendiri, dan sebagian besar lainnya berperan sebagai ibu rumah tangga.

Sementara itu, pekerjaan ayah responden didominasi oleh wiraswasta sebanyak 48 orang (56,5%). Jumlah tersebut menunjukkan bahwa lebih dari setengah ayah responden bekerja secara mandiri. Pekerjaan ayah lainnya adalah buruh sebanyak 15 orang (17,6%), sopir sebanyak 6 orang (7,1%), serta PNS, pegawai honor, dan ojek masing-masing sebanyak 5 orang (5,9%). Hanya 1 orang ayah yang bekerja sebagai guru atau pendidik (1,2%). Dari data ini dapat disimpulkan bahwasannya mayoritas kepala keluarga (ayah) dalam keluarga responden memiliki pekerjaan di sektor informal, khususnya sebagai wiraswasta.

#### e. Distribusi Responden menurut Penghasilan

Tabel 9 Distribusi Responden menurut Penghasilan

Penghasilan Ibu	Jumlah	
	n	%
1,0 – 1,5 jt	14	16,5%
2,1 – 2,5 jt	32	37,6%
3,1 – 3,5 jt	8	9,4%
Tidak berpenghasilan	31	36,7%
<b>Penghasilan Ayah</b>		
< 1 jt	15	17,6%
1,0 – 1,5 jt	22	25,9%
1,6 – 2,0 jt	2	2,4%
2,1 – 2,5 jt	35	41,2%
2,6 – 3,0 jt	1	1,2%
3,1 – 3,5 jt	10	11,8%
Total	85	100%

Pada tabel 9 distribusi responden menurut penghasilan, diperlihatkan bahwasannya mayoritas ibu responden memiliki penghasilan dalam kisaran Rp2,1 juta – Rp2,5 juta, yaitu sebanyak 32 orang (37,6%). Selain itu, terdapat 14 orang ibu (16,5%) yang berpenghasilan Rp1 juta – Rp1,5 juta, dan 8 orang (9,4%) dengan penghasilan Rp3,1 juta – Rp3,5 juta. Namun, terdapat pula jumlah yang signifikan, yaitu 31 orang ibu (36,7%), yang tidak memiliki penghasilan sama sekali. Hal ini

memperlihatkan bahwasannya meskipun ada ibu yang berpenghasilan, sebagian besar dari mereka tidak bekerja atau tidak berpenghasilan tetap.

Sementara itu, untuk penghasilan ayah, mayoritas responden memiliki penghasilan dalam kisaran Rp2,1 juta – Rp2,5 juta sebanyak 35 orang (41,2%). Sebanyak 22 orang ayah (25,9%) memiliki penghasilan antara Rp1 juta – Rp1,5 juta, dan 15 orang (17,6%) berpenghasilan kurang dari Rp1 juta. Sebagian kecil ayah memiliki penghasilan lebih tinggi, yaitu 10 orang (11,8%) dengan penghasilan Rp3,1 juta – Rp3,5 juta, 2 orang (2,4%) dengan penghasilan Rp1,6 juta – Rp2 juta, dan hanya 1 orang (1,2%) dengan penghasilan Rp2,6 juta – Rp3 juta. Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar ayah sebagai kepala keluarga berada pada kelompok pendapatan menengah ke bawah, dengan dominasi pada penghasilan kurang dari Rp2,5 juta per bulan.

#### **f. Distribusi Responden menurut Jumlah Anggota Keluarga**

Tabel 10 Distribusi Responden menurut Jumlah Anggota Keluarga

<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>	<b>Jumlah</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
2-3 orang	38	44,7%
4-5 orang	38	44,7%
6-8 orang	9	10,6%
Total	85	100%

Menurut Tabel 10 tentang distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga, didapat bahwasannya mayoritas responden memiliki jumlah anggota keluarga antara 2–3 orang dan 4–5 orang, masing-masing sebanyak 38 orang atau sebesar 44,7%. Hal ini memperlihatkan bahwasannya sebagian besar keluarga responden tergolong dalam keluarga kecil hingga sedang. Sementara itu, hanya sebagian kecil responden, yaitu sebanyak 9 orang (10,6%), yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih besar, yaitu 6–8 orang. Temuan ini mengindikasikan bahwa struktur keluarga kecil lebih umum dijumpai di antara responden penelitian, yang kemungkinan berdampak terhadap pola pengasuhan dan pemenuhan gizi balita dalam keluarga tersebut.

### g. Distribusi Responden menurut Jumlah Anak

Tabel 11 Distribusi Responden menurut Jumlah Anak

Jumlah anak	Jumlah	
	n	%
1 orang	50	58,5%
2 orang	32	37,6%
3 orang	3	3,5%
Total	85	100%

Pada Tabel 11 tentang distribusi responden menurut jumlah anak, didapat bahwasannya sebagian besar responden memiliki satu orang anak, yaitu sebanyak 50 orang (58,5%). Selanjutnya, terdapat 32 responden (37,6%) yang memiliki dua orang anak. Sementara itu, hanya 3 responden (3,5%) yang memiliki tiga orang anak. Data ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berada dalam keluarga dengan jumlah anak yang relatif sedikit, yang mencerminkan kecenderungan struktur keluarga kecil. Kondisi ini dapat mempengaruhi pembagian perhatian, pengasuhan, dan pemenuhan kebutuhan gizi anak secara lebih optimal.

## 2. Data Univariat

### 1. Indikator Penerapan Keluarga Sadar Gizi

#### a. Makan Aneka Ragam Makanan

Tabel 12 Distribusi Kebiasaan Makan Aneka Ragam Makanan

Makan Aneka Ragam	Jumlah	
	n	%
Baik	27	31,8%
Belum Baik	58	68,2%
Total	85	100%

Pada Tabel 12 mengenai distribusi kebiasaan makan aneka ragam makanan, didapat bahwasannya mayoritas responden belum menerapkan kebiasaan makan yang beragam. Sebanyak 58 balita (68,2%) dikategorikan dalam kelompok yang belum baik dalam hal konsumsi makanan beragam, sedangkan hanya 27 balita (31,8%) yang memiliki kebiasaan makan aneka ragam yang baik. Temuan ini menunjukkan bahwa tingkat penerapan keluarga sadar gizi, khususnya dalam aspek keberagaman makanan, masih tergolong rendah. Hal ini

berpengaruh pada asupan zat gizi yang tidak seimbang dan berisiko terhadap status gizi balita. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan edukasi dan pendampingan kepada keluarga mengenai pentingnya konsumsi makanan yang beragam untuk mendukung tumbuh kembang anak secara optimal.

### **b. Menimbang Berat Badan Secara Teratur**

Tabel 13 Distribusi Menimbang Berat Badan Secara Teratur

<b>Menimbang Berat Badan</b>	<b>Jumlah</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Baik	57	67,1%
Belum Baik	28	32,9%
Total	85	100%

Pada Tabel 13 mengenai distribusi menimbang berat badan secara teratur, didapat bahwasannya sebagian besar keluarga responden telah menerapkan kebiasaan menimbang berat badan balita dengan baik. Sebanyak 57 balita (67,1%) termasuk dalam kategori baik, yang berarti mereka secara rutin ditimbang berat badannya. Sementara itu, sebanyak 28 balita (32,9%) masih berada dalam kategori belum baik, artinya penimbangan berat badan belum dilakukan secara teratur. Temuan ini menunjukkan bahwa kesadaran orang tua dalam memantau pertumbuhan anak melalui penimbangan berat badan sudah cukup baik, namun masih diperlukan peningkatan edukasi dan pendampingan kepada sebagian keluarga lainnya agar dapat melakukan pemantauan pertumbuhan balita secara konsisten demi mendeteksi dini masalah gizi.

### **c. Pemberian ASI Eksklusif**

Tabel 14 Distribusi Pemberian ASI Eksklusif

<b>ASI Eksklusif</b>	<b>Jumlah</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Baik	45	52,9%
Belum Baik	40	47,1%
Total	85	100%

Pada tabel 14 yang berjudul "Distribusi Pemberian ASI Eksklusif", didapat bahwasannya dari total 85 responden, sebanyak 45 orang

(52,9%) termasuk dalam kategori pemberian ASI eksklusif yang baik, sedangkan 40 orang (47,1%) masih tergolong belum baik. Hal ini memperlihatkan bahwasannya mayoritas keluarga sudah cukup menyadari pentingnya pemberian ASI eksklusif sebagai indikator dalam penerapan keluarga sadar gizi. Namun, masih terdapat hampir separuh responden yang belum memberikan ASI eksklusif dengan baik, sehingga diperlukan peningkatan edukasi dan pendampingan untuk mendorong praktik pemberian ASI eksklusif yang optimal.

#### **d. Menggunakan Garam Beryodium**

Tabel 15 Distribusi Penggunaan Garam Beryodium

<b>Garam Yodium</b>	<b>Jumlah</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Baik	52	61,2%
Belum Baik	33	38,8%
Total	85	100%

Pada Tabel 15 tentang persebaran penggunaan garam beryodium, diketahui bahwa dari total 85 responden, sebanyak 52 keluarga (61,2%) telah menggunakan garam beryodium dengan baik, sedangkan 33 keluarga (38,8%) masih belum menggunakannya dengan baik. Data ini menunjukkan bahwa mayoritas keluarga telah menyadari pentingnya penggunaan garam beryodium sebagai bagian dari pola makan sehat dan upaya pencegahan gangguan akibat kekurangan yodium. Tingginya angka penggunaan garam beryodium yang baik mencerminkan adanya tingkat kesadaran gizi yang cukup baik dalam keluarga. Namun demikian, masih terdapat sejumlah keluarga yang perlu diberikan edukasi lebih lanjut mengenai manfaat dan pentingnya penggunaan garam beryodium di keseharian guna meningkatnya kualitas kesehatan keluarga secara menyeluruh.

#### e. Pemberian Suplemen Vitamin A

Tabel 16 Distribusi Pemberian Suplemen Vitamin A

Suplemen Vitamin A	Jumlah	
	n	%
Baik	42	49,4%
Belum Baik	43	50,6%
Total	85	100%

Pada Tabel 16 mengenai distribusi pemberian suplemen vitamin A, didapat bahwasannya dari total 85 responden, sebanyak 42 balita (49,4%) telah menerima suplemen vitamin A dengan baik, sementara 43 balita (50,6%) masih tergolong belum baik dalam hal penerimaan suplemen tersebut. Data ini menunjukkan bahwa hampir separuh keluarga telah menyadari pentingnya pemberian suplemen vitamin A sebagai bagian dari upaya menjaga kesehatan dan mendukung pertumbuhan anak. Namun demikian, persentase keluarga yang belum memberikan suplemen secara optimal masih sedikit lebih tinggi. Hal ini mengindikasikan perlunya peningkatan edukasi dan pendampingan agar lebih banyak keluarga memahami pentingnya pemberian suplemen vitamin A secara rutin dan tepat waktu untuk menunjang status gizi dan daya tahan tubuh anak.

#### f. Penerapan Keluarga Sadar Gizi Dalam 5 Indikator

Tabel 17 Distribusi Penerapan Keluarga Sadar Gizi

Penerapan Kadarzi	Jumlah	
	n	%
Baik	54	63,5%
Belum Baik	31	36,5%
Total	85	100%

Pada Tabel 17 mengenai distribusi penerapan keluarga sadar gizi (Kadarzi) pada lima indikator, didapat bahwasannya sebanyak 54 keluarga (63,5%) telah menerapkan prinsip keluarga sadar gizi dengan baik, sementara 31 keluarga (36,5%) masih tergolong belum baik dalam penerapannya. Data ini memperlihatkan bahwasannya mayoritas keluarga telah memiliki kesadaran gizi yang cukup baik dalam mendukung tumbuh kembang anak, melalui penerapan indikator-indikator yang relevan seperti

pemberian ASI eksklusif, penggunaan garam beryodium, pemberian suplemen vitamin A, serta pemantauan tumbuh kembang balita. Meski demikian, masih terdapat sepertiga keluarga yang belum menerapkan prinsip Kadarzi secara optimal, sehingga diperlukan upaya edukasi dan pendampingan lebih lanjut untuk meningkatkan kualitas kesehatan keluarga secara menyeluruh.

### 3. Status Gizi Balita

#### a. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan BB/U

Berdasarkan hasil pengukuran antropometri dan penilaian status gizi balita, dapat diketahui bahwa status gizi balita berdasarkan BB/U yakni :

Tabel 18 Distribusi Status Gizi Balita Menurut BB/U

Status Gizi Menurut BB/U	Jumlah	
	n	%
BB sangat kurang	5	5,9%
BB kurang	15	17,6%
Normal	60	70,6%
Resiko BB lebih	5	5,9%
Total	85	100%

Pada Tabel 18), didapat bahwasannya sebagian besar balita, yaitu sebanyak 60 anak (70,6%), berada dalam kategori status gizi normal. Sementara itu, terdapat 15 balita (17,6%) yang tergolong memiliki berat badan kurang, 5 balita (5,9%) mengalami berat badan sangat kurang, dan 5 balita lainnya (5,9%) berada dalam kategori risiko berat badan lebih. Jika diklasifikasikan menurut standar antropometri WHO berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U), maka balita dengan berat badan kurang dan berat badan sangat kurang termasuk ke dalam kelompok *underweight*, yaitu kondisi di mana berat badan anak berada di bawah standar sesuai usianya. *Underweight* sendiri dibagi menjadi dua kategori, yaitu *moderate underweight* untuk balita dengan berat badan kurang, dan *severe underweight* untuk balita dengan berat badan sangat kurang. Dengan demikian, total balita yang tergolong *underweight* adalah sebanyak 20 anak (23,5%), yang mencerminkan proporsi cukup signifikan

dari populasi yang berisiko mengalami masalah gizi dan memerlukan perhatian lebih lanjut dalam upaya pemantauan pertumbuhan serta intervensi gizi yang tepat

Data ini menunjukkan bahwa meskipun mayoritas balita mengalami pertumbuhan yang sesuai dengan standar usianya dan mencerminkan kondisi gizi yang relatif baik di kalangan responden, masih terdapat sejumlah balita yang mengalami masalah gizi, baik itu kekurangan maupun kelebihan berat badan. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan intervensi gizi yang tepat untuk mengatasi ketidakseimbangan tersebut dan mencegah masalah kesehatan jangka panjang.

#### **b. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan TB/U**

Berdasarkan hasil pengukuran antropometri dan penilaian status gizi balita, dapat diketahui bahwa status gizi balita berdasarkan TB/U adalah sebagai berikut :

Tabel 19 Distribusi Status Gizi Balita Menurut TB/U

<b>Status Gizi Menurut TB/U</b>	<b>Jumlah</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sangat pendek	5	5,9%
Pendek	14	16,5%
Normal	62	72,9%
Tinggi	4	4,7%
Total	85	100%

Pada Tabel 19, diperlihatkan bahwasannya status gizi balita berdasarkan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U) terbagi ke dalam empat kategori, yakni sangat pendek, pendek, normal, dan tinggi. Sebagian besar balita, yaitu sebanyak 62 anak (72,9%), berada dalam kategori normal, yang menunjukkan bahwa tinggi badan mereka sesuai dengan umur dan mencerminkan status gizi yang cukup baik. Sementara itu, terdapat 14 balita (16,5%) yang masuk dalam kategori pendek dan 5 balita (5,9%) dalam kategori sangat pendek. Kedua kategori ini termasuk dalam definisi stunting, yaitu kondisi ketika balita mengalami gangguan pertumbuhan akibat kekurangan gizi kronis yang berlangsung dalam jangka waktu lama. Dengan demikian, total terdapat 19 balita atau sekitar

22,4% yang mengalami stunting. Selain itu, terdapat pula 4 balita (4,7%) yang memiliki tinggi badan di atas rata-rata usianya dan masuk dalam kategori tinggi.

Data ini memperlihatkan bahwasannya meskipun mayoritas balita memiliki pertumbuhan yang baik, masih terdapat hampir seperempat dari total balita yang mengalami masalah pertumbuhan. Hal ini menjadi indikasi bahwa stunting masih merupakan permasalahan gizi yang perlu mendapatkan perhatian serius. Selain mempengaruhi perkembangan fisik anak-anak, stunting dapat berpengaruh pada pertumbuhan kognitif orang dewasa, kapasitas belajar, dan produktivitas. Oleh karena itu, diperlukan upaya preventif dan kuratif yang menyeluruh, seperti pemenuhan kebutuhan gizi sejak dalam kandungan, pemberian ASI eksklusif, MP-ASI yang bergizi, pola asuh yang baik, serta pemantauan tumbuh kembang anak secara rutin, guna mencegah dan menangani kasus stunting secara efektif.

### c. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan BB/TB

Berdasarkan hasil pengukuran antropometri dan penilaian status gizi balita, dapat diketahui bahwa status gizi balita berdasarkan BB/TB adalah:

Tabel 20 Distribusi Status Gizi Balita Menurut BB/TB

Status Gizi Menurut BB/TB	Jumlah	
	n	%
Gizi buruk	8	9,4%
Gizi kurang	12	14,1%
Gizi Baik	62	72,9%
Resiko gizi lebih	2	2,4%
Obesitas	1	1,2%
Total	85	100%

Pada Tabel 20, didapat bahwasannya mayoritas anak, yakni 62 balita (72,9%), berada dalam kondisi gizi baik. Hal ini menunjukkan kesesuaian antara berat dan tinggi badan, yang mencerminkan asupan nutrisi dan kesehatan yang cukup memadai.

Di sisi lain, terdapat 12 balita (14,1%) yang tergolong gizi kurang dan 8 balita (9,4%) dalam kategori gizi buruk. Keduanya termasuk dalam klasifikasi wasting, yaitu kondisi kekurangan berat badan dibandingkan tinggi badan, yang menggambarkan masalah gizi akut. Gizi kurang dikategorikan sebagai moderate wasting, sedangkan gizi buruk masuk ke dalam severe wasting. Secara keseluruhan, prevalensi wasting mencapai 23,5%, yang merupakan angka cukup signifikan dan memerlukan perhatian serius dalam intervensi gizi.

Selain masalah kekurangan, juga ditemukan 2 balita (2,4%) dengan risiko kelebihan gizi dan 1 balita (1,2%) mengalami obesitas. Keberadaan kelompok ini menunjukkan adanya potensi awal ke arah kelebihan berat badan, meskipun jumlahnya lebih kecil dibandingkan masalah kekurangan gizi.

Secara keseluruhan, meskipun sebagian besar balita memiliki keseimbangan berat dan tinggi badan yang baik, proporsi anak yang mengalami wasting tetap perlu menjadi fokus upaya pemantauan dan penanganan gizi, guna mencegah dampak kesehatan serius di masa mendatang.

#### D. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan keluarga sadar gizi dengan status gizi balita di Kelurahan Titi Papan yakni :

Tabel 21 Hubungan Keluarga Sadar Gizi Dengan Status Gizi Balita

Indikator	Status Gizi	Kategori Kadarzi	Kategori Status Gizi	Jumlah		p-value	Interpretasi
				n	%		
BB/U	Baik		Normal	47	97.9%	0,04	Signifikan
			Kurang/Sangat Kurang	1	2.1%		
	Belum Baik		Normal	31	83.8%		
			Kurang/Sangat Kurang	6	16.2%		
TB/U	Baik		Tinggi/Normal	41	85.4%	0,05	Signifikan
			Pendek/Sangat pendek	7	14.6%		
	Belum Baik		Tinggi/Normal	25	67.6%		
			Pendek/Sangat pendek	12	32.4%		

		pendek				
BB/TB	Baik	Normal	48	100%	0.001	Signifikan
		Kurus/Sangat kurus	0	0%		
Belum Baik	Normal	16	43.2%			
	Kurus/Sangat kurus	21	56.8%			

Berdasarkan Tabel 21, hasil analisis bivariabel memperlihatkan adanya hubungan yang signifikan antara penerapan keluarga sadar gizi (Kadarzi) dengan status gizi balita berdasarkan tiga indikator, yaitu BB/U (berat badan menurut umur), TB/U (tinggi badan menurut umur), dan BB/TB (berat badan menurut tinggi badan). Pada indikator BB/U, sebanyak 97,9% balita dari keluarga yang menerapkan Kadarzi dengan baik memiliki status gizi normal, dan hanya 2,1% yang mengalami gizi kurang atau sangat kurang. Sementara itu, dari keluarga yang belum menerapkan Kadarzi dengan baik, 83,8% balita memiliki status gizi normal, dan 16,2% tergolong kurang/sangat kurang, dengan nilai p sebesar 0,04 yang menunjukkan hubungan signifikan.

Pada indikator TB/U, 85,4% balita dari keluarga Kadarzi baik memiliki status tinggi/normal, sedangkan 14,6% tergolong pendek/sangat pendek. Dari keluarga Kadarzi belum baik, hanya 67,6% balita yang tinggi/normal, dan 32,4% tergolong pendek/sangat pendek. Nilai p sebesar 0,05 juga menunjukkan hubungan yang signifikan.

Indikator BB/TB menunjukkan hasil yang paling kuat, di mana seluruh balita (100%) dari keluarga dengan Kadarzi baik memiliki status gizi normal. Sementara dari keluarga dengan Kadarzi belum baik, hanya 43,2% yang normal, sedangkan 56,8% tergolong kurus/sangat kurus. Nilai  $p = 0,001$  memperlihatkan hubungan yang sangat signifikan. Secara keseluruhan, data ini mengindikasikan bahwa penerapan keluarga sadar gizi berperan penting dalam mendukung status gizi balita yang lebih baik.

## **C. Pembahasan**

### **1. Karakteristik Responden**

#### **a. Pekerjaan Orang Tua**

Berdasarkan data, mayoritas ibu responden bekerja sebagai wiraswasta (37,6%) dan ibu rumah tangga (36,5%), sedangkan ayah paling banyak bekerja sebagai wiraswasta (56,5%). Temuan ini sejalan dengan riset oleh (Gde Aldy Kurnia Griayasa et al., 2024) yang menyatakan bahwa keluarga dengan penghasilan dari sektor informal cenderung memiliki ketidakpastian pendapatan, yang dapat mempengaruhi kemampuan memenuhi kebutuhan gizi anak. Pekerjaan informal juga erat kaitannya dengan minimnya jaminan sosial dan akses ke layanan kesehatan. Selain itu, ibu rumah tangga memiliki peluang lebih besar untuk terlibat dalam pengasuhan langsung, namun tetap berisiko jika tingkat pengetahuan gizinya rendah.

#### **b. Penghasilan Orang Tua**

Data menunjukkan bahwa sebagian besar ibu berpenghasilan Rp2,1–2,5 juta (37,6%) atau tidak berpenghasilan sama sekali (36,7%). Sementara itu, ayah paling dominan berpenghasilan Rp2,1–2,5 juta (41,2%). Ini mengindikasikan bahwa tingkat pendapatan keluarga responden tergolong menengah ke bawah, yang menjadi faktor penting dalam status gizi anak. Jurnal oleh WHO (2023) dan Riskesdas 2023 menyatakan bahwasannya “pendapatan keluarga berkorelasi positif dengan kemampuan menyediakan pangan bergizi dan akses layanan kesehatan. Keluarga dengan penghasilan rendah lebih berisiko memiliki balita dengan gizi kurang atau buruk” (UNICEF et al., 2023).

Keluarga yang bekerja di sektor informal seperti pedagang kecil atau pekerja lepas sangat rentan terhadap pendapatan yang tidak stabil. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa keluarga yang tidak punya penghasilan tetap sering mengalami kesulitan membeli makanan bergizi secara rutin karena fluktuasi pendapatan dan prioritas pengeluaran yang harus diutamakan untuk kebutuhan mendesak (Sekarani et al., 2023).

Kasus studi di Semarang (2022–2023) menunjukkan bahwa kunjungan rutin ke posyandu sangat dipengaruhi oleh faktor pendapatan dan motivasi ibu. Data e-PPGBM mengindikasikan bahwa ibu yang tidak rutin mengunjungi posyandu memiliki risiko anak stunting lebih tinggi, meski hasilnya tidak signifikan secara statistik karena variabel kontrol lainnya. Penelitian lain memperlihatkan bahwa pendapatan rumah tangga menjadi prediktor utama partisipasi posyandu, dimana keluarga berpendapatan rendah lebih loyal ke posyandu, namun ini juga menunjukkan terbatasnya alternatif kesehatan selain posyandu (Larasati et al., 2025)..

### **c. Struktur Dan Ukuran Keluarga**

Mayoritas responden tinggal dalam keluarga kecil (2-5 anggota, 89,4%) dan rata-rata memiliki 1-2 anak (96,1%). Studi dari Samosir dkk. (2023) menunjukkan bahwa keluarga kecil memiliki peluang lebih tinggi untuk memenuhi keragaman pangan, yang positif dalam menurunkan risiko stunting. Selain itu, penelitian di Jakarta Barat menyatakan bahwa anak dari keluarga kecil cenderung memiliki status gizi lebih baik karena perhatian dan sumber daya yang terfokus (Harjianti et al., 2023).

Dalam keluarga kecil biasanya beranggotakan 1-2 anak, orang tua memiliki lebih banyak waktu, energi, dan anggaran untuk mengurus tiap anak secara spesifik. Mereka lebih mampu menyediakan makanan beragam, pola makan yang konsisten, dan perhatian rutin terhadap kebutuhan gizi anak.

WHO menganjurkan diet anak yang beragam dan cukup mikro-makro nutrien, serta pemantauan tumbuh kembang secara rutin. Keluarga kecil umumnya mampu menerapkan ini dengan lebih baik karena sumber daya tidak terbagi banyak.

Sebuah scoping review terbaru dari *Nutrients* (2023) menyimpulkan bahwa karakteristik rumah tangga termasuk jumlah anak berkaitan langsung dengan risiko stunting. Anak dari keluarga besar (lebih dari 3 anak) memiliki risiko 2 kali lebih tinggi mengalami stunting dibanding keluarga kecil (Yani et al., 2023).

Meskipun mayoritas responden di Kelurahan Titi Papan berasal dari keluarga kecil dengan 1-2 anak, hal tersebut tidak serta-merta menjamin terpenuhinya kebutuhan gizi anak. Dalam konteks sosial ekonomi menengah ke bawah seperti di wilayah ini, keterbatasan penghasilan tetap menjadi hambatan utama dalam penyediaan makanan bergizi. Artinya, meskipun jumlah anak sedikit, jika pendapatan keluarga rendah, maka alokasi gizi per anak tetap tidak optimal.

Kemiskinan merupakan faktor dominan dalam terjadinya stunting, terlepas dari jumlah anak. Selain itu, rendahnya pengetahuan ibu atau orang tua tentang gizi seimbang dan pentingnya pemberian makanan sesuai kebutuhan usia anak juga berkontribusi besar terhadap kurangnya asupan gizi anak.

Studi Juwitaningsih & Khairiah, 2024 menegaskan bahwa edukasi gizi ibu memiliki pengaruh yang lebih kuat terhadap status gizi anak dibanding jumlah anak dalam rumah tangga. Di sisi lain, akses terbatas dan minimnya partisipasi keluarga dalam program layanan kesehatan seperti posyandu turut memperburuk kondisi tersebut. Banyak orang tua di lingkungan padat seperti Titi Papan tidak secara rutin membawa anak ke posyandu karena kesibukan, kurangnya kesadaran, atau minimnya fasilitas, sehingga anak-anak tidak mendapat pemantauan tumbuh kembang yang memadai (Juwitaningsih & Khairiah, 2024).

Studi oleh Lestari (2024) mendukung hal ini dengan membuktikan bahwasannya kunjungan rutin ke posyandu berhubungan erat dengan status gizi yang baik pada balita. Selain itu, persepsi keliru dari sebagian orang tua bahwa memiliki anak sedikit otomatis menjamin perhatian dan pemenuhan gizi juga menjadi hambatan. Persepsi ini menciptakan rasa aman yang keliru, sehingga perhatian terhadap pola makan dan pemantauan pertumbuhan anak menjadi terabaikan. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa jumlah anak yang sedikit tidak selalu identik dengan status gizi yang baik, terutama bila faktor ekonomi, edukasi gizi, akses layanan kesehatan, dan kesadaran orang tua tidak mendukung secara optimal (Lestari, 2024).

## **2. Indikator Penerapan Keluarga Sadar Gizi**

### **a. Analisis Kebiasaan Makan Aneka Ragam**

Berdasarkan Tabel 12 mengenai tingkat penerapan keluarga sadar gizi menurut indikator makan aneka ragam, diketahui bahwa sebanyak 27 balita (31,8%) termasuk dalam kategori baik, sedangkan 58 balita (68,2%) masuk kategori belum baik. Hal ini memperlihatkan bahwasannya mayoritas keluarga balita belum sepenuhnya menerapkan pola konsumsi makanan yang beragam, padahal keberagaman pangan merupakan salah satu prinsip dasar dalam pemenuhan gizi seimbang dan pencegahan masalah gizi pada anak.

Penilaian data ini dilakukan menggunakan Food Frequency Questionnaire (FFQ) serta sejumlah pertanyaan kuesioner. Penilaian tidak hanya menyoroti jenis makanan yang dikonsumsi anak, tetapi juga mengeksplorasi persepsi ibu terhadap keberagaman makanan, pemahaman manfaatnya, frekuensi makan harian anak, serta kerutinan dan variasi konsumsi sayur dan buah. Hasil ini menunjukkan bahwa masih banyak keluarga yang memerlukan dorongan dan bimbingan agar lebih menyadari pentingnya konsumsi makanan yang beragam bagi balita.

Temuan ini sejalan dengan penelitian terbaru oleh Al Uluf dkk. (2023) yang menunjukkan bahwa keragaman pangan sangat berkaitan dengan status gizi anak, khususnya dalam pencegahan stunting. Anak-anak yang mengonsumsi makanan dari berbagai kelompok pangan memiliki peluang lebih besar untuk mencapai kecukupan zat gizi mikro (seperti zat besi, vitamin A, dan seng) serta makro (karbohidrat, protein, dan lemak) yang esensial bagi pertumbuhan dan perkembangan optimal (Uluf et al., 2023) Lebih lanjut, program intervensi gizi harus mendorong konsumsi minimal 4 hingga 7 kelompok pangan, yang mencakup:

- Karbohidrat (nasi, ubi, jagung),
- Sayur,
- Buah,
- Protein hewani (ikan, daging, telur),
- Protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan),

- Susu dan olahannya, serta
- Lemak sehat.

Dengan memperluas jenis makanan yang dikonsumsi setiap hari, kecukupan zat gizi mikro dan makro akan lebih terjamin, sehingga risiko kekurangan gizi dapat diminimalkan.

Studi Prasetyo et al. (2023) juga menunjukkan bahwa pendekatan edukasi gizi berbasis keluarga, terutama yang dilakukan secara interaktif dan kontekstual (melalui diskusi kelompok, demonstrasi resep, dan media visual), sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan praktik pemberian makan anak. Di Indonesia, model seperti ini terbukti meningkatkan pemahaman orang tua mengenai pentingnya gizi seimbang dan keberagaman pangan, serta berkontribusi pada perbaikan status gizi anak secara langsung (Prasetyo et al., 2023).

#### **b. Analisis Penimbangan Berat Badan Secara Teratur**

Berdasarkan Tabel 13, sebanyak 57 balita (67,1%) termasuk dalam kategori baik dalam hal praktik menimbang berat badan secara teratur, sementara 28 balita (32,9%) masih belum rutin melakukan penimbangan. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga telah memiliki kesadaran akan pentingnya pemantauan pertumbuhan balita melalui penimbangan rutin, khususnya melalui layanan posyandu.

Penilaian terhadap indikator ini dilakukan melalui kuesioner yang menggali tiga aspek penting, yaitu pengetahuan dasar ibu tentang fungsi posyandu, pemahaman fungsional terkait manfaat penimbangan dan kondisi yang memerlukan rujukan, serta kesadaran tindakan dalam membawa anak untuk ditimbang secara berkala. Hal ini mencerminkan bahwa mayoritas ibu tidak hanya memahami secara konseptual pentingnya kegiatan pemantauan pertumbuhan, tetapi juga telah menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari.

Namun demikian, efektivitas praktik penimbangan tidak hanya ditentukan oleh frekuensinya, tetapi juga oleh kualitas intervensi yang menyertainya. Literatur terbaru dari WHO dan sejumlah studi yang dipublikasikan di jurnal seperti ScienceDirect dan Wiley Online Library

menegaskan bahwa pemantauan pertumbuhan yang dilakukan secara konsisten dapat membantu mendeteksi risiko malnutrisi secara dini.

Namun, manfaat maksimal hanya dapat dicapai apabila penimbangan disertai dengan edukasi gizi dan konseling yang tepat. Studi terkini juga menunjukkan bahwa Growth Monitoring and Promotion (GMP), yaitu gabungan antara pemantauan pertumbuhan dan pemberian edukasi gizi yang berbasis data, terbukti efektif dalam meningkatkan status gizi anak serta mendorong pemanfaatan layanan kesehatan secara optimal. Oleh karena itu, edukasi lanjutan sangat diperlukan agar pemahaman ibu tidak hanya bersifat teoretis, tetapi juga mendorong tindakan nyata dan berkelanjutan dalam mendukung tumbuh kembang anak (Yoyok Bekti Prasetyo, 2023).

Selain itu, penting pula untuk memperkuat sistem rujukan dan tindak lanjut di tingkat layanan dasar. Menimbang berat badan secara teratur harus menjadi bagian dari sistem surveilans gizi yang terintegrasi, dimana data pertumbuhan anak dianalisis secara berkala dan dijadikan dasar untuk intervensi gizi yang tepat sasaran. Dengan demikian, kegiatan penimbangan bukan sekadar formalitas administratif, tetapi menjadi sarana deteksi dini dan intervensi yang strategis dalam upaya pencegahan masalah gizi dan perlindungan kesehatan anak jangka panjang (Adolph, 2016).

### **c. Analisis Pemberian ASI Eksklusif**

Berdasarkan Tabel 14, tingkat penerapan keluarga sadar gizi dalam hal pemberian ASI eksklusif menunjukkan bahwa sebanyak 45 balita (52,9%) termasuk dalam kategori baik, sementara 40 balita (47,1%) masih berada dalam kategori belum baik. Artinya, sedikit lebih dari separuh keluarga telah memberikan ASI eksklusif sesuai anjuran, yang merupakan langkah krusial dalam mendukung kesehatan dan pertumbuhan optimal bayi selama enam bulan pertama kehidupan.

Namun, hampir setengah dari keluarga belum menerapkan praktik ini secara memadai, menandakan adanya kebutuhan mendesak untuk meningkatkan edukasi dan dukungan yang berkelanjutan agar lebih

banyak ibu memahami manfaat ASI eksklusif serta cara memberikannya secara tepat. Kesadaran ini sangat penting untuk mengurangi risiko infeksi, meningkatkan daya tahan tubuh bayi, dan mencegah gangguan pertumbuhan seperti stunting.

Penilaian terhadap indikator ini dilakukan melalui kuesioner yang menggali aspek pengetahuan dan praktik ibu seputar pemberian ASI eksklusif. Pertanyaan mencakup pemahaman bahwa sumber nutrisi terbesar untuk bayi adalah ASI, dan bahwa menyusui eksklusif didefinisikan sebagai memberikan ASI selama 6 bulan tanpa makanan atau minuman lain, pentingnya pemberian kolostrum sebagai ASI pertama, serta durasi ideal menyusui hingga anak berusia dua tahun. Hasil penilaian ini memberikan gambaran bahwa meskipun banyak ibu telah memiliki pengetahuan dasar tentang ASI, belum semuanya mampu menerapkan secara konsisten karena berbagai kendala, termasuk keterbatasan waktu, pekerjaan, maupun kurangnya dukungan lingkungan (Permatasari et al., 2024).

Temuan ini selaras dengan hasil meta-analisis terbaru di Indonesia yang menyebutkan bahwasannya bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko stunting 2,9x lebih tinggi daripada yang mendapatkannya secara penuh selama enam bulan pertama kehidupan. Selain itu, studi dari BMC Public Health menunjukkan bahwa inisiatif menyusui dini (Early Initiation of Breastfeeding/EIBF) mampu meningkatkan peluang keberhasilan ASI eksklusif hingga dua kali lipat, terutama pada ibu bekerja (Syahri et al., 2024).

Hal ini mengindikasikan bahwa keberhasilan ASI eksklusif tidak hanya ditentukan oleh pengetahuan ibu, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh adanya dukungan praktis dan sistemik seperti cuti melahirkan yang memadai, ketersediaan ruang laktasi di tempat kerja, serta edukasi menyusui yang diberikan sejak masa kehamilan. Oleh karena itu, pemberian ASI eksklusif perlu didorong tidak hanya melalui pendekatan edukatif kepada ibu, tetapi juga melalui kebijakan publik dan dukungan lintas sektor yang mendukung praktik menyusui secara optimal.

#### **d. Analisis Penggunaan Garam Beryodium**

Berdasarkan Tabel 15, tingkat penerapan penggunaan garam beryodium di kalangan keluarga menunjukkan bahwa 52 balita (61,2%) berada dalam kategori baik, sedangkan 33 balita (38,8%) masih belum menggunakan garam beryodium secara optimal. Hal ini mengindikasikan bahwa mayoritas keluarga telah menyadari pentingnya konsumsi garam beryodium untuk mencegah kekurangan yodium yang dapat menyebabkan gangguan perkembangan, gondok, dan gangguan kognitif pada balita.

Penilaian indikator ini menggunakan kuesioner yang menggali pemahaman keluarga tentang jenis garam yang tepat, waktu penambahan garam saat memasak agar kandungan yodium tetap terjaga, manfaat garam beryodium dalam mencegah gondok, serta cara penyimpanan yang benar agar kualitasnya tidak menurun (Semba et al., 2008).

Kesadaran akan pentingnya garam beryodium ini sejalan dengan inisiatif nasional di Indonesia, serta dukungan organisasi seperti Nutrition International yang menempatkan garam beryodium sebagai intervensi utama penanggulangan kekurangan yodium. Di studi perbatasan Timor-Leste, penggunaan garam beryodium tercatat sebesar 56%, menunjukkan bahwa kesadaran sudah berkembang walaupun belum merata. Nutrition International juga telah memperkuat program Universal Salt Iodization (USI) melalui pendekatan multi-level monitoring termasuk penggunaan mini-lab desa yang terbukti meningkatkan akses dan konsumsi garam beryodium (Sáez-Ramírez et al., 2024).

Selain itu, survei berbasis data Kemkes 2003 menunjukkan bahwa hingga 85% rumah tangga menggunakan garam beryodium, walaupun hanya 70% yang memenuhi kadar yodium cukup untuk mencegah gangguan defisiensi yodium. Konsumsi garam yang diolah secara tradisional tanpa iodisasi serta praktik penyimpanan yang kurang tepat menyebabkan penurunan kadar yodium garam. Dengan menggabungkan edukasi kontinyu tentang jenis, kualitas, dan penyimpanan garam—dengan pemantauan kualitas yang konsisten, cakupan penggunaan

garam beryodium diharapkan bisa semakin merata di seluruh lapisan masyarakat.

Oleh karena itu, meskipun mayoritas keluarga telah menggunakan garam beryodium, tetap diperlukan upaya intensif berupa edukasi praktis, pelatihan pengolah maupun konsumen tentang teknik penanganan garam, serta pengawasan distribusi garam yang dijual di pasaran. Pendekatan ini penting agar kontribusi garam beryodium menjadi intervensi gizi yang efektif dalam jangka panjang, mendukung kesehatan dan tumbuh kembang anak balita di seluruh wilayah Indonesia.

#### **e. Analisis Pemberian Suplemen Vitamin A**

Berdasarkan Tabel 16, 42 balita (49,4%) menerima suplemen vitamin A dengan baik, sedangkan 43 balita (50,6%) belum, mencerminkan bahwa hampir setengah keluarga telah memahami pentingnya suplementasi vitamin A untuk kesehatan dan pertumbuhan anak, namun kesadaran dan kepatuhan masih perlu ditingkatkan. Penilaian ini menggunakan kuesioner yang menggali pengetahuan ibu mengenai warna kapsul (biru untuk usia 6–11 bulan, merah untuk 12–59 bulan), waktu pemberian pertama kali, dan jadwal rutin di posyandu faktual yang penting agar pemberian suplemen dilakukan akurat dan konsisten.

Hal ini berkesinambungan dengan studi Simanjuntak et al. (2023) di Bengkulu yang menunjukkan anak yang tidak menerima suplemen vitamin A berisiko 2,4 kali lebih tinggi mengalami stunting dibanding yang mendapatkannya (Simanjuntak et al., 2018). Lebih lanjut, penelitian Martina & Yuli Zuhkrina (2023) menegaskan bahwa pengetahuan ibu, dukungan petugas kesehatan, dan dukungan keluarga secara signifikan memengaruhi kepatuhan terhadap pemberian suplemen vitamin A (Martina & Yuli Zuhkrina, 2023).

Oleh karena itu, untuk meningkatkan efek program suplementasi ini, diperlukan strategi edukatif dan sistemik seperti peningkatan edukasi berkelanjutan kepada ibu, pelatihan kader dan petugas posyandu untuk memberikan konseling yang efektif, serta penguatan dukungan keluarga.

Dengan demikian, intervensi ini bisa lebih optimal dalam menurunkan risiko stunting dan meningkatkan kualitas tumbuh kembang balita secara menyeluruh.

### **3. Status Gizi Balita**

Berdasarkan hasil penelitian, indikator status gizi balita menurut BB/U, didapat bahwasannya mayoritas balita berstatus gizi normal menurut indeks BB/U, yaitu sebanyak 60 balita (70,6%). Namun demikian, masih terdapat 15 balita (17,6%) dengan kategori berat badan kurang dan 5 balita (5,9%) dengan berat badan sangat kurang. Sementara itu juga, terdapat 5 balita (5,9%) yang termasuk dalam kategori risiko berat badan lebih.

Indeks BB/U mencerminkan status gizi masa lalu dan sekarang, serta memberikan gambaran umum mengenai cakupan asupan energi balita dalam jangka waktu tertentu. Proporsi status gizi normal yang cukup tinggi merupakan indikator bahwa sebagian besar anak di Kelurahan Titi Papan memiliki asupan makanan yang relatif mencukupi. Namun keberadaan kasus BB sangat kurang dan BB kurang menunjukkan bahwa masih ada balita yang mengalami kekurangan energi kronis. Hal ini dapat disebabkan pada berbagai faktor, yakni ketidakseimbangan pola makan, penyakit infeksi yang sering dialami balita, atau kurangnya pemantauan pertumbuhan secara rutin.

Indikator status gizi pada balita menurut TB/U memperlihatkan bahwasannya 62 balita (72,9%) berada dalam kategori tinggi badan normal menurut umur. Namun, terdapat 14 balita (16,5%) yang termasuk kategori pendek, dan 5 balita (5,9%) sangat pendek (stunting). Di sisi lain, hanya 4 balita (4,7%) yang tergolong tinggi.

Indeks TB/U digunakan untuk mendeteksi adanya stunting atau gangguan pertumbuhan linear jangka panjang akibat kekurangan gizi kronis. Stunting seringkali disebabkan oleh minimnya asupan angka panjang dan diperparah oleh infeksi yang berulang, sanitasi buruk, serta pola asuh yang kurang optimal. Meskipun angka balita dengan tinggi badan normal cukup dominan, keberadaan kasus stunting (22,4%) tetap

perlu menjadi perhatian serius karena stunting dapat menghambat perkembangan kognitif dan produktivitas anak di masa depan.

Indikator status gizi balita menurut BB/TB memperlihatkan 62 balita (72,9%) memiliki status gizi baik. Namun terdapat 12 balita (14,1%) yang mengalami gizi kurang, 8 balita (9,4%) tergolong gizi buruk, 2 balita (2,4%) masuk kategori risiko gizi lebih, dan 1 balita (1,2%) mengalami obesitas.

Indeks BB/TB mencerminkan status gizi akut dan sangat berguna untuk mengetahui apakah seorang anak mengalami wasting (kurus) atau overweight (berat badan berlebih). Hasil ini menunjukkan bahwa meskipun mayoritas anak memiliki status gizi normal, masih terdapat sekitar 23,5% balita yang mengalami wasting (gizi kurang atau buruk).

Keadaan ini mengindikasikan adanya gangguan asupan makanan dalam waktu singkat yang perlu segera diintervensi. Di sisi lain, adanya balita obesitas dan risiko gizi lebih mengindikasikan mulai munculnya masalah gizi lebih yang bisa berasal dari konsumsi makanan berlebihan namun tidak seimbang, serta kurangnya aktivitas fisik anak.

Status gizi anak dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor biologis, perilaku, dan sosial ekonomi. Dimana yang dimaksud dengan faktor biologis ialah berkaitan dengan kondisi kesehatan anak sejak lahir, seperti berat badan lahir, riwayat penyakit infeksi, status kesehatan ibu saat hamil dan menyusui, serta faktor genetik. Faktor perilaku berkaitan dengan kebiasaan orang tua dalam mengasuh anak, seperti praktik pemberian Asi eksklusif, keragaman makanan yang dikonsumsi, pemantauan pertumbuhan anak di posyandu, penggunaan garam beryodium yang dapat mempengaruhi pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik dan mental anak yang disebabkan oleh hormon tiroksin, serta mengonsumsi vitamin yang dapat menjaga kekebalan tubuh anak, hingga perilaku menjaga kebersihan.

Faktor sosial ekonomi mencakup tingkat pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, pekerjaan, dan akses terhadap fasilitas kesehatan. Keluarga dengan kondisi ekonomi baik cenderung mempunyai akses lebih mudah terhadap makanan bergizi, pelayanan kesehatan, dan informasi

gizi. Sebaliknya, keterbatasan ekonomi seringkali menyebabkan keterbatasan pemenuhan kebutuhan gizi anak

#### **4. Hubungan antara Penerapan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita**

Analisis chi-square pada penelitian di Kelurahan Titi Papan menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara tingkat penerapan Kadarzi dan status gizi balita berdasarkan tiga indikator antropometri. Untuk indikator BB/U diperoleh  $p = 0,04$ , sedangkan untuk TB/U diperoleh  $p = 0,05$ , dan untuk BB/TB diperoleh  $p = 0,001$ . Nilai  $p$ -value  $< 0,05$  pada ketiga indikator menunjukkan bahwa hubungan tersebut tidak terjadi secara kebetulan, tetapi memiliki signifikansi statistik yang kuat.

Secara praktis, hasil ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis keluarga dalam bentuk perilaku sadar gizi memiliki pengaruh besar terhadap pencegahan gizi buruk pada balita. Praktik-praktik seperti penimbangan rutin di posyandu, konsumsi makanan beragam dan bergizi seimbang, serta penggunaan garam beryodium dan pemberian suplemen vitamin A, bukan hanya sebagai indikator formal, tetapi menjadi pondasi penting dalam mencegah stunting, wasting, dan underweight.

Di samping itu, data juga memperlihatkan bahwasannya keluarga yang belum mengimplementasikan Kadarzi dengan baik memiliki proporsi balita dengan status gizi tidak normal yang lebih tinggi. Ini menegaskan pentingnya pemberdayaan dan edukasi ibu sebagai pelaku utama dalam praktik pemberian makan anak, sebagaimana diperkuat oleh teori dari Notoatmodjo (2007) bahwa perilaku kesehatan, termasuk gizi, sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, dan tindakan individu.

Faktor pengetahuan sangat sentral dalam konteks ini. Ketika ibu tidak memiliki pemahaman yang baik tentang pentingnya ASI eksklusif, atau tidak mengetahui pentingnya konsumsi makanan bergizi seimbang, maka balita rentan mengalami defisiensi zat gizi penting. Kekurangan zat gizi seperti zat besi, protein, vitamin A, dan yodium dapat menghambat pertumbuhan, berkurangnya imunitas, dan meningkatnya risiko penyakit infeksi.

Hasil ini sejalan dengan studi Nur Rahman et al. (2024) di Desa Wates (Boyolali), yang menemukan hubungan signifikan antara kesadaran gizi keluarga dan kejadian stunting, dengan  $p = 0,012$ . Juga didukung oleh penelitian di Motolohu, Sulawesi Tengah, yang menunjukkan bahwa indikator Kadarzi seperti penimbangan berat badan, ASI eksklusif, dan konsumsi makanan beragam memiliki  $p\text{-value} < 0,05$  terhadap kejadian stunting (R. Agustina et al., 2020).

Penerapan Kadarzi sebagai pendekatan perilaku keluarga terhadap kesehatan gizi tidak hanya berdampak secara langsung pada kecukupan asupan makanan anak, tetapi juga mencerminkan tingkat kesadaran orang tua khususnya ibu dalam memenuhi kebutuhan dasar anak balita. Ketika praktik Kadarzi diterapkan secara konsisten, seperti penimbangan berat badan secara berkala, pemberian makanan yang beragam, penggunaan garam beryodium, ASI eksklusif, dan pemberian vitamin A, maka pemantauan dan perbaikan gizi anak menjadi lebih terarah dan efektif.

Temuan ini diperkuat dengan penelitian (Nuhayati et al., 2004) yang membuktikan bahwasannya perilaku sadar gizi di tingkat keluarga berkaitan erat dengan status gizi anak balita. Dalam penelitiannya, keluarga yang memiliki pemahaman dan kesadaran gizi tinggi terhadap gizi menunjukkan status gizi yang lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang kurang memiliki kesadaran tersebut. Dengan kata lain, semakin baik perilaku kesehatan keluarga, maka semakin besar kemungkinan anak berada dalam kondisi yang optimal.

Pada indikator BB/U dalam penelitian ini, diketahui dari 48 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya baik, terdapat 47 balita (97,9%) yang status gizinya normal, dan terdapat 1 balita (2,1%) balita yang status gizinya kurang. Sedangkan, dari 37 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya belum baik, terdapat 31 balita (83,8%) yang status gizinya normal, dan 6 balita (16,2%) balita yang status gizinya kurang.

Pada indikator TB/U, diketahui dari 48 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya baik, terdapat 41 balita (85,4%) yang status gizinya normal, dan terdapat 7 balita (14,6%) balita yang status gizinya pendek. Sedangkan, dari 37 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya belum baik, terdapat 25 balita (67,6%) yang status gizinya normal, dan 12 balita (32,4%) balita yang status gizinya pendek.

Pada indikator BB/TB, diketahui dari 48 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya baik, terdapat 48 balita (100%) yang status gizinya normal, dan tidak ada balita (0%) yang status gizinya kurus. Sedangkan, dari 37 responden yang tingkat penerapan keluarga sadar gizinya belum baik, terdapat 16 balita (43,2%) yang status gizinya normal, dan 21 balita (56,8%) balita yang status gizinya kurus menurut BB/TB.

Faktor pemicu rendahnya penerapan Kadarzi ialah kurangnya pengetahuan mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif dan penggunaan garam beryodium. ASI eksklusif dalam enam bulan pertama dapat mencukupi kebutuhan nutrisi awal bayi dan mencegah penyapihan bayi dini yang dapat menyebabkan kekurangan gizi. Bayi yang hanya disusui secara eksklusif akan memiliki hasil kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan bayi yang tidak disusui secara eksklusif karena kandungan kolostrum yang terdapat dalam ASI bisa meningkatkan kekebalan tubuh bayi dari infeksi dan penyakit (Astutik & Purwanti, 2021).

Diperkirakan kurangnya pendidikan gizi bagi ibu berkontribusi pada status gizi balita yang rendah dengan mencegah mereka belajar bagaimana memilih makanan, menyiapkannya, dan memberi makan dengan cara yang sehat dan bergizi. Kekurangan nutrisi adalah akibat dari periode panjang nutrisi yang tidak mencukupi, yang dapat disebabkan oleh diet yang tidak seimbang atau kurang terdiversifikasi. Masalah kesehatan yang dapat muncul dari sindrom ini termasuk kesulitan pertumbuhan, gangguan sistem imun, dan peningkatan risiko penyakit kronis. (Muhammad Syafri, 2021).

Secara keseluruhan, hasil ini mendukung hipotesis dalam penelitian bahwa penerapan Kadarzi seperti konsumsi makanan beragam

penimbangan berat badan rutin, pemberian ASI eksklusif, penggunaan garam beryodium, dan pemberian suplemen vitamin A, cenderung memiliki anak dengan status gizi yang lebih baik.

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwasannya keluarga dengan pengimplementasian Kadarzi yang baik memiliki proporsi status gizi normal pada anak yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang belum baik. Hal ini menguatkan bahwa perilaku kesehatan keluarga, termasuk perilaku gizi, sangat berpengaruh terhadap status gizi anak.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan tentang Hubungan Keluarga Sadar Gizi Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Titi Papan Tahun 2024 dapat disimpulkan bahwa :

1. Dari 85 responden, penerapan indikator makan beraneka ragam masih tergolong belum baik pada sebagian besar responden (68,2%).
2. Penerapan indikator menimbang berat badan secara teratur tergolong baik pada sebagian besar responden (67,1%).
3. Penerapan indikator pemberian ASI eksklusif tergolong baik pada sebagian besar responden (52,9%).
4. Penerapan indikator penggunaan garam beryodium sebagian besar juga tergolong baik (61,2%).
5. Penerapan indikator pemberian suplemen vitamin A masih belum optimal, dengan proporsi kategori belum baik sebesar 50,6%.
6. Status gizi balita berdasarkan:
  - a. BB/U: 23,5% balita mengalami underweight.
  - b. TB/U: 22,4% balita mengalami stunting.
  - c. BB/TB: 23,5% balita mengalami wasting.
7. Hasil uji statistik menunjukkan:
  - a. Terdapat hubungan yang signifikan antara penerapan Kadarzi dan status gizi BB/U ( $p\text{-value} = 0,04 < 0,05$ ).
  - b. Terdapat hubungan yang signifikan (di ambang batas) antara Kadarzi dan status gizi TB/U ( $p\text{-value} = 0,05 \approx 0,05$ ).
  - c. Terdapat hubungan yang sangat signifikan antara Kadarzi dan status gizi BB/TB ( $p\text{-value} = 0,001 < 0,05$ ).

## **B. Saran**

1. Peneliti selanjutnya, disarankan meneliti balita dengan status gizi di bawah normal serta faktor penyebab rendahnya kesadaran gizi keluarga untuk menemukan solusi yang efektif.
2. Bagi masyarakat, khususnya ibu balita, calon ibu, dan remaja putri diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan pada program Kadarzi serta lebih memperhatikan asupan gizi, pola makan sehat, dan pemantauan tumbuh kembang anak guna mencegah masalah gizi.
3. Bagi institusi kesehatan, terutama puskesmas dan posyandu perlu meningkatkan edukasi gizi, kunjungan rumah dengan materi praktis mengenai makan aneka ragam makanan, penimbangan berat badan anak secara teratur, pemberian ASI eksklusif, menggunakan garam beryodium, serta memberikan vitamin A.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adolph, R. (2016). *Effectiveness Of Integrated Growth Monitoring And Nutritional L Surveillance For Early Detection And Prevention Of Malnutrition In Early Childhood*. 2(3), 1–23.
- Agustina, R., Utami, T. N., & Asriwati. (2020). Stunting Balita Dan Evaluasi Program. *Jurnal Keperawatan Priority*, 3(2), 42–52.
- Agustina, S., Purba, R., Emilia, E., Mutiara, E., & Harahap, N. S. (2022). Determinan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 6-59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Titi Papan Determinants of Stunting in Toddlers Aged 6-59 Months in The Working Area of The Titi Papan Health Center. *Journal of Nutrition and Culinary*, 3(1), 1–7.
- Aini, S. N., Jihan, J., Nuraini, F., Saripuddin, S., & Gunawan, H. (2023). Kualitas Pendidikan Dan Pola Asuh Orang Tua: Sebuah Tinjauan Multidisiplin. *Journal on Education*, 5(4), 11951–11964  
. <https://doi.org/10.31004/joe.v5i4.2154>
- Astutik, L. P., & Purwanti, H. (2021). Pemberian Asi Eksklusif Dengan Penambahan Berat Badan Bayi Usia 6 Bulan. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 5(2), 114–119.  
<https://doi.org/10.24269/ijhs.v5i2.3841>
- Ayuningtyas, H., Nadhiroh, S. R., Milati, Z. S., & Fadilah, A. L. (2022). Status Ekonomi Keluarga dan Kecukupan Gizi dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Kota Surabaya. *Media Gizi Indonesia*, 17(1SP), 145–152.  
<https://doi.org/10.20473/mgi.v17i1sp.145-152>
- Gde Aldy Kurnia Griayasa, Dewa Ayu Putu Ratna Juwita, & Komang Triyani Kartinawati. (2024). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nulle Timor Tengah Selatan Nusa Tenggara Timur. *Aesculapius Medical Journal*, 4(1), 81–93.  
<https://doi.org/10.22225/amj.4.1.2024.81-93>
- Harjianti, T., Afandi, D., Rany, N., Jepisah, D., & Marlina, H. (2023). Analisis Strategi Penanganan Stunting di Desa Bangun Sari Kabupaten Kampar Provinsi Riau. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 9(2), 265–274. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol9.iss2.1365>
- Hastuti, P. (2019). Hubungan Perilaku Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Bayi 6-24 Bulan Di Posyandu Desa Bandung Mojokerto. *Jurnal Surya*, 11(03), 62–68. <https://doi.org/10.38040/js.v11i03.55>

- Hoffman, D. W. (2022). *Penerapan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Terhadap Status Gizi Anak Yang Mengalami Masalah Nutrisi. Jurnal Gizi dan Kesehatan*, **14**(2), 101–110.
- I, D., & Jae, B. (2023). *Skripsi Hubungan Perilaku Keluarga Sadar Gizi ( Kadarzi ) Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Hubungan Perilaku Keluarga Sadar Gizi ( Kadarzi ). Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, **11**(1), 45–52.
- Juwitaningsih, S., & Khairiah, R. (2024). Peran Keluarga, Lintas Sektor Serta Kader Terhadap Kunjungan Balita ke Posyandu di Puskesmas Cicinde Kabupaten Karawang. *Malahayati Nursing Journal*, **6**(2), 532–543. <https://doi.org/10.33024/mnj.v6i2.10787>
- Larasati, E. N., Dieny, F. F., Rahadiyani, A., & Purwanti, R. (2025). *Jurnal Gizi Indonesia Utilization of E-PPGBM for analysing the relation between Posyandu visits post-covid-19 adaptation and low body weight history with stunting among toddlers in semarang city*. **13**(2), 105–116. <https://doi.org/10.14710/jgi.13.2.105-116>
- Lestari, S. dkk. (2024). Prevalensi Status Gizi Pada Balita Dan Faktor Yang Mempengaruhinya. *Jurnal Kesehatan Dan Science*, **XX**(1), 103–114.
- Lindawati, Anto J. Hadi, Alprida Harahap, Rusdiah Sudirman Made Ali, & Haslinah Ahmad. (2023). Hubungan Sosial Demografi dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Menawi Kabupaten Kepulauan Yapen. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, **6**(5), 972–981. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i5.3469>
- Lontaan, A., Anggeraeni, A., Settawati, A., Mulyanti, M., & Hartaty, H. (2023). Determinants of Malnutrition Status Events in Toddlers. *Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan*, **1**(1), 24–30. <https://doi.org/10.61099/junedik.v1i1.8>
- Marliana, S., Sholihah, M., & Sa'adah, D. A. (2022). Hubungan Pemberian ASI Eksklusif terhadap Perkembangan Kognitif Anak Usia 18-24 Bulan di Posyandu Bougenvile Desa Ngandong Kecamatan Grabangan Kabupaten Tuban. *Alzam: Journal of Islamic Early Childhood Education*, **3**(1), 23–31.
- Martina, M., & Yuli Zuhkrina. (2023). Pengaruh Pengetahuan Ibu dan Peran Petugas Kesehatan Terhadap Konsumsi Vitamin A pada Ibu Nifas di Wilayah Kerja Puskesmas Indrapuri Aceh Besar Tahun 2022. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, **2**(1), 141–147. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v2i1.1508>

- Muhammad Syafri. (2021). Gambaran Penerapan Sadar Gizi, Pengetahuan Gizi Ibu, Dan Status Gizi Balita Di Desa Karassing Kecamatan Herlang Kabupaten Bulukumba. *Jurnal Mitrasehat*, 11(1), 102–119. <https://doi.org/10.51171/jms.v11i1.284>
- Mustajab, A. azam, & Indrawati Aristiyani. (2023). Dampak Status Ekonomi Pada Status Gizi Balita. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 7(2), 138–146. <https://doi.org/10.52020/jkwgi.v7i2.5607>
- Naibaho Ernita, & Evawany Y. (2022). Hubungan pendapatan dan pengetahuan gizi ibu dengan ketahanan pangan keluarga di Kabupaten Tapanuli Tengah. *Tropical Public Health Journal*, 2(1), 18–23.
- Nuhayati, I., Hakimi, M., & Ninuk Sri Hartini, T. (2004). Hubungan Kesadaran Gizi Keluarga Dengan Status Gizi Anak Bawah Dua Tahun (Baduta) Di Kabupaten Purworejo. *Pgm*, 27(2), 25–33. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/pgm/article/view/1413>
- Oktaviani, P. P., Djafar, M., & Fayasari, A. (2020). Penerapan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dan Status Gizi Balita Usia 24-59 Bulan di Puskesmas Kranji Bekasi. *Nutri-Sains: Jurnal Gizi, Pangan Dan Aplikasinya*, 3(2), 115. <https://doi.org/10.21580/ns.2019.3.2.3421>
- Permatasari, R. P., Simbolon, D., & Yunita, Y. (2024). Pencegahan Stunting melalui Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia: Pendekatan Meta-Analisis. *Amerta Nutrition*, 8(1SP), 105–112. <https://doi.org/10.20473/amnt.v8i1sp.2024.105-112>
- Prasetyo, Y. B., Permatasari, P., & Susanti, H. D. (2023). The effect of mothers' nutritional education and knowledge on children's nutritional status: a systematic review. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s40723-023-00114-7>
- Purwanti, R., Agatha, I., Ginting, B., Aulia, N. P., & Dieny, F. F. (2024). *Access Karakteristik Keluarga , Ketahanan Pangan , Pengeluaran Pangan , dan Keanekaragaman Pangan Keluarga dengan dan tanpa WaSt ( Wasting-Stunting ) pada Anak di Kota Semarang Family Characteristics , Food Security , Expenditure , and Dietary Diversity a.* 8(3), 228–239. <https://doi.org/10.20473/amnt.v8i3SP.2024.22>
- Riyayawati, R. (2020). Analisis Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi ( Kadarzi ) Dengan Status Gizi BALITA. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 92.

- Sáez-Ramírez, D. M., Chacon-Torrico, H., & Hernández-Vásquez, A. (2024). Household Consumption of Adequately Iodized Salt: A Multi-Country Analysis of Socioeconomic Disparities. *Nutrients*, 16(21). <https://doi.org/10.3390/nu16213787>
- Sanggalorang, Y., Ari Anggraini Sebayang, F., Malonda, N. S. H., & Rumayar, A. A. (2024). Insights Into Childhood Malnutrition: an Analysis on Food Vulnerability and Stunting Using 2021 Indonesian Nutritional Status Survey Data. *Media Gizi Indonesia*, 19(3), 282–290. <https://doi.org/10.20473/mgi.v19i3.282-290>
- Sara Novia Kristica Zega, Barus, M. B., Pujiastuti, M., & Novitarum, L. (2020). Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita Di Puskesmas Padang Bulan Selayang II Medan Tahun 2021. *Suparyanto Dan Rosad*, 5(3), 248–253.
- Sartika, D., Munawarah, M., & S, M. I. (2024). Pengaruh konsumsi makanan bergizi pada balita terhadap stunting. 5(01), 1–9. <https://doi.org/10.34305/jnpe.v5i1.1370>
- Sekarani, N. A., Herawati, D. M. D., & Rinawan, F. R. (2023). Monitoring Obstacles of Toddlers Growth in Public Health Center Margahayu Raya Bandung City during the COVID-19 Pandemic: From Cadre Perspective. *Althea Medical Journal*, 10(1), 8–13. <https://doi.org/10.15850/amj.v10n1.2677>
- Semba, R. D., De Pee, S., Hess, S. Y., Sun, K., Sari, M., & Bloem, M. W. (2008). Child malnutrition and mortality among families not utilizing adequately iodized salt in Indonesia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(2), 438–444. <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.2.438>
- Sera Adhe Anantigas Timor. (2020). Konsep Status Gizi. *Jurnal Kesehatan*, 6(6), 9–33. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1134/4/4.Chapter 2.pdf>
- Setyowati, A. A. M. P. (2022). Hubungan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Dengan Kejadian Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Toroh 1. [https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/3650/1/Naskah Publikasi\\_Anggita Meriana Putri Setyowati.pdf](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/3650/1/Naskah Publikasi_Anggita Meriana Putri Setyowati.pdf)
- Simanjuntak, B. Y., Haya, M., Suryani, D., & Ahmad, C. A. (2018). Early initiation of breastfeeding and Vitamin A supplementation with nutritional status of children aged 6-59 months. *Kesmas*, 12(3), 107–113. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v12i3.1747>

- Sinaga, H. T., & Siregar, M. (2020). Literatur review: Faktor penyebab rendahnya cakupan inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif. *AcTion: Aceh Nutrition Journal*, 5(2), 164. <https://doi.org/10.30867/action.v5i2.316>
- Sulfiyani, Ruwiah, & Fithria. (2023). Hubungan Pola Makan , Pendapatan Keluarga , Jumlah Anggota Keluarga Dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Parigi Kabupaten Muna Tahun 2021. *Jurnal Gizi Dan Kesehatan*, 3, 138–145.
- Sulistiyawati, S. (2019). Pengembangan Stadiometer sebagai Alat Ukur Tinggi Badan dan Tinggi Lutut. *Jurnal Pengelolaan Laboratorium Pendidikan*, 1(1), 7. <https://doi.org/10.14710/jplp.1.1.7-14>
- Syahri, I. M., Laksono, A. D., Fitria, M., Rohmah, N., Masrurroh, M., & Ipa, M. (2024). Exclusive breastfeeding among Indonesian working mothers: does early initiation of breastfeeding matter? *BMC Public Health*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18619-2>
- Uluf, U. Al, Sinatrya, A. K., & Nadhiroh, S. R. (2023). Literature Review: The Relationship between Dietary Diversity with Stunting in Underfive Children. *Amerta Nutrition*, 7(1), 147–153. <https://doi.org/10.20473/amnt.v7i1.2023.147-153>
- UNICEF, WHO, & WORLD BANK. (2023). Level and trend in child malnutrition. *World Health Organization*, 4. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791>
- UtaWijayanti, S., & Nindya, T. S. (2017). Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Tulungagung. *Amerta Nutrition*, 1(4), 379. <https://doi.org/10.20473/amnt.v1i4.7135>
- Yani, D. I., Rahayuwati, L., Sari, C. W. M., Komariah, M., & Fauziah, S. R. (2023). Family Household Characteristics and Stunting: An Update Scoping Review. *Nutrients*, 15(1), 1–17. <https://doi.org/10.3390/nu15010233>
- Yoyok Bakti Prasetyo, P. P. and H. D. S. (2023). *The effect of mothers' nutritional education and knowledge on children's nutritional status: a systematic review* (p. 12).
- Doka, Y. (2018). *Kuesioner Kadarzi*. 2707(November), 07.
- Roza, N. (2019). *Kuesioner PSG Kadarzi*. 2407(December), 19.
- Khasanah, N. (2020). *Kuesioner Kadarzi*. 2507(March), 28.
- Astuti, dkk. (2018). *Survei Konsumsi Pangan*. 2157(August), 28.

## DAFTAR LAMPIRAN

### Lampiran 1 : Surat Izin Survei Pendahuluan

	<b>Kementerian Kesehatan</b> Polttekkes Medan Jalan Jamin Ginting KM. 13,5 Medan, Sumatera Utara 20137 (061) 8368633 <a href="https://polttekkes-medan.ac.id">https://polttekkes-medan.ac.id</a>								
Lubuk Pakam, 03 Juli 2024									
Nomor	: KH.03.03/F.XXII.13/197 /2024								
Lampiran	: -								
Perihal	: <u>Izin Survei Pendahuluan</u>								
Kepada Yth: Kepala Kelurahan Titi Papan, Kab Deli Serdang, Prov Sumatera Utara di_ <u>Tempat</u>									
Sesuai dengan kurikulum Diploma Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Jurusan Gizi dimana mahasiswa semester VI diwajibkan menyusun Usulan/Proposal Skripsi. Berkenaan dengan hal tersebut kami mohon izin bagi mahasiswa bimbingan Dra. Ida Nurhayati, M.Kes untuk melakukan survei pendahuluan di Kelurahan Titi Papan, Kab Deli Serdang, Prov Sumatera Utara. Adapun nama mahasiswa tersebut, adalah:									
<table border="1"><thead><tr><th>No</th><th>Nama</th><th>NIM</th><th>Judul</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>Nadhirah Nur Afina</td><td>P01031221143</td><td>Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Status Gizi Pada Balita Di Kelurahan Titi Papan Tahun 2024</td></tr></tbody></table>	No	Nama	NIM	Judul	1	Nadhirah Nur Afina	P01031221143	Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Status Gizi Pada Balita Di Kelurahan Titi Papan Tahun 2024	
No	Nama	NIM	Judul						
1	Nadhirah Nur Afina	P01031221143	Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Status Gizi Pada Balita Di Kelurahan Titi Papan Tahun 2024						
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.									
<p>Ketua Jurusan Gizi  Riris Oppusunggu, S.Pd, M.Kes NIP.196906231990032001</p> 									

## Lampiran 2 : Surat Telah Melakukan Penelitian



**PEMERINTAH KOTA MEDAN**  
**KECAMATAN MEDAN DELI**  
**KELURAHAN TITI PAPAN**  
Jalan Platina II No. 03 Medan Kode Pos 20244 Telepon ( 061 ) 6853181

Medan, April 2025

Nomor : 044 / 25  
Sifat : -  
Lampiran : -  
Perihal : **Telah selesai Melakukan  
Penelitian di Kelurahan Titi Papan**

Yth. Ibu Ketua Jurusan Gizi Kemenkes Poltekes Medan  
di-  
Medan

1. Sehubungan dengan Surat dari Kemenkes Poltekes Medan Jurusan Gizi Tanggal 05 Februari 2025 Nomor : KH.03.03/X.XII.13/947;2025 Perihal Permohonan Izin Penelitian, dan kami telah memberikan izin untuk kegiatan Penelitian di Kelurahan Titi Papan Mulai pada tanggal 08 Desember 2025 sampai dengan 08 April 2025.

Adapun nama mahasiswa yang melakukan kegiatan KKN tersebut yakni:

NO	NAMA	NIM	Judul
1	Nadhirah Nur Afina	P01031221143	Hubungan Keluarga sadar Gizi dengan status gizi pada Balita di Kelurahan Titi Papan.

2. Berkenaan dengan hal tersebut diatas, kami sampaikan bahwa Mahasiswa – Mahasiswi yang bersangkutan telah selesai melaksanakan Izin Penelitian Wilayah di kelurahan Titi Papan.

3. Demikian disampaikan, atas perhatian diucapkan terima kasih.

Medan, April 2025



**Lampiran 3 : Lembar Pernyataan Ketersediaan Menjadi Responden  
Penelitian**

**PERNYATAAN KETERSEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)**

---

---

Assalamu'alaikum wr.wb.

Saya Nadhirah Nur Afina, mahasiswa Semester Mahasiswa semester VI  
Program Studi S.Tr Gizi, bermaksud melakukan penelitian mengenai :

**“HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (SADARZI) DENGAN STATUS  
GIZI BALITA DI KELURAHAN TITI PAPAN”**

Saya berharap kesediaan Ibu/orang tua untuk berpartisipasi mengisi  
lembar pernyataan yang sudah disediakan dengan selengkap-lengkapny. Atas  
perhatian dan kesediaannya, sayaucapkan terima kasih.

**Identitas Responden**

1. Nama Responden :
2. Jenis Kelamin :
3. Tempat/Tanggal Lahir :
4. Usia :
5. Nama Anak Balita :
6. Usia Balita :
7. Alamat :

### Identitas Responden

1. Nama : (inisial)
2. Umur : Tahun
3. Hubungan dengan balita :  
 1) Ibu  3) Lainnya, sebutkan.....  
 2) Ayah
4. Pendidikan terakhir  
 1) Tidak sekolah perguruan tinggi  3) SMP  5) Diploma/  
 2) SD  4) SMA
5. Pekerjaan  
 1) Tidak bekerja  4) Wiraswasta  
 2) PNS/TNI/POLRI (.....)  5) Lain – lain  
 3) Karyawan swasta
6. Penghasilan : Rp /bulan
7. Jumlah anggota keluarga :

## Lampiran 4 Formulir Food Frequency Questionnaire (FFQ)

Nama Subjek : \_\_\_\_\_ Tanggal Wawancara : \_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_ Alamat : \_\_\_\_\_

No.	Bahan Makanan	Frekuensi Konsumsi (Skor Konsumsi Pangan)					
		>3kali/hari	1kali/hari	3-6 kali/minggu	1-2 kali/minggu	2 kali sebulan	Tidak pernah
		(50)	(25)	(15)	(10)	(5)	(0)
<b>A.</b>	<b>Makanan Pokok</b>						
1	Nasi						
2	Biskuit						
3	Jagung Segar						
4	Kentang						
5	Mie Basah						
6	Mie kering						
7	Roti Putih						
8	Singkong						
9	Sukun						
10	Tape beras ketam						
<b>B</b>	<b>Lauk Hewani</b>						
11	Daging Sapi						
12	Daging ayam						
13	Ikan Segar						
14	Ikan Teri Kering						
15	Telur Ayam						
16	Udang Basah						
<b>C</b>	<b>Lauk Nabati</b>						
17	Kacang hijau						
18	Kacang kedele						
19	Kacang merah						
20	Kacang mete						
21	Tahu						
<b>D</b>	<b>Sayuran</b>						
21	Bayam						
22	Kangkung						
23	Sawi						

No.	Bahan Makanan	Frekuensi Konsumsi (Skor Konsumsi Pangan)					
		>3kali /hari	1 kali/hari	3-6 kali/minggu	1-2 kali/ming-gu	2 kali se-bulan	Tidak pernah
		(50)	(25)	(15)	(10)	(5)	(0)
24	Terong						
E	Buah Buahan						
25	Alpokot						
26	Anggur						
27	Durian						
28	Jeruk manis						
29	Mangga						
30	Nenas						
31	Pepaya						
<i>Skor Konsumsi Pangan</i>							

Sumber : (Astuti, 2018)

**Lampiran 5 : Kuesioner Penilaian Indikator Kadarzi**

No.	Indikator Kadarzi	Skor (checklist)			
		1	2	3	4
1.	<b>Pemberian Makanan Beraneka Ragam</b>				
	1. Apakah ibu mengetahui makanan beranekaragam setelah mengisi formulir FFQ? a. Hanya makan nasi (atau makanan pokok) dan lauk hewani (seperti ayam, ikan, daging) b. Makan nasi dan lauk nabati (seperti tahu, tempe) c. Makan nasi, lauk hewani, lauk nabati, dan sayur d. Makan nasi, lauk hewani, lauk nabati, sayur, dan buah				
	2. Manfaat dari makan makanan beraneka ragam pada anak balita adalah a. Membuat anak merasa kenyang b. Melengkapi kekurangan zat tenaga c. Melengkapi kekurangan zat tenaga d. Melengkapi kekurangan zat gizi dari berbagai makanan, yang menjamin terpenuhinya kecukupan sumber zat tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur				
	3. Berapa kali konsumsi makanan yg Baik dalam 1 hari? a. 3x makan b. 2x makan dan 1x selingan c. 3x makan dan 1x selingan d. 3x makan dan 2x selingan				

	<p>4. Dalam satu minggu terakhir, seberapa sering anak Ibu mengonsumsi sayur dan buah yang berbeda-beda setiap harinya?</p> <p>a. Tidak mengonsumsi sayur dan buah sama sekali</p> <p>b. Hanya beberapa kali dalam seminggu</p> <p>c. Hampir setiap hari, tapi hanya 1–2 jenis sayur dan buah yang sama</p> <p>d. Setiap hari mengonsumsi sayur dan buah dengan jenis yang bervariasi</p>				
<p><b>2.</b></p>	<p><b>Penimbangan berat badan secara teratur</b></p>				
	<p>1. Apakah ibu tahu tujuan dari penyelenggaraan posyandu? (Jawaban bisa lebih dari satu)</p> <p>a. Tidak tahu/tidak menjawab</p> <p>b. Meningkatkan pelayanan kesehatan</p> <p>c. Menurunkan angka kematian ibu dan anak</p> <p>d. Meningkatkan peran serta masyarakat untuk usaha kesehatan masyarakat</p>				
	<p>2. Apakah ibu tahu berapa kali posyandu diselenggarakan?</p> <p>a. Tidak tahu</p> <p>b. 3 bulan sekali</p> <p>c. 2 bulan sekali</p> <p>d. 1 bulan sekali</p>				
	<p>3. Apa guna penimbangan berat badan?</p> <p>a. Supaya anak sehat</p> <p>b. Untuk mengetahui berat badan anak</p> <p>c. Untuk mengetahui perkembangan berat badan anak yang ideal</p> <p>d. Untuk mengawasi pertumbuhan anak</p>				

	<p>4. Bagaimana kondisi berat badan anak yang harus dirujuk ke Puskesmas?</p> <p>a. Anak yang kurus</p> <p>b. Anak dengan berat badan di bawah garis merah</p> <p>c. Anak yang sakit berkepanjangan</p> <p>d. Anak yang berat badannya tiga kali berturut-turut ditimbang tidak naik</p>				
<b>3.</b>	<b>Pemberian ASI eksklusif</b>				
	<p>1. Susu apa yang paling Baik untuk perkembangan bayi?</p> <p>a. Susu kental manis</p> <p>b. Susu formula</p> <p>c. Susu kedelai</p> <p>d. ASI</p>				
	<p>2. Apa yang ibu ketahui tentang ASI eksklusif?</p> <p>a. tidak tahu</p> <p>b. ASI + makanan tambahan</p> <p>c. ASI dengan susu formula</p> <p>d. ASI saja</p>				
	<p>3. Apa yg pertama ibu lakukan saat ASI keluar?</p> <p>a. Tidak diberikan</p> <p>b. Diberikan beberapa jam setelah ASI keluar</p> <p>c. Dibuang dulu kuningnya baru diberikan kepada bayi</p> <p>d. Langsung diberikan</p>				
	<p>4. Sampai umur berapakah ASI seBaiknya diberikan kepada bayi?</p> <p>a. 3 bulan</p> <p>b. 4 bulan</p> <p>c. 1 tahun</p> <p>d. 2 tahun</p>				

<b>4.</b>	<b>Pemberian garam beryodium</b>			
	1. Garam apa yg Baik digunakan? a. garam kotak b. garam kasar c. garam halus d. garam beryodium			
	2. Bagaimana menggunakan garam yg benar? a. Saat menghaluskan bumbu. b. Saat masakan mendidih c. Saat menumis bumbu d. Setelah diangkat/ waktu disajikan			
	3. Apa manfaat garam beryodium? a. Agar masakan terasa asin b. Agar sayuran tetap hijau c. Menambah cita rasa d. Mencegah gondok			
	4. Bagaimana cara menyimpan garam yang benar? a. Di tempat lembab b. Di sembarang tempat c. Di atas wadah dg wadah terbuka d. Di wadah tertutup, kering dan terlindung			
<b>5.</b>	<b>Pemberian Suplemen Vitamin A</b>			
	1. Apa warna kapsul vitamin A yang diberikan untuk anak usia 6-11 bulan? a. Merah b. Hijau c. Biru d. Kuning			
	2. Apa warna kapsul vitamin A yang diberikan untuk anak usia 12-59 bulan? a. Merah b. Hijau c. Biru d. Kuning			

	<p>3. Usia berapakah anak mendapat vitamin A pertama kali?</p> <p>a. 3 bulan</p> <p>b. 6 bulan</p> <p>c. 12 bulan</p> <p>d. 9 bulan</p>				
	<p>4. Pada bulan apa biasanya posyandu memberikan vitamin A secara gratis?</p> <p>a. Januari dan Desember</p> <p>b. Maret dan Oktober</p> <p>c. April dan November</p> <p>d. Februari dan Agustus</p>				

Sumber : (Doka, 2018), (Irtta, 2019), (Khasanah,2020)

Keterangan :

Setiap dari 5 indikator Kadarzi dinilai dengan 4 soal pertanyaan (masing-masing soal bernilai 1). Skor indikator diberikan berdasarkan jumlah jawaban benar :

- a. 4 jawaban benar = skor 4
- b. 3 jawaban benar = skor 3
- c. 2 jawaban benar = skor 2
- d. 1 jawaban benar = skor 1

**Lampiran 6 : Rekapitulasi Data Responden**

**DAFTAR REKAPITULASI DATA RESPONDEN**

No	Nama Balita	Alamat	Umur	Pekerjaan Ibu	Pendidikan Ibu	Penghasilan Ibu	Umur	Pekerjaan Ayah	Penghasilan	Pendidikan Ayah	Jumlah Anggota Keluarga
1	MA	Lingkungan 9	20	Ibu rumah tangga	SMA		22	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	4-5 orang
2	TE	Lingkungan 9	24	Ibu rumah tangga	SMP		25	Wiraswasta/Ber dagang	2,6-3,0 jt	SMK	4-5 orang
3	AS	Lingkungan 9	35	Karyawan swasta	SMA		37	Ojek	1,0-1,5 jt	SMA	2-3 orang
4	JS	Lingkungan 9	33	Karyawan swasta	SMP		33	Wiraswasta/Ber dagang	1,6-2,0 jt	SMP	4-5 orang
5	RKS	Lingkungan 9	30	Buruh	SMA	1,0-1,5 jt	31	Wiraswasta/Ber dagang	< 1 jt	SMA	4-5 orang
6	A	Lingkungan 9	28	Ibu rumah tangga	SMP		29	Pegawai honor	2,1-2,5 jt	SMP	2-3 orang
7	A1	Lingkungan 9	25	Ibu rumah tangga	SD		24	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	SMA	4-5 orang
8	NA	Lingkungan 9	29	Ibu rumah tangga	SD		28	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	2-3 orang
9	MA1	Lingkungan 9	31	Karyawan swasta	SMA	2,1-2,5 jt	35	Wiraswasta/Ber dagang	< 1 jt	SMA	2-3 orang
10	KAZ	Lingkungan 9	27	PNS	S1	3,1-3,5 jt	29	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	S1	2-3 orang
11	A2	Lingkungan 9	27	PNS	S1	3,1-3,5 jt	37	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	S1	4-5 orang

12	A3	Lingkungan 9	33	Karyawan swasta	SMP	2,1-2,5 jt	34	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMK	4-5 orang
13	A4	Lingkungan 9	30	Karyawan swasta	SMP	1,0-1,5 jt	22	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
14	CL	Lingkungan 9	33	Karyawan swasta	SMK	1,0-1,5 jt	25	Buruh	< 1 jt	SMP	2-3 orang
15	AS	Lingkungan 9	31	Ibu rumah tangga	SMA		30	Buruh	1,0-1,5 jt	SD	2-3 orang
16	IZR	Lingkungan 9	29	Ibu rumah tangga	SMP		28	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	4-5 orang
17	ZA	Lingkungan 9	21	Ibu rumah tangga	SMA		25	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
18	AS1	Lingkungan 9	28	Ibu rumah tangga	SMP		29	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMK	2-3 orang
19	ADP	Lingkungan 12	23	Ibu rumah tangga	SMA		31	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	4-5 orang
20	AH	Lingkungan 12	29	Karyawan swasta	SMP	2,1-2,5 jt	30	Sopir	3,1-3,5 jt	SMA	4-5 orang
21	IK	Lingkungan 12	37	Karyawan swasta	SMA	2,1-2,5 jt	38	Sopir	3,1-3,5 jt	SMP	6-8 orang
22	RA	Lingkungan 12	34	PNS	S1	3,1-3,5 jt	34	PNS	3,1-4,0 jt	S1	4-5 orang
23	MA2	Lingkungan 12	22	PNS	S1	3,1-3,5 jt	25	PNS	3,1-4,0 jt	S1	4-5 orang
24	ZA1	Lingkungan 12	25	PNS	S1	3,1-3,5 jt	25	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMK	2-3 orang

25	ZA2	Lingkungan 12	30	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	32	Buruh	1,0-1,5 jt	SMP	2-3 orang
26	A5	Lingkungan 12	33	Buruh	SMP	1,0-1,5 jt	33	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
27	P	Lingkungan 12	31	Ibu rumah tangga	SD		34	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	4-5 orang
28	FM	Lingkungan 12	29	Buruh	SMP	1,0-1,5 jt	34	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	4-5 orang
29	HA	Lingkungan 12	21	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	27	Buruh	< 1 jt	SMP	2-3 orang
30	FS	Lingkungan 12	28	Ibu rumah tangga	SMP		29	Sopir	3,1-3,5 jt	SMA	4-5 orang
31	EN	Lingkungan 12	23	Ibu rumah tangga	SMA		27	Sopir	3,1-3,5 jt	SMP	4-5 orang
32	GA	Lingkungan 12	29	Karyawan swasta	SMK	2,1-2,5 jt	28	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	4-5 orang
33	QY	Lingkungan 12	37	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	39	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	4-5 orang
34	DA	Lingkungan 12	34	Ibu rumah tangga	SMP		35	Sopir	2,1-2,5 jt	SD	4-5 orang
35	NS	Lingkungan 12	22	Ibu rumah tangga	SMP		28	Buruh	< 1 jt	SD	4-5 orang
36	LTN	Lingkungan 14	25	Ibu rumah tangga	SMP		28	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	SMA	2-3 orang

37	MOR	Lingkungan 14	30	Buruh	SMA	1,0-1,5 jt	34	Pegawai honor	1,0-1,5 jt	S1	4-5 orang
38	DRL	Lingkungan 14	28	PNS	S1	3,1-3,5 jt	28	Pegawai honor	2,1-2,5 jt	S1	4-5 orang
39	DAE	Lingkungan 14	25	PNS	S1	3,1-3,5 jt	27	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	SMK	2-3 orang
40	KS	Lingkungan 14	29	Buruh	SD	1,0-1,5 jt	29	Sopir	3,1-3,5 jt	SMP	4-5 orang
41	AP	Lingkungan 14	31	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	35	Buruh	1,0-1,5 jt	SMP	4-5 orang
42	MA3	Lingkungan 14	27	Karyawan swasta	SMP	2,1-2,5 jt	29	Buruh	1,0-1,5 jt	SMP	2-3 orang
43	QL	Lingkungan 14	27	Karyawan swasta	SMP	1,0-1,5 jt	28	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
44	FA	Lingkungan 14	33	Ibu rumah tangga	SMA		34	Pegawai honor	2,1-2,5 jt	S1	4-5 orang
45	VS	Lingkungan 14	30	Ibu rumah tangga	SMA		31	PNS	3,1-4,0 jt	S1	2-3 orang
46	F	Lingkungan 14	28	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	33	Buruh	< 1 jt	SD	2-3 orang
47	WP	Lingkungan 14	32	Ibu rumah tangga	SMP		34	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
48	KMN	Lingkungan 14	35	PNS	S1	3,1-3,5 jt	38	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	4-5 orang
49	NAP	Lingkungan 14	28	PNS	S1	3,1-3,5 jt	38	Buruh	1,0-1,5 jt	SMK	4-5 orang

50	MFA	Lingkungan 14	27	Ibu rumah tangga	SMA		29	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	4-5 orang
51	AJ	Lingkungan 14	24	Karyawan swasta	SMP	2,1-2,5 jt	27	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
52	YZ	Lingkungan 14	31	Karyawan swasta	SMA	2,1-2,5 jt	38	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
53	YRM	Lingkungan 14	20	Ibu rumah tangga	SMA		24	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	4-5 orang
54	IS	Lingkungan 14	27	Buruh	SMP	1,0-1,5 jt	28	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
55	DA	Lingkungan 14	29	Buruh	SMP	1,0-1,5 jt	34	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	2-3 orang
56	UZ	Lingkungan 14	27	Ibu rumah tangga	SMP		28	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	6-8 orang
57	FA	Lingkungan 14	28	Karyawan swasta	SMK	2,1-2,5 jt	35	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMP	2-3 orang
58	AS	Lingkungan 14	27	Karyawan swasta	SMP	2,1-2,5 jt	29	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMK	4-5 orang
59	ZAP	Lingkungan 14	24	Ibu rumah tangga	SMP		30	Guru/Pendidik	2,1-2,5 jt	SMP	2-3 orang
60	AH	Lingkungan 14	31	Ibu rumah tangga	SD		34	Wiraswasta/Ber dagang	< 1 jt	SMP	2-3 orang
61	MUL	Lingkungan 14	20	Ibu rumah tangga	SMP		22	Buruh	< 1 jt	SD	4-5 orang
62	MAK	Lingkungan 14	27	Karyawan swasta	SMA	2,1-2,5 jt	25	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	SMP	2-3 orang

63	MAF	Lingkungan 10	29	Karyawan swasta	SMK	2,1-2,5 jt	30	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	SMA	4-5 orang
64	K	Lingkungan 10	27	PNS	S1	3,1-3,5 jt	28	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	SMK	2-3 orang
65	AA	Lingkungan 10	25	PNS	S1	3,1-3,5 jt	25	Wiraswasta/Ber dagang	1,0-1,5 jt	S1	2-3 orang
66	AM	Lingkungan 10	30	Ibu rumah tangga	SMA		31	PNS	3,1-4,0 jt	S1	2-3 orang
67	I	Lingkungan 10	28	Ibu rumah tangga	SMP		31	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
68	ADP	Lingkungan 10	25	Ibu rumah tangga	SMP		30	Buruh	1,0-1,5 jt	SMP	2-3 orang
69	EB	Lingkungan 10	29	Ibu rumah tangga	SMA		34	Buruh	1,0-1,5 jt	SMP	2-3 orang
70	EFP	Lingkungan 10	31	Ibu rumah tangga	SMA		34	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	2-3 orang
71	AFP	Lingkungan 10	28	Buruh	SMA	1,0-1,5 jt	28	Wiraswasta/Ber dagang	2,1-2,5 jt	SMA	6-8 orang
72	AM1	Lingkungan 10	23	Karyawan swasta	SMP	2,1-2,5 jt	25	Buruh	< 1 jt	SMA	2-3 orang
73	RA1	Lingkungan 10	29	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	32	Buruh	< 1 jt	SMP	2-3 orang
74	KAF	Lingkungan 10	37	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	39	Wiraswasta/Ber dagang	< 1 jt	SMA	4-5 orang
75	A6	Lingkungan 10	34	Karyawan swasta	SMA	1,0-1,5 jt	38	Wiraswasta/Ber dagang	< 1 jt	SMA	6-8 orang

76	ZA	Lingkungan 10	29	PNS	S1	3,1-3,5 jt	33	Wiraswasta/Ber dagang	< 1 jt	SMA	6-8 orang
77	IK	Lingkungan 10	22	Karyawan swasta	SMP	2,1-2,5 jt	26	Ojek	1,0-1,5 jt	SMA	6-8 orang
78	N	Lingkungan 10	28	Karyawan swasta	SMA	2,1-2,5 jt	28	Ojek	1,0-1,5 jt	SMA	6-8 orang
79	K	Lingkungan 10	35	Karyawan swasta	SMP	1,0-1,5 jt	36	Ojek	1,0-1,5 jt	SMP	6-8 orang
80	A7	Lingkungan 10	36	PNS	S1	3,1-3,5 jt	38	PNS	3,1-4,0 jt	S1	4-5 orang
81	A8	Lingkungan 10	30	PNS	S1	3,1-3,5 jt	30	Pegawai honor	2,1-2,5 jt	S1	4-5 orang
82	A9	Lingkungan 10	27	Karyawan swasta	SMK	2,1-2,5 jt	29	Wiraswasta/Ber dagang	< 1 jt	SMA	4-5 orang
83	A10	Lingkungan 10	28	Ibu rumah tangga	SMP		28	Ojek	1,0-1,5 jt	SMP	4-5 orang
84	R	Lingkungan 10	27	Karyawan swasta	SMA	2,1-2,5 jt	31	Wiraswasta/Ber dagang	1,6-2,0 jt	SMK	4-5 orang
85	ZT	Lingkungan 10	25	Karyawan swasta	SMK		30	Buruh	< 1 jt	SMK	6-8 orang

Lampiran 7 : Rekapitulasi Data Kadarzi

REKAPITULASI DATA KADARZI

No.	Nama Balita	Usia (Bulan)	Indikator Penerapan Keluarga Sadar Gizi					Jumlah Score	% Nilai	Keterangan Kadarzi
			Makan Aneka Ragam	Menimbang	ASI Eksklusif	Garam Beryodium	Suplemen			
			1.2.3.4	1.2.3.4	1.2.3.4	1.2.3.4	1.2.3.4			
1	MA	26 bln	2	2	1	2	1	8	40	Belum Baik
2	TE	36 bln	3	3	4	3	1	14	70	Baik
3	AS	14 bln	4	3	4	3	4	18	90	Baik
4	JS	19 bln	4	3	4	3	1	15	75	Belum Baik
5	RKS	17 bln	3	4	4	3	1	15	75	Baik
6	A	12 bln	1	1	1	1	4	8	40	Belum Baik
7	A1	29 bln	1	1	1	1	1	5	25	Belum Baik
8	NA	30 bln	3	4	4	4	1	16	80	Baik
9	MA1	24 bln	3	4	4	4	1	16	80	Baik
10	KAZ	52 bln	2	4	4	4	1	15	75	Baik
11	A2	57 bln	3	4	4	4	1	16	80	Baik

12	A3	34 bln	3	4	4	4	1	16	80	Baik
13	A4	21 bln	3	4	4	4	1	16	80	Baik
14	CL	13 bln	3	4	4	4	4	19	95	Baik
15	AS	23 bln	3	4	4	3	1	15	75	Baik
16	IZR	10 bln	3	4	4	3	4	18	90	Baik
17	ZA	58 bln	4	4	4	3	1	16	80	Baik
18	AS1	16 bln	4	4	4	3	1	16	80	Baik
19	ADP	42 bln	3	4	4	3	1	15	75	Baik
20	AH	13 bln	4	4	4	3	4	19	95	Baik
21	IK	40	4	4	4	3	1	16	80	Baik
22	RA	33 bln	3	4	4	3	1	15	75	Baik
23	MA2	18 bln	4	4	4	3	1	16	80	Baik
24	ZA1	21 bln	4	4	4	3	1	16	80	Baik
25	ZA2	13 bln	3	4	4	3	4	18	90	Baik
26	A5	16 bln	3	4	4	3	1	15	75	Baik
27	P	10 bln	4	4	4	3	4	19	95	Baik

28	FM	9 bln	3	4	4	3	4	18	90	Baik
29	HA	11 bln	1	2	1	2	4	10	50	Belum Baik
30	FS	14 bln	3	3	4	4	1	15	75	Baik
31	EN	11 bln	4	3	4	4	4	19	95	Baik
32	GA	13 bln	3	4	4	4	4	19	95	Baik
33	QY	18 bln	2	1	1	2	1	7	35	Belum Baik
34	DA	21 bln	3	4	4	4	1	16	80	Baik
35	NS	16 bln	2	4	4	4	1	15	75	Belum Baik
36	LTN	14 bln	1	2	1	2	2	8	40	Belum Baik
37	MOR	9 bln	4	4	3	4	4	19	95	Baik
38	DRL	15 bln	2	1	2	1	1	7	35	Belum Baik
39	DAE	10 bln	4	4	3	4	4	19	95	Baik
40	KS	7 bln	4	4	4	4	4	20	100	Baik
41	AP	13 bln	1	1	1	1	2	6	30	Belum Baik
42	MA3	34 bln	4	2	3	2	3	14	70	Baik
43	QL	50 bln	4	4	4	4	4	20	100	Baik

44	FA	17 bln	4	4	3	4	4	19	95	Baik
45	VS	48 bln	1	3	2	2	1	9	45	Baik
46	F	17 bln	1	3	2	1	2	9	45	Belum Baik
47	WP	17 bln	3	4	3	4	3	17	85	Baik
48	KMN	4 bln	1	1	1	2	2	7	35	Belum Baik
49	NAP	3 bln	3	3	4	4	4	18	90	Baik
50	MFA	13 bln	3	4	2	3	4	16	80	Baik
51	AJ	4 bln	1	4	1	4	2	12	60	Belum Baik
52	YZ	15 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik
53	YRM	38 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik
54	IS	3 bln	1	2	1	3	1	8	40	Belum Baik
55	DA	20 bln	1	1	1	2	1	6	30	Belum Baik
56	UZ	18 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik
57	FA	7 bln	1	2	1	3	2	9	45	Belum Baik
58	AS	17 bln	1	3	1	3	2	10	50	Belum Baik
59	ZAP	7 bln	1	1	1	2	2	7	35	Belum Baik

60	AH	17 bln	1	1	1	1	2	6	30	Belum Baik
61	MUL	7 bln	1	2	1	1	2	7	35	Belum Baik
62	MAK	15 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik
63	MAF	58 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik
64	K	24 bln	4	3	4	4	4	19	95	Baik
65	AA	7 bln	1	4	4	4	4	17	85	Baik
66	AM	2 bln	4	4	1	4	4	17	85	Baik
67	I	42 bln	2	4	4	4	4	18	90	Baik
68	ADP	57 bln	2	1	2	3	1	9	45	Belum Baik
69	EB	2 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik
70	EFP	33 bln	2	4	4	3	4	17	85	Baik
71	AFP	3 bln	1	3	3	4	3	14	70	Baik
72	AM1	10 bln	1	2	1	4	1	9	45	Belum Baik
73	RA1	33 bln	2	4	4	4	4	18	90	Baik
74	KAF	13 bln	2	3	1	3	1	10	50	Belum Baik
75	A6	21 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik

76	ZA	13 bln	1	4	2	4	2	13	65	Baik
77	IK	40 bln	2	4	4	3	4	17	85	Baik
78	N	10 bln	2	2	2	2	4	12	60	Baik
79	K	11 bln	2	4	3	4	3	16	80	Baik
80	A7	42 bln	2	3	2	4	3	14	70	Baik
81	A8	16 bln	4	4	4	4	4	20	100	Baik
82	A9	16 bln	4	4	3	4	4	19	95	Baik
83	A10	32 bln	4	3	4	4	4	19	95	Baik
84	R	15 bln	3	4	4	4	4	19	95	Baik
85	ZT	3 bln	3	4	3	4	4	18	90	Baik

**Lampiran 8 : Rekapitulasi Data Status Gizi Balita**

**DAFTAR REKAPITULASI DATA & STATUS GIZI BALITA**

No	Nama Balita	Umur	Tgl Lahir	TB/P B (cm)	BB (kg)	Z-Score TB/U	Status Gizi	Z-Score BB/U	Status Gizi	Z-score TB/BB	Status Gizi
1	MA	26 bln	10/5/2022	80.9	9.2	-2,53	Pendek	-2,72	bb kurang	-1,93	Gizi kurang
2	TE	36 bln	11/26/2021	89.9	12.5	-1,74	Normal	-1,18	Normal	-0,36	Normal
3	AS	14 bln	10/5/2023	72.6	8.2	-2	Normal	-1,92	Normal	-1,35	Normal
4	JS	19 bln	4/30/2023	77.4	9.1	-1,98	Normal	-1,87	Normal	-1,28	Normal
5	RKS	17 bln	6/14/2023	76.1	9	-1,99	Normal	-1,74	Normal	-1,11	Normal
6	A	12 bln	12/1/2023	71.6	7.8	-1,89	Tinggi	-2	Normal	-1,47	Gizi buruk
7	A1	29 bln	7/5/2022	85.4	9.3	-1,77	Normal	-2,98	bb kurang	-3,02	Gizi buruk
8	NA	30 bln	6/7/2022	83.7	10.1	-2	Normal	-1,91	Normal	-1,05	Normal
9	MA1	24 bln	11/17/2022	72.6	8.8	-4,89	Sangat pendek	-2,93	bb kurang	-0,48	Normal
10	KAZ	52 bln	7/23/2019	103.1	14.8	-0,64	Normal	-1,12	normal	-1,14	Normal
11	A2	57 bln	2/17/2020	98.9	13.5	-2	Normal	-1,99	normal	-1,12	Normal
12	A3	34 bln	1/13/2022	86.8	10.8	-1,99	Normal	-1,89	normal	-1,06	Normal
13	A4	21 bln	2/12/2023	77.6	8.7	-2	Normal	-2	normal	-1,31	Normal

14	CL	13 bln	10/20/2023	70	8.1	-2	Normal	-1,16	normal	-0,28	Normal
15	AS	23 bln	12/30/2022	72.8	8.2	-3,87	Sangat pendek	-2,75	bb kurang	-0,88	Normal
16	IZR	10 bln	1/16/2024	70.5	7.1	-0,53	Normal	-1,67	normal	-1,93	Normal
17	ZA	58 bln	2/9/2020	94.9	13.6	-2,88	Pendek	-1,95	normal	-0,22	Normal
18	AS1	16 bln	7/13/2023	71.1	7.9	-2,75	Pendek	-1,99	normal	-0,86	Normal
19	ADP	42 bln	5/23/2021	91.3	11.7	-1,99	Normal	-1,97	normal	-1,18	Normal
20	AH	13 bln	11/2/2023	69.7	7.4	-1,94	Normal	-1,84	Normal	-1,22	Normal
21	IK	40	8/1/2021	91.7	12.8	-1,83	Normal	-1,33	Normal	-0,47	Normal
22	RA	33 bln	3/9/2022	86.2	11.2	-1,85	Normal	-1,39	Normal	-0,49	Normal
23	MA2	18 bln	5/30/2023	-1,95	7.3	-1,71	Normal	-1,06	Normal	-0,72	Normal
24	ZA1	21 bln	2/14/2023	71.9	8.5	-3,81	Sangat pendek	-2,19	BB kurang	-0,24	Normal
25	ZA2	13 bln	10/14/2023	72.9	9.5	-0,99	Normal	0.12	Normal	0.73	Normal
26	A5	16 bln	8/3/2023	73.3	7.9	-1,99	Normal	-1,86	Normal	-1,25	Normal
27	P	10 bln	2/2/2024	66.9	6.9	-1,98	Normal	-1,78	normal	-0,94	Normal
28	FM	9 bln	2/17/2024	69.6	7.8	-1,48	Normal	-1,41	Normal	-0,81	Normal
29	HA	11 bln	12/13/2023	71.3	6.5	-1,02	Normal	-2,68	bb kurang	-3,02	Gizi buruk

30	FS	14 bln	9/13/2023	73.5	7.9	-1,43	Normal	-1,61	Normal	-1,3	Normal
31	EN	11 bln	1/5/2024	69.8	7.7	-2,12	Pendek	-1,87	Normal	-1,04	Normal
32	GA	13 bln	11/10/2023	68.8	7.4	-2,44	Pendek	-1,79	Normal	-0,75	Normal
33	QY	18 bln	5/17/2023	75.8	7.8	-1,95	Normal	-2,43	BB kurang	-2,02	Gizi kurang
34	DA	21 bln	3/3/2023	79.8	9	-1,94	Normal	-2,26	BB Kurang	-1,8	Normal
35	NS	16 bln	7/21/2023	71.8	8.1	-2,66	Pendek	-1,72	Normal	-0,57	Normal
36	LTN	14 bln	02/10/2023	71	6.1	-2.24	Pendek	-3.81	BB sangat kurang	-3.71	Gizi buruk
37	MOR	9 bln	02/03/2024	74	8.9	0.53	Normal	-0.17	Normal	-0.53	Normal
38	DRL	15 bln	25/08/2023	79	9.9	-2.43	Pendek	-4.07	BB sangat kurang	-3.92	Gizi buruk
39	DAE	10 bln	19-02— 2024	72	8.3	0.2	Normal	-0.18	BB Normal	-0.35	Normal
40	KS	7 bln	04/05/2024	67	6.5	-0.47	Normal	-1.53	BB Normal	-1.66	Normal
41	AP	13 bln	25/10/2023	72	6.3	-2.39	Pendek	-4.22	BB sangat kurang	-4.4	Gizi buruk

42	MA3	34 bln	25/01/2022	86	13	-2.55	Pendek	-0.7	Normal	1.05	Resiko gizi lebih
43	QL	50 bln	21/09/2020	96	15	-1.91	Normal	-0.73	Normal	0.64	Normal
44	FA	17 bln	15/08/2023	81	11	0.49	Normal	0.37	Normal	0.25	Normal
45	VS	48 bln	07/12/2020	92	11.5	-2.54	Pendek	-2.58	BB kurang	-1.53	Normal
46	F	17 bln	22/07/2023	85	9.4	1.69	Normal	-1.19	Normal	-2.76	Gizi kurang
47	WP	17 bln	18/08/2023	75	10	-1.08	Normal	0.14	Normal	0.82	Normal
48	KMN	4 bln	10/08/2024	65	6	0.19	Normal	-1.58	Normal	-2.41	Gizi kurang
49	NAP	3 bln	08/09/2024	62	6.2	0.6	Normal	0.15	Normal	-0.3	Normal
50	MFA	13 bln	13/11/2023	85	11	3.86	Tinggi	1.41	Resiko BB lebih	-0.4	Normal
51	AJ	4 bln	09/08/2024	67	6	1.9	Tinggi	-0.78	Normal	-2.61	Gizi kurang
52	YZ	15 bln	18/09/2023	74	9	-1.06	Normal	-0.54	Normal	-0.11	Normal
53	YRM	38 bln	01/10/2021	98	15	0.06	Normal	0.12	Normal	0.15	Normal
54	IS	3 bln	30/08/2024	66	6.1	1.38	Normal	-0.96	Normal	-2.61	Gizi kurang
55	DA	20 bln	23/03/2023	71	6.5	-4.67	Sangat pendek	-5.09	BB sangat kurang	-3.88	Gizi buruk

56	UZ	18 bln	29/06/2023	77	8.7	-0.95	Normal	-1.3	Normal	-1.17	Normal
57	FA	7 bln	08/05/2024	66	5.7	-0.82	Normal	-2.6	BB kurang	-3.12	Gizi buruk
58	AS	17 bln	09/07/2023	75	7.5	-1.53	Normal	-2.52	BB kurang	-2.86	Gizi kurang
59	ZAP	7 bln	08/05/2024	73	7.1	1.47	Normal	-1.57	Normal	-3.12	Gizi buruk
60	AH	17 bln	09/07/2023	56	4.1	-9.64	Sangat pendek	-8.64	BB sangat kurang	-2.52	Gizi kurang
61	MUL	7 bln	26/04/2024	67	6.3	-1.52	Normal	-2.77	BB kurang	-2.59	Gizi kurang
62	MAK	15 bln	16/08/2023	73	8.8	-1.72	Normal	-0.88	Normal	-0.13	Normal
63	MAF	58 bln	09/02/2020	98	14.5	-2.22	Pendek	-1.48	Normal	-0.13	Normal
64	K	24 bln	14/11/2022	84	11.4	-1.26	Normal	-0.69	Normal	-0.03	Normal
65	AA	7 bln	22/04/2024	73	8.9	1.29	Normal	0.4	Normal	-0.25	Normal
66	AM	2 bln	23/09/2024	58	5.1	-0.41	Normal	-0.73	Normal	-0.53	Normal
67	I	42 bln	23/05/2021	99	14.1	-0.31	Normal	-0.74	Normal	-0.83	Normal
68	ADP	57 bln	11/03/2020	97	12.3	-2.51	Pendek	-2.87	BB kurang	-2.14	Gizi kurang
69	EB	2 bln	13/09/2024	58	5.7	-1.62	Normal	-0.9	Normal	0.6	Normal
70	EFP	33 bln	13/02/2022	88	11.4	-1.86	Normal	-1.72	Normal	-1.07	Normal

71	AFP	3 bln	14/08/2024	76	9	5.89	Tinggi	2.3	Resiko BB lebih	-0.92	Normal
72	AM1	10 bln	02/02/2024	69	6.4	-1.16	Normal	-2.44	BB kurang	-2.5	Gizi kurang
73	RA1	33 bln	09/03/2022	88	10.8	-1.37	Normal	-1.7	Normal	-1.35	Normal
74	KAF	13 bln	29/10/2023	77	7.9	0.1	Normal	-2.12	BB kurang	-2.99	Gizi kurang
75	A6	21 bln	12/02/2023	81	9.2	-0.92	Normal	-1.53	Normal	-1.46	Normal
76	ZA	13 bln	14/10/2023	77	19	0.51	Normal	5.31	Resiko BB lebih	6.66	Obesitas
77	IK	40 bln	01/08/2021	100	14.1	0.29	Normal	-0.54	Normal	-1.05	Normal
78	N	10 bln	05/02/2024	66	6.7	-2.33	Pendek	-2.02	BB kurang	-0.97	Normal
79	K	11 bln	21/12/2023	76	9	0.54	Normal	-0.58	BB Normal	-1.09	Normal
80	A7	42 bln	07/06/2021	103	18.3	0.76	Normal	1.39	Resiko BB lebih	1.4	Resiko gizi lebih
81	A8	16 bln	03/08/2023	73	8.2	-1.87	Normal	-1.55	Normal	-0.93	Normal
82	A9	16 bln	03/08/2023	73	8.2	-1.87	Normal	-1.55	Normal	-0.93	Normal
83	A10	32 bln	05/04/2022	92	12.7	-0.44	Normal	-0.64	Normal	-0.63	Normal
84	R	15 bln	07/09/2023	77	9.5	-0.65	Normal	-0.78	Normal	-0.66	Normal

85	ZT	3 bln	25/08/2024	50	3.4	7.39	Tinggi	3.43	Resiko BB lebih	-0.02	Normal
----	----	-------	------------	----	-----	------	--------	------	--------------------	-------	--------

## Lampiran 9 : Output Analisis Data Penelitian

### A. Uji Univariat

#### 1. Jenis Kelamin

		jenis kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	39	45.9	45.9	45.9
	Perempuan	46	54.1	54.1	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

#### 2. Pendidikan Ayah

		pendidikan ayah			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S1	12	14.1	14.1	14.1
	SD	5	5.9	5.9	20.0
	SMA	30	35.3	35.3	55.3
	SMK	10	11.8	11.8	67.1
	SMP	28	32.9	32.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

#### 3. Pekerjaan Ayah

		pekerjaan ayah			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh	15	17.6	17.6	17.6
	Guru/Pendidik	1	1.2	1.2	18.8
	Ojek	5	5.9	5.9	24.7
	Pegawai honor	5	5.9	5.9	30.6
	PNS	5	5.9	5.9	36.5
	Sopir	6	7.1	7.1	43.5
	Wiraswasta/Berdagang	48	56.5	56.5	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

#### 4. Penghasilan Ayah

##### **penghasilan ayah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 jt	15	17.6	17.6	17.6
	1,0-1,5 jt	22	25.9	25.9	43.5
	1,6-2,0 jt	2	2.4	2.4	45.9
	2,1-2,5 jt	35	41.2	41.2	87.1
	2,6-3,0 jt	1	1.2	1.2	88.2
	3,1-3,5 jt	5	5.9	5.9	94.1
	3,1-4,0 jt	5	5.9	5.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

#### 5. Jumlah Anggota Keluarga

##### **jumlah anggota keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-3 orang	38	44.7	44.7	44.7
	4-5 orang	38	44.7	44.7	89.4
	6-8 orang	9	10.6	10.6	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

#### 6. Jumlah Anak

##### **jumlah anak**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 orang	50	58.8	58.8	58.8
	2 orang	32	37.6	37.6	96.5
	3 orang	3	3.5	3.5	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

## 7. Pendidikan Ibu

**pendidikan ibu**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S1	14	16.5	16.5	16.5
	SD	5	5.9	5.9	22.4
	SMA	30	35.3	35.3	57.6
	SMK	6	7.1	7.1	64.7
	SMP	30	35.3	35.3	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

## 8. Pekerjaan Ibu

**pekerjaan ibu**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh	8	9.4	9.4	9.4
	Ibu rumah tangga	31	36.5	36.5	45.9
	Wiraswasta	32	37.6	37.6	83.5
	PNS	14	16.5	16.5	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

## 9. Penghasilan Ibu

**penghasilan ibu**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		34	40.0	40.0	40.0
	1,0-1,5 jt	20	23.5	23.5	63.5
	2,1-2,5 jt	17	20.0	20.0	83.5
	3,1-3,5 jt	14	16.5	16.5	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

## 10. Makan Aneka Ragam

**makan aneka ragam**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	27	31.8	31.8	31.8
	belum baik	58	68.2	68.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

### 11. Timbang Berat Badan

#### timbang berat badan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	57	67.1	67.1	67.1
	belum baik	28	32.9	32.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

### 12. ASI Eksklusif

#### asi eksklusif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	45	52.9	52.9	52.9
	belum baik	40	47.1	47.1	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

### 13. Garam Yodium

#### garam yodium

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	52	61.2	61.2	61.2
	belum baik	33	38.8	38.8	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

### 14. Suplementasi Vitamin A

#### suplementasi Vit A

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	42	49.4	49.4	49.4
	belum baik	43	50.6	50.6	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

## B. Uji Bivariat

### kat\_nilai\_Kadarzi \* kategoriBB/U Crosstabulation

			kategoriBB/U		Total
			gizi normal	gizi kurang	
kat_nilai_Kadarzi	Baik	Count	47	1	48
		Expected Count	44.0	4.0	48.0
		% within kat_nilai_Kadarzi	97.9%	2.1%	100.0%
		% within kategoriBB/U	60.3%	14.3%	56.5%
	belum baik	Count	31	6	37
		Expected Count	34.0	3.0	37.0
		% within kat_nilai_Kadarzi	83.8%	16.2%	100.0%
		% within kategoriBB/U	39.7%	85.7%	43.5%
Total	Count	78	7	85	
	Expected Count	78.0	7.0	85.0	
	% within kat_nilai_Kadarzi	91.8%	8.2%	100.0%	
	% within kategoriBB/U	100.0%	100.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.522 <sup>a</sup>	1	.019		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.811	1	.051		
Likelihood Ratio	5.840	1	.016		
Fisher's Exact Test				.040	.025
Linear-by-Linear Association	5.457	1	.019		
N of Valid Cases	85				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,05.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.255	.019
	Cramer's V	.255	.019
N of Valid Cases		85	

**kat\_nilai\_Kadarzi \* kategoriTB/U Crosstabulation**

		kategoriTB/U		Total	
		tinggi/normal	pendek/sangat pendek		
kat_nilai_Kadarzi	Baik	Count	41	7	48
		Expected Count	37.3	10.7	48.0
		% within kat_nilai_Kadarzi	85.4%	14.6%	100.0%
		% within kategoriTB/U	62.1%	36.8%	56.5%
	belum baik	Count	25	12	37
		Expected Count	28.7	8.3	37.0
		% within kat_nilai_Kadarzi	67.6%	32.4%	100.0%
		% within kategoriTB/U	37.9%	63.2%	43.5%
Total	Count	66	19	85	
	Expected Count	66.0	19.0	85.0	
	% within kat_nilai_Kadarzi	77.6%	22.4%	100.0%	
	% within kategoriTB/U	100.0%	100.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	3.835 <sup>a</sup>	1	.050		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.876	1	.090		
Likelihood Ratio	3.822	1	.051		
Fisher's Exact Test				.067	.045
Linear-by-Linear Association	3.790	1	.052		
N of Valid Cases	85				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,27.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.212	.050
	Cramer's V	.212	.050
N of Valid Cases		85	

### kat\_nilai\_Kadarzi \* kategoriBB/TB Crosstabulation

			kategoriBB/TB		Total
			normal	kurus/sangat kurus	
kat_nilai_Kadarzi	Baik	Count	48	0	48
		Expected Count	36.1	11.9	48.0
		% within kat_nilai_Kadarzi	100.0%	0.0%	100.0%
		% within kategoriBB/TB	75.0%	0.0%	56.5%
	belum baik	Count	16	21	37
		Expected Count	27.9	9.1	37.0
		% within kat_nilai_Kadarzi	43.2%	56.8%	100.0%
		% within kategoriBB/TB	25.0%	100.0%	43.5%
Total	Count	64	21	85	
	Expected Count	64.0	21.0	85.0	
	% within kat_nilai_Kadarzi	75.3%	24.7%	100.0%	
	% within kategoriBB/TB	100.0%	100.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	36.182 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	33.196	1	.000		
Likelihood Ratio	44.429	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	35.757	1	.000		
N of Valid Cases	85				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,14.

b. Computed only for a 2x2 table

### Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.652	.000
	Cramer's V	.652	.000
N of Valid Cases		85	

Lampiran 10 : Dokumentasi







## Lampiran 11 : Daftar Riwayat Hidup

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nadhirah Nur Afina

TTL : Pekanbaru, 01 Desember 2002

Alamat : Jl. Kol. H. M. Nurdin, No 9, Desa Panyabungan Julu,  
Kab. Mandailing Natal

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Perempuan

No. HP : 081262890321

Riwayat Pendidikan :

1. SDS 117 Islam Terpadu Adnani
2. MTsN 2 Mandailing Natal
3. SMAN 2 Plus Panyabungan

Hobi : Travelling

Motto : Tidak ada yang mustahil di dunia ini; jika sesuatu terjadi, pasti ada campur tangan Allah SWT di dalamnya.

## Lampiran 12 : Surat Pernyataan

### **SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nadhirah Nur Afina

NIM : P01031221143

Menyatakan bahwa data penelitian yang terdapat di skripsi ini adalah benar saya ambil dan apabila hal tersebut tidak benar, maka saya bersedia mengikuti ujian ulang (ujian utama saya dibatalkan).

Yang membuat pernyataan

(Nadhirah Nur Afina)