

**HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN PENGETAHUAN
DENGAN PERILAKU KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) PADA
MASYARAKAT PERKOTAAN DAN PERDESAAN
DI KABUPATEN BANYUMAS**

**RELATIONSHIP BETWEEN EDUCATION AND KNOWLEDGE WITH
KADARZI BEHAVIOR IN RURAL AREAS REPRESENTED BY
KEMBARAN I DISTRICT**

**Setiyowati Rahardjo dan Erna Kusumawati
Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu
Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman**

ABSTRACT

KADARZI is a family that is able to identify nutritional problem and is able to prevent and address the nutritional problems of each family member (Ministry Of Health, 2004). The purpose of this study was to determine the relationship of education and knowledge level of mothers with nutrition conscious family behavior (KADARZI) in urban and rural communities Banyumas district. This study is a secondary data analysis of KADARZI survey in 2009 conducted by the District Health Office Banyumas using cross sectional design. The sample is part of the Head of the Family in East Purwokerto District and Kembaran District with a total number of households was 600 taken with Cluster Random Sampling method. Data analysis was done using univariate and bivariate with chi square test. From the analysis on the results : majority of households (69.7%) ,low nutritional knowledge (54.7%) and has KADARZI behavior that is still less (68.7%). While the majority of respondents in urban areas (56.3%) have high educated level (51.3%) and has KADARZI behavior that is still less (66 %). There is a relationship between education and knowledge with KADARZI behavior in rural areas represented by Kembaran I district. There was no correlation between education with KADARZI behavior in urban areas are represented by East Purwokerto. There is relationship between education and behavior KADARZI in East Purwokerto. Needs to be increased active participation of families in various health service activities such as regular weighing under five every month, actively participates in outreach activities

Keywords : KADARZI, rural, urban

Kesmasindo. Volume 4, Nomor 2, Juli 2011, hlm. 150-158

PENDAHULUAN

Kadarzi adalah keluarga yang mampu mengenali masalah gizi dan mampu mencegah serta mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya (Depkes, 2004). Misbakhudin dkk., (2008), mengungkapkan bahwa program keluarga mandiri sadar gizi merupakan upaya perbaikan gizi sebagai salah satu alternatif untuk

menanggulangi masalah gizi. Visi pembangunan Indonesia 2010, ditetapkan bahwa 80% keluarga menjadi kadarzi, karena keluarga mempunyai nilai yang sangat strategis dan menjadi inti dalam.

pembangunan seluruh masyarakat, serta menjadi tumpuan dalam manusia seutuhnya.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas pada tahun 2008, yang termasuk dalam kategori Kadarzi baru mencapai 1.143 keluarga (49.93%) sedangkan 1.148 keluarga belum termasuk keluarga sadar gizi (50.15%). Sebagian besar keluarga yang belum termasuk katagori keluarga sadar gizi karena tidak memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif).

Konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosis perilaku adalah konsep Green *dalam* Notoatmodjo (2005), bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yakni faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Berdasarkan hal tersebut maka intervensi terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku Kadarzi dengan mendiagnosis 3 faktor tersebut.

Hasil penelitian yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas tahun 2008, diperoleh data dari tingkat Kecamatan Purwokerto sekitar 71.4% yang sudah dalam kategori Kadarzi dan sekitar 28.6% belum termasuk Kadarzi. Persentase ini menunjukkan bahwa di wilayah Kecamatan Purwokerto sendiri kategori keluarga belum Kadarzi masih lebih banyak dibandingkan dengan kategori yang sudah Kadarzi. Kecamatan Purwokerto Timur termasuk dalam daerah perkotaan. Kecamatan Kembaran merupakan salah satu daerah perdesaan. Data dari dinas kesehatan Kabupaten Banyumas keadaan gizi pada kelurahan tersebut menunjukkan bahwa di wilayah Puskesmas Purwokerto Selatan I dan II persentase balita yang di bawah garis merah (BGM) sebanyak 0.41% dan 0.93%. Sementara di wilayah Puskesmas I Kembaran persentase balita BGM sebanyak 6% dan di Kembaran II tidak ada.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dari survei

KADARZI tahun 2009 yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas. Survei KADARZI dilaksanakan menggunakan rancangan *cross sectional* yaitu rancangan penelitian yang mempelajari hubungan antara paparan (faktor penelitian) dan penyakit atau efek pada saat bersamaan. Tempat penelitian adalah di Kabupaten Banyumas khususnya wilayah Kecamatan Purwokerto Selatan dan Kecamatan Kembaran. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dengan jawaban tertutup untuk melihat gambaran perilaku KADARZI, pendidikan dan

pengetahuan ibu. Populasi adalah semua Kepala Keluarga yang ada di Kecamatan Purwokerto Selatan dan Kecamatan Kembaran. Sampel adalah sebagian dari Kepala Keluarga yang ada di Kecamatan Purwokerto Selatan dan Kecamatan Kembaran yang terpilih. Jumlah sampel dari tiap kecamatan adalah 300 KK yang diambil dengan cara *Cluster Random Sampling*. Jumlah total sampel dalam penelitian ini adalah 600 KK. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan *chi square*

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden di wilayah Kembaran I dan Purwokerto Selatan

No	Variabel	Kembaran I		Purwokerto Selatan	
		n	%	n	%
1.	Pendidikan				
	Dasar	209	69.7	131	43.7
	Lanjut	91	30.3	169	56.3
2.	Pengetahuan				
	Kurang baik	164	54.7	154	51.3
	Baik	136	45.3	146	48.7
3.	Perilaku KADARZI				
	Kurang Baik	206	68.7	198	66.0
	Baik	94	31.3	102	34.0

Tabel 1 menunjukkan adanya perbedaan karakteristik responden pada dua lokasi penelitian yaitu untuk wilayah Puskesmas I Kembaran yang mewakili daerah perdesaan menunjukkan bahwa sebagian besar responden (69.7%) berpendidikan dasar yaitu tidak tamat SMA ke bawah, sedangkan untuk daerah Purwokerto Selatan sebagian besar responden (56.3%) berpendidikan lanjut yaitu tamat SMA dan Tamat

perguruan tinggi. Untuk variabel pengetahuan dan perilaku KADARZI dari kedua daerah menunjukkan variasi yang sama yaitu sebagian besar pengetahuan gizi masih kurang baik dan perilaku KADARZI juga sebagian besar masih kurang baik.

ANALISIS BIVARIAT

1. Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan perilaku KADARZI di daerah pedesaan (Puskesmas I Kembaran)

Tabel 2. Hubungan Pendidikan dengan Perilaku KADARZI di Kembaran I

Pendidikan	Perilaku KADARZI				Total		<i>p value</i>
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Lanjut	16	17.6	75	82.4	91	100.0	0.000
Dasar	78	37.3	131	62.7	209	100.0	

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 91 responden berpendidikan lanjut terdapat 75 orang (82.4%) yang perilaku KADARZI nya masih kurang baik. Jumlah ini lebih besar persentasenya dibandingkan dengan responden yang berpendidikan dasar

dan mempunyai perilaku KADARZI kurang baik yaitu 131 orang (62,7%). Hasil analisis dengan uji *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0.001 lebih kecil dari alpha 0.05 sehingga H_0 ditolak. Jadi kesimpulannya ada hubungan antara pendidikan dengan

perilaku KADARZI di Puskesmas I Kembaran yang merupakan perwakilan daerah perdesaan.

Sebagian besar (69.7%) responden di perdesaan mempunyai tingkat pendidikan dasar yaitu hanya sampai SMA..Yang berpendidikan lanjut hanya sebesar 30.3%. Menurut Sarwono (1993), seseorang yang memiliki tingkat pendidikan rendah relatif sulit menerima sesuatu hal

yang baru, sebaliknya seseorang yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima hal baru dan cenderung lebih terbuka. Hal ini berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam meningkatkan derajat kesehatannya kearah yang lebih baik kaitannya perilaku Kadarzi (Depkes, 2002).

2. Hubungan antara pengetahuan dengan perilaku KADARZI di Puskesmas I Kembaran

Tabel 3 Hubungan antara pengetahuan dengan perilaku KADARZI di Kembaran I

Pengetahuan	Perilaku KADARZI				Total		<i>p value</i>
	Baik		Kurang		n	%	
	N	%	n	%			
Baik	32	23.5	104	76.5	136	100.0	0.011
Kurang	62	37.8	102	62.2	164	100.0	

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 136 responden yang berpengetahuan baik terdapat 104 orang (82.4%) yang perilaku KADARZI nya masih kurang baik. Jumlah ini lebih besar persentasenya dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang dan

mempunyai perilaku KADARZI kurang baik yaitu 102 orang (62.2%). Hasil analisis dengan *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0.011 lebih kecil dari alpha 0.05 sehingga H_0 ditolak. Jadi kesimpulannya ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku KADARZI di Puskesmas I

Kembaran yang merupakan perwakilan daerah perdesaan.

Menurut Lumenta dkk., (1994), semakin tinggi pengetahuan dan pemahaman terhadap kesehatan, akan meningkatkan pula cara pandang terhadap konsep sehat dan sakit menjadi mantap yang pada akhirnya akan mempengaruhi pandangan, cara hidup dan upaya seseorang untuk

dapat meningkatkan derajat kesehatan. Pengetahuan keluarga khususnya suami tentang Kadarzi yang tinggi akan menjadi motivator terjadinya perilaku Kadarzi di dalam keluarga, didukung oleh pendidikan istri dan aktivitas istri (Sarwono, 2004).

3. Hubungan antara pendidikan dengan perilaku KADARZI di daerah perkotaan

Tabel 4. Hubungan antara pendidikan dengan perilaku KADARZI di Purwokerto Selatan

Pendidikan	Perilaku KADARZI				Total		<i>p value</i>
	Baik		Kurang		n	%	
	N	%	n	%			
Lanjut	57	33.7	112	66.3	169	100.0	1.000
Dasar	45	34.4	86	65.6	131	100.0	

Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 169 responden berpendidikan lanjut terdapat 112 orang (66.3%) yang perilaku KADARZI nya masih kurang baik. Jumlah ini tidak terlalu jauh berbeda persentasenya dibandingkan dengan responden yang berpendidikan dasar dan mempunyai perilaku KADARZI kurang baik yaitu

86 orang (65.6%). Hasil analisis dengan uji *chi square* diperoleh nilai *p* sebesar 1.000 lebih besar dari alpha 0.05 sehingga H_0 ditolak. Jadi kesimpulannya tidak ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku KADARZI di Purwokerto Selatan yang merupakan perwakilan daerah perkotaan.

Tidak adanya hubungan ini dapat disebabkan karena pada responden yang berpendidikan lanjut dan berpendidikan dasar, persentase yang berperilaku KADARZI kurang baik hampir sama besarnya. Pada masyarakat perkotaan, sebagian besar

responden (56.3%) berpendidikan lanjut, akan tetapi dilihat dari perilaku KADARZInya sebagian besar (66%) masih kurang baik.

4. Hubungan antara pengetahuan dengan perilaku KADARZI di daerah perkotaan

Tabel 5. Hubungan antara pengetahuan dengan perilaku KADARZI di Purwokerto Selatan

Pengetahuan	Perilaku KADARZI				Total		<i>p value</i>
	Baik		Kurang				
	N	%	n	%	n	%	
Baik	63	43.2	83	56.8	146	100.0	0.002
Kurang	39	25.3	115	74.7	154	100.0	

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 146 responden yang berpengetahuan baik terdapat 83 orang (56.8%) yang perilaku KADARZI nya masih kurang baik. Jumlah ini lebih besar persentasenya dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang dan mempunyai perilaku KADARZI kurang baik yaitu 115 orang (74.7%). Hasil analisis dengan uji *chi square* diperoleh nilai *p* sebesar 0.002 lebih

kecil dari α 0.05 sehingga H_0 ditolak. Jadi kesimpulannya ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku KADARZI di Purwokerto Selatan yang merupakan perwakilan daerah perkotaan.

Di daerah perkotaan sebagian besar responden (56.3%) menempuh pendidikan sampai tingkat lanjut yaitu tamat SMA dan tamat perguruan tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin

luas pengetahuannya. Menurut Lumenta *dkk.*, (1994), semakin tinggi pengetahuan dan pemahaman terhadap kesehatan, akan meningkatkan pula cara pandang terhadap konsep sehat dan sakit menjadi mantap yang pada akhirnya akan mempengaruhi pandangan, cara hidup dan upaya seseorang untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan. Pengetahuan keluarga khususnya suami tentang Kadarzi yang tinggi akan menjadi motivator terjadinya perilaku Kadarzi didalam keluarga, didukung oleh pendidikan istri dan aktivitas istri (Sarwono, 2004).

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

1. Responden di pedesaan dalam penelitian ini sebagian besar (69.7%) berpendidikan dasar, berpengetahuan kurang baik (54.70%), dan memiliki perilaku KADARZI yang masih kurang baik (68.7%), sedangkan responden di perkotaan sebagian besar (56.3%) berpendidikan lanjut, berpengetahuan kurang baik (51.3%) dan memiliki perilaku KADARZI yang masih kurang baik (66.0%).
2. Terdapat hubungan antara pendidikan dengan perilaku KADARZI (nilai $p = 0.00$) di daerah pedesaan yang diwakili oleh Puskesmas I Kembaran.
3. Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku KADARZI (nilai $p = 0.011$) di daerah pedesaan yang diwakili oleh Puskesmas I Kembaran.
4. Tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan perilaku KADARZI (nilai $p = 1.00$) di daerah perkotaan yang diwakili oleh Puskesmas Purwokerto Selatan.
5. Terdapat hubungan antara pendidikan dengan perilaku KADARZI (nilai $p = 0.002$) di daerah perkotaan yang diwakili oleh Puskesmas Purwokerto Selatan

B. SARAN

1. Dalam upaya peningkatan perilaku KADARZI pada masyarakat pedesaan dan perkotaan perlu ditingkatkan peran serta aktif keluarga dalam berbagai kegiatan pelayanan kesehatan seperti rutin menimbang balita tiap bulan, aktif mengikuti kegiatan penyuluhan dan sebagainya.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang berhubungan dengan perilaku KADARZI pada masyarakat pedesaan dan perkotaan .

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan, 2004. *Panduan Keluarga Mandiri Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. 2002. *Pemetaan Keluarga Mandiri Sadar Gizi*. Jakarta.
- Lumenta, B dan Rofein R. 1994. Pengetahuan Tentang Penyakit Sebagai Faktor Prediksi Perilaku Pasien. *Jurnal Dokter Keluarga Indonesia*. Volume 2 Nomor 1 : 33.
- Misbakhudin, Toto Sudargo dan Dawan Jamil M. 2008. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. Volume 5, Nomor 1.
- Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Sarwono, S. 1993. *Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

