

THE CORRELATION BETWEEN FAMILY LITERACY NUTRITION WITH NUTRITIONAL STATUS OF TODDLERS 12-59 MONTH IN THE WORK AREA KEPUTIH PUBLIC HEALTH CENTER

Kharisma Rizka S, Dian Shofiya, Juliana Christyaningsih

Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Surabaya

ABSTRACT

Family Literacy Nutrition (KADARZI) is a family that is able to recognize, prevent and address nutritional issues each of its members and is an attempt to address the problem of malnutrition in to. Therefore, the purpose of this research to analyze the relationship of KADARZI behaviours with less nutritional status of children. This research study using cross sectional design with 48 sample. Data collection by direct measurement of nutritional status, interview questionnaires and Recall 2 x 24 hours to determine the intake of toddlers, and iodine test. The results showed there is KADARZI has not been implemented properly. Of the 5 indicators, 2 of which are exclusive breastfeeding (22.9%) and had diverse (56.3%) is still very low. Data analysis with Spearman correlate method result there is no relation KADARZI behaviors with toddlers Nutritional Status in Puskesmas Keputih. Absence of relationship can be caused KADARZI behavior still low. Advice to the public and health workers in the region Puskesmas Keputih order to further increase KADARZI behaviours.

Keywords: *Family Literacy Nutrition, Nutritional Status, Toddlers*

PENDAHULUAN

Masalah gizi terjadi di setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Depkes, 2007)

Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia WHO (2005) Indonesia tergolong negara dengan status kekurangan gizi yang tinggi 28,47% balita di Indonesia termasuk kelompok gizi kurang dan gizi buruk. Pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek masing-masing 18,4 persen dan 36,8 persen sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90 persen kontribusi masalah gizi dunia.

(UN-SC on Nutrition 2008 dalam Bappenas,2011)

Menurut Riskesdas (2010) di wilayah Jawa Timur, prevalensi balita pendek meningkat sebanyak 1,1 persen menjadi 35,9. Sedangkan prevalensi balita kurus meningkat sebanyak 0,5 persen menjadi 14,2 pada tahun 2010. Sedangkan prevalensi balita gizi buruk dan kurang di kota Surabaya pada tahun 2013 adalah 1,06% dan 4,97%, sedangkan pada tahun 2014 prevalensi balita gizi kurang mengalami peningkatan yaitu 8,73%, prevalensi gizi buruk pada tahun 2014 mengalami penurunan yaitu 0,78%. Menurut Depkes (2007), masih tingginya prevalensi gizi kurang pada balita di Indonesia menunjukkan perilaku gizi di tingkat keluarga masih belum baik, yang dapat ditunjukkan dengan 24,4 % balita mengalami defisit berat konsumsi energi. Cakupan pemberian vitamin A baru mencapai 75,5%. Balita yang melakukan penimbangan ≥ 4 kali dalam 6 bulan

terakhir baru menapai 44,6%, pemantauan penimbangan balita sangat penting untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan secara dini (Risksedas, 2013).

Dalam upaya menanggulangi masalah gizi sebagai dampak krisis ekonomi yang terjadi sejak tahun 1997, pemerintah mencanangkan Gerakan Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi melalui Inpres nomor 8 tahun 1999. Gerakan tersebut dilaksanakan melalui 4 strategi utama yaitu pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, pemantapan kerjasama lintas sektor, serta peningkatan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan. Salah satu dari strategi ini adalah agar seluruh keluarga menjadi keluarga sadar gizi (KADARZI). Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarga. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik secara terus-menerus. Perilaku sadar gizi adalah menimbang berat badan secara teratur, memberikan air susu ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur enam bulan (ASI eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan minum suplemen gizi sesuai anjuran (Depkes, 2007). Untuk mewujudkan KADARZI, sejumlah aspek perlu dicermati. Aspek ini berada di semua tingkatan yang mencakup tingkat keluarga, tingkat masyarakat, tingkat pelayanan kesehatan dan tingkat pemerintah.

Gambaran perilaku KADARZI di Indonesia dapat dilihat dari beberapa penelitian yang telah dilakukan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hariyadi (2010) di provinsi Kalimantan Barat menyatakan bahwa persentase perilaku KADARZI masih rendah hal ini ditunjukkan dengan rumah

tangga yang belum baik adalah 56.9%. Sedangkan penelitian Misbakhudin (2007) di Kota Bandung Jawa Barat mencapai 69.6% rumah tangga yang belum berperilaku KADARZI dengan baik. Gambaran dari dua penelitian ini masih menunjukkan perilaku KADARZI masih belum mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Gambaran perilaku KADARZI di Jawa Timur, hasil kegiatan PSG dengan indikator KADARZI didapatkan 27,8% keluarga sadar gizi. Di Kota Surabaya, sosialisasi perilaku KADARZI sering diadakan, terutama pelatihan pada kader, tujuannya agar kader bisa memberikan konseling pada masyarakat yang lain sehingga masyarakat terpacu menjadi keluarga yang sadar gizi (dikutip dari dinkes.surabaya.go.id).

Perilaku KADARZI di puskesmas Keputih, dapat ditunjukkan dengan indikator memberi ASI eksklusif sebesar 55% dari target pencapaian 80%, menimbang berat badan 85%, makan beraneka ragam 100%, menggunakan garam beryodium 90% dan minum suplemen gizi 80% (Puskesmas Keputih, 2014). Namun sampel yang diambil untuk data KADARZI pada puskesmas Keputih merupakan sampel acak, dan tidak fokus pada keluarga yang memiliki balita.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti hubungan perilaku keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan status gizi balita usia 12-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Keputih. Manfaat dari penelitian ini adalah Sebagai bahan masukan bagi petugas kesehatan setempat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui promosi kesehatan dalam bidang gizi terutama mengenai KADARZI serta meningkatkan kesadaran masyarakat tentang arti pentingnya perilaku KADARZI di dalam keluarga.

rancangan penelitian yang dilakukan dengan mengamati subyek dengan pendekatan suatu saat atau subyek di observasi hanya sekali saja pada saat

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian menggunakan desain penelitian Cross Sectional, yaitu

penelitian yang dilakukan untuk menggambarkan hubungan perilaku keluarga sadar gizi dengan status gizi Balita (Notoatmodjo, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita berusia 12-59 bulan sebanyak 1436 balita terdiri dari 664 balita di wilayah Medokan, sedangkan 772 balita di wilayah Keputih. Sampel yang digunakan sebanyak 48 responden penelitian. Pengambilan sampel dilakukan secara Multi stage Sampling kemudian dilanjutkan Quota Sampling. Metode pengumpulan data yang dipilih pada penelitian ini ialah observasi secara langsung di tempat penelitian, melihat dan mencatat KMS balita, wawancara kepada sampel, dan menguji iodine pada garam.

Data primer merupakan data yang diperoleh melalui wawancara kepada responden berdasarkan kuesioner yang telah disediakan, bukan dari sumber pustaka yang telah ada. Pengumpulan data primer dilakukan dengan metode wawancara. Wawancara dilakukan dengan menanyakan mengenai pengetahuan gizi yang berkaitan dengan lima indikator KADARZI. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner tentang perilaku KADARZI, formulir recall 2 x 24 jam pada balita dan menguji contoh garam beriodine. Data sekunder diperoleh dari KMS balita, data laporan puskesmas Keputih, data laporan Dinas Kesehatan Surabaya, laporan-laporan lain yang terkait dan buku-buku referensi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi usia balita di Wilayah Kerja Puskesmas Keputih tahun 2016. Sampel dalam penelitian ini adalah balita yang berusia 12-59 bulan, jumlah umur sampel yang terbanyak dari 48 sampel adalah kelompok balita dengan usia 25-36 bulan yaitu 39,6% sedangkan yang paling sedikit adalah usia 49-59 bulan yaitu 10,4%.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Keputih tahun 2016

NO	UMUR (BULAN)	f	(%)
1	12-24	10	20.8
2	25-36	19	39.6
3	37-48	14	29.2
4	49-59	5	10.4
JUMLAH		48	100

Pada tabel 5.2 dan 5.3 menunjukkan status gizi balita menurut BB/U dan TB/U Wilayah Kerja Puskesmas Keputih tahun 2016

Tabel 5.2 Status Gizi Balita Menurut BB/U di Wilayah Kerja Puskesmas Keputih tahun 2016

NO	STATUS GIZI	f	(%)
1	Gizi Buruk	2	4,2
2	Gizi Kurang	7	14,6
3	Gizi Baik	35	72,9
4	Gizi Lebih	4	8,3
JUMLAH		48	100

Tabel 5.3 Status Gizi Balita Menurut TB/U di Wilayah Kerja Puskesmas Keputih tahun 2016

NO	STATUS GIZI	f	(%)
1	Sangat Pendek	4	8,3
2	Pendek	5	10,4
3	Normal	39	81,3
4	Tinggi	0	0
JUMLAH		48	100

Hasil penelitian menunjukkan dari 48 balita yang diteliti memiliki status gizi menurut BB/U dengan kategori gizi baik yaitu 72,9%, selain itu masih terdapat balita dengan status gizi kurang yaitu 14,6% dan gizi buruk sebesar 4,2%. Status gizi menurut TB/U 81,3% balita memiliki status gizi normal selebihnya memiliki status gizi pendek 10,4% dan sangat pendek 8,3%.

Tabel 5.4 Distribusi Perilaku KADARZI (Menimbang berat badan secara teratur, ASI Eksklusif, makan beraneka ragam, garam beryodium, suplemen gizi)

Menimbang Berat Badan	f	(%)
Baik	30	62,5
Belum Baik	18	37,5
Memberikan ASI Eksklusif	f	(%)
Baik	11	22,9
Belum Baik	37	77,1
Makan Beraneka Ragam	f	(%)
Baik	27	56,3
Belum Baik	21	43,8
Menggunakan Garam Beryodium	f	(%)
Baik	47	97,9
Belum Baik	1	2,1
Minum Suplemen Gizi	f	(%)
Baik	46	95,8
Belum Baik	2	4,2
KADARZI	f	(%)
Baik	7	14,6
Belum Baik	41	85,4

Berdasarkan hasil penelitian, indikator KADARZI yang paling banyak dilakukan adalah menggunakan garam beryodium sebanyak 47 balita (97,9%). Hal ini terlihat dari hasil test uji iodium pada garam yang digunakan berubah menjadi warna biru keunguan. Banyaknya responden yang sudah menggunakan garam beryodium dikarenakan, sudah seringnya sosialisasi dari petugas kesehatan mengenai pentingnya manfaat mineral iodium dalam tubuh. Garam beryodium yang dikonsumsi setiap hari bermanfaat untuk mencegah timbulnya gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). GAKY dapat menghambat perkembangan tingkat kecerdasan pada anak, penyakit gondok endemik, dan kretin (Almatsier, 2011). Indikator KADARZI yang sudah banyak dilakukan setelah indikator menggunakan garam beryodium adalah konsumsi suplemen gizi yaitu vitamin A sebanyak 46 balita (95,8%). Vitamin A berpengaruh terhadap fungsi kekebalan tubuh pada manusia

dimana mekanismenya belum diketahui secara pasti.

Kekurangan vitamin A menurunkan respon antibodi yang bergantung sel-T (limfosit yang berperan pada kekebalan selular). Selain itu, Vitamin A juga berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan. Vitamin A berpengaruh terhadap sintesis protein, yaitu terhadap pertumbuhan sel. Vitamin A dibutuhkan untuk perkembangan tulang dan sel epitel yang membentuk email dalam pertumbuhan gigi. Pada kekurangan vitamin A, pertumbuhan tulang terhambat dan bentuk tulang tidak normal. Pada anak-anak yang kekurangan vitamin A, terjadi kegagalan dalam pertumbuhan (Azrimaidaliza, 2007).

Dari 48 balita, 30 balita (62,5%) sudah melakukan penimbangan berat badan secara teratur di posyandu. Sedangkan 18 balita (27,5%) masih belum melakukan penimbangan berat badan secara teratur. Hal ini dapat dipengaruhi beberapa faktor seperti pada saat penimbangan anak sedang sakit, kesibukan ibu balita dan jarak posyandu yang jauh dari rumah balita. Penimbangan balita secara teratur setiap bulan dilakukan untuk mengetahui gangguan pertumbuhan yang tadinya tidak dapat diamati, yang dapat disebabkan oleh kekurangan makan, sakit yang berulang, atau ketidaktahuan tentang makanan anak. Penelitian yang dilakukan oleh Jahari dan Hariyadi (2012) mengatakan bahwa rumah tangga balita yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di posyandu lebih banyak balita yang status gizi baik berdasarkan BB/U berbeda nyata dengan rumahtangga balita yang tidak pernah ke pos pelayanan terpadu (P <0.004). Balita yang ditimbang tidak teratur berisiko 1,5 kali mengalami gagal tumbuh (mengalami satu macam kurang gizi atau kombinasi beberapa kurang gizi) dibandingkan balita yang ditimbang teratur.

Indikator yang belum banyak dilakukan responden adalah makan beraneka ragam, balita dikatakan makan beraneka ragam apabila mengkonsumsi

lauk hewani dan sayur/buah setiap hari. Dari hasil penelitian 27 balita (56,2%) sudah menerapkan indikator makan beraneka ragam. Hasil ini lebih tinggi dari hasil pencapaian survey Riskesdas (2013) perilaku konsumsi sayur dan buah setiap hari pada masyarakat sangatlah rendah yaitu 10,7%. Hal ini disebabkan karena sebagian besar reponden belum memberikan aneka ragam makanan pada balitanya seperti makanan pokok (nasi), sayur, lauk hewani dan buah-buahan. Protein merupakan zat gizi yang berfungsi untuk pertumbuhan, mempertahankan sel atau jaringan yang sudah terbentuk, dan untuk mengganti sel yang sudah rusak, oleh karena itu protein sangat diperlukan dalam masa pertumbuhan. Mengonsumsi makan beranekaragam makanan sangat baik untuk melengkapi zat-zat gizi yang diperlukan oleh tubuh. Akibat tidak mengonsumsi anekaragam makanan akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada balita (Depkes, 2007). Selain beraneka ragam, asupan untuk balita juga harus cukup untuk memenuhi kebutuhan energi balita.

Indikator yang belum banyak dilakukan selain makan beraneka ragam adalah memberikan ASI eksklusif kepada bayi berusia 6 bulan. Hanya 11 balita (22,9%) yang diberikan ASI saja sampai usia 6 bulan oleh ibunya, sedangkan 37

balita (77,1%) belum diberikan ASI eksklusif oleh ibunya. Menurut penelitian Giri, dkk (2013) mengatakan bahwa adanya kecenderungan bahwa ibu yang memberikan ASI Eksklusif, cenderung memiliki balita dengan status gizi lebih baik dari pada ibu yang tidak memberikan ASI Eksklusif. Menurut penelitian Agam, dkk (2013) Mengenai faktor – faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif di Kota Makassar menjelaskan bahwa salah satu yang mempengaruhi pemberiaan ASI Eksklusif adalah tingkat pendidikan ibu. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin tinggi jumlah ibu tidak memberikan ASI pada bayinya. Hal ini mungkin disebabkan karena ibu berpendidikan tinggi biasanya mempunyai banyak kesibukan di luar rumah, sehingga cenderung meninggalkan bayinya. Sedangkan ibu berpendidikan rendah lebih banyak tinggal di rumah sehingga lebih banyak mempunyai kesempatan untuk menyusui bayinya (Depkes, 2001). Sedangkan bagi ibu yang bekerja, upaya pemberian ASI eksklusif sering kali mengalami hambatan lantaran singkatnya masa cuti hamil dan melahirkan. Sebelum pemberian ASI eksklusif berakhir secara sempurna, dia harus kembali bekerja. Kegiatan atau pekerjaan ibu sering kali dijadikan alasan untuk tidak memberikan ASI eksklusif, terutama yang tinggal di perkotaan (Prasetyono, 2009).

Hubungan Status Gizi Balita Umur 12-59 Bulan Menurut BB/u dan TB/U dengan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Tabel 5.5 Tabulasi Silang Hubungan Status Gizi Balita Usia 12-59 bulan Menurut BB/U dengan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

STATUS GIZI BB/U	PERILAKU KADARZI				JUMLAH		sig
	BAIK		BELUM BAIK		N	%	
	N	%	N	%	N	%	0.168
Gizi Buruk	0	0	2	4,2	2	4,2	
Gizi Kurang	0	0	7	14,6	7	14,6	
Gizi Baik	6	12,5	29	60,4	35	72,9	
Gizi Lebih	1	2,1	3	6,2	4	8,3	
Total	7	14,6	41	85,4	48	100	

Tabel 5.6 Tabulasi Silang Hubungan Status Gizi Balita Usia 12-59 bulan Menurut TB/U dengan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Status Gizi TB/U	Perilaku KADARZI				Jumlah		Sig
	Baik		Belum Baik		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Sangat Pendek	0	0	4	8,3	4	8,3	0,179
Pendek	0	0	5	10,4	5	10,4	
Normal	7	14,6	32	66,7	39	81,2	
Tinggi	0	0	0	0	0	0	
Jumlah	7	14,6	41	85,4	48	100	

Pada tabel 5.5 dan 5.6 dapat dilihat bahwa keluarga dengan KADARZI baik ada 7 balita (14,6%). Keluarga dengan perilaku KADARZI baik, status gizi balita BB/U yang gizi baik adalah 12,5%, sedangkan pada perilaku KADARZI belum baik, status gizi balita BB/U yang gizi baik adalah 60,4%. Status gizi TB/U, pada kelompok dengan perilaku KADARZI baik, status gizi balita menurut TB/U yang normal adalah 14,6%. Pada kelompok dengan perilaku KADARZI belum baik, yang berstatus gizi normal adalah 66,7%. Hasil Penelitian yang dilakukan pada responden di wilayah kerja Puskesmas Keputih tahun 2016, berdasarkan hasil perhitungan uji correlate spearman diperoleh nilai signifikasi 0,168 > 0,05, sehingga tidak terdapat hubungan antara status gizi balita umur 12-59 bulan menurut BB/U pada balita dengan perilaku KADARZI. Begitupula dengan indikator TB/U berdasarkan hasil perhitungan uji correlate spearman diperoleh nilai signifikasi 0,179 > 0,05 maka tidak terdapat hubungan antara status gizi balita umur 12-59 bulan menurut TB/U pada balita dengan perilaku KADARZI.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari (2013) di Kabupaten Pati mengatakan bahwa terdapat hubungan antara status gizi dengan perilaku KADARZI (p-value 0,000 < 0,5). Hal ini dapat diartikan bahwa semakin baik ibu menerapkan perilaku keluarga sadar gizi maka semakin baik pula status gizi balitanya. Oleh karena itu, status gizi balita yang rendah salah satunya dapat disebabkan oleh ibu, yang

mengurus dan merawat anaknya, tidak memiliki perilaku KADARZI yang baik. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Rahmadini (2013) keluarga yang belum KADARZI berisiko memiliki balita gagal tumbuh 1,4 kali dibandingkan KADARZI.

Meskipun beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara perilaku KADARZI dengan status gizi balita, namun pada penelitian ini tidak terdapat hubungan antara status gizi balita umur 12-59 bulan dengan perilaku KADARZI. Tidak terdapatnya hubungan dapat dikarenakan karena rendahnya capaian perilaku KADARZI di wilayah Kerja Puskesmas Keputih karena dari 5 indikator yang ada, 2 diantaranya yaitu ASI Eksklusif (22,9%) dan makan beraneka ragam (56,3%) masih sangat rendah. Sehingga ketika dilakukan penilaian KADARZI secara keseluruhan hasil capaiannya sangat rendah (14,6% dari 80% dari sasaran). Selain itu mengingat banyaknya faktor lain yang dapat mempengaruhi status gizi balita selain perilaku KADARZI. Menurut Gabriel (2008) faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi. Selain itu peran petugas kesehatan setempat juga mempengaruhi perilaku KADARZI di dalam keluarga.

KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah keluarga balita yang masih banyak yang

belum baik berperilaku KADARZI yaitu sebanyak 41 balita (85,4%), hasil ini masih belum memenuhi target nasional 80% karena rendahnya capaian ASI Eksklusif dan makan beraneka ragam. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi balita umur 12-59 bulan menurut BB/U (P-value 0,168 > 0,05) dan TB/U (P-value 0,179 > 0,05 pada balita dengan perilaku KADARZI.

SARAN

Mengingat dalam penelitian ini cakupan perilaku KADARZI masih rendah, salah satu upaya untuk mendorong peningkatan perilaku KADARZI di wilayah kerja Puskesmas Keputih adalah dengan meningkatkan cakupan ASI eksklusif dan makan beraneka ragam. Selain itu KADARZI merupakan program bersama yang melibatkan beberapa sektor pemerintahan, diharapkan kepada sektor-sektor terkait untuk lebih meningkatkan sosialisasi demi meningkatkan capaian KADARZI. Seangkan bagi Ibu balita diharapkan meningkatkan perilaku KADARZI, salah satu caranya dengan meningkatkan perilaku pemberian ASI Eksklusif dan Makan beraneka ragam.

DAFTAR RUJUKAN

- Almatsier, S. 2011. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Azrimaidaliza. 2007. *Vitamin A, Imunitas dan Kaitannya dengan Penyakit Infeksi*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, September 2007, I (2).
<http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index>

- [.php/jkma/article/view/15/14](http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/article/view/15/14) [18 Juli 2016]
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2011. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*
- Depkes RI. 2007. *Kepmenkes RI No. 747/Menkes/VI/2007. Tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi Di Desa Siaga*. Jakarta : Depkes RI
- Giri, M Kurnia Widiastuti, Muliarta, I W, Wahyuni, N.P Dewi Sri. 2013. *Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Status Gizi Balita Usia 6-24 Bulan di Kampung Kajanan, Buleleng*. Jurnal Sains dan Teknologi Vol. 2, No.1, April 2013.
<http://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JST/article/viewFile/1423/12x.84> [18 Juli 2016].
- Misbakhudin 2007. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Suami dengan Perilaku Keluarga Mandiri Sadar Gizi (KADARZI) di Kota Bandung Provinsi Jawa Barat*. Tesis. Program Pascasarjana. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prasetyono, D. 2009. *Buku Pintar ASI Eksklusif, Pengenalan Praktek dan Kemanfaatannya*. Jogyakarta: Diva Press.
- Ratnasari, Riyayawati. 2013. *Analisis Hubungan Penerapan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi Balita (Studi Kasus di wilayah kerajaan Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati)*. Skripsi. Universitas Negeri Semarang