

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI BALITA DI DARATAN DAN KEPULAUAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS OHOIRA KABUPATEN MALUKU TENGGARA

Oleh:

Esse Puji Pawenrusi, Andi Ayumar, Elisabeth Liesye Renjaan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Makassar

ABSTRAK:

Data Riskesdas tahun 2013, menghasilkan berbagai peta masalah kesehatan dan kecenderungannya, dari bayi lahir sampai dewasa. Propinsi yang prevalensinya status gizi buruk cukup tinggi (>50%)

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui berhubungan pengetahuan, pendapatan, peran kader dengan status gizi.

Penelitian ini menggunakan penelitian analitik dengan rancangan *Cross Sectional*. Populasi dari penelitian ini adalah balita yang berada di wilayah kerja Puskesmas Ohoira. Pengambilan sampel menggunakan teknik *Purposive sampling* dengan pilihan jumlah balita terbanyak di bagian daratan dan kepulauan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan kuesioner, menggunakan Antropometri dengan mengukur BB/TB.

Hasil penelitian didapatkan status gizi tidak normal 11 (9,6%), gizi normal 104 (90,4%). Hasil Analisis bivariat tidak terdapat hubungan status gizi dengan pengetahuan ibu mendapatkan nilai $p = 0,582 > 0,05$. Terdapat tidak ada hubungan status gizi dengan pendapatan keluarga dengan nilai $p = 0,387 > 0,05$. Terdapat juga tidak ada hubungan antara status gizi dengan peran kader Posyandu dengan nilai $p = 0,361 > 0,05$.

Dapat disimpulkan dari hasil penelitian ini tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi, tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi dan tidak ada hubungan antara peran kader dengan status gizi. Diharapkan ibu dapat menerapkan pengetahuan gizi pada balitanya, diharapkan pendapatan kurang, dapat memenuhi asupan sesuai AKG, diharapkan kader lebih pro-aktif.

Kata kunci : *Pengetahuan, pendapatan, peran kader, status gizi*

PENDAHULUAN

Strategi utama penanggulangan masalah gizi kurang adalah pencegahan dan peningkatan pengetahuan melalui kegiatan edukasi masyarakat tentang asuhan gizi khususnya makanan bayi dan anak, pemantauan pertumbuhan di posyandu suplementasi gizi, pemberian makanan tambahan pemulihan kepada anak gizi kurang serta tatalaksana kasus gizi buruk (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan Data UNICEF pada tahun 2011 menunjukkan bahwa, sekitar 250 Balita meninggal akibat kurang Gizi. Setiap enam menit sekali, bocah di Somalia meninggal akibat kelaparan (Juang, 2011).

Menurut UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) atau lebih dikenal dengan Komisioner tinggi PBB untuk Pengungsi mempunyai masalah kesehatan masyarakat yang sudah dianggap serius bila prevalensi BB/TB kurus antara 10,1%-15,0% dan dianggap kritis bila diatas 15%. Pada tahun 2010, secara nasional prevalensi BB/TB kurus pada balita masih 13,3%. Hal ini berarti bahwa masalah kekurusan di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius.

Menurut WHO, (2012) 54 % kematian bayi berkaitan dengan masalah gizi (malnutrisi). Selain itu bangsa-bangsa di dunia memiliki komitmen dan harapan yang

sama dalam pengurangan jumlah penderita malnutrisi yang merupakan salah satu target dalam perkembangan milenium (Millenium Development Goals atau MDGs). Negara Indonesia memiliki komitmen ingin mengurangi masalah malnutrisi pada penduduk hingga setidaknya tinggal 18 % penduduk yang mengalami malnutrisi pada Tahun 2015.

Data Kemenkes 2012 – 2013 jumlah kasus gizi buruk hingga saat ini masih memprihatinkan. Tercatat jumlah anak balita yang terkena gizi buruk melonjak dari 1,8 juta (2012) menjadi 2,3 juta anak (2013). Prevalensi (temuan kasus perbandingan jumlah balita) cenderung meningkat dari tahun ke tahun, dan secara nasional, sebanyak 110 kabupaten di Indonesia mempunyai prevalensi gizi kurang (termasuk gizi buruk) diatas 30%, yang menurut *World Health Organization* (WHO) di kelompokkan sangat tinggi (Nurhayat, 2014).

Pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek masing-masing 18,4% dan 36,8% sehingga Indonesia termasuk diantara 36 negara di dunia yang memberi 90% kontribusi masalah gizi dunia (UN-SC on Nutriion 2008). Walaupun pada tahun 2010 prevalensi gizi kurang dan pendek menurun menjadi masing-masing 17,9% dan 36% tetapi meningkat lagi menjadi 19,6% tahun 2013, masih terjadi disparitas antara Kabupaten yang memerlukan penanganan yang sifatnya spesifik (Riskesdas, 2013).

Secara nasional, prevalensi berat kurang pada 2010 adalah 17,9% yang terdiri dari 4,9% gizi buruk dan 13,0 % gizi kurang. Bila di dibandingkan dengan pencapaian MDGs tahun 2015 yaitu 15,5% maka prevalensi berat kurang secara nasional harus di turunkan minimal sebesar 2,4% dalam periode 2011-2015. (Dedi Alamsyah, 2013)

Berdasarkan indikator BB/TB dapat juga dilihat prevalensi kegemukan dikalangan balita. Pada tahun 2010 prevalensi kegemukan secara nasional di

Indonesia 14,0%. Terjadi peningkatan prevalensi yaitu 12,2% tahun 2007 menjadi 14% tahun 2010 (Indikator Kesehatan Indonesia, 2012). Sesuai dengan tahap perkembangan di usia balita, anak mulai ingin mandiri. Dalam hal makanan pun anak balita bersifat sebagai konsumen aktif. Artinya mereka dapat memilih dan menentukan sendiri makanan yang ingin dikonsumsi. Banyak dijumpai anak-anak yang terlalu kurus dan gemuk. Sekitar 14% anak balita di Indonesia kurus (sekitar 6% diantaranya sangat kurus) dan sekitar 12% gemuk. Ini merupakan masalah gizi yang harus mendapat perhatian keluarga (Kurniasih, 2010).

Menurut data Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa status gizi balita sangat kurus sebanyak 6,3%, balita kurus sebantak 6,9%, balita normal sebanyak 78,5% dan balita yang gemuk sebanyak 8,2%.

Data Riskesdas tahun 2013, menghasilkan berbagai peta masalah kesehatan dan kecenderungannya, dari bayi lahir sampai dewasa. Misalnya, prevalensi gizi kurang pada balita (BB/U<-2SD) memberikan gambaran yang fluktuatif dari 18,4 persen (2007) menurun menjadi 17,9 persen (2010) kemudian meningkat lagi menjadi 19,6 persen (tahun 2013). Propinsi yang prevalensinya status gizi cukup tinggi (>50%) adalah Maluku (2013). Tidak berubahnya prevalensi status gizi, kemungkinan besar belum meratanya pemantauan pertumbuhan, dan terlihat kecenderungan proporsi balita yang tidak pernah ditimbang enam bulan terakhir semakin meningkat dari 25,5%.

Data yang diperoleh dari Puskesmas Ohoira pada tahun 2013 jumlah balita sebanyak 737 sasaran, sedangkan yang ditimbang sebanyak 575 balita dengan kategori gizi kurang sebanyak 66 balita, tahun 2014 jumlah balita sebanyak 708 sasaran, yang ditimbang sebanyak 628 balita dengan kategori gizi kurang berjumlah 63 balita, pada bulan Januari sampai dengan bulan Maret tahun 2015 jumlah balita

sebanyak 678 sasaran, yang ditimbang sebanyak 577 balita dengan kategori gizi kurang sebanyak 43 balita (PKM Ohoira, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dini Purawati tentang Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita di wilayah kerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru 2014 Status gizi balita yang kurang baik di pengaruhi oleh karena pengetahuan orang tua yang rendah khususnya pengetahuan tentang gizi balita, status ekonomi, serta keaktifan kader yang kurang (Dini Purawati, 2014). dari permasalahan tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Di bagian daratan dan kepulauan Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara Tahun 2015.

Banyak faktor sosial ekonomi yang sukar untuk dinilai secara kuantitatif, khususnya pendapatan dan kepemilikan (barang berharga, tanah, ternak). Karena masyarakat tentang untuk membicarakannya kepada orang yg tidak dikenal, termasuk ketakutan akan pajak dan perampokan. Tingkat pendidikan termasuk dalam faktor sosial ekonomi karena tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi yaitu dengan meningkatkan pendidikan kemungkinan akan dapat meningkatkan pendapatan sehingga meningkatkan daya beli makanan untuk mencukupi kebutuhan gizi keluarga. (Achadi, 2007).

Metode dan Bahan

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan menggunakan rancangan *Cross Sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari hubungan antara faktor risiko dengan faktor efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada waktu yang bersamaan yaitu status gizi sebagai faktor efek (dependen) dan pengetahuan ibu, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, dan peran kader sebagai faktor risiko (variabel independen).

A. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di desa Ohoider tutu bagian daratan dan desa Ur Pulau bagian kepulauan diwilayah kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku tenggara

Populasi dan Sampel

1. Populasi.

Yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah 115 balita yang berada desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di wilayah kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara.

2. Sampel.

Sampel dalam penelitian ini balita yang yang berada desa Ohoider Tutu dengan jumlah 82 anak dan 33 anak di desa Ur Pulau di wilayah kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara, Sedangkan respondennya adalah 115 ibu balita yang datang pada saat kunjungan Posyandu. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *Purpusive sampling* yakni pengambilan sampel yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang di buat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui. Peengambilan sampel diambil di daratan di desa Ohoider Tutu dan kepulauan Ur Pulau dengan pilihan jumlah balita terbanyak di Wilayah kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara.

B. Pengumpulan Data

1. Data primer

Data primer dilakukan dengan wawancara atau interview pada Ibu Balita di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau diwilayah kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara.

2. Data sekunder

Data yang diperoleh dari register penimbangan Posyandu desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau dan buku laporan tahunan Puskesmas Ohoira Maluku Tenggara

Hasil

1. Analisis Univariat

Pada penelitian ini dilakukan analisis univariat untuk mengetahui sebaran frekuensi responden berdasarkan variabel-variabel yang diteliti. Peneliti melakukan penelitian di bagian daratan dan kepulauan, adapun sebaran frekuensi dapat dilihat dibagian bawah ini :

1) Karakteristik Responden (daratan)

a. Distribusi berdasarkan umur

Tabel 1 menunjukkan umur responden yang tertinggi di desa Ohoider Tutu adalah 19-29 tahun sebanyak 50 (61,0%) dan yang terendah ≥ 40 tahun yaitu 5 (61,0%) sedangkan di desa Ur Pulau

b. Distribusi berdasarkan tingkat pendidikan

Tabel 2 menunjukkan tingkat pendidikan yang tertinggi di desa Ohoider Tutu adalah SMU sebanyak 30(51,2%) dan terendah PT sebanyak 1 (1,2%), sedangkan desa Ur Pulau pendidikan tertinggi adalah 19 (57,6%) di tingkat pendidikan SMP.

c. Distribusi berdasarkan jumlah anak

Tabel 3 menunjukkan di desa Ohoider Tutu jumlah anak yang terbanyak adalah ≥ 2 anak sebanyak 54 (65,9%) sedangkan desa Ur Pulau jumlah anak terbanyak yaitu ≥ 2 22 (66,7%).

2) Karakteristik Sampel

a. Distribusi berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4 menunjukkan di desa Ohoider Tutu jenis kelamin laki-laki tertinggi sebanyak 48 (58,5%) dan di desa Ur Pulau jenis kelamin perempuan paling banyak adalah 17 (51,5%).

b. Distribusi berdasarkan umur

Tabel 5 menunjukkan umur balita yang tertinggi di desa Ohoider Tutu adalah 0-11 bulan sebanyak 35(42,7%) dan yang terendah adalah umur 51-60 bulan yaitu 2 (2,4%) sedangkan desa Ur Pulau ummur balita yang tinggi adalah 25-37 bulan (15,9%) dan yang terendah adalah 0-11 bulan yaitu 1 (3,0%).

c. Distribusi berdasarkan Tinggi badan

Tabel 6 menunjukkan tinggi badan balita didesa Ohoider Tutu adalah ≥ 50 cm

sebanyak 79 (96,3%). Dan desa Ur Pulau yang Tinggi badan yang terbanyak adalah 33 (100%).

d. Distribusi berdasarkan berat badan

Tabel 7 menunjukkan berat badan balita di desa Ohoider Tutu yang terbanyak adalah berat badan < 10 kg, sedangkan berat badan balita di desa Ur Pulau yang terbanyak adalah 20 (60,0%).

e. Distribusi berdasarkan penyakit infeksi

Tabel 8 menunjukkan di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau tidak ada penyakit untuk desa Ohoider Tutu sebanyak 41 (50%) dan desa Ur Pulau adalah 14 (42,2%).

3) Variabel yang diteliti :

a. Distribusi berdasarkan Satus Gizi Balita

Tabel 9 menunjukkan Status Gizi pada anak yang tertinggi adalah Gizi normal sebanyak 104 (90,4%) .

b. Distribusi berdasarkan pengetahuan ibu

Berdasarkan Tabel 10 menjelaskan Pengetahuan responden yang tertinggi Baik sebanyak 74 orang (64,4%).

c. Distribusi berdasarkan Pendapatan Keluarga

Berdasarkan Tabel 11 menunjukkan Pendapatan cukup 97 orang (84,3%) adalah yang tertinggi.

d. Distribusi berdasarkan Peran kader

Tabel 12 menunjukkan Peran Kader yang aktif tertinggi dengan jumlah 67 (58,3%).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antar variabel dependen dan variabel independen dengan menggunakan tabulasi silang (Crosstab) .

1) Analisis Hubungan Antara Pengetetahuan Dengan Status gizi

Hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi pada tabel 13

Tabel 13 menunjukkan bahwa dari 115 ibu terdapat 44 ibu yang memiliki pengetahuan kurang memiliki anak dengan gizi tidak normal sebanyak 3 anak (6,8%) dan terdapat gizi normal yaitu 41 anak (93,2%) , sedangkan 71 responden dengan

pengetahuan baik memiliki anak dengan gizi tidak normal sebanyak 8 (11,3%) dan status Gizi normal sebanyak 63 anak (88,7%) . Hasil analisis uji *Chi square* terdapat 1 cell, maka peneliti menggunakan Uji *Fisher's Exact Test* di peroleh nilai p value $0,528 > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara Pengetahuan Ibu dengan status Gizi Balita di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah kerja Puskesmas Ohoiera, Kabupaten Maluku Tenggara tahun 2015.

2) Analisis Hubungan Antara Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi

Hubungan antara pendapatan dengan status gizi pada tabel 14

Berdasarkan tabel 14 menunjukkan bahwa 19 responden dengan pendapatan keluarga kurang memiliki status gizi tidak normal adalah 3 anak (15,8%) dan gizi normal berjumlah 16 (84,2%), sedangkan 96 responden yang memiliki pendapatan cukup terdapat status gizi tidak normal adalah 8 anak (8,3%) dan status gizi normal yaitu 88 anak (91,7%). Hasil analisis uji *Chi square* terdapat 1 cell, maka peneliti menggunakan Uji *Fisher's Exact Test* dan memperoleh nilai p value $0,387 > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status Gizi Bayi balita dengan pendapatan keluarga di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah kerja Puskesmas Ohoiera, Kabupaten Maluku Tenggara tahun 2015.

3) Analisis Hubungan Peran Kader dengan Status Gizi

Hubungan antara Peran Kader dengan status gizi pada tabel 15

Tabel 15 menunjukkan 58 reponden dengan peran kader kurang aktif memiliki status gizi tidak normal sebanyak 4 anak (6,9%) dan status gizi normal berjumlah 54 anak (93,1%), sedangkan peran kader aktif terdapat status gizi tidak normal adalah 7 anak (12,3%) dan status gizi normal dengan jumlah 50 anak (87,7%). Hasil analisis uji *Chi square* di peroleh nilai p value $0,326 > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada

hubungan antara status Gizi balita dengan peran kader di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah kerja Puskesmas Ohoira, Kabupaten Maluku Tenggara tahun 2015.

PEMBAHASAN

1) Hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran , penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoamodjo, 2007).

Menunjukkan bahwa dari 115 ibu terdapat 44 ibu yang memiliki pengetahuan kurang memiliki anak dengan gizi tidak normal sebanyak 3 anak (6,8%) dan terdapat gizi normal yaitu 41 anak (93,2%) , sedangkan 71 responden dengan pengetahuan baik memiliki anak dengan gizi tidak normal sebanyak 8 (11,3%) dan status Gizi normal sebanyak 63 anak (88,7%) . Hasil analisis uji *Chi square* terdapat 1 cell, maka peneliti menggunakan Uji *Fisher's Exact Test* di peroleh nilai p value $0,528 > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara Pengetahuan Ibu dengan status Gizi Balita di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah kerja Puskesmas Ohoiera, Kabupaten Maluku Tenggara Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yoseph yang menunjukkan bahwa balita dengan status gizi kurang lebih banyak berasal dari kelompok ibu yang berpengetahuan tinggi dibandingkan dengan kelompok ibu yang berpengetahuan rendah. Hal ini dikarenakan ibu kurang menerapkan pengetahuan yang ia miliki mengenai kebutuhan gizi yang harus dipenuhi untuk anak balitanya.

Dari beberapa pertanyaan yang di ajukan oleh peneliti kepada ibu sebagai responden pada saat Posyandu terlaksana,

dapat dilihat kemampuan ibu menjawab pertanyaan tersebut dari 115 responden yang memiliki pengetahuan kurang 41 (35,7%) dan yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 74 (64,3%). Yang akan dibahas peneliti adalah kenapa ibu yang berpengetahuan baik tapi memiliki balita yang status gizinya tidak normal, begitu juga ada ibu yang berpengetahuan kurang dan memiliki balita dengan status gizi normal.

Ada beberapa temuan pada saat peneliti mengikuti Posyandu, ibu memberikan wafer pada anaknya yang berusia 9 bulan, meskipun ibu mengetahui bahwa apa yang dilakukannya itu tidak sesuai. Begitu juga dengan balita yang datang pada saat penimbangan, ada yang mengkonsumsi mie instan mentah tanpa diolah terlebih dahulu, pada hal ibu tahu dampak dari hal tersebut namun ibu membiarkan saja hanya karena alasan balita suka mengkonsumsinya.

Ibu sangat berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan balita, di karenakan usia balita tidak dapat memilih dan balita juga tidak tahu asupan yang bergizi untuk dirinya sendiri. Dari kejadian yang dilihat peneliti di tempat Posyandu, peneliti dapat menyimpulkan bahwa sekalipun ibu memiliki pengetahuan yang baik namun tidak di terapkan pada balitanya tidak menutup kemungkinan balita bisa mengalami gizi buruk. Walaupun banyak faktor yang mempengaruhi status gizi.

Dapat menyimpulkan bahwa pengetahuan ibu tidak ada hubungan dengan status gizi balita.

2) Hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi

Faktor yang berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang adalah tingkat sosial ekonomi, dalam hal ini adalah daya beli keluarga. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan itu sendiri, serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan

besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya.

Jumlah anggota keluarga sangat menentukan jumlah kebutuhan keluarga. Semakin banyak anggota keluarga berarti semakin banyak pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi. Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit pula kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga. Sehingga dalam keluarga yang jumlah anggotanya banyak, akan diikuti oleh banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi. Semakin besar ukuran rumah tangga berarti semakin banyak anggota rumah tangga yang pada akhirnya akan semakin berat beban rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya.

Dari hasil peneliti menunjukkan bahwa 19 responden dengan pendapatan keluarga kurang memiliki status gizi tidak normal adalah 3 anak (15,8%) dan gizi normal berjumlah 16 (84,2%), sedangkan 96 responden yang memiliki pendapatan cukup terdapat status gizi tidak normal adalah 8 anak (8,3%) dan status gizi normal yaitu 88 anak (91,7%). Hasil analisis uji *Chi square* terdapat 1 cell, maka peneliti menggunakan Uji *Fisher's Exact Test* dan memperoleh nilai $p\text{ value } 0,387 > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status Gizi Bayi balita dengan pendapatan keluarga di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah kerja Puskesmas Ohoira, Kabupaten Maluku Tenggara tahun 2015.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewati yakni, tidak terdapat hubungan antara jumlah anak dengan status gizi balita. Perbedaan hasil ini disebabkan oleh berbedanya karakteristik jarak umur anak. Pada penelitian ini rata-rata didapatkan jumlah anak yang lebih dari 2 orang dengan jarak umur anak yang dekat.

Desa Ohoider Tutu dan Desa Ur Pulau memiliki masyarakat dengan mayoritas pekerjaan adalah petani dan nelayan, dari 115 responden di desa Ohoider Tutu dan

desa Ur Pulau yang memiliki jumlah anak ≤ 2 ada 76 (66,1%) dengan pendapatan cukup 97 (84,3%). Terlihat dari tabel hubungan pendapatan dengan status gizi balita terdapat pendapatan kurang namun memiliki balita dengan status gizi normal, begitupun sebaliknya ada pendapatan yang cukup tapi status gizi balitanya tidak normal.

Peneliti melihat banyak tanaman di sekeliling rumah masyarakat didesa Ohoider Tutu dan Ur Pulau, berarti ada pemanfaatan pekarangan yang dikerjakan oleh ibu dan bisa menambah pendapatan keluarga.

Ketika melakukan pengukuran antropometri terhadap balita di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau dengan mengukur tinggi badan dan berat badan balita, ada ibu yang membawa 3 balitanya, interval umur 3 balita itu 1 tahun 9 bulan, sehingga peneliti berpendapat bahwa jumlah anak yang banyak pada keluarga meskipun keadaan ekonominya cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang orang tua yang di terima anaknya, terutama jika jarak anak yang terlalu dekat.

Hal ini dapat berakibat turunnya nafsu makan anak sehingga pemenuhan kebutuhan primer anak seperti konsumsi makanannya akan terganggu dan hal tersebut akan berdampak terhadap status gizi anaknya.

Dari hasil penelitian bahwa pendapatan keluarga tidak ada hubungan dengan status gizi balita.

3) Hubungan Peran kader dengan status gizi

Menurut Soekanto (2010) Peran adalah suatu konsep perihal apa yang dapat dilakukan individu dalam masyarakat sebagai organisasi, peran juga dapat diartikan sebagai perikelakuan individu yang penting bagi struktur sosial masyarakat.

Kader adalah anggota masyarakat setempat yang dengan sukarela terlibat dalam kegiatan kesehatan. Masyarakat harus menyadari keberadaan kader posyandu yang membantu dalam meningkatkan derajat hidup masyarakat

khususnya wilayah setempat (Elizabeth 2010) .

Adanya peran kader dapat membantu masyarakat dalam mengurangi angka gizi buruk, selain itu adanya peran kader juga dapat membantu mengurangi kematian ibu juga balita, dengan memanfaatkan keahlian serta fasilitas penunjang lainnya yang berhubungan dengan peningkatan status gizi balita. (Merryana Adriana,2012).

Kader merupakan motor penggerak kegiatan Posyandu, kader Posyandu sebagai kader pembangunan kesehatan di desa dalam pelayan Posyandu mempunyai peran sejak persiapan pelayanan selama hari pelaksanaan (Suparyanto, 2011).

Secara teknis, tugas kader yang terkait dengan gizi adalah melakukan pendataan balita, melakukan penimbangan serta mencatatnya dalam Kartu

Menuju Sehat (KMS), memberikan makanan tambahan, mendistribusikan vitamin A, melakukan penyuluhan gizi serta kunjungan ke rumah ibu yang menyusui dan ibu yang memiliki balita. Kader diharapkan berperan aktif dan mampu menjadi pendorong, motivator dan penyuluh masyarakat.

Dari hasil penelitian menunjukkan 58 reponden dengan peran kader kurang aktif memiliki status gizi tidak normal sebanyak 4 anak (6,9%) dan status gizi normal berjumlah 54 anak (93,1%), sedangkan peran kader aktif terdapat status gizi tidak normal adalah 7anak (12,3%) dan status gizi normal dengan jumlah 50 anak (87,7%). Hasil analisis uji *Chi square* di peroleh nilai p value $0,326 > 0.05$.Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status Gizi balita dengan peran kader di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah kerja Puskesmas Ohoira, Kabupaten Maluku Tenggara tahun 2015.

Hasil uji statistik peneliti menunjukkan tidak adanya hubungan antara peran kader dengan status gizi balita di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau namun teori berkata

lain, di jelaskan bahwa ada hubungan peran kader dengan status gizi balita.

Tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Masithah di Desa Mulya Harja Bogor mendapatkan anak balita dengan status gizi kurang sebesar 16,9%. Hal ini disebabkan karena sebagian besar ibu balita di Desa Mulya Harja aktif mengunjungi posyandu dan menghadiri berbagai penyuluhan yang diadakan mengenai ilmu gizi ataupun mengikuti penyuluhan.

Menurut Handayani, penting bagi ibu untuk aktif berkunjung ke posyandu untuk memantau kesehatan dan gizi anaknya, sehingga apabila terjadi masalah seperti gizi maka ibu dapat melakukan pencegahan agar keadaan tersebut tidak semakin buruk.

Dari hasil penelitian ada peran kader yang kurang aktif namun terdapat status gizi normal, begitu juga sebaliknya ada peran kader aktif terdapat status gizi tidak normal. Peran kader kurang aktif di desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau sebanyak 48 (41,7%) dan yang aktif sebanyak 67 (58,3%) dari 115 responden.

Kader aktif di desa Ohoider Tutu ada 3 orang begitupun dengan kader yang berada di desa Ur pulau yang berjumlah 3 orang. Tempat diadakan Posyandu di desa Ohoider Tutu ada 2 Posyandu dan 1 Posyandu di desa Ur Pulau. Sejauh pantau peneliti pada saat Posyandu tidak terlaksananya sistem 5 meja, hanya ada meja pendaftaran, penimbangan serta imunisasi, tidak ada penyuluhan yang dilakukan oleh kader.

Kurangnya sarana kesehatan masih terlihat kurang seperti kepemilikan KMS (Kartu Menuju Sehat), timbangan / dacin serta microtoise alat pengukur tinggi badan. Hanya beberapa balita yang memiliki KMS, pada dasarnya kader tahu KMS berfungsi sebagai alat bantu pemantauan gerak pertumbuhan, bukan hanya menilai status gizi. Salah satu kegiatan posyandu yaitu menimbang balita kemudian diikuti dengan pengisian KMS berdasarkan berat badan

dengan umur sehingga dapat diketahui dengan segera bila terdapat kelainan atau ketidaksesuaian dengan grafik pertumbuhan pada KMS.

Masih terlihat beberapa kebiasaan ibu yang membawa bayinya hanya untuk diimunisasi, dan ketika bayi berusia 9 bulan dan mendapatkan imunisasi campak, bulan ke 10 ibu sudah tidak membawa bayinya lagi untuk di timbang tanpa ibu sadari bahwa usia-usia tersebut pertumbuhan dan perkembangan sangat perlu dipantau. Ada juga balita yang berusia 3 sampai 5 tahun yang sudah mengikuti PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) tidak dapat melakukan penimbangan karena pada saat Posyandu terlaksana anak-anak ini masih berada di sekolah.

Ada beberapa kegiatan kader di desa Ohoider Tutu dan Ur Pulau yang dilakukan secara rutin, seperti PMT balita yang diberikan pada saat Posyandu berjalan, dan melakukan swipping penimbangan atau melakukan penimbangan dengan mencari sasaran dari rumah ke rumah, kegiatan ini mampu menjawab beberapa kendala yang dihadapi oleh ibu yang memiliki balita ketika tidak sempat membawa balitanya ke Posyandu.

Kader diharapkan dapat menjembatani antara petugas/ahli kesehatan dengan masyarakat serta membantu masyarakat mengidentifikasi dan menghadapi/menjawab kebutuhan kesehatan mereka sendiri. Kader juga diharapkan dapat menyediakan informasi bagi pejabat kesehatan berwenang yang mungkin tidak dapat mencapai masyarakat langsung, serta mampu mendorong para pejabat kesehatan di sistem kesehatan agar mengerti dan merespons kebutuhan masyarakat.

Dari hasil penelitian peran kader tidak ada hubungan dengan status gizi balita.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 115 responden di desa Ohoider

Tutu dan Desa Ur Pulau di wilayah kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara tahun 2015 tentang Faktor yang berhubungan dengan status gizi balita maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi
2. Tidak ada hubungan antara pendapatan dengan status gizi
3. Tidak ada hubungan antara peran kader dengan status gizi

SARAN

1. Diharapkan ibu dapat menerapkan pengetahuannya tentang gizi kepada balitanya, karena balita tidak bisa memilih dan tidak mengetahui asupan yang bergizi.
2. Sekalipun pendapatan kurang, diharapkan keluarga dapat memenuhi asupan gizi balita sesuai AKG.
3. Diharapkan kader lebih pro aktif dalam pemantauan status gizi balita lewat penimbangan dan KMS.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, E., 2007, *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Anieslrawati. 2014. <https://www.google.com/search?q=data+menurut+depkes+tentang+jumlah+kasus+gizi+buruk+tahun+2014&ie=utf-8&oe=utf-8> (online) Diakses 12, Maret 2015.
- Almatsier, Sunita, 2005, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Aswin RK. *Pengaruh Karakteristik Keluarga dan Pola Asuh Ibu pada Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk di Kabupaten Lombok Barat*. *Jurnal Kesehatan Prima*. 2008; 24(3): 333-42
- Arisman, MB, 2004. *Gizi dalam Daur Kehidupan* Baliwati, dkk. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Beck, Marry E. 2000 *Nutrition and Dietitics For Nurses (Ilmu Gizi dan Diet)*.

Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika.

- Barasi, Mary E. 2009. *At a Glanc (Ilmu Gizi)*. Jakarta. Penerbit Erlangga.
- Community Nutritionst Always, 2007, *Faktor Penyebab Gizi Buruk Pada Balita*, (online) ([factor-gizi-buruk-pada-balita.html](#).) Diakses 20 Maret 2015.
- Puskesmas Ohoira. 2014 *Laporan Tahunan Puskesmas Ohoira*. Maluku Tenggara.
- Dini Purwanti, dkk. 2014. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru*. Makassar.
- Dedi Alamsyah, 2013, *Pemberdayaan Gizi Teori dan Aplikasi*. Dewati NS, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Sewon I Bantul*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2008; 6(3): 128-40
- Kesehatan dengan Status Gizi Balita di Desa Mulya Harja Bogor*. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2005;
- Esse Puji, dkk. 2015. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar. Edisi 11.
- Efendi, dkk. 2009. *Keperawatan Komunitas*. Jakarta. Elizabeth. 2010. *Pengertian Kader, Nursing Journal of Padjadjaran University*. Volume 12 No 1 Hal 19
- Heru, Adi. 1995. *Kader Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Hidayat Alimul A. 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Salemba Medika, Jakarta.
- Hidayat, dkk., 2010, *Metode Penelitian*, Jakarta.
- Handayani IS. *Hubungan Antara Sosial Ekonomi Keluarga dengan Status Gizi Balita Indonesia* [serial online]. 2008 (diunduh 24 Agustus 2013). <http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/50164/G08ish2>. *Gizi Balita Indonesia* [serial online]. 2008 (diunduh 24 Agustus 2013).
- Indra, dkk. 2013. *Prinsip-prinsip Dasar Ahli Gizi*. Jakarta: Dunia Cerdas. Ikatan

- Ahli Gizi Indonesia, 2010, Indikator Kesehatan Indonesia,(online) (file:///G:/status-gizi-balita-masih.html,) Diakses 19 Maret 2015.
- Indonesia Wikipedia, bebas ensiklopedia, 2007, *Balita*, Diakses 20 Maret 2015.
- Ihsan M. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Desa Teluk Rumbia Kecamatan Singkil Kabupaten Aceh Singkil*. Jurnal Gizi Indonesia. 2012; 22(3): 44-54.
- Kanak-Kanak, Artikel *Pendidikan dan Kesehatan*.htm, Diakses 20 Maret 2015.
- Kresno, Sudarti, 2007, *Metodologi penelitian kualitatif*: Laporan penelitian study pemanfaatan posyandu di Kel. Cipinang Muara Kec. Jatinegara Kodya Jakarta Timur, Jakarta.
- Kurniasih, 2010, *Indikator Pemantauan Status Gizi*
- Machfoeds, Ircham, 2013, *Metode Penelitian Kuantitatif dan kualitatif*. Fimamaya: Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta Makan Balita Dengan Status Gizi Balita(12-59 Bulan) tahun 2010*
- Marryana dkk.2012 *Pengantar Ilmu Gizi Masyarakat*,Jakarta
- Masithah T. *Hubungan Pola Asuh Ibu dan Kesehatan dengan Status Gizi Balita di Desa Mulya Harja Bogor*. Jurnal Gizi dan Pangan. 2005; 34(1): 39-4
- Okto Woro Handayani, *Jurnal Kesehatan Masyarakat* tahun 2012 Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak. 1985. *Ilmu Kesehatan Anak FKUI*. Jakarta: Infomedika.
- Supariasa, dkk. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Suparyanto,2011 . *Berat Bayi Lahir Rendah*, diakses 26 Maret 2013
- Suhendri U. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Puskesmas Sepatan Kecamatan Sepatan Kabupaten Tangerang*. (Skripsi), Jakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Syarif Hidayatullah; (Published).2009.
- Sokanto,2010, *Peran Serta Kader Posyandu*. Penerbit EGC.Jakarta
- World Health Organization, 2007, *Status Gizi Balita*, Diakses 22 Maret 2015.

Lampiran :

Tabel 1 Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Umur di Desa Ohoider dan Desa Ur Pulau Tutu di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira

Umur (tahun)	Ohoider (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	n	%
19-29	50	61.0	16	48.5
30-40	27	32.9	15	45.8
≥40	5	6.1	2	6.1
Jumlah	82	100.	33	100.0
		0		

Sumber: Data Primer

Tabel 2 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan di Desa Ohoider Tutu dan Desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Pendidikan	Ohoider Tutu (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	n	%
SD	9	11.0	0	0
SMP	30	36.6	19	57.6
SMU	42	51.2	14	42.4
PT	1	1.2	0	0
Jumlah	82	100.0	33	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 3 Distrubusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak di Desa Ohoider Tutu dan Desa Ur Pulau di Wilayah kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Jumlah anak	Ohoider Tutu (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	n	%
1-2	28	34.1	11	33.3
≥ 2	54	65.9	22	66.7
Jumlah	82	100.0	33	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 4 Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Kelamin di Desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Jenis kelamin	Ohoider Tutu (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	n	%
Laki-laki	48	58.5	16	48.5
Perempuan	34	41.5	17	51.5
Jumlah	82	100.0	33	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 5 Distribusi Sampel berdasarkan Umur di Desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Umur (bulan)	Ohoider Tutu (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	n	%
0-11	35	42.7	1	3.0
12-24	26	31.7	8	24.2
25-37	13	15.9	10	30.3
38-50	6	7.3	9	27.3
51-60	2	2.4	5	15.2
Jumlah	82	100.0	33	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 6 Distribusi Sampel berdasarkan Umur di Desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Tinggi badan (cm)	Ohoider Tutu (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	n	%
< 50	3	3.7	0	0
≥ 50	79	96.3	33	100.0
Jumlah	82	100.0	33	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 7 Distribusi Sampel berdasarkan Umur di Desa Ohoider Tutu dan desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Berat badan (kg)	Ohoider Tutu (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	N	%
< 10	61	74.4	13	39.4
≥ 10	21	25.6	20	60.0
Jumlah	82	100.0	33	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 8 Distribusi berdasarkan Penyakit Infeksi di desa Ohoider Tutu dan Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Penyakit Infeksi	Ohoider Tutu (daratan)		Ur Pulau (kepulauan)	
	n	%	n	%
Diare	3	3.7	6	18.2
ISPA	35	42.7	9	27.3
Demam	3	3.7	4	12.1
Tidak ada	41	50.0	14	42.2
Jumlah	82	100.0	33	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 9 Distribusi berdasarkan Status Gizi Berat Badan Menurut Tinggi Badan di Desa Ohoider Tutu dan Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Status Gizi Anak	n	%
Tidak normal	11	9.6
Normal	104	90.4
Jumlah	115	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 10 Distribusi berdasarkan Pengetahuan Ibu di Desa Ohoider Tutu dan Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Pengetahuan Ibu	N	%
Kurang	41	35.7
Baik	74	64.3
Jumlah	115	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 11 Distribusi berdasarkan Pendapatan Keluarga di Desa Ohoider Tutu dan Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Pendapatan	N	%
Kurang	18	15.7
Cukup	97	84.3
Jumlah	115	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 12 Distribusi berdasarkan Peranan Kader di Desa Ohoider Tutu dan Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Maluku Tenggara

Peranan Kader	n	%
Kurang Aktif	48	41.7
Aktif	67	58.3
Jumlah	115	100.0

Sumber: Data Primer

Tabel 13 Hubungan Antara Pengetahuan Ibu dengan Status Gizi di Desa Ohoider Tutu dan Desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Pengetahuan Ibu	Status Gizi				Total		p value
	Tidak Normal		Normal		n	%	
	N	%	n	%			
Kurang	3	6.8	41	93.2	44	100	0,528
Baik	8	11.3	63	88.7	71	100	
Jumlah	11	9.6	104	90.4	115	100	

Sumber: Data Primer

Tabel 14 Hubungan Antara Pendapatan dengan Status Gizi di Desa Ohoider Tutu dan Desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoira Kabupaten Maluku Tenggara

Pendapatan	Status Gizi				Total		p value
	Tidak normal		Normal		n	%	
	N	%	n	%			
Kurang	3	15.8	16	84.2	19	100	0.387
Cukup	8	8.3	88	91.7	96	100	
Jumlah	11	9.6	104	90.4	115	100	

Sumber: Data Primer

Tabel 15 Hubungan Antara Peran Kader dengan Status Gizi di Desa Ohoider Tutu dan Desa Ur Pulau di Wilayah Kerja Puskesmas Ohoiera Kabupaten Maluku Tenggara

Peran Kader	Status Gizi				Total		p value
	Tidak normal		Normal		n	%	
	N	%	N	%			
Kurang aktif	4	6.9	54	93.1	58	100	0.326
Aktif	7	12.3	50	87.7	57	100	
Jumlah	11	9.6	104	90.4	115	100	

Sumber: Data Primer