

GAMBARAN KEAKTIFAN IBU KE POSYANDU DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA

DI KAMPUNG NENDALI DISTRIK SENTANI TIMUR

TAHUN 2019



Karya tulis ilmiah sebagai salah satu syarat

Menyelesaikan Pendidikan Akhir Diploma III Gizi

Diajukan Oleh:

ISASKAR STEVANUS WONDIWOI

PO.71.31.2.16.083

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

JURUSAN GIZI

TAHUN 2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL
GAMBARAN KEAKTIFAN IBU KE POSYANDU DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA
DI KAMPUNG NENDALI DISTRIK SENTANI TIMUR
TAHUN 2019
OLEH

ISASKAR STEVANUS WONDIWOI

PO.71.31.2.16.083

Telah mendapat persetujuan untuk ujian karya tulis ilmiah

Jayapura 15 Juli 2019

Pembimbing



DORCI NUBURI, S.SIT.MPH

NIP. 19770208 200003 2 002

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL
GAMBARAN KEAKTIFAN IBU KE POSYANDU DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA
DI KAMPUNG NENDALI DISTRIK SENTANI TIMUR
TAHUN 2019
OLEH

ISASKAR STEVANUS WONDIWOI

PO.71.31.2.16.083

Telah di uji dan di pertahankan di depan tim penguji
pada tanggal.....juli 2019

Susunan tim penguji

1. DORCI NUBURI, S.SIT.MPH..... (Pembimbing)
2. CHRISMEN SILITONGA SKM.,M.kes (Penguji I)
3. RATIH NURANI SUMARDI. S.ST,MPH..... (Penguji II)

Telah Diterimah

Pada tanggal juli 2019

Ketua jurusan



BUDI KRISTANTO, STP,M.SI

NIP.19710611 199203 1 002

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

NAMA : ISASKAR STEVANUS WONDIWOI

TEMPAT TANGGAL LAHIR : BORAI, 25 NOVEMBER 1997

AGAMA : KRISTEN PROTESTAN

ALAMAT : JL. MANALAGI POLIMAK II ASRI

PENDIDIKAN

1. SD NEGERI BORAI DI SERUI TAHUN 2007
2. SMP NEGERI MENAWI DI SERUI TAHUN 2013
3. SMK YPK SERUI DI SERUI TAHUN 2015
4. JURUSAN GIZI POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA TAHUN 2017
SAMPAI SEKARANG

MOTTO / PERSEMBAHAN

MOTTO :

demikian besarnya keyakinan kami kepada ALLAH oleh Kristus dengan diri kami sendiri kami tidak mampu memperhitungkan sesuatu seolah-olah pekerjaan kami sendiri : tidak, kesanggupan kami adalah pekerjaan ALLAH

..... 2 korintus 3 :4-5

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan izin-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi tepat pada waktunya. Dalam penulisan proposal KTI ini tentunya tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan saran dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Arwam Hermanus MZ, SE, M.Kep, D.Min Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura,
2. Budi kristanto. STP, M, SI, Selaku Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura,
3. Dorci Nuburi S, SIT. MPH Selaku pembimbing, terimakasih atas bimbingan, arahan, dan saran dalam penulisan proposal KTI ini,
4. Ratih Nurani Sumardi S.ST, MPH Selaku dosen penguji proposal KTI atas saran yang diberikan,
5. Chrismen Silitonga SKM., M.kes Selaku dosen penguji proposal KTI atas saran yang diberikan,
6. Dosen-dosen pengajar yang telah memberikan pengetahuan gizi selama penulis mengikuti proses perkuliahan dari semester I-VI,
7. Paling teristimewa adalah orang tua terhebat saya yaitu mama tercinta yang tidak pernah berhenti memberikan motivasi serta senantiasa berdoa dan selalu berusaha sekuat tenaga demi kesuksesan studi penulis, juga kakak, adik, sahabat dan keluarga tercinta,
8. Teman-teman seperjuangan mahasiswa gizi angkatan Tahun 2016, terimakasih atas bantuan dan semangat yang telah kalian berikan. \
9. Terima kasih kepada Responden yang telah memberikan data.

Akhiran kata, penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dalam proposal KTI ini sehingga penulis siap menerima kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi penyempurnaan penulisan proposal KTI ini. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Jayapura , juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	I
LEMBAR PERSETUJUAN.....	II
LEMBAR PENGESAHAN.....	III
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	IV
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	V
INTI SARI.....	VI
KATA PENGANTAR.....	VII
DAFTAR ISI.....	VIII
DAFTAR TABEL.....	IX
DAFTAR GAMBAR.....	X
DAFTAR LAMPIRAN.....	XI
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Perumusan masalah.....	3
C. Tujuan penelitian.....	3
D. Manfaat penelitian.....	4
BAB II TIJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep dasar keaktifan ibu.....	5
B. konsep dasar posyandu.....	8
C. tujuan posyandu	9
D. keaktifan ibu ke posyandu.....	9
E. faktor-faktor yang mempengaruhi keaktifan ibu ke posyandu.....	10
F. konsep dasar balita.....	14
G. konsep dasar status gizi.....	16
H. kerangka teori.....	21
I. kerangka konsep.....	22
BAB III METODE PENELITIAN	
1. Jenis penelitian.....	23
2. Waktu dan tempat.....	23
3. Populasi dan sampel.....	23
4. Definisi operasional.....	24
5. Jenis dan cara pengumpulan data.....	25

6. Instrumen penelitian.....	25
7. Jenis dan penyajian data	26
8.. analisa data.....	26
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
1. Gambaran umum lokasi penelitian	27
2 Karakteristik sampel.....	27
3 Hasil penelitian.....	29
4 Pembahasan.....	32
5 Keaktifan Ibu ke posyandu.....	32
6 Status gizi.....	33
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
1. kesimpulan.....	35
2. saran.....	35
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

2.1. Tabel kategory sesuai dengan klasifikasi status gizi.....	20
3.1. tabel definisi operasional dan kerangka objektif.....	24
4.1. tabel distribusi sampel berdasarkan umur balita, ayah, ibu dan jeknis kelamin, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah saudara...	27
4.2. tabel distribusi responden berdasarkan keaktifan ibu ko posyandu.....	29
4.3. tabel distribusi status gizi sampel.....	29

DAFTAR GAMBAR

2.2 kerangka teori.....	21
2.3 kerangka konsep.....	22

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keaktifan kunjungan ibu datang ke posyandu bertujuan untuk memantau kesehatan dan gizi anak dengan cara melakukan penimbangan berat badan balita secara rutin (Mahardika, 2016). Ibu yang aktif datang ke posyandu memperoleh informasi terkait status gizi balita yang diberikan oleh kader atau pun dari petugas kesehatan (Sakbaniyah, Herawati, & Mustika, 2013).

Posyandu sebagai salah satu pelayanan kesehatan berfungsi memudahkan masyarakat dalam mengetahui atau memeriksakan kesehatan terutama untuk ibu hamil dan anak balita agar terwujud keluarga kecil bahagia dan sejahtera dengan berbagai program-program kesehatan sehingga posyandu menjadi wadah titik temu antara pelayanan profesional dari petugas kesehatan dan peran serta masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan masyarakat (Utami, dkk, 2014).

Status gizi adalah interpretasi data yang didapatkan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang berisiko atau dengan status gizi buruk. Status gizi adalah keadaan kesehatan hasil interaksi antara makanan dalam tubuh dengan lingkungan sekitarnya (Almatsier, 2011). Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia *world health organization* (WHO), ada sekitar 3,1 juta anak diseluruh dunia yang meninggal akibat kekurangan gizi setiap hari. Kebanyakan dari mereka berusia dibawah 5 tahun (FAO, 2016).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas (2013), di Indonesia terdapat 5,7% balita dengan gizi buruk atau sebanyak 26.518 anak, 13,9% gizi kurang, dan 4,5% balita gizi lebih. Prevalensi gizi buruk pada balita di Indonesia menurut hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) 2014 yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia, tahun 2014 sebanyak 4,7%, kemudian pada

tahun 2015 angka gizi buruk turun menjadi 3,8%, dan kembali turun pada tahun 2016 menjadi sebesar 3,4% (Kemenkes RI, 2016). Data Dinas Kesehatan Provinsi Papua tahun 2014, menunjukkan bahwa secara umum prevalensi gizi buruk pada balita di provinsi Papua sebanyak 237 balita (22,8%). Sementara untuk mencapai sasaran SDGs dalam program perbaikan gizi tahun 2015 sebesar 20%, maka Provinsi Papua belum mencapai target tersebut.

Data yang di peroleh dari data Puskesmas Harapandari bulan Januari-april tahun 2019 sebanyak 233 balita dan balita yang mengalami gizi kurang sebanyak 40 balita (17,1%). Terkait dengan masalah tersebut di atas, maka menjadi dasar peneliti dalam melakukan proses Gambaran Keaktifan Ibu Ke Posyandu,Dan Status Gizi Anak Balita Di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur

Data yang di peroleh dari data Posyandu Rajawali dan Posyandu Bintang Mas bulan Januari – april tahun 2019 sebanyak 50 balita dan balita yang mengalami gizi kurang sebanyak 8 balita. Terkait dengan masalah tersebut, maka menjadi dasar peneliti dalam melakukan proses Gambaran Keaktifan Ibu Ke Posyandu,Dan Status Gizi Anak Balita Di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitaian dengan judul Gambaran Keaktifan Ibu Ke Posyandu,Dan Status Gizi Anak Balita Di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Gambaran Keaktifan Ibu Ke Posyandu,dan Status Gizi Anak Balita Di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Keaktifan Ibu Ke Posyandu,dan Status Gizi Anak Balita Di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur

Tujuan Khusus

- a. Mengetahui Karakteristik Ibu Balita di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur
- b. Mengetahui Karakteristik Balita di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur
- c. Mengetahui Gambaran Keaktifan Ibu Balita di kampung Nendali Distrik Sentani Timur
- d. Mengetahui Status Gizi Balita di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur
- e. Mengetahui keaktifan ibu dengan status gizi anak balita di Kampung Nendali Distri Sentani Timur

D. Manfaat Penelitian

Bagi Kader dan Petugas Kesehatan Puskesmas

Sebagai bahan evaluasi tentang pelaksanaan asuhan gizi pada balita serta penyuluhan kepada ibu balita di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur

Bagi Institusi Pendidikan

- a. Menjadi kajian dalam meningkatkan pembelajaran asuhan gizi pada Ibu Balita Di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur
- b. Menjadi referensi lanjutan bagi peneliti selanjutnya.

Bagi peneliti

Menambah ilmu pengetahuan dalam melakukan penelitian tentang Gambaran Keaktifan Ibu Ke Posyandu,Dan Status Gizi Anak Balita Di Kampung Nendali, Distrik Sentani Timur

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keaktifan Ibu

Tindakan (*practice*) yaitu bentuk tindakan yang sudah konkrit, berupa perbuatan (*action*) terhadap situasi atau rangsangan dari luar (Bloom, 1998). Pada tahap dasar, kebutuhan seorang anak adalah pangan, ini merupakan unsur utama untuk pertumbuhan anak, agar dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan kemampuan genetiknya. Kebutuhan dasar lainnya adalah oksigen, sandang, serta papan yang berguna menjamin perlindungan anak yang optimal terhadap lingkungannya (Notoatmodjo, 2003).

Selain kebutuhan dalam aspek fisik, juga perlu bimbingan, pendidikan dan rasa kasih sayang dari orang tua yang akan mempengaruhi perkembangan mental dan sosial seorang anak, adalah hak anak untuk mendapatkan pengasuhan yang sebaik-baiknya dari orangtua dan ini merupakan kewajiban dari para orang tua. Sebenarnya Liga Bangsa-Bangsa pada tahun 1923 di Genewa telah merumuskan deklarasi hak-hak anak dan kemudian dicantumkan pula dalam deklarasi Hak Asasi Manusia yang dikeluarkan PBB pada tanggal 19 Oktober 1959, bahkan hak-hak anak tersebut pernah dijadikan tema hari anak-anak Internasional 1979, pada tanggal 20 November 1989 disetujui konvensi hak-hak anak oleh PBB. Hak-hak anak tersebut antara lain :

1. Hak untuk dilahirkan setelah konsepsi.
2. Hak untuk mendapatkan makanan yang adekuat dan perawatan kesehatan.
3. Hak untuk dicintai dan dilindungi.
4. Hak untuk mendapatkan pendidikan.

5. Hak untuk mendapatkan kesempatan bermain dan rekreasi.
6. Hak untuk mendapatkan yang perawatan khusus bagi yang cacat.
7. Hak menjadi orang yang berguna.

Sejak manusia dilahirkan bahkan semasa masih di dalam kandunganpun, anak sudah bisa merasakan kasih sayang yang diberikan oleh orang tuanya. Sikap seorang ibu dalam mengasuh anaknya merupakan suatu pancaran kasih sayang. Seorang ibu akan merasa sangat berbahagia jika ia dapat menyusui anaknya sendiri (Sudaryat, 2000).

Sikap ibu dan ayah terhadap anak memenuhi kebutuhan anak itu sendiri. Pentingnya ayah bagi pada masa awal ini tidak dapat dibandingkan dengan pentingnya ibu. Hal ini berhubungan dengan peran ibu sebagai orangtua yang mengandung, melahirkan dan menyusui anaknya. Cinta ayah memberi anak yang sedang tumbuh itu suatu peningkatan rasa kompetensinya dan akhirnya menginginkan dia mendapat kewibawaannya sendiri dan melepaskan kewibawaannya si ayah. Boleh dikatakan bahwa keluarga adalah tempat “sekolah cinta kasih” bagi anak, karena keluarga merupakan awal dan pusat dari seluruh tumbuh kembang anak menjadi individu yang dewasa. Peranan orang tua dalam tumbuh kembang anak ini terbukti dari penelitian Tes Bakat Skolatik anak-anak keturunan Asia yang dilakukan oleh Dr. Harold. W. Stevanson (1998), ternyata bahwa anak-anak Amerika yang akarnya pada keluarga, berupa perhatian penuh dan kasih sayang dari orang tua mereka (Sudaryat, 2000).

Keluarga memberikan dasar pembentukan tingkah laku, moral dan pendidikan anak. Keluarga merupakan tempat menimba pengalaman yang tak ternilai bagi anak dalam hal biologi, sosiokultural, psikologis, ekonomi dan pendidikan (Ebrahim, 1982).

Dalam pemantauan pertumbuhan anak, untuk mengetahui perkembangan anak praktek/tindakan ibu sangat berperan. Tujuannya perkembangan pada anaknya. Penemuan dini ini penting, agar tindakan untuk mengejar kelambatan perkembangan jangan dibiarkan terlalu lama, dapat menjadi kelainan atau kecacatan yang sulit diperbaiki dikemudian hari (Depkes RI, 1994).

Pengaruh orang tua adalah pada sikap dan kebiasaan orang tua dalam mengasuh dan mendidik anak, hubungan orang tua dengan anak, hubungan antara saudara dan lainnya. Keluarga hendaknya menunjang proses pertumbuhan dan perkembangan secara optimal, termasuk dalam hal ini adalah usia yang muda, jumlah anak di bawah tiga tahun yang lebih dari satu, ibu atau pengasuh yang tidak kompeten untuk mengasuh lingkungan hidup yang kotor dan tidak teratur, anggota keluarga yang tidak harmonis, kemiskinan dan ketidakcukupan, perilaku anggota keluarga yang tidak baik (Soegeng dkk, 2004).

Rendahnya partisipasi dalam pola asuh akan menyebabkan rendahnya keadaan gizi balita. Jika kondisi gizi buruk terjadi pada masa golden period, otak tidak dapat berkembang dan kondisi ini sulit untuk dapat pulih kembali. Pola asuh yang kurang dalam penelitian ini karena tidak diberikannya kolostrum (air susu yang pertama kali keluar). Kolostrum dianggap berbau amis dan tidak mempunyai arti yang penting dalam proses pertumbuhan, padahal berfungsi sebagai antibodi bagi tubuh anak. Pola asuh yang kurang juga tergambar dari sebagian ibu setelah bayinya berusia 6 bulan memberikan bubur kosong saja, pada bayi berusia 6 bulan tanpa sayur atau apapun. Hal ini merupakan budaya bagi ibu-ibu dalam pemberian makanan pada anak yang menganggap bahwa makanan tidak ada hubungannya dengan kesehatan (Nabusa, 2013).

B. Konsep Posyandu

Definisi Posyandu

Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, dan untuk masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang berguna untuk memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, terutama untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2011a).

Menurut Briawan (2012), sasaran posyandu adalah seluruh masyarakat, utamanya yaitu: bayi, anak balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui serta Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan posyandu pada hari buka dilaksanakan dengan menggunakan 5 (lima) tahapan layanan yang biasa disebut sistem 5 (lima) meja. Kelompok sasaran yang selama ini dilayani dalam kegiatan yang ada di posyandu, yaitu 3 (tiga) kelompok rawan yaitu di bawah dua tahun (baduta), di bawah lima tahun (balita), ibu hamil dan ibu menyusui, dengan mempertimbangkan terhadap urgensi adanya gangguan gizi yang cukup bermakna yang umumnya terjadi pada anak baduta yang bila tidak diatasi dapat menimbulkan gangguan yang tetap, maka diberikan perhatian yang khusus bagi anak baduta agar dapat tercakup dalam pemantauan pertumbuhan di posyandu (Hartono, 2008).

C. Tujuan Posyandu

Menurut Sembiring (2004), tujuan penyelenggaraan posyandu yaitu:

- 1) menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), dan angka kematian ibu (ibu hamil, melahirkan dan nifas);
- 2) membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS);

- 3) meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan KB serta kegiatan lainnya yang menunjang untuk tercapainya masyarakat sehat dan sejahtera;
- 4) berfungsi sebagai Wahana Gerakan Reproduksi Keluarga Sejahtera, Gerakan Ketahanan Keluarga dan Gerakan Ekonomi Keluarga Sejahtera.

D. Keaktifan Ibu ke Posyandu

Menurut Mikklesen (2003), partisipasi adalah keterlibatan masyarakat secara sukarela atas diri mereka sendiri dalam membentuk perubahan yang diinginkan. Partisipasi juga dapat diartikan Mikkelsen sebagai keterlibatan masyarakat dalam upaya pembangunan lingkungan, kehidupan, dan diri mereka sendiri. Tingkat kehadiran ibu dikategorikan baik apabila garis grafik berat badan pada KMS tidak pernah putus (hadir dan ditimbang setiap bulan di posyandu), sedangkan apabila garis grafik tersambung dua bulan berturut-turut, dan kurang apabila garis grafik pada KMS tidak terbentuk atau tidak hadir dan tidak ditimbang setiap bulan di posyandu (Madanijah & Triana, 2007). Setiap anak umur 12-59 bulan memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan, minimal 8 kali dalam setahun yang tercatat di kohort anak balita dan prasekolah, buku KIA atau KMS, atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya. Ibu dikatakan aktif ke posyandu jika ibu hadir dalam mengunjungi posyandu sebanyak ≥ 8 kali dalam 1 tahun, sedangkan ibu dikatakan tidak aktif ke posyandu jika ibu hadir dalam mengunjungi posyandu < 8 kali dalam 1 tahun (Departemen Kesehatan RI, 2008b).

E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keaktifan Ibu ke Posyandu

Faktor-faktor yang mempengaruhi keaktifan kunjungan ibu untuk membawa balitanya ke posyandu yaitu:

a. umur ibu

Usia dari orang tua terutama ibu yang relatif muda, maka cenderung untuk lebih mendahulukan kepentingan sendiri daripada anak dan keluarganya. Sebagian besar ibu yang masih berusia muda memiliki sedikit sekali pengetahuan tentang gizi yang akan diberikan pada anaknya dan pengalaman dalam mengasuh anak (Budiyanto, 2002).

b. pendidikan

Perubahan perilaku kesehatan melalui cara pendidikan atau promosi kesehatan ini diawali dengan cara pemberian informasi-informasi kesehatan. Pemberian informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut (Notoatmodjo, 2010a). Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi (Atmarita, 2004).

c. pengetahuan

Seseorang yang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), maka ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Indikator-indikator yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan yaitu pengetahuan tentang sakit dan penyakit, pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, pengetahuan tentang kesehatan lingkungan (Fitriani, 2011).

Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi. Semakin banyak pengetahuan gizi

seseorang, maka ia akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi (Sediaoetama, 2006). Pengetahuan dapat mengubah perilaku ke arah yang diinginkan. Perilaku yang diharapkan dari pengetahuan ini dalam hubungannya dengan partisipasi ibu dalam berkunjung ke posyandu (Notoatmojo, 2007).

d. pekerjaan

Data Indonesia dan negara lain menunjukkan bahwa terdapat hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Proporsi anak yang gizi kurang dan gizi buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Semakin kecil pendapatan penduduk, semakin tinggi prosentase anak yang kekurangan gizi dan sebaliknya, semakin tinggi pendapatan, semakin kecil prosentase gizi buruk. Kurang gizi berpotensi sebagai penyebab kemiskinan melalui rendahnya pendidikan dan produktivitas (Adisasmito, 2008)

Faktor ekonomi dapat menjadi salah satu faktor penentu dari status gizi, maka perbaikan taraf ekonomi pada seseorang akan meningkatkan status gizi seseorang tersebut. Masalah gizi bersifat multikompleks karena tidak hanya faktor ekonomi yang berperan tetapi faktor-faktor lain ikut menentukan dalam penyebab terjadinya masalah gizi tersebut. Perbaikan gizi dapat digunakan sebagai alat atau sasaran dari pembangunan untuk meningkatkan derajat peningkatan status gizi seseorang (Suhardjo, 2003).

Seseorang yang melakukan pekerjaan dalam upaya mendapatkan penghasilan untuk perbaikan gizi keluarganya, akan tetapi penghasilan yang didapatkan masih rendah, maka menyebabkan kemampuan untuk menyediakan

makanan bagi keluarga dengan kualitas dan kuantitas yang menjadi makanan dengan kandungan gizi yang terbatas (Hartoyo, *et al.*, 2003).

e. akses terhadap pelayanan kesehatan

Terdapat kategori pelayanan kesehatan yaitu kategori yang berorientasi publik (masyarakat) dan kategori yang berorientasi pada perorangan (individu). Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik daripada arah individu-individu yang khusus. Pelayanan kesehatan perorangan akan langsung diarahkan ke individu itu sendiri (Notoatmodjo, 2007).

Seseorang dalam berpartisipasi harus didukung dalam partisipasinya, seperti adanya sarana transportasi. Kemudahan untuk mengakses lokasi atau tempat kegiatan, dan waktu pelaksanaan kegiatan dapat menjadi faktor pendukung partisipasi yang dilakukan oleh seseorang (Ife & Tesoriero, 2008). Semakin dekat jarak tempuh rumah dengan tempat penyelenggaraan posyandu, maka akan lebih banyak masyarakat memanfaatkan posyandu (Asdhany & Kartini, 2012).

f. dukungan keluarga

Kedudukan seorang istri dalam keluarga bergantung pada suami, sedangkan kedudukan seorang anak perempuan bergantung pada ayah. Keikutsertaan perempuan dalam suatu kegiatan biasanya harus mendapatkan izin terlebih dahulu dari keluarga ataupun suaminya, sehingga keluarga ataupun suami tersebut dapat menjadi faktor yang mempengaruhi keikutsertaan perempuan dalam suatu program (Muniarti, 2004).

g. dukungan kader posyandu

Kader adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan posyandu secara sukarela

(Kementerian Kesehatan RI, 2011). Kader diharapkan mampu membawa nilai baru yang sesuai dengan nilai yang ada di daerahnya, dengan menggali segi-segi positifnya. Kader yang dipercaya oleh masyarakat, maka dapat berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Departemen Kesehatan RI, 2006a).

h. dukungan tokoh masyarakat

Tokoh masyarakat adalah orang-orang terkemuka karena mempunyai kelebihan-kelebihan tertentu. Kelebihan dalam memberikan bimbingan, maka menjadikan sikap dan perbuatannya diterima dan dipatuhi serta ditakuti. Mereka tempat bertanya dan anggota masyarakat sering meminta pendapat mengenai urusan-urusan tertentu (Notoatmodjo, 2007).

Proses partisipasi suatu program di dalam masyarakat dapat dilihat dari struktur masyarakat yang tidak mengucilkan setiap orang yang turut berpartisipasi. Lingkungan masyarakat yang baik harus mendukung kelemahan yang ada di dalam diri setiap warganya dalam keikutsertaan sebuah program yang dilakukan di masyarakat, seperti ketidakpercayaan diri, lemah dalam berpikir atau pun berkata-kata (Ife & Tesoriero, 2008).

F. Konsep Dasar Balita

1. Pengertian

Balita atau di bawah lima tahun adalah semua anak termasuk bayi yang baru lahir, yang berusia 0 sampai menjelang tepat 5 tahun (4 tahun, 11 bulan, 29 hari). Pada umumnya di tulis dengan notasi 0-5 tahun (Maryunani, 2013).

Masa balita disebut juga sebagai "*golden period*" atau masa keemasan, dimana terbentuk dasar - dasar kemampuan keindraan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Balita merupakan salah satu golongan paling rawan gizi. Pada usia

balita dikatakan sebagai saat yang rawan karena pada rentang waktu ini anak masih sering sakit, anak merupakan konsumen pasif yang sangat tergantung kepada orang tuanya serta sering terdapat keluhan nafsu makan kurang. Keadan gizi Balita Kdalam keadaan kesehatan sebagai hasil masukan zat gizi (Maryunani, 2013).

2. Karakteristik Balita

Balita usia 1-5 tahun dapat dibedakan menjadi dua yaitu anak usia lebih dari satu tahun sampai tiga tahun yang dikenal dengan batita dan anak usia lebih dari tiga tahun sampai lima tahun yang dikenal dengan usia prasekolah (Proverawati dan Wati, 2012).

Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya sehingga anak batita sebaiknya diperkenalkan dengan berbagai bahan makanan. Laju pertumbuhan masa batita lebih besar dari masa usia prasekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Pola makan yang diberikan sebaiknya dalam porsi kecil dengan frekuensi sering karena perut balita masih lebih kecil sehingga tidak mampu menerima jumlah makanan dalam sekali makan (Proverawati dan Wati, 2012).

Pada usia pra-sekolah anak menjadi konsumen aktif. Mereka sudah dapat memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah playgroup sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Pada masa ini anak akan mencapai fase gemar memprotes sehingga mereka akan mengatakan tidak terhadap setiap ajakan. Pada masa ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, akibat dari aktivitas yang mulai banyak dan pemilihan maupun penolakan terhadap makanan. Diperkirakan pula bahwa anak perempuan relative lebih

banyak mengalami gangguan status gizi bila dibandingkan dengan anak laki-laki (Badriah, 2013).

G. Konsep Dasar Status Gizi

1. Pengertian

Status gizi adalah interpretasi data yang didapatkan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang berisiko atau dengan status gizi buruk. Status gizi adalah keadaan kesehatan hasil interaksi antara makanan dalam tubuh dengan lingkungan sekitarnya (Almatsier, 2011).

Status gizi adalah suatu keadaan tubuh yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan. Keseimbangan tersebut dapat dilihat dari variabel pertumbuhan, yaitu berat badan, tinggi badan atau tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan dan panjang tungkai. Jika keseimbangan tadi terganggu, misalnya pengeluaran energi dan protein lebih banyak dibandingkan pemasukan maka akan terjadi kekurangan energi protein dan jika berlangsung lama akan timbul masalah yang dikenal dengan KEP berat atau gizi buruk (Marmi dan Rahardjo, 2012).

2. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

Faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi balita secara langsung adalah sebagai berikut:

a. Kurangnya konsumsi makanan

Makin bertambah usia anak maka makin bertambah pula kebutuhannya. Konsumsi makanan dalam keluarga dipengaruhi jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. Konsumsi juga tergantung pada

pendapatan, agama, adat istiadat dan pendidikan keluarga yang bersangkutan (Marmi dan Rahardjo, 2012).

b. Penyakit

Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang. Sebaliknya anak yang makan tidak cukup baik maka daya tahan tubuhnya (imunitas) dapat melemah, sehingga mudah diserang penyakit infeksi, kurang nafsu makan dan akhirnya mudah terkena gizi kurang. Sehingga disini terlihat interaksi antara konsumsi makanan yang kurang dan infeksi merupakan dua hal yang saling mempengaruhi.

Hubungan antara kurang gizi dengan penyakit infeksi tergantung dari besarnya dampak yang ditimbulkan oleh sejumlah infeksi terhadap status gizi itu sendiri. Beberapa contoh bagaimana infeksi bisa berkontribusi terhadap kurang gizi seperti infeksi pencernaan dapat menyebabkan diare, HIV/AIDS, tuberculosis dan beberapa penyakit infeksi kronis lainnya bisa menyebabkan anemia dan parasit pada usus dapat menyebabkan anemia. Penyakit Infeksi disebabkan oleh kurangnya sanitasi dan bersih, pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai dan pola asuh anak yang tidak memadai (Marmi dan Rahardjo, 2012).

3. Penilaian Status Gizi Balita

Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan secara antropometri. Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat

ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2012).

Penilaian status gizi (PSG) adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang beresiko atau dengan status gizi buruk. Metode dalam PSG dibagi ke dalam tiga kelompok. Kelompok pertama, metode secara langsung yang terdiri dari penilaian dengan melihat tanda klinis, tes laboratorium, metode biofisik dan antropometri. Kelompok kedua, penilaian dengan melihat statistik kesehatan yang biasa disebut dengan PSG tidak langsung karena tidak menilai individu secara langsung. Kelompok terakhir, penilaian dengan melihat variabel ekologi (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2013).

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), penilaian pertumbuhan anak menggunakan pengukuran antropometri ada dua tipe, yaitu pertumbuhan dan ukuran komposisi tubuh yang dibagi menjadi pengukuran lemak tubuh dan massa tubuh yang bebas lemak. Penilaian pertumbuhan merupakan komponen esensial dalam surveilan kesehatan anak karena hampir setiap masalah yang berkaitan dengan fisiologi, interpersonal dan domain sosial dapat memberikan efek buruk pada pertumbuhan anak. Alat yang sangat penting untuk penilaian pertumbuhan adalah kurva pertumbuhan (*growth chart*), yang dilengkapi dengan alat timbangan yang akurat, papan pengukur, stadiometer dan pita pengukur.

Menurut Supariasa (2012), penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan secara antropometri. Secara umum antropometri artinya ukuran

tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh.

Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak di bawah kulit. Kombinasi dari beberapa parameter disebut Indeks Antropometri. Beberapa Indeks Antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Perbedaan penggunaan indeks tersebut akan memberikan gambaran prevalensi status gizi yang berbeda. Pengukuran stunting menggunakan tinggi badan menurut umur (TB/U) (Parii, 2014).

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur pada keadaan normal. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Penilaian status gizi ditentukan berdasarkan Z-Skor atau *Standard Deviation Score* (skor simpang baku) untuk indeks berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)

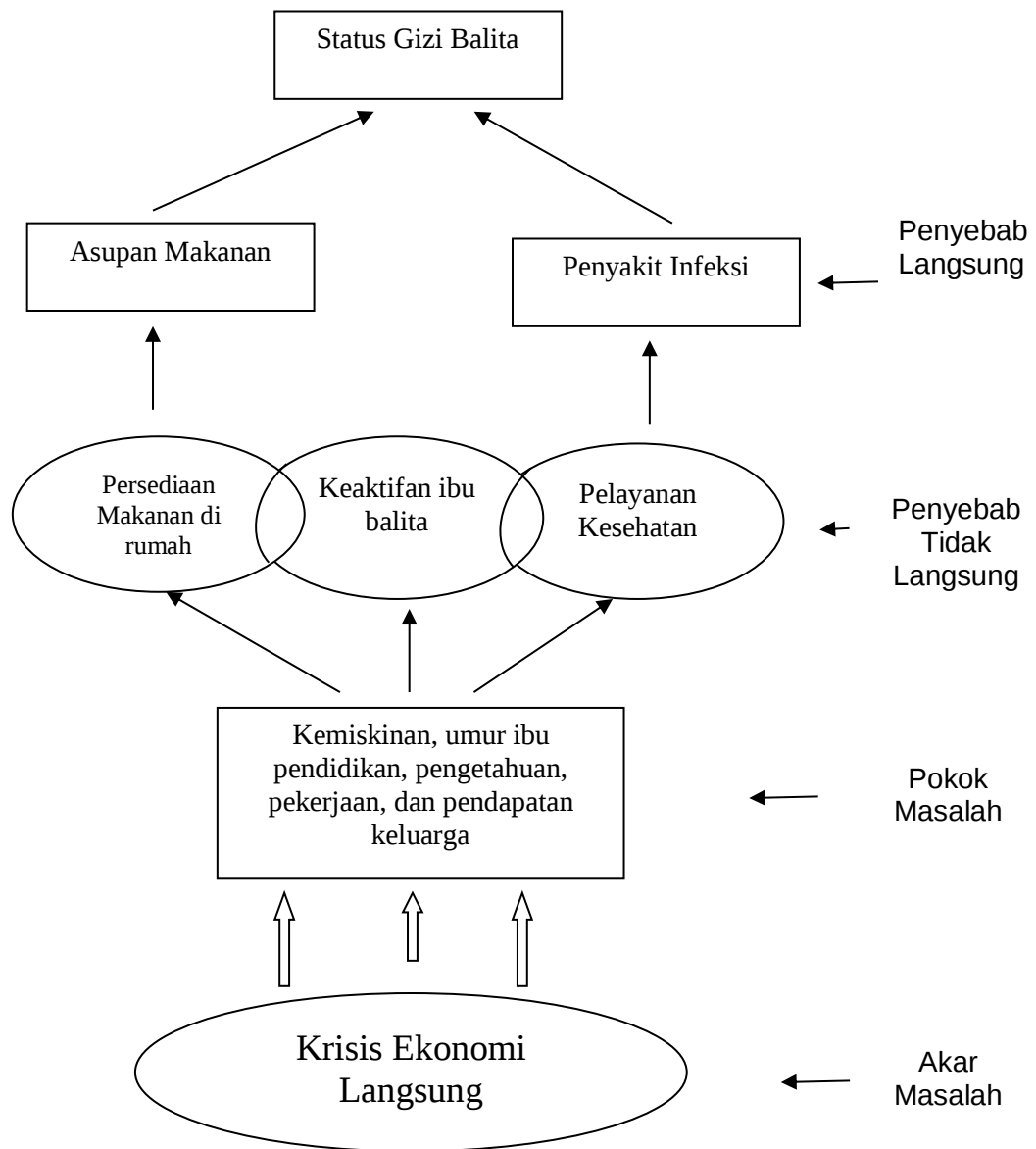
Menurut Kemenkes (2010) mengklasifikasikan status gizi pada tabel 1.1 di bawah ini.

Tabel 2.1. Kategori sesuai dengan klasifikasi status gizi

Sumber : SK Menkes Nomor : 1995/Menkes/SK/XII/2010

Indeks	Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	Gizi Buruk Gizi Kurang Gizi Baik Gizi Lebih	< -3 SD -3 SD sampai dengan - 2 SD -2 SD sampai dengan 2 SD > 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur atau (TB/U)	Sangat pendek Pendek Normal Tinggi	< -3 SD -3 SD sampai dengan < - 2 SD -2 SD sampai 2 SD > 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/TB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan	Sangat kurus Kurus Normal Gemuk	< -3 SD -3 SD sampai dengan < - 2 SD -2 SD sampai 2 SD > 2 SD

H. Kerangka Teori



Gambar 2.2.Kerangka Teori Faktor Penyebab Keadaan Gizi
Sumber : Supariasa (2012)

I. Kerangka konsep

Gambar 2.1 Kerangka Konsep



BAB III

METODE PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *Deskriptif* dengan pendekatan *cross sectional study* untuk mengetahui status gizi pada balita di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur

2. Waktu dan Tempat Penelitian

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei tahun 2019 di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur

3. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objektif penelitian (Arikunto, 2010) sedangkan populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan yang mempunyai balita di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur dan seluruh balita yang di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur.

2. Sampel

Sampel adalah keseluruhan yang mempunyai anak balita .Sedangkan sampel dalam penelitian adalah anak balita sebanyak total sampel.

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah pengambilan sampel yang memenuhi kriteria-kriteria dalam penelitian penelitian ini adalah

- 1) Anak umur 1-5 tahun
- 2) Tidak sedang sakit
- 3) Bersedia menjadi responden

4. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional Dan Kriteria Obyektif

No	Definisi Operasional	Kriteria Obyektif
1	Status gizi adalah keadaan tubuh anak usia 1 – 5 tahun bulan sebagai refleksi konsumsi makanan dan penggunaannya dalam tubuh yang diukur secara antropometri ditentukan berdasarkan indeks antropometri BB/U menurut dengan perhitungan nilai Z score Kemudian di bandingkan dengan standar baku WHO-NCHS	- Baik: Jika nilai Z score ≥ -2 SD sampai + 2 SD - Kurang: Jika nilai Z score < -2 SD
2	Keaktifan ibu adalah ibu balita yang ikut berperan aktif dalam kegiatan posyandu dan memanfaatkan fasilitas kesehatan di posyandu Data di tersebut di peroleh dari buku register dan KMS	Aktif : jika datang empat bulan terakhir ke posyandu Tidak aktif : jika ibu datang kurang dari empat bulan terakhir posyandu

5. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Data Primer

- a. Data karakteristik anak meliputi :nama, umur dan jenis kelamin anak balita yang di dapat melalui ibu balita berdasarkan formulir identitas anak balita.
- b. Data karakteristik keluarga yang meliputi: nama, umur, pendidikan dan pekerjaan orang tua serta jumlah anggota keluarga di kumpulkan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner.
- c. Data status gizi anak balita diukur BB dengan menggunakan dacin dengan kapasitas 0,1 kg sedangkan TB menggunakan microtoise. Pengukuran tinggi badan dengan cara anak balita berdiri tegak lurus pada dinding yang datar dengan alat yang telah dipasang terlebih dahulu.
- d. Data keaktifan ibu dapat di lihat berdasarkan kuesioner yang telah di isi oleh ibu yang memiliki balita.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Kampung Nendali Distrik Sentani Timur meliputi:

- a. Gambaran Umum Lokasi.
- b. Jumlah Balita
- c. Data hasil penimbangan balita.

6. Instrumen Penelitian

1. Timbangan Digital
2. Microtoa
3. Komputer/leptop

7. Jenis dan Penyajian Data

Hasil kuesioner penelitian kemudian dikumpulkan untuk selanjutnya

1. Jenis Data

Data yang di peroleh dari pengumpulan data berat badan dan tinggi badan di olah dengan nutriclin 2008.

2. Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, diolah serta dianalisis, selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel dan diikuti dengan penjelasan.

8. Analisa Data

Analisa data yang digunakan adalah analisa secara bivariant untuk mengetahui status gizi pada balita di Kampung Nendali Distrik Sentani Timur

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran umum lokasi penelitian

a. Keadaan Geografis

Kampung Nendali dengan luas wilayah 5.672 Km² merupakan salah satu dari 7 (tujuh) kampung yang termasuk dalam wilayah administratif Distrik Sentani Timur - Kabupaten Jayapura, dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara berbatasan dibatasi oleh Distrik Rafenirara
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan danau Sentani
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan kelurahan Sentani Kota
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan kampung Nolakla

Kampung Nendali terletak disebelah Timur kota Sentani dengan jarak sekitar 10 km yang dapat dicapai dalam waktu 20 menit mempergunakan kendaraan roda dua dan/atau roda empat dengan kecepatan normal.

b. Kampung Nendali memiliki 2 Posyandu berikut :

1. Posyandu Rajawali
2. Posyandu Bintang Mas

2. Karakteristik Sampel

Tabel 4.1 distribusi sampel Berdasarkan Umur Balita, Ayah, Ibu Dan Jenis Kelamin, Pendidikan Orang Tua, Pekerjaan Orang Tua, Jumlah Saudara.

No	Variable	Jumlah	
		n	%
1	Umur sampel :		
	12-24 bulan	25	46.29
	25-36 bulan	10	18.51
	37-48 bulan	16	29.62
	49-60 bulan	3	5.55
	Jumlah	54	100
2	Umur		

	Ayah :		
	20-35 tahun	37	68.5
	36 > tahun	13	24
	Jumlah	54	92.5
	Ibu :		
	20-35 tahun	44	81.4
	36 > tahun	3	5.5
	Jumlah	54	86.9
2	Jenis kelamin :		
	Laki-laki	31	57.40
	Perempuan	23	42.29
	Jumlah	54	100
3	Pendidikan ayah		
	Tidak sekolah	4	7.4
	SMP	2	3.7
	SMA	39	72.2
	Perguruan tinggi	9	16.6
	Jumlah	54	100
4	Pendidikan Ibu		
	SMP	5	9.2
	SMA	47	87.03
	Perguruan tinggi	2	3.7
	Jumlah	54	100
5	Pekerjaaan Ayah		
	tidak bekerja	4	7.4
	PNS	5	9.2
	Swasta	38	70.3
	TNI/POLRI	2	3.7
	Nelayan	2	3.7
	Petani	3	5.5
	Jumlah	54	100
	Pekerjaan Ibu		
	IRT	48	88.8
	PNS	3	5.55
	Swasta	3	5.55
	Jumlah	54	100
6	Jumlah saudara :		
	1-3	47	87.03
	>4	7	12.9
	Jumlah	54	100

7 Keaktifan

Aktif	41	75.9
Tidak aktif	13	24.07
Jumlah	54	100

Sumber : Data Primer (2019)

3. Hasil Penelitian

a. Keaktifan ibu balita ke posyandu

Dari 54 responden yang diteliti tentang keaktifan ibu balita diketahui sebagian besar ibu balita dikategorikan ibu balita aktif dalam membawa anak ke posyandu sebanyak 41 orang (79.9 %). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.2 distribusi keaktifan ibu ke posyandu

No	Variable	Jumlah	
		n	%
1	Aktif	41	79.92
2	Tidak aktif	13	24.07
	Jumlah	54	100

Sumber : Data Primer (2019)

Berdasarkan tabel di atas dapat di lihat bahwa ibu balita yang memiliki keaktifan ke posyandu baik sebanyak 41 sampel (79.92%), dan yang kurang aktif sebanyak 13 sampe (24.07 %)

1. Pendidikan dan keaktifan ibu ke posyandu

Dari 54 responden yang diteliti berdasarkan Pendidikan dan keaktifan ibu ke posyandu menunjukkan bahwa pendidikan terakhir SMA yang lebih aktif keposyandu yaitu 35 orang dari 47 responden. untuk lebih jelas dapat di lihat pada Tabel 4.6 Crosstab

Pendidikan	n	Keaktifan Ibu Keposyandu			
		Aktif	%	Tidak Aktif	%
Tidak sekolah	-	-	-	-	-
SD	-	-	-	-	-
SMP	5	4	10	1	7.1
SMA	47	35	87.5	12	85.7
Perguruan Tinggi	2	1	2.5	1	7.1
Jumlah	54	40	100	14	100

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel di atas dapat di lihat bahwa ibu yang aktif ke posyandu paling banyak yaitu memiliki pendidikan terakhir yaitu SMA 45 orang (87.5 %) dan yang paling sedikit yaitu Perguruan Tinggi 2 orang (2.5 %).

b. Status Gizi anak balita

Dari 54 sampel yang diteliti tentang status gizi balita berdasarkan BB/U diketahui sebagian besar balita dikategorikan yang mempunyai status gizi baik sebanyak 43 anak (79.6 %). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.3 distribusi status gizi sampel.

Tabel 4.3 Distribusi Status Gizi Sampel

No	Status Gizi (BB/U)	n	%
	Baik	48	88.88
	Kurang	6	11.1
	Jumlah	54	100

Sumber :Data Primer (2019)

Berdasarkan Tabel diatas menunjukan Bahwa sebagian besar dalam kategori baik 48 anak (88.88 %) dan yang status gizi kurang sebanyak 6 anak (11.1%),

c. keterkaitan ibu ke posyandu dengan status gizi

Dari 54 sampel yang diteliti keaktifan ibu ke posyandu berdasarkan status gizi ibu yang aktif ke posyandu sebanyak 42 sampel dan status gizi baik (77.7%). Dan yang tidak aktif ke posyandu sebanyak 12 sampel dan status gizi kurang (22.2 %). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada Tabel 4.5 crosstab. di bawah.

Keaktifan ibu ke posyandu	N	Status gizi			
		baik		kurang	
		n	%	n	%
Aktif	41	42	77,7	5	83.3
Tidak aktif	13	12	22,2	1	16.6
Jumlah	54	54	100	6	100

Sumber : Data primer 2019

Berdasarkan Tabel diatas menunjukan Bahwa sebagian besar ibu yang aktif ke posyandu memiliki balita yang status gizi baik.

B. Pembahasan

1. keaktifan ibu ke posyandu

Keaktifan Ibu ke posyandu Posyandu Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat keaktifan ibu balita ke posyandu terbanyak adalah yang aktif ke posyandu yaitu 47 responden (73,4%).

Berdasarkan hasil observasi bahwa tingkat keaktifan ibu balita ke posyandu yang aktif dapat diketahui melalui buku KMS atau kunjungan dalam 4 bulan terakhir, hal ini juga didukung oleh jawaban kuisisioner dari responden dimana mereka mengatakan bahwa mereka mempunyai keinginan untuk membawa anak mereka ke posyandu,

Adapun berdasarkan wawancara langsung, faktor utama ibu balita tidak ke posyandu yaitu karena mereka terlalu sibuk dengan urusan pekerjaan rumah tangga serta jarak antara rumah dan posyandu.

10 Menurut Asdhany (2012) adanya kesibukan ibu bekerja atau kesibukan lainnya (mengurus rumah dan kesibukan lain diluar rumah selain bekerja) dan jarak tempuh rumah dengan tempat penyelenggaraan posyandu tentu dapat menyebabkan ibu balita berhalangan hadir disaat kegiatan posyandu diselenggarakan.

Partisipasi masyarakat dalam penimbangan di posyandu digambarkan dalam perbandingan jumlah balita yang ditimbang dengan jumlah balita seluruhnya. Semakin tinggi partisipasi masyarakat dalam penimbangan di posyandu maka semakin baik pula data yang dapat menggambarkan status gizi

balita (Ismawati, 2010)¹¹

Dalam meningkatkan tingkat partisipasi ibu balita untuk datang ke posyandu diperlukan kerja lebih keras dari pada kader-kader posyandu yang berada di desa tersebut yaitu dengan memberikan informasi untuk meningkat pengetahuan ibu, sehingga ibu balita dapat berperilaku sesuai dengan, yakni bersedia untuk berpartisipasi dalam kegiatan posyandu. Cara lain untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat dalam kegiatan posyandu, terutama ibu balita dapat dilakukan melalui metode partisipasi dengan persuasi dan edukasi, yakni partisipasi yang didasari pada kesadaran, sulit ditumbuhkan dan akan memakan waktu yang lama. Tetapi bila tercapai hasilnya akan mempunyai rasa memiliki dan rasa

memelihara. Partisipasi ini dimulaidengan penerangan, pendidikan dan sebagainya, baik secara langsung maupun tidak langsung. (Yogiswara , 2011)¹²

2. Status gizi

Berdasarkan tabel terlihat bahwa responden yang memiliki balita dengan status gizi baik berjumlah 43 responden (79,6 %). Menurut asumsi peneliti, ibu yang memiliki balita berstatus gizi baik disebabkan karena mereka aktif ke posyandu. Jika aktif dalam posyandu, maka ibu balita dapat memantau pertumbuhan dari anak balitanya dan jika terdapat gangguan kesehatan maka ibu balita dapat mendeteksi sedini mungkin permasalahan tersebut. Status gizi kurang berjumlah 6 responden (11,1%) menurut peneliti ibu yang memiliki balita berstatus gizi kurang disebabkan karena tidak aktif ke posyandu. Hal ini disebabkan karena minimnya pengetahuan ibu balita terhadap pentingnya untuk selalu datang ke posyandu. Karena dengan pergi ke posyandu ibu balita dapat mencegah terjadinya masalah gizi terhadap anak balitanya, tetapi hal tersebut diabaikan oleh para ibu balita.

Balita yang bersatatus gizi kurang selain karena tingkat keaktifan ibu balita yang kurang, hal ini juga terjadi karena sebagian besar kepala keluarga dari masing-masing ibu balita menggantungkan hidup mereka sebagai nelayan, petani dan tidak bekerja. Hal ini menyebabkan pendapatan yang diperoleh tidak tetap dan relatif kurang sehingga hanya dapat memenuhi makanan pokok tetapi tidak dapat memenuhi makanan tambahan. Berdasarkan hasil observasi ibu-ibu balita yang memiliki anak dengan status gizi kurang

Perbedaan status gizi anak memiliki pengaruh yang berbeda pada setiap pertumbuhan anak, apabila jika gizi yang dikonsumsi tidak terpenuhi dengan baik maka pertumbuhan anak akan terhambat. Apabila anak mengalami kekurangan gizi akan berdampak pada pertumbuhan anak yaitu meliputi berat badan, tinggi badan, atau panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan dan panjang tungkai, dibandingkan dengan anak yang memiliki status gizi baik Gibson (dalam Rahardjo, 2014)¹³

Permasalahan tentang gizi akan teratasi apabila ibu memiliki kesadaran dan kemauan untuk berpartisipasi dalam setiap kegiatan posyandu, yakni dengan membawa anak balitnya untuk melakukan penimbangan secara teratur setiap bulannya agar kader posyandu dan petugas kesehatan dapat memantau pertumbuhan dan status gizi dari anak tersebut (Asdhany, 2012)¹⁴

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Karakteristik ibu balita di Kampung Nendali adalah umur 20-35 tahun (68.5%), pendidikan (87.03%) dan pekerjaan Ibu Rumah Tangga sebanyak (88.8%)
2. Karakteristik balita di Kampung Nendali adalah 12-24 bulan (46,29 %), 25-36 bulan (18,51 %), 37-48 bulan (29,62) % dan 49-60 bulan (5,5 %)
3. Keaktifan ibu yang membawa anaknya ke posyandu adalah baik (79.92 %)
4. Status gizi balita di Kampung Nendali adalah baik (79.6%).
5. Keaktifan ibu balita di Kampung Nendali yang membawa anaknya ke posyandu lebih banyak (79.92 %) dengan status gizi balita baik di Kampung Nendali (77,7 %).

B. Saran

1. Bagi Ibu balita di Kampung Nendali walau pun keaktifan ibu balita ke posyandu sudah membaik (75,9 %), namun ada beberapa Ibu balita yang tidak aktif ke posyandu (20,08%) yang kurang memanfaatkan posyandu
2. Perlu adanya kebijakan dari pihak puskesmas kepada kader untuk dapat memperhatikan insentif (tidak hanya berupa Rupiah/uang tetapi juga prioritas kesehatan kepada kader)
3. Dengan ini kader dapat termotivasi untuk mengajak masyarakat ke posyandu.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier,Sunita.2011. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*.Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ambarwati dan Nasution, 2012. *KesehatanAnak*.Jakarta; RinekaCipta.
- Maryunani, 2013. *IlmuKesehatanAnak*. Jakarta: EGC.
- Proverawati dan Kusumawati, 2012. *Buku Ajar Gizi Untuk Keperawatan*. Nuha Medika, Yogyakarta.
- Badriah S, 2013. ***Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi***. Yogyakarta: Nuha Medika
- Data DinasKesehatan Provinsi Papua tahun 2014. Profil Kesehatan Provinsi Papua.
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat. ***Gizi dan Kesehatan Masyarakat***. Jakarta: Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Masyarakat. 2013.
- FAO, 2016. *Nutrient State for Child*. <http://www.fao.com>. diakses 20 Agustus 2017
- Kemenkes RI, 2012. PedomanPenilaian Status Gizi.<Http://www.kemenkesri.go.id>.diakses 20 Agustus 2017.
- Kemenkes RI, 2013. Panduan PAGT bagipetugas. <http://www.kemenkesri.go.id>. Diakses 20 Agustus 2017.
- Marmi dan Rahardjo,2012.*Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Marmi, 2013. PengantarPsikologiPerkembanganAnak.Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Saryono&Anggraeni, 2010.*MetodePenelitianKualitatifdanKuantitatif*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Supariasa, 2012. Penjilaian Status Gizi. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo S, 2012. *MetodePenelitianKesehatan*. Jakarta: RinekaCipta.

KUESIONER PENELITIAN

GAMBARAN KEAKTIFAN IBU YANG KE POSYANDU DI KAITKAN STATUS GIZI ANAK BALITA DI KAMPUNG NENDALI, DISTRIK SENTANI TIMUR

FORMULIR I : IDENTITAS

Nomor Responden :

--	--	--

A. Identitas Subjek

Nama Balita : _____

Jenis kelamin : ☐ Laki – laki ☐ Perempuan

Jumlah saudara :orang

Tanggal lahir / Umur :

Tinggi badan : cm

Berat badan :Kg

B. Identitas Orang Tua

	Ibu	Ayah
Nama (inisial)		
Umur		
Pendidikan		
Pekerjaan		