

HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN PERKEMBANGAN MOTORIK KASAR PADA ANAK USIA 2-3 TAHUN DI POSYANDU WILAYAH KERJA PUSKESMAS SITU UDIK¹

Dewi Nopitasari²

Akademi Kebidanan Wijaya Husada

ABSTRAK

Menurut UNICEF Tahun 2011 didapat data masih tingginya angka kejadian gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia balita khususnya gangguan perkembangan motorik didapatkan (27,5%) atau 3 juta anak mengalami gangguan.

Untuk mengetahui Hubungan Status Gizi Dengan Perkembangan Motorik Kasar Pada Anak Usia 2-3 Tahun Di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik.

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik pada bulan Oktober 2017-Oktober 2018 dengan total sampel 114 anak yang berusia 2-3 Tahun menggunakan teknik pengambilan sampel menggunakan rumus slovin. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner demografi, lembar observasi DDST II, timbangan berat badan yang sudah disediakan. Sedangkan teknik analisis data dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Berdasarkan status gizi yang memiliki gizi kurang diantaranya 22 anak (29,7%) dengan perkembangan motorik normal, 43 anak (58,1%) mengalami suspek, dan 9 anak (12,2%) tidak dapat diuji. Anak yang memiliki gizi baik diantaranya 21 anak (56,8%) dengan perkembangan motorik kasar normal, 10 anak (27,0%) mengalami suspek, 6 anak (16,2%) tidak dapat diuji. Anak yang memiliki gizi lebih diantaranya 2 (66,7%) anak dengan perkembangan motorik kasar normal, 1 (33,3%) anak mengalami suspek. Didapat nilai uji statistik = 0,026 yang berarti terdapat hubungan bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik.

Kata Kunci : Status Gizi, Perkembangan Motorik Kasar

ABSTRACT

According to UNICEF in 2011, data of the high number of growth and development disorder in children under five was obtained, especially motor development disorder where (27.5%) or 3 million children had disorder.

This research aims to determine the Correlation of Nutritional Status and Gross Motor Development in 2-3 Year Old Children at Maternal and Child Health Service in Situ Udik Community Health Center Working Area.

This is an analytic research with cross-sectional research design. This research was conducted at Maternal and Child Health Service at Situ Udik Community Health Center in October 2017-October 2018 with total sample of 114 2-3 year old children by implementing Slovin formula for the sampling. The instruments used were demographic questionnaire, DDST II observation sheet, and weight scale that had been provided. Furthermore, univariate and bivariate analysis were applied in analyzing the data.

Based on nutritional status, children who had malnutrition were 22 children (29.7%) with normal motor development, 43 children (58.1%) were suspected abnormal motor development, and 9 children (12.2%) who could not be tested. Children who had good nutrition were 21 children (56.8%) with normal gross motor development, 10 children (27.0%) were suspected, and 6 children (16.2%) who could not be tested. Children who had overnutrition were 2 children (66.7%) with normal gross motor development, 1 (33.3%) child were suspected abnormal motor development. In addition, the statistical test value = 0.026 obtained meaning that nutritional status has significant correlation with gross motor development in 2-3 year old children at Maternal and Child Health Service in Situ Udik Community Health Center Working Area.

Keywords : Nutritional Status, Gross Motor development

PENDAHULUAN

Nutrisi adalah salah satu komponen yang penting dalam menunjang keberlangsungan proses pertumbuhan dan perkembangan. Dalam nutrisi terdapat kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin dan air.⁽¹⁾

Anak yang mendapatkan asupan gizi yang baik biasanya terlihat lebih aktif dan cerdas, sedangkan anak yang mendapatkan asupan gizi yang kurang akan menyebabkan gangguan perkembangan karena mempengaruhi tingkat kecerdasan dan perkembangan otak.⁽²⁾

Otak mempunyai pengaruh yang sangat menentukan bagi perkembangan aspek-aspek perkembangan individu lainnya, baik keterampilan motorik, intelektual, emosional, sosial, moral maupun kepribadian. Pertumbuhan otak yang normal (sehat) berpengaruh positif bagi perkembangan aspek-aspek lainnya. Sedangkan apabila pertumbuhan tidak normal (karena pengaruh penyakit atau kurang gizi) cenderung akan menghambat perkembangan aspek-aspek tersebut.

Mengenai pentingnya gizi bagi pertumbuhan otak, dari beberapa hasil penelitian pada hewan membuktikan bahwa gizi yang buruk (malnutrisi) yang diderita induk hewan mengakibatkan sel otak janin lebih sedikit daripada janin yang induknya yang tidak mengalami mal nutrisi. Pada manusia, kekurangan gizi pada ibu hamil mengakibatkan berat badan bayi sangat rendah (berkaitan erat dengan angka kematian yang tinggi) dan perkembangan yang buruk.

Semakin matangnya perkembangan sistem syaraf otak yang mengatur otot memungkinkan

berkembangnya kompetensi atau keterampilan motorik anak. Keterampilan motorik ini dibagi dua jenis, yaitu (a) Keterampilan atau gerakan kasar, seperti berjalan, berlari, melompat, naik dan turun tangga : dan (b) Keterampilan motorik halus atau keterampilan memanipulasi, seperti menulis, menggambar, memotong, melempar, dan menangkap bola, serta memainkan benda-benda atau alat-alat maianan.

Perkembangan merupakan perubahan yang kontinyu dalam diri individu mulai dari lahir sampai mati. Perkembangan menuju tingkat kedewasaan atau kematangan yang berlangsung secara sistematis, progresif, berkesinambungan, baik menyangkut fisik (jasmani) maupun psikis (rohaniah).⁽³⁾

Perkembangan tidaklah terbatas pada pengertian pertumbuhan yang semakin membesar, melainkan didalamnya juga terkandung serangkaian perubahan yang berlangsung secara terus menerus dan bersifat tetap dari fungsi-fungsi jasmaniah dan rohaniah yang dimiliki individu menuju tahap kematangan melalui pertumbuhan, pemasakan, dan belajar.⁽⁴⁾

Dalam diri anak terdapat hasrat dasar untuk mempertahankan dan mengembangkan diri. Hasrat mempertahankan diri terlihat dalam bentuk-bentuk nafsu makan dan minum, menjaga keselamatan diri. Sedangkan hasrat mengembangkan diri terlihat dalam hasrat ingin tahu, mengenal lingkungan, ingin bergerak, kegiatan bermain-main dan sebagainya. Hasrat-hasrat dasar ini dapat mengembangkan pembawaan jasmani (urat-urat, saraf, kaki, tangan, kepala, dan lain-lain) serta pembawaan

rohani (fantasi, kehendak, pikiran, perasaan, dan lain-lain).

Perkembangan motorik sangat penting bagi perkembangan aspek-aspek lainnya. Gangguan dalam perkembangan motorik dapat menghambat kemampuan menyesuaikan diri sehingga mengakibatkan perasaan rendah diri. Gangguan motorik ini dapat disebabkan oleh kurang berfungsinya organ-organ fisik, tetapi juga oleh gangguan psikis, seperti gangguan emosi, karena mendapat bentakan-bentakan dari orangtua yang sangat mengejutkan anak.⁽³⁾

Seorang anak dapat mengalami keterlambatan perkembangan di hanya satu ranah perkembangan saja, atau dapat pula di lebih dari satu ranah perkembangan. Keterlambatan perkembangan umum atau *global developmental delay* merupakan keadaan keterlambatan perkembangan yang bermakna pada dua atau lebih ranah perkembangan. Sekitar 5 hingga 10% anak diperkirakan mengalami keterlambatan perkembangan. Data angka kejadian keterlambatan perkembangan umum belum diketahui dengan pasti, namun diperkirakan sekitar 1-3% anak di bawah usia 5 tahun mengalami keterlambatan perkembangan umum.⁽⁵⁾

Pada tahun 2012, WHO memperkirakan bahwa anak-anak yang kekurangan gizi sejumlah 181,92 juta (32%) di Negara yang sedang berkembang. Jumlah penderita kurang gizi di dunia mencapai 104 anak di bawah usia 5 tahun, dan keadaan kurang gizi menjadi penyebab sepertiga dari seluruh penyebab kematian anak di seluruh dunia. Pada tahun 2013, WHO melaporkan bahwa 99 juta anak di bawah usia 5 tahun menderita kurang gizi di dunia diantaranya 67 % terdapat di Asia dan 29 % di Afrika.⁽⁶⁾

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, prevalensi berat-kurang pada tahun 2013 adalah 19,6 %, terdiri dari 5,7 % gizi buruk dan 13,9 % gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4 %) dan tahun 2010 (17,9 %) terlihat meningkat. Perubahan terutama pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4 % tahun 2007, 4,9 % pada tahun 2010, dan 5,7 % tahun 2013. Sedangkan prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9 % dari 2007 dan 2013. Untuk mencapai sasaran MDGs tahun 2015 yaitu 15,5 % maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4,1 % dalam periode 2013 sampai 2015.⁽⁷⁾

Diantara 33 provinsi di Indonesia, 19 provinsi memiliki prevalensi balita kekurangan gizi diatas angka prevalensi nasional yaitu berkisar antara 19,6 % sampai dengan 33,1 %. Atas dasar sasaran MDGs 2015. Pada tahun 2013, secara nasional prevalensi kekurangan gizi pada anak balita sebesar 19,6 % yang berarti masalah kekurangan gizi pada balita di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat mendekati prevalensi tinggi. Di provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi balita kekurangan gizi sebesar 15,7 % sudah berada dibawah prevalensi nasional sebesar 19,6 % dan 85 balita terkena gizi buruk di Daerah Kabupaten Bogor pada tahun 2013.⁽⁸⁾

Berdasarkan Data Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2016. Di provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi balita kekurangan gizi sebesar 2,4 % , Gizi Kurang 12,1 %, Gizi Baik 84,2 %, Gizi Lebih 1,3 %.⁽⁹⁾

Menurut UNICEF Tahun 2011 didapat data masih tingginya angka kejadian gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia balita khususnya gangguan perkembangan

motorik didapatkan (27,5%) atau 3 juta anak mengalami gangguan. Balita di Indonesia tahun 2011 Sekitar 16% di laporkan mengalami gangguan perkembangan berupa gangguan kecerdasan akibat gangguan perkembangan otak, gangguan pendengaran dan gangguan motorik.⁽¹⁰⁾

Status Gizi (*Nutrition Status*) adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran secara langsung (pengukuran yang langsung kepada individu terkait) dan secara tidak langsung (melalui hal lain selain individu tersebut).⁽¹¹⁾

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab mendasar. Terdapat dua penyebab langsung gizi buruk, yaitu asupan gizi kurang dan penyakit infeksi. Kurangnya asupan gizi dapat disebabkan karena terbatasnya jumlah asupan makanan yang dikonsumsi atau makanan yang tidak mempengaruhi unsur gizi yang dibutuhkan. Sedangkan infeksi penyebab rusaknya beberapa fungsi organ tubuh sehingga tidak bisa menyerap zat-zat makanan secara baik.

Penyebab tidak langsung gizi buruk yaitu tidak cukup pangan, pola asuh yang tidak memadai, dan sanitasi, air bersih/pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai. Penyebab mendasar atau akar masalah gizi buruk adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk bencana alam, yang mempengaruhi ketersediaan pangan, pola asuh dalam keluarga dan pelayanan kesehatan serta sanitasi yang memadai, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita.⁽¹²⁾

Motorik kasar adalah kemampuan gerak tubuh yang menggunakan otot-otot besar, sebagian besar atau seluruh anggota tubuh motorik kasar diperlukan agar anak dapat duduk, menendang, berlari, naik turun tangga dan sebagainya.⁽¹³⁾

Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan motorik kasar terbagi menjadi tiga bagian, yaitu : Faktor Hereditas, Faktor Lingkungan (Faktor prenatal : Lingkungan mekanis, zat kimia atau toksin, hormonal), (Faktor postnatal : Budaya lingkungan, status sosial ekonomi, status gizi, iklim dan cuaca, olahraga atau latihan fisik, posisi anak dalam keluarga, status kesehatan), Faktor hormonal (hormon somatotropin, tiroid, dan glukokortikoid).⁽¹⁴⁾

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 66 (2014) tentang pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak menetapkan bahwa pasal 3 ayat (1) yaitu pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak merupakan bagian dari kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan terhadap bayi, anak balita, dan anak prasekolah. Pasal 3 ayat (2) yaitu pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak dilakukan untuk meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak usia dini dan kesiapan anak memasuki jenjang pendidikan formal. Dan pasal 3 ayat (3) pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak diarahkan untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi, kognitif, mental, dan psikososial anak.⁽¹⁵⁾

Di Unit Pelayanan Fungsional Puskesmas Situ Udik terdiri dari 4 desa yaitu Desa Situ Udik, Desa Situ Ilir, Desa Sukamaju, dan Cemplang, dimana pada tahun 2014 terdiri atas

3566 balita terdapat 35 balita mengalami gizi sangat kurang, 295 balita mengalami gizi kurang, 3194 balita mengalami gizi normal, dan 42 balita mengalami gizi lebih.

Di Unit Pelayanan Fungsional Puskesmas Situ Udik terdiri dari 4 desa yaitu Desa Situ Udik, Desa Situ Ilir, Desa Sukamaju, dan Cemplang, dimana pada tahun 2014 terdiri atas 3566 balita terdapat 49,38% mengalami perkembangan motorik kasar normal, dan terdapat 50,61% mengalami perkembangan motorik kasar yang meragukan.

Di Unit Pelayanan Fungsional Puskesmas Situ Udik terdiri dari 4 desa yaitu Desa Situ Udik, Desa Situ Ilir, Desa Sukamaju, dan Cemplang, dimana pada tahun 2015 terdiri atas 3962 balita terdapat 33 balita mengalami gizi sangat kurang, 242 balita mengalami gizi kurang, 3557 balita mengalami gizi normal, dan 130 balita mengalami gizi lebih.

Di Unit Pelayanan Fungsional Puskesmas Situ Udik terdiri dari 4 desa yaitu Desa Situ Udik, Desa Situ Ilir, Desa Sukamaju, dan Cemplang, dimana pada tahun 2015 terdiri atas 3962 balita terdapat 49,74% mengalami perkembangan motorik kasar normal, dan terdapat 50,25% mengalami perkembangan motorik kasar yang meragukan.

Di Unit Pelayanan Fungsional Puskesmas Situ Udik terdiri dari 4 desa yaitu Desa Situ Udik, Desa Situ Ilir, Desa Sukamaju, dan Cemplang, dimana pada tahun 2016 terdiri atas 4098 balita terdapat 53 balita mengalami gizi sangat kurang, 350 balita mengalami gizi kurang, 3573 balita mengalami gizi normal, dan 122 balita mengalami gizi lebih.

Di Unit Pelayanan Fungsional Puskesmas Situ Udik terdiri dari 4 desa yaitu Desa Situ Udik, Desa Situ Ilir, Desa Sukamaju, dan

Cemplang, dimana pada tahun 2016 terdiri atas 4098 balita terdapat 49,51% mengalami perkembangan motorik kasar normal, dan terdapat 50,48% mengalami perkembangan motorik kasar yang meragukan.⁽¹⁶⁾

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada 10 responden berusia 2 tahun didapatkan 4 (40 %) anak dengan gizi baik, 4 (40 %) anak dengan gizi kurang, 1 (10 %) anak dengan gizi buruk dan 1 (10 %) anak dengan gizi lebih. Dari 10 responden, 7 (70 %) anak berusia 2 tahun mengalami perkembangan motorik kasar yang lambat dan 3 (30 %) anak berusia 2 tahun mengalami perkembangan motorik kasar yang normal.

Dari uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Status Gizi Dengan Perkembangan Motorik Kasar Pada Anak Usia 2-3 Tahun Di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik”.

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Status Gizi Dengan Perkembangan Motorik Kasar Pada Anak Usia 2-3 Tahun Di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang akan dilakukan menggunakan jenis penelitian studi analitik yaitu penelitian yang terdiri atas variabel bebas dan variabel terikat yang membutuhkan jawaban mengapa dan bagaimana, dan penelitian ini biasanya menggunakan analisis statistik inferensial.⁽²⁸⁾

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan untuk mengetahui apakah

satu atau lebih faktor merupakan faktor risiko dari satu situasi masalah.⁽³⁰⁾

Variabel independen yaitu variabel yang sering disebut *stimulus, prediktor, antecedent*. Dalam bahasa Indonesia sering disebut sebagai variabel bebas. Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat).⁽³²⁾ Variabel Independen dalam penelitian ini adalah Status Gizi.

Variabel dependen sering disebut sebagai variabel *output*, kriteria, konsekuen. Dalam bahasa Indonesia sering disebut sebagai variabel terikat. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas.⁽³²⁾ Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Perkembangan Motorik Kasar.

Penelitian ini telah dilaksanakan di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik. Pada bulan Oktober 2017-Oktober 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah data balita dari seluruh ibu yang memiliki anak berusia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik yang berjumlah 160. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah secara simple random sampling. Teknik ini merupakan pengambilan sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan stara yang ada dalam populasi itu. Dengan teknik pengambilan sampel menggunakan rumus slovin.

<p>Rumus : $\frac{N}{1+N d^2}$</p>

Keterangan :
n = Besar Sampel

N = Jumlah Populasi
 d = Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0.05)

Untuk sampel sebagai control berjumlah 160 anak berusia 2-3 Tahun dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\frac{160}{1+160 \cdot 0,05^2}$$

Sehingga, sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 114 anak yang berusia 2-3 Tahun.

Pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data, dengan maksud agar data yang dikumpulkan memiliki sifat yang jelas. Adapun langkah-langkah dalam pengolahan data yaitu :

1. *Editing*, yaitu upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan.
2. *Coding*, yaitu kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori.
 - a. DDST II
 - 1) Normal jika tidak ada skor terlambat atau maksimal 1 peringatan

- 2) Suspek jika terdapat satu atau lebih sektor terlambat atau dua atau lebih peringatan
 - 3) Tak dapat diuji jika ada score menolak satu atau lebih item disebelah kiri garis umur atau bila menolak lebih dari satu item
- b. Status Gizi
- 1) Gizi Buruk : <-3 SD
 - 2) Gizi Kurang : -3 SD sampai dengan <-2 SD
 - 3) Gizi Baik : -2 SD sampai dengan 2 SD
 - 4) Gizi Lebih : >2 SD
3. *Entry Data*, yaitu kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel disesuaikan dengan teknik analisis yang digunakan.
4. *Tabulating*, yaitu menjumlahkan dan menyusun data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.⁽²⁸⁾

Analisis data yang dilakukan adalah :

1. Analisis Univariat

Merupakan analisa yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi tiap variabel yaitu Status Gizi (Variabel Independen) dengan Perkembangan Motorik Kasar (Variabel Dependen).⁽³¹⁾

$$\text{Rumus : } P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentase

f = Frekuensi

N = Jumlah Seluruh Populasi

2. Analisis Bivariat

Merupakan analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yaitu Status Gizi (Variabel Independen) dengan Perkembangan Motorik Kasar (Variabel Devenden) yang dilakukan dengan *Chi Square Test*.⁽³¹⁾

$$\text{Rumus : } \chi^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

χ^2 = Chi-Kuadrat

O = Nilai Observasi (Pengamatan)

E = Nilai *Expected* (Harapan)

HASIL PENELITIAN

1. Univariat

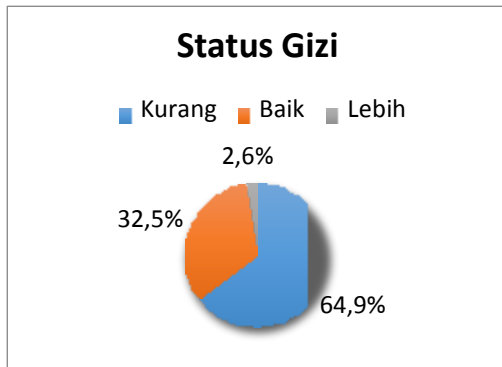
a. Status Gizi

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi status gizi pada anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik

Status Gizi	Jumlah	Presentase %
Kurang	74	64,9%
Baik	37	32,5%
Lebih	3	2,6%
Total	114	100%

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi status gizi pada anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik menunjukkan bahwa sebagian besar responden

tergolong dalam klasifikasi status gizi kurang yaitu 74 orang (64,9%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dari grafik sebagai berikut :



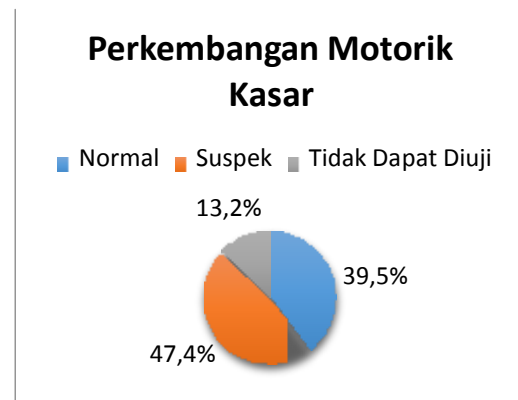
b. Mototik Kasar

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi perkembangan motorik kasar pada anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik

Perkembangan Motorik Kasar	Jumlah	Presentase %
Normal	45	39,5%
Suspek (Keterlambatan)	54	47,4%
Tidak Dapat Diuji	15	13,2%
Total	114	100%

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi perkembangan motorik kasar pada anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik menunjukkan bahwa sebagian besar responden tergolong dalam klasifikasi perkembangan motorik suspek yaitu 54 orang (47,4%).

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dari grafik sebagai berikut :



2. Bivariat

Tabel 4.3 Hubungan status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik

Status Gizi	Perkembangan Motorik Kasar						Total	P Value
	Normal		Suspek		Tidak Dapat Diuji			
	F	%	F	%	F	%		
Kurang	2	29,2	4	58,1	9	12,2	74	0,026
Baik	2	56,1	1	27,0	6	16,2	37	
Lebih	2	66,7	1	33,3	0	0	3	
Total	4	39,5	5	47,4	1	13,2	11	
	5	5	4	5	5	4	100	

Dari hasil analisis hubungan status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik dapat diketahui bahwa dari 114 responden terdapat 43 (58,1 %) anak dengan status

gizi kurang dan mengalami keterlambatan perkembangan motorik kasar (suspek).

Berdasarkan hasil uji statistik X^2 di peroleh $P Value = 0,026$ yang artinya $\leq 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H_a diterima yang berarti terdapat hubungan bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik.

PEMBAHASAN

a. Status Gizi

Status gizi adalah suatu keadaan kesehatan tubuh berkat asupan zat gizi melalui makanan dan minuman yang dihubungkan dengan kebutuhan.⁽¹⁷⁾

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab mendasar. Terdapat dua penyebab langsung gizi buruk, yaitu asupan gizi kurang dan penyakit infeksi. Kurangnya asupan gizi dapat disebabkan karena terbatasnya jumlah asupan makanan yang dikonsumsi atau makanan yang tidak mempengaruhi unsur gizi yang dibutuhkan. Sedangkan infeksi penyebab rusaknya beberapa fungsi organ tubuh sehingga tidak bisa menyerap zat-zat makanan secara baik.

Penyebab tidak langsung gizi buruk yaitu tidak cukup pangan, pola asuh yang tidak memadai, dan sanitasi, air bersih/pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai. Penyebab mendasar atau akar masalah gizi buruk adalah terjadinya

krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk bencana alam, yang mempengaruhi ketersediaan pangan, pola asuh dalam keluarga dan pelayanan kesehatan serta sanitasi yang memadai, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita.⁽¹²⁾

Dalam status gizi terdapat klasifikasi yang harus ada ukuran buku yang sering disebut *reference*. Klasifikasi status gizi tersebut diantaranya menggunakan standar deviasi, persen terhadap median dan juga persentil. Dalam metode penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.⁽¹¹⁾

Berikut Peneliti menggunakan klasifikasi status gizi dengan standar deviasi unit yang disebut juga Z-skor untuk meneliti dan memantau pertumbuhan. Standar deviasi yang digunakan yaitu berdasarkan berat badan menurut umur. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*Current Nutritional Status*). Penilaian status gizi dilakukan secara langsung yaitu dengan pengukuran antropometri BB/U.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 distribusi frekuensi status gizi pada anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik dapat diketahui bahwa dari 114 responden terdapat 74 (64,9%) anak gizi kurang, 37 (32,5%) anak gizi baik, dan 3 (2,6%) anak gizi lebih.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dari 114

responden terdapat 74 (64,9%) anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik lebih banyak yang mengalami status gizi kurang. Hal ini disebabkan pengetahuan orang tua yang kurang mengenai gizi sehingga orang tua anak tidak mengetahui dan memberikan asupan gizi yang baik pada anak serta anak pun perlu dibujuk karna sulit untuk diberi makan oleh orangtuanya. Dan terdapat anak yang menderita influenza serta diare sehingga faktor tersebut dapat mempengaruhi hasil dari status gizi pada anak.

Hasil penelitian diatas selaras dengan Aeda Ernawati pada tahun 2013 mahasiswa Universitas Diponegoro yang berjudul Hubungan Faktor Sosial Ekonomi, Higiene Sanitasi Lingkungan, Tingkat Konsumsi dan Infeksi dengan Status Gizi Anak Usia 2-5 Tahun Di Kabupaten Semarang. Penelitian ini sesuai dengan teori bahwa gizi dapat dipengaruhi oleh penyakit infeksi yaitu influenza dan diare.

b. Perkembangan Motorik Kasar

Motorik kasar adalah kemampuan motorik yang membutuhkan keseimbangan dan koordinasi antara anggota tubuh dengan otot-otot besar, seperti otot lengan atau tungkai.⁽²⁴⁾

Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan motorik kasar terbagi menjadi tiga bagian, yaitu : Faktor Herediter, Faktor Lingkungan (Faktor prenatal : Lingkungan mekanis, zat kimia atau toksin, hormonal), (Faktor postnatal : Budaya lingkungan, status sosial ekonomi,

status gizi, iklim dan cuaca, olahraga atau latihan fisik, posisi anak dalam keluarga, status kesehatan), Faktor hormonal (hormon somatotropin, tiroid, dan glukokortikoid).⁽¹⁴⁾

Berikut Peneliti menggunakan lembar DDST dalam observasi perkembangan motorik kasar anak. Dikarenakan peneliti memiliki responden berumur 2-3 Tahun, maka aspek perkembangan motorik kasar yang dinilai DDST yaitu latihan menghadapi rintangan, melompat jauh, melempar dan menangkap bola besar.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.2 distribusi frekuensi perkembangan motorik kasar pada anak usia 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik dapat diketahui bahwa dari 114 Responden terdapat 45 (39,5%) anak dengan perkembangan motorik kasar normal, 54 (47,4%) anak mengalami suspek, dan 15 (13,2%) anak tidak dapat diuji perkembangan motorik kasarnya.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dari 114 responden terdapat 54 (47,4%) anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik lebih banyak yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik kasar (suspek). Hal tersebut disebabkan status sosial ekonomi dalam keluarga sehingga faktor tersebut dapat mempengaruhi hasil dari perkembangan motorik kasar pada anak.

Hasil penelitian diatas selaras dengan Novita Milda Susanty pada tahun 2013

mahasiswa Universitas Diponegoro yang berjudul Hubungan Derajat Stunting, Asupan Zat Gizi dan Status Sosial Ekonomi Rumah Tangga dengan Perkembangan Motorik Anak Usia 24-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bugangan Semarang. Penelitian ini sesuai dengan teori yang peneliti buat. Penelitian ini sesuai dengan teori bahwa perkembangan motorik kasar dapat dipengaruhi oleh status sosial ekonomi yaitu adanya keluarga menengah dan keluarga miskin yang tidak memfasilitasi dalam kebutuhan perkembangan motoriknya seperti tidak membelikan mainan sebagai media motorik kasarnya dan tidak memberi asupan makanan yang bergizi yang mempengaruhi perkembangan motorik anak. Adapun keluarga dengan status sosial ekonomi menengah atas, orang tua lebih dini memberikan *gadget* kepada anak, sehingga anak cenderung lebih suka memainkan *gadget* dibandingkan melaukan stimulasi secara langsung.

c. Hubungan Status Gizi dan Perkembangan Motorik Kasar

Status gizi adalah suatu keadaan kesehatan tubuh berkat asupan zat gizi melalui makanan dan minuman yang dihubungkan dengan kebutuhan.⁽¹⁷⁾

Motorik kasar adalah kemampuan motorik yang membutuhkan keseimbangan dan koordinasi antara anggota tubuh dengan otot-otot besar, seperti otot lengan atau tungkai.⁽²⁴⁾

Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan motorik kasar terbagi menjadi tiga bagian, yaitu : Faktor Herediter, Faktor Lingkungan (Faktor prenatal : Lingkungan mekanis, zat kimia atau toksin, hormonal), (Faktor postnatal : Budaya lingkungan, status sosial ekonomi, status gizi, iklim dan cuaca, olahraga atau latihan fisik, posisi anak dalam keluarga, status kesehatan), Faktor hormonal (hormon somatotropin, tiroid, dan glukokortikoid).⁽¹⁴⁾

Berdasarkan data di atas, peneliti menganalisis hubungan status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 2-3 Tahun yang dapat diketahui bahwa dari 114 responden diantaranya terdapat 74 responden yang memiliki gizi kurang diantaranya 22 (29,7%) anak dengan perkembangan motorik normal, 43 (58,1%) anak mengalami suspek, dan 9 (12,2%) anak tidak dapat diuji, 37 responden yang memiliki gizi baik diantaranya 21 (56,8%) anak dengan perkembangan motorik kasar normal, 10 (27,0%) anak mengalami suspek, 6 (16,2%) anak tidak dapat diuji, 3 responden yang memiliki gizi lebih diantaranya 2 (66,7%) anak dengan perkembangan motorik kasar normal, 1 (33,3%) anak mengalami suspek.

Berdasarkan hasil uji statistik di peroleh P Value = 0,026 yang artinya $\leq 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima yang berarti terdapat hubungan bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan terdapat 43 (58,1) % anak status gizi kurang dan mengalami keterlambatan perkembangan motorik kasar (Suspek). Perkembangan motorik kasar yang terlambat disebabkan status gizi kurang sehingga hal tersebut mempengaruhi hasil penelitian.

Hasil penelitian diatas selaras dengan Mohammad Yogie Sutrisno pada tahun 2014 mahasiswa Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta yang berjudul Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar (*Cross Moror*) Pada Anak Usia 6 Sampai 24 Bulan Di Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) Desa Pari Kecamatan Mandalawangi Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten. Penelitian ini sesuai dengan teori bahwa status gizi dapat mempengaruhi perkembangan motorik kasar pada anak yaitu anak dengan status gizi kurang cenderung mengalami keterlambatan motorik kasar (*suspek*).

SIMPULAN

1. Status Gizi pada anak usia 2-3 tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik dapat diketahui bahwa dari 114 responden terdapat 74 (64,9%) anak gizi kurang, 37 (32,5%) anak gizi baik, dan 3 (2,6%) anak gizi lebih.
2. Perkembangan motorik kasar pada anak usia 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik dapat diketahui bahwa dari 114 Responden terdapat 45 (39,5%) anak dengan perkembangan motorik kasar normal, 54 (47,4%) anak mengalami suspek, dan 15 (13,2%) anak

tidak dapat diuji perkembangan motorik kasarnya.

3. Ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak usia 2-3 Tahun di posyandu wilayah kerja Puskesmas Situ Udik. Dapat disimpulkan bahwa anak yang memiliki status gizi baik maka perkembangan motorik kasar pun akan lebih baik, sedangkan anak yang memiliki status gizi yang tidak baik lebih berpotensi mengalami keterlambatan perkembangan motorik kasar (*suspek*). Berdasarkan hasil uji statistik di peroleh P Value = 0,026 yang artinya $\leq 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima yang berarti terdapat hubungan bermakna antara status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak 2-3 Tahun di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Situ Udik.

SARAN

Dari kesimpulan hasil penelitian diatas, dapat dikemukakan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Peneliti lebih banyak menggunakan sumber pustaka dari internet karena referensi buku dipustaka kurang lengkap. Oleh karena itu diharapkan pihak institusi dapat menambah referensi buku tentang perkembangan motorik kasar pada anak.

2. Bagi Pengguna

- a. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai peningkatan pelayanan yang berkualitas dengan pemantauan menggunakan KMS

maupun Observasi dengan DDST dan memberikan informasi tentang hubungan status gizi dengan perkembangan motorik kasar pada anak.

b. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dalam kajian yang akan datang dan dapat menjadi bahan untuk mendeteksi dini perkembangan motorik kasar pada anak.

c. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat lebih aktif dalam pemantauan tumbuh kembang anak dengan datang keposyandu serta menghadiri setiap kegiatan penyuluhan kesehatan salah satunya penyuluhan kesehatan mengenai perkembangan motorik kasar pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azis, A. 2008. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
2. Hasdianah, H.R., Siyoto, S., & Peristyowati, Y. 2014. *Gizi, pemanfaatan gizi, diet dan obesitas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
3. Yusuf, S. 2015. *Psikologi Perkembangan Anak & Remaja*. Bandung : PT.Remaja Rosdakarya.
4. Desmita. 2016. *Psikologi Perkembangan Peserta Didik*. Bandung : PT.Remaja Rosdakarya.
5. IDAI. 2013. *Mengenal Keterlambatan Umum pada Anak*. Diakses dari <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/mengenal-keterlambatan-perkembangan-umum-pada-anak> pada tanggal 27 Maret 2016.
6. World Health Organization. 2014. *World health statistic 2013*. France : World Health Organization.
7. Kementrian Kesehatan RI. 2013. Hasil Riskesdas 2013. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/hasil%20riskesdas%202013>. Diunduh 29 Februari 2016, 22:04:08.
8. Kementrian Kesehatan RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia 2014. http://www.diskes.jabarprov.go.id/application/modules/pages/files/KIA_PDF_FU_WEB_20132.pdf. Diunduh 01 Juni 2016, 19:32:08.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Profil Kesehatan Indonesia. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2016.pdf>. Diunduh 05 November 2017, 19:42:00.
10. Riset Kesehatan Dasar. 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.
11. Supariasa, I Dewa Nyoman dkk. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
12. Septikasari, Majestika. 2018. *Status Gizi Anak dan Faktor yang Mempengaruhi*. Yogyakarta : UNY Press.
13. Sunardi dan Sunaryo. 2007. *Intervensi Dini Anak Berkebutuhan Khusus*. Jakarta : Depdiknas.
14. Hidayat. 2015. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*. Jakarta : Salemba.
15. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI No. 66. 2014. Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak. <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/PMK%20No.%2066%20ttg%20Pemantauan%20Tumbuh%20Kembang%20Anak.pdf>. Diakses pada 10 Januari 2017.
16. Petugas Kesehatan Puskesmas Situ Udik Bogor. 2017. Data SDIDTK dan Status Gizi Balita.
17. Sutomo, B dan Anggraini.D.Y. 2010. *Makanan Sehat Pendamping ASI*. Jakarta : Demedia.
18. Almatsier, Sunita. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : PT Gramedia : Pustaka Utama.
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. <http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2011/11/buku-sk-antropometri-2010.pdf> Diunduh 15 Oktober 2017, 10:23:11.

20. Pandi, E. 2012. *Panduan Lengkap Makanan Balita*. Jakarta : Penebar Plus.
21. Saktiyono.2007. *IPA Terpadu SMP dan MTs Untuk Kelas VIII Semester 1*. Jakarta : Erlangga.
22. Puger. 2015. *Pertumbuhan dan Perkembangan Peserta Didik*. Malang : Gunung Samudera.
23. Eveline,dr.PN,IBCLC, Djamaludin, Nanang. 2010. *Panduan Pintar Merawat Bayi dan Balita*. Jakarta : PT Wahyu Media.
24. TIM Gelenia MCC. 2014. *Home Baby Spa*. Jakarta : Penerbit Plus.
25. Susanto. A. 2011. *Perkembangan Anak Usia Dini Pengantar Dalam Berbagai Aspek*. Jakarta: Kharisma Putra Utama.
26. Agus, Eka. 2011. *Perbedaan Motorik Kasar Pada Balita Usia 3-5 Tahun*. Jakarta : EGC.
27. Heru, Santoso. 2009. *Denver Development Screening Test*. Jakarta : EGC.
28. Hidayat, A. Aziz Alimul. 2011. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
29. Alhamda, Syukra. 2016.*Buku Ajar dan Statistik*. Yogyakarta : CV Budi Utama.
30. Buchari, Lapau. 2013. *Metode Penelitian Kesehatan (Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, Dan Disertasi)*. Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
31. Notoatmodjo, Soekidjo. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
32. Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
33. Ernawati, Aeda. 2013. Hubungan Faktor Sosial Ekonomi, Higiene Sanitasi Lingkungan, Tingkat Konsumsi Dan Infeksi Dengan Status Gizi Anak Usia 2-5 Tahun Di Kabupaten Semarang. Semarang : Universitas Diponegoro.
34. Susanti, Novita Milda. 2013. Hubungan Stunting, Asupan Zat Gizi dan Status Sosial Ekonomi Rumah Tangga dengan Perkembangan Motorik Anak Usia 24-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bugangan Semarang. Semarang : Universitas Diponegoro.
35. Sutrisno, Mohammad Yogie. 2014. Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar (*Cross Moror*) Pada Anak Usia 6 Sampai 24 Bulan Di Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) Dasa Pari Kecamatan Mandalawangi Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
36. Sri, Rahma Yeni. 2016. Hubungan Status Gizi dan Pola Asuh Orang Tua dengan Perkembangan Anak Usia Prasekolah di TK Melati Ikhlas. Padang : Universitas Andalas.