



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PRAKTIK PEMBERIAN MAKAN
DALAM KELUARGA DENGAN KEJADIAN SULIT MAKAN
PADA POPULASI BALITA DI KELURAHAN KUTO BATU
KOTA PALEMBANG**

TESIS

PUTRI WIDITA MUHARYANI

1006801001

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PRAKTIK PEMBERIAN MAKAN
DALAM KELUARGA DENGAN KEJADIAN SULIT MAKAN
PADA POPULASI BALITA DI KELURAHAN KUTO BATU
KOTA PALEMBANG**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan

PUTRI WIDITA MUHARYANI

1006801001

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Putri Widita Muharyani

NPM : 1006801001

Tanda Tangan :



Tanggal : 10 Juli 2012


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Putri Widita Muharyani
NPM : 1006801001
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan
Keperawatan Komunitas
Judul Tesis : Hubungan Praktik Pemberian Makan dalam
Keluarga dengan Kejadian Sulit Makan pada
Populasi Balita di Kelurahan Kuto Batu Kota
Palembang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Wiwin Wiarsih, MN.  (.....)

Pembimbing : Widyatuti, M. Kep., Sp. Kom.  (.....)

Penguji : Astuti Yuni Nursasi, MN.  (.....)

Penguji : Rahmawati, SKM., MKM.  (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2012

**HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Putri Widita Muharyani
NPM : 1006801001
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Ilmu Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**HUBUNGAN PRAKTIK PEMBERIAN MAKAN DALAM KELUARGA
DENGAN KEJADIAN SULIT MAKAN PADA POPULASI BALITA DI
KELURAHAN KUTO BATU KOTA PALEMBANG**

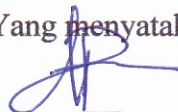
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 10 Juli 2012

Yang menyatakan



(PUTRI WIDITA MUHARYANI)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT karena atas karunia dan rahmat-Nya tesis yang berjudul “Hubungan Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga dengan Kejadian Sulit Makan pada Populasi Balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang” dapat diselesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia.

Peneliti mengucapkan terima kasih tak terhingga kepada Ibu Wiwin Wiarsih, MN dan Widyatuti, M. Kep., Sp. Kom. yang telah mencurahkan waktu, tenaga, pikiran dan dengan penuh kesabaran serta ketulusan memberikan bimbingan dan arahan yang sangat berarti. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, PhD sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
2. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M. App., Sc., PhD sebagai Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
3. Astuti Yuni Nursasi, MN sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
4. Seluruh dosen dan civitas akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia khususnya Peminatan Keperawatan Komunitas yang telah memberikan banyak pembelajaran berarti kepada peneliti;
5. Seluruh civitas akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sriwijaya yang telah memberikan dukungan kepada peneliti dalam melanjutkan pendidikan di bidang keperawatan komunitas;
6. Orang tua tercinta, atas segala doa yang selalu mengiringi peneliti selama masa studi;
7. Dua lelaki tercinta: Suami dan jagoan kecilku, Athar, yang menjadi motivator terbesar bagi peneliti dalam penyelesaian proposal tesis ini;
8. CHN-ers angkatan 2010, teman seperjuangan dalam suka dan duka selama masa studi;

9. Responden, atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini;
10. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam penyelesaian tesis ini.

Peneliti berharap semoga Allah SWT membalas dengan kebaikan yang berlimpah bagi seluruh pihak yang telah membantu. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, untuk itu saran dan masukan diharapkan guna menyempurnakan tesis ini. Semoga tesis ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2012

Peneliti



ABSTRAK

Nama : Putri Widita Muharyani
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan
Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Indonesia
Judul : Hubungan Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga
dengan Kejadian Sulit Makan pada Populasi Balita di
Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Balita merupakan kelompok resiko terhadap masalah sulit makan. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada populasi balita. Desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* dilakukan pada keluarga yang memiliki balita. Hasil menunjukkan ada hubungan bermakna kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan *p value* < 0,05 terhadap sulit makan balita. Program prevensi primer, sekunder dan tersier untuk menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat terkait praktik pemberian makan pada anggota keluarga dan penelitian selanjutnya tentang faktor predisposisi lain dan pemungkin sulit makan direkomendasikan.

Kata kunci:

Pemberian makan, keluarga, sulit makan, balita.

ABSTRACT

Name : Putri Widita Muharyani
Study Program : Master in Nursing, Community Health Nursing
Specialization, Faculty of Nursing Universitas Indonesia
Title : The influence of feeding practice in family to eating
rejection habit in under five children at Kelurahan Kuto
Batu Kota Palembang

Under-five children is a risk group for eating rejection habit. This study aims to determine the influence of feeding practice in family to eating rejection habit in Under-five children. A cross sectional design with descriptive correlation approach applied to 190 family with under-five children. It showed meaningful relationship of food control, role models, the involvement of children, food education, food provision and the introduction of food after breast feeding (p value $< 0,05$) with a difficult eating toddlers. Primary to tertiary prevention program through Community Health Nursing Program as well as further study on another predisposing and enabling factors are recommended.

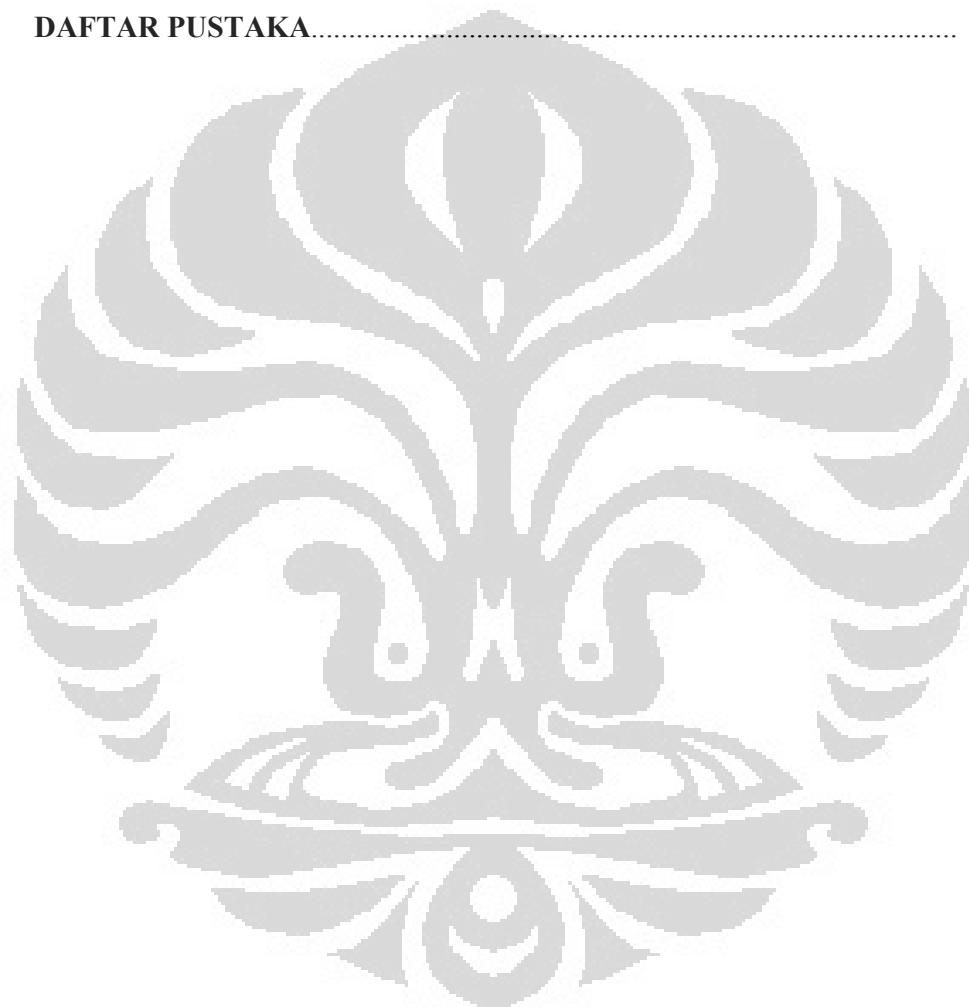
Key words:

Feeding practice, family, food rejection, under-five children

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR SKEMA.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Tujuan Penelitian.....	13
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	15
2.1 Balita sebagai Populasi Resiko.....	15
2.2 Strategi Intervensi.....	34
2.3 Model PRECEDE-PROCEED.....	49
2.4 Integrasi Teori dan Konsep.....	53
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	56
3.1 Kerangka Konsep.....	56
3.2 Hipotesis Penelitian.....	57
3.3 Definisi Operasional.....	58
4. METODE PENELITIAN.....	62
4.1 Desain Penelitian.....	62
4.2 Populasi dan Sampel.....	62
4.3 Tempat Penelitian.....	65
4.4 Waktu Penelitian.....	65
4.5 Etika Penelitian.....	66
4.6 Alat Pengumpul Data.....	68
4.7 Uji Instrumen.....	69
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	71
4.9 Pengolahan Data.....	73
4.10 Analisa Data.....	74
5. HASIL PENELITIAN.....	77
5.1 Analisis Univariat.....	77
5.2 Analisis Bivariat.....	81
5.3 Analisis Multivariat.....	85

6. PEMBAHASAN.....	88
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	88
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	114
6.3 Implikasi Hasil Penelitian.....	115
7. SIMPULAN DAN SARAN.....	119
7.1 Simpulan.....	119
7.2 Saran.....	120
DAFTAR PUSTAKA.....	123



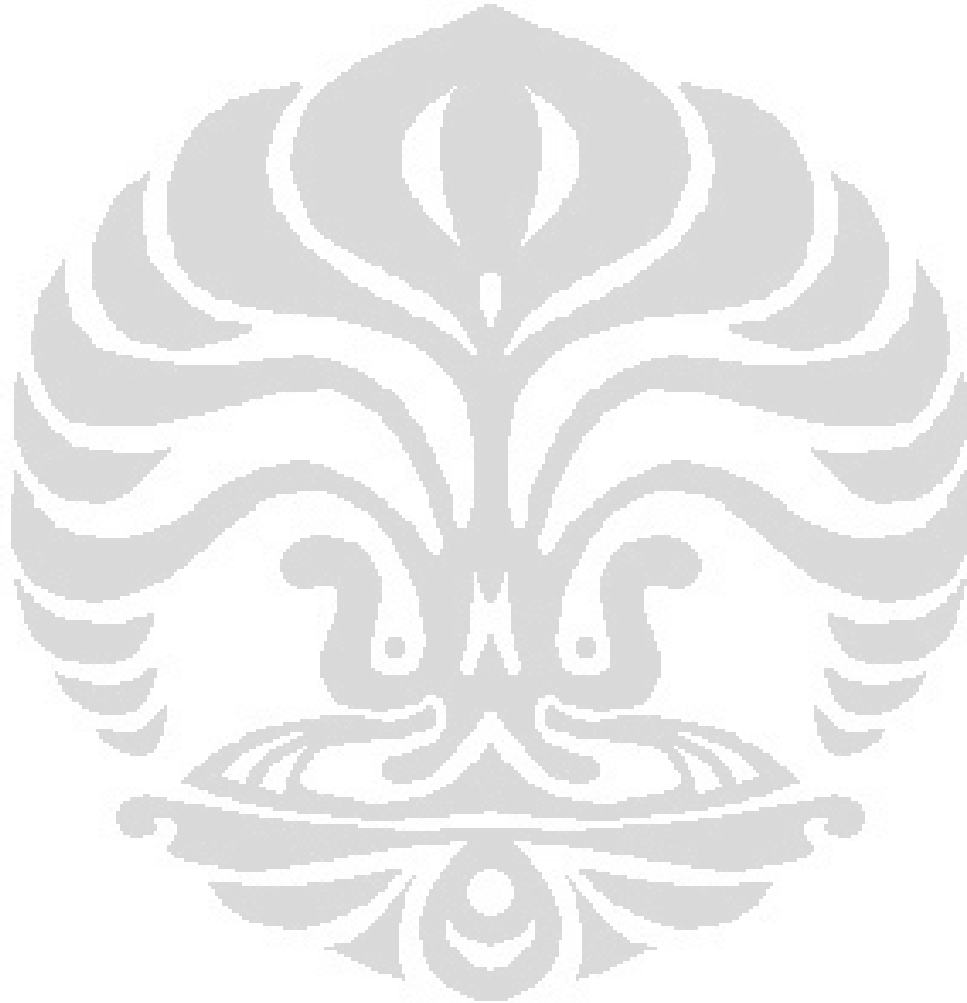
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jenis dan frekuensi pemberian MP-ASI pada anak sesuai kebutuhan menurut usia.....	27
Tabel 2.2	Tanda-tanda anak lapar dan kenyang.....	39
Tabel 2.3	Kebutuhan gizi balita per hari.....	44
Tabel 3.1	Definisi operasional.....	58
Tabel 4.1	Perhitungan jumlah sampel penelitian.....	65
Tabel 4.2	Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang.....	71
Tabel 4.3	Analisis data penelitian.....	76
Tabel 5.1	Distribusi usia anak di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	77
Tabel 5.2	Distribusi jenis kelamin balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	78
Tabel 5.3	Distribusi usia ibu di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	78
Tabel 5.4	Distribusi tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	79
Tabel 5.5	Distribusi kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	79
Tabel 5.6	Distribusi praktik pemberian makan dalam keluarga di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	80
Tabel 5.7	Analisis hubungan kontrol makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	81
Tabel 5.8	Analisis hubungan model peran dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	82
Tabel 5.9	Analisis hubungan keterlibatan anak dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	82

Tabel 5.10	Analisis hubungan edukasi makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	83
Tabel 5.11	Analisis hubungan penyediaan makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	84
Tabel 5.12	Analisis hubungan pengenalan MP-ASI dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	84
Tabel 5.13	Pemodelan multivariat praktik pemberian makan dalam keluarga terhadap kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	85
Tabel 5.14	Pemodelan akhir multivariat praktik pemberian makan dalam keluarga terhadap kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	86
Tabel 5.15	Uji <i>confounding</i> usia anak, jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu dan pendapatan keluarga di di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190).....	87

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Model PRECEDE PROCEED.....	53
Skema 2.2	Kerangka Teori Penelitian.....	55
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	57



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Penelitian
Lampiran 2	Keterangan Lolos Uji Etik
Lampiran 3	Lembar Penjelasan Penelitian
Lampiran 4	Lembar Persetujuan menjadi Responden
Lampiran 5	Kisi-Kisi Kuesioner
Lampiran 6	Kuesioner penelitian
Lampiran 7	Surat Permohonan Ijin Penelitian FIK UI
Lampiran 8	Surat Ijin Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang
Lampiran 9	Surat Keterangan penelitian Puskesmas Kenten Palembang



BAB 1 PENDAHULUAN

Balita merupakan populasi yang memiliki tingkat ketergantungan tinggi terhadap orang lain dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya. Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita merupakan hal terpenting dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan yang akan menentukan kualitas kehidupan berikutnya. Keluarga sebagai pihak yang bertanggungjawab dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita, seringkali melakukan praktik pemberian makan yang tidak tepat pada anak. Tindakan pemaksaan dan pemberian hadiah jika anak menghabiskan makanannya merupakan praktik pemberian makan yang dapat mengakibatkan sulit makan pada balita.

Bab ini akan menguraikan alasan yang mendasari pentingnya penelitian ini dilakukan, didukung dengan *evidence based* terkait isu-isu penelitian disertai dengan rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan.

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh kualitas sumber daya manusia (Azwar, 2004). Peningkatan kualitas SDM salah satunya dapat dicapai melalui pemenuhan kebutuhan nutrisi. *Millenium Development Goals* (MDGs) yang merupakan suatu bentuk komitmen bersama antar anggota PBB menitikberatkan pada pentingnya pemenuhan kebutuhan dasar dalam rangka menciptakan manusia yang sehat dan produktif, salah satunya adalah kebutuhan nutrisi (BAPPENAS, 2011). Adanya komitmen ini membuktikan bahwa pemenuhan kebutuhan nutrisi merupakan hal penting dalam menentukan kemajuan suatu bangsa.

Gizi masih menjadi permasalahan dunia yang belum teratasi hingga saat ini. Hampir seluruh kelompok umur mengalami masalah pemenuhan gizi. Usia bayi dan balita menjadi fokus perhatian karena pada periode ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang menentukan kualitas kehidupan selanjutnya. Pada usia ini, lebih dari separuh kematian disebabkan oleh masalah gizi (Azwar, 2004).

Data WHO (2010) menggambarkan 35% anak meninggal akibat kekurangan gizi. Prevalensi balita dengan berat badan kurang di negara berkembang mengalami penurunan sekitar 11% pada periode 1990-2010, namun pencapaian tersebut belum memenuhi target MDGs untuk menurunkan prevalensi berat badan kurang setengah dari prevalensi pada tahun 1990 yaitu sebesar 14,5%.

Menurut *United Nations System Standing Committee on Nutrition* (UNSCN) (2008 dalam BAPPENAS, 2011), Indonesia merupakan satu dari 36 negara di dunia yang berkontribusi pada 90% masalah gizi dunia. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (2010) mengungkapkan bahwa prevalensi gizi kurang tahun 2010 sebesar 13 %, sama jika dibandingkan dengan data Rikesdas 2007. Prevalensi gizi buruk tahun 2010 sebesar 4,9%, menunjukkan penurunan 0,6% sejak 2007. Target yang ingin dicapai tahun 2015 adalah 11,9% gizi kurang dan 3,6% gizi buruk. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI (2010) mengidentifikasi status gizi balita berdasarkan indikator Berat Badan (BB)/ Tinggi Badan (TB), prevalensi balita sangat kurus sebesar 6%, turun sebesar 0,2% jika dibandingkan dengan data 2007. Sedangkan untuk prevalensi balita kurus sebesar 7,3%, turun 0,1 % dibandingkan dengan tahun 2007. Tingginya prevalensi balita kurus dan sangat kurus terjadi di sebagian besar provinsi di Indonesia.

Provinsi yang memiliki prevalensi balita kurus dan sangat kurus diatas prevalensi nasional adalah DI Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Sumatera Selatan, Jambi, Kepulauan Riau, Bengkulu, Lampung, Banten, DKI Jakarta, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI, 2008). Data tersebut menunjukkan masalah dalam pemenuhan zat gizi terjadi hampir merata di seluruh provinsi di Indonesia.

Sumatera Selatan merupakan salah satu provinsi dengan prevalensi balita kurus dan sangat kurus diatas prevalensi nasional (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI, 2008). Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di Sumatera Selatan pada tahun 2007 yaitu 6,5% dan 11,7%. Prevalensi balita yang mengalami gizi buruk di Kota Palembang pada tahun 2007 sebesar 0,68% (Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2008). Profil Kesehatan Kota Palembang (2009) menggambarkan balita BGM tahun 2008 sebesar 0,93% sedangkan jumlah penderita gizi buruk turun menjadi 0,03%. Angka ini kembali turun pada tahun 2009 menjadi 0,02% sedangkan gizi kurang teridentifikasi sebesar 0,76% (Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2010).

Pemerintah Indonesia sebagai negara yang memiliki komitmen dalam pencapaian MDGs, telah cukup lama menyoroti permasalahan gizi. Hal tersebut dapat dilihat dari ditetapkannya Undang-Undang (UU) No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional tahun 2005-2025 yang menegaskan bahwa pembangunan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya. Selain itu, pemerintah juga menetapkan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 141 ayat 1 yang menyatakan bahwa upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat (Minarto, 2011). Presiden telah menginstruksikan rencana aksi pangan dan gizi tingkat nasional dan provinsi yang terdiri dari lima pilar yaitu peningkatan aksesibilitas pangan, peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan, penguatan kelembagaan pangan dan gizi, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, serta perbaikan gizi masyarakat (BAPPENAS, 2011). Kebijakan yang ditetapkan pemerintah bertujuan untuk mengatasi masalah pemenuhan gizi pada masyarakat. Kebijakan pemerintah tersebut mendasari program penanggulangan gizi masyarakat.

Pemerintah telah merancang dan melaksanakan program untuk menanggulangi masalah gizi. Adapun program-program tersebut antara lain Keluarga Sadar Gizi (KADARZI), Pemberian Makanan Tambahan (PMT), dan Bina Keluarga Balita

(BKB). Namun upaya pemerintah dalam mengatasi masalah gizi belum menunjukkan kemajuan yang berarti. Minarto (2011) mengungkapkan program yang dicanangkan oleh pemerintah terkendala oleh masih terbatasnya pembinaan kader yang berdampak pada minimnya pengetahuan kader posyandu terkait masalah gizi. Kendala lain adalah masih terbatasnya kemampuan petugas puskesmas dalam memantau tumbuh kembang anak dan konseling gizi keluarga. Selain itu sarana dan prasarana untuk melakukan penyuluhan langsung pada masyarakat belum memadai. Hal tersebut mengakibatkan masyarakat kurang terpapar dengan informasi terkait pemenuhan kebutuhan gizi balita.

Ketidakberhasilan program yang selama ini dijalankan oleh pemerintah juga dapat disebabkan muatan program yang hanya terfokus pada peningkatan ketersediaan pangan bagi masyarakat kurang mampu sedangkan masalah terkait cara agar makanan yang sudah tersedia dalam keluarga dapat dikonsumsi sesuai dengan kebutuhan anak belum menjadi perhatian. Hal tersebut menjadi sangat penting karena masalah ini menimpa seluruh lapisan masyarakat dari kelas bawah hingga atas. Masalah pemenuhan nutrisi yang tidak diatasi dengan segera akan menimbulkan dampak negatif bagi individu (anak) itu sendiri, keluarga bahkan masyarakat luas.

UNICEF (1990) mengungkapkan tingginya kasus gizi kurang pada balita akan berdampak pada peningkatan angka kematian anak, peningkatan biaya perawatan anak, penurunan tingkat intelektualitas anak dan penurunan produktivitas kerja orang tua. Hal ini dapat menyebabkan penurunan kesejahteraan masyarakat. Oleh sebab itu, harus diketahui pangkal dari permasalahan yang dapat menyebabkan masalah gizi kurang pada balita.

Salah satu faktor yang menyebabkan gizi kurang adalah sulit makan. Sulit makan adalah masalah yang sering dijumpai pada balita (Wright, Parkinson, Shipton & Drewett, 2007). Sulit makan adalah suatu kondisi yang ditandai dengan memainkan makanan, tidak tertarik pada makanan dan bahkan penolakan terhadap makanan (Sanders, Patel, Legrice & Shepherd, 1993 dalam Rigal, Chabanet,

Issanchou & Patris, 2012). Sulit makan juga dapat ditandai dengan kurangnya nafsu makan dan kurangnya ketertarikan terhadap makanan sehingga hanya makan dalam jumlah sedikit dan makan berlama-lama (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001). Menurut Judarwanto (2004), perilaku yang menunjukkan masalah sulit makan adalah memuntahkan makanan yang ada di mulut, makan dalam waktu lama (bertele-tele), tidak mau memasukkan makanan ke dalam mulut, membuang makanan, menepis suapan. Hal ini menunjukkan sulit makan dapat mengakibatkan gangguan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak.

Masalah pemenuhan nutrisi pada balita masih merupakan masalah yang dialami di negara berkembang bahkan negara maju seperti Inggris dan New Zealand. Penelitian di New Zealand menyampaikan bahwa 24% anak usia 2 tahun mengalami masalah sulit makan (Beautrais, Fergusson & Shannon dalam Wright, Parkinson, Shipton & Drewett, 2007). *Centre for Community Child Health* (2006) melaporkan bahwa masalah sulit makan dialami 25% anak. Rigal, Chabanet, Issanchou dan Patris (2012) mengungkapkan bahwa anak usia 25-36 bulan lebih sulit untuk diberi makan karena pada usia tersebut otonomi anak telah berkembang. Perkembangan otonomi mengakibatkan balita dapat menentukan terkait apa yang disukai dan yang tidak disukainya termasuk dalam memilih makanan. Pernyataan ini didukung oleh Powell, Farrow dan Meyer (2011) yang mengungkapkan bahwa anak dengan usia lebih muda cenderung lebih memilih-milih makanan.

Jenis kesulitan makan pada anak sangat beragam. Penelitian yang dilakukan di Inggris mengemukakan bahwa jenis kesulitan makan pada anak yang ditemukan antara lain tidak menyukai makanan yang bervariasi dan anak memilih-milih makanan (Richman, Stevenson & Graham dalam Wright, Parkinson, Shipton & Drewett, 2007). Selain itu hasil laporan klinik perkembangan anak, *George Town University Affiliated Program for Child Development* (GUAPCD) di Amerika Serikat tentang jenis kesulitan makan pada anak yaitu hanya mau makan makanan cair atau lumat 27,3%, kesulitan mengisap, mengunyah atau menelan 24,1%, tidak

menyukai makanan bervariasi 11,1%, keterlambatan makan sendiri 8,0 % dan *meal time tantrum* (marah pada saat makan) 6,1% (Judarwanto,2004).

Sulit makan merupakan suatu masalah yang cukup kompleks. Menurut Judarwanto (2004), masalah sulit makan dapat disebabkan karena adanya gangguan fisik. Adapun gangguan fisik meliputi gangguan pencernaan, infeksi akut dan kronis, alergi, gangguan perkembangan dan perilaku, gangguan fungsi organ, kelainan bawaan serta kelainan neurologi. Masalah sulit makan juga dapat disebabkan gangguan psikologis pada anak. Gangguan psikologis pada anak sangat erat kaitannya dengan hubungan dalam keluarga. Lingkungan keluarga yang tidak harmonis mengakibatkan anak cemas bahkan depresi sehingga menarik diri dari segala aktivitasnya termasuk aktivitas makan. Selain itu, sulit makan dapat disebabkan karena kebiasaan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi yang dibentuk oleh keluarga. Padahal sebenarnya keluarga sejak dini dapat mencegah masalah sulit makan yang bukan disebabkan gangguan fisik (Judarwanto, 2004).

Keluarga harus mampu memahami tugas perkembangannya (Satin, 1967 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Menurut Duvall dan Miller (1985 dalam Nies & Mc Ewen, 2001), salah satu tugas perkembangan keluarga dengan anak usia dibawah lima tahun adalah melakukan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak. Usaha keluarga dalam optimalisasi pertumbuhan anak dapat dilihat dari tindakan/ praktik pemberian makan pada anak. Namun beberapa penelitian menyampaikan bahwa praktik keluarga dalam pemberian makan dapat mengakibatkan kesulitan makan pada anak (Sleedens, Kremers, Vries & Thijs 2009; Vereecken, Rovner & Maes, 2010; Horn, Galloway, Webb & Gagnon, 2011).

Keinginan orang tua untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anaknya seringkali melatarbelakangi praktik pemberian makan yang kurang tepat. Hal ini menimbulkan praktik yang berbeda-beda dalam melakukan pemberian makan pada anak. Tidak sedikit orang tua yang melakukan praktik pemberian makan yang kurang tepat bagi anak. Powell, Farrow dan Meyer (2011) mengungkapkan

25-50 % orang tua melakukan praktik pemberian makan yang kurang tepat bagi anaknya.

Praktik pemberian makan yang kurang tepat yang sering dilakukan orang tua antara lain dengan menjanjikan hadiah (*reward*) berupa makanan kesukaannya jika anak menunjukkan perilaku yang baik (Musher – Eizenman & Holub, 2007). Tindakan lainnya yaitu memberikan makanan tertentu untuk meredakan emosi anak (Orrell- Valente et al, 2007). Menurut Birch (2006 dalam Rigal, Chabanet, Issanchou & Patris, 2012), kontrol yang kurang terhadap makanan yang dikonsumsi anak serta tidak memberikan contoh pada anak dalam konsumsi makanan sehat dapat mengakibatkan perilaku makan yang tidak baik bagi anak. Selain itu, praktik pemberian makan yang kurang tepat adalah selalu menuruti kemauan anak untuk mengonsumsi makanan yang ia inginkan (Musher - Eizenman & Holub, 2007) atau bahkan melakukan pemaksaan pada anak untuk mau mengonsumsi makanan tertentu (Galloway, Fiorito, Francis & Birch, 2006) serta penyediaan makanan kurang sehat di lingkungan rumah (Musher - Eizenman & Holub, 2007).

Keluarga memiliki tanggung jawab untuk dapat melaksanakan praktik pemberian makan yang tepat pada anak. Jika keluarga mampu melaksanakan tanggung jawab tersebut, maka kebutuhan nutrisi anak akan terpenuhi dengan baik. Musher - Eizenman dan Holub (2007) mengungkapkan bahwa praktik pemberian makan dapat dilihat dari kontrol makanan anak (*controlling*), pemberian contoh dalam konsumsi makanan (*modelling*), keterlibatan anak dalam persiapan dan memilih makanan yang akan dikonsumsi (*involvement*), pengajaran anak tentang makanan sehat (*teaching*) dan ketersediaan makanan sehat di rumah.

Keluarga melakukan kontrol terhadap makanan yang dikonsumsi oleh anak dari jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Kontrol terhadap makanan anak dapat dilihat dari tindakan pembatasan (*restriction*) dan tekanan (*pressure*). Kadangkala, keluarga melakukan tindakan pemaksaan atau tekanan pada anak untuk mengonsumsi makanan tertentu. Hal ini diungkapkan oleh sebuah

penelitian observasional yang menunjukkan bahwa 85% orang tua dari anak cenderung berlebihan untuk mencoba memberikan anak makanan (Orell-Valente et al., 2007). Tindakan pemaksaan pada anak untuk memakan makanan tertentu akan mengakibatkan masalah sulit makan pada anak. Hal ini didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa tekanan dalam pemberian makan justru dapat menurunkan minat anak terhadap makanan (Batsell Jr., Brown, Ansfield & Paschall, 2002 dalam Vereecken, Rovner & Maes, 2010).

Keluarga dapat mempengaruhi perilaku makan anak melalui *modelling* makanan yang dikonsumsi (Cullen et al, 2001 dalam Vereecken, Rovner & Maes, 2010). Hal ini sejalan dengan penelitian Birch (2006 dalam Rigal, Chabanet, Issanchou & Patris, 2012) yang menyatakan bahwa perilaku orang tua dalam konsumsi makanan berpengaruh dalam pembentukan perilaku makan pada anak. Orang tua dapat memberikan pengaruh terhadap rasa makanan yang dikemudian hari menjadi kesukaan anak melalui *modelling* (Kral & Rauh, 2010). Karakter anak balita yang meniru perilaku yang ditampilkan keluarga dapat mempengaruhi kebiasaan makan anak. Apabila orang tua memberikan contoh pemenuhan kebutuhan nutrisi yang sehat, maka akan terbentuk perilaku makan yang sehat pada anak sehingga anak tidak akan mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Orang tua yang tidak pernah menunjukkan antusiasme dalam konsumsi makanan sehat di hadapan anak akan mengakibatkan anak mengalami masalah sulit makan (Benton, 2004 dalam Schwartz et al, 2011).

Balita membutuhkan jumlah dan jenis nutrisi berbeda dari usia lainnya. Balita membutuhkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya. Keluarga bertanggung jawab dalam ketersediaan makanan sehat bagi anak. Kemampuan keluarga dalam penyediaan makanan yang tepat bagi anak akan mempengaruhi pertumbuhan anak. Penyediaan jenis makanan yang tidak tepat dapat menimbulkan masalah sulit makan. Sebuah penelitian mengungkapkan ketersediaan makanan manis dan asin di rumah dapat menurunkan minat anak terhadap makanan sehat (Anzman, Rollins & Birch, 2010).

Lingkungan dapat menyebabkan masalah sulit makan pada anak. Teman sebaya, paparan media elektronik khususnya televisi dan ketersediaan jajanan dapat mempengaruhi perilaku makan pada anak. Kebiasaan anak menonton televisi khususnya acara anak-anak akan meningkatkan keterpaparan terhadap iklan makanan tinggi gula dan garam serta rendah serat (Morton, 1990 dalam Campbell & Crawford, 2001). Dampaknya adalah anak akan tertarik untuk mengkonsumsi makanan tersebut sehingga ketika ditawarkan makanan pokok dalam keluarga, anak cenderung akan menolak (Zuppa, Morton & Metha, 2003).

Akibat dari masalah sulit makan jika tidak segera diatasi adalah keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan akibat kekurangan nutrisi dan gangguan perilaku pada anak (Wright, et al, 2007, Chatoor, 1989 dalam Ostberg & Hagelin, 2010; Schmid, Schreier, Meyer & Wolke, 2010). Hal tersebut dapat terjadi karena anak usia balita mengalami peningkatan aktivitas untuk bergerak. Jika kebutuhan nutrisi anak tidak terpenuhi maka tumbuh kembang akan terhambat. Selain itu, masalah sulit makan yang berlangsung lama akan menyebabkan penurunan produktifitas kerja keluarga (UNICEF, 1990). Masalah sulit makan lebih jauh akan berdampak pada kualitas sumber daya manusia. Hal ini akan berimbas pada pencapaian pembangunan manusia sebagai modal dasar kemajuan bangsa.

Balita merupakan cikal bakal generasi penerus bangsa. Masalah sulit makan yang seringkali dialami balita merupakan permasalahan serius yang menempatkan balita sebagai populasi beresiko. Populasi beresiko adalah kumpulan orang yang memiliki resiko lebih tinggi menderita suatu penyakit daripada yang lain (Stanhope & Lancaster, 2004). Balita sebagai populasi beresiko dikarenakan pada usia balita terjadi pertumbuhan yang pesat yang menentukan kualitas kehidupannya (Kozier, 1995). Pemenuhan kebutuhan nutrisi secara adekuat sangat dibutuhkan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Pada usia ini, anak mengalami perkembangan otonomi. Salah satu bukti dari otonomi mereka adalah sikap negativisme (mengatakan tidak pada segala sesuatu termasuk makanan). Pada tahap ini anak telah menyadari bahwa ia memiliki kekuatan untuk berbuat sesuai dengan keinginannya (Potter & Perry, 2003). Kemampuan balita

dalam mengkomunikasikan keinginannya juga telah berkembang, termasuk dalam hal memilih makanan yang disukai dan yang tak disukai (Cooke & Wardle, 2005). Peningkatan minat anak untuk mengenal dunia luar melalui aktifitas bermain yang membutuhkan banyak energi seringkali mengakibatkan anak tidak tertarik pada aktivitas makan.

Focus Group Discussion (FGD) untuk mengidentifikasi isu terkait sulit makan pada anak telah dilakukan melalui 18 orang ibu di tiga PAUD di Kota Palembang, salah satunya di Kelurahan Kuto Batu. Anak sulit untuk diberi makan terjadi pada usia 1-3 tahun sebesar 61,1% dan usia 3 tahun keatas 38,9%; anak menolak makan nasi sebesar 16,7%, menolak makan sayur 22,2%, menolak makan lauk sebesar 5,5% , menepis suapan sebesar 27,8%, memuntahkan makanan 11,1% dan menghabiskan makanan dalam waktu lama sebesar 16,7%. Jika anak tidak mau makan makanan yang disiapkan maka ibu akan memaksa anak sebesar 33,3%, memberikan makanan kesukaannya sebesar 22,2%, menjanjikan hadiah sebesar 16,7%, membujuk anak sebesar 11,1%, memakan makanan tersebut dihadapan anak sebesar 11,1%, mendinginkan sampai anak meminta makan sebesar 5,6%.

Makanan yang diberikan pada anak jika anak menolak makan makanan yang disajikan adalah makanan manis(permen, kue, coklat, wafer, dll) sebesar 33,9%, susu formula sebesar 16,7%, makanan ringan sebesar 27,8%, makanan khas Palembang (pempek, model, tekwan,dll) sebesar 16,7%. Riwayat anak diberi makanan selain ASI sejak usia sebelum 6 bulan sebesar 61,1%, sesudah 6 bulan sebesar 38,9%. Sejak anak diberikan makanan tambahan, ibu menyediakan makanan dengan rasa bervariasi setiap hari supaya tidak bosan sebesar 100%.

Perawat komunitas sebagai salah satu petugas kesehatan yang berada pada lini terdepan dalam pelayanan keperawatan memiliki tanggung jawab untuk ikut serta dalam mengatasi permasalahan yang ada dimasyarakat. Perawat komunitas yang bekerja dengan keluarga yang memiliki anak, dapat membantu keluarga dengan memfasilitasi pertumbuhan mental, emosional, sosial dan fisik anak. Pelibatan

keluarga secara aktif dalam pemberian asuhan keperawatan dapat dilakukan dalam upaya pelaksanaan asuhan keperawatan yang efektif (Friedman, 2010).

Permasalahan gizi pada balita di komunitas perlu mendapat perhatian khusus. Helvie (1998) menjelaskan bahwa perawat komunitas dapat berperan dalam melakukan prevensi primer, sekunder dan tersier dalam menghadapi masalah kesehatan pada individu, keluarga maupun masyarakat termasuk masalah sulit makan pada anak. Pada level prevensi primer, perawat dapat melaksanakan pendidikan kesehatan terkait kebutuhan nutrisi anak dan praktik pemberian makan yang tepat pada anak. Pada level prevensi sekunder, perawat dapat berperan melaksanakan *screening* anak yang mengalami masalah sulit makan. Pada level prevensi tersier, perawat dapat berperan dengan mengurangi dampak negatif dari sulit makan pada anak melalui stimulasi anak yang mengalami keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan.

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan menggunakan rancangan desain penelitian deskriptif korelasi. Metode pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah balita berusia 1-5 tahun yang tinggal di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang. Kelurahan Kuto Batu merupakan satu dari dua kelurahan yang merupakan cakupan wilayah kerja Puskesmas Kenten. Menurut data Profil Puskesmas Kenten (2011) terjadi peningkatan kasus gizi kurang yang cukup tinggi di Kelurahan Kuto Batu yaitu 1,03% pada tahun 2009 menjadi 4,07% pada tahun 2010. Hasil wawancara dengan kader posyandu diketahui bahwa belum ada program pencegahan sulit makan yang dilaksanakan di wilayah tersebut. Program terkait gizi yang dilaksanakan di Kelurahan Kuto Batu terfokus pada pemberian MP-ASI dan taburia.

Model yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah PRECEDE PROCEED (2005). Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) menjelaskan bahwa model PRECEDE PROCEED oleh Green dan Kreuter (2005) merupakan salah satu teori model yang digunakan dalam keperawatan komunitas untuk melihat faktor-faktor

yang mempengaruhi perilaku seseorang. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor penguat (*reinforcing factors*) dan faktor pemungkin (*enabling factors*). Faktor yang dapat menyebabkan masalah sulit makan pada anak yaitu usia, jenis kelamin dan gangguan kesehatan pada balita (faktor predisposisi); usia dan tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga, praktik pemberian makan dalam keluarga, peran teman sebaya serta paparan iklan televisi (faktor penguat); akses dan fasilitas warung jajanan makanan (faktor pemungkin). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang.

1.2 Rumusan Masalah

Balita merupakan usia kritis karena pada usia ini anak membutuhkan nutrisi penting untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Pada usia balita terjadi perkembangan otonomi sehingga anak dapat menentukan yang diinginkannya, termasuk makanan yang disukai dan tidak disukai. Keluarga merupakan pihak yang paling bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak melalui aktivitas pemberian makan. Praktik pemberian makanan dalam keluarga akan mempengaruhi asupan zat gizi anak, bila pemberian makan dilakukan dengan tepat maka kebutuhan nutrisi anak terpenuhi. Namun, seringkali orang tua melakukan praktik pemberian makan yang tidak tepat pada anak. Keinginan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak seringkali membuat orang tua melakukan tindakan yang tidak tepat, antara lain menjanjikan hadiah jika anak mau makan dan memaksa anak untuk menghabiskan makanannya. Orang tua seringkali tidak menyadari bahwa praktik pemberian makan demikian dapat mengakibatkan anak mengalami masalah sulit makan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang. Pertanyaan penelitian adalah “Adakah hubungan antara praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.2 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang.

1.3.2 Tujuan Khusus, teridentifikasi:

- 1.3.2.1 Karakteristik balita (usia dan jenis kelamin) di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang
- 1.3.2.2 Karakteristik keluarga (usia, tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga) di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang.
- 1.3.2.3 Kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang
- 1.3.2.4 Praktik pemberian makan dalam keluarga (kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI) di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang.
- 1.3.2.5 Hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga (kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI) dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang
- 1.3.2.6 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian sulit makan pada anak usia balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas

Penelitian ini dapat memberikan masukan pada perawat komunitas agar dapat mengidentifikasi kebutuhan keluarga dalam melaksanakan praktik pemberian makan yang tepat pada anak sehingga kejadian sulit makan dapat dicegah. Perawat dapat mengembangkan strategi intervensi yang efektif dalam rangka meningkatkan kemampuan keluarga untuk melaksanakan praktik pemberian makan yang tepat bagi anak.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

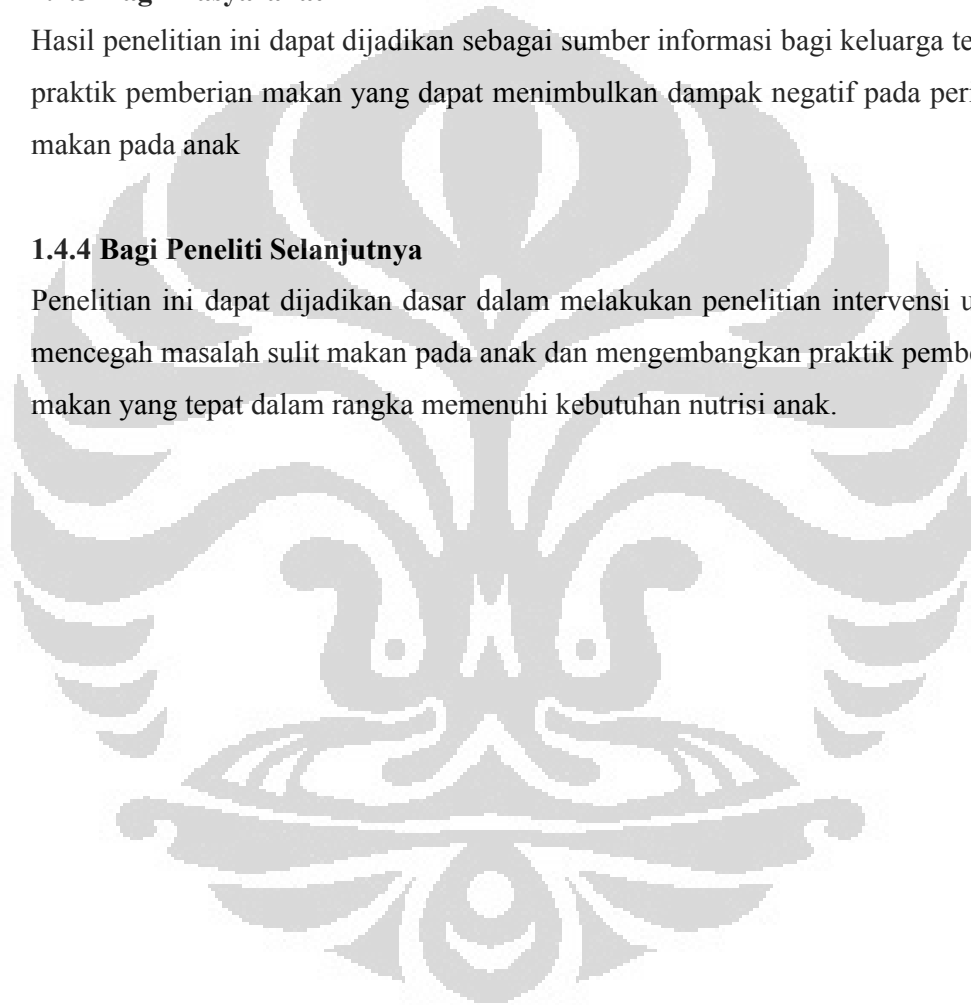
Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai *evidence based* bagi institusi pendidikan keperawatan khususnya keperawatan komunitas guna mengembangkan konsep terkait tugas perkembangan keluarga dalam pembentukan perilaku makan pada anak.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi bagi keluarga terkait praktik pemberian makan yang dapat menimbulkan dampak negatif pada perilaku makan pada anak

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam melakukan penelitian intervensi untuk mencegah masalah sulit makan pada anak dan mengembangkan praktik pemberian makan yang tepat dalam rangka memenuhi kebutuhan nutrisi anak.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Balita merupakan populasi yang beresiko terhadap masalah kesehatan, salah satunya adalah masalah sulit makan. Faktor resiko yang berkontribusi terhadap masalah sulit makan pada populasi balita adalah faktor biologis dan usia, lingkungan, ekonomi dan gaya hidup (perilaku). Perawat komunitas sebagai tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan seluruh *aggregate* di masyarakat, diharapkan dapat berkontribusi dalam pemecahan masalah sulit makan dengan menerapkan berbagai strategi intervensi keperawatan, salah satunya adalah pemberdayaan keluarga. Strategi intervensi pemberdayaan keluarga dalam mengatasi masalah sulit makan pada anak, dapat diwujudkan secara nyata dengan melakukan tindakan prevensi primer, sekunder dan tersier.

Bab ini menguraikan teori dan konsep yang berkaitan dengan masalah penelitian sebagai rujukan dan panduan dalam menyusun pembahasan. Konsep yang diuraikan meliputi konsep balita sebagai populasi beresiko, strategi intervensi serta teori dan model PRECEDE- PROCEED sebagai kerangka teori.

2.1 Balita sebagai Populasi Resiko

Kelompok resiko adalah kumpulan orang yang lebih beresiko menderita suatu penyakit daripada yang lain (Stanhope & Lancaster, 2004). Allender dan Spradley (2005) mendefinisikan populasi resiko sebagai kumpulan orang yang berpotensi mengalami peningkatan masalah kesehatan karena beberapa faktor yang mempengaruhinya. Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan populasi resiko merupakan kelompok yang memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami masalah kesehatan dibandingkan dengan kelompok lain bila dipaparkan pada kondisi tertentu.

Kelompok memiliki resiko lebih besar mengalami masalah kesehatan dikarenakan minimnya kontrol dari masyarakat terhadap segala bentuk ancaman kesehatan. Hal tersebut dilatarbelakangi oleh beberapa faktor, antara lain: kurang

keterpaparan terhadap informasi, tingkat pendidikan rendah, keterpaparan dengan lingkungan serta akibat perilaku manusia itu sendiri (McMurray, 2003; Stanhope & Lancaster, 2004). Masalah yang mungkin timbul bila populasi resiko tidak segera mendapat penanganan adalah ancaman kesehatan pada kelompok tersebut.

2.1.1 Karakteristik Resiko Pada Balita

Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan faktor biologi, sosial ekonomi, gaya hidup dan peristiwa dalam kehidupan menempatkan balita sebagai kelompok beresiko. Kontribusi faktor resiko tersebut terhadap munculnya masalah kesehatan adalah sebagai berikut:

2.1.1.1 Faktor Biologi dan Usia

Faktor biologi merupakan faktor genetik atau fisik yang berkontribusi terhadap timbulnya resiko tertentu yang mengancam kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Faktor genetik merupakan faktor gen yang diturunkan orang tua pada anaknya. Beberapa masalah kesehatan yang diturunkan secara genetik adalah diabetes mellitus, penyakit jantung, kejiwaan dan sebagainya. Anak tidak dapat menghindari masalah kesehatan yang diturunkan secara genetik, namun resiko masalah kesehatan akibat faktor genetik dapat diminimalisir dengan perilaku hidup sehat (Stanhope & Lancaster, 2004).

Menurut Stanhope dan Lancaster (2004), faktor usia seringkali dihubungkan dengan tahap perkembangan. Tahapan perkembangan yang terjadi menurut usia dapat berkontribusi terhadap timbulnya resiko masalah kesehatan. Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan usia sebagai rentang kehidupan yang diukur dalam tahun yang dihitung sejak individu dilahirkan. Usia balita merupakan kelanjutan dari proses pertumbuhan dan perkembangan bayi (Potter & Perry, 2003). Allender dan Spradley (2005) membagi balita menjadi tiga kelompok usia, yaitu: bayi (0-1 tahun), usia *toddler* (1-2 tahun), dan *preschool* (3-4 tahun). Potter dan Perry (2003) mengelompokkan balita menjadi tiga yaitu bayi (0-1 tahun), *toddler* (usia 1-3 tahun) dan periode prasekolah (usia 3-6 tahun). Stanhope dan Lancaster (2004) membagi balita dalam tiga kelompok umur, yaitu *infant* (1 bulan- 1 tahun), *toddler* (1-3 tahun) dan *preschool* (3-5 tahun). Berdasarkan

batasan-batasan tersebut, maka dapat disimpulkan balita adalah anak yang berusia 1-5 tahun.

Pada usia balita terjadi perkembangan yang dapat meningkatkan resiko terhadap terjadinya masalah kesehatan. Menurut Potter dan Perry (2003), pertumbuhan dan perkembangan pada balita dapat dilihat dari aspek fisik, kognitif dan psikososial. Ditinjau dari aspek fisik, perubahan pada balita ditandai dengan pertumbuhan yang relatif lambat dibarengi dengan perkembangan motorik yang pesat. Perkembangan motorik tampak pada peningkatan koordinasi otot besar dan halus sehingga ketrampilan balita dalam berjalan, berlari dan melompat semakin baik. Kemampuan balita untuk melakukan aktivitas sendiri antara lain berpakaian, eliminasi dan makan semakin meningkat. Selain itu, secara fisik sistem kekebalan tubuh pada anak usia balita belum matang (Whaley & Wong, 1995). Namun, pada usia ini, anak senang memasukkan segala sesuatu ke dalam mulutnya sehingga terjadi peningkatan resiko keracunan dan masuknya mikroorganisme seperti virus dan bakteri yang mengakibatkan anak memiliki resiko lebih besar untuk mengalami masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Perkembangan balita dari aspek kognitif tidak terlepas dari perkembangan moral. Balita belum mampu memahami konsep salah dan benar. Perilaku yang ditampilkan berdasarkan pada apa yang disukai dan yang tidak disukai sehingga balita belum dapat menentukan apa saja kebutuhan yang penting untuk dipenuhi guna optimalisasi pertumbuhan dan perkembangannya (Potter & Perry, 2003).

Perkembangan aspek psikososial ditandai dengan peningkatan kemandirian. Balita berusaha untuk mengeksplorasi fungsi tubuhnya. Kekuatan seringkali ditampilkan dalam bentuk perilaku negatif jika lingkungan sekitarnya berusaha untuk mengarahkan perilaku mereka. Balita senang untuk mengatakan tidak pada segala sesuatu yang ditawarkan padanya. Egosentris sangat menonjol sehingga anak berusaha menunjukkan keakuan-nya dikarenakan perasaan otonomi berkembang pada usia ini.

2.1.1.2 Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya masalah kesehatan. Stanhope dan Lancaster (2004), mendefinisikan lingkungan sebagai karakteristik orang-orang di sekitar tempat tinggal beserta sumber dan fasilitas yang tersedia. Lingkungan internal keluarga yang sehat merupakan sistem pendukung (*support system*) tercapainya kesehatan fisik dan psikologis bagi seluruh anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Kondisi lingkungan eksternal yang tidak sehat seperti tingkat kriminalitas tinggi, polusi udara, kimia, suara dan minimnya fasilitas kesehatan merupakan penyebab terjadinya masalah kesehatan pada keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004)

Pada usia balita terjadi peningkatan kemampuan sosialisasi dan ketertarikan dalam mengeksplorasi lingkungan, sehingga pada usia ini anak sudah memiliki teman dalam aktivitas bermain (Whaley & Wong, 1995). Paparan virus dan bakteri di lingkungan yang tidak sehat pada saat bermain dapat meningkatkan resiko anak mengalami masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.1.3 Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan faktor finansial yang memiliki keterkaitan secara langsung terhadap kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan. Keluarga yang memiliki sumber finansial adekuat dapat memenuhi seluruh kebutuhannya termasuk kebutuhan dalam mempertahankan kondisi kesehatan. Anak usia balita memiliki ketergantungan penuh pada keluarga dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya. Anak yang tumbuh dalam keluarga yang menghadapi masalah ekonomi lebih beresiko mengalami masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.1.4 Faktor Gaya Hidup (Perilaku)

Gaya hidup/ perilaku merupakan kebiasaan yang diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Gaya hidup yang beresiko akan berdampak pada terjadinya ancaman terhadap kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Gaya hidup yang beresiko antara lain konsumsi rokok dan alkohol, *junk food* dan tidak berolahraga.

Keluarga merupakan penentu keberhasilan penanaman gaya hidup sehat bagi anggotanya, termasuk anak. Apabila keluarga tidak menerapkan dan memperkenalkan perilaku/ gaya hidup sehat sejak dini akan mengakibatkan resiko masalah kesehatan lebih besar bagi anak (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

2.1.1.5 Faktor Peristiwa dalam Kehidupan

Kejadian dalam kehidupan merupakan suatu periode transisi yang dapat menimbulkan reaksi emosional. Kejadian dalam kehidupan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan seperti pindah tempat tinggal, anggota keluarga meninggalkan rumah, kehilangan anggota keluarga dan ada anggota keluarga baru (Stanhope & Lancaster, 2004). Anak seringkali merasa terancam dan dapat menjadi lebih temperamen ketika terjadi perpisahan dalam keluarga, misalnya perceraian orang tua, salah satu anggota keluarga meninggal maupun ketika lahir anggota keluarga baru yang menyita perhatian orang tuanya. Lahirnya anggota keluarga baru dapat beresiko terhadap terjadinya persaingan antar anak dalam memperebutkan perhatian orang tua (*sibling rivalry*). Perkembangan emosional pada anak usia balita mengakibatkan anak yang lebih besar akan menolak segala hal yang dilakukan orang tua karena merasa bahwa orangtua telah membagi kasih sayang dengan anggota keluarga baru (Zolten & Long, 2006).

2.1.2 Faktor Resiko Sulit Makan pada Balita

Balita merupakan salah satu populasi beresiko dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Faktor resiko yang menyebabkan timbulnya masalah sulit makan pada balita meliputi:

2.1.2.1 Faktor Biologi dan Usia

Faktor biologi dan usia merupakan salah satu faktor resiko terhadap masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita. Pada usia balita terjadi peningkatan perkembangan yang cukup pesat, salah satunya adalah perkembangan otonomi. Perkembangan otonomi mengakibatkan balita dapat menentukan terkait apa yang disukai dan yang tidak disukainya termasuk dalam memilih makanan. Beberapa penelitian menunjukkan faktor usia berhubungan dengan sulit makan pada anak. Powell, Farrow dan Meyer (2011) mengungkapkan bahwa anak dengan usia lebih

muda cenderung lebih memilih-milih makanan. Penelitian lainnya menyebutkan bahwa anak usia antara 25-36 bulan (Rigal et al, 2012), 2-8 tahun (Skinner et al, 2002 dalam Farrow & Blisset, 2011), seringkali menunjukkan perilaku lebih menyukai makanan tertentu saja.

Menurut Anna Freud (1969 dalam Judarwanto, 2004), proses perkembangan perilaku terjadi sejak lahir hingga dewasa, termasuk perkembangan perilaku makan. Judarwanto (2004) menjelaskan bahwa tahapan perkembangan perilaku makan dapat mempengaruhi pola makan pada anak di kemudian hari. Tahapan perkembangan perilaku makan yang harus dilalui anak adalah:

a. Periode Minum ASI

Pada tahap ini saluran pencernaan anak belum sempurna sehingga pada usia ini anak sebaiknya hanya mengkonsumsi ASI tanpa makanan tambahan dalam bentuk apapun.

b. Periode Penyapihan ASI

Pada usia 6 bulan, anak membutuhkan makanan pendamping selain ASI untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya (Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011). Penyapihan merupakan suatu tahap dimana anak selain mendapatkan ASI juga telah siap untuk menerima makanan tambahan (Makanan Pendamping ASI/ MP-ASI). Sebaiknya proses penyapihan ASI dilakukan secara bertahap karena penyapihan yang dilakukan secara mendadak dapat menyebabkan gangguan pencernaan (Schwartz, et al., 2011).

c. Periode Transisi

Periode ini merupakan masa peralihan dari kondisi anak yang masih makan melalui suapan orangtua kepada kondisi dimana anak makan sendiri menggunakan alat makan. Kondisi ini mengakibatkan anak seringkali menolak makanan karena menganggap orangtua yang biasa menyuapi makanan sudah tidak memperhatikannya lagi.

d. Periode Makan dengan Alat

Pada tahap ini, anak mulai menyukai aktivitas makan dengan menggunakan alat seperti sendok dan garpu. Anak seringkali menghambur-hamburkan dan

memainkan makanan. Peran orang tua untuk mengarahkan anak sangat penting karena ini merupakan salah satu proses belajar bagi anak.

e. Periode Hilangnya Persepsi

Pada tahap ini terjadi kehilangan persamaan persepsi antara ibu dan anak. Hal ini mengakibatkan timbulnya konflik antara ibu dan anak. Orang tua hendaknya dapat memahami kondisi anak dengan selalu memperhatikan dan menghargai keinginan anak.

f. Periode Hilangnya Seksualisasi

Pada periode ini anak mengalami peningkatan minat terhadap makanan. Anak telah memiliki kemampuan untuk menentukan jumlah makanan yang akan dikonsumsi dan kualitas makanan. Pengalaman anak dalam aktivitas makan akan membentuk kebiasaan makan pada masa dewasa misalnya rasa makanan yang disukai dan tidak disukai.

Selain faktor usia, jenis kelamin anak memiliki pengaruh terhadap perilaku makan pada anak. Ostberg dan Hagelin (2010) mengungkapkan bahwa anak perempuan lebih banyak mengalami masalah sulit makan dibandingkan anak laki-laki. Namun penelitian lain mengungkapkan bahwa anak laki-laki lebih banyak mengalami masalah sulit makan dari pada anak perempuan (Powell, Farrow & Meyer, 2011; Russel & Worsley, 2008).

Secara biologis, anak yang mengalami gangguan kesehatan akan meningkatkan resiko terjadinya masalah kesehatan lainnya. Adapun gangguan kesehatan yang merupakan penyebab masalah sulit makan meliputi (Judarwanto, 2004):

a. Gangguan pencernaan

Gangguan pencernaan yang paling sering terjadi adalah *gastroesofagial reflux* (makanan masuk ke saluran cerna yang lebih atas, ditandai dengan muntah). Tanda anak memiliki gangguan pencernaan adalah perut kembung, cegukan, muntah saat makan, sulit buang air besar, feses berwarna hitam/ hijau, gangguan tidur, lidah kotor dan gangguan kulit. Gangguan sistem pencernaan lainnya yang dapat menyebabkan sulit makan adalah *palatoschizis*.

b. Infeksi akut dan kronis

Infeksi akut terjadi dalam waktu singkat (7-14 hari). Infeksi akut yang dapat menyebabkan masalah sulit makan adalah ISPA, infeksi rongga mulut, saluran cerna dan sebagainya. Setelah kondisi anak membaik, nafsu makan anak akan kembali normal. Sedangkan infeksi kronis terjadi lebih dari 2 minggu hingga beberapa bulan. Infeksi kronis yang dapat menyebabkan masalah sulit makan yaitu infeksi saluran kencing, infeksi parasit cacing, *tubercullosis* (TBC), *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*/ AIDS.

c. Gangguan perkembangan dan perilaku

Gangguan perkembangan dan perilaku seperti autisme dan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) dapat menyebabkan masalah sulit makan pada anak. Suatu penelitian menyampaikan bahwa 33-90% anak dengan gangguan perkembangan mengalami masalah sulit makan (*Centre for Community Child Health, 2006*).

d. Kelainan neurologi/ susunan saraf pusat

Gangguan pada fungsi otak akan mempengaruhi kemampuan motorik yang akan mengganggu aktivitas makan. Gangguan fungsi otak dapat terjadi karena kelainan bawaan, infeksi dan sebagainya.

e. Alergi

Alergi merupakan gejala yang timbul akibat reaksi kekebalan tubuh yang berlebihan. Pencetus alergi sangat beragam mulai dari debu, cuaca, obat bahkan makanan. Alergi dapat menyerang seluruh organ, jika alergi menyerang saluran pencernaan akan mengakibatkan anak mengalami masalah sulit makan. Judarwanto (2004) menyampaikan bahwa 6-8% anak-anak di Amerika merupakan penderita alergi makanan dan sekitar 100-175 orang meninggal karena alergi makanan.

f. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Berat bayi lahir rendah merupakan bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa melihat usia kehamilan (Saifuddin, Adriaansz, Winkjosastro & Wasposito, 2006). BBLR disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya faktor janin, ibu dan plasenta (Kosim, Yunanto, Dewi, Sarosa & Usman, 2010). Bayi dengan berat lahir rendah beresiko mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan

(Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Selain itu, Field, Garland dan Williams (2003 dalam Ostberg & Hagelin, 2010) mengungkapkan bahwa bayi dengan berat lahir rendah memiliki resiko lebih besar mengalami masalah sulit makan.

2.1.2.2 Faktor Lingkungan

Lingkungan sosial anak terdiri dari lingkungan keluarga dan teman sebaya. Keluarga merupakan tempat anak pertama kali belajar mengenai segala sesuatu (Potter & Perry, 2003). Karakteristik sosiodemografi keluarga seperti usia dan tingkat pendidikan orang tua mempengaruhi perilaku kesehatan anggotanya (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Orang tua, khususnya ibu merupakan pengambil keputusan terkait kesehatan bagi keluarganya (Friedman, Bowden & Jones, 2003) dan penyedia makanan utama bagi anaknya (Webb et al., 2006). Usia dan tingkat pendidikan ibu mempengaruhi perilaku kesehatan. Menurut Widyastuti (2005), umur seseorang merupakan salah satu variabel terkuat yang digunakan dalam memprediksi perbedaan terkait penyakit dan peristiwa kesehatan. Sebuah penelitian menyampaikan bahwa semakin muda usia ibu maka semakin tidak bervariasi makanan yang disediakan untuk anaknya dan semakin cepat ibu memperkenalkan anaknya dengan makanan pendamping ASI (Dennis, 2002 dalam dalam Karp & Lutenbacher, 2010). Hal tersebut tidak sejalan dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa umur ibu tidak mempengaruhi kemampuannya dalam memberikan makanan bernutrisi bagi anaknya (Baughcum et al., 1998 dalam Karp & Lutenbacher, 2010).

Tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku kesehatan. Sulistyoningsih (2011) menyampaikan bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan seseorang dalam kemampuan memilih makanan sehat. Sebuah penelitian menggambarkan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan orang tua maka semakin rendah kualitas makanan yang disajikan dalam keluarga (Pelto & Backstrand, 2003). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI (2008) mengidentifikasi bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin baik tingkat konsumsi makanan sehat. Hal tersebut tidak

sejalan dengan penelitian kualitatif yang dilakukan Rasni (2008) pada keluarga miskin berpendidikan rendah (SD/ MI) di Lingkungan Pelindu Jember. Rasni (2008) mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap status gizi pada anak.

Anak merasakan keterikatan dengan keluarga. Keberadaan anak di tengah lingkungan keluarga membuat anak merasa aman. Sebaliknya, anak akan merasa takut jika berada pada lingkungan yang baru. Perilaku makan anak dapat dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Schwartz (2011) yang menyatakan bahwa lingkungan keluarga berperan besar dalam membentuk perilaku makan anak. Kegiatan makan bersama dengan anggota keluarga lain merupakan salah satu bentuk sosialisasi anak. Brooks (2011) menyampaikan bahwa kebiasaan makan bersama anggota keluarga bermanfaat dalam meningkatkan selera makan anak dan memberi efek psikologis yang positif.

Selain keluarga, anak usia balita mulai belajar bersosialisasi dengan lingkungan sosial lainnya yaitu teman sebaya (Perry & Potter, 2003). Peningkatan minat dalam mengeksplorasi lingkungan melalui aktivitas bermain bersama teman sebaya, seringkali mengakibatkan anak tidak tertarik pada aktivitas makan (Whaley & Wong, 1995; Judarwanto, 2004). Teman sebaya merupakan lingkungan yang dapat memberikan pengaruh positif dan negatif terhadap perilaku anak. Teman sebaya dapat mempengaruhi perilaku makan pada anak (Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011). Penerimaan anak terhadap makanan akan menurun ketika anak melihat teman sebayanya tidak menyukai makanan tersebut (Birch, 1980 dalam Birch, 1999). Sebuah penelitian yang dilakukan pada 39 anak usia prasekolah dengan rata-rata usia 46 bulan menunjukkan terjadi peningkatan keinginan konsumsi makanan yang tidak disukai setelah anak melihat teman sebayanya mengkonsumsi makanan tersebut (Birch, 1980 dalam Campbell & Crawford, 2001).

Paparan media elektronik khususnya televisi dapat memberikan pengaruh terhadap perilaku anak. Sebuah penelitian membuktikan bahwa iklan makanan mempengaruhi perilaku makan pada anak yang banyak menghabiskan waktunya menonton televisi (Worthington & Rodwell, 2000 dalam Almatsier, Soetadjo & Soekatri, 2011). Menurut *The Ontario Trillium Foundation* (2009), anak balita menghabiskan waktu dua jam sehari untuk menonton televisi. Durasi iklan adalah 9-13 menit per jam tayangan televisi (Zuppa, Morton & Mehta, 2003). Sarwono (2011) menjelaskan bahwa 80% dari seluruh iklan untuk anak-anak dapat dikategorikan dalam empat produk utama yaitu, permen, sereal makanan cepat saji dan mainan. Morton (1990 dalam Campbell & Crawford, 2001) menjelaskan kebiasaan anak menonton televisi meningkatkan keterpaparan anak terhadap iklan makanan tinggi gula dan garam serta rendah serat. Anak balita belum memiliki pemahaman terhadap tujuan komersial dari iklan makanan di televisi. Penelitian pada 66 ibu yang memiliki anak usia 3-8 tahun menjelaskan bahwa iklan makanan di televisi meningkatkan keinginan anak untuk mengonsumsi makanan tersebut (Campbell & Crawford, 2001; Shea, Berino & Johnson, 2010). Pendampingan orang tua ketika menonton televisi diperlukan guna meminimalkan pengaruh negatif dari iklan televisi (Sarwono, 2011).

Menurut Webb et al. (2006), pada usia balita terjadi peningkatan konsumsi makanan jajanan (*snack food*). Ketersediaan warung yang memfasilitasi akses makanan jajanan akan semakin meningkatkan keinginan anak untuk mengonsumsi makanan tersebut. Dampaknya adalah anak akan mengalami penurunan nafsu makan saat diberikan makanan pokok dalam keluarga (Rahayu dkk., 2011). Menurut Depkes (2011), makanan jajanan rentan terkontaminasi bakteri, zat kimiawi berbahaya yaitu boraks, formalin, rhodamin B dan sebagainya. Konsumsi makanan jajanan yang mengandung zat berbahaya dalam jangka pendek dapat mengakibatkan pusing, mual, muntah, konstipasi atau diare, sedangkan efek jangka panjangnya adalah meningkatkan resiko kanker, tumor dan gangguan fungsi otak.

2.1.2.3 Faktor Ekonomi

Ketidakseimbangan antara pemasukan dengan beban pengeluaran dalam keluarga akan menyebabkan masalah ekonomi. Ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan fungsi ekonominya akan menyebabkan masalah dalam pemenuhan kebutuhan sandang, pangan dan papan keluarga. Pangan merupakan kebutuhan pokok yang harus dipenuhi untuk menjaga keberlangsungan hidup. Tidak tersedianya kebutuhan pangan dalam suatu keluarga karena masalah ekonomi akan membawa keluarga pada ancaman masalah kesehatan. Kesulitan ekonomi yang dialami keluarga memberikan kontribusi terhadap rendahnya kualitas makanan yang disediakan keluarga bagi anaknya (Stanhope & Lancaster, 2004; Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011). Riskesdas (2007) mengidentifikasi semakin tinggi tingkat pendapatan dalam suatu keluarga maka semakin baik tingkat konsumsi makanan sehat. Hal sejalan juga diungkapkan oleh Rasmussen et al (2006 dalam Kroller & Warschburger, 2009) yang menyatakan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi suatu keluarga maka akan semakin rendah jumlah konsumsi makanan yang tidak sehat. Hal tersebut tidak sejalan dengan Rasni (2008) yang melakukan penelitian kualitatif pada keluarga miskin dengan pendapatan Rp. 150.000 sampai dengan Rp. 300.000. Hasil p mengungkap penelitian mengungkapkan bahwa pendapatan keluarga tidak berpengaruh terhadap status gizi anak. Seluruh balita di Lingkungan Pelindu memiliki status gizi sedang dan baik.

2.1.2.4 Faktor Perilaku (Gaya Hidup)

Keluarga merupakan unit dasar pembentukan perilaku/ gaya hidup sehat bagi anggotanya (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Swinburn dan Egger (2002 dalam Kime, 2009) menegaskan bahwa keluarga merupakan tempat terpenting bagi anak dalam mempelajari dan mempertahankan perilaku sehat. Salah satu penerapan gaya hidup sehat dalam keluarga adalah kebiasaan konsumsi makanan sehat (Stanhope & Lancaster, 2004). Kebiasaan/ perilaku konsumsi makanan sehat yang diterapkan dalam keluarga akan mempengaruhi perilaku seluruh individu dalam keluarga tersebut, termasuk anak. Hal ini dibuktikan dalam suatu penelitian yang menyebutkan bahwa orangtua yang memiliki kebiasaan tidak suka

mengonsumsi sayur akan menularkan kebiasaan tersebut pada anak-anaknya (Vereecken, Rovner & Maes, 2010).

Menurut Nies dan McEwen (2001), anak memiliki ketergantungan penuh pada keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, termasuk kebutuhan nutrisi. Keluarga bertanggungjawab dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak, bahkan sejak dalam kandungan. Seorang ibu harus menerapkan gaya hidup sehat dengan mengonsumsi makanan bergizi, menghindari konsumsi rokok, obat, alkohol dan sebagainya yang dapat mengancam keselamatan anak. Tanggung jawab keluarga tidak berhenti sampai anak dilahirkan. Ibu memiliki kewajiban untuk menyusui anak hingga 6 bulan dan kemudian memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) tepat pada waktunya untuk menghindari masalah sulit makan pada anak (Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011).

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) harus disesuaikan dengan usia. Tabel 2.1 dibawah ini merupakan uraian jenis dan frekuensi pemberian MP-ASI pada anak sesuai dengan kebutuhan menurut usia:

Tabel 2.1
Jenis dan Frekuensi Pemberian MP-ASI pada Anak Sesuai
Kebutuhan Menurut Usia

Usia	Jenis dan Frekuensi Makanan
0-6 bulan	ASI, sekehendak
>6-8 bulan	ASI, sekehendak; bubur susu berangsur-angsur diganti dengan bubur saring 2 kali sehari; buah/ sayur lumat/ jus buah 1 kali sehari; biskuit
>8-12 bulan	ASI, sekehendak; nasi tim lengkap dan berangsur-angsur diganti dengan nasi lunak lauk dan sayur lunak 2 kali sehari; buah/ sayur lumat/ jus buah 1 kali sehari; biskuit atau makanan padat lain yang dapat dipegang
1-5 tahun	ASI, sekehendak; makanan keluarga sesuai Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) lebih dari 3 kali sehari; makanan selingan seperti bubur kacang hijau, puding, dan lain-lain 2 kali sehari

Sumber: Supartini, 2004; Almatsier, Soetardjo dan Soekatri, 2011

Air Susu Ibu (ASI) merupakan sumber makanan yang mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan anak usia 0-6 bulan (Kurniasih, Hilmansyah, Astuti & Imam, 2010). Menurut *United States for International Development (USAID)* (2002), ASI mengandung air 88,1% , lemak 3,8%, protein 0,9%, laktosa 7% dan

kandungannya 0,2%. Selain itu, ASI mengandung zat kekebalan tubuh guna melindungi anak dari penyakit seperti sulit makan, ISPA, infeksi usus dan alergi (Kurniasih, Hilmansyah, Astuti & Imam, 2010). Mengganti ASI dengan cairan atau makanan lain akan membuat anak kenyang sehingga asupan ASI berkurang. Hal ini dapat mengakibatkan anak mengalami penurunan daya tahan tubuh dan kekurangan zat gizi sehingga mengancam pertumbuhan dan perkembangannya. Penelitian menunjukkan bahwa memberi air putih sebagai tambahan cairan sebelum bayi berusia enam bulan dapat mengurangi asupan ASI hingga 11% (USAID, 2002).

Pemberian MP-ASI merupakan tahap peralihan menuju makanan keluarga. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dimulai sejak anak berusia 6 bulan. Hal ini disebabkan zat gizi yang terkandung dalam ASI sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan anak (UNICEF, 2010). Pemberian MP-ASI pada usia 6 bulan dapat menstimulasi perkembangan kemampuan oral motor pada anak (Neiva, Cattoni, Ramos & Issler, 2003). Pemberian MP-ASI dilakukan secara bertahap mulai dari makanan yang bertekstur lunak (bubur susu, bubur saring), lembek (bubur biasa, nasi tim) hingga padat (nasi biasa atau makanan keluarga) (Supartini, 2004).

Penolakan terhadap MP-ASI merupakan hal wajar pada pemberian MP-ASI pertama kalinya. Pengenalan terhadap MP-ASI hendaknya dilakukan secara berulang-ulang untuk tiap makanan yang akan dikenalkan. Anak akan belajar menyukai rasa makanan yang diberikan jika diberikan secara berulang (*Centre for Community Child Health*, 2006; Venter & Harris, 2009). Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen dan Nicklaus (2011) menjelaskan pemberian makanan secara berulang sebanyak 8-10 kali perlu dilakukan saat anak mulai dikenalkan dengan MP-ASI. Pada anak usia 3-5 tahun, pengenalan terhadap makanan baru perlu dilakukan 10-16 kali agar anak menyukai makanan tersebut (Savage, Fisher & Birch, 2007). Penelitian menunjukkan bahwa pemberian makanan secara berulang-ulang meningkatkan penerimaan anak terhadap makanan tersebut dikemudian hari (Mennella, Nicklaus, Jagolino & Yourshaw, 2008). Namun,

mayoritas orangtua tidak tahu dan tidak peduli terkait pentingnya pemberian makanan secara berulang pada anak (Anzman, Rollins & Birch, 2010).

Pemberian MP-ASI terlalu dini menimbulkan dampak buruk bagi sistem pencernaan karena pada usia ini sistem pencernaan anak belum sempurna dan tidak siap menerima makanan apapun selain ASI. Selain itu, pemberian MP-ASI sebelum 6 bulan akan mempengaruhi kekuatan organ bicara yang akan mengganggu fungsi mengunyah, menelan, bernafas dan artikulasi saat berbicara (Schwartz, et al., 2011).

Keterlambatan pemberian MP-ASI menyebabkan zat gizi yang dibutuhkan anak tidak tercukupi. Akibat lain adalah rahang tidak terlatih untuk mengunyah makanan sehingga sistem pencernaan tidak siap untuk menerima makanan padat. Dampaknya adalah anak akan mengalami masalah sulit makan yang ditandai dengan mengemut makanan atau bahkan menolak makanan.

Makanan keluarga dapat diperkenalkan pada anak sejak dini yang disesuaikan dengan kemampuannya. Pada saat anak mulai menunjukkan ketertarikannya untuk meraih sesuatu, orang tua sudah mulai dapat menyajikan makanan dalam potongan yang memungkinkan anak untuk memegangnya. Anak usia di atas 1 tahun hendaknya sudah mengonsumsi makanan keluarga sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS). Pemberian makanan selingan (*snack*) dapat diberikan diantara waktu makan. Makanan selingan sebaiknya tidak dilakukan mendekati waktu makan anak. Hal ini penting untuk diperhatikan sebab pemberian makanan selingan pada waktu yang tidak tepat dapat menurunkan nafsu makan anak akibatnya zat gizi yang dibutuhkan anak tidak akan tercukupi.

Survey *Feeding Infants and Toddler Study* (FITS) tahun 2008 mengungkapkan bahwa konsumsi makanan pada anak yang berusia diatas 1 (satu) tahun mengalami kemerosotan (Dwyer, Butte, Deming, Siega-Riz, Reidy, 2010). Penyajian makanan dapat meningkatkan kuantitas makanan yang dikonsumsi anak. Anak menyukai makanan yang disajikan dalam warna dan bentuk yang

menarik (Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011). Variasi dalam penyajian makanan dapat dilakukan dengan modifikasi ukuran, bentuk dan warna sehingga menarik anak untuk mengkonsumsi makanan tersebut (Sirikulchayanonta, Iedsee & Shuaytong, 2010).

Pengaruh orang tua dalam membentuk perilaku makan pada anak dapat terjadi melalui interaksi saat pemberian makan. Praktik pemberian makan yang tidak tepat dapat menimbulkan resiko sulit makan pada anak (Sleedens, Kremers, Vries & Thijs 2009). Musher - Eizenman dan Holub (2007) menjelaskan bahwa praktik pemberian makan pada anak dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

a. Kontrol makanan (*controlling*)

Konsumsi makanan pada anak tidak terlepas dari kontrol yang diterapkan orangtua. Adapun bentuk kontrol yang dapat dilakukan meliputi tekanan pada anak untuk makan (*pressure*) dan pembatasan makanan (*restriction*). Kain, Uauy dan Albala (2002 dalam Santos et al, 2009) mendefinisikan tekanan untuk makan (*pressure to eat*) sebagai tindakan mendorong anak untuk makan. Orang tua seringkali melakukan tekanan pada anak dalam aktivitas makan dalam usaha untuk meningkatkan berat badan anak (Lee, Mitchell, Wright & Birch, 2001 dalam Santos et al., 2009). Bentuk tekanan yang dilakukan orang tua dapat berupa pemberian *reward* (hadiah/ penghargaan) pada anak.

Menurut Cameron, Banko dan Peirce (2001), *reward* merupakan hal yang disukai anak. Namun beberapa penelitian mengemukakan bahwa pemberian *reward* pada anak dapat menimbulkan dampak buruk bagi perilaku makan anak. Menurut Birch, Zimmerman dan Hind (1980 dalam Savage, Fisher & Birch, 2007), penggunaan makanan manis sebagai hadiah atas perilaku baik yang ditunjukkan anak akan meningkatkan kesukaan anak terhadap makanan tersebut. Pemberian *reward* pada anak jika mau mengkonsumsi makanan yang diinginkan orang tua akan menurunkan minat anak terhadap makanan tersebut (Newman & Taylor, 1992; Lowe et al, 2004). Hal ini didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa kebiasaan orang tua dalam memaksa anak untuk mengkonsumsi sayur akan membuat anak semakin tidak menyukai sayuran (Savage, Fisher & Birch, 2007;

Sirikulchayanonta, Iedsee & Shuaytong, 2010). Mayoritas orang tua tidak percaya ketika anak mengatakan sudah merasa kenyang sehingga tetap memaksakan anak untuk menghabiskan makanannya (Sherry et al, 2004 dalam Scwartz, 2011).

Lowe et al (2004) tidak sependapat dengan efek negatif dari pemberian penghargaan (*reward*). *Reward* dapat memberikan efek positif bagi perubahan perilaku termasuk perilaku dalam mengkonsumsi makanan. Lowe menjelaskan bahwa terjadi peningkatan konsumsi sayur dan buah pada anak setelah diberikan penghargaan (*reward*).

Pembatasan makanan (*restriction*) merupakan kontrol terlalu tinggi terhadap apa dan berapa banyak makanan yang anak makan (Corsini, Wilson, Kettler & Danthiir, 2010). Orangtua seringkali berusaha membatasi konsumsi makanan tertentu pada anaknya dengan cara yang tidak tepat. Menurut Kurniasih, Hilmansyah, Astuti dan Imam (2010), orangtua berusaha membatasi makanan cepat saji bagi anak. Orangtua memiliki tujuan baik dengan melakukan tindakan tersebut. Namun sebuah penelitian menyampaikan bahwa tindakan pembatasan terhadap konsumsi makanan tertentu akan semakin meningkatkan minat anak terhadap makanan tersebut (Savage, Fisher & Birch, 2007).

b. Model peran (*modelling*)

Menurut *Centre for Community Child Health* (2006), model peran (*modelling*) merupakan suatu perilaku pemberian contoh sehingga orang yang melihat akan mengikuti perilaku tersebut. *Modelling* dapat memberikan efek protektif terhadap kesehatan anak (Kroller & Warschburger, 2009). Lingkungan keluarga merupakan tempat anak pertama kali belajar mengenai segala sesuatu melalui *modelling*. Menurut Grodner, Long dan Walkingshaw (2007), perilaku anak dipengaruhi oleh contoh perilaku orang dewasa di sekitarnya. Anak yang merupakan peniru ulung akan melakukan segala hal yang dicontohkan oleh lingkungan sekitarnya, termasuk dalam hal kebiasaan makan.

Modelling makanan yang sehat akan mendorong anak untuk menikmati makanan sehat pada saat makan (Venter & Harris, 2009). Menurut Almatsier, Soetardjo dan Soekatri (2011), model yang ditunjukkan orang tua dan orang lain yang memiliki kedekatan dengan anak akan mempengaruhi kebiasaan makan pada anak. Pernyataan tersebut didukung oleh Sirikulchayanonta, Iedsee dan Shuaytong (2010) yang mengungkapkan bahwa *role model* orang tua dalam mengkonsumsi makanan merupakan faktor utama yang menentukan pola konsumsi anak terhadap makanan tersebut dimasa mendatang. Savage, Fisher dan Birch (2007) menyatakan bahwa sejak dini anak belajar mengenai apa, kapan dan berapa banyak makanan yang dikonsumsi melalui keluarga. Orang tua yang mengkonsumsi banyak sayur dan buah dan menghindari konsumsi makanan tidak sehat dihadapan anak-anaknya akan mengurangi resiko anak dalam konsumsi makanan yang tidak sehat (Kroller & Warschburger, 2009).

Menurut Scaglioni (2008); Venter dan Harris (2009); Harper dan Sanders (1975 dalam Campbell & Crawford, 2001), perilaku orang tua khususnya ibu dalam konsumsi makanan sehat memiliki peran penting dalam membentuk perilaku makan sehat pada anak. Oliveria et al (1992) menyatakan ibu memberikan pengaruh yang lebih kuat dibandingkan dengan ayah dalam memberi contoh terkait perilaku makan. Hal ini didukung oleh sebuah penelitian yang menyebutkan bahwa anak memiliki ketertarikan besar untuk mencoba mengkonsumsi makanan yang dimakan oleh ibunya dan pada akhirnya akan menjadi makanan kesukaannya (Harper & Sanders, 1975 dalam Campbell & Crawford, 2001).

Dukungan lain dinyatakan oleh Cooke, Wardle dan Gibson (2003) bahwa balita belajar menyukai makanan yang dimakan oleh keluarganya. Orang tua yang memiliki kebiasaan dalam konsumsi sayuran dan buah-buahan akan meningkatkan konsumsi anak terhadap makanan tersebut (Cullen et al., 2001 dalam Savage, Fisher & Birch, 2007). Namun, pemberian contoh (*modelling*) orang tua terhadap anak akan semakin menurun seiring dengan semakin meningkat usia anak (Kroller & Warschburger, 2009). Hal tersebut dikarenakan

semakin meningkat usia anak maka semakin berkembang kemampuannya untuk memilih makanan sehat bagi dirinya.

c. Keterlibatan anak (*involvement*)

Anak dapat dilibatkan dalam proses penyiapan dan pemilihan makanan. Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), penyiapan dan pemilihan makanan merupakan tanggung jawab ibu, namun secara perlahan anak harus mampu memilih dan menentukan makanan sehat bagi dirinya. Perkembangan kognitif dan motorik pada usia balita yang belum matang mengakibatkan balita belum mampu mempersiapkan dan memilih makanan secara mandiri. Namun, keluarga perlu untuk melibatkan balita dalam proses tersebut. Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa melibatkan anak dalam pemilihan makanan sehat ketika berbelanja di swalayan akan membentuk kebiasaan anak untuk selalu memilih makanan sehat (Sutherland, Beavers, Kupper, Bernhardt, Heatherton & Dalton, 2008).

d. Edukasi makanan (*teaching*)

Edukasi (pengajaran) tentang makanan sehat dapat dilakukan saat aktivitas pemberian makan pada anak (Mahan & Stump, 2000). Orang tua dapat menyampaikan manfaat makan sayur ketika memberikan suapan sayur pada anak atau ketika anak menolak untuk makan sayur. Judarwanto (2004) menjelaskan bahwa penjelasan tentang manfaat dari makanan yang diberikan pada anak akan mempengaruhi penerimaan anak terhadap makanan tersebut di kemudian hari. Menurut Finley (1989; Litman 1974 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003), ibu merupakan pendidik keluarga. Pengajaran tentang zat gizi dan makanan sehat pada anak diberikan oleh ibu karena ibu memiliki pengetahuan yang lebih baik terkait kandungan gizi dalam makanan dibandingkan dengan ayah (Neumark, Hannan, Story, Croll & Perry, 2003).

e. Penyediaan makanan

Balita memiliki ketergantungan pada orang lain dalam pemenuhan kebutuhan nutrisinya baik dari segi kuantitas maupun kualitas (Sirikulchayanonta, Iedsee & Shuaytong, 2010). Orang tua merupakan pihak yang berperan penting dalam

penyediaan makanan di lingkungan rumah. Penyediaan makanan bagi anak harus memenuhi standar kesehatan dan disesuaikan dengan kebutuhan zat gizi. Menurut Spurrier et al (2008), ketersediaan makanan sehat di rumah antara lain buah dan sayuran berhubungan dengan peningkatan jumlah konsumsi makanan tersebut. Sebuah penelitian menyatakan bahwa anak akan semakin sulit untuk menerima suatu makanan bila orang tua tidak pernah menyediakan dan memberikan makanan tersebut (Campbell & Crawford, 2001).

Penyediaan makanan bagi anggota keluarga dipengaruhi oleh budaya keluarga. Budaya patriarki adalah budaya dengan laki-laki sebagai pemegang kekuasaan tertinggi, masih banyak ditemukan dalam keluarga di Indonesia. Penyediaan dan pembagian makanan dalam keluarga dengan budaya patriarki seringkali tidak menguntungkan bagi anak dan ibu. Pada budaya patriarki, makanan bergizi terutama disediakan untuk ayah dan sisanya diberikan pada anak kemudian ibu (Anwar, 2004). Penyediaan dan pembagian makanan dalam budaya patriarki akan membatasi asupan nutrisi yang sangat dibutuhkan anak balita pada tahap pertumbuhan dan perkembangan.

Berdasarkan paparan diatas, terungkap bahwa balita merupakan kelompok yang beresiko terhadap masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi akibat sulit makan. Oleh karena itu diperlukan kerjasama dari berbagai pihak dalam melakukan tindakan *preventif* terhadap masalah sulit makan. Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga kesehatan yang bertanggungjawab terhadap masalah kesehatan seluruh *aggregate* yang ada dimasyarakat, diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pemecahan masalah sulit makan pada balita dengan mengembangkan dan mengimplementasikan berbagai macam strategi intervensi keperawatan.

2.2 Strategi Intervensi

Menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999), perawat komunitas perlu melakukan identifikasi faktor determinan masalah keperawatan baik yang bersifat resiko, aktual dan potensial sebelum melakukan intervensi keperawatan. Setelah

diketahui faktor determinan dari suatu masalah keperawatan, perawat dapat mempertimbangkan strategi intervensi yang tepat guna mengatasi permasalahan.

Strategi intervensi yang dapat dilakukan dalam mengatasi masalah sulit makan pada anak adalah pemberdayaan (*empowerment*) keluarga. Menurut Rodwell (1996 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003; Stanhope & Lancaster, 2004), pemberdayaan adalah suatu bentuk kemitraan/ kerjasama dalam membantu mengambil keputusan yang tepat dalam kehidupan. Strategi intervensi pemberdayaan keluarga memberikan kesempatan pada keluarga untuk memilih dan mengambil keputusan secara bebas dan bertanggung jawab. Tujuan pemberdayaan keluarga adalah meningkatkan pengetahuan, kapasitas dan ketrampilan sehingga keluarga mampu menjadi advokat dan sumber terbaik bagi seluruh anggota keluarganya dalam mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatan (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Balswick dan Balswick (1995 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) menjelaskan bahwa pemberdayaan keluarga akan menghasilkan kekuatan dan hubungan saling ketergantungan yang sehat serta meningkatkan rasa saling menghargai otonomi dan menghormati antar anggota keluarga.

Model *Family Centre Nursing* merupakan model yang dapat digunakan dalam menerapkan strategi intervensi pemberdayaan keluarga. Model ini menggambarkan pentingnya melakukan pengkajian individu sebagai anggota keluarga yang meliputi biologis, psikologis, sosial, spiritual. Selain itu, pengkajian dalam keluarga terkait sosiokultural, data lingkungan, struktur, fungsi dan strategi coping yang digunakan penting untuk dilakukan dalam menetapkan rencana tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Peningkatan derajat kesehatan keluarga dapat dicapai jika perawat mampu bekerjasama dengan keluarga dalam usaha mengoptimalkan struktur, fungsi dan tugas perawatan kesehatannya. Struktur keluarga merupakan pola organisasi dalam keluarga (Parad & Caplan, 1965 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Struktur keluarga terdiri dari empat unsur yaitu struktur peran, struktur nilai, proses komunikasi dan pengambilan keputusan (Parad & Caplan, 1965 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003):

a. Struktur Peran

Peran merupakan bentuk perilaku dari seseorang yang berada pada posisi sosial tertentu (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Peran dalam keluarga dibagi menjadi dua kategori yaitu peran formal dan informal. Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga. Peran formal ayah adalah sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak dalam keluarga. Ayah berperan sebagai kepala keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Sedangkan peran formal ibu adalah sebagai istri dari suami dan ibu bagi anak dalam keluarga. Ibu memiliki peranan dalam mengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anaknya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

Peran formal yang dapat dijalankan ayah, ketika anak mengalami masalah sulit makan adalah sebagai pencari nafkah dalam rangka pemenuhan kebutuhan nutrisi dan pembiayaan pelayanan kesehatan dalam penanganan masalah sulit makan. Peran formal ibu diantaranya adalah sebagai pemberi asuhan bagi anak. Ibu berperan dalam menyediakan makanan bergizi bagi keluarga dan model yang lebih berpengaruh dibandingkan ayah dan saudara kandung dalam membentuk perilaku makan pada anak (Oliveria, Ellison, Moore, Gilman, Garrahe & Singer, 1992; Birch, 1980 dalam Birch, 1999; Campbell & Crawford, 2001; Friedman, Bowden & Jones, 2003; Stanhope & Lancaster, 2004). Apabila ada anggota keluarga yang sakit, ibu berperan sebagai sumber utama kenyamanan dan bantuan bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Litman, 1974 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Peran informal adalah peran implisit yang seringkali tidak tampak yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga (Satir, 1967 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Peran informal merupakan penyokong terlaksananya peran formal yang adekuat. Beberapa bentuk peran informal yaitu

sebagai pendorong, penyelarar, negosiator, pendamai, perantara keluarga dan sebagainya. Perawat dapat mengidentifikasi peran informal dalam keluarga guna memahami sifat permasalahan dan kemungkinan solusi yang dapat dilakukan terkait masalah sulit makan pada anak. Contohnya antara lain dengan mengidentifikasi anggota keluarga yang bertindak sebagai pendamai yaitu orang yang selalu berusaha membuat keluarga senang. Perawat dapat menjadikan anggota keluarga tersebut untuk menghibur anggota keluarga lain yang stres akibat masalah sulit makan pada anak.

b. Struktur Nilai

Nilai merupakan suatu keyakinan yang dijadikan panduan dalam bertindak (Rokeach, 1973 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) Nilai dalam suatu keluarga dipengaruhi oleh nilai yang berlaku dalam masyarakat. Nilai dalam keluarga membentuk pola perilaku dalam menghadapi masalah kesehatan. Keluarga yang memiliki keyakinan tentang penguasaan alam akan meyakini bahwa mereka mampu mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi (Rolland, 1993 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Keluarga yang berorientasi pada penguasaan alam akan menggunakan strategi koping yang adaptif dengan mencari informasi dari lingkungannya untuk menyelesaikan masalah. Sedangkan keluarga yang berorientasi pada penerimaan pasif (fatalistis) akan cenderung pasrah dalam menerima masalah dalam kehidupan dan membatasi hubungan dengan tenaga profesional kesehatan (Rolland, 1993 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Identifikasi nilai keluarga dapat membantu perawat dalam memahami penyebab pola perilaku keluarga. Perawat harus mampu menentukan tujuan dan strategi intervensi yang tepat dengan mempertimbangkan nilai keluarga. Keluarga dengan anak sulit makan yang memiliki keyakinan atas penguasaan alam akan cenderung lebih terbuka dengan perawat. Keluarga ini secara aktif mencari informasi yang dibutuhkan terkait penanganan masalah sulit makan yang dialami oleh anak. Sebaliknya, keluarga yang kurang memiliki keyakinan atas penguasaan alam dan lebih berorientasi pada penerimaan pasif (fatalistis) akan cenderung lebih tertutup,

untuk itu perawat perlu untuk melakukan klarifikasi nilai sebelum menentukan strategi intervensi yang tepat. Klarifikasi nilai merupakan suatu proses meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kesesuaian nilai yang dimiliki. Tujuan klarifikasi nilai adalah membantu keluarga menjadi lebih mandiri dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya (Wilberding, 1985 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003)

c. Proses Komunikasi

Menurut McCubbin dan Dahl (1985 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003), komunikasi merupakan proses pertukaran perasaan, keinginan, kebutuhan, pendapat dan informasi. Komunikasi keluarga merupakan proses transaksional dengan berbagi arti antar anggota keluarga (Galvin & Brommel, 1986 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Komunikasi dapat disampaikan dalam bentuk verbal maupun nonverbal. Proses komunikasi yang baik dalam keluarga akan menciptakan lingkungan yang kondusif dan mengembangkan rasa saling menghargai antar anggota keluarga. Komunikasi yang tidak baik menyebabkan fungsi keluarga tidak berjalan baik (Holman, 1983; Satir, 1983; Satir, Banmen, Gerber & Gomori, 1991 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Komunikasi yang baik akan mengarah pada pola pemecahan masalah yang konstruktif dalam keluarga. Jika komunikasi dalam keluarga terjalin dengan baik, maka ketika salah satu anggota keluarga berada dalam kondisi sakit, anggota keluarga lainnya (ayah, ibu dan anak-anak) akan menjalin komunikasi untuk mencari pemecahan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi.

Kualitas komunikasi dalam keluarga dapat dinilai saat interaksi antar anggota keluarga. Komunikasi antara orang tua dan anak dapat terlihat antara lain saat pemberian makan. Anak balita memiliki kemampuan untuk mengkomunikasikan keinginannya termasuk dalam aktivitas makan dengan menampilkan perilaku berbeda saat lapar dan kenyang. Tabel 2.2 merupakan uraian bentuk komunikasi anak yang menandakan bahwa anak merasa lapar atau sudah merasa kenyang:

Tabel 2.2
Tanda-Tanda Anak Lapar dan Kenyang

Usia	Tanda Lapar	Tanda Kenyang
Baru lahir	Menangis dan mencari puting susu	Menjauh dari puting susu dan tertidur
4-6 bulan	Mendekati mulut ke payudara, botol atau sendok	Melepaskan puting susu dan menjauhkan kepala; menangis; menggigit puting susu; mengalihkan perhatian pada lingkungan sekitar
>6-9 bulan	Bersuara menyatakan keinginan makan	Mengubah posisi; menggelengkan kepala; menutup mulut rapat-rapat
>9-13 bulan	Menunjuk; menyentuh sendok atau tangan yang memberi makan	Mengubah posisi; menggelengkan kepala; menutup mulut rapat-rapat; menggerakkan lidah dan bibir
>13bulan- 5 tahun	Berbicara mengungkapkan keinginan makan	Mengubah posisi; berbicara mengungkapkan bahwa sudah merasa kenyang

Sumber: Worthington & William, 2000 dalam Almtsier, Soetardjo & Soekatri, 2011.

Menurut Greenspan (1994 dalam Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010), orang tua seringkali tidak memperhatikan tanda lapar dan kenyang pada anak sehingga waktu pemberian makan dan jumlah makanan ditentukan berdasarkan perkiraan keluarga. Hal ini disebabkan komunikasi yang tidak terjalin dengan baik antara keluarga dan anak saat pemberian makan. Dampaknya adalah gangguan perkembangan kemampuan regulasi diri pada anak, sehingga tidak mampu mengenal rasa lapar dan kenyang saat makan (Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010).

d. Kekuasaan dan Pengambilan Keputusan

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), kekuasaan merupakan kapasitas untuk mempengaruhi, mengendalikan dan mendominasi dalam membuat keputusan. Kekuasaan keluarga merupakan kemampuan individu anggota keluarga untuk mengubah perilaku anggota keluarga lainnya (Olson & Cromwell, 1975 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Komponen utama dalam kekuasaan keluarga adalah pengaruh dan pengambilan keputusan. Kekuasaan seringkali dimanifestasikan dengan pengambilan keputusan.

Keluarga yang sehat, orang tua memegang kekuasaan tertinggi dengan tetap memberikan kesempatan negoisasi. Secara umum, tingkat kekuasaan tertinggi dipegang oleh ayah, disusul oleh ibu dan paling rendah adalah anak (Lewis et al., 1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Namun terkait kesehatan, ibu memegang kekuasaan tertinggi dan merupakan pengambil keputusan kesehatan utama dalam keluarga (Finley, 1989; Litman, 1974 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Menurut Aday dan Eichhorn (1972; Rayner, 1970 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003), ibu memegang kendali dalam memutuskan tindakan pencegahan dan pengobatan yang akan dilakukan terhadap anggota keluarga yang sakit.

Struktur keluarga berfungsi untuk memfasilitasi pencapaian fungsi keluarga. Adapun fungsi keluarga dalam pencegahan masalah sulit makan pada balita meliputi (Friedman, Bowden & Jones, 2003):

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan suatu fungsi yang bersifat internal keluarga yang menjadi dasar pembentukan dan kesinambungan keluarga (Satir, 1972 dalam Friedman, Bowden & Jones 2003). Keluarga berfungsi sebagai sumber kasih sayang, dukungan, pengakuan dan penghargaan bagi anggota didalamnya. Fungsi afektif diperlukan guna meningkatkan perilaku sehat. Keluarga yang membangun suasana harmonis akan mempengaruhi kondisi psikologis anggotanya. Anak akan tumbuh menjadi pribadi yang hangat dan terbuka jika hidup dalam keluarga yang penuh cinta. Sebaliknya anak yang hidup dalam lingkungan keluarga yang tidak harmonis akan mengakibatkan gangguan psikologis pada anak sehingga anak tumbuh menjadi pribadi yang kurang percaya diri, cemas bahkan depresi. Anak yang mengalami gangguan psikologis akan selalu merasa terancam dan menarik diri dari lingkungan dan seluruh aktivitasnya, termasuk aktivitas makan.

Fungsi afektif dalam keluarga, salah satunya dapat dilihat dari cara orang tua memberikan perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi anak. Orang tua dapat menunjukkan kasih sayangnya dengan memberikan pujian, ketika anak mengkonsumsi makanan sehat. Hal tersebut akan membuat anak berada dalam

kondisi yang nyaman dan berimbang pada perkembangan perilaku makan yang baik pada anak (Judarwanto, 2004).

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga merupakan tempat pertama bagi anak untuk belajar bersosialisasi. Sosialisasi dalam keluarga bertujuan mengajarkan anak mengenai bahasa, peran, norma, budaya dan moral yang akan mempengaruhi perilaku di kemudian hari. Kegiatan makan bersama merupakan salah satu kegiatan sosialisasi budaya keluarga. Budaya keluarga dalam konsumsi makanan akan direfleksikan dalam nilai dan aturan yang ditetapkan oleh orang tua pada seluruh anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Konsumsi makanan sehat yang ditunjukkan orang tua saat kegiatan makan bersama merupakan bentuk penanaman nilai pentingnya konsumsi makanan sehat pada anggota keluarga lain. Kebiasaan keluarga dalam mengkonsumsi makanan tertentu pada kegiatan makan bersama akan mempengaruhi tingkat kegemaran anak terhadap makanan tersebut (Venter & Harris, 2009; Cullen et al, 2001 dalam Vereecken, Rovner & Maes, 2010).

Masyarakat sekitar tempat tinggal balita merupakan lingkungan sosial bagi balita selain keluarga. Lingkungan di luar keluarga merupakan tempat penting bagi balita dalam mengembangkan kemampuan sosialisasinya. Sosialisasi dengan lingkungan luar, memungkinkan balita terpapar pada hal positif dan negatif. Pencegahan terhadap pengaruh negatif dari lingkungan luar dapat diminimalisir dengan menanamkan disiplin sedini mungkin pada balita. Sejak dini, balita sebaiknya diberikan pemahaman untuk mengenal makanan yang sehat dan tidak sehat untuk dikonsumsi, sehingga saat balita terpapar dengan lingkungan yang menunjukkan perilaku yang tidak sehat, tidak akan mudah terpengaruh.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga merupakan unit dasar dalam membentuk perilaku perawatan kesehatan melalui usaha promotif dan preventif. Keluarga memiliki tanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan anggota didalamnya meliputi kebutuhan nutrisi, pakaian, tempat tinggal dan perawatan.

Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak dapat dilihat melalui praktik pemberian makan yang dilakukan orang tua. Wright, Parkinson, Shipton dan Drewett (2007) menyatakan praktik pemberian makan merupakan segala strategi yang digunakan dalam memberikan makan pada anak. Praktik pemberian makan akan menentukan kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi dan berpengaruh langsung terhadap status gizi anak. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) yang mengungkapkan bahwa praktik pemberian makan pada anak yang dilakukan dengan tepat berkontribusi dalam peningkatan status kesehatan.

Pemberdayaan keluarga dapat dilakukan perawat dengan membantu keluarga dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatannya. Tugas perawatan kesehatan keluarga terkait masalah sulit makan adalah :

a. Kemampuan keluarga mengenal masalah sulit makan pada anak.

Keluarga sebaiknya mengetahui pengertian, bentuk perilaku sulit makan, penyebab, komplikasi dan prognosis terkait masalah sulit makan pada anak. Sulit makan adalah keadaan yang ditandai dengan kurangnya nafsu makan serta kurang ketertarikan terhadap makanan (Wardle, et al., 2001). Sulit makan seringkali tampak dalam bentuk perilaku anak yang menolak ketika diberikan makanan atau memainkan makanan (Sanders, et al, 1993 dalam Rigal et al, 2012), menepis suapan, memuntahkan makanan, makan dalam waktu lama, membuang makanan, kesulitan menelan makanan atau merasakan sakit saat mengunyah dan menelan makanan (Judarwanto, 2004). Stanhope dan Lancaster (2004) mengemukakan beberapa perilaku yang menunjukkan masalah sulit makan pada anak adalah makan dalam waktu lama, memilih-milih makanan, menyukai makanan tertentu saja. Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan sulit makan adalah suatu kondisi anak sulit untuk diberi makan yang ditandai dengan memilih-milih makanan, menyukai makanan tertentu saja serta kurangnya minat anak dalam mengkonsumsi makanan yang diberikan pada saat makan.

b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat.

Perawat dapat membantu keluarga dalam mengenali akibat dan dampak masalah sulit makan. Keluarga yang telah mengenal akibat dan dampak dari masalah kesehatan diharapkan dapat mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan pada anggotanya. Masalah sulit makan menimbulkan dampak negatif pada anak, keluarga dan masyarakat. Pada individu anak, sulit makan dapat berdampak pada keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak (Wright, et al, 2007; Chatoor, 1989 dalam Ostberg & Hagelin, 2010), gangguan kognitif serta prestasi akademik ketika anak memasuki usia sekolah (Hall, et al, 2001 dalam Allender & Spradley, 2005), serta gangguan perilaku pada anak yaitu gangguan tidur, konsentrasi dan emosi (Schmid et al, 2010). Suatu studi pada anak usia 4 tahun yang mengalami gagal tumbuh diketahui bahwa mereka merasa tidak senang dan stres saat makan (Heptinsal et al 1987 dalam Wright et al, 2007).

UNICEF (1990) mengemukakan masalah pemenuhan nutrisi yang dialami anak akan berdampak pada penurunan produktifitas pada anggota keluarga. Sedangkan pada tingkat yang lebih luas yaitu masyarakat, masalah sulit makan dapat menyebabkan penurunan kualitas sumber daya manusia. Rendahnya kualitas sumber daya manusia akan berimbas pada capaian pembangunan manusia sehingga tidak akan mampu bersaing dengan bangsa lain.

c. Kemampuan keluarga merawat balita yang mengalami masalah sulit makan.

Keluarga mengetahui cara penanganan sulit makan dengan mengetahui kebutuhan gizi anak, cara pengolahan dan penyajian makan yang baik serta cara pemberian makan yang tepat untuk mengatasi masalah sulit makan pada anak. Gizi merupakan zat kimia yang terkandung dalam makanan yang bermanfaat untuk pertumbuhan dan perkembangan (Brown, 2008). Gizi berasal dari bahasa Arab yaitu *Al Gizzai* berarti makanan yang berguna untuk kesehatan (Depkes, 2005). Supariasa, Bakri dan Fajar (2001) mendefinisikan gizi sebagai proses organisme

yang menggunakan makanan yang dikonsumsi untuk bertahan hidup, tumbuh dan menghasilkan energi. Pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa gizi merupakan makanan yang dikonsumsi yang bermanfaat bagi kesehatan dan berfungsi untuk mempertahankan kehidupan. Tabel 2.3 merupakan uraian kebutuhan gizi balita per hari:

Tabel 2.3
Kebutuhan Gizi Balita per Hari

Makanan	Porsi berdasarkan Usia	
	Usia 1-3 tahun	Usia >3-5 tahun
Nasi	1 ½ gelas (200 gram)	4½ gelas (600gram)
Daging	1 potong sdg (35 gram)	3 potong (105gram)
Tempe	2 potong sdg (50gram)	4 potong (100gram)
Sayur	1 gls (100gram)	2 gelas (200gram)
Buah	2 buah (200gram)	2½ buah (250gram)
Susu	4 sdm	4 sdm
ASI	Sekehendak	Sekehendak

Sumber: Kurniasih, Hilmansyah, Astuti dan Imam, 2010.

Pengolahan dan penyajian makanan merupakan hal penting dalam usaha memenuhi kebutuhan nutrisi anak. Pengolahan makanan harus dilakukan dengan cara yang benar agar kandungan gizi dalam makanan tidak rusak atau terlalu banyak berkurang. Depkes (2003) mengemukakan pengolahan makanan yang tepat adalah sebagai berikut:

- a. Selalu mencuci tangan sebelum mengolah makanan dan gunakan alat masak dalam keadaan masih bersih
- b. Pencucian beras dilakukan cukup 1 kali sebelum dimasak
- c. Pengolahan daging dilakukan dengan cara direbus selama 60 menit. Pengolahan daging bagi balita harus dilakukan hingga daging cukup lunak karena gigi dan sistem pencernaan balita belum sempurna. Air rebusan daging sebaiknya tidak dibuang karena mengandung banyak zat gizi.
- d. Penggunaan minyak untuk menggoreng, maksimal dua kali pemakaian.
- e. Sayuran dicuci dengan menggunakan air yang mengalir sebelum dipotong. Waktu yang diperlukan untuk merebus sayuran adalah kurang dari 5 menit.

Sayuran yang lebih keras misalnya wortel dan lobak direbus dalam waktu 10 menit. Sebaiknya pengolahan sayuran dilakukan saat mendekati waktu makan.

Penyajian makanan bagi balita sangat penting dalam usaha meningkatkan selera makan anak. Komponen penting yang perlu diperhatikan dalam penyajian makanan bagi anak adalah (Depkes, 2003; Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011):

a. Warna dan bentuk makanan

Penyajian makanan anak perlu memperhatikan komposisi warna dan variasi bentuk. Anak menyukai warna-warna cerah dan mencolok. Kreativitas dalam menyusun warna dan membentuk makanan sesuai dengan kesenangan anak diperlukan untuk meningkatkan minat anak dalam aktivitas makan.

b. Aroma dan rasa makanan

Rasa dan aroma makanan yang disajikan untuk balita sebaiknya tidak terlalu mencolok. Anak tidak menyukai makanan yang memiliki rasa dan aroma yang menyengat seperti terlalu asin, asam dan pedas.

c. Tekstur makanan

Tekstur makanan yang disajikan bagi anak harus disesuaikan dengan kondisi anak yang belum memiliki daya cerna yang baik. Tekstur makanan yang tepat untuk anak usia 6-9 bulan adalah makanan bertekstur halus, usia 9-12 bulan dapat ditambahkan makanan yang cincang misalnya daging cincang, usia 1-5 tahun makanan keluarga yang diolah dengan tekstur yang lebih lembut.

d. Peralatan makan

Pemilihan peralatan makan dalam penyajian makanan bagi anak merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh keluarga. Peralatan makan yang digunakan harus terbuat dari bahan yang aman, misalnya plastik, porselin atau logam anti karat. Penggunaan peralatan makan dengan warna serta bentuk yang menarik dapat meningkatkan selera makan anak.

Selain itu, keluarga perlu mengetahui cara pemberian makan yang tepat bagi anak yang memiliki masalah sulit makan yaitu mengingatkan anak untuk makan saat menjelang waktu makan, tidak memberikan makanan selingan mendekati jam

makan, memberikan makanan secara bertahap (porsi sedikit dengan intensitas sering), memberikan kesempatan pada anak untuk makan sendiri dan tidak memburu-buru anak untuk cepat menghabiskan makanannya (Judarwanto, 2004).

d. Kemampuan keluarga memelihara kondisi lingkungan yang sehat.

Keluarga sebaiknya mengenal sumber-sumber yang ada dalam keluarga misalnya sumber keuangan dan anggota keluarga yang bertanggung jawab terhadap anggota keluarga secara keseluruhan serta mengetahui manfaat pemeliharaan lingkungan yang sehat bagi anggota keluarga. Lingkungan sehat dapat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan, sebaliknya lingkungan tidak sehat dapat memperburuk kondisi kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Lingkungan yang saling mendukung antara anggota keluarga merupakan salah satu ciri lingkungan sehat yang dapat mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga di dalamnya. Dukungan keluarga dalam membentuk perilaku makan sehat pada anak dapat diwujudkan dengan memberi contoh konsumsi makanan sehat dan menciptakan suasana makan yang menyenangkan bagi anak yaitu dengan menggunakan kata-kata dengan nada lembut saat memberikan makan, menyajikan makanan yang mudah digenggam dan dalam bentuk, tekstur, warna dan rasa yang menarik serta melibatkan anak dalam membuat menu makanan (Judarwanto, 2004).

Lingkungan yang tidak sehat yang dapat menyebabkan masalah sulit makan pada anak adalah kondisi lingkungan yang menyediakan akses terhadap makanan jajanan yang membahayakan kesehatan anak. Makanan jajanan dapat menurunkan nafsu makan pada anak. Hal ini disebabkan makanan jajanan mengandung kadar gula dan garam yang tinggi yang tidak sesuai dengan kebutuhan anak (Anzman, Rollins & Birch, 2010).

e. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat.

Keluarga dapat mengidentifikasi keberadaan fasilitas kesehatan, memahami manfaat dari fasilitas kesehatan dan mengetahui dalam kondisi seperti apa

sebaiknya anggota keluarga di bawa ke fasilitas kesehatan. Menurut Judarwanto (2004), keluarga harus membawa anak ke fasilitas pelayanan kesehatan jika kondisi sulit makan terjadi lebih dari 2 minggu dengan atau tanpa penurunan berat badan. Manfaat penggunaan fasilitas kesehatan terkait masalah sulit makan adalah untuk mencari penyebab terjadinya sulit makan pada anak karena penyebab sulit makan pada masing-masing anak dapat berbeda-beda. Penyebab sulit makan pada anak diantaranya adalah BBLR, infeksi, alergi, gangguan perilaku dan dapat juga disebabkan praktik pemberian makan yang tidak tepat oleh keluarga. Fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi untuk mengatasi masalah sulit makan yaitu puskesmas dan klinik pertumbuhan dan perkembangan anak, namun jika masalah sulit makan belum dapat teratasi, keluarga sebaiknya melakukan konsultasi dengan dokter anak, psikiater anak, dokter neurologi dan *gastroenterology* anak.

Strategi intervensi pemberdayaan keluarga dapat diwujudkan secara nyata dengan peranserta perawat komunitas dalam mengatasi masalah sulit makan pada anak pada level prevensi primer, sekunder dan tersier.

2.2.1 Peran Perawat Komunitas

Perawat komunitas memiliki peran penting dalam penanganan masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat. Menurut Helvie (1998), perawat komunitas dapat melakukan prevensi primer, sekunder dan tersier pada level individu, keluarga maupun masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan, termasuk masalah sulit makan pada anak. Peran perawat yang dapat dilakukan terkait masalah sulit makan pada balita meliputi:

2.2.1.1 Level prevensi primer

Prevensi primer merupakan suatu tindakan pencegahan yang dilakukan sebelum terjadinya penyakit dalam usaha meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga berada pada kondisi sehat optimal (Potter & Perry, 2003). Populasi target pada prevensi primer adalah populasi dalam kondisi sehat. Strategi intervensi yang dapat dilakukan pada level prevensi primer adalah pendidikan kesehatan. Pada level prevensi primer terkait masalah sulit makan pada anak,

perawat dapat berperan sebagai pendidik (*educator*) dengan memberikan informasi pada masyarakat terkait kebutuhan nutrisi, pola makan yang baik, praktik pemberian makan yang tepat dan jenis tontonan yang baik dalam usaha membentuk perilaku makan yang baik pada anak dan mencegah terjadinya sulit makan.

2.2.1.2 Level prevensi sekunder

Prevensi sekunder merupakan tindakan yang dilakukan pada klien yang sedang sakit dalam rangka mengurangi kondisi sakit dan mengusahakan pemulihan kesehatan secepat mungkin (Pender, 1993; Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2003). Populasi target pada prevensi sekunder adalah populasi yang telah menunjukkan tanda dan gejala adanya masalah kesehatan. Pada level prevensi sekunder terkait masalah sulit makan pada anak, perawat dapat berperan dengan melakukan *screening* anak sulit makan dan penanganan masalah sulit makan. Perawat dapat memberikan informasi pada keluarga terkait tanda sulit makan pada anak dan tindakan yang harus dilakukan bila terdapat tanda sulit makan seperti membuat variasi makanan supaya anak tertarik untuk makan dan sebagainya. Apabila masalah sulit makan tidak teratasi, perawat komunitas juga dapat berperan sebagai advokat (*advocate*) dengan memfasilitasi keluarga dengan anak yang memiliki masalah sulit makan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat.

2.2.1.3 Level prevensi tersier

Prevensi tersier merupakan tindakan yang dilakukan dalam rangka meminimalkan efek negatif akibat penyakit. Prevensi tersier bertujuan mencapai fungsi tubuh seoptimal mungkin (rehabilitasi) yang disesuaikan dengan kondisi klien pasca sakit (Pender, 1993; Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2003; Friedman, Bowden & Jones, 2003). Populasi target pada prevensi tersier adalah populasi yang berada pada tahap pemulihan (rehabilitasi) kesehatan. Pada level prevensi tersier terkait masalah sulit makan pada anak, perawat dapat berperan sebagai konselor (*counsellor*) bagi keluarga dan pemberi asuhan (*caregiver*) dengan melakukan stimulasi anak yang mengalami keterlambatan dalam

pertumbuhan dan perkembangan akibat sulit makan. Perawat dapat membentuk *Self Help Group* (SHG) dengan mengumpulkan keluarga yang memiliki balita sulit makan dengan memfasilitasi kelompok tersebut untuk mencari penyelesaian masalah sulit makan pada balita.

2.3 MODEL PRECEDE PROCEED

PRECEDE-PROCEED merupakan teori model yang dirancang oleh Green dan Kreuter. PRECEDE-PROCEED merupakan model pendekatan yang digunakan untuk merancang perencanaan serta evaluasi kesehatan yang dimulai dari kebutuhan masyarakat sampai dengan pengembangan program dalam rangka memenuhi kebutuhan tersebut (Green & Kreuter, 2005). Model ini terdiri dari delapan fase yang dibagi dalam dua bagian yaitu PRECEDE dan PROCEED. PRECEDE merupakan suatu tahap yang terdiri dari fase pengkajian, diagnosa masalah, prioritas masalah dan tujuan program. Sedangkan PROCEED merupakan suatu fase untuk menetapkan sasaran, kebijakan dan implementasi serta evaluasi sebagai tindak lanjut dari proses pengkajian.

Green dan Kreuter (2005) menjelaskan fase yang terdapat dalam model PRECEDE-PROCEED yaitu:

2.3.1 Fase 1: diagnosis sosial

Diagnosis sosial merupakan proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhan atau kualitas hidupnya dan keinginan untuk meningkatkan kualitas hidup. Kualitas hidup adalah persepsi individu/ masyarakat terkait posisi dalam kehidupan dan berhubungan dengan tujuan, harapan dan nilai yang dianut (WHO, 1995). Fase ini dimulai dengan pengumpulan data demografi menggunakan data sensus, data statistik vital yang ada atau pengumpulan data langsung dari masyarakat melalui wawancara, FGD, kuesioner dan survey. Data yang didapatkan akan dipaparkan pada masyarakat untuk menentukan prioritas masalah yang akan diselesaikan dan tujuan yang akan dicapai.

2.3.2 Fase 2: diagnosis epidemiologi

Diagnosis epidemiologi merupakan proses identifikasi kelompok yang mengalami masalah kesehatan (usia, jenis kelamin, suku dan sebagainya), identifikasi akibat dari masalah kesehatan (tanda dan gejala yang timbul, morbiditas, mortalitas dan disabilitas) dan faktor yang menyebabkan masalah kesehatan. Menurut Green dan Kreuter (2005), faktor utama yang menyebabkan masalah kesehatan yaitu:

2.3.2.1 Genetik

Genetik merupakan faktor gen yang diwariskan orangtua pada anaknya. Masalah kesehatan yang disebabkan genetik tidak dapat dihindari namun dapat diminimalisir dengan menerapkan perilaku hidup sehat.

2.3.2.2 Perilaku

Perilaku merupakan tindakan yang memiliki frekuensi, lama dan tujuan khusus yang dilakukan secara sadar maupun tidak sadar (Green & Kreuter, 2005). Menurut Green dan Rabinowitz (2012) perilaku adalah suatu aksi dan reaksi individu terhadap lingkungan yang dapat diobservasi dan diukur. Perilaku seseorang atau masyarakat dapat menjadi faktor resiko terjadinya masalah kesehatan.

2.3.2.3 Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang dapat menimbulkan masalah kesehatan. Menurut Green dan Kreuter (2005), lingkungan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan terdiri dari lingkungan fisik (kondisi udara, air, tumbuhan, hewan) dan lingkungan sosial (pengaruh keluarga, teman sebaya dan masyarakat), lingkungan politik (hukum dan kebijakan yang mengatur perilaku dan gaya hidup) dan lingkungan ekonomi (kondisi ekonomi global, ketersediaan lapangan pekerjaan, asuransi kesehatan dan sebagainya). Data yang terkumpul pada fase ini merupakan dasar dalam menentukan besar dan sifat masalah kesehatan.

2.3.3 Fase 3: diagnosis pendidikan dan ekologi

Diagnosis pendidikan dan ekologi merupakan tahapan dalam menetapkan tujuan pembelajaran dan tujuan organisasional berdasarkan faktor-faktor yang

mempengaruhi perilaku yang berkontribusi terhadap status kesehatan. Faktor-faktor yang tersebut adalah sebagai berikut (Green & Kreuter, 2005):

2.3.3.1 Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi adalah faktor pendukung yang mempermudah terbentuknya perilaku seseorang, meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi terhadap sesuatu yang memfasilitasi atau menghambat terjadinya perubahan. Faktor predisposisi lainnya adalah karakteristik seseorang dan sosiodemografi antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi.

2.3.3.2 Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan (memfasilitasi) perilaku seseorang. Faktor pemungkin dapat berupa sumber daya yang meliputi aksesibilitas dan ketersediaan sumber/ fasilitas. Contohnya: ketersediaan fasilitas kesehatan akan mempermudah masyarakat membentuk perilaku sehat.

2.3.3.3 Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat adalah faktor yang memperkuat terbentuknya perilaku. Faktor penguat akan mempengaruhi seseorang untuk meneruskan atau menghentikan perilaku. Faktor penguat dapat berupa dukungan sosial, pengaruh keluarga, teman sebaya dan sebagainya.

2.3.4 Fase 4: **diagnosis administrasi dan kebijakan**

Diagnosis administrasi dan kebijakan merupakan tahapan analisa sumber daya, kebijakan dan peraturan yang berlaku yang dapat memfasilitasi atau menghambat pengembangan program kesehatan. Pada diagnosis administrasi dilakukan identifikasi terhadap sumber daya yang dibutuhkan, sumber daya yang ada dimasyarakat dan hambatan dalam pelaksanaan program kesehatan. Pada diagnosis kebijakan dilakukan identifikasi dukungan serta hambatan dari kebijakan dan peraturan yang sudah ada.

2.3.5 Fase 5: Implementasi

Fase implementasi merupakan tahapan penyusunan perencanaan beserta pelaksanaan program yang telah direncanakan berdasarkan pengkajian yang telah dilaksanakan pada fase 1 sampai dengan fase 4.

2.3.6 Fase 6: proses evaluasi

Fase ini menjelaskan mengenai prosedur evaluasi. Evaluasi yang dilakukan dalam tahap ini adalah evaluasi terhadap kesesuaian antara perencanaan dengan pelaksanaan program yang telah ditetapkan dan tidak berfokus pada hasil yang dicapai.

2.3.7 Fase 7: evaluasi *impact*

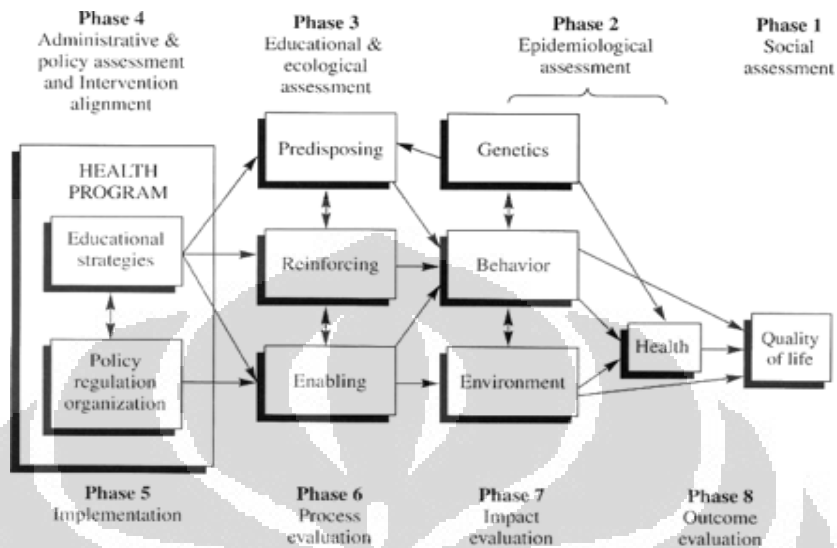
Fase ini merupakan tahap evaluasi pencapaian dari program yang telah dijalankan khususnya pengaruh program terhadap perubahan perilaku dan faktor- faktor yang mempengaruhinya (*predisposing, reinforcing dan enabling*) serta perubahan pada faktor lingkungan yang diharapkan.

2.3.8 Fase 8: evaluasi hasil

Fase ini merupakan tahap evaluasi terhadap kesesuaian hasil akhir program dengan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan pada fase 1. Program yang dilaksanakan dikatakan berhasil apabila hasil akhir sesuai dengan tujuan awal, sebaliknya jika hasil akhir tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan maka harus dilakukan pengkajian ulang dimulai dari fase 1. Pengkajian ulang dibutuhkan untuk menganalisa faktor –faktor lain yang mungkin mempengaruhi masalah kesehatan.

Penjabaran teori model PRECEDE-PROCEED dapat dilihat pada skema berikut:

Skema 2.1
Teori Model PRECEDE-PROCEED



Sumber: Green & Kreuter (2005), *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*.

2.4 Integrasi Konsep dan Teori

Kualitas hidup balita dipengaruhi oleh derajat kesehatannya. Tinggi rendahnya derajat kesehatan balita dipengaruhi oleh faktor genetik, perilaku dan lingkungannya. Penelitian ini berfokus pada faktor perilaku yang mempengaruhi derajat kesehatan pada balita yaitu perilaku makan yang tidak baik (sulit makan). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan sulit makan pada balita.

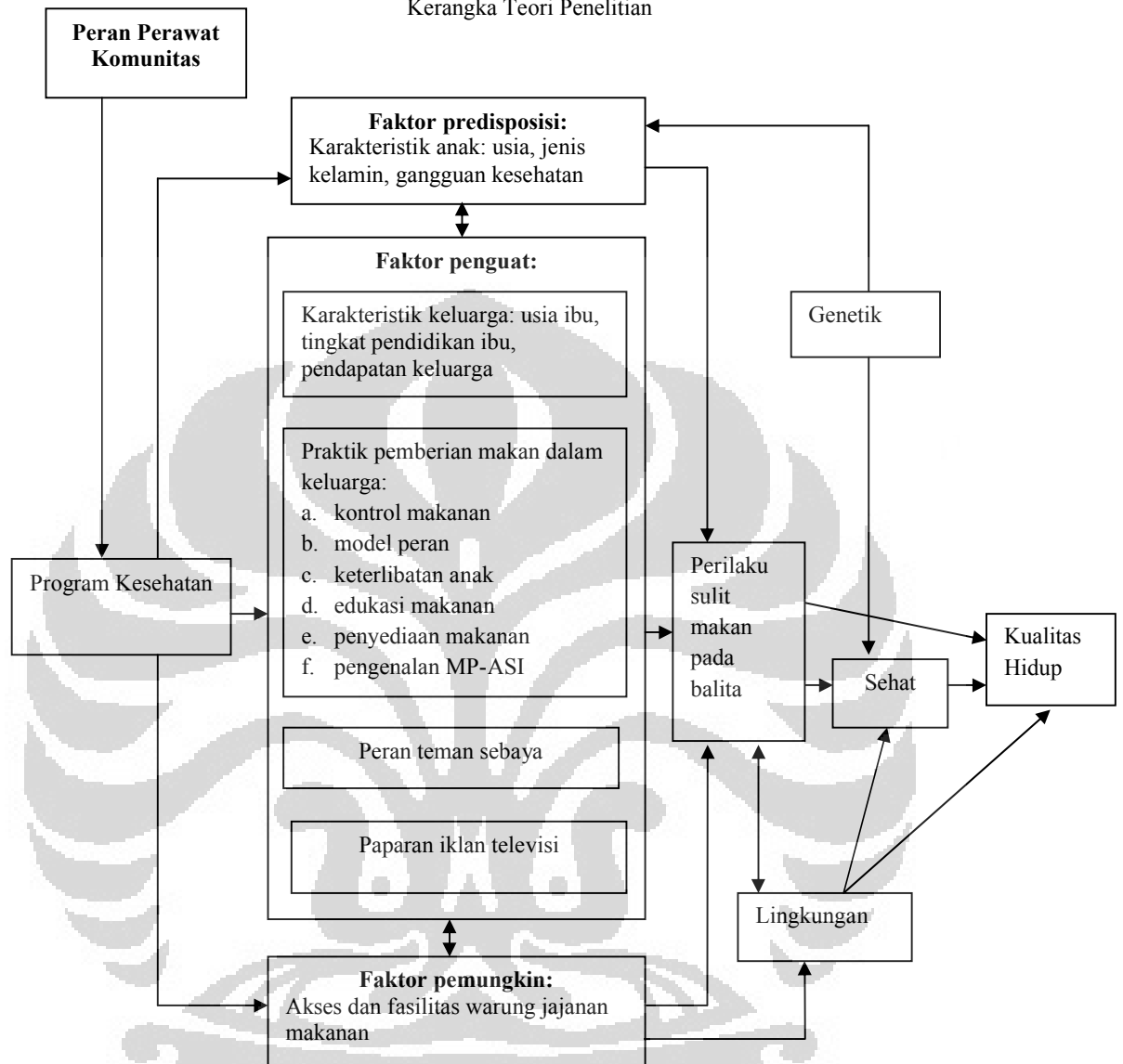
Balita adalah anak berusia 1- 5 tahun yang berada dalam tahap tumbuh kembang (Supartini, 2004; Stanhope & Lancaster, 2004). Anak balita membutuhkan asupan nutrisi yang adekuat guna menunjang proses tumbuh kembang optimal (Kurniasih, Hilmansyah, Astuti & Imam, 2010). Sulit makan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan kebutuhan nutrisi anak tidak terpenuhi dengan baik. Teori PRECEDE PROCEED digunakan sebagai dasar dalam menganalisis masalah sulit makan pada anak.

Faktor yang dapat mempengaruhi sulit makan pada anak sesuai teori PRECEDE PROCEED adalah faktor predisposisi meliputi karakteristik anak meliputi usia, jenis kelamin, gangguan kesehatan (gangguan pencernaan, infeksi akut dan kronis, gangguan perkembangan dan perilaku, kelainan neurologi, alergi dan BBLR); faktor penguat meliputi usia dan tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga dan praktik pemberian makan dalam keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004; Musher - Eizenman & Holub, 2007; Karp & Lutenbacher, 2010; Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011; Sulistyoningsih, 2011;), peran teman sebaya dan paparan iklan televisi (Birch, 1999; Campbell & Crawford, 2001; Almatsier, Soetadjo & Soekatri, 2011) dan faktor pemungkin yaitu akses dan fasilitas warung jajanan makanan (Rahayu dkk., 2011).

Integrasi teori dan konsep tersebut dapat digambarkan dalam bentuk skema kerangka teori penelitian sebagai berikut:



Skema 2.2
Kerangka Teori Penelitian



Sumber: Modifikasi dari Campbell & Crawford (2001); Friedman, Bowden & Jones (2003); Neumark, Hannan, Story, Croll & Perry (2003); Stanhope & Lancaster, 2004; Green & Kreuter (2005); Webb, et al (2006); Musher - Eizenman & Holub (2007); Karp & Lutenbacher (2010); Ostberg & Hagelin (2010); Almatsier, Soetardjo & Soekatri (2011); Rahayu dkk.(2011); Rigal et al (2012).

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional terkait variabel penelitian. Kerangka konsep penelitian diperlukan sebagai landasan berpikir untuk melakukan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan teori yang telah dibahas sebelumnya. Hipotesis penelitian dibutuhkan untuk menetapkan hipotesis alternatif. Definisi operasional dibutuhkan untuk memperjelas maksud dari suatu penelitian yang dilakukan.

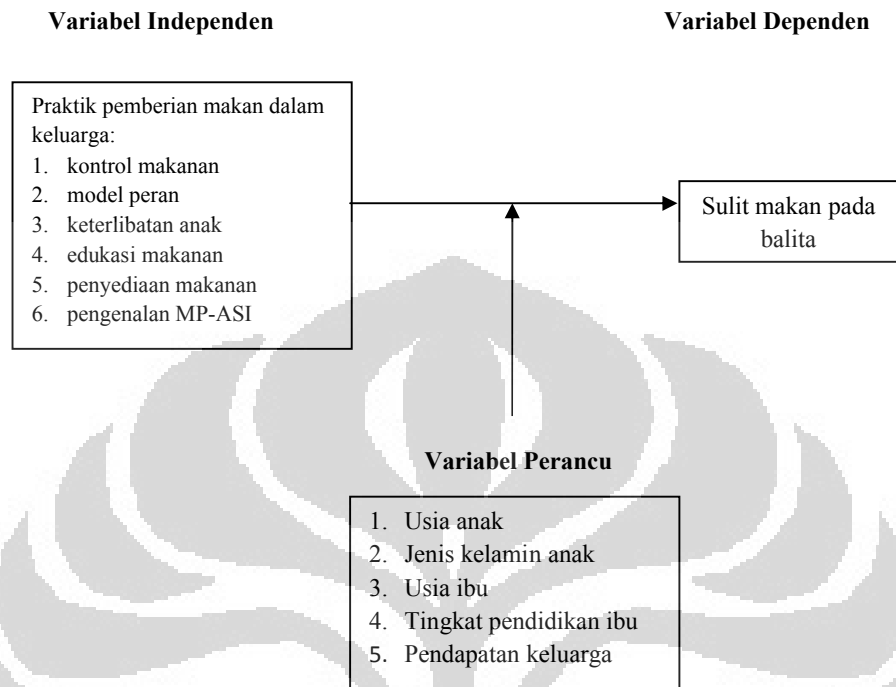
3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan kerangka kerja dalam melaksanakan penelitian (Polit & Beck, 2004). Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2010), kerangka konsep adalah rangkuman dari teori yang saling terkait yang dituangkan dalam bentuk diagram guna menunjukkan hubungan antar variabel yang diteliti. Berdasarkan teori PRECEDE PROCEED, faktor yang mempengaruhi sulit makan pada balita dapat dikategorikan menjadi 3 kelompok yaitu faktor predisposisi, pemungkin dan penguat. Pada penelitian ini, faktor predisposisi sulit makan yaitu usia dan jenis kelamin anak, sedangkan faktor penguat sulit makan yaitu usia dan tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga dan praktik pemberian makan dalam keluarga. Faktor pemungkin tidak diteliti pada penelitian ini.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian sulit makan pada anak balita. Variabel independennya adalah praktik pemberian makan dalam keluarga meliputi kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI. Faktor-faktor lain yang menjadi perancu adalah karakteristik anak meliputi usia dan jenis kelamin dan karakteristik keluarga meliputi usia, tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga.

Berdasarkan uraian diatas maka kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian merupakan penjelasan hubungan antara dua variabel atau lebih. Menurut Polit dan Hungler (1999), hipotesis penelitian adalah prediksi dari hasil yang diharapkan berdasarkan pertanyaan penelitian. Sastroasmoro dan Ismael (2010) mendefinisikan hipotesis sebagai pernyataan yang merupakan jawaban sementara dari pertanyaan penelitian yang harus diuji validitasnya secara empiris. Berdasarkan tujuan dan kerangka konsep penelitian yang telah diuraikan sebelumnya, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang.

3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada hubungan kontrol makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

3.2.2.2 Ada hubungan model peran dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

3.2.2.3 Ada hubungan keterlibatan anak dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

3.2.2.4 Ada hubungan edukasi makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

3.2.2.5 Ada hubungan penyediaan makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

3.2.2.6 Ada hubungan pengenalan MP-ASI dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

3.3 Definisi Operasional

Menurut Blais et al. (2003), definisi operasional merupakan cara peneliti mendefinisikan konsep dan mengukur variabel penelitian secara logis. Definisi operasional dalam penelitian ini akan dijabarkan pada tabel 3.1 sebagai berikut:

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dependen				
Sulit makan pada balita	Keadaan yang ditandai dengan menolak ketika diberikan makanan (menepis suapan, menggelengkan kepala, memuntahkan makanan, memainkan makanan, menutup mulut, membuang makanan, mengatakan “tidak mau”, makan dalam waktu lama, tidak tertarik mencoba makanan baru dan	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang sulit makan. Pertanyaan negatif, pada jawaban “Ya” diberi nilai 0 “ Tidak” diberi nilai 1.	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Di bagi menjadi dua kategori: 1= tidak sulit makan pada responden yang menjawab “Tidak” pada satu atau lebih pernyataan pada kuesioner sulit makan 0= sulit makan pada responden	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	hanya menyukai makanan tertentu) pada anak usia 1-5 tahun		yang menjawab "Ya" pada seluruh pernyataan kuesioner sulit makan.	

Independen

Praktik pemberian makan dalam keluarga meliputi:

1. Kontrol makanan	Tindakan yang dilakukan orang tua terhadap makanan yang dikonsumsi oleh anak balita	Item pernyataan dalam kuesioner tentang kontrol makanan. Pernyataan positif, jawaban: 3=selalu 2=sering 1=jarang 0=tidak pernah dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1= baik pada hasil ukur ≥ 37.77 (mean) 0= tidak baik pada hasil ukur < 37.77 (mean)	Nominal
2. Model peran	Tindakan orang tua dalam mengkonsumsi makanan yang dilihat setiap harinya oleh balita	Item pernyataan dalam kuesioner tentang model peran. Pernyataan positif, jawaban: 3=selalu 2=sering 1=jarang 0=tidak pernah dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1= baik pada hasil ukur ≥ 18 (median) 0= tidak baik pada hasil ukur < 18 (median)	Nominal
3. Keterlibatan anak	Tindakan orang tua dalam mengikutsertakan balita dalam memilih, mengolah, menyiapkan dan menghadirkan makanan yang akan dikonsumsi	Item pernyataan dalam kuesioner tentang keterlibatan anak. Pernyataan positif, jawaban: 3=selalu 2=sering 1=jarang 0=tidak pernah dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1=dilibatkan pada hasil ukur ≥ 13 (median) 0=tidak dilibatkan pada hasil ukur < 13 (median)	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
4. Edukasi makanan	Tindakan orang tua dalam mengajarkan balita tentang manfaat dari makanan yang dikonsumsi oleh anak balita	Item pernyataan dalam kuesioner tentang edukasi makanan. Pernyataan positif, jawaban: 3=selalu 2=sering 1= jarang 0=tidak pernah dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1=diberikan pada hasil ukur ≥ 17 (median) 0=tidak diberikan pada hasil ukur < 17 (median)	Nominal
5. Penyediaan makanan	Tindakan orang tua dalam memilih, mengolah, menyiapkan, dan menghadirkan makanan bagi balita di rumah	Item pernyataan dalam kuesioner tentang penyediaan makanan. Pernyataan positif, jawaban: 3=selalu 2=sering 1= jarang 0=tidak pernah dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1=baik pada hasil ukur ≥ 27 (median) 0=tidak baik pada hasil ukur < 27 (median)	Nominal
6. Pengenalan MP-ASI	Tindakan orang tua dalam memberikan MP- ASI yaitu waktu pertama memberikan MP-ASI dan pemberian berulang MP-ASI	Item pernyataan dalam kuesioner tentang pengenalan MP-ASI. Pernyataan positif, jawaban: 3=selalu 2=sering 1= jarang 0=tidak pernah dan sebaliknya untuk pernyataan negatif	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1=tepat pada hasil ukur ≥ 26 (median) 0=tidak tepat pada hasil ukur < 26 (median)	Nominal
Perancu				
1. Usia anak	Usia anak dalam tahun yang dihitung dari lahir hingga ulang tahun terakhir	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang usia dengan mengisi angka sesuai usia anak balita saat ini	Disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi, CI, minimal, maksimal. Untuk kebutuhan analisa, usia dibagi berdasarkan rentang:	Interval

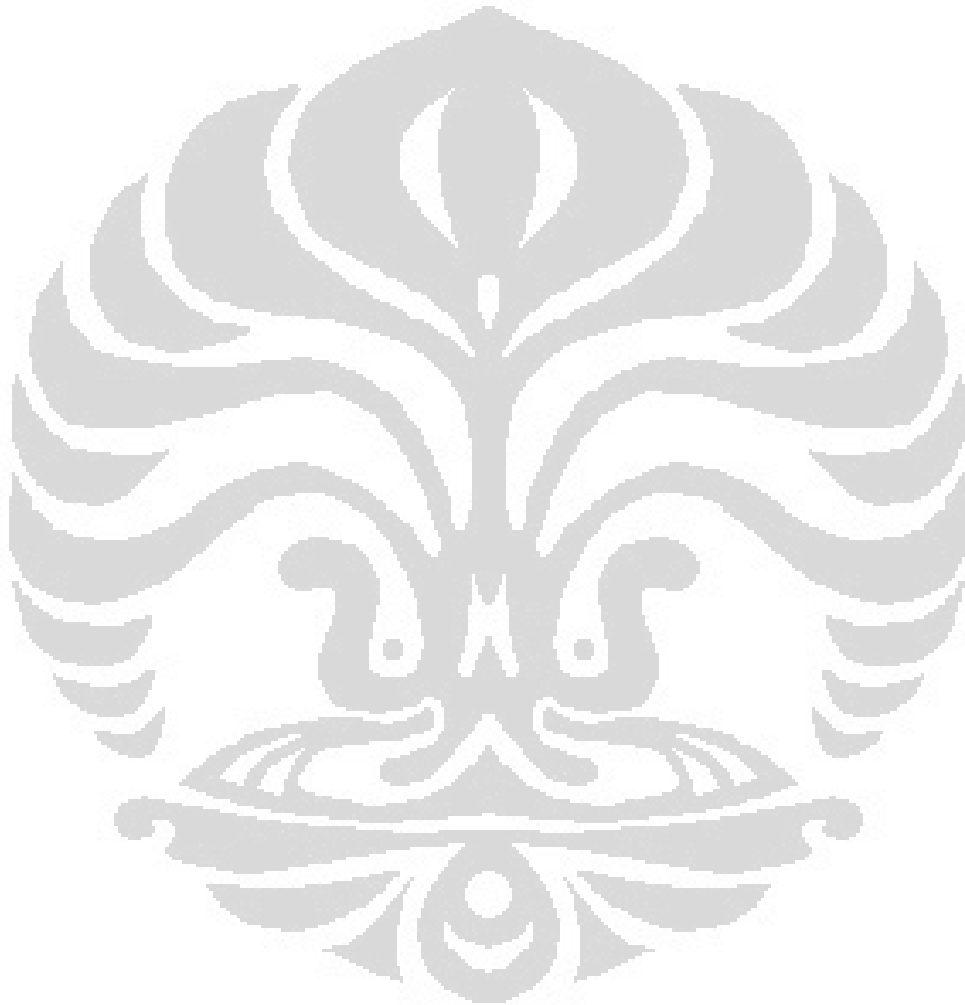
Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2. Jenis kelamin anak	Pengelompokan <i>gender</i> laki-laki dan perempuan	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang jenis kelamin dengan memberi tanda <i>checklist</i> (√) pada alternatif jawaban yang telah disediakan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-3 tahun ▪ >3- 5 tahun (Stanhope & Lancaster, 2004) Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1=laki-laki 2=perempuan	Nominal
3. Usia ibu	Usia ibu dalam tahun yang dihitung dari lahir hingga ulang tahun terakhir	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang usia dengan mengisi angka sesuai usia ibu saat ini	Disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi, CI, minimal, maksimal. Untuk kebutuhan analisa, usia dibagi berdasarkan rentang: <ul style="list-style-type: none"> ▪ < 20 tahun ▪ 20-30 tahun ▪ >30 tahun (Potter & Perry, 2003)	Interval
4. Tingkat pendidikan ibu	Pendidikan formal terakhir yang telah dicapai oleh ibu	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang tingkat pendidikan dengan memberi tanda <i>checklist</i> (√) pada alternatif jawaban yang telah disediakan	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 0=Tidak sekolah 1=SD 2=SMP 3=SMA 4=PT	Ordinal
5. Pendapatan keluarga	Jumlah uang yang didapatkan keluarga setiap bulannya	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang pendapatan keluarga dengan memberi tanda <i>checklist</i> (√) pada alternatif jawaban yang telah disediakan	Disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. 1= penghasilan baik pada penghasilan \geq Rp1.195.200 (UMR Sumsel) 0= penghasilan kurang pada hasil ukur < Rp1.195.200 (Buana Sumsel, 2011)	Ordinal



Tingginya tingkat ketergantungan pada keluarga dan orang sekitarnya mengakibatkan balita beresiko mengalami masalah dalam pemenuhan gizi (Almatsier, Soetardjo & Soekatri, 2011).

. **Tiga faktor** yang digunakan dalam menginvestigasi sulit makan yang berkontribusi terhadap status kesehatan adalah....

adaMasalah gizi merupakan..... Praktik pemberian makan dalam keluarga mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi anak. , pada gilirannya akan meningkatkan asupan energi, protein dan zat gizi lain pada balita, sehingga penyediaan zat-zat gizi untuk pembentukan zat kekebalan pada anak.



BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang metode yang akan digunakan dalam penelitian meliputi desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, prosedur dan alat pengumpulan data, uji instrumen, pengolahan serta analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan tempat menjawab pertanyaan penelitian atau menguji kesahihan hipotesis (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Penelitian ini bersifat kuantitatif menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dengan metode pendekatan *cross sectional*. Polit dan Hungler (1999) menjelaskan *cross sectional* adalah suatu desain penelitian yang meneliti suatu kejadian pada satu waktu.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan sekelompok subjek atau data dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Populasi adalah subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki balita yang tinggal di Kelurahan Kuto Batu berjumlah 908 orang (Profil Puskesmas Kenten, 2011).

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari suatu populasi yang dipilih dengan menggunakan teknik tertentu sehingga dianggap mewakili populasi tersebut (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita yang tinggal di Kelurahan Kuto Batu setelah dilakukan randomisasi.

Pemilihan sampel dilakukan dengan penetapan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah persyaratan yang harus dipenuhi oleh sampel untuk dapat

diikutsertakan dalam penelitian (Satroasmoro & Ismael, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu keluarga yang memiliki anak usia 1-5 tahun, pengasuh utama balita adalah ibu, keluarga bersedia menjadi responden dan mampu membaca dan menulis. Kriteria eksklusi adalah kondisi yang menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian (Satroasmoro & Ismael, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki balita yang mengalami gangguan kesehatan meliputi gangguan pencernaan yaitu *gastroesofagial reflux* dan *palatoschizis* ; infeksi kronis yaitu infeksi saluran kencing, *tubercullosis* (TBC), *HIV/ AIDS*; gangguan perkembangan dan perilaku yaitu autisme dan ADHD; kelainan neurologi (gangguan otak); alergi dan BBLR.

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut (Ariawan, 1998):

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

p = perkiraan proporsi (prevalensi)

q = 1-p

Z = statistik Z pada distribusi normal standar, pada tingkat kemaknaan α (untuk $\alpha = 5\%$ maka nilai $Z = 1,96$)

d = presisi absolut yang diinginkan pada kedua sisi proporsi populasi (d yang digunakan adalah 5%)

Peneliti menggunakan perkiraan proporsi kejadian sulit makan berdasarkan penelitian Wright, et. al. (2007). Penelitian tersebut melaporkan bahwa masalah sulit makan dialami 12,7% anak. Peneliti juga menetapkan α sebesar 5% dengan tingkat kepercayaan 95% dan presisi 5%. Perhitungan besar sampel adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 &= 0,127 \\
 &= (1 - 0,127) = 0,873 \\
 / &= 1,96 \\
 &= 0,1 \\
 &= \frac{(1,96) \cdot (0,127)(0,873)}{0,05} \\
 &= 170,36
 \end{aligned}$$

Hasil penghitungan dengan menggunakan rumus, didapatkan jumlah sampel 170,36 atau dibulatkan menjadi 171 responden. Antisipasi terhadap pengisian kuesioner yang tidak lengkap maka peneliti menambahkan sampel dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Satroasmoro & Ismael, 2010):

$$= \frac{n}{(1 - f)}$$

Keterangan:

n = besar sampel yang dihitung

f = perkiraan proporsi drop out (10%)

Hasil penghitungan dengan menggunakan rumus tersebut, didapatkan jumlah sampel penelitian ini adalah 190 responden. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* yaitu *simple random sampling*. *Simple random sampling* merupakan proses pengambilan sampel yang dilakukan secara acak dimana setiap anggota (unit) dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Tahapan dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Menetapkan tempat penelitian yaitu Kelurahan Kuto Batu Palembang
- b. Membuat daftar keluarga yang memiliki balita di Kelurahan Kuto batu Palembang (RW 1- RW 7)
- c. Pengambilan sampel di setiap RW dilakukan secara proporsional dengan cara menghitung perbandingan jumlah sampel yang ditetapkan tiap RW dengan jumlah RT di RW tersebut.

- d. Pengambilan sampel pada tiap RT dilakukan dengan cara menuliskan nama kepala keluarga (KK) pada gulungan kertas, kemudian dimasukkan dalam gelas dan diacak untuk memberikan kesempatan yang sama pada tiap KK.

Penjabaran perhitungan sampel penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1
Perhitungan Jumlah Sampel Penelitian

No	RW	Jumlah Keluarga yang Memiliki Balita	Perhitungan	Jumlah RT	Jumlah Sampel Tiap RT	Total Sampel
1	1	133	$133/908 \times 190 = 28$	4	7	28
2	2	103	$103/908 \times 190 = 21$	4	5	21
3	3	128	$128/908 \times 190 = 27$	3	9	27
4	4	130	$130/908 \times 190 = 27$	4	7	28
5	5	171	$171/908 \times 190 = 36$	3	12	36
6	6	172	$172/908 \times 190 = 36$	5	7	35
7	7	71	$71/908 \times 190 = 15$	3	5	15
Total Sampel						190

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Kuto Batu Palembang. Alasan peneliti melakukan penelitian di Kelurahan Kuto Batu karena adanya peningkatan kasus gizi kurang yang cukup tinggi yaitu 1,03% pada tahun 2009 menjadi 4,07% pada tahun 2010 (Profil Puskesmas Kenten, 2011). Data hasil FGD terhadap ibu yang memiliki anak balita di Kelurahan Kuto Batu menunjukkan adanya fenomena sulit makan. Belum adanya program terkait pencegahan sulit makan pada balita dan penelitian terkait masalah sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu juga merupakan alasan peneliti mengadakan penelitian di tempat tersebut.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini terdiri dari tahap persiapan, pelaksanaan dan penyusunan laporan. Tahap persiapan dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan ujian proposal yaitu dari bulan Februari sampai dengan April 2012. Tahap pelaksanaan meliputi perijinan, uji coba instrumen, pengumpulan dan analisa data, ujian hasil, sidang akhir serta perbaikan tesis yang dilaksanakan pada awal Mei sampai minggu ke-2 bulan Juli 2012. Tahap akhir yaitu penyusunan dan penyerahan laporan

direncanakan pada minggu ke-3 bulan Juli 2012. *Gant chart* waktu penelitian dijelaskan pada lampiran 1.

4.5 Etika Penelitian

Polit dan Hungler (1999) menjelaskan bahwa responden harus dilindungi dengan etika penelitian dengan memperhatikan prinsip *beneficence* dan *maleficence*, *respect for human dignity* serta *justice*. Penjabaran dari aplikasi prinsip etika penelitian adalah sebagai berikut:

4.5.1 *Beneficence* dan *maleficence*

Prinsip *beneficence* dan *maleficence* penting dalam menumbuhkan kerjasama yang baik antara peneliti dan responden. Prinsip *beneficence* dalam penelitian adalah memberi manfaat baik secara langsung maupun tidak langsung bagi para responden. Manfaat langsung bagi keluarga yaitu adanya informasi tentang praktik pemberian makan yang tepat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada anak melalui penyuluhan kesehatan dan pembagian leaflet yang telah dilaksanakan pada 28 Mei 2012 setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan. Pada pertemuan tersebut hadir 5 orang kader dan 25 orang ibu balita. Kader dan ibu balita mengatakan bahwa pertemuan tersebut memberikan informasi baru terkait cara pemberian makan pada anak.

Prinsip *maleficence* mengandung arti penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan resiko bagi responden. Pada pelaksanaan penelitian terdapat beberapa responden yang merasa kelelahan, untuk itu peneliti dan kader memberikan kesempatan pada responden untuk istirahat sejenak untuk kemudian melanjutkan pengisian kuesioner. Mayoritas responden membutuhkan waktu kurang lebih 30 menit untuk pengisian kuesioner.

4.5.2 *Respect for human dignity*

Prinsip *respect for human dignity* merupakan prinsip menghargai harkat dan martabat responden dengan memberikan otonomi untuk memutuskan kesediaan atau penolakan berpartisipasi dalam penelitian (Polit & Beck, 2004). Tindakan yang dilakukan peneliti dalam menghormati harkat dan martabat responden

adalah dengan memberikan *informed consent* untuk menyatakan kesediaan menjadi responden. *Informed consent* berisi informasi terkait tujuan penelitian, prosedur penelitian, kemungkinan resiko dan manfaat dari keikutsertaan dalam penelitian, penanggung jawab penelitian, pernyataan yang memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya dan mengundurkan diri dari penelitian serta pernyataan persetujuan menjadi responden (Polit & Beck, 2004; Arikunto, 2010).

Peneliti memberikan *informed consent* secara individual kepada calon responden dalam waktu kurang lebih 10 menit, kemudian memastikan calon responden telah menerima dan memahami informasi dengan baik. Calon responden yang telah memahami penjelasan yang disampaikan diminta persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan partisipasi dalam penelitian. Sebaliknya, calon responden yang belum memahami penjelasan yang disampaikan peneliti maka peneliti memberikan penjelasan ulang.

4.5.3 Justice

Prinsip *justice* merupakan hak responden untuk mendapat perlakuan yang sama sebelum, selama dan setelah penelitian dan terkait dengan hak privasi responden (Polit & Beck, 2004). Hak terkait privasi terdiri dari *anonymity* dan *confidentiality*. *Anonymity* merupakan hak responden atas kerahasiaan identitas dirinya. Aplikasi dari *anonymity* adalah peneliti hanya mencantumkan kode responden pada alat pengumpulan data. *Confidentiality* diaplikasikan dengan menggunakan informasi yang diberikan oleh responden hanya untuk kepentingan penelitian.

Penerapan prinsip *justice* dapat dilihat dari pemilihan responden dalam penelitian. Seluruh keluarga yang memiliki balita yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi memiliki peluang yang sama untuk terpilih menjadi responden. Peneliti memilih responden berdasarkan tujuan penelitian dan tidak berdasarkan pada status sosial responden di masyarakat. Penetapan jumlah responden pada tiap RT dihitung berdasarkan proporsi. Responden terpilih berdasarkan kriteria yang telah

ditetapkan mendapatkan perlakuan yang sama selama proses penelitian yaitu seluruh responden mendapatkan *informed consent*, diberikan kebebasan untuk mengisi kuesioner sesuai dengan kondisi dan mendapatkan penyuluhan serta leaflet setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan. Pada kegiatan penyuluhan yang diadakan peneliti, tidak semua responden hadir. Namun, peneliti telah menitipkan leaflet kepada kader untuk dapat diberikan kepada responden yang tidak hadir pada kegiatan penyuluhan dalam rangka memenuhi prinsip *justice*.

4.6 Alat Pengumpul Data

Data penelitian diperoleh melalui pengumpulan dengan menggunakan instrumen penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner dikembangkan dari variabel penelitian menjadi kisi-kisi pernyataan berdasarkan sub-sub variabel penelitian. Kuesioner disusun untuk mendapatkan data sesuai dengan tujuan dan variabel penelitian. Instrumen untuk mengukur praktik pemberian makan dalam keluarga menggunakan kuesioner yang sudah baku namun dimodifikasi sesuai kebutuhan penelitian.

Kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini terdiri dari kuesioner A, B dan C. Kuesioner A merupakan kuesioner karakteristik anak dan keluarga meliputi nomor responden, alamat, usia anak, jenis kelamin anak, usia dan tingkat pendidikan ibu serta pendapatan keluarga. Kuesioner B berisi pernyataan terkait praktik pemberian makan pada anak balita meliputi kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI. Kuesioner praktik pemberian makan merupakan instrumen baku *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ)* yang diperkenalkan oleh Eizenman dan Holub (2007) yang telah dimodifikasi oleh peneliti dimana pertanyaan yang tidak relevan, dimodifikasi dengan menyesuaikan kondisi masyarakat Indonesia. Instrumen baku CFPQ belum dapat menggali seluruh faktor yang terdapat dalam model PRECEDE-PROCEED diantaranya faktor predisposisi (nilai, budaya dan norma), faktor pemungkin (akses dan fasilitas jajanan makanan) dan faktor penguat (pengaruh teman sebaya). Oleh karena itu modifikasi instrumen sesuai dengan tujuan penelitian perlu dilakukan.

Pernyataan kontrol makanan terdiri dari 8 pernyataan *favorable* (1, 4, 5, 8, 12, 14, 15, 18) dan 12 pernyataan *unfavorable* (2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 19, 20). Pernyataan model peran terdiri dari 9 pernyataan *favorable* (21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31) dan 2 pernyataan *unfavorable* (27, 30). Pernyataan keterlibatan anak terdiri dari 7 pernyataan *favorable* (32, 34, 36, 37, 41, 44, 45) dan 8 pernyataan *unfavorable* (33, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 46). Pernyataan edukasi makanan terdiri dari 9 pernyataan *favorable* (47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57) dan 2 pernyataan *unfavorable* (53, 54). Pernyataan penyediaan makanan terdiri dari 5 pernyataan *favorable* (66, 67, 71, 72, 73) dan 11 pernyataan *unfavorable* (58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70). Pernyataan pengenalan MP-ASI terdiri dari 7 pernyataan *favorable* (74, 75, 80, 86, 88, 89, 90) dan 10 pernyataan *unfavorable* (76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 87).

Pernyataan praktik pemberian makan menggunakan skala Likert dengan empat pilihan jawaban yaitu selalu, sering, jarang dan tidak pernah. Nilai tiap pernyataan praktik antara 0-3. Pertanyaan positif, skor 0 pada jawaban tidak pernah, skor 1 pada jawaban jarang, skor 2 pada jawaban sering dan skor 3 pada jawaban selalu. Pertanyaan negatif, skor 3 pada jawaban tidak pernah, skor 2 pada jawaban jarang, skor 1 pada jawaban sering dan skor 0 pada jawaban selalu. Dikatakan selalu pada responden melakukannya >14 kali dalam seminggu, “sering” jika melakukannya >7-14 kali dalam seminggu, “jarang” jika melakukannya 1-7 kali dalam seminggu dan tidak pernah jika responden tidak pernah melakukan sama sekali.

Kuesioner C mengenai kejadian sulit makan pada anak. Pernyataan sulit makan menggunakan skala Guttman dengan pilihan jawaban ya dan tidak. Kuesioner sulit makan terdiri dari 10 pernyataan dan hanya ada pernyataan negatif. Bagi responden yang menjawab “Ya” diberi skor 0, jawaban “Tidak” diberi skor 1.

4.7 Uji Instrumen

Uji instrumen penelitian dilakukan sebelum instrumen digunakan untuk pengambilan data. Uji instrumen merupakan cara untuk mengukur validitas dan

reliabilitas instrumen. Uji validitas merupakan suatu pengujian untuk mengukur sejauhmana ketepatan instrumen dalam mengukur suatu data (Polit & Beck, 2004). Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian ini adalah validitas isi dan konstruk (Polit & Beck, 2004). Validitas isi berhubungan dengan kemampuan instrumen untuk menggambarkan secara tepat variabel penelitian yang akan diukur. Validitas isi dilakukan dengan menggunakan ahli dalam bidang ilmu keperawatan komunitas untuk memeriksa relevansi tiap item pertanyaan atau pernyataan dalam kuesioner dengan konstruksi yang akan diukur (Polit & Beck, 2004; Burns & Grove, 2009). Uji validitas konstruk pada 30 ibu yang memiliki anak balita di Kelurahan Sialang dilakukan setelah validitas isi.

Uji validitas konstruk dilakukan menggunakan suatu teknik korelasi yaitu korelasi *pearson product moment* (r). Uji validitas konstruk dilakukan dengan mencari nilai r hitung, caranya dengan mengkorelasikan setiap skor item pertanyaan atau pernyataan dengan skor totalnya. Nilai r hitung untuk uji validitas pada 30 orang adalah $\geq 0,361$. Nilai r hitung kemudian dibandingkan dengan r tabel. Pertanyaan atau pernyataan dikatakan valid jika nilai r hitung lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Uji reliabilitas kuesioner penelitian dilakukan setelah uji validitas.

Uji reliabilitas merupakan suatu uji yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten jika dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap hal yang sama dan dengan menggunakan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Uji reliabilitas dilakukan dengan teknik membandingkan nilai r hasil (*Alpha cronbach*) dengan nilai standar. Pernyataan atau pertanyaan dikatakan reliabel jika nilai r hasil lebih besar dari nilai standar 0,6 (Hastono, 2007). Menurut Polit dan Hungler (1999), nilai reliabilitas yang baik yaitu $>0,7$ dan idealnya adalah $\geq 0,9$. Burns dan Grove (2009) menyatakan nilai standar reliabilitas adalah 0,8. Pada penelitian ini nilai reliabilitas yang digunakan adalah 0,8.

Jumlah responden minimal untuk melakukan uji coba instrumen adalah 30 orang karena nilai distribusi akan lebih mendekati kurva normal (Singarimbun & Effendi, 2011). Uji instrumen dalam penelitian ini dilakukan pada 30 ibu yang memiliki anak balita di Kelurahan Sialang yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan Kelurahan Kuto Batu yaitu terdapat anak usia 1-5 tahun dengan mayoritas pengasuh utama balita adalah ibu.

Berikut ini merupakan penjabaran hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian untuk masing-masing variabel:

Tabel 4.2
Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang tahun 2012

No	Variabel Penelitian	Hasil Uji Reliabilitas (<i>r alpha cronbach</i>)	Hasil Uji validitas (nilai <i>r</i> item pernyataan)
1	Kontrol Makanan	0.939	0.428 – 0.826
2	Model Peran	0.946	0.653 – 0.852
3	Keterlibatan Anak	0.963	0.621 – 0.889
4	Edukasi Makanan	0.916	0.540 – 0.805
5	Penyediaan Makanan	0.908	0.376 – 0.762
6	Pengenalan MP-ASI	0.909	0.379 – 0.770
7	Sulit Makan	0.829	0.368 – 0.697

Tabel 4.2 menunjukkan nilai validitas dan reliabilitas. Pengolahan data pada uji validitas dilakukan dengan mengeluarkan item pernyataan yang memiliki nilai *r* negatif satu per satu. Setelah tidak ada nilai negatif, dilanjutkan dengan pengeluaran pernyataan yang memiliki nilai *r* kurang dari 0.361. Hasil uji validitas terdapat 10 pernyataan pada variabel kontrol makanan, 2 pernyataan pada keterlibatan anak dan 4 pernyataan pada variabel penyediaan makanan yang tidak valid. Pengeluaran item pernyataan dilakukan dengan mempertimbangkan isi dari tiap item pernyataan. Semua item pernyataan yang dikeluarkan tidak mempengaruhi tujuan penelitian yang dicapai.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini terdiri dari prosedur administratif dan teknis.

4.8.1 Prosedur Administratif

Peneliti melakukan pengurusan perizinan penelitian dengan meminta surat izin dari FIK UI yang ditujukan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dan Perlindungan Masyarakat (Bakesbanglinmas) Kota Palembang dengan tembusan Dinas Kesehatan Kota Palembang. Dinas Kesehatan Kota Palembang kemudian melanjutkan surat kepada Puskesmas Kenten Palembang dengan tembusan Kepala Kecamatan Ilir Timur II dan Kepala Kelurahan Kuto Batu. Sebelum pengambilan data, peneliti melakukan sosialisasi dengan pihak Puskesmas Kenten, kader posyandu, ketua RT dan RW Kelurahan Kuto Batu untuk memberikan gambaran terkait penelitian yang akan dilakukan.

4.8.2 Prosedur Teknis

Pengambilan data penelitian diawali dengan tahap persiapan kuesioner sebagai alat pengumpulan data. Kuesioner yang sudah melalui tahap uji validitas dan reliabilitas diperbanyak sesuai jumlah sampel dan digunakan dalam pengambilan data. Peneliti melibatkan 7 orang kader posyandu dengan terlebih dahulu mengadakan pertemuan untuk menjelaskan tujuan, prosedur, manfaat, resiko penelitian dan cara pengisian kuesioner. Pertemuan dilaksanakan 1 kali selama 1 jam. Peneliti menentukan sampel penelitian yaitu ibu yang memiliki balita di Kelurahan Kuto Batu yang memenuhi kriteria inklusi. Caranya dengan menuliskan nama kepala keluarga (KK) pada gulungan kertas. Kemudian mengelompokkan gulungan kertas tersebut sesuai RT dan memasukkannya ke dalam gelas. Nama KK yang keluar, diidentifikasi oleh peneliti bersama dengan kader. KK yang masuk dalam kriteria inklusi dijadikan sampel penelitian. Setelah itu, peneliti dan kader posyandu membagi RW sesuai dengan wilayah tanggung jawab masing-masing.

Pengumpulan data ke rumah penduduk, peneliti dan kader memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, prosedur, manfaat dan resiko penelitian kepada calon responden. Peneliti dan kader posyandu juga memberikan kesempatan pada calon responden yang telah memenuhi kriteria penelitian untuk bertanya terkait penelitian yang akan dilaksanakan. Calon responden yang telah mengerti tentang

penelitian dan menyetujui keikutsertaan dalam penelitian diberikan lembar *informed consent* untuk ditandatangani. Peneliti dan kader posyandu memberikan penjelasan tentang cara pengisian kuesioner yaitu melengkapi titik-titik pada pertanyaan bentuk isian dan memberi tanda *checklist* (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan sesuai kondisi ibu dan anak balita. Peneliti dan kader posyandu selalu mendampingi responden selama proses pengisian kuesioner. Selama proses pendampingan, seringkali responden mengajukan pertanyaan terkait pengisian kuesioner. Pengolahan data dilaksanakan setelah data terkumpul sesuai dengan jumlah sampel penelitian.

4.9 Pengolahan Data

Proses pengolahan data dilaksanakan setelah data penelitian terkumpul. Pengolahan data terdiri dari empat tahap yaitu (Hastono, 2007):

4.9.1 Editing

Editing merupakan kegiatan pengecekan terhadap kelengkapan jawaban, kejelasan tulisan, relevansi jawaban dengan pertanyaan dan konsistensi jawaban pada pertanyaan/ pernyataan dalam kuesioner. Peneliti melakukan pengecekan langsung pada kuesioner yang diisi responden. Peneliti menanyakan kembali pada responden jika jawaban pada lembar kuesioner tidak memenuhi kelengkapan, kejelasan, relevansi dan konsistensi.

4.9.2 Coding

Coding merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi angka. *Coding* dilakukan untuk mempercepat kegiatan memasukkan (*entry*) data dan mempermudah dalam melakukan analisis data. *Coding* dalam penelitian dilakukan dengan memberi kode identitas responden pada lembar kuesioner untuk menjaga kerahasiaan. Kegiatan *coding* juga dilakukan dengan menetapkan kode untuk jawaban responden. Variabel yang diberi kode dalam penelitian ini adalah:

a. Sulit makan

Pada kuesioner sulit makan pada anak balita, untuk pernyataan negatif diberi skor 1 pada jawaban “tidak” dan skor 0 pada jawaban “ya”.

- b. Praktik pemberian makan meliputi kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI. Pernyataan positif, pada jawaban “selalu” diberi kode 3, “sering” diberi kode 2, “jarang” diberi kode 1, “tidak pernah” diberi kode 0. Pernyataan negatif, pada jawaban “selalu” diberi kode 0, “sering” diberi kode 1, “jarang” diberi kode 2, “tidak pernah” diberi kode 3. Setelah diberi nilai atau kode, kemudian dilakukan skoring.
- c. Jenis kelamin
Jenis kelamin “laki-laki” diberi kode 1 dan “perempuan” diberi kode 2.
- d. Tingkat pendidikan
“Tidak sekolah” diberi kode 0, “SD” diberi kode 1, “SMP” diberi kode 2, “SMA” diberi kode 3, “PT” diberi kode 4.
- e. Penghasilan keluarga
Penghasilan “baik” diberi kode 1 dan penghasilan “kurang” diberi kode 0.

4.9.3 Processing

Processing merupakan kegiatan memasukkan data pada program komputer agar dapat dilakukan analisis (Hastono, 2007). Pengolahan data menggunakan teknik komputer.

4.9.4 Cleaning

Cleaning merupakan tahapan pengecekan kembali data yang telah dimasukkan dalam komputer. Tujuan *cleaning* adalah untuk melihat ada tidaknya kesalahan dalam memasukkan data atau adanya data yang hilang (*missing data*). Kegiatan *cleaning* yang dilakukan dalam penelitian ini adalah membuat tabel distribusi frekuensi untuk memeriksa kelengkapan data serta melakukan perbandingan dua tabel dan membuat tabel silang untuk mengetahui konsistensi data (Hastono, 2007).

4.10 Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat. Uraian dari analisis tersebut adalah sebagai berikut:

4.10.1 Analisis Univariat

Hastono (2007) menjelaskan analisis univariat merupakan suatu pendekatan analisis data untuk menggambarkan karakteristik data pada masing-masing variabel penelitian. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi (persentase dan proporsi) dan tendensi sentral (mean, median) untuk menyimpulkan data. Penyajian data statistik tergantung dari jenis data numerik atau kategorik (Burns & Grove, 2009).

Penelitian ini dilakukan analisis univariat untuk data kategorik dan numerik. Data kategorik yaitu kejadian sulit makan pada anak balita, praktik pemberian makan dalam keluarga meliputi kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga akan disajikan dalam bentuk persentase atau proporsi. Sedangkan data numerik yaitu usia anak dan usia ibu akan disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi, CI, minimal dan maksimal.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan suatu pendekatan analisis untuk mengetahui hubungan yang signifikan antara variabel independen dan dependen. Penelitian ini menggunakan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada anak balita. Variabel independen (praktik pemberian makan dalam keluarga) dengan data kategorik dihubungkan dengan variabel dependen (kejadian sulit makan pada anak balita) menggunakan uji statistik kai kuadrat (*Chi Square*). Uji kai kuadrat digunakan karena variabel independen dan dependen bersifat kategorik (Hastono, 2007).

4.10.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan analisis untuk mengetahui hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen dalam satu waktu yang bersamaan. Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui variabel independen yang memiliki pengaruh terbesar terhadap variabel dependen.

Analisis multivariat yang dilakukan dalam penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan variabel independen (praktik pemberian makan dalam keluarga) yang paling berhubungan dengan variabel independen (kejadian sulit makan pada anak balita) dengan mengontrol variabel perancu (usia dan jenis kelamin anak, usia dan tingkat pendidikan ibu serta pendapatan keluarga. Analisis statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik berganda.

Menurut Hastono (2007), regresi logistik ganda digunakan untuk menganalisis hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen yang bersifat dikotom. Analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda menggunakan metode *backward*. Pada metode *backward*, variabel yang memiliki *p value* lebih dari 0.05 dikeluarkan secara bertahap, dimulai dari yang memiliki *p value* terbesar.

Tabel 4.2 merupakan rangkuman metode analisis data dari masing-masing variabel yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel. 4.3
Analisis Data Penelitian

Variabel Penelitian		Metode Analisis Data		
Independen	Dependen	Univariat	Bivariat	Multivariat
Kontrol makanan	Kejadian sulit makan pada balita	Presentase frekuensi	<i>Chi Square</i>	
Model peran		Presentase frekuensi	<i>Chi Square</i>	
Keterlibatan anak		Presentase frekuensi	<i>Chi Square</i>	
Edukasi makanan		Presentase frekuensi	<i>Chi Square</i>	
Penyediaan makanan		Presentase frekuensi	<i>Chi Square</i>	
Pengenalan MP-ASI		Presentase frekuensi	<i>Chi Square</i>	
Perancu				
Usia anak		Mean, median, SD, CI, minimal dan maksimal	-	
Jenis kelamin anak		Presentase frekuensi	-	Regresi Logistik Ganda
Usia ibu		Mean, median, SD, CI, minimal dan maksimal	-	
Tingkat pendidikan ibu		Presentase frekuensi	-	
Penghasilan keluarga		Presentase frekuensi	-	

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menggambarkan hasil penelitian tentang karakteristik balita (usia dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (usia, tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga), praktik pemberian makan dalam keluarga (kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI) terhadap kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang. Hasil penelitian menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat yang diuraikan sebagai berikut:

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini menguraikan gambaran karakteristik balita yaitu usia dan jenis kelamin, karakteristik keluarga yaitu usia dan tingkat pendidikan ibu serta pendapatan keluarga dan praktik pemberian makan dalam keluarga yaitu kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI.

5.1.1 Gambaran Karakteristik Balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Karakteristik balita terdiri dari usia dan jenis kelamin. Data karakteristik usia anak disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi, nilai minimal-maksimal dan *Confidence Interval (CI)* 95%. Data karakteristik jenis kelamin anak disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Secara jelas dapat dilihat pada tabel 5.1 dan 5.2 berikut ini:

Tabel 5.1
Distribusi usia anak di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Variabel	Mean	Median	Standar Deviasi	Minimal; Maksimal	95% CI
Usia balita	2,85	3	1,331	1 ; 5	2,66; 3,04

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rerata usia anak adalah 2,85 tahun. Usia termuda anak 1 tahun dan usia tertua 5 tahun. Hasil estimasi interval diketahui bahwa

sebanyak 95% diyakini rerata usia anak adalah diantara 2,66 sampai dengan 3,04 tahun.

Tabel 5.2
Distribusi jenis kelamin balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persentase (%)
Laki-laki	104	54.7
Perempuan	86	45.3
Total	190	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa jenis kelamin anak terbanyak adalah laki-laki sebesar 54,7%.

5.1.2 Gambaran Karakteristik Keluarga di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Karakteristik keluarga terdiri dari usia dan tingkat pendidikan ibu serta pendapatan keluarga. Data karakteristik usia ibu disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi, nilai minimal-maksimal dan *Confidence Interval* (CI) 95%. Data karakteristik tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Secara jelas dapat dilihat pada tabel 5.3 dan 5.4 berikut ini:

Tabel 5.3
Distribusi usia ibu di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Variabel	Mean	Median	Standar Deviasi	Minimal; Maksimal	95% CI
Usia ibu	29,76	30	6,076	15 ; 44	28,89 ; 30,63

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa rerata usia ibu adalah 29,76 tahun. Usia ibu termuda 15 tahun dan usia tertua 44 tahun. Hasil estimasi interval diketahui bahwa sebanyak 95% diyakini rerata usia ibu adalah diantara 28,89 sampai dengan 30,63 tahun.

Tabel 5.4
Distribusi tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Tingkat Pendidikan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak sekolah	5	2,6
SD	44	23,2
SMP	46	24,2
SMA	93	48,9
PT	2	1,1
Total	190	100
Pendapatan Keluarga		
Kurang	92	48,4
Baik	98	51,6
Total	190	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SMA yaitu sebesar 48,9%. Distribusi pendapatan keluarga memperlihatkan lebih dari separuh responden memiliki tingkat pendapatan baik sebanyak 51,6%.

5.1.3 Gambaran Kejadian Sulit Makan pada Balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.5
Distribusi kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Sulit Makan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	111	58,4
Tidak	79	41,6
Total	190	100

Hasil penelitian pada tabel 5.5 menunjukkan lebih dari separuh balita mengalami sulit makan yaitu sebanyak 58,4%.

5.1.4 Gambaran Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.6
Distribusi praktik pemberian makan dalam keluarga di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Kontrol	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak ada	93	48,9
Ada	97	51,1
Total	190	100
Model Peran		
Tidak baik	75	39,5
Baik	115	60,5
Total	190	100
Keterlibatan Anak		
Tidak dilibatkan	89	46,8
Dilibatkan	101	53,2
Total	190	100
Edukasi		
Tidak diberikan	92	48,4
Diberikan	98	51,6
Total	190	100
Penyediaan		
Tidak baik	79	41,6
Baik	111	58,4
Total	190	100
Pengenalan MP-ASI		
Tidak tepat	93	48,9
Tepat	97	51,1
Total	190	100

Hasil penelitian pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden melakukan kontrol makanan dengan baik sebanyak 51,1% dan mayoritas responden menunjukkan model peran yang baik pada anaknya sebanyak 60,5%. Lebih dari separuh responden melibatkan anak dalam penyiapan makanan sebanyak 53,2% dan sebagian besar responden memberikan edukasi makanan dengan baik pada anaknya sebanyak 51,6%. Distribusi responden dalam penyediaan makanan menunjukkan bahwa sebagian besar responden melakukan penyediaan makanan dengan baik bagi anaknya yaitu sebesar 58,4% dan sebagian besar telah melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik sebanyak 51,1%.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini menguraikan hubungan antara variabel dependen yaitu kejadian sulit makan pada balita dengan variabel independen yaitu praktik pemberian makan dalam keluarga meliputi kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI. Analisis bivariat variabel independen dan dependen menggunakan uji *Chi Square* karena seluruh variabel berbentuk kategorik. Berikut ini merupakan hasil analisis bivariat yaitu:

5.2.1 Hubungan kontrol makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.7
Analisis hubungan kontrol makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Kontrol	Sulit Makan				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak ada	62	66,7	31	33,3	93	100	1,959 (1,090 ; 3,523)	0,024
Ada	49	50,5	48	49,5	97	100		
Total	111	58,4	79	41,6	190	100		

Tabel 5.7 menunjukkan proporsi keluarga yang melakukan kontrol makanan tidak baik memiliki anak yang mengalami sulit makan lebih besar (66,7%) dibandingkan dengan keluarga yang melakukan kontrol makanan dengan baik. Hasil uji *chi square* menunjukkan adanya hubungan bermakna antara kontrol makanan dengan kejadian sulit makan pada balita ($p\text{ value} < \alpha$ ($\alpha: 0,05$)). Analisis lanjut diketahui bahwa resiko keluarga yang melakukan kontrol makanan tidak baik untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan sebesar 1,959 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan kontrol makanan dengan baik (OR: 1,959; 95%CI : 1,090 ; 3,523).

5.2.2 Hubungan model peran dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.8
Analisis hubungan model peran dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Model Peran	Sulit Makan				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak baik	60	80	15	20	75	100	5,020 (2,556 ; 9,858)	0,000
Baik	51	44,3	64	55,7	115	100		
Total	111	58,4	79	41,6	190	100		

Tabel 5.8 memaparkan proporsi keluarga yang menunjukkan model peran yang tidak baik bagi anaknya memiliki anak sulit makan lebih besar (80%) dibandingkan dengan keluarga yang menunjukkan model peran yang baik. Hasil uji *chi square* menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara model peran dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < \alpha$ ($\alpha: 0,05$)). Analisis lanjut diketahui bahwa resiko keluarga yang menunjukkan model peran tidak baik untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan sebesar 5,020 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan kontrol makanan dengan baik (OR: 5,020; 95%CI : 2,556 ; 9,858).

5.2.3 Hubungan keterlibatan anak dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.9
Analisis hubungan keterlibatan anak dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Keterlibatan Anak	Sulit Makan				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak dilibatkan	65	73	24	27	89	100	3,238 (1,759 ; 5,962)	0.000
Dilibatkan	46	45,5	55	54,5	101	100		
Total	111	58,4	79	41,6	190	100		

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa proporsi keluarga yang tidak melibatkan anak dalam penyiapan makanan memiliki anak sulit makan lebih besar (73%) dibandingkan dengan keluarga yang melibatkan anak. Hasil uji *chi square*

menunjukkan adanya hubungan bermakna antara keterlibatan anak dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < \alpha$ ($\alpha: 0,05$)). Secara statistik dapat dianalisis bahwa keluarga yang tidak melibatkan anak dalam penyiapan makanan berpeluang 3,238 kali untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan dibandingkan dengan keluarga yang melibatkan anak (OR: 3,238; 95%CI : 1,759 ; 5,962).

5.2.4 Hubungan edukasi makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.10
Analisis hubungan edukasi makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Edukasi	Sulit Makan				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Tidak diberikan	66	71,7	26	28,3	92	100	2,990	0,000
Diberikan	45	45,9	53	54,1	98	100	(1,636 ; 5,465)	
Total	111	58,4	79	41,6	190	100		

Tabel 5.10 pada variabel edukasi makanan menunjukkan proporsi keluarga yang tidak memberikan edukasi makanan dengan baik memiliki anak yang mengalami sulit makan lebih besar (71,7%) dibandingkan dengan keluarga yang memberikan edukasi makanan dengan baik. Hasil uji *chi square* menunjukkan adanya hubungan bermakna antara edukasi makanan dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < \alpha$ ($\alpha: 0,05$)). Analisis lanjut diketahui bahwa resiko keluarga yang tidak memberikan edukasi makanan dengan baik untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan sebesar 2,990 kali dibandingkan dengan keluarga yang memberikan edukasi makanan dengan baik (OR: 2,990; 95%CI : 1,636 ; 5,465).

5.2.5 Hubungan penyediaan makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.11
Analisis hubungan penyediaan makanan dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Penyediaan	Sulit Makan				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		N	%		
	n	%	n	%				
Tidak baik	55	69,6	24	30,4	79	100	2,251 (1,227 ; 4,130)	0,008
Baik	56	50,5	55	49,5	111	100		
Total	111	58,4	79	41,6	190	100		

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa proporsi keluarga yang tidak melakukan penyediaan makanan dengan baik memiliki anak sulit makan lebih besar (69,6%) dibandingkan dengan keluarga yang melakukan penyediaan makanan dengan baik. Hasil uji *chi square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara penyediaan makanan dengan kejadian sulit makan pada balita ($p\text{ value} < \alpha$ ($\alpha: 0,05$)). Secara statistik dapat dianalisis bahwa keluarga yang tidak melakukan penyediaan makanan dengan baik berpeluang 2,251 kali untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan dibandingkan dengan keluarga yang melakukan penyediaan makanan dengan baik (OR: 2,251; 95%CI : 1,227 ; 4,130).

5.2.6 Hubungan pengenalan MP-ASI dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang

Tabel 5.12
Analisis hubungan pengenalan MP-ASI dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Pengenalan MP-ASI	Sulit Makan				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		N	%		
	n	%	n	%				
Tidak tepat	66	71	27	29	93	100	2,825 (1,551 ; 5,146)	0,001
Tepat	45	46,4	52	53,6	97	100		
Total	111	58,4	79	41,6	190	100		

Tabel 5.12 memaparkan proporsi keluarga yang tidak melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik memiliki anak sulit makan lebih besar (71%) dibandingkan dengan keluarga yang melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik. Hasil uji *chi*

square menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengenalan MP-ASI dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < \alpha$ ($\alpha: 0,05$)). Secara statistik dapat dianalisis bahwa keluarga yang tidak melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik berpeluang 2,825 kali untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan dibandingkan dengan keluarga yang melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik (OR: 2,825; 95%CI : 1,551 ; 5,146).

5.3 Analisis Multivariat (Regresi Logistik Berganda Model Prediksi)

Analisis multivariat dilakukan guna mengetahui variabel independen yang meliputi kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI yang berhubungan dengan kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang. Analisis multivariat logistik berganda model prediksi menggunakan metode *backward*. Pada metode *backward* tidak dilakukan seleksi bivariat karena semua variabel dianggap penting. Hasil analisis tergambar pada tabel berikut:

Tabel 5.13
Pemodelan multivariat praktik pemberian makan dalam keluarga terhadap kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

No	Variabel	P value 1	P value 2	P value 3
1	Kontrol	0,015	0,008	0,007
2	Model Peran	0,002	0,001	0,001
3	Keterlibatan Anak	0,032	0,035	0,001
4	Edukasi	0,166	0,117	0,146
5	Penyediaan	0,444	-	-
6	Pengenalan MP-ASI	0,132	0,143	-

Tabel 5.13 menjelaskan *p value* dari masing-masing variabel dalam pemodelan multivariat. Variabel yang memiliki *p value* lebih dari 0,05 dikeluarkan secara bertahap, dimulai dari variabel yang memiliki *p value* terbesar. Pada tahap awal, peneliti mengeluarkan variabel penyediaan karena memiliki *p value* terbesar yaitu 0,444. Pada tahap kedua, peneliti mengeluarkan variabel pengenalan MP ASI (*p value* : 0,143). Selanjutnya, variabel yang dikeluarkan adalah edukasi (*p value* : 0,146). Hasil pengeluaran variabel edukasi adalah sebagai berikut:

Tabel 5.14
 Pemodelan akhir multivariat praktik pemberian makan dalam keluarga terhadap kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

Variabel	B	Wald	P Value	OR (95%CI)
Kontrol	0,925	6,919	0,009	2,522 (1,266 ; 5,023)
Model Peran	1,425	15,734	0,000	4,157 (2,056 ; 8,405)
Keterlibatan Anak	1,308	13,555	0,000	3,697 (1,843 ; 7,417)

Hasil akhir analisis multivariat tersebut menunjukkan bahwa variabel kontrol, model peran dan keterlibatan anak memiliki hubungan bermakna ($p\ value < 0,05$) dengan kejadian sulit makan pada balita. Variabel independen yang paling berpengaruh terhadap kejadian sulit makan pada balita adalah model peran ($p\ value : 0,000$) karena memiliki nilai OR tertinggi (OR: 4,157). Artinya keluarga yang tidak melakukan model peran dengan baik beresiko 4,157 kali lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang melakukan model peran dengan baik untuk memiliki anak sulit makan.

5.4 Analisis Multivariat (Regresi Logistik Berganda Model Resiko)

Analisis multivariat regresi logistik berganda model resiko bertujuan mengetahui variabel yang menjadi variabel *confounding*. Analisis multivariat model resiko dilakukan pada satu variabel independen dan dependen serta seluruh variabel *confounding*. Variabel independen pada analisis ini adalah praktik pemberian makan dalam keluarga yang dihubungkan dengan variabel dependen yaitu kejadian sulit makan balita. Sedangkan variabel *confounding* dalam analisis ini adalah usia dan jenis kelamin anak, usia dan pendidikan ibu, serta pendapatan keluarga.

Uji *confounding* dilakukan dengan memperhatikan perubahan nilai OR pada variabel independen sebelum dan sesudah variabel *confounding* dikeluarkan. Bila perubahan OR yang terjadi $> 10\%$ maka variabel kandidat *confounding* dapat dianggap sebagai variabel *confounding*. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu praktik pemberian makan dalam keluarga, sedangkan variabel kandidat *confounding* yaitu usia anak, jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu dan

pendapatan keluarga. Hasil uji *confounding* dapat dilihat pada tabel 5.21 sebagai berikut:

Tabel 5.15
Uji *confounding* usia anak, jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu dan pendapatan keluarga di di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang, Mei 2012 (n=190)

No	Variabel	Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga OR (95% CI)	*Perubahan OR (95% CI)
1	Variabel kandidat tidak dikeluarkan	4,055	-
2	Variabel usia anak dikeluarkan	4,114	1,45 %
3	Variabel pendapatan keluarga dikeluarkan	4,146	2,24 %
4	Variabel jenis kelamin anak di keluarkan	4,274	5,4 %
4	Variabel usia ibu di keluarkan	4,146	2,24 %
5	Variabel pendidikan ibu di keluarkan	3,708	8,58 %

Berdasarkan tabel 5.15 diketahui tidak terdapat perubahan OR > 10% pada variabel praktik pemberian makan dalam keluarga, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat variabel *confounding* dalam penelitian ini. Oleh karena tidak terdapat variabel *confounding*, maka pemodelan terakhir tidak dilakukan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas hasil penelitian tentang hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang. Interpretasi hasil penelitian membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilakukan dengan hasil penelitian terkait disertai teori dan konsep yang mendasarinya. Bab ini juga akan membahas keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan perkembangan ilmu keperawatan komunitas.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Balita

Hasil analisis univariat menunjukkan rerata usia anak dari responden adalah 2,85 tahun dan lebih dari separuh (63,2%) berusia 1-3 tahun. Anak usia 1-3 tahun disebut *toddler* atau batita. Pada usia ini anak senang mengatakan kata “tidak” terhadap segala sesuatu (*negativism*). *Toddler* belum mampu memahami konsep yang benar dan yang salah. *Toddler* berperilaku berdasarkan kesenangan yang dirasakan sehingga belum mampu menentukan kebutuhan yang penting untuk dipenuhi dalam rangka optimalisasi pertumbuhan dan perkembangannya (Potter & Perry, 2003). Pada *toddler*, otonomi telah berkembang. Perkembangan otonomi mengakibatkan *toddler* dapat menentukan pilihan makanan yang disukai dan yang tidak disukainya termasuk dalam memilih hal lainnya. Berdasarkan hasil penelitian Powell, Farrow dan Meyer (2011) diketahui bahwa anak dengan usia lebih muda cenderung lebih memilih-milih makanan. Pernyataan tersebut didukung oleh Rigal, Chabanet, Issanchou dan Patris (2012) yang mengungkapkan bahwa anak usia 25-36 bulan lebih sulit untuk diberi makan karena pada usia tersebut otonomi anak telah berkembang.

Karakteristik *toddler* berbeda dengan anak usia prasekolah. Pada usia ini, sedikit demi sedikit anak mulai mengerti konsep yang benar dan yang salah. Selain itu, *negativism* pada anak usia prasekolah mulai berkurang. Anak mulai tahu tindakan

yang dapat mengakibatkan pemberian hukuman dan penghargaan bagi dirinya. Anak usia prasekolah memiliki kemampuan berpikir lebih kompleks dibandingkan dengan anak usia *toddler*, sehingga tindakan yang dilakukan oleh anak usia prasekolah sudah mulai berdasarkan alasan sebab akibat dan bukan berdasarkan kesenangan semata.

Pada balita, perkembangan perilaku makan berada pada periode penyapihan ASI. Penyapihan ASI dilakukan secara bertahap untuk menghindari resiko gangguan pencernaan (Schwartz, et. al., 2011). Tahapan berikutnya adalah periode transisi dan makan dengan alat. Periode ini merupakan peralihan dari kondisi anak yang masih mendapatkan makanan melalui suapan orangtua kepada kondisi dimana anak belajar makan sendiri dengan menggunakan alat bantu. Pada tahap ini, biasanya anak akan menghambur-hamburkan dan memainkan makanan. Orang tua selayaknya dapat memberikan dukungan pada anak untuk melewati tahap perkembangan perilaku makan. Bentuk dukungan orangtua dalam membantu anak melewati tahapan perkembangan perilaku makan adalah dengan menyiapkan alat makan khusus anak dengan warna dan bentuk yang menarik. Selain itu, orangtua memberikan kesempatan bagi anak untuk dapat makan sendiri dengan pendampingan. Hal ini penting untuk dilakukan oleh karena hal tersebut merupakan proses belajar bagi anak

Hasil analisis univariat menunjukkan responden yang memiliki anak laki-laki (54,7%) lebih banyak dari perempuan. Laki-laki dan perempuan dibedakan berdasarkan ciri-ciri biologisnya. Hasil penelitian Powell, Farrow dan Meyer (2011); Russel dan Worsley (2008) mengungkapkan bahwa anak laki-laki lebih banyak mengalami masalah sulit makan daripada anak perempuan. Hal tersebut kemungkinan dapat disebabkan karena anak laki-laki lebih *tantrum* daripada anak perempuan (Mascola, Bryson & Agras, 2010). Hal ini mengakibatkan, jika anak laki-laki menolak untuk makan akan lebih banyak dijanjikan hadiah oleh orangtuanya dibandingkan jika anak perempuan yang menolak untuk makan. Sejalan dengan hal tersebut, penelitian yang dilakukan oleh Mascola, Bryson dan Agras (2010) mengungkapkan bahwa apabila anak menolak makanan maka anak

laki-laki lebih sering mendapat tawaran hadiah dibandingkan dengan anak perempuan. Perilaku orangtua yang seringkali menawarkan hadiah pada anak laki-laki jika anak menolak makanan membuat anak berpikir bahwa jika menginginkan sesuatu maka ia harus menolak makanan yang diberikan orangtuanya.

Berlawanan dengan hasil penelitian tersebut, penelitian yang dilakukan oleh Ostberg dan Hagelin (2010) mengungkapkan bahwa anak perempuan lebih banyak mengalami masalah sulit makan dibandingkan anak laki-laki. Stereotipe yang melekat pada kaum perempuan adalah kaum yang lemah. Kekhawatiran orangtua, jika anak perempuannya mengalami kurang nafsu makan membuat orangtua berusaha melakukan segala hal dengan mengikuti makanan yang diinginkan oleh anak. Anak cenderung menyukai makanan manis, jika orangtua selalu menuruti keinginan anak, maka hal tersebut dapat mengakibatkan anak memiliki perilaku makan yang tidak sehat.

Keluarga sebagai pihak yang paling bertanggungjawab terhadap pemenuhan kebutuhan anak, termasuk dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Keluarga khususnya orangtua diharapkan dapat mengenal karakteristik anak berdasarkan usia dan jenis kelaminnya, sehingga saat balita mengatakan “tidak” pada makanan yang disediakan atau seringkali memilih-milih makanan maka orangtua tahu tindakan yang harus dilakukan. Demikian halnya, ketika anak laki-laki menunjukkan perilaku *tantrum* saat makan, orangtua hendaknya dapat menghadapinya dengan tepat. Perawat komunitas dapat berperan dengan meningkatkan pengetahuan keluarga terkait karakteristik pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai usia dan jenis kelamin serta kebutuhan nutrisi balita sehingga keluarga dapat melakukan praktik pemberian makan dengan tepat.

6.1.2 Karakteristik Keluarga

Peran keluarga sebagai orang terdekat anak sangat diperlukan guna memenuhi seluruh kebutuhan anak dalam rangka optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan. Salah satu kebutuhan anak yang sangat penting untuk dapat dipenuhi adalah kebutuhan nutrisi. Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita

merupakan tanggung jawab keluarga. Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), lingkungan internal keluarga merupakan sistem pendukung bagi tercapainya kesehatan fisik dan psikologis seluruh anggota keluarga.

Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak dipengaruhi oleh sumber daya yang dimiliki keluarga. McMurray (2003) menyatakan bahwa karakteristik keluarga antara lain tingkat pendidikan, pendapatan keluarga dan usia ibu dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anggota keluarganya. Penelitian ini diketahui bahwa mayoritas responden memiliki latar belakang tingkat pendidikan menengah keatas (48,9%). Menurut Notoatmojo (2010), tingkat pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi perilaku kesehatan manusia dalam rangka mencapai kesejahteraan kesehatannya. Senada dengan hal tersebut, Sulistyoningsih (2011) mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang dalam kemampuan memilih makanan sehat. Penelitian lain yang mendukung pendapat tersebut adalah penelitian yang dilakukan oleh Peltó dan Backstrand (2003) yang menggambarkan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan orangtua maka semakin rendah kualitas makanan yang disajikan dalam keluarga.

Sulistyoningsih (2011) mengungkapkan bahwa pendidikan seringkali dikaitkan dengan pengetahuan dalam pemenuhan nutrisi. Mayoritas tingkat pendidikan yang cukup baik pada ibu di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang membuka kesempatan bagi ibu untuk dapat lebih banyak menerima informasi terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi anak dari berbagai sumber. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi memungkinkan seseorang untuk memiliki wawasan yang lebih luas dan cara berpikir yang lebih kritis. Hal ini memungkinkan ibu berpendidikan menengah keatas memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan ibu yang hanya mengenyam pendidikan dasar.

Hasil penelitian yang telah dipaparkan berbeda dengan hasil penelitian kualitatif oleh Rasni (2008) yang menganalisis pengaruh tingkat pendidikan dengan status gizi anak. Rasni (2008) melakukan penelitian pada keluarga miskin berpendidikan

rendah (SD/ MI) di Lingkungan Pelindu Jember. Hasil analisisnya menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap status gizi pada anak. Hal ini dimungkinkan informasi tentang gizi tidak hanya didapatkan dari pendidikan formal. Orangtua yang memiliki kepedulian tinggi terhadap kesehatan anak, akan berusaha mencari informasi yang diperlukan walaupun tidak memiliki latar belakang pendidikan yang baik.

Penelitian ini juga menggambarkan tingkat pendapatan keluarga yang memiliki balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang. Lebih dari separuh responden memiliki tingkat pendapatan baik (51,6%). Namun, masih banyak keluarga yang memiliki tingkat pendapatan kurang. Keluarga dengan tingkat pendapatan baik memiliki peluang lebih besar untuk dapat mengkonsumsi makanan dalam kuantitas dan kualitas yang lebih baik dibandingkan dengan keluarga dengan pendapatan kurang. Hal ini sejalan dengan hasil Riskesdas (2007) yang mengidentifikasi bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan dalam suatu keluarga maka semakin baik tingkat konsumsi makanan sehat. Penelitian senada juga diungkapkan oleh Rasmussen, et al (2006 dalam Kroller & Warschburger, 2009) yang mengungkapkan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi suatu keluarga maka akan semakin rendah jumlah konsumsi makanan yang tidak sehat. Hal ini dikarenakan dengan pendapatan yang baik, maka keluarga memiliki kesempatan yang lebih besar untuk mendapatkan makanan yang lebih baik dibandingkan dengan keluarga dengan pendapatan kurang.

Keluarga yang memiliki tingkat pendapatan kurang menunjukkan bahwa keluarga tersebut tidak mampu menjalankan fungsi ekonominya dengan baik. Ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan fungsi ekonominya dapat menyebabkan masalah dalam pemenuhan kebutuhan pokok keluarga. Pangan merupakan salah satu kebutuhan pokok yang harus dipenuhi untuk menjaga keberlangsungan hidup. Ketidakmampuan keluarga memenuhi kebutuhan pangan akan membawa keluarga pada ancaman masalah kesehatan. Menurut Stanhope dan Lancaster (2004); Almatsier, Soetardjo dan Soekatri (2011), masalah ekonomi yang dialami keluarga memberikan kontribusi terhadap rendahnya kualitas

makanan yang disediakan keluarga bagi anaknya. Analisa peneliti, hal ini dapat terjadi karena keluarga yang pendapatannya kurang memiliki daya beli yang rendah terhadap makanan baik dari segi kualitas, kuantitas maupun variasi. Variasi makanan diperlukan karena tidak ada satu jenis makanan pun yang mengandung semua zat gizi yang diperlukan oleh tubuh.

Hasil penelitian berbeda diungkapkan oleh Rasni (2008). Tingkat pendapatan tidak selalu dapat menjamin kemampuan keluarga dalam menyediakan makanan sehat. Penelitian kualitatif pada keluarga miskin dengan pendapatan Rp. 150.000 sampai dengan Rp. 300.000. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa pendapatan keluarga tidak mempengaruhi status gizi anak. Seluruh balita di Lingkungan Pelindu memiliki status gizi sedang dan baik. Hal tersebut dapat disebabkan karena ketersediaan pangan yang ada dilingkungan keluarga berpendapatan kurang merupakan pangan yang memiliki nilai gizi tinggi. Hal ini terjadi pada masyarakat Desa Batu Panjang Sumatera Barat. Masyarakat di daerah tersebut seringkali harus mengkonsumsi serangga yang berkembang pada musim panen padi. Serangga memiliki nilai protein yang tinggi, sehingga kondisi yang memaksa masyarakat harus mengkonsumsi serangga tersebut mengakibatkan status gizi mereka berada pada kondisi sedang dan baik (Zuldesni, 2010).

Hasil analisis univariat berikutnya dalam penelitian ini menunjukkan rerata usia ibu di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang adalah 29,76 tahun dan lebih dari separuh (55,3%) berusia 20-30 tahun. Usia ini merupakan usia dewasa awal. Pada usia dewasa awal, seseorang sedang belajar mengenai kehidupan dan sudah bertanggungjawab atas diri dan keluarganya. Wanita memiliki naluri keibuan, sehingga pada usia ini wanita yang sudah memiliki anak menikmati perannya sebagai ibu yang memiliki tanggung jawab dalam merawat anak-anaknya (Potter & Perry, 2003).

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), ibu merupakan pengambil keputusan terkait kesehatan bagi keluarganya. Selain itu, ibu merupakan penyedia makanan utama bagi anaknya (Webb et al., 2006). Usia ibu dapat memprediksi

penyakit dan peristiwa kesehatan dalam suatu keluarga (Widyastuti, 2005). Sebuah penelitian menyampaikan bahwa semakin muda usia ibu maka semakin tidak bervariasi makanan yang disediakan untuk anaknya dan semakin cepat ibu memperkenalkan anaknya dengan makanan pendamping ASI (Dennis, 2002 dalam Karp & Lutenbacher, 2010). Hal ini dapat dikarenakan ibu muda baru mulai belajar beradaptasi dan mempelajari peran sebagai istri dan ibu. Pada usia relatif muda, ibu mungkin belum memiliki cukup pengalaman dalam mengurus rumah tangga dan merawat anak.

Penelitian lain menyangkal hal tersebut. Baughcum et al (1998 dalam Karp & Lutenbacher, 2010) menyatakan bahwa umur ibu tidak mempengaruhi kemampuannya dalam memberikan makanan bernutrisi bagi anaknya. Hal ini dapat dikarenakan perbedaan pola asuh pemberian makan yang didapatkan ibu dari orangtuanya. Jika pola asuh pemberian makan yang diterapkan oleh orangtua baik, maka akan terbentuk perilaku baik dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

Perawat puskesmas merupakan perawat komunitas. Perawat komunitas adalah pelaksana utama upaya perkesmas dalam rangka peningkatan status kesehatan masyarakat. Perawat harus mampu bekerjasama dengan keluarga dengan berbagai karakteristik yang dimiliki. Keluarga dengan ibu berusia muda, tingkat pendidikan rendah dan pendapatan kurang merupakan kelompok yang harus mendapat perhatian khusus dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan strategi untuk dapat memenuhi kebutuhan nutrisi dengan keterbatasan yang ada. Namun, hal ini tidak berarti bahwa keluarga dengan ibu usia dewasa, memiliki tingkat pendidikan menengah keatas dan memiliki pendapatan yang cukup baik tidak memerlukan intervensi keperawatan. Pada keluarga dengan karakteristik seperti ini, perawat komunitas harus dapat mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang sudah dimiliki keluarga agar dapat mencapai status kesehatan yang lebih baik. Hal ini dikarenakan tidak semua keluarga yang telah memiliki sumber daya yang baik, memiliki kemampuan yang baik pula dalam memilih makanan yang berkualitas karena jika hal itu tidak ditunjang dengan pengetahuan yang baik tentang gizi maka tidak akan dapat mencapai status gizi yang baik.

6.1.3 Gambaran Kejadian Sulit Makan pada Balita

Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh balita di kelurahan Kuto Batu mengalami sulit makan (58,4%). Hasil penelitian ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Wright, Parkinson, Shipton dan Drewett (2007) yang mengungkapkan bahwa sulit makan adalah masalah yang sering dijumpai pada balita. Angka kejadian sulit makan di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang lebih tinggi dari laporan yang disampaikan oleh *Centre for Community Child Health* (2006) yang menyatakan bahwa masalah sulit makan dialami 25% anak.

Menurut Judarwanto (2004), sulit makan dapat ditandai dengan perilaku memuntahkan makanan yang ada di mulut, makan dalam waktu lama (bertele-tele), tidak mau memasukkan makanan ke dalam mulut, membuang makanan dan menepis suapan. Analisis lebih lanjut dari penelitian ini menggambarkan mayoritas balita di Kelurahan Kuto Batu menunjukkan perilaku menepis makanan, menggelengkan kepala, mengatakan “tidak mau”, tidak tertarik mencoba makanan baru dan hanya menyukai makanan tertentu saja ketika diberikan makanan.

Perilaku yang ditunjukkan oleh anak dapat disebabkan oleh berbagai faktor antara lain karena adanya gangguan fisik (Judarwanto, 2004). Selain karena gangguan fisik yang sulit diubah, analisa peneliti terhadap masih tingginya kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu dikarenakan lebih dari separuh balita (63,2%) berusia 1-3 tahun, dimana karakteristik balita pada usia ini ditandai dengan kesenangan untuk mengatakan tidak pada segala sesuatu yang ditawarkan padanya. Hal ini didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Potter dan Perry (2003) yang mengemukakan bahwa pada usia balita, egosentris sangat menonjol sehingga anak berusaha menunjukkan keakuan-nya dikarenakan perasaan otonomi berkembang pada usia ini. Perasaan otonomi yang berkembang mengakibatkan anak sudah mulai dapat menentukan hal yang disukai dan tidak disukainya. Hasil penelitian yang dilakukan di New Zealand turut mendukung pernyataan tersebut, penelitian oleh Beautrais, Fergusson dan Shannon (dalam Wright, Parkinson,

Shipton & Drewett, 2007) mengemukakan bahwa 24% anak usia 2 tahun mengalami masalah sulit makan.

Penyebab lain dimungkinkan karena masih minimnya pengetahuan orangtua terkait cara pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak. Notoatmojo (2010) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Praktik pemberian makan yang dilakukan dalam keluarga jika tidak didasari oleh pengetahuan yang baik, maka akan menghasilkan praktik yang kurang tepat. Program pemerintah yang hanya terfokus pada penyediaan makanan pada kaum marginal rendah dan tidak dibarengi dengan perhatian terhadap pentingnya melakukan praktik pemberian makan yang tepat guna mencegah sulit makan merupakan penyebab kurangnya penyebaran informasi terkait pemberian makan yang tepat pada balita. Dampaknya kader posyandu, keluarga serta masyarakat pada umumnya tidak memiliki pengetahuan yang baik yang dapat dijadikan sebagai landasan dalam melakukan praktik pemberian makan yang tepat pada balita. Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan kader posyandu dan ibu balita di Kelurahan Kuto batu yang mengungkapkan bahwa penyuluhan kesehatan terkait cara pemberian makan yang tepat pada balita dan masalah sulit makan pada anak belum pernah dilaksanakan.

Kurangnya informasi dan program terkait praktik pemberian makan yang tepat mengakibatkan banyak orangtua yang melakukan praktik pemberian makan yang kurang tepat. Hasil penelitian oleh Powell, Farrow dan Meyer (2011) mengungkapkan 25-50 % orangtua melakukan praktik pemberian makan yang kurang tepat bagi anaknya. Praktik pemberian makan yang kurang tepat dapat menimbulkan pengalaman yang kurang menyenangkan pada anak saat aktivitas makan, sehingga anak akan merasa tersiksa ketika orangtua memberikannya makan dan berujung pada penolakan terhadap makanan. Hal ini didukung oleh Horn, Galloway, Webb dan Gagnon (2011) yang menyampaikan bahwa praktik pemberian makan dalam keluarga dapat mengakibatkan sulit makan pada anak.

Orangtua sebaiknya dapat membuat aktivitas makan menjadi aktivitas yang menyenangkan. Banyak hal yang dapat dilakukan agar anak menikmati makanannya. Memasak makanan sehat bersama, membuat makanan menjadi bentuk menarik, mengajak anak berbelanja bahan makanan sehat merupakan kegiatan yang dapat dilakukan orangtua bersama anak. Pengalaman tersebut akan membuat anak belajar menyukai makanan sehat.

6.1.4 Hubungan Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga dengan Kejadian Sulit Makan pada Balita

6.1.4.1 Hubungan Kontrol Makanan dengan Kejadian Sulit Makan pada Balita

Hasil analisis univariat diketahui lebih dari separuh keluarga melakukan kontrol makanan dengan baik pada anaknya (51,1%), namun masih banyak orangtua yang melakukan kontrol makanan yang tidak tepat. Kontrol makanan merupakan tindakan yang dilakukan orangtua terhadap makanan yang dikonsumsi oleh anak. Anak balita belum mengerti terkait makanan yang dibutuhkan bagi pertumbuhannya. Oleh karenanya kontrol makanan merupakan hal yang sangat penting dalam pengaturan makanan yang dikonsumsi anak. Kebutuhan nutrisi anak akan terpenuhi sesuai dengan kebutuhannya, jika keluarga dapat menerapkan kontrol makanan dengan baik.

Keluarga melakukan kontrol terhadap makanan yang dikonsumsi oleh anak dari jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Keinginan keluarga khususnya orangtua untuk selalu memberikan yang terbaik bagi anaknya, seringkali mengakibatkan kekeliruan dalam melakukan kontrol makanan. Tindakan pemaksaan dan pemberian hadiah jika anak menghabiskan makanannya merupakan bentuk kontrol makanan yang tidak tepat diterapkan pada anak.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 41,1% keluarga melakukan tekanan pada anak untuk makan (*pressure*). Menurut Kain, Uauy dan Albala (2002 dalam Santos et al, 2009), tekanan untuk makan (*pressure to eat*) merupakan tindakan

mendorong anak untuk makan. Bentuk tekanan pada anak dapat berupa memberikan hadiah/ *reward* pada anak jika anak berperilaku baik atau jika menghabiskan makanannya. Menurut Cameron, Banko dan Peirce (2001), *reward* merupakan hal yang disukai anak, namun pemberian reward yang tidak tepat dapat menimbulkan kebiasaan makan yang buruk pada anak. Menurut Birch, Zimmerman dan Hind (1980 dalam Savage, Fisher & Birch, 2007), penggunaan makanan manis sebagai hadiah atas perilaku baik yang ditunjukkan anak akan meningkatkan kesukaan anak terhadap makanan tersebut.

Bentuk lain dari tekanan yang seringkali dilakukan orangtua adalah dengan membentak, berkata kasar, memaksa anak untuk makan makanan yang disediakan. Menurut Adiningsih (2010), tekanan yang dilakukan orangtua agar anak mau makan atau menghabiskan makanannya akan mengganggu psikologis anak. Anak akan merasa bahwa aktivitas makan merupakan aktivitas yang tidak menyenangkan sehingga anak akan kehilangan nafsu makan yang akan berdampak pada pertumbuhannya.

Namun, tidak semua *reward* dapat menimbulkan dampak negatif pada perilaku anak. Lowe, et. al. (2004) menyampaikan bahwa *reward* dapat memberikan efek positif bagi perubahan perilaku termasuk perilaku dalam mengkonsumsi makanan. Lowe, et. al. (2004) menyatakan bahwa terjadi peningkatan konsumsi sayur dan buah pada anak setelah diberikan penghargaan (*reward*).

Bentuk *reward* yang tepat yang dapat dilakukan pada anak dengan memberikan pujian, pelukan, ciuman pada anak jika anak menunjukkan perilaku baik, misalnya jika anak mengkonsumsi makanan sehat. Bentuk *reward* seperti tersebut diatas akan mempengaruhi kondisi psikologis anak. Anak akan merasa bahwa makan merupakan aktivitas yang menyenangkan. Menurut Judarwanto (2004), orangtua yang selalu menunjukkan kasih sayangnya dengan memberikan pujian, ketika anak mengkonsumsi makanan sehat akan membuat anak berada dalam kondisi yang nyaman dan berimbas pada perkembangan perilaku makan yang baik pada anak.

Pembatasan makanan juga merupakan bentuk kontrol makanan yang tidak baik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 37,9% keluarga melakukan tindakan pembatasan makanan (*restriction*) yang tidak tepat pada anak. Menurut Corsini, Wilson, Kettler dan Danthiir, (2010), pembatasan makanan (*restriction*) merupakan kontrol terlalu tinggi terhadap apa dan berapa banyak makanan yang anak makan. Pembatasan makanan yang dilakukan orangtua seringkali tidak tepat, walaupun sebenarnya orangtua memiliki tujuan yang baik. Menurut Kurniasih, Hilmansyah, Astuti dan Imam (2010), orangtua berusaha membatasi makanan cepat saji bagi anak. Namun, Savage, Fisher dan Birch (2007) mengungkapkan bahwa tindakan pembatasan terhadap konsumsi makanan tertentu akan semakin meningkatkan minat anak terhadap makanan tersebut. Hal ini dapat disebabkan anak memiliki keinginan yang besar dalam mengeksplorasi seluruh benda yang ada dilingkungannya. Anak akan mencoba menyentuh dan memasukkan segala benda ke dalam mulutnya. Anak yang mendapat larangan terlalu keras dari orangtua akan semakin penasaran terhadap benda tersebut.

Hasil analisa statistik dalam penelitian ini menunjukkan proporsi keluarga yang tidak melakukan kontrol (66,7%) lebih banyak memiliki anak yang mengalami sulit makan dibandingkan keluarga yang melakukan kontrol makanan. Hal ini didukung dengan hasil analisis bivariat yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara kontrol makanan dengan kejadian sulit makan pada balita ($p\text{ value} < 0,05$). Resiko keluarga yang tidak melakukan kontrol makanan untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan sebesar 1,959 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan kontrol makanan dengan baik (OR: 1,959; 95%CI: 1,090 ; 3,523). Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Newman dan Taylor (1992) serta Lowe et al (2004) yang menyebutkan pemberian *reward* pada anak jika mau mengkonsumsi makanan yang diinginkan orangtua akan menurunkan minat anak terhadap makanan tersebut. Penelitian lain menyatakan bahwa kebiasaan orangtua dalam memaksa anak untuk mengkonsumsi sayur akan membuat anak semakin tidak menyukai sayuran (Savage, Fisher & Birch, 2007; Sirikulchayanonta, Iedsee & Shuaytong, 2010).

Kesulitan dalam pemberian makan yang dialami orangtua dapat diakibatkan tindakan pemaksaan oleh orangtua pada anak untuk menghabiskan makanannya (Adiningsih, 2010). Menurut Sherry et. al. (2004 dalam Scwartz, 2011), mayoritas orangtua tidak percaya ketika anak mengatakan sudah merasa kenyang sehingga tetap memaksakan anak untuk menghabiskan makanannya. Lebih lanjut, Greenspan (1994 dalam Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010) mengungkapkan bahwa orangtua seringkali tidak memperhatikan tanda lapar dan kenyang yang ditampilkan anak, sehingga waktu pemberian makan dan porsi makanan ditentukan berdasarkan perkiraan keluarga. Dengan demikian, anak tidak belajar mengenal rasa lapar dan kenyang. Padahal pada kenyataannya, balita memiliki kemampuan untuk mengkomunikasikan keinginannya termasuk dalam aktivitas makan. Oleh karena itu, seharusnya orangtua berusaha untuk mengenali tanda lapar dan kenyang pada anak.

Kesimpulan dari analisis temuan penelitian ini, keluarga khususnya orangtua hendaknya dapat melakukan kontrol makanan yang baik bagi anaknya. Penerapan kontrol makanan yang tepat dapat membentuk perilaku makan yang baik pada anak sehingga kebutuhan nutrisi yang diperlukan anak dalam masa pertumbuhan dapat terpenuhi.

6.1.4.2 Hubungan Model Peran dengan Kejadian Sulit Makan pada Balita

Hasil analisis univariat diketahui bahwa mayoritas responden menunjukkan model peran yang baik pada anaknya sebanyak 60,5%. Model peran merupakan suatu perilaku pemberian contoh sehingga orang yang melihat akan mengikuti perilaku tersebut (*Centre for Community Child Health, 2006*). Orangtua selalu menginginkan yang terbaik bagi anaknya, karena itu orangtua selalu berusaha untuk melakukan segala hal agar anaknya memiliki perilaku yang baik. Usia balita merupakan *golden period*, dimana anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Lingkungan keluarga sebagai lingkungan terdekat anak, memiliki peran penting dalam membentuk perilaku anak.

Anak yang merupakan peniru ulung akan dengan cepat menyerap dan mengikuti segala sesuatu yang dicontohkan oleh orang-orang disekitarnya. Hal ini didukung oleh Grodner, Long dan Walkingshaw (2007) yang menyatakan bahwa perilaku anak dipengaruhi oleh contoh perilaku orang dewasa di sekitarnya. Oleh karenanya, peran orangtua untuk selalu memberikan contoh yang baik bagi anak sangat diperlukan dalam rangka membentuk perilaku anak, termasuk perilaku makan. Savage, Fisher dan Birch (2007) menyatakan bahwa sejak dini anak belajar mengenai apa, kapan dan berapa banyak makanan yang dikonsumsi melalui keluarga. Hal sejalan diungkapkan oleh Venter dan Harris (2009) yang menyatakan bahwa *modelling* makanan yang sehat akan mendorong anak untuk menikmati makanan sehat pada saat makan.

Walaupun telah lebih dari separuh responden menunjukkan model peran yang baik pada anaknya, namun secara statistik diketahui, proporsi keluarga yang menunjukkan model peran yang tidak baik bagi anaknya memiliki anak sulit makan lebih besar (80%) dibandingkan dengan keluarga yang menunjukkan model peran yang baik. Hasil uji *chi square* menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara model peran dengan kejadian sulit makan pada balita ($p\text{ value} < 0,05$). Temuan ini sejalan dengan penelitian yang mengungkapkan bahwa *role model* orangtua dalam mengkonsumsi makanan merupakan faktor utama yang menentukan pola konsumsi anak terhadap makanan tersebut dimasa mendatang (Sirikulchayanonta, Iedsee dan Shuaytong, 2010).

Analisis lanjut diketahui bahwa resiko keluarga yang menunjukkan model peran tidak baik untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan sebesar 5,020 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan model peran dengan baik (OR: 5,020; 95%CI : 2,556 ; 9,858). Orangtua yang tidak pernah mengkonsumsi makanan sehat dihadapan anak-anaknya adalah orangtua yang tidak mengajarkan anak untuk memiliki kebiasaan makan makanan sehat. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mascola, Bryson dan Agras (2010) bahwa anak meniru perilaku orangtua yang seringkali memilih-milih makanan berdasarkan selera (kesukaan). Sebaliknya, jika orangtua mengkonsumsi banyak sayur dan buah dan menghindari

konsumsi makanan tidak sehat dihadapan anak-anaknya maka akan mengurangi resiko anak dalam konsumsi makanan yang tidak sehat (Kroller & Warschburger, 2009).

Keluarga khususnya orangtua merupakan pihak yang paling banyak menghabiskan waktu dengan anak-anaknya. Karakteristik balita yang belum memiliki kemampuan berpikir yang kompleks, membuat balita cenderung meniru seluruh perilaku orang-orang terdekatnya tanpa dapat mempertimbangkan bahwa perilaku tersebut dapat menimbulkan dampak negatif atau positif bagi dirinya. Orangtua selayaknya selalu berusaha mencontohkan perilaku sehat di hadapan anak-anaknya. Hal ini penting karena pembentukan perilaku sehat harus dimulai sejak dini agar dapat berkembang menjadi kebiasaan baik pada tahap perkembangan berikutnya.

6.1.4.3 Hubungan Keterlibatan Anak dengan Kejadian Sulit Makan pada Balita

Penyiapan dan pemilihan makanan merupakan tanggung jawab orangtua khususnya ibu dalam keluarga. Namun, anak seharusnya turut belajar untuk menyiapkan dan memilih makanan dengan melibatkannya (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Berdasarkan, hasil analisis univariat diketahui bahwa lebih dari separuh keluarga telah melibatkan anak dalam penyiapan makanan (53,2%), namun masih banyak keluarga yang tidak melibatkan anak dalam penyiapan makanan. Adapun alasan orangtua di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang tidak melibatkan anak dalam penyiapan makanan adalah 79,5% berbahaya, 80,5% hanya akan memperlambat, 80% merepotkan. Alasan yang dikemukakan responden dapat dimengerti, namun tidak dapat dijadikan sebagai alasan untuk tidak melibatkan anak dalam penyiapan makanan. Pelibatan anak dalam penyiapan makanan bertujuan agar anak mampu memilih dan menentukan makanan sehat bagi dirinya.

Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan bermakna antara keterlibatan anak dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < 0,05$). Secara

statistik dapat dianalisis bahwa keluarga yang tidak melibatkan anak dalam penyiapan makanan berpeluang 3,238 kali untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan dibandingkan dengan keluarga yang melibatkan anak (OR: 3,238; 95%CI :1,759 ; 5,962). Anak yang tidak dilibatkan dalam penyiapan makanan tidak mendapatkan suatu gambaran jelas mengenai makanan dan aktivitas makan yang setiap hari dijalankannya. Sebaliknya, jika anak turut dilibatkan dalam penyiapan makanan akan membentuk pemikiran anak bahwa penyiapan makanan merupakan proses yang menyenangkan. Misalnya, anak dibiarkan menyiapkan peralatan makannya sendiri, mengajak anak membuat makanan dalam bentuk yang menarik dan sebagainya. Pemikiran tersebut akan membuat anak cenderung tertarik pada aktivitas makan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sutherland, Beavers, Kupper, Bernhardt, Heatherton dan Dalton (2008) yang mengungkapkan bahwa melibatkan anak dalam pemilihan makanan sehat ketika berbelanja di swalayan akan membentuk kebiasaan anak untuk selalu memilih makanan sehat.

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), penyiapan dan pemilihan makanan merupakan tanggung jawab ibu, namun secara perlahan anak harus mampu memilih dan menentukan makanan sehat bagi dirinya. Bentuk pelibatan anak dalam penyiapan makanan dapat berupa mengajak anak belanja bahan makanan yang akan dimasak, memasak bersama, mengajak anak memotong sayuran, membiarkan anak menyiapkan peralatan makannya sendiri dengan pengawasan, mengajak anak membuat makanan menjadi bentuk menarik serta masih banyak bentuk pelibatan anak yang lainnya. Namun, oleh karena perkembangan kognitif dan motorik pada usia balita yang belum matang mengakibatkan balita belum mampu mempersiapkan dan memilih makanan secara mandiri. Untuk itu, pengarahan dan pengawasan dari orangtua sangat diperlukan.

6.1.4.4 Hubungan Edukasi Makanan dengan Kejadian Sulit Makan pada Balita

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan edukasi makanan pada anaknya sebanyak 51,6%. Edukasi

(pengajaran) merupakan tindakan penambahan pengetahuan melalui proses pemberian informasi (Craven & Hirnle, 1996). Pemberian edukasi yang baik pada anak akan membentuk perilaku yang sehat.

Namun, masih banyak orangtua yang tidak memberikan edukasi makanan pada anaknya. Hal ini dapat disebabkan karena pola pikir orangtua yang menganggap bahwa balita merupakan anak kecil yang tidak mengerti apapun, sehingga kebanyakan orangtua tidak menganggap perlu untuk menyampaikan edukasi pada anak, termasuk edukasi makanan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan keluarga yang tidak memberikan edukasi makanan memiliki anak yang mengalami sulit makan lebih besar (71,7%) dibandingkan dengan keluarga yang memberikan edukasi makanan dengan baik. Hal ini diperkuat dengan hasil uji *chi square* yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara edukasi makanan dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < 0,05$). Analisis lanjut diketahui bahwa resiko keluarga yang tidak memberikan edukasi makanan dengan baik untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan sebesar 2,990 kali dibandingkan dengan keluarga yang memberikan edukasi makanan dengan baik (OR: 2,990; 95%CI : 1,636 ; 5,465).

Hal ini dapat disebabkan anak tidak pernah mendapat informasi tentang jenis makanan sehat dan tidak sehat, manfaat konsumsi makanan sehat serta bahaya mengkonsumsi makanan tidak sehat. Oleh karena anak tidak pernah terpapar dengan informasi tersebut, maka anak akan cenderung mengkonsumsi makanan dengan rasa yang disukai.

Anak yang menerima edukasi tentang makanan dengan baik diharapkan terbentuk perilaku makan yang sehat. Menurut Mahan dan Stump (2000), edukasi (pengajaran) tentang makanan sehat dapat dilakukan pada saat aktivitas pemberian makan pada anak (Mahan & Stump, 2000). Edukasi terkait makanan sehat pada

anak selayaknya dilakukan sedini mungkin. Hal ini dikarenakan usia balita merupakan periode emas, sel-sel otak anak tumbuh dan berkembang dengan pesat. Pada usia balita, anak memiliki daya serap yang tinggi terhadap seluruh informasi yang diterimanya. Menurut Piaget (1972 dalam Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein & Schwartz, 2009), kognitif anak terbentuk berdasarkan hasil interaksi dengan lingkungannya. Jika lingkungan anak dipenuhi dengan stimulus dan masukan positif, maka kognitif anak akan berkembang dengan baik dan akan mempengaruhi perilakunya.

Orangtua sebaiknya selalu memberikan edukasi makanan pada anak sejak dini. Pada saat aktivitas pemberian makan, orangtua dapat menyampaikan manfaat makanan yang dimakan oleh anak saat itu. Sebagai contoh, orangtua dapat menyampaikan manfaat makan sayur ketika memberikan suapan sayur pada anak atau ketika anak menolak untuk makan sayur. Penjelasan tentang manfaat dari makanan yang diberikan pada anak akan mempengaruhi penerimaan anak terhadap makanan tersebut di kemudian hari (Judarwanto, 2004).

Menurut Finley (1989; Litman 1974 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003), ibu merupakan pendidik keluarga. Pengajaran tentang zat gizi dan makanan sehat pada anak diberikan oleh ibu karena ibu memiliki pengetahuan yang lebih baik terkait kandungan gizi dalam makanan dibandingkan dengan ayah (Neumark, Hannan, Story, Croll & Perry, 2003). Namun, tidak berarti bahwa hanya ibu yang perlu diberikan pemahaman tentang pemenuhan zat gizi. Diharapkan, perawat keluarga dapat melakukan intervensi keperawatan keluarga sehingga ayah dan ibu dalam suatu keluarga dapat menjadi *partner* yang baik dalam usaha memenuhi kebutuhan nutrisi anak.

6.1.4.5 Hubungan Penyediaan Makanan dengan Kejadian Sulit Makan pada Balita

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah melakukan penyediaan makanan dengan baik (58,4%). Balita belum memiliki kemampuan untuk dapat memahami jenis makanan yang dibutuhkan guna

menunjang pertumbuhan dan perkembangannya. Oleh karena itu, penyediaan makanan bagi balita baik dari segi kuantitas dan kualitas menjadi tanggung jawab keluarga. Setiap orangtua menginginkan yang terbaik bagi anaknya, untuk itu orangtua senantiasa berusaha untuk dapat menyediakan makanan yang memenuhi standar kesehatan dan kebutuhan zat gizi anak.

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna antara penyediaan makanan dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < 0,05$). Hal ini diperkuat dengan hasil analisis lebih lanjut bahwa keluarga yang tidak melakukan penyediaan makanan dengan baik berpeluang 2,251 kali untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan dibandingkan dengan keluarga yang melakukan penyediaan makanan dengan baik (OR: 2,251; 95%CI : 1,227 ; 4,130). Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Campbell dan Crawford (2001) yang menyatakan bahwa anak akan semakin sulit untuk menerima suatu makanan bila orangtua tidak pernah menyediakan dan memberikan makanan tersebut.

Penyediaan makanan sehat bagi anak akan membentuk kebiasaan perilaku makan yang sehat pada anak. Anak yang senantiasa diberikan makanan sehat akan terbiasa untuk mengonsumsi makanan tersebut. Hal ini didukung oleh Spurrier et. al. (2008) yang mengungkapkan bahwa ketersediaan makanan sehat di rumah antara lain buah dan sayuran berhubungan dengan peningkatan jumlah konsumsi makanan tersebut.

Hasil analisis lebih dalam diketahui bahwa orangtua di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang seringkali menyediakan makanan yang tidak sehat bagi anak diantaranya memberikan makanan instan (23,2%). Makanan instan mengandung zat penambah rasa dalam jumlah yang besar, hal itulah yang menyebabkan rasa gurih pada makanan instan. Zat penambah rasa memiliki efek negatif yang jika dikonsumsi dalam jangka panjang akan menimbulkan berbagai macam penyakit. Anak balita tidak dianjurkan untuk mengonsumsi makanan dengan rasa yang terlalu tajam, misal terlalu gurih. Hal itu disebabkan akan semakin meningkatkan resiko hipertensi dan mengakibatkan anak mengalami sulit makan makanan

dengan rasa yang relatif lebih hambar dibandingkan dengan masakan yang diperuntukkan bagi orang dewasa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas ibu di Kelurahan Kuto Batu menambahkan garam pada makanan anak sampai terasa gurih (85,2%) dan menambahkan penyedap rasa (43,1%) dengan tujuan agar anak menyukai makanan tersebut.

Alasan orangtua menyediakan makanan instan bagi anak adalah tidak punya cukup waktu (15,8%), malas memasak (15,8%), tidak pandai memasak (12,6%) dan sebagian besar orangtua jarang membuat sendiri makanan selingan bagi anaknya (50,5%). Hal ini dimungkinkan karena ibu merasa lebih praktis membeli makanan jajanan yang pasti disukai anak-anak daripada harus menghabiskan waktu membuat makanan yang belum tentu disukai anaknya.

Selain makanan instan, 9,5% orangtua di Kelurahan Kuto Batu sering menyediakan makanan manis di rumah. Makanan manis dapat meningkatkan glukosa dalam waktu singkat. Pemberian makanan manis mendekati waktu makan dapat menyebabkan berkurangnya nafsu makan anak karena anak merasa sudah kenyang. Padahal makanan manis hanya mengandung glukosa dan tidak mencukupi kebutuhan zat gizi yang diperlukan guna menunjang pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini dapat menyebabkan kebutuhan nutrisi anak tidak terpenuhi dengan baik dan anak menjadi ketagihan dengan makanan manis tersebut, sehingga lama-kelamaan akan menjadi kebiasaan dan mengakibatkan anak akan mengalami sulit makan.

6.1.4.6 Hubungan Pengenalan MP-ASI dengan Kejadian Sulit Makan pada Balita

Hasil analisis univariat, sebagian besar responden telah melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik (51,1%). Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh ibu di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang telah memiliki perilaku yang baik dalam pemberian ASI dan MP-ASI. Namun, masih banyak pula ibu yang belum melakukan pengenalan MP-ASI dengan tepat. Berdasarkan analisis lebih lanjut hampir sebagian ibu tidak memberikan ASI eksklusif (40%), padahal ASI

merupakan hak setiap anak. Hak anak tersebut dilindungi oleh Pemerintah Indonesia yang telah secara resmi mengeluarkan Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.

Menurut Dwyer, et. al. (2010), ASI merupakan makanan yang mengandung zat gizi terlengkap yang dibutuhkan anak usia 0-6 bulan. Tidak ada makanan lain yang dapat menggantikan nilai gizi yang terkandung dalam ASI. Penggantian ASI dengan cairan atau makanan lain akan membuat anak merasa kenyang sehingga asupan ASI berkurang. Hal ini dapat mengakibatkan anak mengalami kekurangan zat gizi yang mengancam pertumbuhan dan perkembangannya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang seringkali memberikan makanan pada bayi dibawah usia 6 bulan jika bayi menangis (51,1%), memberikan bubur susu sebelum usia 6 bulan (55,3%), biskuit (31%), susu formula (51,6%), bubur saring dengan sayuran (34,7%) dan air putih (54,7%). Hal tersebut dapat disebabkan adanya pandangan bahwa ASI tidak dapat mencukupi kebutuhan bayi. Kebanyakan ibu khawatir anaknya akan mengalami gizi kurang jika hanya mengonsumsi ASI.

Dampak negatif yang dapat timbul akibat pemberian MP-ASI terlalu dini adalah gangguan pencernaan (WHO, 2002 dalam Dwyer, et. al., 2010). Hal ini disebabkan pada usia ini sistem pencernaan anak belum sempurna dan tidak siap menerima makanan apapun selain ASI. Menurut Schwartz, et. al. (2011), dampak lain dari pemberian MP-ASI sebelum 6 bulan adalah mempengaruhi kekuatan organ bicara yang akan mengganggu fungsi mengunyah, menelan, bernafas dan artikulasi saat berbicara.

Hasil temuan dalam penelitian ini diketahui bahwa terdapat ibu yang memberikan bubur susu sampai anak usia 9 bulan (78,5%), bubur saring sampai usia 10 bulan (77,3%), tidak memperkenalkan makanan keluarga ketika anak berusia 1 tahun (45,3%). Hal tersebut menunjukkan bahwa ibu di Kelurahan Kuto Batu belum melakukan pengenalan MP-ASI secara tepat pada balita. Hasil wawancara non

formal dengan responden diketahui bahwa ibu tidak mengenal tahapan pertumbuhan anak sehingga ibu tidak mampu menganalisa jenis MP-ASI yang tepat bagi anak sesuai dengan usianya.

Analisis lanjut dalam penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga yang tidak melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik memiliki anak sulit makan lebih besar (71%) dibandingkan dengan keluarga yang melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik. Hasil uji *chi square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengenalan MP-ASI dengan kejadian sulit makan pada balita ($p \text{ value} < 0,05$). Secara statistik dapat dianalisis bahwa keluarga yang tidak melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik berpeluang 2,825 kali untuk memiliki anak yang mengalami sulit makan dibandingkan dengan keluarga yang melakukan pengenalan MP-ASI dengan baik (OR: 2,825; 95%CI : 1,551 ; 5,146).

Pemberian MP-ASI seharusnya dilakukan pada anak yang telah berusia 6 bulan ke atas karena pada usia ini, zat gizi yang terkandung dalam ASI sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan anak (UNICEF, 2010). Pemberian MP-ASI pada anak usia 6 bulan merupakan suatu proses belajar yang membutuhkan adaptasi pada anak. Untuk itu, pemberian MP-ASI hendaknya dilakukan secara bertahap, dimulai dari makanan yang bertekstur lunak (bubur susu, bubur saring), lembek (bubur biasa, nasi tim) hingga padat (nasi biasa atau makanan keluarga) (Supartini, 2004). Pemberian MP-ASI harus disesuaikan dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak. Pada anak usia 6-8 bulan sebaiknya MP-ASI yang diberikan berupa bubur susu yang kemudian secara bertahap diganti dengan bubur saring. Pemberian MP-ASI secara tepat dapat menstimulasi perkembangan kemampuan oral motor pada anak (Neiva, Cattoni, Ramos & Issler, 2003).

Dampak negatif pemberian MP-ASI yang tidak tepat dapat terjadi tidak hanya ketika MP-ASI diberikan terlalu cepat tapi juga bila pemberian MP-ASI dilakukan terlalu lambat. Keterlambatan pemberian MP-ASI menyebabkan zat gizi yang dibutuhkan anak tidak tercukupi dan rahang tidak terlatih untuk mengunyah makanan sehingga sistem pencernaan tidak siap untuk menerima makanan padat.

Akibatnya anak akan mengalami masalah sulit makan yang ditandai dengan mengemut makanan atau bahkan menolak makanan. Menurut Kurniasih, Hilmansyah, Astuti dan Imam (2010), dampak lain yang dapat ditimbulkan adalah anak muntah saat makan, mengalami sulit makan atau sembelit. Hal ini didukung pula oleh pendapat Northstone et al (2001 dalam Venter & Harris, 2009) yang mengemukakan bahwa pengenalan makanan padat pada usia diatas 10 bulan mengakibatkan anak mengalami masalah sulit makan pada usia 15 bulan dibandingkan dengan anak yang pada usia 6-9 bulan sudah diperkenalkan makanan padat.

Anak memiliki ketergantungan penuh pada keluarga dalam memenuhi seluruh kebutuhannya, termasuk kebutuhan nutrisi (Nies & McEwen, 2001). Tanggung jawab keluarga terhadap anak sudah dimulai bahkan sejak anak masih berada dalam kandungan. Ibu yang mengandung selayaknya menerapkan gaya hidup sehat dan menghindari seluruh hal yang dapat mengancam keselamatan anak, antara lain konsumsi obat-obatan, rokok dan sebagainya. Setelah dilahirkan, ibu berkewajiban untuk menyusui anak hingga 6 bulan dan kemudian memberikan MP-ASI secara tepat dengan tetap memberikan ASI sampai anak berusia 2 tahun.

Hasil penelitian ini terungkap bahwa orangtua di Kelurahan Kuto Batu, mengganti menu makanan anak setiap hari (82,6%) dan tidak berusaha mencoba memberikan makanan yang sama pada anak, jika anak pernah menolak makanan tersebut (78,4%). Padahal pada masa ini, anak dalam tahap belajar mengenai rasa. Jika makanan yang diberikan pada anak diganti secara terus-menerus, maka anak tidak akan dapat belajar mengenal dan menyukai makanan yang diberikan padanya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dikemukakan oleh Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen dan Nicklaus (2011) yang menjelaskan pemberian makanan secara berulang sebanyak 8-10 kali perlu dilakukan saat anak mulai dikenalkan dengan MP-ASI. Lebih lanjut, menurut Savage, Fisher dan Birch (2007), pada anak usia 3-5 tahun, pengenalan terhadap makanan baru perlu dilakukan 10-16 kali agar anak menyukai makanan tersebut.

Penelitian lainnya menunjukkan bahwa pemberian makanan secara berulang akan meningkatkan penerimaan anak terhadap makanan tersebut dikemudian hari (Mennella, Nicklaus, Jagolino & Yourshaw, 2008; Sirikulchayanonta, Iedsee, & Shuaytong, 2010). Maier, Chabanet, Schaal, Leathwood dan Issanchou (2007 dalam Schwartz, et al., 2011) menjelaskan bahwa anak akan menerima dan menyukai rasa makanan yang diberikan setelah 9 bulan dikenalkan pada makanan tersebut.

Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak orangtua yang kurang memahami cara pengenalan MP-ASI dan terlalu cepat menyimpulkan makanan yang disukai dan tidak disukai anak. Hal ini sejalan dengan pendapat Carruth, Skinner, Houck dan Moran (2004 dalam Savage, Fisher & Birch, 2007) yang menyatakan bahwa orangtua seringkali menyimpulkan terlalu dini (1-2 kali pemberian) terkait makanan yang disukai dan yang tidak disukai anak. Selain itu, Anzman, Rollins dan Birch (2010) mengungkapkan bahwa mayoritas orangtua tidak tahu dan tidak peduli terkait pentingnya pemberian makanan secara berulang pada anak.

Permasalahan ini merupakan tantangan tersendiri bagi perawat untuk terus berusaha membantu keluarga yang ada dimasyarakat agar dapat memiliki pengetahuan yang baik terkait pengenalan MP-ASI secara tepat. Optimalisasi peran Posyandu sebagai unit kesehatan anak yang terdekat dengan masyarakat dalam mengkampanyekan pentingnya ASI eksklusif dan pengenalan MP-ASI tepat waktu perlu dilakukan, agar masyarakat terpapar dengan informasi penting tersebut sehingga diharapkan akan terbentuk sikap dan perilaku yang baik dalam usaha pemenuhan kebutuhan nutrisi anak.

6.1.4.7 Faktor Dominan yang Mempengaruhi Kejadian Sulit Makan pada Balita

Hasil analisis multivariat menunjukkan variabel independen yang paling berpengaruh terhadap kejadian sulit makan pada balita adalah model peran (p value < 0,05 ; OR: 4,157). Artinya keluarga yang tidak melakukan model peran beresiko 4,157 kali lebih tinggi memiliki anak sulit makan dibandingkan keluarga

yang melakukan model peran. Hasil penelitian ini didukung oleh teori Friedman, Bowden dan Jones (2003) yang mengemukakan bahwa keluarga adalah unit dasar dalam masyarakat yang memberikan pengaruh terbesar terhadap anggota dan merupakan penentu keberhasilan dan kegagalan dari anggota yang ada didalamnya.

Pada balita, keluarga merupakan pihak yang paling berpengaruh dalam pembentukan perilaku. Besarnya pengaruh orangtua terhadap pembentukan perilaku anak dikarenakan keluarga merupakan tempat anak pertama kali belajar mengenai segala hal (Potter & Perry, 2003). Selain itu, anak balita usia 1-3 tahun lebih banyak menghabiskan waktu bersama keluarga dibandingkan dengan anak dengan usia yang lebih tua yang telah mengalami peningkatan ketertarikan yang lebih besar pada dunia luar.

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), lingkungan internal keluarga yang sehat merupakan sistem pendukung (*support system*) guna mencapai kesehatan fisik dan psikologis bagi seluruh anggota keluarga. Schwartz (2011) menyatakan bahwa lingkungan keluarga berperan besar dalam membentuk perilaku makan anak. Hal tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Moore (2009) yang mengungkapkan bahwa orangtua memiliki peran besar dalam mendorong dan memberikan contoh pada anak untuk mengkonsumsi makanan sehat. Kegiatan makan bersama dengan anak merupakan salah satu cara membentuk perilaku makan yang sehat pada anak sejak usia dini. Menurut Brooks (2011), makan bersama dapat meningkatkan selera makan anak dan memberi efek psikologis yang positif. Untuk itu, keluarga sebaiknya dapat menunjukkan konsumsi makanan sehat pada anak saat kegiatan makan bersama

Keluarga yang memberikan contoh perilaku yang sehat akan mempengaruhi perilaku anak untuk ikut berperilaku sehat termasuk perilaku makan. Sebaliknya, keluarga yang menunjukkan perilaku tidak sehat akan membentuk perilaku tidak sehat pada anak. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kroller dan Warschburger (2009) yang mengemukakan bahwa orangtua yang mengkonsumsi sayur dan buah

serta menghindari konsumsi makanan tidak sehat dihadapan anaknya akan mengurangi resiko anak untuk mengkonsumsi makanan yang tidak sehat.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang mendukung, dapat ditarik kesimpulan bahwa model peran yang ditunjukkan keluarga mempunyai hubungan dengan kejadian sulit makan pada balita. Pengaruh yang ditimbulkan dapat bersifat negatif dan positif, sehingga perawat komunitas atau keluarga dapat mengambil peran dengan melakukan strategi pemberdayaan keluarga melalui usaha meningkatkan struktur, fungsi dan tugas perawatan kesehatannya.

Upaya perkesmas merupakan upaya perawatan kesehatan masyarakat yang bertujuan meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan menggunakan pendekatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Integrasi upaya Perkesmas ke dalam upaya kesehatan wajib dan pengembangan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas pelaksanaan strategi intervensi pemberdayaan keluarga oleh perawat puskesmas. Namun pada kenyataannya, upaya perkesmas hanya dijadikan upaya kesehatan pengembangan dan tidak dijadikan sebagai upaya kesehatan wajib. Akibatnya upaya perkesmas seringkali terabaikan sehingga permasalahan kesehatan di masyarakat tidak dapat diselesaikan dengan tuntas.

Perawat komunitas atau perawat puskesmas dapat berperan dengan melaksanakan strategi pemberdayaan keluarga. Perawat puskesmas merupakan pelaksana utama kegiatan perkesmas. Menurut SKN (2004 dalam Kemenkes, 2006), rasio perawat terhadap jumlah penduduk Indonesia adalah 1 : 2850. Hal ini menunjukkan jumlah perawat masih sangat kurang. Puskesmas Kenten memiliki wilayah kerja dengan total penduduk 39.325 jiwa hanya memiliki 5 orang perawat puskesmas dengan latar belakang pendidikan SPK dan Diploma. Padahal upaya perkesmas di kelurahan Kuto Batu yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Kenten perlu dilaksanakan karena menurut hasil penelitian prevalensi sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu cukup tinggi. Minimnya sumber daya perawat di puskesmas

dari segi kuantitas maupun kualitas merupakan salah satu penyebab upaya perkesmas tidak dapat dilaksanakan secara optimal.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian yang ditemui peneliti dalam melaksanakan penelitian ini, antara lain:

6.2.1 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini nilai reliabilitas yang digunakan adalah 0,8, padahal menurut Polit dan Hungler (1999), nilai reliabilitas ideal adalah $\geq 0,9$. Hampir seluruh instrumen dalam penelitian ini telah memiliki reliabilitas diatas 0,9, namun nilai reliabilitas instrumen sulit makan belum mencapai 0,9. Selain itu, jumlah item pertanyaan dalam kuesioner dalam penelitian ini masih terlalu banyak.

6.2.2 Variabel Penelitian

Penelitian ini menggunakan model PRECEDE-PROCEED. Berdasarkan model tersebut, sulit makan dapat dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu predisposisi, pemungkin dan penguat. Pada penelitian ini hanya beberapa faktor predisposisi dan penguat yang diteliti, sedangkan faktor pemungkin tidak diteliti. Padahal secara konsep terdapat faktor predisposisi lain (nilai, norma dan budaya) serta faktor pemungkin (akses dan fasilitas warung jajanan makanan) yang dapat mempengaruhi perilaku makan pada anak. Selain itu, penelitian ini tidak menggambarkan sejauh mana keluarga menjalankan fungsi dan tugas perkembangannya.

Penelitian ini hanya menggambarkan karakteristik balita (usia dan jenis kelamin anak dan keluarga (usia, tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga), namun tidak menghubungkannya dengan kejadian sulit makan. Padahal akan lebih baik jika diketahui pada karakteristik balita dan keluarga mana yang balitanya banyak mengalami masalah sulit makan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara praktik pemberian makan dalam keluarga (kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi

makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI) dengan kejadian sulit makan pada populasi balita. Namun, penelitian ini belum menggambarkan secara spesifik sejauh mana kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI dikatakan tepat dan tidak akan menimbulkan sulit makan pada anak.

6.2.3 Aplikasi Etika Penelitian

Peneliti melakukan pertemuan dengan kader posyandu dan ibu balita di Kelurahan Kuto Batu setelah proses pengumpulan data selesai dalam rangka memberikan informasi terkait sulit makan pada balita. Namun, pada pertemuan tersebut hanya 5 orang kader dan 25 orang ibu balita yang dapat hadir.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1 Pelayanan Keperawatan Komunitas

Diperolehnya hasil penelitian tentang kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang lebih dari separuh responden merupakan fenomena yang kemungkinan juga terjadi pada wilayah lain. Sulit makan pada balita dapat menimbulkan dampak buruk bagi pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahap kehidupan berikutnya. Apabila fenomena sulit makan yang terjadi tidak segera mendapat perhatian khusus dari berbagai pihak yang berkontribusi aktif dalam dunia kesehatan seperti pihak dinas kesehatan, puskesmas, perawat atau mahasiswa kesehatan maupun masyarakat luas maka akan menimbulkan resiko peningkatan masalah gizi pada anak.

Tingginya angka kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang memerlukan penanganan yang cepat. Peran perawat puskesmas untuk dapat melaksanakan upaya perkesmas dengan menerapkan strategi intervensi pemberdayaan keluarga harus dilakukan guna meningkatkan kemandirian dan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dengan menggunakan sumber-sumber yang ada dalam keluarga. Namun, oleh karena upaya perkesmas yang hanya dijadikan sebagai upaya kesehatan pengembangan dan tidak dijadikan sebagai upaya kesehatan wajib mengakibatkan upaya perkesmas seringkali

diabaikan. Dampaknya masyarakat belum dirasakan keberadaan dan peran puskesmas sebagai ujung tombak penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara optimal. Keberadaan perawat dengan latar belakang spesialis komunitas dan S1 dibutuhkan guna mengoptimalkan upaya perkesmas dengan memberikan konseling keluarga, kunjungan rumah serta berbagai bentuk pelayanan kesehatan masyarakat lainnya secara komprehensif.

Penelitian ini, tidak meneliti pengetahuan dan sikap keluarga terkait pemberian makan pada balita, faktor predisposisi (nilai, norma, budaya) serta faktor pemungkin (akses dan fasilitas warung jajanan makanan) pada masyarakat Kelurahan Kuto Batu. Akibatnya belum diketahui hubungan antara faktor tersebut dengan kejadian sulit makan. Padahal hal tersebut sangat penting karena perilaku makan anak tidak terlepas dari pengetahuan, sikap yang dimiliki keluarga; nilai, norma, budaya yang dikenalkan oleh keluarga serta pengaruh akses dan fasilitas yang menyediakan makanan jajanan yang ada di lingkungan tempat tinggal.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat hubungan bermakna antara praktik pemberian makan yang dilakukan keluarga terhadap kejadian sulit makan pada balita. Namun, dalam penelitian ini belum tergambar secara spesifik pengetahuan dan sikap yang dimiliki oleh keluarga terkait pemberian makan pada balita, sehingga strategi intervensi yang seharusnya dapat dikembangkan oleh perawat komunitas dan keluarga dalam rangka meningkatkan kemampuan keluarga untuk melaksanakan praktik pemberian makan yang tepat bagi anak belum dapat ditetapkan karena membutuhkan penelitian lebih lanjut terkait pengetahuan dan sikap keluarga.

Penelitian ini belum menggambarkan sejauh mana praktik pemberian makan (kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI) dikatakan tepat maupun tidak tepat, oleh karenanya hasil penelitian belum dapat dijadikan sumber informasi secara rinci terkait praktik pemberian makan yang dapat menimbulkan dampak negatif pada

perilaku makan anak dikatakan tepat dan tidak akan menimbulkan sulit makan pada anak.

Belum dihubungkannya karakteristik balita dan keluarga dengan kejadian sulit makan menyebabkan penelitian ini tidak dapat menjelaskan angka kejadian sulit makan pada masing-masing karakteristik balita dan keluarga. Analisa terkait karakteristik masyarakat setempat yang dihubungkan dengan kejadian sulit makan diperlukan oleh perawat komunitas sebagai salah satu dasar dalam menetapkan intervensi yang tepat dalam melakukan tindakan prevensi primer, sekunder dan tersier terkait masalah sulit makan pada balita.

Kader posyandu, keluarga serta masyarakat pada umumnya belum memiliki pengetahuan yang baik yang dapat dijadikan sebagai landasan dalam melakukan praktik pemberian makan yang tepat pada balita dan tidak mengetahui tindakan yang harus dilakukan bila terdapat tanda sulit makan. Kurangnya informasi terkait pemberian makan pada balita disebabkan program pemerintah yang hanya terfokus pada penyediaan makanan dalam keluarga dan tidak dibarengi dengan perhatian terhadap pentingnya melakukan praktik pemberian makan yang tepat guna mencegah sulit makan.

Aplikasi etik dalam penelitian ini adalah dengan mengadakan pertemuan yang dilaksanakan oleh peneliti setelah pengumpulan data yang dihadiri sekitar 25 ibu balita dan 5 kader posyandu. Ibu balita dan kader mengungkapkan bahwa pertemuan tersebut memberikan informasi baru terkait pemberian makan pada balita yang tidak diketahui sebelumnya. Namun, masih banyak ibu balita dan kader yang tidak hadir dalam pertemuan tersebut. Hal ini menyebabkan tidak semua ibu balita dan kader menerima informasi terkait cara pemberian makan yang tepat pada balita.

6.3.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Adanya hubungan bermakna antara praktik pemberian makan yang dilakukan keluarga dengan kejadian sulit makan pada balita dapat dijadikan sebagai *evidence based* bagi pengembangan ilmu keperawatan komunitas dan keluarga.

Fenomena sulit makan merupakan tantangan tersendiri bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas dan keluarga khususnya terkait sulit makan pada balita. Salah satu strategi intervensi yang dapat dilakukan dalam rangka mengatasi masalah sulit makan pada anak adalah pemberdayaan (*empowerment*) keluarga. Namun, oleh karena penelitian ini tidak menggambarkan sejauh mana keluarga menjalankan fungsi dan tugas perkembangannya maka tidak dapat menggambarkan secara spesifik sejauhmana hal tersebut mempengaruhi perilaku makan pada anak.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini belum dapat dikatakan sebagai instrumen baku, sehingga apabila akan digunakan dalam penelitian dengan topik terkait harus dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali. Selain itu, item pertanyaan dalam kuesioner masih terlalu banyak, sehingga menimbulkan dampak kelelahan dan kejenuhan pada responden pada saat proses pengisian kuesioner.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian “Hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada populasi balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang” yang dilaksanakan selama bulan Mei 2012 menghasilkan simpulan sebagai berikut:

7.1.1 Karakteristik balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang yaitu lebih dari separuh berjenis kelamin laki-laki dan rerata berusia 2,85 tahun.

7.1.2 Karakteristik keluarga yang memiliki balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang yaitu lebih dari separuh memiliki tingkat pendapatan baik, rerata usia ibu adalah 29,76 tahun dan mayoritas ibu telah mengenyam tingkat pendidikan menengah keatas.

7.1.3 Lebih dari sebagian balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang mengalami sulit makan (58,4%).

7.1.4 Lebih dari sebagian keluarga di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang telah melaksanakan kontrol makanan (51,1%), model peran (60,5%), keterlibatan anak (53,2%), edukasi makanan (51,6%), penyediaan makanan (58,4%) dan pengenalan MP-ASI (51,1%) dengan baik.

7.1.5 Ada hubungan yang bermakna antara kontrol makanan, model peran, keterlibatan anak, edukasi makanan, penyediaan makanan dan pengenalan MP-ASI dengan kejadian sulit makan pada populasi balita.

7.1.6 Faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian sulit makan pada populasi balita adalah model peran.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka peneliti memberikan rekomendasi yang diuraikan sebagai berikut:

7.2.1 Instansi Kesehatan Terkait

7.2.1.1 Dinas Kesehatan Kota Palembang

- Dinas Kesehatan diharapkan dapat mengajukan formasi perawat di puskesmas dengan latar belakang pendidikan S1 Keperawatan dan spesialis komunitas guna memfasilitasi puskesmas untuk dapat menjalankan upaya Perkesmas.
- Merekomendasikan Dinas Kesehatan untuk dapat merancang kebijakan yang memfasilitasi perawat puskesmas untuk mengikuti pelatihan terkait *trend issue* seperti pengembangan bidang keperawatan keluarga serta melanjutkan pendidikan sampai jenjang spesialis komunitas.

7.2.1.2 Puskesmas Kenten/ Perawat Komunitas

- Puskesmas sebagai ujung tombak penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) diharapkan dapat mengaktifkan upaya Perkesmas dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat diantaranya dengan melakukan pendidikan kesehatan terkait praktik pemberian makan yang tepat bagi anak, *screening* balita sulit makan dan konseling untuk keluarga yang memiliki anak sulit makan. Apabila ditemukan kondisi balita yang membutuhkan penanganan lanjutan, perawat puskesmas dapat melakukan advokasi guna memfasilitasi keluarga untuk mendapatkan layanan rujukan (perawat spesialis anak, dokter anak, psikiater anak, dokter neurologi dan gastroenterology anak) sesuai kebutuhan.
- Perawat puskesmas diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan dan pelatihan bagi kader posyandu sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi balita.
- Perawat puskesmas diharapkan menjalin kemitraan dengan pihak Kelurahan untuk memfasilitasi (sarana dan prasarana) kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan anak.

7.2.2 Keluarga

Keluarga diharapkan dapat melakukan kegiatan makan bersama dengan anak sejak usia dini. Pada saat makan bersama, keluarga sebaiknya mengonsumsi makanan sehat dalam upaya membentuk perilaku makan yang baik pada anak.

7.2.3 Institusi Keperawatan

7.2.3.1 Mahasiswa keperawatan perlu mendapatkan topik pembelajaran terkait tugas perkembangan keluarga dengan balita khususnya tugas keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi balita (praktik pemberian makan yang tepat pada balita)

7.2.3.2 Melakukan kerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam melaksanakan praktik lapangan guna aplikasi langsung asuhan keperawatan komunitas dan keluarga.

7.2.3.3 Mahasiswa pada tahapan akademik dan profesi Ners dapat melakukan praktik asuhan keperawatan komunitas dan keluarga khususnya pada balita sebagai kelompok resiko mengalami masalah sulit makan ataupun balita yang telah mengalami masalah sulit makan.

7.2.4 Penelitian Selanjutnya

7.2.4.1 Pada penelitian selanjutnya perlu dilakukan pengurangan jumlah item pertanyaan dalam kuesioner, sehingga diharapkan item pertanyaan yang muncul merupakan pertanyaan yang berfokus pada variabel yang akan dikaji.

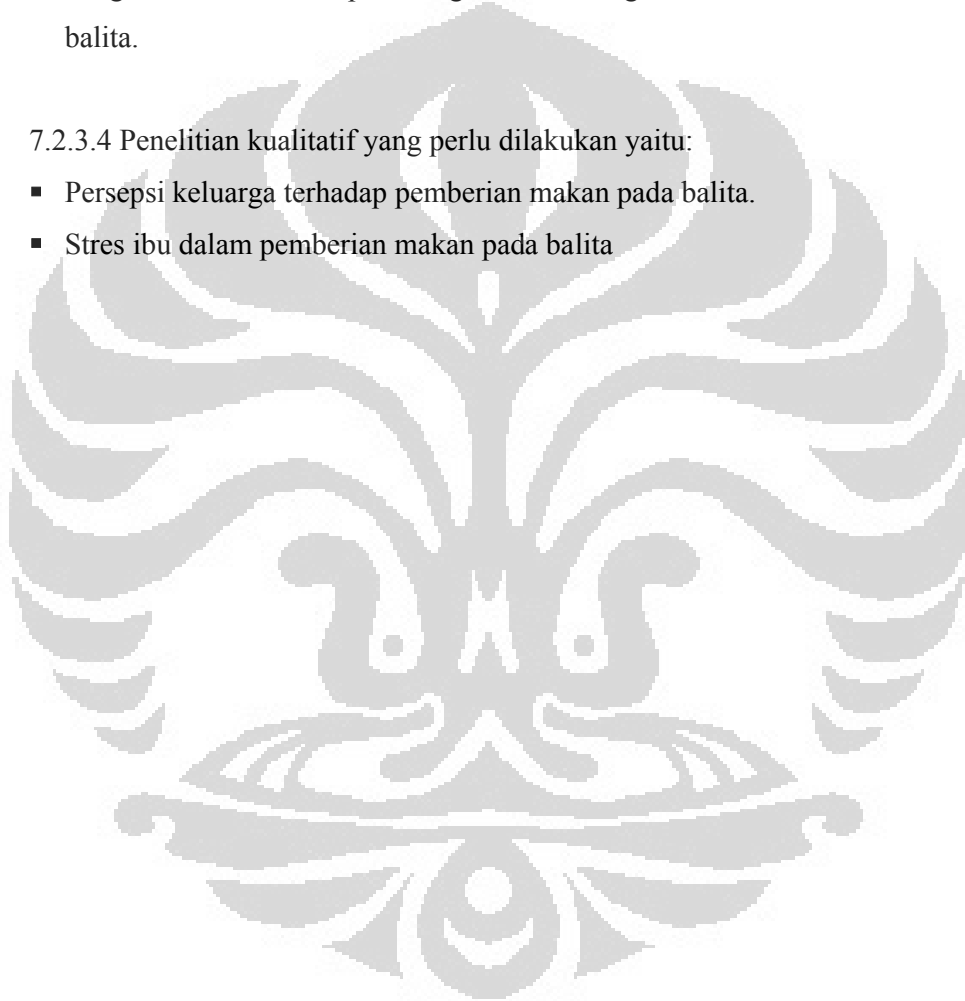
7.2.4.2 Peneliti lain yang akan menggunakan kuesioner penelitian ini di wilayah yang berbeda diharapkan melakukan pengujian instrumen kembali.

7.2.4.3 Penelitian kuantitatif yang perlu dilakukan yaitu:

- Hubungan faktor predisposisi (nilai, norma, budaya, karakteristik balita dan keluarga), faktor pemungkin (akses dan fasilitas warung jajanan makanan), dengan kejadian sulit makan pada balita
- Hubungan pelaksanaan fungsi dan tugas perkembangan keluarga terhadap praktik pemberian makan pada anak
- Pengaruh SHG terhadap keluarga dalam mengatasi masalah sulit makan pada balita.

7.2.3.4 Penelitian kualitatif yang perlu dilakukan yaitu:

- Persepsi keluarga terhadap pemberian makan pada balita.
- Stres ibu dalam pemberian makan pada balita



DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, S. (2010). *Waspada! Gizi Balita Anda: Tips Mengatasi Anak Sulit Makan, Sulit Makan Sayur dan Minum Susu*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Allender, J. A. & Spradley, B. W. (2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting The Public Health. Sixth edition*. Philadelphia: Lippincott.
- Almatsier, S., Soetardjo, S. & Soekatri, M. (2011). *Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Anwar, K. (2004). Memahami kultur lokal untuk menekan angka kematian ibu. <http://www.kesrepro.info/?q=node/122>. Diakses pada tanggal 10 April 2012.
- Anzman, S. L., Rollins, B. Y. & Birch, L. L. (2010). Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *International Journal of Obesity*, 34, 1116-1124.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan. Fakultas Kesehatan Masyarakat: Universitas Indonesia. Tidak publikasi.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayu, S. D. (2008). Pengaruh program pendampingan gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita kurang energi protein. <http://eprints.undip.ac.id/18286/>. Diakses pada tanggal 28 Februari 2012.
- Azwar, A. (2004). Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang. <http://gizi.depkes.go.id/makalah/Makalah%20Dirjen-Sahid%202.PDF>. Diakses pada tanggal 20 Februari 2012.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI (2008). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007. www.ppik.depkes.go.id/index.php?option=com_docman. Diakses pada tanggal 12 Januari 2012.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI (2010). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010. <http://www.riskedas.litbang.depkes.go.id/download/TabelRiskedas2010.pdf>. Diakses pada tanggal 12 Januari 2012.

- BAPPENAS. (2011). Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015. www.bappenas.go.id/get-file-server/node/10655/. Diakses pada tanggal 16 Februari 2012.
- Birch, L. L. (2006). Child feeding practices and the etiology obesity. *International Journal of Obesity*, 26, 824-832.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review Nutrition*, 19, 41-62.
- Blais et al. (2003). *Profesional Nursing Practice: Concepts and Perspectives. Fourth Edition*: New Jersey: Pearson Education.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi ke-4. Jakarta: EGC.
- Brooks, J. (2011). *The Process of Parenting. Eight Edition*. New York: McGraw Hill.
- Brown, J. E. et al. (2008). *Nutrition Through The Life Cycle. Fourth Edition*. USA: Wadsworth.
- Buana Sumsel (2011). UMR Sumsel Naik 14 Persen. <http://buanasumsel.com/umr-sumsel-naik-14-persen/>. Diakses pada tanggal 24 April 2012.
- Burns, N. & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal Synthesis and Generation of Evidence. Sixth Edition*. St Louis: Saunders Elsevier.
- Cameron, J., Banko, K. M. & Peirce, W. D. (2001). Pervasive negative effects of rewards on intrinsic motivation: the myth continues. *Behaviour Analyst*, 24, 1-44.
- Campbell, K. & Crawford, D. (2001). Family food environments as determinants of preschool-aged children's eating behaviours: implications for obesity prevention policy. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 58:1.
- Centre for Community Child Health. (2006). *Eating Behaviour Problems: Practice Resource*. www.raisingchildren.net.au. Diakses pada tanggal 18 Februari 2012.
- Cooke, L. J., Wardle, J. & Gibson, E.L. (2003). Demographic familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by preschool children. *Public Health Nutrition*, 7, 295-302.
- Cooke, L. & Wardle, J. (2005). Age and gender differences in children's food preferences. *British Journal of Nutrition*, 93, 741-746.

- Corsini, N., Wilson, C., Kettler, L. & Danthiir, V. (2010). Development and preliminary validation of the toddler snack food feeding questionnaire. *Appetite*, 54, 570-578.
- Craven, R. F & Hirnle. (1996). *Fundamental of Nursing : Human Health and Function. Second Edition*. Philadelphia: Lippincot.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. Third Edition*. California: SAGE Publications.
- Depkes RI. (2003). Prinsip-Prinsip Pengolahan Makanan. Jakarta.
- Depkes RI. (2005). Pedoman Umum Gizi Seimbang. www.gizi.net/pugs/index.shtml. Diakses pada tanggal 18 Februari 2012.
- Depkes RI. (2011). Hati-Hati Jangan Jajan Sembarangan. <http://www.gizikia.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 20 Februari 2012.
- Dharma, K. K. (2011). Metodologi Penelitian Keperawatan. Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. Jakarta: Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan Kota Palembang. (2008). Profil Kesehatan Kota Palembang. <http://dinkes.palembang.go.id/tampung/dokumen/dokumen-23-21.pdf>. Diakses pada tanggal 12 Januari 2012.
- _____ (2009). Profil Kesehatan Kota Palembang. <http://dinkes.palembang.go.id/tampung/dokumen/dokumen-35-37.pdf>. Diakses pada tanggal 12 Januari 2012.
- _____ (2010). Profil Kesehatan Kota Palembang. <http://dinkes.palembang.go.id/tampung/dokumen/dokumen-56-57.pdf>. Diakses pada tanggal 12 Januari 2012.
- Dwyer, J. T., Butte, N. F., Deming, D. M., Siega-Riz, A. M., Reidy, K. C. (2010). Feeding infants and toddlers study 2008: progress, continuing concerns and implications. *Journal of The American Dietetic Association*, 110, s60-s67.
- Eizenman, D. R. M, Guillain, B. L., Holub, S. C., Leporc, E. & Charles, M. A. (2008). Child and parent characteristics related to parental feeding practices: a cross cultural examination in the US and France. *Appetite*, 52, 89-95.
- Farrow, C. & Blisset, J. (2011). Stability and continuity of parentally reported child eating behaviours and feeding practices from 2 to 5 years of age. *Appetite*, 58, 151-156.

- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Person Education Inc.
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A. & Birch, L.L. (2006). Finish your soup. Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*, 46, 318-323.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. Fourth Edition*. New York: McGraw Hill Companies Inc.
- Green, L. W. & Rabinowitz, P. (2012). *Precede Proceed*. <http://ctb.ku.edu/>. Diakses pada tanggal 24 Februari 2012.
- Grodner, M., Long, S. & Walkingshaw, B. C. (2007). *Foundations and Clinical Applications of Nutrition: A Nursing Approach. Fourth edition*. St.Louis Missouri: Mosby Inc.
- Ostberg, M. & Hagelin, E. (2010). Feeding and sleeping problems in infancy-a follow up at earrly school age. *Blackwell Publishing Ltd*, 37, 11-25.
- Hastono, S. P. (2007). Analisis Data Kesehatan: *Basic Data Analysis for Health Research Training*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Helvie, C. O. (1998). *Advanced Practice Nursing in The Community*. United States of America. SAGE Publications.
- Hitchcock, J., Schubert, P. & Thomas, S. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. New York: Delmar Publishers.
- Horn, M. G., Galloway, A. T., Webb, R. M & Gagnon, S. G. (2011). The role of child temperament in parental child feeding practices and attitudes using a sibling design. *Appetite*, 57, 510-516.
- Judarwanto, W. (2004). Mengatasi Kesulitan Makan pada Anak. Jakarta: Puspa Swara.
- Kaakinen, J. R., Duff, V. G., Coehlo, D. P., Hanson, S.M.H. (2010). *Family Health Nursing: Theory, Practice and Research. 4th Edition*. Philadelphia: F.A. Dafiz Company.
- Karp, S. M. & Luttenbacher, M. (2010). The associations of psychosocial factors and infant feeding beliefs and practices of young, first time, low income mothers. *Comprehensive pediatric nursing*, 33, 268-287.
- Kementrian Kesehatan. (2006). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/MENKES/SK/IV/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas.

http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_kepmenkes/KMK%20No.%20279%20ttg%20Pedoman%20Penyelenggaraan%20Upaya%20Keperawatan%20Kesehatan%20Masyarakat%20di%20Puskesmas.pdf. Diakses pada tanggal 1 Juli 2012

Kemntrian Kesehatan. (2012). Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu.
<http://www.depkes.go.id/downloads/PP%20ASI.pdf>. Diakses pada tanggal 15 Juni 2012

Kemntrian Perencanaan Pembangunan Nasional. (2010). Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia 2010.
<http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2011/10/lap-pemb-milenium-ind-2010.pdf>. Diakses pada tanggal 21 Februari 2012.

Kime, N. (2009). How children eat may contribute to rising levels of obesity children's eating behaviours: an intergenerational study of family influences. *International Journal of Health Promotion & Education*, 47, 4-11.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Synder, S. (1995). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process & Practices. Fifth Edition*. Addison-Wesley Publishing Company.

Kosim, M.S., Yunanto, A., Dewi, R., Sarosa, G.I., & Usman, A. (2010). *Buku Ajar Neonatologi*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Kral, T.V. E. & Rauh, E. M. (2010). Eating behaviours of children in the context of their family environment. *Physiology and Behavior*, 100, 567-573.

Kroller, K. & Warschburger, P. (2009). Maternal feeding strategies and child's food intake: considering weight and demographic influences using structural equation modeling. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6:78.

Kurniasih, D., Hilmansyah, H., Astuti, M. P. & Imam, S. (2010). *Sehat dan Bugar Berkat Gizi Seimbang*. Jakarta: PT Gramedia.

Lowe, et al. (2004). Increasing children's fruit and vegetable consumption: a peer modelling and rewards-based intervention. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 1649-1660.

Mahan, K. & Stump, E. (2000). *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy. Tenth Edition*. Philadelphia: WB Saunders Company.

- Mascola, A. J., Bryson, S. W. & Agras, W. S. (2010). Picky eating during childhood: a longitudinal study age to 11 years. *Eating Behaviours*, 11, 253-257.
- Maurier, F. A. & Smith, C. M. (2005). *Community Health Nursing Practice: Health for Families and Populations. Third Edition*. Australia: Mosby.
- McMurray, A. (2003). *Community Health and Wellness a Socioecological Approach. Second Edition*. Australia: Mosby.
- Mennella, J. A., Nicklaus, S., Jagolino, A. L. & Yourshaw, L. M. (2008). Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiology Behavioral*, 94, 29-38.
- Minarto (2011). Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat (RAPGM) Tahun 2010-2014. <http://www.gizikia.depkes.go.id/archives/658>. Diakses pada tanggal 18 Februari 2012.
- Moore, M. C. (2009). *Nutritional Assesment and Care. Sixth Edition*. St. Louis, Missouri : Mosby.
- Musher – Eizenman, D. & Holub, S. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 960-972.
- Neiva, F. C. B., Cattoni, D. M., Ramos, J. L. A. & Issler, H. (2003). Early weaning: implications to oral motor development. *Journal of Pediatric*, 79, 7-12.
- Neuman, J. & Taylor, J. (1992). Effects of a mean-end contingency on young children's food preferences. *Journal of exp Child Psychology*, 64, 200-216.
- Neumark, S. D., Hannan, P. J., Story, M., Croll, J. & Perry, C. (2003). Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of America Diet Association*, 103, 317-322.
- Nies, M. A. & McEwen, M. (2001). *Community Health Nursing: Promoting The Health of Populations. Third Edition*. Philadelphia: Davis Company.
- Notoatmojo, S. (2010). *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, P. (2011). Dampak Buruk Bila Anak-Anak Makan Sambil Menonton Televisi. <http://forum.vivanews.com/kesehatan/97202-dampak-buruk-bila-anak-anak-makan-sambil-menonton-televisi.html>. Diakses pada tanggal 14 April 2012.

- Oliveria, S. A., Ellison, R. C., Moore, L. L., Gilman, M. W., Garrahe, E. J. & Singer, M. R. (1992). Parent- child relationships in nutrient intake: the framingham children's study. *American journal of clinical nutrition*, 56, 593-598.
- Orrell- Valente, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S. & Bates, J. E. (2007). Just three more bites. An observational analysis of parents socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*, 34, 37-45.
- Ostberg, M. & Hagelin, E. (2010). Feeding and sleeping problems in infancy- a follow-up at early school age. *Blackwell Publishing Ltd*, 37, 11-25.
- Pelto, G. H. & Backstrand, J. R. (2003). Interrelationships between power related and belief related factors determine nutrition in populations. *Journal of Nutrition*, 133, 297S-300S.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods. Seventh Edition*. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods. Fourth Edition*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. St. Louis: Mosby Year Book Inc.
- Powell, F. C., Farrow, C. V. & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57, 683-692.
- Profil Kesehatan Puskesmas Kenten. (2011). Palembang.
- Mahan, L. K. & Stump, S. E. (2000). *Food, Nutrition and Diet Therapy. 10th Edition*. Pennsylvania: WB Saunders Company.
- Rahayu dkk.(2011). *Keamanan Pangan: Peduli Kita Bersama*. Bogor: IPB Press.
- Rasni, H. (2008). *Pengalaman Keluarga Miskin dalam Pemenuhan Nutrisi pada Balita di Lingkungan Pelindu Kelurahan Karangrejo Kecamatan Sumbersari-Jember*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Rigal, N., Chabanet, C., Issanchou, S. & Patris, S. M. (2012). Links between maternal feeding practices and children's eating difficulties. *Appetite*, 58, 629-637.

- Russell, C. G. & Worsley, A. (2008). A population- based study of preschooler's food neophobia and its associations with food preferences. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 40, 11-19.
- Saifuddin, A.B., Adriaansz, G., Winkjosastro, G.H. & Waspodo, D. (2006). *Buku acuan nasional: Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Santos, et al. (2009). Maternal antropometry and feeding behaviour toward preschool children: association with childhood body mass index in an observational study of Chilean families. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6:93.
- Sarwono, B. K. (2011). Pengaruh Iklan terhadap perilaku Anak-Anak. <http://billysarwono.wordpress.com/2011/02/26/pengaruh-iklan-terhadap-perilaku-anak-anak/>. Diakses pada tanggal 19 April 2012.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2010). *Dasar-Dasar metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Savage, J.S., Fisher, J.O. & Birch, L. L. (2007). Parental Influence on Eating Behaviour: Conception to Adolescence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35, 22-34.
- Scaglioni, S., Salvioni, M. & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99, s22-s25.
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R. & Wolke, D. (2010). A prospective study on the persistence of infant crying, sleepun and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*, 99, 286-290.
- Schwartz, C., Scholtens, P. A. M . J., Lalanne, A., Weenen, H. & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life: review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57, 796-807.
- Shea, B. E. Berino, J. R. H. & Johnson, R. K. (2010). Watching television: how does it influence the dietary quality of children. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 35, 165-171.
- Singarimbun, M. & Effendi, S. (2011). *Metode Penelitian Survei (Rev. ed.)*. Jakarta: LP3ES.
- Sirikulchayanonta, C., Iedsee, K. & Shuaytong, P. (2010). Using food experience, multimedia and role models for promoting fruit and vegetable consumption in Bangkok kindergarten children. *Dietitians Association of Australia*, 67, 97-101.

- Sleedens, E. F. C., Kremers, S. P. J., Vries, N. K. D. & Thijs, C. (2009). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite*, 54, 30-36.
- Spurrier, N. J., Margarey, A. A., Golley, R., Curnow, F. & Sawner, M. G. (2008). Relationship between the home environment and physical activity and dietary patterns of preschool children: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 31.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing. Sixth Edition*. St. Louis: Mosby Inc.
- Sugiyono. (2011). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Supriasa, I. D. N., Bakri, B. & Fajar, I. (2001). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Y. (2004). *Buku Ajar Konsep Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Sulistyoningsih, H. (2011). *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Edisi Pertama. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sutherland, L.A., Beavers, D. P., Kupper, L.L., Bernhardt, A. M., Heatherton, T. & Dalton, M. A. (2008). Like parent, like child: child food and beverage choices during role playing. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 1063-1069.
- The Ontario Trillium Foundation. (2009). *Have a ball together! Raising Healthy Kids is Child's Play*. Ontario: Health Nexus Sante.
- Turnip, F. (2008). Pengaruh positive deviance pada ibu dari keluarga miskin terhadap sttatus gizi anak usia 12-24 bulan di Kecamatan Sidakalang Kabupaten Dairi.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6667/1/09E01328.pdf>.
Diakses pada tanggal 19 April 2012.
- UNICEF (1990). Challenges for Children and Women in The 1990s.
http://www.unicef.org/about/history/files/challenges_children_women_1990s.pdf. Diakses pada tanggal 18 Februari 2012.
- UNICEF (2010). Regional Analysis Report 2010.
http://www.unicef.org/about/annualreport/files/ROSA_AR_2010.pdf.
Diakses pada tanggal 18 Februari 2012.
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknik Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok.

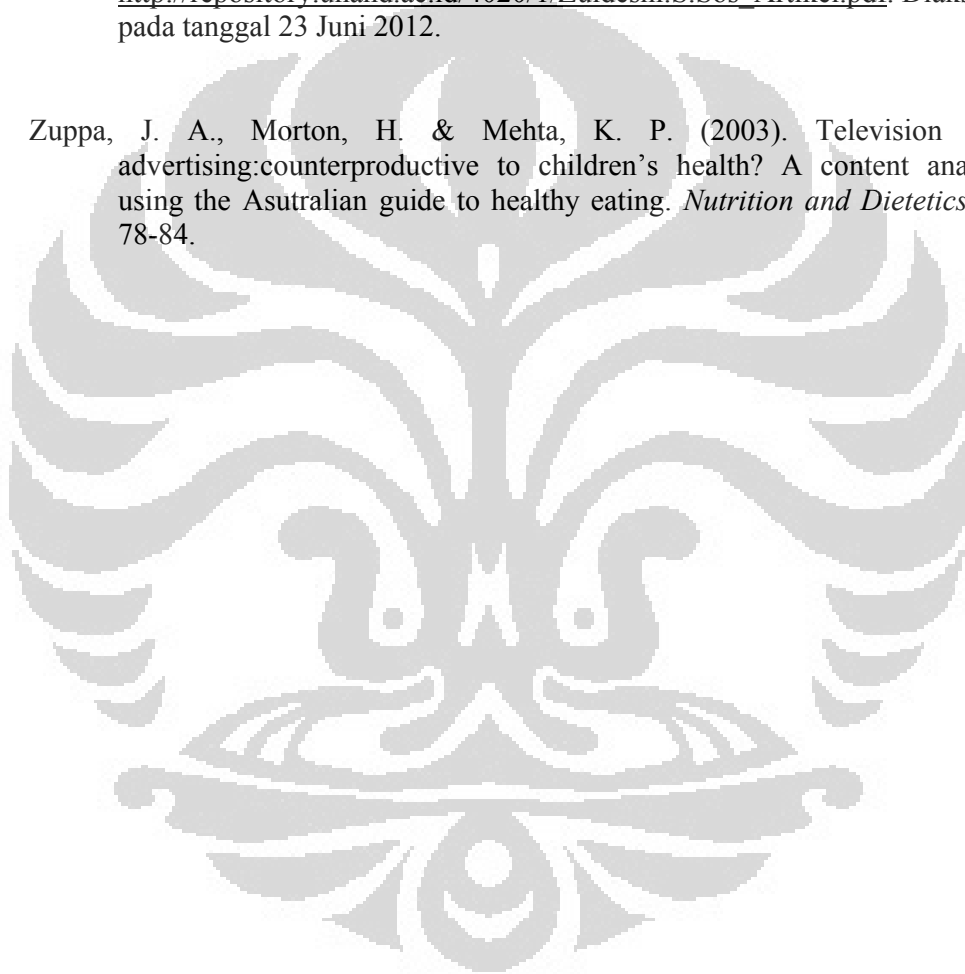
- USAID. (2002). Pemberian ASI eksklusif atau ASI saja: satu-satunya sumber cairan yang dibutuhkan bayi usia dini. (ASUH Program, Penerjemah). <http://www.linkagesproject.org/media/publications/ENA-References/Indonesia/Ref4.7%20.pdf>. Diakses pada tanggal 24 Februari 2012.
- Venter, C. & Harriss, G. (2009). The development of childhood dietary preferences and their implications for later adult health. *Nutrition Bulletin*, 34, 391-394.
- Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, e15.
- Vereecken, C., Rovner, A. & Maes, L. (2010). Associations of parenting styles, parental feeding practices and child characteristics with young children's fruit and vegetable consumption. *Appetite*, 55, 589-596.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S. & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 963-970.
- Waugh, R. B., Markham, L., Kreipe, R. E. & Walsh, B. T. (2010) Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98-111.
- Webb, K., Lahti, K. M., Rutishauser, I., Hector, D. J., Knezevic, N., Gill, T., et al. (2006). Consumption of extra foods (energy-dense, nutrient poor) among children aged 16-24 months from western Sydney, Australia. *Public Health Nutrition*, 9, 1035-1044.
- Whaley & Wong. (1995). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Volume 1. Jakarta: EGC.
- WHO. (1995). Field Trial WHOQOL. http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf. Diakses pada tanggal 9 April 2012.
- WHO (2010). Underweight in Children. http://www.who.int/gho/mdg/poverty_hunger/underweight_text/en/index.html. Diakses pada tanggal 18 Februari 2012.
- Widyastuti, P. (2005). *Epidemiologi Suatu Pengantar*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC.
- Wong, D. L., Hockenberry- Eaton, M., Wilson, D., & Schwartz, P. (2009). Wong: Buku Ajar keperawatan Pediatrik. Edisi 6. Jakarta: EGC.

Wright, M., Parkinson, K. N., Shipton, D. & Drewett, R. F. (2007). How do toddler eating problems relate to their eating behaviour, food preferences and growth?. *Journal of The American Academy of Pediatrics*, 120, e1069.

Zolten, K. & Long, N. (2006). Sibling Rivalry Among Older Children. Centre for Effective Parenting. <http://www.parenting-ed.org>. Diakses pada tanggal 2 Maret 2012.

Zuldesni. (2010). *Positive deviance: penyimpangan positif sebagai model dalam mengatasi masalah gizi buruk*. http://repository.unand.ac.id/4020/1/Zuldesni.S.Sos_Artikel.pdf. Diakses pada tanggal 23 Juni 2012.

Zuppa, J. A., Morton, H. & Mehta, K. P. (2003). Television food advertising: counterproductive to children's health? A content analysis using the Australian guide to healthy eating. *Nutrition and Dietetics*, 60, 78-84.



**Jadwal Penelitian Hubungan Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga dengan Kejadian Sulit Makan
Pada Populasi Balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang Tahun 2012**

Kegiatan Penelitian	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Penyusunan proposal																							
Ujian Proposal																							
Pengurusan izin penelitian																							
Uji validitas dan reliabilitas																							
Pengumpulan data																							
Analisa data																							
Ujian hasil																							
Sidang tesis dan revisi																							
Pengumpulan laporan penelitian																							

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

Variabel Perancu

1. Karakteristik Anak

Variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
		(+)	(-)
Usia anak	Usia anak : tahun	-	-
Jenis kelamin anak	1. Laki-laki 2. Perempuan	-	-

2. Karakteristik Keluarga

Variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
		(+)	(-)
Usia	Usia ibu : tahun	-	-
Tingkat pendidikan ibu	() Tidak sekolah () SD () SMP () SMA () PT	-	-
Pendapatan keluarga	() < Rp1.195.200 () ≥ Rp1.195.200	-	-

Variabel Independen

Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga

Variabel	Sub variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
			(+)	(-)
Kontrol makanan	Tekanan	Saya memperbolehkan anak berhenti makan, saat anak mengatakan sudah kenyang atau menggelengkan kepala	√	
		Saya membentak anak untuk makan, jika anak berulang kali menolak makan		√
		Saya memaksa anak untuk membuka mulutnya, jika tidak mau makan		√
		Saya berkata halus pada anak untuk menyuruhnya makan	√	
		Saya mencoba merayu, jika anak makan dalam jumlah sedikit	√	
		Saya memaksa anak untuk menghabiskan makanan yang ada dipiringnya		√
		Saya mencubit anak, jika tidak menghabiskan makanannya		√

Variabel	Sub variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
			(+)	(-)
		Saya menanyakan alasan anak tidak menghabiskan makanannya	√	
		Saya menyuruh anak untuk makan dengan cepat		√
	Reward	Saya menjanjikan makanan manis seperti permen, es krim, kue dan lain-lain pada anak, sebagai hadiah jika anak melakukan hal baik		√
		Saya menjanjikan jalan-jalan ke tempat bermain jika anak menghabiskan makanannya		√
		Saya memberikan pujian pada anak jika ia menghabiskan makanannya	√	
		Saya memberikan hadiah pada anak jika ia menghabiskan makanan utama		√
		Saya memberikan pelukan pada anak jika ia menghabiskan makanan utama	√	
		Saya memberikan ciuman pada anak jika ia menghabiskan makanan utama	√	
	Pembatasan	Saya membiarkan anak mengkonsumsi makanan jajanan yang disukainya		√
		Saya membiarkan anak makan makanan apapun yang ia inginkan		√
		Saya melarang anak makan makanan selingan, saat mendekati waktu makan	√	
		Saya memberikan makanan kesukaan anak, setiap anak memintanya		√
		Saya melarang anak makan makanan yang disukainya		√
	Model peran	Saya memberikan contoh pada anak dengan mengkonsumsi makanan sehat	√	
		Saya makan nasi dihadapan anak		
Saya mengkonsumsi sayuran dihadapan anak		√		
Saya makan buah dihadapan anak		√		
Saya makan lauk pauk dihadapan anak		√		
Saya minum susu dihadapan anak		√		
Saya mengkonsumsi makanan cepat saji dihadapan anak			√	
Saya mencoba menunjukkan semangat untuk mengkonsumsi makanan sehat		√		
Saya menunjukkan pada anak betapa saya sangat menikmati makan makanan sehat	√			

Variabel	Sub variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
			(+)	(-)
		Saya makan makanan instan dihadapan anak		√
		Saya menghindari makan makanan instan di hadapan anak	√	
Keterlibatan anak		Saya melibatkan anak dalam merencanakan menu makanan	√	
		Saya memilih sendiri menu makanan utama yang akan dimasak		√
		Saya memberi kesempatan pada anak memilih bahan makanan yang akan dimasak	√	
		Saya melarang anak membantu menyiapkan bahan makanan yang akan dimasak		√
		Saya membiarkan anak memotong sayuran sambil mengawasinya	√	
		Saya mengajak anak untuk memasak bersama	√	
		Saya melarang anak ikut serta dalam aktivitas memasak dengan alasan berbahaya		√
		Saya melarang anak ikut serta dalam aktivitas memasak karena dapat memperlambat		√
		Saya melarang anak ikut serta dalam aktivitas memasak karena merepotkan		√
		Saya mengajak anak belanja bahan makanan yang akan dimasak	√	
		Saya marah jika anak menghambur-hamburkan bahan makanan yang akan dimasak		√
		Saya melarang anak menyiapkan peralatan makannya sendiri		√
		Saya mengajak anak membuat makanan menjadi bentuk-bentuk yang menarik	√	
		Saya mengajak anak membuat makanan dengan susunan warna yang menarik	√	
	Saya menata makanan sesuai selera saya sendiri		√	
Edukasi makanan		Saya memperkenalkan nama bahan makanan yang akan dimasak	√	
		Saya memberi tahu anak tentang makanan yang sehat	√	

Variabel	Sub variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
			(+)	(-)
Penyediaan makanan		Saya memberi tahu anak tentang makanan yang tidak sehat	√	
		Saya memberi tahu anak tentang kandungan gizi dari makanan yang ia makan	√	
		Saya memberi tahu anak tentang manfaat konsumsi makanan sehat	√	
		Saya memberi tahu anak tentang bahaya konsumsi makanan tidak sehat	√	
		Saya menyuruh anak makan makanan tertentu, tanpa memberikan penjelasan		√
		Saya melarang anak makan makanan tertentu, tanpa memberikan penjelasan		√
		Saya melarang anak makan makanan instan dengan memberitahu bahayanya	√	
		Saya menyuruh anak makan sayur dengan memberitahu manfaatnya	√	
		Saya menyuruh anak makan lauk dengan menjelaskan manfaatnya	√	
		Saya hanya menyiapkan makanan yang disukai anak		√
		Saya memberikan makanan instan pada anak		√
		Saya memberikan makanan instan /jajanan seperti mie, nuget, sosis karena tidak mempunyai cukup waktu untuk memasak		√
		Saya memberikan makanan instan/ jajanan karena malas memasak		√
		Saya memberikan makanan instan/ jajanan karena tidak pandai memasak		√
		Saya membeli lauk yang sudah matang untuk anak		√
		Saya menyiapkan banyak makanan instan (mie instan, makanan ringan, makanan kaleng) di rumah		√
		Saya menyediakan makanan manis (permen, kue, es krim) di rumah		√
		Saya memasak sayur setiap hari	√	
		Saya membuat sendiri makanan selingan untuk anak	√	
		Saya menambahkan penyedap rasa pada makanan anak agar anak menyukainya		√
	Saya menambahkan garam pada		√	

Variabel	Sub variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable		
			(+)	(-)	
		makanan anak sampai rasa makanan terasa gurih			
		Saya memasak makanan bagi anak dengan rasa sesuai selera seluruh anggota keluarga		√	
		Saya membuat makanan menjadi bentuk yang menarik bagi anak	√		
		Saya menggunakan alat makan dengan warna mencolok bagi anak	√		
		Saya menggunakan alat makan dengan bentuk menarik bagi anak	√		
Pengenalan MP-ASI.	ASI	Saya memberikan ASI saja selama 6 bulan	√		
		Saya menyusui bayi sampai bayi merasa kenyang	√		
		Saya membuat jadwal menyusui bayi		√	
	Waktu Pengenalan MP-ASI	Jika bayi usia kurang 6 bulan menangis setelah disusui, saya memberikan makanan lain supaya ia diam		√	
		Saya memberikan bubur susu sebelum anak berusia 6 bulan		√	
		Saya memberikan biskuit sebelum anak berusia 6 bulan		√	
		Saya memberikan pisang setelah anak berusia 6 bulan	√		
		Saya memberikan susu formula sebelum anak berusia 6 bulan		√	
		Saya memberikan air putih sebelum anak berusia 6 bulan		√	
		Saya memberikan bubur saring dengan sayuran sebelum anak berusia 6 bulan		√	
		Saya memberikan bubur susu sampai anak berusia 9 bulan		√	
		Saya memberikan bubur saring sampai anak berusia 10 bulan		√	
		Saya memberikan menu keluarga saat anak berusia 1 tahun	√		
		Pemberian MP_ASI berulang (<i>exposure</i>)	Saya mengganti menu makanan anak setiap hari		√
			Saya memberikan menu makanan yang sama pada anak selama 3 hari berturut-turut	√	
Jika anak menolak suatu makanan, saya akan mencoba memberikannya lagi pada jam makan berikutnya	√				

Variabel	Sub variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
			(+)	(-)
		Jika anak masih menolak makanan setelah 2 kali pemberian, saya akan tetap mencoba memberikannya lagi pada keesokan harinya	√	

Variabel Dependen

Kejadian Sulit Makan pada Anak Balita

Variabel	Pertanyaan/ pernyataan	Favourable	
		(+)	(-)
	Anak saya menepis makanan utama yang saya berikan		√
	Anak saya menggelengkan kepala, saat saya memberikan makanan utama		√
	Anak saya memuntahkan makanan utama yang saya berikan		√
	Anak saya bermain-mainkan makanan utama yang saya berikan		√
	Anak saya menutup mulut rapat-rapat, saat saya memberikan makanan utama		√
	Anak saya membuang makanan utama yang saya berikan		√
	Anak saya mengatakan “tidak mau” ,saat saya memberikan makanan utama		√
	Anak saya menghabiskan makanan dalam waktu lama (lebih dari 30 menit)		√
	Anak saya tidak tertarik mencoba makanan baru		√
	Anak saya menyukai makanan tertentu saja		√



**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Nomor Responden :(Tidak diisi)

Alamat Responden : RT..... RW..... Kelurahan Kuto Batu

**KUESIONER A
KARAKTERISTIK ANAK DAN KELUARGA**

Petunjuk pengisian:

Isilah titik-titik dibawah ini dan berilah tanda conteng (√) pada pilihan yang tersedia.

1. Usia anak : tahun
2. Jenis kelamin anak : Laki-laki
 Perempuan
3. Usia Ibu : tahun
4. Tingkat pendidikan ibu : Tidak Sekolah SMA
 SD Perguruan
Tinggi
 SMP
5. Pendapatan keluarga : Dibawah Rp1.195.200,-
 Rp1.195.200,- atau lebih

KUESIONER B
PRAKTIK PEMBERIAN MAKAN DALAM KELUARGA

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda centeng (√) pada kolom jawaban yang tersedia, sesuai kebiasaan yang Saudara lakukan dalam memberikan makanan pada anak balita.

CATATAN: **Menu utama** adalah makanan yang terdiri dari nasi, lauk dan sayuran.

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Saya memperbolehkan anak berhenti makan, saat anak mengatakan sudah kenyang atau menggelengkan kepala				
2	Saya membentak anak untuk makan, jika anak berulang kali menolak makan				
3	Saya memaksa anak untuk membuka mulutnya, jika tidak mau makan				
4	Saya berkata halus pada anak untuk menyuruhnya makan				
5	Saya mencoba merayu, jika anak makan dalam jumlah sedikit				
6	Saya memaksa anak untuk menghabiskan makanan yang ada dipiringnya				
7	Saya mencubit anak, jika tidak menghabiskan makanannya				
8	Saya menanyakan alasan anak tidak menghabiskan makanannya				
9	Saya menyuruh anak untuk makan dengan cepat				
10	Saya menjanjikan makanan manis seperti permen, es krim, kue dan lain-lain pada anak, sebagai hadiah jika anak melakukan hal baik				
11	Saya menjanjikan jalan-jalan ke tempat bermain jika anak menghabiskan makanannya				
12	Saya memberikan pujian pada anak jika ia menghabiskan makanannya				
13	Saya memberikan hadiah pada anak jika ia menghabiskan makanan utama				
14	Saya memberikan pelukan pada anak jika ia menghabiskan makanan utama				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
15	Saya memberikan ciuman pada anak jika ia menghabiskan makanan utama				
16	Saya membiarkan anak mengkonsumsi makanan jajanan yang disukainya				
17	Saya membiarkan anak makan makanan apapun yang ia inginkan				
18	Saya melarang anak makan makanan selingan, saat mendekati waktu makan				
19	Saya memberikan makanan kesukaan anak, setiap anak memintanya				
20	Saya melarang anak makan makanan yang disukainya				
21	Saya memberikan contoh pada anak dengan mengkonsumsi makanan sehat				
22	Saya makan nasi di hadapan anak				
23	Saya mengkonsumsi sayuran dihadapan anak				
24	Saya makan buah di hadapan anak				
25	Saya makan lauk pauk di hadapan anak				
26	Saya minum susu di hadapan anak				
27	Saya mengkonsumsi makanan cepat saji dihadapan anak				
28	Saya mencoba menunjukkan semangat untuk mengkonsumsi makanan sehat				
29	Saya menunjukkan pada anak betapa saya sangat menikmati makan makanan sehat				
30	Saya makan makanan instan dihadapan anak				
31	Saya menghindari makan makanan instan di hadapan anak				
32	Saya melibatkan anak dalam merencanakan menu makanan				
33	Saya memilih sendiri menu makanan utama yang akan dimasak				
34	Saya memberi kesempatan pada anak memilih bahan makanan yang akan dimasak				
35	Saya melarang anak membantu menyiapkan bahan makanan yang akan dimasak				
36	Saya membiarkan anak memotong sayuran sambil mengawasinya				
37	Saya mengajak anak untuk memasak				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
	bersama				
38	Saya melarang anak ikut serta dalam aktivitas memasak dengan alasan berbahaya				
39	Saya melarang anak ikut serta dalam aktivitas memasak karena dapat memperlambat				
40	Saya melarang anak ikut serta dalam aktivitas memasak karena merepotkan				
41	Saya mengajak anak belanja bahan makanan yang akan dimasak				
42	Saya marah jika anak menghambur-hamburkan bahan makanan yang akan dimasak				
43	Saya melarang anak menyiapkan peralatan makannya sendiri				
44	Saya mengajak anak membuat makanan menjadi bentuk-bentuk yang menarik				
45	Saya mengajak anak membuat makanan dengan susunan warna yang menarik				
46	Saya menata makanan sesuai selera saya sendiri				
47	Saya memperkenalkan nama bahan makanan yang akan dimasak				
48	Saya memberi tahu anak tentang makanan yang sehat				
49	Saya memberi tahu anak tentang makanan yang tidak sehat				
50	Saya memberi tahu anak tentang kandungan gizi dari makanan yang ia makan				
51	Saya memberi tahu anak tentang manfaat konsumsi makanan sehat				
52	Saya memberi tahu anak tentang bahaya konsumsi makanan tidak sehat				
53	Saya menyuruh anak makan makanan tertentu, tanpa memberikan penjelasan				
54	Saya melarang anak makan makanan tertentu, tanpa memberikan penjelasan				
55	Saya melarang anak makan makanan instan dengan memberitahu bahayanya				
56	Saya menyuruh anak makan sayur dengan memberitahu manfaatnya				
57	Saya menyuruh anak makan lauk dengan menjelaskan manfaatnya				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
58	Saya hanya menyiapkan makanan yang disukai anak				
59	Saya memberikan makanan instan pada anak				
60	Saya memberikan makanan instan /jajanan seperti mie, nuget, sosis karena tidak mempunyai cukup waktu untuk memasak				
61	Saya memberikan makanan instan/ jajanan karena malas memasak				
62	Saya memberikan makanan instan/ jajanan karena tidak pandai memasak				
63	Saya membeli lauk yang sudah matang untuk anak				
64	Saya menyiapkan banyak makanan instan (mie instan, makanan ringan, makanan kaleng) di rumah				
65	Saya menyediakan makanan manis (permen, kue, es krim) di rumah				
66	Saya memasak sayur setiap hari				
67	Saya membuat sendiri makanan selingan untuk anak				
68	Saya menambahkan penyedap rasa pada makanan anak agar anak menyukainya				
69	Saya menambahkan garam pada makanan anak sampai rasa makanan terasa gurih				
70	Saya memasak makanan bagi anak dengan rasa sesuai selera seluruh anggota keluarga				
71	Saya membuat makanan menjadi bentuk yang menarik bagi anak				
72	Saya menggunakan alat makan dengan warna mencolok bagi anak				
73	Saya menggunakan alat makan dengan bentuk menarik bagi anak				
74	Saya memberikan ASI saja selama 6 bulan				
75	Saya menyusui bayi sampai bayi merasa kenyang				
76	Saya membuat jadwal menyusui bayi				
77	Jika bayi usia kurang 6 bulan menangis setelah disusui, saya memberikan makanan lain supaya ia diam				
78	Saya memberikan bubur susu sebelum anak berusia 6 bulan				
79	Saya memberikan biskuit sebelum anak berusia 6 bulan				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
80	Saya memberikan pisang setelah anak berusia 6 bulan				
81	Saya memberikan susu formula sebelum anak berusia 6 bulan				
82	Saya memberikan air putih sebelum anak berusia 6 bulan				
83	Saya memberikan bubur saring dengan sayuran sebelum anak berusia 6 bulan				
84	Saya memberikan bubur susu sampai anak berusia 9 bulan				
85	Saya memberikan bubur saring sampai anak berusia 10 bulan				
86	Saya memberikan menu keluarga saat anak berusia 1 tahun				
87	Saya mengganti menu makanan anak setiap hari				
88	Saya memberikan menu makanan yang sama pada anak selama 3 hari berturut - turut				
89	Jika anak menolak suatu makanan, saya akan mencoba memberikannya lagi pada jam makan berikutnya				
90	Jika anak masih menolak makanan setelah 2 kali pemberian, saya akan tetap mencoba memberikannya lagi pada keesokan harinya				

KUESIONER C
PERILAKU MAKAN ANAK

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda centang (√) pada kolom jawaban yang tersedia, sesuai dengan kebiasaan anak balita anda ketika sedang makan.

CATATAN: **Menu utama** adalah makanan yang terdiri dari nasi, lauk dan sayuran.

No	Perilaku	Ya	Tidak
1	Anak saya menepis makanan utama yang saya berikan		
2	Anak saya menggelengkan kepala, saat saya memberikan makanan utama		
3	Anak saya memuntahkan makanan utama yang saya berikan		
4	Anak saya bermain-mainkan makanan utama yang saya berikan		
5	Anak saya menutup mulut rapat-rapat, saat saya memberikan makanan utama		
6	Anak saya membuang makanan utama yang saya berikan		
7	Anak saya mengatakan “tidak mau” ,saat saya memberikan makanan utama		
8	Anak saya menghabiskan makanan dalam waktu lama (lebih dari 30 menit)		
9	Anak saya tidak tertarik mencoba makanan baru		
10	Anak saya menyukai makanan tertentu saja		

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.
Calon Responden
di.....

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah :

Nama : Putri Widita Muharyani

NPM : 1006801001

Status : Mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas Indonesia

No. HP : 08159934094

Bermaksud melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Praktik Pemberian Makan dalam Keluarga dengan Kejadian Sulit Makan pada Populasi Balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang”** dengan bimbingan Wiwin Wiarsih, MN dan Widyatuti, M.Kep., Sp.Kom. Pada kesempatan ini, saya ingin menjelaskan bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan praktik pemberian makan dalam keluarga dengan kejadian sulit makan pada balita di Kelurahan Kuto Batu Kota Palembang. Prosedur penelitian ini adalah menjawab pertanyaan pada kuesioner yang meliputi usia anak dan jenis kelamin anak, usia dan tingkat pendidikan ibu, penghasilan keluarga, praktik pemberian makan dalam keluarga dan perilaku makan pada anak. Penelitian ini dapat menimbulkan resiko kelelahan dalam pengisian kuesioner. Namun, peneliti akan memberikan kesempatan pada responden untuk istirahat sejenak, jika hal tersebut terjadi. Hasil penelitian ini memberikan manfaat bagi masyarakat yaitu sebagai sumber informasi dalam mencegah sulit makan pada anak.

Peneliti menjamin kerahasiaan semua informasi yang diberikan dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karenanya, peneliti menawarkan partisipasi Saudara dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner tentang

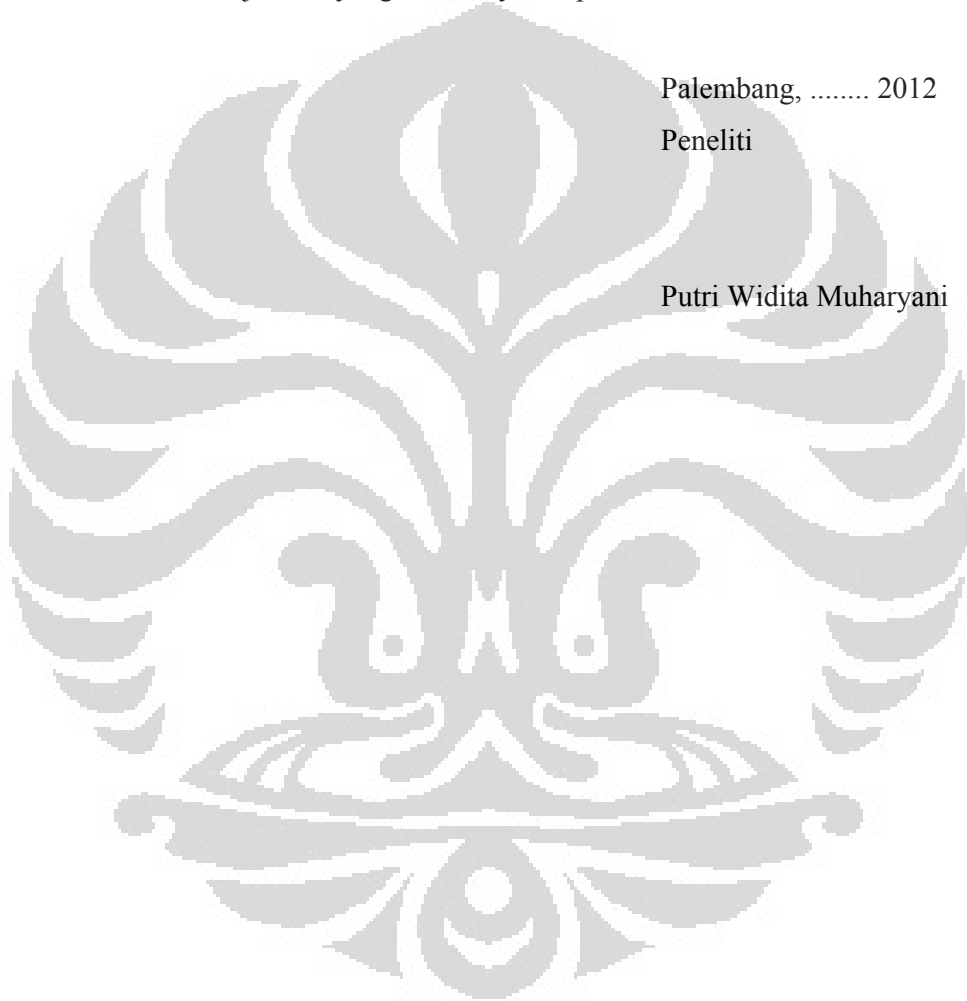
masalah sulit makan pada anak balita. Apabila Saudara menyetujui, maka peneliti memohon kerjasama dalam proses penelitian dan kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan partisipasi sebagai peserta.

Demikian informasi terkait penelitian ini. Apabila terdapat hal yang kurang jelas, Anda dapat menghubungi saya ke nomor telepon yang tertera di atas. Atas kesediaan dan kerjasama yang baik, Saya ucapkan terimakasih.

Palembang, 2012

Peneliti

Putri Widita Muharyani



LEMBAR PERSETUJUAN PARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Selaku orang tua dari:

Nama :

Usia :

Menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami lembar penjelasan penelitian. Dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun, saya bersedia menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Palembang, 2012

Peneliti

Yang Menyatakan

Putri Widita Maharyani

(.....)