Kode/Nama Rumpun Ilmu: 354 / Ilmu Gizi

LAPORAN PENELITIAN CALON DOSEN
BANTUAN OPERASIONAL PERGURUAN TINGGI NEGERI

PREVALENSI *PICKY EATER* PADA ANAK USIA PRASEKOLAH DI KOTA MALANG DAN HUBUNGANNYA DENGAN STATUS GIZI DAN ASUPAN MAKAN

Ketua / Anggota Tim

CARISSA CERDASARI, S.Gz., MPH NIP. 198412122008122003

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG
JURUSAN GIZI
MALANG
2017

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Penelitian Calon Dosen
Dengan Judul

***PREVALENSI PICKY EATER* PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH DI KOTA MALANG DAN HUBUNGANNYA DENGAN STATUS GIZI DAN ASUPAN MAKAN**

Telah Disetujui Dan Disahkan Pada Tanggal 27 Nopember 2017

Peneliti Utama
CARRISSA CERDASARI, MPH.

Mengetahui,	Menyetujui,
Direktur	Ketua Tim Pakar Risbinakes
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang	Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
BUDI SUSATIA, S.Kp., M.Kes	**Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)**
NIP. 19650318 198803 1 002	**NIP. 19661225 198903 1 004**

INTISARI

Latar Belakang: *Picky eater*, dapat menyebabkan asupan makan defisit sehingga dapat berpengaruh pada status gizi terutama pada berat badan yang kurang (*underweight*). Efek lebih lanjut dari *underweight* adalah berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan, baik fisik maupun kognitif yang lebih lanjut dapat pula berdampak pada tingkat morbiditas dan mortalitas.

Tujuan Penelitian: bertujuan mengetahui prevalensi *picky eater* pada anak usia pra sekolah di Kota Malang dan menganalisis hubungannya dengan status gizi dan asupan makan.

Metode Penelitian: Pada penelitian *cross-sectional* ini ibu (n=139) dari anak usia 3-5 tahun direkrut dari 12 posyandu di Puskesmas Janti Kota Malang, antara bulan Oktober-November 2017 menggunakan teknik *purposive sampling*. Pada penelitian ini wawancara dilakukan untuk menentukan anak ke dalam kategori *picky eater* dan bukan *picky eater* berdasarkan *Children's Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ). Selain itu, dilakukan pula pengukuran antropometri tinggi badan dan berat badan, untuk menentukan status gizi anak. Asupan makan anak (energi, protein, dan seng) dikumpulkan melalui wawancara menggunakan form *food recall* 3x24 jam. Data yang telah terkumpul kemudian dianalisis untuk melihat prevalensi *picky eater* berdasarkan CEBQ, serta dianalisis pula hubungan antara dua variabel. Hubungan anatara *picky eater* dengan status gizi diuji menggunakan Uji *Kolmogorov-Smirnov*, sedangkan hubungan *picky eater* dengan asupan makan diuji menggunakan Uji *Mann-Whitney*.

Hasil Penelitian: Proporsi anak *picky eater* adalah 12,2%. Anak yang memiliki gizi buruk 1,4%, anak pendek 8,6%, anak sangat pendek 3,6%, dan anak kurus 5,8%. Tidak terdapat hubungan antara status *picky eater* dengan status gizi dan asupan makan ($p<0,05$).

Kesimpulan: Anak *picky eater* dapat saja masih memiliki status gizi yang baik, kemungkinan karena keadaan *picky eater* belum berlangsung lama. Sedangkan asupan yang cukup pada anak *picky eater* kemungkinan dikarenakan adanya kompensasi konsumsi makanan selain makan utama yang dapat memenuhi kebutuhan gizi.

Kata Kunci: *picky eater, anak 3-5 tahun, status gizi, asupan gizi*

ABSTRACT

Background: Picky eater, can cause deficit nutrition intake that can affect the nutritional status (become underweight). The further effect of underweight is its influence on growth and development, both physically and cognitively which may further have an impact on morbidity and mortality rates.

Objective: This study aimed to find out the prevalence of picky eater in pre school age children in Malang and analyze its relation with nutritional status and food intake.

Methods: In this cross-sectional study, mothers (n = 139) of children aged 3-5 years were recruited from 12 integrated health care centers in Janti Malang, between October-November 2017 using purposive sampling technique. In this study, the interview was conducted to determine the child into the category of picky eater and non picky eater based on Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ). In addition, anthropometric measurements of height and weight were taken to determine the nutritional status of children. Children's food intake (energy, protein, and zinc) were collected through interviews using a 3x24 hour food recall form. The collected data was then analyzed to see the prevalence of picky eater based on CEBQ questionnaire, and also analyzed the relationship between two variables. The association of picky eater with nutritional status was tested using Kolmogorov-Smirnov Test, while the picky eater relationship with intake of food was tested using Mann-Whitney Test.

Results: The proportion of picky eater children is 12.2%. Children with severe malnutrition is 1.4%, 8.6% short children, 3.6% very short children, and 5.8% thin children. There was no relationship between the status of picky eater with nutritional status and food intake ($p < 0.05$).

Conclusion: Picky eater children may still have good nutritional status, possibly because the state of the picky eater has not lasted long. While adequate intake in picky eater children is likely due to the compensation of food consumption in addition to main meals that can meet nutritional needs.

Keywords: *picky eater, children 3-5 years old, nutitional status, nutrition intake*

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Laporan Penelitian Calon Dosen Tahun 2017 dengan judul "**Prevalensi *Picky Eater* pada Usia Pra Sekolah di Kota Malang dan Hubungannya dengan Status Gizi dan Asupan Makan**" dapat diselesaikan.

Penyusunan Laporan Penelitian ini tidak terlepas dari dukungan, bantuan, bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada yang terhormat:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan izin dan dukungan dana untuk melakukan penelitian.
2. Ketua Jurusan Gizi dan Ketua Program Studi Diploma III Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan dorongan, dukungan, dan kesempatan untuk melakukan penelitian.
3. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan penelitian tahap I ini.

Penulis menyadari bahwa laporan penelitian ini masih memiliki kelemahan, sehingga masukan dan saran sangat diharapkan demi penyempurnaan laporan penelitian ini. Segala kebenaran hanya dari Allah SWT dan hanya kepada Allah SWT peneliti berserah diri. Amin.

Malang, 16 Desember 2017

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PENGESAHAN ii
INTISARI iii
ABSTRACT iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
DAFTAR GAMBAR viii
DAFTAR TABEL ix
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 2
C. Tujuan Penelitian 2
D. Target Luaran 3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 4
A. *Picky Eater* 4
B. Status Gizi 8
C. Kerangka Teori 13
D. Kerangka Pikir Penelitian 14
E. Hipotesis 14
BAB III METODE PENELITIAN 15
A. Jenis dan Disain Penelitian 15
B. Tempat dan Waktu Penelitian 15
C. Populasi dan Sampel 15
D. Variabel Penelitian 16
E. Definisi Operasional Variabel 16
F. Alur Penelitian 18
G. Instrumen Penelitian 19
H. Teknik Pengumpulan Data 20
I. Cara Analisis 21
J. Etika Penelitian 21
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 22

A. Gambaran Pengambilan Data 22
B. Karakteristik Subjek Penelitian 22
C. Gambaran Prevalensi *Picky Eater* pada Anak Usia Prasekolah di Kota Malang ... 24
D. Gambaran Status Gizi Anak Usia Prasekolah di Kota Malang 25
E. Gambaran Asupan Makan Anak Usia Prasekolah di Kota Malang 26
F. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi 27
G. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Asupan Makan 28
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 29
A. Kesimpulan 29
B. Saran 29
DAFTAR PUSTAKA 29
LAMPIRAN 33

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Sebuah Model Umur Potensial untuk Tingkat *Neophobia* Makanan pada Manusia 5
Gambar 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi 12
Gambar 3. Kerangka Teori Modifikasi Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Picky Eater* dan Hubungannya dengan Asupan Makan dan Status Gizi 13
Gambar 4. Kerangka Pikir Penelitian 14
Gambar 5. Diagram Alur Jalannya Penelitian 19
Gambar 6. Diagram Alir Pengambilan Data 22

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi Status Gizi Anak Bawah Lima Tahun (Balita) 10
Tabel 2. Karakteristik Umum Ibu dan Keluarga 23
Tabel 3. Karakteristik Anak Berdasarkan Perilaku Makan 24
Tabel 4. Karakteristik Anak dalam Memenuhi Kriteria *Picky Eater* 24
Tabel 5. Status *Picky Eater* berdasarkan Persepsi Ibu 25
Tabel 6. Gambaran Status Gizi pada Anak Prasekolah di Kota Malang 25
Tabel 7. Gambaran Asupan Energi, Protein, dan Seng 26
Tabel 8. Tingkat Konsumsi Energi, Protein, dan Seng Anak Prasekolah 26
Tabel 9. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi Indeks BB/U 27
Tabel 10. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi Indeks TB/U 27
Tabel 11. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi Indeks BB/TB 27
Tabel 12. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Asupan Makan 28

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Usia pra sekolah merupakan usia saat anak belajar meningkatkan keterampilan makannya. Anak mulai belajar menikmati makanan baru, dan kemandirian saat proses makan pun mulai terbangun. Meskipun demikian, proses perkembangan ini tidak selalu berjalan dengan lancar (Wooldridge, 2011). Pada prakteknya, pemberian makan pada anak seringkali tidak semudah yang dibanyangkan (Lubis, 2005). Permasalahan yang sering dikeluhkan ibu atau pengasuh pada anak usia ini adalah adanya penurunan nafsu makan dan ketertarikan pada makanan apabila dibandingkan dengan saat masa bayi (Wooldridge, 2011).

Penelitian Kusuma, Bintanah, dan Handarsari (2016) menunjukkan bahwa terdapat berbagai perilaku makan anak yang menyimpang yang menyulitkan ibu dan pengasuh dalam memberikan makan pada anak. Pada penelitian tersebut ditemukan 29% anak yang selalu menolak makanan dan minuman yang diberikan, 16% anak memuntahkan atau menyemburkan makanan yang masuk, 32% anak membuka mulut dengan paksaan, 32% hanya ingin makan makanan tertentu dan 32% tampak tidak menikmati makan.

Berbagai penelitian juga telah menunjukkan prevalensi *picky eater* atau anak pemilih makan yang cukup besar. Prevalensi *picky eater* pada anak ditemukan bervariasi antara 5,6 - > 50%, tergantung dari metode pengukuran yang digunakan (Tharner et al., 2014) mengingat belum adanya standar baku pengukuran *picky eater* di masyarakat. Dengan pengukuran yang sama, prevalensi anak *picky eater* di Belanda sebesar 5,6% (Tharner et al., 2014), dan di Yogyakarta, Indonesia sebesar 2,13% (Cerdasari, 2015). Sedangkan dengan cara pengukuran yang lain, di Banjarbaru ditemukan anak yang mengalami sulit makan sebesar 23,9%, yang 45,5% diantaranya adalah *picky eater* (Imawati, 2010), sedangkan penelitian Kusuma, Bintanah, dan Handarsari (2016) di Semarang menemukan sebesar 60,3% balita adalah *picky eater*.

Adanya kesulitan makan seperti ini berpotensi menyebabkan anak tidak mendapatkan asupan zat gizi yang sesuai dengan kebutuhannya (Ekstein,

Laniado, & Glick, 2010). Bahkan kesulitan makan yang demikian menyebabkan sebesar 45,6% tingkat konsumsi energi anak berada pada kategori defisit, dan ditemukan pula perbedaan tingkat kecukupan energi dan protein pada balita pemilih makan dengan balita bukan pemilih makan (Kusuma et al., 2016). Apabila kekurangan energi dan protein ini berlanjut dalam jangka waktu yang lama, anak akan terancam status gizinya menjadi *underweight* (Dubois *et al.*, 2007) yang pada gilirannya nanti dapat mempengaruhi tingkat kecerdasan, kerentanan terhadap infeksi, serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Ekstein *et al*., 2010).

Berdasarkan latar belakang di atas dan masih terbatasnya penelitian mengenai *picky eater* terutama di Kota Malang, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait kejadian *picky eater* pada balita dengan membandingkan 2 metode pengukuran guna memperoleh prevalensi *picky eater* pada anak usia pra sekolah di Kota Malang dan hubungannya dengan status gizi dan asupan makan anak.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah seberapa besar prevalensi *picky eater* pada anak usia pra sekolah di Kota Malang dan apakah ada hubungannya dengan status gizi dan asupan makan anak?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Mengetahui prevalensi *picky eater* pada anak usia pra sekolah di Kota Malang dan hubungannya dengan status gizi dan asupan makan anak.

2. Tujuan Khusus:

a. Mengetahui prevalensi *picky eater* anak usia pra sekolah di Kota Malang.

b. Mengetahui hubungan *picky eater* pada anak usia pra sekolah dengan status gizi.

c. Mengetahui hubungan *picky eater* pada anak usia pra sekolah dengan asupan makan (energi, protein, dan seng).

D. Target Luaran

1. Bagi Peneliti

   Menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman peneliti mengenai *picky eater* pada anak usia pra sekolah di Kota Malang dan hubungannya dengan status gizi dan asupan makan (energi dan protein).

2. Bagi Peneliti Lain

   Sebagai bahan acuan atau referensi bagi penelitian selanjutnya.

3. Bagi Dinas Kesehatan

   Memberi gambaran besar masalah *picky eater* pada anak usia pra sekolah di Kota Malang untuk selanjutnya dapat diambil langkah penanganan lebih lanjut.

4. Bagi Masyarakat

   Mengidentifikasi *picky eater* lebih dini pada anak usia pra sekolah utamanya di lokasi penelitian agar dapat dilakukan penanganan lebih lanjut sehingga tidak menggaggu pertumbuhan dan perkembangan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Picky Eater*

Picky eating atau juga disebut *fussy eating* merupakan perilaku makan yang ditandai dengan beberapa ciri seperti penolakan pada makanan tertentu baik makanan yang telah familiar maupun makanan baru (*food neophobia*), tetapi juga mengkonsumsi makanan dalam variasi yang terbatas, jumlah yang kurang, dan menolak tekstur makanan tertentu (Dovey, Staples, Gibson, & Halford, 2008). Sedangkan sebutan *picky eater* diberikan kepada seseorang yang memiliki perilaku *picky eating*. Perhatian pada perilaku *picky eating* ini semakin meningkat dikarenakan prevalensinya yang cukup besar.

Tergantung dari metode yang digunakan, prevalensi *picky eater* bervariasi antara 5,6 - > 50% (Tharner et al., 2014). Penelitian di Amerika tahun 2011, menunjukkan bahwa prevalensi masalah kesulitan makan pada anak pra sekolah terkait *picky eater* antara lain kurangnya variasi makanan (58.1%), penolakan makanan terutama pada sayur, buah, daging, dan ikan (55,8%), dan prevalensi kesukaan pada metode persiapan dan pemasakan tertentu sebesar 51,2% (Shim *et al.*, 2011). secara konsisten meningkat sejalan dengan peningkatan usia dari usia 4-24 bulan, yaitu berkisar antara 17-47% pada laki-laki dan 23-54% pada perempuan (Carruth *et al.*, 2004). Di Indonesia, hasil penelitian Imawati (2010) di Banjarbaru, menunjukkan bahwa prevalensi balita yang mengalami sulit makan sebesar 23,9%, yang 45,5% diantaranya adalah *picky eater*.

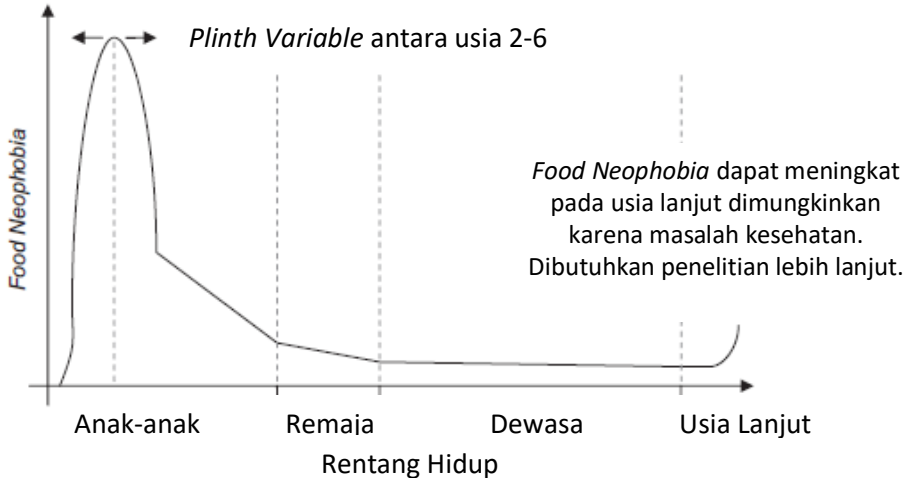
Perilaku *picky eating* dapat berakibat jangka panjang pada pertumbuhan dan perkembangan, serta dikaitkan dengan resiko yang meningkat untuk menjadi *underweight*, konsumsi sayur yang rendah, asupan makan yang tidak sesuai dengan kebutuhan, munculnya gangguan makan, dan konflik antara ibu-anak (Tharner et al., 2014). Anak *picky eater* akan mendapatkan zat gizi dari makanan yang terbatas dalam hal variasinya, sehingga berpotensi mengalami kekurangan gizi, dan risiko lebih besar pada usia kurang dari 3 tahun (Ekstein *et al*., 2010). Dubois *et al.* (2007) juga menemukan bahwa *picky eater* memiki risiko 2 kali lebih besar untuk menjadi *underweight* pada usia 4.5 tahun dibandingkan anak yang tidak pernah menjadi *picky eater*.

Perilaku *picky eating* pada anak, dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor intrinsik dalam diri anak maupun dari faktor ekstrinsik. Berikut ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya perilaku *picky eating* pada anak:

1. Karakteristik anak

   a. Usia Anak

   Perilaku *picky eating* yang juga termasuk di dalamnya *food neophobia* dilaporkan akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia. Perilaku ini tidak begitu tampak pada usia awal perkenalan MP-ASI, dan akan mencapai puncaknya pada usia 2-6 tahun, kemudian akan menurun menjadi stabil ketika mencapai usia dewasa awal atau sekitar usia 13 tahun (Dovey *et al*., 2008). Perkembangan pola *food neophobia* dapat dilihat pada gambar 1 berikut ini.



Gambar 1. Sebuah Model Umur Potensial untuk Tingkat *Neophobia* Makanan pada Manusia (Dovey *et al*., 2008)

Semakin bertambahnya usia anak, pengalaman dengan bahan makanan menjadi lebih sering dan bervariasi, karenanya pada usia yang lebih besar, anak akan menjadi kurang neophobic, namun akan berkembang pada suka dan tidak suka terhadap suatu makanan (Dovey *et al*., 2008).

   b. Jenis Kepribadian

   Jenis kepribadian yang memiliki pengaruh pada munculnya *picky eating* yang ditandai dengan kesulitan menerima makanan baru adalah jenis kepribadian seperti kepribadian yang mudah cemas, terbuka, dan yang memiliki kepribadian mudah depresi. Sedangkan anak yang memiliki jenis

kepribadian mencari sensasi cenderung memiliki level *neophobia* makanan yang lebih rendah (Dovey *et al*., 2008).

c. Berat Lahir

Berat lahir anak yang rendah, menyebabkan ibu memiliki harapan yang sangat tinggi pada asupan makan anak, sehingga menjadi lebih mudah menganggap bahwa anaknya merupakan *picky eater* (Cano *et al*., 2015). Sedangkan Dubois *et al*. (2007) menyebutkan kemungkinan lain pengaruh berat lahir rendah terhadap *picky eater*, yaitu terdapat perubahan metabolik mendasar pada berat lahir yang rendah yang akan memprogram seseorang tumbuh menjadi *picky eater*.

2. Pengaruh keluarga dan lingkungan

a. Genetik

Orangtua yang mengalami kesulitan makan seperti *picky eating* akan cenderung memiliki anak yang juga mengalami hal serupa. Pengaruh orangtua pada perilaku makan anak dilakukan melalui meniru atau *modelling*. Anak akan melihat ekspresi orangtua saat memberikan makan. Apabila ekspresi orangtua terlihat tidak menyukai makanan tersebut maka anak pun menolak mengkonsumsi makanan yang ditawarkan (Dovey *et al*., 2008). Kebiasaan makan orangtua, kebiasaan baik maupun buruk memiliki pengaruh besar pada kebiasaan makan anak nantinya (Ashman *et al.,* 2014; Fisk *et al.,* 2011; Gugusheff *et al.,* 2013).

b. Pola makan keluarga dan lingkungan

Pola makan keluarga yang menunjukkan pola makan yang baik di sekitar anak akan memberikan dampak pada pembentukan pola makan yang baik pula pada anak. Sehingga semakin banyak orang di sekitar anak yang mengkonsumsi makanan baru ataupun makanan yang bervariasi, maka anak akan semakin mau untuk mencoba makanan baru tersebut (Dovey *et al*., 2008; Galloway et al., 2005).

c. Interaksi Sosial

Interaksi sosial yang pertama pada anak adalah interaksinya dengan pengasuh, sehingga kebiasaan makan pengasuh dapat memberikan pengaruh kepada kebiasaan makan anak. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa anak usia kurang dari 3 tahun lebih dapat dipengaruhi oleh orang lain dibandingkan

dengan anak usia 4 tahun atau lebih. Ketika anak mencapai usia remaja, maka pengaruh yang lebih besar datang dari teman sebaya. Sehingga interaksi sosial yang dapat mempengaruhi perilaku makan anak akan bergeser dari pengaruh pengasuh saat masa kanak-kanak menjadi pengaruh teman sebaya saat anak berusia remaja (Dovey *et al*., 2008).

3. Kondisi Kesehatan Anak

Kondisi kesehatan anak berpengaruh pada asupan makannya. Anak yang sedang sakit, seperti mengalami pilek (*common cold*) atau utamanya infeksi saluran nafas cenderung akan mengalami penurunan nafsu makan. Anak akan menolak makanan tertentu meskipun makanan yang familiar. Bahkan sebagian besar anak menolak untuk makan (Canadian Paediatric Society, 2005). Namun keadaan ini akan membaik, sejalan dengan membaiknya kondisi kesehatan anak.

4. Karakteristik sosiodemografi

a. Pekerjaan orangtua

Status bekerja ibu memiliki korelasi positif terhadap munculnya kesulitan makan (*picky eater*) pada anak (Carruth et al., 2004). Tidak banyak penjelasan yang diberikan akan hal ini. Namun diduga dengan status bekerja, ibu memiliki waktu dan perhatian yang lebih sedikit dalam mempersiapkan makanan yang sehat dan bervariasi kepada anaknya. Sehingga anak cenderung menjadi anak pemilih.

b. Pendapatan keluarga

Status sosial ekonomi keluarga memiliki pengaruh pada munculnya *picky eating* pada anak. Semakin tinggi pendapatan, maka akses dalam memberikan makanan yang bervariasi kepada keluarga menjadi lebih baik. Anak akan memiliki pengalaman yang lebih banyak terhadap berbagai kelompok bahan makanan, sehingga akan lebih mudah dalam menerima dan mencoba makanan baru (Dovey *et al.*, 2008; Flight *et al.*, 2003).

c. Pendidikan orangtua

Orangtua terutama ibu yang memiliki pendidikan yang semakin tinggi, maka akan memiliki kebiasaan makan (diet) yang lebih sehat. Sehingga akan cenderung memberikan makanan kepada anaknya dengan pola makan yang sehat pula dan dapat menjadi *role model* yang baik bagi anak. Anak akan

memiliki kebiasaan makan lebih baik dan menurunkan perilaku sulit makan (Fisk et al., 2011).

5. Pengaruh Ibu

Seperti yang telah disampaikan di atas, Ibu merupakan pengasuh utama pada anak. Ibu memiliki pengaruh besar pada pembentukan pola kebiasaan makan pada anak melalui pola asuh makan. Pola asuh makan ini dipengaruhi oleh pengetahuan gizi (Savage *et al*., 2008), perilaku dan kebiasaan makan Ibu seperti variasi dan kualitas makan (Fisk *et al*., 2011), serta apabila terdapat gangguan makan pada ibu (Dovey *et al*., 2008).

6. Pola pemberian ASI

Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dapat mengurangi risiko anak menjadi *picky eater* hingga 4 kali (Shim *et al.*, 2011). Mennella (2014) menyatakan bahwa ibu hamil dan menyusui yang mengkonsumsi makanan sehat, merupakan permulaan yang baik bagi anaknya kelak untuk menerima rasa makanan serupa karena rasa-rasa dari makanan ini disalurkan dari makanan ibu ke cairan amniotik dan ASI, sehingga bayi yang mendapat ASI akan lebih mudah menerima rasa-rasa tersebut.

7. Pola pemberian MP-ASI

Pengenalan makanan melalui MP-ASI, hendaknya tidak terlalu dini dan tidak terlalu terlambat. Pemberian MP-ASI sebelum 6 bulan, akan meningkatkan risiko anak menjadi *picky eater* sebesar 2.5 kali (Shim *et al.*, 2011). Semakin bervariasi makanan yang diberikan pada rentang usia 6-9 bulan, maka anak akan tumbuh menjadi anak yang lebih tidak pemilih (Coulthard *et al.*, 2009).

8. Cara pemberian makan

Cara pemberian makan terutama memberikan makanan dengan tekanan terbukti dapat menyebabkan anak menjadi *picky eater* (Galloway *et al.*, 2005; Gregory *et al.*, 2010; Powell *et al.*, 2011). Anak merasa memiliki pengalaman yang buruk terhadap suatu makanan ketika terjadi tekanan untuk makan, sehingga justru menjadikan anak menghindari makanan tersebut di kemudian hari.

B. Status Gizi

1. Penilaian Status Gizi

Status gizi diartikan sebagai ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu. Untuk menilainya, digunakan dua metode penilaian status gizi, yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung, dapat dibagi menjadi empat penilaian, yaitu penilaian antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Sedangkan untuk penilaian status gizi secara tidak langsung, dapat dibagi menjadi tiga yaitu: survey konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi (Supariasa dkk, 2001).

2. Metode Antropometri

Kata antropometri berasal dari bahasa Latin *antropos* yang berarti manusia (*human being*). Sehingga antropometri dapat diartikan sebagai pengukuran pada tubuh manusia (Soekirman, 2000). Metode antropometri mencakup pengukuran dari dimensi fisik dan komposisi nyata dari tubuh (WHO *cit* Gibson, 2005). Pengukuran antropometri, khususnya bermanfaat dalam keadaan dimana terdapat ketidakseimbangan antara protein dan energi. Dalam beberapa kasus, pengukuran antropometri dapat mendeteksi malnutrisi tingkat sedang maupun parah, namun metode ini tidak dapat digunakan untuk mengidentifikasi status kekurangan (defisiensi) gizi tertentu (Gibson, 2005).

Pengukuran antropometri memiliki beberapa keuntungan dan kelebihan, yaitu mampu menyediakan informasi mengenai riwayat gizi masa lalu, yang tidak dapat diperoleh dengan bukti yang sama melalui metode pengukuran lainnya. Pengukuran ini dapat dilakukan dengan relatif cepat, mudah, dan reliabel menggunakan peralatan-peralatan yang portabel, tersedianya metode-metode yang terstandardisasi, dan digunakannya peralatan yang terkaliberasi. Untuk membantu dalam menginterpretasi data antropometrik, pengukuran umumnya dinyatakan sebagai suatu indeks, seperti tinggi badan menurut umur (Gibson, 2005).

3. Jenis Parameter

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan tebal lemak di bawah kulit

(Supariasa dkk, 2001). Status gizi tidak hanya ditentukan dengan mengukur salah satu parameter saja, melainkan kombinasi antara beberapa parameter yang ada. Sebagai contoh kombinasi antara BB (berat badan) dan U (umur) membentuk indeks BB menurut U yang disimbolkan dengan "BB/U", kombinasi antara TB dan U membentuk indikator TB (tinggi badan) menurut U atau "TB/U", dan kombinasi antara BB dan TB membentuk indeks BB menurut TB atau "BB/TB" (Soekirman, 2000).

Indeks BB/U menunjukkan secara sensitif status gizi saat ini (saat diukur) karena mudah berubah. Namun, indeks ini tidak spesifik karena berat badan tidak hanya dipengaruhi oleh umur tetapi juga dipengaruhi oleh tinggi badan. Indeks TB/U menggambarkan status gizi masa lalu, dan indeks BB/TB menggambarkan secara sensitif dan spesifik status gizi saat ini (Soekirman, 2001).

4. Klasifikasi Status Gizi

Dalam menentukan klasifikasi status gizi, harus ada ukuran baku yang sering disebut *reference.* Baku antropometri yang kini digunakan di Indonesia adalah standar baku WHO-NCHS (Supariasa dkk, 2001). Tabel 1 berikut, menjelaskan klasifikasi status gizi balita di Indonesia sesuai yang telah diputuskan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 920/Menkes/SK/VIII/2002 yang juga didasarkan pada rujukan baku dari WHO-NCHS.

Tabel 1. Klasifikasi Status Gizi Anak Bawah Lima Tahun (Balita)

	TB/U (z score/SD)	BB/U (z score/SD)	BB/TB (z score/SD)
Normal	> -1	> -1	> -1
Ringan	< -1 sampai -2	< -1 sampai -2	< -1 sampai -2
Sedang	< -2 sampai -3	< -2 sampai -3	< -2 sampai -3
Berat	< -3	< -3	< -3

Sumber: Growth Reference Data, NCHS, WHO, Neumann. (2004)

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Status gizi anak balita, dipengaruhi oleh beberapa faktor penyebab, yaitu penyebab langsung, tidak langsung, akar masalah, dan pokok masalah. Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Timbulnya malnutrisi terutama KEP, tidak hanya karena

makanan yang kurang, tetapi juga karena penyakit. Kedua, penyebab tidak langsung yaitu: ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan di keluarga (*household food security)* adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah cukup, baik jumlah maupun mutu gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan baik secara fisik, mental, dan sosial. Pelayanan kesehatan dan lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan ketiga faktor ini saling berhubungan (Soekirman, 2000).

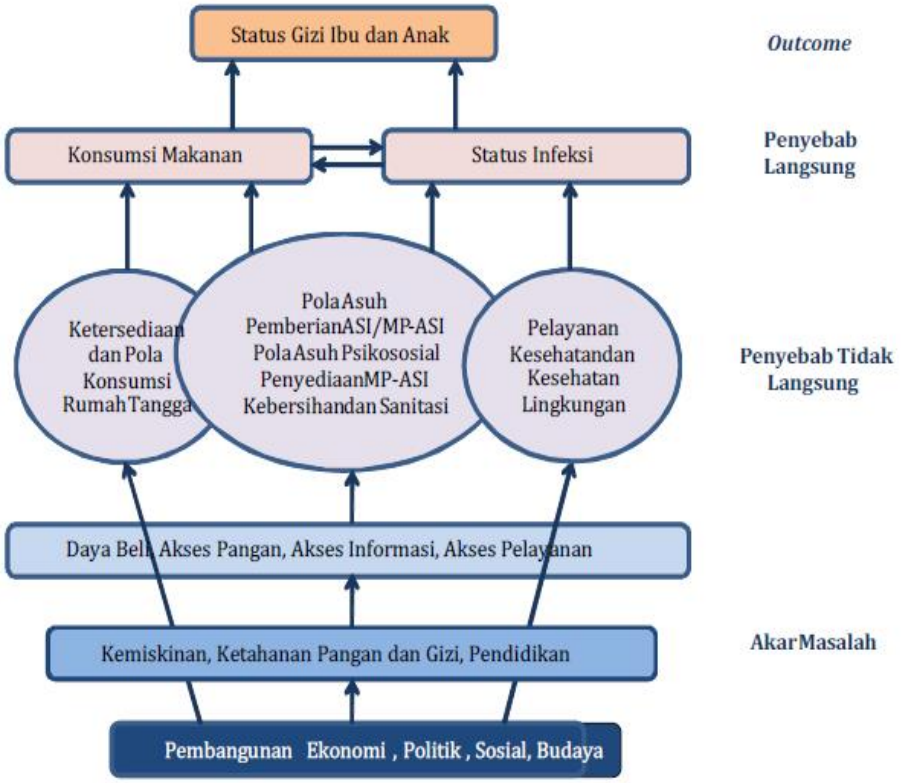
Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Sebagai contoh, Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan bayi utama yang seharusnya tersedia di setiap keluarga yang mempunyai bayi. Meskipun demikian, tidak semua keluarga dapat memberikan ASI kepada bayinya oleh karena masalah yang dialami ibu. Akibatnya, bayi yang tidak diberikan ASI atau tidak cukup diberikan ASI, harus diberikan makanan tambahan pendamping ASI (MP-ASI). Kemudian akan timbul masalah bila pengetahuan dan kemampuan kurang memadai, sehingga MP-ASI yang diberikan tidak memenuhi persyaratan. Dalam keadaan demikian, dapat dikatakan bahwa keluarga ini memiliki keadaaan ketahanan pangan yang rawan karena tidak mampu menyediakan makanan yang baik bagi bayinya sehingga beresiko tinggi mengalami malnutrisi (Soekirman, 2000).

Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya. Faktor tidak langsung yang lain adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan yang baik seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan,

penimbangan anak, pendidikan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, dan rumah sakit. Makin tersedia air bersih yang cukup untuk keluarga serta makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan, ditambah dengan pemahanan ibu tentang kesehatan, makin kecil anak berisiko terkena penyakit dan kekurangan gizi (Soekirman, 2000).

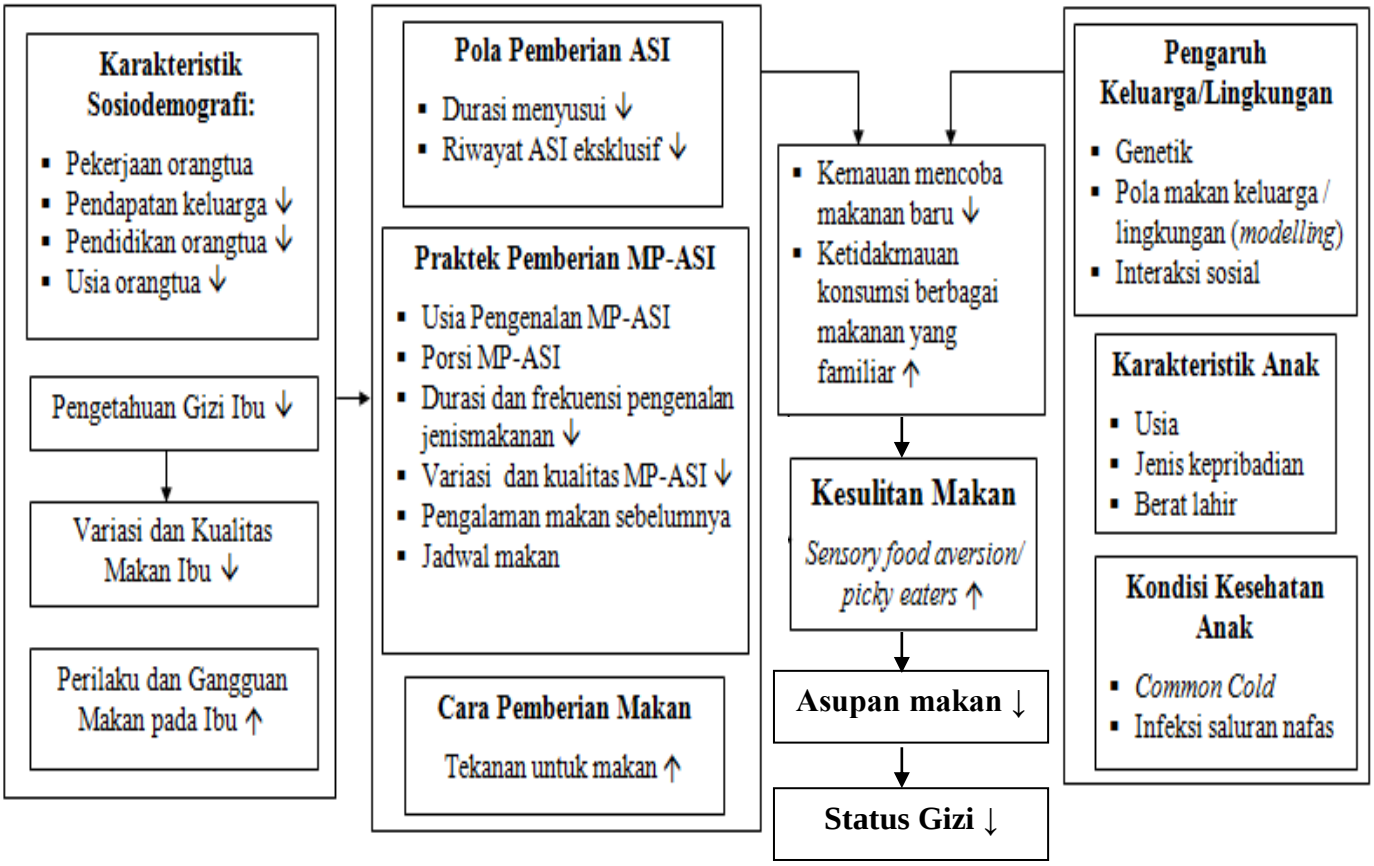
Ketiga faktor tidak langsung tersebut saling berkaitan dan bersumber pada akar masalah yaitu pendidikan dan ekonomi keluarga serta ketrampilan memanfaatkan sumber daya keluarga dan masyarakat. Akhirnya semua berpangkal pada masalah pokok yang lebih besar di masyarakat dan bangsa secara keseluruhan, seperti masalah ekonomi, politik, dan sosial. Sebagai contoh, meningkatnya jumlah anak yang bergizi buruk di beberapa kota di Indonesia pada tahun 1998/1999 adalah akibat krisis ekonomi, politik, dan keresahan sosial yang melanda Indonesia sejak tahun 1997 (Soekirman, 2000).

Hubungan antara ketiga faktor penyebab malnutrisi pada balita ini yang meliputi faktor penyebab langsung, tidak langsung, akar masalah, dan pokok masalah, dapat diamati pada Gambar 2.



Gambar 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi (Unicef, 1998)

C. KERANGKA TEORI

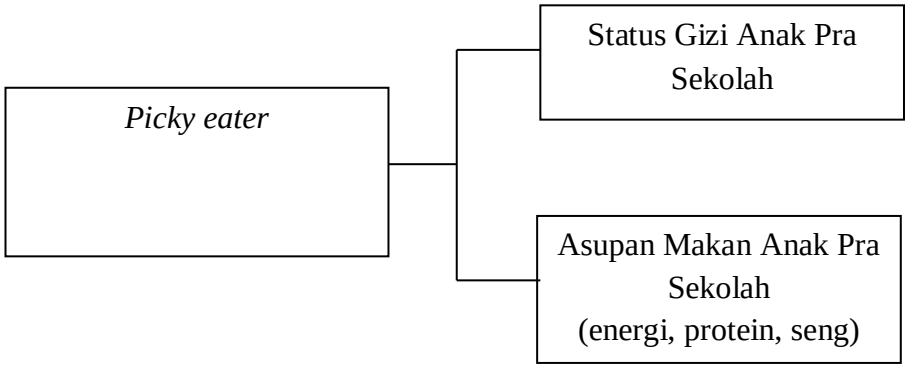


Gambar 3. Kerangka Teori Modifikasi Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Picky Eater* dan Hubungannya dengan Asupan Makan dan Status Gizi

Canadian Paediatric Society, 2005; Dovey *et al*., 2008; Shim *et al*., 2011; Savage *et al*., 2008; Blissett & Fogel, 2013; Fisk et al., 2011; Tharner *et al*., 2014; Kusuma, Bintanah, dan Handarsari, 2016; Dubois *et al.*, 2007.

D. Kerangka Pikir Penelitian

Kerangka pikir dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 4. Kerangka Pikir Penelitian

E. Hipotesis

1. Ada hubungan *picky eater* pada anak usia pra sekolah dengan status gizi.
2. Ada hubungan *picky eater* pada anak usia pra sekolah dengan asupan makan (energi dan protein).

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional dengan rancangan penelitian potong lintang (*cross-sectional*).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada Oktober-November 2017 di Posyandu yang ada di Puskesmas Janti di Kota Malang. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan secara sengaja (*purposive)* didasarkan atas pertimbangan bahwa Puskesmas Janti masih memiliki sejumlah permasalahan gizi meliputi cakupan ASI Eksklusif terendah diantara puskesmas lain di Kota Malang, yaitu sebesar 48,07% dan prevalensi gizi kurang paling tinggi diantara semua puskesmas di Kota Malang, yaitu sebesar 3,42% (Dinas Kesehatan Kota Malang, 2014).

C. Populasi dan Sampel

1) Populasi

   Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua anak usia 3-5 tahun yang tinggal di posyandu di wilayah kerja Puskesmas Janti di Kota Malang.

2. Subjek

   Subjek pada penelitian ini yaitu anak usia 3 – 5 tahun yang tinggal di posyandu di wilayah kerja Puskesmas Janti di Kota Malang yang memenuhi kriteria.

3. Sampel Penelitian

   Jumlah sampel yang dibutuhkan dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel menurut Lwanga & Lemeshow (1991) sebagai berikut:

$$n = \left\{ \frac{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{Po\ (1-Po)} + Z_{1-\beta}\sqrt{Pa\ (1-Pa)}}{(Pa-Po)^2} \right\}^2$$

   Keterangan:

   n = Besar sampel

   Po = Proporsi yang diteliti 2,13% (Cerdasari, 2015)

   Pa = Proporsi alternatif / taksiran 10%

   $Z_{1-\alpha/2}$ = Tingkat kepercayaan 95%, 0.05 (1,96)

$Z_{1-\beta}$ = Power 95%

n = 93 anak

Rancangan pengambilan sampel menggunakan *cluster random sampling* pada kelompok individu dalam populasi yang terjadi secara alamiah, dalam hal ini adalah posyandu. Sehingga harus mempertimbangkan adanya desain efek (Suresh & Chandrashekara, 2012). Desain efek yang digunakan pada penelitian ini adalah 1,5.

n = 93 x 1,5

= 139 anak

Apabila jumlah sampel dari semua *cluster* terpilih masih belum mencukupi besar sampel yang diharapkan, maka akan dilakukan penambahan posyandu dengan memilihnya secara acak dari sisa posyandu yang belum terpilih.

Kriteria Inklusi penelitian adalah:

1. Ibu dengan anak usia pra sekolah(3-5 tahun) yang melakukan penimbangan di posyandu
2. Tinggal bersama ibu dalam 1 rumah
3. Terdapat pernyataan kesediaan dari ibu untuk mengikuti penelitian

Kriteria Eksklusi penelitian adalah:

1. Anak menderita sakit
2. Anak dalam pengobatan

D. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas : Status *Picky Eater*
2. Variabel tergantung : Status Gizi dan Asupan Makan (Energi, Protein, Seng)

E. Definisi Operasional Variabel

1. *Picky Eater*: *Picky Eater* atau *fussy eater* diartikan sebagai anak yang cepat merasa kenyang, makan dengan lamban, rewel dalam memilih makanan, serta sulit menerima dan menikmati makanan (Tharner *et al.*, 2014). Pengukuran *Picky eater* diukur dengan 5 sub skala dalam *Child Eating Behavior Questionnaire* (CEBQ) yang tergolong dalam 2 kategori yaitu *Food Avoidance* (*Satiety Responsiveness* (SR), *Slowness in Eating* (SE), *Fussiness* (FF)) dan *Food Approach (Food Responsiveness* (FR), dan *Enjoyment of Food* (EF)) (Wardle *et al.*, 2001) menggunakan skala likert 1-5 (1=tidak

pernah, 2=jarang, 3=kadang-kadang, 4=sering, 5=selalu). *Picky Eater* merupakan kombinasi dari skor *food avoidance* yang tinggi dengan skor *food approach* yang rendah. Pada penelitian ini, *picky eater* lebih diartikan sebagai *avoidant eater* pada penelitian Tharner *et al.* (2014), hal ini dikarenakan kategori *picky eater* menurut Tharner *et al.* (2014) terlalu ketat, sehingga pada penelitian Cerdasari (2015) didapat prevalensi hanya sebesar 2,13%, sedangkan banyak orangtua yang merasa anaknya sulit makan. *Picky eater* dikategorikan menjadi:

1) *Picky eater*, apabila memenuhi semua kriteria berikut:
   - Skor SR, SE, dan FF: berada di atas mean
   - Skor FR dan EF: berada dibawah mean
2) Tidak *picky eater*

   Apabila tidak memenuhi kriteria di atas

   Skala : Ordinal

2. Asupan Makan
   a. Asupan energi

      Jumlah kilo kalori energi dari makanan dan minuman yang dikonsumsi anak dalam sehari yang diukur menggunakan metode *recall* 24 jam yang dilakukan sebanyak 3 kali yang kemudian dilakukan rata-rata.

      Skala Data: Rasio
   b. Asupan protein

      Jumlah gram protein dari makanan dan minuman yang dikonsumsi anak dalam sehari yang diukur menggunakan metode *recall* 24 jam yang dilakukan sebanyak 3 kali yang kemudian dilakukan rata-rata.

      Skala Data: Rasio
   c. Asupan Seng

      Jumlah miligram seng dari makanan dan minuman yang dikonsumsi anak dalam sehari yang diukur menggunakan metode *recall* 24 jam yang dilakukan sebanyak 3 kali yang kemudian dilakukan rata-rata.

      Skala Data: Rasio
3. Status Gizi Anak

   Kondisi gizi anak yang diukur secara antropometri dengan 3 indikator yaitu berat badan menurut umur (BB/U), berat badan menurut tinggi badan

(BB/TB) dan tinggi badan menurut umur (TB/U). Status gizi dikategorikan menjadi:

a. Indikator BB/U
   1. Gizi Lebih : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh > 2 SD
   2. Gizi Baik : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh – 2 SD s.d. +2 SD
   3. Gizi Kurang : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh < - 2 SD s.d. -3 SD
   4. Gizi Buruk : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh < -3 SD

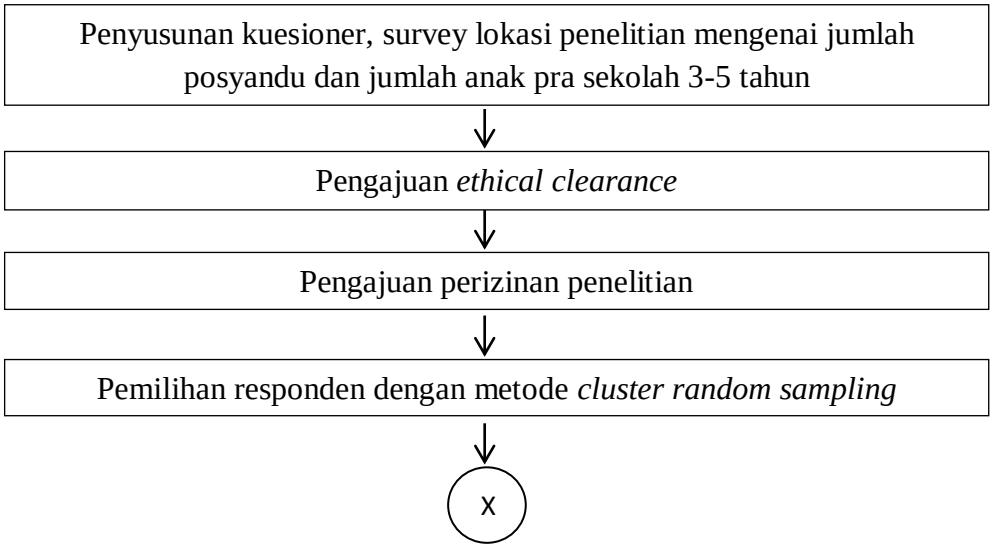
   Skala Data: Ordinal
b. Indikator TB/U
   1. Tinggi : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh > 2 SD
   2. Normal : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh – 2 SD s.d. +2 SD
   3. Pendek : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh < - 2 SD s.d. -3SD
   4. Sangat Pendek : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh < -3 SD

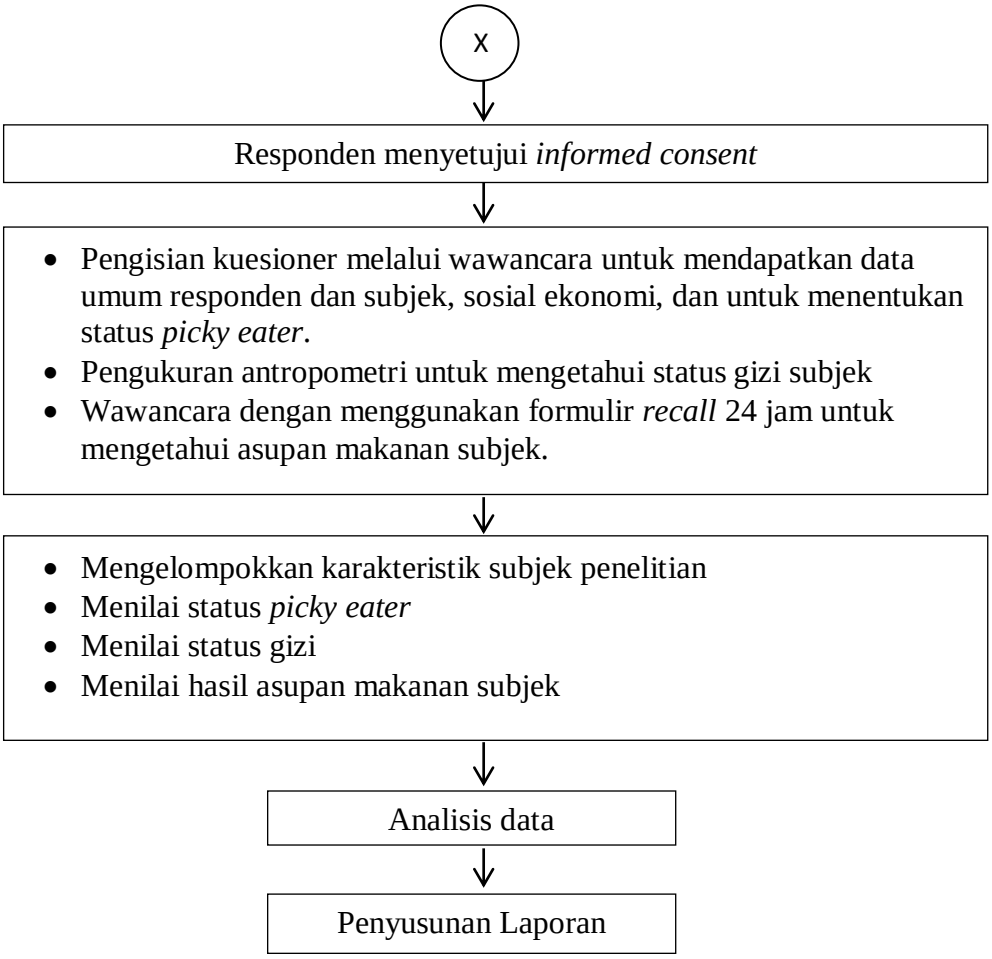
   Skala Data: Ordinal
c. Indikator BB/TB
   1. Gemuk : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh > 2 SD
   2. Normal : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh – 2 SD s.d. +2 SD
   3. Kurus : Apabila nilai *Z Score* yang diperoleh < - 2 SD

   Skala Data: Ordinal

F. Alur Penelitian

Alur proses penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut:





Gambar 5. Diagram Alur Jalannya Penelitian

G. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

1. Kuesioner yang digunakan untuk mendapatkan data karakteristik responden, meliputi nama, jenis kelamin, usia, tanggal lahir, riwayat berat badan lahir, pendidikan ibu, pendapatan keluarga.
2. Kuesioner perilaku makan untuk penentuan *picky eater:*

   Menggunakan sub skala *Satiety Responsiveness* (SR), *Slowness in Eating* (SE), *Fussiness* (FF), *Food Responsiveness* (FR), dan *Enjoyment of Food* (EF) dalam *Child Eating Behavior Questionnaire* (CEBQ) (Wardle *et al.*, 2001) menggunakan skala likert 1-5 (1=tidak pernah, 2=jarang, 3=kadang-kadang, 4=sering, 5=selalu). Pada kelompok sub skala yang bersifat menghindari makan *(food avoidance*) seperti SR, SE dan FF, pernyataan yang bersifat positif pada perilaku *food avoidance* diberikan skor 5 untuk jawaban “selalu”,

skor 4 untuk jawaban “sering”, skor 3 untuk jawaban “kadang-kadang”, skor 2 untuk jawaban “jarang”, dan skor 1 untuk jawaban “tidak pernah”. Begitu pula pada kelompok sub skala yang bersifat mendekati makan *(food approach*) seperti FR dan EF, pernyataan yang bersifat positif pada perilaku *food approach* diberikan skor 5 untuk jawaban “selalu”, skor 4 untuk jawaban “sering”, skor 3 untuk jawaban “kadang-kadang”, skor 2 untuk jawaban “jarang”, dan skor 1 untuk jawaban “tidak pernah”.

3. Pengukuran asupan zat gizi dengan metode *food recall* termasuk *recall* asupan ASI bagi anak yang masih mendapatkan ASI (form terlampir).
4. Alat ukur antropometri: timbangan injak dengan ketelitian 0,1 kg dan alat ukur tinggi badan yaitu microtoise dengan ketelitian 0,1 cm.

H. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

   Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara menggunakan kuesioner sehinggga data yang diperoleh langsung dari jawaban responden. Teknik ini dilakukan dengan cara mengadakan tanya jawab dengan para responden dengan tatap muka secara langsung. Data yang diambil menggunakan teknik wawancara adalah data identitas, sosial ekonomi, dan recall asupan makan anak menggunakan kuesioner *recall* 24 jam.

2. Pengukuran Status Gizi Anak

   Status gizi bayi berdasarkan antropometri diukur dengan menggunakan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB yang kemudian dinilai berdasarkan z-score menurut WHO 2005.

   a. Berat badan (BB)

      BB diukur dengan timbangan injak, dengan ketelitian 0,1 kg. Syarat penimbangan ini antara lain, melepaskan alas kaki, ataupun topi (hanya mengenakan pakaian) memastikan subjek tidak menggenggam atau membawa sesuatu.

   b. Panjang badan (TB)

      Tinggi badan diukur dengan menggunakan *microtoise* dengan ketelitian 0,1 cm. Cara pengukuran adalah dengan cara berbaring.

I. Cara Analisis

Data antropometri balita diolah menggunakan program WHO 2005 sehingga diketahui nilai z-score dari indikator yang ada, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), serta berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), dan digolongkan berdasarkan status gizinya.

Pengolahan data survei konsumsi makanan (*recall* 24 jam) melalui pencatatan untuk melihat asupan makan balita menggunakan program *nutrisurvey*. Kemudian dikonversikan ke dalam bentuk energi dan protein. Sebelum dianalisis secara statistika, perlu dilakukan uji kenormalan data dengan uji histogram.

Uji statistika untuk menganalisis data kuantitatif dilakukan dengan cara analisis univariat dan bivariat.

a. Analisis Univariat

   Yaitu analisis deskriptif dengan menyajikan data deskriptif hasil pengolahan data dari proses tabulasi menjadi data yang mudah dipahami dan mudah diinterpretasikan. Data ini meliputi data jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, prevalensi *picky eater* asupan zat gizi, dan status gizi.

b. Analisis Bivariat

   Merupakan analisis statistik untuk melihat hubungan antara dua variabel, yaitu: untuk melihat hubungan status *picky eater* dengan status gizi menggunakan uji Kolmogorov Smirnov, sedangkan untuk melihat hubungan status *picky eater* dengan asupan makan menggunakan uji *Mann-Whitney*.

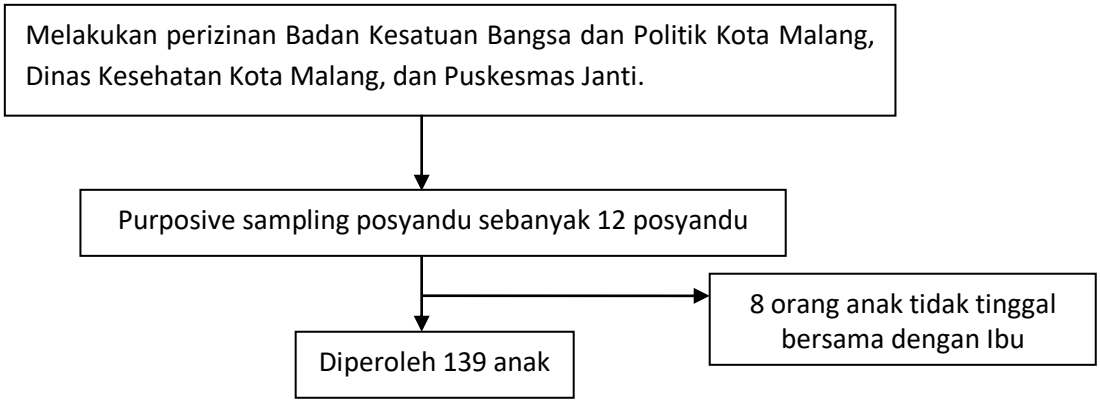
J. Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Malang, yaitu Reg.No.:727/KEPK-POLKESMA/2017 serta persetujuan tertulis bahwa responden bersedia ikut serta dalam penelitian ini.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Pengambilan Data

Pengambilan data dalam penelitian ini dapat diamati dari gambar diagram alir di bawah ini. Dalam penelitian ini dibutuhkan 12 posyandu di wilayah kerja Puskesmas Janti, Kota Malang.



Gambar 6. Diagram Alir Pengambilan Data

Penelitian ini membutuhkan 12 posyandu dari 71 posyandu yang ada. Hal ini dikarenakan pengambilan sampel dilakukan dengan mempertimbangkan jumlah anak berusia 3-5 tahun pada tiap-tiap posyandu. Posyandu yang dipilih adalah posyandu dengan jumlah anak 3-5 tahun yang lebih banyak. Dan pelaksanaan penelitian dilakukan setiap hari berturut-turut sesuai dengan pelaksanaan posyandu hingga jumlah sampel terpenuhi. Hal ini dilakukan karena keterbatasan waktu penelitian.

B. Karakteristik Subjek Penelitian

a. Karakteristik Umum Ibu dan Keluarga

Rata-rata usia ibu adalah 34,4 ± 5,7 tahun dengan usia paling muda 20 tahun dan paling tua 46 tahun, dan rata-rata usia ayah adalah 36,8 ± 6,2 tahun dengan usia termuda 25 tahun dan tertua 48 tahun. Karakteristik umum ibu dan keluarga yang lain disajikan pada Tabel 9.

Tabel 2. Karakteristik Umum Ibu dan Keluarga

Variabel	N=139	%
Status Bekerja Ibu		
Tidak Bekerja/ ibu rumah tangga	85	61,15
Bekerja	54	38.85
Pendidikan Ibu		
Rendah/Menengah (≤ 12 tahun)	119	85,61
Tinggi (>12 tahun)	20	14,39
Jenis Pekerjaan Ayah		
Buruh/ Pedagang/jasa/wiraswasta	74	53,23
Pegawai swasta/BUMN/PNS/TNI/POLRI	65	46,76
Pendidikan Ayah		
Rendah/Menengah (≤ 12 tahun)	119	85,61
Tinggi (>12 tahun	20	14,39
Jumlah Anak		
> 2 anak	33	23,74
≤ 2 anak	106	76,23
Jumlah tanggungan		
> 4 orang	27	19,42
≤ 4 orang	112	80,58
Pendapatan Keluarga		
≥ UMK (Rp. 2.099.000,-)	61	56,12
< UMK (Rp. 2.099.000,-)	78	43,88

Terkait dengan pekerjaan ibu, dari 54 orang ibu yang bekerja, mayoritas ibu bekerja sebagai pegawai swasta yaitu sebesar 19,42%. Ibu yang bekerja sebagai pedagang/jasa/wiraswasta yaitu sebesar 15,11 %, sebagai buruh sebesar 4,32% dan sebagai petani 0,72%. Rata-rata lama kerja ibu dalam sehari adalah 7,9 ± 2,7 jam. Selama ibu bekerja, mayoritas anak diasuh oleh nenek (50%), selebihnya diasuh oleh ibu sendiri terutama bagi yang bekerja di sektor pedagang/wiraswasta (38,9%). Selebihnya diasuh oleh pemgasuh di rumah, bersama ayah, atau bersama saudara (11,1%).

b. Karakteristik Umum Anak Prasekolah

Rata-rata usia anak dalam penelitian ini adalah 48,8 ± 6,9 bulan. Mayoritas merupakan bayi perempuan, yaitu sebesar 75%. Dilihat dari urutan kelahiran, sebagian besar bayi merupakan anak ke-2 dan selanjutnya (57,5%), dan hanya 42,5% merupakan anak pertama. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu sudah memiliki pengalaman dalam hal pengasuhan anak. Sebagian besar bayi memiliki riwayat berat badan lahir yang normal yaitu lebih atau sama dengan 2500 gram (91,4%), dan sebesar 8,6% yang memiliki riwayat BBLR (berat badan lahir rendah).

c. Karakteristik Anak berdasarkan Perilaku Makan

Karakteristik anak berdasarkan perilaku makan anak menurut kuesioner CEBQ ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Karakteristik Anak berdasarkan Perilaku Makan

Kategori	N=139	%
Peka terhadap Rasa Kenyang		
diatas mean (>14,1)	61	56,1
dibawah mean (≤14,1)	78	43,9
Lambannya Makan		
diatas mean (>11,3)	69	49,7
dibawah mean (≤11,3)	70	50,4
Kerewelan		
diatas mean (>15,2)	68	48,9
dibawah mean (≤15,2)	71	51,1
Kepekaan terhadap Makanan		
diatas mean (≥11,7)	65	46,8
dibawah mean (<11,7)	74	53,2
Kenikmatan terhadap Makanan		
diatas mean (≥14,3)	61	56,1
dibawah mean (<14,3)	78	43,9

Tabel 3 memperlihatkan bahwa subjek penelitian yang memiliki skor yang tinggi (di atas mean) dan yang rendah (di bawah mean) diseluruh sub skala perilaku makan, terdistribusi hampir sama, mendekati masing-masing 50%.

C. Gambaran Prevalensi *Picky Eater* pada Anak Usia Prasekolah di Kota Malang

Tabel 4 menunjukkan karakteristik anak dalam memenuhi kriteria penetapan *picky eater*.

Tabel 4. Karakteristik Anak dalam Memenuhi Kriteria *Picky Eater*

Kategori	N=139	%
Picky Eater	17	12,2
Tidak *Picky Eater*	122	87,8

Dikatakan *picky eater* apabila memenuhi 2 kriteria seperti yang telah disebutkan sebelumnya, yaitu apabila skor peka terhadap rasa kenyang, lambannya makan, dan kerewelan berada di atas mean, sedangkan skor kepekaan terhadap makanan dan kenikmatan terhadap makanan berada di bawah mean. Dari tabel 4 diatas, diketahui bahwa prevalensi picky eater pada anak prasekolah adalah sebesar 12,2%.

Sedangkan persepsi ibu mengenai status *picky eater* ditunjukkan pada tabel 5 berikut ini.

Tabel 5. Status *Picky Eater* berdasarkan persepsi ibu

Kategori	**N=139**	**%**
Picky Eater	41	29,5
Tidak *Picky Eater*	98	70,5

Terdapat perbedaan prevalensi *picky eater* berdasarkan persepsi ibu hingga 17.3% atau dapat dikatakan bahwa berdasarkan persepsi ibu, prevalensi *picky eater* dapat mencapai lebih dari 2 kali lipat dibandingkan berdasarkan kuesioner. Hal ini dikarenakan ibu merasa anaknya *picky eater* hanya dengan melihat dari kepekaan terhadap rasa kenyang, lambannya makan, dan kerewelan makan, sedangkan pada sub skala kepekaan terhadap makanan dan kenikmatan terhadap makanan kurang diperhatikan.

D. Gambaran Status Gizi Anak Usia Prasekolah di Kota Malang

Gambaran status gizi anak prasekolah di Kota Malang, tersaji pada tabel 6 berikut ini.

Tabel 6. Gambaran Status Gizi pada Anak Prasekolah di Kota Malang

Variabel	**N=139**	**%**
Status Gizi Menurut Indeks BB/U		
Gizi Lebih	10	7,2
Gizi Baik	112	80,6
Gizi Kurang	15	10,8
Gizi Buruk	2	1,4
Status Gizi Menurut Indeks TB/U		
Tinggi	39	28,1
Normal	83	59,7
Pendek	12	8,6
Sangat Pendek	5	3,6
Status Gizi Menurut Indeks BB/TB		
Gemuk	13	9,3
Normal	118	84,9
Kurus	8	5,8

Mayoritas anak memiliki status gizi yang baik, ditinjau dari ketiga indeks, yaitu BB/U, TB/U dan BB/TB. Namun demikian perlu adanya perhatian pada statug gizi kurang dan buruk yang mencapai 12,2%, pendek dan sangat pendek sebesar 12,2% dan kurus sebesar 5,8%.

E. Gambaran Asupan Makan Anak Usia Prasekolah di Kota Malang

Asupan energi, protein dan zinc diperoleh dengan melakukan recall 1x24 jam sebanyak 3 hari tidak berturut-turut, dengan mempertimbangkan variasi dalam hari dalam 1 minggu, seperti hari efektif, dan juga akhir minggu atau hari libur. Gambaran asupan energi, protein, dan zinc pada anak prasekolah usia 3-5 tahun di wilayah puskesmas Janti disajikan pada tabel 7 berikut ini.

Tabel 7. Gambaran asupan energi, protein, dan seng

Variabel	Mean±SD	Q1	Q3
Asupan Energi	1349,5±503,1	1070,9	1543,6
Asupan Protein	44,8±17,1	33,6	51,2
Asupan Seng	4,6±3,4	3,0	4,9

Apabila dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk anak pra usia 3-5 tahun di Indonesia, maka dapat diketahui tingkat konsumsi dari rata-rata subjek untuk energi, protein, dan seng. Kategori tingkat konsumsi ialah <70% defisit berat, 70–80% defisit sedang, 80–90% defisit ringan, 90–110% normal, dan >110% kelebihan (Briawan et al., 2013). Tingkat konsumsi energi, protein, dan zinc pada anak prasekolah dapat diamati pada tabel 8 berikut ini.

Tabel 8. Tingkat Konsumsi Energi, Protein, dan Seng Anak Prasekolah

	Energi (Kcal)	**Protein (gram)**	**Seng (mg)**
AKG untuk anak 4-6 tahun	1550	39	9,7
Rata-rata asupan	1349,5	44,8	4,6
% Pemenuhan	87,06	114,9	47,42
Tingkat konsumsi	Defisit ringan	Kelebihan	Defisit Berat

Tabel 8 menunjukkan bahwa tingkat konsumsi energi masih defisit ringan. Anak prasekolah cenderung mengkonsumsi susu yang lebih banyak dibandingkan dengan asupan zat gizi dalam bentuk makanan. Tercermin pula pada tingkat konsumsi protein terlihat berlebih. Meskipun demikian, asupan seng anak prasekolah tampak defisit tingkat berat, hal ini kemungkinan dapat disebabkan pemilihan bahan pangan sumber protein lebih kepada protein nabati dibandingkan protein hewani seperti daging merah yang merupakan sumber utama zinc.

F. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi

Hubungan *picky eater* dengan status gizi pada anak prasekolah usia 3-5 tahun di Kota Malang disajikan dalam Tabel 9 sampai 11, berdasarkan 3 indeks BB/U, BB/TB, dan TB/U.

Tabel 9. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi Indeks BB/U

		Status Picky Eater				p*
		Picky Eater		Tidak Picky Eater		
		n	%	n	%	
Status Gizi (BB/U)	Lebih	0	0	10	8,2	1,000
	Baik	14	82,3	98	80,4	
	Kurang	2	11,8	13	10,6	
	Buruk	1	5,9	1	0,8	
Total		17	100	122	100	

* uji *Kolmogorov Smirnov*

Tabel 10. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi Indeks TB/U

		Status Picky Eater				p*
		Picky Eater		Tidak Picky Eater		
		n	%	n	%	
Status Gizi (TB/U)	Lebih	5	29,4	34	27,9	0,939
	Baik	8	47,1	75	61,5	
	Kurang	3	17,6	9	7,4	
	Buruk	1	5,9	4	3,2	
Total		17	100	122	100	

* uji *Kolmogorov Smirnov*

Tabel 11. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Status Gizi Indeks TB/BB

		Status Picky Eater				p*
		Picky Eater		Tidak Picky Eater		
		n	%	n	%	
Status Gizi (TB/BB)	Gemuk	2	11,8	11	9,0	1,000
	Normal	13	76,4	105	86,1	
	Kurus	2	11,8	6	4,9	
Total		17	100	122	100	

* uji *Kolmogorov Smirnov*

Tabel di atas menunjukkan bahwa baik ditinjau dari indeks BB/U, TB/U, maupun BB/TB, tidak ditemukan hubungan dengan status *picky eater. Picky eater* pada anak, dapat menyebabkan anak menjadi berkurang asupan gizinya dan berpotensi mengalami kekurangan gizi apabila *picky eater* ini berlangsung dalam waktu yang lama (Tharner et al., 2014). Tidak ditemukannya hubungan antara *picky eater* dengan status gizi kemungkinan dapat dikarenakan *picky eating* yang

dialami anak belum berlaangsung dalam waktu yang lama sehingga tidak berpengaruh pada status gizi. Selain itu, dapat pula terjadi meskipun anak dikategorikan sebagai *picky eater* pada makanan yang biasa dimakan, namun karena asupan sumber energi lain seperti susu cukup memenuhi kebutuhan energi maupun proteinnya, sehingga menjaga anak dari terjadinya penurunan status gizi.

G. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Asupan Makan

Hubungan status *picky eater* dengan asupan makan pada anak prasekolah di KotaMalang tersaji pada tabel 12 berikut.

Tabel 12. Hubungan Status *Picky Eater* dengan Asupan Makan

Variabel	Status Picky Eater		P*
	Picky eater (n = 17)	Tidak picky eater (n=122)	
Asupan Energi (kkal)	1350,6 (593,6 – 2224,3)	1319,0 (565,9 ; 2980,1)	0,80
Asupan Protein (gr)	49,83 (19,8 – 75,9)	43,4 (17,1 – 97,5)	0,58
Asupan Zinc (mg)	3,3 (0,8 – 10,5)	3,75 (0,1 – 23,7)	0,20

*Uji Mann-Whitney disajikan dalam median (minimum-maksimum)

Tabel 12 di atas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status *picky eater* dengan asupan makan (energi, protein, dan zinc). Tidak adanya hubungan antara status *picky eater* dengan asupan energi, protein, dan zinc kemungkinan dapat disebabkan karena adanya kompensasi konsumsi susu yang lebih banyak bagi anak yang *picky eater*. Menurut Finistrella *et al*., (2012) asupan energi anak *picky eater* justru lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang bukan *picky eater*. Hal ini kemungkinan dapat disebabkan anak *picky eater* mengkonsumsi lebih banyak makanan padat energi seperti cemilan atau snack gurih dan permen (Tharner et al., 2014).

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Prevalensi *picky eater* pada anak prasekolah (3-5 tahun) di Kota Malang adalah 12,2%.
2. Mayoritas anak memiliki status gizi yang baik (BB/U) sebesar 80,6%, normal (TB/U) sebesar 59,7%, dan normal (BB/TB) sebesar 84,9%.
3. Rata-rata tingkat konsumsi energi pada anak prasekolah adalah defisit ringan, rata-rata tingkat konsumsi protein kelebihan atau di atas angka kecukupan gizi, dan rata-rata tingkat konsumsi seng adalah defisit berat.
4. Tidak ada hubungan antara status *picky eater* dengan status gizi pada anak prasekolah di Kota Malang.
5. Tidak ada hubungan antara status *picky eater* dengan asupan makan pada anak prasekolah di Kota Malang.

B. Saran

1. Perlu adanya penelitian lebih lanjut, terutama menggunakan desain longitudinal, agar dapat diperoleh gambaran perkembangan *picky eater* pada anak dari waktu-ke waktu, sehingga dapat dilihat lebih jelas pengaruhnya ke status gizi anak.
2. Perlu ditinjau lebih jauh mengenai konsumsi jenis makanan yang dikonsumsi anak *picky eater*, sehingga diketahui apakah pemenuhan gizi anak *picky eater* hanya dari bahan makanan tertentu saja.

DAFTAR PUSTAKA

Anjani, D. (2006). *Hubungan antara pola asuh dengan masalah perilaku sulit makan pada anak tk aba lempuyangan dan tk aisyiyah miliran*. Universitas Gadjah Mada.

Ashman, A. M., Collins, C. E., Hure, A. J., Jensen, M., & Oldmeadow, C. (2014). Original Article Maternal diet during early childhood , but not pregnancy , predicts diet quality and fruit and vegetable acceptance in offspring. *Maternal and Child Nutrition*, 1–12. doi:10.1111/mcn.12151

Blissett, J., & Fogel, A. (2013). Intrinsic and extrinsic influences on children's acceptance of new foods. *Physiology & Behavior*, *121*, 89–95. doi:10.1016/j.physbeh.2013.02.013

Canadian Paediatric Society. (2005). Colds in children. *Pediatric Child Health*, *10*, 493–495.

Cano, S. C., Tiemeier, H., Hoeken, D. Van, Tharner, A., Jaddoe, V. W. V, Hofman, A., … Hoek, H. W. (2015). Trajectories of Picky Eating during Childhood : A General Population Study. *International Journal of Eating Disorders*, *00*(00), 1–10. doi:10.1002/eat.22384

Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A., & Barr, S. I. (2004). Prevalence of Picky Eaters among Infants and Toddlers and Their Caregivers ' Decisions about Offering a New Food. *Journal of the American Dietetic Assosiation*, *104*(1), 57–64. doi:10.1016/j.jada.2003.10.024

Cerdasari, C. (2015). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Picky Eater (Pilih-pilih Makanan) pada Anak Usia 2-3 Tahun*. Universitas Gadjah Mada.

Coulthard, H., Harris, G., & Emmett, P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child ' s food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal and Child Nutrition*, *5*, 75–85. doi:10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x

Dinas Kesehatan Kota Malang. (2014). *Profil Kesehatan kota Malang Tahun 2013*. Malang.

Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and " picky / fussy " eating in children : A review. *Appetite*, *50*, 181–193. doi:10.1016/j.appet.2007.09.009

Dubois, L., Farmer, A., Girard, M., Peterson, K., & Tatone-tokuda, F. (2007). Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children : A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *4*(9), 1–10. doi:10.1186/1479-Received

Ekstein, S., Laniado, D., & Glick, B. (2010). Does picky eating affect weight-for-length measurements in young children? *Clinical pediatrics*, *49*(3), 217–20. doi:10.1177/0009922809337331

Finistrella, V., Manco, M., Ferrara, A., Rustico, C., Presaghi, F., & Morino, G. (2012). Cross-Sectional Exploration of Maternal Reports of Food Neophobia and Pickiness in Preschooler-Mother Dyads. *Journal of the American College of Nutrition*, *31*(3), 152–159. doi:10.1080/07315724.2012.10720022

Fisk, C. M., Crozier, S. R., Inskip, H. M., Godfrey, K. M., & Cooper, C. (2011). Influences on the quality of young children ' s diets : the importance of maternal food choices. *British journal of Nutrition*, *105*, 287–296. doi:10.1017/S0007114510003302

Flight, I., Leppard, P., & Cox, D. N. (2003). Food neophobia and associations with cultural diversity and socio-economic status amongst rural and urban Australian adolescents. *Appetite*, *41*, 51–59. doi:10.1016/S0195-6663(03)00039-4

Galloway, A. M. Y. T., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L. L. (2005). Parental Pressure, Dietary Patterns, and Weight Status among Girls Who Are "Picky Eaters." *Journal of the American Dietetic Association*, *105*, 541–548. doi:10.1016/j.jada.2005.01.029

Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M. (2010). Pressure to eat and restriction are associated with child eating behaviours and maternal concern about child weight , but not child body mass index , in 2- to. *Appetite*, *54*(3), 550–556. doi:10.1016/j.appet.2010.02.013

Gugusheff, J. R., Ong, Z. Y., & Muhlhausler, B. S. (2013). A maternal " junk-food " diet reduces sensitivity to the opioid antagonist naloxone in offspring postweaning. *FASEB J*, *27*, 1275–1284. doi:10.1096/fj.12-217653

Imawati. (2010). *Kaitan antara Pengasuhan dan Kesulitan Makan dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Loktabat Selatan Kotamadya Banjarbaru Propinsi Kalimantan Selatan*. Universitas Gadjah Mada.

Kusuma, H. S., Bintanah, S., & Handarsari, E. (2016). Tingkat Kecukupan Energi dan Protein pada Status Balita Pemilih Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu Semarang. *The 3rd Universty Research Colloquium 2016*, 557–564.

Lubis, G. (2005). Masalah Makan pada Anak. *Majalah Kedokteran Andalas*, *29*(1), 2–13.

Lwanga, S., & Lemeshow, S. (1991). *Sample Size Determination in Health Studies: A Practical Manual*. Geneva: World Health Organization.

Mennella, J. A. (2014). Ontogeny of taste preferences : basic biology and implications for. *American Journal of Clinical Nutrition*, *99*, 704–711. doi:10.3945/ajcn.113.067694.2

Powell, F. C., Farrow, C. V, & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children . The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, *57*(3), 683–692. doi:10.1016/j.appet.2011.08.011

Riordan, J., Gill-Hopple, K., & Angeron, J. (2005). Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk intake. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, *21*(4), 406–12. doi:10.1177/0890334405281032

Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2008). Parental Influence on Eating Behavior. *J Law Med Ethics*, *35*(1), 22–34. doi:10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x.Parental

Shim, J. E., Kim, J., & Mathai, R. A. (2011). Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *Journal of the American Dietetic Association*, *111*(9), 1363–8. doi:10.1016/j.jada.2011.06.410

Tharner, A., Jansen, P. W., Jong, J. C. K., Moll, H. A., Ende, J. Van Der, Jaddoe, V. W. V, … Franco, O. H. (2014). Toward an operative diagnosis of fussy / picky eating : a latent profile approach in a population-based cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *11*(14), 1–11. doi:10.1186/1479-5868-11-14

Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J. Child Psycol. Psyciat.*, *42*(7), 963–970.

Wooldridge, N. H. (2011). Toddler and Preschooler Nutrition. In J. E. Brown (Ed.), *Nutrition Through the Life Cycle* (4th ed., pp. 266–295). California: Wadsworth, Cengage Learning.