



**PENGARUH KONSELING DENGAN “FEEDING RULES”
TERHADAP STATUS GIZI
ANAK DENGAN KESULITAN MAKAN**

**JURNAL MEDIA MEDIKA MUDA
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil Karya Tulis Ilmiah
mahasiswa Program Strata-1 Kedokteran Umum**

**ELVA KADARHADI
G2A008067**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
2012**

**LEMBAR PENGESAHAN JURNAL MEDIA MEDIKA MUDA
KARYA TULIS ILMIAH**

**PENGARUH KONSELING DENGAN “FEEDING RULES“
TERHADAP STATUS GIZI
ANAK DENGAN KESULITAN MAKAN**

Disusun oleh:

**ELVA KADARHADI
G2A008067**

Telah disetujui

Semarang, 4 Agustus 2012

Pembimbing

Penguji

Dr.dr.Mexitalia Setiawati EM, Sp.A(K)

196702271995092001

dr.Niken Puruhita, M.Med.Sc, Sp.GK

197202091998022001

Ketua Penguji

dr.Y.L.Aryoko W, M.Si.Med

19671011199702101

The influence of feeding rules counseling towards nutritional status of children with feeding difficulties

Elva Kadarhadi¹, Rina Pratiwi², Maria Mexitalia³
Department of Child Health, Faculty of Medicine, Diponegoro University
Semarang, Indonesia

ABSTRACT

Background: Feeding difficulties are commonly found in community. Feeding difficulties are identified when a child refuse or not capable of receiving variable amount of food. Feeding rules counseling to the parents is an option to help children learning how to overcome their feeding problems.

Objective: This study was aimed to identify the difference of nutritional status in children with feeding difficulties before and after delivering feeding rules counseling.

Methods: An experimental pre and post test control group design study was conducted from April until July 2012 in Posyandu Tandang and Sendangguwo sub-district Semarang on 20 children of the treatment group and 21 children of the control group. Subjects for this study were children aged 6-24 months. Feeding rules counseling was given to mothers in the treatment group by pediatrician. The differences of Δ WAZ, Δ HAZ and Δ WHZ between groups were compared by independent t-test.

Result: Subjects consisted of 56.1% girls, 92.7% had inappropriate feeding practice. After 3 months, the WAZ, HAZ and WHZ score in the control group had not increased significantly. However, treatment group improved their WAZ ($p=0.058$), HAZ ($p=0.018$), and WHZ ($p=0.545$) but only HAZ was significantly higher compared to that of the control group.

Conclusion: According to HAZ score, there was a difference of nutritional status in children with feeding difficulties before and after feeding rules counseling.

Keywords: feeding difficulty, feeding rules counseling, nutritional status

¹Undergraduate student at Faculty of Medicine, Diponegoro University, Semarang

²Resident in Departement of Child Health, Faculty of Medicine, Diponegoro University, Semarang

²Lecturer Staff in Departement of Child Health, Faculty of Medicine, Diponegoro University, Semarang

PENGARUH KONSELING DENGAN FEEDING RULES TERHADAP STATUS GIZI ANAK DENGAN KESULITAN MAKAN

Elva Kadarhadi¹, Rina Pratiwi², Maria Mexitalia³
Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Semarang, Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Kesulitan makan merupakan masalah yang sering dijumpai di masyarakat. Kesulitan makan diidentifikasi ketika anak menolak atau tidak mampu menerima sejumlah asupan makanan. Konseling dengan *feeding rules* pada orangtua anak merupakan salah satu cara untuk membantu anak dalam mengatasi masalah makannya.

Tujuan: Mengetahui perbedaan status gizi anak dengan kesulitan makan pada sebelum dan sesudah konseling dengan *feeding rules*.

Metode: Penelitian dengan studi *quasi experiment* berupa *non equivalent control group design* dilakukan pada anak usia 6-24 bulan yang menurut orangtuanya memiliki kesulitan makan. Penelitian dilaksanakan pada bulan April hingga Juli 2012 di Posyandu Kelurahan Tandang dan Sendangguwo Semarang terhadap 20 anak kelompok perlakuan dan 21 anak kelompok kontrol. Konseling dengan *feeding rules* diberikan oleh dokter spesialis anak kepada ibu subyek pada kelompok perlakuan. Perbandingan Δ WAZ, Δ HAZ, dan Δ WHZ antara kedua kelompok diuji dengan menggunakan uji t tidak berpasangan.

Hasil: Sebanyak 56.1% subyek adalah anak perempuan, 92,7% anak memiliki masalah makan jenis *inappropriate feeding practice*. Setelah 3 bulan pengamatan, tidak terdapat peningkatan skor WAZ, HAZ, dan WHZ secara signifikan pada kelompok kontrol. Pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan skor WAZ ($p=0,058$), HAZ ($p=0,018$), dan WHZ ($p=0,545$), namun hanya skor HAZ yang memiliki nilai signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Simpulan: Terdapat perbedaan status gizi anak dengan kesulitan makan pada sebelum dan sesudah konseling dengan *feeding rules* dilihat dari skor HAZ.

Kata kunci: kesulitan makan, konseling *feeding rules*, status gizi

¹Mahasiswa program pendidikan S-1 Kedokteran Umum Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

²Residen Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Jl. Dr. Sutomo No. 18 Semarang

³Staf pengajar Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Jl. Dr. Sutomo No. 18 Semarang

PENDAHULUAN

Kesulitan makan pada anak sering dijumpai di masyarakat. Suatu kesulitan makan diidentifikasi ketika seorang anak menolak atau tidak mampu menerima sejumlah variasi makanan atau minuman dalam jumlah yang cukup, padahal anak memerlukan asupan nutrisi yang adekuat untuk mempertahankan status gizinya.¹ Kesulitan makan pada anak memiliki efek yang merugikan, baik bagi pengasuh ataupun anak itu sendiri. Efek merugikan ini dapat berupa penambahan berat badan yang tidak sesuai, defisiensi nutrisi yang penting, serta pengurangan variasi asupan makan anak. Kesulitan makan dalam jangka waktu lama juga dapat menimbulkan kegagalan tumbuh pada anak serta keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak.^{1,2}

Diperlukan suatu pendekatan multidisiplin untuk melakukan penilaian dan penatalaksanaan terhadap kesulitan makan pada anak. Aspek medis, perkembangan, fisiologis, perilaku, hubungan orangtua-anak serta faktor lingkungan diperlukan untuk diagnosa dan penatalaksanaan gangguan makan pada anak.³⁻⁵ Oleh karena itu, tatalaksana pada masalah makan seharusnya mencakup 3 aspek, yakni: (1) mengidentifikasi faktor penyebab, (2) mengevaluasi dampak yang telah terjadi, serta (3) melakukan upaya perbaikan.⁶

Salah satu bentuk upaya perbaikan dalam mengatasi masalah kesulitan makan adalah dengan pemberian konseling bagi orangtua/ pengasuh. Menurut Chatoor, pemberian konseling pada orangtua yang mencakup *feeding rules* dapat membantu anak untuk belajar mengatur dan mengatasi masalah makannya sendiri. *Basic feeding rules* adalah pedoman atau aturan dasar praktik pemberian makan dengan tujuan menyusun jadwal makan yang terstruktur dan membantu anak untuk dapat melatih regulasi makan internalnya.⁷

Penelitian menunjukkan bahwa status gizi anak juga dipengaruhi oleh strategi orangtua saat pemberian makan tersebut.⁸ Status gizi dapat menggambarkan kecukupan asupan nutrisi.⁹ Dengan mengklasifikasikan gangguan makan pada anak ke dalam kelompok-kelompok berdasarkan bagaimana anak menerima nutrisi, dapat diperoleh tilikan tentang riwayat makan anak. Hal ini dapat membantu dalam menentukan penatalaksanaan,

mengidentifikasi cara pemberian dukungan kepada pengasuh, dan memantau status gizi anak.⁴

Penelitian mengenai pengaruh konseling dengan *feeding rules* telah dilakukan di negara lain. Namun, penelitian serupa masih jarang dilakukan di Indonesia, khususnya di Semarang. Oleh karena itu, diperlukan suatu penelitian untuk mengetahui lebih lanjut mengenai status gizi pada kelompok anak dengan kesulitan makan, baik yang orangtuanya mendapat konseling *feeding rules*, maupun yang orangtuanya tidak mendapat konseling *feeding rules*.

METODE

Penelitian dilaksanakan di Posyandu Kelurahan Tandang dan Kelurahan Sendangguwo, Kota Semarang antara bulan April hingga Juli 2012. Desain penelitian yang digunakan adalah studi eksperimental dengan rancangan *quasi experiment non equivalent control group design*. Subyek adalah anak yang menurut pendapat orangtuanya memiliki masalah pemberian makan. Jumlah subyek dalam penelitian ini adalah 41 anak, yang terbagi dalam dua kelompok yakni kelompok perlakuan yang orangtuanya diberi konseling *feeding rules* dan kelompok kontrol yang orangtuanya tidak diberi konseling *feeding rules*. Jumlah subyek pada masing-masing kelompok adalah 20 anak pada kelompok perlakuan dan 21 anak pada kelompok kontrol. Pengukuran antropometri dan pemantauan status gizi subyek dengan parameter perubahan skor WAZ, HAZ, dan WHZ dilakukan setiap bulan selama 3 bulan periode penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini meliputi timbangan berat badan dan pengukur panjang badan yang telah distandardisasi, serta kuesioner yang telah digunakan dalam penelitian multisentra.

Alur penelitian ini diawali dengan kesediaan orangtua subyek untuk mengikuti penelitian melalui *informed consent*. Pengisian kuesioner melalui wawancara dilakukan untuk mendapatkan data umum subyek dan identifikasi jenis masalah kesulitan makan. Pemantauan perubahan antropometri dan status gizi masing-masing kelompok dilakukan setiap bulan selama periode 3 bulan

penelitian dilakukan terhadap subyek yang memiliki jenis kesulitan makan *inappropriate feeding practice* dan *parental misperception*.

Data yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan program *SPSS 17.0 for Windows*. Perubahan status gizi anak pada kelompok perlakuan dan kontrol yang dinilai melalui perbedaan skor WAZ, HAZ, dan WHZ pada awal dan akhir pengamatan masing-masing dianalisis dengan menggunakan uji t berpasangan (parametrik) dan uji Wilcoxon (non-parametrik). Sedangkan perbandingan perubahan status gizi anak antara kelompok perlakuan dan kontrol dilihat dengan membandingkan perubahan skor WAZ, HAZ, dan WHZ (Δ WAZ, Δ HAZ, dan Δ WHZ) awal dan akhir pengamatan dianalisis dengan menggunakan uji t tidak berpasangan (parametrik).

HASIL

Sebanyak 38 subyek (92,7 %) memiliki jenis kesulitan makan *inappropriate feeding practice*, sedangkan 3 anak memiliki jenis kesulitan makan *parental misperception* (7,3%). Karakteristik subyek pada kelompok kontrol dan perlakuan pada awal dan akhir pengamatan tampak pada tabel 2 berikut:

Tabel 1 Karakteristik kelompok kontrol dan perlakuan awal dan akhir pengamatan

Variabel	Awal Pengamatan			Akhir Pengamatan		
	Rerata (SB)		Signifikansi (p)	Rerata (SB)		Signifikansi (p)
	Kelompok Kontrol	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	Kelompok Perlakuan	
Umur (bulan)	13,8 (SB 5,04)	15,4 (SB 5,52)	0,341*	16,8 (SB 5,04)	18,4 (SB 5,52)	0,341*
Berat badan (kg)	9,32 (SB 1,525)	9,04 (SB 1,444)	0,556*	9,75 (SB 1,527)	10,11 (SB 1,537)	0,454*
Panjang badan (cm)	74,61 (SB 5,371)	73,99 (SB 6,776)	0,747*	76,88 (SB 5,405)	78,36 (SB 6,243)	0,422*
Skor WAZ	-0,26 (SB 1,014)	-0,83 (SB 1,282)	0,183**	-0,29 (SB 0,968)	-0,39 (SB 0,851)	0,731*
Skor HAZ	-0,66 (SB 1,084)	-1,56 (SB 1,524)	0,033*	-0,62 (SB 1,364)	-0,96 (SB 1,141)	0,273**
Skor WHZ	0,05 (SB 1,102)	-0,07 (SB 1,480)	0,763*	0,02 (SB 0,952)	0,09 (SB 0,898)	0,802*

(*) : Uji t tidak berpasangan

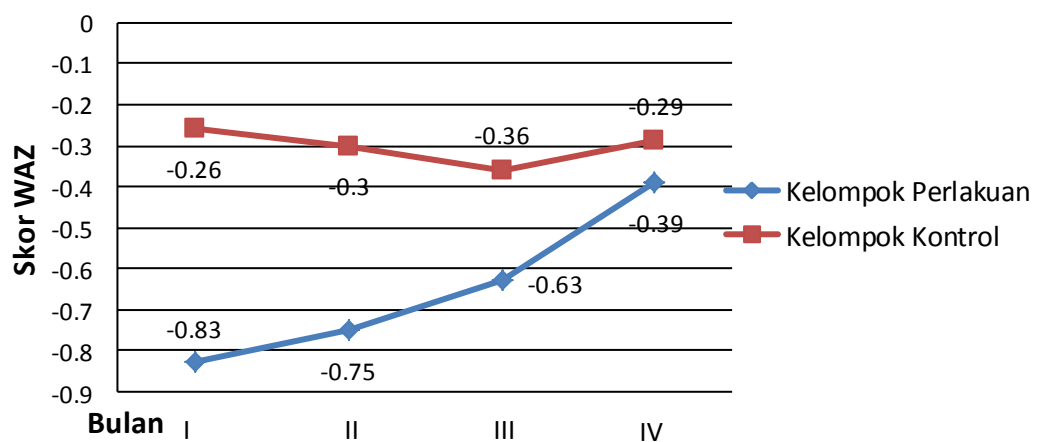
(**) : Uji *Mann-Whitney*

Secara umum karakteristik subyek sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan perlakuan tidak memiliki perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$). Terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol

dan kelompok perlakuan, yakni pada skor HAZ sebelum intervensi ($p=0,033$), dimana skor HAZ pada kelompok perlakuan memiliki nilai yang lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol, Namun demikian, perbedaan skor HAZ kedua kelompok sesudah intervensi menjadi tidak bermakna ($p=0,273$), dikarenakan terdapat peningkatan skor HAZ kelompok perlakuan yang lebih besar dibandingkan dengan peningkatan skor HAZ pada kelompok kontrol.

Rerata skor WAZ subyek

Skor WAZ pada kelompok perlakuan mengalami kecenderungan meningkat setiap bulannya. Hal ini berbeda dengan rerata skor WAZ pada kelompok kontrol yang tidak diberi konseling, yang arah grafiknya memiliki kecenderungan menurun dan sedikit naik pada bulan terakhir, bahkan turun pada bulan III. Terdapat sedikit peningkatan rerata skor WAZ kelompok kontrol pada bulan IV menjadi sebesar $-0,29$ (SB $0,968$).

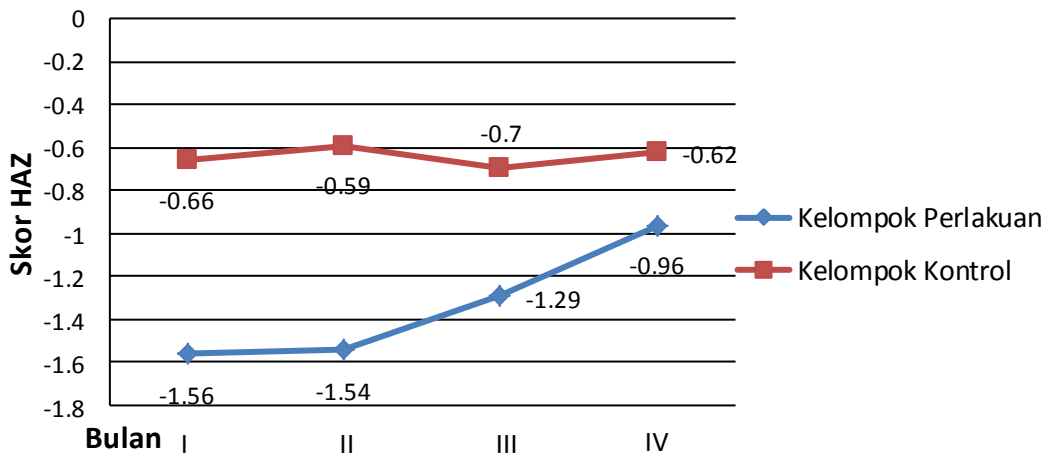


Gambar 1. Grafik rerata skor WAZ kelompok perlakuan dan kelompok

Walaupun pada grafik WAZ, rerata skor kelompok perlakuan berada dibawah rerata skor kelompok kontrol, tampak adanya peningkatan rerata skor WAZ kelompok perlakuan setiap bulannya dibandingkan dengan rerata skor WAZ kelompok kontrol. Rerata skor WAZ kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada bulan I-IV berkisar antara -2 SB hingga 2 SB, yang mana termasuk dalam kategori berat badan normal.

Rerata skor HAZ subyek

Skor HAZ kelompok perlakuan meningkat setiap bulannya dibandingkan dengan rerata skor HAZ pada kelompok kontrol.

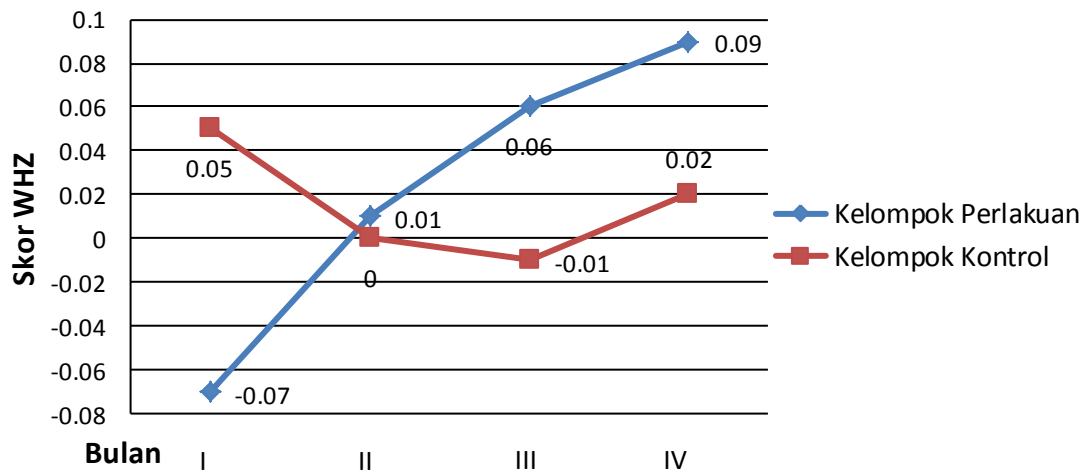


Gambar 2. Grafik rerata skor HAZ kelompok perlakuan dan kelompok

Seperti halnya dengan grafik rerata skor WAZ, pada grafik skor HAZ terlihat bahwa rerata skor HAZ kelompok perlakuan terletak lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Namun, pada grafik HAZ kelompok perlakuan tampak mengalami peningkatan lebih dibandingkan dengan grafik HAZ kelompok kontrol. Rerata skor HAZ pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah lebih dari -2 SB, sehingga rerata tinggi badan subyek baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol termasuk dalam kategori normal.

Rerata skor WHZ subyek

Pada kelompok perlakuan, tampak adanya kecenderungan arah grafik yang terus meningkat setiap bulannya. Berbeda dengan grafik skor WHZ kelompok perlakuan, pada kelompok kontrol, grafik rerata skor WHZ mengalami penurunan pada akhir pengukuran dibandingkan pada saat awal pengukuran.



Gambar 3. Grafik rerata skor WHZ kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Secara umum, skor WHZ pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berada pada posisi -2 SB hingga 2 SB, sehingga dapat dikatakan bahwa rerata status gizi subyek dari awal hingga akhir pengamatan adalah baik. Walaupun demikian, rerata skor WHZ pada kelompok perlakuan memiliki arah grafik yang meningkat setiap bulannya dibandingkan dengan rerata skor WHZ pada kelompok kontrol.

Uji beda rerata skor WAZ, HAZ, dan WHZ awal dan akhir pengamatan pada masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Uji t berpasangan atau uji *Wilcoxon* digunakan untuk mengetahui perubahan status gizi awal dan akhir pengukuran (bulan I - IV) pada masing-masing kelompok. Hasil uji beda terdapat pada tabel 2 berikut:

Tabel 2. Perubahan rerata skor WAZ, HAZ, dan WHZ pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada awal dan akhir pengamatan

Variabel	Kelompok kontrol		Signifikansi (p)	Kelompok perlakuan		Signifikansi (p)
	Awal pengamatan	Akhir pengamatan		Awal pengamatan	Akhir pengamatan	
Skor WAZ	-0,26 (SB 1,014)	-0,29 (SB 0,968)	0,848**	-0,83 (SB 1,282)	-0,39 (SB 0,851)	0,068*
Skor HAZ	-0,66 (SB 1,083)	-0,62 (SB 1,264)	0,802*	-1,56 (SB 1,524)	-0,96 (SB 1,141)	0,002**
Skor WHZ	0,05 (SB 1,102)	0,02 (SB 0,952)	0,790*	-0,07 (SB 1,480)	0,09 (SB 0,898)	0,597*

(*) : Uji t berpasangan (**) : Uji *Wilcoxon*

Perubahan rerata skor WAZ kelompok kontrol pada awal dan akhir pengamatan yang memiliki nilai signifikansi $p=0,848$, menunjukkan perubahan yang tidak signifikan ($p>0,05$). Hal ini berbeda dengan rerata skor WAZ pada kelompok perlakuan yang mengalami kenaikan dari $-0,83$ (SB 1,282) sebelum dilakukan intervensi menjadi $-0,39$ (SB 0,851) setelah intervensi dilakukan dengan nilai signifikansi $p=0,068$.

Rerata skor HAZ kelompok kontrol pada bulan I hingga bulan IV memiliki nilai signifikansi $p=0,802$ yang menunjukkan perubahan yang tidak signifikan ($p>0,05$). Namun, pada kelompok perlakuan, perubahan rerata skor HAZ menunjukkan adanya perubahan yang signifikan sebesar $p=0,002$ ($p>0,05$).

Rerata skor WHZ sebelum intervensi pada kelompok perlakuan adalah $-0,07$ (SB 1,480) dan meningkat setiap bulan sehingga rerata skor WHZ akhir pengamatan menjadi sebesar $0,09$ (SB 0,898). Namun demikian, hasil uji t berpasangan menunjukkan perubahan rerata skor WHZ kelompok perlakuan tidak signifikan ($p=0,597$). Seperti halnya rerata skor WHZ kelompok perlakuan, rerata skor WHZ awal dan akhir pengamatan pada kelompok kontrol juga tidak mengalami perubahan yang signifikan ($p=0,790$).

Uji beda rerata skor WAZ, HAZ, dan WHZ awal dan akhir pengamatan pada masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Uji t tidak berpasangan digunakan untuk membandingkan perubahan status gizi awal dan akhir pengamatan (bulan I-IV) antara kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil uji beda terdapat pada tabel 3 berikut:

Tabel 3. Perbandingan perubahan status gizi pada kelompok kontrol dan perlakuan

Variabel	Rerata (SB)		Signifikansi (p)
	Kelompok kontrol	Kelompok perlakuan	
Δ WAZ	$-0,04$ (SB 0,458)	$0,44$ (SB 1,018)	$0,058$
Δ HAZ	$0,04$ (SB 0,723)	$0,60$ (SB 0,731)	$0,018$
Δ WHZ	$-0,03$ (SB 0,591)	$0,16$ (SB 1,341)	$0,545$

Perubahan rerata skor WAZ dan WHZ (Δ WAZ dan Δ WHZ) dari awal hingga akhir pengamatan antara kelompok kontrol dan perlakuan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p > 0,05$). Namun demikian, terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$) pada perubahan rerata skor HAZ ($p = 0,018$) antara kelompok kontrol dan perlakuan.

PEMBAHASAN

Rerata usia subyek pada penelitian ini adalah 14,6 bulan dimana pada usia ini, anak membutuhkan asupan nutrisi yang penting karena masa bayi merupakan masa penting atau kesempatan emas (*golden period*) yang menentukan pertumbuhan dan perkembangan fase selanjutnya.¹⁰ Berdasarkan UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik, salah satu jenis kesulitan makan yang cukup banyak ditemukan di Indonesia adalah *inappropriate feeding practice*.¹¹ Dari 41 anak dengan kesulitan makan yang menjadi subyek penelitian ini, sebanyak 38 (92,7%) anak memiliki kesulitan makan jenis *inappropriate feeding practice*, dan 3 (7,3%) anak lainnya memiliki masalah kesulitan makan *parental misperception*.

Jenis kesulitan makan *inappropriate feeding practice* merupakan praktik pemberian makan pada anak yang tidak sesuai dengan umur ataupun tahapan perkembangannya, sedangkan kesulitan makan *parental misperception* timbul karena orangtua terlalu cemas atau mengira porsi makan anak terlalu sedikit meskipun pedoman pemberian makan anaknya (*feeding practice*) sudah benar. Salah satu cara untuk mengatasi masalah makan *inappropriate feeding practice* dan *parental misperception* ini dapat dilakukan dengan memberikan edukasi serta pengenalan *basic feeding rules*.¹¹

Basic feeding rules merupakan pedoman atau aturan dasar praktik pemberian makan yang benar untuk mengatasi masalah kesulitan makan.⁷ Penelitian di Amerika pada tahun 2007 menunjukkan bahwa strategi orangtua saat pemberian makan juga mempengaruhi status gizi anak.⁸ Penelitian di Cina menunjukkan bahwa ibu yang mendapat intervensi pendidikan gizi selama 1 tahun mempunyai pengetahuan dan praktik pemberian makan dan pertumbuhan bayi yang lebih baik.¹² Oleh karena itu, pada penelitian ini juga dilakukan penilaian

terhadap status gizi anak melalui pengukuran antropometri untuk memantau pengaruh *feeding rules* yang diberikan pada kelompok kontrol.

Antropometri berguna dalam menentukan status nutrisi anak dan memantau tumbuh kembang anak.¹³ Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan status gizi dilihat dari skor WAZ, HAZ, dan WHZ yang signifikan pada saat awal dan akhir pengamatan baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol. Terdapat perbedaan yang signifikan ketika membandingkan perubahan skor HAZ awal dan akhir pengamatan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Namun, perubahan skor WAZ serta WHZ awal dan akhir pengamatan antara kelompok perlakuan dan kontrol tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hal ini dikarenakan pada parameter status gizi WAZ, terdapat variabel berat badan yang dapat bertambah ataupun berkurang setiap bulannya. Beberapa subyek penelitian mengalami penurunan berat badan karena sedang dalam kondisi sakit. Berbeda dengan parameter status gizi HAZ, dimana variabel panjang badan cenderung bertambah setiap bulannya, sehingga tampak perbedaan yang signifikan pada perbandingan perubahan skor HAZ awal dan akhir pengamatan antara dua kelompok. Perubahan rerata skor WHZ awal dan akhir pengamatan menjadi tidak signifikan meskipun terdapat peningkatan rerata skor WHZ karena perubahan rerata panjang badan yang signifikan tidak diimbangi dengan rerata perubahan berat badan secara signifikan pula.

Meskipun hasil perubahan skor WHZ dan WAZ antara kelompok perlakuan dan kontrol tidak bermakna secara statistik, namun rerata skor WHZ, WAZ, dan HAZ pada kelompok perlakuan bermakna secara klinis, dimana terdapat peningkatan lebih dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil yang tidak jauh berbeda tampak pada penelitian mengenai pertumbuhan dan makan anak di Cina dimana terdapat peningkatan skor WAZ dan HAZ yang lebih pada kelompok yang diberi edukasi dibandingkan kelompok kontrol. Selain itu, jumlah anak dengan malnutrisi sedang dan berat menjadi lebih sedikit pada kelompok edukasi dibandingkan kelompok kontrol.¹⁴

Penelitian oleh USAID di Cina, Bangladesh, Vietnam, dan Brazil juga menunjukkan adanya peningkatan skor WAZ dan skor HAZ setelah pemberian

edukasi untuk mengubah perilaku pemberian makan yang benar. Penelitian oleh USAID yang dilakukan di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan skor WAZ sebesar +0,35 dan skor HAZ sebesar +0,30 setelah orangtua mendapat edukasi mengenai cara pemberian makan yang benar.¹⁵ Penelitian lain di Indonesia pada tahun 2008 mengenai penyuluhan model pendampingan dan perubahan status gizi anak usia 6-24 bulan menunjukkan bahwa penyuluhan model pendampingan lebih efektif daripada penyuluhan konvensional dalam menekankan penurunan status gizi anak usia 6-24 bulan.¹⁶

SIMPULAN

Tidak terdapat perbedaan status gizi anak dengan kesulitan makan pada awal dan akhir pengamatan pada kelompok kontrol yang orangtuanya tidak diberi konseling *feeding rules*. Namun pada kelompok kontrol, terdapat perbedaan status gizi anak dengan kesulitan makan pada awal dan akhir pengamatan dilihat dari skor HAZ. Terdapat perbedaan perubahan status gizi antara anak dengan kesulitan makan yang orangtuanya mendapat konseling *feeding rules* dan anak dengan kesulitan makan yang orangtuanya tidak mendapat konseling *feeding rules* pada awal dan akhir pengamatan dilihat dari skor HAZ.

SARAN

Dalam penatalaksanaan kesulitan makan pada anak melalui konseling sebaiknya juga dilakukan pengawasan langsung secara rutin mengenai kepatuhan terhadap *basic feeding rules*. Penyelenggaraan konseling juga dapat ditujukan pada kader posyandu dan dapat dilakukan dalam sesi kelas ibu agar pemahaman mengenai pedoman pemberian makan yang benar dapat disalurkan bagi warga lainnya yang juga memiliki keluhan kesulitan makan pada anaknya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Piazza CC, Carroll-Hernandez TA. Assessment and treatment of pediatric feeding disorders. Dalam: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7.

2. Faye CP, Claire VF, Caroline M. Food avoidance in children : The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*. 2011;57:683-92.
3. Nathalie R, Anne-Marie DM, Louw F, Gigi VW. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2003; 37:75–84.
4. Ashley JG, Charles SG, Elizabeth AM, Rinita BL. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008; 33(6): 612–20.
5. Winters NC. Feeding problems in infancy and early childhood. *Primary Psychiatry*. 2003;10(6):30-4.
6. Lubis G. Masalah makan pada anak. *Majalah Kedokteran Andalas (Volume 29)*. 2005 Januari-Juni.
7. Chatoor I. *Diagnosis and treatment of feeding disorders, in infant, toddlers, and young children*. Washington DC: Zero to three; 2009.
8. Ventura AK, Birch LL: Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008; 5:15.
9. Gizi dan kesehatan masyarakat/ Departemen gizi dan kesehatan masyarakat fakultas kesehatan masyarakat Universitas Indonesia. Edisi II. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. 2008;275-98.
10. Selina H, Fitri H, Farid AR. Stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang anak. Dalam: Dadiyanto DW, Muryawan MH, Anindita, penyunting. *Buku ajar ilmu kesehatan anak*. Cetakan pertama, Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro;2011.p. 65-6.
11. Sjarif DR. Masalah makan pada batita. Penelitian pendahuluan. *UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik, Ikatan Dokter Anak Indonesia*. 2011. [*unpublished*]
12. Guldan GS. Maternal education and child feeding practices in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1993;36:925-35.
13. Hendaro A, Sjarif DR. Anthropometri anak dan remaja. Dalam: Sjarif DR, Lestari ED, Mexitalia M, Nasar SS, penyunting. *Buku ajar nutrisi pediatrik dan penyakit metabolik*. Cetakan Pertama. Jakarta: Badan Penerbit IDAI; 2011. p. 23-30.
14. Guldan GS, Fan HC, Xiao M, Ni ZZ, Xiang X, Tang MZ. Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China. *The Journal of Nutrition*, 2000;130:1204-11.
15. USAID. Behaviour change interventions and child nutritional status: Evidence from the promotion improved complementary feeding practices. 2011. [cited 2012July25]. Available from: http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/behaviour_change_and_child_nutrition.pdf
16. Amir A, Muis SF, Suyatno. Penyuluhan model pendampingan dan perubahan status gizi anak usia 6-24 bulan. *Media Medika Indonesia*, 2008;43(3):148-54.