

DETERMINAN “PICKY EATER” (PILIH-PILIH MAKANAN) PADA ANAK USIA 1-3 TAHUN (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo)

Niken Kusumawardhani¹, Windhu Purnomo², Rachmat Hargono²,
Siti Nurul Hidayati³, Martono Tri Utomo³, Sri Andari⁴

¹) Mahasiswa S2 FKM Unair

²) Staf Pengajar dan Peneliti FKM Unair Surabaya,

³) Staf Pengajar dan Peneliti SMF Ilmu Kesehatan Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya,

⁴) Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

ABSTRACT

Picky eater is one of the important issues in child growth that have to be concerned by parents and health practitioners, due to the negative effect of imbalance increasing of weight, important nutrition deficiency, also lack of variation of food consumptions. If this issue does not immediately treated it can cause a long term effect of an unhealthy or slow development and growth in children. Sample of population used in this research are all children aged 1-3 years old in Posyandu of Puskesmas Jabon in March until May 2013. The type of this study was an analytic with case control design study. The total of sample was 106 children divided in case (n=53) and control groups (n=53) and using Multiple Logistic Regression Test. The outcome of this research are showing all illness that have been suffered by all children in last 3 months, lack of interaction between mother and children, parents selective food behavior, not given enough exclusive breastfed for 6 months, given weaning food less than or more than 6 months, children is raised by people other than parents, socio-cultural dietetic view, unmatching frequencies between consumption and age, improper mealtimes, and improper feeding techniques are all crucial in affecting selective eating disorder in children aged 1-3 years in area of work of Puskesmas Jabon Sidoarjo in 2013.

Key words: Picky eater disorder

A. PENDAHULUAN

Memilih-milih makanan (*picky eater*) merupakan masalah pada anak yang perlu diperhatikan baik oleh orang tua maupun praktisi kesehatan, karena *picky eater* pada anak memiliki efek yang merugikan, baik bagi pengasuh ataupun anak itu sendiri. *Picky eater* banyak terjadi pada umur 1 sampai 3 tahun dan berisiko dua kali lebih besar untuk mempunyai berat badan rendah pada umur 4,5 tahun dibandingkan anak yang bukan *picky eater* (Dubois, 2007; Wright, 2008; Judarwanto, 2006). Masalah makan merupakan hal yang umum di kalangan anak-anak, sekitar 25%-40% balita dan anak yang baru masuk sekolah merupakan *picky eater* (Mayes dan Volkmar, 1993). Efek merugikan dapat berupa penambahan berat badan yang tidak sesuai, defisiensi nutrisi yang penting, serta pengurangan variasi asupan makan. *Picky eater* yang tidak ditangani dengan benar dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan kegagalan tumbuh serta keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan.

Kejadian kasus anak dengan gizi buruk di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun, hal ini tidak saja dialami oleh masyarakat dengan ekonomi menengah kebawah namun juga dialami oleh masyarakat ekonomi atas. Kasus gizi buruk yang semakin meningkat ini dapat disebabkan dari perilaku anak dalam memilih-milih makanan, dimana anak-anak tidak mengetahui kandungan gizi yang terdapat di dalam makanan yang dipilihnya itu dapat memenuhi kebutuhan gizinya atau tidak. Studi pendahuluan yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jabon tepatnya di desa Balong Tani, perilaku *picky eater* yang dialami oleh anak berusia 12-36 bulan yang terdaftar di buku register posyandu sebanyak 33,3%.

Penyebab utama *picky eater* pada anak yaitu hilangnya nafsu makan, gangguan proses makan di mulut, dan pengaruh psikologis yaitu kondisi kecemasan, ketakutan, sedih, depresi atau trauma, kondisi fisik karena adanya keterbatasan pada anak terutama organ-organ pencernaan (Dorfmann, 2008; Judarwanto, 2006). Faktor interaksi ibu dan anak, perilaku ibu yang mempunyai variasi asupan sayur yang rendah, kualitas makanan yang rendah, perilaku makan pengasuh dan orang tua, serta suasana keluarga juga dapat menjadi penyebab *picky eater* (Claude dan Bernard Bonning, 2006; Galloway, *et al.*, 2003; Dubois, 2007; Alarcon *et al.*, 2003). Ditemukan pula bahwa ibu yang anaknya *picky eater* mempunyai pendapatan rendah dan pendidikan rendah, serta tidak memberikan ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI (MP-ASI) diberikan terlalu dini (<6 bulan) atau bahkan terlambat dalam memberikan MP-ASI (>6 bulan) (Dubois, 2007; Chatoor, Jaclyn Surles, Jodi Ganiban *et al.*, 2004; Galloway *et al.*, 2003).

Orang tua di Indonesia masih mempunyai anggapan bahwa anak yang sehat adalah anak yang gemuk, sehingga banyak orang tua salah dalam mengambil langkah, seperti memberikan susu formula di samping ASI bahkan memberikan makanan pada anak yang masih berumur dibawah 3 bulan (Einsenberg *et al.*, 2002). Selain itu pola asuh makan terhadap anak sangat dipengaruhi oleh budaya, unsur-unsur budaya mampu menciptakan suatu kebiasaan makan dalam masyarakat yang diajarkan secara turun temurun kepada seluruh anggota keluarganya padahal kadang-kadang unsur budaya tersebut bertentangan dengan prinsip-prinsip ilmu gizi (Suhardjo, 2003). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis determinan *picky eater* pada anak umur 1-3 tahun yang bertempat di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo.

B. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian *Picky Eater*

Istilah *picky eater* memang belum begitu dikenal, namun terdapat beberapa definisi yang menjelaskan tentang *picky eater* dalam Chatoor (2009), sebagai berikut:

- 1) Marchi dan Cohen (1990) mendefinisikan pilih-pilih makan ditandai dengan tiga dari perilaku anak sebagai berikut: tidak cukup makan, sering atau sangat sering memilih makanan, biasanya makan perlahan, atau tidak tertarik pada makanan.
- 2) Dovey, Staples, Gibson, dan Halford (2007) menyatakan bahwa "*picky/rewel*" makan biasanya didefinisikan sebagai anak-anak yang mengkonsumsi berbagai makanan yang tidak memadai, melalui penolakan sejumlah besar makanan yang akrab serta asing.
- 3) Timimi, Dauglas, dan Triftsopoulou (1997) mendefinisikan *picky eater* sebagai pola perilaku yang spesifik dan gigih yang terdiri dari penolakan untuk makan apapun makanan di luar makanan yang disukai, dan mereka menggambarkan perilaku yang disertai upaya perlawanan untuk makan, tersedak, menyemburkan makanan, bermain dengan makanan di waktu makan, makan secara lambat, dan kesulitan menelan atau mengunyah makanan.
- 4) Rydel, Dahl, dan Sundelin (1995) menjelaskan "*picky eater*" sebagai anak-anak yang pemilih, diwujudkan dalam penolakan makanan, makan sedikit, dan tidak tertarik pada makanan.
- 5) Kesulitan makan (*picky eater*) adalah perilaku anak tidak mau atau menolak untuk makan, atau mengalami kesulitan mengkonsumsi makanan atau minuman dengan jenis dan jumlah sesuai umur secara fisiologis (alamiah dan wajar) yaitu mulai dari membuka mulutnya tanpa paksaan, mengunyah, menelan, hingga sampai terserap di pencernaan secara baik tanpa paksaan dan tanpa pemberian vitamin dan obat tertentu (Judarwanto, 2006).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa *picky eater* merupakan kesulitan makan pada anak yang ditandai dengan menolak makan dan memilih makanan yang sangat disukai.

2.2 Epidemiologi *Picky Eater*

Sekitar 25% anak normal dan 80% anak yang memiliki gangguan perkembangan mengalami kesulitan makan, serta terdapat 1-2% bayi dengan kesulitan makan serius yang dikaitkan dengan gangguan pertumbuhan (Chatoor, 2009). Penelitian di Amerika Serikat menemukan bahwa 20% sampai 50% dari anak-anak dijelaskan oleh orang tua mereka sebagai *picky eater* (Piazza, Carroll-Hernandez, 2004; Lubis, 2005).

Sebuah studi populasi di London menggambarkan 17% anak berumur 3 tahun memiliki nafsu makan yang buruk dan 12% *picky eater* (Shore, Piazza, 1997). Sedangkan di Indonesia prevalensi *picky eater* terjadi pada anak berusia 1-3 tahun sekitar 20%, dari anak *picky eater* 44,5% mengalami malnutrisi ringan sampai sedang, dan 79,2% dari subjek penelitian telah mengalami *picky eater* lebih dari 3 bulan (Dewanti, 2012; Lubis, 2005).

2.3 Etiologi *Picky Eater*

Komponen gangguan perilaku makan anak berhubungan dengan pengalaman dan rangsang oral di masa lalu. Anak yang pernah memiliki pengalaman makan yang tidak menyenangkan akan takut untuk belajar makan dan menghindari makanan. Anak yang pernah mengalami *refluks gastroesofagus* dan *esofagitis* akan merasakan nyeri yang berulang-ulang ketika makan/minum atau anak yang peka terhadap rasa, tekstur, dan bau memberikan anak pengalaman makan tidak menyenangkan sehingga anak akan menghindari makanan. Penolakan makan ini bisa saja menetap meskipun masalah organik yang mendasarinya telah hilang. Dibutuhkan rasa percaya diri dengan merasakan pengalaman menyenangkan yang berulang ketika makan untuk mengatasi hal ini.

Orang tua yang mengalami depresi dan kelelahan dapat menjadi mudah marah dan menjadi tidak memiliki ketertarikan pada makan anaknya. Rangsangan makan dari orang tua, tingkat kekacauan, adanya jarak emosional orang tua anak/interaksi antara ibu dan anak yang kurang baik, serta kurangnya keterlibatan orang tua dalam mempersiapkan dan menyajikan makanan dapat membuat anak makan dengan perasaan tidak senang atau bahkan menjadi tidak tertarik makan apapun (Douglas, 1995; Chatoor, 2009).

Terdapat banyak faktor yang dapat menyebabkan pilih-pilih makan pada anak. Faktor-faktor ini memiliki interaksi yang dinamis satu sama lainnya (Winters, 2003).

2.3.1 Penyakit pada anak

Penyakit yang diderita anak seperti gangguan saluran pencernaan yang bisa dialami yaitu alergi makanan, *celiac*, *reflux*, kolik, *pancreatic insufficiency*, diare, hepatitis, sirosis, sariawan, bibir sumbing dan sebagainya merupakan faktor penyebab terpenting dalam gangguan proses makan di mulut. Hal ini dapat dijelaskan dengan teori "*Gut Brain Axis*". Teori ini menunjukkan bahwa bila terdapat gangguan saluran cerna maka mempengaruhi fungsi susunan saraf pusat atau otak. Gangguan fungsi susunan saraf pusat tersebut berupa gangguan neuroanatomis dan neurofungsional. Salah satu manifestasi klinis yang terjadi adalah gangguan koordinasi motorik kasar mulut. Gangguan pencernaan tersebut kadang tampak ringan seperti tidak ada gangguan. Tampak anak sering mudah mual atau muntah bila batuk, menangis atau berlari. Sering nyeri perut sesaat dan bersifat hilang timbul, bila tidur sering dalam posisi "nungging" atau perut diganjol bantal.

Sulit buang air besar (bila buang air besar mengejan, tidak setiap hari buang air besar, atau sebaliknya buang air besar sering (>2 kali/perhari). Kotoran tinja berwarna hitam atau hijau dan baunya sangat menyengat, berbentuk keras, bulat (seperti kotoran kambing), pernah ada riwayat berak darah. Lidah tampak kotor, berwarna putih serta air liur bertambah banyak atau mulut berbau. Keadaan ini sering disertai gangguan tidur malam seperti sering rewel, kolik, tiba-tiba terbangun, mengigau atau menjerit, tidur bolak balik dari ujung ke ujung lain tempat tidur. Saat tidur malam timbul gerakan *brushing* atau beradu gigi sehingga menimbulkan bunyi gemeretak.

Biasanya disertai gangguan kulit: timbul bintik-bintik kemerahan seperti digigit nyamuk atau serangga, biang keringat, kulit berwarna putih (seperti panu) di wajah atau di bagian badan lainnya dan sebagainya. Kulit di bagian tangan dan kaki tampak kering dan kusam. Tanda dan gejala tersebut di atas sering dianggap biasa oleh orang tua bahkan banyak dokter atau klinisi karena sering terjadi pada anak. Bila diamati secara cermat tanda dan gejala tersebut merupakan manifestasi adanya gangguan pencernaan, yang berkaitan dengan kesulitan makan pada anak. Hal tersebut dapat menyebabkan anak merasa tidak nyaman dan cenderung menolak makan sehingga menyebabkan risiko tinggi untuk gizi buruk. Keterbatasan fisik, terutama organ-organ pencernaannya merupakan penyebab anak menjadi *picky eater* (Judarwanto, 2006; Dorfmann, 2008).

Penelitian Alarcon *et al* (2003) menyatakan bahwa terdapat perbedaan antara anak yang sakit dan anak yang tidak sakit dengan *picky eater*. Penelitian Daniel dan Jacob (2012) menyatakan bahwa *picky eater* pada anak dapat dikaitkan dengan persepsi orang tua terhadap penurunan tingkat kesehatan dan aktivitas anak.

Penyakit infeksi dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit. Anak yang sering menderita sakit dapat menghambat atau mengganggu proses tumbuh kembang. Ada beberapa penyebab seorang anak mudah terserang penyakit, adalah (Lubis, 2008) :

- 1) Apabila kecukupan gizi terganggu karena anak sulit makan dan nafsu makan menurun. Akibatnya daya tahan tubuh menurun sehingga anak menjadi rentan terhadap penyakit;
- 2) Lingkungan yang kurang mendukung sehingga perlu diciptakan lingkungan dan perilaku yang sehat;
- 3) Jika orang tua lalai dalam memperhatikan proses tumbuh kembang anak oleh karena itu perlu memantau dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak secara teratur sesuai dengan tahapan usianya dan segera memeriksakan ke dokter jika anak menderita sakit.

Gangguan malabsorpsi yang disebabkan oleh adanya gangguan enzim dapat pula menyebabkan anak menjadi *picky eater*, tingginya konsentrasi asam lambung dapat menyebabkan menurunnya kadar keasaman (pH) pada saluran cerna di bagian atas, hal ini dapat mengakibatkan anak menjadi sulit makan dan cenderung *picky eater*. Percepatan waktu transit makanan dalam usus yang mengakibatkan proses absorpsi berkurang dan dapat menimbulkan diare dipicu dari hipersekresi asam lambung (Cathey dan Gaylord, 2004).

2.3.2 Faktor psikologis

Kebanyakan orang pada umumnya berasumsi jika anak balita terlalu kecil untuk merasa sedih. Berdasarkan penelitian terbaru menyatakan bahwa depresi klinis ternyata tidak mengenal umur. Faktor psikologis/perilaku pada anak dengan kesulitan makan meliputi: kecemasan, perhatian yang mudah teralihkan, memiliki keinginan yang kuat, serta gangguan mengendalikan diri. Riwayat tersedak, dipaksa ataupun dimarahi saat makan dapat menjadi penyebab psikologis kesulitan makan pada anak (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Terdapat banyak faktor psikologis yang mempengaruhi nafsu makan anak yang sedang merasa tidak bahagia, sedih depresi atau merasa tidak nyaman dapat mengalami gangguan nafsu makan, selain itu *mood* ketika stress berperan pada rendahnya variasi makanan dan kecenderungan terhadap rasa manis (Greeno dan Wing, 1994).

Orang tua yang membiarkan anaknya menangis berlama-lama dan sepuas-puasnya adalah sikap yang buruk dalam mendidik, karena menangis seperti itu membuat anak merasakan kepedihan yang hebat dan merasa kesepian. Anak seolah-olah dibiarkan

sendirian dan tidak diperdulikan, tidak di bantu dalam mengembangkan fungsi psikis yang paling dibutuhkan yaitu: kemampuan untuk berhubungan dan menerima kehangatan dan keramahan orang lain. Akibat dari situasi tersebut anak dapat mengalami depresi (Gunarsa, 2010).

Anak yang menderita depresi secara persisten selalu terganggu, menarik diri dan *lethargic*. Anak yang depresi juga kehilangan minat untuk melakukan kegiatan yang sebelumnya sangat mereka sukai termasuk perubahan kebiasaan makan (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Hilangnya nafsu makan akan menyebabkan anak menjadi *picky eater* yang biasanya dimulai dari kehilangan nafsu makan dari yang ringan hingga berat (Judarwanto, 2006).

2.3.3 Nafsu makan

Sebagian besar bayi mengalami kenaikan berat tubuh tiga kali berat lahirnya ketika ia berumur satu tahun, pada tahun ke dua ia hanya bertambah kira-kira seperempat dari beratnya. Menurunnya selera makan pada saat ini adalah cara tubuh bayi untuk menjamin adanya penurunan dari kenaikan berat tubuh ini. Ada juga faktor lain yang dapat mempengaruhi kebiasaan makan bayi pada saat ini. Salah satunya adalah bertambahnya minat bayi terhadap dunia sekitarnya. Selama hampir seluruh tahun pertamanya waktu makan adalah saat-saat yang menonjol dalam kehidupannya (Judarwanto, 2006).

Penelitian Alarcon *et al* (2003) menyatakan tidak ada perbedaan yang signifikan antara nafsu makan anak dengan *picky eater*. Sedangkan penelitian Johnson (2003) yang menyatakan bahwa *picky eater* merupakan bagian normal dari perkembangan anak yang mengarah pada frustrasi, kecemasan dan perebutan kekuasaan antara anak dan orang tua.

Menurut Sigmund Freud (1956-1939) pada satu tahun awal kehidupannya anak berada pada masa oral. Di dalam masa ini fokus kepuasan baik fisik maupun emosional berada pada sekitar mulut (oral). Kebutuhan untuk makan, minum sifatnya harus segera dipenuhi. Bayi menangis karena lapar, jika segera disusui dan kenyang bayi akan berhenti menangis dan tidur. Pada masa ini segala sesuatunya selalu dimasukkan ke dalam mulutnya. Demikian juga apa bila ada gangguan fisik tidak nyaman anak menangis dan setelah gangguan fisiknya hilang akan segera diam (Siswanto, 2009).

Pada tahun kedua anak memasuki masa anal. Pada fase ini kepuasan atau kesenangan berpusat disekitar anus dan segala aktivitas yang berhubungan dengan anus. Pada fase ini waktu makan hanya tampak seperti hal yang mengganggu bagi bayi yang sedang ingin terus bergerak. Bertambahnya kemandirian juga dapat mempengaruhi reaksi anak terhadap makanan. Bayi yang sedang dalam proses berkembang menjadi anak balita, bisa saja bayi sangat menyukai makanan tertentu namun menolak beberapa jenis makanan (Siswanto, 2009; Eisenberg, 2002).

Picky eater pada anak yang disebabkan oleh hilangnya nafsu makan dapat terjadi mulai dan tingkat yang ringan hingga yang berat. Gejala ringan dapat berupa kurangnya nafsu makan, pada anak terlihat dari minum susu botol yang sering sisa, mengeluarkan atau menyembur-nyemburkan makanan dan waktu minum ASI yang singkat, sedangkan gejala berat tampak dalam bentuk anak menutup mulutnya rapat-rapat atau menolak makan dan minum susu sama sekali. Hilangnya nafsu makan pada anak dapat terjadi karena gangguan saluran cerna, penyakit infeksi akut atau kronis, seperti TBC, cacingan, alergi makanan dan sebagainya (Judarwanto, 2006).

2.3.4 Umur anak

Biasanya anggota keluarga pria yang lebih tua (senior) mendapat jumlah dan mutu susunan makanan yang lebih baik daripada anak kecil dan wanita muda. Padahal anak-anak membutuhkan banyak zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Keadaan tersebut akan mengakibatkan buruknya keadaan gizi pada anak. Pada anak-anak,

energi yang dibutuhkan lebih banyak dari pada kelompok umur lainnya karena pada umur ini tubuh memerlukan energi untuk pertumbuhan badan (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Kejadian *picky eater* terbanyak pada umur 1-3 tahun. Berdasarkan hasil penelitian Antolis (2012) yang dilakukan di Semarang, mayoritas anak yang mengalami kesulitan makan (*picky eater*) adalah berumur 6-24 bulan. Anak usia 1-3 tahun mempunyai perilaku makan yang rewel, suka memasukkan makanan ke dalam mulut tanpa menelannya, makan makanan yang sama berkali-kali dan menutup mulut yang biasa dikenal dengan istilah gerakan tutup mulut (GTM) (Judarwanto, 2006). Penelitian Lubis (2005) menjelaskan, *picky eater* banyak terjadi pada umur 1 sampai 3 tahun dan berisiko dua kali lebih besar untuk mempunyai berat badan rendah pada umur 4,5 tahun dibandingkan anak yang bukan *picky eater*. Studi populasi di London-Inggris, pada anak berumur 3 tahun sebanyak 17% digambarkan memiliki nafsu makan yang buruk dan 12% *picky eater* (Shore, Piazza, 1997). Sedangkan di Indonesia prevalensi *picky eater* terjadi pada anak berusia 1-3 tahun sekitar 20%, dari anak *picky eater* 44,5% mengalami malnutrisi ringan sampai sedang, dan 79,2% dari subjek penelitian telah mengalami *picky eater* lebih dari 3 bulan (Dewanti, 2012).

2.3.5 Jenis kelamin anak

Pada masyarakat tradisional, wanita mempunyai status yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Keadaan ini dapat mengakibatkan angka kematian bayi dan malnutrisi masih tinggi pada wanita (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Berdasarkan penelitian Antolis (2012) yang dilakukan di Semarang, mayoritas anak yang mengalami kesulitan makan (*picky eater*) adalah anak wanita sebesar (58%). Sedangkan menurut Carruth, Ziegler, Gordon, dan Barr (2004) prevalensi *picky eater* secara konsisten meningkat untuk kedua jenis kelamin antara 4 dan 24 bulan, mulai dari 17% menjadi 47% untuk pria dan 23% sampai 54% untuk perempuan.

2.3.6 Interaksi ibu dan anak

Dalam kehidupan sehari-hari dapat dilihat adanya hubungan yang terus menerus antara ibu atau pengganti ibu dengan bayi. Dengan sendirinya hal ini menimbulkan hubungan timbal balik, yang secara berangsur-angsur akan menumbuhkan perasaan kasih sayang antara kedua pihak. Pada fase awal interaksi dapat berupa saling tatap atau kontak mata. Sifat hubungan antara ibu dan anak akan berpengaruh terhadap perkembangan jiwa anak di kemudian hari. Hubungan yang kaku dan dingin, penuh rasa permusuhan, akan memupuk kelak sifat suka melawan pada anak. Hubungan yang demikian juga merupakan sebab terbentuknya individu-individu yang bertipe anti sosial. Interaksi antara ibu atau pengasuh dengan anak dapat juga dipandang sebagai interaksi yang memberi rangsangan. Anak dirangsang untuk berkembang dan belajar banyak hal. Terutama dalam memberikan respon-respon tingkah laku yang bervariasi (Santrock, 2007; Gunarsa, 2010).

Tanda-tanda sebuah hubungan ibu dan anak yang baik adalah: (1) anak akan meminta untuk selalu berdekatan dengan ibu atau pengasuh; (2) anak akan berbagi rasa atas perasaan yang dialaminya dengan ibu atau pengasuh; (3) anak akan mengatakan sesuatu yang menunjukkan dia tahu bagaimana perasaan ibu atau pengasuh; (4) anak akan membantu ibu atau pengasuh tanpa diminta; (5) anak ingin berbicara dengan ibu atau pengasuh (Fung dan Yi-Ming, 2003). E. Erikson menanamkan tahap pertama dari kehidupan bayi itu sebagai pengalaman untuk memperoleh “dasar kepercayaan” atau “dasar ketidakpercayaan” dalam tahap ini bayi membutuhkan perasaan yang menyenangkan secara fisik dan sesedikit mungkin pengalaman rasa takut atau tidak pasti. Keterikatan bayi pada ibunya menurut Freud dimulai dari situasi memberi makan dan menurut Erikson bermula pada pergaulan yang terjadi terus menerus antar ibu dan bayi sedangkan cara ibu memberikan makan bayi akan memperkuat keterikatan (Gunarsa, 2010).

Proses makan pada anak memerlukan suatu interaksi ibu dan anak yang baik, hal tersebut merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Interaksi yang positif seperti kontak mata, komunikasi dua arah, pujian dan sentuhan dan interaksi yang negatif seperti memaksa makan, membujuk, mengancam dan melemparkan makanan dapat mempengaruhi psikologis anak yang akhirnya dapat berpengaruh terhadap nafsu makan anak (Claude, Anne dan Bernard Bonning, 2006).

Perilaku pilih-pilih makanan secara signifikan terkait dengan keadaan psikologis/stress ibu ketika memberi makan, hal ini dapat berdampak negatif pada hubungan antara ibu dan anak (Daniel dan Jacob, 2012). Masalah makan bisa menjadi indikator kesulitan emosi antara anak dan orang tua khususnya ibu karena makan merupakan proses yang kompleks, dinamis, dan merupakan interaksi yang efektif antara pengasuh, anak dan lingkungan (Louise, 1999; Wardlan, 1999). Interaksi ibu dan anak mempunyai hubungan yang kuat pada perilaku makan dan berat badan anak (Oliveria, 2008).

Pemberian makan merupakan salah satu hal yang penting dari pengasuhan orang tua terhadap anak. Perilaku anak di waktu makan, jadwal makan yang teratur, kualitas dan kuantitas makan serta variasi makanan dapat perhatian dari orang tua. Contoh dalam perilaku makan dapat dilakukan oleh orang tua. Kebiasaan dan perilaku makan orang tua dapat direfleksikan kepada anaknya (Cooke, L. J *et al*, 2007).

Kecemasan orang tua dapat terjadi saat anak mengalami kesulitan dalam hal makan, hal itu dapat mengganggu hubungan dalam keluarga dan semakin memperburuk perilaku makan anak. Hubungan interaksi yang dilakukan dengan penuh rasa sayang dan kecintaan antara pemberi makan/pengasuh dengan anak, terutama ibu/orang tua dan seluruh anggota keluarga lain sangat penting dalam upaya pembinaan makan/pola asuh makan yang benar dan baik dalam keluarga, sehingga sangat bermanfaat sebagai salah satu upaya pencegahan kesulitan makan (Samsudin, 1992).

Interaksi ibu dan anak berhubungan dengan perkembangan mental anak. Studi klinis menunjukkan perbedaan dalam nilai indeks perkembangan mental dan pertumbuhan antara anak-anak *picky eaters* dengan anak-anak *non-picky eater*. Nilai *Mental Development Index* (MDI) dari anak *picky eater* yang berumur 1-3 tahun adalah 14 poin lebih rendah dibandingkan dengan anak yang *non-picky eater* (Chatoor, 2004).

2.3.7 Perilaku makan orang tua

Anak *picky eater* merupakan hasil dari meniru pola makan orang tuannya. Hal tersebut dapat dimulai dari meniru pola makan lingkungan terdekatnya yang juga pilih-pilih makanan. Pada anak sulit makan mengalami gangguan oral motor yang mengakibatkan gangguan mengunyah dan menelan sehingga mereka akan pilih-pilih atau menolak makanan dengan tekstur tertentu terutama yang berserat seperti sayur, daging sapi atau nasi. Anak seperti ini hanya mau makanan yang tidak berserat dan yang *crispy* seperti telur, mie, nugget, biskuit, kerupuk dan sejenisnya. Gangguan oral motor biasanya sering disebabkan karena gangguan fungsi saluran cerna seperti alergi atau intoleransi makanan lainnya. Alergi atau gangguan genetik lainnya seringkali diturunkan oleh salah satu orang tuanya. Jadi bila salah satu orang tua mempunyai masalah kesulitan makan maka hal tersebut dapat diturunkan pada anak bukan karena anak meniru pola makan orang tua tetapi karena masalah itu diturunkan secara genetik (Judarwanto, 2006).

Perilaku dan kebiasaan orang tua dalam hal makan yang dipengaruhi oleh faktor budaya akan mempengaruhi sikap suka dan tidak suka seorang anak terhadap makanan. Orang tua memiliki pengaruh paling besar terhadap perilaku anak yang berhubungan dengan makanan dan pilihan makanan pada anak. Orang tua masih tetap memegang peranan penting sebagai model atau contoh bagi anak-anaknya dalam hal perilaku makan yang sehat. Orang tua bertanggungjawab terhadap masalah makanan di rumah, jenis-jenis

makanan yang tersedia dan kapan makanan tersebut disajikan juga harus memberikan petunjuk mengenai hal-hal yang penting kepada anak-anak sehingga mereka mampu menentukan makanan yang sehat di saat mereka jauh dari rumah. Anak yang tumbuh dalam lingkungan keluarga yang malas makan (diet), akan mengembangkan perilaku malas makan juga (Sulistyoningsih, 2012). Penelitian Dubois *et al* (2007) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara perilaku makan orang tua dengan *picky eater*.

Lingkungan keluarga adalah pengaruh utama pada perilaku makan anak. Orang tua memainkan peran penting dalam konsumsi pola makan anak mereka, karena mereka juga mengontrol makanan yang dibeli untuk anak (Golan *et al*, 1998; Birch dan Davison, 2001; Epstein *et al*, 2001).

Banyak penelitian mengenai pola makan dan pilih-pilih makanan pada anak-anak membahas pengaruh keluarga, khususnya orang tua. Konsep orang tua sebagai model peran tidak dapat diabaikan dalam diskusi fenomena pilih-pilih makanan. Sebuah kuantitatif meta-analisis yang mengamati temuan penelitian awal menemukan bahwa perilaku makanan orang tua berkorelasi positif dengan perilaku makanan anak-anak (Carruth dan Skinner, 2000).

Ibu yang memilih-milih makanan mempengaruhi perilaku pilih-pilih makan anak-anak mereka. Seorang anak mungkin akan kurang bersedia untuk mencoba makanan baru yang ibunya nya belum pernah merasakannya. Anak-anak akan kurang menerima makanan asing jika mereka mengamati perilaku orang tua mereka juga memilih-milih makan. Perilaku ibu akan terus mempengaruhi perilaku pilih-pilih makan anak (Carruth dan Skinner, 2000). Daniel dan Jacob (2012) menyatakan anak-anak dengan riwayat keluarga pilih-pilih makanan secara signifikan lebih cenderung menjadi *picky eater*.

Pemenuhan kebutuhan nutrisi balita masih bergantung pada orang lain khususnya ibu atau pengasuhnya, karena balita merupakan golongan konsumen semipasif/semiaktif (Soedibyo, 2008). Asupan gizi secara kuat berhubungan dengan ibu dan anak daripada antara ayah dan anak, selain itu, kebiasaan makan orang tua mempunyai dampak pada asupan gizi pada anak prasekolah (Oliveria, 2008). Penelitian menunjukkan bahwa anak perempuan yang *picky eater* mempunyai ibu dengan variasi asupan sayuran yang rendah (Galloway, 2003). Orang tua dari anak *picky eater* menyatakan ketidakmampuan memakan berbagai makanan (Chatoor, 2009).

Studi kuantitatif yang dipublikasikan tahun 1998 menguji, pemilihan makan pada balita berhubungan dengan pemilihan makan anggota keluarganya (Skinner *et al*, 1998). Pengasuh anak dengan karakteristik tertentu mempunyai dampak positif pada keadaan gizi anak. Anak-anak yang bergizi baik mempunyai ibu yang terampil dalam mengurus anak (UNICEF-Indonesia, 2012).

2.3.8 Riwayat pemberian ASI eksklusif

Tidak banyak diketahui bahwa rasa ASI berubah sesuai dengan makanan yang dikonsumsi ibu. Rasa yang berubah-ubah pada ASI ini merupakan stimulasi bagi indera pengecap bayi (Hendarto, Aryono dan Pringgadini, Keumala, 2008). Bayi mengalami pengalaman pertama tentang rasa makanan sejak masih dalam kandungan. Rasa cairan ketuban berubah-ubah bergantung jenis makanan yang dikonsumsi oleh ibu. Rasa dari makanan yang dikonsumsi oleh ibu selama kehamilan disalurkan ke cairan ketuban yang tidak hanya dirasakan oleh janin tetapi juga meningkatkan penerimaan dan kenikmatan bayi pada saat masa penyapihan ASI (Nasar, 2010).

Kemampuan bayi untuk mengetahui dan menerima rasa dan selera berkembang setelah lahir. Oleh karena itu pengalaman pertama terhadap rasa dan selera mempunyai dampak terhadap penerimaan rasa dan selera pada masa bayi dan anak. Telah diketahui sejak lama bahwa bayi yang terpapar dengan rasa dalam ASI akan meningkatkan penerimaan rasa tersebut sehingga mempercepat keberhasilan penyapihan. Beberapa bayi

yang mendapat ASI lebih dapat menerima sayur-sayuran pada pemberian pertama dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu formula. Anak yang diberikan ASI paling sedikit 6 bulan juga lebih jarang mengalami kesulitan makan (*picky eater*), sepanjang cara pemberian ASI-nya benar (Nasar, 2010). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Abbas dan Haryati (2008) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian penyakit infeksi pada anak usia 12 bulan dengan keeratan hubungan yang kuat dan anak yang diberi ASI eksklusif lebih jarang terkena penyakit infeksi dibandingkan dengan anak yang tidak diberikan ASI eksklusif.

Anak yang mengalami *picky eater* diketahui tidak diberi ASI secara eksklusif atau selama 6 bulan. Perilaku anak menjadi *picky eater* dikarenakan anak terlalu cepat/dini dikenalkan makanan, anak-anak yang mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan cenderung tidak mengalami *picky eater* karena anak sudah terpapar dengan berbagai variasi rasa melalui ASI. Selain itu, anak-anak dapat membangun pola interaksi ibu dan anak secara beragam selama anak menyusui kepada ibunya daripada anak yang minum susu formula (Galloway, 2003).

Semakin lama seorang ibu menyusui bayinya maka semakin rendah ibu-ibu memaksa makan pada saat anak berumur satu tahun. Menyusui secara eksklusif dan tidak memaksakan anak makan dapat mengurangi terjadinya *picky eater* pada anak (Taveras, 2004). Umur saat pemberian makanan tambahan yang kurang tepat, terlalu dini atau terlambat dapat berpengaruh terhadap kejadian *picky eater* pada anak yang dihubungkan dengan keterampilan makan anak (Sunarjo, 2006).

Penelitian Dubois et al (2007) yang menyatakan bahwa ASI eksklusif menyebabkan penurunan 78% *picky eater* pada anak. Anak yang diberi ASI secara eksklusif kemungkinan 81% lebih sedikit menolak makanan.

Cathey dan Gaylord (2004) yang menyatakan bayi yang mulai makan makanan padat sebelum berusia 4 bulan berisiko empat kali lebih besar untuk mengalami *picky eater*. Bayi yang mulai makan makanan padat sebelum berusia 6 bulan dari dua kali lebih berisiko untuk menolak makanan baru pada saat pra sekolah. Hal tersebut karena memperkenalkan makanan padat terlalu dini dapat mengganggu sistem pencernaan bayi yang belum siap untuk diberikan makanan padat.

2.3.9 Riwayat pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI pada saat yang tepat sangat bermanfaat bagi pemenuhan kebutuhan nutrisi dan tumbuh kembang bayi serta merupakan periode peralihan dari ASI eksklusif ke makanan keluarga yang merupakan suatu proses dimulainya pemberian makan khusus selain ASI secara bertahap jenis, jumlah, frekuensi maupun struktur dan konsistensinya sampai seluruh kebutuhan nutrisi anak dipenuhi oleh makanan keluarga (Nasar, 2010).

Syarat pemberian MP-ASI menurut Nasar (2010) yaitu: Tepat waktu (*Timely*): MP-ASI mulai diberikan saat kebutuhan energi dan nutrien melebihi yang didapat dari ASI; Adekuat (*Adequate*): MP-ASI harus mengandung cukup energi, protein dan mikronutrien; Aman (*Safe*): penyimpanan, penyiapan dan sewaktu diberikan, MP-ASI harus higienis; Tepat cara pemberian (*Properly*): MP-ASI diberikan sejalan dengan tanda lapar dan nafsu makan yang ditunjukkan bayi serta frekuensi dan cara pemberiannya sesuai dengan umur bayi.

Masa peralihan dari ASI ke makanan keluarga yang berlangsung antara 6 bulan sampai 23 bulan merupakan masa rawan pertumbuhan anak karena pada masa ini awal terjadinya malnutrisi yang berlanjut dan berkontribusi pada tingginya prevalensi malnutrisi anak balita. Selain itu dikatakan bahwa 2/3 dari kematian yang terkait malnutrisi disebabkan tidak tepatnya cara pemberian makan pada bayi dan anak (Nasar, 2010). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dahlia di Jakarta Timur (2001) didapatkan

hasil bahwa tingginya pemberian MP-ASI dini pada bayi turut berkontribusi akan terjadinya penyakit infeksi dan kurang gizi terutama pada bayi usia 0-6 bulan pertama kehidupan, juga berperan untuk memperpendek jarak kelahiran serta dapat menimbulkan penyakit degeneratif seperti Diabetes mellitus, Hipertensi, penyakit sirkulasi dan kanker pada usia dewasa akibat terjadinya obesitas yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI dini pada masa bayi.

Anak yang mengalami *picky eater* diketahui tidak diberi ASI secara eksklusif atau selama 6 bulan. Perilaku anak menjadi *picky eater* dikarenakan anak terlalu cepat/dini dikenalkan makanan, anak-anak yang mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan cenderung tidak mengalami *picky eater* karena anak sudah terpajan dengan berbagai variasi rasa melalui ASI. Selain itu, anak-anak dapat membangun pola interaksi ibu dan anak secara beragam selama anak menyusui kepada ibunya daripada anak yang minum susu formula (Galloway, 2003).

Semakin lama seorang ibu menyusui bayinya maka semakin rendah ibu-ibu memaksa makan pada saat anak berumur satu tahun. Menyusui secara eksklusif dan tidak memaksakan anak makan dapat mengurangi terjadinya *picky eater* pada anak (Taveras, 2004). Umur saat pemberian makanan tambahan yang kurang tepat, terlalu dini atau terlambat dapat berpengaruh terhadap kejadian *picky eater* pada anak yang dihubungkan dengan keterampilan makan anak (Sunarjo, 2006).

Daniel dan Jacob (2012) dari hasil penelitiannya menyatakan bahwa kemungkinan pada anak yang dipengenalkan makanan padat (MP-ASI) pada saat anak berusia <6 bulan berisiko 2,5 kali lebih besar untuk mengalami *picky eater* dari pada anak yang diperkenalkan makanan padat (MP-ASI) saat berumur 6 bulan.

2.3.10 Konsep sehat sakit orang tua

Anggapan bayi sehat adalah bayi yang gemuk sering kali menjadi tolok ukur banyak orang tua dalam menilai kesehatan seorang anak. Padahal anggapan ini belum tentu benar. Bayi yang gemuk mungkin saja sehat, tapi belum tentu bayi yang tidak gemuk itu tidak sehat. Bayi yang gemuk akan sulit bergerak sehingga anak menjadi tidak aktif dan berat tubuhnya akan semakin bertambah. Semakin sedikit anak bergerak maka semakin ia gemuk. Ketidakmampuan untuk bergerak membuat ia frustrasi dan rewel.

Begitu juga anggapan ibu tentang bayi yang kurus merupakan bayi yang kurang sehat. Akibat anggapan ini, banyak orang tua yang salah dalam mengambil langkah. Misalnya, karena merasa anaknya tidak gemuk, maka ibu menambahkan susu formula di samping ASI, bahkan makanan pada anaknya yang masih berumur 3 bulan, dengan anggapan supaya lebih sehat. ASI eksklusif selama 6 bulan pertama pada bayi sangat baik untuk menghasilkan anak sehat dan cerdas daripada susu formula apapun (Eisenberg *et al*, 2002).

Berdasarkan penelitian diketahui bahwa anak *picky eater* diberi ASI kurang dari 6 bulan. Perilaku *picky eater* dibentuk karena anak terlalu dini mengenal makanan, anak yang menyusui ASI cenderung tidak *picky eater* karena anak sudah dipanjakan dengan variasi rasa melalui ASI (Galloway, 2003).

Selain memberikan MP-ASI secara dini orang tua biasanya juga memaksa anak makan banyak supaya anak dapat terlihat gemuk dan sehat sesuai dengan anggapan orang tua bahwa bayi yang sehat merupakan bayi yang gemuk. Dipaksa ataupun dimarahi saat makan dapat menjadi penyebab psikologis kesulitan makan pada anak. Psikologis yang mempengaruhi nafsu makan anak yang sedang merasa tidak bahagia, sedih depresi atau merasa tidak nyaman dapat mengalami gangguan nafsu makan, selain itu penelitian menunjukkan bahwa *mood* ketika stress berperan pada rendahnya variasi makanan dan kecenderungan terhadap rasa manis (Greeno dan Wing, 1994). Hilangnya nafsu makan

akan menyebabkan anak menjadi *picky eater* yang biasanya dimulai dari kehilangan nafsu makan dari yang ringan hingga berat (Judarwanto, 2006).

Seorang individu akan memperoleh suatu konsep atau pandangan mengenai makanan ini pada awalnya dalam sebuah keluarga, sebagai sebuah proses sosialisasi. Pengetahuan yang melekat akibat proses sosialisasi yang terjadi sejak bayi tersebut boleh jadi merupakan pengetahuan lokal sebagai himpunan yang disalurkan melalui informasi dari satu generasi ke generasi berikutnya (Cathey dan Gaylord, 2004).

Seseorang dengan pendidikan rendah pun akan mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi, kalau orang tersebut rajin mendengarkan atau melihat informasi tentang gizi (Kusharisupeni, 2007). Dilihat kaitan lebih lanjut antara sosial budaya dengan permasalahan gizi masyarakat, hal ini sesuai dengan teori dari *Pelto et al* (1980) yang menjelaskan kebudayaan sebagai sistem pengetahuan yang memungkinkan untuk melihat berbagai perubahan dan variasi pandangan, pengetahuan yang terjadi dalam berbagai perubahan sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat. Termasuk di dalamnya perubahan-perubahan gaya hidup atau perilaku jangka panjang sebagai konsekuensi langsung ataupun tidak langsung dari perubahan sosial, cara berfikir, budaya dan ekonomi masyarakat. Perubahan ini akan memengaruhi kebiasaan makan, baik secara kualitas maupun kuantitas.

2.3.11 Umur ibu

Umur ibu menentukan pola pengasuhan dan penentuan makanan yang sesuai bagi anak karena semakin bertambahnya umur ibu maka makin bertambah pula pengalaman dan kematangan ibu dalam pola pengasuhan dan penentuan makan anak. Saat ini banyak perempuan yang menikah pada umur dibawah 20 tahun. Secara fisik dan mental mereka belum siap untuk hamil dan melahirkan. Rahim belum siap menerima kehamilan dan ibu muda tersebut belum siap untuk merawat, mengasuh serta membesarkan bayinya. Hal ini juga mempengaruhi kesiapan ibu dalam mendidik dan mengasuh anak (Manuaba, 2010).

Orang tua yang sudah siap dalam mendidik anak serta mengalami pengalaman yang baik akan mempunyai banyak cara dalam menghadapi anak-anak yang susah makan dan mempunyai beragam variasi makanan yang dapat disajikan untuk anak sehingga anak dapat terhindar dari kebiasaan pilih-pilih makan yang disebabkan rasa bosan karena menu yang kurang bervariasi. Akan tetapi keluhan anoreksia tanpa penyakit organik yang nyata lebih sering ditemukan orang tua yang berusia lanjut (Markum, 2007).

2.3.12 Pendidikan ibu

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengurusan anak yang baik. Pendidikan formal maupun informal diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan gizi ibu. Pendidikan formal sangat diperlukan oleh ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan dalam upaya mengatur dan mengetahui hubungan antara makanan dan kesehatan atau kebutuhan tubuh termasuk kebutuhan zat gizi bagi anggota keluarganya.

Pendidikan merupakan suatu proses yang menumbuhkan sikap lebih tanggap terhadap perubahan-perubahan atau ide-ide baru. Pada satu sisi pendidikan seorang ibu penting, artinya untuk kesejahteraan anak, namun pada sisi lain tidak dapat diingkari bahwa di beberapa bagian dunia ini wanita tertinggal jauh dalam hal pendidikan. Padahal bekal pendidikan bagi wanita sebagai seorang ibu sangat besar artinya bagi kesejahteraan suatu bangsa. Pendidikan sangat diperlukan agar seorang ibu lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi dalam keluarga dan bisa mengambil tindakan cepat (Sudiyanto dan Sekartini, 2005).

Pendidikan dapat dikaitkan dengan pengetahuan, berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Seorang yang berpendidikan rendah

biasanya akan berprinsip ‘yang penting mengenyangkan’, sehingga porsi bahan makanan sumber karbohidrat lebih banyak dibandingkan dengan kelompok bahan makanan lainnya. Sebaliknya kelompok orang dengan pendidikan tinggi memiliki kecenderungan memilih bahan makanan sumber protein dan akan berusaha menyeimbangkan dengan kebutuhan gizi lain. Seorang ibu dengan pendidikan yang tinggi akan dapat merencanakan menu makanan yang sehat, bergizi dan bervariasi bagi dirinya dan keluarganya sehingga dapat terhindar dari rasa bosan dan dapat mengurangi perilaku terlalu memilih-milih makanan pada anak. Diketahui ibu dari anak *picky eater* ditemukan mempunyai pendidikan yang rendah (Adriani dan Wirjatmadi, 2012; Chatoor, 2009).

2.3.13 Tingkat pendapatan keluarga

Tingkat pendapatan keluarga cukup dominan dalam mempengaruhi konsumsi pangan. Meningkatnya pendapatan akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik, sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan menurunnya daya beli pangan baik secara kualitas maupun kuantitas. Tidak dapat dipungkiri dalam kenyataan, motif ekonomi berperan dalam menentukan perilaku individu. Terpenuhinya kebutuhan ekonomi seseorang atau keluarga akan mempengaruhi pengembangan potensinya, oleh karena itu kebutuhan fisiologis menempati posisi pertama dalam memandang aktualisasi perilaku manusia (Sulistyoningsih, 2012; Dariyo, 2007).

Golongan ekonomi miskin menggunakan bagian terbesar dari pendapatan untuk memenuhi kebutuhan makanan, dimana untuk keluarga-keluarga di negara berkembang sekitar dua per tiganya. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer seperti makanan maupun yang sekunder (Suhardjo, 1989).

Tingkat penghasilan juga ikut menentukan jenis pangan yang akan dibeli dengan adanya tambahan penghasilan. Jadi penghasilan merupakan faktor penting bagi kuantitas dan kualitas makanan. Antara penghasilan dan gizi jelas ada hubungan yang menguntungkan (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Pendapatan yang tinggi diimbangi pengetahuan gizi yang cukup akan menyebabkan seseorang menjadi sangat konsumtif dalam pola makannya sehari-hari, sehingga pemilihan suatu bahan makanan lebih didasarkan kepada pertimbangan selera dibandingkan aspek gizi (Sulistyoningsih, 2012). Penghasilan keluarga dapat mempengaruhi perencanaan menu makanan yang sehat, bergizi dan bervariasi sehingga dapat terhindar dari rasa bosan dan dapat mengurangi perilaku terlalu memilih-milih makanan pada anak. Ditemukan bahwa ibu yang anaknya *picky eater* mempunyai pendapatan keluarga yang rendah (Chatoor, 2009).

2.3.14 Pengasuh anak

Pengasuh anak merupakan termasuk pada siapa dan bagaimana pengasuhan dilakukan. Orang yang paling banyak mengasuh anak adalah orang yang paling sering berhubungan dengan anak dengan maksud mendidik dan membesarkan anak termasuk dalam hal makan. Hal ini menyangkut kualitas hubungan antara pengasuh dan anak, disamping itu pengasuh anak harus tetap dan berhubungan dengan anak secara berkesinambungan.

Ketika anak makan dan rewel, lalu orang tua/pengasuh merespon dengan tidak sabar dan memaksa anak makan maka anak akan menganggap peristiwa makan menjadi hal yang tidak menyenangkan dan nafsu makan anak pun menjadi menurun. Akibatnya, anak pun jadi susah makan. Dalam hal pola asuh, orang tua yang tidak mengajari anak untuk mengonsumsi makanan yang bervariasi atau hanya menyediakan makanan yang tetap dapat membuat anak tidak belajar mengenal rasa dan jenis makanan yang beragam. Akibatnya, anak menjadi pilih-pilih makanan (*picky eater*) (Judarwanto, 2006).

Masalah makan bisa menjadi indikator kesulitan emosi antara anak dan orang tua khususnya ibu karena makan merupakan proses yang kompleks, dinamis, dan merupakan interaksi yang efektif antara pengasuh, anak dan lingkungan (Louise, 1999; Wardlan, 1999). Pemberian makan merupakan salah satu hal yang penting dari pengasuhan orang tua terhadap anak. Perilaku anak di waktu makan, jadwal makan yang teratur, kualitas dan kuantitas makan serta variasi makanan dapat perhatian dari orang tua. Contoh dalam perilaku makan dapat dilakukan oleh orang tua. Kebiasaan dan perilaku makan orang tua dapat direfleksikan kepada anaknya (Cooke *et al*, 2007).

Kecemasan orang tua dapat terjadi saat anak mengalami kesulitan dalam hal makan, hal itu dapat mengganggu hubungan dalam keluarga dan semakin memperburuk perilaku makan anak. Hubungan interaksi yang dilakukan dengan penuh rasa sayang dan kecintaan antara pemberi makan/pengasuh dengan anak, terutama ibu/orang tua dan seluruh anggota keluarga lain sangat penting dalam upaya pembinaan makan/pola asuh makan yang benar dan baik dalam keluarga, sehingga sangat bermanfaat sebagai salah satu upaya pencegahan kesulitan makan (Samsudin, 1992). Penelitian Daniel dan Jacob (2012) yang menyatakan bahwa *picky eater* secara signifikan terkait dengan pengasuh anak.

Semakin emosional orang tua/pengasuh dalam menghadapi anak yang susah makan maka suasana makan semakin terasa tidak menyenangkan bagi anak dan akhirnya anak akan semakin sulit untuk makan. Anak semakin antipati terhadap makanan karena mengingatkannya pada suasana yang tidak menyenangkan (Hidayati, 2011).

2.3.15 Sosial budaya

Penemuan para peneliti banyak sekali yang menyatakan bahwa faktor budaya sangat berperan dalam proses terjadinya masalah gizi di berbagai masyarakat dan negara. Unsur-unsur budaya mampu menciptakan suatu kebiasaan makan/pola makan penduduk yang kadang-kadang bertentangan dengan prinsip-prinsip ilmu gizi. Berbagai budaya memberikan peranan dan nilai yang berbeda-beda terhadap pangan atau makanan. Misalnya bahan-bahan makanan tertentu oleh suatu budaya masyarakat dapat dianggap *taboo* untuk dikonsumsi karena alasan-alasan tertentu, sementara itu ada pangan yang dinilai sangat tinggi baik dari segi ekonomi maupun sosial karena mempunyai peranan yang penting dalam hidangan makanan pada suatu perayaan yang berkaitan dengan agama atau kepercayaan.

Dalam hal pangan ada budaya yang memprioritaskan anggota keluarga tertentu untuk mengkonsumsi hidangan keluarga yang telah disiapkan yaitu umumnya keluarga. Anggota keluarga lainnya menempati urutan prioritas berikutnya, dan yang paling umum mendapatkan prioritas terbawah adalah golongan ibu rumah tangga. Apabila hal yang demikian ini masih dianut dengan kuat oleh suatu budaya, sedangkan dilain pihak pengetahuan gizi belum dimiliki oleh keluarga yang bersangkutan, maka dapat saja timbul distribusi konsumsi pangan yang tidak baik diantara anggota keluarga (Suhardjo, 1989).

Budaya cukup menentukan jenis dan variasi makanan yang sering dikonsumsi. Makanan yang bervariasi ini dapat menghindarkan terhadap rasa bosan. Pengaturan siklus makan juga sangat penting untuk diperhatikan sehingga berbagai kebutuhan gizi dapat terpenuhi. Pengulangan makanan yang terlalu sering dalam rentan waktu yang pendek dapat menimbulkan rasa bosan dan anak cenderung memilih makanan-makanan tertentu yang disukainya. Hal ini karena pola konsumsi makan merupakan hasil budaya masyarakat yang bersangkutan, dan mengalami perubahan terus menerus sesuai dengan kondisi lingkungan dan tingkat kemajuan budaya masyarakat. Pola konsumsi ini diajarkan dan bukan diturunkan secara hereditas dari nenek moyang sampai generasi mendatang (Sediaoetama, 2006).

Depkes (2005) menyatakan bahwa ibu adalah orang yang menentukan dalam pengaturan pemberian makanan untuk keluarganya. Jika ibu memiliki pendidikan dan

pengetahuan yang baik maka ia akan memberikan makanan yang sama untuk seluruh anggota keluarganya tanpa mengesampingkan anaknya. Pendidikan yang baik tidak akan memengaruhi seorang ibu terhadap budaya pendistribusian makanan yaitu dengan mendahulukan kepala rumah tangga dan membelakangkan anaknya. Sehingga dengan demikian pola konsumsi makan untuk anaknya dapat terkontrol dengan baik dan semua keluarga mendapat kebutuhan gizi yang sama. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan, keterampilan terdapat kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pula pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada demikian juga sebaliknya.

Hasil penelitian Alarcon *et al* (2003) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara budaya makan dengan *picky eater*. Menurut Kusharisupeni (2007), bahwa seseorang dengan pendidikan rendahpun akan mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi, kalau orang tersebut rajin mendengarkan atau melihat informasi tentang gizi. Selanjutnya bila dilihat kaitan lebih lanjut antara sosial budaya dengan permasalahan gizi masyarakat, perlu dipertimbangkan pendapat Peltó (1980) yang menjelaskan kebudayaan sebagai sistem pengetahuan yang memungkinkan untuk melihat berbagai perubahan dan variasi pengetahuan yang terjadi dalam berbagai perubahan sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat. Termasuk di dalamnya perubahan-perubahan gaya hidup atau perilaku jangka panjang sebagai konsekuensi langsung ataupun tidak langsung dari perubahan sosial, budaya dan ekonomi masyarakat. Perubahan gaya hidup pada gilirannya akan memengaruhi kebiasaan makan, baik secara kualitas maupun kuantitas.

2.4 Gejala *Picky Eater*

Permasalahan makan pada anak merupakan masalah yang cukup bervariasi mulai dari *inappropriate texture of food for age* (tekstur makanan yang tidak bisa diterima), *food refusal* (menolak makan), *restrictive eating* (membatasi makan), *selective eating* (terlalu pilih-pilih makan), *food phobia* (takut terhadap makanan tertentu), *food avoidance emotional disorder*, *pervasive refusal syndrome*, *childhood-onset bulimia nervosa* dan *childhood-onset anorexia nervosa* (Chatoor, 2009).

Gejala pada anak yang mengalami *picky eater* sebagai berikut:

- (1) Anak mengalami kesulitan dalam mengunyah, menghisap, menelan makanan atau makanan yang dimakan anak hanya makanan lunak atau cair;
- (2) Makanan yang sudah masuk ke dalam mulut anak akan dimuntahkan atau disembur-semburkan;
- (3) Anak akan makan berlama-lama dan memainkan makanan;
- (4) Anak tidak mau memasukkan makanan ke dalam mulut atau menutup mulut rapat-rapat, biasanya dikenal dengan istilah gerakan tutup mulut (GTM);
- (5) Semua asupan makanan dari orang tua dimuntahkan atau ditumpahkan;
- (6) Anak tidak menyukai banyak variasi makanan (Judarwanto, 2006).

2.5 Kriteria *Diagnosis Picky Eater*

- (1) Penolakan makan ini ditandai dengan penolakan yang konsisten terhadap makanan dengan rasa, tekstur, suhu atau bau tertentu selama paling tidak 1 bulan.
- (2) Makanan yang ditolak biasanya makanan yang baru diperkenalkan, atau makanan yang pernah dikenal tetapi dengan tipe lain, namun anak tidak kesulitan makan jenis makanan yang disukai.
- (3) Dijumpai adanya reaksi penolakan yang ditunjukkan dengan raut muka yang tidak menyenangkan, menutup mulut, hingga memuntahkan makanan. Setelah penolakan terhadap makanan tertentu biasanya anak tidak melanjutkan makan dan juga akan menolak makanan lain yang mempunyai warna atau tampilan atau bau yang serupa. Anak juga akan menolak seluruh kelompok makanan tersebut.

- (4) Anak akan mengalami defisiensi mikronutrien tertentu seperti vitamin, Fe, Zinc atau protein, jika tidak diberikan suplementasi. Tetapi pada umumnya anak tidak mengalami perlambatan pertumbuhan dan bermasalah dalam perkembangan bicara. Pada umur sekolah, anak menjadi cemas ketika “jam makan di sekolah” atau kegiatan lain yang berkaitan dengan makan.
- (5) Tidak ada riwayat traumatik pada saluran pencernaan.
- (6) Tidak ditemukan riwayat alergi terhadap makanan atau penyakit fisik (Chatoor, 2009).

2.6 Dampak *Picky Eater*

Pada anak, perilaku *picky eater* merupakan fase yang umum pada perkembangan anak yang tidak selalu menyebabkan masalah kesehatan atau sosial, namun *picky eater* yang ekstrem dapat berakibat buruk bagi anak, seperti gagal tumbuh, penyakit kronis dan kematian jika tidak ditangani (Manikam dan Perman, 2000).

Kekurangan mikro dan makronutrien juga dapat dialami oleh anak *picky eater* yang pada akhirnya dapat mengganggu pertumbuhan fisik yang ditandai dengan berat badan dan tinggi badan kurang atau berat badan sulit untuk ditingkatkan dan juga gangguan pertumbuhan kognitif (Lewinshon, *et al*, 2005; Daniel, 2008; Dubois, 2007; Wright, 2008; Judarwanto, 2006).

2.7 Penanganan *Picky Eater*

Permasalahan makan merupakan hal yang kompleks dan harus ditangani secara tepat. Dibutuhkan keahlian dalam menawarkan makanan kepada anak, untuk meningkatkan penerimaan anak terhadap makanan diperlukan paparan yang sering terhadap makanan tersebut, biasanya delapan sampai lima belas kali paparan (Carruth, Ziegler, Gordon dan Barr, 2004). Selain itu, makanan baru sebaiknya diperkenalkan tanpa makanan lain dan tidak pada saat anak sakit, seperti demam atau diare (Claude dan Bernard Bonning, 2006).

Perilaku makan *picky eater* membuat orang tua akan memaksa anaknya untuk makan karena kekhawatiran yang berlebihan akan memiliki berat badan rendah padahal perilaku tersebut dapat berakibat negatif pada anak (Dubois *et al*, 2007; Claude dan Bernard Bonning, 2006). Selain itu orang tua sebaiknya membangun interaksi makan yang positif, seperti kontak mata, komunikasi dua arah pujian dan sentuhan dan menghindari interaksi negatif seperti memaksa makan, membujuk, mengancam, dan perilaku yang mengganggu anak seperti melempar makanan (Claude, Anne dan Bernard Bonning, 2006).

Terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan jika menghadapi anak yang pilih-pilih makan sebagai berikut:

- (1) Jika anak menunjukkan reaksi tidak suka yang kuat akan suatu makanan seperti meludahkan makanan, tersedak, atau muntah orang tua disarankan untuk menghentikan pemberian makanan tersebut, pemberian makanan berulang cenderung meningkatkan rasa takut anak dan penolakan makanan. Di sisi lain, jika anak hanya meringis, orang tua dapat memberi anak makanan baru di lain waktu dan mencampurkan sedikit makanan yang tidak disukai anak dengan makanan yang disukai, kemudian ditingkatkan secara bertahap makanan yang tidak disukainya selama beberapa waktu, hal ini dapat memungkinkan anak untuk membiasakan diri dengan makanan baru tersebut. Ulangi pemberian makanan 15 sampai 25 kali atau bahkan sampai lebih dari 50 kali sampai anak benar-benar merasa nyaman dengan makanan baru tersebut;
- (2) Jika anak takut sekali mencoba makanan baru maka diet anak menjadi lebih terbatas, karena anak hanya makan dalam jumlah yang sedikit dan cenderung bosan setelah beberapa saat jika mereka makan setiap hari dengan menu yang sama, maka hal yang dapat dilakukan orang tua adalah dengan membuat siklus makan/memutar makanan dari makanan satu ke yang lain atau dari hari ke hari;

- (3) Tidak memberikan permen atau makanan ringan yang manis di luar jadwal makanan tambahan;
- (4) Membiasakan makan bersama di meja makan;
- (5) Jangan memaksa anak untuk makan;
- (6) Biarkan anak memilih makanannya sendiri dari daftar makanan yang ditawarkan orang tua dan mengajak anak untuk membeli dan menyiapkan makanannya sendiri;
- (7) Orang tua hendaknya tidak mengikuti keinginan anak dengan mengganti menu sesuai keinginannya, karena mungkin saja ketidaksukaan anak terhadap makanan disebabkan karena keinginan menentang dominasi orang tua (Chatoor, 2009).

C. METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian epidemiologi observasional yang bersifat analitik. Desain penelitian menggunakan pendekatan *Case Control* (kasus kontrol). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak berumur 1-3 tahun di posyandu yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Jabon. Sampel diambil menggunakan *simple random sampling* dan berjumlah 106 anak, yang terdiri dari kelompok kasus dan kontrol. Kelompok kasus adalah anak berumur 1-3 tahun yang mengalami *picky eater*, sedangkan kelompok kontrol yang tidak mengalami *picky eater*, dengan jumlah masing-masing sebanyak 53 anak.

D. HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Anak dan orang tua

Sebagian besar anak berada pada rentang usia >24-36 bulan. Sementara umur ibu sebagian besar berusia ≥ 20 tahun. Untuk pendidikan, sebagian besar ibu berpendidikan terakhir tamat SMA. Untuk pendapatan keluarga, sebagian besar berpenghasilan $\geq$ Rp.1.720.000 juta per bulan.

2. Analisis Bivariabel

Analisis ini digunakan untuk mengetahui pengaruh antara dua variabel yaitu antara variabel bebas (determinan *picky eater*) dan variabel terikat (*picky eater*) dengan menggunakan uji *Regresi Logistik Ganda*. Jika hasil uji *bivariabel* mempunyai nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut dapat diikutkan ke dalam kandidat uji *multivariabel*. Hasil tahap seleksi *bivariabel* dapat dilihat pada tabel 1 dibawah ini.

Tabel 1. Hasil tahap seleksi *bivariabel* untuk analisis *Regresi Logistik Ganda*

Variabel	P value
Penyakit pada anak	0,010*
Nafsu makan anak	0,007*
Interaksi ibu dan anak	0,175*
Perilaku makan orang tua	0,005*
Riwayat pemberian ASI eksklusif	0,000*
Riwayat pemberian MP-ASI	0,030*
Konsep sehat sakit orang tua	0,560
Pengasuh anak	0,034*
Sosial budaya	0,001*
Jenis makan	0,039*
Frekuensi makan	0,052*
Waktu makan	0,000*
Cara pemberian makan	0,000*

*) variabel yang lolos seleksi *bivariabel* dengan $p=0,25$

3. Analisis Multivariabel

Analisis *multivariabel* dilakukan untuk menindaklanjuti analisis *bivariabel* yang telah dilakukan sebelumnya. Analisis *multivariabel* adalah analisis yang dilakukan terhadap variabel bebas dengan variabel terikat untuk mengetahui variabel yang paling dominan terhadap *picky eater* dan hasilnya dibandingkan dengan 0,05. Jika p value 0,05, maka

variabel *independent* harus dikeluarkan dari tahap berikutnya. Uji statistik yang digunakan adalah *Regresi Logistik Ganda*. Secara lengkap hasil analisis tahap kedua tersaji dalam tabel 2 berikut:

Tabel 2. Hasil analisis *multivariabel* untuk analisis *Regresi Logistik Ganda*

Variabel	P value	OR
Cara pemberian makan kurang baik	0,003*	13,035
Riwayat pemberian MP-ASI $\leq$ 6 bulan	0,004*	15,851
Riwayat tidak diberi ASI eksklusif	0,005*	14,402
Interaksi ibu dan anak kurang baik	0,007*	17,605
Perilaku makan orang tua pilih-pilih makan	0,008*	10,084
Sosial budayaterdapat makanan pantangan pada anak	0,020*	9,929
Waktu makan kurang tepat	0,022*	5,979
Pengasuh anak selain orang tua	0,023*	10,992
Frekuensi makan tidak sesuai umur anak	0,024*	7,010
Anak yang sakit dalam 3 bulan terakhir	0,027*	6,956
Anak yang terdapat gangguan nafsu makan	0,249	2,505
Jenis makan tidak sesuai umur anak	0,600	0,429

*) hasil analisis *multivariabel* dengan menggunakan uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $p=0,05$

4. Pengaruh Penyakit Pada Anak terhadap *Picky Eater*

Tabel 3. Distribusi penyakit pada anak di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Penyakit	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
Ada penyakit	26	49,1	13	24,5
Tidak ada penyakit	27	50,9	40	75,5
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,027 < 0,05$ sehingga ada pengaruh penyakit pada anak terhadap *picky eater*, dengan OR= 6,9 (CI 95% = 1,251-38,679) yang berarti kemungkinan pada anak yang sakit dalam tiga bulan terakhir berisiko mengalami *picky eater* 6,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang tidak sakit dalam tiga bulan terakhir.

5. Pengaruh Nafsu Makan Anak terhadap *Picky Eater*

Tabel 4. Distribusi nafsu makan pada anak di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Nafsu makan	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
Ada gangguan nafsu makan	31	58,5	17	32,1
Tidak ada gangguan nafsu makan	22	41,5	36	67,9
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,525 > 0,05$ sehingga tidak ada pengaruh gangguan nafsu makan pada anak terhadap *picky eater*.

6. Pengaruh Interaksi Ibu dan Anak terhadap *Picky Eater*

Tabel 5. Distribusi interaksi ibu dan anak di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Interaksi ibu dan anak	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
Kurang baik	29	54,7	22	41,5
Baik	24	45,3	31	58,5
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,007 < 0,05$ sehingga ada pengaruh interaksi ibu dan anak terhadap *picky eater*, dengan OR = 17,6 (CI 95% = 2,187-141,691) yang berarti kemungkinan pada anak yang mempunyai interaksi yang

kurang baik antara ibu dan anak berisiko mengalami *picky eater* 17,6 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mempunyai interaksi antara ibu dan anak baik.

7. Pengaruh Perilaku Makan Orang Tua terhadap *Picky Eater*

Tabel 6. Distribusi perilaku makan orang tua di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Perilaku makan orang tua	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	N	(%)	n	(%)
Memilih-milih makan	20	37,7	7	13,2
Tidak memilih-milih makan	33	62,3	46	86,8
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,008 < 0,05$ sehingga ada pengaruh perilaku makan orang tua terhadap *picky eater*, dengan OR= 10,1 (CI 95% = 1,838-55,330) yang berarti kemungkinan pada anak yang perilaku makan orang tuanya memilih-milih makanan berisiko mengalami *picky eater* 10,1 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mempunyai orang tua yang tidak memilih-milih makanan.

8. Pengaruh Riwayat Pemberian ASI Eksklusif terhadap *Picky Eater*

Tabel 7. Distribusi pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Riwayat pemberian ASI	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
Tidak ASI eksklusif	44	83,0	23	43,4
ASI eksklusif	9	17,0	30	56,6
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,017 < 0,05$ sehingga ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap *picky eater*, dengan OR= 14,4 (CI 95% = 2,210-93,859) yang berarti kemungkinan pada anak yang tidak diberi ASI eksklusif berisiko mengalami *picky eater* 14,4 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif.

9. Pengaruh Pemberian MP-ASI terhadap *Picky Eater*

Tabel 8. Distribusi pemberian MP-ASI di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Riwayat pemberian MP-ASI	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
</>6 bulan	26	49,1	15	28,3
6 bulan	27	50,9	38	71,7
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,004 < 0,05$ sehingga ada pengaruh riwayat pemberian MP-ASI terhadap *picky eater*, dengan OR= 15,8 (CI 95% = 2,395-104,904) yang berarti kemungkinan pada anak yang diberi MP-ASI kurang atau lebih dari 6 bulan berisiko mengalami *picky eater* 15,8 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mendapatkan MP-ASI saat berusia 6 bulan.

10. Pengaruh Konsep Sehat Sakit Orang Tua terhadap *Picky Eater*

Tabel 9. Distribusi konsep sehat sakit orang tua di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Konsep sehat sakit orang tua	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
Kurang	28	52,8	25	47,2
Baik	25	47,2	28	52,8
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Sederhana* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,560 > 0,25$ sehingga tidak ada pengaruh konsep sehat sakit orang tua terhadap *picky eater*.

11. Pengaruh Pengasuh Anak terhadap Picky Eater

Tabel 10. Distribusi pengasuh anak di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Pengasuh anak	Picky eater		Non picky eater	
	n	(%)	n	(%)
Orang lain selain ayah dan ibu	20	37,7	10	18,9
Ayah dan ibu sendiri	33	62,3	43	81,1
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,023 < 0,05$ sehingga ada pengaruh pengasuh anak terhadap *picky eater* dengan $OR = 10,9$ ($CI\ 95\% = 1,386-87,203$) yang berarti kemungkinan pada anak yang diasuh oleh orang lain selain ayah dan ibunya sendiri berisiko mengalami *picky eater* 10,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang diasuh oleh ayah dan ibunya sendiri.

12. Pengaruh Sosial Budaya terhadap Picky Eater

Tabel 11. Distribusi sosial budaya di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Sosial budaya	Picky eater		Non picky eater	
	n	(%)	n	(%)
Terdapat makanan pantangan	23	43,4	7	13,2
Tidak terdapat makanan pantangan	30	56,6	46	86,8
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,020 < 0,05$ sehingga ada pengaruh sosial budaya terhadap *picky eater* dengan $OR = 9,9$ ($CI\ 95\% = 1,428-69,053$) yang berarti kemungkinan pada anak yang mempunyai makanan pantangan berisiko mengalami *picky eater* 9,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang tidak mempunyai makanan pantangan.

13. Pengaruh Jenis Makanan terhadap Picky Eater

Tabel 12. Distribusi jenis makanan di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Jenis makanan	Picky eater		Non picky eater	
	n	(%)	n	(%)
Tidak sesuai umur	8	15,1	1	1,9
Sesuai umur	45	84,9	52	98,1
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,600 > 0,05$ sehingga tidak ada pengaruh jenis makanan pada anak terhadap *picky eater*.

14. Pengaruh Frekuensi Makan terhadap Picky Eater

Tabel 13. Distribusi frekuensi makan anak di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Frekuensi makanan	Picky eater		Non picky eater	
	n	(%)	n	(%)
Tidak sesuai umur	28	52,8	18	34,0
Sesuai umur	25	47,2	35	66,0
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,024 < 0,05$ sehingga ada pengaruh frekuensi makan terhadap *picky eater*, dengan $OR = 7$ ($CI\ 95\% = 1,285-38,223$) yang berarti kemungkinan pada anak yang frekuensi pemberian makannya tidak sesuai dengan umur anak berisiko mengalami *picky eater* 7 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang frekuensi pemberian makannya sesuai dengan umur.

15. Pengaruh Waktu Makan terhadap *Picky Eater*

Tabel 14. Distribusi waktu makan di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Waktu makan	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
Kurang tepat	36	67,9	13	24,5
Tepat	17	32,1	40	75,5
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,022 < 0,05$ sehingga ada pengaruh waktu makan pada anak terhadap *picky eater*, dengan OR= 5,9 (CI 95% = 1,289-27,741) yang berarti kemungkinan pada anak yang waktu makannya kurang tepat berisiko mengalami *picky eater* 5,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mempunyai waktu makan yang tepat.

16. Pengaruh Cara Pemberian Makan terhadap *Picky Eater*

Tabel 15. Distribusi cara pemberian makan di wilayah kerja Puskesmas Jabon Sidoarjo tahun 2013

Cara pemberian makan	<i>Picky eater</i>		<i>Non picky eater</i>	
	n	(%)	n	(%)
Kurang	33	62,3	5	9,4
Baik	20	37,7	48	90,6
Jumlah	53	100	53	100

Hasil uji *Regresi Logistik Ganda* dengan $\alpha = 0,05$ menunjukkan $p = 0,003 < 0,05$ sehingga ada pengaruh cara pemberian makan terhadap *picky eater*, dengan OR= 13 (CI 95% = 2,349-72,324) yang berarti kemungkinan pada anak yang cara pemberian makannya kurang baik berisiko mengalami *picky eater* 13 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang cara pemberian makannya baik

E. PEMBAHASAN

1. Pengaruh penyakit pada anak terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh penyakit pada anak terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh penyakit pada anak terhadap *picky eater*, dan didapatkan nilai OR = 6,9 yang berarti kemungkinan pada anak yang mempunyai penyakit berisiko mengalami *picky eater* 6,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang tidak mempunyai penyakit.

Penyakit yang diderita anak seperti gangguan saluran pencernaan yang bisa dialami merupakan faktor penyebab terpenting dalam gangguan proses makan di mulut. Hal ini dapat dijelaskan dengan teori "*Gut Brain Axis*". Teori ini menunjukkan bahwa bila terdapat gangguan saluran cerna maka mempengaruhi fungsi susunan saraf pusat atau otak. Gangguan fungsi susunan saraf pusat tersebut berupa gangguan neuroanatomis dan neurofungsional. Salah satu manifestasi klinis yang terjadi adalah gangguan koordinasi motorik kasar mulut (Judarwanto, 2006; Dorfmann, 2008).

Hal ini mendukung pernyataan Judarwanto (2006) dan Dorfmann (2008), bahwa keterbatasan fisik, terutama organ-organ pencernaannya merupakan penyebab anak menjadi *picky eater*. *Picky eater* terparah dapat dialami oleh anak yang mempunyai kelainan organ pencernaan.

Hal ini juga mendukung penelitian Alarcon *et al* (2003) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan antara anak yang sakit dan anak yang tidak sakit dengan *picky eater*. Hal ini juga mendukung penelitian dari Daniel dan Jacob (2012) bahwa *picky eater* pada anak dapat dikaitkan dengan persepsi orang tua terhadap penurunan tingkat kesehatan dan aktivitas anak.

Gangguan malabsorpsi yang disebabkan oleh adanya gangguan enzim dapat pula menyebabkan anak menjadi *picky eater*, tingginya konsentrasi asam lambung dapat

menyebabkan menurunnya kadar keasaman (pH) pada saluran cerna di bagian atas, hal ini dapat mengakibatkan anak menjadi sulit makan dan cenderung *picky eater*. Percepatan waktu transit makanan dalam usus yang mengakibatkan proses absorpsi berkurang dan dapat menimbulkan diare dipicu dari hipersekresi asam lambung (Cathey dan Gaylord, 2004).

2. Pengaruh nafsu makan anak terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh nafsu makan anak terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh gangguan nafsu makan pada anak terhadap *picky eater*. Sebagian besar bayi mengalami kenaikan berat tubuh tiga kali berat lahirnya ketika ia berumur satu tahun, pada tahun ke dua ia hanya bertambah kira-kira seperempat dari beratnya. Menurunnya selera makan pada saat ini adalah cara tubuh bayi untuk menjamin adanya penurunan dari kenaikan berat tubuh ini. Ada juga faktor lain yang dapat mempengaruhi kebiasaan makan bayi pada saat ini. Salah satunya adalah bertambahnya minat bayi terhadap dunia sekitarnya.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Siswanto (2009) disebabkan pada anak usia 1-3 tahun adalah anak memasuki masa anal. Pada fase ini kepuasan atau kesenangan berpusat disekitar anus dan segala aktivitas yang berhubungan dengan anus. Anak pada fase ini diperkenalkan dengan *toilet training*, yaitu anak mulai diperkenalkan tentang rasa ingin buang air besar atau buang air kecil.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Alarcon *et al* (2003) yang menyatakan tidak ada perbedaan yang signifikan antara nafsu makan anak dengan *picky eater*. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Johnson (2003) yang menyatakan bahwa *picky eater* merupakan bagian normal dari perkembangan anak yang mengarah pada frustrasi, kecemasan dan perebutan kekuasaan antara anak dan orang tua.

Pada fase ini waktu makan hanya tampak seperti hal yang mengganggu bagi anak yang sedang ingin terus bergerak. Bertambahnya kemandirian juga dapat mempengaruhi reaksi anak terhadap makanan. Bayi yang sedang dalam proses berkembang menjadi anak balita, bisa saja sangat menyukai makanan tertentu namun menolak beberapa jenis makanan, namun pada masa ini anak sudah bisa diarahkan mana saja makanan yang baik untuk kesehatan dan makanan yang kurang baik (Siswanto, 2009; Eisenberg, 2002). Sehingga wajar jika pada usia 1-3 tahun ini anak mengalami hal tersebut karena pada masa ini kepuasan anak bukan lagi berada di mulut.

3. Pengaruh interaksi ibu dan anak terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis interaksi ibu dan anak terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa interaksi ibu dan anak berpengaruh terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai OR= 17,6 yang berarti kemungkinan pada anak yang mempunyai interaksi ibu dan anak kurang berisiko mengalami *picky eater* 17,6 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mempunyai interaksi yang baik antara ibu dan anak.

Dilapangan ibu menghabiskan sebagian waktunya untuk bekerja walaupun ibu menyempatkan untuk berinteraksi bersama anak dengan bermain dan memberi makan, namun waktu ibu bersama dengan anak tidak sebanyak ibu yang tidak bekerja yang lebih leluasa dalam meluangkan waktunya untuk anak. Keadaan ini akan berdampak pada kedekatan antara ibu dan anak.

Hal ini sesuai menurut Claude, Anne dan Bernard Bonning (2006) bahwa proses makan pada anak memerlukan suatu interaksi ibu dan anak yang baik, hal tersebut merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Interaksi yang positif seperti kontak mata, komunikasi dua arah, pujian dan sentuhan dan interaksi yang negatif seperti memaksa makan, membujuk, mengancam dan melemparkan makanan dapat mempengaruhi psikologis anak yang akhirnya dapat berpengaruh terhadap nafsu makan anak.

Hal ini juga mendukung penelitian Chatoor dkk (2004), bahwa interaksi ibu dan anak berhubungan dengan perkembangan mental anak. Studi klinis menunjukkan perbedaan dalam

nilai indeks perkembangan mental dan pertumbuhan antara anak-anak *picky eater* dengan anak-anak *non-picky eater*. Nilai *Mental Development Index* (MDI) dari anak *picky eater* yang berumur 1-3 tahun adalah 14 poin lebih rendah dibandingkan dengan anak yang *non-picky eater*.

4. Pengaruh perilaku makan orang tua terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis perilaku makan orang tua terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa perilaku makan orang tua berpengaruh terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai $OR = 10,1$ yang berarti kemungkinan pada anak yang mempunyai orang tua berperilaku memilih-milih makanan berisiko mengalami *picky eater* 10,1 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mempunyai orang tua tidak memilih-milih makanan.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Judarwanto (2006), bahwa anak *picky eater* merupakan hasil dari meniru pola makan orang tuanya. Hal tersebut dapat dimulai dari meniru pola makan lingkungan terdekatnya yang juga pilih-pilih makanan. Jadi bila salah satu orang tua mempunyai masalah kesulitan makan maka hal tersebut dapat diturunkan pada anak bukan karena anak meniru pola makan orang tua tetapi karena masalah itu diturunkan secara genetik.

Carruth dan Skinner (2000) melaporkan bahwa ibu yang memilih-milih makanan mempengaruhi perilaku pilih-pilih makan anak-anak mereka. Seorang anak mungkin akan kurang bersedia untuk mencoba makanan baru yang ibunya nya belum pernah merasakannya. Anak-anak akan kurang menerima makanan asing jika mereka mengamati perilaku orang tua mereka juga memilih-milih makan. Perilaku ibu akan terus mempengaruhi perilaku pilih-pilih makan anak. Sedangkan Daniel dan Jacob (2012) menyatakan anak-anak dengan riwayat keluarga pilih-pilih makanan secara signifikan lebih cenderung menjadi *picky eater*.

Hal ini juga mendukung hasil penelitian Galloway (2003) yang menunjukkan bahwa anak perempuan yang *picky eater* mempunyai ibu dengan variasi asupan sayuran yang rendah. Serta mendukung penelitian dari Chatoor (2009), bahwa orang tua dari anak *picky eater* menyatakan ketidakmampuan memakan berbagai makanan.

5. Pengaruh riwayat pemberian ASI eksklusif terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis riwayat pemberian ASI eksklusif terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh riwayat pemberian ASI eksklusif terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai $OR = 14,4$ yang berarti kemungkinan pada anak yang tidak diberi ASI eksklusif berisiko mengalami *picky eater* 14,4 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif.

Hal ini mendukung pernyataan dari IDAI (2010), bahwa kemampuan bayi untuk mengetahui dan menerima rasa dan selera berkembang setelah lahir. Oleh karena itu pengalaman pertama terhadap rasa dan selera mempunyai dampak terhadap penerimaan rasa dan selera pada masa bayi dan anak. Telah diketahui sejak lama bahwa bayi yang terpapar dengan rasa dalam ASI akan meningkatkan penerimaan rasa tersebut sehingga mempercepat keberhasilan penyapihan. Beberapa bayi yang mendapat ASI lebih dapat menerima sayur-sayuran pada pemberian pertama dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu formula. Anak yang diberikan ASI paling sedikit 6 bulan juga lebih jarang mengalami kesulitan makan (*picky eater*), sepanjang cara pemberian ASI-nya benar.

Penelitian ini juga mendukung pernyataan dari Galloway (2003), anak yang mengalami *picky eater* diketahui tidak diberi ASI secara eksklusif atau selama 6 bulan. Perilaku anak menjadi *picky eater* dikarenakan anak terlalu cepat/dini dikenalkan makanan, anak-anak yang mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan cenderung tidak mengalami *picky eater* karena anak sudah terpapar dengan berbagai variasi rasa melalui ASI. Selain itu, anak-anak dapat membangun pola interaksi ibu dan anak secara beragam selama anak menyusui kepada ibunya daripada anak yang minum susu formula. Semakin lama seorang ibu menyusui bayinya maka semakin rendah ibu-ibu memaksa makan pada saat anak berumur satu tahun.

Penelitian ini juga mendukung penelitian Taveras (2004) yang menyatakan bahwa menyusui secara eksklusif dan tidak memaksakan anak makan dapat mengurangi terjadinya *picky eater* pada anak (Taveras, 2004). Umur saat pemberian makanan tambahan yang kurang tepat, terlalu dini atau terlambat dapat berpengaruh terhadap kejadian *picky eater* pada anak yang dihubungkan dengan keterampilan makan anak (Sunarjo, 2006).

6. Pengaruh riwayat pemberian MP-ASI terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis riwayat pemberian MP-ASI terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh riwayat pemberian MP-ASI terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai $OR = 15,8$ yang berarti kemungkinan pada anak yang diberi MP-ASI kurang atau lebih dari 6 bulan berisiko mengalami *picky eater* 15,8 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang mendapatkan MP-ASI saat berusia 6 bulan.

Hal ini mendukung pernyataan dari Galloway (2003), bahwa anak yang mengalami *picky eater* diketahui tidak diberi ASI secara eksklusif atau selama 6 bulan. Perilaku anak menjadi *picky eater* dikarenakan anak terlalu cepat/dini dikenalkan makanan, anak-anak yang mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan cenderung tidak mengalami *picky eater* karena anak sudah terpapar dengan berbagai variasi rasa melalui ASI. Selain itu, anak-anak dapat membangun pola interaksi ibu dan anak secara beragam selama anak menyusui kepada ibunya daripada anak yang minum susu formula.

Umur saat pemberian makanan tambahan yang kurang tepat, terlalu dini atau terlambat dapat berpengaruh terhadap kejadian *picky eater* pada anak yang dihubungkan dengan keterampilan makan anak (Sunarjo, 2006).

Hal ini mendukung penelitian Daniel dan Jacob (2012) bahwa kemungkinan pada anak yang dipkenalkan makanan padat (MP-ASI) pada saat anak berusia <6 bulan berisiko 2,5 kali lebih besar untuk mengalami *picky eater* dari pada anak yang diperkenalkan makanan padat (MP-ASI) saat berumur 6 bulan.

7. Pengaruh konsep sehat sakit orang tua terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh konsep sehat sakit orang tua terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh konsep sehat sakit orang tua terhadap *picky eater*.

Seorang individu akan memperoleh suatu konsep atau pandangan mengenai makanan ini pada awalnya dalam sebuah keluarga, sebagai sebuah proses sosialisasi. Pengetahuan yang melekat akibat proses sosialisasi yang terjadi sejak bayi tersebut boleh jadi merupakan pengetahuan lokal sebagai himpunan yang disalurkan melalui informasi dari satu generasi ke generasi berikutnya (Cathey dan Gaylord, 2004).

Dilapangan ditemukan orang tua beranggapan bayi sehat adalah bayi yang gemuk sering kali menjadi tolok ukur banyak orang tua dalam menilai kesehatan seorang anak. Padahal anggapan ini belum tentu benar. Bayi yang gemuk mungkin saja sehat, tapi belum tentu bayi yang tidak gemuk itu tidak sehat, tetapi tidak semua anak dari orang tua yang mempunyai anggapan demikian menjadi tidak *picky eater*, hal ini disebabkan karena makin tingginya pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan ibu kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pula pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada demikian juga sebaliknya.

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Kusharisupeni (2007), bahwa seseorang dengan pendidikan rendah pun akan mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi, kalau orang tersebut rajin mendengarkan atau melihat informasi tentang gizi.

8. Pengaruh pengasuh anak terhadap perilaku *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh pengasuh anak terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh pengasuh anak terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai $OR = 10,9$ yang berarti kemungkinan pada anak yang diasuh oleh orang lain selain ayah dan ibunya berisiko mengalami *picky eater* 10,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang diasuh oleh ayah dan ibunya sendiri.

Pengasuh anak merupakan termasuk pada siapa dan bagaimana pengasuhan dilakukan. Orang yang paling banyak mengasuh anak adalah orang yang paling sering berhubungan dengan anak dengan maksud mendidik dan membesarkan anak termasuk dalam hal makan. Hal ini menyangkut kualitas hubungan antara pengasuh dan anak, disamping itu pengasuh anak harus tetap dan berhubungan dengan anak secara berkesinambungan.

Hal ini tidak sejalan dengan pendapat Judarwanto (2006) yakni dalam hal pola asuh, orang tua yang tidak mengasuh dan mengajarkan anak untuk mengonsumsi makanan yang bervariasi atau hanya menyediakan makanan yang tetap dapat membuat anak tidak belajar mengenal rasa dan jenis makanan yang beragam. Akibatnya, anak menjadi pilih-pilih makanan (*picky eater*) (Judarwanto, 2006).

Masalah makan bisa menjadi indikator kesulitan emosi antara anak dan orang tua khususnya ibu karena makan merupakan proses yang kompleks, dinamis, dan merupakan interaksi yang efektif antara pengasuh, anak dan lingkungan (Louise, 1999; Wardlan, 1999). Pemberian makan merupakan salah satu hal yang penting dari pengasuhan orang tua terhadap anak. Perilaku anak di waktu makan, jadwal makan yang teratur, kualitas dan kuantitas makan serta variasi makanan dapat perhatian dari orang tua. Contoh dalam perilaku makan dapat dilakukan oleh orang tua. Kebiasaan dan perilaku makan orang tua dapat direfleksikan kepada anaknya (Cooke *et al*, 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian Daniel dan Jacob (2012) yang menyatakan bahwa *picky eater* secara signifikan terkait dengan pengasuh anak.

9. Pengaruh sosial budaya terhadap perilaku *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh sosial budaya terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh sosial budaya terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai OR= 9,9 yang berarti kemungkinan pada anak yang terdapat makanan pantangan yang dipengaruhi oleh sosial budaya berisiko mengalami *picky eater* 9,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang tidak terdapat makanan pantangan yang dipengaruhi oleh sosial budaya.

Hal ini sesuai dengan penemuan para peneliti yang banyak sekali menyatakan bahwa faktor budaya sangat berperan dalam proses terjadinya masalah gizi di berbagai masyarakat dan negara. Unsur-unsur budaya mampu menciptakan suatu kebiasaan makan/pola makan penduduk yang kadang-kadang bertentangan dengan prinsip-prinsip ilmu gizi. Berbagai budaya memberikan peranan dan nilai yang berbeda-beda terhadap pangan atau makanan (Suhardjo, 1989).

Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa budaya cukup menentukan jenis dan variasi makanan yang sering dikonsumsi. Makanan yang bervariasi ini dapat menghindarkan terhadap rasa bosan. Pengaturan siklus makan juga sangat penting untuk diperhatikan sehingga berbagai kebutuhan gizi dapat terpenuhi. Pengulangan makanan yang terlalu sering dalam rentan waktu yang pendek dapat menimbulkan rasa bosan dan anak cenderung memilih makanan-makanan tertentu yang disukainya. Hal ini karena pola konsumsi makan merupakan hasil budaya masyarakat yang bersangkutan, dan mengalami perubahan terus menerus sesuai dengan kondisi lingkungan dan tingkat kemajuan budaya masyarakat. Pola konsumsi ini diajarkan dan bukan diturunkan secara hereditas dari nenek moyang sampai generasi mendatang (Sediaoetama, 2006).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Alarcon *et al* (2003) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara budaya makan dengan *picky eater*. Menurut Kusharisupeni (2007), bahwa seseorang dengan pendidikan rendahpun akan mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi, kalau orang tersebut rajin mendengarkan atau melihat informasi tentang gizi.

10. Pengaruh jenis makanan terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh jenis makanan terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh jenis makanan pada anak terhadap *picky eater*.

Pemberian jenis makanan sesuai umur anak akan memudahkan makanan tersebut dicerna oleh saluran cerna dan diserap dengan sempurna sehingga akhirnya dapat didistribusikan ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan anak guna pertumbuhan dan perkembangannya. Dilapangan ditemukan anak-anak diberikan makanan sesuai dengan usianya, tetapi tidak semua anak menjadi tidak *picky eater*, hal ini disebabkan karena walaupun saat ini anak diberikan makanan sesuai dengan usianya tetapi banyak anak yang diberi MP-ASI pada saat anak berusia kurang dari 6 bulan. Selain itu cara pemberian makan orang tua/pengasuh yang dapat mempengaruhi situasi saat pemberian makan. Pemberian makan dengan cara yang sabar dan tidak terburu-buru dapat menghindarkan anak dari susah makan atau bahkan memilih-milih makan.

Hasil penelitian sesuai dengan pendapat Surbakti (2005) yang menyatakan kesulitan makan pada anak tidak dipengaruhi oleh jenis makanan yang diberikan orang tua kepada anaknya tetapi lebih ditekankan bagaimana cara orang tua dalam memberi makanan kepada anaknya sehingga anaknya mau makan.

11. Pengaruh frekuensi makan terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh frekuensi makan terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh frekuensi makan terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai $OR = 7$ yang berarti kemungkinan pada anak yang frekuensi makannya tidak sesuai dengan umur berisiko mengalami *picky eater* 7 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang frekuensi makannya sesuai dengan umur.

Hal ini sesuai dengan teori Engle et al (1997) yang menyatakan bahwa frekuensi makanan adalah salah satu faktor yang diperhatikan dalam pola asuh makan anak. Frekuensi makan anak dalam sehari menurut Depkes RI (2005) disesuaikan dengan umur anak sehingga asupan makanan tersebut dapat mencukupi kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Begitu juga sebaliknya, anak dengan frekuensi makan tidak sesuai umur, maka asupan zat gizinya kurang sehingga anak tersebut lebih besar kemungkinan untuk menderita malnutrisi. Frekuensi makan harus disesuaikan dengan umur anak.

Hal ini mendukung pernyataan dari Chatoor (2009), bahwa pemberian makan dengan waktu berdekatan/sering dan dengan menghadirkan makanan yang sama dapat membuat anak memilih-milih dan menolak makanan meskipun anak sangat menyukainya. Selain anak merasa bosan dengan makanan yang kurang bervariasi orang tua sebaiknya mengetahui waktu di mana anak merasa lapar. Orang tua hendaknya membuat siklus menu agar bervariasi sehingga anak tidak bosan. Anak akan mendapatkan asupan gizi yang lebih lengkap bila orang tua menghadirkan menu yang bervariasi sehingga anak dapat terhindar dari kebiasaan menolak makanan dan memilih-milih makan.

12. Pengaruh waktu makan terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh waktu makan terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh waktu pemberian makan terhadap *picky eater* dan didapatkan nilai $OR = 5,9$ yang berarti kemungkinan pada anak yang waktu pemberian makannya kurang tepat berisiko mengalami *picky eater* $OR = 5,9$ kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang waktu pemberian makannya tepat.

Pemberian makanan pada anak sebaiknya pada saat anak lapar sehingga ia dapat menikmatinya, tidak perlu dengan membuat jadwal makan yang terlalu kaku (terlalu disiplin waktu), karena mungkin saja bila kita memaksakan anak makan pada jam yang telah ditentukan, anak belum merasa lapar sehingga ia tidak mempunyai nafsu makan (Pudjiadi, 2005).

Hal ini tidak sejalan dengan pendapat Judarwanto (2006), bahwa ketidaktepatan dalam memberikan makan saat anak merasa lelah akan menyebabkan anak akan menjadi *picky eater* yang biasanya dimulai dari kehilangan nafsu makan dari yang ringan hingga berat (Judarwanto, 2006). Kemungkinan pada saat jam makan yang ditentukan anak masih merasa

lelah telah bermain, sebaiknya membiarkan anak beristirahat terlebih dahulu (Pudjiadi, 2005). Memaksa anak makan pada saat anak tidak merasa lapar dapat membuat anak menjadi *picky eater* (Daniel dan Jacob, 2012).

13. Pengaruh cara pemberian makan terhadap *picky eater*

Berdasarkan hasil analisis pengaruh cara pemberian makan terhadap *picky eater* menunjukkan bahwa ada pengaruh cara dan situasi pemberian makan terhadap *picky eater*, dan didapatkan nilai $OR = 13$ yang berarti kemungkinan pada anak yang cara pemberian makannya kurang baik berisiko mengalami *picky eater* 13 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang cara pemberian makannya baik.

Memberi makan pada anak harus dengan kesabaran dan ketekunan, sebaiknya menggunakan cara-cara tertentu seperti dengan membujuk anak. Jangan memaksa anak bila dipaksa akan menimbulkan emosi pada anak sehingga anak menjadi kehilangan nafsu makan (Pudjiadi, 2005). Dipaksa ataupun dimarahi saat makan dapat menjadi penyebab psikologis kesulitan makan pada anak. Interaksi yang negatif seperti memaksa makan, membujuk, mengancam dan perilaku yang mengganggu anak (melemparkan makanan) dapat berpengaruh terhadap nafsu makan anak (Claude, Anne dan Bernard Bonning, 2006).

Memaksa anak makan akan menimbulkan emosi pada anak sehingga anak menjadi kehilangan nafsu makan (Pudjiadi, 2005). Dipaksa ataupun dimarahi saat makan dapat menjadi penyebab psikologis kesulitan makan pada anak. Interaksi yang negatif seperti memaksa makan, membujuk, mengancam dan perilaku yang mengganggu anak (melemparkan makanan) dapat berpengaruh terhadap nafsu makan anak (Claude, Anne dan Bernard Bonning, 2006).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Daniel dan Jacob (2012) bahwa cara orang tua dalam pemberian makan seperti melempar makanan pada waktu makan secara signifikan terkait dengan perilaku anak memilih-milih makanan. Tekanan untuk makan seperti meninggikan suara agar anak mau makan dan mengancam anak dapat berpengaruh terhadap *picky eater*.

Hal ini juga mendukung penelitian Cathey dan Gaylord (2004) yang menyatakan bahwa orang tua yang memberi makan anaknya dengan cara membentak, marah, dan memberikan hukuman jika anak tidak menghabiskan makanan yang disediakan dapat membuat anak menjadi *picky eater*.

Sikap ibu/pengasuh yang hangat, ramah, menciptakan suasana yang nyaman, tenang, mengungkapkan kasih sayang dengan senyuman dan pelukan, dapat menimbulkan nafsu makan pada anak (Hurlock, 1991). Pola asuh makan sangat menentukan status gizi anak. Ibu yang dapat membimbing anak tentang cara makan sehat dan bergizi akan meningkatkan gizi anak (Anwar, 2004). Sebaliknya pola asuh makan yang tidak memadai dapat menyebabkan terjadinya malnutrisi pada anak (Kurniawan et al, 2001).

F. PENUTUP

A. Simpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Jabon Sidoarjo tepatnya di dusun Balong Tani dan Dukuh Sari pada tahun 2013 diperoleh simpulan sebagai berikut:

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyakit yang diderita anak 3 bulan terakhir, interaksi antara ibu dan anak yang kurang baik, perilaku makan orang tua yang suka memilih-milih makan, tidak diberikan ASI eksklusif selama 6 bulan, pemberian MP-ASI kurang dari atau lebih dari 6 bulan, anak yang diasuh oleh orang lain selain ortunya, terdapat pantangan makan pada sosial budaya, frekuensi makan yang tidak sesuai umur, waktu makan yang kurang tepat, dan cara pemberian makan yang kurang baik berpengaruh terhadap *picky eater* pada anak umur 1-3 tahun di wilayah kerja

Puskesmas Jabon Sidoarjo pada tahun 2013. Sedangkan konsep sehat sakit orang tua, nafsu makan anak dan jenis makanan tidak berpengaruh terhadap *picky eater*.

B. Saran

Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo agar mengadakan program revitalisasi posyandu sebagai lembaga yang akan mengevaluasi perkembangan anak dan memberikan konseling serta fasilitas kesehatan lainnya. Dan untuk orang tua supaya meningkatkan kualitas gizi anak dengan memberikan ASI eksklusif setelah anak lahir hingga berusia 6 bulan dan dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun, menunda memperkenalkan makanan padat hingga anak berusia 6 bulan serta menyiapkan makanan yang memadai bagi anak. Selanjutnya ibu dianjurkan membawa anak ke pelayanan kesehatan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani dan Wirjatmadi. 2012. *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: Kencana.
- Adriani dan Wirjatmadi. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana.
- Alarcon, P.A., Lung-Huang, L., Noche, M., Hernandez, V. C. 2003. Effect of oral supplementation on catch-up growth in picky eaters. *Clinical Pediatrics*, 42(3), 209. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/200089469?accountid=25704>.
- Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. 2004. Prevalence of picky eaters among infant and their caregivers' decision about offering a new food. *J Am Diet Assoc* 104, S57-S64. Available from <http://www.jada.org> (sitasi 31 Januari 2013).
- Carruth BR and Skinner JD. 2000. Revisiting the picky eater phenomenon: Neophobic behaviors of young children. *Journal of the American College of Nutrition*, 19, 771-780.
- Chatoor, Irene. 2009. *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children*. Washington DC: Zero To Three.
- Chatoor, Irene. 2009. Sensory food aversions in infant and toddler. Washington DC. *Zero To Three*, p.44-50. Available from [http://www. Zerothreethree.org/reprints](http://www.Zerothreethree.org/reprints) (sitasi 31 Januari 2013).
- Chatoor, Irene, Jaclyn surles, Jodi, Gniban. 2004. Failure to thrive and cognitiv development in toddler with infantile anorexia. *Pediatrics*, Vol. 113, No. 5, p. 440-446. Available from <http://www. Zerothreethree.org/reprints> (sitasi 31 Januari 2013).
- Claude, Anne & Bernard Bonning. 2006. Fedding problem of infats and toddlers. *Canadian Family Physician*, Vol. 52, No. 6, p. 1247-1251.
- Depkes RI. 2005. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Bandung: PT. Enka Parahiyangan.
- Dewanti. 2012. Dalam seminar "Solutions for Toddler Feeding Problems". Malang: Brawijaya University.
- Dorfmann, Kelly. The Picky Eater. <http://www.autism.org/picky eater.html> (sitasi 24 Januari 2013).
- Dubois, Lise, Anna Farmer, Manon Girad, Kelly Peterson. 2007. Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. Available from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1855064> (sitasi 2 Juli 2013)
- Eisenberg. 2002. *Bayi Pada Tahun Pertama: Apa yang Ibu/pengasuh Hadapi per Bulan*. Jakarta: Arcan.
- Galloway, Amy T, Yoona Lee & Leann L Birch. 2003. Predictor and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 10, No. 6, p. 692-701.
- IDAI. 2010. *Indonesia Menyusui*. Ikatan Dokter Anak Indonesia.

- Judarwanto, Widodo. Alergi makanan dan autisme. Children allergy Center Rumah Sakit Bunda Jakarta. Available from <http://www.pdpersi.coi.id> (sitasi 09 Feb 2013).
- Kurniasih, Dedeh. 2010. *Sehat dan Bugar Berkat gizi Seimbang*. Jakarta: Kompas Gramedia.
- Kurniawan. 2001. Childhood Malnutrition in Indonesia, it's Current Situation, Joint Symposium Between Departement of Nutrition. Departement of Pediatrics. Surakarta: Sebelas Maret University, February, 19-21th, 2001.
- Lubis G. 2005. Masalah makan pada anak. *Majalah Kedokteran Andalas*, Vol.29.
- Mayes, L.C & Volkmar, F.R. 1993. Nosology of eating growth disorder in early childhood. *Child and adolescent psychiatric clinics of north America*, Vol. 1, No. 2, p.15-35.
- Pudjiadi, S. 2005. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Shore, B., & Piazza, C. 1997. Pediatric feeding disorders. Manual for the Assessment and Treatment of the Behavior Disorder of People with Mental Retardation p.65-89.
- Sulistyoningsih. 2012. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siswanto, Hadi. 2009. *Pendidikan Kesehatan Anak Umur Dini*. Jakarta: Pustaka Rihama.
- Taveras, Elsie M. 2004. Association of brestfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 years. *Pediatrics*. Vol. 114, No. 5.
- Wright, Charlotte M., et al January 30, 2008. How do Toddler eating problems relate to their eating behavior, food preference, and growth?. *American acadeny of pediatric*. E1069-e1075 pp. www.pediatrics.org Viewed on Feb 10, 2013

