

HUBUNGAN SIKAP IBU TENTANG KESULITAN MAKAN DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA PRA SEKOLAH (3-6 TAHUN) DI DESA WONOSARI NGORO MOJOKERTO

Nurun Ayati Khasanah

Dosen Poltekkes Majapahit

ABSTRACT

Many children have problems for eating. These problems happen in 25% children of Indonesia. It will increase for about 40-70% to children who got premature or cronic disease. Picky Eaters Clinic had done a research on the day priour to 2007. This research said that the children who is 3-6 years or preschool, is gotten 33,6% prevalent problem of eating. This problem will spoil their growth and development of children. The goal of this research knows the relation between what will mother do for nutrient problem of children preschool or (3-6 tahun) in wonosari ngoro mojokerto. This research is observation of analitic, besides make a list with cross sectional. Independent of variable is what will mother do about the problem for eating in children before they get formal education (3-6 years). Variable dependent is nutrient of children preschool (3-6 tahun). Popualtion is fifty eight mothers and their childrend (3-6 years) in Wonosari, Ngoro, Mojokerto. Fifty one person had been the sample by simple random sampling. The statistic test, chi square test had been gotten the sig result. (2 tailed)=0,000<_a=0,05. Its mean there is relation mother do about eating problem with nutrient in children (3-6 years) in wonosari, ngoro , mojokerto. Finally, this research has the result that there is connetion mother do with eating problem that happen in children preschool or 3-6 years in wonosari, ngoro, mojokerto. Because of this result, the medicals personel are expected to increase to give conseling for mother about how to overcome eating problem or the difficulties to eat for children

Keyword: *attitude, nutrient status*

A. PENDAHULUAN

Pengaturan makan yang berhasil tercermin dalam pertumbuhan dan perkembangan anak yang memuaskan. Umumnya kecukupan makanan dapat diperkirakan dari masukan makanan. Untuk mengetahui apakah makanan yang diberikan sudah mencukupi kebutuhan dilakukan dengan mengevaluasi anak. Evaluasi secara objektif dilakukan dengan memantau pertumbuhan fisik atau penilaian status nutrisi anak (Akhmadi, 2008). Kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit merupakan penyebab langsung malnutrisi yang paling penting. Penyakit, terutama penyakit infeksi, mempengaruhi jumlah asupan makanan dan penggunaan nutrien oleh tubuh. Kurangnya asupan makanan sendiri dapat disebabkan oleh kurangnya jumlah makanan yang diberikan, kurangnya kualitas makanan yang diberikan dan cara pemberian makanan yang salah (Rahajeng, 2009).

Memberi makan kepada anak-anak terkadang menyulitkan. Anak tidak selalu menyukai apa yang diberikan kepada mereka. Mereka cenderung lebih menyukai makanan ringan berupa makanan yang manis (seperti permen, biskuit), makanan *junk food* (biasanya dalam bentuk makan siap saji seperti *hamburger, fried chicken, french fries*), dan makanan yang *tasty* (misalnya *chiky, cheetos*) dibandingkan makanan utama yang berupa nasi dan lauk pauknya. Menghadapi situasi tersebut orangtua terutama ibu biasanya menggunakan berbagai cara untuk membuat agar anaknya mau makan, bahkan seringkali sampai merasa perlu untuk memaksa anak, apalagi orangtua dari anak-anak

yang bertubuh mungil. Orangtua mungkin beranggapan bahwa tubuh mungilnya itu terbentuk karena anaknya kurang makan dan gizi (Tasmin, 2008). Hal tersebut bisa disadari. Sebab kecemasan ibu timbul akibat ketakutan akan tidak terpenuhinya kecukupan gizi, energi maupun nutrisi untuk tumbuh kembang anak. Namun sikap ibu yang memaksakan makan menyebabkan anak merasakan proses makan sebagai saat yang tidak menyenangkan, berakibat timbulnya rasa anti terhadap makanan. Hal ini disebabkan ibu beranggapan bagaimanapun caranya, anak tetap harus makan. Di sisi lain sikap ibu tersebut dipengaruhi oleh masalah sosio-kultural dan aturan makan yang ketat atau berlebihan, sikap yang terlalu obsesif (keras) dan overprotektif (terlalu melindungi), sehingga menimbulkan respon negatif dari anak (Suri Viana, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Abigail H. Natenshon pada tahun 2007 di beberapa negara bagian Amerika Serikat menunjukkan bahwa masalah kesulitan makanan sangatlah nyata dan banyak dijumpai di masyarakat. Kesulitan makan dialami oleh satu dari dua puluh anak di usia 0 bulan hingga 10 tahun yang menolak makan atau hanya makan makanan tertentu yang dia sukai saja. Itupun dalam jumlah yang relatif sangat sedikit. Kondisi ini dikarakteristikan dengan ketakutan yang sangat untuk mencoba makanan baru, menolak apapun jenis makanan yang diberikan yang menyebabkan kondisi anak semakin terpapar pada malnutrisi dan mengalami gagal pertumbuhan secara normal (Nathenson, 2007).

Faktor kesulitan makan pada anak ini juga dialami oleh sekitar 25% anak Indonesia, jumlahnya akan meningkat sekitar 40-70% pada anak yang lahir prematur atau dengan penyakit kronik. Penelitian yang dilakukan oleh *Picky Eaters Clinic* di awal tahun 2007, menyebutkan bahwa pada anak pra sekolah usia 3-6 tahun, didapatkan prevalensi kesulitan makan sebesar 33,6%. Sebagian besar 79,2% telah berlangsung lebih dari 3 bulan. Kesulitan pemberian makan pada anak ini secara langsung mengganggu proses tumbuh kembang anak, yang pada gilirannya dapat mengganggu fungsi tubuh lainnya (Judarwanto, 2007).

Jawa Timur merupakan propinsi dalam peringkat kelima di Indonesia yang memiliki kasus gizi buruk tertinggi. Sebanyak 5.000 anak di Jawa Timur dinyatakan mengalami masalah kurang gizi. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya asupan gizi yang adekuat akibat anak sulit makan (Taufik, 2008). Kabupaten Mojokerto tahun 2008 memiliki jumlah balita di bawah garis merah (BGM) sebanyak 2,41% dan balita gizi buruk sebanyak 0,07%. Data yang diperoleh dari Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto tahun 2008 menunjukkan bahwa di Kecamatan Gondang terdapat 124 (4,89%) balita BGM (di bawah garis merah) dan 5 (0,24%) kasus balita gizi buruk dari 3.125 balita yang ada (Dinkes Kabupaten Mojokerto, 2010).

Permasalahan pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun) adalah bahwa pada usia ini seorang anak masih merupakan golongan konsumen pasif yaitu belum dapat mengambil dan memilih makanan sendiri. Mereka juga masih sukar diberikan pengertian tentang pentingnya makanan, di samping kemampuan menerima berbagai jenis makanan juga masih terbatas. Maka pada usia ini anak dengan kesulitan makan rentan terhadap berbagai penyakit infeksi terutama kondisi kurang gizi (Santoso, 2004: 99). Sikap ibu yang negatif seperti memaksakan makan ataupun membiarkan anak tidak mau makan akan membuat anak semakin tidak mau makan dan kurang asupan gizi. Menurut penelitian Judarwanto (2007), kesulitan makan ternyata dapat berakibat mengganggu fungsi otak dan merubah perilaku anak. Gangguan perilaku tersebut berupa over aktif, hiperaktif atau *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), agresifitas dan emosi yang meningkat, gangguan konsentrasi, gangguan belajar, gangguan tidur malam dan lain-lain. Bahkan jika berlangsung lama, dapat menyebabkan berbagai komplikasi penyakit, diantaranya Kurang

Kalori Protein (KKP), marasmik, kwasiorkor, gangguan mental dan kecerdasan, Kurang Vitamin A (KVA) dan sebagainya (Siswono, 2009).

Upaya mengatasi sikap negatif ibu tentang kesulitan makan pada anak pra sekolah usia 3-6 tahun dapat dilakukan dengan pemberian penyuluhan dan konseling oleh tenaga kesehatan. Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan, yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Mahfoedz, 2007: 15).

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Sikap

a. Pengertian sikap

Sikap adalah juga respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup (Notoatmodjo dan sebagainya). Jadi sikap itu suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Newcomb menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, , 2005: 52).

b. Klasifikasi sikap

Menurut Azwar (2008: 6), di kalangan ahli psikologi sosial dewasa ini terdapat dua pendekatan dalam mengklasifikasikan sikap. Yang pertama adalah yang memandang sikap sebagai kombinasi reaksi antara afektif, konatif dan kognitif terhadap suatu objek. Pendekatan pertama ini sama dengan pendekatan skema triadik, yang kemudian disebut juga dengan pendekatan tri komponen. Yang kedua adalah yang meragukan adanya konsistensi antara ketiga komponen sikap di dalam membentuk sikap. Oleh karena itu pendekatan ini hanya memandang perlu membatasi konsep dengan komponen afektif saja.

c. Pembentukan sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap, antara lain pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2008: 30-38).

1. Pengalaman pribadi.

Middlebrook mengatakan bahwa tidak adanya pengalaman yang dimiliki oleh seseorang dengan suatu objek psikologis, cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika yang dialami seseorang terjadi dalam situasi yang melibatkan emosi, karena penghayatan akan pengalaman lebih mendalam dan lebih lama membekas.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting.

Individu pada umumnya cenderung memiliki sifat yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting yang didorong oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik.

3. Pengaruh kebudayaan.

Burrhus Frederic Skin sangat menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Kepribadian merupakan pola

perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah *reinforcement* yang kita alami. Kebudayaan memberikan corak pengalaman bagi individu dalam suatu masyarakat. Kebudayaanlah yang menanamkan garis pengarah sikap individu terhadap berbagai masalah.

4. Media massa.

Berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Media massa memberikan pesan-pesan yang sugestif yang mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Jika cukup kuat, pesan-pesan sugestif akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

5. Lembaga pendidikan dan lembaga agama.

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai sesuatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan maka tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal. Apabila terdapat sesuatu hal yang bersifat kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau mungkin juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak. Dalam hal seperti itu, ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan atau lembaga agama sering kali menjadi determinan tunggal yang menentukan sikap.

d. Tingkatan sikap

1) Menerima (*receiving*).

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

2) Menanggapi (*responding*).

Menanggapi di sini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3) Menghargai (*valuing*).

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

4) Bertanggung jawab (*responsible*).

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya (Notoatmodjo, 2005: 54).

2. Konsep Kesulitan Makan

a. Pengertian kesulitan makan.

Kesulitan makan anak yaitu kurangnya nafsu makan atau ketidakmampuan untuk makan dan menolak makanan tertentu. Kesulitan makan juga timbul bila alat pencernaan mengalami kelainan maupun bila refleks-refleks yang berhubungan dengan makan terganggu (Santoso, 2004: 98, 99).

Kesulitan makan terjadi bila anak mengalami gangguan dalam mengkonsumsi makanan yang ditandai dengan tidak mau menelan, cepat bosan, menolak makan serta penerimaan makan yang tidak memuaskan (Karyadi, 2007: 14-15).

b. Pola makan dan kebiasaan makan pada anak usia pra sekolah

Ditinjau dari sudut masalah kesehatan dan gizi, maka anak usia pra sekolah yaitu tiga sampai dengan enam tahun termasuk golongan masyarakat yang disebut kelompok rentan gizi, yaitu kelompok masyarakat yang paling mudah menderita kelainan gizi, sedangkan pada saat ini mereka sedang mengalami proses pertumbuhan yang relatif pesat, dan memerlukan zat-zat gizi dalam jumlah yang relatif besar.

Untuk seorang anak, makan dapat dijadikan media untuk mendidik anak supaya dapat menerima, menyukai, memilih makanan yang baik, juga untuk menentukan jumlah makanan yang cukup dan bermutu. Dengan demikian dapat dibina kebiasaan makan yang baik tentang waktu makan dan melalui cara pemberian makan yang teratur, anak biasa makan pada waktu yang lazim dan sudah ditentukan (Santoso, 2004: 89).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola makan

Pola makan menurut Lie Goan Hong dalam Sri Karjati (1985) adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu. Pola makan ini dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain adalah: kebiasaan, kesenangan, budaya, agama, taraf ekonomi, lingkungan alam, dan sebagainya (Santoso, 2004: 89).

Di masyarakat, setiap kelompok mempunyai suatu pola tersendiri dalam memperoleh, menggunakan, dan menilai makanan yang akan merupakan ciri kebudayaan dari kelompok masing-masing. Adanya berbagai pengertian tersebut memerlukan landasan pengetahuan tentang makanan sehat bergizi dalam memenuhi konsumsi makanan sehari-hari. Penerapan pendidikan gizi pada ibu sebagai pengelola utama makanan yang disantap keluarga sehari-hari sulit berhasil bila tidak disertai peningkatan pengetahuan mengenai sikap, kepercayaan dan nilai dari masyarakat yang akan dijadikan sasaran dan cara mereka menerapkannya kepada anak-anak mereka. Sikap ibu terhadap makanan dipengaruhi oleh pelajaran dan pengalaman yang diperoleh sejak masa kanak-kanak tentang makan dan makanan. Hal ini kemudian akan membentuk kebiasaan makan, yaitu suatu pola perilaku konsumsi pangan yang diperoleh karena terjadi berulang-ulang. Jadi kebiasaan makan ibu akan mempengaruhi pola asuh makan yang diterapkannya pada anak-anaknya kelak. Oleh karena itu, di lingkungan anak hidup terutama keluarga perlu pembiasaan makan anak yang memperhatikan kesehatan dan gizi (Santoso, 2004: 95-96).

d. Gejala kesulitan makan.

Gejala kesulitan makan pada anak, antara lain:

- 1) Anak makan tidak mau ditelan, hanya ditahan (diemut) di dalam mulut, bahkan kadang-kadang dikeluarkan lagi.
- 2) Makan terlalu sedikit menurut ukuran si ibu atau pengasuh atau tidak seperti hari-hari biasanya.
- 3) Penerimaan makanan yang tidak memuaskan, seperti anak tidak mau makan salah satu makanan (terutama yang tidak mereka sukai) atau hanya mau makan salah satu jenis makanan (seperti hanya mau minum susu dan tidak mau makan nasi).
- 4) Terjadi keterlambatan dalam ketrampilan makan tertentu, misalnya anak seharusnya sudah dapat mengkonsumsi nasi tapi tidak dapat menerima bahkan untuk menelan nasi.

- 5) Cepat bosan terhadap makanan yang diberikan.
 - 6) Menunjukkan penolakan atau melawan pada waktu makan.
 - 7) Suka makanan yang bukan makanan atau menunjukkan kebiasaan makan yang aneh (pika), seperti makan rumput, kertas (Karyadi, 2007: 15)
- e. Penyebab kesulitan makan.
- Menurut Karyadi (2007: 16), penyebab kesulitan makan pada anak antara lain:
- 1) Faktor emosi.

Misalnya adanya perubahan lingkungan, perubahan pengasuh, orang tua bepergian, paksaan untuk makan atau menghabiskan makanan tertentu yang dapat menurunkan selera makan anak.
 - 2) Faktor organik atau fisik.
 - 1) Kelainan neuro-motorik, misalnya cerebral palsy, inkoordinasi faring, kelainan laring atau kelainan esophagus yang dapat menyebabkan kesukaran menelan.
 - 2) Kelainan kongenital (bawaan lahir), sehingga sulit untuk mengunyah atau mengolah makanan di mulut, misalnya kelainan langit-langit.
 - 3) Kelainan rahang, kelainan lidah, obstruksi (penyumbatan) esophagus, usus halus juga menyulitkan anak untuk makan atau menimbulkan muntah.
 - 3) Faktor fisiologis.

Terjadi penurunan kebutuhan makan pada periode tertentu. Pada masa pertumbuhan, kebutuhan makan pada anak meningkat. Namun selera makan anak biasanya menurun ketika anak memasuki usia 3 tahun.
 - 4) Faktor penyakit.
 - 1) Misalnya gangguan pada mulut. Adanya gusi bengkak, sariawan, gigi berlubang atau patah menyebabkan anak sulit untuk mengunyah dan menggigit makanan, sehingga enggan untuk makan.
 - 2) Adanya penyakit infeksi akut atau menahun biasanya merupakan penyebab turunnya selera makan.
 - 5) Faktor gizi.

Kekurangan gizi, terutama kalori dan protein yang dikenal sebagai malnutrisi energi protein dapat menimbulkan gejala anoreksia (tidak nafsu makan), karena produksi enzim pencernaan dan asam lambung yang kurang dan anak menjadi apatis, sehingga selera makan menjadi tidak ada. Kekurangan asam amino serta anemia kekurangan zat besi juga dapat menyebabkan anoreksia. Hal ini terjadi akibat anak kurang mengonsumsi variasi makanan yang mengandung zat besi dan hanya minum susu yang rendah zat besi.
 - 6) Faktor obat-obatan.

Pemberian obat-obatan tertentu dapat menyebabkan penurunan selera makan, misalnya jenis antibiotik tertentu, steroid, pemberian hormon atau kemoterapi untuk pengobatan kanker.
 - 7) Faktor lingkungan.

Misalnya suasana makan di dalam keluarga yang tidak menyenangkan, sehingga menurunkan selera makan anak. Adanya gangguan lingkungan misalnya anak terlalu senang bermain, menonton televisi dan sebagainya.
- f. Kebutuhan gizi anak usia pra sekolah.
- Kebutuhan gizi yang paling diperlukan oleh anak usia pra sekolah terdiri dari:

1) Protein.

Digunakan untuk pertumbuhan, memperbaiki sel-sel yang rusak dan komponen yang penting untuk daya tahan tubuh. Dapat diperoleh dari bahan hewani (daging, ayam, telur) dan nabati (tempe, tahu, kacang-kacangan)

2) Vitamin A, C, E sebagai pelindung alamiah tubuh.

Vitamin C merupakan zat gizi utama untuk meningkatkan sistem daya tahan tubuh. Bersama vitamin A dan E, ketiga vitamin ini dapat melindungi tubuh dari infeksi bakteri dan virus. Vitamin C paling banyak didapatkan dari jeruk, pepaya, sayuran hijau, ubi. Vitamin A ada dua sumber dari hewan disebut retinol dan dari tumbuhan disebut beta karoten. Sedangkan vitamin E ditemukan di asam lemak esensial, seperti minyak ikan dan kacang-kacangan.

3) Vitamin B kompleks dan asam lemak esensial untuk perkembangan otak.

Zat gizi utama yang dibutuhkan untuk proses berpikir dan konsentrasi adalah asam lemak esensial omega 3 yang terdapat pada minyak ikan, kacang-kacangan serta vitamin B kompleks.

4) Mineral: seng, selenium dan zat besi.

Seng banyak ditemukan pada tiram, daging sapi, ayam, telur. Selenium pada kerang dan makanan laut. Seng dan selenium merupakan dua mineral utama yang dibutuhkan untuk meningkatkan daya tahan tubuh dari penyakit. Sedangkan zat besi dibutuhkan dalam pembentukan sel darah merah yang membawa oksigen dan zat-zat gizi dalam darah ke seluruh bagian tubuh. Zat besi terdapat pada daging merah, avokad, brokoli, kentang dan beras merah.

3. Konsep Status Gizi

a. Pengertian status gizi.

Gizi (*nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Supariasa, 2001: 17-18). Gizi berasal dari bahasa Arab “*ghidza*” yang berarti makanan (Almatsier, 2009: 3). Istilah gizi merupakan terjemahan dari kata bahasa Inggris *nutrition*. Jadi gizi terkadang disebut pula nutrisi (Yuniastuti, 2008: 1).

Zat gizi adalah ikatan kimia yang diperlukan oleh tubuh untuk melakukan fungsinya yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan (Almatsier, 2009: 3).

Status gizi (*nutrition status*) adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2001: 18). Status gizi adalah suatu keadaan tubuh yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan. Keseimbangan tersebut dapat dilihat dari variabel pertumbuhan, yaitu berat badan, tinggi badan atau panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan, dan panjang tungkai (Sasake, 2009). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2009: 3).

b. Pengukuran status gizi.

Dapat dilakukan dengan menggunakan indeks antropometri (Supariasa, 2001: 69). Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan lingkaran lengan atas menurut umur (LiLA/U). Dari berbagai jenis indeks antropometri tersebut, untuk

menginterpretasikannya dibutuhkan ambang batas. Penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan para ahli gizi. Ambang batas dapat disajikan dalam tiga cara, yaitu:

1) Persen terhadap median.

Median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Dalam antropometri gizi, median sama dengan persentil 50. Nilai median ini dinyatakan sama dengan 100% (untuk standar). Setelah itu dihitung persentase terhadap nilai median untuk mendapatkan ambang batas.

Tabel 1 Status gizi berdasarkan indeks antropometri

| Status gizi | Indeks | | |
|-------------|--------|--------|--------|
| | BB/U | TB/U | BB/TB |
| Gizi baik | >80% | >90% | >90% |
| Gizi sedang | 71-80% | 81-90% | 81-90% |
| Gizi kurang | 61-70% | 71-80% | 71-80% |
| Gizi buruk | ≤60% | ≤70% | ≤70% |

Sumber: Persen terhadap Median Baku NCHS (Supariasa, 2001: 70)

2) Persentil.

Cara lain untuk menentukan ambang batas selain persen terhadap median adalah persentil. Para pakar merasa kurang puas dengan persen terhadap median untuk menentukan ambang batas. Akhirnya mereka memilih cara persentil. Persentil 50 sama dengan median atau nilai tengah dari jumlah populasi berada di atasnya dan setengahnya berada di bawahnya. *National Center for Health Statistic* (NCHS) merekomendasikan persentil ke 50 sebagai batas gizi baik dan kurang, serta persentil 95 sebagai batas gizi lebih dan gizi baik.

3) Standar deviasi unit

Standar deviasi unit disebut juga Z-skor. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan untuk memantau pertumbuhan.

a) 1 SD unit (1 Z-skor) kurang lebih sama dengan 11% dari median BB/U.

b) 1 SD unit (1 Z-skor) kira-kira 10% dari median BB/TB.

c) 1 SD unit (1 Z-skor) kira-kira 5% dari median TB/U.

c. Patogenesis penyakit gizi.

Jellife dan Florentino Solon (1977) dalam Supariasa (2001: 8-9) membuat patogenesis penyakit kurang gizi sebagai berikut: proses diawali akibat dari faktor lingkungan dan faktor manusia yang didukung oleh kekurangan asupan zat-zat gizi. Akibat kekurangan zat gizi, maka simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Apabila keadaan ini berlangsung lama, maka simpanan zat gizi akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan. Pada saat ini seseorang sudah dapat dikatakan mengalami malnutrisi walaupun baru hanya ditandai dengan penurunan berat badan dan pertumbuhan terhambat. Dengan meningkatnya defisiensi zat gizi, maka muncul perubahan biokimia dan rendahnya zat-zat gizi dalam darah, berupa rendahnya tingkat hemoglobin, serum vitamin A dan karoten. Dapat pula terjadi meningkatnya beberapa hasil metabolisme seperti asam laktat dan piruvat pada kekurangan tiamin. Apabila keadaan itu berlangsung lama, maka akan terjadi perubahan fungsi tubuh seperti tanda-tanda saraf yaitu kelemahan, pusing, kelelahan, nafas pendek dan lain-lain. Kebanyakan penderita malnutrisi sampai pada tahap ini. Keadaan ini akan berkembang yang diikuti oleh tanda-tanda klasik dari kekurangan gizi seperti kebutaan dan fotopobia, nyeri lidah

pada penderita kekurangan riboflavin, kaku pada kaki pada defisiensi tiamin. Keadaan ini akan segera diikuti luka pada anatomi.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi ditinjau dari sistem pangan dan gizi adalah penyediaan pangan, distribusi pangan, konsumsi makanan dan utilisasi makanan. Penyediaan pangan yang cukup diperoleh melalui produksi pangan dalam negeri melalui upaya pertanian dalam menghasilkan bahan makanan pokok, lauk pauk, sayur mayur dan buah-buahan. Agar sampai pada masyarakat dengan baik, distribusi pangan perlu memperhatikan aspek transportasi, penyimpanan, pengolahan, pengemasan, dan pemasaran. Sampai di tingkat keluarga, konsumsi makanan bergantung pada jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga, pola asuh makan, dan kebiasaan makan secara perorangan. Penggunaan makanan oleh tubuh bergantung pada pencernaan dan penyerapan serta metabolisme gizi. Hal ini bergantung pada kebersihan lingkungan dan ada tidaknya penyakit yang berpengaruh terhadap penggunaan zat-zat gizi oleh tubuh (Almatsier, 2009: 12-13).

Kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit merupakan penyebab langsung malnutrisi yang paling penting. Penyakit, terutama penyakit infeksi, mempengaruhi jumlah asupan makanan dan penggunaan nutrien oleh tubuh. Kurangnya asupan makanan sendiri dapat disebabkan oleh kurangnya jumlah makanan yang diberikan, kurangnya kualitas makanan yang diberikan dan cara pemberian makanan yang salah (Rahajeng, 2009).

Berbagai penelitian yang telah dilakukan yang mengungkapkan bahwa keadaan gizi dan pertumbuhan anak laki-laki lebih baik daripada keadaan gizi dan pertumbuhan anak perempuan dalam lingkungan yang sama (Satoto, 1990). Menurut dugaan Chavez dan Martinez (1982) seperti dikutip Satoto (1990), bahwa faktor perbedaan tersebut berkaitan dengan faktor biologis, dimana anak laki-laki menggunakan kalori-protein lebih efisien (Suyatno, 2007). Status gizi juga tercermin dalam berat badan anak. Berat badan ideal seorang anak memiliki range. Standarnya bagi anak laki-laki dan perempuan juga berbeda. Biasanya anak perempuan mempunyai berat badan lebih rendah dibandingkan anak laki-laki (Hendarto, 2009).

e. Penanggulangan masalah gizi kurang.

Penanggulangan masalah gizi kurang perlu dilakukan secara terpadu antar departemen dan kelompok profesi, melalui upaya-upaya peningkatan pengadaan pangan, penganekaragaman produksi dan konsumsi pangan, peningkatan status sosial ekonomi, pendidikan dan kesehatan masyarakat, serta peningkatan teknologi hasil pertanian dan teknologi pangan. Semua upaya ini bertujuan untuk memperoleh perbaikan pola konsumsi pangan masyarakat yang beraneka ragam dan seimbang dalam mutu gizi (Almatsier, 2009: 311).

Menurut Almatsier (2009: 311), upaya penanggulangan masalah gizi kurang yang dilakukan secara terpadu antara lain:

- 1) Upaya pemenuhan persediaan pangan nasional terutama melalui peningkatan produksi beraneka ragam pangan.
- 2) Peningkatan usaha perbaikan gizi keluarga (UPGK) yang diarahkan pada pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga.
- 3) Peningkatan upaya pelayanan gizi terpadu dan sistem rujukan dimulai dari tingkat pos pelayanan terpadu (Posyandu), hingga puskesmas dan rumah sakit.

- 4) Peningkatan upaya keamanan pangan dan gizi melalui Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG).
- 5) Peningkatan komunikasi, informasi, dan edukasi di bidang pangan dan gizi masyarakat.
- 6) Peningkatan teknologi pangan untuk mengembangkan berbagai produk makanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat luas.
- 7) Intervensi langsung kepada sasaran melalui pemberian makanan tambahan (PMT), distribusi kapsul vitamin A dosis tinggi, tablet dan sirop besi serta kapsul minyak beryodium.
- 8) Peningkatan kesehatan lingkungan.
- 9) Upaya fortifikasi bahan pangan dengan vitamin A, iodium dan zat besi.
- 10) Upaya pengawasan makanan dan minuman.
- 11) Upaya penelitian dan pengembangan pangan dan gizi.

Melalui Instruksi Presiden No. 8 tahun 1999 telah dicanangkan Gerakan Nasional Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi yang diarahkan kepada:

- 1) Pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga.
- 2) Pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan cakupan kualitas pencegahan dan penanggulangan masalah pangan dan gizi di masyarakat.
- 3) Pemantapan kerjasama lintas sektor dalam pemantauan dan penanggulangan masalah gizi melalui SKPG.
- 4) Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 2000 dalam Almatsier, 2009: 311).

4. Konsep Anak Usia Pra Sekolah

a. Definisi anak usia pra sekolah.

Rentangan anak usia dini menurut Pasal 28 UU Sisdiknas No.20/2003 ayat 1 adalah 0-6 tahun dimana ruang lingkup pendidikan anak usia dini salah satunya adalah usia *pre school* (usia pra sekolah) atau *kindergarten children* (3-6 tahun).

Yang dimaksud anak pra sekolah adalah mereka yang berusia antara 3-6 tahun menurut Biechler dan Snowman (1993). Dari teori Piaget yang membicarakan perkembangan kognitif, perkembangan kognitif anak usia pra sekolah berada dalam tahap pra operasional (Patmonodewo, 2003: 19).

Kelompok anak pra sekolah (3-6 tahun) merupakan anak taman kanak-kanak (TK) yang mempunyai ciri khas yaitu sedang dalam proses tumbuh kembang. Ia banyak melakukan kegiatan jasmani dan mulai aktif berinteraksi dengan lingkungan sosial maupun alam sekitarnya dan peka terhadap pendidikan dan penanaman kebiasaan hidup sehat (Santoso, 2004: 43).

Anak usia pra sekolah menurut Wong (2000) yang dikutip oleh Supartini (2004: 57) adalah anak usia 3-6 tahun yang termasuk periode kanak-kanak awal.

Usia pra sekolah terdiri dari jenjang *play group* dan taman kanak-kanak. Taman kanak-kanak (disingkat TK) adalah jenjang pendidikan anak usia dini dalam bentuk pendidikan formal. Kurikulum TK ditekankan pada pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut. Secara umum untuk lulus dari tingkat program di TK selama 2 (dua) tahun, yaitu: TK 0 (nol) Kecil (TK kecil) selama 1 (satu) tahun dan TK 0 (nol) Besar (TK besar) selama 1 (satu) tahun. Umur rata-rata minimal kanak-kanak mulai dapat belajar di sebuah taman kanak-kanak berkisar 4-5 tahun sedangkan umur rata-rata untuk

lulus dari TK berkisar 6-7 tahun. Setelah lulus dari TK, atau pendidikan formal dan pendidikan non formal lainnya yang sederajat, murid kemudian melanjutkan ke jenjang pendidikan lebih tinggi di atasnya yaitu sekolah dasar atau yang sederajat (Wikipedia, 2010).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan

Menurut Soetjiningsih (2002) dalam Nursalam (2005: 39), faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

1) Faktor dalam (internal).

a) Genetika.

Faktor genetik akan mempengaruhi kecepatan pertumbuhan dan kematangan tulang, alat seksual serta saraf, sehingga merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang yaitu perbedaan ras, etnis atau bangsa (keluarga, umur, jenis kelamin, kelainan kromosom)

b) Pengaruh hormon.

2) Faktor luar (eksternal) yaitu lingkungan.

a) *Pra natal*, seperti gizi, mekanis, toksin, zat kimia, radiasi, kelainan endokrin, penyakit menular seksual, kelainan imunologi, psikologis ibu.

b) Kelahiran, seperti riwayat kelahiran dengan vakum kestraksi atau forceps dapat menyebabkan trauma kepala pada bayi, sehingga berisiko terjadi kerusakan jaringan otak.

c) *Post natal*, seperti gizi, penyakit kronis atau kelainan kongenital, lingkungan fisik dan kimia, endokrin, sosioekonomi, lingkungan pengasuhan, pemberian ASI eksklusif, stimulasi dan obat-obatan.

c. Ciri-ciri perkembangan anak usia pra sekolah.

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill* atau ketrampilan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (Riyadi, dkk., 2009: 2). Secara umum, perkembangan anak usia pra sekolah (3-6 tahun) adalah sebagai berikut:

1) Perkembangan motorik.

Menurut Yusuf (2009: 164), perkembangan fisik anak usia pra sekolah ditandai dengan berkembangnya kemampuan atau ketrampilan motorik, baik yang kasar maupun yang lembut atau halus.

2) Perkembangan kognitif.

Menurut Piaget yang dikutip oleh Yusuf (2009: 165), perkembangan kognitif pada usia pra sekolah berada pada periode praoperasional (2-7 tahun), yaitu tahapan dimana anak belum mampu menguasai operasi mental secara logis. Operasi adalah kegiatan-kegiatan yang diselesaikan secara mental bukan fisik. Periode ini ditandai dengan berkembangnya *symbolic function* yaitu kemampuan menggunakan sesuatu untuk merepresentasikan sesuatu yang lain dengan menggunakan simbol. Dapat juga dikatakan sebagai *semiotic function* yaitu kemampuan menggunakan simbol-simbol seperti bahasa, gambar, tanda untuk melambangkan suatu kegiatan, benda yang nyata atau peristiwa. Melalui kemampuan tersebut, anak mampu berimajinasi atau berfantasi tentang berbagai hal. Dia dapat menggunakan kata-kata, peristiwa dan benda untuk melambangkan yang lainnya.

3) Perkembangan bahasa.

Perkembangan bahasa pada anak usia 2,6-6 tahun bercirikan: anak sudah dapat menggunakan kalimat majemuk beserta anak kalimatnya serta

tingkat berpikir anak sudah lebih maju, yaitu anak banyak menanyakan soal waktu, sebab akibat melalui pertanyaan-pertanyaan: kapan, kemana, mengapa dan bagaimana (Yusuf, 2009: 170).

Menurut Baraja (2008: 215-216), proses perkembangan bahasa anak setelah usia 4 tahun akan melalui beberapa bentuk diantaranya:

- a) Anak mulai mengadaptasi semua informasi masuk berbentuk simbol dan kata-kata. Yang mungkin informasi tersebut diasimilasi atau diakomodasi anak untuk menjadi suatu pengertian dan pemahaman.
- b) Selanjutnya anak berusaha untuk mengkritisi, menanggapi semua ucapan yang diterima dari orang lain atau lingkungannya atau menilai ucapan atau tingkah laku orang lain.
- c) Kemudian anak mengembangkan dengan bahasa pertanyaan, perintah, permintaan dan jawaban.

Lundsteen (Judarwanto, 2005) mengatakan usia 2-6 tahun termasuk dalam tahapan linguistik, dimana pada tahap ini ia mulai belajar tata bahasa dan perkembangan kosa katanya mencapai 3000 buah.

4) Perkembangan kepribadian.

Menurut Erickson, perkembangan kepribadian manusia pada usia pra sekolah berada pada perkembangan psikososial pada fase inisiatif vs rasa bersalah, yaitu perkembangan inisiatif diperoleh dengan cara mengkaji lingkungan melalui kemampuan indranya. Anak mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada di sekelilingnya. Hasil akhir yang diperoleh adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu sebagai prestasinya. Perasaan bersalah akan timbul pada anak, apabila anak tidak mampu berprestasi, sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai (Supartini, 2004: 61-62).

5) Perkembangan emosi dan sosial (psikososial).

Menurut Patmonodewo (2003: 30), perkembangan emosi pada anak usia pra sekolah terdiferensiasi. Berbagai faktor yang menyebabkannya. Pertama, kesadaran kognitifnya yang telah meningkat memungkinkan pemahaman terhadap lingkungan berbeda dari tahapan semula. Imajinasi atau daya khayalnya lebih berkembang. Kedua, berkembangnya wawasan sosial anak. Teman sebaya mempengaruhi kehidupannya sehari-hari. Sedangkan tingkah laku sosialisasi adalah sesuatu yang dipelajari, bukan sekedar hasil dari pematangan. Perkembangan sosial anak diperoleh selain dari proses kematangan, juga melalui kesempatan belajar dari respon terhadap tingkah laku anak.

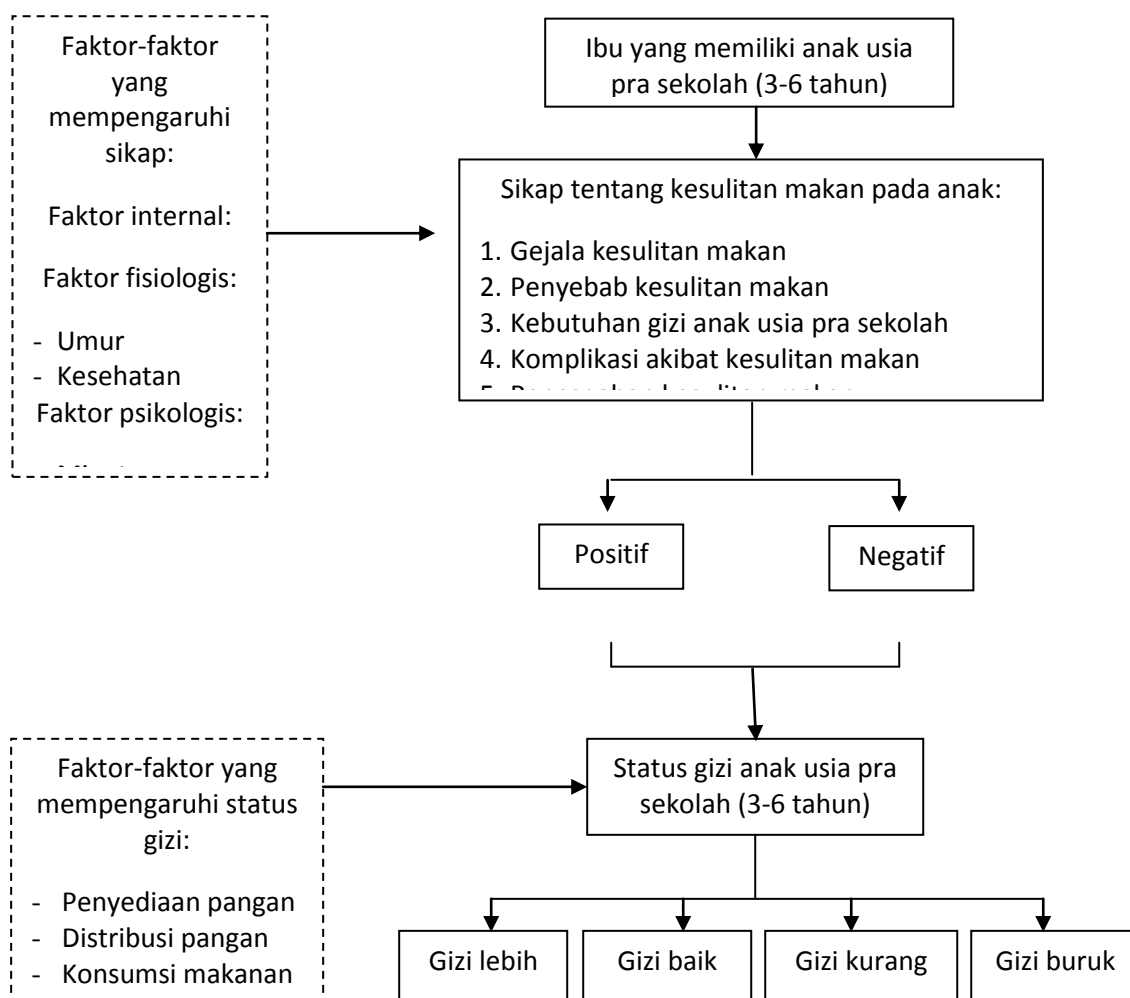
Menurut Patmonodewo (203: 32), masalah sosial emosional yang sering muncul pada anak usia pra sekolah antara lain:

- a) Rasa cemas yang berkepanjangan atau takut yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - b) Kecenderungan depresi, permulaan dari sikap apatis dan menghindar dari orang-orang di lingkungannya.
 - c) Sikap yang bermusuhan terhadap anak dan orang lain.
 - d) Gangguan tidur, gelisah, mengigau, mimpi buruk.
 - e) Gangguan makan, misalnya nafsu makan menurun.
- 6) Perkembangan bermain.

Bermain adalah unsur yang penting untuk perkembangan anak usia pra sekolah baik fisik, emosi, mental, intelektual, kreatifitas dan sosial. Alat

permainan merupakan salah satu alat untuk menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak. Stimulasi adalah perangsangan yang datangnya dari lingkungan di luar atau sebagai penguat (*reinforcement*). Jika berkurang dapat menimbulkan penyimpangan perilaku sosial, emosional dan motorik. Dengan demikian bermain ini harus seimbang, artinya harus ada keseimbangan antara bermain aktif dan juga pasif, yang biasanya disebut hiburan. Dalam bermain aktif, kesenangan diperoleh dari apa yang diperbuat oleh mereka sendiri, misalnya *exploratory play*, *construction play*, *dramatic play*, bermain bola, tali dan sebagainya. Sedangkan bermain pasif, kesenangan didapat dari orang lain, antara lain dengan melihat dan mendengar, misalnya melihat gambar-gambar di buku maupun majalah, mendengarkan cerita atau musik, menonton televisi dan lain-lain.

Kerangka konsep

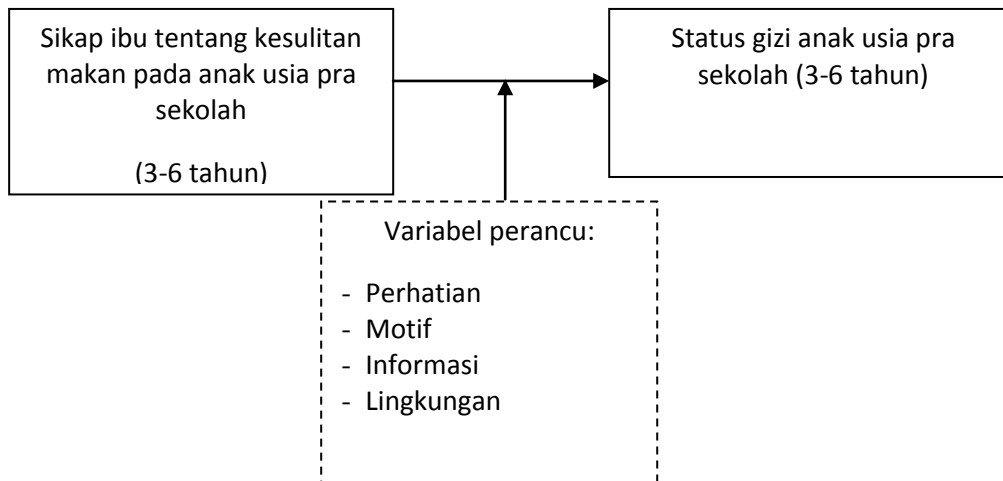


C. METODE PENELITIAN

1. Jenis dan Rancang Bangun Penelitian

Jenis penelitian adalah analitik observasional (Setiadi, 2007: 128). Rancang bangun yang digunakan adalah “*cross sectional*”. Penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat

Framework



2. Populasi, Sampel, Variabel Dan Definisi Operasional

Populasi dalam penelitian ini adalah populasinya adalah seluruh ibu dan anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di desa Wonosari Ngoro Mojokerto sejumlah 58 orang. Pengambilan sampel Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis *probability sampling* tipe *simple random sampling*. Sampel diambil dari sebagian ibu dan anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di desa Wonosari Ngoro Mojokerto sejumlah 51 orang. Yang dilakukan pada tanggal 21 juni 2011 yang memenuhi kriteria inklusi :Ibu dan anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto. Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu kuesioner untuk mengukur sikap ibu tentang kesulitan makan pada anak dan pengukuran menggunakan timbangan badan dan data umur dari arsip di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto. Variabel yang digunakan adalah sikap ibu tentang kesulitan makan pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun).

3. Definisi operasional hubungan sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di desa Wonosari Ngoro Mojokerto

| Variabel | Definisi operasional | Kriteria | Skala |
|---|---|--|---------|
| Independen: Sikap ibu tentang kesulitan makan pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun) | Kecenderungan ibu untuk menanggapi secara positif atau negatif tentang kesulitan makan yang dialami oleh anak usia 3-6 tahun yang meliputi: 1. Gejala kesulitan makan 2. Penyebab kesulitan makan 3. Kebutuhan gizi anak usia pra sekolah 4. Komplikasi akibat kesulitan makan 5. Pencegahan kesulitan makan 6. Penanganan kesulitan makan Alat ukur menggunakan kuesioner | Pernyataan positif: SS : 4 S : 3 E : 2 TS : 1 STS : 0 Pernyataan negatif: SS : 0 S : 1 E : 2 TS : 3 STS : 4 Skor T > 50, maka sikap = positif Skor T ≤ 50, | Nominal |

| | | | |
|---|---|--|---------|
| | | maka sikap = negatif (Azwar, 2008: 157) | |
| Dependen: Status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) | Perwujudan dari keadaan keseimbangan konsumsi anak usia 3-6 tahun yang didasarkan pada kategori yang digunakan (BB/U) Alat ukur menggunakan timbangan berat badan dan data umur anak | Status gizi lebih: >+2SD Status gizi baik: -2SD s/d +2SD Status gizi kurang: -3SD s/d -2SD Status gizi buruk: <-3SD (Susilowati, 2008) | Ordinal |

D.HASIL PENELITIAN

1. Gambaran lokasi penelitian.

Penelitian ini di lakukan di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto dengan luas Wilayah : 215,175 ha. Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto terdiri dari 3 dusun yaitu Dusun Wonosari, Dusun Sidorejo dan Dusun Manggung sono

2. Data umum.

a. Karakteristik responden (ibu) berdasarkan umur.

Tabel 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur ibu di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| No | Umur (tahun) | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|--------------|---------------|----------------|
| 1 | <20 | 11 | 21,57 |
| 2 | 20-35 | 31 | 60,78 |
| 3 | >35 | 9 | 17,65 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden berumur 20-35 tahun sebanyak 31 orang (60,78 %).

b. Karakteristik responden (ibu) berdasarkan pekerjaan.

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan ibu di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| No | Pekerjaan | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|---------------|---------------|----------------|
| 1 | Bekerja | 22 | 43,14 |
| 2 | Tidak bekerja | 29 | 56,86 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden tidak bekerja sebanyak 29 orang (56,86%).

- c. Karakteristik responden (ibu) berdasarkan pendidikan.

Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan ibu di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| No | Pendidikan | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|------------------------------|---------------|----------------|
| 1 | Tidak sekolah/tidak tamat SD | 0 | 0 |
| 2 | SD | 10 | 19,61 |
| 3 | SMP | 22 | 43,14 |
| 4 | SMA | 13 | 25,49 |
| 5 | Akademi/PT | 6 | 11,76 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa kurang dari 50% responden adalah lulusan SMP sebanyak 22 orang (43,14 %).

- d. Karakteristik responden (ibu) berdasarkan jumlah anak.

Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jumlah anak yang dimiliki ibu di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| No | Jumlah anak | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|-------------|---------------|----------------|
| 1 | 1 | 18 | 35,29 |
| 2 | 2-4 | 33 | 64,71 |
| 3 | ≥5 | 0 | 0 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden memiliki 2-4 anak sebanyak 33 orang (64,71 %).

- e. Karakteristik responden (anak) berdasarkan umur.

Tabel 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur anak di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| No | Umur (tahun) | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|--------------|---------------|----------------|
| 1 | 3 | 0 | 0 |
| 2 | 4 | 6 | 11,76 |
| 3 | 5 | 15 | 29,41 |
| 4 | 6 | 30 | 58,83 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden berumur 6 tahun sebanyak 30 orang (58,83%).

- f. Karakteristik responden (anak) berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin anak di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| No | Jenis kelamin | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|---------------|---------------|----------------|
| 1 | Laki-laki | 17 | 33,33 |
| 2 | Perempuan | 34 | 66,67 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 34 orang (66,67 %).

1. Data khusus

- a. Sikap ibu tentang kesulitan makan pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011.

Tabel 8 Distribusi frekuensi sikap ibu tentang kesulitan makan pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| No | Sikap ibu | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|-----------|---------------|----------------|
| 1 | Positif | 15 | 29,40 |
| 2 | Negatif | 36 | 70,60 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap negatif sebanyak 36 orang (70,60 %).

- b. Status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011.

Tabel 9 Distribusi frekuensi status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni

| No | Status gizi | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
|--------|-------------|---------------|----------------|
| 1 | Lebih | 9 | 17,6 |
| 2 | Baik | 30 | 58,8 |
| 3 | Kurang | 12 | 23,5 |
| 4 | Buruk | 0 | 0 |
| Jumlah | | 51 | 100 |

Berdasarkan tabel 9 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden memiliki status gizi baik yaitu sebanyak 30 orang (58,8 %).

- c. Hubungan sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011.

Tabel 10 Tabulasi silang antara sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011

| Sikap | Status gizi | | | | | | Total | |
|-----------------------|-------------|------|------|------|-------------------------|------|-------|------|
| | Lebih | | Baik | | Kurang | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Positif | 7 | 13,7 | 8 | 15,7 | 0 | 0 | 15 | 29,4 |
| Negatif | 2 | 3,9 | 22 | 43,1 | 12 | 23,5 | 36 | 70,6 |
| Total | 9 | 17,6 | 30 | 58,8 | 12 | 23,5 | 51 | 100 |
| X^2 hitung = 15,250 | | | | | Sig. (2 tailed) = 0,000 | | | |

Berdasarkan tabel 10 diketahui responden ibu yang memiliki sikap positif, kurang dari 50% status gizi anaknya baik sebanyak 6 anak (15,4%) dan tidak ada yang memiliki status gizi kurang dan tidak baik, sedangkan responden ibu yang memiliki sikap negatif, kurang dari 50% status gizi anaknya baik sebanyak 17 anak (43,6%) namun semua responden yang memiliki status gizi kurang baik, memiliki sikap yang negatif terhadap kesulitan makan atau bisa disimpulkan

bahwa ibu yang tidak peduli terhadap kesulitan makan akan mempunyai anak dengan status gizi yang kurang baik.

Hasil uji statistik *Chi Square Test* dengan menggunakan SPSS versi 16.0 didapatkan hasil sig. (2 tailed) = 0,000 \leq α = 0,05. Ketentuan menyatakan H_0 ditolak jika Sig. (2 tailed) \leq α artinya ada hubungan sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto tanggal 21 Juni 2011.

E. PEMBAHASAN

1. Sikap ibu tentang kesulitan makan pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memiliki sikap negatif terhadap kesulitan makan.

Sikap ibu yang negatif dapat terlihat terutama pada skor hasil penelitian tentang gejala kesulitan makan yaitu anak makan tidak mau ditelan, hanya ditahan (diemut) di dalam mulut adalah salah satu tanda anak sulit makan serta pencegahan kesulitan makan yaitu anak akan lebih mudah makan jika makanannya diberi bumbu yang sangat terasa. Hal ini menunjukkan ibu menanggapi anak tidak mau menelan makan, hanya mengemut saja dengan cara yang kurang baik diantaranya harus ditangani dengan cara seperti memberi bumbu masakan yang tajam agar anak mau makan. Padahal anak usia pra sekolah belum membutuhkan rasa yang tajam sebab kemampuan indra pengecapnya masih baik.

2. Status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai anak dengan status gizi yang baik.

Status gizi adalah suatu keadaan tubuh yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan. Keseimbangan tersebut dapat dilihat dari variabel pertumbuhan, yaitu berat badan, tinggi badan atau panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan, dan panjang tungkai (Sasake, 2009). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2009: 3).

3. Hubungan sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto.

Hasil penelitian menjelaskan bahwa responden ibu yang memiliki sikap positif, kurang dari 50% status gizi anaknya baik sebanyak 6 anak (15,4%) dan tidak ada yang memiliki status gizi kurang dan tidak baik, sedangkan responden ibu yang memiliki sikap negatif, kurang dari 50% status gizi anaknya baik sebanyak 17 anak (43,6%) namun semua responden yang memiliki status gizi kurang baik, memiliki sikap yang negatif terhadap kesulitan makan atau bisa disimpulkan bahwa ibu yang tidak peduli terhadap kesulitan makan akan mempunyai anak dengan status gizi yang kurang baik.

Hasil uji statistik *Chi Square Test* dengan menggunakan SPSS versi 16.0 didapatkan hasil sig. (2 tailed) = 0,000 \leq α = 0,05. Ketentuan menyatakan H_0 ditolak jika Sig. (2 tailed) \leq α artinya hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto..

F. PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto, maka dapat disimpulkan:

1. sebagian besar responden memiliki sikap negatif tentang kesulitan makan pada anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto yaitu sebanyak 36 orang (70,60 %). Lebih dari 50% responden memiliki status gizi baik di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto yaitu sebanyak 30 orang (58,8 %).
2. Uji statistik *Chi Square Test* didapatkan hasil sig. (2 tailed) = 0,000 \leq α = 0,05 artinya ada hubungan sikap ibu tentang kesulitan makan dengan status gizi anak usia pra sekolah (3-6 tahun) di di Desa Wonosari Kecamatan Ngoro Kabupaten Mojokerto.

Diharapkan tingkah laku dan sikap ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak selalu mempertimbangkan kondisi psikis anak, agar anak merasa makan adalah sesuatu yang menyenangkan sehingga berdampak positif pada pertumbuhan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, Abu. (2003). *Psikologi Umum*. Jakarta: Rineka Cipta
- Akhmadi. (2008). *Penanganan Kesulitan Makan pada Anak*. (Online) (<http://akhmadi.multiply.com/journal/item/14> diakses tanggal 21 April 2010)
- Almatsier, Sunita. (2009). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Anwar, Sasake. (2009). *Status Gizi dan Faktor yang Mempengaruhi*. (Online) (<http://www.anwarsasake.wordpress.com> diakses tanggal 2 Mei 2010)
- Apuy. (2007). *Hambatan adalah Tantangan*. (Online) (<http://id.answers.yahoo.com> diakses tanggal 1 Mei 2010)
- Azwar, Syaifudin. (2008). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Edisi 2. Cetakan XII. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Baraja, Abubakar. (2008). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Studia Press
- Budiarto, Eko. (2002). *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Darmoutomo, Endang (2008). *Menyiasati Anak Sulit Makan*. (Online) (<http://www.sahabatnestle.co.id> diakses tanggal 20 April 2010)
- Dasmin, Sidu. (2004). *Pengaruh Kejelasan Peran dan Motivasi Kerja terhadap Pelaksanaan Tugas Jabatan di Lingkungan Sekretariat Daerah Propinsi Jawa Timur*. (Online) (<http://www.damandiri.or.id> diakses tanggal 27 April 2010)
- Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto. (2008). *Profil Kesehatan Kabupaten Mojokerto tahun 2008*.
- Hendarto, Aryono. (2009). *Anak Kurus VS Anak Sehat*. (Online) (<http://www.tabloid-nakita.com/artikel> diakses tanggal 10 Juni 2010)
- Hendra AW. (2008). *Pengetahuan*. (Online) (<http://www.ajangberkarya.wordpress.com> diakses tanggal 22 April 2010)
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika
- Judarwanto, Widodo. (2005). *Perkembangan Bahasa Anak Pra Sekolah*. (Online) (<http://www.speechclinic.wordpress.com> diakses tanggal 22 April 2010)
- _____. (2007). *Kesulitan Makan pada Anak*. (Online) (<http://dranak.blogspot.com/2007/02/kesulitan-makan-pada-anak.html> diakses tanggal 29 April 2010)
- Karyadi, Elvina, dkk. (2007). *Kiat Mengatasi Anak Sulit Makan*. Jakarta: PT. Intisari Mediatama
- Machfoedz, Ircham, Eko Suryani. (2007). *Pendidikan Kesehatan bagian dari Promosi Kesehatan*. Jakarta: Fitramaya

- Meliono, Irmayanti, *et.al.* (2007). *MPKT Modul*. (Online) (<http://id.wikipedia.org/wiki/informasi> diakses tanggal 21 April 2010)
- Medicastore. (2009). *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak*. (Online) (<http://www.medicastore.com> diakses tanggal 5 Mei 2010)
- Muliawan, Tony. (2007). *Pembelajaran yang Menumbuhkan Sikap Wirausahawan*. (Online) (<http://www.persimpangan.com> diakses tanggal 4 Mei 2010)
- Narbuko, Cholid, Abu Achmadi. (2002). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Bumi Aksara
- Nathenson, Abigail H. (2007). *Feeding Disorders and Picky Eating in Infants and Children*. (Online) (<http://www.parentingbookmark.com/pages/AN01.htm> diakses tanggal 5 Mei 2010)
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- _____. (2005). *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Nursalam. (2005) *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk Perawat dan Bidan)*. Jakarta: Salemba Medika
- _____. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam dan Siti Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV. Infomedika
- Patmonodewo, Soemiarti. (2003). *Pendidikan Anak Prasekolah*. Jakarta: Rineka Cipta
- Rahajeng. (2009). *Malnutrisi*. (Online) (<http://www.dokterblog.wordpress.com> diakses tanggal 2 Mei 2010)
- Riduwan. (2007). *Rumus dan Data dalam Analisis Statistika*. Jakarta: EGC
- Riyadi, Sujono dan Sukarmin. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Santoso, Soengeng, dkk. (2004). *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Siswono. (2009). *Anak Sulit Makan Berakibat Fatal*. (Online) (<http://www.gizi.net> diakses tanggal 2 Mei 2010)
- Sugiyono. (2007). *Statistik Non Parametris untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suharsimi, Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi VI. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Supariasa, I Dewa Nyoman, *et. al.* (2001). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Supartini, Yupi. (2004). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Suri Viana. (2005). *Pusing ... Anak Sulit Makan!* (Online) (<http://www.infoibu.com/mod.php> diakses tanggal 29 April 2010)
- Susilowati. (2008). *Pengukuran Status Gizi dengan Antropometri Gizi* (Online) (<http://www.pdfqueen.com> diakses tanggal 2 Mei 2010)
- Suyatno. (2007). *Gizi Balita*. (Online) (<http://www.gizi.net> diakses tanggal 10 Juni 2010)
- Tasmin, Martina S. (2008). *Menyiasati Anak Sulit Makan*. (Online) (<http://www.e-psikologi.com/anak> diakses tanggal 10 April 2010)
- Taufik, Rohman. (2008). *5.000 Balita di Jawa Timur Kurang Gizi*. (Online) (<http://www.tempointeraktif.com> diakses tanggal 19 April 2010)
- Uno, Hamzah B. (2008). *Teori Motivasi dan Pengukurannya*. Jakarta: Bumi Aksara
- UU Sisdiknas No.20/2003 Pasal 28 ayat 1. (Online) (<http://www.unisri.ac.id> diakses tanggal 2 Mei 2010)