

PENINGKATAN KEMAMPUAN IBU MELAKUKAN STIMULASI PERKEMBANGAN MAKAN TODDLER *PICKY EATER*

Eka Santi

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat
Jl. A.Yani Km. 36, Banjarbaru, 70714

Email korespondensi : e.santi15@gmail.com

ABSTRAK

Stimulasi perkembangan makan merupakan kegiatan yang meningkatkan kemampuan anak terhadap perilaku ketika makan. Praktek pemberian makan sangat dipengaruhi oleh peran ibu, khususnya pada anak *toddler* yang mengembangkan kemandiriannya, salah satunya adalah makan. Kemampuan ibu melakukan stimulasi menjadi tolok ukur perilaku makan anak. Rancangan *Quasy Eksperiment* dengan sampel penelitian 21 responden ibu yang memiliki anak *toddler* susah makan di wilayah kerja Puskesmas Banjarbaru Utara melalui teknik *sampling purposive*, analisis yang digunakan menggunakan Uji *Wilcoxon Sign Rank Test*. Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan kemampuan ibu melakukan stimulasi perkembangan makan antara observasi pertama dan kedua dengan *p value* = 0,025 menjadi *p value* = 0,014. Namun pada tiap komponen persepsi pendekatan *health belief model* tidak memberikan pengaruh terhadap kemampuan ibu. Persepsi kerentanan *p* = 0,317; persepsi keseriusan *p* = 0,564, persepsi hambatan *p* = 0,157 dan persepsi manfaat *p* = 1,000. Deteksi dini perkembangan motorik mulut sebagai bagian penting dari tumbuh kembang anak.

Kata-kata kunci: stimulasi, perkembangan makan, motorik mulut.

ABSTRACT

*Stimulation of the development of eating is an activity that enhances the ability of children to behavior when eating. The practice of feeding is strongly influenced by the mother's role, particularly in children toddler who develop their independence, one of which is eaten. Mother ability stimulating the benchmark eating behavior in children. Quasy experiment with sample 21 respondents mothers who have toddler with difficult feeding in Puskesmas North Banjarbaru through purposive sampling technique and Wilcoxon Sign Rank Test is used in this study. The result showed increase the mother's ability stimulating the development of eating between first and second observation with *p value* = 0.025 into *p value* = 0.014. However, at the components of health belief model does not give effect to the mother's ability. Perceived vulnerability *p* = 0.317; perceived seriousness *p* = 0.564, perceived barrier *p* = 0.157 and perceived benefit *p* = 1.000. Early detection oral motor development should include the part of child development.*

Keywords: stimulation, development of feeding, oral motor.

PENDAHULUAN

Perubahan besar dalam perilaku makan terjadi selama masa transisi dari bayi sampai dengan usia *toddler*. Selama masa ini *toddler* mengembangkan kemandiannya dengan meningkatkan kemampuannya untuk makan sendiri dan meningkatkan kontrol terhadap makanan yang dia makan (mandiri untuk memilih apa yang ingin dia makan). Masa ini disertai dengan peningkatan kemampuan motorik, menyadari perilaku makan seperti orang dewasa, kemampuan memilih dan cita rasa dari makanan, serta kebutuhan terhadap energi dan nutrisi meningkat (1). Makan adalah kebutuhan dasar setiap manusia dan termasuk kegiatan yang kompleks, sehingga sangat penting memberikan stimulasi *oromotor* (oral motor) agar ia bisa makan dengan cara yang benar. *Oromotor* atau oral motor didefinisikan sebagai sistem gerak otot yang mencakup area rongga mulut (*oral cavity*) termasuk rahang, gigi, lidah, langit-langit, bibir dan pipi.

Kematangan oral motor umumnya terjadi pada usia 4-6 bulan, dan dilanjutkan dengan pemberian stimulasi untuk mengembangkannya. Menurut Damayanti R Sjarief (2011), stimulasi yang tepat pada *oromotor* erat kaitannya dengan perkembangan keterampilan makan anak sejak usia dini. Kurangnya stimulasi *oromotor* bisa menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku anak seperti milih-milih makanan (*picky eater*) serta faktor lain termasuk psikologis dan lingkungan. Selain itu perkembangan oral motor ini juga diperlukan untuk mendukung kemampuan makan dan juga kemampuan bicara anak (2).

Masalah dalam rongga mulut dapat mempengaruhi asupan makanan dan status gizi. Indera rasa dan bau mempunyai kontribusi yang signifikan terhadap nafsu makan dan kemampuan untuk menikmati makanan. Sebaliknya, penurunan kemampuan untuk rasa atau

bau makanan dapat menyebabkan penurunan besar dalam nafsu makan yang akhirnya kekurangan gizi (3). Masalah nutrisi juga akan muncul bila ada kerusakan mengunyah dan menelan (4). 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 (5). Perilaku pilih-pilih makanan atau yang dikenal dengan *picky eater* pada kebanyakan anak hanya mau makan satu jenis makanan selama berminggu-minggu (6). Anak *picky eater* seringkali menolak makanan seperti sayuran dan buah.

Hasil studi pendahuluan pada bulan Januari 2015 di Puskesmas Banjarbaru Utara jumlah balita yang mengalami gizi kurang sebanyak 42 orang (14%) pada tahun 2013 merupakan terbanyak di antara seluruh puskesmas di Banjarbaru. Berdasarkan hasil wawancara di wilayah kerja Puskesmas Banjarbaru Utara terhadap 10 orang tua terdapat 8 anak yang mengalami kesulitan makan. Jumlah balita (0 - 5 tahun) yang tercatat per Desember 2013 sebanyak 2691 orang. Prevalensi *picky eater* di Indonesia terjadi pada anak sekitar 20% yang menyebabkan terjadinya malnutrisi ringan sampai sedang (7,8).

Pengasuhan terhadap anak pada usia *toddler* bertanggung jawab meningkatkan asupan yang tepat di tempat yang tepat, mengatur waktu makan dan memberikan respon yang tepat dari perilaku anak (1). Orang tua terutama ibu adalah “penjaga gawang” dari lingkungan makan anak (9). Praktek pemberian makan awal yang dilakukan orang tua adalah menentukan paparan makanan bayi (jenis, jumlah, frekuensi dan respon (misal : memaksa) untuk perilaku pemberian makan pada bayi (misal : penolakan makanan). Tingkat kontrol orang tua atas pemberian makan awal (pembatasan, pemantauan dan tekanan) telah dikaitkan dengan makan

anak perilaku (preferensi dan asupan) dan status berat badan (10). Orang tua seringkali melaporkan bahwa pada usia *toddler* anaknya mengalami sulit makan. 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 (11).

Kesulitan makan pada anak merupakan masalah yang serius karena dampak terhadap tumbuh kembang anak serta kemungkinan kualitas hidup kurang optimal (12). Studi yang dilakukan oleh Soedibyo & Mulyani (2009) pada bulan November 2007 - Januari 2008 didapatkan data bahwa kelompok usia terbanyak mengalami kesulitan makan adalah usia 1 sampai 5 tahun (58%), dengan jenis kelamin terbanyak laki-laki (54%), 43% subjek memiliki status gizi kurang, kesulitan makan didapatkan pada 50 orang dari 109 orang subjek (45,9%), keluhan berupa menghabiskan makanan kurang dari sepertiga porsi (27,5%), menolak makan (24,8%) dan anak rewel, merasa tidak senang atau marah (22,9%), hanya menyukai satu jenis makanan (7,3%) hanya mau minum susu (18,3%), memerlukan waktu >1 jam untuk makan (19,3%) dan mengemut (15,6%). Keluhan 72% telah dialami lebih dari 6 bulan, 50% memiliki keluhan gangguan kenaikan berat badan, 22% rewel, 12% nyeri epigastrium, 10% *back arching*, dan 6% nyeri menelan serta sering muntah.

Pada usia *toddler* perilaku memilih makanan seringkali membuat orang tua menemui beberapa masalah yaitu menolak makanan, nafsu makan yang berubah-ubah, menyukai makanan yang manis dan tidak disiplin dalam perilaku makan (1). Anak yang menolak berbagai jenis makanan atau sekelompok makanan yang dilaporkan orang tua dapat dipersepsikan sebagai *picky eater*, *problem feeder* atau *neophobic* (13).

Sebuah studi di Israel menunjukkan bahwa ada hubungan antara

perilaku pilih-pilih makanan dengan penurunan berat badan (14). Berat badan yang kurang merupakan faktor risiko terjadi perkembangan kognitif yang rendah, gangguan belajar, masalah perilaku dalam jangka panjang, peningkatan prevalensi dan kejadian infeksi serta tingkat kematian (15). Penelitian yang dilakukan oleh Carruth *et al* (2004) menunjukkan bahwa *picky eater* (menurut orang tua) meningkat dari 19% menjadi 50% dari usia 4 sampai 24 bulan (16). Menurut Marchi and Cohen (1990) dalam Albon & Mukherij (2008) mengidentifikasi perilaku *picky/fussy eater* diprediksi akan terdiagnosis gangguan makan di usia *later childhood/adolescence* (17).

Dampak perilaku makan ini merupakan hal yang harus menjadi perhatian orang tua. Menurut *The Royal Children's Hospital Melbourne* (2013) laporan dari orang tua merupakan salah satu elemen penilaian dari perilaku makan khususnya kesulitan makan. Membantu keluarga dalam mengelola kesulitan makan adalah penting untuk membedakan perilaku yang dianggap sesuai dengan harapan perkembangan yang lebih kompleks untuk menentukan intervensi pada anak. Perilaku makan pada anak *toddler* sangat penting melibatkan keluarga terutama ibu dalam meningkatkan dan memahami dampaknya pada anak.

Konsep *family center care* memandang orang tua sebagai subjek yang memiliki kemampuan merawat anaknya. Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat keluarga adalah memampukan (*empowering*) dan memberdayakan atau melibatkan orang tua dalam perawatan anaknya (*enabling*) (18,19). Seringkali muncul pernyataan dalam keluarga bahwa perilaku sulit makan pada anak merupakan hal yang biasa. Persepsi dari keluarga ini perlu diarahkan agar perilaku makan anak menjadi positif. Praktek pemberian makan sangat dipengaruhi oleh peran keluarga terutama ibu (20).

Perilaku makan pada anak ini merupakan masalah yang cukup kompleks untuk diatasi, perlu pendekatan yang tepat dan signifikan.

Berdasarkan konsep *Health Belief Model* (HBM) individu (ibu) melakukan tindakan pencegahan tergantung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan atau ancaman yang dirasakan dari sakit dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian (21). Teori ini diharapkan mampu untuk mengubah perilaku pilih-pilih makan menjadi perilaku makan yang baik sesuai dengan usianya melalui peran ibu. Upaya yang dilakukan yaitu dengan memberikan pengetahuan perilaku makan pada orang tua sesuai dengan usia dan kemampuan anak untuk menstimulasi anak tentang perilaku makan dengan memahami kemampuan anak dalam perkembangan oral motor.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ini menggunakan eksperimen semu (*Quasy Eksperiment*). Sebelum diintervensi masing-masing kelompok diobservasi perilaku makannya (*pre test*). Kelompok perlakuan diberi intervensi melakukan stimulasi oral motor dengan *oral motor exercise* dan *oral motor activities*, sedangkan kelompok kontrol hanya diberikan pendidikan kesehatan tentang kesulitan makan pada anak. Populasi yang dipilih dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak balita di wilayah Puskesmas Banjarbaru Utara di kelurahan Mentaos dan Loktabat Utara.

Sampel penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak berusia *toddler* (1 – 3 tahun) di wilayah Puskesmas Banjarbaru Utara Kelurahan Mentaos dan Loktabat Utara sebanyak 21 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu ibu berdomisili dan mempunyai kartu identitas di Kelurahan Banjarbaru Utara, tinggal satu rumah

dengan anak, mengasuh anaknya sendiri, anak mengalami sulit makan.

Responden dikatakan *drop out* apabila tidak mengikuti kegiatan sampai selesai. Instrumen yang digunakan untuk variabel kemampuan ibu melakukan stimulasi perkembangan makan adalah lembar observasi dan kuesioner untuk mengukur persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat dan persepsi hambatan. Penelitian ini dilakukan di Posyandu wilayah Puskesmas Banjarbaru Utara kelurahan Mentaos dan Loktabat Utara pada bulan April 2015 selama 2 minggu, kemudian dilanjutkan kunjungan rumah untuk melakukan observasi tentang perilaku pemberian makan dan perilaku makan anak *toddler*. Pelaksanaan perlakuan selama 2 minggu dan pengambilan data sesudah perlakuan. Analisis yang digunakan menggunakan Uji *Wilcoxon Sign Rank Test* untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan stimulasi perkembangan makan (*oral motor exercise* dan *oral motor activity*), kemudian untuk mengetahui pengaruh *health belief model* : *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan), *perceived seriousness* (persepsi keseriusan), *perceived benefits* (persepsi manfaat) dan *perceived barriers* (persepsi hambatan).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Mayoritas umur responden adalah sebanyak 61,9% berusia 20 – 30 tahun. Persentase terbesar pada kelompok usia 20 – 30 tahun juga terlihat pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Mayoritas responden ibu pendidikan terakhir SLTP yaitu sebesar 57,1%. Mayoritas responden ibu tidak bekerja yaitu sebesar 61,9% dan persentasinya juga besar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sebagian besar Responden ibu memiliki anak sebanyak 2 orang yaitu sebesar 52,4%.

Tabel 1. Demografi dan Karakteristik Responden Ibu di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru Utara.

No	Karakteristik	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
		f	%	f	%	f	%
1	Usia						
	20 - 30 tahun	6	28,6	7	33,3	13	61,9
	30 – 40 tahun	5	23,8	3	14,3	8	38,1
	≥ 41 tahun	0	0	0	0	0	0
2	Pendidikan						
	SD	2	9,5	1	4,8	3	14,3
	SLTP	6	28,6	6	28,6	12	57,1
	SLTA	1	4,8	3	14,3	4	19
	PT	2	9,5	0	0	2	9,5
3	Pekerjaan						
	Bekerja	5	23,8	3	14,3	8	38,1
	Tidak Bekerja	6	28,6	7	33,3	13	61,9
4	Jumlah Anak						
	1 (satu)	3	14,3	2	9,6	5	23,8
	2 (dua)	7	33,3	4	19	11	52,4
	3 (tiga)	1	4,7	4	19	5	23,8

Tabel 2. Data Hasil Observasi Pertama Stimulasi Perkembangan Makan Kelompok Kontrol dan Perlakuan di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru Utara.

No	Kemampuan Stimulasi	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Baik	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Cukup	0	0	0	0	0	0	5	45,5
3	Kurang	10	100	10	100	11	100	6	54,5
	Jumlah	10	100	10	100	11	100	11	100
	Wilcoxon	p = 1,000				p = 0,025			

Data pada tabel 1 berkaitan dengan kemampuan ibu untuk membagi waktu melakukan stimulus kepada anak-anaknya sesuai dengan usia. Kelompok perlakuan yang memiliki jumlah anak 2 orang yaitu sebanyak 33,3%, sedangkan kelompok kontrol sebanyak 19%.

Tabel 2 dan 3 menunjukkan bahwa hasil observasi kemampuan ibu melakukan stimulasi perkembangan makan pada kelompok perlakuan dan kontrol meningkat pada observasi I dan II. Hasil uji *Wilcoxon Sign Rank Test* menunjukkan terdapat perbedaan kemampuan ibu melakukan stimulasi perkembangan makan dengan nilai $p = 0,025 (<0,05)$ pada kelompok perlakuan di observasi pertama dan nilai $p = 0,014$ di observasi kedua sedangkan pada

kelompok kontrol tidak menunjukkan perbedaan ($p = 1,000$) pada observasi I dan nilai $p = 0,157$ pada observasi II. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan ibu melakukan stimulasi perkembangan makan akan meningkat jika dilakukan pengamatan dan intervensi lebih dari satu kali. Tabel 4 menunjukkan persepsi kerentanan mayoritas responden meningkat positif pada kelompok perlakuan 54,5% (*pretest*) menjadi 90,9% (*post test*) dibandingkan dengan kelompok kontrol yang cenderung menurun. Namun ketika dilakukan analisis statistik dengan uji *wilcoxon signed rank test* tidak terdapat pengaruh persepsi kerentanan sebelum dan setelah *test* baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Tabel 3. Data Hasil Observasi Kedua Stimulasi Perkembangan Makan Kelompok Kontrol dan Perlakuan di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru Utara.

No	Kemampuan Stimulasi	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Baik	0	0	0	0	0	0	2	18,1
2	Cukup	0	0	3	30	0	0	5	45,5
3	Kurang	10	100	7	70	11	100	4	36,4
Jumlah		10	100	10	100	11	100	11	100
Wilcoxon		p = 0,157				p = 0,014			

Tabel 4. Data Persepsi Kerentanan Kelompok Kontrol dan Perlakuan di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru Utara.

No	Persepsi	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Positif	6	60	5	50	6	54,5	10	90,9
2	Negatif	4	40	5	50	5	45,5	1	9,1
Total		10	100	10	100	11	100	11	100
Wilcoxon		p = 0,102				p = 0,317			

Tabel 5. Data Persepsi Keseriusan Kelompok Kontrol dan Perlakuan di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru Utara.

No	Persepsi	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Positif	5	50	6	60	5	45,5	7	63,6
2	Negatif	5	50	4	40	6	54,5	4	36,4
Total		10	100	10	100	11	100	11	100
Wilcoxon		p = 0,414				p = 0,564			

Tabel 5 menunjukkan bahwa persepsi keseriusan mayoritas responden meningkat sebesar 63,6% pada kelompok perlakuan dengan kenaikan sekitar 18,1 poin dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya meningkat sekitar 10 poin. Namun ketika dilakukan analisis statistik dengan uji *wilcoxon signed rank test* tidak terdapat pengaruh persepsi keseriusan sebelum dan setelah test baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Tabel 6 menunjukkan bahwa persepsi hambatan mayoritas responden meningkat menjadi positif yaitu sebesar 27,2 point lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya

mengalami peningkatan 20 point. Hal ini dapat dilihat dari perubahan persepsi manfaat yang ditunjukkan pada saat pre test dan post test. Namun ketika dilakukan analisis statistik dengan uji *wilcoxon signed rank* tidak terdapat pengaruh persepsi hambatan sebelum dan setelah test baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi manfaat mayoritas responden meningkat menjadi 63,6% pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol yang cenderung menetap. Namun ketika dilakukan analisis statistik dengan uji *wilcoxon signed rank* tidak terdapat pengaruh persepsi manfaat

sebelum dan setelah test baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil penelitian saat dilakukan *pretest* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol semuanya memiliki kemampuan stimulasi perkembangan makan yang kurang sebanyak 11 orang (100%). Seluruh responden yang mengikuti penelitian ini menyatakan bahwa belum pernah mendapatkan informasi tentang stimulasi perkembangan makan sebelumnya terutama yang berkaitan dengan oral motor. Setiap anak perlu mendapat stimulasi rutin sedini mungkin dan terus menerus pada setiap kesempatan. Kurangnya stimulasi dapat menyebabkan penyimpangan tumbuh kembang anak bahkan gangguan yang menetap. Menurut penelitian Briawan dan Herawati (2005) stimulasi terhadap perkembangan anak hanya dilakukan oleh 48-72% keluarga (22).

Makan merupakan proses alamiah yang seringkali dianggap sebagai hal lumrah dan tidak perlu penanganan yang khusus. Proses makan yang tidak biasa pada anak *toddler* memerlukan stimulasi

agar perkembangan makan sempurna dan hasil olahan dari proses tersebut dapat dicerna dengan baik oleh tubuh. Responden menyatakan ketidaktahuan dan ketidakpahamannya terhadap perkembangan makan dan stimulasi yang dilakukan khususnya pada motorik mulut pada saat kegiatan pendidikan kesehatan berlangsung. Informasi yang didapatkan mengatakan bahwa pendidikan kesehatan yang sering dilakukan adalah mengenai gizi dan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak. Perkembangan makan melibatkan keterampilan motorik kasar, motorik halus dan mulut.

Menurut The Royal Children`s Hospital Melbourne (2013) ada 4 domain perkembangan makan yaitu lingkungan waktu makan, perkembangan sosial-emosional, perkembangan fisik-sensori-oral motor dan perkembangan komunikasi dan kognitif (18). Berdasarkan hal tersebut beberapa kegiatan stimulasi sudah pernah dilakukan oleh orang tua, namun motorik mulut belum banyak dipahami oleh para orang tua.

Tabel 6. Data Persepsi Hambatan Kelompok Kontrol dan Perlakuan di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru Utara.

No	Persepsi	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Positif	5	50	7	70	5	45,5	8	72,7
2	Negatif	5	50	3	30	6	54,5	3	27,3
Jumlah		10	100	10	100	11	100	11	100
Wilcoxon		p = 0,180				p = 0,157			

Tabel 7. Data Persepsi Manfaat Kelompok Kontrol dan Perlakuan di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru Utara.

No	Persepsi	Kelompok Kontrol				Kelompok Perlakuan			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Positif	5	50	5	50	6	54,5	7	63,6
2	Negatif	5	50	5	50	5	45,5	4	36,4
Jumlah		10	100	10	100	11	100	11	100
Wilcoxon		p = 0,705				p = 1,000			

Stimulasi pada motorik mulut merupakan salah satu kegiatan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kemampuan makan anak. Orang tua khususnya ibu harus mampu memahami dan menstimulasi perkembangan makan pada anak. Kemampuan stimulasi respon pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebanyak 0% berada pada kategori baik dan cukup. Hal ini disebabkan karena proses makan bukan menjadi konsentrasi bagi keluarga dan orang tua untuk dilakukan stimulasi. Sangat sedikit penelitian yang mengambil tema tentang perkembangan anak khususnya pada anak *toddler*, sehingga informasi mengenai hal ini pun belum menjadi titik konsentrasi penting bagi orang tua dan anak.

Kemampuan responden kelompok perlakuan melakukan stimulasi setelah dilakukan observasi pertama sebanyak 45,5% pada kategori cukup. Kategori ini memiliki kriteria bahwa responden hanya melakukan latihan atau aktivitas oral motor saja. Hal ini disebabkan oleh 45,5% responden bekerja, sehingga waktu untuk melakukan kedua hal tersebut memerlukan cukup waktu lebih. Pada kategori kurang sebanyak 54,6% responden, yang disebabkan oleh kesadaran responden terhadap manfaat kegiatan ini masih kurang. Stimulasi perkembangan makan pada masyarakat Indonesia hanya ditekankan ketika anak masih bayi dan keterlibatan budaya sangat mempengaruhi hal ini. Praktek pemberian makan yang salah oleh orang tua menjadi faktor yang mempengaruhinya, penelitian yang dilakukan Harinda (2012) menemukan sebanyak 96,8% anak terdiagnosis *inappropriate feeding practice*. Kesalahan praktik makan ini seringkali tidak disadari dan dipahami oleh keluarga dan orang tua (23).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan setelah dilakukan observasi terhadap responden. Stimulasi yang dilakukan ibu signifikan dengan

menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* $p = 0,014$. Pemberian penyuluhan dan pelatihan stimulasi perkembangan makan yang difokuskan pada stimulasi oral motor memberikan efek yang baik dalam meningkatkan kemampuan ibu melakukan stimulasi terhadap anaknya. Perkembangan motorik mulut seharusnya dipahami oleh seluruh orang tua, sehingga stimulasi yang diberikan dapat optimal. Stimulasi yang selama ini dilakukan oleh orang tua dan keluarga lebih bersifat kepada insting dan pengalaman serta informasi yang didapat dari keluarga.

Kemampuan ibu untuk melakukan stimulasi salah satunya dipengaruhi oleh pekerjaan ibu yang sebagian besar adalah tidak bekerja atau ibu rumah tangga (61,9%). Waktu yang diperlukan untuk melakukan stimulasi cukup banyak, sehingga ibu berkesempatan untuk melakukan stimulasi. Orang tua yang tidak bekerja dapat memberikan stimulasi dengan baik karena ibu mempunyai banyak waktu untuk merawat bayinya termasuk memberikan stimulasi dengan frekuensi yang lebih intensif (24).

Data persepsi kerentanan, keseriusan, hambatan dan manfaat menunjukkan perubahan ke arah persepsi positif pada kelompok perlakuan walaupun secara statistik tidak menunjukkan signifikan pada tingkat kepercayaan 5%. Walaupun pada persepsi manfaat pada kelompok kontrol juga menunjukkan adanya perubahan persepsi menjadi positif yang menetap. Semakin individu mempersepsikan bahwa kondisi anak semakin jelek, maka kondisi ini akan dianggap sebagai ancaman dan mengambil tindakan preventif. Namun pada kelompok kontrol ataupun kelompok perlakuan belum merasakan gejala-gejala yang menunjukkan gangguan makan, sehingga persepsi untuk melakukan tindakan hanya menunjukkan perubahan sedikit dan cenderung sama antara kedua kelompok tersebut.

Persepsi kerentanan pada kelompok perlakuan yaitu 54,5% pada pre

test meningkat menjadi 90,9% pada post test dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden merasakan kemungkinan gangguan lainnya yang terjadi pada anak susah makan walaupun belum dinyatakan sebagai gangguan makan. Persepsi keseriusan pada kelompok perlakuan meningkat dari 45,5% menjadi 63,6% dibandingkan kelompok kontrol. Menurut sebagian responden persepsi ini menjadi positif setelah dilakukan tindakan, sehingga ancaman yang dirasakan berubah menjadi sikap untuk mencari alternatif tindakan terhadap anak.

Persepsi hambatan pada kelompok perlakuan meningkat dari 45,5% menjadi 72,7% dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini kemungkinan diakibatkan oleh karena persepsi kerentanan positif yang merubah persepsi hambatan menjadi positif juga, sehingga hambatan yang dirasakan bukan merupakan masalah bagi responden. Rata-rata usia responden yang muda dan produktif (20 – 30 tahun sebanyak 61,9%) dianggap juga mempengaruhi perubahan persepsi ini. Persepsi manfaat kelompok perlakuan juga meningkat sekitar 9,1 point (54,5% menjadi 63,6%) dibandingkan kelompok kontrol. Manfaat yang dirasakan responden kemungkinan muncul karena adanya kombinasi pemberian pendidikan kesehatan dan pelatihan stimulasi motorik mulut.

Berdasarkan hasil penelitian setelah dilakukan pre test dan observasi sebanyak 2 kali didapatkan data yang menunjukkan bahwa kemampuan ibu melakukan stimulasi perkembangan makan meningkat dengan nilai signifikansi $p = 0,046$ pada kelompok perlakuan. Data tersebut menunjukkan bahwa terjadi peningkatan dari kategori kurang (observasi pertama) menjadi cukup dan kategori cukup menjadi baik (observasi kedua). Stimulasi yang diberikan oleh ibu dipengaruhi oleh pengetahuan, pendidikan dan pekerjaan (24).

Jumlah anak yang dimiliki juga memberikan kontribusi yang cukup besar dalam peningkatan kemampuan ibu melakukan stimulasi. Pendidikan kesehatan dan juga pelatihan yang dilakukan terhadap responden turut memberikan andil yang besar dalam kemampuan ibu melakukan stimulasi. Sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki dan perilaku yang diharapkan akan muncul tindakan stimulasi yang baik (24).

Semakin banyak stimulasi yang dilakukan orang tua di rumah yang dilakukan secara rutin, maka semakin cepat perkembangan anak sesuai dengan usianya (25). Penelitian ini melakukan observasi sebanyak 2 kali dengan pelatihan 2 kali serta dilengkapi dengan booklet bergambar yang bisa langsung diaplikasikan dan ditiru oleh anak. Perubahan pada kategori kemampuan responden sebelum diberikan intervensi (*pretest*) yaitu kurang (100%) menjadi baik (18,1%) pada observasi II menunjukkan bahwa intervensi ini mampu mempengaruhi kemampuan stimulasi perkembangan makan. Hal ini disebabkan responden mendapatkan pengetahuan yang baru tentang perkembangan makan dan juga keterampilan motorik mulut yang bisa dilakukan dengan latihan dan juga aktivitas bermain bagi anak. Tindakan yang sederhana mampu menggiatkan orang tua untuk mau melakukan stimulasi perkembangan makan.

Penelitian dapat dilakukan dengan lancar, namun ada beberapa keterbatasan yang sulit untuk dikendalikan peneliti. Penelitian ini dilaksanakan di komunitas mencakup 2 kelurahan yang secara geografis cukup luas. Tantangan yang harus dihadapi adalah keterlibatan kader yang juga memiliki. Kesulitan para responden yang harus mengisi kuesioner sambil mengawasi aktivitas responden anak dan saudaranya. Waktu untuk melakukan observasi kurang fleksibel dikarenakan aktivitas responden cukup padat dan harus menyesuaikan dengan

waktu bermain anak serta kesibukan responden ibu. Keterbatasan waktu responden ibu untuk mengikuti pendidikan kesehatan dan penyuluhan secara berkelompok, sehingga harus dilakukan sebelum observasi kepada beberapa responden ibu yang tidak bisa berhadir.

PENUTUP

Stimulasi perkembangan makan yang dapat meningkat melalui pelatihan motorik mulut khususnya pada ibu yang memiliki anak *toddler* susah makan atau biasa disebut *picky eater*, namun pendekatan *health belief* model tidak memberikan pengaruh terhadap kemampuan ibu tersebut. Deteksi dini tumbuh kembang anak sebaiknya mengikutsertakan motorik mulut sebagai bagian penting dari tumbuh kembang anak, khususnya perkembangan makan

KEPUSTAKAAN

1. Allen RE, Myers AL. Nutrition in toddlers. *Am Fam Physician* [Internet]. 2006;74(9):1527–1523. www.aafp.org/afp
2. Bararah VF. Latihan Oral Motor [Internet]. 2013. <http://health.detik.com/read/2011/05/25/170423/1647039/764/melatih-oral-motor-anak-agar-bisa-makan-dengan-benar>
3. Palmer CA. Diet and Nutrition in Oral Health. Second Edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2007. 3 p.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 9 Vol 3. Jakarta: EGC; 2001. 2111 p.
5. Sunarjo D. Kesulitan Makan pada Anak [Internet]. 2006. p. 1–9. <http://rsud.patikab.go.id/download/KesulitanMakanPadaAnak.pdf>
6. Arisman. Buku Ajar Ilmu Gizi : Gizi dalam Daur Kehidupan. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2009. 65-66 p.
7. Dewanti. Solutions for Toddler Feeding Problems. Malang; 2012.
8. Lubis G. Masalah makan pada anak. *Maj Kedokt Andalas* [Internet]. 2005; 9 (No 1, Januari-Juni):2–13. www.mka.f.unand.ac.id
9. Birch LL. Child Feeding Practices and the Etiology of Obesity. *Obesity*. 2006;14(3):343–4.
10. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children 's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008;12:2–3.
11. Chatoor I. Diagnosis and Treatment of Feeding Disorder in Infants, Toddlers and Young Children. Washington, DC: Zero to Three; 2009. 141 p.
12. Soedibyo S, Mulyani RL. Kesulitan Makan pada Pasien: Survei di Unit Pediatri Rawat Jalan. *Sari Pediatr*. 2009;11(2):79–84.
13. Pelchat M, Patricia P. “Try it, you'll like it”. Effects of information on willingness to try novel food. *Appetite*. 1995;24:153–66.
14. Ekstein S, Laniado D, Glick B. Does picky eating affect weight-for-length measurements in young children? *Clin Pediatr* [Internet]. 2010;49 (3):217–20. Available from: <http://clp.sagepub.com>
15. Galloway AMY, Fiorito L, Yoonna L, Birch LL. Parental Pressure, Dietary Patterns and Weight Status among girls who are picky eaters. *J Am Diet Assoc*. 2008;105(4):541–8.
16. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A,

- Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2004 Jan [cited 2014 May 18];104 (1 Suppl 1) : s57–64.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702019>
17. Albon D, Mukherij P. *Food and Health in Early Childhood*. SAGE; 2008. 89 p.
18. The Royal Children`s Hospital Melbourne. Feeding Development [Internet]. Melbourne: Royal Hospital; 2013. Available from:
www.rch.org.au/feedingdifficulties/MedicalConsideration/
19. Wong D. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 6 Vo. EGC; 2009. 13 p.
20. Evans CEL, Christian MS, Cleghorn CL, Greenwood DC, Cade JE. Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to improve daily fruit and vegetable intake in children aged 5 to 12 y. *Am J Clin Nutr*. 2012;96:889–901.
21. Hayden J. *Health Belief Model. Health Behavior Therapy*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher; 2009. p. 31–42.
22. Briawan D, Herawati T. 2008. Peran Stimulasi Orang Tua Terhadap Perkembangan Anak Balita Keluarga Miskin. repository.ipb.ac.id/.../per.
23. Harinda L. 2012. Proporsi dan Status Gizi Anak Pra-Sekolah dengan Kesulitan Makan di Semarang. Karya Tulis Ilmiah. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
24. Kholifah SN. 2014. Perkembangan Motorik Kasar Bayi Melalui Stimulasi Ibu di Kelurahan Kemayoran Surabaya. *Jurnal Sumber Daya Manusia Kesehatan: Poltekkes Kemenkes Surabaya*.
25. Fatmarizka T. 2013. Pengaruh Stimulasi *Assisted Crawling* Terhadap Kemampuan Merangkak Pada Bayi Usia 16-24 Minggu. Skripsi. Surakarta:Universitas Muhammadiyah Surakarta.