

PENERAPAN *FAMILY-CENTER NURSING THEORY* PADA KASUS KELUARGA DENGAN BALITA SULIT MAKAN (STUDI KASUS)

Applying Family-Center Nursing Theory At Family Case With Children Under Five Years Old Eating Disorders (Case Study)

Yoyok Bekti Prasetyo

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang
Jl. Bendungan Sutami 188A Malang 65145
e-mail: yybekti_pras@yahoo.com

ABSTRAK

Masalah sulit makan merupakan masalah yang umum terjadi pada anak usia prasekolah. Struktur peran anggota keluarga terutama ibu sangat berpengaruh terhadap gangguan sulit makan pada anak. Tujuan studi kasus untuk mengetahui diagnosa keperawatan keluarga, mengidentifikasi tindakan keperawatan, melakukan evaluasi pada kasus keluarga dengan balita sulit makan. Metode yang digunakan dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga meliputi tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Hasil berupa diagnosa keperawatan yang dapat diidentifikasi ada dua yaitu: kurang pengetahuan dan resiko gangguan nutrisi. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah aplikasi terapi modalitas (terapi perilaku, *food combining*), konseling dan *choaching*. Kesimpulan dan saran meliputi strategi intervensi meliputi penerapan terapi modalitas (*food combining*), terapi perilaku, konseling dan (*coaching*), pemberdayaan masyarakat untuk mencapai kompetensi komunitas, membangun koalisi untuk mencapai tujuan yang diinginkan dengan berbagai pihak yang potensial. Penerapan terapi modalitas *food combining* pada agregat balita sulit makan memerlukan modifikasi dan kombinasi dengan terapi modalitas perubahan perilaku. Pemberian menu seimbangan dan modifikasi perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif akan menciptakan suatu terapi yang handal untuk mengatasi masalah sulit makan pada agregat balita.

Kata kunci: gangguan sulit makan, asuhan keperawatan keluarga

ABSTRACT

Difficult problem eat is common problem happened at age child of prasekolah. Structure role of family member especially mother very have an effect on to difficult trouble eat at child. Target of case study to know diagnosa treatment of family, treatment action mengidentifikasi, evaluate at family case with difficult balita eat. Used method with approach of upbringing treatment of family cover step that is study, planning, execution, and evaluation. Result of in the form of diagnosa treatment of which can identified by there is two that is: less and trouble risk of nutrisi. Action treatment of which can conducted by is therapy application of modalitas (behavioral therapy, combining food), and konseling of choaching. Conclusion and suggestion cover intervention strategy cover applying of therapy of modalitas (combining food), behavioral therapy, and konseling (coaching), enableness of society to reach community interest, developing coalition to reach wanted target by various potential side. Applying of therapy of modalitas combining food at aggregate of balita difficult eat to need combination and modification with therapy of modalitas change of behavior. Gift of well-balanced menu and behavioral modification which is maladaptif become my innuendo of adaptif will create an reliable therapy to overcome difficult problem eat at aggregate of balita.

Keywords: eating disorder, family-center nursing

LATAR BELAKANG

Masalah sulit makan merupakan masalah yang umum terjadi pada anak usia prasekolah. Gangguan sulit makan pada anak

disebabkan oleh banyak faktor di antaranya karena adanya interaksi antara faktor keluarga, sosial, dan psikologi (Judarwanto, 2004). Faktor keluarga dalam hal ini terkait dengan struktur peran. Struktur peran

anggota keluarga terutama ibu sangat berpengaruh terhadap gangguan sulit makan pada anak. Keluarga yang memiliki kebiasaan enggan makan, maka anak akan mengalami sulit makan. Hal ini ditunjukkan oleh sebuah penelitian bahwa anak usia 5 tahun yang memiliki ibu dengan *anoreksia* makan, anak akan memiliki insiden lebih besar mengalami depresi dan gangguan kesulitan makan (Khomsan, 1998; Natenson, 2005).

Insiden diperkirakan antara 16-75% (Eppright et al, 1969; Minde & Mind, 1986 dalam Holden & MacDonald, 2000). Dilaporkan satu dari tiga anak prasekolah mengalami masalah makan dan setengahnya menderita kekurangan gizi (Pikiran rakyat, 2005). Pada tahun 2003, sebanyak 27,5% anak-anak di Indonesia yang berusia di bawah lima tahun menderita kekurangan gizi pada tingkat moderat sampai berat (Atmarita, 2005). Menurut Judarwanto (2005), kesulitan makan dialami oleh sekitar 25% pada usia anak. Jumlah tersebut akan meningkat sekitar 40-70% pada anak yang lahir *premature* atau dengan penyakit kronik. Hasil penelitiannya menemukan bahwa pada anak prasekolah 4-6 tahun di Jakarta, prevalensi kesulitan makan sebesar 33,6% dan sebagian besar yaitu 79,2% telah berlangsung lebih dari 3 bulan. Akibatnya anak menjadi kurang aktif, tidak mampu berkonsentrasi, dan pertumbuhan fisik yang tidak sesuai. Selanjutnya akan tumbuh menjadi manusia remaja dan dewasa yang juga kekurangan gizi sehingga akan memperpanjang siklus dari malnutrisi.

Kesulitan makan pada anak merupakan hal yang serius, mengingat dampaknya pada individu, keluarga, dan masyarakat. Anak yang mengalami gangguan sulit makan beresiko terjadi gangguan terhadap tumbuh kembang anak serta kemungkinan kualitas hidup tidak normal. Stuart (1987, dalam Judarwanto, 2004) mengatakan bahwa kekurangan zat gizi berupa vitamin, mineral, dan zat gizi lainnya mempengaruhi metabolisme di otak sehingga mengganggu pembentukan DNA di susunan saraf. Hal itu

berakibat terganggunya pertumbuhan sel-sel otak baru atau *mielinasi* sel otak terutama di bawah tiga tahun, sehingga sangat berhubungan terhadap perkembangan mental dan kecerdasan anak. Walter (2003, dalam Judarwanto, 2004 & 2005) meneliti 825 anak dengan malnutrisi berat ternyata mempunyai kemampuan intelektual lebih rendah dibandingkan anak yang mempunyai gizi baik. Gangguan sulit makan pada anak akan berdampak pada dinamika perubahan keluarga. Keluarga akan mengalami kesulitan untuk menjalankan tugas keluarga yaitu memenuhi kebutuhan anak. Selanjutnya keluarga akan merasa cemas, perasaan tidak berdaya, timbul konflik antar anggota keluarga yang akan memperberat gangguan sulit makan pada anak (Willgerodt & Killen, 2006). Menurut Friedman (1998); Friedman, Bowden dan Jones (2003); Neuman, (1982); Fawcett, (2002) (dalam Allender & Spradley, 2005) mengatakan bahwa individu merupakan sistem terbuka yang secara konstan dan timbal balik berinteraksi dengan lingkungan. Lingkungan keluarga yang tidak kohesif, banyak konflik dan kurang mendukung, interaksi antar anggota keluarga yang kaku merupakan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan sulit makan pada anak (Minuchin et al, 1978, dalam Holden & MacDonald, 2000; Kirschenbaum, 1986; Stren et al, 1989; Laliberte et al, 1999, dalam Allen, 2005). Menurut Allender dan Spradley (2005) mengatakan bahwa stresor dapat berasal dari lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal pada agregat anak sulit makan meliputi tingginya proporsi keluarga yang berpenghasilan rendah, perilaku makan yang tidak sehat, sedangkan lingkungan eksternal meliputi adanya krisis ekonomi, industri makanan yang memproduksi makanan tidak sehat. Dampak secara luas dapat dilihat dari indikator indeks pengembangan manusia (IPM) Indonesia masih rendah yaitu berada pada peringkat 112 dari 174 negara, lebih rendah dari negara-negara tetangga.

Rendahnya IPM ini sangat dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan status kesehatan penduduk. Lebih dari separuh kematian bayi dan anak balita disebabkan oleh buruknya status gizi anak balita (Azwar, 2005).

Salah satu konsep solusi untuk mengatasi masalah tersebut adalah membuat kebijakan-kebijakan yang terkait dengan masalah sulit makan di negara maju yang dapat diklasifikasikan menjadi kebijakan pada tataran penelitian, pendidikan dan pencegahan, serta penanganan (WHO, 2006). Kebijakan-kebijakan dalam tataran penelitian meliputi identifikasi jumlah, membentuk institusi pusat pelatihan, tindakan penelitian, pencegahan dengan *setting* sekolah, komunitas, dan rumah. Kebijakan yang direkomendasikan untuk pendidikan, pencegahan, dan penanganan meliputi pendidikan dan pelatihan untuk semua tenaga kesehatan, pelatihan dan pendidikan untuk tenaga edukasi, pendidikan untuk publik, dan kerjasama. Kebijakan pemerintah dalam menangani masalah gizi antara lain melalui pemberian makanan tambahan dalam jaring pengaman sosial (JPS) dan peningkatan pelayanan gizi melalui pelatihan-pelatihan tatalaksana gizi buruk kepada tenaga kesehatan, berhasil menurunkan angka gizi buruk menjadi 10,1% pada tahun 1998 dan 8,1% tahun pada tahun 1999 serta 6,3% pada tahun 2001. Namun pada tahun 2002 terjadi peningkatan kembali menjadi 8%, hal ini disebabkan angka kemiskinan di Indonesia semakin meningkat (DepKes RI, 2003).

METODE

Metode yang digunakan adalah asuhan keperawatan keluarga yang meliputi: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pengkajian pada asuhan keperawatan keluarga terdiri dari 2 (dua) tahap yaitu: peninjauan I dan peninjauan II. Selanjutnya akan diuraikan secara singkat 2 permasalahan dari 5 permasalahan yang ditemukan pada keluarga ibu E. Pemilihan

keluarga ini didasarkan pada: 1) keluarga ini adalah keluarga muda yang masih memiliki 1 orang anak, yaitu anak D dengan usia 21 bulan; 2) anak D selain mengalami sulit makan juga didiagnosa menderita TBC dan sedang menjalani pengobatan bulan ke-5; 3) keluarga Ibu E tinggal dengan keluarga ayah dan ibu beserta keluarga saudara dari ibu E. Di antara anggota keluarga ini ada kebiasaan yang tidak baik bagi kesehatan yaitu merokok; 4) keluarga ibu E termasuk dalam keluarga rawan gizi dengan pendapatan perkapita di bawah upah minimum regional.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Pengkajian Tahap Satu

Data umum: anak D usia 21 bulan. Pekerjaan kepala keluarga tidak tetap, pendidikan bapak dan ibu adalah SMU dan Perguruan Tinggi.

Riwayat dan tahapan keluarga: ibu E mengatakan anaknya pada umur satu tahun pernah sakit batuk, dan sering demam. Demam tidak turun-turun. Ibu E mengatakan setelah obat habis maka akan muncul demam dan batuk. Hal ini terjadi hampir dalam waktu 4 bulan. Anak D mendapatkan pengobatan TBC dengan meminum obat selama 6 bulan. Saat ini pengobatan sudah berjalan bulan ke-5.

Lingkungan: keluarga tinggal dengan keluarga ayah dan ibu, keluarga saudara ibu E. Ada kebiasaan merokok dari anggota keluarga yang lain. Lingkungan depan rumah terdapat kandang ayam dan menurut keterangan ibu E tetangganya ada yang sakit batuk-batuk lama dan penderita putus obat TBC.

Struktur keluarga: pola komunikasi baik, keputusan keluarga juga melibatkan anggota keluarga yang lain seperti orang tua dari ibu E. Fungsi keluarga: ibu E menderita gastritis, sangat perhatian terhadap kesehatan anak D.

Stres dan koping keluarga: ibu E dan ayah merasa pasrah, pusing, dan tidak tahu harus berbuat apalagi dengan permasalahan sulit makan dan penyakit TBC yang diderita oleh anak.

Harapan keluarga: keluarga berharap dengan pengobatan yang rutin penyakit pada anaknya bisa sembuh dan nafsu makan anaknya meningkat.

Pemeriksaan fisik: tidak ada batuk dan dahak. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh dokter adalah foto polos thorax yang hasilnya terjadi proses spesifik pada paru anaknya. Pemeriksaan penunjang lain yang dilakukan adalah pemeriksaan darah lengkap dan ditemukan LED meningkat. Tanda-tanda vital pada anak D adalah nadi = 128 x/mnt, pernapasan = 21 x/mnt, tekanan darah = 100/60 mmHg, berat badan = 11 kg (berat badan normal = 9-13,7 kg), tinggi badan = 85 cm.

Pengkajian Tahap Dua

Ibu E mengatakan tidak tahu tentang pengertian, perawatan penyakit TBC. Ibu E mengatakan bahwa anaknya sakit pilek biasa. Ibu E menanyakan apakah sakit pilek itu sama dengan sakit TBC. Ibu E mengatakan anak D yang masih balita mengalami sulit makan. Ibu sudah berusaha untuk meningkatkan nafsu makan anaknya dengan cara memberikan variasi menu makanan, mencoba untuk membujuk dan merayu anaknya untuk makan, dan memberikan susu sebanyak-banyaknya. Menurut ibu E, ASI adalah pengganti dari makan yang sedikit pada anaknya. Ibu E mengatakan belum mengetahui kenapa anak D sulit makan. Ibu E mengatakan pernah disarankan oleh tetangganya bahwa anak sulit makan pada anak usia anak D adalah hal biasa karena mulai bermain dan beraktivitas banyak. Hal seperti inilah yang kadang-kadang membuat ibu E tidak terlalu memikirkan sulit makan pada anaknya, dan cenderung membiarkan keadaan tersebut. Ibu E menanyakan apa yang harus diperbuat untuk meningkatkan nafsu makan anaknya.

Pada saat pengkajian nampak ibu dengan serius memperhatikan pola makan anaknya.

Diagnosa Keperawatan Keluarga

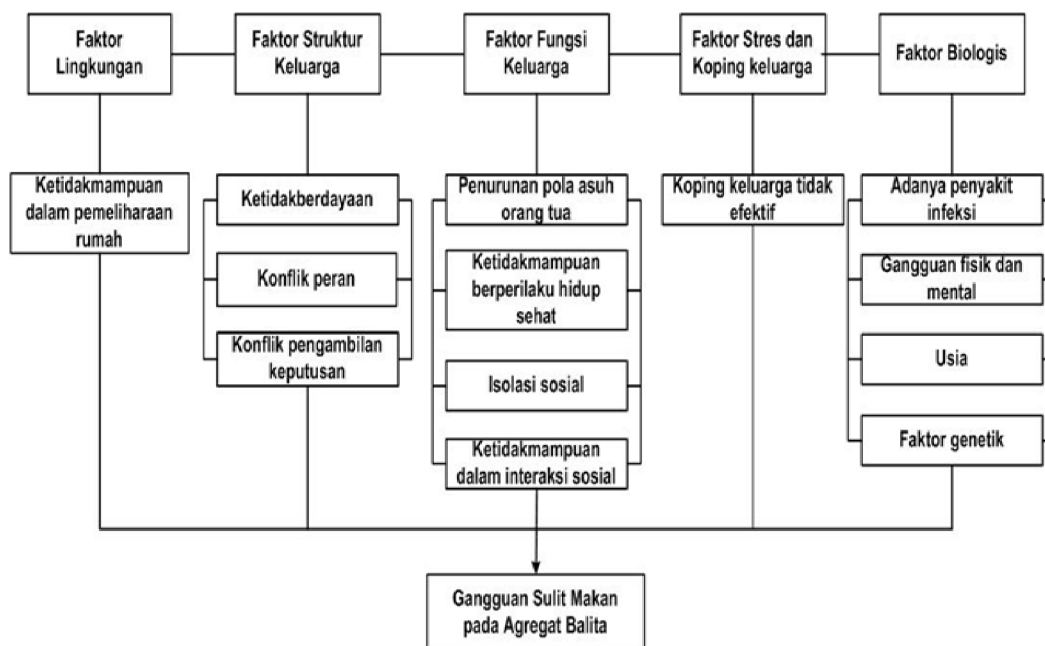
Analisa data yang dilakukan dari hasil pengkajian tahap satu dan pengkajian tahap dua dirumuskan diagnosa keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

- Kurang pengetahuan di keluarga bapak I (37 tahun) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sedang sakit khususnya anak D (21 bulan) dengan TBC.
- Resiko tinggi terjadinya gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada anak D (21 bulan) karena sulit makan di keluarga bapak I berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sedang mengalami sulit makan khususnya anak D.
- Resiko terjadinya kekambuhan penyakit kronis pada ibu E (34 tahun) di keluarga bapak I (37 tahun) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit maag khususnya pada ibu E.
- Resiko terjadi putus obat pengobatan TBC pada anak D di keluarga bapak I berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menjalani pengobatan TBC.
- Potensi terjadi stres pada keluarga bapak I berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami sulit makan yaitu anak D.

Analisa masalah didasarkan pada faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan sulit makan pada tingkat keluarga meliputi: faktor lingkungan, faktor struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan koping

keluarga, dan faktor keluarga. Analisa masalah pada keluarga ibu E digambarkan

dengan pohon masalah berikut.



Gambar 1. Pohon masalah pada keluarga ibu E

Dari gambar 1 didapatkan berbagai masalah kesehatan yang ditemukan keluarga dengan gangguan sulit makan pada agregat balita sebagai berikut:

- Faktor lingkungan

Ketidakmampuan keluarga dalam pemeliharaan rumah artinya ketidakmampuan secara mandiri memelihara perubahan, peningkatan perkembangan dengan karakteristik: kepala keluarga sulit mempertahankan lingkungan rumah yang nyaman, adanya krisis finansial, keluarga membutuhkan bantuan untuk memelihara kondisi rumah, adanya tumpukan sampah, bau menyengat, rumah lembab, beban keluarga yang berlebihan, kurangnya fasilitas rumah, dan adanya masalah kesehatan yang berulang-ulang (seperti infeksi).

- Faktor struktur keluarga

Ketidakterdayaan keluarga artinya persepsi dari tindakan seseorang yang tidak signifikan dengan hasil, kurangnya kontrol penerimaan melebihi situasi yang umum atau kejadian langsung. Karakteristik: ekspresi atau keadaan tidak pasti berkaitan tingkat energi

yang tidak teratur (turun atau naik), pasif, tidak berpartisipasi dalam perawatan atau pembuatan keputusan ketika kesempatan diberikan, bersifat benci, marah, khilaf, enggan untuk mengungkapkan perasaan sebenarnya, bergantung pada orang lain, perasaan takut atau asing pada perawat, ketidakpuasan dan frustrasi melebihi dari kemampuan untuk melaksanakan terhadap penampilan peran.

Konflik peran merupakan pengalaman peran terhadap peran yang membingungkan dan konflik dalam merespons krisis. Karakteristik konflik ini meliputi: 1) orang tua menampakkan perhatian tentang perubahan dalam peran sebagai orang tua, fungsi keluarga, komunikasi keluarga, status kesehatan keluarga; 2) orang tua menunjukkan ketidakmampuan dalam memperhatikan kebutuhan fisik dan emosi anak selama di rumah; 3) menunjukkan penyimpangan perhatian terhadap tugas sehari-hari; 4) keputusan yang berlebihan terhadap anak (memanjakan anak); 5) secara verbal mengatakan perasaan bersalah, marah, takut-cemas, dan frustrasi terhadap anak yang sakit.

Konflik pengambilan keputusan artinya ketidakpastian tentang tindakan yang akan dilakukan saat memiliki beberapa alternatif tindakan yang meliputi resiko, kehilangan atau perubahan dalam menilai hidup anggota keluarganya. Karakteristik meliputi: secara verbal mengatakan ketidakpastian, secara verbal mengatakan tidak konsekuen dengan beberapa tindakan yang dipilih, bingung terhadap beberapa pilihan tindakan, terlambat mengambil keputusan, dan secara verbal merasakan adanya tekanan keputusan yang diambil.

- Faktor fungsi keluarga

Penurunan pola asuh orang tua, ketidakmampuan berperilaku hidup sehat, ketidakmampuan dalam interaksi sosial, dan adanya isolasi sosial dapat menyebabkan gangguan sulit makan pada agregat balita.

Penurunan pola asuh orang tua artinya ketidakmampuan pengasuh untuk menciptakan, mempertahankan, mendapatkan lingkungan yang dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Karakteristik meliputi: pernyataan tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan anak, sering menghukum anak, perawatan yang tidak konsisten, tidak mampu menjaga kesehatan anak, dan lingkungan rumah yang tidak aman.

Ketidakmampuan berperilaku hidup sehat artinya ketidakmampuan untuk memodifikasi gaya hidup atau sikap yang sudah menjadi kebiasaan dengan perubahan dalam status kesehatan. Karakteristik meliputi: denial (menyangkal) perubahan status kesehatan, kegagalan dalam mengambil tindakan yang dapat mencegah masalah-masalah kesehatan selanjutnya, menunjukkan sikap tidak menerima terhadap perubahan status kesehatan dan kegagalan dalam mencapai kontrol kesadaran yang optimal.

Isolasi sosial artinya pengalaman kesepian dari individu yang dipersepsikan sesuatu yang negatif atau ancaman. Karakteristik meliputi: menunjukkan perasaan

kesepian dari orang lain, menunjukkan perasaan penolakan, ketidaksesuaian kematangan perkembangan dengan usia, tidak adanya tujuan hidup yang jelas, ketidakmampuan berkomunikasi dengan orang lain, menunjukkan perasaan yang berbeda dengan orang lain, dan merasa tidak aman di dalam masyarakat.

Ketidakmampuan dalam interaksi sosial artinya tidak cukupnya atau banyaknya pelanggaran-pelanggaran atau kesalahan-kesalahan atau inefektifnya kualitas perubahan sosial. Karakteristik meliputi: ketidakmampuan dalam kecakapan atau perhatian untuk dapat menerima atau mengkomunikasikan suatu kepuasan diri, kepedulian, ketertarikan, atau berbagi pengalaman, disfungsi interaksi dengan anggota keluarga, orang lain, dan perubahan gaya hidup dalam keluarga atau pola interaksi

- Faktor stres dan coping keluarga

Coping yang tidak efektif artinya perilaku dari orang terdekat (kepala keluarga) yang tidak sesuai dengan tugasnya akan perlunya adaptasi terhadap perubahan status kesehatan. Karakteristik meliputi: intoleransi, anggota keluarga yang sakit, renggangnya hubungan antar anggota keluarga, realita yang menyimpang tentang gangguan kesehatan (denial), dan anggota keluarga yang putus asa.

- Faktor biologis

Usia, gender, genetik, gangguan fisik dan mental menyebabkan gangguan sulit makan pada agregat balita. Usia *toddler* dan *preschool* dimana anak pada fase negatifistik akan menolak segala dominasi orang tua dapat menjadi penyebab gangguan sulit makan. Gender pada anak perempuan cenderung mengalami sulit makan karena faktor diet. Genetik dari orang tua yang mudah stres dan sulit makan dapat menurunkan pada anak. Gangguan fisik dan mental jelas dapat menyebabkan gangguan sulit makan.

Rencana, Implementasi, Dan Evaluasi

Diagnosa keperawatan 1: kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan penyakit TBC.

Tujuan umum

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 6 bulan, infeksi kronik pada anak D dapat sembuh dengan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan sulit makan.

Tujuan khusus

Aspek kognitif

Meliputi: 1) setelah dilakukan kunjungan selama 1-2 minggu, keluarga dapat mengenal masalah TB Paru dengan menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan penularan TB Paru (tingkat pengetahuan); 2) keluarga dapat mendeskripsikan tujuan dan cara kerja pengobatan TB Paru (tingkat komprehensif); 3) keluarga dapat mengatur dan mengontrol rutinitas pengobatan dan menghindari putus obat (tingkat aplikasi); 4) keluarga mendiskusikan hubungan pengobatan TB Paru, diet, aktivitas, dan kebersihan lingkungan (tingkat analisa); 5) keluarga mampu mengembangkan sebuah perencanaan, terlibat aktif dalam proses pembelajaran untuk menyembuhkan penyakit yang diderita anak D (tingkat sintesa); 6) keluarga mampu membandingkan kemajuan kesehatan yang dicapai oleh anak dengan usaha yang telah dilakukan (tingkat evaluasi).

Aspek afektif

Meliputi: 1) setelah dilakukan kunjungan selama 3-12 minggu keluarga mampu memperhatikan rencana yang diinstruksikan; 2) mendiskusikan keuntungan dan kelemahan dari berbagai intervensi untuk penyembuhan

penyakit TB Paru pada anak D; 3) menyeleksi metode intervensi yang digunakan; 4) memahami dan menerima tanggung jawab untuk melaksanakan intervensi yang diharapkan; 5) konsisten mengontrol pengobatan.

Aspek psikomotor

Keluarga mendemonstrasikan dan menjelaskan perawatan dan pengobatan TB Paru pada anak D dengan indikator: memperbanyak ventilasi, menjemur tempat tidur, mengakses pengobatan secara rutin.

Intervensi keperawatan

Meliputi: 1) aplikasi terapi modalitas terapi perilaku, konseling dan *choaching* pada keluarga; 2) diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, tanda dan gejala, faktor resiko, pencegahan dan perawatan penyakit TBC, akibat bila tidak dilakukan perawatan, tujuan dan manfaat pengobatan yang rutin, manfaat dan cara terapi modalitas terapi perilaku, konseling dan *choaching*; 3) kaji ulang pengetahuan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan; 4) demonstrasi dan redemonstrasi cara melakukan identifikasi perilaku yang sudah berhasil dan perilaku yang belum dilaksanakan dan mendiskusikan penyebab dan jalan keluarnya. Keluarga menerapkan perilaku yang lebih kondusif menunjang pengobatan dan perawatan pada anak; 5) anjurkan kepada keluarga untuk membuat catatan tindakan yang telah dilakukan; 6) memantau perkembangan kesehatan anak; 7) memotivasi keluarga untuk melakukan perawatan secara rutin.

Implementasi

Meliputi: 1) mengaplikasikan terapi modalitas konseling, *choaching*, dan terapi perilaku pada keluarga, terapi modalitas ini disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan kemampuan keluarga; konseling tentang

pengertian, tanda dan gejala, faktor resiko, pencegahan dan perawatan penyakit TBC, akibat bila tidak dilakukan perawatan, tujuan dan manfaat pengobatan yang rutin. Pelatihan cara mengidentifikasi keberhasilan dari pengobatan. Waktu pemberian materi dan pelatihan seluruhnya 5 kali kunjungan dengan waktu 45 menit setiap kali kunjungan. Media yang digunakan lembar balik, *leaflet*, brosur, dan *handout* yang diberikan kepada keluarga; 2) melakukan *review* pengetahuan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan, dilakukan setelah materi selesai diajarkan atau ditengah-tengah pemberian materi; 3) mendemonstrasi dan redemonstrasi cara melakukan identifikasi perilaku yang sudah berhasil dan perilaku yang belum dilaksanakan dan mendiskusikan penyebab dan jalan keluarnya. Keluarga menerapkan perilaku yang lebih kondusif menunjang pengobatan dan perawatan pada anak. Residen melihat format terapi perilaku yang telah diisi keluarga dan format ditinggal di keluarga untuk diisi secara rutin. Residen memberikan penghargaan atas perilaku positif yang berhasil dilakukan dengan *reinforcement*, dan mendiskusikan perilaku yang belum berhasil di lakukan; 4) menganjurkan kepada keluarga untuk membuat catatan tindakan yang telah dilakukan; 5) melakukan kunjungan yang tidak direncanakan untuk memantau perawatan yang telah dilakukan keluarga. Kunjungan ini dilakukan setelah intervensi selesai dilaksanakan, kunjungan bertujuan untuk monitoring terhadap perawatan yang telah dilakukan keluarga. Kunjungan dilakukan 1 bulan sekali; 6) memotivasi keluarga untuk melakukan perawatan secara rutin.

Evaluasi

Evaluasi hasil

Meliputi: 1) keluarga mengenal masalah TB Paru dengan menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan penularan

TB Paru (tingkat pengetahuan); 2) keluarga dapat mendeskripsikan tujuan dan cara kerja pengobatan TB Paru (tingkat komprehensif); 3) keluarga dapat mengatur dan mengontrol rutinitas pengobatan dan menghindari putus obat (tingkat aplikasi); 4) keluarga mendiskusikan hubungan pengobatan TB Paru, diet, aktivitas, dan kebersihan lingkungan (tingkat analisa); 5) keluarga mampu mengembangkan sebuah perencanaan, terlibat aktif dalam proses pembelajaran untuk menyembuhkan penyakit yang diderita anak D dengan membuat jadwal tema materi yang diperlukan selama pembinaan keluarga (tingkat sintesa); 6) keluarga mampu membandingkan kemajuan kesehatan yang dicapai oleh anak dengan usaha yang telah dilakukan (tingkat evaluasi); 7) keluarga mampu mendiskusikan keuntungan dan kelemahan dari berbagai intervensi untuk penyembuhan penyakit TB Paru pada anak D; 8) keluarga mampu memahami dan menerima tanggung jawab untuk melaksanakan intervensi yang diharapkan; 9) konsisten mengontrol pengobatan; 10) keluarga mendemonstrasikan dan menjelaskan perawatan dan pengobatan TB Paru pada anak D dengan indikator: memperbanyak ventilasi, menjemur tempat tidur, mengakses pengobatan secara rutin.

Evaluasi dampak

Anak terlihat sehat dan berat badan/ umur = 11 kg/2,5 tahun kategori normal. Batuk sudah tidak dialami oleh anak setelah dilakukan intervensi, keluarga berada pada tingkat kemandirian III yaitu menerima residen, menerima semua materi yang diberikan, dapat menyatakan masalah dengan benar, memanfaatkan posyandu untuk penimbangan dan pemberian vitamin A pada bulan Februari 2007, melakukan perawatan dengan pengobatan TBC secara rutin dan melakukan tindakan pencegahan secara aktif dengan menjaga kebersihan rumah,

menjemur kasur dan bantal pada siang hari 1 minggu sekali.

Diagnosa keperawatan 2: resiko gangguan kebutuhan nutrisi (kurang dari kebutuhan) pada anak D berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan gangguan sulit makan.

Tujuan umum

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 6 bulan, resiko gangguan nutrisi kurang dan kebutuhan tidak terjadi pada anak D dengan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan sulit makan.

Tujuan khusus

Aspek kognitif

Meliputi: 1) setelah dilakukan kunjungan selama 1-2 minggu, keluarga dapat mengenal masalah sulit makan dengan menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan cara penanganannya (tingkat pengetahuan); 2) keluarga dapat mendeskripsikan tujuan dan cara kerja kerja penanganan menghadapi anak yang mengalami sulit makan (tingkat komprehensif); 3) keluarga dapat mengatur menu dan mengontrol makanan yang tidak sehat bagi anak, seperti: *chiki*, bakso, dan makanan yang bercita rasa tinggi lainnya (tingkat aplikasi); 4) keluarga mendiskusikan hubungan karakteristik anak meliputi usia, diet, aktivitas, dan kebersihan lingkungan (tingkat analisa); 5) keluarga mampu mengembangkan sebuah perencanaan, terlibat aktif dalam proses pembelajaran untuk mengatasi masalah sulit makan (tingkat sintesa); 6) keluarga mampu membandingkan kemajuan kesehatan yang dicapai oleh anak dengan usaha yang telah dilakukan (tingkat evaluasi).

Aspek afektif

Meliputi: 1) setelah dilakukan kunjungan selama 3-12 minggu keluarga mampu memperhatikan rencana yang diinstruksikan; 2) mendiskusikan keuntungan dan kelemahan dari berbagai intervensi untuk menangani gangguan sulit makan; 3) menyeleksi metode intervensi yang digunakan; 4) memahami dan menerima tanggung jawab untuk melaksanakan intervensi yang diharapkan; 5) konsisten mengontrol dan disiplin memberi makan yang sehat dan benar.

Aspek psikomotor

Keluarga mendemonstrasikan pemilihan bahan makanan yang sehat, dan menjelaskan perawatan anak yang mengalami sulit makan dengan indikator: menu makanan yang bervariasi, tidak melakukan paksaan, bujukan saat memberi makan pada anak, mengakses pelayanan kesehatan seperti posyandu secara periodik.

Intervensi keperawatan

Meliputi: 1) aplikasi terapi modalitas *food combining*, terapi perilaku, konseling dan *choaching* pada keluarga; 2) diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, tanda dan gejala, faktor resiko, pencegahan dan perawatan anak yang mengalami sulit makan, akibat bila tidak dilakukan perawatan, tujuan, manfaat dan cara terapi modalitas *food combining*, terapi perilaku, konseling dan *choaching*; 3) kaji ulang pengetahuan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan; 4) demonstrasi dan redemonstrasi cara melakukan *food combining* dengan mengidentifikasi kebutuhan menu yang seimbang pada anak dengan panduan piramida makan sehat, dan mencoba membuat menu makan siang dengan *food combining*, identifikasi perilaku yang sudah berhasil dan perilaku yang belum dilaksanakan dan mendiskusikan penyebab dan jalan keluarga

menerapkan perilaku yang lebih kondusif menunjang pengobatan dan perawatan pada anak; 5) anjurkan kepada keluarga untuk membuat catatan tindakan yang telah dilakukan; 6) memantau perkembangan kesehatan anak; 7) memotivasi keluarga untuk melakukan perawatan secara rutin.

Implementasi

Meliputi: 1) mengaplikasikan terapi modalitas *food combining*, konseling, *choaching*, dan terapi perilaku pada keluarga, terapi modalitas ini disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan kemampuan keluarga, konseling tentang pengertian, tanda dan gejala, faktor resiko, pencegahan dan perawatan anak sulit makan, akibat bila tidak dilakukan perawatan, tujuan dan manfaat perawatan yang benar. Pelatihan cara melakukan terapi perilaku. Waktu pemberian materi dan pelatihan seluruhnya 5 kali kunjungan dengan waktu 45 menit setiap kali kunjungan. Media yang digunakan lembar balik, *leaflet*, brosur, *handout*, dan lembar isian terapi perilaku yang diberikan kepada keluarga; 2) melakukan *review* pengetahuan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan, dilakukan setelah materi selesai diajarkan atau di tengah-tengah pemberian materi; 3) mendemonstrasi dan redemonstrasi cara melakukan identifikasi perilaku yang sudah berhasil dan perilaku yang belum dilaksanakan dan mendiskusikan penyebab dan jalan keluarga menerapkan perilaku yang lebih kondusif menunjang pengobatan dan perawatan pada anak. Residen melihat format terapi perilaku yang telah diisi keluarga dan format ditinggal di keluarga untuk diisi secara rutin. Residen memberikan penghargaan atas perilaku positif yang berhasil dilakukan dengan *reinforcement*, dan mendiskusikan perilaku yang belum berhasil dilakukan; 5) menganjurkan kepada keluarga untuk membuat catatan tindakan yang telah dilakukan; 6) melakukan kunjungan yang tidak direncanakan untuk memantau perawatan

yang telah dilakukan keluarga. Kunjungan ini dilakukan setelah intervensi selesai dilaksanakan, kunjungan bertujuan untuk monitoring terhadap perawatan yang telah dilakukan keluarga. Kunjungan dilakukan 1 bulan sekali; 7) memotivasi keluarga untuk melakukan perawatan secara rutin.

Evaluasi

Evaluasi hasil

Meliputi: 1) keluarga dapat mengenal masalah sulit makan dengan menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan cara penanganannya (tingkat pengetahuan); 2) keluarga mampu mendeskripsikan tujuan dan cara kerja kerja penanganan menghadapi anak yang mengalami sulit makan (tingkat komprehensif); 3) keluarga mampu mengatur menu dan mengontrol makanan yang tidak sehat bagi anak, seperti *chiki*, bakso, dan makanan yang bercita rasa tinggi lainnya (tingkat aplikasi); 4) keluarga mendiskusikan hubungan karakteristik anak meliputi usia, diet, aktivitas, dan kebersihan lingkungan (tingkat analisa); 5) keluarga mampu membuat sebuah perencanaan, terlibat aktif dalam proses pembelajaran untuk mengatasi masalah sulit makan (tingkat sintesa); 6) keluarga mampu membandingkan kemajuan kesehatan yang dicapai oleh anak dengan usaha yang telah dilakukan (tingkat evaluasi); 7) mendiskusikan keuntungan dan kelemahan dari berbagai intervensi untuk menangani gangguan sulit makan; 8) menyeleksi metode intervensi yang digunakan; 10) memahami dan menerima tanggung jawab untuk melaksanakan intervensi yang diharapkan; 11) konsisten mengontrol dan disiplin memberi makan yang sehat dan benar; 12) keluarga mendemonstrasikan pemilihan bahan makanan yang sehat, dan menjelaskan perawatan anak yang mengalami sulit makan dengan indikator menu makanan yang bervariasi, tidak melakukan paksaan, bujukan saat memberi makan pada anak, mengakses

pelayanan kesehatan seperti posyandu secara periodik.

Evaluasi dampak

Anak terlihat sehat dan berat badan/umur = 11 kg/2,5 tahun kategori normal lebih banyak menghabiskan porsi makannya.

Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan Dan Penelitian Keperawatan Komunitas

- Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Model pelayanan yang dapat digunakan untuk mengatasi gangguan sulit makan pada agregat balita salah satunya adalah *family-center nursing theory* yang menekankan pentingnya upaya *preventive*, *educative*, dan *protective*. Implikasi yang sudah sering dilakukan oleh praktisi keperawatan pada area *preventive* dan *educative*, sedangkan upaya *protective* belum optimal dilakukan. Oleh karena itu adanya regulasi yang operasional dari tingkat terendah seperti individu, keluarga, dan masyarakat mengenai penciptaan perilaku makan yang sehat dan pemenuhan status gizi dapat menunjang dari upaya *preventive* dan *educative*. Regulasi pada tingkat individu yaitu adanya program *screening* untuk mendeteksi gangguan gizi pada agregat anak. Regulasi pada tingkat keluarga adalah pendisiplinan jadwal makan, tidak memberikan makanan jajanan pada saat jam makan, tidak memaksa dan membujuk anak pada saat makan. Program pemanfaatan lahan pekarangan merupakan salah satu upaya pengembangan masyarakat untuk mandiri memenuhi kebutuhan mikro bahan pangan pada tingkat keluarga.

- Implikasi terhadap penelitian

Pendekatan dengan model *family-center nursing* pada keluarga dengan kasus balita sulit makan dapat mengidentifikasi fenomena-fenomena yang menarik untuk

dilakukan penelitian. Memberbanyak penelitian keperawatan yang terkait dengan perubahan lingkungan dan sosial terhadap kesehatan nutrisi pada agregat balita diperlukan untuk mengevaluasi promosi kesehatan yang telah dilakukan. Beberapa isu sentral yang dapat dijadikan tema penelitian meliputi: 1) menguji efek intervensi promosi kesehatan pada keluarga terhadap perubahan kesehatan dikaitkan dengan norma sosial pada anak yang mengalami sulit makan; 2) mengevaluasi efektifitas intervensi untuk menurunkan paparan anak dari subsistem (lingkungan fisik, pelayanan kesehatan dan sosial, keselamatan dan transportasi, politik dan pemerintahan, pendidikan, ekonomi, komunikasi, dan rekreasi) yang menyebabkan anak menjadi sulit makan; 3) mengembangkan dan menguji sebuah model manajemen lingkungan untuk mengurangi ancaman kesehatan terhadap agregat balita; 4) mengkaji perubahan perilaku pada target akibat dari intervensi pada lingkungan fisik dan sosial; 5) menguji efektifitas insentif ekonomi dalam meningkatkan promosi kesehatan lingkungan dan perubahan perilaku.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pengelolaan masalah sulit makan belum optimal dilaksanakan terkait dengan masalah sulit makan belum menjadi perhatian utama, kerjasama lintas program dan sektoral yang masih lemah, sumber manusia yang terbatas. Oleh karena itu diperlukan upaya penataan, membangun lobi dengan birokrat, membentuk koalisi untuk mengangkat masalah sulit makan menjadi isu sentral yang harus diperhatikan. Strategi intervensi keperawatan keluarga dan komunitas pada agregat balita meliputi penerapan terapi modalitas (*food combining*), terapi perilaku, konseling dan (*coaching*), pemberdayaan masyarakat untuk mencapai kompetensi komunitas, membangun koalisi untuk mencapai tujuan yang diinginkan dengan berbagai pihak yang potensial. Penerapan terapi modalitas *food combining* pada agregat balita sulit makan

memerlukan modifikasi dan kombinasi dengan terapi modalitas perubahan perilaku. Pemberian menu seimbangan dan modifikasi perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif akan menciptakan suatu terapi yang handal untuk mengatasi masalah sulit makan pada agregat balita. Terapi komplementer yang sesuai dengan masalah sulit makan pada agregat balita salah satunya adalah *massage*. Terapi *massage* pada anak yang mengalami gangguan dalam hal makan dapat meningkatkan *self-image* anak, meningkatkan pola makan anak, menurunkan kecemasan, dan meningkatkan kasih sayang dan pada akhirnya dapat membantu mengatasi permasalahan ini. *Family-center nursing theory* dalam konteks gangguan sulit makan pada agregat balita adalah dengan melihat keluarga yang memiliki balita sulit makan merupakan unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, politik, sosial, dan budaya. Mengatasi masalah ini memerlukan pemberdayaan dan membangun koalisi dengan berbagai pihak yang. Publikasi hasil evaluasi kepada khalayak umum termasuk media massa menjadi penting. Semakin menyebarnya informasi dapat mempercepat proses kerjasama dengan pemegang kebijakan untuk membuat proyek program penanganan masalah sulit makan pada agregat balita. Rencana tindak lanjut yang diperlukan adalah memperkuat jaringan kerjasama antara dinas kesehatan, puskesmas, kelurahan, dan Pokjakes untuk melaksanakan upaya *preventive* dan *promotive*. Mempublikasikan keuntungan tindakan melalui media massa, artikel kepada masyarakat luas.

Saran yang dapat diberikan kepada praktek pelayanan keperawatan menangani masalah sulit makan pada agregat balita memerlukan pendekatan teori keperawatan keluarga yang profesional. Praktek pelayanan

keperawatan dengan didasarkan pada teori yang kuat akan meningkatkan kualitas layanan dan integritas dari perawat. Salah satu teori untuk menangani masalah sulit makan pada agregat balita adalah dengan menggunakan *family-center nursing*. Model ini memberikan panduan yang mendalam dan jelas pada proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Kepada institusi pendidikan keperawatan diperlukan untuk membantu mencari sumber-sumber penyandang dana untuk melaksanakan proyek program penanganan balita sulit makan yang sampai sekarang ini belum menjadi program di departemen kesehatan. Mahasiswa dapat lebih berperan secara aktif untuk membuat proposal dengan kajian-kajian ilmiah, profil statistik, kontak agensi lain untuk mendapatkan informasi dalam membuat proposal secara bersama-sama. Fakultas lebih berperan dalam membantu mahasiswa menulis proposal, menyusun sebuah rencana strategis, kemudian mempresentasikan program dalam konferensi dengan penyandang dana. Kepada penelitian keperawatan perlu adanya kegiatan penelitian keperawatan dengan perkembangan globalisasi, suatu daerah yang pada awalnya adalah daerah rural, menjadi daerah urban. Perubahan ini membawa konsekuensi pada perubahan lingkungan fisik, ekonomi, komunikasi, politik dan pemerintahan, pendidikan, pelayanan kesehatan dan sosial. Dengan adanya perubahan pada sektor ini akan berdampak secara kompleks kepada agregat balita. Penelitian lebih banya diarahkan kepada dampak dari perubahan tersebut. Seperti menguji efektifitas penurunan kekuatan finansial dan kualitas lingkungan dalam pemilihan makanan sehat dan gaya hidup sehat terhadap upaya pencegahan gizi kurang dan buruk. Kepada pengembangan kebijakan keperawatan atau kesehatan membuat sebuah regulasi dengan ruang lingkup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan ketentuan

pelayanan kesehatan yang meliputi sosial, pendidikan, dan perhatian pada masalah budaya. Regulasi untuk mengatur makanan yang tidak sehat, membatasi akses anak terhadap makanan yang tidak sehat menjadi penting untuk mendukung program perubahan perilaku makan yang sehat pada anak. Kelompok swabantu yang telah ada perlu mendapat dukungan kebijakan dari lurah, puskesmas untuk mempertahankan keberlangsungan aktivitas kelompok ini. Dukungan berupa sumber daya manusia sebagai pendidik, fasilitator dan manajer. Dukungan finansial untuk membentuk variasi kegiatan di kelompok swabantu. Dukungan pemantauan dan memonitor kemajuan dari kelompok ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, A. 2005. The Influence of Family Functioning on Eating Disorders, http://www.helpguide.org/mental/eating_disorder_treatment.html. Diperoleh pada 18 November 2005.
- Allender & Spradley. 2005. Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson & McFarlane. 2000. Community as Partner: Theory and Practice in Nursing. 3th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anonymous. 2005. Kesulitan Makan pada Anak: Penanganan dan Permasalahannya. <http://www.pdpersi.co.id/pdpersi/news/artikel.php?id=940>. Diperoleh pada 25 November 2005.
- Anonymous. 2002. Family Therapy is Cutting Edge Treatment for Family a Family Disease. www.empoweredparents.com/pages/aboutthebook.htm. Diperoleh pada 25 November 2005.
- Anonymous. 2003. Childhood Stress Anxiety as a Catalyst to Disorder Eating. http://www.empoweredparents.com/mini/t13.htm_anchor47. Diperoleh pada 25 November 2005.
- Anonymous. 2003. Early Childhood Eating Disorders. http://www.empoweredparents.com/mini/t13.htm_anchor47. Diperoleh pada 25 November 2005.
- Anonymous. 2004. When Parent Have Eating Disorders. www.empoweredparents.com/parentsissues/parent_01.htm. Diperoleh pada 1 Juni 2005.
- Anonymous. 2003. Maternal & Child Health Nursing Care of the Childbearing & Childrearing Family. 4th edition. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Asian Development Bank. 2003. Technical Assistance to the Republic of Indonesia for Public Health and Nutrition. Indonesia.
- Atmarita. 2005. Nutrition Problems in Indonesia. An Integrated International Seminar and Workshop on Lifestyle-Related Diseases. Gajah Mada University. 19-20 March 2005. Directorate of Community Nutrition. The Ministry of Health.
- Azwar, A. 2005. Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang. Jakarta: Dirjen Bina Kesmas Depkes.
- Bomar, P.J. 2004. Promoting Health in Families Applying Family Research and Theory to Nursing Practice. 3th edition. Philadelphia: Saunders an Inprint Elsevier.
- Buijs, R. & Olson, J. 2001. Parish Nurses Influencing Determinans of Health. Journal of Community Health Nursing, 18(1). 13-23.
- Chen, J.L., Kennedy, C. 2004. Family Functioning, Parenting Style, and Chinese Children Weight Status. Journal of Family Nursing. Vol. 10, No.2. 262-279. <http://jfn.Sagepub.com>. Diperoleh pada 16 Pebruari 2006.
- Community Nutrition and Dietetic Service. <http://www.glasgowpharmacyhealthpromotionscot.nhs.uk/>

- nutrition/nutrition_main.htm. Diakses pada 3 Maret 2007.
- Cultural Aspects of Eating Disorder. 2005. http://www.healthypplace.com/communities/eating_Disorder/women_bodyimage_1.asp. Diperoleh pada 18 November 2005.
- Don, N. 1998. Evaluating Health Promotion-Progress, Problems and Solutions, Health Promotion International Vol. 13, No. 1. Oxford University Press.
- Downie, F. & Tannahill. 1990. Health Promotion Models and Values. Oxford Medical Publication Dubos, R. 1965. Man Adapting. New Haven: Yale University Press.
- Dudek, S.G. 2006. Nutrition Essentials for Nursing Practice. 5th edition. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Edelman, M. 1998. Health Promotion Throughout the Life Span. 5th edition. Philadelphia: Mosby Year Book.
- Ervin, N. 2002. Advanced Community Health Nursing Practice: Population Focused Care. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Falk & Rafael, A.R. 2001. Empowerment as a Process of Evolving Consciousness: a Model of Empowered Caring. *Advances in Nursing Science*. 24(1), 1-6.
- Feeley, N. & Gottlieb, L.N. 2000. Nursing Approaches for Working with Family Strengths and Resources. *Journal of Family Nursing*. 6(1), 9-24.
- Fleming, M.L. & Parker, E. 2001. Health Promotion. 2nd edition. Australia: Allen & Uwin.
- Friedman, M.M. 1998. Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik. Edisi 3. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. 2003. Family Nursing Research, Theory, & Practice. 5th edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Gebbie, K.M. & Hwang, I. 2000. Preparing Currently Employed Public Health Nurses for Changes in the Health System. *American Journal of Public Health*. 90(5), 716-721.
- Hanks, C.A., Smith. 1999. Implementing Nurse Home Visitation Program. *Public Health Nurse*. 16(4), 235-245.
- Hastono, S.P. 2004. Modul Analisa Data. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Helvie, C.O. 1998. Advanced Practice Nursing in the Community. California: Sage Publications Inc.
- Heuisug, Jo., Sunhee, L., Myoung, O.A. & Sang, H.J. 2003. Structural Relationship of Factors Affecting Health Promotion Behaviors of Korean Urban Residents. *Health Promotion International*. Vol. 18, No. 3. Oxford University Press.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E. & Thomas, S.A. 1999. Community Health Nursing Caring in Action. New York: Delmar Publishers.
- Holden, C., MacDonald. 2000. Nutrition and Child Health. Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Judarwanto, W. 2004. Mengatasi Kesulitan Makan pada Anak (Cara Terbaik untuk Meningkatkan Nafsu Makan Anak Anda tanpa Harus Memaksa). Jakarta: Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara.
- Kemp, G. & Jaffe, J. 2005. Eating Disorder: Types, Risk Factors and Treatments. http://www.helpguide.org/mental/eating_disorder_treatment.htm#physical. Diperoleh pada 18 November 2005.
- Khomsan, A. 2005. Anak Ogah Makan Salah Orang Tua. [www.indomedika.com/intisari /1998/agustus/ogah/htm](http://www.indomedika.com/intisari/1998/agustus/ogah/htm). Diperoleh pada 1 Juni 2005.
- McMurray, A. 2003. Community Health and Wellness a Socioecological Approach. 2nd edition. St. Louis, Missouri: Mosby Inc.
- Merzel & D'Afflitti. 2003. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential, *American Journal of Public Health*. April 2003, Vol 93, No. 4.

- Naidoo, J., Wills, J. 2000. Health Promotion Foundation for Practice Second Edition. Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Natenshon, A. 2002. Know Thyself. www.empoweredparents.com/pages/aboutthebook.htm. Diperoleh pada 25 November 2005.
- Pender., Murdaugh., Parson. 2002. Health Promotion in Nursing Practice. 4th edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pillitteri, A. 1999. Child Health Nursing Care of the Child and Family. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Pritts, S.D. & Susman, J. 2003. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. *Journal of the American Academy of Family Physician*. 67 (2).
- Sediaoetama, AD. 1996. Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi. Jilid I. Jakarta: Dian Rakyat.
- Stanhope & Lancaster. 2004. Community & Public Health Nursing. 6th edition. Mosby: New Jersey.
- Stone, S.C., McGuire, S.L. & Eigsti, D.G. 2002. Comprehensive Community Health Nursing Family, Aggregate, & Community Practice. 6th edition. Philadelphia: Mosby.
- Swanson, J.M. & Nies, M.A. 1997. Community Health Nursing: Promoting the Health Aggregate. 2nd edition. USA: W.B. Saunders.
- Tasmin, M.R. 2002. Menyiasati Anak Sulit Makan. <http://www.e-psikologi.com/anak/index.htm>. Diperoleh pada 7 Februari 2006.
- Tones, K., Tilford, K., Robinson, Y.K. 1990. Health Education Effectiveness and Efficiency. Chapman Hall <http://www.sunderland.ac.uk/~hs0bgr/lectures/lec3.htm>. Diperoleh pada 7 February 2006.
- Walsh, J., Person, C. & Wieck, L. 1987. Manual of Home Health Care Nursing. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Wong, D.L., Perry, S.E., Hockenberry, M.J. 2002. Maternal Child Nurses Care. 2nd edition. St Louis: Mosby Inc.
- Wright, L.M., Leahey, M. 1994. Nurses and Families a Guide to Family Assessment and Intervention. 2nd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Zodda, J.J. 2003. Causes of Eating Disorder. [http://www. Rit.edu](http://www.Rit.edu). Diperoleh pada 7 November 2005).