

# PENGARUH FAMILY EMPOWERMENT MODIFIED MODEL TERHADAP TINGKAT FAMILY EMPOWERMENT, POLA MAKAN DAN STATUS NUTRISI PADA ANAK USIA SEKOLAH

Apriyani Puji Hastuti<sup>1)</sup>, Hanim Mufarokhah<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Program Studi Keperawatan, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang

<sup>2)</sup> Program Studi Keperawatan, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang

(Korespondensi : [ns.apriyani@gmail.com](mailto:ns.apriyani@gmail.com))

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Malnutrisi dan gizi berlebih pada anak usia sekolah merupakan masalah serius karena akan berlanjut hingga dewasa yang merupakan faktor risiko berbagai penyakit metabolik dan degeneratif seperti penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, kanker, osteoporosis, dll. Pada anak dengan gizi buruk dan kelebihan gizi juga dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang mengganggu kualitas hidup seperti gangguan pertumbuhan kaki, gangguan tidur, berhenti bernapas sejenak dan gangguan pernapasan lainnya. Tingginya angka kekurangan gizi dan kelebihan gizi di Indonesia perlu mendapatkan perawatan yang mudah dan terjangkau dengan layanan kesehatan yang berkualitas, salah satunya adalah melalui pemberdayaan keluarga yang disebut pemberdayaan keluarga. Keluarga adalah orang pertama dan terdekat yang mempengaruhi gaya hidup anak. Gaya hidup sehat dan tidak ditentukan oleh pengasuhan dari keluarga atau keluarga termasuk diet, perilaku makan dan aktivitas anak.

**Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh model pemberdayaan keluarga yang dimodifikasi terhadap tingkat pemberdayaan keluarga.

**Metode:** Penelitian ini adalah semi-eksperimen satu kelompok desain pre dan post test dengan 172 responden diambil dengan teknik purposive sampling. Pemberdayaan Keluarga diukur dengan menggunakan Skala Pemberdayaan Keluarga (FES) sebelum dan sesudah model modifikasi pemberdayaan keluarga. Model pemberdayaan keluarga dilakukan pada satu waktu dan mengevaluasi dalam 2 bulan untuk keluarga. Analisis data dianalisis menggunakan uji Wilcoxon Signed Rank.

**Hasil:** Tingkat pemberdayaan keluarga dari kelompok kontrol sebelum intervensi sebagian besar adalah 73 orang (85%) dan sebagian kecil yang baik adalah 13 orang (15%) dengan rata-rata  $\pm$  SD 89,54  $\pm$  5,91. Tingkat pemberdayaan keluarga dalam kelompok perlakuan pada pra-mayoritas adalah 73 orang (85%) dan sebagian kecil kurang dari 3 orang (3%) dengan rata-rata  $\pm$  SD 89,02  $\pm$  5,65. Setelah intervensi menjadi cukup besar sebanyak 70 orang (81%) dan sebagian kecil sudah cukup sebanyak 16 orang (19%) dengan rerata  $\pm$  SD 90,17  $\pm$  5,28. Hasil penelitian menunjukkan bahwa model Modifikasi Pemberdayaan Keluarga dapat meningkatkan tingkat pemberdayaan keluarga ((Z = 2.226 dan  $\alpha$  = 0.000). Status gizi kelompok kontrol sebelum intervensi sebagian besar adalah 54 orang (63%) dan sebagian kecil obesitas adalah 32 orang (37%) dengan rata-rata  $\pm$  SD 16,08  $\pm$  3,69. Status gizi kelompok perlakuan pada pra-mayoritas adalah 61 orang (71%) dan proporsi kecil kurang dari 25 orang (29%) dengan rata-rata  $\pm$  SD 16,6  $\pm$  3,2. Setelah intervensi menjadi tipis, kebanyakan dari mereka adalah 34 orang (40%) dan sejumlah kecil kurang dari 23 orang (26%) dengan rata-rata  $\pm$  SD 17,54  $\pm$  3,21. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status gizi dapat meningkatkan tingkat pemberdayaan keluarga (Z = 2,140 dan  $\alpha$  = 0,000)

**Kesimpulan:** Menurut hasil penelitian ini dan karena peningkatan pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang model diet. Keluarga adalah orang pertama dan terdekat yang mempengaruhi gaya hidup anak, itu akan menjadi keseimbangan dalam pemenuhan gizi anak.

**Kata kunci:** model modifikasi pemberdayaan keluarga, status gizi, pola makan, anak usia sekolah

### ***ABSTRACT***

**Background:** Malnutrition and over nutrition in school-age children is a serious problem because it will continue into adulthood which is a risk factor for various metabolic and degenerative diseases such as cardiovascular disease, diabetes mellitus, cancer, osteoporosis, etc. In children with malnutrition and over nutrition can also cause a variety of health problems that interfere with the quality of life such as disorders of leg growth, sleep disturbances, stop breathing for a moment and other respiratory disorders. The high number of malnutrition and over nutrition in Indonesia needs to get easy and affordable treatment by quality health services, one of which is through family empowerment called family empowerment. The family is the first and closest person that affects the child's lifestyle. Healthy lifestyles and not determined by parenting from family or family including diet, eating behavior and children's activities.

**Objective:** The purpose of this study was to determine the effect of modified model family empowerment on the level of family empowerment.

**Methods:** This study was a semi-experiment one group pre and post test design with 172 respondents were taken by purposive sampling technique. Family Empowerment was measured by using Family Empowerment Scale (FES) before and after family empowerment modified model. Family empowerment model was performed at one time and evaluate in 2 month to the family. Analysis of the data was analyzed using Wilcoxon Signed Rank test.

**Result** The level of family empowerment of the control group before intervention was mostly 73 people (85%) and a good small portion was 13 people (15%) with a mean  $\pm$  SD of  $89.54 \pm 5.91$ . The level of family empowerment in the treatment group in the pre-majority was 73 people (85%) and a small portion less than 3 people (3%) with a mean  $\pm$  SD of  $89.02 \pm 5.65$ . After the intervention became quite large as many as 70 people (81%) and a small portion was enough as many as 16 people (19%) with a mean  $\pm$  SD of  $90.17 \pm 5.28$ . The results showed that the Family Empowerment Modified model can increase the level of family empowerment (( $Z= 2,226$  dan  $\alpha=0,000$ ). The nutritional status of the control group before intervention was mostly 54 people (63%) and a small percentage of obese were 32 people (37%) with a mean  $\pm$  SD of  $16.08 \pm 3.69$ . The nutritional status of the treatment group in the pre-majority was 61 people (71%) and a small proportion less than 25 people (29%) with a mean  $\pm$  SD of  $16.6 \pm 3.2$ . After the intervention became thin, most of them were 34 people (40%) and a small number less than 23 people (26%) with a mean  $\pm$  SD of  $17.54 \pm 3.21$ . The results showed that the nutritional status can increase the level of family empowerment ( $Z= 2,140$  dan  $\alpha=0,000$ )

**Conclusion:** According to the results of this research and because of knowledge increasing and understanding's family about diet model. Family is the first and closest person that affects the child's lifestyle, it would be balance in nutrition fulfillment of children.

**Keywords:** family empowerment modified model, Nutrition Status, Eating pattern, School age

## PENDAHULUAN

Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan tahap dasar untuk perkembangan selanjutnya yang disebut dengan masa kritis (*critical period*) atau masa keemasan (*golden age*), sehingga pada masa ini membutuhkan kecukupan nutrisi yang adekuat bagi tumbuh kembang anak. Kecukupan nutrisi yang adekuat bagi anak banyak disalahartikan sebagian masyarakat awam yang tidak mengerti kesehatan dengan memberi makanan yang berlebihan pada anak dan membiarkan anak mengkonsumsi jenis makanan yang dapat memicu terjadi gizi kurang dan gizi lebih (Martin, 2017). Kelebihan berat badan dan gizi kurang dan gizi lebih dipandang sebagai tren tanda kesuksesan seseorang atau keluarga, dengan mempunyai anak-anak yang berbadan gemuk menandakan keluarga tersebut makmur (Rombema, 2016). Tren dan gaya hidup tentang kelebihan berat badan dan gizi kurang dan gizi lebih yang tidak tepat di masyarakat menyebabkan kecenderungan peningkatan angka *gizi kurang dan gizi lebih* dari tahun ke tahun pada berbagai kelompok usia, termasuk pada anak-anak (Pangesti, 2016). Gizi kurang dan gizi lebih pada anak-anak sebagai suatu peningkatan yang mengkhawatirkan dalam beberapa dekade terakhir (Scerri dan Ventura, 2010). Gizi

kurang dan gizi lebih pada masa kanak-kanak merupakan krisis kesehatan masyarakat yang besar secara nasional dan internasional (Karnik dan Kanekar, 2012). Anak-anak dengan berat badan berlebih berisiko tinggi menjadi remaja dan orang dewasa yang kelebihan berat badan, menempatkan mereka pada risiko terkena penyakit kronis seperti penyakit jantung dan diabetes di kemudian hari (Marks, 2015). *Obesity dan overweight* pada anak cenderung lebih mengalami stres, sedih, dan rendah diri (Benarich, 2016).

*Gizi kurang dan gizi lebih* disebabkan berbagai faktor yaitu makanan, aktivitas, genetik, umur dan psikologis (Seharto, 2004). Faktor resiko utama yang menyebabkan gizi kurang dan gizi lebih adalah faktor perilaku yaitu pola makan yang tidak sehat ditambah dengan konsumsi serat (buah dan sayur) tidak mencukupi, fisik yang tidak aktif (Dewi, 2015). Hasil studi yang dilakukan Yon (2008) menyebutkan bahwa dengan mengubah pola makan pada anak usia sekolah dapat mengubah perilaku makan anak ke arah yang lebih sehat.

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa *family empowerment* merupakan salah satu cara yang sangat berguna untuk mengatasi *gizi kurang dan gizi lebih* pada anak yang direkomendasikan. Hasil studi yang dilakukan oleh Davison (2013) bahwa

peran orang tua sebagai *agen of change* melalui *family empowerment* dapat mengubah kebiasaan anak dengan gizi kurang dan gizi lebih untuk menjalani pola makan dan aktivitas yang sehat sehingga berpengaruh terhadap index massa tubuh. Peningkatan kemampuan keluarga dalam mengendalikan gaya hidup anak *gizi kurang dan gizi lebih* dengan *family empowerment* juga dibuktikan dalam penelitian yang dilakukan Erika (2016). Sampai saat ini *family empowerment* belum diterapkan dalam penanganan masalah *gizi kurang dan gizi lebih* pada anak usia sekolah di wilayah Malang. Kasus *gizi kurang dan gizi lebih* pada anak belum menjadi perhatian utama pemerintah yang dibuktikan tidak ada screening khusus pada anak khususnya anak usia sekolah yang dilakukan di tiap Puskesmas. Hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Malang anak usia sekolah sejumlah 47.476 anak, 25% diantaranya menyatakan bahwa identifikasi faktor-faktor resiko, dan data yang menggambarkan anak yang dikategorikan *gizi kurang dan gizi lebih* belum terlaksana secara komprehensif. Data tentang anak-anak yang mengalami *gizi kurang dan gizi lebih* kurang tercatat dengan baik. Sehingga rencana keperawatan untuk mencegah resiko penyakit akut atau kronis akibat dari *gizi kurang dan gizi lebih* belum terencana

dengan baik. Pemeriksaan *overweight* dan gizi kurang dan gizi lebih yang telah dilakukan oleh Puskesmas di setiap kecamatan di kabupaten Malang hanya menampilkan data jumlah berdasarkan jenis kelamin sehingga tidak diperoleh data *gizi kurang dan gizi lebih* pada anak khususnya anak usia sekolah.

Berdasarkan uraian diatas bahwa *gizi kurang dan gizi lebih* pada anak usia sekolah yang tidak terkontrol dan terkendali akan dapat berlanjut pada saat remaja dan dewasa dengan membawa berbagai risiko penyakit akibat gizi kurang dan gizi lebih. Masalah psikososial juga dapat menjadi akibat dari gizi kurang dan gizi lebih pada anak dengan mengalami krisis kepercayaan diri, sedih dan stress sehingga mengganggu prestasi belajar anak dan proses perkembangana anak terutama sosialisasi anak. Dalam jangka panjang akibat yang ditimbulkan dari *gizi kurang dan gizi lebih* pada anak akan berdampak pada mutu generasi masa depan bangsa. Hal itulah yang mendorong pentingnya dilakukan penelitian tentang “pengaruh *family empowerment modified model* terhadap *tingkat family empowerment*, pengaturan pola makan, dan index massa tubuh anak usia sekolah dengan *gizi kurang dan gizi lebih* di wilayah Malang”.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasy experimental* dengan pendekatan *pre post-test with control group design* yang membandingkan status nutrisi, *family empowerment*, pola makan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pemberian modul *family empowerment*.

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dimana populasi penelitian adalah 172 anak usia sekolah yang dibagi menjadi kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di SDN Kecamatan Wagir Malang. Subjek penelitian yang sesuai kriteria inklusi sebanyak 172 responden, kemudian dibagi dan dipilih secara acak menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan (n=86) dan kelompok kontrol (n=86).

Variabel Independen: Pemberian *Family Empowerment Modified Model*

Parameter: dilakukan pemberdayaan keluarga tentang penanganan pada anak gizi kurang dan gizi lebih pada orang tua atau keluarga dengan anak usia sekolah yang mengalami *overweight* atau gizi kurang dan gizi lebih.

Variabel Dependen: (1) Tingkat *Family Empowerment* dari orang tua atau keluarga dengan anak usia sekolah yang mengalami *overweight* atau gizi kurang dan gizi lebih, (2) Pengaturan Pola Makan orang tua atau keluarga dengan anak usia sekolah yang

*Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti No 6 Vol 2 tahun 2018*

mengalami *overweight* atau gizi kurang dan gizi lebih., (3) Index massa tubuh anak usia sekolah yang mengalami *overweight* atau gizi kurang dan gizi lebih.

Parameter: 1. dilakukan pengukuran menggunakan kuisioner *Family Empowerment Scale*, (2) dilakukan pengukuran menggunakan kuisioner pola makan, (3) dilakukan pengukuran IMT anak

Analisa data menggunakan analisis inferensial yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji Mann Whitney untuk jenis data yang berdistribusi tidak normal maka menggunakan analisa Wilcoxon Signed Rank Test dan Mann Whitney.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei- Agustus 2018 yang dilaksanakan di SDN Jedong 1 dan SDN Jedong 2 Kecamatan Wagir Kabupaten Malang. Alasan pengambilan lokasi ini adalah di Wilayah Kerja Puskesmas Wagir terdapat wilayah kelompok yang beresiko mengalami stunting. Wilayah SDN Jedong 1 dan Jedong 2 tidak terlampaui jauh. Wilayah SDN Jedong 1 terletak di jalan Raya Jedong no 146, Krobroyakan Kecamatan Wagir. Ketenagaan yang dimiliki di SDN ini terdapat 11 orang yang terdiri dari 9 orang (guru sekolah) dan 2

administrasi. Sedangkan di SDN Jedong 2 terletak di Jalan Raya Jedong no 270 Krobyokan Kecamatan Wagir. Ketenagaan yang dimiliki di SDN ini terdapat 9 orang yang terdiri dari 7 orang (guru sekolah) dan 2 administrasi

#### Data Umum

**Tabel 1 Karakteristik Data Umum Anak berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia Anak di SD Kecamatan Wagir Kabupaten Malang**

| No | Data Umum          | Kel. Kontrol | Kel. Perlakuan |
|----|--------------------|--------------|----------------|
| 1  | Jenis Kelamin Anak | 40 (46%)     | 43 (50%)       |
|    | Laki- laki         | 46 (54%)     | 43 (50%)       |
|    | Perempuan          |              |                |
| 2  | Usia Anak          |              |                |
|    | 7 – 8 tahun        | 20 (23%)     | 20 (23%)       |
|    | 9 – 10 tahun       | 29 (34%)     | 30 (34%)       |
|    | 11 – 12 tahun      | 32 (37%)     | 27 (32%)       |
|    | 13 – 14 tahun      | 5 (6%)       | 9 (11%)        |

(Sumber : Data Primer ; 2018)

Berdasarkan tabel 5.1 diatas menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol sebagian besar perempuan sebanyak 46 orang (54%) dan hampir setengahnya 40 orang (46%). Pada kelompok perlakuan setengahnya laki- laki dan perempuan yaitu masing- masing sebanyak 43 orang (50%).

**Tabel 2 Karakteristik Data Umum Orang Tua berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan, Pekerjaan dan Penghasilan Orang Tua**

| No | Data Umum     | Kel. Kontrol | Kel. Perlakuan |
|----|---------------|--------------|----------------|
| 1  | Jenis Kelamin |              |                |
|    | Laki- laki    | 18 (20%)     | 19 (22%)       |
|    | Perempuan     | 68 (80%)     | 67 (78%)       |

|   |                       |          |          |
|---|-----------------------|----------|----------|
| 2 | Usia Orang Tua        |          |          |
|   | 20 – 25 tahun         | 20 (23%) | 20 (23%) |
|   | 26 – 30 tahun         | 30 (34%) | 30 (34%) |
|   | 31 – 35 tahun         | 27 (32%) | 27 (32%) |
|   | 36 – 40 tahun         | 5 (6%)   | 9 (11%)  |
|   | 41 – 45 tahun         | 4 (5%)   | -        |
|   | 46 – 50 tahun         | -        | -        |
| 3 | Pendidikan Orang Tua  |          |          |
|   | SD                    | 3 (8%)   | 3 (8%)   |
|   | SMP                   | 46 (53%) | 45 (52%) |
|   | SMA                   | 36 (42%) | 36 (42%) |
|   | Perguruan Tinggi      | 1 (1%)   | 2 (2%)   |
| 4 | Pekerjaan Orang Tua   |          |          |
|   | Swasta                | 56 (66%) | 58 (67%) |
|   | Buruh Harian          | 18 (20%) | 16 (18%) |
|   | Tukang Batu           | 8 (9%)   | 7 (8%)   |
|   | Wiraswasta            | 2 (2%)   | 2 (2%)   |
|   | Petani                | 2 (2%)   | 3 (3%)   |
| 5 | Penghasilan Orang Tua |          |          |
|   | Kurang dari 1 jt      | 28 (33%) | 24 (28%) |
|   | 1 – 3 juta            | 49 (57%) | 59 (66%) |
|   | Lebih dari 3 juta     | 9 (10%)  | 3 (3%)   |

(Sumber: Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.2 diatas menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol hampir seluruhnya perempuan sebanyak 67 orang (80%) dan sebagian kecil laki- laki sebanyak 18 orang (20%). Sedangkan pada kelompok perlakuan hampir seluruhnya perempuan sebanyak 67 orang (78%) dan sebagian kecil 19 orang (22%). Untuk usia orang tua hampir setengahnya yaitu 30 orang (34%) pada kelompok kontrol dan perlakuan berusia 26- 30 tahun. Pendidikan orang tua sebagian besar SMP yaitu 46 orang (53%) pada kelompok kontrol dan 45 orang (52%) pada kelompok perlakuan. Pekerjaan orang tua sebagian besar bekerja swasta yaitu 56 orang (66%) pada kelompok kontrol dan 58

(67%) pada kelompok perlakuan. Penghasilan orang tua sebagian besar berpenghasilan 1- 3 juta yaitu 49 orang (57%) pada kelompok kontrol dan 59 orang (66%) pada kelompok perlakuan.

### Data Khusus

#### a. Family Empowerment

**Tabel 1.3 Karakteristik Data Khusus berdasarkan Family Empowerment**

| Data Khusus        | Pre              |                  | Post             |                  | $\alpha$ |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------|
|                    | Kel. Kontrol     | Kel. Perlakuan   | Kel. Kontrol     | Kel. Perlakuan   |          |
| Family Empowerment | 13               | 10               | 13               | 16               | 0,0      |
| Baik               | (15%)            | (12%)            | (15%)            | (19%)            |          |
| Cukup              | 73               | 73               | 73               | 70               |          |
| Kurang             | (85%)            | (85%)            | (85%)            | 0                |          |
|                    | 0                | 3 (3%)           | 0                | (81%)            |          |
| Mean $\pm$ SD      | 89,54 $\pm$ 5,91 | 89,02 $\pm$ 5,65 | 89,54 $\pm$ 5,91 | 90,17 $\pm$ 5,28 |          |
| Z                  | 4,226            |                  |                  |                  |          |
| $\alpha$           | 0,000            |                  |                  |                  |          |

(Sumber : Data Primer; 2018)

Berdasarkan tabel 5.3 diatas menunjukkan bahwa sebelum intervensi *family empowerment modified model* baik pada kelompok kontrol maupun perlakuan hampir seluruhnya memiliki tingkat *family empowerment* dalam kategori cukup.

Berdasarkan hasil uji SPSS menggunakan Wilcoxon menunjukkan bahwa nilai  $Z = 4,226$  dan nilai  $\alpha = 0,000$  ( $\alpha < 0,005$ ) yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan *family empowerment* antara

sebelum dan sesudah perlakuan. Sedangkan hasil uji SPSS menggunakan Mann Whitney dimana menunjukkan hasil  $\alpha = 0,000$  yang berarti bahwa terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan yang diberikan intervensi modul *family empowerment modified model* dengan indikator *family empowerment*.

#### b. Status Nutrisi/ IMT

**Tabel 4 Karakteristik Data Khusus berdasarkan Status Nutrisi/ IMT**

| Data Khusus    | Pre              |                | Post             |                  | $\alpha$ |
|----------------|------------------|----------------|------------------|------------------|----------|
|                | Kel. Kontrol     | Kel. Perlakuan | Kel. Kontrol     | Kel. Perlakuan   |          |
| Status Nutrisi |                  |                |                  |                  | 0,0      |
| Kurus          | 54               | 61             | 44               | 34               | 0        |
|                | (63%)            | (71%)          | (52%)            | (40%)            | 0        |
| Normal         | 0                | 0              | 19               | 29               |          |
|                |                  |                | (23%)            | (34%)            |          |
| Gemuk          | 32               | 25             | 22               | 23               |          |
|                | (37%)            | (29%)          | (25%)            | (26%)            |          |
| Mean $\pm$ SD  | 16,80 $\pm$ 3,69 | 16,6 $\pm$ 3,2 | 16,80 $\pm$ 3,69 | 17,54 $\pm$ 3,21 |          |
| Z              | 2,140            |                |                  |                  |          |
| $\alpha$       | 0,000            |                |                  |                  |          |

(Sumber : Data Primer; 2018)

Berdasarkan tabel 5.3 diatas menunjukkan bahwa sebelum intervensi *family empowerment modified model* baik pada kelompok kontrol maupun perlakuan sebagian besar bertubuh kurus.

Berdasarkan hasil uji SPSS menggunakan Wilcoxon menunjukkan bahwa nilai  $Z = 12,410$  dan nilai  $\alpha = 0,000$  ( $\alpha < 0,005$ ) yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan status nutrisi antara sebelum dan sesudah perlakuan. Sedangkan

hasil uji SPSS menggunakan Mann Whitney dimana menunjukkan hasil  $\alpha = 0,000$  yang berarti bahwa terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan yang diberikan intervensi modul family empowerment modified model dengan indikator *status nutrisi/ IMT*.

c. Pola Makan

**Tabel 5 Karakteristik Data Khusus berdasarkan Pola Makan**

| Data Khusus     | Pre          |                | Post         |                |
|-----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|
|                 | Kel. Kontrol | Kel. Perlakuan | Kel. Kontrol | Kel. Perlakuan |
| Pola Makan Baik | 1<br>(1%)    | 0              | 1<br>(1%)    | 34<br>(40%)    |
| Cukup           | 61<br>(71%)  | 61<br>(71%)    | 61<br>(71%)  | 29<br>(34%)    |
| Kurang          | 24<br>(28%)  | 25<br>(29%)    | 24<br>(28%)  | 23<br>(26%)    |
| Mean ± SD       | 16,09 ± 3,56 | 15,86 ± 3,89   | 16,09 ± 3,56 | 17,18 ± 4,96   |
| Z               | 4,079        |                |              |                |
| $\alpha$        | 0,000        |                |              |                |

(Sumber : Data Primer; 2018)

Berdasarkan tabel 5.3 diatas menunjukkan bahwa sebelum intervensi *family empowerment modified model* baik pada kelompok kontrol maupun perlakuan sebagian besar memiliki pola makan yang cukup.

Berdasarkan hasil uji SPSS menggunakan Wilcoxon menunjukan bahwa nilai  $Z = 4,379$  dan nilai  $\alpha = 0,000$  ( $\alpha < 0,005$ ) yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan pola makan antara sebelum

dan sesudah perlakuan. Sedangkan Berdasarkan hasil uji SPSS menggunakan Mann Whitney dimana menunjukkan hasil  $\alpha = 0,000$  yang berarti bahwa terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan yang diberikan intervensi modul family empowerment modified model dengan indikator pola makan.

**KESIMPULAN**

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa *family empowerment modified model* merupakan pendekatan yang paling efektif hal ini dikarenakan orang yang terdekat dengan anak usia sekolah adalah keluarga. Dengan tingkat family empowerment yang baik maka pola makan anak usia sekolah, Penelitian ini menambah bukti ilmiah penerapan family empowerment sebagai dukungan keluarga pada tatanan kelompok khusus anak usia sekolah.

Pemberian modul *family empowerment modified model* dapat meningkatkan dukungan keluarga/ family empowerment, pola makan dan status nutrisi pada anak usia sekolah. Modul Family Empowerment Modified Model merupakan salah satu pendekatan di setting kelompok khusus yakni anak sekolah yang membutuhkan perhatian besar khususnya tentang nutrisi. Dimana nutrisi pada anak usia sekolah sangat penting untuk pertumbuhan dan



perkembangan serta aktivitas pada anak usia sekolah. Hal ini bertujuan agar status gizi anak menjadi lebih terjaga dan secara rutin dilakukan pengukuran indeks pertumbuhan pada anak usia sekolah.

## REFERENSI

- Agoes, D. (2003). *Mencegah dan Mengatasi kegemukan Pada anak*. Jakarta: Puspa Suara.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013). *Riset kesehatan dasar (riskesdas) 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Davison, K.K, Jurkowsski, J.M., Li, K., Kranz, S., Lawson, H.A. (2013). A childhood obesity intervention development by families for families: results from a pilot study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 10:3
- Dewi M.R., Sidiartha I.G.L. (2013). Prevalensi dan faktor risiko gizi kurang dan gizi lebih anak sekolah dasar di daerah urban dan rural. *Medicina*. 44:15-21.
- Dewi, M.C. (2015). Faktor-faktor yang menyebabkan gizi kurang dan gizi lebih pada anak. *Majority*. 4(8): 53-56.
- Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Malang. (2015). *Profil kesehatan kabupaten Malang tahun 2015*. Jombang: Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Malang.
- Erika, K. E., Nurachmah, E., Rustina, Y., Asád, S., Nontji, W. (2016). Effect of Family Empowerment Modified Model to a family's ability in controlling life style and physical activity of children with overweight and obesity. *Pakistan Journal of Nutrition*. 15 (8): 737-744.
- Graves, K.N. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered system of care and changes in child functioning: identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family Studies*. 16: 556-566.
- Hurlock, E. B. (2002). Psikologi perkembangan : suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan. Surabaya : Erlangga.
- Kamik,S, Kanekar, A. (2012). Childhood Obesity: A Global Public Health Crisis. *International Journal of Preventive Medicine*. 3(1):1-7
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Pedoman pencegahan dan penanggulangan kegemukan dan gizi kurang dan gizi lebih pada anak sekolah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kim, S.Y, England, L, Sharma, A, Njoroge, T. (2011). Gestational diabetes mellitus and risk of childhood overweight and obesity in offspring: a systematic review. *Experimental Diabetes Research*. 1-9.
- Marks, D.F. (2015). Homeostatic theory of obesity. *Health Psychology Open*. 1-30.
- Marks. (2015). Homeostatic theory of obesity. *Health Psychology Open*. 1-30.
- Martin, A.A, Davidson, T.L, McCrory, M.A. (2017). Deficits in episodic memory are related to uncontrolled eating in a sample of healthy adults. *Appetite*. 05:011.
- Nissim,L.G, Sten, M.B. (1991). The ventilator-assisted child: a case for empowerment. *Pediatr Nurs*. 17(5):507-11.
- Pangesti, N, Gunawan, I.M.A, Julia, M. (2016). Screen based activity sebagai faktor risiko kegemukan pada anak prasekolah di kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 13(1): 34-41.
- Rombemba, F.R. (2016). Pandangan orang tua mengenai intervensi aktivitas fisik dan diet pada siswa gizi kurang dan gizi lebih di sekolah dasar. *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti No 6 Vol 2 tahun 2018*

- Kedokteran Komunitas dan Tropik*. 4(3).
- Santoso, S. (2004). Kesehatan dan Gizi. Cetakan kedua. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya.
- Scerri, C, Ventura, S. (2010). Early metabolic imprinting as a determinant of childhood obesity. *International Journal of Diabetes Mellitus*. 2(3): 175-178.
- Soeharto, I. (2004). *Serangan Jantung dan Stroke Hubungannya dengan Lemak dan Kolesterol*. Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama.
- Sunarti. (2008). Diklat I dan II Mata Kuliah Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga. Departemen Ilmu Keluargadan Konsumen, Fakultas Ekologi Manusia. IPB.
- Supariasa, I. D. N. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Theodore, L.A, Bray, M. A, Kehle, T. J. (2009). Introduction to the special issue: Childhood obesity. *Psychol Sch*. 46:693-4.
- Wilfley, D.E., (2011). Counseling and behavior change in pediatric obesity. *Pediatr Clin North Am*. 58(6): 103-x.
- Wong, L. Donna. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Vol. 1. Edisi 6*. Jakarta: EGC
- World Health Organization. (2015). Deaths from coronary heart disease. Diakses pada tanggal 12 Mei 2017. World Health Organization. (2017). *Deaths from coronary heart disease*. Diakses pada tanggal 12 Mei 2017.
- Yon, M, Park, C, Yoo, K.H, Hyun, T. (2012). Development and Evaluation of a Nutrition Education Website for the Prevention and Management of Childhood Obesity. *Korean J Community Nutr*. 17(4): 390-406.
- Yussac, M.A.A, Cahyadi, A, Putri, A.C., Dewi, S., Khmaini, A, et al. (2007). Prevalensi gizi kurang dan gizi lebih pada anak usia 4-6 tahun dan hubungannya dengan asupan serta pola makan. *Maj Kedokt Indon*. 57(2): 48-53.