



DAMPAK PERILAKU MAKAN ANAK TERHADAP STATUS GIZI

IMPACT OF CHILDREN'S EATING BEHAVIOR ON NUTRITIONAL STATUS

Nuryani¹, Ade Irmayanti Handayani¹, Dhuha Itsnanisa Adi¹, Meita Amirah Kuncoro¹, Kasmawati²

¹ Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi Gizi Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Makassar

² Jurusan Gizi, Politeknik Kesehatan Kendari

Publish Artikel:

Cetak:

Online:

ABSTRAK

Pendahuluan: Perilaku makan mulai terbentuk sejak tahun pertama kehidupan dan akan mempengaruhi perilaku makan anak. Di usia dewasa perilaku makan yang telah terbentuk dapat berdampak pada status gizi dan kesehatan. Perilaku makan merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor yang berbeda. Diantara faktor-faktor tersebut yaitu *food preference* yang merupakan faktor individu, lingkungan keluarga dan lingkungan sosial budaya. Perilaku makan yang menyimpang pada anak seperti perilaku jajan (*snacking*), melewati sarapan (*skipping breakfast*), penolakan terhadap makanan (*picky eating*), dan makan berlebih (*over eating*). Makalah ini bertujuan mengetahui bagaimana pengaruh perilaku-perilaku tersebut terhadap status gizi anak. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat penyimpangan terhadap perilaku makan anak yang berdampak pada status gizi. Perilaku makan anak seperti perilaku jajan berhubungan dengan kejadian anemia dan kejadian stunting. *Skipping breakfast* dan *over eating* menyebabkan obesitas. Selain itu, anak-anak yang mempunyai perilaku *picky eating* berdampak pada defisiensi zat gizi tertentu, rendahnya sistem imun, dan *underweight*. Sehingga perlu pengawasan dan pendampingan orang tua dalam pengaturan jajanan sehat di sekolah, serta iklan-iklan yang mendukung pentingnya gizi seimbang melalui program/kebijakan pemerintah.

Kata Kunci: jajanan, makan berlebih, perilaku makan, status gizi, tidak sarapan

ABSTRACT

Introduction: Eating behavior has made since early life and it will influence eating behavior in the children. Eating behavior which has formed since children will influence eating behavior throughout life cycle until become adolescent. eating behavior is result from interaction many difference factor. In the mean while most of the factor such as food preference which has individual factor, family and cultural environment. A few diverge eating behavior in the children such as snacking, skipping breakfast, picky eating, and



overeating the aim of the literature review to know influence diverge eating behavior on the children nutritional. The result showed that a few diverge eating behavior happen in the children which was influence nutritional status children eating behavior such as snacking have correlation with incidence of anemi and stunting. skipping breakfast and overeating cause obesity. beside that, children who have eating behavior picky eating can caused deficiency a few of nutrient, low imunity system and underweight that cause management and parent contiguous in regulating snack health in the school, also the advertisement which supported balanced nutrition should become essis base on polyci the government should done.

Keywords: *snack, over eating, eating behavior, nutritional status, skipping breakfast*

1. PENDAHULUAN

Kebiasaan makan terbentuk pada awal kehidupan. Kebiasaan makan merupakan penentu utama dalam pemilihan makanan di kemudian hari.^[1] Perilaku makan mulai terbentuk pada tahun pertama kehidupan. Ketika anak belajar mengenal makanan merupakan proses pengalaman langsung dan meniru perilaku makan orang dewasa.^[2,3] Kebiasaan makan pada masa kanak-kanak akan terus berlangsung hingga masa dewasa dan akan berdampak pada status kesehatan dan gizinya.^[4] Beberapa kebiasaan makan pada anak seperti perilaku jajan (*snacking*), melewati sarapan (*skipping breakfast*), penolakan terhadap makanan (*fear food/neophobia*), dan makan berlebih (*over eating/binge eating*).

Menurut beberapa studi, kebiasaan makan akan berdampak pada status gizi seperti kelebihan berat badan, *stunting* dan anemia. Hasil penelitian Clarck *et al.* (2007)^[5] menemukan bahwa kebiasaan makan merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya kelebihan berat badan dan obesitas pada anak. Perilaku jajan anak berhubungan dengan kejadian anemia dan kejadian *stunting*.^[6,7] Obesitas pada anak merupakan epidemi kesehatan masyarakat yang terus meningkat. Obesitas pada anak dapat menyebabkan beberapa kondisi kesehatan akut dan kronis, termasuk diabetes, tekanan darah tinggi, peningkatan profil lipid, kanker, gangguan ortopedi dan masalah psikososial.^[8] Di Indonesia, berdasarkan Riskesdas (2007)^[12] menunjukkan bahwa prevalensi anak usia sekolah dengan status gizi gemuk untuk laki-laki 9,5% dan pada perempuan 6,4%. Terjadinya obesitas selama masa bayi dan anak

usia dini dikaitkan dengan pesatnya kenaikan berat badan bayi, praktik menyusui, durasi tidur, diet anak, aktivitas fisik, gaya hidup sedentary dan perbedaan ras/etnis.^[9,10,11,12]

Berdasarkan gambaran besaran dampak yang ditimbulkan akibat perilaku makan pada anak, maka dilakukanlah *literature review* ini untuk memaparkan lebih jauh bagaimana implikasi perilaku makan pada anak terhadap status gizinya.

2. PEMBAHASAN

2.1 Konsep Umum Perilaku Makan

Perilaku makan adalah perilaku yang sangat kompleks yang merupakan hasil dari interaksi berbagai pengaruh pada konteks yang berbeda. Pendekatan ekologi berguna untuk memandu penelitian dan upaya intervensi yang berkaitan dengan perilaku makan karena penekanan pada hubungan bertingkat, hubungan antara beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan dan gizi, dan fokus pada hubungan antara manusia dan lingkungannya. Kerangka ekologi yang menggambarkan pengaruh perilaku makan berupa faktor individu dan lingkungan.^[13]

Faktor individu yang berkaitan dengan pilihan makanan dan perig makan meliputi kognisi, perilaku, dan faktor biologis dan demografi. Faktor-faktor individu dapat mempengaruhi pilihan makanan melalui karakteristik seperti motivasi, *self-efficacy*, ekspektasi hasil, dan kemampuan perilaku. Konteks lingkungan yang berkaitan dengan perilaku makan mencakup lingkungan sosial, lingkungan fisik,



dan lingkungan makro. Lingkungan sosial meliputi interaksi dengan keluarga, teman, rekan, dan lain-lain dalam masyarakat dan dapat mempengaruhi pilihan makanan melalui mekanisme seperti peran *modelling*, dukungan sosial, dan norma-norma sosial. Lingkungan fisik meliputi beberapa pengaturan dimana orang makan atau pengadaan makanan seperti rumah, lokasi kerja, sekolah, restoran, dan supermarket. Pengaturan fisik dalam pengaruh masyarakat yang tersedia untuk makan dan dampak hambatan dan peluang yang memfasilitasi atau menghambat makan sehat. Faktor lingkungan makro memainkan peran yang lebih distal dan tidak langsung tapi memiliki pengaruh besar dan kuat pada apa yang orang makan. Faktor makro yang beroperasi di dalam masyarakat yang lebih luas termasuk pemasaran makanan, norma-norma sosial, produksi pangan dan sistem distribusi, kebijakan pertanian, dan struktur harga ekonomis. Individu, lingkungan sosial, lingkungan fisik, dan tingkat lingkungan makro, semua berinteraksi, baik secara langsung maupun tidak langsung, berdampak pada perilaku makan.^[13]

2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Makan Anak (*Children's Eating Behaviour*)

Selama dua puluh lima tahun terakhir, terjadi perubahan dalam gaya hidup anak-anak dan kebiasaan diet yang sebagian besar disebabkan perubahan dalam lingkungan keluarga dan lingkungan sosial pada umumnya.^[1] Pola makan anak-anak berkembang sejak awal kehidupan yakni ketika anak-anak belajar mengenal makanan. Hal ini dipengaruhi budaya, sikap, dan praktik keluarga seputar makanan dan merupakan dasar pembentuk pola makan di masa kehidupan selanjutnya. Perilaku makan dapat mengacu pada preferensi makanan, pola penerimaan dan penolakan makanan, jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi seseorang.^[14] Menurut CDC (2006)^[15] faktor yang dapat membentuk pola makan anak adalah faktor keluarga (preferensi makanan orang tua), interaksi antara orang tua dan anak, paparan berbagai jenis makanan,

peran pemodelan perilaku makan orang tua, konteks sosial perilaku makan, biaya, rasa dan ketersediaan makanan, tahap perkembangan dan kondisi emosional anak, kesehatan dan perkembangan isu-isu kecenderungan genetik (preferensi rasa manis atau asin), pengakuan makan, isyarat lapar dan kenyang anak.

2.3 Preferensi Makanan (*Preferences Food*)

Preferensi makanan anak sangat mempengaruhi asupan zat gizi. Penelitian psikologis mengungkapkan interaksi kompleks dari faktor bawaan, belajar dan lingkungan yang dapat membentuk pola makan anak-anak. Preferensi makanan berkembang dari kecenderungan genetik yang menyukai rasa manis, asin, tidak menyukai rasa pahit dan asam. Karakteristik makanan yang dipercaya berhubungan dengan kesukaan adalah kandungan energi. Meskipun buah dan sayur relatif rendah kandungan energinya, tapi anak-anak menyukai buah dan sayur yang mengandung lebih banyak kalori per gramnya, seperti pisang dan kentang^[16]. Keinginan terhadap makanan tertentu pada anak-anak merupakan respon yang dimodulasikan oleh perbedaan budaya saat pertama kali makanan diperkenalkan baik lingkup rasa maupun tekstur makanan dan memberikan respon yang berbeda terhadap penerimaan makanan.^[16]

Gen turut berperan dalam regulasi asupan dan *energy expenditure*.^[16] Gen berpengaruh terhadap regulasi *energy expenditure* dan asupan makanan yang kemungkinan berperan dalam respon lingkungan *obesogenic* dan sebagai faktor predisposisi obesitas. Kejadian obesitas merupakan respon *polygenic* dan gen-gen kompleks dan interaksi gen-lingkungan serta interaksi ini dapat membentuk multifaktor fenotip obesitas. Respon gen *polygenic* ini akan mengacaukan regulasi asupan dan pengeluaran energi dan termasuk reseptor adrogenik, protein, peroksisom proliferasi *activated receptor gamma*, *proopiomelanocortin*, *melanocortin 4 receptor* dan nukleotida *polymorphism* pada lokus FTO. Gen FTO merupakan ekspresi dominan pada kontrol rasa di



wilayah hipotalamus dan diasosiasikan dengan kepuasan dan kesukaan pada makanan oleh anak-anak. Lokus gen FTO menggambarkan risiko obesitas, sebab ekspresi gen ini meningkatkan asupan energi dan menekan energy expenditure.^[16]

2.4 Lingkungan Keluarga (*Family Environment*)

Terdapat beberapa variabel yang berkaitan dengan lingkungan keluarga yang dapat mempengaruhi perilaku makan anak dan berat badan. Diantaranya, perilaku makan orang tua, ketersediaan makanan bagi anak dan praktik pemberian makanan. Orang tua berperan penting dalam perkembangan food preference anak dan asupan energy.^[17] Penelitian oleh MacFarlane *et al* (2009)^[18] menyatakan bahwa terdapat hubungan antara gaya hidup keluarga dengan kecenderungan IMT. Semakin banyak makanan yang dimakan saat menonton, kurangnya frekuensi sarapan, dan konsumsi berlebih *fast food* di rumah berhubungan dengan peningkatan z score IMT dan peningkatan *overweight* pada anak-anak.

Praktik perilaku gizi orang tua telah lama diketahui berpengaruh terhadap asupan makan untuk pertumbuhan dan kesehatan anak. Interaksi antara pola pengasuhan dan diet merupakan interaksi bidirectional terhadap status berat badan anak. Terdapat dua referensi pola pengasuhan yakni gaya pengasuhan dan praktik pengasuhan. Cara pengasuhan seperti kewenangan (*authoritative*), otoriter (*authoritarian*), sabar (*indulgent*), dan sembrono (*neglectful*) merupakan hal yang akan membentuk sikap dan perilaku pada anak. Praktik pengasuhan merupakan strategi pengendalian oleh orang tua seperti penekanan untuk makan makanan yang sehat (buah dan sayur), pembatasan akses snack manis dan tinggi lemak dan menggunakan makanan sebagai bentuk penghargaan.^[16] Menurut Savage *et al* (2007)^[3], meskipun perhatian yang baik oleh orang tua, namun praktik tertentu seperti pembatasan atau melarang anak mengonsumsi makanan tertentu berhubungan dengan faktor penghambat pola makan dan IMT anak. Reaksi berlebih dan sifat cepat marah orang tua

dihubungkan dengan pemaksaan konsumsi pada makanan tertentu. Ketidakkonsisten dan perubahan keputusan oleh orang tua dihubungkan dengan ketidakteraturan pola makan yang ditimbulkan. Ketidakkonsisten orang tua dengan perubahan pola makan dan kesulitan dalam penentuan pola makan sehat dan tidak sehat, memberikan pengaruh yang buruk pada anak.

Waktu makan keluarga merupakan hal penting dalam interaksi dan pengendalian perilaku anak. Kehadiran satu orang tua pada waktu makan malam dihubungkan dengan risiko konsumsi buah, sayur dan produk susu yang kurang, dan risiko melewatkan waktu makan.^[19] Anak-anak dari keluarga *authoritative* cenderung makan lebih banyak buah per hari, lebih rendah konsumsi snack tidak sehat per hari dan sarapan pagi lebih sering tiap minggu dibandingkan anak-anak dari keluarga penyabar (*neglectful*).^[16] Studi Utter *et al* (2008) dalam Scaglioni *et al* (2011) menunjukkan bahwa orang tua yang melewatkan sarapan dan menghindari konsumsi buah, sayur, dan produk susu memiliki anak dengan kualitas diet tidak bagus. Lingkungan makan yang diciptakan orang tua akan membentuk pola kesukaan makanan dan penerimaan makanan seperti ketersediaan dan pengenalan pada makanan dapat berefek pada pemilihan dan asupan makanan anak-anak.^[16]

Pengetahuan orang tua tentang gizi dan status gizi anaknya juga turut berperan dalam pola pengasuhan orang tua. Studi di Netherlands menemukan bahwa mayoritas orang tua tidak mengetahui status gizi obesitas dan *overweight* pada anaknya yang berusia 5-11 tahun. Anak-anak *overweight* dianggap berstatus gizi normal dan anak obesitas dianggap *overweight*. Hal ini merupakan bentuk keterbatasan pengetahuan orang tua tentang gizi dan bentuk kegagalan orang tua dalam memantau berat badan anak mereka, Abbott *et al* (2010)^[22] menemukan bahwa lebih dari 20% orang tua underestimate terhadap status gizi anak mereka dan hanya 1% orang tua yang overestimate terhadap berat badan anaknya. Ibu membatasi asupan makan anaknya jika merasa status gizi anak tersebut *overweight* dan sebaliknya ibu



memberikan pembatasan konsumsi makanan pada anak jika anak tersebut dianggap *underweight*.

Terdapat hubungan antara karakteristik lingkungan rumah dengan perilaku anak. Hasil penelitian Spurrier *et al* (2008)^[23] menemukan terdapat hubungan perilaku orang tua dan anak dengan aktivitas fisik dan konsumsi produk susu. Aktifitas fisik yang tinggi di lingkungan outdoor berhubungan dengan tingginya frekuensi berjalan kaki dan aktivitas olahraga pada ibu. Terdapat hubungan positif antara jumlah konsumsi buah dan sayur yang tersedia di rumah dengan tingginya konsumsi buah dan sayur pada anak-anak. Tingginya konsumsi minuman kemasan berhubungan dengan kebiasaan makan di depan televisi, berkurangnya waktu makan dengan keluarga, dan penggunaan makanan sebagai bentuk penghargaan. Hasil penelitian Fisher *et al*, 2002 dalam Birch *et al*, menunjukkan bahwa semakin orang tua memberikan tekanan kepada anaknya untuk mengkonsumsi buah dan sayur semakin rendah konsumsi buah dan sayur, dan semakin tinggi konsumsi lemak anak tersebut.^[2]

2.5 Lingkungan Sosial (*Social Environment*)

Selain lingkungan keluarga, faktor lain yang turut mempengaruhi perilaku makan anak adalah media televisi. Penelitian oleh Klep *et al* (2007)^[24] menunjukkan bahwa menonton televisi dapat mempengaruhi pemahaman anak tentang gizi, pilihan makanan dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Iklan buah dan sayuran di televisi secara positif signifikan dan konsisten berhubungan dengan frekuensi asupan buah dan sayur pada anak yang pada akhirnya juga berhubungan dengan BMI pada anak dan remaja.^[25]

Praktek sosial budaya juga dikaitkan dengan perilaku makan pada anak. Hasil penelitian Slavo *et al* (2012)^[26] menunjukkan perbedaan perilaku makan pada anak keturunan Hispanik dan anak keturunan Afrika-Amerika. Pada anak-anak keturunan Hispanik ditemukan jumlah konsumsi buah mereka lebih tinggi dibandingkan anak-anak keturunan Afrika-Amerika. Hal ini disebabkan oleh budaya mereka (Hispanic) yang sudah

terbiasa mengkonsumsi buah terkhusus pada keluarga yang bermigrasi dari pedesaan dan mayoritas anak Hispanic pada penelitian tersebut berasal dari keluarga transmigrasi pedesaan Georgia. Konsumsi jus juga tinggi pada mereka yakni 10,3% dari kebutuhan energi. Anak-anak keturunan Afrika-Amerika memiliki pola asupan daging yang tinggi yang berkontribusi terhadap tingginya asupan protein (11,1% vs 2,4%) hal ini juga ditemukan pada studi lain terhadap masyarakat Afrika-Amerika yang tinggal di United States dengan kecenderungan pola makan tinggi daging, telur, dan unggas. (27-2 Rendahnya konsumsi daging pada anak Hispanic berkontribusi terhadap tingginya prevalensi asupan zat besi kurang. Asupan zink pada kedua kelompok tidak jauh berbeda (97,6% vs 92,1%). Padahal daging merupakan sumber zat besi dan zink. Hal ini dapat dijelaskan bahwa kedua kelompok keturunan ras yang berbeda tersebut memiliki pola konsumsi tinggi sereal dan produknya yang hampir sama besar. Rata-rata asupan energi anak-anak keturunan Afrika-Amerika lebih besar yakni 124,7±51 kkal/kg/hari vs 96,9±33 kkal/kg/hari ($p < 0,05$). Anak-anak keturunan Hispanic lebih banyak yang mengkonsumsi buah yakni 22,0%±10,7% vs 14,7%±13,7% ($p < 0,05$). Anak-anak keturunan Afrika-Amerika lebih tinggi asupan sereal yakni (25,7±7,8% vs 18,1±6,4%, $p < 0,05$), asupan daging (20,7±19,0% vs 15,4±6,1%, $p < 0,05$), konsumsi lemak (9,8±5,4% vs 7,0±5,8%, $p < 0,05$), *sweet drinks* (58,7±17,1% vs 41,3±14,8%, $p < 0,05$), dan konsumsi produk rendah lemak (39,5 ± 19,3% vs 28,9±12,6%, $p < 0,05$).^[2]

2.6 Implikasi Perilaku Makan Anak (*Children's Eating Behaviour*) terhadap Status Gizi Anak

2.6.1 Melewatkan Sarapan (*Skipping Breakfast*)

Sarapan sangat penting untuk pertumbuhan anak-anak. Penelitian menunjukkan bahwa siswa yang mengonsumsi sarapan tampil lebih baik pada tugas-tugas sekolah dan memiliki memori yang lebih baik dan perhatian.^[29] Kebiasaan mengabaikan sarapan (*skipping breakfast*) berkaitan dengan peningkatan kemungkinan



kelebihan berat badan baik pada anak-anak dan orang dewasa.^[30] Hal ini berkaitan dengan peran sarapan dalam mengendalikan nafsu makan yang lebih baik dan juga berhubungan dengan peningkatan kualitas asupan makanan. Individu yang sarapannya cenderung makan lebih sedikit energi di kemudian hari daripada mereka yang tidak.^[30]

2.6.2 Perilaku Jajan (*Behavior Snacks*)

Makanan yang sehat merupakan hal yang sangat penting untuk pertumbuhan anak dan juga dalam mencegah masalah kesehatan terkait makanan termasuk obesitas, penyakit jantung, kanker dan obesitas. Selalu saja ada alasan sehingga praktik makan sehat (*healthy eating*) ini tidak dilakukan oleh anak-anak. Salah satunya adalah perilaku jajan yang tidak sehat, seperti makanan cepat saji.

Adair dan Popkin membandingkan bagaimana (2005)^[31] kontribusi persentase makanan ringan terhadap total asupan energi anak-anak berusia 2-19 tahun di Rusia, Amerika Serikat, Cebu (Filipina), dan China, berdasarkan data nasional yang representatif. Dalam analisis mereka ada sembilan kategori dari makanan, dimana lima diantaranya, yaitu makanan cepat saji, minuman ringan, makanan ringan tradisional, permen dan makanan penutup, dan makanan ringan modern, yang didefinisikan sebagai makanan ringan. Hasilnya, persentase kontribusi makanan ringan ini secara keseluruhan adalah tinggi di tiga negara: 27,1% pada 1989-1991 dan 33,0% pada 1994-998 di Amerika Serikat; 33,6% pada tahun 1994 dan 33,3% pada tahun 2003 di Rusia, dan 28,3%, 21,1%, dan 18,3%, masing-masing, pada tahun 1994, 1998 dan 2002 di Filipina. Sebaliknya, nilai-nilai yang sesuai di China hanya 1,3% pada tahun 1991 dan 1,5% pada tahun 2000. Di Indonesia, menurut hasil survei yang dilakukan di Bogor pada tahun 2004 menyatakan sebanyak 36% kebutuhan energi anak sekolah diperoleh dari pangan jajanan yang dikonsumsi.^[32]

The Canadian Community Health Survey (CCHS) menyatakan bahwa 7 dari 10 anak usia 4-8 tahun hanya memenuhi kebutuhan minimum porsi konsumsi buah dan sayur yang direkomendasikan *Canada's Food Guide to Healthy Eating*. Hal ini juga menggambarkan hanya sedikit anak-anak yang memenuhi kebutuhan sereal dan produk susu, sehingga buruknya pola makan anak-anak ini telah menjadi endemik. Masa transisi menuju fase dewasa juga dicirikan dengan beberapa perubahan pola makan yang tidak diinginkan seperti meningkatnya konsumsi minuman kemasan (soda), tinggi kalori, snack dengan kurang kandungan zat gizi, makan di luar rumah, dan penurunan konsumsi susu dan makanan yang kaya zat gizi. Kecenderungan anak-anak dalam mengonsumsi makanan yang rendah sumber vitamin dan mineral akan berdampak terhadap risiko anemia.^[2]

Penelitian di Jawa Barat oleh Sekiyama *et al* (2012)^[7] menunjukkan kepadatan gizi dari makanan ringan jauh lebih rendah untuk mikronutrien terutama vitamin A, vitamin C, dan kalsium, yang sejajar dengan temuan bahwa proporsi asupan tiga mikronutrien ini berada di bawah 60% dari RDA untuk masyarakat Indonesia. Penelitian menunjukkan bahwa konsumsi makanan snack berkontribusi terhadap kekurangan gizi pada anak-anak pedesaan di Jawa Barat, yang ditunjukkan dengan nilai *z score* TB/U (*HAZ/height age score*) lebih rendah pada kelompok anak yang mengonsumsi makanan ringan lebih banyak. Selain itu penelitian ini juga menemukan bahwa asupan makanan anak-anak pedesaan di Jawa Barat, Indonesia sangat tergantung pada konsumsi makanan ringan, yang terlihat dari besarnya kontribusi makanan ringan yakni 40% untuk total asupan energi.^[7] Penelitian lainnya Sudarman (2011)^[6] terhadap 60 orang siswa sekolah dasar dengan kategori umur 10-12 tahun 88,3% menyatakan bahwa perilaku jajan anak berhubungan dengan kejadian anemia ($p = 0,034$). Sebagian besar sikap siswa memiliki kebiasaan jajan



dengan makanan jajanan yang terbuka. Hal ini kemungkinan karena tidak biasanya anak di sekolah untuk mencuci tangan sebelum makan kue bahwa pengetahuan anak tentang pemilihan jajanan, cukup 85% dan kurang 15%. Adapun sikap yang positif dengan pengetahuan cukup 97,9% dan negatif 2,1%. Pengetahuan anak mengenai pentingnya konsumsi buah dan sayur yang cukup 99,1%, dan kurang 0,9%. Adapun sikap yang positif dengan status gizi normal 72,9%. Dari semua sampel ditemukan 100% jajan. Alasan suka jajan karena lapar 45,1%. Waktu jajan pada waktu istirahat 83,2%. Tempat membeli jajan di kantin sekolah 83,2%. Kebiasaan yang sarapan pagi 59,3%. Frekuensi buah yang dikonsumsi 3-6x/minggu yaitu buah apel, pisang, dan mangga. Buah yang paling sedikit dikonsumsi 1-3x/bulan adalah alpukat, jeruk lemon, jeruk bali, dan jambu air. Jenis sayuran yang sering dikonsumsi (3-6x/minggu) seperti wortel, tomat, kangkung, bayam, kentang, dan jagung. Ada tiga jenis sayuran yang jarang dikonsumsi (1-3x/bulan) yaitu buncis, terong, dan seledri.

Hasil penelitian Supardin (2014)^[33] ada hubungan yang signifikan antara vitamin B₁₂ dan pola makan (keragaman jenis makanan) dengan status hemoglobin ($p < 0,05$). Untuk asupan energi, protein, vitamin A, vitamin C dan zat besi, tidak ditemukan hubungan yang bermakna dengan status hemoglobin, dengan nilai $p > 0,05$. 41,8% responden memiliki pola makan yang kurang bervariasi. Hal ini kemungkinan karena sebagian besar responden lebih suka mengonsumsi makanan jajanan. Selain itu, sebagian besar responden mengaku tidak suka mengonsumsi sayur-sayuran dan ketersediaan buah-buahan di rumah mereka sangat jarang. Sehingga asupan makanan sehari-hari kebanyakan hanya didominasi oleh sumber karbohidrat dan protein.

2.6.3 Makanan Cepat Saji (*Fast Food*)

Fast food merupakan makanan siap saji yang mengandung tinggi energi

dan lemak namun rendah serat. Konsumsi fast food yang berlebihan dapat menyebabkan kegemukan. Hasil penelitian anak SD di Bali diperoleh bahwa anak yang mengonsumsi melebihi 4 jenis fast food, 12 kali berisiko terhadap kejadian obesitas dari pada anak yang tidak mengonsumsi *fast food*. Sebagian besar anak tersebut berasal dari orang tua dengan pendidikan tamat perguruan tinggi (50.7%) dan terdapat hubungan signifikan antara pendidikan orang tua dengan kejadian obesitas pada anak.^[14] Hasil penelitian Slavo *et al* (2012)^[26] menemukan bahwa anak-anak obesitas secara signifikan mengonsumsi energi lebih tinggi dibandingkan anak-anak dengan status gizi normal (obesitas, 116,1±47,2 vs 92,1±33,4 kcal/kg/hari, $p < 0,05$), demikian juga pada anak-anak keturunan Afrika-Amerika yang obesitas (127,1±52,4 vs 91,1±22,9, $p < 0,05$). Konsumsi karbohidrat lebih tinggi pada anak-anak obesitas dibandingkan anak-anak dengan status gizi normal (68,8% vs 57,3%, $p < 0,05$). Tidak ada perbedaan konsumsi lemak dan protein antara anak obesitas dengan anak yang normal status gizinya (43,8% vs 41,6%) dan (92,1% vs 87,5%). Terdapat hubungan positif antara porsi makan dan perilaku makan anak dengan asupan energi dan berat badan.^[2] Hasil penelitian Yulni dkk (2013)^[35] ada hubungan antara asupan energi ($p = 0,034$), karbohidrat ($p = 0,011$) dengan status gizi menurut indikator IMT/U, tidak ada hubungan antara asupan protein ($p=0,349$), lemak ($p = 0,548$) dengan status gizi berdasarkan IMT/U dan asupan energi ($p = 0,353$), protein ($p = 0,934$), lemak ($p = 0,185$) dan karbohidrat ($p = 0,293$) dengan status gizi berdasarkan TB/U.

Penelitian Allow *et al* (2013)^[34] menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kebiasaan asupan fast food dengan kejadian gizi lebih ($p = 0,000$ OR = 0.017). Hasil penelitian Juan (2006)^[1] tentang perilaku makan dan status gizi anak-anak di Spanyol menemukan bahwa makanan yang sering dikonsumsi anak-anak adalah pasta, nasi, *soft drink*, jus, dan buah



(pisang, apel dan jeruk), *cake*, tomat, *snack*, dan *fast food*, mereka yang tidak ingin mengonsumsi sayur (29%), kacang-kacangan (14%) dan ikan (12%). Kejadian obesitas pada anak-anak di Spanyol mulai mengkhawatirkan, prevalensi obesitas pada kategori umur 2-24 tahun adalah 13,9% dan *overweight* 25,3%, prevalensi terbesar ditemukan pada kategori umur 6-12 tahun yakni 16.1% (ENKID Study dalam Juan (2006)^[1]. Terdapat hubungan antara konsumsi *fast food* dengan kejadian obesitas pada anak SD di Kota Manado dengan nilai $p = 0.024$.^[36] Ada beberapa alasan seseorang mengonsumsi *fast food*. Studi kualitatif di Restoran *Fast Food Makassar Town Square* menunjukkan bahwa umumnya informan sudah mengetahui pengertian *fast food*, kandungan dan dampak mengonsumsinya, meskipun demikian tetap mengonsumsi *fast food* karena rasa dan penyajian yang cepat. Faktor yang menyebabkan kebiasaan untuk mengonsumsi *fast food* adalah keberadaan restoran di mall, suasana nyaman, pelayanan, serta lokasi yang strategis.^[34]

2.6.4 Makan Picky (*Picky Eating*)

Istilah "*picky eating*" tidak memiliki definisi yang jelas. *Picky eating* sering digambarkan sebagai kurang beragamnya makanan yang dikonsumsi.^[37] Karakteristik *picky eating* yang sering ditemui adalah makan dalam jumlah sedikit, menolak makanan (umumnya buah dan sayur), tidak mau mencoba hal yang baru, hanya menerima beberapa jenis makanan tertentu, lebih menyukai minuman daripada makanan, dan lebih pemilih dalam makanan.^[37,38] Menurut Powell *et al* (2012)^[39] *picky eating* merupakan penolakan terhadap makanan baik yang sudah lama dikenal maupun jenis makanan yang baru diperkenalkan, sehingga diet ditandai dengan rendahnya asupan zat gizi. Gon and Jacob (2012)^[40] menemukan adanya perilaku tambahan pada *picky eating* di usia anak 1-10 tahun, seperti menyukai makanan yang manis dan berlemak daripada makanan sehat dan makan

makanan ringan dibandingkan mengonsumsi makanan yang tepat.

Penolakan makanan pada anak seringkali menjadi masalah perilaku, yang merupakan hasil dari ketidaksukaan pada makanan tertentu. Memperkenalkan anak-anak untuk berbagai makanan di awal kehidupan dapat memiliki dampak yang besar pada preferensi makanan mereka ketika dewasa. Jika anak-anak diperkenalkan sesering mungkin pada makanan, mereka jauh lebih mungkin untuk menikmati makanan ketika dewasa, bahkan walaupun makanan tersebut tidak disukai pada saat muda.^[14]

Apabila kebiasaan menghindari makanan tertentu berlangsung terus, maka akan berdampak terhadap pemenuhan kebutuhan energi dan gizi dalam tubuh. Pola makan yang menghindari makanan tertentu di masa anak-anak berisiko menghindari makanan tersebut hingga memasuki usia remaja. *Picky eating* menyebabkan kurangnya nafsu makan pada anak-anak, sehingga hal ini bisa berdampak terhadap terhambatnya pertumbuhan, sulit berkonsentrasi, gangguan mental, dan imunitas yang rendah. Pada penderita *picky eating* berisiko mengalami defisiensi zat besi dan zink, yang merupakan mineral penting dalam menjaga nafsu makan. *Picky eating* juga berisiko mengalami defisiensi asupan energy, padahal anak-anak membutuhkan energi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan fisiknya, sehingga anak tersebut kemungkinannya kurang aktif dan lambat dalam beraktivitas. Anak-anak *picky eating* juga biasanya memilih makanan yang tinggi lemak, sehingga meningkatkan risiko obesitas. Asupan zat gizi memiliki efek penting pada fungsi kekebalan tubuh dan ketahanan terhadap infeksi. Kekurangan energi-protein dan kekurangan vitamin A sangat terkait dengan gangguan imunitas dan perkembangan penyakit menular. Vitamin A berperan penting menjaga permukaan mukosa. Bukti terbaru menunjukkan bahwa mekanisme pertahanan tubuh semua dipengaruhi



oleh vitamin A. Vitamin E juga melindungi terhadap infeksi dan meningkatkan kapasitas melawan penyakit dari tubuh^[41].

Hasil penelitian Goh dan Jacob (2012)^[40] terhadap anak-anak berusia 1-10 tahun di Singapura mendapatkan bahwa kejadian *picky eating* "sepanjang waktu" adalah 25,1% dan "kadang-kadang" 24,1% jumlah tertinggi responden pertama kali melihat anak mengalami *picky eating* adalah pada usia 1 tahun (20.0%). Anak-anak 3 sampai 10 tahun ($p = 0,022$), anak-anak responden profesional ($p = 0,019$), dan secara signifikan kejadian *picky eating* lebih mungkin terjadi pada anak-anak dengan riwayat keluarga pemilih makan ($p = 0,03$). *Picky eating* dan kesulitan makan pada anak-anak 'sepanjang waktu' secara signifikan terkait dengan pengasuhan ketika makan ($p = 0,000026$ dan $p = 0,000055$, masing-masing) dan dengan dampak negatif hubungan keluarga ($p = 0,011$ dan $p = 0,00000012$). Kebiasaan memilih makanan ini dapat berpengaruh terhadap status gizi, seperti kejadian anemia ataupun kekurangan energi protein.

Adanya perilaku *picky eating* pada anak yang akhirnya berdampak pula pada status gizi. Studi penelitian di Belanda pada anak usia 4 tahun menunjukkan bahwa anak dengan perilaku *fussy eating* cenderung mengalami *underweight* dibanding dengan anak yang tidak *fussy eating*.^[42] Menurut Yarborough (2012)^[43] menyebutkan beberapa risiko kesehatan pada perilaku *picky eating*. Anak-anak yang mengalami *picky eating* mengkonsumsi energi yang lebih rendah dibandingkan anak-anak normal. Hal tersebut dapat menyebabkan anak tersebut mengalami *underweight*, namun di sisi lain terkadang anak-anak *picky eating* mengganti konsumsi sayur dan buah dengan makanan tinggi lemak, sehingga meningkatkan risiko obesitas. *Picky eating* juga dapat mengalami defisiensi vitamin E, vitamin C, folat dan serat, hal ini dapat menimbulkan masalah pencernaan, rendahnya imunitas tubuh, dan

kerusakan sel. Anak-anak *picky eating* juga biasanya mengonsumsi protein yang lebih rendah, sehingga berdampak terhadap status kesehatan misalnya pertumbuhan yang lambat, melemahnya otot, anemia, dan rendahnya imunitas.

Anak-anak dengan riwayat *picky eating* berhubungan dengan gangguan makan (*anoreksia nervosa*) saat remaja. Menurut hasil penelitian Dubois *et al.* (2007)^[44] menemukan bahwa *picky eating* berhubungan dengan konsumsi energi kurang ($p = 0.0114$), konsumsi karbohidrat kurang ($p = 0.09$) dan persentase karbohidrat ($p = 0.0175$), konsumsi lemak kurang ($p = 0,0302$) dan persentase lemak untuk energy total ($p = 2350$), dan konsumsi protein ($p < 0,0001$) dan persentase protein ($p = 0,0006$).

2.6.5 Pesta Makan (*Binge Eating*)

Binge eating adalah gangguan makan yang serius berupa keseringan mengonsumsi jumlah makanan yang lebih banyak.^[45] *Binge Eating Disorder* (BED) adalah salah satu gangguan makan selain *Anorexia Nervosa* (AN) dan *Bulimia Nervosa* (BN). BED adalah bagian dari kategori "*Eating Disorders Not Otherwise Specified*" (EDNOS). BED adalah gangguan makan yang ditandai dengan episode berulang, dengan episode jumlah makanan yang dimakan lebih besar dari apa yang kebanyakan orang normal makan pada kondisi yang sama.^[46] Hasil penelitian Rahmawati dkk (2013)^[47] menunjukkan pada anak bertipe hiperaktif-impulsif, 4 anak (22,2%) mengalami *binge eating*, dan 6 anak (33,3%) berada pada kategori status gizi lebih. Pada anak dengan tipe inatensi tidak ditemukan kejadian *binge eating* (0%) dan hanya 1 anak (9,1%) yang memiliki status gizi lebih. Masalah psikologis memiliki hubungan yang kuat dengan *over eating* (makan berlebih). Hampir setiap orang melakukan *over eating* pada peristiwa tertentu. Tetapi untuk beberapa orang, *over eating* dapat melampaui batas menjadi kelainan *binge eating* dan itu menjadi hal yang biasa bagi orang tersebut. Kelainan *binge eating* dicirikan dengan individu yang mengonsumsi makanan dalam



jumlah besar dan merasa dirinya di luar kontrol sehingga tidak mampu untuk menghentikan atau disebut *compulsive eating*.^[47]

3. KESIMPULAN

Pola makan anak berkembang dari anak-anak, yakni sejak mengenal masa makanan. Perilaku makan yang sering dijumpai pada anak antara lain perilaku jajan (*snacking*), melewatkan sarapan (*skipping breakfast*), penolakan terhadap makanan (*picky or fussy eating*), dan makan berlebih (*over eating/binge eating*). Perilaku makan akan berdampak pada status gizi anak yaitu *underweight*, *overweight*, obesitas, anemia, dan defisiensi zat-zat gizi tertentu. Karena itu, selain pengawasan dan pendampingan orang tua juga diperlukan pengaturan/penyediaan jajanan sehat/menu sehat di sekolah, iklan-iklan yang mendukung pentingnya gizi seimbang melalui program/kebijakan pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Juan PMFS. Dietary Habits and Nutritional Status of School Aged Children. *Nutr Hosp* 21(2006):374-378.
2. Birch L, Savage JS, Ventura A. Influences on The Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Can J Diet Pract Res*. 68:1(2007;): 1-56.
3. Savage JS, Ventura A, Birch L. Parental Influence on Eating Behavior. *J Law Med Ethics*. 35:1(2007):22-34.
4. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of Parental Attitudes in The Development of Children Eating Behaviour. *British Journal of Nutrition*. 99:1(2008) 22-25.
5. Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L Peters J. How Do Parents' Child-Feeding Behaviours Influence Child Weight? Implications for Childhood Obesity Policy. *Journal of Public Health*. 29:2(2007):129-141.
6. Sudarman S. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia pada Anak Sekolah Dasar Inpres Galangan Kapal Kota Makassar. Tesis. Makassar: Universitas Hasanuddin, 2011.
7. Sekiyama M, Roosita K, Ohtsuka R. Snack Foods Consumption Contributes to Poor Nutrition of Rural Children in West Java, Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr*. 21:4(2012):558-567.
8. Kumanyika SK, Obarzanek E, Stettler N, Bell R, Fortmann SP, Franklin BA, et al. Population-Based Prevention of Obesity The Need for Comprehensive Promotion of Healthful Eating, Physical Activity, and Energy Balance A Scientific Statement From American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (Formerly the Expert Panel on Population and Prevention Science). *Circulation Journal of The American Heart Association*. 18(2008):428-464.
9. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C: Being Big or Growing Fast: Systematic Review of Size and Growth In Infancy and Later Obesity. *BMJ* (2005):331:929.
10. Kim J, Peterson KE: Association of Infant Child Care with Infant Feeding Practices and Weight Gain Among US Infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 162(2008):627-633.
11. Dixon B, Peña MM, Taveras EM: Lifecourse Approach to Racial/Ethnic Disparities in Childhood Obesity. *Adv Nutr*. 3:1(2012):73-82.
12. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Jakarta Departemen Kesehatan Republik, 2008.
13. Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches. *Annu Rev Public Health*. 29 (2008):253-72.
14. Eliassen EK. The Impact of Teachers and Families on Young Children's Eating Behaviors. (2011):84-88.
15. Center for Community Child Health. Social Practise: Eating Behaviours Problem. 2006.



16. Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of Children's Eating Behavior. *Am J* 2011;94(suppl):2006S-118. *Clin Nutr*
17. Faith M. Eating Behaviour in Studies of Child Growth, Development and Health-Measure Precisely, Early and in Context: Commentary on Ramsay, Liu & Stein, Black & Hurley, Milnes, Piazza & Carrol, Llewellyn & Wardle, and Arcan, Bruening and Story. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. 2004.
18. MacFarlane A, Cleland V, Crawford D, Campbell K, Timperio A. Longitudinal Examination of The Family Food Environment and Weight Status Among Children. *Int J Pediatr Obes*. 4(2009):343-52
19. Rhee KE, Coleman SM, Appugliese DP, et al. Maternal Feeding Practices Become More Controlling After and Not Before Excessive Rates of Weight Gain. *Obesity (Silver Spring)*. 17(2009): 1724-9.
20. Wu T, Dixon WE Jr, Dalton WT 3rd, Tudiver F, Liu X. Joint Effects of Child Temperament and Maternal Sensitivity on The Development of Childhood Obesity. *Matern Child Health J*. 15:4(2011):469-77.
21. Vuorela N, Saha MT, Salo MK. Parents Underestimate Their Child's Overweight. *Acta Paediatr*. 99(2010):1374-9.
22. Abbott RA, Lee AJ, Stubbs CO, Davies PS. Accuracy of Weight Status Perception in Contemporary Australian Children and Adolescents. *J Paediatr Child Health*. 46(2010):343-8
23. Spurrier NJ, Magarey AA, Golley R, Curnow F, Sawyer MG. Relationships between the Home Environment and Physical Activity and Dietary Patterns of Preschool Children: A Cross-Sectional Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 5(2008):31-43.
24. Klepp, KI., Marianne Wind, Ilse de Bourdeaudhuij, Carmen Perez Rodrigo, Pernille Due, Mona Bjelland and Johannes Brug. Television Viewing and Exposure to Food-Related Commercials Among European School Children, Associations with Fruit and Vegetable Intake: a Cross Sectional Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2007.
25. Costa, SMM., Paula Martins Horta, Luana Caroline dos Santos. Food Advertising and Television Exposure: Influence on Eating Behavior and Nutritional Status of Children and Adolescents. *Archivos Latinoamericanos De Nutricion Organo Oficial De La Sociedad Latinoamericana De Nutricion*, 2012.
26. Slavo D, Frediani JK, Zieger TR, Cole CR Food Group Intake Patterns and Nutrient Intake Vary Across Low-Income Hispanic and African American Preschool Children in Atlanta: A Cross Sectional Study. *Nutrition Journal*. 11:62(2012):1-9.
27. Bronner YI, Hawkins AS, Hoit ML, Hossain MB, Rowel RH, Sydnor KL, Divers SP: Models for Nutrition Education to Increase Consumption of Calcium and Dairy Products Among African Americans. *J Nutr*. 136:4(2006):1103-1106.
28. Rankins J, Wortham J, Brown LL: Modifying Soul Food for the Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet (DASH) Plan: Implications for Metabolic Syndrome (DASH of Soul). *Ethn Dis*. 17:4(2007):7-12.
29. California WIC Association. Breakfast. The Most Important Meal of The Year. California, 2011.
30. Lazzeri G, Giacchi MV, Spinelli A, Pammolli A, Dalmasso P, Nardone P, et al. Overweight among Students Aged 11-15 Years and its Relationship with Breakfast, Area of Residence and Parents' Education: Results from the Italian HBSC 2010 Cross-Sectional Study. *Nutrition Journal*. 13(2014):69.
31. Adair LS, Popkin BM. Are Child Eating Patterns Being Transformed Globally? *Public Health and Public Policy*. 18:7(2005):1281-1289.
32. Anrina V, Rustiaty S, Hadju V, Najamuddin U. Pola Jajanan dan



- Pola Konsumsi Buah dan Sayur Pada Anak Usia 9-11 Tahun Di SDN Sudirman 1 Kota Makassar. Makassar: Media Gizi Masyarakat Indonesia, 2014.
33. Supardin N, Hadju V, Sirajuddin S. Hubungan Asupan Zat Gizi dengan Status Hemoglobin pada Anak Sekolah Dasar Di Wilayah Pesisir Kota Makassar Tahun 2013. Makassar Media Gizi Masyarakat Indonesia: 2014.
34. Allo B, Syam A, Virani D. Hubungan Antara Pengetahuan dan Kebiasaan Konsumsi Fast Food Dengan Kejadian Gizi Lebih Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri Sudirman I Makassar. 2013. <<http://www.google.co.id/www.nutricio.nhospitalaria.com>>
35. Yulni, Hadju V. Virani D. Hubungan Asupan Zat Gizi Makro dengan Status Gizi Anak Sekolah Dasar Diwilayah Pesisir Kota Makassar Tahun 2013. Skripsi. Makassar Universitas Hasanuddin, 2013.
36. Damopolii W, Mayulu N. Masi G. Hubungan Konsumsi Fastfood dengan Kejadian Obesitas pada Anak SD Di Kota Manado. e-journal Keperawatan (e-Kp). 1:1(2013).
37. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D. Drewett RF. How do Toddler Eating Problems Relate to Their Eating Behavior, Food Preferences and Growth? Pediatrics. 120(2007):1069
38. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky Eating during Childhood: a Longitudinal Study to Age 11 Years. Eat Behav. 11(2010):253-7.
39. Powel FC, Farrow CV, Meyer C. Running head: Food Avoidance Eating Behaviours In Children. Food Avoidance in Children: The Influence of Maternal Feeding Practices and Behaviours. School of Sport, Exercise & Health Sciences, Loughborough University. UK; England, 2012.
40. Goh DYT and Jacob A. Perception of Picky Eating among Children in Singapore and its Impact on Caregivers: a Questionnaire Survey. Asia Pacific Family Medicine. 11:5(2012):1-8.
41. Picky eating.org. Consequences of Picky Eating. 1014. <<http://pickyeating.com.sg/pickyeaters/consequences>>
42. Tharner A, Jansen PW, Jong JCK-d, Moll HA, Ende Jvd, Jaddoe VW, et al. Toward an Operative Diagnosis of Fussy/Picky Eating: a Latent Profile Approach in a Population-based Cohort International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 11(2014):1-11.
43. Yarborough L. Overcoming Picky Eating in Children A Review of Literature. Determinants of Health Behavior. 2012. <<https://docs.google.com/document/preview>>
44. Dubois L, Farmer AP, Girard M, Peterson K. Preschool Children's Eating Behaviours are Related to Dietary Adequacy and Body Weight. European Journal of Clinical Nutrition. 61(2007):846-855.
45. Mayo Clinic staf. Disease and Conditions Binge-eating disorder. 2012. <<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/binge-eating-disorder/basics/definition/>>
46. Dingemans A, Binge or Control? Assessment of The Validity, Treatment and Underlying Mechanisms of Binge Eating Disorder. Tesis. Netherlands: Universiteit Leiden.
47. Rahmawati EN, Rahmawati W, Andarini A Binge Eating dan Status Gizi Pada Anak Penyandang Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Indonesian Journal Of Human Nutrition. 1:1(2014):1-13.