



Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro

MODUL MADYA

KESULITAN MAKAN PADA ANAK

Disusun oleh :

Dr. dr. Mexitalia Setiawati E.M., Sp.A(K)

Divisi Nutrisi dan Penyakit Metabolik
Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Anak
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

September 2020



Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro

MODUL MADYA

KESULITAN MAKAN PADA ANAK

Disusun oleh :

Dr. dr. Mexitalia Setiawati E.M., Sp.A(K)

Divisi Nutrisi dan Penyakit Metabolik
Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Anak
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

September 2020

KATA PENGANTAR

Pemberian makan merupakan bagian yang penting pada awal kehidupan bayi, dan merupakan proses yang natural, dimana perilaku makan pada anak diawali dengan gerakan dasar atau refleks, yang diikuti dengan proses belajar serta mencoba berbagai pola gerakan makan untuk memberikan pengalaman sensoris serta motorik yang selanjutnya akan membentuk gerakan motorik oral secara otomatis.

Tetapi tidak semua anak dapat melewati proses ini dengan baik. Sekitar 50–60% orangtua melaporkan bahwa anak mereka mengalami masalah makan, walau setelah dievaluasi lebih lanjut sekitar 20–30% yang betul-betul mengalami masalah makan dan 1–2% mengalami masalah makan yang serius, berkepanjangan dan mengganggu pertumbuhan. Lebih dari sepertiga anak usia 5 tahun di Inggris mengalami masalah makan ringan dan sedang, dimana dua pertiganya adalah *picky eaters* atau tipe pemilih. Di negara yang sama, *Gateshead Millenium Baby Study* melaporkan 20% orangtua menganggap batita mereka mengalami masalah makan, terutama hanya mau makan makanan tertentu (17%) dan memilih minum dibandingkan makanan (13%).⁷

Banyak faktor yang mempengaruhi proses perkembangan makan yang akan mengakibatkan kesulitan makan. Berbagai macam faktor yang ada dapat diringkas menjadi 3 faktor utama yang pada umumnya berkaitan dengan gagal tumbuh, yaitu faktor organik, faktor non organik, dan gabungan antara faktor organik dan non organik.

Keberhasilan tata laksana masalah makan bergantung pada derajat masalah makan dan kerjasama keluarga dengan tim dokter. Keluarga mencakup orangtua dan seluruh anggota keluarga yang terlibat dalam proses pemberian makan dan pengasuhan anak. Sedangkan untuk masalah makan yang berat, dibutuhkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter anak sebagai pemimpin tim, dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, dokter spesialis kedokteran jiwa yang berpengalaman menangani masalah makan pada anak, dan dietisien. Masalah medis yang mendasari masalah makan harus ditangani dengan benar.

Modul ini ditulis untuk memberikan gambaran yang komprehensif tentang kesulitan makan pada anak, klasifikasi dan jenis kesulitan makan serta tatalaksana yang sesuai. Modul ini dilengkapi dengan uraian kesulitan makan pada anak, lengkap dengan latihan soal dan evaluasi penilaian.

Penyusun

DAFTAR ISI

Kesulitan makan pada anak	1
Tujuan umum	1
Tujuan khusus	1
Strategi pembelajaran	1
Tujuan 1. Memahami faktor penyebab kesulitan makan pada anak dan remaja ...	1
Tujuan 2. Mengenali kasus dan menegakkan diagnosis kesulitan makan pada anak	2
Tujuan 3. Melakukan penatalaksanaan kesulitan makan pada anak secara tuntas dan pencegahan	2
Persiapan sesi	3
Kepustakaan	3
Kompetensi	5
I. Gambaran Umum	5
II. Penyebab Masalah Makan	5
1. Faktor Organik	6
2. Faktor Non Organik	6
3. Gabungan antara Faktor Organik dan Non Organik	7
III. Diagnosis Masalah Makan	7
a. <i>Parental misperception</i>	7
b. <i>Innapropriate feeding practice</i>	8
c. Anoreksia infantil	8
d. <i>Sensory food aversions</i>	9
e. <i>Posttraumatic feeding disorder</i>	10
f. <i>Feeding disorder associated with a concurrent medical condition</i>	11
IV. Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Makan	11
Diagnosis dan Tatalaksana	12
a. <i>Innapropriate feeding practice</i>	12
b. <i>Small eaters</i>	12
c. <i>Food preference</i>	13
d. <i>Picky eater</i>	14
e. Tatalaksana multidisiplin	15
Evaluasi	19
Instrumen Penilaian	19
Kuesioner tengah	20
Studi Kasus	21
Penuntun Belajar (Learning guide)	23
Daftar Tilik	28

Kesulitan Makan pada Anak

Waktu

Pencapaian kompetensi

Sesi di dalam kelas : 2 x 50 menit (*classroom session*)

Sesi dengan fasilitasi pembimbing : 3 x 50 menit (*coaching session*)

Sesi praktik dan pencapaian kompetensi : 4 minggu (*facilitation and assessment*)*

* Satuan waktu ini merupakan perkiraan untuk mencapai kompetensi dengan catatan bahwa pelaksanaan modul dapat dilakukan bersamaan dengan modul lain secara komprehensif.

Tujuan umum

Setelah mengikuti sesi ini peserta didik dipersiapkan untuk mempunyai keterampilan di dalam mengelola anak dengan kesulitan makan melalui pembelajaran pengalaman klinis, dengan didahului serangkaian kegiatan antara lain pre-assessment, diskusi, *bedside*/kasus, dan berbagai penelusuran sumber pengetahuan.

Tujuan khusus

Setelah mengikuti sesi ini peserta latih akan memiliki kemampuan untuk:

1. Mengenali kasus kesulitan makan pada anak
2. Menegakkan diagnosis berdasarkan kriteria kesulitan makan pada anak
3. Menentukan etiologi dan komplikasi
4. Melakukan penatalaksanaan kesulitan makan secara tuntas dan pencegahan.

Strategi pembelajaran

Tujuan 1. Memahami faktor penyebab kesulitan makan pada anak dan remaja

Untuk mencapai tujuan ini maka dipilih metode pembelajaran sebagai berikut:

- *Small group discussion*
- *Case study approach*
- *Problem based learning*

Must to know key points:

- Definisi kesulitan makan pada anak
- Kriteria diagnosis kesulitan makan pada anak
- Tanda dan gejala klinis : kesulitan makan pada anak
- Pemeriksaan fisik dan penunjang pada anak yang mengalami kesulitan makan dan penggunaan *growth curve chart* (BMI)

Tujuan 2. Mengenali kasus dan menegakkan diagnosis kesulitan makan pada anak

Untuk mencapai tujuan ini maka dipilih metode pembelajaran berikut ini:

- *Interactive lecture*
- *Journal reading and review*
- Video dan CAL
- *Bedside teaching*
- Studi Kasus dan *Case Finding*
- Praktek mandiri dengan pasien rawat jalan dan rawat inap

Must to know key points (sedapat mungkin pilih *specific features, signs & symptoms*):

- Memahami patofisiologi kesulitan makan pada anak
- Memahami gejala komplikasi, pemeriksaan penunjang kesulitan makan pada anak

Tujuan 3. Melakukan penatalaksanaan kesulitan makan pada anak secara tuntas dan pencegahan.

Untuk mencapai tujuan ini maka dipilih metode pembelajaran sbb:

- *Interactive lecture*
- *Journal reading and review*
- *Small group discussion*
- Video dan CAL
- Praktek pada model (bayi) dan Penuntun Belajar
- *Bedside teaching*
- Studi Kasus dan *Case Finding*
- Praktek mandiri dengan pasien rawat jalan dan rawat inap

Must to know key points:

- Tujuan tatalaksana kesulitan makan pada anak
- Prinsip tatalaksana kesulitan makan pada anak
- Prinsip tatalaksana komplikasi kesulitan makan pada anak

Persiapan sesi

- Materi sesi dalam program power point:
Kesulitan makan
Slide
1–2 Pendahuluan
3 Definisi
4 Epidemiologi
5–6 Patogenesis dan faktor risiko
7–10 (+gambar) Manifestasi klinis
11 Pemeriksaan penunjang
12–13 Diagnosis
14–18 Penatalaksanaan/pengobatan
19–22 Komplikasi & pencegahan
23 Algoritme
24 Prognosis
24–25 Kesimpulan
- Kasus : Kasus kesulitan makan pada anak
- Sarana dan alat Bantu :
 - o Penuntun belajar (*learning guide*)
 - o Tempat belajar (training setting): Rawat jalan dan Rawat inap
 - o Audiovisual

Kepustakaan

1. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician* 2006;52:1247–51.
2. Mexitalia M. Kesulitan makan pada anak: Diagnosis dan tatalaksana. Dalam: Mexitalia M, Kusumawati NR, Sareharto TP, Rini AE, penyunting. Simposium sehari tentang mengelola pasien anak dalam praktek sehari-hari; Semarang, Juni 11, 2011. Semarang: Universitas Diponegoro; 2011:25–40.
3. Tolia V. Very early onset nonorganic failure to thrive in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1995;20(1):73–80
4. Arts-Rodas D, Benoit D. Feeding problems in infancy and early childhood: identification and management. *Paediatr Child Health* 1998;3(1):21–7
5. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders, in infant, toddlers, and young children. Washington DC : Zero to three; 2009.
6. Lindberg L, Bahlin G, Hagekull S. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord* 1991;10:395–405.
7. Nasar SS, Mexitalia M. Makanan Pendamping ASI. Dalam: Sjarif DR, Lestari ED, Mexitalia ,Nasar SS, penyunting. Buku ajar nutrisi pediatrik dan penyakit metabolik. Cetakan Pertama. Jakarta: Badan Penerbit IDAI; 2011. p. 117–26.
8. Sjarif DR. Proposed algorithm for classification and management of feeding problem in Indonesia. Dipresentasikan pada Kongres Nasional Ilmu Kesehatan Anak XVI,

Manado, Juli 2011.

9. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr* 2009;48:960–5.
10. Chatoor I, Surlles J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics* 2004; 113 (5).e440–7.
11. Drotar D, Sturm L. Prediction of intellectual development in young children with early histories of non organic failure to thrive. *J Pediatr Psychol* 1988;13:281–96
12. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol.* 2000;30:34–46.
13. Dewey KG, Mayers DR. Early child growth:how do nutrition and infection interact? *Matern Child Nutr* 2011:Oct 7(Suppl) 3:129–42
14. Codex stan 72 1981. Standard for infant formula and formulas for special medical purposes intended for infants.
15. UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik. Asuhan Nutrisi Pediatri. Jakarta : BP IDAI, 2011
16. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviour among children and adolescents. *Pediatrics.* 1998;101:539–49
17. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite.* 2008;50:181–93
18. Cox SY, Fraker C, Walbert L, Fishbein M. Food chaining: a systematic approach for the treatment of children with eating aversion. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004;39:S51
19. Health Odyssey International. Current Trends in Identification and Management of Feeding Difficulties in Children. Disampaikan pada Third International Summit on the Identification and Management of Children with Feeding Difficulties, Miami, 30 April–1 Mei 2011.
20. Pliner P, Hobden K. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite.* 1992;19:105–20.
21. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994;93:271–7.
22. Sullivan PB, Lambert B, Rose M, Ford-Adams M, Johnson A. Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 2000;42:674–80.
23. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Pædiatrica.* 2006;Supp 450:27–37.

Kompetensi

Memahami, mengenal dan menatalaksana tuntas kasus kesulitan makan pada anak dan remaja.

I. Gambaran umum

KESULITAN MAKAN PADA ANAK

Pemberian makan merupakan bagian yang penting pada awal kehidupan bayi dan anak.¹ Sebenarnya pemberian makan ini merupakan proses yang natural, dimana perilaku makan pada anak diawali dengan gerakan dasar atau refleks, yang diikuti dengan proses belajar serta mencoba berbagai pola gerakan makan untuk memberikan pengalaman sensoris serta motorik yang selanjutnya akan membentuk gerakan motorik oral secara otomatis.²⁻⁴ Tetapi tidak semua anak dapat melewati proses ini dengan baik. Sekitar 50–60% orangtua melaporkan bahwa anak mereka mengalami masalah makan, walau setelah dievaluasi lebih lanjut sekitar 20–30% yang betul-betul mengalami masalah makan dan 1–2% mengalami masalah makan yang serius, berkepanjangan dan mengganggu pertumbuhan.⁵⁻⁶ Bagaimanapun karena klasifikasi masalah makan yang digunakan berbeda-beda, maka prevalensi masalah makan yang dilaporkan juga berbeda. Lebih dari sepertiga anak usia 5 tahun di Inggris mengalami masalah makan ringan dan sedang, dimana dua pertiganya adalah *picky eaters* atau tipe pemilih. Di negara yang sama, *Gateshead Millenium Baby Study* melaporkan 20% orangtua menganggap batita mereka mengalami masalah makan, terutama hanya mau makan makanan tertentu (17%) dan memilih minum dibandingkan makanan (13%).⁷

Klasifikasi masalah makan dapat berbeda antar negara karena perbedaan latar belakang budaya, tingkat pendidikan, dan sosio-ekonomi. Berbagai klasifikasi masalah makan yang tumpang tindih ini akan menyulitkan dokter maupun dokter anak untuk menerapkan klasifikasi tersebut dalam penanganan masalah makan di praktek. Untuk mendiagnosis dan menangani masalah makan dengan benar dibutuhkan klasifikasi yang sesuai dengan negara, serta pendekatan diagnosis dan tata laksana yang sederhana dan praktis. Penelitian pendahuluan di Jakarta pada tahun 2011 menunjukkan bahwa *inappropriate feeding practice* merupakan salah satu penyebab masalah makan yang sering didapatkan (30%) pada anak usia 1–3 tahun. *Inappropriate feeding practice* didefinisikan sebagai perilaku makan yang salah, yaitu tidak mengikuti feeding rules atau pemberian makanan yang tidak sesuai usia.⁸

II. Penyebab masalah makan

Banyak faktor yang mempengaruhi proses perkembangan makan yang akan mengakibatkan kesulitan makan. Berbagai macam faktor yang ada dapat diringkas menjadi 3 faktor utama yang pada umumnya berkaitan dengan gagal tumbuh, yaitu faktor organik, faktor non organik, dan gabungan antara faktor organik dan non organik.²⁻⁴

1. Faktor organik²⁻⁴

Anak dengan kesulitan makan akibat faktor organik akan menunjukkan gejala sesuai dengan penyakit organik yang mendasarinya. Faktor organik dapat meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Ketidakmampuan untuk menerima nutrisi secara adekuat.
Hal ini disebabkan karena kesulitan dalam menghisap, mengunyah, dan menelan, juga karena gangguan neurologis serta penyakit sistemik yang berhubungan dengan anoreksia.
- b. Ketidakmampuan untuk menggunakan kalori secara adekuat. Penggunaan kalori secara tidak adekuat dapat disebabkan karena muntah terus menerus, refluks gastroesofageal, ruminasi, malabsorpsi/maldigesti, bibir sumbing, diare kronik, penyakit inflamasi usus, penyakit seliak, kelainan saluran cerna yang memerlukan pembedahan, sindroma usus pendek, kistik fibrosis, asidosis tubulus renal dan kelainan metabolisme bawaan.
- c. Peningkatan kebutuhan kalori.
Keadaan ini sering terjadi saat demam, pada penyakit jantung bawaan, displasia bronkopulmoner, dan hipertiroid.
- d. Perubahan/gangguan potensi pertumbuhan.
Anomali kongenital, aberasi kromosom, endokrinopati (defisiensi hormon pertumbuhan, hipotiroid, hiperkortikolisme), dan komplikasi perinatal yang meliputi prematur dan atau hambatan pertumbuhan janin. Paparan obat/ racun dapat mempengaruhi atau menghambat potensi pertumbuhan.

2. Faktor non organik²⁻⁴

Faktor non organik dapat disebabkan antara lain :

- a. Ketidakmampuan orang tua untuk menyediakan asupan makanan secara adekuat, misal karena produksi ASI yang kurang, MPASI yang tidak adekuat, atau kondisi ekonomi yang kurang.
- b. Faktor psikososial, yang bisa diakibatkan karena interaksi yang tidak berjalan baik antara orang tua dengan anak, gangguan perilaku, penelantaran dan penyiksaan anak, orang tua yang terlalu protektif, orang tua tunggal, lingkungan sosial yang tidak mendukung, ketidakharmonisan dalam keluarga, kematian anggota keluarga, penyakit kronik, serta kemiskinan.
- c. Ketidaktahuan/informasi yang salah mengenai cara pemberian makan
Cara pemberian makan yang salah pada anak meliputi kesalahan dalam menyiapkan susu formula, konsumsi jus buah yang berlebihan, persepsi yang salah tentang diet dan cara pemberian makan pada anak, dan kepercayaan atau adat istiadat mengenai pola makan yang salah pada anak dapat menghambat atau mengganggu proses belajar makan anak yang berlanjut menjadi kesulitan makan pada anak.

3. Gabungan antara faktor organik dan non organik (*Mixed Failure to Thrive*)²⁻⁴

Pada MTT, gejala pada faktor organik dan non organik dapat tumpang tindih, karena anak dengan gangguan organik juga akan memberi dampak terhadap interaksi yang sulit dengan orang tua maupun lingkungan sekitar. Sebaliknya pada anak yang gagal tumbuh akibat faktor non organik yang sudah menjadi malnutrisi buruk dapat berkembang menjadi disfungsi organik.

III. Diagnosis masalah makan

Banyak penyebab masalah makan pada anak, dan banyak pula klasifikasi yang dibuat. *Diagnosis of State and Mental Disorders-IV* (DSM-IV) membagi masalah makan menjadi 3 yaitu (1) *feeding disorders of infancy or early childhood*, (2) pika dan (3) ruminasi. Kerzner membagi masalah makan menjadi 4 kelompok besar yaitu (1) *limited appetite*, (2) *highly selective intake*, (3) *colic*, dan (4) *fear of feeding*.⁹ Chatoor mengelompokkan kesulitan makan menjadi 6 kelompok, meliputi (1) gangguan pengaturan pola makan, (2) gangguan interaksi antara bayi dengan pengasuhnya, (3) anoreksia infantil, (4) *sensory food aversions / picky eaters*, (5) gangguan makan pasca trauma, dan (6) gangguan makan yang berkaitan dengan penyakit organik.¹ Namun penelitian pendahuluan di Jakarta menemukan bahwa *inappropriate feeding practice* merupakan salah satu etiologi kesulitan makan yang banyak ditemukan.⁸ Sehingga UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik di Indonesia mengklasifikasikan kesulitan makan berdasarkan gabungan dari klasifikasi Chatoor, Kerzner, serta penelitian di Jakarta menjadi 6 kelompok dan menggunakan klasifikasi tersebut sebagai dasar penelitian multisenter tahun 2012 di 11 propinsi di Indonesia. Adapun klasifikasi tersebut adalah (1) *parental misperception*, (2) *inappropriate feeding practice*, (3) anoreksia infantil, (4) *sensory food aversions*, (5) *posttraumatic feeding disorder*, dan (6) *feeding disorder associated with a concurrent medical condition*.^{5,8}

a. *Parental misperception*⁵

Pada jenis kesulitan makan ini, anak terlihat memiliki nafsu makan serta pertumbuhan yang normal. Seringkali kesulitan makan ini timbul karena orang tua terlalu khawatir berlebihan serta akibat anggapan orang tua yang salah mengenai porsi makan anaknya yang terlalu sedikit. Dampak dari kekhawatiran orang tua tersebut dapat berlanjut menjadi sikap pemaksaan makan pada anaknya yang menjadi trauma pada anak.

Kriteria diagnosis :

1. Orang tua mengeluh anak kurus atau makan hanya sedikit, atau
2. Anak mau makan semua jenis makanan, atau
3. Anak mau makan semua jenis makanan tetapi tidak mau makan sayur atau buah,
4. *Feeding practice* sudah benar.

b. *Inappropriate feeding practice*⁵

Pemberian makan yang tidak sesuai dengan usia maupun tahap perkembangan anak seringkali dijumpai dalam masyarakat. Praktek yang salah dalam pemberian makan dapat berupa menyusui anak lebih dari 30 menit, menyuapi anak hingga 1–2 jam, memberi makanan dengan tekstur halus hingga usia balita, makan sambil menonton televisi atau bermain, memaksakan anak untuk memakan makanan yang tidak disukai anak, menjadikan makanan manis sebagai upah apabila anak dapat menghabiskan makanan, memberikan susu atau camilan bila anak sulit makan, dan lain sebagainya.

Kriteria diagnosis :

Jenis kesulitan makan tersebut terdiagnosis apabila dijumpai praktek pemberian makan yang tidak sesuai usia atau tahapan perkembangan anak, seperti terlambat dalam mengenalkan MPASI, hanya memberikan ASI atau susu formula sebagai makanan utama, dan prosedur pemberian makan tidak mengikuti pedoman aturan pemberian makan pada anak.

c. *Anoreksia infantil*⁵

Anoreksia infantil adalah keadaan hilangnya nafsu makan pada bayi. Keadaan ini bisa terjadi akibat faktor fisiologis, seperti gangguan pada regulasi pengaturan pola makan sebagai penyebab primer serta malnutrisi sebagai penyebab sekunder.⁴ Batita yang menderita anoreksia infantil sebenarnya mendapat perhatian yang cukup dari orang tuanya tetapi mereka menolak makan dengan ekstim.¹⁰ Anoreksia infantil biasanya muncul pada 3 tahun pertama kehidupan bayi, namun sebagian besar orang tua melaporkan terjadi saat usia 9 hingga 18 bulan yang merupakan masa transisi ketika anak belajar mandiri, dapat makan dengan sendok sendiri, atau tidak tergantung sama sekali pada orang tua maupun pengasuhnya.. Kesulitan makan ini tidak berhubungan dengan kuantitas atau kualitas interaksi bayi dengan orang tua maupun pengasuhnya, dan seringkali berbagai usaha orang tua untuk memberikan perhatian lebih pada anaknya agar anaknya mau makan, seperti membujuk atau mengalihkan perhatian agar anak mau makan tidaklah berhasil.

Bayi juga tidak dapat memberikan sinyal ketika lapar, namun juga sangat mudah tertarik menanggapi stimulasi eksternal dengan bermain, membuang makanan dan peralatan makan, serta memanjat kursi makanannya daripada makan. Usaha orang tua/pengasuh dengan memberikan mainan/menonton televisi, membaca buku, mencoba berbagai makanan seringkali tidak berhasil karena anak hanya tertarik sebentar namun setelah itu kembali menolak makan lagi. Maka pada umumnya anak dengan gangguan ini bermanifestasi menjadi malnutrisi akut maupun kronik akibat kurangnya asupan nutrisi untuk tumbuh kembang.^{3,5}

Gejala klinis anoreksia infantil lainnya adalah kecenderungan rasa cemas, fobia ke sekolah, gangguan tidur, keluhan somatik serta perilaku yang menyimpang. Meskipun perkembangan kognitif mereka masih dalam batas normal, tetapi skor *Mental Development Index* (MDI) mereka lebih rendah dibanding anak normal.^{10,11} Anak yang mengalami anoreksia infantil sering didapatkan adanya riwayat anoreksia

infantil pada kerabatnya ketika masih kecil, dan kelainan ini lebih sering didapatkan pada masyarakat sosial ekonomi menengah dibanding kalangan sosial ekonomi rendah.¹¹

Kriteria diagnosis⁵

1. Penolakan sejumlah makanan secara adekuat pada bayi atau batita setidaknya selama 1 bulan,
2. Onset penolakan makan umumnya mulai terjadi ketika anak berusia 6 bulan sampai 3 tahun, setelah anak belajar makan sendiri dengan sendok,
3. Bayi atau batita jarang memberikan tanda-tanda lapar dan juga kurang tertarik untuk makan, tetapi lebih tertarik untuk bermain, jalan-jalan, atau berbicara dengan pengasuh dibanding makan,
4. Dijumpai adanya hambatan pertumbuhan dan atau malnutrisi akut atau kronik yang ditandai dengan penyimpangan lebih dari 2 persentil mayor pada kurva pertumbuhan,
5. Penolakan makanan tidak dikarenakan trauma pada orofaring maupun traktus gastrointestinal,
6. Penolakan makanan tidak disebabkan karena adanya penyakit medis yang mendasari.

d. **Sensory food aversions**⁵

Sensory food aversions merupakan tipe anak yang “cerewet” dalam memilih makanan. *Sensory food aversions* seringkali disebut juga dengan *picky eaters*, *selective eaters* atau *choosy eaters*. Anak betul-betul menolak makanan tertentu dengan menunjukkan ekspresi wajah tidak suka, menutup mulut, mengeluarkan makanan dari mulut hingga dapat muntah atau menolak untuk melanjutkan makan lagi. Penolakan terhadap makanan disebabkan karena anak tersebut tidak suka dengan rasa, tekstur, suhu, bau makanan tertentu, atau karena faktor psikologikal lainnya.⁴ Anak dengan *sensory food aversions* biasanya hanya makan dalam jumlah sedikit, secara perlahan-lahan, dan tidak suka dengan makanan tertentu.

Anak dengan gangguan kesulitan makan ini dapat terlihat pada usia beberapa minggu. Mereka menunjukkan perilaku yang berbeda pada saat menyusui, seperti menghisap lebih sedikit pada satu episode menyusui dan bahkan sebagian kecil dari mereka ada yang menolak menyusui sama sekali. Mereka lebih memilih susu botol karena bentuk dotnya yang halus dibanding bentuk puting susu yang lebih kasar. Bayi dari ibu vegetarian, akan lebih mudah menerima rasa berbagai sayuran ketika diperkenalkan dengan MPASI. Seorang anak yang secara genetik sangat peka terhadap rasa, biasanya juga peka terhadap tekstur bahkan terhadap lingkungannya. Pada *sensory food aversions*, seringkali mereka tidak suka jika lingkungan di sekitarnya kotor, tidak senang berjalan di rerumputan atau tempat kotor lainnya dan mudah cemas.^{3,5}

Kriteria diagnosis^{3,5}

1. Penolakan makan ini ditandai dengan penolakan yang konsisten terhadap makanan dengan rasa, tekstur, suhu atau bau tertentu selama paling tidak

- 1 bulan.
2. Makanan yang ditolak biasanya makanan yang baru diperkenalkan, atau makanan yang pernah dikenal tetapi dengan tipe lain, misalnya susu dengan rasa berbeda, atau tekstur berbeda, misalnya nasi lumat berbeda dengan nasi lembek.
 3. Dijumpai adanya reaksi penolakan yang ditunjukkan dengan raut muka yang tidak menyenangkan, menutup mulut, hingga memuntahkan makanan. Setelah penolakan terhadap makanan tertentu biasanya anak tidak melanjutkan makan dan juga akan menolak makanan lain yang mempunyai warna atau tampilan atau bau yang serupa. Anak juga akan menolak seluruh kelompok makanan tersebut.
 4. Malas untuk mencoba makanan baru, tetapi tidak mengalami kesulitan makan jenis makanan yang disukai anak tersebut.
 5. Anak akan mengalami defisiensi mikronutrien tertentu seperti vitamin, Fe, Zinc atau protein, jika tidak diberikan suplementasi. Tetapi pada umumnya anak tidak mengalami perlambatan pertumbuhan dan bermasalah dalam perkembangan bicara. Pada usia sekolah, anak menjadi cemas ketika “jam makan di sekolah” atau kegiatan lain yang berkaitan dengan makan.
 6. Tidak ada riwayat traumatik pada saluran pencernaan.
 7. Tidak ditemukan riwayat alergi terhadap makanan atau penyakit fisik.
 8. Dapat dijumpai keterlambatan bicara ekspresif.

e. *Posttraumatic feeding disorder*³

Dijumpai pada anak yang pernah mengalami trauma yang berhubungan dengan makan seperti tersedak, menggunakan pipa makanan (*feeding tube*), pernah dilakukan intubasi, atau *suction* pasca operasi.^{3,5}

Kriteria diagnosis^{3,5}

1. Gangguan makan ini disertai dengan onset akut dan berat serta adanya penolakan makanan secara konsisten.
2. Dapat timbul pada usia berapapun, dari masa kanak-kanak hingga dewasa.
3. Penolakan makan ini disebabkan karena trauma berulang yang melibatkan saluran cerna seperti tersedak, muntah, refluks gastrointestinal, pemakaian pipa nasogastrik dan endotrakeal, serta *suction*, yang menyebabkan stress pada anak.
4. Anak menolak makan padat karena riwayat trauma, seperti muntah, tetapi mungkin mau menerima susu atau makanan lumat.
5. Anak merasa ketakutan atau menghindar atau menangis atau tidak mau membuka mulut bila ditawarkan makanan.
6. Tanda penolakan makan bisa berupa menolak minum dari botol tetapi mau makan dengan sendok, menolak makanan padat tetapi mau menerima minum dari botol atau makan bubur, atau bahkan menolak semua makanan per oral.
7. Adanya reaksi penolakan terhadap makanan jika dekat dengan barang-barang yang berkaitan dengan makan, misalnya kursi makan, botol minuman, piring, sendok, atau garpu.
8. Penolakan makan ini dapat berlangsung akut atau kronik.

f. Feeding disorder associated with a concurrent medical condition⁵

Penolakan terhadap makanan akibat adanya penyakit organik yang mendasarinya misalnya terjadi pada refluks gastrointestinal, alergi terhadap makanan, penyakit pada jantung maupun saluran pernafasan. Gangguan makan ini mudah untuk dikenali, tetapi penyakit yang mendasari sebagai penyebab kesulitan makan tersebut susah terdiagnosa. Berdasarkan beberapa penelitian menunjukkan bahwa kesulitan makan kebanyakan sering terjadi akibat GER. Kebiasaan suka bergurau, menangis, dan menolak makan pada bayi yang masih kecil, adanya gejala tersedak saat makan, kemampuan berbicara yang terhambat serta adanya resistensi terhadap pemberian makanan pada bayi yang lebih tua, perlu dikonsultasikan ke dokter anak segera agar dapat disadari semenjak dini adanya GER yang memiliki gambaran serupa dengan gangguan makan pada anak yang lain.^{3,5}

Kriteria diagnosis⁵

1. Kesulitan makan ini ditandai dengan sikap suka menolak makanan atau hanya makan dalam jumlah yang sedikit dan terjadi paling tidak selama 2 minggu.
2. Onset ini bisa terjadi pada usia berapapun, intensitasnya pun bisa semakin bertambah parah atau sebaliknya, tergantung pada penyakit organik yang mendasarinya.
3. Bayi atau batita bersemangat pada awal makan, namun selama pemberian makan, bayi atau batita memperlihatkan sikap distres terhadap makanannya dan menolak untuk melanjutkan makan lagi.
4. Bayi atau batita mempunyai penyakit organik yang menyebabkan kesulitan makan, seperti GER, infeksi saluran kemih, penyakit pada jantung atau saluran pernafasan.
5. Berat badan pada bayi atau batita tidak dapat bertambah atau bahkan menjadi berkurang.
6. Penyakit organik yang telah diatasi dapat meningkatkan kondisi kesehatan, tetapi tidak dapat mengurangi masalah kesulitan makan secara maksimal.

IV. Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Makan

Berdasarkan hasil penelitian nasional multisenter “Identifikasi dan Klasifikasi Masalah Makan pada Anak Usia 1–3 Tahun di Indonesia” yang dilakukan tahun 2012 yang melibatkan 1116 anak usia 1–3 tahun dari 11 propinsi di Indonesia maka UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik IDAI menyusun rekomendasi Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Masalah Makan.

Hasil penelitian tersebut menyebutkan tiga temuan utama yang menjadi acuan penegakan diagnosis, yaitu keluhan orangtua, status gizi, dan penerapan *feeding rules*. Berdasarkan tiga temuan utama ini, masalah makan dapat diklasifikasikan menjadi *inappropriate feeding practice*, *small eaters*, dan *parental misperception*. *Inappropriate feeding practice* dapat terjadi primer karena kurangnya pengetahuan orangtua mengenai pemberian makan yang benar atau sekunder sebagai respons terhadap *small eaters dan food preference*⁸ Manikam juga

mengemukakan bahwa ketidakmampuan orangtua untuk memberi makan secara benar dapat mengakibatkan masalah makan. Ketidakmampuan ini dapat disebabkan karena pengetahuan yang kurang mengenai cara pemberian makan, nutrisi, dan perkembangan anak atau masalah internal orangtua sendiri.¹²

Diagnosis dan Tata Laksana

a. *Inappropriate feeding practice*

Inappropriate feeding practice adalah masalah makan yang disebabkan oleh perilaku makan yang salah ataupun pemberian makanan yang tidak sesuai dengan usia. Penyebab *inappropriate feeding practice* perlu dielaborasi, primer ataukah sekunder. *Inappropriate feeding practice* primer disebabkan karena kurangnya pengetahuan orangtua mengenai cara pemberian makan yang benar, nutrisi lengkap dan seimbang, dan perkembangan anak.

Penatalaksanaan *inappropriate feeding practice* adalah penerapan *feeding rules* yang benar (Tabel 1). Selain penerapan *feeding rules*, perlu diberikan edukasi mengenai pemberian makanan sesuai usia (*age-appropriate food*) dan kualitas dan kuantitas makanan. Pemberian makanan sesuai usia mencakup aspek tekstur dan rasio makanan padat dan cair. Beberapa orangtua mengeluhkan anak tidak mampu mengonsumsi makanan dengan tekstur yang sesuai dengan usianya, misalnya anak usia 1 tahun hanya mampu mengonsumsi makanan lumat atau diblender. Pada anak sehat dengan perkembangan normal, hal ini umumnya terkait dengan kurangnya latihan oromotor pada jendela kritis, yaitu usia 6–12 bulan.¹³ Rasio makanan padat dan cair juga harus diperhatikan, untuk anak usia 1 tahun, dianjurkan makanan padat sebanyak 70% dan makanan dalam bentuk cair (susu) sebanyak 30% dari total kalori yang dibutuhkan dalam sehari.¹³ Kualitas dan kuantitas makanan juga perlu dievaluasi. Kuantitas makanan yang cukup akan menghasilkan status gizi yang baik, namun tidak otomatis menyatakan kualitas makanan yang baik. Sebagai contoh, pada anak dengan gizi baik terdapat 10% anak yang mengalami defisiensi besi (ferritin serum <10 ng/mL).⁸

b. *Small eaters*

Small eaters adalah terminologi yang dipakai untuk anak dengan keluhan makan sedikit, status gizi kurang, dan *feeding rules* benar. Literatur lain menggunakan terminologi anoreksia infantil⁵, *vigorous child with little interest in feeding*.⁹ Menurut Chatoor anak yang termasuk dalam kelompok ini memiliki respons otonomik yang berbeda. Onset penolakan makan umumnya terjadi pada saat transisi dari menyusu atau botol ke sendok atau *self-feeding*. Umumnya terjadi pada usia 6 bulan sampai 3 tahun.⁵ Anak yang termasuk dalam kelompok ini adalah anak yang sehat, perkembangan normal, aktif, dan seringkali lebih tertarik pada lingkungan dibandingkan makanan. Orangtua yang memiliki anak dengan masalah ini umumnya menjadi cemas dan mengompensasi makan yang sedikit dengan pemberian camilan, yang justru menurunkan selera untuk makan besar dan pada

akhirnya menyebabkan orangtua memaksa anak makan. Bila masalah makan ini tidak diatasi, anak dapat mengalami gagal tumbuh dan penurunan status gizi walaupun tidak ditemukan kelainan medis yang mendasari.

Tata laksana ditujukan untuk meningkatkan nafsu makan dengan menciptakan rasa lapar, sehingga anak mendapat kepuasan dari makan. Ini dapat dicapai dengan penerapan *feeding rules*, yaitu adanya jadwal makan yang terstruktur dan teratur sehingga menciptakan rasa lapar dan kenyang. Perlu diingat agar orangtua tidak tergoda untuk menawarkan camilan atau jus di antara waktu makan ataupun di jam makan walaupun anak makan sedikit. Hanya air putih yang diperbolehkan di antara jam makan besar. Orangtua juga disarankan agar meminimalisir distraksi selama proses pemberian makan dan memberikan hukuman yang konsisten (misalnya: *time-out*) untuk memperbaiki perilaku yang merusak. Untuk menangani gagal tumbuh pada kelompok ini, dibutuhkan *high-calorie food*, baik dalam bentuk makanan padat maupun makanan cair. Makanan cair tinggi kalori mengandung 1–1,5 kkal/mL dan merupakan *food for special medical purpose*, sehingga penggunaannya harus melalui resep dokter.¹⁴ Perhitungan jumlah pemberian makanan cair tinggi kalori dilakukan berdasarkan rekomendasi asuhan nutrisi pediatrik IDAI.¹⁵ Penggunaan makanan cair tinggi kalori harus berdasarkan resep dokter dan dipantau untuk memastikan indikasi penggunaan tepat, jumlah pemberian tepat sehingga efektif namun di sisi lain juga tidak berlebihan. Harus diingat bahwa tujuan akhir adalah anak dapat makan normal sesuai usia (*age-appropriate food*), yaitu untuk anak 1–3 tahun berupa makanan padat 70% dan susu atau makanan cair 30%.¹³ Bila diterjemahkan ke bentuk makanan cair tinggi kalori 1 mL/kkal, maka maksimal penggunaan untuk anak usia 1–3 tahun adalah 300–400 mL.

c. Food preference

Terminologi *food preference* mencakup keluhan pilih-pilih makan atau penolakan terhadap makanan tertentu. Terdapat gradasi yang cukup luas dalam hal *food preference*. Anak normal mengalami neofobia dalam fase perkembangannya, yaitu sesuatu penolakan yang bersifat normal terhadap makanan baru.¹⁶ Neofobia yang merupakan fase normal dalam perkembangan seorang anak dapat berlanjut menjadi penolakan berkepanjangan dan konsisten terhadap makanan tertentu sehingga menimbulkan masalah makan berupa *picky eater*.¹⁷ Faktor yang memengaruhi terjadinya *food neophobia* dan *picky eater* antara lain tekanan dalam proses makan, tipe kepribadian, *parental feeding styles*, dan pengaruh lingkungan.¹⁷

d. Picky Eater

Picky eater merupakan terminologi yang sering digunakan dengan kriteria dan definisi yang bervariasi antar literatur. Dovey mendefinisikan *picky eater* sebagai anak yang mengonsumsi variasi makanan yang terbatas dan menolak sejumlah makanan tertentu, baik makanan baru maupun makanan yang telah dikenal.¹⁷

Definisi ini tidak mengandung dampak klinis yang bermakna karena tidak dapat membedakan *food preference* yang fisiologis dan patologis. UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik menganut literatur yang menyatakan bahwa *picky eater* masih merupakan fase normal dalam perkembangan seorang anak. Kriteria diagnosis *picky eater* adalah anak yang menolak makanan tertentu atau pilih-pilih makan, namun masih mengonsumsi makanan dari empat kelompok makanan, yaitu karbohidrat, protein, sayur/buah, dan susu. Bentuk neofobia yang menetap dan patologis adalah *food selectivity* atau *selective eater*, didefinisikan sebagai keterbatasan penerimaan terhadap makanan yang tidak sesuai dengan usia dan tahap perkembangan.¹⁸ Penolakan makan ini menjadi bermasalah karena menyebabkan hilangnya asupan salah satu dari keempat kelompok makanan sehingga anak berisiko mengalami defisiensi makronutrien atau mikronutrien tertentu.¹⁹

Chatoor mengenalkan istilah *sensory food aversions* untuk menggambarkan penolakan yang konsisten selama minimal 1 bulan terhadap makanan tertentu dikarenakan rasa, tekstur, bau, atau penampilan makanan tersebut.⁵ Chatoor mengemukakan hipotesis bahwa masalah makan ini disebabkan fisiologi abnormal, yaitu perubahan papil pengecap (*altered taste buds*). Kerzner mengelompokkan anak yang pilih-pilih makan sebagai *highly selective intake*. Anak dengan *highly selective intake* mengalami neofobia yang menetap.⁹ Masalah makan ini sering disertai dengan gangguan sensoris lain, seperti sensitivitas terhadap bunyi, bahan pakaian tertentu seperti wol atau bulu, atau pasir. *Highly selective intake* dapat mengakibatkan asupan nutrisi tertentu tidak optimal. Anak dengan *highly selective intake* juga mengalami keterlambatan perkembangan keterampilan makan, terutama bila mereka hanya mengonsumsi makanan bertekstur lunak. Perilaku makan yang aneh juga dapat menyebabkan kesulitan bersosialisasi dalam lingkungan keluarga atau teman sebaya.⁵

Intervensi perilaku berupa pengenalan makanan baru sejak usia dini merupakan salah satu upaya pencegahan *picky eater*.¹⁷ Tata laksana *food neophobia*, *picky eater*, maupun *selective eater* adalah mengatasi ketidaksukaan terhadap makanan dengan pengenalan sistematis terhadap makanan baru (*systematic introduction of new food*), menggunakan prinsip berikut:

1. Sajikan makanan dalam porsi kecil
2. Pilihan makanan orangtua akan memengaruhi menu yang disajikan bagi anak (Skinner dan Carruth, 2002). Oleh karena itu, perlu diperhatikan agar orangtua menyajikan berbagai jenis makanan walaupun makanan tersebut bukan kesukaan orangtua.
3. Paparkan anak terhadap makanan baru sebanyak 10–15 kali. Penelitian menunjukkan 10 atau lebih paparan dibutuhkan untuk meningkatkan penerimaan terhadap makanan pada anak usia 2 tahun,²¹ sedangkan untuk anak usia 4–5 tahun dibutuhkan 8 sampai 15 kali paparan.²² Untuk pengenalan awal, sebaiknya makanan disajikan di piring orangtua.
4. Sajikan makanan di meja pada jarak yang terjangkau oleh anak, tanpa

menawarkan ke anak. Batita umumnya lebih tertarik mencoba makanan baru bila mereka memegang kontrol, namun bila mereka diminta atau disuruh memakan sesuatu, maka umumnya mereka secara spontan akan menolak.

5. Orangtua memberikan contoh makan yang menyenangkan tanpa menawarkan makanan sampai ketakutan anak menghilang dan anak mengekspresikan ketertarikan pada makanan. Semakin banyak orang di sekitar anak yang makan makanan serupa, maka anak akan makin tertarik
6. Jika paparan terhadap makanan menyebabkan anak ingin muntah atau bahkan muntah, hentikan makanan tersebut dan cobalah makanan yang lebih mendekati makanan yang disukai anak.
7. Campurlah sedikit makanan baru dengan makanan yang sudah disukai anak dan perlahan-lahan tingkatkan proporsi makanan baru.
8. Orangtua harus tetap bersikap dan berpikir netral dan tenang dalam menyikapi asupan makanan anak.

Salah satu metode pengenalan makanan secara sistematis adalah *food chaining*, yaitu suatu program pemberian makanan yang dirancang secara individual, bertujuan meningkatkan khasanah makanan dengan menekankan pada gambaran yang sama (rasa, suhu, dan tekstur) antara makanan yang telah diterima dan makanan yang ditargetkan untuk diberikan. Sebagai contoh, pemberian modifikasi olahan kentang memungkinkan progresivitas dari *french fries* ke pai ayam.¹⁸ Penelitian Cox *et al* pada 10 anak usia 1–14 tahun dengan *food selectivity* ekstrim menunjukkan bahwa *food chaining* selama tiga bulan dapat meningkatkan penerimaan makanan secara bermakna.¹⁸

e. **Tata laksana multidisiplin**

Keberhasilan tata laksana masalah makan bergantung pada derajat masalah makan dan kerjasama keluarga dengan tim dokter. Keluarga mencakup orangtua dan seluruh anggota keluarga yang terlibat dalam proses pemberian makan dan pengasuhan anak.¹²

Untuk masalah makan yang berat, dibutuhkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter anak sebagai pemimpin tim, dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, dokter spesialis kedokteran jiwa yang berpengalaman menangani masalah makan pada anak, dan dietisien. Masalah medis yang mendasari masalah makan harus ditangani dengan benar.

Tabel 1. Red flag (tanda bahaya) yang harus dievaluasi pada setiap keluhan masalah makan:

1. Kelainan struktural
 - Abnormalitas naso-orofaring: atresia koana, bibir sumbing, sekuens Pierre Robin, makroglosia, ankiloglosia
 - Abnormalitas laring dan trakea: *laryngeal cleft*, kista laring, stenosis subglotis, laringo-trakeomalasia
 - Abnormalitas esofagus: fistula trakeoesofageal, atresia/stenosis esofagus,

- striktur esofagus, cincin vaskular
2. Kelainan neurodevelopmental
 - Palsi serebral
 - Malformasi Arnold-Chiari
 - Meningomielokel
 - Disautonomia familial
 - Distrofi muskular
 - Miastenia gravis
 - Distrofi okulofaringeal
 3. Tanda dan gejala yang mengindikasikan adanya masalah medis yang mendasari masalah makan, yaitu:
 - Muntah/regurgitasi berulang
 - Posisi Sandifer (*back arching*)
 - Diare berulang / diare kronik / diare berdarah
 - Batuk lebih dari 2 minggu atau batuk lebih dari 3 episode dalam kurun waktu 3 bulan
 - Tampak kesakitan/menangis/menjengking saat diberi makan
 - Pucat
 - Demam yang tidak diketahui penyebabnya selama 2 minggu
 - Pembesaran kelenjar getah bening (KGB) leher/inguinal/aksila
 - Sesak saat minum

Tabel 2. Status Nutrisi²³

Status nutrisi untuk anak usia 1-3 tahun ditentukan berdasarkan kurva berat badan menurut panjang/tinggi badan WHO 2005.

Interpretasinya adalah sebagai berikut: (WHO 2005)

BB/TB Z-score	Interpretasi	
>+3	Obese	Obesitas hitung dan plot IMT
(>+2) – (+3)	Overweight	Gizi lebih → hitung dan plot IMT
(+2) – (-2) SD	Normal	Gizi cukup
<-2 – (-3) SD	Wasted	Gizi kurang
<-3 SD	Severely wasted	Gizi buruk

Tabel 3. Feeding rules (Aturan pemberian makan)

Jadwal	Ada jadwal makanan utama dan makanan selingan (snack) yang teratur, yaitu tiga kali makanan utama dan dua kali makanan kecil di antaranya. Susu dapat diberikan dua tiga kali sehari. Waktu makan tidak boleh lebih dari 30 menit. Hanya boleh mengonsumsi air putih di antara waktu makan
--------	--

Tabel 3. Lanjutan...

Lingkungan	Lingkungan yang menyenangkan (tidak boleh ada paksaan untuk makan) Tidak ada distraksi (mainan, televisi, <i>gadget</i>) saat makan Jangan memberikan makanan sebagai hadiah
Prosedur	Dorong anak untuk makan sendiri Bila anak menunjukkan tanda tidak mau makan (mengatupkan mulut, memalingkan kepala, menangis), tawarkan kembali makanan secara netral, yaitu tanpa membujuk ataupun memaksa. Bila setelah 10–15 menit anak tetap tidak mau makan, akhiri proses makan.

Sumber: Bernard-Bonnin¹, Art-Rodas⁴

Tabel 4. Perbedaan *normal picky eating* dengan *selective eating disorders*

<i>Normal picky eating</i>	<i>Selective eating disorders</i>
Onset : sekitar 18 bulan – 3 tahun	Onset : mulai lahir sampai 4 tahun
Umumnya makan ≥ 30 jenis makanan	Umumnya makan ≤ 20 jenis makanan
Ada pilihan, terkontrol	Ketakutan, cemas
Lebih suka makanan tertentu dalam jangka waktu lama	Sering menolak makanan kelompok makanan tertentu (umumnya daging dan / sayuran)
Tidak punya masalah medis	Biasanya berhubungan dengan OCD, ASD, SPD, trauma makan, keterlambatan oral-motorik, gangguan menelan atau gangguan saluran cerna
Ciri khas : pengalaman sensori	Seringkali menolak karena tekstur, perabaan, rasa atau bau.
Biasanya akan membaik dengan bertambahnya usia, sekitar usia 6 tahun	Dapat menetap sampai dewasa. Acara sosial yang berhubungan dengan makan bisa sangat menyiksa / menimbulkan rasa cemas
Makan bila lapar	Menolak makanan yang tidak dikenal meskipun saat lapar

Tabel 4. Lanjutan...

Merupakan bagian normal dari fase perkembangan anak

Keadaan ini benar-benar “kelainan makan”

OCD : *obsessive-compulsive disorders*, ASD : *autism spectrum disorders*,
SPD : *sensory processing disorders*

1. Langkah ke-2 asuhan nutrisi pediatri :

- *Nutritional requirement* : menentukan kebutuhan kalori sesuai berat badan ideal dan panjang badan menurut umur.
- Berat badan ideal 10,8 kg
- Anak berusia 22 bulan, panjang badan 82 cm sesuai usia 17–18 bulan.
- Kebutuhan kalori sesuai usia 17–18 bulan (1–3 tahun) yaitu 100 kkal / kgBB/hari, sehingga 10,8 kg x 100 kkal = 1080 kkal / hari

Langkah ke-3 : rute diberikan secara oral

Langkah ke-4 : Formula (makanan) yang diberikan :

Anak usia 22 bulan : MPASI : ASI = 70% : 30% → 3 x makan dan 2 x selingan

2. Pengaturan pola makan sesuai umur (*feeding rules*)

Terjadwal

- Jadwal makan termasuk snack teratur dan terencana
- Lama makan maksimum 30 menit
- Di antara waktu makan hanya boleh mengonsumsi air putih

Lingkungan netral

- Tidak dipaksa meskipun hanya makan 1–2 suap
- Jangan memberikan makanan sebagai hadiah
- Tidak sambil bermain atau nonton televisi

Prosedur makan

- Porsi kecil
- Jika 15 menit bayi menolak makan, mengemut, hentikan pemberian makan
- Bayi di stimulasi untuk makan sendiri
- Membersihkan mulut hanya stlh makan selesai

Tujuan pembelajaran

Proses, materi dan metoda pembelajaran yang telah disiapkan bertujuan untuk alih pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang terkait dengan pencapaian kompetensi dan keterampilan yang diperlukan dalam mengenali dan memberikan tata laksana kesulitan makan yang telah disebutkan.

1. Mengetahui faktor yang mempengaruhi kesulitan makan pada anak
2. Menegakkan diagnosis kesulitan makan pada anak serta komplikasinya melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang
3. Memberikan tata laksana kesulitan makan pada anak pada anak serta komplikasinya
4. Memberikan penyuluhan upaya antisipasi pencegahan kesuli kesulitan makan pada anak.

Evaluasi

- Pada awal pertemuan dilaksanakan penilaian awal kompetensi kognitif dengan kuesioner 2 pilihan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana peserta didik telah mengenali materi atau topik yang akan diajarkan.
- Materi esensial diberikan melalui kuliah interaktif dan *small group discussion*, pembimbing akan melakukan evaluasi kognitif dari setiap peserta selama proses pembelajaran berlangsung.
- Membahas instrumen pembelajaran keterampilan (kompetensi psikomotor) dan mengenalkan penuntun belajar. Dilakukan demonstrasi tentang berbagai prosedur dan perasat untuk memberikan tata laksana kesulitan makan. Peserta akan mempelajari prosedur klinik bersama kelompoknya (*Peer-assisted Learning*) sekaligus saling menilai tahapan akuisisi dan kompetensi prosedur pada pasien kesulitan makan
- Peserta didik belajar mandiri, bersama kelompok dan bimbingan pengajar/instruktur, baik dalam aspek kognitif, psikomotor maupun afektif. Setelah tahap akuisisi keterampilan maka peserta didik diwajibkan untuk mengaplikasikan langkah-langkah yang tertera dalam penuntun belajar dalam bentuk “*role play*” diikuti dengan penilaian mandiri atau oleh sesama peserta didik (menggunakan penuntun belajar)
- Penilaian kompetensi pada akhir proses pembelajaran
 - o Ujian OSCE (K, P, A) dilakukan pada tahapan akhir pembelajaran oleh kolegium
 - o Ujian akhir stase, setiap divisi/ unit kerja di sentra pendidikan
- Peserta didik dinyatakan mahir (*proficient*) setelah melalui tahapan proses pembelajaran,
 - a. Magang : peserta dapat menegakkan diagnosis dan memberikan tata laksana kesulitan makan dengan arahan pembimbing
 - b. Mandiri: melaksanakan mandiri diagnosis dan tata laksana kesulitan makan serta komplikasinya

Instrumen penilaian

Instruksi: Pilih B bila pernyataan benar dan S bila pernyataan salah

- **Kuesioner awal**
 1. Faktor yang menyebabkan kesulitan makan adalah ketidakmampuan untuk

- menerima nutrisi dan menggunakan kalori secara adekuat. B/S. Jawaban B Tujuan 1.
2. Anomali kongenital, aberasi kromosom, endokrinopati tidak mempengaruhi kesulitan makan pada anak. B/S. Jawaban B Tujuan 1.
 3. Interaksi orang tua, pola asuh terlalu protektif menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kesulitan makan pada anak. B/S Jawaban 1.
 4. Pada anak dengan *parental misperception* memiliki nafsu makan yang kurang dan pertumbuhan yang terganggu. B/S. Jawaban S. Tujuan 2.
 5. Bila anak tidak mau makan, anak boleh menonton televisi. B/S. Jawaban S. Tujuan 2.
 6. Anak boleh susu atau camilan bila anak sulit makan. B/S. Jawaban S. Tujuan 2
 7. Anoreksia infantile muncul pada usia < 3 tahun. B/S. Jawaban B. Tujuan 2.
 8. *Sensory food aversions* merupakan penolakan makan yang konsisten terhadap makanan dengan rasa, tekstur, suhu atau bau tertentu selama paling tidak 3 bulan. B/S. Jawaban S. Tujuan 2.
 9. Anak yang pernah dipasang NGT berisiko mengalami *Posttraumatic feeding disorder*. B/S. Jawaban B. Tujuan 2.
 10. Pembesaran kelenjar getah bening (KGB) leher/inguinal/aksila Merupakan salah satu redflag kesulitan makan pada anak dan remaja. B/S. Jawaban B. Tujuan 3.

• **Kuesioner tengah**

MCQ:

1. Faktor utama yang pada umumnya berkaitan dengan gagal tumbuh akibat sulit makan adalah:
 - a. Faktor organik
 - b. Faktor non organik
 - c. Gabungan faktor organik dan non organik
 - d. Semua jawaban benar
 - e. Semua jawaban salah
2. Faktor organik yang berhubungan dengan kesulitan makan pada anak dan remaja adalah
 - a. Ketidakmampuan untuk menerima nutrisi secara adekuat.
 - b. Ketidakmampuan untuk menggunakan kalori secara adekuat
 - c. Peningkatan kebutuhan kalori
 - d. Perubahan/gangguan potensi pertumbuhan
 - e. Benar semua
3. Faktor non organik yang berhubungan dengan kesulitan makan pada anak dan remaja adalah:
 - a. Ketidakmampuan orang tua untuk menyediakan asupan makanan secara adekuat
 - b. Faktor psikososial
 - c. Ketidaktahuan/informasi yang salah mengenai cara pemberian makan

- d. Benar semua
 - e. Salah semua
4. *Diagnosis of State and Mental Disorders-IV* (DSM-IV) membagi masalah makan menjadi
- a. *feeding disorders of infancy or early childhood*
 - b. PIKA
 - c. ruminasi
 - d. Benar semua
 - e. Salah semua
5. Chatoor mengelompokkan kesulitan makan menjadi
- a. gangguan pengaturan pola makan
 - b. gangguan interaksi antara bayi dengan pengasuhnya
 - c. anoreksia infantil
 - d. *sensory food aversions / picky eaters*
 - e. Benar semua

Jawaban: 1. D 2. E 3. D 4. D 5. E

STUDI KASUS

Anda seorang dokter anak di rumah sakit. Ketika anda sedang bertugas di klinik rawat jalan, datang seorang ibu beserta anaknya, Rizal, laki-laki, 22 bulan, dengan keluhan tidak mau makan.

Rizal lahir normal pervaginam, ditolong bidan. berat badan lahir 3200 gram, panjang badan lahir 49 cm. Rizal mendapat ASI eksklusif sampai usia 6 bulan, setelah itu mendapatkan MPASI dan ASI masih dilanjutkan.

Saat ini Rizal sudah mendapatkan makanan keluarga, Rizal mudah bosan dengan menu makanan yang disediakan. Baru-baru ini dia hanya mau makan kentang goreng, kadang roti, dan tidak mau makan nasi. Rizal tidak mau makan sayur, buah hanya tertentu saja misal jeruk dan anggur, mau makan ayam dan telur ayam tetapi tidak mau ikan atau daging lain. Rizal hanya mau makan jika diajak berjalan-jalan di sekitar rumah. Saat dilakukan pengukuran antropometri didapatkan BB 9,6 kg, PB 82 cm, Lingkar Kepala 47 cm. (lihat grafik)

Jawablah soal di bawah ini.

1. Sebutkan assessmen Rizal secara lengkap.
2. Rizal dikatakan dokter mengalami kesulitan makan. Sebutkan diagnosis dan alasan
3. Hitung dan jelaskan langkah ke-2,3 dan 4 dari Asuhan Nutrisi Pediatri
4. Berikan edukasi pada ibu pasien (*feeding rules*)

Jawaban

1. Status gizi :
 - WHZ : gizi baik

- HAZ :normal
- WAZ : normal
- Lingkar Kepala : mesosefal

2. Diagnosa kesulitan makan : *picky eater*

Alasan disebut *picky eater* :

- Dapat menerima 30 atau lebih makanan
- Memilih makanan spesifik selama jangka waktu lama
- Tidak ada kelainan medis
- Masih mau makan jika merasa lapar
- Normal dalam perkembangan masa kanak-kanak
- Tidak ada rasa takut terhadap makanan
- Onset usia 18 bulan – 3 tahun

3. Langkah ke-2 asuhan nutrisi pediatri :

Nutritional requirement : menentukan kebutuhan kalori sesuai berat badan ideal dan panjang badan menurut umur.

Berat badan ideal 10,8 kg

Anak berusia 22 bulan, panjang badan 82 cm sesuai usia 17–18 bulan.

Kebutuhan kalori sesuai usia 17–18 bulan (1–3 tahun) yaitu 100 kkal / kgBB/hari, sehingga 10,8 kg x 100 kkal = 1080 kkal / hari

4. Langkah ke-3 : rute diberikan secara oral

Langkah ke-4 : Formula (makanan) yang diberikan :

Anak usia 22 bulan : MPASI : ASI = 70% : 30% → 3 x makan dan 2 x selingan

5. Pengaturan pola makan sesuai umur (*feeding rules*)

Terjadwal

- Jadwal makan termasuk snack teratur dan terencana
- Lama makan maksimum 30 menit
- Di antara waktu makan hanya boleh mengonsumsi air putih

Lingkungan netral

- Tidak dipaksa meskipun hanya makan 1–2 suap
- Jangan memberikan makanan sebagai hadiah
- Tidak sambil bermain atau nonton televisi

Prosedur makan

- Porsi kecil
- Jika 15 menit bayi menolak makan, mengemut, hentikan pemberian makan
- Bayi di stimulasi untuk makan sendiri
- Membersihkan mulut hanya setelah makan selesai

PENUNTUN BELAJAR (*Learning guide*)

Lakukan penilaian kinerja pada setiap langkah / tugas dengan menggunakan skala penilaian di bawah ini:

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Perlu perbaikan | Langkah atau tugas tidak dikerjakan secara benar, atau dalam urutan yang salah (bila diperlukan) atau diabaikan |
| 2. Cukup | Langkah atau tugas dikerjakan secara benar, dalam urutan yang benar (bila diperlukan), tetapi belum dikerjakan secara lancar |
| 3. Baik | Langkah atau tugas dikerjakan secara efisien dan dikerjakan dalam urutan yang benar (bila diperlukan) |

Nama Peserta Didik	Tanggal
Nama Pasien	No. Rekam Medis

PENUNTUN BELAJAR KESULITAN MAKAN PADA ANAK					
No. Kegiatan / langkah klinik	Kesempatan ke				
	1	2	3	4	5
I. ANAMNESIS					
1. Sapa pasien dan keluarganya, perkenalkan diri, jelaskan maksud anda.					
2. Tanyakan keluhan utama : anak sulit makan					
Sudah berapa lama timbulnya keluhan tersebut sampai dibawa ke dr/PKM/RS					
Apakah terjadi penurunan berat badan / berat badan sulit naik? Anak tidak tertarik makan?					
Berapa lama anak menyusu / makan?					
3. Selain sulit makan apakah ada keluhan organik? (kesulitan dalam menghisap, mengunyah, dan menelan, muntah terus menerus, BAB cair lebih dari 2 minggu, BAB lendir dan darah, mudah berkeringat, alergi makanan, terlambat bicara)					

4.	Apakah anak sering mengemut, memilih makanan, hanya mau makanan tertentu? Apakah anak takut makan saat di sekolah?					
5.	Apakah anak mengalami kelainan anatomis ? (bibir sumbing, penyakit jantung bawaan, displasia bronkopulmoner, anomali kongenital, GERD)					
6.	Riwayat perinatal : prematur, IUGR, ibu selama hamil mengkonsumsi obat tertentu					
7.	Adakah riwayat penyakit lain? Trauma ? pernah dipasang NGT / intubasi?					
8.	Bagaimana pola nafsu makan? aktivitas harian? produksi ASI kurang? MPASI yang tidak adekuat? Pola asuh orang tua ? Keharmonisan keluarga ? Kesalahan menyiapkan susu formula ? Konsumsi jus buah yang berlebihan ? Adat istiadat mengenai pola makan ? anak diberikan pengalih seperti <i>gadget</i> , diajak bermain dan diiming-imingi diberikan sesuatu bila makanan habis?					
9.	Riwayat penyakit keluarga?					
II. PEMERIKSAAN JASMANI						
1.	Terangkan akan dilakukan pemeriksaan jasmani					
2.	Lakukan penilaian keadaan umum: kesadaran/status mental, apakah anak cenderung <i>sandifer position</i>					
3.	Periksa tanda vital: Frekuensi denyut jantung, tekanan darah, respirasi, suhu, nadi					
4.	Periksa antropometri: BB (kg), PB atau TB (cm), BB/TB, BMI, <i>skinfold</i>					
5.	Periksa kepala : ukuran lingkaran kepala ? apakah ada kelainan anatomis : atresia koana, bibir sumbing, sekuens					

6.	Periksa leher: Leher pendek, pembesaran KGB, <i>laryngeal cleft</i> , kista laring, stenosis subglotis, laringo-trakeomalasia, fistula trakeoesofageal, atresia/stenosis esofagus, striktur esofagus, cincin vaskular					
7.	Periksa dada:					
	Toraks/dada: <i>Ginekomastia</i> pada anak lelaki, iga gambang					
	Paru: apakah ditemukan kelainan, gangguan nafas?					
	Jantung: pembesaran?PJB/tidak?					
8.	Abdomen: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi membuncit dan pendular striae ungu hepatomegali? Splenomegali?					
9.	Penilaian ekstremitas : kelainan Distrofi muscular, miastenia gravis, <i>muscle wasting</i> / atrofi					
10.	Penilaian tanda dehidrasi : mata cowong, air mata (-), turgor kembali lambat, CRT memanjang					
III. PEMERIKSAAN PENUNJANG						
1.	Darah perifer lengkap (Hb, L, Ht, Tr, Hitung jenis)					
2.	Profil lipid: trigliserida, kolesterol total, HDL dan LDL dan gula darah					
3.	Fungsi ginjal: ureum, kreatinin, asam urat					
4.	Fungsi hati: SGPT, SGOT					
5.	Atas indikasi: - Fungsi tiroid - Foto orofaring AP dan Lateral bila dicurigai hipertrofi tonsiloadenoid					

<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sleep studies</i> untuk mendeteksi <i>sleep apnea</i> - Rontgen thorax apabila ada kelainan dinding dada - <i>Echocardiography</i> jika terindikasi secara klinis - Pemindaian MRI otak bila terindikasi secara klinis - Analisis kromosom jika terdapat dismorfisme - Pemeriksaan analisis genetik jika diduga berkaitan dengan sindrom tertentu 					
IV. DIAGNOSIS					
1. Berdasarkan hasil anamnesis : sebutkan					
2. Berdasarkan hasil pemeriksaan jasmani: sebutkan					
3. Berdasarkan hasil laboratorium: sebutkan					
V. TATALAKSANA					
1. Pengaturan diet dengan tujuan mengurangi masukan kalori dan menurunkan berat badan.					
2. Edukasi mengenai pemberian makanan sesuai usia (<i>age-appropriate food</i>), tekstur, rasio makanan padat dan cair, kualitas dan kuantitas makanan					
3. Modifikasi perilaku dengan <i>feeding rules</i> , makan dengan menyenangkan, pengenalan makanan baru sejak usia dini, paparkan anak terhadap makanan baru sebanyak 10–15 kali, adalah <i>food chaining</i>					
4. Tatalaksana apabila didapatkan gagal tumbuh : <i>high-calorie food</i> , baik dalam bentuk makanan padat maupun makanan cair. Makanan cair tinggi kalori mengandung 1–1,5 kkal/mL dan merupakan <i>food for special medical purpose</i>					

5.	Melibatkan keluarga, modifikasi pola asuh					
6.	Farmakoterapi: sampai saat ini tidak ada satu obatpun yang dianggap aman dan dapat meningkatkan nafsu makan pada usia anak dan remaja					
7.	Tatalaksana dan konsultasikan teman sejawat lainnya apabila didapatkan <i>red flag</i>					
VI. PENCEGAHAN						
1.	Pola hidup sehat: diet seimbang, aktivitas dan <i>feeding rules</i>					
2.	Pemantauan pertumbuhan					

DAFTAR TILIK

Berikan tanda ✓ dalam kotak yang tersedia bila keterampilan/tugas telah dikerjakan dengan memuaskan, dan berikan tanda ✗ bila tidak dikerjakan dengan memuaskan serta T/D bila tidak dilakukan pengamatan.	
✓ Memuaskan	Langkah atau tugas dikerjakan sesuai dengan prosedur standar atau penuntun
✗ Tidak Memuaskan	Tidak mampu untuk mengerjakan langkah/ tugas sesuai dengan prosedur standar atau penuntun
T/D Tidak Diamati	Langkah, tugas atau ketrampilan tidak dilakukan oleh peserta latih selama penilaian oleh pelatih

Nama Peserta Didik	Tanggal
Nama Pasien	No. Rekam Medis

DAFTAR TILIK KESULITAN MAKAN PADA ANAK			
No. Langkah / kegiatan yang dinilai	Hasil penilaian		
	Memuaskan	Tidak Memuaskan	Tidak Diamati
I. ANAMNESIS			
1. Sikap profesionalisme: - Menunjukkan penghargaan - Empati - Kasih sayang - Menumbuhkan kepercayaan - Peka terhadap kenyamanan pasien - Memahami bahasa tubuh			
2. Menarik kesimpulan berdasarkan data yang didapat mengenai timbulnya kesulitan makan			
3. Mencari gejala kesulitan makan anak dan remaja			
4. Mencari kemungkinan etiologi			

5.	Mencari kemungkinan penyebab kesulitan makan pada anak dan remaja			
6.	Mencari kemungkinan komplikasi yang sudah terjadi Mencari keadaan/kondisi yang memperberat kesulitan makan pada anak dan remaja			
7.	Kapan mulai tampak sulit makan, tanda <i>redflag</i> , kelainan anatomis			
8.	Riwayat masukan makanan dan obat-obatan			
9.	Riwayat penyakit dalam keluarga			
10.	Pola makan dan aktivitas harian			
11.	Riwayat sosial ekonomi, lingkungan, pola asuh, pola makan			
II. PEMERIKSAAN JASMANI				
1.	Sikap profesionalisme: - Menunjukkan penghargaan - Empati - Kasih sayang - Menumbuhkan kepercayaan - Peka terhadap kenyamanan pasien - Memahami bahasa tubuh			
2.	Menentukan kesan sakit			
3.	Menentukan kesadaran/ status mental			
4.	Penilaian tanda vital: nadi, tekanan darah			
5.	Penilaian masa gestasi			
6.	Penilaian antropometri: BB (kg), PB atau TB (cm), BB/TB, BMI, <i>skinfold</i>			

7.	Menentukan pertumbuhan			
8.	Pemeriksaan kepala			
9.	Periksa kepala : ukuran lingkaran kepala, apakah ada kelainan anatomis : atresia koana, bibir sumbing, sekvens Pierre Robin, makroglosia, ankiloglosia, Meningomielokel			
10.	Periksa leher: Leher pendek, pembesaran KGB, laryngeal cleft, kista laring, stenosis subglotis, laringo-trakeomalasia, fistula trakeoesofageal, atresia/ stenosis esofagus, striktur esofagus, cincin vaskular			
11.	Periksa dada:			
	Toraks/dada: <i>Ginekomastia</i> pada anak lelaki, iga gambang			
	Paru: apakah ditemukan kelainan, gangguan nafas?			
12.	Jantung: pembesaran? PJB/tidak?			
13.	Abdomen: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi membuncit dan pendular striae ungu hepatomegali? Splenomegali?			
14.	Penilaian ekstremitas : kelainan Distrofi muscular, miastenia gravis, <i>muscle wasting</i> / atrofi			
15.	Penilaian tanda dehidrasi : mata cowong, air mata (-), turgor kembali lambat, CRT memanjang			

III. PEMERIKSAAN LABORATORIUM			
1. Keterampilan dalam memilih rencana pemeriksaan (selektif dalam memilih jenis pemeriksaan) untuk menegakkan diagnosis dan etiologi.			
IV. DIAGNOSIS			
1. Keterampilan dalam memberi argumen dari diagnosis kerja yang ditegakkan			
V. TATALAKSANA PENGELOLAAN			
1. Pengaturan diet dengan tujuan mengurangi masukan kalori dan menurunkan berat badan.			
2. Edukasi mengenai pemberian makanan sesuai usia (<i>age-appropriate food</i>), tekstur, rasio makanan padat dan cair, dan kualitas dan kuantitas makanan			
3. Modifikasi perilaku dengan <i>feeding rules</i> , makan dengan menyenangkan, pengenalan makanan baru sejak usia dini, paparkan anak terhadap makanan baru sebanyak 10–15 kali, adalah <i>food chaining</i>			
4. Tatalaksana apabila didapatkan gagal tumbuh : <i>high-calorie food</i> , baik dalam bentuk makanan padat maupun makanan cair. Makanan cair tinggi kalori mengandung 1–1,5 kkal/mL dan merupakan <i>food for special medical purpose</i>			
5. Melibatkan keluarga, modifikasi pola asuh			
6. Farmakoterapi: sampai saat ini tidak ada satu obatpun yang dianggap aman dan dapat meningkatkan nafsu makan pada usia anak dan remaja			

7.	Tatalaksana dan konsultasikan teman sejawat lainnya apabila didapatkan <i>red flag</i>
8.	Pengaturan diet dengan tujuan mengurangi masukan kalori dan menurunkan berat badan.
9.	Edukasi mengenai pemberian makanan sesuai usia (<i>age-appropriate food</i>), tekstur, rasio makanan padat dan cair, dan kualitas dan kuantitas makanan
10.	Modifikasi perilaku dengan <i>feeding rules</i> , makan dengan menyenangkan, pengenalan makanan baru sejak usia dini, paparkan anak terhadap makanan baru sebanyak 10–15 kali, adalah <i>food chaining</i>

VI. PENCEGAHAN DAN EDUKASI

1.	Pola hidup sehat: diet seimbang, aktivitas dan <i>feeding rules</i>			
2.	Pemantauan pertumbuhan			

<p>Peserta dinyatakan:</p> <p><input type="checkbox"/> Layak</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak Layak</p>	<p>Tanda Tangan Pembimbing</p> <p style="text-align: center;">(Nama jelas)</p>
---	---

Presentasi:

- *Power Point*
- Lampiran (Skor, dll)

Tanda Tangan Peserta Didik

(Nama jelas)

Kotak Komentar:

MODUL MADYA

KESULITAN MAKAN PADA ANAK