

SURAT KETERANGAN

Nomor: 183/UNUSA/Adm-LPPM/III/2021

Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya menerangkan telah selesai melakukan pemeriksaan duplikasi dengan membandingkan artikel-artikel lain menggunakan perangkat lunak **Turnitin** pada tanggal 09 Maret 2021.

Judul : Efektifitas *Triple C* Parenting Terhadap Persepsi Pengasuh Tentang Obesitas Dini Anak Usia 3-5 Tahun
Penulis : Elly Dwi Masita, Rizki Amalia
Identitas : *Journal of health Science, Vol. 11, No. 02 August 2018*
No. Pemeriksaan : 2021.03.10.078

Dengan Hasil sebagai Berikut:

Tingkat Kesamaan diseluruh artikel (*Similarity Index*) yaitu 15%

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 10 Maret 2021

Ketua LPPM



UNUSA
LPPM

Achmad Syafiuddin, Ph.D

NPP: 20071300

LPPM Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya

Website : lppm.unusa.ac.id

Email : lppm@unusa.ac.id

Hotline : 0838.5706.3867

EFEKTIFITAS TRIPLE C PARENTING TERHADAP PERSEPSI PENGASUH TENTANG OBESITAS DINI ANAK USIA 3-5 TAHUN

by Rizki Amalia

Submission date: 09-Mar-2021 05:47AM (UTC-0800)

Submission ID: 1528356860

File name: jhs.pdf (200.57K)

Word count: 4096

Character count: 25077

EFEKTIFITAS TRIPLE C PARENTING TERHADAP PERSEPSI PENGASUH TENTANG OBESITAS DINI ANAK USIA 3-5 TAHUN

Elly Dwi Masita, Rizky Amalia
Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya
Email:ellydm@unusa.ac.id

Abstract: The prevalence of obesity in under-fives in Indonesia in 2013 reaches 19.1% and increases annually. In Surabaya, the prevalence of obesity in infants reaches 10.6%. Early obesity in toddlers due to several factors, among others, nutrition during pregnancy, when first providing MPASI, heredity, health, environment, perception, activity, more caloric intake. The aim of this research is to know the difference in perception between the caregiver who is given triple C parenting treatment and which is not given treatment. The type of this research is the analytical quasi experiment with the cross-sectional approach involving 60 respondents divided 30 as control respondent and 30 as respondent treatment. The sampling used purposive sampling with perception questionnaire instrument. Analysis using Mann Whitney. The results of the test obtained mean = 2.80 median = 3.00 with $p = 0.001$ ($p < 0.005$). There was a significant difference in perception on caregivers who were given triple c parenting with $p = 0.001$

Key words: Triple C parenting, Perception, Obesity

Abstrak: Prevalensi obesitas pada balita di Indonesia pada tahun 2013 mencapai 19.1% dan mengalami peningkatan setiap tahunnya. Di Surabaya prevalensi obesitas pada balita mencapai 10.6%. Obesitas dini pada balita disebabkan beberapa faktor antara lain nutrisi saat kehamilan, waktu pertama kali memberikan MPASI, herediter, kesehatan, lingkungan, persepsi, aktivitas, asupan kalori yang lebih. Penelitian ini bertujuan mengetahui perbedaan persepsi antara pengasuh yang diberikan perlakuan triple C parenting dengan yang tidak diberikan perlakuan. Jenis penelitian ini adalah analitik quasi eksperimen dengan pendekatan cross sectional yang melibatkan 60 responden yang terbagi 30 sebagai kontrol responden dan 30 sebagai responden perlakuan. Sampling penelitian menggunakan purposive sampling dengan instrumen kuesioner persepsi sosial. Analisis menggunakan *mann whitney*. Hasil uji analisis didapatkan mean=2.80 median= 3,00 dengan $p=0.001$ ($p < 0.005$). Ada perbedaan signifikan persepsi pada pengasuh yang diberikan triple c parenting dengan $p=0,001$

Kata Kunci : Triple C parenting, Persepsi, Obesitas dini anak

PENDAHULUAN

Sampai saat ini obesitas pada balita merupakan salah satu endemik kesehatan yang memerlukan perhatian khusus, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Obesitas pada balita

telah sampai pada angka 19,1% Sedangkan berdasarkan (Kemenkes RI, 2012) prevalensi obesitas mencapai 8,8%. Prevalensi tertinggi terjadi tahun 2010-2013 di Jakarta sebesar 25%, Semarang 24,3%, Medan 17,75%,

Denpasar 16,7%, Jember 15,3%, Padang 12,1%, Surabaya 10,6%, Malang 4,3%, Yogyakarta 4,1%, Solo 2,1%. Rata-rata prevalensi di 10 kota besar mencapai 12,2%. Obesitas balita memiliki konsekuensi beberapa penyakit pada organ vital antara lain penyakit jantung/ kardiovaskuler, interferensi fungsi hepar/hati, dan beberapa penurunan fungsi saluran pernafasan seperti asma. (National Heart Lung and Blood Institute & National Institutes of Health (National Heart Lung and Blood Institute & National Institutes of Health (NIH) National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998) Selain itu obesitas balita berdampak terganggunya pada sistem metabolisme tubuh antara lain metabolisme lemak dan glucosa yang berakibat terjadinya diabetes militus, kolesterol, serta peningkatan tekanan darah. Obesitas balita cenderung menjadi kegemukan pada masa dewasa serta berdampak pada ststus ekonomi keluarga sebagai konsekuensi dari resiko penyakit yang dideritanya (Oldroyd, Renzaho, & Skouteris, 2011; Papandreou, Malindretos, & Rousso, 2010) Upaya yang dilakukan pemerintah dalam menurunkan kejadian obesitas belum sebanding dengan upaya yang dilakukan dalam menurunkan angka gizi kurang. Implementasi yang telah dilakukan pemerintah masih seputar upaya promotif, sedangkan tahap preventif dan kuratif masih belum tercapai. Kondisi ini disebabkan beberapa faktor antara lain minimnya pengetahuan masyarakat tentang obesitas, pola makan yang tidak sehat, pola aktiviatas dan memiliki persepsi yang kurang tepat tentang obesitas anak (Amro, Euro, & Wpro, 2017)

Oleh sebab itu, triple C (*Communication, Counseling and Child*) parenting/ pengasuhan

merupakan implementasi yang perlu dilakukan sebagai pencegahan obesitas sekaligus memberikan upaya kuratif dalam bentuk parenting dan pendampingan yang difokuskan pada para pengasuh selain orang tua.

Materi

1. Obesitas

Deskripsi obesitas menurut beberapa ahli adalah akumulasi lemak berlebihan yang disebabkan adanya ketidakseimbangan metabolisme lemak dan karbohidrat dengan aktivitas otot tubuh sehingga berat badan melebihi 20% dari berat badan normal bila dibandingkan dengan tinggi badan, IMT dan usia ("NoCenters for Disease Control and Prevention: About BMI for Children and Teens. [http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html]. Title," n.d; Mottaghi, Mirmiran, Pourvali, Tahmasbpour, & Azizi, 2017). Secara klinis penentuan obesitas dapat dilihat dari tanda- tanda sebagai berikut wajah membulat, pipi tembem, dada rangkap, leher relatif lebih pendek, penis tampak lebih kecil karean tertutup lemak, dinding perut yang melipat. Namun, diagnosis yang sering digunakan adalah metode pengukuran BMI/ IMT (Indeks Masa Tubuh) berat badan/tinggi badan², pengukuran lingkar perut atau pinggang serta pengukuran tebal lipatan pada kulit. Penentuan obesitas pada anak usia 2-18 tahun dapat menggunakan grafik CDC (Center of Disease Control and Prevention) 2000 dengan ambang batas > presentil 95 (Kallem et al., 2013; Mottaghi et al., 2017) menyebutkan bahwa etiologi Obesitas dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor langsung dan tidak langsung. Faktor penyebab langsung antara lain

a. Akitifitas

Ketidakseimbangan aktifitas fisik menyebabkan obesitas pada anak. Studi yang dilakukan oleh A. et al., (2013) dan Reilly (2008) bahwa anak minimal melakukan aktivitas sedang selama 30-60 menit dalam sehari untuk tercapainya keseimbangan metabolisme lemak dan karbohidrat. Adapun yang termasuk aktifitas fisik sedang adalah bersepeda, jalan cepat, bersepeda, berenang

b. Genetik

Obesitas pada anak memiliki hubungan erat dengan faktor DNA yang dibawa oleh orang tua. Orang tua dengan berat badan normal cenderung memiliki anak obesitas sebesar 10%, sedangkan apabila salah satu orang tua memiliki berat badan gemuk cenderung menurunkan anak obesitas sebesar 40-50% dan apabila kedua orang tua gemuk memiliki kecenderungan melahirkan anak obesitas sebesar 70%-80%. Studi yang dilakukan León-Mimila et al., (2013) dan Henuhili, (2010) menyatakan bahwa gen yang bertanggung jawab pada insiden obesitas pada anak adalah gen FTO (*Fat Mass Obesity*), gen INSIG2 (*Insulin- Induced gen 2*), gen ob (Obesitas) dan gen db (*diabetic*). INSIG2 bertugas menghambat asam lemak dan kolesterol yang menyebabkan penimbunan lemak dalam tubuh sedangkan FTO yang terletak di hipotalamus bekerja untuk mengatur rasa lapar. Gen ob bertugas untuk memproduksi hormon leptin yang bekerja sebagai pengontrol nafsu makan dan membakar lemak. Gen db berperan dalam produk reseptor leptin, adanya gangguan pada gen ini menyebabkan tidak aktifnya hormon leptin yang mengakibatkan obesitas

c. Pola makan atau asupan

Ketidakseimbangan konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, lemak

dan gula dengan aktifitas fisik dapat memicu terjadinya obesitas. Selain asupan faktor pola makanan merupakan salah satu penyumbang terjadinya obesitas antara lain makan tergesa-gesa, *fast food*, dan kebiasaan mengemil serta tidak adanya kebiasaan sarapan ((Tester et al., 2018; Thibault et al., 2013)

d. Obat- obatan

Hasil penelitian yang dilakukan León-Mimila et al., (2013) menyatakan bahwa obat- obatan yang dapat meningkatkan obesitas antara lain obat antidepresan. Antidiabetes type 2 dan steroid.

e. Hormonal

León-Mimila et al., (2013) menjelaskan melalui penelitiannya bahwa hormon yang bertanggung jawab memicu obesitas adalah endokrine jenis leptin, ghrelin, GLP-1, PYY, dan insulin. Sedangkan faktor penyebab tidak langsung antara lain

a. Pengaturan makanan

Orang tua atau pengasuh memiliki aturan tersendiri dalam hal makan. Kemampuan pengaturan makanan mempengaruhi kejadian obesitas pada anak (Svensson et al., 2011). Kebiasaan orang Indonesia menjadwalkan makan 3 x sehari dengan komposisi 4 sehat 5 sempurna. Komposisi ini terdiri dari nasi, lauk, sayur, buah dan ditambah susu. Namun, ketika anak memakan makan sejenis roti maka belum dikatakan makanan sehat yang mengandung 4 sehat 5 sempurna (Cachelin & Thompson, 2013; Keane, Kearney, Perry, Kelleher, & Harrington, 2014) menyatakan bahwa pengaturan makanan oleh ibu dan pengasuh cenderung mempengaruhi pola makan anak, sehingga cenderung memicu obesitas apabila pengaturan makan tidak diiringi oleh pengetahuan tentang kebutuhan makan yang sesuai dengan usia dan IMT

b. Pengetahuan

Pengetahuan didefinisikan sebagai hasil dari penginderaan oleh suatu objek . Pengetahuan tentang pengaturan diet, pengaturan tentang faktor penyebab obesitas, pengetahuan tentang berat badan, IMT dan kriteria obesitas berkorelasi secara signifikan terhadap obesitas pada anak ((Birch & Ventura A, 2009; Thibault et al., 2013).

Persepsi Respon psikologi sebagai bentuk penerimaan stimulus kedalam panca indera. Respon ini bisa berupa kemampuan berfikir, perasaan dan pengalaman- pengalaman dalam studi literatur menyatakan bahwa 87, 5 % obesitas dipengaruhi oleh persepsi yang salah dari orang tua atau pengasuh. Sebagai contoh persepsi tentang IMT, pengaturan makan dan persepsi tentang dampak buruk obesitas (Moore, Harris, & Bradlyn, 2012).

c. Triple C parenting

Triple C parenting merupakan singkatan dari *Communication and Counseling Child* yang difokuskan pada obesitas yang terjadi pada anak usia 3- 5 tahun yang dilaksanakan dalam bentuk *parenting* (pembinaan dan pendampingan). Komunikasi yang dimaksud dalam triple C parenting/pengasuhan adalah komunikasi teraupetik yang memiliki batasan keterlibatan hubungan antara klien dengan tenaga kesehatan dengan melibatkan aspek biologis, psikologis yang bertujuan untuk memecahkan masalah pasien. Adapun komponen dari komunikasi teraupetik adalah berorientasi pada permasalahan klien, menghormati klien sebagai pribadi yang utuh, melibatkan klien dalam memecahkan masalah, menghargai setiap keputusan yang diambil klien, mengetahui peran diri, menggunakan pendekatan psikologi sebagai induksi teraupetik (Brownie, Scott, & Rossiter,

2016). Batasan konseling adalah bentuk pelayanan yang berupa penyediaan bimbingan, dukungan, rujukan untuk tercapainya pengembangan diri yang optimal dan mengatasi hambatan pribadi. Konseling memiliki 8 asas antara lain keterbukaan, keterpaduan, keinginan, kerahasiaan, kekinian, kegiatan, kemandirian dan keinginan (Kalavainen, Korppi, & Nuutinen, 2011; Kallem et al., 2013) Oleh sebab itu dengan adanya triple c parenting diharapkan mampu merubah persepsi pengasuh tentang obesitas ini sehingga memiliki konstruk health belief model dalam berperilaku kesehatan. Solhi, Zadeh, & Zadeh, (2010) menjelaskan bahwa *health belief model* merupakan bagian individu yang berisi tentang keyakinan dan persepsi seseorang untuk menentukan perilaku kesehatan. Ranah HBM meliputi 6 dimensi antara lain dimensi kerentanan (*susceptibility*) yang tertuju pada persepsi individu pada resiko penyakit. Ranah ini meliputi penerimaan diagnosa, kepekaan kondisi secara umum serta terkadinya pengulangan kepekaan. Dimensi kedua dari HBM adalah keseriusan yang dirasa (perceived severity atau sebagai resiko ancaman sebagai konsekuensi terhadap kondisi kesehatan misalnya kematian, kecacatan, pengaruh pada pekerjaan, keluarga dan sosial. Dimensi ketiga adalah kebermanfaatan (*perceived benefits*). Dimensi ini menjelaskan tentang kebermanfaatan upaya kesehatan yang direkomendasikan. Dimensi ke empat adalah *perceived barriers* atau hambatan dalam perubahan perilaku misalnya efek samping, ketidakpastian, gugup dan tidak senang. Dimensi kelima adalah health motivation yang merupakan suatu bentuk dorongan individu untuk

selalu hidup sehat. Dimensi keenam adalah isyarat berperilaku (*cues to action*) yang terdiri dari faktor internal dan eksternal misalnya pesan media, pergaulan, pengasuhan, sosial budaya, ekonomi, nasehat, lingkungan keluarga sehingga menstimulasi keyakinan untuk merubah perilaku (Villar et al., 2017; Zare et al., 2016)

METODE PENELITIAN

Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian quasy eksperimen dengan non equivalen desain grup. Sampling yang digunakan adalah *purposive* sampling dengan kriteria pengasuh anak usia 3-5 tahun yang menderita obesitas ringan sedang, rendah, selain orang tua (Nenek, Baby sitter, Saudara, tetangga) jenis kelamin laki- laki, dan perempuan, memiliki pengalaman mengasuh anak 3 - > 6 tahun. Ukuran sample menggunakan *rule of thumb* yang berarti peneliti menggunakan batasan konvensional untuk pengambilan sample. Jumlah sample 30 responden sebagai kelompok perlakuan dan 30 responden sebagai kelompok kontrol. Instrumen yang digunakan untuk mengukur persepsi adalah kuesioner persepsi yang telah divalidasi dan uji reliability. Uji analisis menggunakan mann whitney dengan $p < 0.05$

HASIL PENELITIAN

a. Karakteristik responden

Tabel 1 Karakteristik responden

No	Karakteristik responden	N	%
1	Pengasuh	N	
	Tetangga	14	22,2
	Pembantu	28	44,4
	Kerabat dekat (nenek, saudara)	18	28,6

2	Pengalaman mengasuh		
	3 tahun	27	42,9
	3-6 tahun	17	27,0
	>6 tahun	16	28,6
3	Tingkat pendidikan		
	SD	12	19
	SMP	24	38,1
	SMA	24	38,1
4	Tingkat pengetahuan		
	Rendah	22	34,9
	Sedang	28	44,4
	Tinggi	10	15,9
5	Lama mengasuh		
	6 jam	15	23,8
	12 jam	24	38,1
	24 jam	21	25,4

Tabel 1 mnenggambarkan bahwa sebagian besar responden adalah pembantu/ asisten rumah tangga yaitu sebesar 44,4% yang memiliki pengalaman mengasuh 3 tahun sebesar 42,9% dengan tingkat pendidikan rata – rata SMP dan SMA. Tingkat pengetahuan tentang obesitas dini pada tingkat sedang yaitu sebesar 28% sedangkan lama mengasuh anak sebagian besar mengasuh selama 12 jam

b. Distribusi nilai rata – rata/ median persepsi-parenting

Tabel 2 Nilai median persepsi-parenting

Persepsi	Parenting	
	Yes	No
Median	3.00	1,00
Variance	0.17	0.20
Minimum	2.00	1.00
Maksimum	3.00	2.00
Mean	2.80	1.26

Tabel 2 menjelaskan bahwa nilai median dan mean pada kedua

kelompok memiliki perbedaan setelah diberikan triple c parenting. Nilai mean pada kelompok kontrol sebesar 1.26 dan nilai median sebesar 1.00, namun setelah diberikan triple c parenting nilai mean sebesar 2.80 dan nilai median sebesar 3.00

c. Normality test dengan kolmogorv smirnov

Hasil uji normalitas $p= 0.001$ yang berarti data tidak berdistribusi normal yang merupakan syarat terpenuhinya menggunakan uji mann whitney

d. Hasil Uji homogenitas variance

Hasil uji homogenitas pada based on mean untuk uji levene dengan nilai $p = 0,231$ yang berarti tidak ada perbedaan variasi antar kelompok 1 dan kelompok 2 (homogen). Hal ini berarti data telah memenuhi syarat uji mann whitney

e. Hasil uji mann whitney

Berdasarkan uji analisis mann whitney diperoleh nilai Asimp Sig (2-tailed) $p= 0.001$ yang berarti ada perbedaan bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol setelah mendapatkan triple-c parenting

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil uji analisis mann whitney diperoleh Asimp.sig (2 tailed) $p= 0.001$ yang berarti ada perbedaan bermakna antara kelompok yang diberikan triple c parenting dengan kelompok yang tidak diberikan triple c parenting. Hal ini dikarenakan triple c parenting merupakan metode pendekatan komunikasi, konseling dan pendampingan yang efektif mampu menumbuhkan keyakinan, motivasi serta merubah persepsi responden tentang obesitas dini pada anak usia 3-5 tahun sehingga pada diri responden terbentuk *health belief model*.

Komunikasi theraphetik dan persepsi

Komunikasi therapeutik merupakan komunikasi yang telah direncanakan dan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dengan tujuan menyelesaikan masalah kesehatan klien (Eva jackson) Komunikasi ini memiliki karakteristik tertentu antara lain keikhlasan, kejujuran, berpikiran positif, , kehangatan, peka terhadap perasaan klien dan emphati. Karakteristik inilah yang dapat memberikan rasa penerimaan, penghargaan diri klien, kepercayaan, keyakinan akan keberhasilan, fokus pada permasalahan klien serta mampu memberikan solusi pada permasalahan klien. Dengan demikian komunikasi theraphetik merupakan salah satu faktor eksternal yang berupa informasi khusus tentang obesitas dini pada anak dan faktor personal persepsi yang berupa motivasi, pengalaman dan kepribadian dari tenaga kesehatan yang ditransformasikan pada klien untuk terbentuknya persepsi yang baik. Pendapat ini didukung oleh penelitian Chen, Binns, Maycock, Zhao, & Liu, (2014) bahwa kemampuan tenaga kesehatan dalam berkomunikasi dapat meningkatkan pengetahuan sehingga merubah persepsi yang adaptif tentang status obesitas.

Kehangatan dalam komunikasi theraphetik dapat menstimulasi hubungan saling percaya antara klien dengan tenaga kesehatan, menentukan tujuan serta dapat mengidentifikasi permasalahan utama pada klien Emphati pada komunikasi theraphetik berfungsi sebagai pemberi dukungan terhadap apa yang dirasakan klien, sehingga klien termotivasi untuk merubah persepsi dan perilaku. Pendapat ini sejalan dengan teori health belief model dalam ranah health motivation. Health Motivatian dalam

teori tersebut menjelaskan bahwa konstruk persepsi berkembang karena adanya motivasi dan *health value* sehingga individu selalu mengontrol kondisi kesehatannya melalui komunikasi dengan tenaga kesehatan. Komunikasi teraupetik memiliki karakter berpikir positif. Berpikir positif terhadap lawan bicara akan memicu pola pikir positif yang kita berikan sehingga membentuk self efficacy atau keyakinan dan pada akhirnya merubah persepsi. Pikiran positif ini bisa berbentuk isyarat atau perilaku individu komunikator (tenaga kesehatan) yang dapat ditiru oleh klien. Moore et al., (2012) menjelaskan bahwa *cues to action* pada teori health belief model dalam bentuk isyarat atau perilaku yang mudah ditiru mampu merubah persepsi sebagai pedoman dalam berperilaku sehat. Pendapat ini sesuai dengan penelitian Cubaka, Schriver, Cotton, Nyirazinyoye, & Kallestrup, (2018) yang menyatakan bahwa interaksi tenaga kesehatan dalam bentuk komunikasi dapat memberikan harapan, perubahan persepsi, menentukan kebutuhan klien, emosi yang stabil, peningkatan pengetahuan, dan perilaku yang adaptif. Hal yang sama dijelaskan penelitian Gunnarsdottir, Njardvik, Olafsdottir, Craighead, & Bjarnason, (2011)) bahwa isyarat, keyakinan, kemampuan komunikasi tenaga kesehatan mampu meningkatkan motivasi serta meningkatkan pengetahuan, sikap, persepsi dan perilaku kesehatan pada pasien perokok dan kanker

Konseling dan persepsi

Konseling berorientasi pada keberagaman klien, berfokus pada masalah klien beserta perkembangannya, informatif, dan menjadikan individu efektif dan efisien dalam pemecahan masalah. *Attending*

skill dan *feel reflektion* yang dimiliki konselor menentukan kondisi awal pelaksanaan konseling. Skill ini terdiri dari emphati, menghargai perasaan klien dan respon terhadap permasalahan klien Kalavainen et al., (2011) Berdasarkan Health belief Model, *attending skill* merupakan ranah *cues in action* yang berupa isyarat, personal individu yang dapat memberikan self efficacy sehingga klien menghapus persepsi dan perilaku yang maladaptif. Pendapat ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Kalleem et al., (2013). Hasil diatas senada dengan hasil Villar et al., (2017) yang menyimpulkan bahwa dengan konseling mampu merubah persepsi ibu hamil paritas primigravida sehingga mampu membuat keputusan pada saat menjelang persalinan

Triple C Parenting dengan persepsi

Triple C parenting merupakan metode pendekatan yang memiliki unsur komunikasi therapeutik, konseling dan pendampingan yang dirangkum dalam bentuk seminar, workshop dan pendampingan klien. Metode ini berperan dalam mengubah persepsi mal adaptif menjadi persepsi yang adaptif. Komunikasi therapeutik merupakan bentuk komunikasi yang memiliki keunggulan kehangatan, asertif dan keterbukaan dapat meningkatkan kenyamanan, keyakinan klien untuk mengutarakan masalah yang dialaminya, sedangkan dengan konseling petugas kesehatan mampu mendalami permasalahan dan mampu menyelesaikan masalah sesuai dengan kemampuan klien. Pendampingan klien selama 1- 3 bulan mampu menjalin kedekatan secara psikologis sehingga klien merasa tidak sendiri menghadapi permasalahan. Dengan demikian triple c parenting tidak hanya mampu merubah persepsi tetapi sekaligus

mampu merubah perilaku mal adaptif menjadi adaptif.

SIMPULAN

Ada perbedaan persepsi yang bermakna antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol setelah mendapatkan triple c parenting. Hal ini disebabkan karena triple c parenting merupakan pendekatan yang memadukan komunikasi theaphetik , konseling seta pendampingan yang berfokus pada masalah obesitas dini sehingga merubah persepsi maladaptif menjadi persepsi adaptif . Dengan demikian klient memiliki keyakinan dalam menentukan perilaku kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- A., D.-K., H., K. T., O., A., Dulin-Keita, A., Kaur Thind, H., Affuso, O., & Baskin, M. L. (2013). The associations of perceived neighborhood disorder and physical activity with obesity among African American adolescents. *BMC Public Health, 13*, 440. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med1&NEWS=N&AN=23642107%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=23642107>
- Amro, A., Euro, S., & Wpro, E. (2017). Taking Action on Childhood Obesity, 1–8.
- Birch, L., & Ventura A. (2009). Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity*. Retrieved from <http://search.proquest.com.ezproxy.emich.edu/docview/219279356?pq-origsite=summon>
- Brownie, S., Scott, R., & Rossiter, R. (2016). Therapeutic communication and relationships in chronic and complex care. *Nursing Standard, 31*(6), 54–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e9847>
- Cachelin, F. M., & Thompson, D. (2013). Predictors of maternal child-feeding practices in an ethnically diverse sample and the relationship to child obesity. *Obesity, 21*(8), 1676–1683. <https://doi.org/10.1002/oby.20385>
- Chen, S., Binns, C. W., Maycock, B., Zhao, Y., & Liu, Y. (2014). Chinese mothers' perceptions of their child's weight and obesity status. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 23*(3), 452–458. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2014.23.3.14>
- Cubaka, V. K., Schriver, M., Cotton, P., Nyirazinyoye, L., & Kallestrup, P. (2018). Providers' perceptions of communication with patients in primary healthcare in Rwanda. *Plos One, 13*(4), e0195269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195269>
- Gunnarsdottir, T., Njardvik, U., Olafsdottir, A. S., Craighead, L. W., & Bjarnason, R. (2011). The role of parental motivation in family-based treatment for childhood obesity. *Obesity, 19*(8), 1654–1662. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.59>
- Henuhili, V. (2010). Gen-gen Penyebab Obesitas dan Hubungannya dengan Perilaku Makan. *Prosiding Seminar Nasional Penelitian, Pendidikan Dan Penerapan MIPA, Fakultas MIPA, Universitas Negeri Yogyakarta*, 170–173.
- Kalavainen, M., Korppi, M., &

- Nuutinen, O. (2011). Long-term efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counselling. *International Journal of Obesity*, 35(4), 530–533. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.1>
- Kallem, S., Carroll-Scott, A., Gilstad-Hayden, K., Peters, S. M., McCaslin, C., & Ickovics, J. R. (2013). Children's Report of Lifestyle Counseling Differs by BMI Status. *Childhood Obesity*, 9(3), 216–222. <https://doi.org/10.1089/chi.2012.0100>
- Keane, E., Kearney, P. M., Perry, I. J., Kelleher, C. C., & Harrington, J. M. (2014). Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: A systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-974>
- Kemenkes RI. (2012). *Pedoman Pencegahan Dan Penanggulangan Kegemukan Dan Obesitas pada Anak Sekolah*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- León-Mimila, P., Villamil-Ramírez, H., Villalobos-Comparán, M., Villarreal-Molina, T., Romero-Hidalgo, S., López-Contreras, B., ... Canizales-Quinteros, S. (2013). Contribution of Common Genetic Variants to Obesity and Obesity-Related Traits in Mexican Children and Adults. *PLoS ONE*, 8(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070640>
- Moore, L. C., Harris, C. V., & Bradlyn, A. S. (2012). Exploring the relationship between parental concern and the management of childhood obesity. *Maternal and Child Health Journal*, 16(4), 902–908. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0813-x>
- Mottaghi, A., Mirmiran, P., Pourvali, K., Tahmasbpour, Z., & Azizi, F. (2017). Incidence and Prevalence of Childhood Obesity in Tehran, Iran in 2011. *Iranian Journal of Public Health*, 46(10), 1395–1403.
- National Heart Lung and Blood Institute, & National Institutes of Health (NIH) National Heart, Lung, and Blood Institute, N. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The Evidence Report, NIH Publication No. 98-4083. *WMJ Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 158(Suppl 2), 51S–209S. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.39>
- NoCenters for Disease Control and Prevention: About BMI for Children and Teens. [http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html]. Title. (n.d.).
- Oldroyd, J., Renzaho, A., & Skouteris, H. (2011). Low and high birth weight as risk factors for obesity among 4 to 5-year-old Australian children: Does gender matter? *European Journal of Pediatrics*, 170(7), 899–906. <https://doi.org/10.1007/s00431-010-1375-4>
- Papandreou, D., Malindretos, P., & Rousso, I. (2010). Risk factors for childhood obesity in a Greek paediatric population. *Public Health Nutrition*, 13(10), 1535–

1539.
<https://doi.org/10.1017/S1368980009993156>
- Reilly, J. J. (2008). Physical activity, sedentary behaviour and energy balance in the preschool child: Opportunities for early obesity prevention. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(3), 317–325. <https://doi.org/10.1017/S0029665108008604>
- Solhi, M., Zadeh, D., & Zadeh, S. (2010). The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education. *Iranian Journal of Public Health*, 39(4), 114–119.
- Svensson, V., Jacobsson, J. A., Fredriksson, R., Danielsson, P., Sobko, T., Schiöth, H. B., & Marcus, C. (2011). Associations between severity of obesity in childhood and adolescence, obesity onset and parental BMI: A longitudinal cohort study. *International Journal of Obesity*, 35(1), 46–52. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.189>
- Tester, J. M., Phan, T.-L. T., Tucker, J. M., Leung, C. W., Gillette, M. L. D., Sweeney, B. R., ... Eneli, I. U. (2018). Characteristics of children 2 to 5 years of age with severe obesity. *Pediatrics*, 141(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3228>
- Thibault, H., Carriere, C., Langevin, C., Déti, E. K., Barberger-Gateau, P., & Maurice, S. (2013). Prevalence and factors associated with overweight and obesity in French primary-school children. *Public Health Nutrition*, 16(2), 193–201. <https://doi.org/10.1017/S13689801200359X>
- Villar, O. A. E.-D., Montañez-Alvarado, P., Gutiérrez-Vega, M., Carrillo-Saucedo, I. C., Gurrola-Peña, G. M., Ruvalcaba-Romero, N. A., ... Ochoa-Alcaraz, S. G. (2017). Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC Public Health*, 17(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4150-x>
- Zare, M., Ghodsbin, F., Jahanbin, I., Ariaifar, A., Keshavarzi, S., & Izadi, T. (2016). The Effect of Health Belief Model-Based Education on Knowledge and Prostate Cancer Screening Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), 57–68. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4709816&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

EFEKTIFITAS TRIPLE C PARENTING TERHADAP PERSEPSI PENGASUH TENTANG OBESITAS DINI ANAK USIA 3-5 TAHUN

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

14%

INTERNET SOURCES

8%

PUBLICATIONS

8%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

3%

★ jurnal.untag-sby.ac.id

Internet Source

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off