

SYSTEMATIC REVIEW

Versi Bahasa

OPEN ACCESS

Hubungan *Maternal Dietary Diversity* terhadap *Minimum Acceptance Diet* pada Anak dalam Pencegahan Gizi Buruk di Negara Berkembang: *Systematic Review*

The Association between Maternal Dietary Diversity and Minimum Acceptance Diet on Toddlers to Prevent Undernutrition in Developing Countries: A Systematic Review

Dominikus Raditya Atmaka^{1*}, Fatqiatul Wulandari¹, Nandia Firsty Dhorta¹, Qonita Rachmah¹, Stefania Widya Setyaningtyas¹, Mahmud Aditya Rifqi¹, Rian Diana¹, Anisa Lailatul Fitria¹, Azizah Ajeng Pratiwi¹, Tiara Tivany Simangunsong¹, Nila Reswari Haryana², Aliffah Nurria Nastiti¹, Asri Meidyah Agustin¹

¹Departemen Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya, 60115, Indonesia

²Program Studi Gizi, Fakultas Teknik, Universitas Negeri Medan, Medan, 20221, Indonesia

INFO ARTIKEL

Received: 28-04-2023

Accepted: 15-01-2024

Published online: 08-03-2024

*Koresponden:

Dominikus Raditya Atmaka

dominikus.raditya@fkm.unair.ac.id

DOI:

10.20473/amnt.v8i1.2024.161-170

Tersedia secara online:

<https://e-journal.unair.ac.id/AMNT>

Kata Kunci:

Gizi Buruk, *Maternal Dietary Diversity*, *Minimum Acceptance Diet*, Gizi Anak

ABSTRAK

Latar Belakang: *Minimum Acceptance Diet* (MAD) pada anak memiliki peranan penting dalam pencegahan risiko gizi buruk. MAD pada anak sering dikaitkan dengan *Minimum Dietary Diversity* (MDD) pada ibu dikarenakan pola konsumsi Ibu berlanjut pada pola pemberian makan pada anak yang dilahirkan.

Tujuan: *Systematic review* ini bertujuan untuk menelaah hubungan antara MDD pada Ibu dan MAD pada anak, serta peranannya dalam pencegahan gizi buruk.

Metode: Artikel diseleksi menggunakan metode *The Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis* (PRISMA). Artikel diperoleh dari *Scencedirect*, *Medline*, dan *Embase* pada rentang waktu 2017-2022 tanpa data restriksi. Kosakata yang digunakan dalam pencarian adalah "*Maternal Dietary Diversity*" dan "*Minimum Acceptable Diet*", dan gizi buruk, dan hanya diteliti artikel dalam Bahasa Inggris. Matrikulasi tabel dilakukan untuk memperoleh gambaran hubungan MDD pada ibu dan MAD anak dalam pencegahan gizi buruk.

Ulasan: Penelitian dari 7 studi terpilih dilakukan di 5 negara berkembang dengan tingkat kerawanan pangan yang tinggi. Sampel diperoleh sebesar 167 hingga 10.291 anak berusia 6-59,9 bulan. 6 studi menunjukkan tingkat kerawanan pangan daerah yang diteliti. 4 dari 7 studi menunjukkan hasil yang signifikan antara MDD pada Ibu dengan MAD dan gizi buruk pada anak. Terdapat hubungan yang signifikan antara ketahanan pangan keluarga, keragaman pangan ibu, dengan *outcome* praktik pemberian makan anak dan insidensi gizi buruk.

Kesimpulan: MDD Ibu memiliki peran signifikan terhadap MAD pada anak dan dapat menjadi salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya gizi buruk, utamanya di negara berkembang yang tinggi rawan pangan.

PENDAHULUAN

Permasalahan gizi buruk masih menjadi salah satu masalah terkait gizi terbesar di Indonesia. Berdasarkan data Survei Status Gizi Balita Indonesia, diketahui 27,67% anak Indonesia mengalami *stunting*, 7,44% anak mengalami *wasting*, dan 16,29% anak mengalami masalah gizi kurang¹. Masalah gizi buruk pada anak terutama *stunting* disebabkan karena beberapa hal diantaranya rendahnya asupan makan anak, penyakit katabolisme, kerawanan pangan keluarga, lingkungan tempat tinggal yang tidak bersih, sanitasi yang buruk, pelayanan kesehatan yang kurang, dan rendahnya pengetahuan orang tua terkait praktik pemberian makan untuk anak²⁻⁴.

Melihat tingginya masalah gizi pada anak usia dibawah 5 tahun, WHO dan UNICEF membuat indikator untuk menganalisis praktik pemberian makan untuk anak dan bayi (*Infant and Young Child Feeding / IYCF*). Adapun indikator yang dibuat meliputi 9 hal, salah satunya adalah MAD MAD meliputi dua indikator utama yang menunjukkan apakah diet yang diberikan pada anak sudah mencukupi atau belum, yakni MDD dan *Minimum Meal Frequency* (MMF). MDD mengukur kemampuan anak untuk mendapatkan lebih dari 5 jenis golongan makanan setiap harinya sedangkan MFF mengukur apakah anak mendapatkan makanan yang memenuhi sejumlah kriteria yang berbeda untuk setiap golongan usia dan status (Air Susu Ibu) ASI eksklusif³⁻⁵. Anak yang

mendapatkan makanan yang beragam dan diberikan makanan yang memenuhi frekuensi minimal dikatakan memenuhi MAD. Hingga saat ini diketahui secara global, baru 15,9% anak di dunia yang berhasil mencapai MAD^{6,7}. Sedangkan di Indonesia sendiri diketahui pencapaian MAD untuk anak usia 6-23 bulan sekitar 40,3% di tahun 2017 dengan proporsi terkecil pada usia 6-11 bulan di angka 33,8% dan meningkat seiring penambahan usia anak⁸⁻¹¹.

Rendahnya angka ketercapaian MAD di Indonesia diketahui memiliki hubungan dengan sejumlah faktor diantaranya faktor sosial ekonomi keluarga, tingkat kesejahteraan keluarga, jumlah anak, tingkat pengetahuan ibu, paparan terhadap media, pekerjaan orang tua, dan lainnya¹²⁻¹⁵. Salah satu faktor yang mempengaruhi MAD pada anak yang perlu disoroti adalah faktor gizi ibu. Berdasarkan penelitian Marshall (2022) diketahui jumlah dan keragaman makanan yang dikonsumsi ibu sebelum dan selama hamil dan menyusui berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak¹⁶. *Maternal Dietary Diversity* (MDD) atau keragaman makanan ibu saat hamil dan menyusui merefleksikan makanan yang akan diberikan kepada anak. Ibu yang memiliki MDD lebih rendah diketahui berkontribusi pada gizi anak yang lebih buruk¹⁷. Melihat kemungkinan gizi buruk terjadi karena keragaman makanan ibu yang kurang membutuhkan analisis yang lebih dalam untuk melihat kaitan antara MDD ibu dan MAD pada anak. Untuk itu *systematic review* ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara MDD ibu dan MAD anak sebagai langkah untuk mencegah kejadian gizi buruk pada anak.

METODE

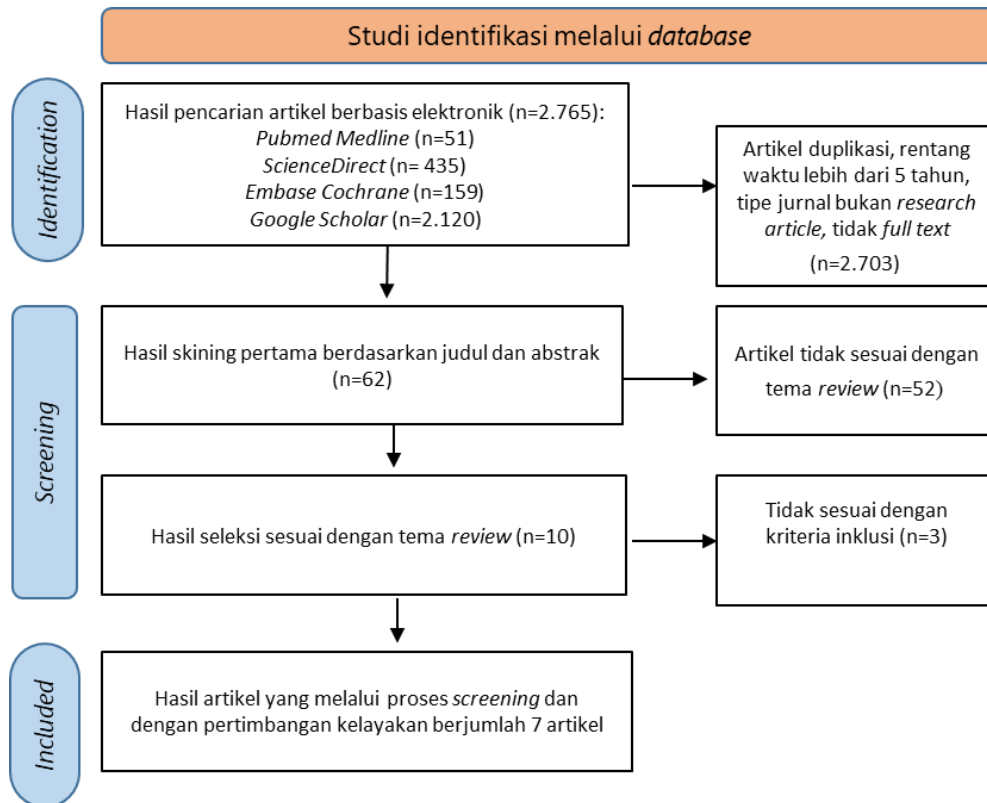
Penelitian ini berbentuk *systematic review* dengan membandingkan sejumlah penelitian observasional kuantitatif yang dilakukan pada sejumlah negara. Adapun metode analisis *systematic review* berlandaskan pada protokol *The Preferred Reporting*

Items for Systematic Review and Meta Analysis (PRISMA). Adapun kriteria inklusi pemilihan artikel yang dilibatkan dalam penelitian diantaranya menggunakan subyek berusia 0-59 bulan, mendapatkan data pertumbuhan anak dan kerawanan pangan keluarga, menilai MDD ibu dan MAD anak. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian adalah menggunakan subyek penelitian dengan penyakit penyerta, *inborn metabolic errors*, memiliki kelainan kejiwaan, dan tidak diketahui dengan jelas metode penilaian MDD ibu dan MAD anak, tidak sesuai dengan karakteristik populasi yang telah ditetapkan, melakukan intervensi, tidak menghubungkan antara MDD ibu dan MAD anak, dan berasal dari *proceeding* atau karya ilmiah disertasi dan tesis untuk memperoleh gelar akademis.

Pencarian artikel dibatasi hanya dengan menggunakan artikel observasional (bukan artikel yang memberikan perlakuan intervensi), telah melalui review mendalam oleh reviewer jurnal, dipublikasikan dalam bahasa inggris dalam rentang tahun 2017 sampai 2022 (5 tahun), dapat diakses secara penuh, dapat diakses gratis, dan bukan merupakan artikel review. Artikel yang tidak lengkap (hanya menampilkan abstrak saja atau ada bagian yang terpotong) dikeluarkan dari proses review. Database yang digunakan untuk proses pencarian artikel adalah Scencedirect, Embase, Medline, dan diverifikasi pada Google Scholar. Artikel yang telah dikumpulkan dilakukan pemeriksaan jika terdapat duplikat dan artikel yang tidak lengkap. Proses seleksi dan review dilakukan oleh tiga orang peneliti secara independen dan penilaian artikel dilakukan berdasarkan kriteria *Cochrane Risk of Bias Tool* mengikuti kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan. Setelah dilakukan proses screening, diketahui terdapat 7 artikel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dan dilanjutkan dalam proses critical appraisal dan ekstraksi data yang meliputi penulis pertama, tahun publikasi, negara penelitian, desain studi, subyek studi, ketahanan pangan (*food security*), MDD pada ibu, dan MAD pada anak, prevalensi gizi buruk, dan hasil penelitian.

Tabel 1. Kata kunci pencarian literatur

Database Jurnal	Kata Kunci Pencarian	Jumlah
Scencedirect	<i>maternal dietary diversity and minimum acceptable diet</i>	435
Medline	<i>maternal dietary diversity and minimum acceptable diet</i>	51
Embase Cochrane	<i>maternal dietary diversity and minimum acceptable diet</i>	159
Google Scholar	<i>maternal dietary diversity and minimum acceptable diet</i>	2120



Gambar 1. Diagram alir PRISMA

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pencarian dan seleksi, terpilih 7 artikel yang dilakukan critical appraisal. Ketujuh artikel tersebut berasal dari 5 negara yakni Ethiopia (2 studi), Bangladesh (2 studi), Timor Leste, Ghana, dan Mongolia. Adapun 100% subyek penelitian dari seluruh studi meliputi anak usia 6-23 bulan dan ibu balita usia 15-59 bulan. Rentang jumlah subyek studi antara 167-10.291 anak. Desain penelitian 100% merupakan penelitian observasional yang 6 diantaranya merupakan penelitian yang menggunakan data berskala nasional di negara tersebut.

Diantara kelima negara yang masuk dalam review ini, diketahui Timor Leste memiliki kerawanan pangan terendah dengan persentase 26,6% menurut penelitian Bonis-Profumo (2020) dan negara dengan kerawanan

pangan tertinggi adalah Mongolia dengan persentase 63,4% menurut penelitian Janmohamed (2017)¹⁸⁻²⁰. Keamanan pangan rumah tangga diketahui memberikan akses sumber daya yang memadai untuk setiap anggota keluarga. Penelitian Osei (2010) menunjukkan ketidaktahanan pangan dalam rumah tangga akan memberikan efek yang berbeda pada MMF, MDD, dan MAD anak²¹. Hal ini didukung penelitian Humphries (2015) menemukan bahwa keamanan pangan rumah tangga berkaitan dengan antropometri anak dibawah 5 tahun karena menentukan kualitas dan kuantitas diet anak²². Sehingga diketahui kerawanan pangan memberikan efek negatif pada penurunan MMF, MDD, dan MAD anak sehingga menyebabkan pertumbuhan anak menjadi tidak maksimal.

Tabel 2. Data keamanan pangan penelitian

Studi	Food secure (%)	Food insecure (mildly, moderate, severe) (%)
Choudhury et al., 2016	48,1	51,9
Sunny S. Kim et al., 2016	51,9	53,7
Agbadi et al., 2017	63,9	36,1
Hasan et al., 2017	47,0	53,0
Janmohamed et al., 2018	36,6	63,4
Kuche et al., 2018	66,6	33,4
Bonis-Profumo et al., 2020	73,4	26,6

MDD secara signifikan berkorelasi terhadap kemungkinan ibu memberikan makanan pendamping ASI yang adekuat untuk anak. MDD ibu saat pengasuhan anak menggambarkan MDD ibu yang sama ketika hamil. Jika MDD ibu diketahui buruk, maka menggambarkan pula output kehamilan dan pertumbuhan anak. Anak yang

mengalami gizi buruk diketahui berkaitan dengan Konsumsi makanan ibu yang kurang saat hamil dan terbawa hingga ibu menyusui dan memberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI) untuk anak¹⁷. Berdasarkan penelitian Ghana²³, diketahui MDD berkorelasi positif terhadap MAD yang inadkuat pada

anak dan secara konsisten mendukung penelitian di Sub Sahara Afrika, Asia Selatan dan Asia Timur, dan Amerika Latin²⁴⁻²⁶.

MDD ibu yang baik berasosiasi dengan prevalensi kejadian gizi buruk anak yang lebih rendah. Berdasarkan hasil penelitian di Bangladesh diketahui semakin buruk keragaman makanan ibu, maka dapat mendukung terjadinya gizi buruk pada anak karena hal ini berkorelasi dengan buruknya kualitas dan kuantitas gizi yang diberikan pada anak sejak ibu hamil hingga balita²⁷.

Faktor ibu memegang peranan sangat penting dalam pengasuhan dan pemberian makan pada anak. Hal ini sangat terkait dengan tingkat edukasi dan literasi ibu, keterpaparan ibu terhadap sumber informasi, dan dukungan sosial terhadap pola pengasuhan ibu dan pemberian makan pada anak. Semakin rendah pengetahuan ibu dan keinginan untuk mengubah keragaman makanannya, maka akan meningkatkan kejadian gizi buruk pada anak.

Tabel 3. Karakteristik studi terpilih

Penulis, Lokasi Penelitian, Tahun	Subyek Penelitian	Desain Penelitian	n Stunting/Wasting	Tingkat Kerawanan Pangan	MDD pada Ibu	MAD pada anak	MAD dan Gizi buruk	Hasil Penelitian
Choudhury et al. Bangladesh 2016 ²⁸	10.291 anak <2 tahun	Cross-sectional survey melalui Food Security Nutritional Surveillance Project (FSNSP)	3168 (30,95%)	- Food secure = 4952 (48,12%) - Mildly food insecure = 513 (4,98%) - Moderately food insecure = 432 (4,2%) - Severely food insecure = 4395 (42,7%)	MDD keseluruhan 54,6%	- MAD Keseluruhan = 30,85% - 6–8 bulan = 153 (11,5%) - 9–23 bulan = 2165 (35,64%) - 6–23 bulan tanpa ASI = 87 (22,31%)	MAD terhadap wasting pada anak usia 6-11 bulan p=0,012, anak usia 12-23 bulan p=0,003	Child dietary diversity anak terhadap wasting usia 6-11 bulan berhubungan signifikan (p=0,012), OR 1,47. Child dietary diversity anak terhadap wasting usia 12-23 bulan berhubungan signifikan (p=0,003), OR 1,22. Terdapat hubungan yang signifikan antara MAD anak dengan gizi buruk pada kedua kelompok usia
Sunny S., Kim et al. Ethiopia 2016 ²⁹	900 anak usia 6-23,9 bulan, 1500 anak usia 24-59,9 bulan (2400 anak usia kurang dari 5 tahun)	Cross-sectional berulang melalui program Alive & Thrive (A&T) Ethiopia	- 2010 = 55,9% - 2014 = 51,5%	Household food insecurity, % anak 0-23,9 bulan: 2010 = 64,7 2014 = 51,9 HH food insecurity, % anak 24-59,9 bulan: 2010 = 66,3 2014 = 53,7	Dietary diversity score (range 0–9) ibu dengan anak 0-23,9 bulan: 2010 = 2,7 ± 1,5 2014 = 3,1 ± 1,5 Dietary diversity score (range 0–9) Ibu dengan anak 24-59,9 bulan: 2010 = 2,8 ± 1,4 2014 = 3,1 ± 1,4	MDD usia 6–23,9 bulan 2010 = 6,3% 2014 = 11,8% MMF usia 6-23,9 bulan 2010 = 45,6% 2014 = 70,4% MAD usia 6-23,9% 2010 = 4,6% 2014 = 9,9%	MAD anak terhadap gizi buruk p<0,05	Terdapat hubungan yang signifikan antara MAD anak terhadap pertumbuhan anak dan praktik pemberian MPASI pada anak = adjusted T ₂ -T ₁ p<0,05
Agbadi et al. Ghana 2017 ²³	871 anak usia 6-23 bulan	Cross sectional data sekunder Ghana 2012 Feed the Future Population Baseline Survey	-	Little to no hunger (food secure) = 63,9% Moderate hunger (food insecure) = 35,6% Severe hunger (food insecure) = 0,6%	Kebanyakan Ibu mengonsumsi daging dan ikan (78,6%), tetapi sebagian kecil mengonsumsi jenis makanan lain (6%-50,4%)	MAD anak usia 6-11 bulan (reference) p<0,001 MAD anak usia 12–17 bulan p=0,18, OR = 0,55 MAD anak usia 18-23 bulan P<0,001, OR = 0,29	MAD anak terhadap gizi buruk p<0,05	Terdapat hubungan yang signifikan antara MAD anak terhadap gizi buruk

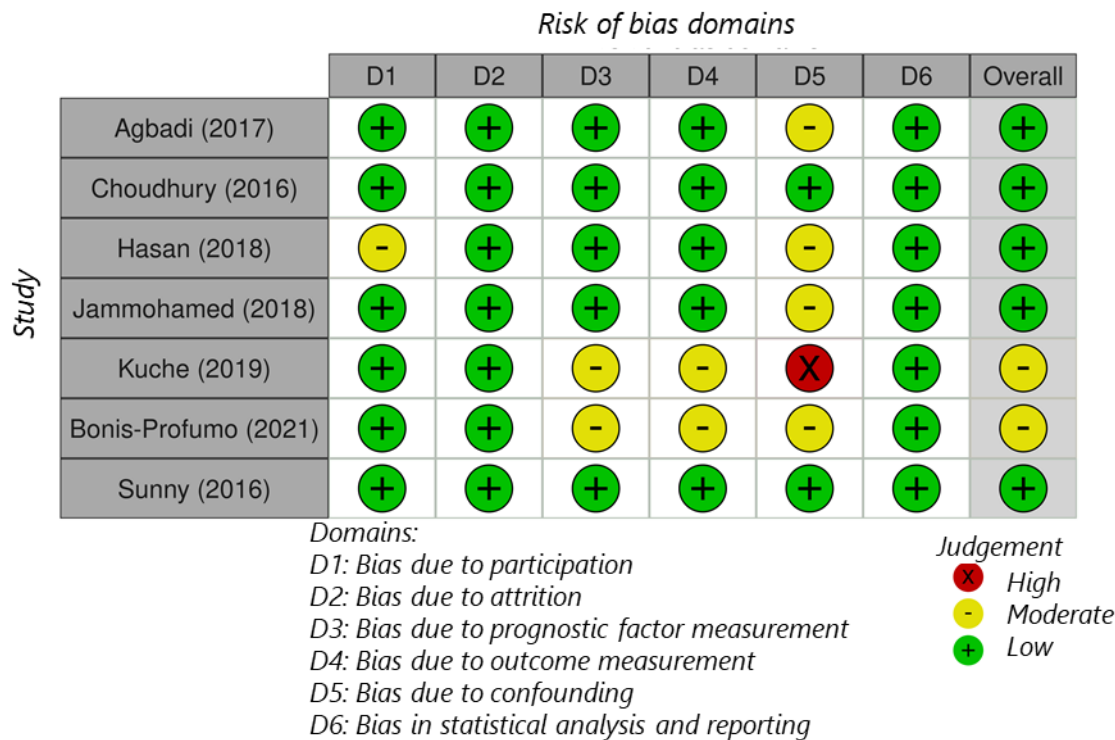
Penulis, Lokasi Penelitian, Tahun	Subyek Penelitian	Desain Penelitian	n Stunting/Wasting	Tingkat Kerawanan Pangan	MDD pada Ibu	MAD pada anak	MAD dan Gizi buruk	Hasil Penelitian
Hasan et al. Bangladesh 2017 ²⁷	296 anak berusia <2 tahun	Case control Kasus pada Dhaka Hospital of ICDDR	Case = -2,71 ± 0,51 Control = -0,13 ± 0,72 p<0,001	-	Case = 4,23 ± 0,31 (58% ibu mengonsumsi <5 kelompok pangan) Control = 4,89 ± 0,29 (45% ibu mengonsumsi <5 kelompok pangan)	MDD Case = 7% Control = 16% MMF Case = 56% Control = 68% MAD Case = 4% Control = 11%	MAD anak terhadap gizi buruk P=0,04 Adjusted OR = 1,72	MDD <5 kelompok pangan P=0,04, OR = 1,72 Anak yang mengonsumsi <5 kelompok pangan berisiko 1,72 kali gizi buruk dibandingkan anak yang mengonsumsi ≥5 kelompok pangan
Janmohamed et al. Mongolia 2018 ¹⁸	938 anak usia 6-23 bulan	Cross sectional data sekunder dari 2017 Mongolia National Nutrition Survey	58 (6,3%)	Food secure = 343 (36,6%) Mild food insecurity = 146 (15,5%) Moderate food insecurity = 257 (27,4%) Severe food insecurity = 192 (20,5%)	MDD-W keseluruhan 45%	MMF = 325 (90,5%) MDD = 162 (45,3%) MAD = 148 (41,2%)	Anak gizi buruk = adjusted T2-T1 p<0,05	Terhadap hubungan yang signifikan antara MAD anak dengan gizi buruk
Kuche et al. Ethiopia 2018 ³⁰	4.980 anak usia 0–47 bulan	Cross sectional data sekunder dari Sustainable Undernutrition Reduction in Ethiopia (SURE) baseline survey	-	Food insecurity score (HFIAS) (n = 1,667) P=0,04, OR= 0,98	Minimum dietary diversity-women (MDD-W) (n = 1,775)	Anak usia 6-23 bulan yang : Tidak mengonsumsi complementary food (hanya ASI) = 6% Mengonsumsi 1 jenis kelompok makanan = 16% Mengonsumsi 2 jenis kelompok makanan = 31,1% Mengonsumsi 3 kelompok makanan = 26,9% Mengonsumsi ≥4 kelompok = 19,5%	MAD anak (antara 4-7 kelompok pangan) terhadap gizi buruk P=0,06, OR= 0,42	MAD Ibu terhadap Gizi buruk P=0,79, OR= 0,01 MAD anak (antara 4-7 kelompok pangan) terhadap gizi buruk P=0,06, OR = 0,42 Anak yang mengonsumsi 4-7 kelompok pangan tidak memiliki hubungan signifikan terhadap gizi buruk

Penulis, Lokasi Penelitian, Tahun	Subyek Penelitian	Desain Penelitian	n Stunting/Wasting	Tingkat Kerawanan Pangan	MDD pada Ibu	MAD pada anak	MAD dan Gizi buruk	Hasil Penelitian
Bonis-Profumo et al. Timor Leste 2020 ¹⁹	167 ibu dan anak usia 6-59 bulan	A longitudinal observational study cohort	-	Moderate and severe = 22% Severe = 4,6%	DSS pada Ibu (mean,SD) = 3.1 (1.3%) MDD = 14,4%	DDS pada anak (mean SD) = 2.5 (1.3%) MDD = 22,2% MFF = 47,5% MAD = 9,1%	P<0,001 OR= 1,11	MDD (yes) Ibu terhadap DDS anak P<0,001, OR= 1,11 Anak yang tidak memenuhi MAD berisiko signifikan 1,11 kali lebih tinggi terhadap gizi buruk

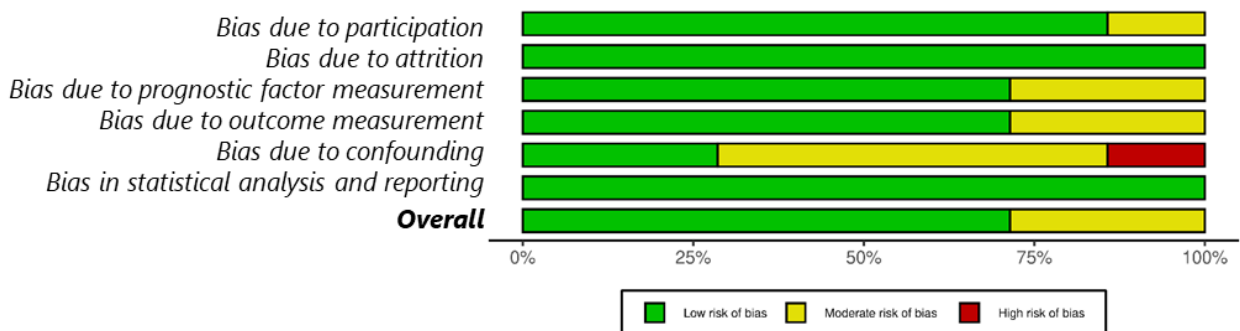
MAD: Minimum Acceptance Diets, MDD: Minimum Dietary Diversity, MDD-W: Minimum Dietary Diversity Women, MMF: Minimum Meal Frequency, OR: Odds Ratio, HH: House Hold, DDS: Dietary Diversity Score

Transisi dari ASI eksklusif ke MPASI menjadi tantangan yang seringkali sulit untuk diselesaikan oleh ibu. Ketidaksiapan ibu dalam memberikan MPASI yang memadai pada anak akan menyebabkan anak terlambat mendapatkan makanan pertamanya dan kecenderungan memberikan makanan yang tidak adekuat secara kuantitas dan kualitas untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak^{13,31-33}. Fakta mengenai keragaman makanan ibu yang baik berkaitan dengan keragaman makanan anak ini mengarahkan pada teori

yang menunjukkan bahwa ibu yang mengkonsumsi makanan yang beragam lebih memungkinkan untuk dapat memastikan makanan anaknya dengan lebih baik¹⁸. Hal ini didukung dengan fakta bahwa keragaman makanan ibu menentukan apa saja makanan yang disajikan untuk keluarga mengingat dalam lingkup keluarga makanan diletakkan di atas meja dan dimakan bersama. Sehingga jika keragaman makanan ibu tidak baik maka akan juga mencerminkan konsumsi makanan dalam keluarga tersebut³⁰.



Gambar 2. Grafik risiko bias pada studi yang diikuti dalam review



Gambar 3. Tabel risiko bias dari studi yang diikuti dalam review

Penelitian yang melibatkan hanya penelitian observasional yang sebagian besar berupa *cross sectional*. Hal ini menyebabkan analisis mendalam terkait hubungan antara faktor MDD dan MAD tidak bisa diterapkan karena tidak menganalisis faktor *confounding* lain seperti tingkat ekonomi/pekerjaan, level pendidikan, akses terhadap media, layanan kesehatan, dan faktor sosial. Beberapa studi memiliki jumlah sampel yang kecil sehingga tidak representatif terhadap populasi suatu negara secara *general*.

KESIMPULAN

Sejumlah penelitian terkait gizi dan ketahanan pangan telah menunjukkan hubungan yang signifikan antara ketahanan pangan keluarga dan outcome praktik pemberian makan anak. Hal ini sangat erat kaitannya dengan keragaman pangan di keluarga termasuk keragaman pangan ibu. Jika ibu tidak memiliki akses pangan yang memadai, maka akan berpengaruh terhadap keragaman asupan makanan ibu dan juga akan berpengaruh terhadap ketersediaan makanan untuk

anak. Hal ini tentu saja akan berpengaruh pada kecukupan makanan anak. Jika kecukupan makan pada anak tidak terpenuhi, maka secara langsung akan berdampak pada perlambatan pertumbuhan dan meningkatkan insidensi gizi buruk. Sebagai upaya pencegahan gizi buruk, maka dapat ditekankan kepada setiap keluarga untuk dapat meningkatkan ketahanan pangan rumah tangga supaya dapat meningkatkan keragaman konsumsi pangan ibu dan kecukupan makanan untuk anak sejak ibu hamil hingga anak usia 5 tahun. Untuk itu diperlukan dukungan langsung dari pemerintah dengan membuat kebijakan untuk meningkatkan ketahanan pangan keluarga dan memberikan intervensi khusus terutama untuk keluarga yang memiliki kerawanan pangan dalam rumah tangga.

ACKNOWLEDGEMENT

Penulis berterimakasih kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini dari Departemen Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga.

Konflik Kepentingan dan Sumber Pendanaan

Semua penulis tidak memiliki conflict of interest terhadap artikel ini. Penelitian ini didanai secara mandiri oleh peneliti.

REFERENSI

1. RI, B. K. *Studi Status Gizi Balita*. (2019).
2. UNICEF. *UNICEF's Approach to Scaling Up Nutrition*. (2015).
3. UNICEF. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. *World Heal. Organ. WHA55 A55/*, 19 (2010).
4. WHO & UNICEF. *Global Nutrition monitoring framework. Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025*. World Health Organization (2017).
5. UNICEF. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices*. World Health Organization vol. WHA55 A55/ (2010).
6. Puspitasari, M. D. & Gayatri, M. Indonesia Infant and Young Child Feeding Practice: The Role of Women's Empowerment in Household Domain. *Glob. J. Health Sci.* **12**, 129 (2020).
7. Yisak, H., Ambaw, B., Walle, Z., Alebachew, B. & Ewunetei, A. Minimum acceptable diet and associated factors among HIV-exposed children aged 6–24 months in Debre Tabor Town, Ethiopia. *HIV/AIDS - Res. Palliat. Care* **12**, 639–645 (2020).
8. White, J. M., Bégin, F., Kumapley, R., Murray, C. & Krasevec, J. Complementary feeding practices: Current global and regional estimates. *Matern. Child Nutr.* **13**, 1–12 (2017).
9. Khanal, V., Sauer, K. & Zhao, Y. Determinants of complementary feeding practices among Nepalese children aged 6-23 months: Findings from demographic and health survey 2011. *BMC Pediatr.* **13**, (2013).
10. Zebadia, E. *et al.* Factors associated with minimum acceptable diet in 6–11-month-old Indonesian children using the 2017 IDHS. *Open Access Maced. J. Med. Sci.* **9**, 1403–1412 (2021).
11. Zebadia, E. & Atmaka, D. R. Factors associated with minimum dietary diversity among 6-11-month-old children in Indonesia: Analysis of the 2017 Indonesian Demographic and Health Survey. *Public Heal. Prev. Med. Arch.* **9**, 132–138 (2021).
12. Santika, O., Februhartanty, J. & Ariawan, I. Feeding practices of young children aged 12-23 months in different socio-economic settings: A study from an urban area of Indonesia. *Br. J. Nutr.* **116**, S1–S7 (2016).
13. Issaka, A. I. *et al.* Determinants of suboptimal complementary feeding practices among children aged 6-23 months in four anglophone West African countries. *Matern. Child Nutr.* **11**, 14–30 (2015).
14. Kabir, I. *et al.* Determinants of inappropriate complementary feeding practices in infant and young children in Bangladesh: Secondary data analysis of Demographic Health Survey 2007. *Matern. Child Nutr.* **8**, 11–27 (2012).
15. Ahmed, K. Y., Page, A., Arora, A. & Ogbo, F. A. Trends and factors associated with complementary feeding practices in Ethiopia from 2005 to 2016. *Matern. Child Nutr.* **16**, 1–17 (2020).
16. Marshall, N. E. *et al.* The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **226**, 607–632 (2022).
17. Martorell, R. & Zongrone, A. Intergenerational influences on child growth and undernutrition. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* **26**, 302–314 (2012).
18. Janmohamed, A. *et al.* Complementary feeding practices and associated factors among Mongolian children 6–23 months of age. *Matern. Child Nutr.* **16**, 1–9 (2020).
19. Bonis-Profumo, G., Stacey, N. & Brimblecombe, J. Maternal diets matter for children's dietary quality: Seasonal dietary diversity and animal-source foods consumption in rural Timor-Leste. *Matern. Child Nutr.* **17**, 1–15 (2021).
20. Bonis-Profumo, G., Stacey, N. & Brimblecombe, J. Measuring women's empowerment in agriculture, food production, and child and maternal dietary diversity in Timor-Leste. *Food Policy* **102**, 102102 (2021).
21. Osei, A. *et al.* Household Food Insecurity and Nutritional Status of Urban Poor Children Aged 6 to 23 Months in Kailali District of Nepal. *Food Nutr. Bull.* **31**, 483–494 (2010).
22. Humphries, D. L. *et al.* Cross-sectional and longitudinal associations between household food security and child anthropometry at ages 5 and 8 years in Ethiopia, India, Peru, and Vietnam. *J. Nutr.* **145**, 1924–1933 (2015).
23. Agbadi, P., Urke, H. B. & Mittelmark, M. B. Household food security and adequacy of child diet in the food insecure region north in Ghana. *PLoS One* **12**, 1–16 (2017).
24. Nguyen, P. H. *et al.* Maternal and child dietary diversity are associated in Bangladesh, Vietnam, and Ethiopia. *J. Nutr.* **143**, 1176–1183 (2013).

25. Amugsi, D. A., Mittelmark, M. B. & Oduro, A. Association between maternal and child dietary diversity: An analysis of the Ghana Demographic and Health Survey. *PLoS One* **10**, 1–12 (2015).
26. USAID. Maternal dietary diversity and the implications for children's diets in the context of food security. *Infant young child Nutr. Proj.* 1–6 (2012).
27. Hasan, M. *et al.* Mother's dietary diversity and association with stunting among children <2 years old in a low socio-economic environment: A case-control study in an urban care setting in Dhaka, Bangladesh. *Matern. Child Nutr.* **15**, 1–8 (2019).
28. Choudhury, N. *et al.* Determinants of age-specific undernutrition in children aged less than 2 years—the Bangladesh context. *Matern. Child Nutr.* **13**, 1–15 (2017).
29. Kim, S. S. *et al.* Exposure to large-scale social and behavior change communication interventions is associated with improvements in infant and young child feeding practices in Ethiopia. *PLoS One* **11**, 1–18 (2016).
30. Kuche, D. *et al.* Factors associated with dietary diversity and length-for-age z-score in rural Ethiopian children aged 6–23 months: A novel approach to the analysis of baseline data from the Sustainable Undernutrition Reduction in Ethiopia evaluation. *Matern. Child Nutr.* **16**, 1–11 (2020).
31. Abeshu, M. A., Lelisa, A. & Geleta, B. Complementary Feeding: Review of Recommendations, Feeding Practices, and Adequacy of Homemade Complementary Food Preparations in Developing Countries – Lessons from Ethiopia. *Front. Nutr.* **3**, (2016).
32. Dewey, K. G. The challenge of meeting nutrient needs of infants and young children during the period of complementary feeding: An evolutionary perspective. *J. Nutr.* **143**, 2050–2054 (2013).
33. Mitchodigni, I. M. *et al.* Complementary feeding practices: determinants of dietary diversity and meal frequency among children aged 6–23 months in Southern Benin. *Food Secur.* **9**, 1117–1130 (2017).