

RESEARCH STUDY

Versi Bahasa

OPEN ACCESS

Praktik Responsive Feeding dan Hubungannya dengan Stunted Children and Obese/Overweight Mothers (SCOM) di Kota Semarang

Practice of Responsive Feeding and Its Correlation with Stunted Children and Obese/Overweight Mothers (SCOM) in Semarang City

Rachma Purwanti^{1*}, Ani Margawati¹, Hartanti Sandi Wijayanti¹, Ayu Rahadiyanti¹, Dewi Marfu'ah Kurniawati¹¹Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia**INFO ARTIKEL**

Received: 14-09-2023

Accepted: 28-12-2023

Published online: 31-12-2023

***Koresponden:**

Rachma Purwanti

rachmapurwanti@fk.undip.ac.id

DOI:

10.20473/amnt.v7i2SP.2023.184-192

Tersedia secara online:[https://e-](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)[journal.unair.ac.id/AMNT](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)**Kata Kunci:**

Batita, Obesitas, Responsive feeding, SCOM, Stunting

ABSTRAK**Latar Belakang:** Beban ganda masalah gizi dapat terjadi pada tingkat individu, rumah tangga maupun di masyarakat.**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan praktik *responsive feeding* dengan kejadian SCOM (*Stunted Children and Obese/Overweight Mothers*) sebagai salah satu bentuk beban ganda masalah gizi di tingkat rumah tangga.**Metode:** Penelitian observasional analitik dengan desain *case control* dilakukan di Kota Semarang selama bulan Mei – Oktober Tahun 2022. Subjek penelitian ini adalah pasangan ibu dan anak usia < 3 tahun (batita) dengan kondisi SCOM dan non SCOM di Kota Semarang. Kriteria inklusi subjek penelitian ini adalah ibu dan anak usia < 3 tahun (batita) dalam kondisi sehat (ibu tidak memiliki penyakit yang memerlukan diet khusus dan anak dalam kondisi sehat saat penelitian berlangsung), dan ibu tidak merokok serta tidak minum minuman beralkohol. Perbandingan kelompok SCOM dan non SCOM sebesar 1:2. Data status gizi ibu diukur menggunakan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT). Klasifikasi *stunting* (PB/U atau TB/U) menggunakan WHO *anthro software version 1.03*. Analisis data menggunakan uji *chi square*, korelasi *pearson*, dan *multiple logistic regression*.**Hasil:** Praktik *responsive feeding* yang kurang baik terjadi pada 95,8% keluarga SCOM. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dan ayah dengan praktik *responsive feeding*. Terdapat hubungan sikap dan praktik *responsive feeding* dengan SCOM. Setelah dikontrol dengan karakteristik sosiodemografi, praktik *responsive feeding* merupakan prediktor dari SCOM dengan *Odd Ratio* (OR) sebesar 0,012 (0,001-0,191). Praktik *responsive feeding* bersifat protektif dari kejadian SCOM.**Kesimpulan:** Sebagian besar keluarga SCOM mempraktikkan *responsive feeding* dalam kategori kurang baik. Praktik *responsive feeding* berhubungan dengan kejadian SCOM.**PENDAHULUAN**

Obesitas merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menyebar luas di dunia saat ini¹. Obesitas tidak hanya mengancam negara maju, tetapi juga negara berkembang. Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa pada Tahun 2016, sebanyak 1,9 milyar dewasa di dunia berstatus gizi lebih². *Overweight* terjadi pada 39% penduduk usia dewasa di dunia dan obesitas terjadi pada 13% penduduk usia dewasa di dunia³. Peningkatan tren obesitas juga terjadi di Indonesia seperti yang termuat dalam Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), bahwa prevalensi *overweight* dan obesitas pada dewasa di Tahun 2018 sebesar 35,4%. Prevalensi obesitas lebih tinggi pada perempuan (29,3%) dibandingkan pada laki-laki (14,5%)^{4,5}.

Selain masalah obesitas, kondisi kekurangan gizi juga masih dijumpai sebagai masalah global⁶.

Berdasarkan data UNICEF, saat ini terdapat 144 juta balita yang mengalami kondisi *stunting* yang dapat berdampak pada penurunan perkembangan otak dan potensi kognitif yang tidak optimal⁷. Di Indonesia, data Studi Status Gizi Balita di Indonesia (SSGBI) menunjukkan prevalensi balita *stunting* Indonesia di Tahun 2021 sebesar 24,7%⁸. Berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2022, prevalensi *stunting* pada balita sebesar 21,6%⁹. Meskipun terdapat tren penurunan prevalensi *stunting* di Indonesia, angka tersebut masih lebih tinggi dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2024 yaitu sebesar 14%⁸.

Prevalensi kelebihan dan kekurangan gizi kronik yang sama-sama tinggi di suatu wilayah dan berdampak luas dikenal sebagai beban ganda masalah gizi^{10,11}. Beban ganda masalah gizi dapat berdampak pada meningkatnya penyakit infeksi, penyakit tidak menular, dan mortalitas. Beban ganda masalah gizi dapat berdampak pula pada

menurunnya produktivitas saat dewasa dan berdampak buruk pada kehamilan¹².

Beban ganda masalah gizi dapat terjadi pada tingkat individu¹³, rumah tangga¹⁴⁻¹⁶ maupun di masyarakat^{17,18} pada seluruh siklus hidup^{19,20}. Beban ganda masalah gizi di tingkat rumah tangga yang berupa *stunting* pada anak balita dan *overweight/obesitas* pada ibu dikenal dengan istilah SCOM (*Stunted Children and Obese/Overweight Mother*)¹². Penelitian di Myanmar Tahun 2021 menunjukkan bahwa sebesar 32,7% ibu dari anak *stunting* mengalami *overweight*²¹. Penelitian di Mexico Tahun 2021 menyebutkan lebih dari separuh anak dengan *stunting* memiliki ibu yang *overweight* atau obesitas (53,3%)²².

Beban ganda masalah gizi terjadi karena dampak urbanisasi yang menyebabkan berkembangnya gaya hidup modern, didukung dengan kondisi sosial dan ekonomi masyarakat yang meningkat dan berdampak pada transisi gizi dan perubahan pola hidup²³. Beban ganda masalah gizi berkaitan dengan faktor perilaku kesehatan (asupan makan dan aktifitas fisik) serta faktor biologis (status penyakit dan genetik). Kejadian ini juga berkaitan dengan faktor lingkungan yaitu *food environment* (ketahanan dan akses pangan), *social environment* (pola asuh pemberian makan), *health environment* (akses pelayanan kesehatan, pencegahan, dan pengobatan), dan *living environment* (air dan hygiene sanitasi)¹². *Stunting* pada anak di keluarga SCOM juga dikaitkan dengan faktor jumlah anak, status pekerjaan ibu dan ayah, pendapatan rumah tangga, pendidikan orang tua, dan asupan zat gizi^{19,24,25}.

Pola asuh pemberian makan telah banyak dilaporkan berhubungan dengan status gizi balita¹⁹ dan beban gizi ganda¹². Pola asuh pemberian makan yang buruk seperti pemberian makan yang rendah energi, pemberian makan yang tidak teratur, pemberian makan saat dan setelah anak sakit yang tidak adekuat, ketidakcukupan asupan secara kuantitas, dan *non-responsive feeding*²⁶ secara signifikan dapat meningkatkan risiko *stunting*^{27,28}. Penelitian di Ethiopia Tahun 2017 melaporkan bahwa ibu yang mempraktikkan pemberian makan secara *non-responsive feeding* berupa pemaksaan, berisiko menurunkan frekuensi makan pada anak^{29,30}.

Praktik *responsive feeding* merupakan pemberian makan secara aktif dan responsif. Praktik ini dapat mendorong kebiasaan makan yang baik dan pertumbuhan yang sehat bagi anak. Pengasuh yang menerapkan *responsive feeding* dapat mengenali isyarat rasa lapar dan kenyang pada anak, serta mampu melakukan pengaturan dan pengendalian diri dalam hal asupan makan, sehingga dapat mengurangi kekurangan gizi pada anak³⁰. Praktik *responsive feeding* yang kurang baik pada balita 0-59 bulan dapat meningkatkan risiko *stunting* 6,496 kali dibandingkan praktik *responsive feeding* yang baik³¹.

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengetahuan, sikap, dan praktik pemberian makan *responsive feeding* serta hubungannya dengan kejadian SCOM di Kota Semarang. Hal ini dikarenakan adanya pertimbangan tentang adanya ancaman SCOM di Indonesia, khususnya di Kota besar seperti Kota Semarang tetapi penelitian terkait SCOM masih terbatas.

Demikian pula kajian terkait praktik pemberian makan sudah banyak dilakukan, tetapi penelitian mengenai praktik pemberian makan *responsive feeding* masih terbatas. Selain itu, belum terdapat penelitian di Indonesia yang mengkaji keterkaitan praktik pemberian makan *responsive feeding* dengan kejadian SCOM.

METODE

Desain dan Ijin Etik Penelitian

Penelitian dilakukan dengan desain observasional analitik *case control*. Penelitian dilakukan di Kota Semarang selama bulan Mei – Oktober Tahun 2022. Penelitian ini telah mendapatkan ijin dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro No. 106/EC/KEPK/FK-UNDIP/IV/2022.

Sumber Data

Penelitian ini menggunakan sumber data primer yang diperoleh dengan pengukuran langsung pada subjek. Metode yang digunakan yaitu wawancara terstruktur menggunakan kuesioner dan pengukuran antropometri ibu serta anak usia < 3 tahun (batita).

Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasangan ibu dan anak usia < 3 tahun (batita) dengan kondisi SCOM dan non SCOM di Kota Semarang. Subjek SCOM dipilih dengan skrining bertingkat berdasarkan wilayah tempat tinggal dan status gizi ibu balita *stunting* di wilayah dengan prevalensi *stunting* tinggi di Kota Semarang Tahun 2022. Kelompok non SCOM yaitu pasangan ibu dan balita tanpa kondisi SCOM (tanpa kondisi *stunting* pada anak, tanpa kondisi *overweight/obesitas* pada ibu, atau gabungan antara kedua kondisi tersebut) yang dicocokkan usia dan jenis kelaminnya dengan kelompok SCOM.

Kriteria inklusi subjek penelitian ini adalah pasangan ibu dan batita (anak usia < 3 tahun), ibu dan batita dalam kondisi sehat (ibu tidak memiliki penyakit yang memerlukan diit khusus, anak dalam kondisi sehat saat penelitian berlangsung), dan ibu tidak merokok serta tidak minum minuman beralkohol. Ketersediaan subjek mengikuti penelitian hingga akhir ditunjukkan dengan pengisian *inform consent*. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah batita dengan riwayat kelahiran prematur, ibu *single parent*, batita tidak tinggal bersama orang tua, ibu sedang hamil, dan ibu berstatus gizi kurang berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT). Perbandingan kelompok SCOM dan non SCOM sebesar 1:2. Subjek dalam penelitian ini sebanyak 72 sampel dengan 24 subjek SCOM (batita *stunting* dengan Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) atau Panjang Badan menurut Umur (PB/U) <-2 SD dan ibu *overweight/obesitas* dengan IMT >23 kg/m²) dan 48 subjek non SCOM.

Variabel Penelitian, Pengembangan Instrumen, dan Teknik Pengumpulan Data

Variabel penelitian yang diteliti yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik *responsive feeding*, kejadian SCOM (SCOM/non SCOM) dan karakteristik subjek dan keluarga batita meliputi karakteristik ibu (pekerjaan, pendidikan, pendapatan, dan umur ibu),

karakteristik ayah (pekerjaan, pendidikan, pendapatan, dan umur ayah), dan karakteristik anak (jenis kelamin, Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, jumlah anak, dan umur anak). Kuesioner terstruktur digunakan untuk mengumpulkan data karakteristik subjek dan keluarga balita, pengetahuan, sikap, dan praktik *responsive feeding* (mengacu pada WHO). Variabel pengetahuan, sikap, dan praktik *responsive feeding* ditampilkan dalam kategori dengan nilai median sebagai *cut off point* kategori baik dan kurang³². Variabel pengetahuan, sikap, dan praktik *responsive feeding* diukur menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner pengetahuan, sikap, dan praktik *responsive feeding* telah memenuhi syarat validitas ($p < 0,05$ dengan uji korelasi) dan reliabilitas (*Cronbach's Alpha* = 0,677; 0,699; dan 0,778).

Pengukuran antropometri pada ibu meliputi Berat Badan ibu, Tinggi Badan ibu, Indeks Massa Tubuh ibu. Data status gizi ibu diukur menggunakan indikator IMT dengan *cut off point* IMT mengacu pada IMT dewasa untuk wilayah Asia Pasifik yaitu status gizi normal (18,5–23,49 kg/m²), *overweight* (23,5–24,99 kg/m²), dan obesitas (≥ 25 kg/m²)^{33,34}. Pengukuran antropometri balita meliputi TB/U (untuk usia >2 tahun) atau PB/U (untuk usia ≤ 2 tahun). Klasifikasi *stunting* (PB/U atau TB/U) menggunakan WHO anthro software version 1,03³⁵.

Teknik Analisis Data

Analisis data secara deskriptif dilakukan untuk mengidentifikasi karakteristik subjek dan keluarga balita dalam bentuk proporsi atau rerata \pm Simpangan Baku (SB). Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan praktik *responsive feeding* dan SCOM dianalisis dengan uji *chi square* (data kategorik) dan korelasi pearson (data numerik, distribusi normal). Hubungan pengetahuan, sikap, dan praktik *responsive feeding* dengan SCOM dianalisis dengan uji *chi square*. Variabel prediktor SCOM dianalisis dengan uji multivariat yaitu *multiple logistic regression*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Sosiodemografi

Tabel 1 dan 2 menunjukkan bahwa karakteristik sosiodemografi yang berhubungan dengan SCOM yaitu tingkat pendidikan ayah ($p=0,002$) dan tingkat pendidikan ibu ($p=0,020$). Ayah dengan tingkat pendidikan tinggi lebih banyak dijumpai pada kelompok non SCOM (27,1%) dibandingkan kelompok SCOM (4,2%). Adapun ibu dengan tingkat pendidikan tinggi hanya dijumpai pada kelompok non SCOM yaitu sebesar 25%. Selain itu, ibu dengan pendidikan dasar pada kelompok SCOM lebih banyak dibandingkan dengan kelompok non SCOM (12,5% dan 6,3%).

Tabel 1. Karakteristik anak pada kelompok SCOM dan non SCOM

Karakteristik Anak	Kelompok				p value	cOR	IK 95%	
	Non SCOM		SCOM				Batas Bawah	Batas Atas
	n	%	n	%				
Jenis kelamin anak								
Laki-laki	25	52,10%	11	45,80%	0,803	1,285	0,481	3,431
Perempuan	23	47,90%	13	54,20%				
ASI eksklusif								
Tidak	11	22,90%	2	8,30%	0,233	3,27	0,663	16,139
Ya	37	77,10%	22	91,70%				
Jumlah anak								
≤ 2 anak	34	70,80%	12	50,00%	0,073	0,412	0,149	1,135
> 2 anak	14	29,20%	12	50,00%				
Umur	23,67	8,198	23,33	8,323	0,872			

Keterangan:

SCOM: *Stunted Children and Obese/Overweight Mother*; cOR: *crude Odd Ratio*; IK: Interval Kepercayaan

Tabel 2. Karakteristik ayah dan ibu pada kelompok SCOM dan non SCOM

Karakteristik	Kelompok				p value
	Non SCOM		SCOM		
	n	%	n	%	
Karakteristik ayah					
Jenis pekerjaan ayah					
PNS	1	2,10%	1	4,20%	0,556
Karyawan Swasta	23	47,90%	9	37,50%	
Buruh	8	16,70%	8	33,30%	
Wiraswasta	11	22,90%	4	16,70%	
Lainnya	5	10,40%	2	8,30%	
Tingkat pendidikan ayah					
Tidak tamat SD	0	0,00%	1	4,20%	0,002
SD	4	8,30%	10	41,70%	
SMP	7	14,60%	1	4,20%	
SMA/SMK	24	50,00%	11	45,80%	

D1/D3/S1/lebih	13	27,10%	1	4,20%	
Penghasilan/bulan ayah					
tidak bekerja	2	4,20%	0	0,00%	0,42
<Rp 2.835.021,29	22	45,80%	14	58,30%	
≥Rp 2.835.021,29	24	50,00%	10	41,70%	
Umur (rerata±SB)	34,02	6,657	36	8,983	0,295
Karakteristik ibu					
Jenis pekerjaan ibu					
Karyawan swasta	9	18,80%	4	16,70%	0,816
Buruh	2	4,20%	1	4,20%	
Wiraswasta	6	12,50%	2	8,30%	
Ibu rumah tangga	29	60,40%	17	70,80%	
Lain-lain	2	4,20%	0	0,00%	
Tingkat pendidikan ibu					
SD	3	6,30%	3	12,50%	0,02
SMP	8	16,70%	7	29,20%	
SMA/SMK	25	52,10%	14	58,30%	
D1/D3/S1/lebih	12	25,00%	0	0,00%	
Penghasilan/bulan ibu	28	58,30%	17	70,80%	0,18
Tidak bekerja	10	20,80%	6	25,00%	
<Rp 2.835.021,29	10	20,80%	1	4,20%	
≥Rp 2.835.021,29					
Umur (rerata±SB)	31,38	6,648	32,63	7,418	0,472

Keterangan:

SCOM: *Stunted Children and Obese/Overweight Mother*; cOR: *crude Odd Ratio*; IK: Interval Kepercayaan

Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan *Responsive Feeding*

Tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dan ayah dengan praktik *responsive feeding* ($p < 0,001$ dan $p = 0,046$). Praktik *responsive feeding* dengan kategori baik (32,4%) pada keluarga dengan tingkat pendidikan ayah kategori tinggi (D1/D3/S1/lebih) lebih banyak dijumpai dibandingkan

praktik *responsive feeding* yang kurang baik (5,7%). Demikian pula praktik *responsive feeding* yang baik (27,0%) pada keluarga dengan tingkat pendidikan ibu kategori tinggi (D1/D3/S1/lebih) lebih banyak dijumpai dibandingkan praktik *responsive feeding* yang kurang baik (5,7%). Tidak terdapat hubungan karakteristik sosiodemografi lainnya dengan praktik *responsive feeding*.

Tabel 3. Praktik *responsive feeding* berdasarkan karakteristik sosiodemografi

Karakteristik Sosiodemografi	Kategori Praktik <i>Responsive Feeding</i>				p	cOR	Ik 95%	
	Kurang (Skor Praktik <Median)		Baik (Skor Praktik ≥Median)				Batas Bawah	Batas Atas
	n	%	n	%				
Jumlah Anak								
≤2 anak	21	60,00%	25	67,60%	0,542	1,389	0,529	3,645
>2 anak	14	40,00%	12	32,40%				
Jenis pekerjaan ayah								
PNS	1	2,90%	1	2,70%	0,586			
Karyawan swasta	16	45,70%	16	43,20%				
Buruh	10	28,60%	6	16,20%				
Wiraswasta	6	17,10%	9	24,30%				
Lainnya	2	5,70%	5	13,50%				
Tingkat pendidikan ayah								
Tidak sekolah	1	2,90%	0	0,00%	<0,001			
SD	12	34,30%	2	5,40%				
SMP	1	2,90%	7	18,90%				
SMA/SMK	19	54,30%	16	43,20%				
D1/D3/S1/lebih	2	5,70%	12	32,40%				
Penghasilan/bulan ayah								
Tidak bekerja	1	2,90%	1	2,70%	0,709			

Karakteristik Sosiodemografi	Kategori Praktik <i>Responsive Feeding</i>				p	cOR	Ik 95%	
	Kurang (Skor Praktik <Median)		Baik (Skor Praktik ≥Median)				Batas Bawah	Batas Atas
	n	%	n	%				
<Rp 2.835.021,29	19	54,30%	17	45,90%				
≥Rp 2.835.021,29	15	42,90%	19	51,40%				
Jenis pekerjaan ibu					0,914			
Karyawan swasta	5	14,30%	8	21,60%				
Buruh	2	5,70%	1	2,70%				
Wiraswasta	4	11,40%	4	10,80%				
Ibu rumah tangga	23	65,70%	23	62,20%				
Lain-lain	1	2,90%	1	2,70%				
Tingkat pendidikan ibu					0,046			
SD	4	11,40%	2	5,40%				
SMP	8	22,90%	7	18,90%				
SMA/SMK	21	60,00%	18	48,60%				
D1/D3/S1/lebih	2	5,70%	9	27,00%				
Penghasilan/bulan ibu					0,288			
Tidak bekerja	23	65,70%	22	59,50%				
<Rp 2.835.021,29	9	25,70%	7	18,90%				
≥Rp 2.835.021,29	3	8,60%	8	21,60%				

Keterangan:

SCOM: *Stunted Children and Obese/Overweight Mother*; cOR: *crude Odd Ratio*; IK: Interval Kepercayaan

Penelitian ini menemukan bahwa praktik *responsive feeding* berkaitan dengan tingkat pendidikan orang tua balita. Sejalan dengan penelitian terdahulu yang melaporkan bahwa pola asuh pemberian makan yang buruk (*poor feeding practice*) berkaitan dengan pendidikan ibu yang rendah¹⁹. Pendidikan orang tua juga berhubungan dengan SCOM meskipun dalam analisis multivariat hubungannya menjadi tidak signifikan. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas makanan³⁶. Masyarakat dengan pendidikan yang rendah akan lebih sulit menerima informasi baru dan mengubah tradisi keluarga termasuk mengenai kebiasaan makan³⁷. Hal ini dapat berdampak pada status gizi anggota keluarga.

Pendidikan berhubungan dengan pengetahuan gizi dan status pekerjaan. Seorang ayah dengan pendidikan tinggi dapat memiliki pengetahuan gizi yang lebih baik sehingga dapat memahami masalah dan solusi kesehatan serta makanan di lingkungan keluarga³⁸. Demikian pula pendidikan ibu dapat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan ibu³⁹. Pendidikan ibu merupakan faktor yang berhubungan signifikan dengan kejadian *stunting*. Tingkat pendidikan ibu berkaitan dengan pemahaman ibu dalam hal pemilihan makanan dan keterampilan dalam pengasuhan anak. Pemahaman ibu akan semakin baik apabila ibu memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi²⁵.

Orang tua, khususnya ibu juga memiliki peran dalam rumah tangga sebagai pengambil keputusan terkait pembelian makanan keluarga⁴⁰. Tingkat pendidikan berhubungan dengan pengetahuan mengenai sumber gizi dan jenis konsumsi keluarga. Pengetahuan ibu berhubungan dengan praktik ibu dalam pemenuhan gizi keluarga. Semakin baik pengetahuan ibu dalam hal

gizi, maka semakin baik pula praktik mereka dalam pemenuhan gizi seimbang³⁷. Studi lain juga menjelaskan bahwa ibu yang lebih berpendidikan akan melakukan praktik pemberian makan yang lebih baik yaitu memberikan makan 2-4 kali per hari, dengan minimal satu lauk hewani dan satu buah atau sayur dalam sehari⁴¹.

Penelitian di Ethiopia Tahun 2017 melaporkan bahwa anak *stunting* yang diberikan praktik pemberian makan secara *non-responsive feeding* berupa pemaksaan untuk makan, berisiko menurunkan frekuensi makan pada anak sebesar 4,2 kali daripada ibu yang tidak memberi paksaan pada anak^{29,30}. Sejalan dengan temuan tersebut, praktik pemberian makan secara tidak responsif atau *non-responsive feeding* secara signifikan meningkatkan risiko *stunting* pada balita sebesar 6,5 kali³¹.

Hubungan *Responsive Feeding* dengan SCOM

Berdasarkan tabel 4. praktik *responsive feeding* secara lengkap, sikap *responsive feeding*, dan praktik *responsive feeding* berhubungan dengan SCOM ($p=0,032$, $p=0,030$, $p<0,001$, dan $p<0,001$). Tidak terdapat hubungan pengetahuan *responsive feeding* dengan SCOM ($p=0,404$). Praktik *responsive feeding* secara lengkap meliputi 5 indikator diterapkan oleh 16,7% subjek kelompok non SCOM. Sikap *responsive feeding* kategori baik lebih banyak dimiliki oleh subjek kelompok non SCOM (60,4%) dibandingkan kelompok SCOM (33,3%). Demikian pula praktik *responsive feeding* kategori baik lebih banyak dilakukan oleh subjek kelompok non SCOM (75%) dibandingkan kelompok SCOM (4,2%).

Tabel 4. Hubungan pengetahuan, sikap, dan praktik *responsive feeding* dengan SCOM

<i>Responsive Feeding</i>	Kelompok				p	cOR	IK 95%	
	Non SCOM		SCOM				Batas bawah	Batas atas
	n	%	n	%				
Simpulan praktik <i>responsive feeding</i>								
<i>Responsive feeding</i> tidak lengkap	40	83,30%	24	100,00%	0,032			
<i>Responsive feeding</i> lengkap	8	16,70%	0	0,00%				
Pengetahuan <i>responsive feeding</i>								
Kurang	21	43,80%	13	54,20%	0,404	1,519	0,568	4,068
Baik	27	56,30%	11	45,80%				
Sikap <i>responsive feeding</i>								
Kurang	19	39,60%	16	66,70%	0,03	0,328	0,117	0,915
Baik	29	60,40%	8	33,30%				
Praktik <i>responsive feeding</i>								
Kurang	12	25,00%	23	95,80%	<0,001	0,014	0,002	0,119
Baik	36	75,00%	1	4,20%				

Keterangan:

SCOM: Stunted Children and Obese/Overweight Mother; cOR: crude Odd Ratio; IK: Interval Kepercayaan

Tabel 5. Model prediktor SCOM

Variabel	B	p	aOR	IK95%	
				Batas Bawah	Batas Atas
Tingkat pendidikan ayah	-0,540	0,176	0,583	0,266	1,275
Tingkat pendidikan ibu	-0,610	0,288	0,543	0,176	1,676
Sikap <i>responsive feeding</i>	-0,974	0,258	0,378	0,070	2,039
Praktik <i>responsive feeding</i>	-4,403	0,002	0,012	0,001	0,191
Penghasilan/bulan Ibu	-0,774	0,191	0,461	0,145	1,470
Constant	8,920	0,001	7481,726		

Keterangan:

SCOM: Stunted Children and Obese/Overweight Mother; aOR: adjusted Odd Ratio; IK: Interval Kepercayaan

Tabel 5. menunjukkan bahwa praktik *responsive feeding* merupakan prediktor dari SCOM. Besarnya OR sebesar 0,012 (0,001-0,191) dapat diartikan bahwa praktik *responsive feeding* merupakan faktor protektif dari kejadian SCOM. Keluarga yang mempraktikkan *responsive feeding* lebih terlindungi dari terjadinya SCOM sebesar 83 kali (0,012: 1) dibandingkan keluarga yang tidak mempraktikkan *responsive feeding*.

Berdasarkan hasil penelitian ini, diketahui bahwa variabel yang merupakan prediktor dari SCOM yaitu praktik *responsive feeding*. Keluarga yang mempraktikkan *responsive feeding* memiliki risiko SCOM lebih rendah dibandingkan keluarga yang tidak mempraktikkan *responsive feeding*. Praktik *responsive feeding* merupakan pemberian makan secara aktif dan responsif, termasuk pemberian makan sesuai usia, mendorong anak untuk makan, komunikasi mengenai makanan dan mencontohkan kebiasaan makan pada anak, memberikan respon pada nafsu makan anak, memberi makan di lingkungan aman. Pengasuh yang menerapkan *responsive feeding* akan mendorong kebiasaan makan dan pertumbuhan yang sehat, mengenali isyarat rasa lapar dan kenyang, memiliki kemampuan pengaturan dan pengendalian diri dalam hal asupan makan, selanjutnya dapat mengurangi kekurangan gizi pada anak³⁰.

Penelitian sebelumnya pada Tahun 2016 di Kota Semarang menunjukkan bahwa terdapat praktik *responsive feeding* yang tidak sesuai pada anak *stunting* berusia 6-36 tahun di Kota Semarang⁴². Berdasarkan hasil penelitian ini, praktik *responsive feeding* kategori baik lebih banyak dilakukan oleh subjek kelompok non SCOM

(75%) dibandingkan kelompok SCOM (4,2%). Adapun praktik *responsive feeding* secara lengkap meliputi 5 indikator diterapkan oleh 16,7% subjek kelompok non SCOM. Kelompok non SCOM belum ada yang mempraktikkan secara lengkap indikator praktik pemberian makan *responsive feeding*. Lima indikator *responsive feeding* dalam penelitian ini mengacu pada penelitian sebelumnya meliputi indikator memberikan makan sesuai usianya (menyuapi langsung/ membantu anak makan sendiri), memberikan makan secara perlahan, sabar, dan mendorong anak untuk makan, mengetahui strategi positif merespon penolakan makan, memberikan makan di lingkungan yang aman, dan memanfaatkan waktu makan sebagai waktu untuk belajar dan saling mengasih⁴³.

Terdapat banyak bukti mengenai keterkaitan pemberian makan dan *stunting* pada balita^{31,42,44}. Penelitian Latifah Tahun 2020 juga melaporkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara praktik *responsive feeding* dengan kejadian *stunting* pada balita berumur 6-36 bulan di Kota Tegal⁴⁵. Praktik *responsive feeding* yang kurang baik dapat meningkatkan risiko *stunting* 6,496 kali dibandingkan dengan praktik *responsive feeding* yang baik pada balita 0-59 bulan³¹. Namun demikian, belum terdapat bukti yang kuat mengenai pemberian makan pada ibu *overweight/obesitas* dengan anak *stunting* (SCOM) sebagaimana penelitian ini.

Transisi gizi dan transisi epidemiologi mendukung berkembangnya pola hidup dan pola makan yang tidak sehat yang mendukung berkembangnya kejadian SCOM. Transisi gizi memperlihatkan perubahan pola makan ke

arah *western diet* yang ditandai dengan diet tinggi kalori, tinggi lemak jenuh, tinggi gula, dan rendah serat. Bagi orang dewasa, makanan tinggi energi dapat menyebabkan defisiensi mikronutrien dan meningkatnya risiko obesitas⁴⁶. Bagi anak, makanan tinggi energi dan berkualitas rendah juga dapat menyebabkan defisiensi mikronutrien tidak memberikan gizi yang optimal untuk tumbuh dengan baik¹⁴. Dengan kata lain, makanan tinggi energi dapat meningkatkan risiko obesitas pada ibu dan risiko *stunting* pada anak⁴⁷.

Berdasarkan prinsip *responsive feeding*, orang tua/pengasuh dianjurkan mengajarkan untuk lebih memilih makan makanan yang sehat, serta menyajikan makanan yang sehat, enak, dan tepat sesuai usia anak^{30,42}. Strategi pemberian makan *responsive feeding* ini menganjurkan agar orang tua/pengasuh tidak memberi makan secara memaksa dan mengancam kepada anak^{30,42}. Pemberian makan secara *non-responsive feeding* berupa otoriter/pemaksaan dan pengabaian telah dilaporkan dapat menyebabkan penolakan makan pada anak dan menyebabkan *stunting* akibat penurunan asupan makan pada anak^{30,48,49}. Meskipun demikian, hal ini seringkali sulit untuk dihindari oleh orang tua/pengasuh. Orang tua/pengasuh terpaksa memaksa anak untuk makan karena anak terus menolak untuk makan, atau pengasuh justru memberikan makanan apapun asal anak mau makan. Praktik pemberian makan dengan pemaksaan/otoriter (*pressuring and controlling/restricting type*) termasuk dalam praktik *non-responsive feeding* selain praktik permisif (*indulgence type*), dan pengabaian (*uninvolved type*)³⁰.

Lain halnya dengan pemaksaan, pemberian makan dengan sistem permisif memberikan kehendak penuh kepada anak terkait makan. Praktik ini dapat menyebabkan anak *stunting* karena kurangnya peran orang tua/pengasuh dalam pemberian makan pada anak. Orang tua/pengasuh tidak menegur/mengingatkan apabila anak tidak makan sehingga asupan anak tidak tercukupi secara kuantitas maupun kualitas^{27,28,30}.

Sesuai rekomendasi WHO mengenai praktik *responsive feeding*, orang tua/pengasuh direkomendasikan untuk menyuapi anak saat anak berusia 6-8 bulan. Setelah usia > 8 bulan, anak dianjurkan untuk lebih sering makan sendiri dengan bantuan orang tua/pengasuh⁵⁰. Namun, pada kenyataannya seringkali pengasuh menyuapi anak usia > 8 bulan, atau justru membiarkan anak usia < 8 bulan untuk makan sendiri karena adanya penolakan makan pada anak. Praktik *responsive feeding* atau *non-responsive feeding* yang diterapkan oleh orang tua/pengasuh dapat terjadi akibat persepsi orang tua/pengasuh (secara turun menurun), seperti di Bangladesh, pengasuh percaya bahwa anak berusia 2-3 tahun tidak bisa makan sendiri³⁰. Kondisi ibu yang tinggal di keluarga dan/atau lingkungan yang kurang mendukung seperti kurangnya paparan informasi dari tenaga atau pelayanan kesehatan, atau pengaruh orang tua (kakek/nenek) juga dapat menyebabkan ibu melakukan praktik pemberian makan yang buruk seperti pemberian makan rendah energi, pemberian makan tidak teratur, pemberian makan saat dan setelah sakit yang tidak adekuat, ketidakcukupan asupan secara kuantitas, dan *non-responsive feeding*²⁶.

KESIMPULAN

Sebagian besar ibu/pengasuh batita SCOM kurang mempraktikkan pemberian makan *responsive feeding*. Terdapat hubungan antara praktik pemberian makan *responsive feeding* dengan kejadian SCOM. Praktik pemberian makan *responsive feeding* bersifat protektif terhadap kejadian SCOM. Optimalisasi sikap dan praktik pemberian makan *responsive feeding* pada batita perlu dilakukan sedini mungkin untuk mencegah terjadinya SCOM terutama pada keluarga batita dengan tingkat pendidikan orang tua yang tergolong rendah.

ACKNOWLEDGEMENT

Penulis mengucapkan terimakasih kepada seluruh responden dan seluruh pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian.

Konflik Kepentingan dan Sumber Pendanaan

Semua penulis tidak memiliki *conflict of interest* terhadap artikel ini. Penelitian ini didanai oleh hibah Riset Dosen Pemula, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Tahun 2022 Nomor 3083/UN7.5.4.2/PP/2022.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bhurosy, T. & Jeewon, R. Overweight and obesity epidemic in developing countries: A problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? *Sci. World J.* **2014**, (2014). <https://doi.org/10.1155/2014/964236>
2. WHO. The double burden of Malnutrition, Policy Brief. *Who/Nmh/Nhd/17.3* **21**, 402–404 (2017).
3. WHO-obesity. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 (2022).
4. Kementerian Kesehatan. *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* (2018) doi:1 Desember 2013.
5. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. (2019). doi:10.1080/09505438809526230.
6. Bredenkamp, C., Buisman, L. R. & Van de Poel, E. Persistent inequalities in child undernutrition: Evidence from 80 countries, from 1990 to today. *Int. J. Epidemiol.* **43**, 1328–1335 (2014). <https://doi.org/10.1093/ije/dyu075>
7. UNICEF. UNICEF : Nutrition. *Unicef* www.unicef.org/nutrition (2022).
8. Kementerian Kesehatan RI. *Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021*. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).
9. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Kementerian Kesehatan. *Status Gizi SSGI 2022*. (2022).
10. Woldehanna, T., Behrman, J. R. & Araya, M. W. The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from young lives Ethiopia. *Ethiop. J. Heal. Dev.* **31**, 75–84 (2017).
11. Bourke, C. D., Berkley, J. A. & Prendergast, A. J. Immune Dysfunction as a Cause and Consequence of Malnutrition. *Trends Immunol.*

- 37, 386–398 (2016). <https://doi.org/10.1016/j.it.2016.04.003>
12. Haddad, L., Cameron, L. & Barnett, I. The double burden of malnutrition in SE Asia and the Pacific: Priorities, policies and politics. *Health Policy Plan.* **30**, 1193–1206 (2015). <https://doi.org/10.1093/heapol/czu110>
13. Gartner, A. *et al.* A double burden of overall or central adiposity and anemia or iron deficiency is prevalent but with little socioeconomic patterning among moroccan and tunisian urban women. *J. Nutr.* **144**, 87–97 (2014). <https://doi.org/10.3945/jn.113.178285>
14. Dieffenbach, S. & Stein, A. D. Stunted child/overweight mother pairs represent a statistical artifact, not a distinct entity. *J. Nutr.* **142**, 771–773 (2012). <https://doi.org/10.3945/jn.111.153387>
15. Lee, J., Houser, R. F., Must, A., De Fulladolsa, P. P. & Bermudez, O. I. Socioeconomic disparities and the familial coexistence of child stunting and maternal overweight in guatemala. *Econ. Hum. Biol.* **10**, 232–241 (2012). <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2011.08.002>
16. Oddo, V. M. *et al.* Predictors of maternal and child double burden of malnutrition in rural Indonesia and Bangladesh 1 – 3. (2012) doi:10.3945/ajcn.111.026070.1. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.026070>
17. Rojroongwasinkul, N. *et al.* SEANUTS: The nutritional status and dietary intakes of 0.5-12-year-old Thai children. *Br. J. Nutr.* **110**, 36–44 (2013). <https://doi.org/10.1017/s0007114513002110>
18. Sandjaja, S. *et al.* Food consumption and nutritional and biochemical status of 0-5-12-year-old Indonesian children: The SEANUTS study. *Br. J. Nutr.* **110**, (2013). <https://doi.org/10.1017/s0007114513002109>
19. Rachmah, Q., Mahmudiono, T. & Loh, S. P. Predictor of Obese Mothers and Stunted Children in the Same Roof: A Population-Based Study in the Urban Poor Setting Indonesia. *Front. Nutr.* **8**, 1–9 (2021). <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.710588>
20. Tanumihardjo, S. A. *et al.* Poverty, Obesity, and Malnutrition: An International Perspective Recognizing the Paradox. *J. Am. Diet. Assoc.* **107**, 1966–1972 (2007). <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.08.007>
21. Hong, S. A. Prevalence and regional variations of coexistence of child stunting and maternal overweight or obesity in Myanmar. *Public Health Nutr.* **24**, 2248–2258 (2021). <https://doi.org/10.1017/s136898002000186x>
22. Félix-Beltrán, L., Macinko, J. & Kuhn, R. Maternal height and double-burden of malnutrition households in Mexico: Stunted children with overweight or obese mothers. *Public Health Nutr.* **24**, 106–116 (2021). <https://doi.org/10.1017/s136898002000292x>
23. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutr.* **5**, 93–103 (2002). <https://doi.org/10.1079/phn2001280>
24. Fikadu, T., Assegid, S. & Dube, L. Factors associated with stunting among children of age 24 to 59 months in Meskan district, Gurage Zone, South Ethiopia a case-control study. *BMC Public Health* **14**, 1–7 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-800>
25. Lemaking, V. B., Manimalai, M. & Djogo, H. M. A. Hubungan pekerjaan ayah, pendidikan ibu, pola asuh, dan jumlah anggota keluarga dengan kejadian stunting pada balita di Kecamatan Kupang Tengah, Kabupaten Kupang. *Ilmu Gizi Indones.* **5**, 123 (2022). <https://doi.org/10.35842/ilgi.v5i2.254>
26. Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F. & Onyango, A. W. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern. Child Nutr.* **9**, 27–45 (2013). <https://doi.org/10.1111/mcn.12088>
27. Ramadhani, M. & Yenita, R. N. Analisis Risiko Stunting dalam Pola Asuh pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Siak Kabupaten Siak. *Al-Tamimi Kesmas* **11**, 36–44 (2022). <https://doi.org/10.35328/kesmas.v11i1.2183>
28. Gunawan, H., Pribadi, R. P. & Rahmat, R. Hubungan Pola Asuh Pemberian Makan Oleh Ibu Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 2-5 Tahun. *J. Keperawatan 'Aisyiyah* **6**, 79–86 (2020). <https://doi.org/10.33867/jka.v6i2.143>
29. Tessema, M., Belachew, T. & Ersino, G. Feeding patterns and stunting during early childhood in rural communities of Sidama South Ethiopia. *Pan Afr. Med. J.* **14**, 1–12 (2013). <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.252.3588>
30. Harbron, J., Booley, S., B, N. & CE, D. Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African J. Clin. Nutr.* **26**, S141–S149 (2013).
31. Permatasari, T. A. E. Pengaruh Pola Asuh Pemberian Makan Terhadap Kejadian Stunting Pada Balita. *J. Kesehatan. Masy. Andalas* **14**, 3 (2021). <https://doi.org/10.24893/jkma.v14i2.527>
32. Septamarini, R. G., Widyastuti, N. & Purwanti, R. Hubungan pengetahuan dan sikap responsive feeding dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo, Semarang. *J. Nutr. Coll.* **8**, 17–21 (2019). <https://doi.org/10.14710/jnc.v8i1.23808>
33. WHO. Public health Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* **363**, 157–163 (2004).
34. Lim, J. U. *et al.* Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients. *Int. J. COPD* **12**, 2465–2475 (2017). <https://doi.org/10.2147/copd.s141295>
35. World Health Organization (WHO). *Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and*

- obesity in the context of the double burden of malnutrition Updates for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). *Who* (2017).
36. Masan, L., Rudi, A., Haryanti, Y., Akbar, H. & Abbani, A. Y. The determinants of anemia severity and BMI level among anemic women of reproductive age in Indonesia Determinan tingkat keparahan anemia dan level indeks massa tubuh pada wanita anemia pada usia reproduktif di Indonesia. *J. Heal. Epidemiol. Commun. Dis.* **7**, 26–39 (2021). <https://doi.org/10.22435/jhecdis.v7i1.4760>
37. Nugroho, M. R., Sasongko, R. N. & Kristiawan, M. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Usia Dini di Indonesia. *J. Obs. J. Pendidik. Anak Usia Dini* **5**, (2021). <https://doi.org/10.31004/obsesi.v5i2.1169>
38. Desisa Hundera, T. Nutritional Status and Associated Factors Among Lactating Mothers in Nekemte Referral Hospital and Health Centers, Ethiopia. *Int. J. Nutr. Food Sci.* **4**, 216 (2015). <https://doi.org/10.11648/j.ijnfs.20150402.23>
39. Tiha, riani e, Legi, nonce n & Walalangi, rivolta g. . Hubungan Pengetahuan Gizi , Pola Makan Dengan Status Gizi Pada Ibu Di Desa Pahaleten Kecamatan Kakas Kabupaten Minahasa. *Gizido* **8**, 71–77 (2016). <https://doi.org/10.55313/ojs.v10i2.155>
40. Mahmudiono, T., Nindya, T. S., Andrias, D. R., Megatsari, H. & Rosenkranz, R. R. Household food insecurity as a predictor of stunted children and overweight/obese mothers (SCOWT) in Urban Indonesia. *Nutrients* **10**, 10050535 (2018). <https://doi.org/10.3390/nu10050535>
41. Ng, C. S., Dibley, M. J. & Agho, K. E. Complementary feeding indicators and determinants of poor feeding practices in Indonesia: A secondary analysis of 2007 Demographic and Health Survey data. *Public Health Nutr.* **15**, 827–839 (2012). <https://doi.org/10.1017/s1368980011002485>
42. Febriani Reski Brilliantika & Noer, E. R. Faktor determinan perilaku responsive feeding pada balita stunting usia 6 - 36 bulan. *J. Nutr. Coll.* **5 Jilid I**, 120–129 (2016).
43. Purwanti, R. *et al. Buku Saku Strategi Pemberian Makan Responsive Feeding pada Balita.* (Departemen Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, 2022).
44. Blaney, S., Februhartanty, J. & Sukotjo, S. Feeding practices among Indonesian children above six months of age: A literature review on their magnitude and quality (part 1). *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* **24**, 16–27 (2015).
45. Latifah, U., Prastiwi, R. S. & Baroroh, U. The Responsive Feeding Behavior and Stunting Incident on Toddlers. *J. Kebidanan* **10**, 143–148 (2020). <https://doi.org/10.31983/jkb.v10i2.6286>
46. Garrett, J. L. & Ruel, M. T. Stunted child - overweight mother pairs: An emerging policy concern? **36** (2003). <https://doi.org/10.1177/156482650502600205>
47. Lutter, C. K. *et al.* Undernutrition, poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics* **128**, (2011). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1392>
48. Dranesia, A., Wanda, D. & Hayati, H. Pressure to eat is the most determinant factor of stunting in children under 5 years of age in Kerinci region, Indonesia. *Enferm. Clin.* **29**, 81–86 (2019). <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.013>
49. Black, M. M. & Aboud, F. E. Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting. *J. Nutr.* **141**, 490–494 (2011). <https://doi.org/10.3945/jn.110.129973>
50. Sall, N. S. *et al.* A measurement scale to assess responsive feeding among Cambodian young children. *Matern. Child Nutr.* **16**, 1–11 (2020). <https://doi.org/10.1111/mcn.12956>