

## Responsive feeding ibu dan asupan makan anak *stunting* usia 2-5 tahun

Maternal responsive feeding and food intake of 2-5 years old stunted children

Adisti Qamahadlina Larasati<sup>1</sup>, Toto Sudargo<sup>2</sup>, Susetyowati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Gizi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

### ABSTRACT

**Background:** Inadequate food intake is one of the stunting determinants in children. Responsive feeding is related to children's food intake. **Objective:** This study aimed to determine the relation between maternal responsive feeding and food intake of stunting children aged 2-5 years. **Methods:** This study was a cross-sectional study with 92 mothers who had stunted children aged 2-5 years were participated. Responsive feeding was measured by a validated RFPAT questionnaire, and food intake was measured by 2x24 hour recall. Data were analysed using Spearman correlation test ( $p < 0.05$ ). **Results:** 52.2% of mothers had bad responsive feeding practices. Most children did not meet 80% of their energy, carbohydrate, and fat needs according to the RDA standards, but the majority of children (92.5%) met more than 80% of their protein needs. There is no statistically significant relationship between maternal responsive feeding and the stunting child's food intake. **Conclusion:** There is no significant relationship between responsive feeding of mothers and food intake of stunting children. It is necessary to conduct other more in-depth research related to the interaction of mother and child when eating, proper child feeding practices, and its relationship with children's food intake.

**KEYWORDS:** children; food intake; mother; responsive feeding; stunting

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Asupan makan yang inadekuat merupakan salah satu penyebab utama kejadian *stunting* pada anak. *Responsive feeding* diketahui berhubungan dengan asupan makan anak. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *responsive feeding* ibu dengan asupan makan anak *stunting* usia 2-5 tahun. **Metode:** Penelitian *cross-sectional* yang melibatkan 92 ibu yang memiliki anak *stunting* usia 2-5 tahun. *Responsive feeding* diukur dengan kuesioner *Responsive Feeding Practice Assessment Tools* (RFPAT) yang sudah divalidasi dan asupan makan diukur dengan *recall* 2x24 jam. Analisis data menggunakan uji korelasi *Spearman* ( $p < 0,05$ ). **Hasil:** Sebanyak 52,2% ibu memiliki praktik *responsive feeding* yang buruk. Kebanyakan anak tidak memenuhi 80% kebutuhan energi, karbohidrat, dan lemak sesuai dengan standar angka kecukupan gizi (AKG 2019), tetapi mayoritas anak (92,5%) memenuhi lebih dari 80% kebutuhan proteinnya. Tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara *responsive feeding* ibu dengan asupan makan anak *stunting*. **Simpulan:** *Responsive feeding* ibu tidak berhubungan dengan asupan makan anak *stunting*. Perlu dilakukan penelitian lain yang lebih mendalam terkait interaksi ibu dan anak saat makan, praktik pemberian makan anak yang tepat, dan hubungannya dengan asupan makan anak.

**KATA KUNCI:** balita; asupan makan; ibu; *responsive feeding*; *stunting*

### PENDAHULUAN

Masa balita adalah periode emas dalam kehidupan anak yang ditandai dengan kecepatan pertumbuhan dan perkembangan yang pesat [1]. Pertumbuhan anak di masa

ini akan memengaruhi dan menentukan perkembangan anak di masa depan [2]. Asupan makan dan gizi yang cukup untuk anak balita perlu diperhatikan untuk mendukung pertumbuhan anak yang optimal. Orangtua terutama ibu berperan penting dalam pemenuhan

**Korespondensi:** Adisti Qamahadlina Larasati, Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Jl. Farmako Sekip Utara, Yogyakarta 55281, Indonesia, e-mail: [adistiql@mail.ugm.ac.id](mailto:adistiql@mail.ugm.ac.id)

**Cara sitasi:** Larasati AQ, Sudargo T, Susetyowati. Responsive feeding ibu dan asupan makan anak *stunting* usia 2-5 tahun. Jurnal Gizi Klinik Indonesia. 2022;18(4):164-171. doi: 10.22146/ijcn.71996

kebutuhan gizi anak. Anak memerlukan perhatian dan dukungan orangtua untuk menghadapi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, termasuk mendapatkan asupan makan dan gizi yang cukup [3]. Asupan makan yang kurang dapat menyebabkan malnutrisi dan masalah gizi lainnya pada anak [4].

*Stunting* adalah kondisi pertumbuhan berupa tinggi badan anak lebih pendek dibandingkan usia yang seharusnya, didefinisikan berdasarkan *z-score* tinggi badan per umur (TB/U) kurang dari -2 median standar deviasi (SD) grafik standar pertumbuhan anak [5]. Anak *stunting* kesulitan untuk mencapai tinggi badan optimal dan memiliki perkembangan kognitif yang kurang. Hal ini dapat menyebabkan penurunan kecerdasan dan perkembangan motorik [6]. *Stunting* pada anak usia di bawah lima tahun dapat menyebabkan gangguan pada perkembangan fisik, serta dampak jangka panjang pada perkembangan kognitif, performa pendidikan, produktivitas ekonomi di masa dewasa, serta kesehatan reproduksi maternal [7].

*World Health Organization* (WHO) mengategorikan penyebab *stunting* menjadi beberapa kategori besar, yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, pemberian makanan tambahan yang kurang memadai, air susu ibu (ASI), dan infeksi. Pemberian makanan tambahan yang kurang memadai diantaranya termasuk kualitas makanan yang buruk, praktik pemberian makan yang kurang baik, serta keamanan makanan dan air bersih [8]. Asupan gizi yang rendah dipengaruhi oleh pola asuh, termasuk perilaku pemberian makan yang tidak tepat [9]. Kebiasaan makan anak dipengaruhi oleh hubungan dan komunikasi antara anak dengan orangtua atau pengasuh karena mereka terlibat dalam pemilihan makanan, serta pengaturan kebiasaan makan [10].

*Responsive feeding* (RF) merupakan bagian dari *active feeding*, yaitu orang tua atau pengasuh terlibat dalam perilaku baik selama pemberian makan anak dilakukan [10]. Berdasarkan rekomendasi *Pan American Health Organization* (PAHO) dan WHO, ibu atau pengasuh dalam RF disarankan untuk memerhatikan sinyal rasa lapar dan kenyang yang diberikan anak, tidak memaksa anak untuk makan, dan menjadikan waktu makan sebagai waktu untuk belajar [11]. *Responsive feeding* sendiri terdiri dari tiga komponen, yaitu memastikan bahwa

pemberian makan berlangsung menyenangkan dengan gangguan yang minim, memperhatikan sinyal rasa lapar dan kenyang yang ditunjukkan oleh anak, serta merespon anak dengan memberikan dukungan emosional, dan dengan tindakan yang baik [12].

Sebuah penelitian tentang pemberian makan dan asupan makan pada anak di Ethiopia menunjukkan bahwa ibu dengan anak *stunting* cenderung melakukan praktik pemberian ASI dan MPASI yang kurang responsif dibandingkan dengan ibu dengan anak yang tidak *stunting* [13]. Praktik pemberian makan yang dilakukan oleh ibu dengan anak *stunting* dinilai kurang responsif terhadap tanda-tanda lapar dan kenyang yang ditunjukkan oleh anak. Meskipun pemberian makan dilakukan secara aktif, tetapi ibu atau pengasuh cenderung menggunakan paksaan (*force-feed*) saat pemberian makan. Sementara ibu dengan anak yang tidak *stunting* cenderung memerhatikan frekuensi dan jumlah makanan yang dikonsumsi oleh anak, menyesuaikan pemberian makan anak ketika sakit, dan secara verbal mendorong anak untuk makan.

Perilaku pemberian makan memengaruhi asupan makan dan kontrol anak terhadap makan. Sementara *responsive feeding* dikenal sebagai cara pemberian makan yang aktif dan interaktif antara pengasuh (ibu) dan anak, yang dapat meningkatkan asupan makan dan memengaruhi status gizi anak [14]. Dengan demikian, penerapan *responsive feeding* diharapkan dapat meningkatkan asupan makan anak. Beberapa penelitian terkait praktik pemberian makan dan *stunting* di Yogyakarta sudah dilakukan. Namun, penelitian terkait *responsive feeding* pada anak *stunting* di Yogyakarta khususnya di Kabupaten Sleman belum banyak dilakukan. Padahal, praktik pemberian makan merupakan salah satu hal krusial yang memengaruhi asupan makan anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara praktik *responsive feeding* ibu dengan asupan makan pada anak *stunting*.

## BAHAN DAN METODE

### Desain dan subjek

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan desain *cross-sectional* yang dilakukan di wilayah

Kabupaten Sleman pada bulan September – November 2021. Perhitungan besar sampel menggunakan rumus *sample size* untuk penelitian *cross-sectional*. Sebanyak 100 ibu memenuhi kriteria inklusi yaitu memiliki anak *stunting* usia 2-5 tahun, ibu tinggal serumah dengan anak dan bertanggung jawab terhadap pemberian makan anak, dan ibu bersedia mengikuti penelitian dengan menandatangani *informed consent*. Namun, sebanyak 8 ibu harus dieksklusi karena tidak memenuhi 2 hari *recall* (6 ibu) dan anaknya sakit dalam seminggu terakhir (2 ibu). Jumlah akhir sampel yang masuk dalam penelitian adalah 92 ibu.

### Pengumpulan dan pengukuran data

*Responsive feeding* ibu. Praktik *responsive feeding* ibu diukur menggunakan kuesioner *responsive feeding practice assesment test* (RFPAT) yang sudah divalidasi sebelumnya. Kuesioner terdiri dari 11 item pernyataan dengan 5 skala Likert bernilai 0-4. *Responsive feeding* ibu dinyatakan baik jika lebih dari nilai rata-rata populasi dan dinyatakan buruk jika kurang dari rata-rata populasi. Kuesioner RFPAT adalah kuesioner yang bertujuan mengukur praktik *responsive feeding* pada anak usia 6-12 bulan [15]. Uji validitas kuesioner dilakukan kepada 25 ibu yang memiliki balita dengan usia 2-5 tahun di Puskesmas Depok 2. Hasil uji validitas kuesioner RFPAT terhadap 25 ibu dari anak usia 2-5 tahun di Puskesmas Depok 2 menunjukkan *R* tabel sebesar 0,323. Item kuesioner dinyatakan valid jika *R* hitung lebih besar daripada *R* tabel. Sebanyak 15 item pada kuesioner RFPAT, 11 item diantaranya dinyatakan valid. Selanjutnya uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana suatu instrumen dapat konsisten dalam melakukan pengukuran. Uji reliabilitas kuesioner RFPAT menunjukkan nilai *Cronbach Alpha* sebesar 0,831. Nilai *Cronbach Alpha* pada rentang 0,7 – 0,9 memiliki reliabilitas tinggi.

*Asupan makan anak*. Asupan makan anak adalah jumlah rata-rata zat gizi makro yang dikonsumsi anak setiap hari. Data asupan makan diperoleh dengan melakukan *recall* 2x24 jam kepada ibu kemudian diolah menggunakan aplikasi *Nutrisurvey* dan dihitung reratanya untuk dibandingkan dengan standar Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2019. Asupan makan dinyatakan kurang jika

tidak memenuhi 80% kebutuhan zat gizi berdasarkan standar AKG, dan dinyatakan cukup jika melebihi 80% kecukupan AKG [16].

*Data karakteristik responden*. Data karakteristik ibu, keluarga, dan anak dikumpulkan menggunakan kuesioner yang diisi oleh ibu. Tinggi badan anak diukur dengan *microtoise* dan berat badan menggunakan timbangan digital. Ibu dari anak yang menderita *stunting* ditunjukkan dengan hasil pengukuran antropometri tinggi badan berdasarkan umur (TB/U) kurang dari atau sama dengan -2SD. Pendidikan ibu dikategorikan menjadi tinggi jika menempuh pendidikan minimal SMA. Penghasilan keluarga dikategorikan berdasarkan Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Sleman tahun 2020 sebesar Rp 1.903.500. Sementara jumlah anak dalam keluarga yang tinggal bersama responden dikategorikan menggunakan *cut-off point* dua orang anak.

### Analisis data

Analisis data univariat dilakukan secara deskriptif berupa distribusi frekuensi. Analisis bivariat menggunakan uji korelasi *Spearman* untuk menguji korelasi dan *Chi-Square* untuk menguji perbedaan. Penelitian ini telah lulus kelaikan etik dari *Medical and Health Research Ethics Committee* (MHREC) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada – Rumah Sakit Umum Dr. Sardjito dengan nomor protokol KE/FK/0983/EC/2021.

### HASIL

Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah, yaitu SD atau SMP dan sebagai ibu rumah tangga yang tidak bekerja. Selain itu, mayoritas responden memiliki pendapatan di bawah UMR dan memiliki 1-2 orang anak balita dalam keluarga. Anak dari responden yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 71,7% berusia 2-3 tahun dan sisanya 28,3% berusia di atas 3 tahun dengan rerata usia anak adalah 3,47 tahun (**Tabel 1**).

Berdasarkan hasil analisis kuesioner RFPAT, maka dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki *responsive feeding* buruk (52%) lebih banyak dibandingkan *responsive feeding* baik (48%). Kuesioner RFPAT

**Tabel 1. Tabel karakteristik responden**

Variabel	n	%
<b>Karakteristik ibu</b>		
Usia		
Remaja akhir (17-25 tahun)	9	9,8
Dewasa awal (26-35)	54	58,7
Dewasa akhir (>36 tahun)	29	31,5
Pendidikan Terakhir		
Rendah (SD dan SMP)	68	73,9
Tinggi (SMA dan D4/S1)	24	26,1
Pekerjaan		
Bekerja	14	15,2
Tidak bekerja	78	84,8
<b>Karakteristik keluarga</b>		
Penghasilan		
≤Rp 1.903.500	58	63,0
≥ Rp 1.903.500	34	37,0
Jumlah anak		
≤ 2	61	66,3
> 2	31	33,7
<b>Karakteristik anak</b>		
Usia (tahun)		
2-3	66	71,7
4-5	26	28,3
Jenis kelamin		
Perempuan	45	48,9
Laki-laki	47	51,1
Status <i>stunting</i> anak		
<i>Stunting</i> (TB/U ≤-2)	74	80,4
<i>Severe stunting</i> (TB/U <-3)	18	19,6

**Tabel 2. Hasil analisis domain RFPAT**

Domain RFPAT	n (%)	
	Buruk	Baik
Persiapan proaktif dalam memberikan makan	38 (41,3)	54 (58,7)
Memerhatikan sinyal yang diberikan oleh anak	51 (55,4)	41 (44,6)
Komunikasi responsif	47 (51,1)	45 (48,9)

**Tabel 3. Analisis asupan zat gizi**

Asupan makan	Inadekuat (<80% AKG)		Adekuat (>80% AKG)	
	n	%	n	%
Energi	58	63	34	37
Protein	7	7,6	85	92,4
Karbohidrat	79	85,9	13	14,1
Lemak	50	54,3	42	45,7

**Tabel 4. Rerata asupan makan anak *stunting* usia 2-5 tahun**

Asupan makan	Rerata ± SD	Rerata pemenuhan AKG (%)
Energi (kkal)	1003,68 ±299,635	73,68±21,6
Protein (g)	30,93±10,58	145,8±49,7
Karbohidrat (g)	140,27±65,5	62,59±18,3
Lemak (g)	36,93±14,12	78,43±29,4

**Tabel 5. Korelasi *responsive feeding* dan asupan makan anak**

Variabel	<i>Responsive feeding</i>	
	r	p-value
Asupan energi	-0,102	0,334
Asupan protein	0,110	0,294
Asupan karbohidrat	-0,139	0,334
Asupan lemak	-0,135	0,200

**Tabel 6. Hubungan domain *responsive feeding* dengan asupan energi anak *stunting***

Domain RFPAT	Asupan energi			
	Inadekuat		Adekuat	
	n	%	n	%
Persiapan proaktif dalam memberikan makan				
Buruk	25	65,8	13	34,2
Baik	33	61,1	21	38,9
Memperhatikan sinyal yang diberikan oleh anak				
Buruk	31	60,8	20	39,2
Baik	27	65,9	14	34,1
Komunikasi responsif				
Buruk	26	55,3	21	44,7
Baik	32	71,1	13	28,9

terdiri dari tiga domain, yaitu persiapan makan proaktif seperti menyiapkan tempat anak makan yang kondusif, memperhatikan sinyal yang diberikan oleh anak, dan komunikasi responsif anak. Mayoritas ibu termasuk kategori buruk dalam domain memperhatikan sinyal yang diberikan oleh anak (55,4%) dan komunikasi responsif dengan anak (51,1%) (Tabel 2). Sebagian besar anak tidak memenuhi 80% kebutuhan energi, lemak, dan karbohidrat. Sebaliknya dengan asupan protein, yaitu hanya 7,6% anak yang tidak memenuhi kebutuhan protein berdasarkan standar AKG (Tabel 3 dan Tabel 4). Hasil uji statistik dengan uji *Spearman* menunjukkan bahwa

tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara *responsive feeding* dan asupan makan anak (**Table 5**). Demikian juga **Tabel 6** menunjukkan tidak ada perbedaan antara komponen *responsive feeding* dan asupan energi.

## BAHASAN

*Responsive feeding* adalah praktik pemberian makan yaitu ibu atau pengasuh mengamati dan merespon tanda atau sinyal yang diberikan oleh anak secara tepat pada saat proses makan [17]. Ada tiga komponen utama dari *responsive feeding*, yaitu 1) persiapan proaktif, termasuk menyediakan tempat untuk memberikan makan anak yang nyaman dengan sedikit distraksi; 2) ibu atau pengasuh (*caregiver*) mengidentifikasi dan memperhatikan tanda lapar dan kenyang yang ditunjukkan oleh anak; dan 3) ibu atau pengasuh (*caregiver*) menanggapi anak dengan cara yang baik, hangat, memberikan dukungan secara emosional dan mengembangkan perilaku yang tepat. Pada penelitian ini, responden lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik untuk aspek menyediakan tempat makan yang nyaman untuk anak. Persiapan proaktif, termasuk menyediakan tempat makan yang nyaman di tempat dan waktu yang sama, dapat membentuk kebiasaan makan yang sehat [15]. Berkaitan dengan domain identifikasi tanda lapar dan kenyang dari anak, lebih banyak ibu yang termasuk dalam kategori buruk.

Praktik *responsive feeding* mendorong *self-regulation* asupan anak terhadap makanan sehat sebagai respon terhadap rasa kenyang dan lapar. Pengasuh seharusnya mengidentifikasi dan merespon secara suportif tanda lapar dan kenyang yang ditunjukkan anak, serta menyadari perubahan tanda-tanda yang ditunjukkan seiring dengan perkembangan anak, dan membedakan tanda lapar dengan tanda lain yang menyebabkan anak rewel [18]. Praktik pemberian makan ibu yang kurang responsif terhadap tanda lapar dan kenyang yang ditunjukkan oleh anak dapat berujung pada pemberian makan berlebihan (*overfeeding*) yang disebabkan meningkatnya frekuensi dan jumlah makanan yang dikonsumsi, hal ini berkaitan dengan obesitas dini pada anak. Sementara, praktik pemberian makan ibu yang sejalan dengan tanda lapar dan kenyang anak

mendukung perilaku makan secara mandiri pada anak (*self-regulatory*). Orangtua direkomendasikan untuk memperhatikan tanda lapar dan kenyang anak sedari dini dan menghindari memberikan terlalu banyak makanan untuk anak [19].

Perilaku pemberian makan pada anak balita dipengaruhi oleh pengetahuan gizi ibu. Semakin banyak informasi yang diperoleh ibu, maka semakin baik pula perilaku ibu dalam praktik pemberian makan anak, termasuk diantaranya praktik *responsive feeding* [20]. Hal ini juga berkaitan dengan tingkat pendidikan ibu. Ibu dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah menyerap informasi dibandingkan ibu berpendidikan rendah sehingga dengan tingkat pendidikan yang cukup, ibu diharapkan mau dan mampu untuk menerapkan perilaku pemberian makan yang baik pada anak [21].

Lebih lanjut, mayoritas balita memiliki asupan makan, khususnya energi, karbohidrat, dan lemak yang kurang dari 80% AKG. Rendahnya asupan energi dapat dipengaruhi oleh pemahaman ibu yang kurang terhadap kandungan gizi pada makanan sehingga ibu tidak berupaya secara khusus untuk meningkatkan asupan makan anak seperti membuat kreasi makanan yang akan membuat anak tertarik. Pada anak *stunting*, asupan energi yang rendah dapat disebabkan oleh frekuensi dan porsi makan yang kurang (*low density energy*), penurunan nafsu makan, ataupun penyakit infeksi [22].

Sementara asupan protein pada balita *stunting* usia 2-5 tahun pada penelitian ini tergolong baik, yaitu pemenuhan persentase kebutuhan protein lebih dari 80% AKG. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa asupan protein pada anak *stunting* lebih rendah daripada anak yang tidak *stunting*, meskipun asupan protein dari kedua kelompok ini dinyatakan cukup berdasarkan standar AKG [23]. Namun, selain mempertimbangkan kuantitas pemenuhan, perlu dipertimbangkan kualitas dari asupan protein. Bahan pangan sumber protein yang banyak dikonsumsi oleh responden adalah telur, ayam, dan susu, serta produk olahan seperti bakso dan sosis. Kebiasaan mengonsumsi susu memberikan sumbangan protein pada anak *stunting* maupun tidak *stunting*. Nilai TB/U signifikan lebih tinggi pada anak yang mengonsumsi susu dibandingkan yang tidak mengonsumsi susu. Konsumsi susu 300 mL susu formula (*growing up milk*) per hari berhubungan dengan berkurangnya kejadian

*stunting*. Hal ini sesuai dengan rekomendasi WHO untuk kondisi malnutrisi akut, yaitu sebaiknya 25-33% sumber protein berasal dari produk susu karena akan memberikan efek yang baik untuk meningkatkan berat badan dan *linear growth*. Kandungan protein dalam 300 mL susu formula sekitar 8 gram yang mampu memenuhi 25,8% kebutuhan protein harian anak. Susu formula difortifikasi dengan mikronutrien sehingga anak tidak hanya mendapatkan manfaat dari protein yang terkandung dalam susu, tetapi juga mikronutrien yang membantu memenuhi kebutuhan mikronutrien gizi anak terkait dengan asupan makan yang buruk [24].

Pemenuhan asupan gizi anak juga berkaitan dengan faktor sosial ekonomi, seperti tingkat ekonomi dan pendidikan orangtua. Pendidikan ibu memengaruhi asupan makan anak karena ibu bertanggungjawab untuk menyiapkan, menyusun menu, dan memberikan makanan kepada anak. Ibu dengan tingkat pendidikan di atas SMP cenderung lebih baik dalam memilih makanan untuk anak. Selain itu, tingkat ekonomi yang rendah akan memengaruhi kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi oleh keluarga, yaitu variasi dan jumlah makanan yang kurang, terutama untuk makanan yang menunjang pertumbuhan anak. Selain itu, keluarga dengan kondisi ekonomi yang cukup cenderung mengonsumsi lebih banyak selingan tinggi energi dibandingkan keluarga dengan ekonomi rendah yang memilih konsumsi selingan rendah kalori [25].

Selanjutnya, jumlah anggota keluarga juga memengaruhi asupan makan yang dikonsumsi keluarga melalui ketersediaan pangan. Hal ini disebabkan jumlah anggota keluarga yang semakin banyak meningkatkan kebutuhan rumah tangga menjadi lebih banyak pula. Jika pendapatan sedikit dan jumlah anggota keluarga banyak, maka ketersediaan pangan keluarga akan rendah secara kuantitas dan kualitas. Hal ini akan berdampak langsung pada balita yang belum mampu untuk makan sendiri dan masih bergantung kepada orang lain. Jumlah balita yang banyak dalam satu keluarga dapat memengaruhi tingkat konsumsi serta perhatian orangtua. Orangtua cenderung kerepotan dan tidak optimal dalam mengurus anak. Hal ini dapat menyebabkan penurunan nafsu makan anak yang dapat berujung pada asupan makan balita yang kurang dan menimbulkan permasalahan gizi [26].

Praktik *responsive feeding* ibu tidak berhubungan signifikan secara statistik dengan asupan makan pada balita *stunting*. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan usia balita, yaitu 2-5 tahun yang mulai makan sendiri dan ibu tidak selalu menyuapi. Terutama pada ibu rumah tangga yang tinggal di daerah perdesaan yang dibebani dengan banyak pekerjaan rumah sehingga terkadang menyuapi anak sambil mengerjakan pekerjaan rumah untuk menghemat waktu, tetapi justru dapat mengganggu praktik pemberian makan yang baik bagi anak. Selain itu, praktik pemberian makan seperti ini juga menyebabkan ibu memaksa anak untuk makan dengan cepat dan menyelesaikan proses pemberian makan meskipun anak belum kenyang. Meskipun hal ini cukup efektif untuk memberi makan anak, tetapi dalam jangka panjang dapat menyebabkan penolakan makan dan asupan makan anak yang kurang [13].

Preferensi terhadap makanan adalah salah satu determinan asupan makan anak. Perilaku pemberian makan orangtua berpengaruh terhadap perkembangan preferensi makan anak. Orangtua dapat menerapkan berbagai cara untuk mengontrol pola asupan makan anak, seperti mengontrol makanan anak. Kontrol dapat dilakukan secara langsung, seperti membatasi dan menekan anak untuk makan, maupun secara tidak langsung dengan menggunakan strategi membeli hanya makanan sehat dan menghindari toko dan restoran yang menjual makanan tidak sehat [27].

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ditemukan hubungan antara *responsive feeding* ibu dengan asupan makan anak. Berbeda dengan studi lain yang menyatakan bahwa ibu dengan anak *stunting* kurang responsif terhadap tanda lapar yang ditunjukkan oleh anak. Praktik *responsive feeding* yang baik berhubungan dengan asupan makan anak yang lebih banyak dan pertumbuhan yang lebih baik. Asupan makan yang rendah berkaitan dengan asupan energi dan gizi yang inadekuat pada anak-anak di daerah perdesaan. Meskipun asupan makan yang rendah mungkin berhubungan dengan interaksi ibu dan anak saat waktu makan, hal ini masih perlu diteliti lebih lanjut [13].

## SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa *responsive feeding* ibu tidak berhubungan dengan asupan makan

anak. Perlu dilakukan penelitian lebih dalam terhadap interaksi ibu dan anak saat makan, praktik pemberian makan anak yang tepat, serta hubungannya dengan asupan makan anak.

#### *Pernyataan konflik kepentingan*

Peneliti menyatakan tidak ada konflik kepentingan atas hasil penelitian ini.

#### **RUJUKAN**

1. Wahyuningsih U, Anwar F, Kustiyah L. Kualitas konsumsi pangan kaitannya dengan status gizi anak usia 2-5 tahun pada masyarakat adat Kesepuhan Ciptagelar dan Sinar Resmi. *Indonesian Journal of Health Development*. 2020;2(1):1-11.
2. Mediani HS. Predictors of stunting among children under five year of age in Indonesia: a scoping review. *Glob J Health Sci*. 2020;12(8):83. doi: 10.5539/gjhs.v12n8p83
3. Langi GKL, Djendra IM, Purba RB, Todanggene RSP. Pengetahuan ibu dan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita 2-5 tahun di Puskesmas Kawangkoan Minahasa. *J Gizido*. 2019;11(01):17-22. doi: 10.47718/gizi.v11i01.750
4. Sekartaji R, Suza DE, Fauziningtyas R, Almutairi WM, Susanti IA, Astutik E, et al. Dietary diversity and associated factors among children aged 6-23 months in Indonesia. *J Pediatr Nurs*. 2021;56:30-4. doi: 10.1016/j.pedn.2020.10.006
5. World Health Organization. Reducing stunting in children. [series online] 2018 [cited 31 Maret 2020]. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513647>
6. Titley CR, Ariawan I, Hapsari D, Muasyaroh A, Dibley MJ. Determinants of the stunting of children under two years old in Indonesia: a multilevel analysis of the 2013 Indonesia basic health survey. *Nutrients*. 2019;11(5):1106. doi: 10.3390/nu11051106
7. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Merom D, Astell-Burt T, Renzaho AMN. Stunting and severe stunting among children under-5 years in Nigeria: a multilevel analysis. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):15. doi: 10.1186/s12887-016-0770-z
8. Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld LM. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr*. 2018;14(4):e12617. doi: 10.1111/mcn.12617
9. Margawati A, Astuti AM. Pengetahuan ibu, pola makan, dan status gizi pada anak stunting usia 1-5 tahun di Kelurahan Bangetayu, Kecamatan Genuk, Semarang. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2018;6(2):82-9. doi: 10.14710/jgi.6.2.82-89
10. Harbron J, Booley S. Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African J Clin Nutr*. 2013;26(3):S141-9.
11. Engle PL, Peltó GH. Responsive feeding: implications for policy and program implementation. *J Nutr*. 2011;141(3):508-11. doi: 10.3945/jn.110.130039
12. Pallewaththa P, Agampodi SB, Agampodi TC, Siribaddana SH. Knowledge, attitudes, and practices of responsive feeding in rural Sri Lanka (a qualitative study). *Ceylon Med J*. 2019;64(2):70-75. doi: 10.4038/cmj.v64i2.8894
13. Abebe Z, Haki GD, Baye K. Child feeding style is associated with food intake and linear growth in rural Ethiopia. *Appetite*. 2017;116:132-8. doi: 10.1016/j.appet.2017.04.033
14. Mugode RH, Puoane T, Michelo C, Steyn NP. "Feeding a child slowly:" a responsive feeding behavior component likely to reduce stunting: population-based observations from rural Zambia. *Journal of Hunger and Environmental Nutrition*. 2018;13(4):455-69. doi: 10.1080/19320248.2017.1403409
15. Black MM, Aboud FE. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *J Nutr*. 2011;141(3):490-4. doi: 10.3945/jn.110.129973
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia. [series online] 2019 [cited 31 Maret 2020]. Available from: URL: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No\\_28\\_Th\\_2019\\_ttg\\_Angka\\_Kecukupan\\_Gizi\\_Yang\\_Dianjurkan\\_Untuk\\_Masyarakat\\_Indonesia.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_28_Th_2019_ttg_Angka_Kecukupan_Gizi_Yang_Dianjurkan_Untuk_Masyarakat_Indonesia.pdf)
17. Aboud FE, Shafique S, Akhter S. A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. *J Nutr*. 2009;139(9):1738-43. doi: 10.3945/jn.109.104885
18. Pérez-Escamilla R, Jimenez EY, Dewey KG. Responsive feeding recommendations: harmonizing integration into dietary guidelines for infants and young children. *Curr Dev Nutr*. 2021;5(6):nzab076. doi: 10.1093/cdn/nzab076
19. Ra JS, Yun HJ. Risk factors in early life for preschool children in Korea that are associated with being overweight or obese. *Osong Public Heal Res Perspect*. 2020;11(1):15-26. doi: 10.24171/j.phrp.2020.11.1.04
20. Banowo AS, Hidayat Y. Pengaruh edukasi gizi terhadap praktik pemberian makan pada baduta stunting di Kabupaten Bengkulu Utara. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 2021;21(2):765. doi: 10.33087/jiubj.v21i2.1539
21. Olsa ED, Sulastri D, Anas E. Hubungan sikap dan pengetahuan ibu terhadap kejadian stunting pada anak baru masuk sekolah

- dasar di Kecamatan Nanggalo. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2017;6(3):523. doi: 10.25077/jka.v6i3.733
22. Anshori LM, Sutrisna B, Fikawati S. Relationship energy and protein intake with the incidence of stunting among toddler aged (25-60 months) in Mangkung village, District of Central Lombok. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2020;11(03):1593-8.
  23. Sari EM, Juffrie M, Nurani N, Sitaresmi MN. Asupan protein, kalsium dan fosfor pada anak stunting dan tidak stunting usia 24-59 bulan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2016;12(4):152-9. doi: 10.22146/ijcn.23111
  24. Sjarif DR, Yuliarti K, Iskandar WJ. Daily consumption of growing-up milk is associated with less stunting among Indonesian toddlers. *Medical Journal of Indonesia*. 2019;28(1):70-6. doi: 10.13181/mji.v28i1.2607
  25. Rahayu A, Yulidasari F, Anggraini L, Rahman F, Laily N, Sari AR, et al. Energy and protein intake-related risks affected the occurrence of stunting among young children. *Proceedings of the 4th International Symposium on Health Research (ISHR 2019)*. doi: 10.2991/ahsr.k.200215.063
  26. Mulyani EY, Jus'at I, Angkasa D, Anggiruling DO, Stanin E. Pengetahuan, sikap, perilaku, dan asupan gizi berdasarkan status hidrasi ibu hamil. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2020;17(2):87-95. doi: 10.22146/ijcn.59101
  27. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*. 2018;10(6):706. doi: 10.3390/nu10060706