

BAB I

Masalah Gizi Pada Anak

Anggie Diniayuningrum, S.Keb, Bd, M.Keb

A. Status Gizi Pada Anak

Status gizi pada anak ditentukan berdasarkan perbandingan hasil antropometri (berat badan dan panjang/tinggi badan) terhadap Standar Antropometri Anak. Standar Antropometri Anak berdasarkan Permenkes No. 2 Tahun 2020 dibagi menjadi 4 indeks, meliputi Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang/Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), Berta Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Klasifikasi penilaian status gizi berdasarkan indeks antropometri ditentukan sesuai dengan kategori status gizi yang tercantum dalam *WHO Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun dan *WHO Reference 2007* untuk anak usia 5-18 tahun.

1. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Indeks BB/U menunjukkan perbandingan berat badan anak terhadap usianya. Indeks ini berfungsi untuk menilai apakah anak tergolong berat badan kurang (*underweight*) atau sangat kurang (*severely underweight*), namun tidak dapat digunakan untuk menentukan apakah anak termasuk gemuk atau sangat gemuk. Penting untuk diketahui bahwa anak dengan nilai BB/U rendah kemungkinan memiliki masalah pertumbuhan, sehingga perlu dilakukan konfirmasi menggunakan indeks BB/PB, BB/TB, atau IMT/U sebelum diberikan intervensi.

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks BB/U anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 4:

- a. Berat badan sangat kurang (*severely underweight*) dengan $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
- b. Berat badan kurang (*underweight*) dengan $z\text{-score} -3\text{ SD} \text{ sd} < -2\text{ SD}$
- c. Berat badan normal dengan $z\text{-score} -2\text{ SD} \text{ sd} +1\text{ SD}$
- d. Risiko berat badan lebih dengan $z\text{-score} < -3\text{ SD}$

2. Indeks Panjang Badan menurut Umur atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U)

Indeks PB/U atau TB/U menunjukkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak sesuai dengan usianya. Indeks ini digunakan untuk mengidentifikasi anak yang pendek (*stunted*) atau sangat pendek (*severely stunted*) akibat kekurangan gizi jangka panjang atau sering mengalami sakit. Selain itu, indeks ini juga dapat mengenali anak yang memiliki tinggi badan di atas normal (tinggi sekali), yang umumnya disebabkan oleh gangguan endokrin, meskipun kasus tersebut jarang ditemukan di Indonesia.

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks PB/U atau TB/U anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 4:

- a. Sangat pendek (*severely stunted*) dengan $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
 - b. Pendek (*stunted*) dengan $z\text{-score} - 3\text{ SD}$ sd $< -2\text{ SD}$
 - c. Normal dengan $z\text{-score} -2\text{ SD}$ sd $+3\text{ SD}$
 - d. Tinggi dengan $z\text{-score} > +3\text{ SD}$
3. Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)

Indeks BB/PB atau BB/TB menunjukkan kesesuaian antara berat badan anak dengan panjang atau tinggi badannya. Indeks ini digunakan untuk menilai apakah anak mengalami gizi kurang (*wasted*), gizi buruk (*severely wasted*), atau memiliki risiko gizi lebih (*possible risk of overweight*). Kondisi gizi buruk umumnya disebabkan oleh penyakit serta kekurangan asupan gizi, baik yang terjadi secara akut (baru terjadi) maupun kronis (berlangsung lama).

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks PB/BB atau TB/BB anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 6:

- a. Gizi buruk (*severely wasted*) dengan $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
 - b. Gizi kurang (*wasted*) dengan $z\text{-score} - 3\text{ SD}$ sd $< -2\text{ SD}$
 - c. Gizi baik (normal) dengan $z\text{-score} > -2\text{ SD}$ sd $+1\text{ SD}$
 - d. Berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*) dengan $z\text{-score} + 1\text{ SD}$ sd $+2\text{ SD}$
 - e. Gizi lebih (*overweight*) dengan $z\text{-score} > +2\text{ SD}$ sd $+3\text{ SD}$
 - f. Obesitas (*obese*) dengan $z\text{-score} > +3\text{ SD}$
4. Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U)

Indeks IMT/U berfungsi untuk menentukan kategori status gizi anak, meliputi gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, berisiko gizi lebih, gizi lebih, dan obesitas. Hasil pengukuran pada grafik IMT/U umumnya sejalan dengan grafik BB/PB atau BB/TB, namun IMT/U memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dalam mengidentifikasi anak yang berisiko mengalami gizi lebih atau obesitas. Anak dengan nilai IMT/U $> +1\text{SD}$ dikategorikan berisiko mengalami gizi lebih, sehingga perlu dilakukan tindak lanjut

untuk mencegah terjadinya kelebihan gizi dan obesitas. Indeks IMT/U diklasifikasikan menjadi 2 yaitu Indeks IMT/U anak usia 0-60 bulan dan Indeks IMT/U anak usia 5-18 tahun.

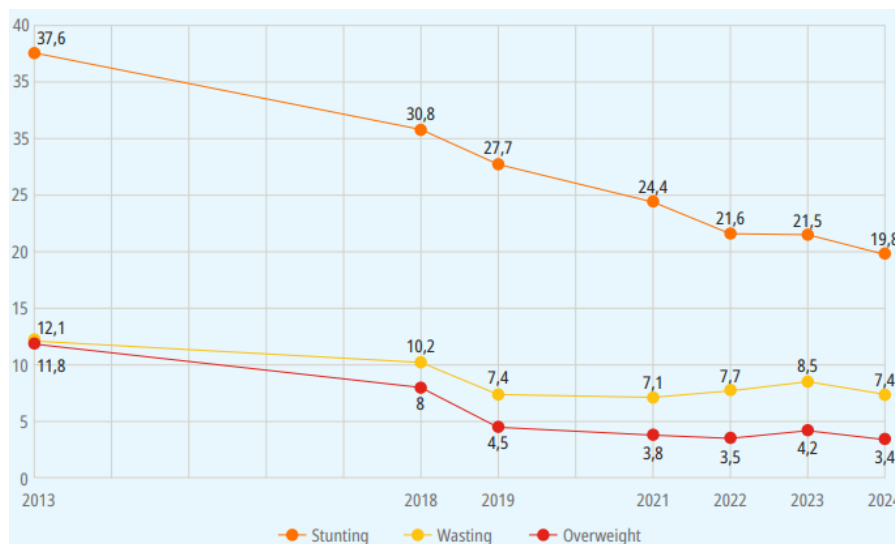
Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks IMT/U anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 6:

- a. Gizi buruk (*severely wasted*) dengan $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
- b. Gizi kurang (*wasted*) dengan $z\text{-score} - 3\text{ SD}$ sd $< -2\text{ SD}$
- c. Gizi baik (*normal*) dengan $z\text{-score} > -2\text{ SD}$ sd $+1\text{ SD}$
- d. Berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*) dengan $z\text{-score} + 1\text{ SD}$ sd $+2\text{ SD}$
- e. Gizi lebih (*overweight*) dengan $z\text{-score} > +2\text{ SD}$ sd $+3\text{ SD}$
- f. Obesitas (*obese*) dengan $z\text{-score} > +3\text{ SD}$

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks IMT/U anak usia 5-18 tahun dibagi menjadi 5:

- a. Gizi buruk (*severely wasted*) dengan $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
- b. Gizi kurang (*thinness*) dengan $z\text{-score} - 3\text{ SD}$ sd $< -2\text{ SD}$
- c. Gizi baik (normal) dengan $z\text{-score} > -2\text{ SD}$ sd $+1\text{ SD}$
- d. Gizi lebih (*overweight*) dengan $z\text{-score} > +2\text{ SD}$ sd $+3\text{ SD}$
- e. Obesitas (*obese*) dengan $z\text{-score} > +2\text{ SD}$

Anak-anak dengan risiko berat badan lebih kemungkinan memiliki masalah pertumbuhan, sehingga diperlukan konfirmasi hasil pemeriksaan BB/TB atau IMT/U. Anak-anak dengan hasil indeks PB/U atau TB/U termasuk dalam kategori sangat tinggi umumnya bukan menjadi masalah, namun jika ditemukan adanya masalah endokrin seperti ditemukannya tumor yang memproduksi hormone pertumbuhan berlebih maka perlu dilakukan rujukan ke dokter spesialis anak (Kemenkes RI, 2020).



Sumber: Kemenkes (2025)

Gambar 1.1 Status Gizi Anak Indonesia 2013-2024

B. Stunting

1. Prevalensi

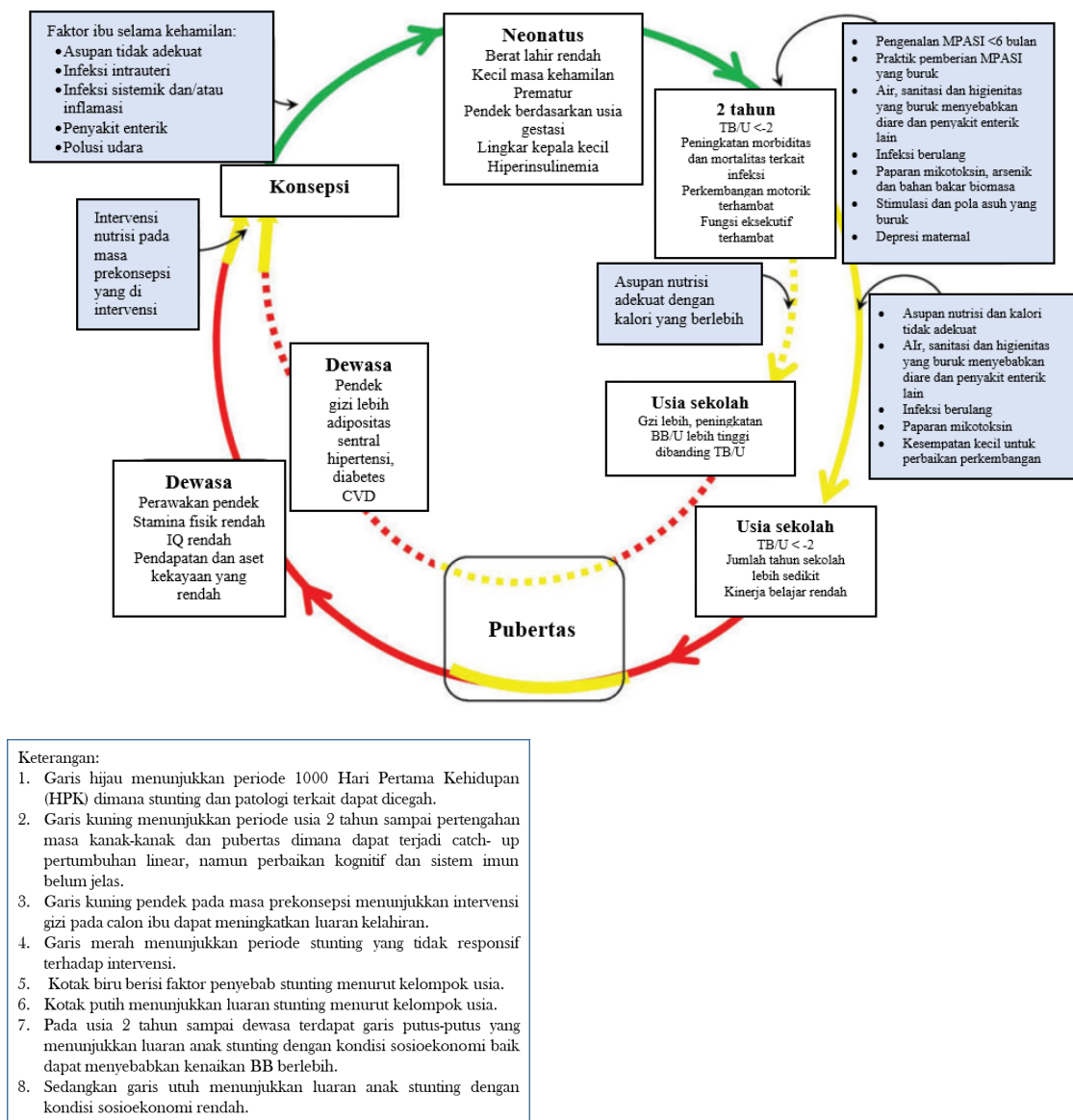
Pada tahun 2016, secara global tercatat 22,9% atau sekitar 154,8 juta anak balita mengalami stunting, yaitu kondisi tinggi badan lebih rendah dari standar usia. Stunting diukur berdasarkan z-score tinggi badan menurut umur yang lebih dari dua standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO, menunjukkan adanya hambatan dalam pertumbuhan optimal anak. Kondisi ini umumnya terjadi pada 1.000 hari pertama kehidupan, mulai dari masa konsepsi hingga usia dua tahun, dan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti status sosial ekonomi, asupan gizi, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, kekurangan mikronutrien, serta lingkungan yang kurang mendukung (World Health Organization, 2018)

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023, prevalensi stunting di Indonesia tercatat sebesar 21,5%, menunjukkan penurunan signifikan dari 37,6% pada tahun 2013. Hasil ini sejalan dengan temuan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024, yang mencatat penurunan lebih lanjut hingga 19,8%. Secara keseluruhan, dalam lima tahun terakhir prevalensi stunting menurun 9,3 poin persentase, dari 30,8% pada tahun 2018 menjadi 21,5% pada tahun 2023, dengan rata-rata penurunan 1,86% per tahun. Jika ditinjau selama satu dekade terakhir, penurunan mencapai 15,7 poin persentase, dari 37,2% pada tahun 2013 menjadi 21,5% pada tahun 2023, menggambarkan kemajuan nyata

dalam upaya penanggulangan stunting di Indonesia. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023, prevalensi stunting diketahui meningkat hampir dua kali lipat pada anak setelah memasuki usia satu tahun. Prevalensi stunting tertinggi ada pada kelompok umur 12 - 47 bulan. Kondisi ini mengindikasikan adanya masalah penting pada periode tersebut, yang menyebabkan terjadinya peningkatan signifikan dalam angka stunting (Kemenkes RI, 2020, 2024).

Stunting dapat menurunkan daya tahan tubuh dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Anak yang mengalami stunting juga memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi, diabetes, dan obesitas saat dewasa. Selain itu, rata-rata tingkat kecerdasan (IQ) anak stunting diketahui 11 poin lebih rendah dibandingkan anak yang tumbuh dengan normal (Febriani et al., 2020). Anak yang mengalami stunting disertai defisiensi yodium dan zat besi berpotensi mengalami kerusakan otak permanen yang menghambat perkembangan kognitif dan pertumbuhan optimal. Kondisi stunting juga berdampak jangka panjang, seperti tinggi badan yang lebih pendek saat dewasa, kerentanan terhadap penyakit kronis, serta rendahnya capaian pendidikan dan pendapatan dibandingkan anak dengan pertumbuhan normal. Selain itu, kombinasi stunting dan wasting meningkatkan risiko kematian anak, terutama jika kedua kondisi tersebut terjadi secara bersamaan dalam suatu populasi. Mengacu pada lambatnya penurunan prevalensi stunting di sejumlah negara serta dampak negatifnya yang luas, stunting ditetapkan sebagai indikator utama dalam pemantauan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDG*) nomor 2. Berdasarkan Global Nutrition Targets 2025 yang disetujui dalam Sidang Kesehatan Dunia ke-65 tahun 2012, ditargetkan penurunan 40% kasus stunting pada anak di bawah lima tahun (World Health Organization, 2018).

Visi Pemerintah Prabowo-Gibran untuk periode 2025-2029, yaitu “Bersama Indonesia Maju Menuju Indonesia Emas 2045”, diwujudkan melalui delapan misi strategis (Asta Cita), salah satunya berfokus pada penguatan pembangunan sumber daya manusia melalui peningkatan sektor pendidikan, kesehatan, dan kesetaraan gender. Dalam kerangka tersebut, penurunan stunting menjadi salah satu prioritas utama dengan target 14,4% pada tahun 2029 dan 5% pada tahun 2045, sesuai arah RPJMN 2025-2045. Capaian pemerintahan sebelumnya yang menurunkan prevalensi stunting dari 30,8% pada 2018 menjadi 21,5% pada 2023 menjadi fondasi penting bagi keberlanjutan program percepatan penurunan stunting di Indonesia (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).



Sumber: Kemenkes RI (2022)

Gambar 1.2 Syndrome Stunting

Stunting tidak hanya menggambarkan kondisi tubuh pendek, tetapi merupakan bagian dari sindrom kompleks yang mencerminkan gangguan pertumbuhan linier akibat berbagai faktor biologis dan sosial. Kondisi ini berdampak pada peningkatan risiko kesakitan dan kematian, serta menurunkan kemampuan fisik, perkembangan kognitif, dan potensi ekonomi seseorang. Stunting juga menciptakan siklus antargenerasi, di mana perempuan yang mengalami stunting sejak kecil berisiko melahirkan anak dengan kondisi serupa. Siklus ini berkontribusi pada terjadinya kemiskinan dan penurunan kualitas sumber daya manusia, meskipun masih terdapat peluang untuk melakukan intervensi gizi dan kesehatan

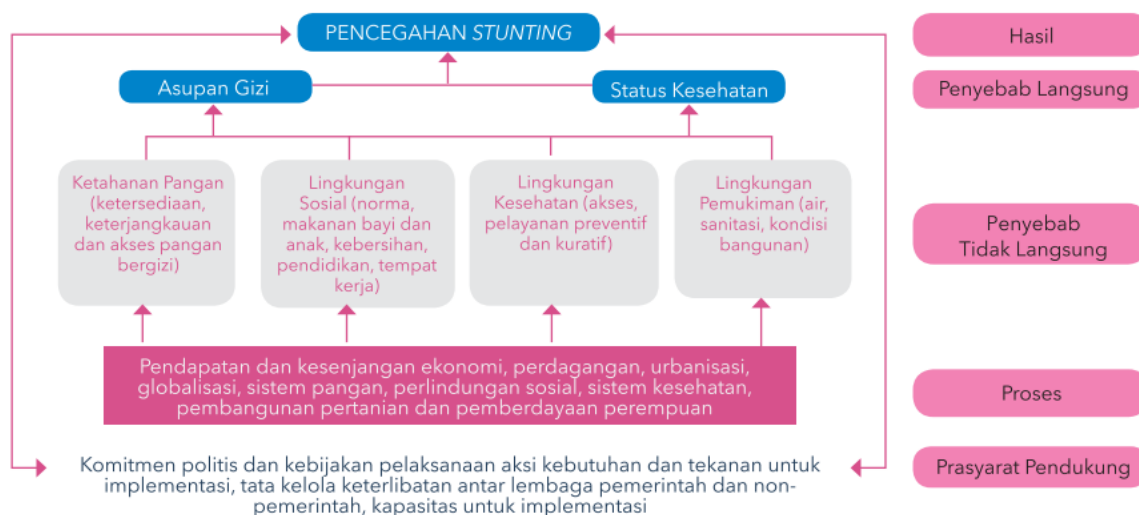
pada periode-periode kritis kehidupan (Kemenkes RI, 2022; Prendergast & Humphrey, 2014).

Siklus sindrom stunting antargenerasi dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, gizi, dan sosial. Faktor-faktor tersebut meliputi aspek genetik, kekurangan asupan nutrisi pada ibu dan anak sepanjang siklus kehidupan, pemberian ASI yang tidak optimal, pola pemberian makanan pendamping yang tidak sesuai, serta paparan penyakit infeksi dan peradangan. Selain itu, keterbatasan sumber daya antar generasi dan kondisi kemiskinan turut memperburuk situasi ini. Gangguan pertumbuhan linear pada awal kehidupan menimbulkan dampak patologis yang luas, termasuk meningkatnya angka kesakitan dan kematian, menurunnya kemampuan fisik dan perkembangan otak, rendahnya produktivitas ekonomi, serta meningkatnya risiko penyakit metabolik pada masa dewasa (Mulyani et al., 2025)

Penegakan diagnosis stunting dilakukan melalui tahapan yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik, pengukuran antropometrik, serta pemeriksaan penunjang bila diperlukan. Pengukuran antropometri harus dilakukan dengan teknik yang tepat menggunakan alat ukur standar agar hasilnya akurat. Untuk anak berusia di bawah dua tahun, pengukuran panjang badan dilakukan dengan infantometer, sedangkan pada anak berusia dua tahun ke atas digunakan stadiometer untuk mengukur tinggi badan (Kemenkes RI, 2022).

2. Faktor Penyebab

Berdasarkan “*The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition*” dan “*The Underlying Drivers of Malnutrition*” penyebab terjadinya stunting didasarkan pada masalah gizi langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung meliputi kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung meliputi ketahanan pangan (akses pangan bergizi), lingkungan sosial (pemberian makanan bayi dan anak, kebersihan, pendidikan, dan tempat kerja), lingkungan kesehatan (akses pelayanan preventif dan kuratif), dan lingkungan pemukiman (akses air bersih, air minum, dan sarana sanitasi) (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2019).



Gambar 1.3 Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan Stunting Asupan

Sumber: (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2019)

Febriani *et al.* (2020) menyatakan terdapat berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stunting pada masa bayi, antara lain asupan gizi yang tidak memadai, berat badan lahir rendah (BBLR), tinggi badan orang tua, kondisi ekonomi keluarga, tingkat pendidikan orang tua yang rendah, ayah yang tidak bekerja, pemberian ASI eksklusif yang tidak optimal, serta proses penyapihan yang dilakukan terlalu dini pada masa awal pengenalan makanan pendamping ASI. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kekurangan mikronutrien dan vitamin seperti zat besi, seng, vitamin D, dan kalsium berkontribusi terhadap terjadinya stunting. Selain itu, bayi dengan berat badan lahir rendah dan panjang badan lahir pendek memiliki risiko lebih tinggi mengalami stunting.

Status sosial ekonomi, yang mencakup pendidikan, pendapatan, pekerjaan, dan lingkungan tempat tinggal, berpengaruh signifikan terhadap status gizi anak. Ibu dengan pendidikan dan pendapatan rendah cenderung kurang memiliki akses informasi dan kemampuan menyediakan makanan bergizi, sehingga lebih berisiko memiliki anak stunting. Peningkatan pendidikan dan pengetahuan ibu juga belum cukup untuk menurunkan angka stunting, karena dipengaruhi pula oleh faktor lain seperti pemerataan pendapatan, dukungan pemerintah terhadap layanan sosial, sektor pertanian, cakupan imunisasi, dan akses air bersih. Selain itu, pendapatan rendah dan lingkungan tidak layak meningkatkan risiko stunting akibat ketidakamanan pangan, keterbatasan layanan kesehatan, dan tingginya paparan infeksi (World Health Organization, 2018).

Penelitian yang dilakukan Fadilah dan Romadona (2022) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya malnutrisi di Indonesia yaitu pendidikan orangtua,

pengetahuan orangtua, pendapatan keluarga, pola asuh dan asupan makanan. Pendidikan orang tua merupakan faktor penting yang memengaruhi status gizi anak. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi mencerminkan kemampuan berpikir yang lebih baik dalam memahami dan memecahkan berbagai permasalahan, termasuk dalam hal pemenuhan kebutuhan gizi keluarga. Ibu yang berpendidikan tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih luas serta kemampuan analisis yang lebih baik, sehingga mampu menerapkan pola asuh dan pemberian makanan yang sesuai bagi anak (Mugianti et al., 2018). Namun demikian, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendidikan formal yang rendah tidak selalu menjadi penghalang dalam memperoleh pengetahuan gizi yang memadai. Melalui pendidikan non-formal seperti kegiatan posyandu, penyuluhan kesehatan, serta akses informasi dari media massa dan media sosial, ibu tetap dapat meningkatkan pemahamannya terhadap gizi anak (Lestari et al., 2014). Dengan demikian, baik pendidikan formal maupun non-formal berperan penting dalam meningkatkan kuantitas dan kualitas pengetahuan individu (Lestari et al., 2014; Mugianti et al., 2018). Semakin tinggi intensitas seseorang dalam menempuh proses pendidikan dan mencari informasi, semakin baik pula pemahamannya terhadap kesehatan dan gizi, yang pada akhirnya akan berdampak positif terhadap status gizi anak (Fadilah & Romadona, 2022).

Pengetahuan merupakan faktor penting yang berperan dalam membentuk perilaku gizi individu dan keluarga. Tingkat pengetahuan seseorang sangat dipengaruhi oleh pendidikan yang ditempuh, baik melalui jalur formal maupun non-formal. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin luas pula pengetahuan yang dimiliki, termasuk dalam memahami aspek kesehatan dan gizi. Individu dengan pengetahuan yang baik cenderung memiliki kesadaran lebih tinggi terhadap pentingnya gizi seimbang serta mampu mengambil keputusan yang tepat untuk menjaga kesehatan keluarga (Linda Suryani, 2017).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pengetahuan gizi yang dimiliki orang tua, khususnya ibu, berpengaruh terhadap status gizi anak. Ibu dengan pemahaman gizi yang baik akan lebih memperhatikan kualitas dan kuantitas makanan sesuai kebutuhan anak, serta berinovasi dalam penyajian makanan agar anak tetap memiliki selera makan yang baik. Namun demikian, pengetahuan yang tinggi tidak selalu menjamin penerapan perilaku gizi yang benar. Penelitian menunjukkan bahwa sebagian ibu memiliki pengetahuan gizi yang memadai, tetapi tidak menerapkannya dalam pengasuhan sehari-hari, sehingga status gizi anak masih rendah (Fadilah & Romadona, 2022)

Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan perlu diiringi dengan pembentukan sikap positif dan keterampilan praktis dalam penerapan perilaku gizi sehat. Proses edukasi gizi yang berkelanjutan melalui pendidikan formal, non-formal, maupun penyuluhan masyarakat sangat penting untuk membangun kesadaran dan kemampuan keluarga dalam mewujudkan status gizi yang optimal bagi anak.

Pendapatan berperan penting dalam menentukan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi keluarga. Tingkat pendapatan umumnya dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang dilakukan, sedangkan peluang memperoleh pekerjaan yang layak sangat bergantung pada tingkat pendidikan. Oleh karena itu, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan merupakan komponen utama yang saling berhubungan dalam membentuk status sosial ekonomi seseorang (Notoatmodjo, 2014). Individu dengan status sosial ekonomi rendah cenderung memiliki keterbatasan dalam mengakses dan menyediakan makanan bergizi, sehingga berisiko mengalami masalah gizi. Dengan demikian, upaya peningkatan status gizi masyarakat tidak hanya difokuskan pada edukasi gizi semata, tetapi juga perlu memperhatikan peningkatan pendidikan dan kesejahteraan ekonomi keluarga sebagai faktor pendukung utama. Dengan demikian, tingkat pendapatan keluarga merupakan faktor penentu penting dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak. Peningkatan kesejahteraan ekonomi keluarga perlu menjadi prioritas dalam upaya memperbaiki status gizi anak dan menekan risiko terjadinya masalah gizi di masyarakat (Fadilah & Romadona, 2022).

Meskipun sebagian orang tua dengan pendapatan rendah memiliki pengetahuan gizi yang baik dan berupaya mengatur pengeluaran agar kebutuhan gizi anak tetap terpenuhi, keterbatasan ekonomi sering kali menjadi kendala dalam pemenuhan kebutuhan keluarga secara menyeluruh. Selain pangan bergizi, anak juga membutuhkan dukungan lain seperti pakaian, tempat tinggal yang layak, pendidikan, dan layanan kesehatan, sementara orang tua memiliki tanggungan finansial lain yang tidak kalah penting. Kondisi ini menunjukkan bahwa rendahnya pendapatan keluarga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan dasar secara holistik, termasuk gizi, sehingga peningkatan ekonomi keluarga tetap menjadi faktor penting dalam mendukung kesejahteraan dan kesehatan anak (Lestari et al., 2014).

Pola asuh merupakan aspek penting dalam pembentukan perilaku dan kesehatan anak, termasuk dalam pemenuhan kebutuhan gizinya. Kemampuan orang tua dalam menerapkan pola asuh sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan yang dimiliki. Orang tua dengan pengetahuan gizi yang baik cenderung lebih mampu mengatur

pemberian makan anak secara tepat, baik dari segi jenis, jumlah, maupun frekuensi. Penelitian menunjukkan bahwa pola asuh yang kurang baik meningkatkan risiko terjadinya gizi buruk hingga tiga kali lipat dibandingkan dengan pola asuh yang baik (Lestari et al., 2014). Hal ini menunjukkan bahwa perilaku orang tua dalam menyediakan, menyiapkan, dan mengatur makanan bagi anak merupakan bagian penting dari praktik pengasuhan yang berpengaruh langsung terhadap status gizi anak. Dengan demikian, penerapan pola asuh yang tepat dalam pemberian makan perlu diimbangi dengan pengetahuan gizi yang memadai agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Asupan makanan merupakan faktor utama yang berperan langsung terhadap status gizi anak. Anak membutuhkan asupan gizi seimbang, termasuk energi, protein, lemak, karbohidrat, dan serat untuk mendukung pertumbuhan, perkembangan, serta daya tahan tubuh. Kekurangan asupan energi dapat menyebabkan gizi kurang dan stunting, sedangkan kelebihan energi berisiko menimbulkan obesitas. Beberapa kebiasaan makan seperti mengonsumsi camilan tinggi gula dan lemak, serta melewatkan sarapan, turut berkontribusi terhadap ketidakseimbangan gizi anak. Rendahnya kebiasaan membawa bekal ke sekolah menyebabkan anak lebih sering membeli jajanan yang belum tentu aman dan bergizi (Anggiruling et al., 2019). Selain itu, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan merupakan komponen penting dalam pembentukan status gizi yang optimal bagi anak. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama dan melanjutkan menyusui hingga usia dua tahun dengan tambahan makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang bergizi, bervariasi, dan sesuai kebutuhan anak. Namun, pada kenyataannya, banyak anak menerima MP-ASI yang tidak sesuai, seperti makanan instan rendah gizi, air yang terkontaminasi, atau penyimpanan yang tidak higienis, sehingga meningkatkan risiko infeksi dan gangguan penyerapan zat gizi. Rendahnya tingkat pendidikan ibu juga sering kali berpengaruh terhadap kurangnya pemahaman mengenai pentingnya ASI dan pola makan seimbang. Oleh karena itu, peran orang tua, terutama ibu, sangat penting dalam mengatur pola konsumsi anak sesuai kebutuhan gizi, baik dari segi jenis, jumlah, maupun keamanan pangan, untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal (Mulyani et al., 2025)

Penyakit infeksi memiliki hubungan erat dengan status gizi anak. Anak yang sering mengalami penyakit infeksi, seperti diare dan ISPA, berisiko lebih tinggi mengalami gizi kurang akibat menurunnya nafsu makan dan berkurangnya asupan energi saat sakit. Kondisi lingkungan yang tidak sehat, seperti kurangnya akses air bersih, sanitasi yang buruk,

serta rumah yang berdekatan dengan kandang ternak, turut meningkatkan risiko penularan penyakit. Sebaliknya, kekurangan gizi juga memperlemah daya tahan tubuh anak, sehingga lebih rentan terhadap infeksi. Hubungan timbal balik ini menunjukkan bahwa gizi dan kesehatan saling memengaruhi satu sama lain. Namun, penelitian Lestari (2016) menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat memperkuat sistem imun anak dan menurunkan risiko infeksi, sehingga berperan penting dalam mencegah masalah gizi. Oleh karena itu, intervensi perbaikan gizi perlu disertai dengan peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat serta pencegahan penyakit infeksi untuk mencapai status gizi anak yang optimal (Mentari & Hermansyah, 2019).

3. Pencegahan dan Penangan Stunting di Indonesia

Upaya percepatan pencegahan stunting di Indonesia perlu dilakukan melalui pendekatan komprehensif yang menargetkan penyebab langsung maupun tidak langsung. Strategi ini diwujudkan melalui intervensi gizi konvergen, yang mencakup intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung stunting dan intervensi gizi sensitif untuk menanggulangi faktor penyebab tidak langsung (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).

a. Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi gizi spesifik dilakukan untuk mengatasi penyebab langsung stunting yaitu kurangnya asupan makanan dan gizi serta penyakit infeksi. Intervensi ini dilakukan sektor kesehatan (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).

Intervensi Gizi Spesifik dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

- Intervensi prioritas merupakan intervensi yang memiliki dampak langsung terhadap pencegahan stunting dan ditujukan untuk menjangkau seluruh kelompok sasaran utama.
- Intervensi pendukung berperan secara tidak langsung dalam pencegahan stunting melalui perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat, yang dilaksanakan setelah intervensi prioritas terpenuhi.
- Intervensi prioritas berdasarkan kondisi tertentu ditujukan bagi kelompok sasaran khusus sesuai situasi yang dihadapi, termasuk penanganan gizi pada kondisi darurat atau bencana.

Berdasarkan sasarannya, intervensi gizi spesifik dibagi menjadi 2 yaitu:

- Sasaran Prioritas meliputi ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan

- Sasaran Penting meliputi remaja putri, wanita usia subur (WUS) dan anak usia 24-29 bulan

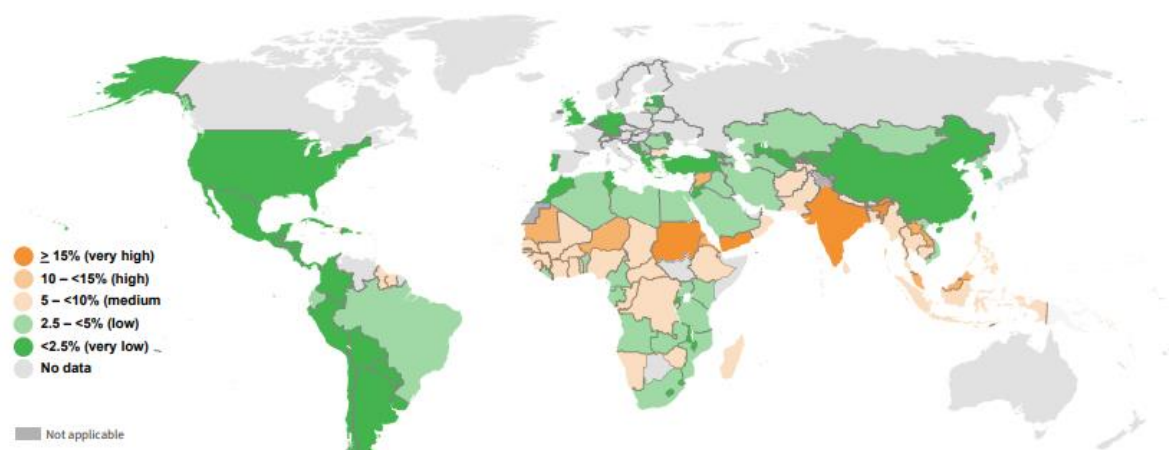
b. Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi gizi sensitif mencakup empat aspek utama, yaitu: (a) ketahanan pangan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi serta kesehatan; (b) peningkatan akses terhadap pangan bergizi; (c) penguatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; serta (d) peningkatan ketersediaan air bersih, air minum layak, dan fasilitas sanitasi. Sasaran utama intervensi ini adalah keluarga dan masyarakat secara luas guna menciptakan lingkungan yang mendukung status gizi yang lebih baik (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).

C. Wasting

1. Prevalensi

Hingga tahun 2024, prevalensi wasting pada anak balita masih cukup tinggi, yaitu sekitar 6,6%, sehingga target global untuk menurunkan kasus tersebut di bawah 5% pada tahun 2025 belum dapat tercapai. Menyadari keterlambatan ini, Sidang Kesehatan Dunia ke-78 bersama WHO memperpanjang target penurunan wasting hingga tahun 2030. Perpanjangan ini dimaksudkan agar berbagai pemangku kepentingan memiliki waktu tambahan untuk memperkuat perhatian, pendanaan, dan implementasi program penanggulangan wasting. Dokumen ini bertujuan menegaskan urgensi permasalahan wasting pada anak serta merumuskan kebijakan dan strategi intervensi yang diperlukan untuk mencapai tujuan global tahun 2030 (WHO & UNICEF, 2025).



Sumber: WHO dan UNICEF (2025)

Gambar 1.4 Prevalensi Kejadian *Wasting* di Dunia

Berdasarkan Gambar 1.1 menunjukkan bahwa Indonesia berada pada 5 - <10% anak yang mengalami *wasting* (zona medium). Data global menunjukkan adanya penurunan moderat pada kasus *wasting* anak balita, dari 7,5% pada tahun 2012 menjadi 6,6% pada tahun 2024. Dari total tersebut, sekitar 12,2 juta anak mengalami *wasting* berat, menandakan bahwa kondisi ini masih menjadi permasalahan serius, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Meskipun secara keseluruhan dunia belum mencapai target pengurangan *wasting* sesuai rencana global, beberapa negara menunjukkan kemajuan positif dengan berhasil menekan angka prevalensi di wilayah masing-masing. Hal ini menegaskan bahwa keberhasilan pengendalian *wasting* sangat bergantung pada konteks nasional dan efektivitas intervensi yang diterapkan (WHO & UNICEF, 2025).

2. Klasifikasi

Penilaian status gizi anak, khususnya dalam mengidentifikasi kasus *wasting* (gizi kurus) pada anak usia 6-59 bulan, menjadi langkah penting dalam pemantauan kesehatan gizi masyarakat. WHO merekomendasikan dua indikator antropometri utama, yaitu berat badan menurut panjang atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) dan lingkaran lengan atas (LiLA), sebagai alat deteksi dini terhadap kondisi gizi kurang dan gizi buruk. Berikut adalah kategori *wasting* berdasarkan rekomendasi WHO:

- a. **Gizi Kurang (Moderate Wasting).** Anak dikategorikan gizi kurang apabila: Nilai z-score BB/PB atau BB/TB berada antara -2 hingga -3, atau Ukuran LiLA antara 115 mm hingga kurang dari 125 mm. Kategori ini menunjukkan adanya penurunan berat badan yang signifikan, namun belum masuk tahap kritis. Intervensi gizi tepat waktu dapat mencegah perburukan kondisi.
- b. **Gizi Buruk (Severe Wasting).** Kondisi gizi buruk ditandai dengan Nilai z-score BB/PB atau BB/TB kurang dari -3, atau Ukuran LiLA kurang dari 11,5 cm. Anak dalam kategori ini berisiko tinggi mengalami komplikasi medis dan kematian, sehingga memerlukan penanganan segera melalui program pemulihan gizi dan perawatan intensif.
- c. **Global Acute Malnutrition (GAM).** GAM merupakan gabungan antara kasus gizi kurang dan gizi buruk. Indikator ini digunakan untuk menilai status gizi pada tingkat populasi dan menentukan tingkat keparahan masalah gizi di suatu wilayah. Angka GAM yang tinggi mencerminkan situasi darurat gizi yang membutuhkan intervensi cepat dan terkoordinasi.

Penilaian status gizi anak di Indonesia telah diatur secara resmi melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar

Antropometri Anak. Standar ini digunakan oleh tenaga kesehatan untuk menentukan kondisi gizi anak berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dengan menggunakan nilai z-score sebagai acuan (Kemenkes RI, 2020). Pendekatan ini memungkinkan deteksi dini terhadap gangguan gizi, baik kekurangan maupun kelebihan, sehingga dapat dilakukan intervensi secara tepat dan berkesinambungan. Berikut adalah kategori status gizi anak berdasarkan standar tersebut:

- a. Gizi Buruk (*Severely Wasted*) dengan z-score < -3 SD. Kategori ini menunjukkan kondisi kekurangan gizi yang berat. Anak dengan gizi buruk berisiko tinggi mengalami gangguan pertumbuhan, penurunan imunitas, serta komplikasi kesehatan serius.
- b. Gizi Kurang (*Wasted*) dengan z-score antara -3 SD hingga < -2 SD. Menandakan adanya defisit energi dan zat gizi yang cukup signifikan, namun belum mencapai tingkat gizi buruk. Anak pada kategori ini memerlukan pemantauan ketat dan dukungan gizi tambahan.
- c. Gizi Baik (*Normal*) dengan z-score antara -2 SD hingga $+1$ SD. Menunjukkan status gizi optimal dengan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi anak. Kategori ini menjadi indikator keberhasilan program pemantauan tumbuh kembang.
- d. Berisiko Gizi Lebih (*Possible Risk of Overweight*) dengan z-score antara $> +1$ SD hingga $+2$ SD. Menandakan potensi awal peningkatan berat badan berlebih. Perlu dilakukan edukasi mengenai pola makan seimbang dan aktivitas fisik yang sesuai usia.
- e. Gizi Lebih (*Overweight*) dengan z-score antara $> +2$ SD hingga $+3$ SD. Menunjukkan adanya penumpukan lemak tubuh yang mulai berlebih. Kondisi ini menjadi tahap awal sebelum obesitas dan perlu intervensi gaya hidup sehat.
- f. Obesitas (*Obese*) dengan z-score $> +3$ SD. Merupakan kondisi penumpukan lemak tubuh yang berlebihan dan berisiko tinggi terhadap berbagai penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, serta gangguan metabolik di usia muda.

3. Faktor Penyebab

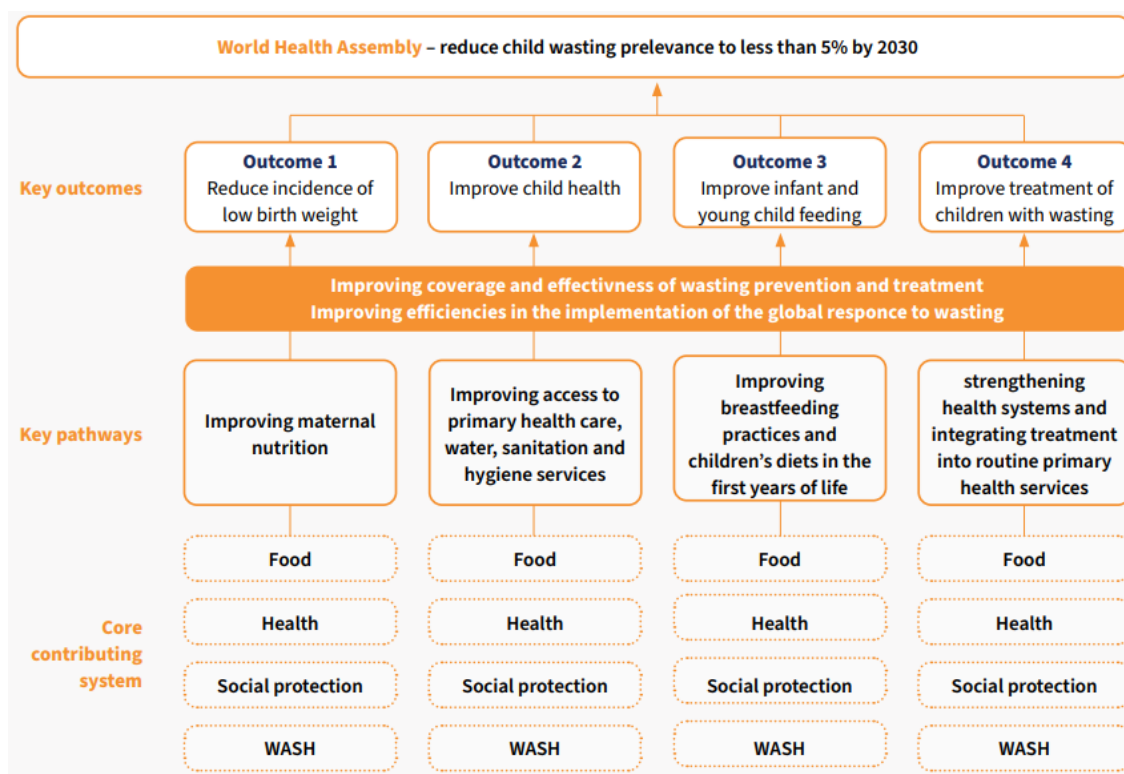
Wasting pada anak merupakan hasil dari interaksi kompleks antara faktor gizi, kesehatan, dan lingkungan. Kondisi ini muncul ketika anak mengalami penurunan berat badan cepat akibat kombinasi infeksi dan asupan gizi yang tidak memadai. Empat determinan utama wasting meliputi: praktik pemberian makan yang kurang tepat, ketahanan pangan yang lemah, keterbatasan akses layanan kesehatan, serta lingkungan yang tidak memenuhi standar sanitasi dan kebersihan (WHO & UNICEF, 2025).



Sumber: Lamid dan Winarto (2020)

Gambar 1.5 Faktor Determinan terjadinya Wasting pada Balita

Masalah tersebut saling memperkuat satu sama lain—misalnya, pola makan buruk meningkatkan risiko infeksi, sementara penyakit menurunkan nafsu makan dan penyerapan zat gizi. Oleh karena itu, upaya penanggulangan wasting perlu dilakukan secara terpadu, mencakup intervensi gizi, peningkatan layanan kesehatan, penguatan ketahanan pangan, dan perbaikan lingkungan sanitasi. Pencapaian kemajuan signifikan dalam penurunan wasting anak hingga tahun 2030 memerlukan pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan terhadap faktor-faktor penyebabnya. Upaya utama meliputi penguatan sistem pangan yang inklusif dan berkelanjutan agar seluruh masyarakat memiliki akses terhadap pangan bergizi dan aman, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan melalui penerapan cakupan kesehatan universal. Selain itu, penerapan intervensi gizi sepanjang siklus kehidupan menjadi kunci dalam memastikan status gizi optimal sejak dini. Di sisi lain, sistem perlindungan sosial yang adaptif harus dikembangkan untuk menjangkau kelompok rentan, sehingga mereka dapat mengakses pangan bergizi dan layanan kesehatan yang memadai. Sinergi dari keempat komponen ini menjadi dasar penting untuk menciptakan dampak jangka panjang dalam pencegahan wasting dan peningkatan kesehatan anak secara global (WHO & UNICEF, 2025).



Sumber: WHO dan UNICEF (2025)

Gambar 1.6 Global Action Plan Reduce Child Wasting

Kerangka jalur tindakan dan hasil utama (**Gambar 1.6**) menggambarkan hubungan antara upaya, intervensi, serta kebijakan yang dilakukan dengan hasil yang diharapkan dalam penurunan wasting pada anak. Kerangka ini berfungsi sebagai panduan strategis untuk memastikan bahwa setiap langkah yang diambil berkontribusi langsung terhadap pencapaian target global pengurangan wasting. Secara umum, framework ini mencakup empat luaran (*outcome*) yaitu menurunnya kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah, meningkatnya kesehatan anak, membaiknya praktik pemberian makan bayi dan anak usia dini, serta meningkatnya kualitas penatalaksanaan kasus wasting pada anak (WHO & UNICEF, 2025).

Setiap hasil memiliki jalur strategis yang melibatkan berbagai sektor, termasuk kesehatan, pangan, sanitasi dan kebersihan, serta perlindungan sosial. Keberhasilan pelaksanaan kerangka ini menuntut keterlibatan aktif pemerintah dan mitra lintas sektor untuk memperluas akses air bersih, meningkatkan keamanan pangan, memperkuat sistem kesehatan, dan memastikan ketersediaan makanan bergizi dengan harga terjangkau. Kolaborasi antara sektor publik dan swasta juga penting untuk memperkuat rantai pasok dan lingkungan pangan yang sehat.

Selain itu, sistem perlindungan sosial yang adaptif memiliki peran vital dalam mendukung keluarga dengan anak berisiko wasting melalui bantuan tunai atau non-tunai, serta intervensi yang dapat meredam dampak krisis pangan. Semua rekomendasi dalam kerangka GAP dirumuskan melalui telaah menyeluruh terhadap pedoman WHO dan UNICEF, serta konsultasi dengan pakar regional guna memastikan kesesuaian dengan praktik global dan kebutuhan lokal.

4. Pencegahan dan Penanganan

Dalam kerangka pencapaian SDGs, WHO menargetkan penurunan global prevalensi wasting di bawah 5% pada tahun 2025. Target ini diadopsi dalam RPJMN 2019–2024 melalui kebijakan nasional yang menetapkan sasaran prevalensi wasting sebesar 7% di Indonesia pada akhir tahun 2024 (Lamid & Triwinarto, 2020). Upaya tersebut menjadi bagian dari komitmen pemerintah untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan di bidang gizi dan kesehatan anak. Strategi utama yang ditempuh adalah intervensi gizi terpadu, dengan fokus pada peningkatan status gizi ibu dan anak sejak 1.000 hari pertama kehidupan (HPK), karena periode ini menjadi fase emas untuk mendukung pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif, dan produktivitas di masa depan (Herliana & Douiri, 2017). Gerakan 1000 HPK bukanlah inisiatif institusi maupun pembiayaan baru melainkan meningkatkan efektivitas dari inisiatif yang telah ada yaitu meningkatkan koordinasi termasuk dukungan teknis, advokasi tingkat tinggi, kemitraan inovatif, partisipasi untuk meningkatkan keadaan gizi dan kesehatan masyarakat, dan pembangunan (BAPPENAS, 2023).

Selain wasting, target global WHO juga mencakup penurunan stunting, anemia, dan berat badan lahir rendah, serta peningkatan cakupan ASI eksklusif dan pengendalian overweight pada anak. Pendekatan ini menegaskan bahwa investasi pada gizi tidak hanya berdampak pada kesehatan individu, tetapi juga berkontribusi terhadap pertumbuhan ekonomi dan pembangunan berkelanjutan (Lamid & Triwinarto, 2020).

5. Dampak

Dampak wasting apabila tidak ditanggulangi akan meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan menurunkan kecerdasan balita wasting. Penelitian menunjukkan adanya korelasi kuat antara status gizi, khususnya indeks BB/TB, dengan risiko kematian pada anak. Anak yang tergolong dalam kategori wasting berat ($BB/TB < -3 SD$) berpeluang meninggal sembilan kali lebih tinggi dibandingkan anak dengan status gizi normal. Risiko tersebut meningkat secara signifikan apabila kondisi wasting disertai dengan stunting, di mana

kemungkinan kematian mencapai lebih dari dua belas kali lipat dibandingkan anak tanpa masalah gizi. Temuan ini menegaskan bahwa kombinasi wasting dan stunting merupakan kondisi gizi yang sangat berisiko dan memerlukan intervensi segera dan terintegrasi, mencakup perbaikan asupan gizi, peningkatan layanan kesehatan, serta pemantauan pertumbuhan anak secara berkelanjutan (Lamid & Triwinarto, 2020).

D. Overweight dan Obesitas

1. Prevalensi

Obesitas anak telah menjadi salah satu masalah kesehatan kronis yang paling sering ditemukan pada usia dini dan kini menjadi isu kesehatan global. Kondisi ini dipengaruhi oleh kombinasi faktor genetik, biologis, lingkungan, dan sosial ekonomi. Anak yang mengalami obesitas memiliki kecenderungan tinggi untuk tetap obesitas hingga dewasa serta berpotensi mengalami gangguan kesehatan serius di berbagai fase kehidupan. Di Amerika Serikat, prevalensi obesitas anak menunjukkan peningkatan signifikan, yaitu lebih dari tiga kali lipat sejak tahun 1960-an, dengan kecenderungan meningkat seiring bertambahnya usia (Daley & Balasundaram, 2025). Obesitas anak merupakan kondisi kesehatan yang kompleks dengan kecenderungan menetap hingga remaja. Data menunjukkan peningkatan signifikan dalam prevalensinya, di mana proporsi anak usia 6-11 tahun yang mengalami obesitas naik dari sekitar 4% pada tahun 1960-an menjadi lebih dari 15% pada akhir 1990-an. Berdasarkan survei nasional di Amerika Serikat, sekitar satu dari lima anak menderita obesitas, sementara sebagian lainnya memiliki IMT (Indeks Massa Tubuh) di atas normal, yang menandakan peningkatan risiko terhadap berbagai masalah kesehatan di masa depan (Cockrell Skinner et al., 2018).

Di Indonesia, jumlah anak dan remaja berusia 5-19 tahun yang mengalami kelebihan berat badan maupun obesitas meningkat tajam dalam dua dekade terakhir. Data menunjukkan bahwa prevalensi kedua kondisi tersebut naik dari 3,9% pada tahun 1996 menjadi 15,4% pada tahun 2016. Selain itu, hasil survei tahun 2018 mencatat bahwa 10,8% anak usia 5-12 tahun tergolong kelebihan berat badan dan 9,2% termasuk obesitas. Peningkatan ini menggambarkan tren masalah gizi berlebih yang semakin mengkhawatirkan di kalangan anak-anak Indonesia (Balitbangkes RI, 2018). Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 menunjukkan bahwa terjadi antara tahun 2013-2024 menunjukkan terjadi penurunan angka *overweight* pada balita yaitu 11,8% menjadi 3,4% (Kementerian Kesehatan, 2025).

2. Klasifikasi

Diagnosis gizi lebih dan obesitas pada anak serta remaja dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu (IDAI, 2014):

1. Anamnesis

Menggali riwayat kesehatan, pola makan, dan gejala yang berkaitan dengan risiko obesitas.

2. Pemeriksaan Fisik

Menilai kondisi umum anak serta tanda-tanda klinis yang berhubungan dengan obesitas.

3. Evaluasi Antropometrik

Meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, dan perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) sesuai usia dan jenis kelamin.

4. Pemeriksaan Penunjang

Termasuk analisis asupan makanan, pemeriksaan laboratorium, pencitraan (imaging), ekokardiografi, dan respirometri bila diperlukan.

5. Penilaian Komorbiditas

Mengidentifikasi kemungkinan adanya penyakit penyerta akibat obesitas, seperti gangguan metabolik, kardiovaskular, atau pernapasan.

Tabel 1.1 Karakteristik dan Etiologi Obesitas

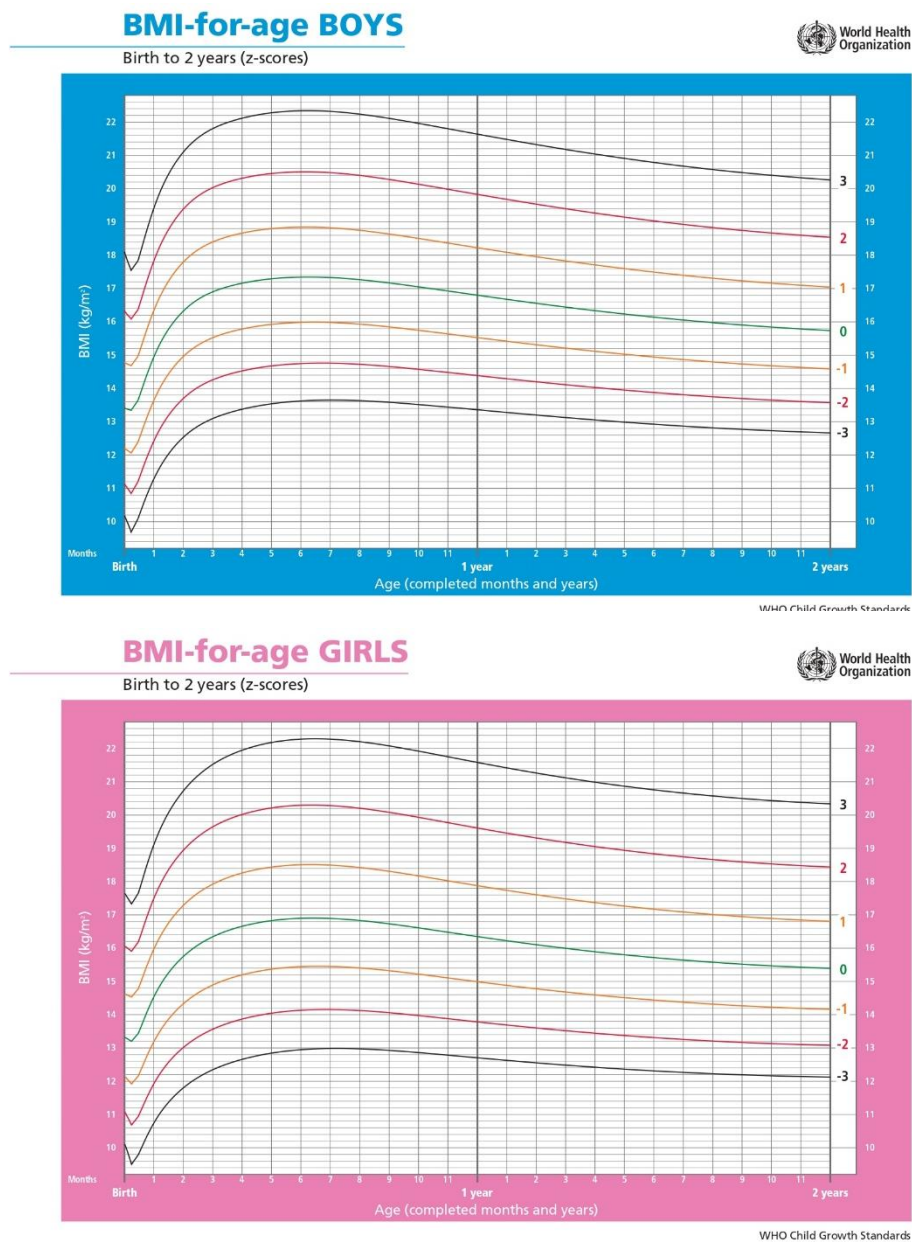
Kriteria	Obesitas idiopatik	Obesitas endogen
Angka Kejadian	>90%	<10%
TB/U	Perawakan tinggi (TB/U > P ₅₀)	Perawakan pendek
Riwayat Keluarga	Ada	Umunya tidak ada
Kesehatan Mental	Normal	Umunya retardasi mental
Usia tulang	Normal	Terlambat
Pemeriksaan Fisik	Normal	Terdapat Stl pemeriksaan fisik

Sumber: IDAI (2014)

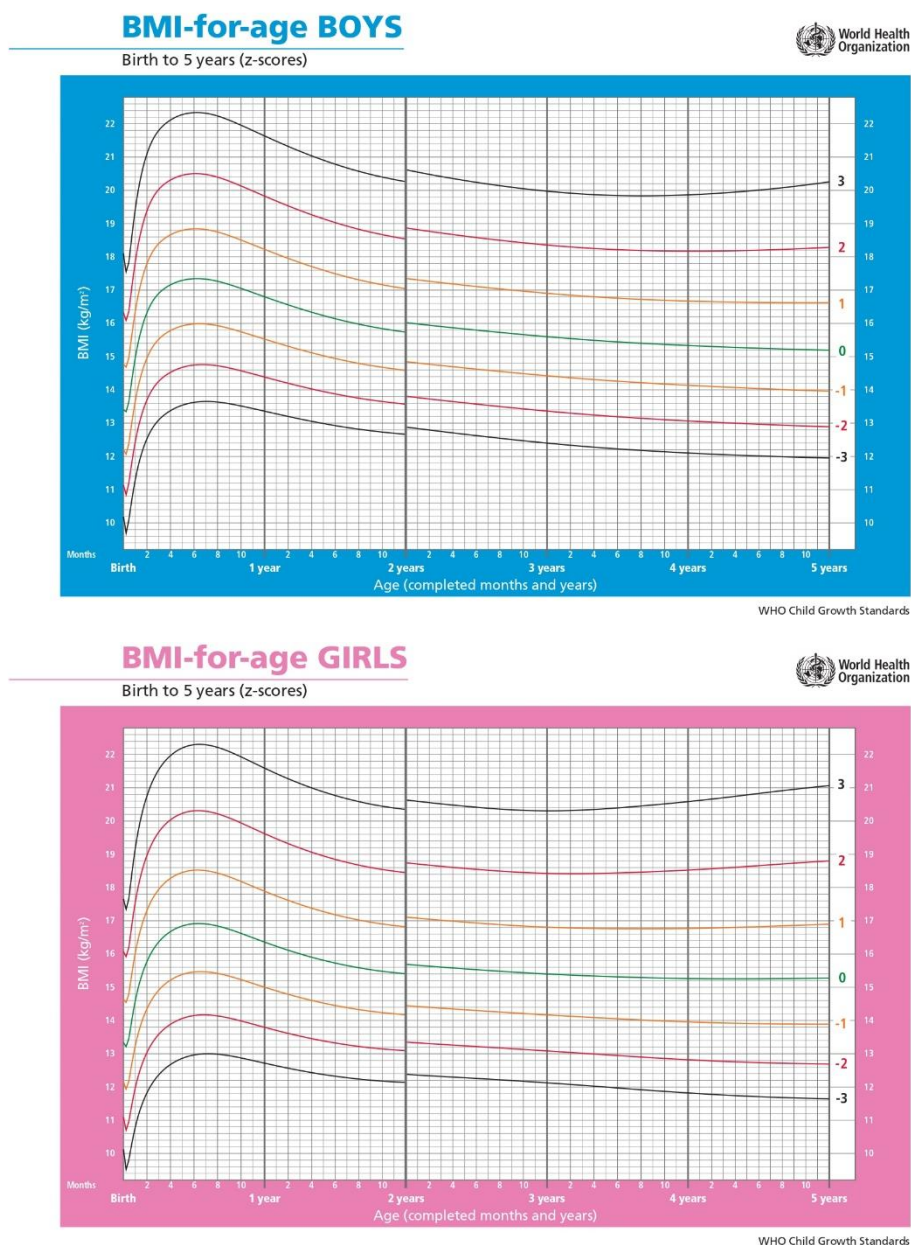
Pada anak berusia dua tahun ke atas, obesitas diidentifikasi apabila nilai Indeks Massa Tubuh (IMT) berada pada atau melebihi persentil ke-95 berdasarkan usia dan jenis kelamin. Dalam praktik medis saat ini, istilah yang digunakan untuk mengklasifikasikan obesitas telah disesuaikan agar lebih netral dan tidak menimbulkan stigma. Oleh karena itu, obesitas

dikategorikan menjadi tiga tingkatan, yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3, yang mencerminkan tingkat keparahan kondisi berdasarkan penilaian klinis (Daley & Balasundaram, 2025).

Klasifikasi obesitas ditentukan berdasarkan persentil Indeks Massa Tubuh (IMT) sesuai usia dan jenis kelamin yang diacu dari grafik pertumbuhan standar, seperti yang dikeluarkan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC) atau World Health Organization (WHO). Anak < 2 tahun dikatakan overweight jika z score > +2 dan obesitas jika z score > +3 (IMT WHO 2006). Anak 2-18 tahun dikatakan overweight jika BMI >P₈₅-P₉₅ dan obesitas jika BMI >P₉₅.



Gambar 1.7 Grafik Indeks Massa Tubuh (IMT) Anak Laki-Laki Dan Perempuan Usia 0-2 Tahun



Gambar 1.8 Grafik Indeks Massa Tubuh (IMT) Anak Laki-Laki Dan Perempuan Usia 0-5 Tahun

3. Faktor Penyebab

Kelebihan berat badan dan obesitas pada anak serta remaja dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka pendek, kondisi ini meningkatkan risiko tekanan darah tinggi, dan gangguan tidur seperti apnea tidur obstruktif. Sementara itu, dalam jangka panjang, obesitas masa kanak-kanak sering berlanjut hingga dewasa dan dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian dini hingga tiga kali lipat dibandingkan dengan anak yang memiliki berat badan normal (Lindberg et al., 2020; Oktaviani et al., 2023).

Salah satu faktor utama penyebab kelebihan berat badan dan obesitas pada anak adalah tingginya paparan terhadap makanan dengan nilai gizi rendah, seperti makanan tinggi kalori namun miskin zat gizi. Kondisi ini diperparah oleh rendahnya tingkat aktivitas fisik anak, sehingga asupan energi yang berlebih tidak seimbang dengan pengeluarannya. Ketidakseimbangan antara pola makan dan aktivitas tersebut berkontribusi pada peningkatan risiko anak mengalami kelebihan berat badan maupun obesitas (Oktaviani et al., 2023).

Faktor keluarga berperan penting dalam terjadinya kelebihan berat badan dan obesitas pada anak. Salah satu faktor yang berpengaruh adalah kondisi berat badan orang tua, khususnya ayah, serta persepsi orang tua terhadap pola makan anak mereka. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak yang memiliki ayah dengan kelebihan berat badan atau obesitas memiliki risiko dua hingga empat kali lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa dibandingkan anak dengan ayah yang memiliki berat badan normal (Lee et al., 2022; Oktaviani et al., 2023). Namun terjadi sebaliknya, tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara kelebihan berat badan/obesitas ibu dan anak. Hal ini dapat dikarenakan ibu cenderung lebih protektif (Setiawan et al., 2022), Pola asuh otoritatif dinilai lebih efektif dalam mencegah peningkatan Indeks Massa Tubuh (IMT) anak dibandingkan dengan pola asuh permisif. Di Indonesia, banyak ayah yang menerapkan gaya pengasuhan permisif dengan cenderung memanjakan anak melalui pemenuhan semua keinginannya. Pola ini dapat meningkatkan peluang anak meniru kebiasaan dan perilaku ayah yang berisiko terhadap obesitas. Dalam konteks budaya Jawa, ayah juga berperan penting sebagai figur teladan bagi anak-anaknya, sehingga perilaku dan gaya hidup ayah sangat berpengaruh terhadap pembentukan kebiasaan anak terkait pola makan dan aktivitas fisik (Oktaviani et al., 2023).

Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki risiko sekitar 1,36 kali lebih tinggi untuk mengalami kelebihan berat badan atau obesitas dibandingkan dengan anak-anak di pedesaan (Oktaviani et al., 2023). Lingkungan perkotaan sering dikategorikan sebagai lingkungan obesogenik karena tingginya ketersediaan makanan tidak sehat dan rendahnya aktivitas fisik (Nurwanti et al., 2019). Data dari Survei Kesehatan Nasional Indonesia juga menunjukkan bahwa penduduk kota cenderung memiliki gaya hidup yang lebih tidak banyak bergerak (*sedentary*) dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah pedesaan, yang turut berkontribusi terhadap meningkatnya risiko obesitas (Balitbangkes RI, 2018).

4. Pencegahan dan Penanganan

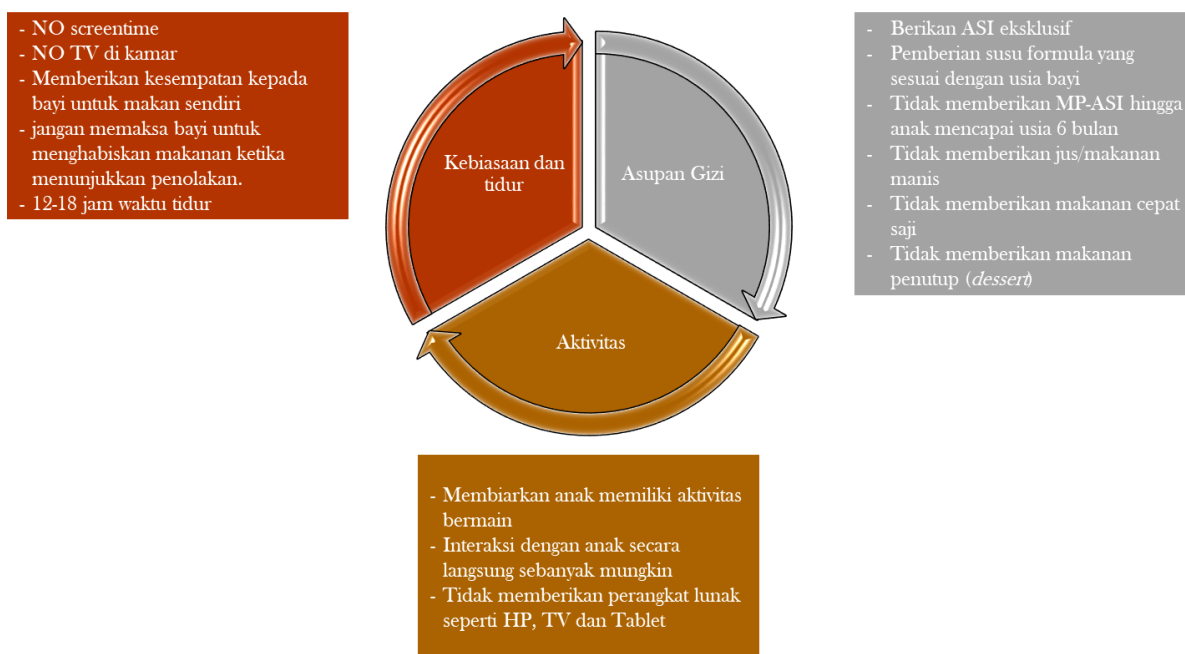
Anak dengan obesitas yang menunjukkan perlambatan pertumbuhan, gejala gangguan tiroid (hipo atau hipertiroidisme), tanda-tanda diabetes, tekanan darah tinggi yang menetap, pertumbuhan rambut berlebih (hirsutisme), riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskular dini, mendengkur saat tidur, atau mengantuk di siang hari memerlukan pemeriksaan medis lanjutan. Selain itu, obesitas juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi lain yang perlu dievaluasi lebih lanjut, termasuk kondisi penyerta yang berkaitan dengan gangguan metabolik dan kardiovaskular (Cuda & Censani, 2019).

Upaya pencegahan obesitas pada anak perlu dilakukan secara menyeluruh melalui berbagai **tindakan gizi spesifik** yang menargetkan kebiasaan konsumsi, regulasi pangan, serta peningkatan sistem layanan kesehatan. Berdasarkan hasil analisis UNICEF (2023) terhadap Lanskap Kelebihan Berat Badan dan Obesitas di Indonesia kebijakan ini tidak hanya bertujuan untuk menurunkan angka obesitas, tetapi juga menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku makan sehat sejak usia dini. Berikut langkah-langkah utama yang dapat dilakukan:

- a. Penerapan Cukai pada Minuman Manis. Penenaan cukai terhadap minuman berpemanis gula bertujuan untuk menekan konsumsi berlebih serta mendorong produsen melakukan reformulasi produk agar lebih sehat. Kebijakan ini terbukti efektif menurunkan asupan gula di kalangan anak-anak dan remaja.
- b. Pengawasan Pemasaran Makanan Tidak Sehat. Pemerintah perlu memperkuat pengawasan terhadap pemasaran makanan dan minuman tinggi gula, garam, dan lemak (GGL), terutama di lingkungan sekolah dan tempat penjualan makanan anak. Kerja sama dengan sektor digital, termasuk platform media sosial, penting dilakukan untuk membatasi iklan produk tidak sehat kepada anak-anak.
- c. Penerapan Label Gizi yang Jelas dan Informatif. Peningkatan sistem *Front-of-Pack Nutrition Labelling* (FOPNL) atau label gizi pada kemasan dapat membantu masyarakat membuat pilihan makanan yang lebih sehat. Sistem ini dapat diperkuat dengan mewajibkan penggunaan label peringatan seperti logo peringatan kesehatan atau label “*traffic light*”, yang menandai kadar gula, garam, dan lemak pada produk.
- d. Penguatan Program Pencegahan dan Konseling Gizi. Program pencegahan kelebihan berat badan perlu dioptimalkan dengan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi dan konseling gizi. Pendekatan ini penting untuk membantu keluarga memahami pola makan sehat dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari anak.

- e. Penguatan Sistem Data dan Pemantauan. Sistem data kesehatan harus diperkuat untuk mendukung kegiatan skrining dan rujukan dini bagi anak yang berisiko mengalami obesitas. Selain itu, pemantauan dan evaluasi program gizi perlu dilakukan secara berkelanjutan untuk menilai efektivitas kebijakan dan memastikan hasil yang berkelanjutan bagi kesehatan anak.

Pendekatan terpadu melalui kebijakan cukai, edukasi gizi, pelabelan pangan, dan pengawasan pemasaran menjadi kunci utama dalam mencegah obesitas pada anak. Dukungan lintas sektor antara pemerintah, tenaga kesehatan, sekolah, dan masyarakat sangat dibutuhkan untuk menciptakan generasi yang lebih sehat dan produktif di masa depan.



Sumber: Cuda dan Censani (2019)

Gambar 1.9 Manajemen Penanganan Obesitas Pada Anak Usia 0-2 tahun

Penatalaksanaan obesitas pada anak harus disesuaikan dengan tahap usia. Pada enam bulan pertama kehidupan, pemberian ASI eksklusif merupakan sumber nutrisi terbaik, sementara makanan pendamping sebaiknya mulai diberikan setelah bayi berusia enam bulan. Pengenalan makanan pendamping yang terlalu dini dikaitkan dengan peningkatan indeks massa tubuh (IMT) pada masa kanak-kanak dan remaja. Bayi dengan obesitas tidak disarankan mengonsumsi minuman manis, makanan cepat saji, atau makanan penutup tinggi gula. Pemberian susu formula harus disesuaikan dengan usia bayi, dan jus tidak dianjurkan diberikan melalui botol. Selain itu, bayi sebaiknya tidak terpapar layar televisi atau gawai hingga usia dua tahun. Bayi normal memerlukan waktu tidur antara 12 hingga 18 jam per hari. Aktivitas fisik

juga penting; bayi perlu diberikan kesempatan untuk bergerak bebas di lantai atau dalam tempat bermain, serta mendapatkan interaksi langsung yang optimal dengan orang tua untuk mendukung perkembangan fisik dan emosionalnya (Cuda & Censani, 2019).

Penatalaksanaan obesitas pada anak usia 2–4 tahun perlu memperhatikan pola makan, perilaku, dan lingkungan keluarga. Anak dianjurkan makan tiga kali sehari disertai satu hingga dua camilan sehat dengan porsi sesuai usia, tanpa konsumsi minuman manis atau makanan cepat saji. Orang tua berperan penting sebagai teladan dalam menerapkan kebiasaan makan sehat dan memberikan pujian ketika anak mencoba makanan baru. Pola tidur yang teratur juga harus dijaga, dan mendengkur yang disebabkan oleh pembesaran tonsil perlu mendapat evaluasi medis. Penggunaan layar digital sebaiknya dihindari pada usia di bawah dua tahun dan dibatasi pada usia 2–4 tahun karena durasi layar berlebih berkaitan dengan peningkatan risiko obesitas. Selain itu, penerapan perilaku makan yang baik di rumah—seperti makan di meja bersama keluarga, tanpa distraksi media, dan tanpa menjadikan makanan sebagai bentuk hadiah—dapat membantu menciptakan lingkungan makan yang positif dan mendukung pengendalian berat badan anak (Cuda & Censani, 2019).

Referensi

- Anggiruling, D. O., Ekayanti, I., & Khomsan, A. (2019). *Analisis faktor pemilihan jajanan, kontribusi gizi dan status gizi siswa sekolah dasar*.
- Balitbangkes RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156).
- BAPPENAS. (2023). *Penduduk Berkualitas Menuju Indonesia Emas*. 1-74.
- Cockrell Skinner, A., Ravanbakht, S. N., Skelton, J. A., Perrin, E. M., Armstrong, S. C., & Skinner, C. (2018). Prevalence of Obesity and Severe Obesity in US Children. *Pediatrics*, *141*(3), 1-18. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4078>.Skinner
- Cuda, S. E., & Censani, M. (2019). Pediatric obesity algorithm: A practical approach to obesity diagnosis and management. *Frontiers in Pediatrics*, *6*(JAN). <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00431>
- Daley, S., & Balasundaram, P. (2025). *Obesity in Pediatric Patients*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570626/>
- Fadilah, C., & Romadona, N. F. (2022). "The Causes of Malnutrition in Indonesia A Literature Study." *Proceedings of the 6th International Conference of Early Childhood Education (ICECE-6 2021)*, *668*, 153-159. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220602.032>
- Febriani, A. D. B., Daud, D., Rauf, S., Nawing, H. D., Ganda, I. J., Salekede, S. B., Angriani, H., Maddeppungeng, M., Juliaty, A., Alasiry, E., Artaty, R. D., Lawang, S. A., Ridha, N. R., Laompo, A., Rahimi, R., Aras, J., & Sarmila, B. (2020). Risk factors and nutritional profiles associated with stunting in children Faktor risiko dan profil gizi yang berhubungan dengan stunting pada anak. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, *23*(5), 457-463.
- Herliana, P., & Douiri, A. (2017). Determinants of immunisation coverage of children aged 12-59 months in Indonesia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *7*(12), 1-14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015790>
- IDAI. (2014). Diagnosis, Tata Laksana dan Pencegahan Obesitas pada Anak dan Remaja. *Ikatan Dokter Anak Indonesia*, *10*.
- Kemenkes RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak* (Vol. 2507, Issue February).
- Kemenkes RI. (2022). *Kemenkes RI no HK.01.07/MENKES/1928/2022 Tentang Pedoman*

Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stunting. 1-52.

- Kemendes RI. (2024). SSGI 2024 Survey Status Gizi Indonesia dalam Angka. In *Kemendes RI*. Kementerian Kesehatan. (2025). Survey Status Gizi (SSGI) 2024: Kemajuan berkelanjutan dalam Mengatasi Malnutrisi Anak. *Unicef*, 1.
- Lamid, A., & Triwinarto, A. (2020). *Bunga Rampai Wasting Bencana Bagi Sumber Daya Manusia: Tantangan Indonesia Maju Tahun 2045*. [http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3927/1/Bunga Rampai Wasting Bencana.pdf](http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3927/1/Bunga_Rampai_Wasting_Bencana.pdf)
- Lee, J. S., Jin, M. H., & Lee, H. J. (2022). Global relationship between parent and child obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Pediatrics*, *65*(1), 35-46. <https://doi.org/10.3345/cep.2020.01620>
- Lestari, W., Margawati, A., & Rahfiludin, Z. (2014). Risk factors for stunting in children aged 6-24 months in the sub-district of Penanggalan, Subulussalam, Aceh Province. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*, *3*(1), 37-45. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jgi/article/view/8752/7081>
- Linda Suryani. (2017). Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki Pekanbaru . *JOMIS (Journal Of Midwifery Science)*, *1*(2), 47-53.
- Lindberg, L., Danielsson, P., Persson, M., Marcus, C., & Hagman, E. (2020). Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: A swedish prospective cohort study. *PLoS Medicine*, *17*(3), 1-14. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003078>
- Mentari, S., & Hermansyah, A. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status stunting anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja UPK puskesmas Siantan Hulu. *Pontianak Nutrition Journal (PNJ)*, *1*(1), 1-5.
- Mugianti, S., Mulyadi, A., Anam, A. K., & Najah, Z. L. (2018). Faktor Penyebab Anak Stunting Usia 25-60 Bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, *5*(3), 268-278. <https://doi.org/10.26699/jnk.v5i3.art.p268-278>
- Mulyani, A. T., Khairinisa, M. A., Khatib, A., & Chaerunisaa, A. Y. (2025). Understanding Stunting: Impact, Causes, and Strategy to Accelerate Stunting Reduction—A Narrative Review. *Nutrients*, *17*(9). <https://doi.org/10.3390/nu17091493>
- Notoatmodjo, S. (2014). *Behavioral Health Science*. Rineka Cita.

- Nurwanti, E., Hadi, H., Chang, J. S., Chao, J. C. J., Paramashanti, B. A., Gittelsohn, J., & Bai, C. H. (2019). Rural-urban differences in dietary behavior and obesity: Results of the riskedas study in 10-18-year-old Indonesian children and adolescents. *Nutrients*, *11*(11), 1-14. <https://doi.org/10.3390/nu11112813>
- Oktaviani, S., Mizutani, M., Nishide, R., & Tanimura, S. (2023). Factors associated with overweight/obesity of children aged 6-12 years in Indonesia. *BMC Pediatrics*, *23*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04321-6>
- Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2014). The stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, *34*(4), 250-265. <https://doi.org/10.1179/2046905514Y.00000000158>
- Sekretariat Wakil Presiden RI. (2019). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024. In *Sekretariat Wakil Presiden RI*. http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao_PereiraAS_1.pdfhttp://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_11/rbcs11_01.htmhttp://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7845/1/td_2306.pdf<https://direitoufma2010.files.wordpress.com/2010/10/>
- Sekretariat Wakil Presiden RI. (2024). Kebijakan dan Strategi Percepatan Penurunan Stunting 2025-2029. *Sekretariat Wakil Presiden*, *1*.
- Setiawan, J. L., Widhigdo, J. C., Teonata, A., Indriati, L., & Engel, M. M. (2022). Understanding the Issues of Coparenting in Indonesia. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, *11*(3), 588. <https://doi.org/10.12928/jehcp.v11i3.24574>
- Unicef. (2023). ANALISIS LANSKAP KELEBIHAN BERAT BADAN DAN OBESITAS DI INDONESIA Ringkasan Untuk Pemangku Kebijakan. *Unicef*, *6*. https://www.unicef.org/indonesia/media/16691/file/Ringkasan_untuk_Pemangku_Kebijakan.pdf
- WHO, & UNICEF. (2025). *Global Nutrition Targets 2030: Child Wasting Brief* (Vol. 2034, Issue 4). <https://doi.org/https://doi.org/10.2471/B09520>
- World Health Organization. (2018). *Reducing Stunting in Children: Equity Considerations for Achieving the Global Nutrition Targets 2025*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.