



unicef

untuk setiap anak



**ANALISIS LANSKAP KELEBIHAN
BERAT BADAN DAN OBESITAS
DI INDONESIA**

ANALISIS LANSKAP **KELEBIHAN BERAT BADAN DAN OBESITAS** DI INDONESIA



DAFTAR ISI

SINGKATAN DAN AKRONIM	1
UCAPAN TERIMA KASIH.....	5
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	7
1.PENDAHULUAN.....	14
2.TEMUAN.....	26
3.LINGKUNGAN PENDUKUNG.....	68
4.REKOMENDASI UNTUK KEBIJAKAN DAN PENERAPAN.....	100
5.REFERENSI.....	105
LAMPIRAN.....	113

SINGKATAN DAN AKRONIM

AJI: Aliansi Jurnalis Independen

Balitbangkes: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Bappenas: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

BBLR: Berat Badan Lahir Rendah

BKKBN: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

BPKN: Badan Perlindungan Konsumen Nasional

BPOM: Badan Pengawas Obat dan Makanan

BPN: Badan Pangan Nasional

BPNT: Bantuan Pangan Non Tunai

BRIN: Badan Riset dan Inovasi Nasional

CERDIK: Program promosi kesehatan, merupakan singkatan dari Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat seimbang, Istirahat cukup, Kelola stres

CISDI: *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives*

FAO: *Food and Agriculture Organization of the United Nations*

FBGDs: *Food-based dietary guidelines* (pedoman diet berbasis makanan)

FBS: *Food balance sheet* (neraca bahan makanan)

F&B: *Food and beverage* (pangan, makanan dan minuman)

FGD: *Focus group discussion* (diskusi kelompok terfokus)

FIAN: *Food First Information and Action Network*

FOPNL: *Front-of-Pack Nutrition Labelling* (pelabelan gizi pada bagian depan atau utama label)

GAIN: *Global Alliance for Improved Nutrition*

GDA: *Guideline daily amount* (panduan asupan harian)

GERMAS: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

GENTAS: Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas

GSHS: *Global School-Based Student Health Survey* (survei global kesehatan pelajar berbasis sekolah)

HISOBI: Himpunan Studi Obesitas Indonesia

HNRC IMERI FK UI: *Human Nutrition Research Center Indonesia Medical Education and Research Institute*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

IDR: *Indonesian Rupiah* (Rupiah Indonesia, Rp)

IFAD: *International Fund for Agricultural Development*

IFLS: *indonesian family life survey* (survei longitudinal rumah tangga Indonesia)

ILUNI GIZI UI: Ikatan Alumni Gizi Universitas Indonesia

IMT : Indeks Massa Tubuh

ING : Informasi Nilai Gizi

KEK : Kekurangan Energi Kronik

Kemenkes : Kementerian Kesehatan

KPM: Keluarga Penerima Manfaat

LMICs: *Low and middle-income countries* (negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah)

LSM: Lembaga Swadaya Masyarakat

MELEK APBN: Platform berbasis komunitas yang berfokus untuk memberikan edukasi kepada masyarakat tentang anggaran pendapatan dan belanja negara dan kebijakan yang relevan

NPS: Nutrient profiling scheme (skema profil gizi)

OMS: Organisasi Masyarakat Sipil

PAMSIMAS: Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat

P2PTM: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Kemenkes)

PASI: Produk Pengganti Air Susu Ibu

PBB: Perserikatan Bangsa-Bangsa

PDB: Produk Domestik Bruto

PERSAGI: Persatuan Ahli Gizi Indonesia

PGS: Pedoman Gizi Seimbang

PKGK-FKM UI: Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan-Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

PKMK-FK KMK UGM : Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan-Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

POSBINDU-PTM: Pos Binaan Terpadu Penyakit Tidak Menular

PPH: Pola Pangan Harapan

PTM: Penyakit Tidak Menular

RPJMN: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

SAM: Sumber Air Minum

SEAMEO-RECFON: *The South East Asian Ministers of Education Organization Regional Centre for Food and Nutrition*

SBCC: *Social and behaviour communication change* (komunikasi perubahan sosial dan perilaku)

SDGs: *Sustainable Development Goals* (Tujuan Pembangunan Berkelanjutan)

SUN: *Scaling Up Nutrition*

TBM: *Triple burden of malnutrition* (tiga beban masalah gizi)

TNP2K: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan

UKS: Usaha Kesehatan Sekolah

UMKM: Usaha Mikro, Kecil Dan Menengah

UNFPA: *United Nations Population Fund*

UPFs: *Ultra-processed foods* (makanan ultra proses)

USD: *The United States Dollar* (Dolar Amerika Serikat)

WASH: *Water sanitation and hygiene* (air, sanitasi dan kebersihan)

WFP: *World Food Programme*

WHA: *World Health Assembly*

WHO: *World Health Organization*

YLKI: Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia

UCAPAN TERIMA KASIH

Laporan ini disusun oleh David Colozza (Spesialis Gizi UNICEF Indonesia) dan Astrid Citra Padmita (Staf Gizi UNICEF Indonesia), di bawah arahan dari Jee Hyun Rah (*Chief of Nutrition* UNICEF Indonesia). Kami mengucapkan terima kasih kepada rekan-rekan UNICEF berikut atas tanggapan dan masukannya: Airin Roshita, Ali Moechtar, Artha Camellia, Aryanie Amellina, Bheta Arysad, Blandina Bait, Felix Wisnu Handoyo, Fiona Watson, Grace Sameve, Mitsunori Odagiri, Ninik Sukotjo, Ratnawati Muyanto, Sojung Yoon.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada mitra berikut atas waktu dan kontribusi mereka selama wawancara informan kunci, diskusi FGD dan lokakarya validasi:

Pemerintah Indonesia

1. Kementerian Kesehatan
2. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi
3. Kementerian Agama
4. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas
5. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
6. Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian
7. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM)
8. Badan Pangan Nasional (BPN) (Sebelumnya Badan Ketahanan Pangan Kementerian Pertanian)
9. Kementerian Dalam Negeri
10. Kementerian Pemuda dan Olahraga

11. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
12. Kementerian Pertanian
13. Kementerian Keuangan
14. Kementerian Perdagangan
15. Kementerian Perindustrian
16. Kementerian Sosial
17. Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif
18. Badan Perlindungan Konsumen Nasional (BPKN)

Organisasi Non-Pemerintah

19. Pusat Kajian Gizi Dan Kesehatan Keluarga Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (PKGK-FKM UI)
20. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan-Universitas Gadjah Mada (PKMK-FK KMK UGM)
21. *The Southeast Asian Ministers of Education Organization Regional Centre for Food and Nutrition* (SEAMEO-RECFON)
22. *Human Nutrition Research Center, Indonesia Medical Education and Research Institute*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (HNRC IMERI FK UI)
23. Departemen Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia
24. Ikatan Alumni Gizi Universitas Indonesia (ILUNI GIZI UI)
25. *World Health Organization* (WHO) Indonesia
26. *Food and Agriculture Organization* (FAO) Indonesia
27. *World Food Programme* (WFP) Indonesia
28. *International Fund for Agricultural Development* (IFAD) Indonesia
29. *United Nations Population Fund* (UNFPA) Indonesia
30. *Global Alliance for Improved Nutrition* (GAIN) Indonesia
31. *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI)
32. Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI)
33. Aliansi Jurnalis Independen (AJI) Indonesia
34. Jaringan *Scaling Up Nutrition* (SUN) (OMS, Organisasi Profesi, dan Akademisi)
35. Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)
36. Himpunan Studi Obesitas Indonesia (HISOBI)
37. *Young Health Economics and Policy Society*
38. Melek APBN
39. *Food First Information and Action Network* (FIAN) International
40. Plan International

RINGKASAN EKSEKUTIF

Kelebihan berat badan dan obesitas adalah tantangan kesehatan masyarakat yang berkembang di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMICs) di mana masalah ini seringkali berdampingan dengan masalah kekurangan gizi dan kekurangan mikronutrien yang sudah ada sebelumnya, yang disebut sebagai “tiga beban masalah gizi” (TBM). Data terbaru menunjukkan bahwa Indonesia mengalami TBM yang parah dan mencatat pertumbuhan kelebihan berat badan dan obesitas yang drastis, termasuk di kalangan rumah tangga berpenghasilan rendah (Popkin, Corvalan and Grummer-Strawn, 2020). Di saat yang sama, prevalensi penyakit tidak menular (PTM)—banyak di antaranya terkait langsung dengan pola makan yang buruk—meningkat tajam, menyumbang hampir tiga dari empat kematian di Indonesia (WHO, 2018a). Perkiraan

pemodelan yang tersedia menunjukkan bahwa, selain memiliki implikasi kesehatan yang parah, PTM juga akan mengakibatkan kerugian ekonomi yang signifikan—hingga total USD4,47 triliun antara 2012-2030, atau lima kali PDB Indonesia dan 170 kali total pengeluaran di bidang kesehatan dibandingkan dengan pengeluaran di tahun 2012 (Bloom *et al.* 2015).

Analisis lanskap kelebihan berat badan dan obesitas UNICEF

Dalam upaya untuk meningkatkan kesadaran dan mengadvokasi inisiatif pencegahan, pada tahun 2021 UNICEF meluncurkan studi analisis lanskap kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia. Studi ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang komprehensif tentang situasi

saat ini, tren dan faktor risiko utama, dengan fokus pada anak-anak, remaja dan orang dewasa, dan memperhitungkan perbedaan antar gender dan geografi. Studi ini juga mencakup analisis mendalam tentang lingkungan yang mendorong pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia, termasuk kebijakan dan program yang ada saat ini, tingkat komitmen dan kesadaran politik, dan kesenjangan bukti. Temuan yang disajikan dalam laporan ini didasarkan pada penilaian menyeluruh terhadap bukti yang tersedia disertai dengan serangkaian wawancara dan FGD dengan pemangku kepentingan utama. Dokumen ini juga menyajikan rekomendasi kebijakan dan program yang dikembangkan melalui konsultasi dengan mitra pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya.

Temuan

Kelebihan berat badan dan obesitas semakin menjadi tantangan utama kesehatan masyarakat di Indonesia, di samping bentuk kekurangan gizi lainnya seperti *stunting* dan *wasting*. Di kalangan orang dewasa, wanita lebih banyak mengalami kelebihan berat badan dan obesitas.

- Pada 2018, 1 dari 5 anak usia sekolah (20 persen, atau 7,6 juta), 1 dari 7 remaja (14,8 persen, atau 3,3 juta) dan 1 dari 3 orang dewasa (35,5 persen, atau 64,4 juta) di Indonesia hidup dengan kelebihan berat badan atau obesitas¹.

- Selama beberapa dekade terakhir, kelebihan berat badan dan obesitas terus meningkat di semua kelompok umur. Data RISKESDAS menunjukkan peningkatan tajam pada prevalensi dalam beberapa tahun terakhir, terutama di kalangan orang dewasa (dari 28,9 persen pada 2013, menjadi 35,4 persen pada 2018). Wanita dewasa terpengaruh secara tidak proporsional; pada 2018, 44,4 persen wanita hidup dengan kelebihan berat badan atau obesitas (dibandingkan dengan 26,6 persen pria).
- Data yang tersedia juga menunjukkan peningkatan prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas dalam kelompok yang biasanya tidak dianggap berisiko—termasuk rumah tangga berpenghasilan rendah dan penduduk pedesaan—dan di provinsi yang masih dipengaruhi oleh tingginya tingkat *stunting* dan *wasting*.

Beberapa faktor individu, biologis dan perilaku yang terkait dengan peningkatan risiko kelebihan berat badan dan obesitas menjadi perhatian penting di Indonesia.

- Berbagai kondisi prenatal dan perinatal terkait dengan peningkatan risiko kelebihan berat badan dan obesitas di kemudian hari merupakan perhatian penting; hal ini termasuk tingginya tingkat kelebihan berat badan (15,1 persen) dan obesitas (29,3 persen) di kalangan wanita dewasa dan *stunting* (30,8 persen) dan *wasting* (10,2 persen) di kalangan balita.

¹ Angka absolut adalah perkiraan kasar berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) (BPS, 2021b) dan Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2021d).

- Anak-anak, remaja, dan orang dewasa Indonesia secara keseluruhan memiliki pola makan yang buruk, ditandai dengan asupan makanan dan minuman tinggi gula, garam, lemak (GGL) yang berlebihan dan konsumsi buah dan sayuran yang tidak mencukupi. Sekitar 2 dari 3 anak dan remaja berusia 5-19 tahun (66,7 persen) dan orang dewasa di atas 20 tahun (64,3 persen) mengonsumsi satu atau lebih minuman berpemanis gula per hari², sedangkan 9 dari 10 (masing-masing 96,7 dan 94,9 persen) tidak mengonsumsi lima porsi buah dan sayuran sebagaimana yang direkomendasikan setiap hari.
- Begitu pula, terdapat bukti bahwa anak-anak, remaja, dan orang dewasa Indonesia memiliki tingkat aktivitas fisik yang tidak memadai, dengan 57 persen anak-anak dan remaja serta 27,7 persen orang dewasa tidak memenuhi rekomendasi WHO³.

Makanan dan lingkungan fisik di Indonesia semakin obesogenik dan gagal untuk mendorong penerapan pola makan sehat dan gaya hidup aktif.

- Makanan cepat saji dan gerai ritel modern telah tumbuh secara eksponensial selama beberapa dekade terakhir (dengan tingkat

pertumbuhan tahunan antara 17-45 persen pada makanan cepat saji dan 14,1 persen pada gerai ritel modern), membuat makanan dan minuman tinggi GGL tersedia luas dan terjangkau di seluruh Indonesia.

- Sementara itu, ketersediaan air minum masih menjadi masalah utama dengan 9 dari 10 (88,1 persen) rumah tangga tidak memiliki akses terhadap air minum yang aman⁴, dan sekitar 20 persen sekolah dan 30 persen madrasah tidak memiliki akses terhadap layanan air minum dasar⁵.
- Paparan terhadap pemasaran makanan dan minuman tinggi GGL juga sangat tinggi, terutama di kalangan anak-anak dan remaja; ini juga karena waktu layar (*screen time*), penggunaan internet dan penggunaan media sosial yang tinggi.
- Ketersediaan dan kualitas infrastruktur mobilitas aktif yang buruk dan, disertai dengan masalah polusi udara yang terus-menerus, membatasi kemungkinan untuk melakukan aktivitas fisik di luar ruangan dengan aman.

Lingkungan yang mendukung untuk pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia masih tertinggal. Meskipun sudah terdapat beberapa inisiatif terkait,

² Minuman berpemanis gula adalah minuman dengan gula tambahan, antara lain minuman ringan/soda, minuman jus berperisa, minuman olahraga dan energi, teh manis, dan minuman kopi. Karena kandungan gulanya yang tinggi, minuman berpemanis gula tinggi kalori, sementara di saat yang sama tidak memberikan nilai gizi, sehingga dapat berkontribusi pada penambahan berat badan dan berbagai kondisi kesehatan lain seperti kerusakan gigi, diabetes tipe 2, dan penyakit jantung.

³ Rekomendasi WHO adalah, untuk orang dewasa, minimal 150 menit aktivitas fisik intensitas sedang per minggu yang disebar setidaknya selama lima hari dalam seminggu; dan 60 menit per hari untuk anak-anak dan remaja

⁴ Didefinisikan sebagai rumah tangga yang memiliki sumber air minum layak yang terletak di tempat mereka, tersedia saat dibutuhkan, dan bebas dari kontaminasi (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

⁵ Didefinisikan sebagai sekolah yang memiliki akses terhadap sumber air minum layak, dikelola dengan baik dan aman dari kontaminasi, dengan waktu pengambilan air pulang pergi sama dengan atau di bawah 30 menit (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2020).

masih ditemukan kesenjangan yang besar dalam hal kebijakan dan program yang bertujuan untuk menciptakan tindakan transformatif jangka panjang. Pada saat yang sama, komitmen politik masih rendah dan kesadaran serta bukti masih terbatas, terutama di tingkat daerah.

- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 mencantumkan target tidak ada peningkatan obesitas dewasa, yang merupakan target yang tidak ambisius dan tidak realistis. RPJMN tidak memasukkan target apa pun untuk kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak, yang mencerminkan dukungan politik dan keuangan yang terbatas untuk pencegahan kelebihan berat badan.
- Program pencegahan kelebihan berat badan nasional yang ada—misalnya, Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS) dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)—gagal diwujudkan menjadi program berkualitas di skala lokal, salah satunya karena kurangnya koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah dan antar sektor.
- Tidak ada jalur rujukan untuk anak-anak yang berisiko kelebihan berat badan, atau layanan konseling untuk anak-anak yang hidup dengan kondisi ini. Konseling gizi yang ada untuk ibu hamil dan ibu secara keseluruhan ditargetkan pada masalah kekurangan gizi, dan kesadaran serta kapasitas konseling tentang kelebihan berat badan masih terbatas.
- Saat ini tidak ada instrumen fiskal di Indonesia untuk mengenakan cukai atas makanan dan minuman tinggi GGL. Secara khusus, tidak ada cukai yang diberlakukan untuk minuman berpemanis gula, meskipun langkah ini memiliki efek kesehatan masyarakat yang sudah terbukti, seperti yang ditunjukkan oleh negara-negara lain di kawasan yang telah mengadopsinya (misalnya, Malaysia, Thailand, Filipina, dan banyak negara kepulauan Pasifik).
- Demikian pula, tidak ada insentif untuk mendorong konsumsi makanan sehat, misalnya, subsidi tanaman pangan bergizi atau kebijakan pengadaan pangan publik di sekolah atau lingkungan kerja yang terkait dengan pedoman diet berbasis makanan nasional.
- Beberapa skema pelabelan gizi pada bagian depan atau utama label (FOPNL) sudah diterapkan; namun sifatnya masih sukarela dan tidak termasuk yang direkomendasikan oleh WHO sebagai yang paling efektif dalam istilah kesehatan masyarakat, yaitu, label peringatan dan *traffic light*.
- Sudah ada beberapa peraturan tentang pemasaran makanan dan minuman tinggi GGL, tetapi penegakannya masih terbatas, tercermin dari seringnya ketidakpatuhan industri makanan dan minuman.

- Terdapat pula kurangnya harmonisasi peraturan untuk mempromosikan lingkungan pangan sekolah yang sehat, misalnya, untuk memastikan bahwa makanan kantin sekolah mematuhi standar gizi yang baik dan bahwa penjualan makanan ultra proses yang tidak sehat di dalam dan sekitar sekolah tersebut dibatasi.
- Minimnya kebijakan untuk mendukung gaya hidup aktif, misalnya, untuk mendorong bersepeda atau berjalan kaki dan untuk meningkatkan ketersediaan infrastruktur mobilitas aktif di lingkup nasional.
- Terakhir, kesadaran tentang pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas masih rendah, terutama dalam kaitannya dengan anak-anak dan di tingkat daerah. Pada saat yang sama, masih terdapat kesenjangan besar dalam hal bukti atau kajian ilmiah yang tersedia tentang kelebihan berat badan dan masalah terkait, misalnya, bagaimana kondisi ini terkait dengan intimidasi, stigma, dan kesehatan mental.

Rekomendasi

UNICEF menyerukan kepada pemerintah Indonesia untuk memprioritaskan pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas dan menerapkan kebijakan dan program yang ambisius untuk memastikan terciptanya perubahan jangka panjang dan skala besar. Daftar awal tindakan menyeluruh dan rekomendasi gizi spesifik di seluruh domain sistem kesehatan dan pangan yang dapat

membantu meningkatkan pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas mencakup hal-hal berikut:

Strategi menyeluruh:

- Memasukkan indikator obesitas anak ke dalam RPJMN dan dokumen terkait lainnya, untuk memperkuat komitmen dan memobilisasi dana untuk pencegahan kelebihan berat badan.
- Membangun mekanisme lintas sektoral dengan berbagai pemangku kepentingan untuk mempromosikan kesadaran, berbagi pengetahuan dan koordinasi untuk pencegahan kelebihan berat badan.
- Memastikan kajian ilmiah yang berkualitas untuk mengatasi kesenjangan pengetahuan yang ada dan menginformasikan peluncuran aksi pencegahan kelebihan berat badan berbasis bukti.
- Melakukan peningkatan kesadaran berkelanjutan untuk mendukung pemahaman yang kuat tentang kelebihan berat badan dan obesitas dan masalah-masalah terkait, serta strategi pencegahan yang efektif.

Tindakan gizi spesifik:

- Menerapkan cukai minuman berpemanis gula untuk mengurangi konsumsi dan mendorong reformulasi produk.

- Memperkuat pemantauan dan penegakan peraturan penjualan dan pemasaran makanan dan minuman tinggi GGL yang ada, termasuk di dalam sekolah dan pengecer makanan, dan bekerja sama dengan perusahaan di sektor internet dan media sosial untuk membatasi pemasaran melalui saluran mereka.
- Meningkatkan skema FOPNL yang ada dengan memperluas cakupannya, menjadikannya wajib dan menerapkan insentif untuk mendorong adopsi dan menetapkan skema dengan manfaat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan, terutama logo peringatan dan label *traffic light*.
- Memastikan pelaksanaan dan peningkatan program pencegahan kelebihan berat badan yang ada dan memperkuat kapasitas tenaga kesehatan untuk memberikan layanan konseling.

- Memperkuat sistem data untuk memfasilitasi skrining dan rujukan anak-anak dengan risiko kelebihan berat badan, serta pemantauan dan evaluasi program.

Terdapat kebutuhan yang mendesak akan kebijakan dan program ambisius yang dapat secara efektif mencegah konsekuensi jangka panjang dari meningkatnya prevalensi kelebihan berat badan, obesitas dan penyakit tidak menular di Indonesia. Laporan ini merupakan langkah pertama dalam menyediakan bukti berkualitas untuk menciptakan tindakan efektif yang didukung bukti yang dapat secara efektif meningkatkan pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas dan berkontribusi untuk mendorong pola makan yang lebih sehat dan gaya hidup aktif bagi seluruh masyarakat Indonesia.



© UNICEF/2019/Fauzan Ijazah

4 - 28 Juli 2018

KAMBANGUN KLATEN

EDU

SMP NEGERI



1. PENDAHULUAN

1.1 Tiga beban masalah gizi di Indonesia

Belum lama ini, kelebihan berat badan dan obesitas dianggap sebagai masalah yang hanya dihadapi negara-negara berpenghasilan tinggi, atau segmen penduduk berpenghasilan tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC), di mana kasus kekurangan gizi hanya terdapat pada LMIC dan pada penduduk berpendapatan rendah. Hal ini membuat masalah kekurangan gizi dan kelebihan berat badan telah lama dianggap sebagai tantangan yang terpisah karena dianggap disebabkan oleh faktor yang berbeda dan mempengaruhi individu yang berbeda pula. Namun, dalam beberapa dekade terakhir,

masalah kelebihan berat badan dan obesitas tumbuh paling pesat di negara-negara LMIC, terutama pada negara-negara yang memiliki tingkat PDB per kapita terendah, dan di kalangan rumah tangga berpenghasilan rendah (Popkin, Corvalan dan Grummer-Strawn, 2020). Akibatnya, kondisi ini sekarang tersebar luas di seluruh dunia dan di seluruh kelompok usia dan pendapatan. Perkiraan global dari WHO menunjukkan bahwa pada tahun 2016, 39% orang dewasa mengalami kelebihan berat badan dan 13 persen orang dewasa mengalami obesitas (WHO, 2018b). Selama empat dekade terakhir, jumlah anak-anak dan remaja yang



mengalami kelebihan berat badan dan obesitas juga telah berkembang pesat hingga sepuluh kali lipat (*NCD Risk Factor Collaboration, 2017*), di mana mayoritas dari mereka tinggal di LMIC (*UNICEF, 2020a; FAO, UNICEF dan WFP, 2021*). Kawasan Asia-Pasifik saat ini memiliki jumlah absolut orang yang mengalami kelebihan berat badan dan obesitas tertinggi di seluruh dunia—sekitar 1 miliar, atau 40 persen dari total populasinya. (*FAO, UNICEF dan WFP, 2021*).

Di LMIC, kelebihan berat badan dan obesitas menambah masalah kekurangan gizi dan kekurangan zat gizi mikro yang sudah ada sebelumnya, yang disebut sebagai “tiga beban masalah gizi” (TBM) (*UNICEF, 2020b; Rah et al.,*

2021). TBM dapat terjadi di negara, masyarakat, keluarga, dan bahkan individu yang sama—misalnya, di antara mereka yang pada saat yang sama mengalami *stunting* dan kelebihan berat badan (*Popkin, Corvalan dan Grummer-Strawn, 2020; Wells et al., 2020*). Analisis terbaru menunjukkan bahwa Indonesia adalah negara terbesar yang mengalami TBM yang parah, dan tercatat sebagai negara dengan salah satu pertumbuhan kasus kelebihan berat badan dan obesitas tercepat di antara rumah tangga berpenghasilan rendah (*Popkin, Corvalan dan Grummer-Strawn, 2020*). Data survei Riset Kesehatan Dasar (*Riskesdas*) Indonesia tahun 2010 dan 2018 (*Kementerian Kesehatan RI, 2010, 2018*) menunjukkan fakta bahwa,

meskipun prevalensi *stunting* dan *wasting* di antara anak-anak balita telah menurun selama beberapa dekade terakhir, angkanya masih tinggi, di mana 30,8 persen balita mengalami *stunting* dan 10,2 persen mengalami *wasting* pada tahun 2018. Pada saat yang sama, selama periode waktu yang sama, prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas telah meningkat secara signifikan di sebagian besar kelompok usia—dari 9,2 persen menjadi 20 persen di antara anak-anak berusia 5-12, dari 1,9 persen menjadi 14,8 persen di antara remaja berusia 13 hingga 18 tahun⁶, dan dari 21,7 persen menjadi 35,4 persen di antara orang dewasa di atas 18 tahun. Selaras dengan tren global (Kanter dan Caballero, 2012), prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas secara keseluruhan lebih tinggi pada wanita daripada pria Indonesia, dengan 15,9 persen remaja putri (dibandingkan dengan 11,3 persen remaja laki-laki) dan 44,4

persen wanita (dibandingkan dengan 26,6 pria dewasa) mengalami kelebihan berat badan dan obesitas.

Berbagai studi berdasarkan data dari sumber lain, seperti *Indonesia Family Life Survey* (IFLS)—sebuah studi longitudinal yang dimulai pada tahun 1993 selama lebih dari dua dekade dengan sampel yang mewakili lebih dari 80 persen penduduk Indonesia—juga menunjukkan peningkatan pesat dalam hal kelebihan berat badan dan obesitas, terutama di kalangan wanita (Roemling dan Qaim, 2012b; Oddo, Maehara dan Rah, 2019), dan juga peningkatan yang relatif lebih cepat dalam hal prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas dan faktor risiko untuk kondisi ini—terutama pola makan yang tidak sehat—di antara rumah tangga pedesaan dibandingkan dengan rumah tangga perkotaan (Roemling dan Qaim, 2012a; Colozza



© UNICEF/2021/Arimacs Wilander

⁶ Angka untuk remaja usia 13-18 tahun dihitung sebagai agregat prevalensi untuk dua kelompok usia terpisah yang termasuk dalam Riskesdas 2018, usia 13-15 tahun (N= 60.020, agregat prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas: 16 persen) dan usia 16-18 tahun (N =51.826, agregat prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas 13,5 persen).

dan Avendano, 2019; Oddo, Maehara dan Rah, 2019). Selain itu, seperti yang sudah diduga dari negara yang besar dan beragam seperti Indonesia, distribusi prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas secara geografis berbeda signifikan di seluruh Indonesia. Meskipun beberapa bukti terus menunjukkan adanya pengelompokan kekurangan dan kelebihan berat badan, di mana kedua kondisi kesehatan ini terjadi di daerah yang berbeda-beda (Hanandita dan Tampubolon, 2015), bukti pengamatan yang lebih baru berdasarkan survei nasional menunjukkan bahwa prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas juga telah meningkat secara substansial di provinsi-provinsi di mana masalah kekurangan berat badan dan kekurangan zat gizi mikro masih tersebar luas. Daerah ini misalnya adalah Papua, yang memiliki tingkat kelebihan berat badan dan obesitas tertinggi di antara anak-anak berusia 5-12 (30,6 persen) tetapi juga tingkat stunting dan wasting yang tinggi di antara balita (masing-masing 33,1 dan 10,3 persen) (Kementerian Kesehatan RI, 2018)—menunjukkan contoh yang jelas tentang bagaimana pengaruh TBM terhadap Indonesia.

1.2 Mengapa penting untuk mengatasi masalah kelebihan berat badan jika masalah kekurangan gizi masih menjadi perhatian?

Tren ini mengkhawatirkan karena beberapa alasan. Kelebihan berat badan dan obesitas merupakan faktor risiko utama untuk berbagai penyakit tidak menular (PTM), termasuk diabetes, penyakit kardiovaskular, stroke dan beberapa jenis kanker (WHO, 2004). Kondisi ini sebenarnya juga meningkat secara global, khususnya di LMIC. PTM saat ini menjadi penyebab dari lebih dari 70 persen kematian di seluruh dunia, di mana tiga perempatnya terjadi di LMIC (WHO, 2020a). Tidak terkecuali bagi Indonesia yang telah mengalami peningkatan beban PTM selama beberapa dekade terakhir. Pada 2018, PTM diperkirakan menyumbang

73 persen dari semua kematian (WHO, 2018a), dengan peningkatan prevalensi diabetes yang sangat cepat dalam beberapa tahun terakhir yang saat ini menjadi penyebab utama kematian ketiga di negara ini, serta faktor risiko seperti tekanan darah tinggi (IHME, 2021). Selain meningkatkan risiko PTM di kemudian hari, kelebihan berat badan dan obesitas di kalangan anak-anak juga terkait dengan berbagai komplikasi kesehatan langsung, seperti hipertensi, gangguan metabolisme dan muskuloskeletal, kondisi ortopedi dan *sleep apnea* (gangguan tidur) dan gangguan psiko-sosial dan perkembangan, misalnya perundungan oleh teman sebaya, perasaan

rendah diri dan prestasi akademik yang menurun (WHO, 2018b; UNICEF, 2020a).

Di samping tiga beban masalah gizi (TBM) yang terjadi di saat yang bersamaan di seluruh negara, masyarakat dan individu, semakin banyak diakui bahwa masalah kekurangan dan kelebihan gizi juga saling terkait langsung dan erat. Secara khusus, terdapat bukti bahwa paparan kekurangan gizi sebelum kelahiran dan selama awal kehidupan merupakan faktor utama penyebab kelebihan berat badan yang nantinya meningkatkan risiko PTM di kemudian hari (Wells *et al.*, 2020). Hubungan positif telah diamati antara kekurangan gizi pada saat





dalam kandungan dan berat badan kurang saat lahir, dan kemungkinan mengalami kelebihan berat badan atau obesitas ketika dewasa yang nantinya dapat menyebabkan hipertensi dan diabetes tipe dua serta penyakit kardiovaskular dan stroke (De Boo dan Harding, 2006; Almond dan Currie, 2011). Dari perspektif siklus hidup, hal ini memiliki implikasi penting. Wanita yang mengalami masalah gizi saat masa kanak-kanak lebih berpeluang mengalami kelebihan berat badan dan obesitas; yang nantinya akan meningkatkan risiko bahwa anak-anak mereka sendiri akan mengalami kelebihan berat badan dan obesitas dini, sehingga melanjutkan siklus masalah gizi antargenerasi (Popkin, Adair dan

Ng, 2012). Dari keterkaitan yang mendalam ini, efek dari masalah kekurangan gizi yang dialami oleh LMIC selama beberapa dekade terakhir kemungkinan akan mempengaruhi kesehatan populasi di masa depan, dalam bentuk risiko kenaikan berat badan dan kejadian PTM yang lebih tinggi (Popkin, Corvalan dan Grummer-Strawn, 2020).

Selain itu, TBM di LMIC yang terus meningkat memiliki implikasi besar dalam hal ekonomi. Kelebihan berat badan dan obesitas (serta konsekuensi risiko PTM) dapat memiliki efek langsung yang parah pada keuangan rumah tangga karena misalnya, biaya yang besar untuk pengobatan dan kemungkinan pilihan upah yang

lebih rendah untuk mereka yang hidup dengan kondisi ini, serta dampak personal dan sosial yang lebih luas dalam hal produktivitas yang hilang selama bertahun-tahun karena tidak mampu bekerja (WHO, 2010a; UNICEF, 2019). Di LMIC, kondisi ini juga akan menghasilkan dampak ekonomi yang substansial terhadap sistem perawatan kesehatan karena biaya yang terkait dengan perawatan kelebihan berat badan, obesitas, dan PTM sering kali menambah beban biaya perawatan kekurangan gizi dan masalah penyakit menular yang terus ada (WHO, 2010a). Perkiraan pemodelan yang tersedia untuk Indonesia menunjukkan bahwa, selain berdampak besar pada kesehatan masyarakat Indonesia, PTM juga akan mengakibatkan kerugian dari sisi ekonomi dan keuangan yang signifikan, yakni hingga total USD 4,47 triliun antara 2012-2030, setara dengan lima kali lipat PDB Indonesia dan 170 kali total pengeluaran

kesehatannya dibandingkan dengan tahun 2012 (Bloom *et al.*, 2015). Oleh karena itu, jelas bahwa fokus pada pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas adalah kuncinya, bahkan di negara dan populasi di mana saat ini tingkat prevalensi masih rendah, karena hal ini dapat membantu menghindari peningkatan efek dalam hal masalah kesehatan dan gangguan pada sistem kesehatan dan ekonomi. Terdapat pula bukti bahwa berbagai preferensi dan perilaku individu, termasuk yang terkait dengan pola makan dan aktivitas fisik, dibentuk selama awal dan akhir masa kanak-kanak dan semakin sulit diubah ketika semakin dewasa (UNICEF, 2019). Intervensi-intervensi yang berupaya mencegah kelebihan berat badan dan obesitas selama masa kanak-kanak dan remaja merupakan peluang yang sangat menjanjikan dan efektif untuk meningkatkan kesehatan populasi dalam jangka panjang.



1.3 Ruang lingkup dan metodologi analisis lanskap

Dokumen ini menyajikan hasil analisis lanskap kelebihan berat badan dan obesitas yang dilakukan oleh UNICEF Indonesia, dengan berkonsultasi dengan beberapa mitra antara September dan Desember 2021. Analisis tersebut bertujuan untuk memberikan gambaran yang komprehensif tentang situasi dan tren saat ini, faktor risiko utama, lingkungan pendukungnya serta berbagai hambatan dalam mencegah kejadian kelebihan berat badan dan

obesitas di Indonesia. Analisis ini menggunakan pendekatan siklus hidup dengan berfokus pada data terkait kehamilan, anak usia dini (balita), anak usia sekolah (5-12), remaja (13-18 tahun) dan dewasa (>18 tahun) dan melihatnya secara keseluruhan di tingkat nasional, dengan penilaian lebih lanjut terhadap data daerah jika relevan dan tersedia. Analisis ini juga ditujukan agar holistik dan melihat tidak hanya pada data, kebijakan, program gizi spesifik seperti



© UNICEF/2020/Fauzan Ijazah



© UNICEF/2020/Fauzan Ijazah

ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI, gizi ibu dan remaja, tetapi juga pada program-program gizi sensitif di berbagai sektor lainnya, seperti sektor kesehatan, perlindungan sosial, pendidikan, air, sanitasi, dan kebersihan (WASH), sistem pangan dan pertanian. Hasil dari analisis tersebut nantinya ditujukan untuk memandu pengembangan program dan intervensi konteks spesifik yang dapat membantu mengatasi peningkatan beban kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia. Hasil tersebut juga akan berfungsi untuk menginformasikan perancangan program mitra lain — terutama pemerintah pusat dan pemerintah daerah dan badan-badan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) lainnya — dan untuk mengadvokasi penentuan prioritas dan peningkatan skala aksi untuk mengatasi

kelebihan berat badan dan obesitas, termasuk melalui promosi pola makan sehat dan aktivitas fisik terhadap seluruh populasi.

Penyusunan laporan mengikuti lima langkah yang diuraikan pada “Pedoman Analisis Lanskap Kelebihan Berat Badan dan Obesitas pada Anak dan Remaja” (selanjutnya disebut “pedoman analisis lanskap”) yang dikembangkan oleh UNICEF (2022). Pertama, data yang ada tentang prevalensi dan tren kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia ditinjau, berdasarkan data nasional yang ada dari survei riset kesehatan dasar (Riskesdas) dan studi multi-negara seperti Laporan Gizi Global dan Atlas Obesitas Anak. Langkah ini dimaksudkan untuk memberikan penilaian awal yang cepat tentang situasi



kelebihan berat badan dan obesitas saat ini di negara ini baik dari segi prevalensi saat ini dan tren dari waktu ke waktu, untuk populasi secara

Kedua, analisis dilanjutkan melalui tinjauan faktor risiko utama untuk kelebihan berat badan dan obesitas, mengikuti poin data yang disarankan dalam pedoman analisis lanskap dan disesuaikan untuk memastikan relevansinya dalam konteks lokal. Definisi dari faktor risiko yang digunakan sengaja dibuat luas, meliputi faktor tingkat individu dan lingkungan. Ini juga selaras dengan pendekatan siklus hidup untuk pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas

yang digunakan oleh UNICEF, dan oleh karena itu berusaha untuk menilai risiko pre- dan perinatal seperti kurang gizi dan kelebihan berat badan di antara wanita usia subur, risiko awal kehidupan, misalnya masalah yang berkaitan dengan menyusui dan makanan pendamping ASI, dan risiko hidup di kemudian hari terkait dengan pola makan dan aktivitas fisik.

Langkah ketiga melibatkan tinjauan kebijakan dan program saat ini untuk kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia. Tujuan dari langkah ini adalah untuk menilai sejauh mana lingkungan saat ini memungkinkan atau

menghalangi tindakan yang bertujuan untuk mencegah kelebihan berat badan dan obesitas dengan tujuan akhir memfasilitasi identifikasi titik masuk intervensi. Selain menganalisis instrumen kebijakan dan pemangku kepentingan yang ada di berbagai sektor pemerintah, analisis tersebut juga berfokus untuk meninjau beragam faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang dapat membantu mempromosikan atau mengurangi munculnya lingkungan pangan “obesogenik” yang kondusif untuk kelebihan berat badan. Faktor-faktor tersebut antara lain pemasaran dan ketersediaan makanan tidak sehat, harga pangan, label gizi, perencanaan kota dan mobilitas, narasi media dan sosial budaya yang terkait dengan berat badan.

Data dikumpulkan terlebih dahulu melalui tinjauan pustaka yang komprehensif dari informasi yang tersedia dari survei nasional, regional dan global, laporan, literatur akademis dan literatur abu-abu. Setelah tinjauan pustaka awal ini, yang juga mencakup pemetaan pemangku kepentingan utama untuk pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas di negara ini, kesenjangan informasi diidentifikasi, dan daftar pertanyaan wawancara disiapkan. Sebanyak 11 FGD dan wawancara informan kunci dilakukan (dari jarak jauh melalui Zoom) dengan beberapa pemangku kepentingan dari direktorat dan sub-direktorat pemerintah, badan-badan PBB, organisasi non-pemerintah atau lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi masyarakat sipil (OMS) dan akademisi. Wawancara difokuskan

untuk mengisi kesenjangan informasi yang teridentifikasi, mengukur minat mitra dalam membangun kolaborasi seputar inisiatif pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas, dan untuk memahami posisi mereka dalam prioritas dan tindakan segera yang diperlukan untuk meningkatkan skala tindakan pada tema-tema ini.

Setelah pengumpulan dan analisis data dari tinjauan pustaka, wawancara dan FGD, rancangan laporan disiapkan untuk menguraikan hasil-hasil utama dari analisis tersebut. Rancangan tersebut dibagikan kepada pemangku kepentingan utama dari pemerintah dan non-pemerintah untuk ditinjau. Setelah itu, sebagai langkah kelima dan terakhir, lokakarya validasi dua hari diadakan di Jakarta oleh UNICEF pada 12 Juli dan 25 Agustus 2022. Lokakarya yang diikuti oleh total 120 peserta dari 45 institusi ini bertujuan untuk mempresentasikan dan mendiskusikan temuan dari analisis lanskap serta memvalidasi daftar rekomendasi untuk memperkuat pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia. Rancangan daftar rekomendasi yang disiapkan setelah hari pertama lokakarya dipresentasikan dan dibahas pada hari kedua, setelah itu difinalisasi dan dimasukkan ke dalam dokumen (lihat *Bagian 4: Rekomendasi untuk kebijakan dan penerapan*).



2. TEMUAN

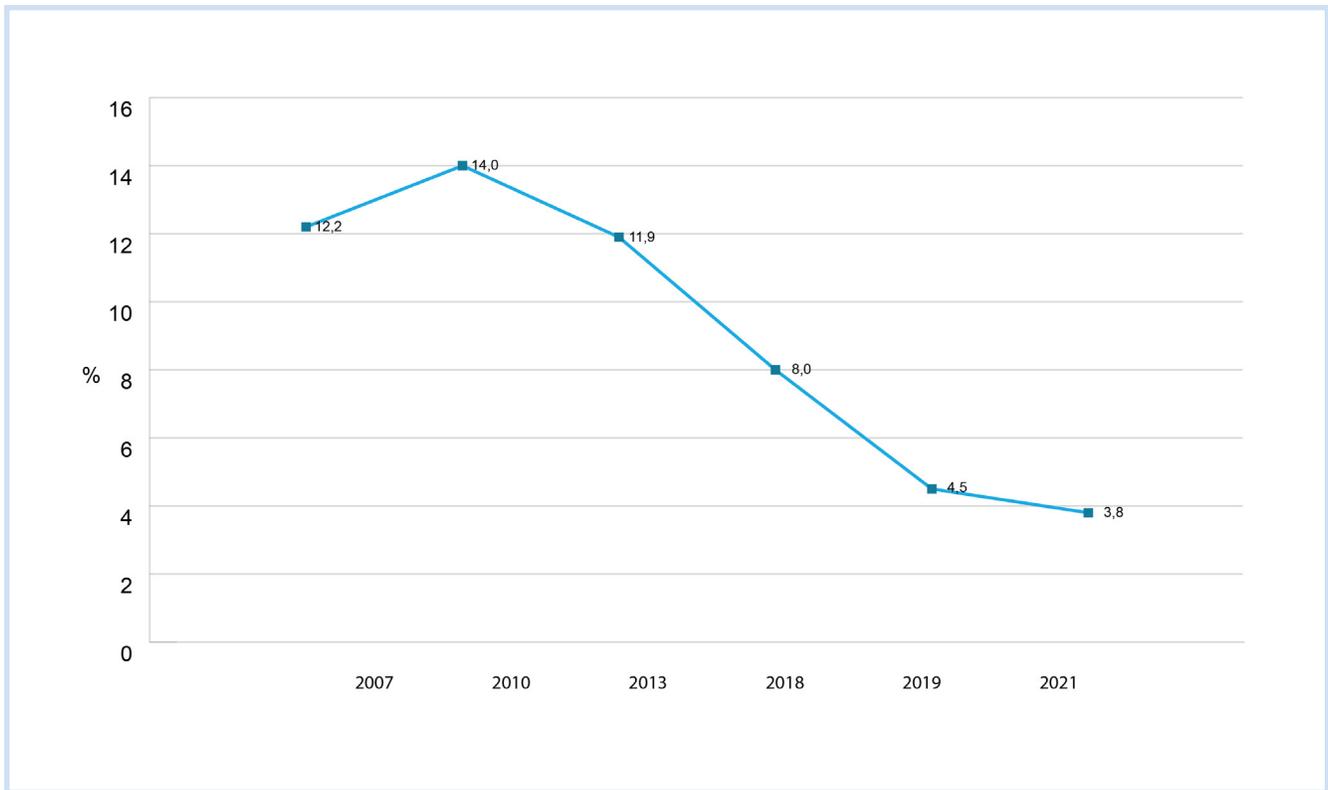
2.1 Besaran masalah: prevalensi dan tren kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia

Bukti yang ada menunjukkan bahwa kelebihan berat badan dan obesitas semakin menonjol sebagai tantangan gizi utama di Indonesia, di samping berbagai bentuk kekurangan gizi lain yang sudah berlangsung lama. Balita adalah satu-satunya kelompok yang tidak mencatat pertumbuhan kelebihan berat badan dalam beberapa tahun terakhir, di mana data Riskesdas menunjukkan bahwa antara 2007-2018 prevalensinya menurun rata-rata -3,8 persen per tahun. Ada juga beberapa bukti bahwa prevalensi untuk kelompok usia ini

mungkin telah menurun lebih lanjut dalam beberapa tahun terakhir, dengan hasil survei Studi Status Gizi Indonesia (SSGBI dan SSGI) menunjukkan bahwa pada 4,5 persen dan 3,8 persen anak balita masing-masing mengalami kelebihan berat badan di 2019 dan 2021 (Kementerian Kesehatan RI, 2019d, 2021b) (*lihat Gambar 1*). Namun, perlu dicatat bahwa sampel yang lebih kecil, strategi dan metodologi pengambilan sampel yang berbeda, dan keterbatasan dalam pengumpulan data (terutama selama pandemi COVID-19),

membuat harus berhati-hati dalam menafsirkan tren penurunan ini berdasarkan perbandingan data Riskesdas dengan informasi dari SSGBI dan SSGI. Banyaknya tantangan yang terkait dengan pengukuran kelebihan berat badan

dalam kelompok usia ini, misalnya, variasi harian dan musiman dalam tinggi dan berat badan serta keseluruhan perilaku dan kerja sama anak selama prosedur pengukuran (Himes, 2009; de Onis dan Branca, 2016) dan tren



Gambar 1. Prevalensi kelebihan berat badan pada balita Indonesia. Sumber: Riskesdas, 2007, 2010, 2013, 2018; SSGBI, 2019; SSGI, 2021.

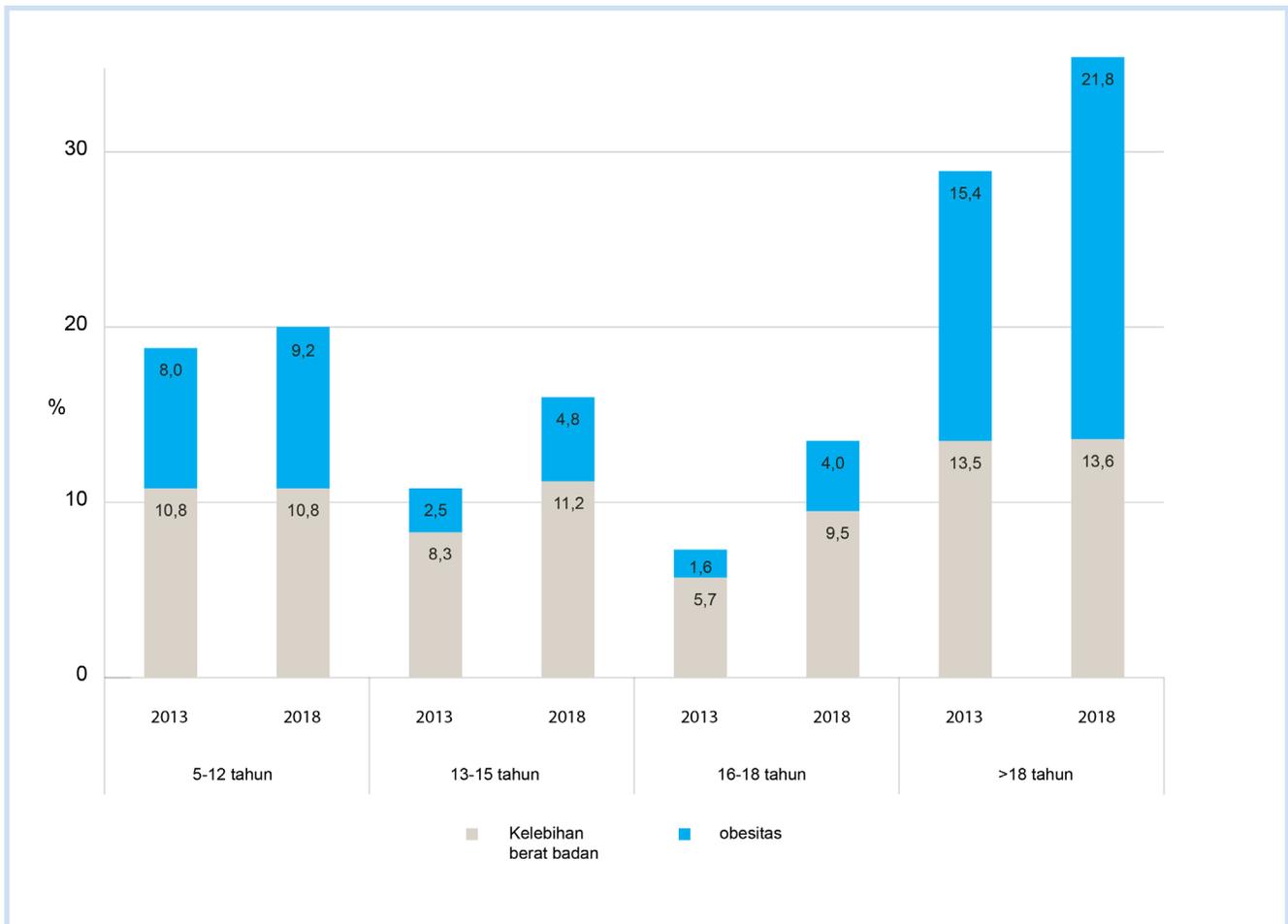
negatif yang diamati pada faktor risiko makanan (misalnya, peningkatan konsumsi minuman berpemanis gula), yang dibahas di Bagian 2.2, juga menunjukkan bahwa kelebihan berat badan masih menjadi tantangan di kalangan anak balita Indonesia.

Data yang tersedia juga menunjukkan semakin banyaknya tantangan berat seiring dengan

kelebihan berat badan dan obesitas di antara orang dewasa dan anak-anak di semua kelompok usia lainnya (*lihat Gambar 2*).

Antara tahun 2010-2018, terdapat pertumbuhan yang sangat cepat dalam prevalensi kelebihan berat badan (3,9 persen rata-rata tahunan) dan obesitas (rata-rata 8 persen tahunan) di antara orang dewasa usia di atas 18 tahun⁷. Pada tahun

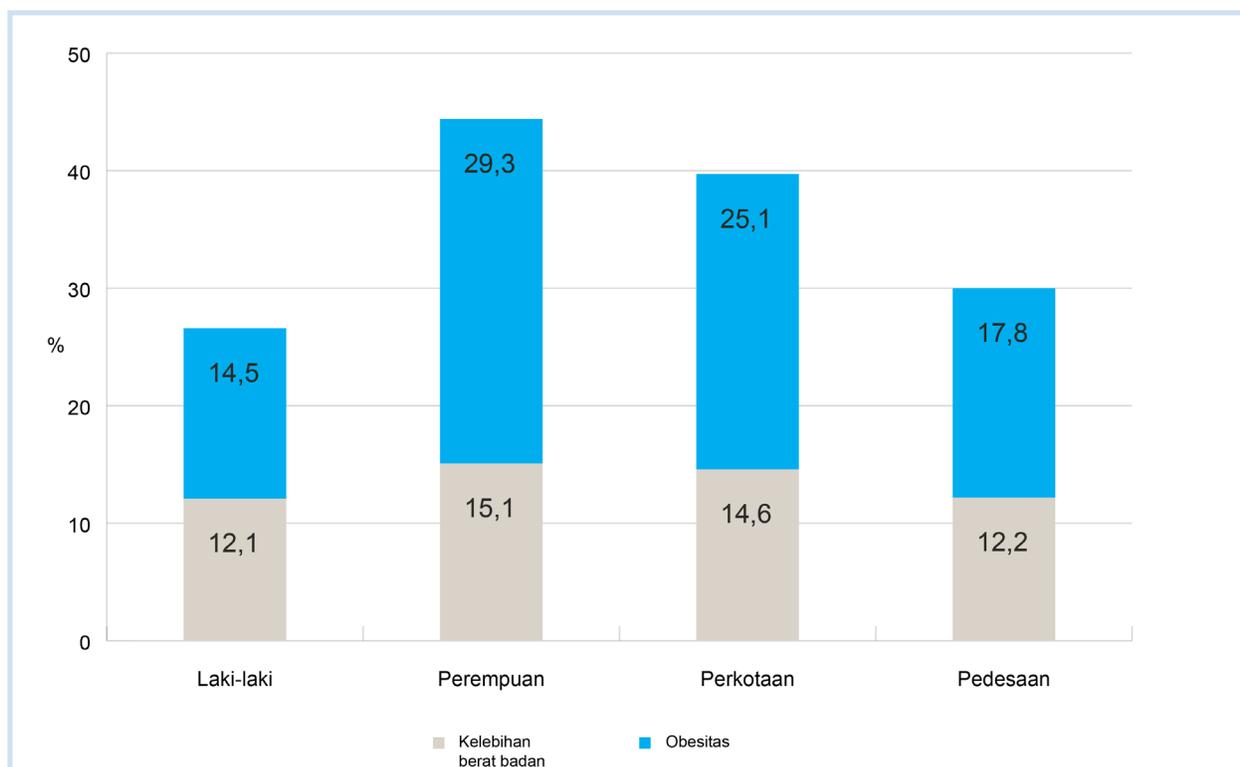
⁷ Kecuali ditentukan lain, angka-angka yang disajikan pada bagian ini diambil dari Riset Kesehatan Dasar (Kementerian Kesehatan - RI, 2010, 2013b, 2018). Penilaian kualitatif terhadap faktor risiko dan tren yang dianalisis mengacu pada perkiraan risiko (sangat tinggi, tinggi, sedang dan rendah) untuk obesitas pada anak dan, kecuali ditentukan lain, didasarkan pada kriteria penilaian yang diuraikan dalam pedoman analisis lanskap (UNICEF, 2020).



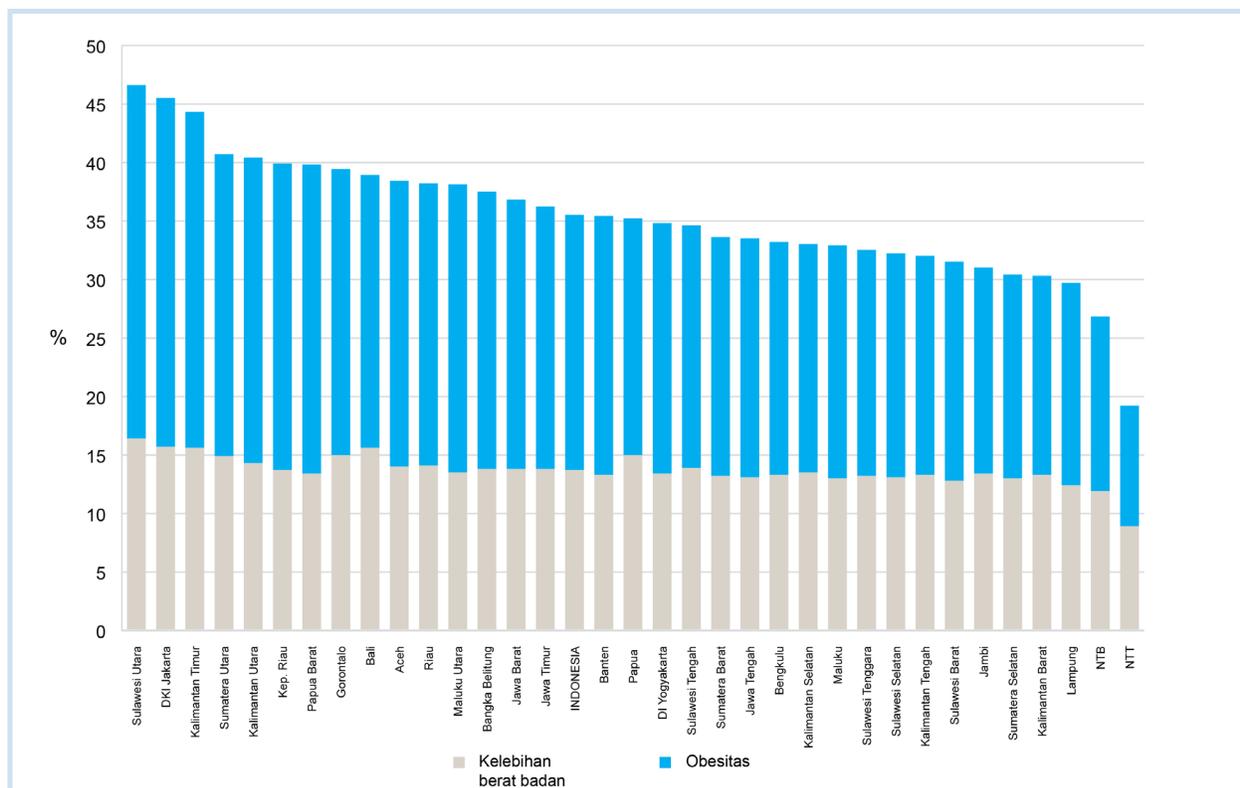
Gambar 2. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada anak-anak, remaja dan dewasa Indonesia. Sumber: Riskesdas, 2013, 2018

2018, prevalensi orang dewasa yang mengalami kelebihan berat badan (didefinisikan sebagai memiliki IMT ≥ 25 - < 27) sebesar 13,6 persen (diperingkat sebagai ‘tinggi’) dan obesitas (IMT ≥ 27) sebesar 21,8 persen (‘sangat tinggi’), menunjukkan bahwa 35,5 persen—atau satu dari tiga orang dewasa Indonesia—hidup dengan kelebihan berat badan atau obesitas. Kelebihan berat badan dan obesitas lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria (15,1 persen pada wanita, 12,1 persen pada pria; dan 29,3 persen pada wanita, 14,5 persen pada pria), dan di perkotaan dibandingkan dengan daerah

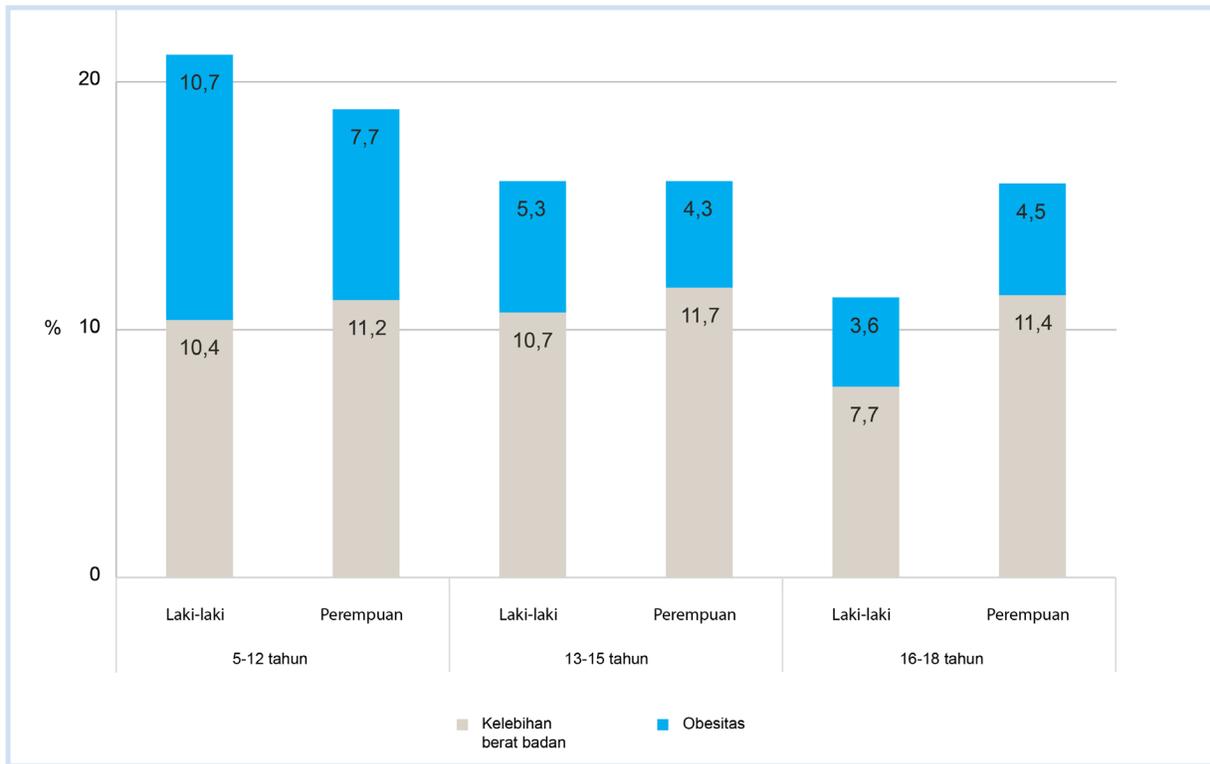
pedesaan (14,6 persen di perkotaan, 12,2 di pedesaan; dan 25,1 persen di perkotaan, 17,8 persen di pedesaan) *lihat Gambar 3*). Terdapat pula perbedaan mencolok antar daerah, di mana dilaporkan Sulawesi Utara mengalami prevalensi tertinggi, sedangkan Nusa Tenggara Timur mengalami prevalensi terendah (untuk kelebihan berat badan: 16,3 persen dan 8,8 persen; untuk obesitas, 30,2 persen dan 10,3 persen) (*lihat Gambar 4*). Prevalensi obesitas sentral (didefinisikan sebagai lingkaran pinggang > 90 cm untuk pria, dan > 80 cm untuk wanita) berdasarkan data Riskesdas



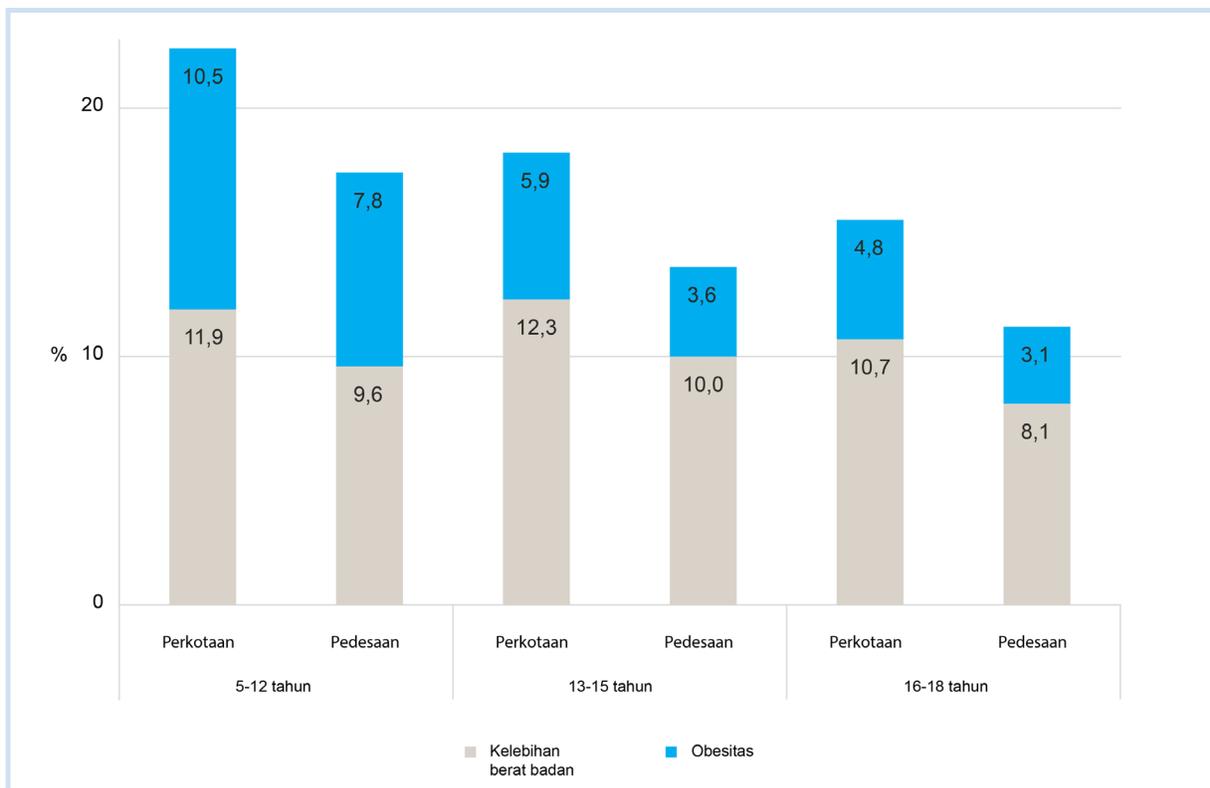
Gambar 3. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada orang dewasa Indonesia usia >18 tahun, menurut jenis kelamin dan wilayah tempat tinggal. Sumber: Riskesdas, 2018.



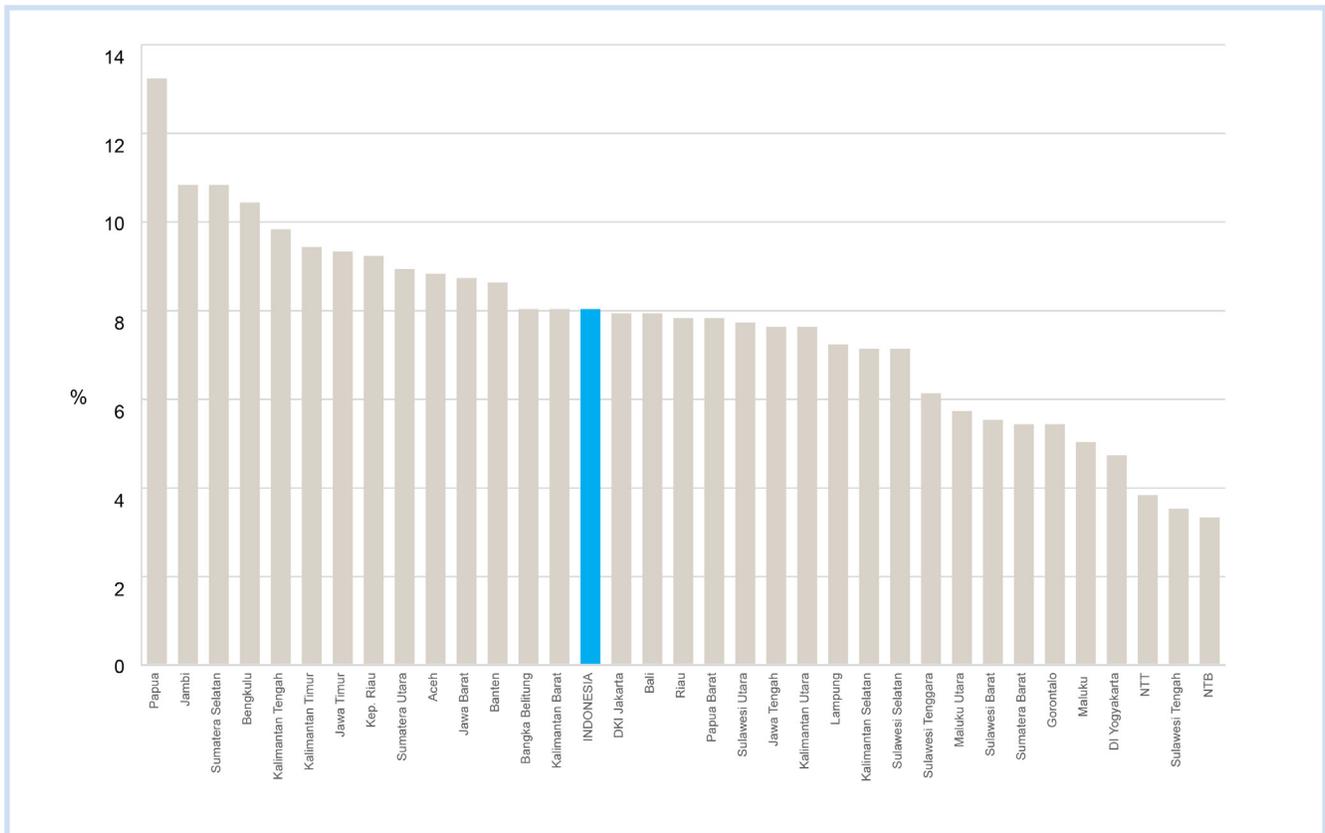
Gambar 4. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada penduduk dewasa Indonesia menurut provinsi. Sumber: Riskesdas 2018.



Gambar 5. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada anak dan remaja Indonesia tahun 2018 menurut jenis kelamin. Sumber: Riskesdas, 2018



Gambar 6. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada anak dan remaja Indonesia tahun 2018 menurut lokasi perkotaan dan pedesaan. Sumber: Riskesdas, 2018



Gambar 7. Prevalensi kelebihan berat badan pada balita menurut provinsi. Sumber: Riskesdas 2018.

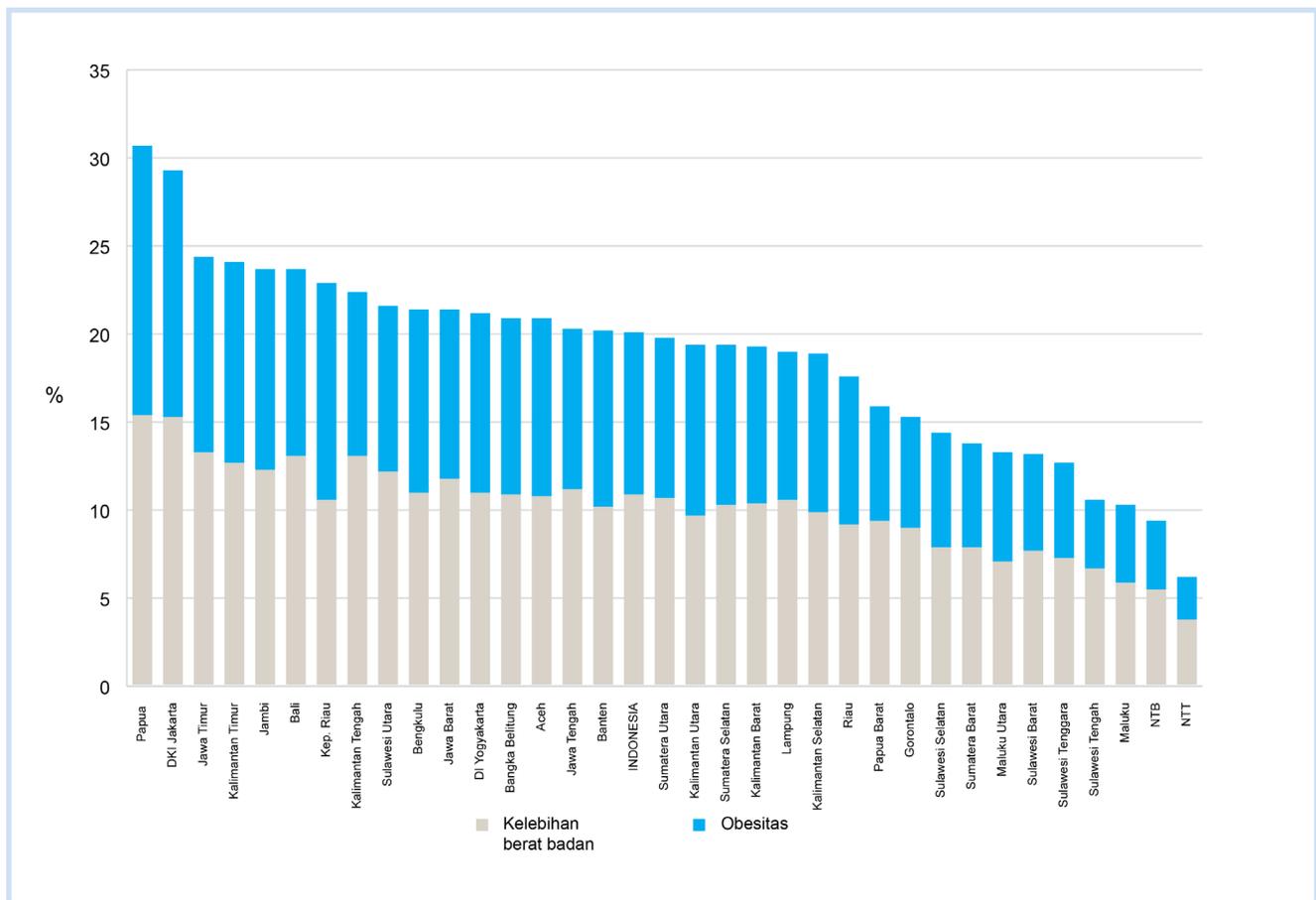
untuk orang Indonesia berusia 15 tahun ke atas juga tinggi, dengan rata-rata nasional sebesar 31 persen, di mana angka ini lebih tinggi pada wanita dibandingkan dengan pria (46,7 persen pada wanita, 15,7 persen pada pria) dan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan daerah pedesaan (35,1 persen pada wanita, 25,9 persen pada pria). Demikian pula dengan indikator obesitas lainnya yang disajikan, prevalensi obesitas sentral mengalami kesenjangan yang signifikan antar provinsi, yakni berkisar antara 19,3 persen hingga 42,5 persen masing-masing di Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Utara.

Antara tahun 2013-2018 juga terjadi pertumbuhan tahunan yang cepat pada prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada anak usia 5-12 tahun, dan pertumbuhan yang sangat cepat pada remaja berusia 13-18 tahun. Pada tahun 2018, prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada anak usia 5-12 tahun, remaja usia 13-15 tahun dan 16-18 tahun masing-masing sebesar 20 persen, 16 persen, dan 13,5 persen (*lihat Gambar 5*) menunjukkan bahwa sekitar satu dari lima anak usia sekolah dan satu dari tujuh remaja⁸ hidup dengan kelebihan berat badan atau obesitas.

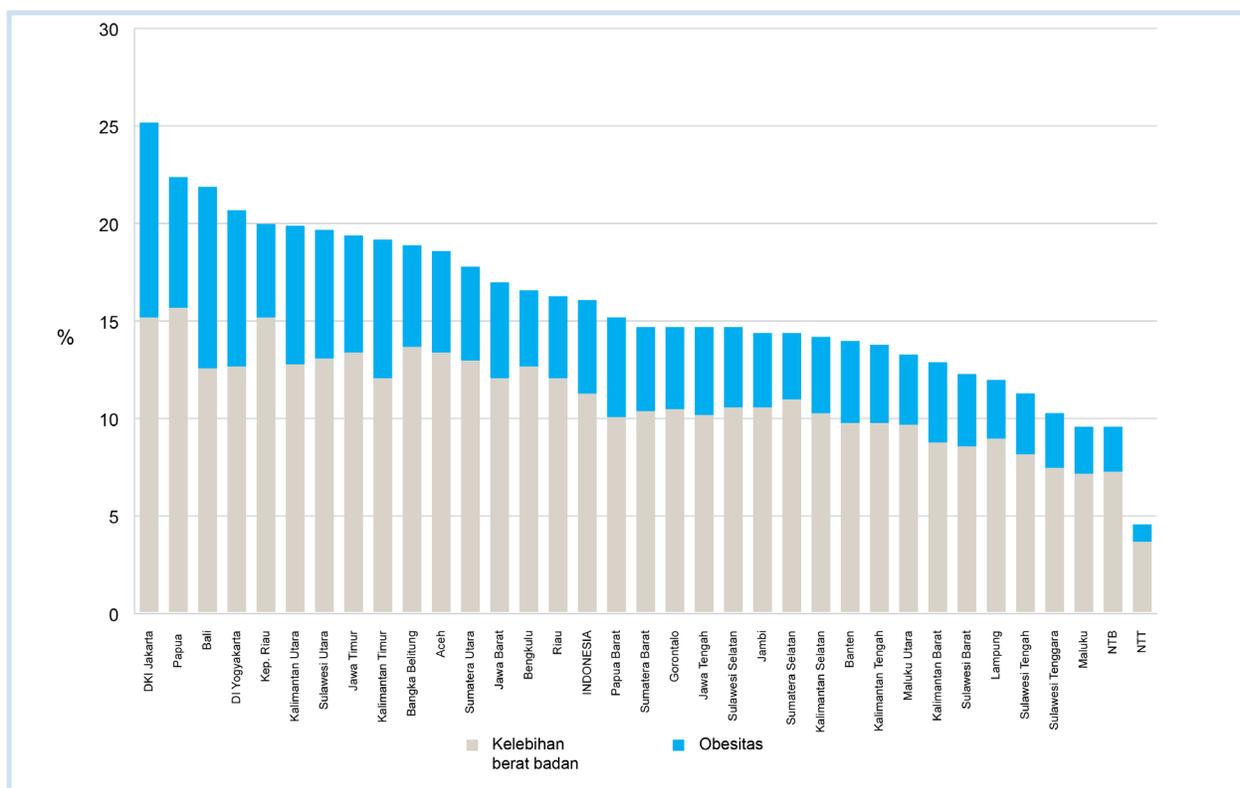
⁸ Seperti disebutkan sebelumnya, angka untuk remaja usia 13-18 tahun dihitung sebagai agregat prevalensi untuk dua kelompok usia terpisah yang tercantum dalam Riskesdas 2018, 13-15 tahun dan 16-18 tahun.

Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas serupa di seluruh jenis kelamin untuk semua kelompok umur, dengan perbedaan yang lebih mencolok pada kelebihan berat badan di antara remaja berusia 16-18 tahun (laki-laki: 7,7 persen; perempuan: 11,4 persen) dan obesitas pada anak usia sekolah (laki-laki: 10,7 persen, perempuan: 7,7 persen) (Gambar 5). Terdapat pula beberapa variasi sederhana tergantung pada tempat tinggal perkotaan dan pedesaan, dengan prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas lebih tinggi di daerah perkotaan daripada pedesaan untuk semua kelompok umur (*lihat Gambar 6*).

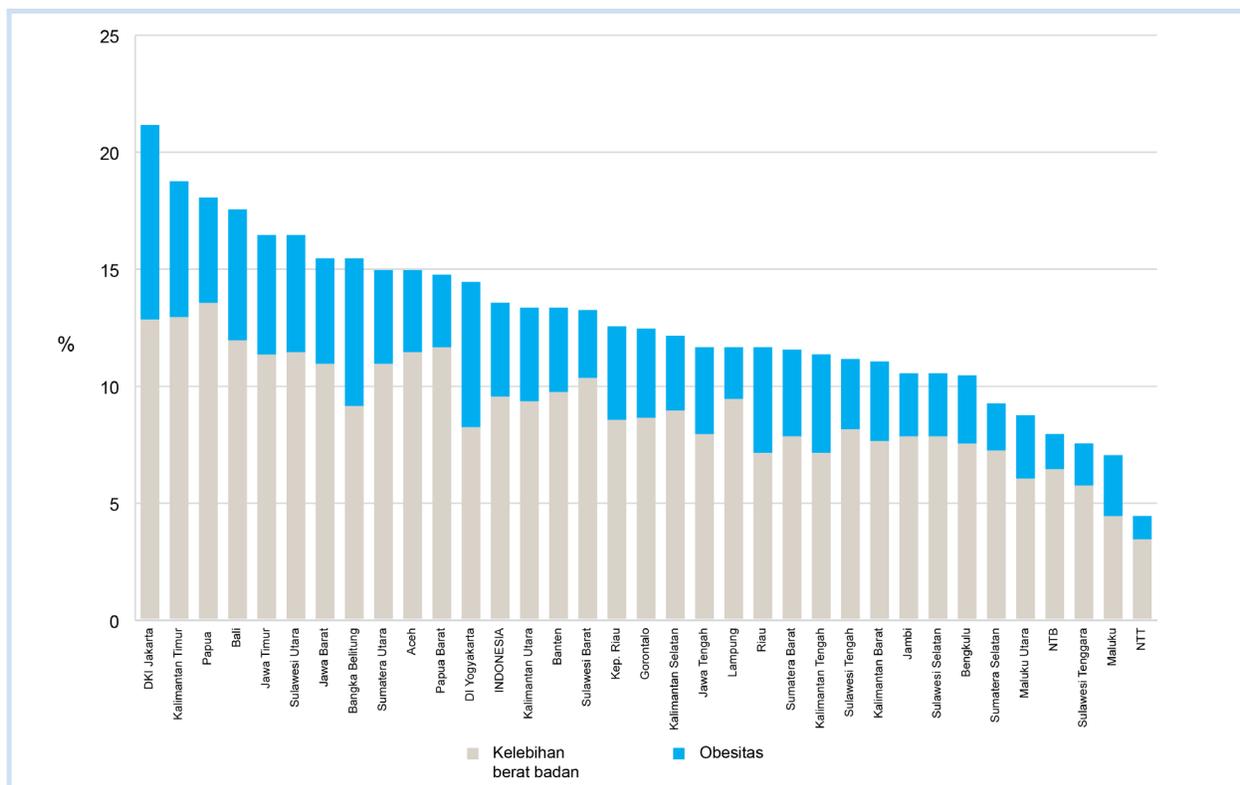
Sebaliknya, terdapat perbedaan yang lebih substansial dalam prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas di seluruh provinsi untuk semua kelompok umur. Prevalensi kelebihan berat badan berkisar antara 13,2 persen (Papua) hingga 3,3 persen (Nusa Tenggara Barat) untuk balita (*lihat Gambar 7*), 15,3 persen (Papua) hingga 3,7 persen (Nusa Tenggara Timur) untuk anak usia 5-12 tahun, 15,6 persen (Papua) hingga 3,6 persen (Nusa Tenggara Timur) untuk remaja usia 13-15 tahun, dan 13,5 persen (Papua) hingga 3,4 persen (Nusa Tenggara Timur) untuk remaja usia 16-18 tahun. Prevalensi



Gambar 8. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada anak usia 5-12 tahun menurut provinsi. Sumber: Riskesdas, 2018.



Gambar 9. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada remaja usia 13-15 tahun menurut provinsi. Sumber: Riskesdas 2018.



Gambar 10. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada remaja usia 16-18 tahun menurut provinsi. Sumber: Riskesdas 2018.

obesitas juga sangat bervariasi menurut geografi, mulai dari 15,3 persen (Papua) hingga 2,4 persen (Nusa Tenggara Timur) untuk anak usia 5-12 tahun, 10 persen (DKI Jakarta) hingga 0,9 persen (Nusa Tenggara Timur) untuk remaja usia 13-15 tahun, dan 8,3 persen (DKI Jakarta) hingga 1 persen (Nusa Tenggara Timur) untuk remaja usia 16-18 tahun. Jika melihat angka gabungan untuk kelebihan berat badan dan obesitas, Papua memiliki prevalensi tertinggi

untuk anak-anak usia 5-12 persen, dan DKI Jakarta untuk remaja berusia 13-15 tahun dan 16-18 tahun (*lihat Gambar 8-10*).

Tantangan yang semakin meningkat akibat prevalensi kelebihan berat badan di berbagai kelompok umur mencerminkan keteringgalan Indonesia dalam memenuhi beberapa target gizi global (*lihat Tabel 1*). Pada tahun 2013, negara-negara anggota *World Health*

Tabel 1. Kemajuan Indonesia dalam memenuhi target internasional terkait kelebihan berat badan dan obesitas pada anak.

Target	Deskripsi	Penilaian	Sumber
Tidak ada peningkatan prevalensi obesitas dewasa antara tahun 2010-2025	Kemungkinan memenuhi target obesitas WHO 2025 untuk orang dewasa (≥ 20 tahun).	Kemungkinan sangat kecil (0 persen)	(<i>World Obesity Federation, 2020</i>)
Tidak ada peningkatan kelebihan berat badan pada masa kanak-kanak (balita)	Penilaian kemajuan dalam mengurangi kelebihan berat badan pada anak-anak <5 tahun dan dalam memenuhi target WHA untuk tidak mengalami peningkatan kelebihan berat badan pada anak pada tahun 2025 pada kelompok usia ini. Istilah di dalam jalur (<i>on-track</i>) dan di luar jalur (<i>off-track</i>) menunjukkan tingkat pengurangan rata-rata tahunan masing-masing sebesar $\geq -1,5$ persen dan $< -1,5$ persen	Di luar jalur (<i>off-track</i>)	(<i>Global Nutrition Report, 2021b, 2021a</i>)
Tidak ada peningkatan prevalensi obesitas pada anak pada tahun 2025	Kemungkinan memenuhi target obesitas WHA 2025 untuk anak usia <5 tahun dan target sukarela WHO untuk anak dan remaja usia 5-19 tahun	Kemungkinan kecil (21 persen)	(<i>World Obesity Federation, 2019</i>)
Risiko obesitas secara nasional	Skor risiko gabungan berdasarkan prevalensi dan tren obesitas, kemungkinan memenuhi target 2025, indikator perawatan dan tingkat <i>stunting</i> pada anak	Tinggi (7.5/10)	(<i>World Obesity Federation, 2020</i>)
Risiko obesitas pada anak-anak	Perkiraan skor risiko yang menilai apakah negara kemungkinan akan memiliki masalah yang signifikan dalam hal kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak selama tahun 2020-an, berdasarkan prevalensi dan tren yang ada serta faktor risiko prenatal dan perinatal	Tinggi (7/11)	(<i>World Obesity Federation, 2019</i>)

Kotak 1. Tantangan data gizi dan kesehatan di Indonesia.

Informasi gizi di Indonesia tersedia dari beberapa survei dan sistem pendataan. Sumber data utama adalah Survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), yakni sebuah studi yang merepresentasikan situasi nasional yang dilakukan secara teratur setiap lima tahun terhadap 300.000 rumah tangga yang berada di seluruh kabupaten/kota di seluruh Indonesia (*World Bank Group, 2018*) yang memberikan perkiraan nasional dan perincian berdasarkan geografi dan karakteristik populasi kunci (seperti, jenis kelamin, lokasi perkotaan/pedesaan, pendidikan). Data Riskesdas umumnya dianggap reliabel. Mengingat data Riskesdas berisi informasi tentang kelebihan berat badan dan obesitas di seluruh kelompok umur sebagai bagian dari data antropometrik yang dikumpulkan serta beberapa faktor risiko lain untuk kondisi ini, data ini digunakan sebagai sumber data utama dalam penilaian yang disajikan dalam laporan ini. Meskipun begitu, perlu diingat bahwa kualitas data Riskesdas sangat beragam di berbagai provinsi di Indonesia—khususnya untuk data dari provinsi di daerah Timur (seperti NTB dan NTT, Maluku dan Papua) terkadang kurang reliabel karena kendala keuangan dan waktu serta tantangan yang terkait dengan pelatihan staf lokal (*World Bank Group, 2018*). Demikian pula, meskipun data longitudinal berkualitas tinggi dapat diperoleh dari Indonesian Family Life Survey (IFLS)—suatu studi multiguna yang dilakukan sejak 1993 dan mewakili 83 persen penduduk Indonesia—studi ini hanya mencakup 13 provinsi dan tidak dapat memberikan informasi untuk sebagian besar Indonesia Timur (*RAND Corporation, 2020*).

Sumber informasi reguler lainnya meliputi Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilakukan setiap tiga tahun, dan survei sosial ekonomi nasional (Susenas), yang dilakukan dua kali setahun. Selain survei-survei ini, banyak inisiatif dan sistem pengumpulan data lainnya yang diterapkan di Indonesia yang dapat menyediakan aliran informasi reguler tentang layanan gizi, termasuk Pemantauan Status Gizi (PSG) tahunan dan sistem surveilans kesehatan rutin. Namun, tidak satu pun dari sumber data ini memberikan laporan lengkap tentang tren dan faktor risiko kelebihan berat badan dan obesitas di negara ini. Selain itu, masih terdapat tantangan utama dalam hal kapasitas untuk menganalisis dan menggunakan data dalam jumlah besar, terutama di tingkat daerah, yang pada akhirnya berdampak negatif terhadap kualitas dan validitas pelaporan dan penilaian serta kurangnya integrasi di seluruh sistem yang beragam ini, dengan data tentang kelompok populasi yang berbeda-beda dikumpulkan secara terpisah dan pada periode waktu yang berbeda-beda (*UNICEF, 2018; World Bank Group, 2018*). Dalam hal ini, keterbatasan utama dari sudut pandang penilaian faktor risiko kelebihan berat badan dan obesitas (serta bentuk masalah gizi lainnya) adalah kurangnya, misalnya, data rutin tentang ketahanan pangan, keragaman konsumsi pangan dan konsumsi makanan (termasuk makanan tinggi gula, garam, dan lemak (GGL)), yang umumnya hanya tersedia dari survei satu kali (*UNICEF, 2018*).

Untuk analisis yang lebih komprehensif tentang masalah data gizi di Indonesia, silakan lihat *UNICEF (2018)*.

Assembly (WHA) menetapkan tujuan untuk menghindari peningkatan prevalensi obesitas pada orang dewasa antara tahun 2010 dan 2025, sebagai bagian dari serangkaian target sukarela yang lebih luas untuk mengurangi kejadian PTM. Menurut *World Obesity Federation*, Indonesia merupakan salah satu negara dengan peningkatan prevalensi obesitas paling cepat dalam beberapa dekade terakhir, dan sangat kecil kemungkinan mampu memenuhi target global tersebut (*World Obesity, 2020*). Berdasarkan informasi dan penilaian pada *Global Nutrition Report* terbaru (2021a), Indonesia di luar jalur (*off-track*) dalam memenuhi target tidak mengalami peningkatan kelebihan berat badan pada balita—salah satu dari enam target untuk meningkatkan gizi ibu, bayi dan anak yang ditetapkan pada tahun 2012 oleh *World Health Assembly* (WHO, 2014a). Indonesia juga kecil kemungkinan mampu memenuhi target sukarela pencegahan dan pengendalian PTM terkait dengan tidak mengalami peningkatan obesitas pada anak usia sekolah dan remaja berusia 5-19 tahun

pada tahun 2025 (*World Obesity Federation, 2019*) dan sangat kecil kemungkinan mampu memenuhi target tersebut untuk orang dewasa berusia ≥ 20 tahun (*World Obesity, 2020*). Indonesia tergolong memiliki risiko obesitas yang tinggi baik secara keseluruhan maupun khusus untuk anak-anak (*World Obesity, 2020*), yakni berada pada peringkat ke-4 secara global dalam hal jumlah absolut tertinggi anak-anak usia sekolah dan remaja yang diprediksi mengalami obesitas pada tahun 2030 (*World Obesity Federation, 2019; World Obesity, 2020*).

Meskipun masih banyak tantangan dalam hal kualitas dan ketersediaan data gizi di Indonesia (lihat Kotak 1 untuk melihat bahasan singkat), bukti yang ada menjadi sorotan atas masalah kelebihan berat badan, obesitas dan PTM terkait yang terus berkembang dan semakin parah, dan menyerukan tindakan segera dan transformatif untuk mengatasi kondisi ini. Bagian selanjutnya akan membahas faktor risiko utama pada kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia untuk seluruh kelompok umur.

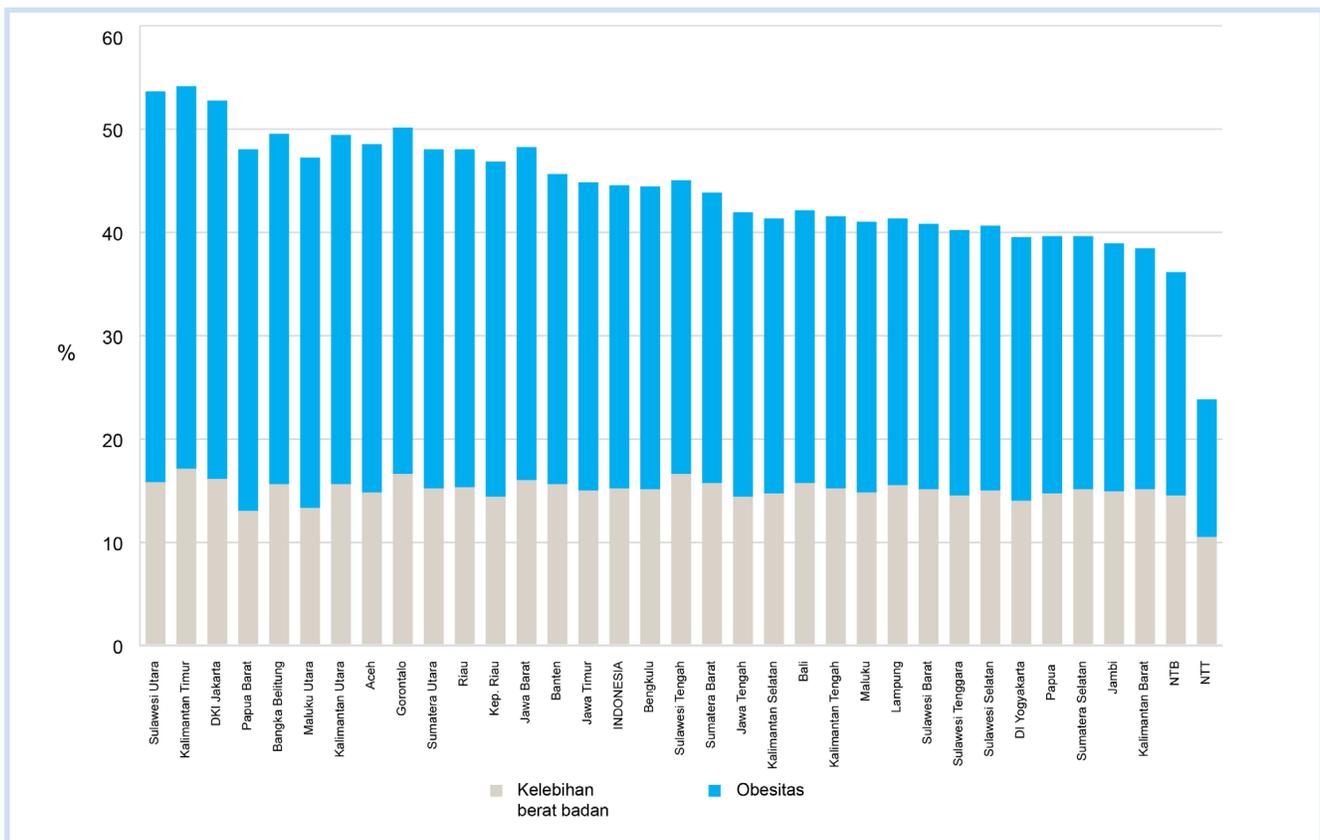
2.2 Faktor risiko dan determinan kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia

Langkah kedua dari analisis lanskap berfokus pada mempelajari prevalensi saat ini dan tren faktor risiko kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia. Analisis pertama menilai faktor

risiko pada tingkat individu, termasuk faktor biologis dan perilaku, atau “gaya hidup”. Selain itu, sebagai pengakuan atas bukti yang semakin banyak yang menunjukkan bahwa faktor

pendorong kelebihan berat badan dan obesitas dari sisi individu dan perilaku sangat dipengaruhi oleh faktor pendorong lingkungan, analisis ini melihat faktor risiko yang terkait dengan sesuatu yang disebut sebagai lingkungan pangan “obesogenik” yang mendorong asupan energi tinggi dan perilaku sedentari, dengan

meningkatkan ketersediaan, aksesibilitas dan keinginan untuk mengonsumsi makanan tidak sehat dan dengan membatasi kesempatan untuk melakukan aktivitas fisik (Swinburn, Egger dan Raza, 1999; Swinburn *et al.*, 2011).



Gambar 11. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada wanita dewasa (>18 tahun).
Sumber: Riskesdas 2018.

2.2.1 Faktor risiko prenatal dan perinatal

Faktor risiko pertama yang dianalisis mencakup serangkaian kondisi prenatal dan perinatal— yaitu kelebihan berat badan dan kekurangan berat badan, kenaikan berat badan, diabetes

dan merokok pada ibu, serta berat badan rendah dan berat badan tinggi saat lahir. Faktor-faktor ini terkait dengan peningkatan risiko kenaikan berat badan yang cepat pada anak-anak sehingga meningkatkan risiko kelebihan berat badan dan obesitas di kemudian hari (Wells *et al.*, 2020). Meskipun tidak tersedia data prevalensi

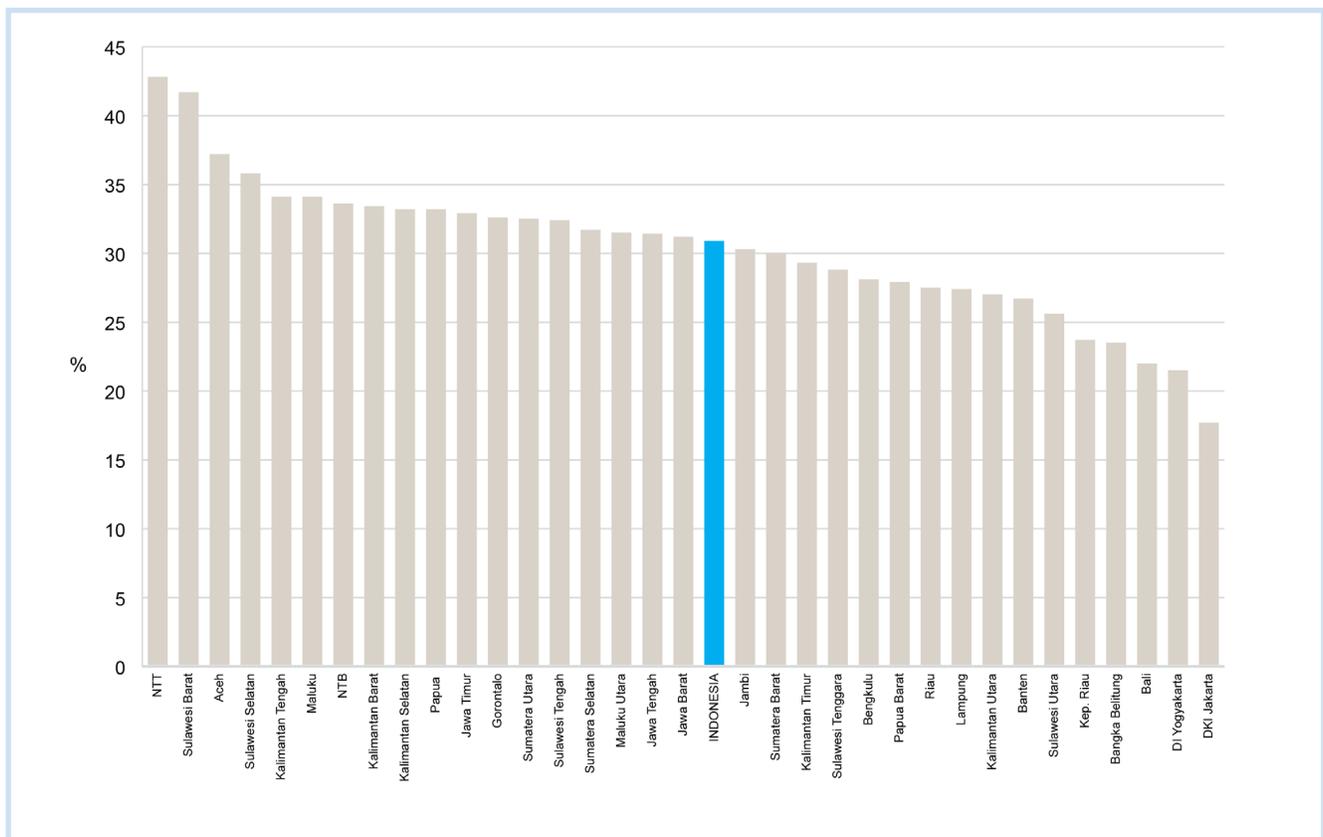
nasional untuk kelebihan berat badan dan obesitas di kalangan wanita usia subur (15-49 tahun), prevalensi pada semua wanita dewasa (berusia >18) tersebut besar. Data menunjukkan rata-rata di seluruh Indonesia sebesar 15,1 persen untuk kelebihan berat badan dan 29,3 persen untuk obesitas dan menunjukkan tingkat pertumbuhan tahunan yang sangat cepat (6,5 persen untuk gabungan kelebihan berat badan dan obesitas) antara 2010-2018. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas pada wanita dewasa secara keseluruhan lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan di daerah pedesaan (kelebihan berat badan dan obesitas masing-masing sebesar 15,6 dan 32,4 persen di perkotaan dibandingkan 14,4 dan 25,5 persen di pedesaan). Terdapat pula variasi yang cukup besar antar provinsi, dengan tingkat prevalensi berkisar antara 37,8 persen di Sulawesi Utara hingga 13,3 persen di Nusa Tenggara Timur (*lihat Gambar 11*).

Faktor risiko prenatal dan perinatal lainnya yang dinilai adalah kekurangan gizi pada ibu (didefinisikan sebagai IMT <18,5) dan berat badan lahir rendah (BBLR) (didefinisikan sebagai <2,5 kg). Tingkat prevalensi kekurangan gizi pada ibu dan BBLR di level nasional masing-masing sebesar 7,8 persen dan 6,2 persen, mencerminkan risiko menengah untuk kelebihan berat badan pada masa kanak-kanak. Tingkat merokok di kalangan wanita (1,9 persen) dan berat badan lahir tinggi (≥ 4 kg) (3,7 persen) menunjukkan ancaman yang rendah. Tidak ada data nasional mengenai prevalensi diabetes gestasional yang reliabel. Purnamasari *et al.*

(2013) memperkirakan angkanya berkisar antara 1,9-3,6 persen berdasarkan data rumah sakit; namun, tahun atau periode waktu referensi tidak diketahui, dan kemungkinan angka tersebut menunjukkan perkiraan yang terlalu rendah dan sudah terlalu lampau (Amarra *et al.*, 2021). Tidak ada data nasional tentang kenaikan berat badan selama kehamilan. Namun, terdapat beberapa bukti dari studi individual, seperti yang baru-baru ini dilakukan pada ibu hamil di Sumatera Barat. Studi ini menemukan bahwa sekitar seperlima (19,7 persen) dari sampel (N=529) mengalami kenaikan berat badan di atas tingkat yang direkomendasikan saat menggunakan batas IMT Asia, dengan proporsi kenaikan berat badan berlebih yang sangat tinggi di antara wanita yang sebelumnya sudah mengalami kelebihan berat badan (24,4 persen, N=115) atau obesitas (34,5 persen, N=29) (Soltani *et al.*, 2017).

2.2.2 Faktor risiko pada balita

Serangkaian faktor risiko berikutnya yang dianalisis berhubungan dengan faktor risiko khusus untuk balita. Salah satu yang menonjol di antaranya adalah prevalensi *stunting* yang sangat tinggi, yang mana berhubungan dengan peningkatan risiko kelebihan berat badan dan obesitas selama masa kanak-kanak dan kehidupan selanjutnya (Sawaya dan Roberts, 2003). Meskipun terdapat langkah-langkah positif menuju penurunan *stunting* pada anak dalam beberapa dekade terakhir, dengan tingkat tahunan -1,6 persen antara 2007-2018, perkiraan Riskesdas terbaru menunjukkan bahwa pada



Gambar 12. Prevalensi stunting pada balita. Sumber: Riskesdas 2018.

tahun 2018, 30,8 persen balita di Indonesia— atau hampir satu dari tiga— mengalami *stunting*. Tingkat *stunting* lebih tinggi di antara anak laki-laki (31,7 persen) daripada anak perempuan (29,7 persen), dan di pedesaan (34,9 persen) dibandingkan dengan perkotaan (27,3 persen). Terdapat pula variasi substansial di seluruh provinsi, dengan tingkat *stunting* berkisar antara 42,7 persen di Nusa Tenggara Timur hingga 17,6 persen di DKI Jakarta⁹ (*lihat Gambar 12*). Perkiraan yang lebih baru dari SSGBI dan SSGI menunjukkan penurunan lebih lanjut dalam prevalensi *stunting* (masing-masing menjadi 27,7 persen dan 24,4 persen pada 2019 dan 2021).

Namun, perkiraan ini memiliki keterbatasan seperti yang telah dibahas sebelumnya dan tetap menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* pada balita masih sangat besar. Selain itu, Indonesia juga menempati peringkat keempat secara global untuk prevalensi *wasting* pada balita (UNICEF, 2020b). Pada tahun 2018, *wasting* mempengaruhi 10,2 persen anak-anak dalam kelompok usia ini, dengan proporsi yang lebih tinggi di antara anak laki-laki (11,1 persen) daripada anak perempuan (9,2 persen), dan di pedesaan (10,7 persen) daripada di perkotaan (9,8 persen). Serupa dengan *stunting*, perkiraan SSGBI dan SSGI menunjukkan penurunan

⁹ Angka yang dilaporkan adalah jumlah data yang tersedia dalam Riskesdas 2018 untuk anak-anak yang sangat pendek dan yang pendek, yang didefinisikan sebagai tinggi badan menurut umur di atas tiga dan dua standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO.



prevalensi *wasting* di antara balita pada tahun 2019 dan 2021, masing-masing menjadi 7,4 persen dan 7,1 persen.

Indikator selanjutnya yang dinilai berkaitan dengan praktik menyusui. Inisiasi menyusui dini (dalam satu jam setelah kelahiran), menyusui eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, dan melanjutkan menyusui setelah periode ini merupakan praktik terbaik yang dikaitkan dengan berbagai manfaat kesehatan positif bagi bayi. Praktik-praktik ini mengurangi tingkat kematian (mortalitas) dan kesakitan (morbiditas) secara keseluruhan, meningkatkan perkembangan kognitif, dan juga mencegah

kelebihan berat badan dan obesitas serta PTM di kemudian hari (WHO, 2014b; Yan *et al.*, 2014). Risiko yang terkait dengan praktik menyusui dinilai menengah untuk inisiasi menyusui dini tepat saat bayi baru lahir (58,2 persen) dan rendah untuk menyusui eksklusif dan menyusui lanjutan, dengan 64,5 persen bayi berusia 0-5 bulan yang diberi ASI eksklusif menurut Riskesdas 2018, dan 77 persen bayi sampai usia 12 bulan yang diberi ASI serta makanan pendamping ASI menurut data SDKI 2017 (BPS, BKKBN, Kemenkes, 2018). Perkiraan terbaru dari survei SSGI menunjukkan adanya penurunan, baik pada inisiasi menyusui dini (48,6 persen) dan menyusui eksklusif (52,5



© UNICEF/2020/Fauzan Ijazah

persen) dibandingkan tahun 2018 (Kementerian Kesehatan - RI, 2021b). Data nasional tentang konsumsi produk pengganti ASI (PASI) dan makanan pendamping ASI komersial per kapita juga tidak tersedia. Informasi dari SDKI 2017 menunjukkan bahwa 37 persen anak di bawah 2 tahun dalam sampel (N= 6.610) diberi susu botol (BPS, BKKBN, Kemenkes, 2018), sedangkan data dari Studi Diet Total tahun 2014 menunjukkan bahwa pada balita yang disurvei dalam penelitian ini (N= 6.093), 24,1 persen mengonsumsi susu formula dan 7,5 persen mengonsumsi susu bubuk (Kementerian Kesehatan - RI, 2014a).

Beberapa data survei nasional tentang konsumsi makanan justru tersedia untuk kelompok usia tertentu. Menurut Riskesdas 2018, kurang dari setengah (46,6 persen) anak usia 6-23 bulan memenuhi keragaman konsumsi pangan minimum, yang berarti mereka mengonsumsi makanan dari setidaknya empat dari tujuh kategori pangan: 1) sereal dan umbi-umbian; 2) kacang-kacangan dan biji-bijian; 3) produk susu (susu, yoghurt, keju); 4) makanan daging (daging, ikan, unggas, hati, atau organ lainnya); 5) telur; 6) buah dan sayuran yang kaya vitamin A; dan 7) buah-buahan dan sayuran lainnya. Di antara anak-anak berusia 3-4 tahun, konsumsi minuman berpemanis gula (termasuk jus buah dalam kemasan) sangat tinggi, dengan 71,4

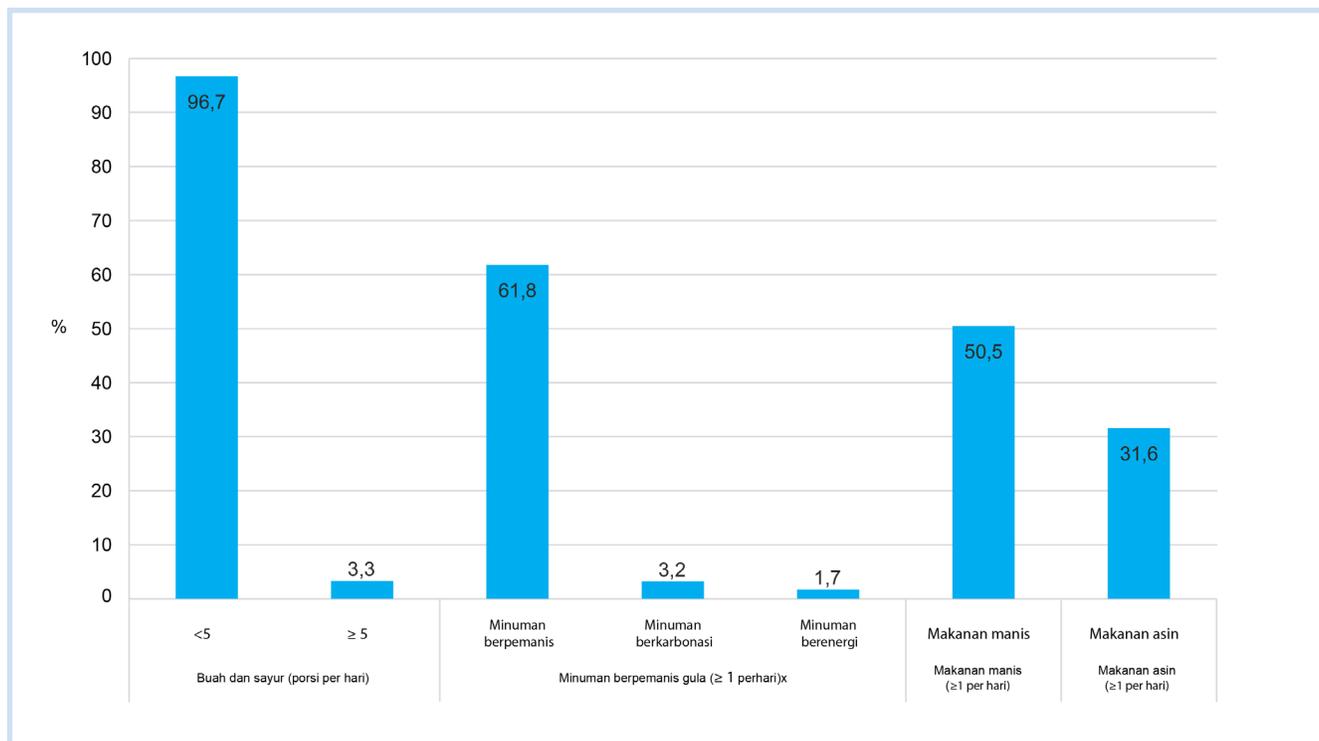
persen mengonsumsi minuman berpemanis gula satu atau lebih per hari, paling umum adalah minuman dengan gula tambahan (68,6 persen) dibandingkan minuman berkarbonasi atau minuman ringan (1,8 persen) dan minuman berenergi (1,0 persen). Konsumsi makanan manis juga tinggi, di mana 59,6 persen anak mengonsumsinya sekali atau lebih per hari. Data dari Survei Konsumsi Makanan Individu 2014 (Kementerian Kesehatan - RI, 2014a) menunjukkan bahwa sekitar setengah (48,4 persen) balita yang disurvei mengonsumsi sayuran, dan 24,5 persen mengonsumsi buah-buahan, sementara 64 persen mengonsumsi gula dan produk manis seperti permen dan cokelat, 35,5 persen mengonsumsi minuman instan dan kemasan. Bukti dari studi individual ini sejalan dengan informasi dari survei nasional. Misalnya, studi pada sampel ibu dari anak usia 6-35 bulan di Bandung (N= 495), Green *et al.* (2019) menunjukkan bahwa 81,6 persen

anak-anak mengonsumsi satu makanan ringan komersial sehari sebelum wawancara dan 40 persen mengonsumsi minuman berpemanis gula, sementara 60 persen anak-anak berusia 24-35 bulan mengonsumsi makanan ringan tiga kali atau lebih per hari.

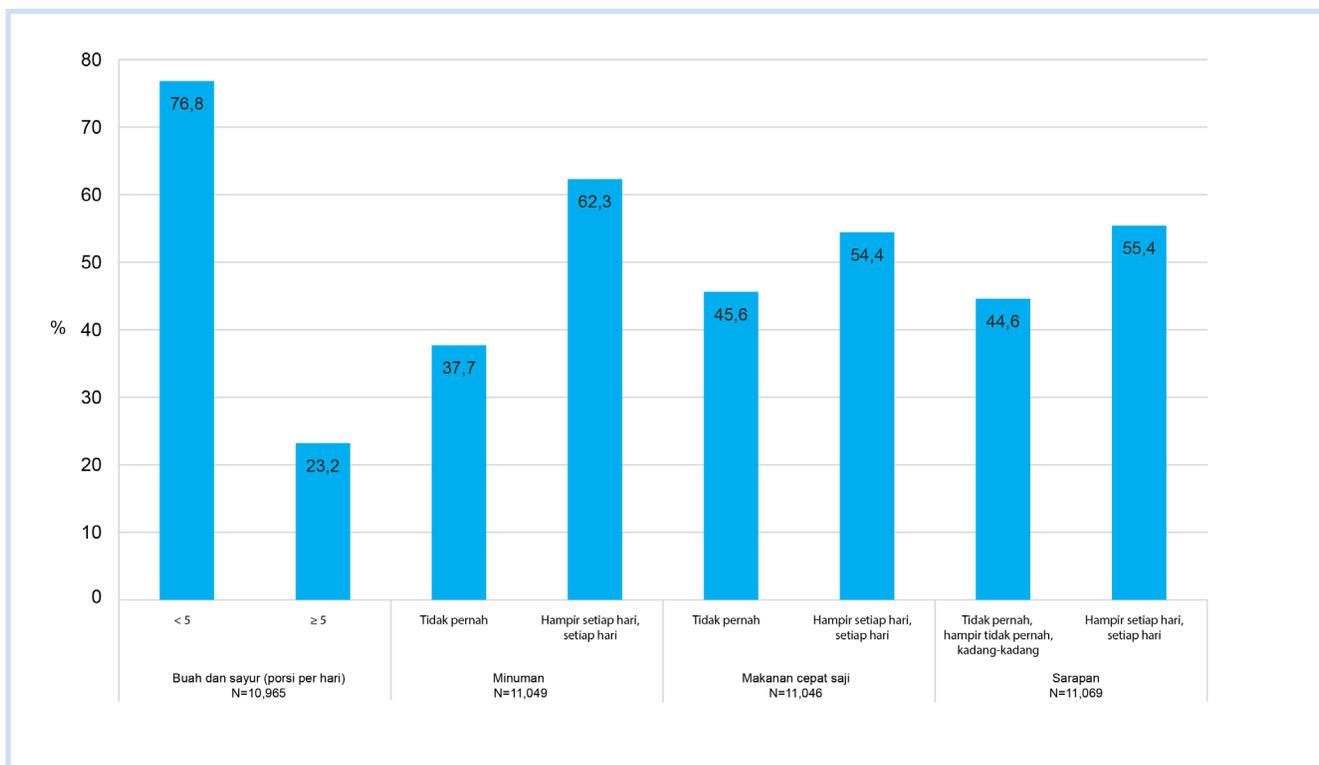
2.2.3 Faktor risiko pada anak, remaja, dan orang dewasa

Analisis ini kemudian melihat faktor risiko pada anak dan remaja dalam kelompok usia 5-19 tahun. Analisis ini mencakup berbagai faktor risiko perilaku atau “gaya hidup” yang terkait dengan pola makan dan aktivitas fisik, banyak di antaranya menunjukkan tren yang mengkhawatirkan. Ketersediaan data tentang konsumsi makanan dan pola makan, termasuk untuk makanan tinggi gula, garam dan lemak (GGL) dan makanan ultra proses





Gambar 13. Konsumsi buah dan sayur, minuman berpemanis gula, makanan manis, dan makanan asin pada anak dan remaja usia 5-19 tahun. Sumber: Riskesdas, 2018.



Gambar 14. Kebiasaan konsumsi buah dan sayur, minuman ringan, makanan cepat saji dan sarapan pada anak usia 11-19 tahun. Sumber: GSHS, 2015.

(UPF), yang berasal dari survei reguler dan sebanding yang merepresentasikan situasi nasional secara keseluruhan masih terbatas, dan ketersediaan dan kategorisasi yang tidak konsisten untuk berbagai makanan dan kelompok usia di berbagai gelombang survei nasional membatasi kemungkinan untuk menilai tren longitudinal secara tepat. Namun demikian, informasi yang tersedia menunjukkan tren yang mengkhawatirkan. Menurut data Riskesdas 2018, dua pertiga (66,7 persen) anak-anak dan remaja dalam kelompok usia ini mengonsumsi minuman berpemanis gula, kebanyakan adalah minuman dengan gula tambahan (61,8 persen) dibandingkan dengan minuman berkarbonasi atau minuman ringan (3,2 persen) dan minuman berenergi (1,7 persen) dan sekitar setengah dan

sepertiga anak dan remaja masing-masingnya mengonsumsi permen (50,5 persen) dan makanan ringan asin (31,6 persen) sekali atau lebih per hari, sementara sebagian besar (96,7 persen) kurang mendapatkan asupan buah dan sayuran (kurang dari yang direkomendasikan sebesar lima porsi per hari) (*lihat Gambar 13*). Data lebih lanjut tersedia dari Survei Konsumsi Makanan Individu 2014 (Kementerian Kesehatan - RI, 2014a) menunjukkan bahwa 67,3 persen anak usia 5-12 tahun (N= 14.871) dan 77 persen remaja usia 13-18 tahun (N=17.228) mengonsumsi sayuran, 28,4 persen dan 28,1 persen masing-masing mengonsumsi buah-buahan, 75,5 persen dan 66,8 persen masing-masing mengonsumsi gula dan makanan manis, dan 66,7 persen dan 66,5 persen mengonsumsi



© UNICEF/2020/Fauzan Ijazah

minuman instan dan minuman kemasan.

Data konsumsi lebih lanjut tersedia dari Survei Global Kesehatan Pelajar Berbasis Sekolah atau *Global School-based Student Health Survey* (WHO, 2015), sebuah studi yang menganalisis sampel sekitar 11.000 anak-anak dan remaja berusia 11-19 tahun, juga menunjukkan tren yang mengkhawatirkan (Gambar 14). Lebih dari tiga perempat (76,8 persen) anak-anak dan remaja tidak mengonsumsi buah dan sayuran dalam jumlah yang cukup berdasarkan asupan harian yang direkomendasikan, yaitu lima porsi per hari. Lebih lanjut, dua pertiga (62,3 persen) dari mereka mengonsumsi minuman ringan setiap hari atau hampir setiap hari dan lebih dari setengahnya (54,4 persen) mengonsumsi

makanan cepat saji sekali atau lebih per minggu. Selain itu, 44,6 persen anak-anak dan remaja melaporkan bahwa mereka hanya kadang-kadang, hampir tidak pernah atau tidak pernah sama sekali sarapan, yang mana kebiasaan ini secara positif dikaitkan dengan peningkatan risiko kelebihan berat badan dan kondisi kardio-metabolik, termasuk pada anak-anak (Ma *et al.*, 2020; Shang *et al.*, 2020; WHO, 2021b).

Bukti dari penelitian yang berfokus pada sampel yang lebih kecil dan pada lokasi tertentu juga menunjukkan pola makan yang tidak sehat yang lazim di kalangan anak-anak dan remaja dalam rentang usia ini. Sebagai contoh, sebuah studi kualitatif yang dilakukan pada tahun 2017 di Jawa Tengah (Kabupaten Klaten) dan Nusa





© UNICEF/2021/Arimacs Wilander

Tenggara Barat (Kabupaten Lombok Barat) terhadap 2.160 remaja perempuan dan laki-laki menemukan bahwa 33,9 persen dan 68,9 persen sampel masing-masing mengonsumsi minuman berpemanis gula dan jajanan tidak sehat setidaknya satu kali sehari, sementara sekitar setengahnya tidak mengonsumsi buah dan sayuran (46,9 persen) atau tidak mengonsumsi makanan yang beragam (52,4 persen mengonsumsi kurang dari 5 kelompok makanan) setiap hari (Maehara *et al.*, 2019).

Meskipun tidak spesifik untuk anak-anak, data Neraca Bahan Makanan (FBS) Organisasi Pangan dan Pertanian/*Food and Agriculture Organization* (FAO) juga menyoroti tingkat pertumbuhan tahunan yang sangat cepat dalam

konsumsi gula nasional (4,7 persen) dan minyak nabati (3,4 persen), dan penurunan cepat dalam konsumsi makanan utuh yang lebih sehat seperti sayuran akar (-8,8 persen) dan kacang-kacangan (-8,6 persen) antara tahun 2014-2018. Dikarenakan data FBS hanya menunjukkan perubahan pasokan bahan makanan dari waktu ke waktu di tingkat nasional, sehingga meskipun dapat digunakan untuk mendapatkan pengertian umum tentang tren untuk makanan dan komoditas tertentu, data tersebut tidak dapat langsung ditafsirkan setara dengan tingkat konsumsi.

Selain menyoroti beberapa kekurangan pada indikator terkait pola makan, analisis tersebut juga menggarisbawahi jumlah anak dan remaja



yang mendapat skor rendah dalam hal tingkat aktivitas fisik. Menurut data Riskesdas 2018, 57,3 persen anak-anak berusia 10-19 tahun melakukan aktivitas fisik sedang hingga berat kurang dari 150 menit per minggu (atau 30 menit per hari selama lima hari), yang merupakan jumlah minimum yang disarankan untuk orang dewasa. Data GSHS, yang didasarkan pada jumlah minimum yang lebih tinggi yang direkomendasikan untuk anak-anak selama 60 menit per hari dengan aktivitas sedang hingga berat menyoroti sebagian besar anak-anak berusia 11-19 tahun dalam sampel (87,9 persen) gagal memenuhi rekomendasi tersebut. Demikian pula, data UNICEF tentang kesehatan remaja yang tersedia untuk Indonesia menunjukkan bahwa pada tahun 2016, 85

persen dan 87 persen remaja laki-laki dan perempuan yang bersekolah tidak memiliki tingkat aktivitas fisik yang memadai (UNICEF, 2022). Bukti yang tersedia pada skala lokal juga menunjukkan hal yang serupa. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada tahun 2017 pada 2144 remaja di Kabupaten Klaten dan Lombok Barat, Niswah, Rah dan Roshita (2021) menemukan bahwa hanya sekitar sepertiga remaja perempuan (35 persen) dan remaja laki-laki (37 persen) dalam sampel yang memenuhi rekomendasi WHO untuk melakukan setidaknya 60 menit aktivitas fisik intensitas sedang hingga tinggi setiap hari.

Tidak ada data nasional yang reliabel tentang tren aktivitas fisik di antara anak-anak dari

waktu ke waktu karena kurangnya informasi terpilah dalam survei nasional sebelumnya. Data agregat dari Riskesdas untuk individu berusia ≥ 10 tahun menunjukkan penurunan cepat dalam tingkat aktivitas fisik sebesar -2,1 persen per tahun antara tahun 2013-2018 (dari 73,9 persen menjadi 66,5 persen). Demikian pula, data GSHS menunjukkan penurunan aktivitas fisik yang cepat di antara anak-anak berusia 11-19 tahun, berdasarkan anak-anak yang melaporkan aktivitas setidaknya 60 menit per hari selama tujuh hari, dengan penurunan tahunan rata-rata -3,4 persen (dari 15,9 persen menjadi 12,1 persen per tahun) antara tahun 2007-2015. Sejalan dengan temuan ini, data GSHS juga menunjukkan tingkat penggunaan transportasi aktif yang sangat rendah dalam kehidupan sehari-hari, di mana 39,8 persen

anak-anak dan remaja yang disurvei berjalan kaki atau bersepeda ke sekolah setidaknya sekali seminggu. Perilaku sedentari yang dilaporkan (yaitu, waktu yang dihabiskan untuk melakukan aktivitas sedentari seperti menonton TV, bermain *game* komputer, mengerjakan pekerjaan rumah, dll.) ternyata masuk kategori baik, dengan hanya 26,6 persen anak-anak dalam sampel yang melaporkan terlibat dalam aktivitas tersebut lebih lama dari ambang batas yang direkomendasikan atau terlibat dalam aktivitas sedentari lebih dari dua jam per hari. Tidak ada data yang tersedia tentang waktu bermain aktif, waktu yang dihabiskan di luar ruangan, dan waktu aktivitas fisik dengan keluarga dan teman sebaya. Demikian pula, tidak ada data yang tersedia tentang pola tidur di antara anak-anak yang dapat membantu



© UNICEF/2021/Arimacs Wilander

mengidentifikasi tren kurang tidur secara rutin, faktor risiko yang diakui sebagai penyebab kelebihan berat badan dan obesitas (Landhuis *et al.*, 2008; Patel dan Hu, 2008).

Data yang tersedia untuk faktor risiko di antara orang dewasa (berusia 20 tahun ke atas) menunjukkan tren mengkhawatirkan yang serupa. Berkenaan dengan faktor risiko pola makan, menurut data Riskesdas 2018, 64,3 persen orang dewasa dalam kelompok usia ini mengonsumsi minuman berpemanis gula sekali atau lebih per hari, paling sering yaitu minuman dengan gula tambahan (60,7 persen) dibandingkan dengan minuman berkarbonasi (1,9 persen) dan minuman berenergi (1,7 persen), lebih dari sepertiga (34,9 persen) mengonsumsi

makanan manis dan lebih dari seperempat (28,8 persen) mengonsumsi makanan asin sekali sehari atau lebih per hari. Lebih lanjut, berdasarkan data Riskesdas 2018, hanya 5,1 persen orang dewasa berusia 20 tahun ke atas yang mengonsumsi lima porsi buah dan sayuran setiap hari sesuai rekomendasi. Analisis berdasarkan data IFLS juga mengonfirmasi tren ini, yang mana menunjukkan risiko tinggi PTM (termasuk karena konsumsi UPF) (Oddo *et al.*, 2019; Oddo, Maehara dan Rah, 2019) dan pergeseran signifikan menuju peningkatan konsumsi makanan yang terkait dengan peningkatan risiko PTM baik di daerah perkotaan maupun pedesaan (Colozza dan Avendano, 2019). Data Riskesdas juga menunjukkan bahwa 27,3 persen orang dewasa memiliki tingkat





© UNICEF/2019/Fauzan Ijazah

aktivitas fisik yang tidak memadai (kurang dari 150 menit per minggu atau 30 menit per hari untuk aktivitas fisik sedang hingga berat). Studi berdasarkan area data IFLS juga sejalan dengan temuan ini, menunjukkan penurunan keseluruhan aktivitas fisik di antara orang dewasa antara tahun 2007-2014 dan proporsi rendah orang dewasa yang melaporkan keterlibatan dalam aktivitas fisik berat pada 2015, terutama wanita (10,7 persen) dibandingkan dengan pria (38 persen), meskipun lebih dari setengah sampel dilaporkan terlibat dalam aktivitas fisik sedang (Oddo, Maehara dan Rah, 2019).

2.2.4 Faktor risiko lingkungan: lingkungan pangan “obesogenik” di Indonesia

Serangkaian faktor risiko terakhir yang dinilai adalah yang terkait dengan lingkungan pangan “obesogenik” di mana orang dewasa dan anak-anak terpapar olehnya setiap hari, yaitu berbagai faktor di lingkungan mereka sehari-hari, termasuk misalnya lingkungan masyarakat setempat, sekolah, dan rumah tangga, yang membuat lebih mudah atau lebih sulit untuk mengonsumsi pangan yang sehat dan mempertahankan gaya hidup aktif, dan pada akhirnya menimbulkan potensi dampak besar terhadap kesehatan dan kesejahteraan



mereka. Lingkungan pangan “obesogenik” yang memungkinkan pola makan yang tidak sehat dan membatasi kemungkinan aktivitas fisik semakin lazim terjadi dalam beberapa dekade terakhir di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC). Hal ini berasal dari berbagai faktor, termasuk perubahan kebijakan perdagangan dan peningkatan penetrasi perusahaan makanan dan minuman multinasional, yang menghasilkan peningkatan drastis dalam ketersediaan, keterjangkauan, dan pemasaran makanan tinggi GGL ke semua segmen populasi (Hawkes, 2006; Rayner *et al.*, 2007; Popkin, Corvalan dan Grummer-Strawn, 2020). Meningkatnya urbanisasi dan pergeseran sosial-ekonomi yang menyertainya juga memainkan peran utama. Umumnya di

daerah perkotaan, makanan dan minuman yang tidak sehat awalnya tersedia untuk konsumsi massal, melalui ekspansi awal pengecer modern seperti pasar swalayan dan toko serba ada, dan di LMIC, di kota-kota, dan khususnya pusat kota yang lebih besar, peluang untuk mobilitas aktif seringkali terbatas karena pertumbuhan yang tidak diatur dan infrastruktur yang kurang memadai (Popkin, 1999; Popkin, Corvalan dan Grummer-Strawn, 2020). Ada beberapa bukti bahwa di Indonesia, seperti di banyak negara lain, urbanisasi dan pemukiman perkotaan ternyata terkait dengan pola makan dan dampak kesehatan dan gizi yang lebih buruk, meskipun dalam beberapa dekade terakhir perubahan pola makan juga meningkat di daerah pedesaan, diiringi dengan kelebihan berat badan dan

obesitas (Colozza dan Avendano, 2019; Oddo, Maehara dan Rah, 2019).

Faktor risiko pola makan terkait lingkungan pangan “obesogenik” yang dianalisis di antaranya adalah pertumbuhan gerai makanan cepat saji dan ritel makanan modern, seperti pasar swalayan, minimarket, dan toko serba ada, yang terkadang dikaitkan dengan peningkatan risiko konsumsi makanan dan minuman yang tidak sehat pada penduduk setempat (Pingali, 2006; Baker dan Friel, 2014, 2016). Di seluruh Indonesia, terdapat pertumbuhan gerai makanan cepat saji yang sangat cepat selama beberapa dekade terakhir. Jumlah toko yang dimiliki oleh jaringan gerai makanan cepat saji terkemuka seperti McDonald’s, KFC dan Burger

King meningkat drastis di Indonesia sejak tahun pertama pendiriannya, yakni dengan tingkat pertumbuhan tahunan sebesar 19,6 persen (antara 1991-2020), 17 persen (1979-2021) dan 44,6 persen (2007-2021) (Burger King Indonesia, 2021; KFC Indonesia, 2021c, 2021a; McDonald’s Indonesia, 2021c). Jumlah ritel makanan modern juga meningkat drastis selama beberapa dekade terakhir, dengan tingkat pertumbuhan tahunan rata-rata sebesar 14,1 persen antara tahun 2005-2017 (dalam angka absolut, 5.743 hingga 36.541), disertai dengan pertumbuhan penjualan sebesar 8,6 persen dari gerai ini pada periode yang sama (*Euromonitor International*, 2020).

Faktor kedua yang dianalisis terkait dengan lingkungan pangan sekolah, khususnya



© UNICEF/2019/Arimacs Wilander



ketersediaan pangan sehat di sekolah. Tidak ada data yang tersedia di skala nasional tentang kualitas makanan yang ditawarkan melalui pangan di lingkungan sekolah, misalnya dalam hal apakah dan seberapa sering pangan di lingkungan sekolah sejalan dengan rekomendasi dalam pedoman diet berbasis makanan (FBDG) nasional. Ini merupakan kesenjangan yang patut dicatat mengingat pangan yang tersedia di lingkungan sekolah dapat menjadi bagian yang signifikan dari asupan makanan harian dan keragaman pangan untuk anak-anak dalam rentang usia ini, sehingga menjadif faktor utama yang mempengaruhi kesehatan gizi mereka, serta bahwa pangan ini bisa merepresentasikan satu-satunya sumber pangan bergizi harian, terutama untuk anak perempuan dan anak-anak

dalam kelompok sosial ekonomi yang paling kurang beruntung (UNICEF dan WFP, 2020; UNICEF, 2021). Namun demikian, terdapat beberapa bukti dari studi kualitatif pada skala lokal. Rachmadewi *et al.* (2021) menilai ketersediaan makanan sehat di 18 kantin sekolah di Kabupaten Klaten dan Lombok Barat, membandingkannya dengan tolak ukur terhadap dua kantin sekolah sehat di Jakarta dan Klaten. Temuan mereka menunjukkan bahwa meskipun kantin sekolah menyajikan pangan lengkap, jajanan, dan minuman dengan harga terjangkau, makanan sehat umumnya tidak tersedia secara luas. Demikian pula, sayuran yang disajikan sebagai bagian dari pangan lengkap memiliki jumlah dan tingkat keragaman yang rendah di semua lokasi, dan ketersediaan

buah-buahan juga rendah, kecuali di Lombok Barat. Selain itu, jajanan yang dijual di semua sekolah sebagian besar terdiri dari gorengan dan produk kemasan yang tinggi gula, garam, lemak jenuh, dan bahan tambahan makanan. Air putih dijual di banyak sekolah yang disurvei, tetapi minuman yang paling umum dijual adalah es teh manis dan minuman manis, kecuali dua sekolah perbandingan yang melarang produk tersebut. Demikian pula, studi kualitatif yang dilakukan pada tahun 2016 oleh *Reality Check Approach* dan UNICEF Indonesia di Kabupaten Klaten dan Lombok Barat menemukan tingginya ketersediaan makanan dan minuman tidak sehat di sekolah, seperti teh dan kopi yang sangat banyak mengandung gula tambahan (*Reality Check Approach plus* dan UNICEF Indonesia, 2016).

Faktor lingkungan yang dianalisis lebih lanjut adalah akses ke air minum yang aman, karena ketersediaan sumber air minum (SAM) yang aman dan terjangkau dapat membantu penerapan kebiasaan hidup sehat dengan memungkinkan konsumsi air yang lebih sering dan menjadi alternatif yang lebih sehat pengganti minuman berpemanis gula. Hasil penelitian terbaru yang melihat kualitas air minum yang tersedia untuk rumah tangga Indonesia yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) pada 18.020 rumah tangga pada tahun 2020 menunjukkan bahwa hanya 11,9 persen rumah tangga (8,3 di pedesaan dan 15,1 persen di perkotaan) memiliki akses ke air minum yang aman, yang didefinisikan sebagai rumah

tangga yang memiliki (SAM) layak yang terletak di tempat mereka, tersedia saat dibutuhkan, dan bebas dari kontaminasi sesuai definisi Program Pemantauan Bersama WHO/UNICEF (Kementerian Kesehatan - RI, 2020a). Data tentang akses ke layanan air minum dasar di sekolah juga menyoroti kesenjangan yang signifikan. Menurut Profil Sanitasi Sekolah 2020 (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan - RI, 2020) satu dari lima (19,5 persen) sekolah, atau 82.575 sekolah di Indonesia, tidak memiliki akses ke air minum dasar, yang berarti bahwa 10 juta anak Indonesia tidak memiliki akses ke layanan air minum yang layak di sekolah mereka. Akses ke fasilitas air minum dasar umumnya lebih terbatas di satuan pendidikan dasar di pedesaan (75 persen) dibandingkan dengan sekolah di perkotaan (80 persen). Situasi ini secara keseluruhan serupa dengan yang terjadi di madrasah. Menurut Profil Sanitasi Madrasah 2020 (Kementerian Agama - RI, 2020), 69,9 persen madrasah di semua jenjang pendidikan memiliki akses ke air minum dasar.

Tidak ditemukan data yang merepresentasikan situasi nasional tentang paparan anak-anak terhadap iklan makanan dan minuman (F&B) yang tidak sehat. Namun, terdapat beberapa bukti dari studi individual tentang paparan yang tinggi terhadap anak-anak Indonesia. Misalnya, sebuah studi komparatif di beberapa negara Asia-Pasifik menyoroti di Indonesia seorang anak yang menonton TV dapat terpapar iklan F&B yang tidak sehat hingga setiap empat menit sekali, yang merupakan tingkat frekuensi tertinggi di antara negara-negara yang dicakup

dalam penelitian ini, di mana produk yang paling sering diiklankan adalah minuman berpemanis gula, produk susu tinggi dan rendah lemak, dan susu formula (Kelly *et al.*, 2016). Hal lain yang sama mengkhawatirkannya adalah hasil penelitian lain yang melihat iklan F&B di tempat-tempat yang sering dikunjungi oleh anak-anak dan remaja yang dilakukan di Surabaya (merekpresentasikan wilayah perkotaan) dan Banyuwangi (merekpresentasikan wilayah pedesaan) (Puspikawati *et al.*, 2021). Studi tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar iklan F&B di luar ruangan di kedua wilayah adalah produk-produk yang tidak sehat (rata-rata 81,1 persen, dengan 74,5 persen di perkotaan dan 87,7 persen di pedesaan), dan angka ini terus meningkat seiring dengan meningkatnya kedekatan dengan tempat keramaian yang sering dikunjungi oleh anak-anak dan remaja, seperti pusat rekreasi, fasilitas pendidikan dan keagamaan. Tidak ada informasi substantif yang ditemukan terkait frekuensi dan sejauh mana perusahaan F&B mensponsori kegiatan di sekolah atau di tempat lain yang sering dikunjungi oleh anak-anak, meskipun berdasarkan bukti yang terbatas dari studi kasus tertentu, kemungkinan hal ini adalah praktik yang umum. Praktik ini misalnya, program “Nestlé Healthy Kids” yang disponsori oleh Nestlé Indonesia bekerja sama dengan Perhimpunan Ahli Gizi Indonesia pada tahun 2010-2014, dan berfokus pada penyediaan informasi tentang gizi dan aktivitas fisik di kalangan anak-anak sekolah dasar (Nestlé Indonesia, 2022); dan ST22 *Youth Empowerment Partner*, sebuah organisasi yang berfokus pada penggalangan dana untuk

acara kepemudaan yang mendapatkan donor dari sejumlah perusahaan F&B (ST22 *Youth Empowerment*, 2022).

Faktor risiko lingkungan pangan “obesogenik” terakhir yang dinilai terkait dengan faktor-faktor yang dapat mendorong atau menghambat tingkat aktivitas fisik yang sehat di kalangan anak-anak dan pada populasi yang lebih luas. Seperti dibahas sebelumnya, sebagian besar orang Indonesia di semua kelompok usia tidak memenuhi rekomendasi harian minimum untuk aktivitas fisik, dan perilaku sedentari tingkat individu, beserta faktor lingkungan yang berperan dalam hal ini. Meskipun kurangnya data yang merepresentasikan situasi nasional tentang faktor-faktor risiko ini, bukti dari studi skala kecil individual dapat membantu dalam memahami tingkat dukungan saat ini terhadap gaya hidup aktif di Indonesia. Dalam hal perilaku sedentari, faktor-faktor pertama yang dianalisis berkaitan dengan waktu yang dihabiskan untuk melihat layar elektronik (*screen time*) di kalangan anak-anak. Tidak ada data skala nasional mengenai *screen time* anak-anak di rumah yang ditemukan, yang merupakan faktor yang terkait dengan gaya hidup sedentari dan peningkatan risiko kelebihan berat badan dan obesitas. Sebuah studi dari Jakarta menyoroti bagaimana 70 persen anak-anak dalam sampel yang dianalisis (N=589) memiliki TV atau layar lain di kamar tidur mereka (Hendriyani *et al.*, 2012), meskipun kemungkinan besar akan terdapat variasi yang substansial dalam indikator ini di berbagai wilayah dan kelompok populasi dan bahwa, sejak saat temuan ini, penggunaan

layar akan meningkat secara substansial juga karena meningkatnya ketersediaan ponsel. Senada dengan penelitian dengan sampel 200 remaja di Jakarta, Kurniasanti *et al.* (2019) menyoroti bahwa sepertiga dari mereka (34 persen) memiliki *screen time* internet yang tinggi (> 6 jam per hari), dan bahwa faktor ini dikaitkan dengan IMT yang lebih tinggi. Kepemilikan dan/atau penggunaan ponsel di kalangan anak-anak juga sangat umum, dengan studi kualitatif tahun 2016 yang dilakukan di Klaten dan Lombok menunjukkan bahwa dari 32 remaja dalam rumah tangga tempat tim peneliti tinggal, hanya lima remaja yang tidak memiliki ponsel (tetapi biasanya meminjam ponsel dari anggota keluarga lain), dan lebih dari setengahnya dilaporkan menggunakan ponsel atau perangkat elektronik lainnya selama lebih dari empat jam sehari (*Reality Check Approach plus* dan UNICEF Indonesia, 2016).

Selain perilaku gaya hidup sedentari, beberapa faktor lingkungan pada lingkungan binaan juga dapat mendorong atau menghambat aktivitas fisik sehingga berperan mengurangi kelebihan berat badan dan obesitas—seperti ketersediaan dan kualitas infrastruktur yang mendorong mobilitas aktif sehari-hari (Sallis *et al.*, 2012). Serupa dengan perilaku sedentari, tidak ada data nasional tentang infrastruktur mobilitas aktif, akan tetapi, terdapat hasil studi kualitatif yang menunjukkan secara keseluruhan berkurangnya ruang terbuka dan ruang terbuka hijau untuk aktivitas fisik dari waktu ke waktu (Roshita *et al.*, 2021) dan penurunan lebih lanjut dalam kesempatan untuk melakukan aktivitas fisik dan

olahraga selama pandemi COVID-19 (Andriyani, Biddle dan De Cocker, 2021; FAO *et al.*, 2021). Berdasarkan survei kepuasan pengguna dan persepsi keselamatan infrastruktur mobilitas yang dilakukan oleh *Institute for Transportation and Development Policy* (ITDP, 2020) terhadap 713 penduduk perkotaan yang merata antara di Jakarta, kota-kota menengah dan kota-kota lain, 22 persen merasa tidak aman dan 40,9 persen merasa agak tidak aman ketika berjalan. Bersepeda dianggap lebih tidak aman, dengan hanya 20 persen responden yang melaporkan merasa aman ketika bersepeda. Masalah utama yang dilaporkan yang menghalangi orang untuk berjalan kaki adalah minimnya trotoar, rendahnya kualitas trotoar yang ada, kurangnya tempat penyeberangan, banyaknya penghalang saat berjalan, dan kurangnya perlindungan dari kendaraan bermotor. Demikian pula, masalah utama yang menghalangi seseorang untuk bersepeda adalah kurangnya jalur sepeda, pengemudi yang ugal-ugalan, dan kurangnya fasilitas parkir. Meskipun tidak ada data yang dapat memberikan perkiraan akurat tentang mobilitas aktif di antara orang dewasa dan anak-anak, analisis tersebut melihat kepemilikan sepeda sebagai indikator tidak langsung yang secara parsial dapat mencerminkan penerapan gaya hidup aktif di Indonesia. Meskipun tidak ada data kepemilikan sepeda untuk anak-anak, informasi untuk populasi yang lebih luas tersedia dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) (BPS, BKKBN, Kemenkes, 2018) menunjukkan proporsi yang rendah pada rumah tangga yang memiliki sepeda (39,3 persen), dengan proporsi kepemilikan yang lebih tinggi di

perkotaan (44,7 persen) dibandingkan dengan daerah pedesaan (34,1 persen). Data SDKI 2014 juga menunjukkan bahwa kepemilikan sepeda pada rumah tangga secara keseluruhan mengalami penurunan dibandingkan dengan angka tahun 2007 (42,2 persen) (BPS, 2008) meskipun pada tingkat penurunan yang lambat (rata-rata -0,7 persen per tahun).

Terakhir, analisis ini melihat kualitas udara dan polusi sebagai faktor potensial yang dapat mendorong atau menghambat aktivitas fisik. Kualitas udara yang buruk, di mana emisi dari kendaraan bermotor merupakan kontributor utama, dapat mengurangi kesempatan untuk melakukan aktivitas fisik dan berolahraga di luar ruangan, yang pada gilirannya meningkatkan risiko kelebihan berat badan dan obesitas (Swinburn *et al.*, 2019). Meskipun bukti masih beragam, terdapat beberapa indikasi hubungan antara polutan dan gangguan metabolisme yang terkait erat dengan berat badan, termasuk di kalangan anak-anak (An *et al.*, 2018; Parasin, Amnuaylojaroen dan Saokaew, 2021). Secara keseluruhan, proporsi kepemilikan kendaraan bermotor secara nasional dinilai masih rendah (7,7 kendaraan per 100 orang per 2019, termasuk mobil, truk, dan bus). Namun, angka ini meningkat pesat selama beberapa tahun terakhir, dengan rata-rata peningkatan 4,7 persen per tahun selama tahun 2015-2019 (BPS, 2021; World Bank Group, 2021). Kualitas udara juga terus menjadi masalah yang signifikan di Indonesia, di mana 36,4 kematian per 100.000 kematian secara langsung disebabkan oleh

polusi udara ambien (atau di luar ruangan) (WHO, 2021a).

Tabel 2 merangkum semua faktor risiko yang dianalisis di berbagai kategori (prenatal dan perinatal, faktor risiko spesifik pada balita dan anak-anak serta remaja berusia 5-19 tahun, dan faktor risiko yang terkait dengan lingkungan pangan “obesogenik”), dan menyajikan penilaian kualitatif untuk masing-masing tingkat risiko kelebihan berat badan dan obesitas saat ini di Indonesia.

Tabel 2. Rangkuman indikator yang dianalisis dan penilaian risiko terkait untuk berbagai jenis faktor risiko kelebihan berat badan.

Faktor risiko	Indikator	Angka ¹⁰	Penilaian risiko ¹¹	Catatan	Sumber
Prenatal and perinatal					
Obesitas pada wanita usia subur	Prevalensi kelebihan berat badan (IMT ≥ 25 <27) dan obesitas (IMT ≥ 27) pada wanita dewasa (>18 tahun)	44.4	Sedang	Data untuk wanita usia subur (15-49 tahun) tidak tersedia Prevalensi kelebihan berat badan: 15.1 Prevalensi obesitas: 29.3	(Kementerian Kesehatan - RI, 2018)
	Perkotaan	48	Sedang	Prevalensi kelebihan berat badan: 15.6 Prevalensi obesitas: 32.4	
	Pedesaan	39.9	Sedang	Prevalensi kelebihan berat badan: 14.4 Prevalensi obesitas: 25.5	
	Tren dari waktu ke waktu	6.5	Sangat Tinggi	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk pada obesitas di kalangan wanita dewasa (2010-2018)	
Kekurangan gizi pada ibu	Proporsi wanita dewasa (>18 tahun) yang memiliki IMT <18.5	7.8	Rendah	Data untuk wanita usia subur (15-49 tahun) tidak tersedia	
Berat badan lahir rendah	Proporsi anak-anak yang lahir dengan berat badan <2,5 kg	6.2	Sedang	-	
Berat badan lahir tinggi	Proporsi anak-anak yang lahir dengan berat badan ≥ 4 kg	3.7	Rendah	-	
Ibu merokok	Proporsi wanita yang setiap hari atau kadang-kadang merokok	1.9	Rendah	Data prevalensi nasional tidak tersedia. Angka didasarkan pada data rumah sakit, tetapi tahun atau periode referensi tidak diketahui	
Diabetes gestasional	Prevalensi diabetes gestasional di kalangan wanita hamil	1.9-3.6	Rendah	Data prevalensi nasional tidak tersedia. Angka didasarkan pada data rumah sakit, tetapi tahun atau periode referensi tidak diketahui	(Amarra et al. 2021; Purnamasari et al. 2013)
Kenaikan berat badan selama kehamilan	Proporsi jumlah kehamilan di mana kenaikan berat badan ibu di atas tingkat yang direkomendasikan	19.7	Sedang	Data prevalensi nasional tidak tersedia. Angka berdasarkan sampel cross-sectional (N=529) ibu hamil di Sumatera Barat (agregat kenaikan berat badan berlebih antara wanita yang mengalami berat badan rendah, berat badan normal, kelebihan berat badan dan obesitas dalam sampel)	(Soltani et al., 2017)

¹⁰ Angka-angka ini dalam persentase, kecuali ditentukan lain dalam deskripsi indikator.

¹¹ Penilaian risiko kualitatif untuk indikator tersebut berdasarkan data yang tersedia untuk Indonesia. Skor penilaian risiko didasarkan pada pedoman analisis lanskap (UNICEF 2020, 2022b) selama tersedia, atau jika ditandai dengan * pada indikator terkait yang disertakan dalam pedoman tersebut.

Faktor Resiko	Indikator	Angka	Penilaian Resiko	Catatan	Sumber
Kerawanan pangan rumah tangga	Prevalensi kerawanan pangan berdasarkan skala pengalaman kerawanan pangan	4.8	Rendah	-	(BPS, 2021b)
Balita					
Stunting	Prevalensi <i>stunting</i> pada balita	24.4 (2021)	Tinggi	Angka agregat untuk balita diklasifikasikan sebagai pendek dan sangat pendek (masing-masing untuk panjang/tinggi badan menurut umur melebihi 2 dan 3 standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO untuk usia dan jenis kelamin yang sama)	(Kemenkes – RI, 2021b)
		27.7 (2019)	Tinggi		(Kemenkes – RI, 2019d)
		30.8 (2018)	Sangat Tinggi		(Kemenkes - RI, 2018, 2021)
	Perkotaan	27.3	Tinggi		
	Pedesaan	34.9	Sangat Tinggi		
	Tren	-1.6	Rendah		Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk untuk stunting pada balita (2007-2018)
Wasting	Prevalensi <i>wasting</i> pada balita	7.1 (2021)	Rendah*	Angka agregat untuk balita diklasifikasikan sebagai kurus dan sangat kurus (masing-masing berat badan menurut panjang/tinggi badan melebihi 2 dan 3 standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO untuk usia dan jenis kelamin yang sama)	(Kemenkes – RI, 2021b)
		7.4 (2019)	Rendah*		(Kemenkes – RI, 2019d)
		10.2 (2018)	Sedang*		(Kemenkes - RI, 2018)
	Pedesaan	10.7	Sedang*		
	Perkotaan	9.8	Rendah*		
Inisiasi menyusui dini	Jumlah kelahiran dengan pemberian ASI yang dimulai dalam satu jam pertama setelah kelahiran	48.6	Sedang	-	(Kemenkes – RI, 2021b)
		58.2	Sedang	-	(Kemenkes - RI, 2018)
Menyusui eksklusif	Proporsi anak usia 0-5 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif	52.5	Sedang	-	(Kemenkes – RI, 2021b)
		64.5	Sedang	-	(Kemenkes - RI, 2018)
Menyusui lanjutan	Proporsi anak-anak hingga usia 12 bulan yang diberi ASI sebagian	77	Rendah	-	(BPS, BKKBN, Kemenkes, 2018)
Konsumsi Pengganti ASI (PASI)	Proporsi anak usia <2 tahun yang diberi makan menggunakan botol dengan dot	37	Sedang*	-	(BPS, BKKBN, Kemenkes, 2018)
	Balita yang mengonsumsi susu formula atau susu bubuk	31.6	Sedang*	Susu formula: 24,1 persen; susu bubuk: 7,5 persen	(Kemenkes - RI, 2014a)
Konsumsi buah dan sayur	Anak usia 6-23 bulan yang memenuhi keragaman konsumsi pangan minimum, atau mengonsumsi makanan dari setidaknya empat dari tujuh kelompok makanan ¹² .	46.6	Tinggi*	-	(Kemenkes - RI, 2018)

¹² Kelompok makanan meliputi: 1) sereal dan umbi-umbian; 2) biji-bijian dan kacang-kacangan; 3) produk susu (susu, yoghurt, keju); 4) makanan daging (daging, ikan, unggas, hati, atau organ lainnya); 5) telur; 6) buah dan sayuran yang kaya vitamin A; dan 7) buah dan sayuran lainnya

Faktor Resiko	Indikator	Angka	Penilaian Resiko	Catatan	Sumber
	Balita yang mengonsumsi sayur	48.4	Tinggi*	-	(Kemenkes - RI, 2014a)
	Balita yang mengonsumsi buah	24.5	Sangat Tinggi*	-	
Konsumsi minuman berpemanis gula	Anak-anak usia 3-4 tahun yang mengonsumsi minuman berpemanis gula sekali atau lebih per hari	71.4	Sangat Tinggi	-	(Kemenkes - RI, 2018)
Konsumsi makanan manis	Anak-anak usia 3-4 tahun yang mengonsumsi makanan manis sekali atau lebih per hari	59.6	Tinggi	-	
Konsumsi gula dan makanan manis	Balita yang mengonsumsi gula dan makanan manis	64	Sangat Tinggi	-	(Kemenkes - RI, 2014a)
Konsumsi minuman instan dan minuman dalam kemasan	Balita yang mengonsumsi minuman instan dan minuman dalam kemasan	35.5	Sedang	-	
Konsumsi makanan ringan dan minuman berpemanis gula	Anak-anak usia 6-35 bulan mengonsumsi makanan ringan komersial	81.6	Sangat Tinggi	Anak usia 6-35 bulan mengonsumsi jajanan komersial sehari sebelum wawancara di Kota Bandung (N=495)	(Green et al., 2019)
	Anak-anak usia 6-35 bulan mengonsumsi minuman berpemanis gula	40	Tinggi	Anak usia 6-35 bulan mengonsumsi minuman berpemanis gula sehari sebelum wawancara di Kota Bandung (N=495)	
	Anak usia 24-35 bulan mengonsumsi makanan ringan tiga kali atau lebih per hari	60	Sangat Tinggi	Anak usia 24-35 bulan mengonsumsi jajanan tiga kali atau lebih sehari di Kota Bandung	
Anak-anak dan remaja usia 5-19 tahun					
Konsumsi minuman berpemanis gula	Anak usia 5-19 tahun mengonsumsi minuman berpemanis gula sekali atau lebih per hari	66.7	Sangat Tinggi	-	(Kemenkes - RI, 2018)
Konsumsi makanan manis	Anak usia 5-19 tahun mengonsumsi makanan manis sekali atau lebih per hari	50.5	Tinggi	-	
Konsumsi makanan ringan asin	Anak usia 5-19 tahun mengonsumsi makanan ringan asin satu porsi atau lebih per hari	31.6	Sedang	-	
Rendahnya konsumsi buah dan sayuran	Anak usia 5-19 tahun yang kurang konsumsi buah dan/atau sayur (<5 porsi per hari)	96.7	Sangat Tinggi	-	(WHO, 2015)
	Anak usia 11-19 tahun yang kurang konsumsi buah dan sayur	76.8	Sangat tinggi	Perkiraan berdasarkan asupan harian yang direkomendasikan sebanyak 5 porsi. Contoh: N= 10.965	
Konsumsi makanan cepat saji	Anak usia 11-19 tahun yang mengonsumsi makanan cepat saji sekali atau lebih per minggu	54.4	Tinggi*	Sampel: N= 11,046	

Faktor Resiko	Indikator	Angka	Penilaian Resiko	Catatan	Sumber
Tidak sarapan	Proporsi anak dan remaja usia 11-19 tahun yang tidak sarapan	44.6	Tinggi*	Angka agregat untuk anak yang melaporkan sarapan hanya kadang-kadang, hampir tidak pernah, atau tidak pernah. Sampel: N= 11.069	WHO, 2015)
Konsumsi buah dan sayur	Proporsi anak usia 5-12 tahun yang mengonsumsi sayuran	67.3	Sedang	N= 14,871	
	Proporsi remaja usia 13-18 tahun yang mengonsumsi sayuran	77	Sedang	N=17,228	
	Proporsi anak usia 5-12 tahun yang mengonsumsi buah	28.4	Sangat Tinggi	N= 14,871	
	Proporsi remaja usia 13-18 tahun yang mengonsumsi buah	28.1	Sangat Tinggi	N=17,228	
Konsumsi gula dan makanan manis	Proporsi anak usia 5-12 tahun yang mengonsumsi gula dan makanan manis	75.5	Sangat Tinggi	N= 14,871	(Kemenkes - RI, 2014a)
	Proporsi anak usia 13-18 tahun yang mengonsumsi gula dan makanan manis	66.8	Sangat Tinggi	N=17,228	
Konsumsi minuman instan dan minuman dalam kemasan	Proporsi anak usia 5-12 tahun yang mengonsumsi minuman instan dan minuman dalam kemasan	66.7	Sangat Tinggi	N= 14,871	
	Proporsi remaja usia 13-18 tahun yang mengonsumsi minuman instan dan minuman dalam kemasan	66.5	Sangat Tinggi	N=17,228	
Konsumsi minuman berpemanis gula, jajanan tidak sehat, buah dan sayur, pola makan yang beragam	Proporsi remaja usia 12-18 tahun yang mengonsumsi minuman berpemanis gula minimal sekali sehari	33.9	Sedang	N=2.160. Studi kualitatif yang dilakukan pada tahun 2017 di Jawa Tengah (Kabupaten Klaten) dan Nusa Tenggara Barat (Kabupaten Lombok Barat)	(Maehara et al., 2019)
	Proporsi remaja usia 12-18 tahun yang mengonsumsi jajanan tidak sehat minimal sekali sehari	68.9	Sangat Tinggi		
	Proporsi remaja usia 12-18 tahun yang tidak mengonsumsi buah dan sayur setiap hari	46.9	Tinggi		
	Proporsi remaja usia 12-18 tahun yang mengonsumsi <5 kelompok makanan setiap hari (tidak mengonsumsi pangan beragam)	52.4	Tinggi*		

Faktor Resiko	Indikator	Angka	Penilaian Resiko	Catatan	Sumber
Tren konsumsi pangan nasional dari pangan olahan padat energi	Tren konsumsi pangan nasional dari pangan olahan padat energi: gula (kilogram per orang per tahun)	4.7	Sangat Tinggi	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk (<i>Compound Annual Growth Rate</i> atau CAGR) dalam konsumsi gula (2014-2018)	FAO <i>Food Balance Sheet</i> 2014, 2018
	Tren konsumsi pangan nasional dari pangan olahan padat energi: minyak nabati (kilogram per orang per tahun)	3.4	Sangat Tinggi	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk (CAGR) dalam konsumsi minyak nabati (2014-2018)	
	Tren konsumsi pangan nasional dari sayuran umbi-umbian (kilogram per orang per tahun)	-8.8	Sangat Tinggi	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk (CAGR) dalam konsumsi sayuran akar (2014-2018)	
	Tren konsumsi pangan nasional kacang-kacangan (kilogram per orang per tahun)	-8.6	Sangat Tinggi	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk (CAGR) dalam konsumsi kacang-kacangan (2014-2018)	
Aktivitas fisik yang kurang	Anak usia 10-19 tahun yang melakukan aktivitas fisik sedang hingga berat kurang dari 150 menit per minggu	57.3	Sedang	Penilaian berdasarkan tingkat aktivitas fisik yang direkomendasikan untuk orang dewasa	(Kemenkes - RI, 2018)
	Anak usia 11-19 tahun yang melakukan aktivitas fisik kurang dari 60 menit per hari selama tujuh hari	87.9	Sangat tinggi	Penilaian berdasarkan tingkat aktivitas fisik yang direkomendasikan untuk anak-anak	(WHO, 2015)
	Tren dari waktu ke waktu	-2.1	Sangat Tinggi	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk penduduk berusia 10 tahun atau lebih yang melaporkan melakukan aktivitas fisik sedang hingga berat setidaknya 30 menit per hari selama lima hari	(Kemenkes - RI, 2018) Kemenkes - RI (2013b)
		-3.4	Sangat Tinggi	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk anak-anak berusia 11-19 tahun yang melaporkan melakukan aktivitas fisik setidaknya 60 menit per hari selama tujuh hari	(WHO, 2007, 2015)
	Remaja laki-laki usia sekolah 11-17 tahun yang melakukan aktivitas fisik yang tidak memadai (melakukan aktivitas fisik intensitas sedang hingga tinggi kurang dari 60 menit setiap hari)	85	Sangat Tinggi	-	UNICEF, 2022)
	Remaja perempuan usia sekolah 11-17 tahun yang melakukan aktivitas fisik yang tidak memadai (melakukan aktivitas fisik intensitas sedang hingga tinggi kurang dari 60 menit setiap hari)	87	Sangat Tinggi	-	

Faktor Resiko	Indikator	Angka	Penilaian Resiko	Catatan	Sumber
	Remaja laki-laki berusia 12-18 tahun yang melakukan setidaknya 60 menit aktivitas fisik intensitas sedang hingga tinggi setiap hari	37	Sedang	-	Niswah, Rah and Roshita (2021)
	Remaja perempuan berusia 12-18 tahun yang melakukan setidaknya 60 menit aktivitas fisik intensitas sedang hingga tinggi setiap hari	35	Sedang	-	
Transportasi aktif	Anak usia 13-17 tahun yang berjalan kaki atau bersepeda ke sekolah setidaknya sekali seminggu	39.8	Sangat Tinggi	-	(WHO, 2015)
Perilaku sedentari	Anak usia 13-17 tahun yang melakukan aktivitas sedentari lebih dari 2 jam per hari	26.6	Rendah	Penilaian berdasarkan ambang batas yang direkomendasikan oleh WHO (2020b) dan digunakan dalam pedoman analisis lanskap (UNICEF, 2020a)	(UNICEF 2020; WHO 2015)
Orang dewasa (≥ 20 tahun)					
Konsumsi minuman berpemanis gula	Orang dewasa berusia ≥ 20 tahun yang mengonsumsi minuman berpemanis gula sekali atau lebih per hari	64.3	Sangat Tinggi	-	(Kemenkes - RI, 2018)
Konsumsi makanan manis	Orang dewasa berusia ≥ 20 tahun yang mengonsumsi makanan manis sekali atau lebih per hari	34.9	Sedang	-	
Konsumsi makanan ringan asin	Orang dewasa berusia ≥ 20 tahun yang mengonsumsi makanan ringan asin sekali atau lebih per hari	28.8	Sedang	-	
Konsumsi buah dan/atau sayur	Orang dewasa berusia ≥ 20 tahun yang mengonsumsi buah dan/ atau sayuran kurang dari lima porsi per hari	94.9	Sangat Tinggi	-	
Aktivitas fisik	Orang dewasa berusia ≥ 20 tahun yang melakukan aktivitas fisik sedang hingga berat kurang dari 150 menit per minggu atau 30 menit per hari	27.3	Low	-	(Kemenkes - RI, 2018)
	Wanita yang melakukan aktivitas fisik berat	10.7	Sangat Tinggi	Studi observasi menggunakan data <i>Indonesian Family Live Survey</i> (IFLS) 1993-2014.	(Oddo, Maehara and Rah, 2019)
	Pria yang melakukan aktivitas fisik berat	38.0	Sedang		
	Orang dewasa yang melakukan aktivitas fisik sedang	>50	Sedang		

Faktor Resiko	Indikator	Angka	Penilaian Resiko	Catatan	Sumber
Faktor risiko lingkungan (lingkungan obesogenik)					
Pertumbuhan gerai makanan cepat saji	Tingkat pertumbuhan jumlah gerai tahunan untuk tiga jaringan gerai makanan cepat saji terkemuka di Indonesia sejak tahun pertama pendiriannya			-	
	McDonald's (1991-2020)	19.6	Sangat Tinggi*	-	(Burger King Indonesia 2021; KFC Indonesia 2021b, 2021a; McDonald's Indonesia 2021)
	KFC (1979-2020)	17.0	Sangat Tinggi*	-	
Burger King (2007-2021)	44.6	Sangat Tinggi*	-		
Pertumbuhan gerai ritel modern	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk dalam jumlah ritel makanan modern (2005-2019)	14.1	Sangat Tinggi*	-	(Euromonitor, 2020)
	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk dalam penjualan dari ritel makanan modern (2005-2019)	8.6	Tinggi*		
Akses ke air minum aman	Frekuensi paparan makanan tidak sehat selama siaran TV	11.9	Sangat Tinggi*	Didefinisikan sebagai rumah tangga yang memiliki SAM layak yang terletak di lingkungannya, tersedia saat dibutuhkan, dan bebas dari kontaminasi.	(Kemenkes - RI 2020)
	Proporsi sekolah yang memiliki akses ke air minum dasar	80.5	Sedang	Didefinisikan sebagai sekolah yang memiliki akses ke SAM layak dengan waktu pengambilan air pulang pergi sama dengan atau di bawah 30 menit	(Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan - RI, 2020)
	Proporsi madrasah yang memiliki akses ke air minum dasar	69.9	Sedang		(Kementerian Agama - RI, 2020)
Paparan anak-anak terhadap iklan makanan tidak sehat	Frekuensi paparan makanan tidak sehat selama siaran TV	1 iklan/4 menit	Sangat Tinggi*	-	(Kelly <i>et al.</i> 2016)
	Proporsi iklan F&B yang tidak sehat terhadap total iklan F&B di area yang sering dikunjungi anak-anak	81.1	Sangat Tinggi*	Rata-rata angka untuk sampel perkotaan dan pedesaan (74,5 di kota Surabaya dan 87,7 persen di kabupaten Banyuwangi)	(Puspikawati <i>et al.</i> 2021)
Screen time anak-anak	Anak-anak yang memiliki TV atau layar lain di kamar tidur mereka	70	Sangat Tinggi	Berdasarkan sampel (N=589) anak di DKI Jakarta	(Hendriyani <i>et al.</i> , 2012)
	Screen time penggunaan internet	34	Tinggi*	Anak-anak yang menggunakan internet > 6 jam setiap hari. Berdasarkan sampel (N=200) remaja di DKI Jakarta	(Kurniasanti <i>et al.</i> , 2019)
Kepemilikan sepeda	Proporsi rumah tangga yang memiliki sepeda	39.3	Tinggi*	-	BPS, BKKBN, Kemenkes, 2018)
	Tingkat pertumbuhan tahunan majemuk dalam kepemilikan sepeda (2007-2017)	-0.7	Sedang*	-	(Statistics Indonesia, 2008; BPS, BKKBN, Kemenkes, 2018)

Faktor Resiko	Indikator	Angka	Penilaian Resiko	Catatan	Sumber
Ketersediaan dan kualitas infrastruktur mobilitas aktif	Proporsi penduduk perkotaan yang merasa tidak aman atau agak tidak aman saat berjalan kaki	62.9	Tinggi*	Rata-rata penduduk di DKI Jakarta, kota menengah, dan kota lainnya. N= 713.	(ITDP 2020)
	Proporsi penduduk perkotaan yang merasa tidak aman saat bersepeda	80	Sangat Tinggi*	Rata-rata penduduk di DKI Jakarta, kota menengah, dan kota lainnya. N= 713. Angka perkiraan	
Kepemilikan mobil	Jumlah kendaraan bermotor (per 100 orang)	7.7	Rendah	Berdasarkan angka agregat terbaru yang tersedia untuk mobil, truk, dan bus dari total populasi pada 2019	(BPS 2021; Bank Dunia 2021)
	Compound annual growth rate in motorised vehicles (per 100 people), 2015-2019	4.7	Sangat Tinggi	Berdasarkan angka agregat terbaru yang tersedia untuk mobil, truk dan bus dari total populasi pada 2015 dan 2019	
Kualitas udara	Jumlah kematian (per 100.000 kematian) yang disebabkan oleh polusi udara ambien	36.4	Sedang		(WHO 2021)



© UNICEF/2019/Arimacs Wilander



3. LINGKUNGAN PENDUKUNG

Langkah ketiga dari analisis lanskap terdiri dari menganalisis dan menilai informasi yang terkait dengan lingkungan pendukung secara lebih luas terkait dengan kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia—yaitu, berbagai kebijakan, program, pemangku kepentingan, dan faktor populasi lainnya yang dapat memfasilitasi atau menghambat kemajuan menuju pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia. Informasi awalnya dikumpulkan melalui tinjauan pustaka secara komprehensif terhadap sumber-sumber yang ada. Hal ini juga berfungsi untuk memetakan pemangku kepentingan utama dan menilai sejauh mana mereka terdampak oleh program pencegahan kelebihan berat badan, dan pada akhirnya menilai seberapa besar pengaruh yang dapat mereka berikan terhadap program-program ini (*lihat Tabel 3*). Selanjutnya, serangkaian kegiatan FGD dan wawancara informan kunci (total 11 kegiatan) diselenggarakan dengan pemangku kepentingan utama, seperti pemerintah pusat di berbagai

sektor, LSM, OMS, akademisi dan perwakilan media, untuk mengumpulkan informasi kualitatif yang dapat mengisi kesenjangan data yang teridentifikasi.

Pemangku kepentingan pemerintah yang dikonsultasikan pada tahap pengumpulan data kualitatif antara lain direktorat dan instansi terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan, yaitu Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM), Direktorat Gizi Masyarakat, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Direktorat Kesehatan Keluarga, Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga, Direktorat Kesehatan Lingkungan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes); Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM); Badan Ketahanan Pangan Kementerian Pertanian; dan beberapa direktorat di lingkungan Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi. Mitra non-pemerintah di antaranya perwakilan dari media,

Tabel 3. Matriks pemetaan pemangku kepentingan.

“Seberapa penting” mengacu pada perkiraan relevansi dan tingkat prioritas yang harus dimiliki oleh program pencegahan kelebihan berat badan dalam portofolio masing-masing pemangku kepentingan (bukan prioritas mereka saat ini terhadap program-program ini.). “Pengaruh” mengacu pada potensi masing-masing pemangku kepentingan untuk membentuk agenda pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia.

Pemangku Kepentingan	Perkiraan Seberapa penting program pencegahan kelebihan berat badan bagi mereka	Perkiraan Pengaruh terhadap program pencegahan kelebihan berat badan
Pemerintah		
Kementerian Kesehatan	Tinggi	Tinggi
Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM)	Tinggi	Tinggi
Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi	Tinggi	Tinggi
Kementrian Pertanian	Tinggi	Tinggi
Kementerian Dalam Negeri	Sedang	Tinggi
Kementerian Agama	Sedang	Tinggi
Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan	Sedang	Sedang
Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian	Sedang	Sedang
Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan nasional (Bappenas)	Sedang	Sedang
Kementerian Keuangan	Sedang	Tinggi
Kementerian Pemuda dan Olahraga	Sedang	Tinggi
Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi	Sedang	Sedang
Kementerian Kelautan dan Perikanan	Rendah	Sedang
Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	Sedang	Sedang
Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat	Rendah	Sedang
Kementerian Perdagangan	Rendah	Tinggi
Kementerian Perindustrian	Rendah	Tinggi
Kementerian Koperasi dan Usaha Kecil dan Menengah	Rendah	Tinggi
Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif	Rendah	Sedang
Kementerian Komunikasi dan Informatika	Rendah	Tinggi
Badan Pangan Nasional (BPN)	Sedang	Tinggi
Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN)	Sedang	Tinggi
Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)	Sedang	Tinggi
Badan Perlindungan Konsumen Nasional (BPKN)	Sedang	Sedang
Non-Pemerintah		
WHO-Indonesia	Tinggi	Tinggi
WFP-Indonesia	Sedang	Sedang
FAO-Indonesia	Sedang	Sedang
IFAD-Indonesia	Sedang	Sedang
UNFPA-Indonesia	Sedang	Sedang
<i>Scaling Up Nutrition (SUN) Indonesia Network</i> (termasuk organisasi profesi, organisasi masyarakat sipil (OMS), akademisi)	Tinggi	Tinggi
Himpunan Studi Obesitas Indonesia (HISOBI)	Tinggi	Tinggi
Media/Journalists	Sedang	Tinggi

organisasi masyarakat sipil (OMS), akademisi, dan organisasi profesional. Bagian ini menyajikan rangkuman dari temuan utama dari latihan ini. (*lihat Lampiran 1* untuk laporan lengkap dan detail dari semua pertanyaan yang ingin dijawab melalui analisis, dan jawaban yang sesuai berdasarkan dari hasil tinjauan pustaka dan proses konsultasi.)

3.1 Analisis kebijakan dan program

3.1.1 Dukungan kebijakan secara keseluruhan untuk pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Indonesia yang terbaru, yang menjadi panduan aksi pembangunan di Indonesia di semua sektor selama periode 2020-2024, memasukkan beberapa target masalah gizi. Target ini di antaranya penurunan prevalensi *stunting* dan *wasting* pada balita, dan target untuk obesitas dewasa—yaitu, untuk menghindari peningkatan prevalensi obesitas di atas 21,8 persen (tingkat 2018 menurut data Riskesdas) (Sekretariat Kabinet - RI, 2020a; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2020). Tidak ada target khusus untuk kelebihan berat badan dan obesitas pada anak dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Dokumen tersebut justru mengakui kebutuhan untuk meningkatkan gizi masyarakat untuk mengatasi berbagai bentuk masalah gizi dan PTM secara simultan, dan secara eksplisit menyebutkan berbagai intervensi *double duty*

actions untuk mencapai hal ini. Intervensi ini di antaranya pendekatan berbasis makanan untuk pencegahan penyakit, promosi lingkungan yang memungkinkan mobilitas aktif dan pilihan makanan sehat, dan implementasi dan penegakan langkah-langkah khusus seperti penetapan cukai pada makanan tidak sehat dan skema pelabelan pangan. Keterkaitan antara semua bentuk masalah gizi juga secara eksplisit disebutkan dalam PGS, yang juga menyebutkan *double duty actions* seperti promosi menyusui (Kementerian Kesehatan - RI, 2014d). Namun tidak ada mekanisme untuk menilai secara sistematis dampak kebijakan terkait makanan yang lebih luas terhadap kesehatan dan obesitas (Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan-Kementerian Kesehatan-RI, 2021, FGD, 27 Oktober).

Tanggung jawab pengembangan kebijakan dan pelaksanaan program pencegahan kelebihan berat badan, serta sasaran nasional obesitas dewasa yang masuk dalam RPJMN, berada di bawah Kementerian Kesehatan, sebagaimana tercermin dalam Rencana Strategis (RENSTRA) Kemenkes tahun 2020-2024 (Kementerian

Kesehatan - RI, 2020c). Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) telah menerbitkan pedoman Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS) pada tahun 2017 (Kementerian Kesehatan - RI, 2017). Pedoman ini berfokus pada promosi makan sehat dan aktivitas fisik, dan menargetkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk tokoh masyarakat, tenaga kesehatan, lembaga pendidikan, dan pemerintah daerah setempat. Pada awal tahun 2022, Direktorat P2PTM dengan dukungan dari UNICEF juga sedang menyelesaikan pengembangan Pedoman Teknis Deteksi Dini dan Intervensi Kelebihan Berat Badan dan Obesitas Terpadu pada anak usia sekolah, yang akan fokus pada penguatan skrining, deteksi

dini dan intervensi di bidang kesehatan dan fasilitas pendidikan dan terhadap orang tua dan pengasuh (Direktorat P2PTM, komunikasi pribadi, Maret 2022). Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat menetapkan program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan CERDIK untuk mempromosikan gaya hidup sehat melalui pendekatan holistik yang mencakup aktivitas fisik, pola makan sehat dan perilaku lainnya (seperti tidur dan pengelolaan stres), serta pemeriksaan kesehatan rutin untuk deteksi dini penyakit (Kementerian Kesehatan - RI, 2016, 2019a). Pedoman obesitas di kalangan anak usia sekolah juga diterbitkan pada 2012 (Kementerian Kesehatan - RI, 2012) dan sedang diperbarui (Direktorat Gizi-Kemenkes-





RI, 2021, FGD, 14 Oktober). Namun, penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kebijakan nasional ini seringkali tidak diterjemahkan ke dalam program berkualitas yang dilaksanakan dalam skala besar. Salah satu alasannya adalah kurangnya koordinasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dan lintas sektor, seperti kurangnya kesadaran tentang pedoman pencegahan kelebihan berat badan di kalangan anak usia sekolah di sektor di luar kesehatan (Soekarjo *et al.*, 2018).

Di tingkat daerah, program-program nasional diterjemahkan ke dalam tindakan oleh pemerintah daerah yang menerima transfer anggaran langsung dari pemerintah pusat untuk melaksanakan program terkait kesehatan,

sesuai dengan proses desentralisasi yang dimulai dua dekade lalu di Indonesia (Mboi *et al.*, 2018; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019). Alokasi anggaran untuk sektor kesehatan yang ditetapkan sebesar 5 persen dari total anggaran nasional, juga mencakup program gizi, dan ditujukan secara khusus untuk mendukung pelaksanaan GERMAS, inisiatif pengurangan *stunting*, dan peningkatan status gizi ibu dan bayi (Kementerian Keuangan - RI, 2021). Namun, masih ada kesenjangan dalam kebijakan dan program dalam kaitannya dengan pencegahan kelebihan berat badan, dan khususnya di antara pemerintah daerah, kesadaran tentang masalah kelebihan berat badan dan obesitas tetap rendah, yang mencerminkan secara

keseluruhan kurangnya program dan tindakan untuk pencegahan kelebihan berat badan pada skala lokal. Saat ini juga tidak ada wadah atau mekanisme khusus untuk memfasilitasi kerja ataupun kolaborasi lintas sektor dalam upaya pencegahan kelebihan berat badan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta pemangku kepentingan lainnya. Hal ini selanjutnya mengakibatkan ketidaksesuaian yang signifikan antara pendekatan multi-sektor yang diadvokasikan dalam kebijakan dan rencana nasional, dan realisasinya pada skala lokal yang seringkali kurang terkoordinasi (UNICEF, 2018).

3.1.2 Program dan kebijakan kesehatan dan gizi

Program asuhan antenatal meliputi pemantauan berat badan dan pengukuran kadar glukosa darah secara rutin, penyuluhan kesehatan yang berfokus pada pola makan, aktivitas fisik dan merokok, dengan menasar ibu dan ayah, serta distribusi biskuit kaya energi dan protein serta minimal 90 tablet tambah darah (TTD) kepada ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronik (Kementerian Kesehatan - RI, 2014c, 2015a). Namun, pemberian layanan ini di seluruh negeri tidak konsisten dalam hal ketersediaannya, dan kualitas konseling pola makan ibu sering kali tidak memuaskan (UNICEF, 2018). Penggunaan data pemantauan berat badan rutin untuk skrining dini, rujukan dan konseling tentang kelebihan berat badan dan pencegahan obesitas di kalangan ibu hamil

juga masih terbatas, termasuk dalam konteks intervensi yang berfokus pada kekurangan gizi yang dapat berpotensi menimbulkan dampak negatif kelebihan gizi (misalnya, pemberian makanan tambahan ibu hamil) (UNICEF, 2018).

Program gizi remaja dan ibu juga memasukkan beberapa elemen yang berpotensi sebagai *double duty actions* yang juga dapat mendukung pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas serta bentuk-bentuk kekurangan gizi lainnya. Program ini di antaranya deteksi dini kelebihan berat badan dan obesitas dan rujukan untuk konseling untuk wanita berusia 15-49 tahun (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019). Di tingkat masyarakat, Pos Binaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (POSBINDU-PTM) yang bersifat '*mobile*', berpindah-pindah ke berbagai sekolah dan desa, atau dijalankan secara rutin di lokasi tertentu, mendorong deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM, misalnya melalui pengukuran IMT, tekanan darah, kolesterol dan kadar glukosa darah, dan mendorong aktivitas fisik terhadap masyarakat berusia 15 tahun ke atas (Burnet Institute, 2021).

Selain itu, Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M) menggalakkan program berbasis trias UKS, yakni pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat (Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi - RI, 2019). Menyadari bahwa tidak semua remaja mengenyam pendidikan di sekolah dan dapat memanfaatkan layanan yang dipromosikan oleh UKS/M, maka



Posyandu Remaja desa yang didukung oleh relawan lokal juga didirikan sebagai inisiatif pelengkap, dengan fokus pada promosi kesehatan dan penyediaan pemeriksaan kesehatan reproduksi dan mental, gizi, dan pencegahan PTM (*Burnet Institute*, 2021).

Sistem pendukung selama masa bayi dan anak usia dini juga tersedia. Promosi menyusui telah diadopsi sebagai program nasional (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019). Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak juga mendorong penerapan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui yang dipromosikan oleh Inisiatif Rumah Sakit Sayang Bayi UNICEF-WHO

(2020) di semua fasilitas kesehatan nasional (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak - RI, 2010; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019). Fasilitas kesehatan masyarakat di tingkat daerah juga mempromosikan pemberian ASI melalui konseling. Namun, terdapat beberapa bukti bahwa adopsi dan kepatuhan terhadap rekomendasi Inisiatif ini masih kurang optimal. Bukti yang ada menunjukkan bahwa pada tahun 2011 hanya 8 persen rumah sakit pemerintah yang mematuhi 10 langkah tersebut, dan hanya 5,4 persen yang terakreditasi sebagai Rumah Sakit Sayang Bayi pada 2017 (*Pramono et al.*, 2021). Selain itu, meskipun sudah ada program yang berfokus pada anak usia dini (walaupun dengan tingkat adopsi dan kualitas

yang beragam), program tersebut belum menekankan potensi *double-duty actions* dari tindakan yang dipromosikan, misalnya, dengan program menyusui yang difokuskan terutama pada pencegahan kekurangan gizi daripada mengambil pendekatan holistik dan menekankan potensinya untuk mencegah segala bentuk kekurangan gizi, termasuk kelebihan berat badan. Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI juga tercantum dalam beberapa undang-undang dan peraturan nasional. Ini termasuk ketentuan khusus dari Kementerian Kesehatan tentang PASI dan pemasarannya, dan langkah-langkah yang terkait dengan pelabelan makanan, pemberdayaan perempuan dan ketenagakerjaan (IDAI, 2013). Undang-undang ketenagakerjaan juga mengakui hak cuti hamil selama 3 bulan (Sekretariat Kabinet - RI, 2003).

Tanggung jawab pemantauan kelebihan berat badan dan obesitas, termasuk pada kelompok anak-anak, ditugaskan ke Direktorat Gizi Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan - RI, 2017, 2019f). Namun, pelaksanaan surveilans kurang optimal karena kapasitas yang berbeda-beda di seluruh puskesmas di tingkat daerah untuk melaksanakannya (Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM-Kementerian Kesehatan-RI, 2021, FGD, 18 Oktober; Kementerian Kesehatan - RI, 2017, 2019c). Perlu juga dicatat bahwa pengukuran kelebihan berat badan pada masa kanak-kanak tidak termasuk dari indikator masalah gizi (bersama dengan *stunting* dan *wasting*) tetapi hanya dipantau sebagai bagian dari indikator kinerja program gizi yang mencerminkan proporsi anak-anak di antara mereka yang dipantau yang mengalami



Figure 15. Balanced nutrition rounded pyramid. Source: Ministry of Health – RI (2014c)

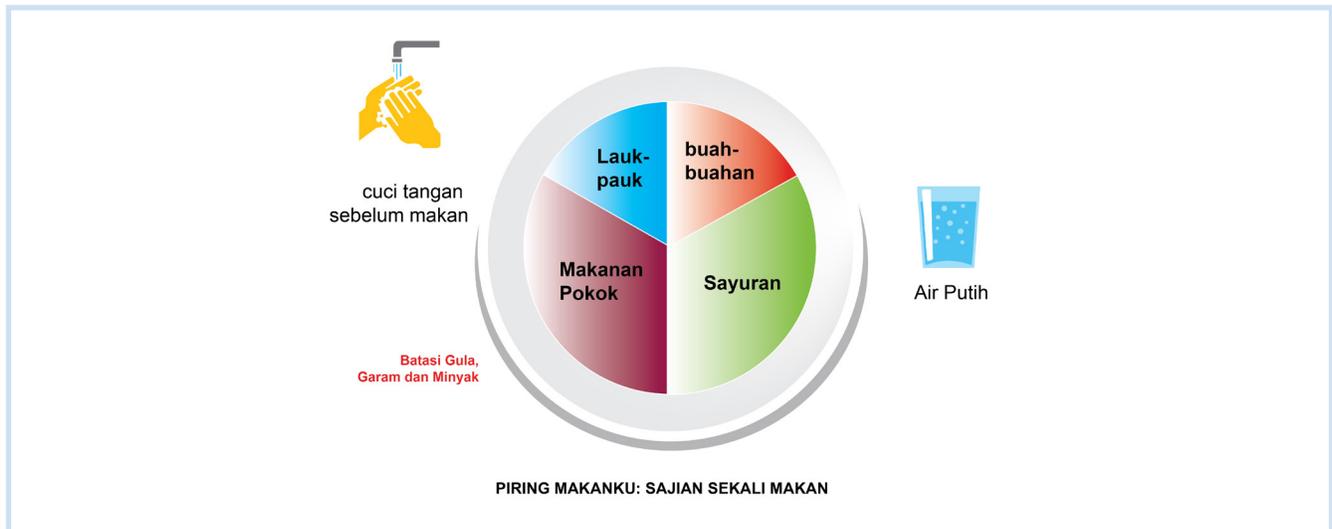


Figure 16. Healthy eating plate. Source: Ministry of Health – RI (2014c)

kenaikan berat badan (Kementerian Kesehatan - RI, 2019f). Skrining dan pemantauan rutin tinggi badan dan berat badan anak berdasarkan grafik pertumbuhan menurut usia juga dilakukan di fasilitas kesehatan, fasilitas masyarakat, dan fasilitas pendidikan (Kementerian Kesehatan - RI, 2020b). Namun, tidak ada jalur rujukan yang dipublikasikan untuk bayi dan balita yang berisiko mengalami kelebihan berat badan dan obesitas. Tenaga kesehatan juga mendapatkan pelatihan penyuluhan gizi. Pelatihan ini mencakup berbagai topik dan *double-duty actions*, seperti praktik pemberian makanan pada bayi dan anak, pemberian ASI dan makanan pendamping ASI, dan pemantauan pertumbuhan. Namun, serupa dengan program konseling yang dibahas sebelumnya, pelatihan ini tidak menekankan potensi tindakan ini untuk pencegahan kelebihan berat badan, tetapi lebih fokus pada kekurangan gizi – misalnya, kurikulum pelatihan Kementerian Kesehatan tentang gizi dan kesehatan ibu yang membahas

kekurangan gizi tetapi tidak kelebihan berat badan dan obesitas (Kementerian Kesehatan - RI, 2019c). Kemenkes juga menyelenggarakan kelas pengasuhan (*parenting*) bagi ibu dari balita (Direktorat Kesehatan Keluarga-Kemenkes-RI, 2021, FGD, 22 Oktober). Selama pandemi Covid-19, platform dan aplikasi *online* gratis dikembangkan untuk pemberian layanan ini dari jarak jauh (Kementerian Kesehatan - RI, 2021a). Aplikasi *mobile* berbasis buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) juga dikembangkan untuk memudahkan akses informasi kesehatan selama kehamilan dan kesehatan anak (Kementerian Kesehatan - RI, 2021c).

Pada tahun 2014, Kementerian Kesehatan memperbarui FBDG nasional dengan menerbitkan “Pedoman Gizi Seimbang (PGS)” (Kementerian Kesehatan - RI, 2014b, 2014d). PGS baru ini merupakan rujukan utama untuk promosi pola makan sehat di Indonesia. Hal ini mencakup dua jenis panduan gizi: piramida

makanan yang mewakili empat pilar gizi seimbang, yaitu keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan sehat, memantau berat badan, dan panduan Piring Makanku yang menguraikan proporsi yang direkomendasikan untuk berbagai kelompok pangan dan menyoroti pentingnya hidrasi dan kebersihan diri sebelum dan sesudah makan (*lihat Gambar 15 dan 16*). PGS juga mencakup rekomendasi yang disesuaikan untuk beragam kelompok, seperti bayi, anak-anak, remaja, dewasa dan orang tua, dan menyebutkan makanan dan aktivitas fisik tertentu berdasarkan berbagai budaya di seluruh Indonesia (Kementerian Kesehatan - RI, 2014d). Di tingkat lokal, PGS telah diterjemahkan ke dalam kebijakan dan program yang berfokus pada promosi pola makan sehat. Misalnya, Gubernur Provinsi Bangka Belitung mengeluarkan Peraturan Nomor 30/2018 untuk mempromosikan pola makan sehat berbasis buah-buahan lokal, sayuran, umbi-umbian, lentil, dan ayam. Selanjutnya, berdasarkan peraturan ini, Bupati Kabupaten Bangka telah mengeluarkan pedoman tentang makanan yang harus disediakan selama upacara adat, yang menunjukkan bahwa makanan tersebut tidak boleh mengandung karbohidrat dalam jumlah tinggi dan harus mencakup sayuran dan buah-buahan (Kementerian Kesehatan - RI, 2019g). Namun, PGS masih belum mencakup beberapa pesan utama. Misalnya, PGS tidak memasukkan pedoman khusus untuk membatasi paparan pemasaran makanan dan minuman kepada anak-anak dan remaja berusia 3-19 tahun; tidak ada panduan untuk wanita hamil, anak-anak dan

remaja berusia 10-19 tahun yang vegetarian dan vegan, dan tidak ada panduan yang jelas dan spesifik tentang minuman berpemanis, jus buah, minuman berkafein, minuman olahraga dan minuman berenergi.

3.1.3 Kebijakan dan program yang mengatur aspek sistem pangan yang lebih luas

Analisis ini kemudian melihat inisiatif dan instrumen yang berpotensi mempengaruhi sistem pangan Indonesia secara lebih luas, yang pada akhirnya memperkuat tindakan pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas. Di antaranya adalah skema profil gizi (NPS). Profil gizi mengacu pada praktik pengklasifikasian makanan berdasarkan tingkat kandungan gizi atau efek langsungnya terhadap kesehatan, umumnya dengan tujuan mendorong konsumsi makanan yang memungkinkan membentuk pola makan sehat, berdasarkan bukti ilmiah terkini, dan membatasi makanan yang tidak sehat (WHO, 2010b). Di antara NPS yang paling umum untuk mempromosikan atau membatasi konsumsi makanan adalah pelabelan gizi pada bagian depan atau utama label (FOPNL), peraturan pemasaran, dan langkah-langkah ekonomi yang bertujuan untuk mengarahkan kembali konsumsi makanan (WHO, 2010b).

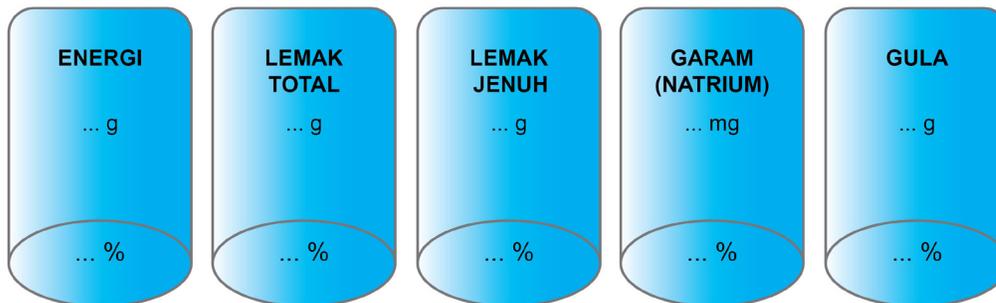
Terdapat beberapa contoh terbatas NPS di Indonesia. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) telah mendukung beberapa skema FOPNL untuk meningkatkan kesadaran

LAMPIRAN III
PERATURAN BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN
NOMOR 22 TAHUN 2019 TENTANG INFORMASI NILAI GIZI
PADA LABEL PANGAN OLAHAN

FORMAT PENCANTUMAN ING PADA BAGIAN UTAMA LABEL

A. FORMAT UMUM ING PADA BAGIAN UTAMA LABEL

Persajian (... g/ml) atau per kemasan (... g/ml)



Persen AKG berdasarkan kebutuhan energi 2150 kkal

Figure 17. Format of GDA on front-of-pack. Source: BPOM Regulation Number 22/2019)

LAMPIRAN III
PERATURAN BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN
NOMOR 22 TAHUN 2019 TENTANG INFORMASI NILAI GIZI
PADA LABEL PANGAN OLAHAN

LOGO “PILIHAN LEBIH SEHAT”

1. FORMAT LOGO



Figure 18. 'Healthier choice' logo format (Source: BPOM Regulation Number 22/2019)



tentang makanan tinggi GGL dan membatasi konsumsinya. Salah satu skema yang ada saat ini adalah pencantuman Informasi Nilai Gizi (ING) dengan bentuk panduan asupan harian (GDA) pada bagian utama label (*lihat Gambar 17*) dan logo “pilihan lebih sehat” (*lihat Gambar 18*) (BPOM - RI, 2019). Logo tersebut sebelumnya hanya berlaku untuk dua kategori pangan olahan, yakni minuman siap konsumsi serta pasta dan mie instan. Logo ini menjadi pembeda atas produk yang telah mengurangi kandungan gizi tidak sehat, menetapkan batas gula dalam minuman siap konsumsi menjadi 6g per 100 ml, dan untuk total lemak dan garam dalam pasta dan mie instan masing-masing menjadi 20g dan 900mg per 100g. Dengan adanya Peraturan BPOM nomor 26/2021 yang

baru, logo “pilihan lebih sehat” kini berlaku untuk 20 kategori pangan olahan. Meskipun peraturan BPOM sebelumnya (No. 31/2018) secara eksplisit menyebutkan bahwa informasi nilai gizi dan logo harus dicantumkan di bagian utama label pada makanan kemasan, peraturan baru hanya menyatakan bahwa perusahaan makanan harus meletakkannya di bagian label “yaitu paling mudah dilihat dan dibaca” (BPOM - RI, 2021c). Amandemen terhadap peraturan ini dengan demikian dapat menimbulkan tantangan dalam efektivitas implementasinya. Selain itu, penerapan kedua skema FOPNL tetap bersifat sukarela, dengan satu-satunya persyaratan wajib untuk produk makanan adalah pencantuman informasi standar kemasan (misalnya tabel informasi nilai gizi, komposisi,

tanggal kedaluwarsa, dll.) (BPOM - RI, 2018b, 2021c). Selain itu, adopsi logo “pilihan lebih sehat” dilaporkan didukung oleh studi konsumen (Rimbawan *et al.*, 2020) yang menunjukkan preferensi terhadap logo ini daripada jenis label lainnya (BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; BPOM-RI, Februari 2022, komunikasi pribadi). Namun, terdapat bukti yang menunjukkan bahwa preferensi konsumen bukanlah metode yang dapat diandalkan untuk menilai efektivitas skema pelabelan dalam hal kesehatan gizi (PAHO, 2020); di saat yang sama, di Indonesia saat ini belum ada langkah ke arah skema pelabelan, khususnya label peringatan, yang berdasarkan penelitian dan pengalaman yang ada dari negara lain terbukti paling efektif dari perspektif kesehatan masyarakat (PAHO, 2020).

Saat ini belum ada instrumen fiskal yang memberikan subsidi maupun makanan dan minuman yang dikenakan cukai berdasarkan keselarasan produk dengan PGS atau NPS. Peraturan cukai yang berlaku saat ini dimaksudkan untuk pengenaan cukai atas barang-barang yang konsumsi dan peredarannya harus dibatasi dan dikendalikan, serta yang dapat menimbulkan dampak negatif bagi lingkungan atau masyarakat; namun, saat ini daftar tersebut hanya mencakup produk tembakau dan alkohol (Sekretariat Kabinet - RI, 2007; Rosyada dan Ardiansyah, 2017). Perpres ini, bersama dengan target Kementerian Keuangan tahun 2021 sebesar Rp 12,4 Triliun untuk “penerimaan lainnya” yang dapat menyumbang APBN (Sekretariat Kabinet - RI, 2020b), dapat menjadi pintu

masuk utama untuk langkah-langkah yang bertujuan untuk membatasi konsumsi makanan dan minuman yang tidak sehat. Dalam dua kesempatan terpisah pada tahun 2020 dan 2021, Kementerian Keuangan membahas usulan pengenaan cukai pada minuman berpemanis gula (Rp 1.500 per liter) di hadapan DPR; pada saat penulisan dokumen ini, tidak ada *timeline* yang jelas mengenai kepastian dan waktu usuan akan diadopsi (Widagdo, 2021).

Selain itu, tidak ada kebijakan pengadaan publik yang terkait secara khusus dengan PGS atau NPS. Namun terdapat beberapa ketentuan untuk mengatur sektor makanan komersial, di antaranya peraturan pemerintah tentang keamanan pangan (Sekretariat Kabinet - RI, 2019) dan undang-undang pangan (Sekretariat Kabinet - RI, 2012). Instrumen-instrumen ini mengatur keamanan pangan, kualitas dan gizi layanan penyediaan makanan komersial (termasuk gerai makanan cepat saji), di mana undang-undang pangan juga secara eksplisit mengaitkannya dengan kebutuhan untuk mencapai pola gizi seimbang. Beberapa ketentuan juga berlaku khusus untuk pengawasan dan pengendalian peredaran dan pemasaran pangan olahan. BPOM ditugaskan untuk memantau kepatuhan dan melaporkan pelanggaran yang dilakukan perusahaan swasta yang bergerak di bidang distribusi pangan olahan (Sekretariat Kabinet - RI, 2012, 2019; BPOM - RI, 2021b). Ketentuan ini di antaranya kepatuhan terhadap Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI. Platform web dan chatbot telah disiapkan agar publik dapat melaporkan

pelanggaran terhadap Kode tersebut (*Children Health Alliance*, 2021).

Namun, terlepas dari upaya yang terus dilakukan, ketidakpatuhan terhadap Kode tersebut dan taktik pemasaran yang agresif masih menjadi masalah yang tersebar luas di Indonesia. Sebuah laporan baru-baru ini tentang kepatuhan terhadap PASI yang dilakukan di Jakarta, berdasarkan wawancara dengan wanita dan tenaga kesehatan, penilaian pengecer makanan, analisis label produk dan iklan media, menyoroti jumlah kasus ketidakpatuhan yang sangat tinggi terhadap beberapa ketentuan Kode (Durako *et al.*, 2016). Hal ini di antaranya banyak contoh promosi PASI di gerai ritel, dan sejumlah besar label produk yang tidak sesuai. Selain itu, penelitian ini mengamati banyak iklan PASI di saluran pemasaran tradisional, dan terutama media sosial. Hal ini sejalan dengan bukti laporan pemantauan media lainnya yang juga menunjukkan peningkatan pelanggaran di platform media sosial selama pandemi Covid-19 (Furneau, 2020; AIMI, 2021), yang menandakan adanya tren yang mengkhawatirkan dalam peningkatan penggunaan saluran-saluran ini oleh perusahaan sektor swasta, untuk menghindari ketentuan Kode dan mengiklankan produk mereka.

Selain itu, perusahaan makanan harus mematuhi Peraturan BPOM No. 6/2021 terbaru, yang memantau iklan pangan olahan (secara luas didefinisikan sebagai makanan atau minuman yang diproses dengan metode tertentu, dengan atau tanpa penambahan

bahan tambahan). Peraturan tersebut mencakup ketentuan khusus tentang iklan yang menargetkan anak-anak, melarang iklan yang mempromosikan pola makan yang tidak sehat dan menyertakan pernyataan yang menyesatkan. Lebih lanjut, peraturan tersebut melarang iklan susu formula bayi di semua media massa (kecuali media cetak khusus kesehatan). Pegawai pemerintah bertugas memantau iklan, tetapi masyarakat umum juga dapat berpartisipasi dengan melaporkan pelanggaran melalui saluran komunikasi resmi (BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; BPOM - RI, 2021).

Dari perusahaan makanan sektor swasta, ada beberapa contoh dalam merumuskan kembali penawaran makanan berdasarkan kriteria gizi. McDonald's menawarkan sayuran dan air minum mineral sebagai pilihan dalam penawaran paket mereka, dan telah berkomitmen untuk memenuhi kandungan gizi yang ditingkatkan secara global untuk setidaknya 50 persen menu anak-anak mereka, yaitu "*Happy Meal*", pada tahun 2022 (total 600 kalori, di mana maksimum 10 persen masing-masing dari lemak jenuh dan gula, dan dengan kandungan natrium maksimum 650mg) (McDonald's Indonesia, 2021a, 2021b). KFC Indonesia juga saat ini menawarkan versi makanan mereka yang lebih sehat di gerai "*Naughty by Nature*" yang baru; namun, saat ini hanya tersedia satu lokasi (di Jakarta), dan harganya jauh lebih mahal dibandingkan dengan menu reguler (KFC Indonesia, 2021b, 2021c). Tidak jelas apakah langkah-langkah ini telah atau akan berdampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat.



Terkait dengan langkah pemerintah dalam reformulasi pangan, masih belum ada kebijakan khusus untuk reformulasi pangan. Beberapa langkah awal telah dilakukan pada tahun 2019, dengan diselenggarakannya “*ASEAN Inter-Country Consultation Meeting on Food and Beverage Reformulation and Production*”, yang berfungsi sebagai wadah untuk membahas opsi-opsi untuk mengembangkan kebijakan dan sistem pemantauan untuk produksi makanan dan minuman siap konsumsi yang lebih sehat (Kementerian Kesehatan - RI, 2019b). Selain itu, beberapa peraturan diterbitkan untuk mencoba dan membatasi konsumsi gula, garam, dan lemak untuk mencegah PTM. Beberapa di antaranya adalah peraturan tentang pencantuman pesan kesehatan pada pangan olahan dan siap saji, serta

peraturan yang disebutkan sebelumnya tentang PGS dan label “pilihan lebih sehat”. Namun, seperti disebutkan sebelumnya, kepatuhan terhadap FOPNL tetap atas dasar sukarela. Kepatuhan terhadap aturan pesan kesehatan seharusnya sudah menjadi kewajiban mulai tahun 2019; namun hingga saat penulisan laporan ini, hal tersebut masih belum diberlakukan (BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; Direktorat P2PTM, Kementerian Kesehatan, FGD, 18 Oktober 2021).

Ada beberapa ketentuan yang juga mengatur sisi produksi sistem pangan yang berpotensi mempengaruhi upaya pencegahan kelebihan berat badan. Badan Ketahanan Pangan Kementerian Pertanian telah menggalakkan strategi untuk mendukung usaha mikro, kecil



dan menengah (UMKM) pangan lokal (Badan Ketahanan Pangan-Kementerian Pertanian-RI, 2021, FGD, 18 Oktober). Strategi tersebut bertujuan untuk memperkuat diversifikasi pangan dan mendorong konsumsi pangan yang lebih sehat dan aman dengan memberikan pelatihan, pembiayaan, dan dukungan akses pasar kepada UMKM. Selain itu, BPOM telah mengeluarkan peraturan tentang sertifikasi industri pangan rumahan (BPOM - RI, 2018a). Namun, sertifikasi tersebut terutama terkait dengan kriteria keamanan pangan; Bahkan, di antara jenis usaha makanan rumahan yang didukung juga ada yang memproduksi makanan tidak sehat seperti makanan manis. Demikian pula, meskipun Badan Ketahanan Pangan telah mengeluarkan kebijakan untuk memfasilitasi

redistribusi pangan dari daerah surplus pangan ke daerah yang kekurangan pangan, sesuai dengan ketentuan yang termasuk dalam UU Pangan, hal ini tidak spesifik untuk pangan yang selaras dengan kriteria PGS atau NPS (Sekretariat Kabinet - RI, 2012; Kementerian Pertanian - RI, 2020). Dalam mengatur impor pangan yang tidak memenuhi kriteria tersebut, UU Pangan tahun 2012 memang memuat ketentuan yang menyatakan bahwa semua impor pangan harus memenuhi sejumlah kriteria, antara lain kriteria keamanan, mutu, dan gizi pangan; namun dalam praktiknya, impor produk makanan tidak sehat (misalnya makanan ultra proses) tidak dilarang.

Terakhir, Badan Ketahanan Pangan telah menerapkan beberapa inisiatif penelitian dan pengembangan yang terkait secara khusus dengan kriteria makan sehat yang ditetapkan oleh PGS. Ini termasuk penggunaan PGS dalam upaya edukasi masyarakat untuk mendorong pola makan yang beragam, seimbang, aman dan berbasis sumber daya lokal; penyusunan Peta Jalan Diversifikasi Pangan Lokal Sumber Karbohidrat Non Beras Tahun 2020-2024, yang ditujukan untuk mendorong diversifikasi dan mutu pangan di masyarakat; program ini mendukung pemantauan rutin konsumsi pangan masyarakat dan pelatihan petugas daerah untuk meningkatkan kapasitas mereka dalam menganalisis konsumsi pangan lokal berdasarkan kriteria Pola Pangan Harapan (PPH) (Badan Ketahanan Pangan-Kementerian Pertanian-RI, 2021, FGD, 18 Oktober; Kementerian Pertanian - RI, 2021)

3.1.4 Kebijakan dan program dari sektor lain

Analisis ini juga melihat kebijakan dan program yang berada di luar kewenangan sektor kesehatan, gizi dan pangan, namun tetap dapat berdampak—baik positif maupun negatif—pada pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas. Pertama, analisis difokuskan pada sektor air, sanitasi, dan kebersihan (WASH), yang dapat memfasilitasi penyediaan air minum gratis, sehingga berkontribusi pada pola makan yang sehat (UNICEF, 2019). Seperti disebutkan sebelumnya, masih terdapat kesenjangan yang signifikan dalam hal rumah

tingga Indonesia dapat mengakses air minum yang aman dan bersih (Kementerian Kesehatan - RI, 2020a), serta di sekolah-sekolah yang menyediakan layanan air minum dasar bagi siswa (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan - RI, 2020; Kementerian Agama - RI, 2020). Sementara itu, konsumsi minuman manis (baik minuman siap konsumsi maupun jus dan teh manis) masih tinggi di dalam negeri dan terus meningkat. Meskipun demikian, tidak ada kebijakan nasional untuk memastikan akses ke air minum yang aman di masyarakat dan sekolah, meskipun sudah ada contoh inisiatif dan pedoman individu. Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) multi-sektoral mempromosikan air dan sanitasi di daerah pedesaan melalui penyediaan infrastruktur dan edukasi perubahan perilaku, termasuk di dalam lingkungan sekolah (PAMSIMAS, 2021). Pedoman sanitasi dan kebersihan sekolah telah dikembangkan dari program tersebut (Pokja AMPL, 2010). Pedoman fasilitas sanitasi sekolah dasar, termasuk yang terkait dengan air minum, juga telah diterbitkan (Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2018).

Kedua, analisis ini berfokus pada sistem pendidikan, sebagai pengakuan atas peran utama yang dapat dimainkan oleh sistem ini dalam meningkatkan kesehatan anak-anak dari segala usia dengan memfasilitasi penerapan gaya hidup sehat sejak dini. Sudah ada pedoman yang mendorong pengaturan penitipan anak untuk mendukung pola makan sehat, aktivitas fisik dan pola tidur untuk

meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anak-anak. Pedoman ini tidak menetapkan persyaratan atau standar khusus, dan tidak mengatur *screen time*; akan tetapi dalam praktiknya, *screen time* dibatasi maksimal dua jam dan untuk kegiatan pembelajaran yang memerlukan dukungan perangkat elektronik (Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi-RI, 2021, FGD, 11 November; Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi- RI, 2015). Tidak ada standar gizi khusus untuk makanan yang disediakan di sekolah. Pada tahun 2013, BPOM mengeluarkan pedoman jajanan anak sekolah, yang memuat pesan umum tentang makan sehat dan menekankan peran orang tua, guru dan pengelola kantin sekolah dalam berkontribusi mempromosikan gizi seimbang pada anak (BPOM - RI, 2013). Terdapat pula beberapa pedoman yang mengatur aspek-aspek tertentu dari kantin sekolah; namun, tidak satu pun dari ini membatasi penjualan makanan dan minuman tinggi GGL atau UPF, dan pedoman nasional yang komprehensif belum dikembangkan (Rachmadewi *et al.*, 2021). Sudah ada pedoman untuk aktivitas fisik anak SD dan SMP, sebagai bagian dari program UKS/M (Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2019). Belum ada standar yang mengatur jumlah aktivitas sedentari maupun *screen time* di lingkungan pendidikan. Kemendikbud juga telah menerbitkan buku saku pedoman gizi seimbang dan kantin/jajanan sehat di sekolah dasar yang menyasar guru sekolah, meliputi edukasi kesehatan dan gizi, serta promosi lingkungan sekolah sehat (2021a).

Ketiga, analisis ini melihat pada perencanaan kota dan sektor transportasi, untuk menilai apakah sudah ada kebijakan dan program yang dapat memfasilitasi mobilitas aktif dan aktivitas fisik yang sehat dan kebiasaan olahraga sudah ada. Saat ini tidak ada kebijakan nasional yang mempromosikan mobilitas aktif untuk pergi ke sekolah dan pulang sekolah, meskipun sudah ada beberapa contoh inisiatif di tingkat daerah. Pemerintah Kota Blitar misalnya, pada tahun 2017 meluncurkan Program Sepeda Gratis untuk membagikan sepeda gratis kepada anak-anak SMA setempat (Pemerintah Kota Blitar, 2017). Terkait aktivitas fisik, terdapat beberapa contoh kebijakan nasional dan lokal yang dapat memungkinkan mobilitas dan olahraga aktif sehari-hari, meskipun masih banyak kesenjangan dalam implementasinya. Misalnya, undang-undang dan peraturan transportasi memang mengatur pemasangan fasilitas pejalan kaki dan bersepeda yang aman di semua jalan yang terbuka untuk lalu lintas umum (Sekretariat Kabinet - RI, 2009; Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat - RI, 2014; Kementerian Perhubungan - RI, 2018). Instrumen-instrumen ini harus diterjemahkan ke dalam implementasi di tingkat daerah. Namun, implementasi fasilitas ini di tingkat daerah masih terbatas, di mana hanya sedikit pemerintah daerah yang menerapkan kebijakan dan peraturan untuk penetapan dan pemeliharaan atau *maintenance* (ITDP, 2020). Terdapat juga ketentuan nasional yang bertujuan untuk mengurangi penggunaan mobil, yang mana beberapa telah dipraktikkan di tingkat daerah (Sekretariat Kabinet - RI, 1999a, 2009).



© UNICEF/2015/Josh Estey

Misalnya, terdapat beberapa bukti bahwa sistem pelat ganjil-genap yang diterapkan di Jakarta berdampak positif dalam mengurangi lalu lintas dan meningkatkan kualitas udara (Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta, 2019). Terdapat pula beberapa contoh program lokal yang menghubungkan pengurangan penggunaan mobil dengan aktivitas fisik, misalnya inisiatif “*car free day*” yang ditetapkan di Jakarta dan provinsi lain agar dapat berolahraga di luar ruangan (*Car Free Day Indonesia*, 2014).

Keempat, analisis ini melihat sektor bantuan sosial. Belum ada statistik nasional tentang kualitas pangan yang ditawarkan melalui program kesejahteraan sosial dan bantuan darurat pemerintah, atau mengenai

keselarasannya dengan rekomendasi dari PGS. Namun demikian, ada beberapa contoh program yang sedang berjalan yang memiliki potensi dalam hal memberikan dukungan untuk pencegahan kelebihan berat badan. Misalnya, mulai tahun 2020, Pemerintah Indonesia, yang melanjutkan program bantuan sosial sebelumnya seperti subsidi beras Rastra, mengubah skema Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) menjadi program Sembako. Bantuan yang diberikan melalui program ini dapat berbentuk barang berupa 10 kilogram beras yang dibagikan setiap bulan secara gratis (Bansos Rastra Beras), maupun dalam bentuk nontunai (BPNT) yang dapat digunakan oleh penerima manfaat untuk membeli beras dan/ atau telur di gerai tertentu, berdasarkan jumlah

yang dibutuhkan (TNP2K, 2018). Program ini menysasar rumah tangga yang kurang mampu dan memperluas bantuan yang diberikan oleh inisiatif sebelumnya ke berbagai komoditas yang lebih luas yang mencerminkan keragaman pangan dan kandungan gizi yang lebih tinggi (TNP2K, 2020). Merespon pandemi COVID-19, pemerintah memperluas jangkauan program Sembako ke 4,8 juta keluarga tambahan, mendistribusikannya ke masing-masing penerima manfaat setara dengan Rp 200.000 per bulan antara April-Desember 2020 (Kementerian Sosial - RI, 2020b). Informasi mengenai kandungan gizi pada bantuan pangan yang disalurkan melalui program tanggap darurat pemerintah lainnya masih terbatas. Terdapat beberapa bukti yang menunjukkan bahwa kualitas gizi pangan yang ditawarkan dalam konteks respons pandemi COVID-19 dapat ditingkatkan dari sudut pandang gizi. Misalnya, pada program distribusi sembako untuk memberikan paket bantuan sembako kepada keluarga dari orang dalam pengawasan COVID-19 di DKI Jakarta. Namun, paket makanan yang dibagikan berisi berbagai produk makanan ultra proses (UPF), seperti mie instan, produk kalengan, saos botolan, dan minyak goreng (Kementerian Sosial - RI, 2020a).

Terakhir, analisis difokuskan pada beberapa faktor sosial budaya dan biofisik yang dapat mempengaruhi pola makan dan aktivitas fisik. Dalam hal faktor biofisik yang mempengaruhi pola makan, dua musim iklim (musim kemarau dan musim hujan) yang lazim di Indonesia mencerminkan perubahan ketersediaan produk

pangan tertentu sepanjang tahun—misalnya, curah hujan yang tinggi dapat menunda panen beberapa tanaman sayuran seperti cabai, buncis, wortel, singkong dan ubi jalar (Sanubari, 2018; Wijaya, 2019). Seperti halnya di semua negara di dunia, Indonesia diperkirakan akan menghadapi risiko dari dampak perubahan iklim, termasuk pada sistem pangan. Perubahan iklim diperkirakan akan menyebabkan perubahan musim dalam ketersediaan dan frekuensi curah hujan, serta meningkatkan kemungkinan terjadinya cuaca ekstrem yang pada gilirannya dapat meningkatkan risiko gagal panen (ADB, 2019). Kenaikan suhu juga dapat meningkatkan kemunculan hama dan penyakit baru, semakin mengancam produksi pangan, dan juga mengubah kandungan gizi tanaman pangan (Swinburn *et al.*, 2019). Data pemerintah menunjukkan bahwa pada periode 2020-2045, produksi beras di pulau Jawa dan Sumatera (pusat produksi utama tanaman ini di Indonesia) dapat turun 10-17,5 persen akibat dari perubahan iklim (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2021). Estimasi pemodelan rinci untuk tanaman pangan lainnya, terutama untuk tanaman sayuran dan buah-buahan kaya gizi, saat ini masih terbatas, meskipun terdapat beberapa bukti yang menunjukkan dampak negatif yang diproyeksikan pada sebagian besar tanaman pangan, termasuk jagung, buah-buahan dan sayuran, dalam hal dilakukan investasi yang tepat dalam penelitian dan pembangunan untuk mengurangi dampak iklim (ADB, 2019).

Keragaman biofisik dan budaya Indonesia juga mencerminkan variasi preferensi makanan di seluruh negeri. Misalnya, meskipun nasi adalah makanan pokok paling populer di seluruh negeri, sagu dan jagung masih menjadi makanan pokok yang populer di beberapa provinsi di daerah Timur (Wongso, 2016; Wijaya, 2019). Keragaman ini sebenarnya tercermin dalam PGS, yang mencakup ketentuan untuk menyesuaikan rekomendasi pola makan dengan beragam budaya pangan lokal (Kementerian Kesehatan - RI, 2014b). Faktor-faktor kultural lain yang membentuk konsumsi makanan termasuk hubungan positif antara kelebihan berat badan dengan kesehatan di kalangan balita (Leonita dan Nopriadi, 2010; *Economist Intelligence Unit* (EIU), 2011; Syahidah dan Wijayanti, 2017) dan tradisi yang terkait dengan hari besar keagamaan—misalnya, kebiasaan makan makanan pinggir jalan dan jajanan tinggi gula garam dan lemak untuk berbuka puasa selama bulan Ramadhan (Setyani, 2019). Selain itu, bukti pengamatan menunjukkan bahwa makanan sehat dapat dianggap mahal, terutama akibat iklan media sosial yang mempromosikan produk premium spesifik yang sehat, bermerek dan/atau impor yang bukan merupakan bagian dari tradisi kuliner lokal. Terdapat kemungkinan bahwa persepsi ini beragam di seluruh negeri dan di seluruh lokasi di daerah perkotaan dan pedesaan, di berbagai kelompok usia dan pendapatan, dan tingkat pengetahuan gizi, dengan beberapa bukti keterkaitan umum antara makanan sehat dan hidangan murah berbasis bahan lokal yang bergizi yang juga diamati (Novianti *et al.*, 2018; Colozza, 2021).

Terdapat beberapa studi yang menjelaskan karakteristik khusus dari medan dan lingkungan fisik lokal dapat memungkinkan atau menghambat aktivitas fisik, misalnya dengan berjalan kaki sebagai moda transportasi yang tersebar luas di antara komunitas petani yang tinggal di dataran tinggi dan daerah pegunungan, dan lebih menuntut fisik dibandingkan dengan daerah pesisir dataran rendah (Yogantoro dan Ferianto, 2016). Namun belum ada data nasional mengenai norma budaya tertentu yang dapat menghambat peluang untuk terlibat dalam aktivitas fisik. Namun, penelitian kualitatif baru-baru ini yang dilakukan di Jawa dan Lombok di kalangan remaja (N= 302) menemukan bahwa aktivitas fisik lebih sedikit di antara remaja perempuan daripada laki-laki, karena persepsi umum bahwa anak perempuan tidak boleh atletik dan anak perempuan lebih dibatasi untuk berada di luar rumah setelah matahari terbenam oleh keluarga mereka, sehingga membatasi peluang mereka untuk melakukan aktivitas fisik sepulang sekolah (Roshita *et al.*, 2021)



3.2 Kesenjangan dan prioritas untuk pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia: sorotan dari tinjauan lingkungan kebijakan, FGD dan wawancara informan kunci

Meskipun analisis ini mengidentifikasi beberapa kebijakan dan program yang relevan dengan pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia, analisis ini juga menyoroti banyak

kesenjangan dalam ruang lingkup dan isinya, serta dari sisi penegakan, pemantauan dan evaluasinya. Wawancara informan kunci dan FGD diselenggarakan untuk melengkapi temuan

dan mengisi kesenjangan pengetahuan yang muncul dari tinjauan pustaka. Wawancara dan FGD juga berfungsi untuk mengukur sikap peserta terhadap pertanyaan dan masalah yang lebih luas terkait pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia; misalnya, pendapat mereka tentang tantangan saat ini, dan tindakan paling mendesak yang diperlukan untuk memajukan agenda pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas.

Rangkuman singkat dari temuan tambahan ini, termasuk kutipan dari wawancara dan peserta FGD, disajikan di bawah ini berdasarkan bidang tematik utama.

3.2.1 Kesenjangan utama dalam kebijakan, program dan peraturan yang ada

Meskipun beberapa kebijakan dan program yang ada di Indonesia merepresentasikan langkah-langkah positif menuju peningkatan komitmen terhadap pencegahan kelebihan berat badan, beberapa kesenjangan masih tetap ada, seperti yang disoroti dalam tinjauan dan diskusi tentang lingkungan pendukung di bagian awal. Rangkuman bahasan sebelumnya juga dibahas di bawah ini:

- Saat ini tidak ada instrumen fiskal untuk mengenakan cukai makanan dan minuman sesuai dengan kriteria gizi dan kesehatan yang ditetapkan dalam pedoman diet berbasis makanan Indonesia-Pedoman Gizi Seimbang (PGS), atau selaras dengan skema profil gizi (NPS) internasional atau

nasional. Ini merupakan celah yang cukup besar karena kurangnya disinsentif untuk pembelian produk yang mengandung gizi tidak sehat, terutama UPF yang mengandung banyak gula, garam, dan lemak tidak sehat, seperti minuman berpemanis gula, makanan ringan kemasan yang asin atau manis, mie instan, dan makanan manis. Produk ini memiliki dampak negatif yang nyata dan signifikan terhadap kesehatan masyarakat. Langkah khusus yang harus dipertimbangkan adalah cukai atas minuman berpemanis gula, yang telah diakui secara internasional sebagai metode yang efektif untuk mengurangi konsumsi dan meningkatkan kesehatan penduduk dan telah berhasil diadopsi oleh negara-negara lain di kawasan Asia Pasifik (misalnya Malaysia, Thailand, Filipina dan banyak negara di Kepulauan Pasifik).

- Meskipun terdapat beberapa contoh skema pelabelan gizi pada bagian depan atau utama label, hal ini terbatas pada produk tertentu dan tidak mengikuti rekomendasi internasional WHO tentang efektivitas untuk kesehatan masyarakat. Tidak ada skema spesifik “label peringatan” untuk menandakan produk yang mengandung zat gizi dalam jumlah yang tinggi, meskipun jenis label ini secara luas diakui sebagai cara paling efektif dari perspektif kesehatan masyarakat. Kepatuhan terhadap skema yang ada saat ini juga tetap bersifat sukarela.
- Demikian pula, tidak ada instrumen yang mendukung makanan sehat untuk

mendorong peningkatan konsumsi makanan yang lebih sehat dan mempromosikan pola makan yang lebih sehat—misalnya, subsidi tanaman pangan bergizi (seperti buah-buahan dan sayuran dengan kandungan gizi tinggi), atau kebijakan pengadaan makanan publik di lingkungan sekolah atau tempat kerja yang secara spesifik terkait dengan rekomendasi dalam PGS atau NPS.

- Peraturan tentang pemasaran makanan dan minuman yang tinggi gula, garam, dan lemak tidak sehat sudah ada secara tertulis, tetapi terdapat banyak keterbatasan dalam penegakannya di lapangan (seperti yang dibahas di bagian selanjutnya), dibuktikan dengan seringnya ketidakpatuhan oleh perusahaan F&B terhadap peraturan ini, juga karena kurangnya sistem pemantauan dan sanksi yang efektif.
- Dalam sistem layanan kesehatan dan gizi, tidak ada jalur rujukan yang dipublikasikan untuk bayi dan balita yang berisiko kelebihan berat badan atau obesitas. Meskipun mencakup banyak intervensi yang memiliki potensi *double duty actions* untuk mendukung pencegahan kelebihan berat badan di samping bentuk masalah gizi lainnya, konseling gizi yang ada saat ini untuk wanita hamil dan ibu secara keseluruhan ditargetkan untuk masalah kekurangan gizi, sementara kesadaran dan kapasitas konseling tentang kelebihan berat badan masih terbatas.
- Selain itu, terdapat isu minimnya peraturan nasional dan penyesuaian untuk mempromosikan lingkungan sekolah yang lebih sehat—misalnya, memastikan bahwa makanan yang disediakan di kantin sekolah mematuhi standar gizi yang baik, pembatasan penjualan UPF yang tidak sehat di dalam dan sekitar sekolah, dan pembatasan keterlibatan perusahaan F&B swasta (misalnya, dalam mensponsori kegiatan dan acara sekolah). Selain itu, masih ada keterbatasan substansial dalam jumlah sekolah yang menyediakan layanan air minum yang aman, yang merupakan faktor pendukung lebih lanjut untuk konsumsi minuman berpemanis gula yang tidak sehat, dan tidak ada standar nasional untuk aktivitas sedentari dan *screen time* di lingkungan institusi pendidikan.
- Tidak ada kebijakan yang ditetapkan untuk transportasi aktif yang dapat mendorong bersepeda atau berjalan kaki menuju ke sekolah dan kembali dari sekolah atau tempat kerja. Meskipun terdapat bukti yang terbatas dan kemungkinan terdapat perbedaan yang signifikan di seluruh Indonesia, infrastruktur untuk mobilitas aktif (seperti, trotoar dan jalur sepeda) masih terbatas, tidak aman, dan secara keseluruhan memiliki kualitas yang buruk).



3.2.2 Kesenjangan dalam mekanisme tata kelola

Selain kesenjangan kebijakan tertentu, analisis ini menemukan beberapa keterbatasan dalam hal mekanisme tata kelola yang dapat memfasilitasi tindakan menuju pencegahan kelebihan berat badan. Di tingkat nasional, meskipun masing-masing kebijakan dan program, terutama yang didorong oleh Kementerian Kesehatan, berfokus secara khusus pada pencegahan kelebihan berat badan, bidang tematik ini tetap kurang menarik dalam agenda politik. Hal ini ditunjukkan oleh fakta bahwa meskipun RPJMN 2020-2024

memasukkan target untuk obesitas dewasa dan memberikan tanggung jawab langsung tugas ini ke Kementerian Kesehatan, target ini tidak memasukkan target untuk obesitas pada anak-anak. Tidak dimasukkannya pencegahan kelebihan berat badan sebagai prioritas utama dalam RPJMN 2020-2024 juga mengakibatkan kurangnya alokasi dana dalam RPJMN dan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) dan anggaran negara tahunan (Sekretariat Kabinet - RI, 2020a). Mengingat bahwa pencegahan obesitas bukanlah salah satu bidang strategi prioritas utama pemerintah, peningkatan kesadaran di antara para pembuat keputusan dan masyarakat umum tentang besarnya masalah ini masih menjadi tantangan, terutama

di tingkat daerah. Kajian ilmiah dan diseminasi data dan informasi sangat penting pada tahap ini, untuk memberikan bukti kuat kepada para pengambil keputusan dan masyarakat yang dapat mempengaruhi perubahan dalam hal meningkatkan profil agenda pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia. FGD dengan perwakilan dari mitra non-pemerintah, seperti media, organisasi profesional, akademisi, dan organisasi masyarakat sipil (OMS) menekankan pentingnya kajian ilmiah dan diseminasi data dan informasi untuk meningkatkan kesadaran atas kelebihan berat badan dan obesitas. Perwakilan dari akademisi, media dan OMS sepakat bahwa “kampanye yang konsisten dan mudah dipahami diperlukan untuk mendukung pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas”. Selain itu, perwakilan organisasi profesi juga mencatat bahwa “salah satu isu di Indonesia terkait dengan berbagi pengetahuan adalah hasil penelitian akademik yang tidak tersosialisasikan dengan baik sehingga tidak menjadi informasi arus utama yang dapat digunakan untuk kebutuhan kampanye”. Akhirnya, perwakilan akademisi menyebutkan bahwa “kajian ilmiah juga diperlukan pada topik spesifik yang belum digali, misalnya hubungan antara faktor lingkungan seperti iklim, geografi dan polusi udara, dengan kelebihan berat badan dan obesitas”.

Kesenjangan besar lainnya dalam hal tata kelola adalah kurangnya koordinasi dan kolaborasi di berbagai sektor, yang mana sangat penting untuk mempromosikan pendekatan holistik untuk pencegahan kelebihan berat badan. Hal

ini mengakibatkan terbatasnya pengetahuan dan keselarasan antara kebijakan dan program di berbagai sektor, terutama di luar Kementerian Kesehatan dan berbagai organisasi. Pernyataan yang dibuat oleh perwakilan Kementerian Kesehatan selama FGD menyoroti bahwa “tidak ada wadah koordinasi *multi-stakeholder* untuk pencegahan obesitas, meskipun sudah ada untuk pencegahan dan pengurangan *stunting*”. Hal ini tidak mengejutkan mengingat isu *stunting* jauh lebih menarik dalam agenda politik dan komitmen untuk tindakan melawan *stunting* lebih tinggi dibandingkan dengan pencegahan kelebihan berat badan. Selain itu, seperti yang telah dibahas sebelumnya, terdapat kesenjangan yang substansial antara komitmen yang dibuat di atas kertas oleh kebijakan dan pedoman nasional dalam hal pencegahan kelebihan berat badan dan *double duty actions*, dan implementasinya di lapangan pada skala lokal. Hal ini sebagian disebabkan oleh kurangnya mekanisme untuk memfasilitasi koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah mengenai masalah ini dan mencerminkan rendahnya kesadaran secara keseluruhan dan kurangnya program-program terkait masalah kelebihan berat badan dan obesitas di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

3.2.3 Penegakan peraturan, pemantauan dan pengawasan

Sudah ada peraturan nasional tentang pangan dan gizi, namun pemantauan dan penegakannya masih memiliki kekurangan dalam beberapa



hal. Misalnya, selama pemantauan dan pengawasan iklan pangan olahan diatur dalam Peraturan BPOM No. 6/2021, pada praktiknya, tidak ada pemantauan atau sanksi terhadap perusahaan makanan dan minuman (F&B) olahan yang mempromosikan makanan dan minuman tidak sehat yang tinggi GGL. Meskipun BPOM rutin mengadakan kampanye edukasi konsumen tentang cara membaca dan menafsirkan label makanan tinggi GGL melalui saluran media sosial mereka, inisiatif ini saja tidak mungkin menghasilkan manfaat besar dari segi kesehatan populasi, jika tidak dicocokkan dengan pencantuman label pangan yang lebih efektif dan informatif (seperti disebutkan di atas), dan penegakan sanksi yang

memadai terhadap perusahaan makanan dan minuman olahan yang tidak patuh. Demikian pula, meskipun peraturan BPOM tersebut di atas mengamanatkan bahwa iklan makanan dan minuman olahan tinggi GGL harus memuat pesan peringatan agar konsumen membatasi konsumsi makanan tersebut, pada kenyataannya banyak iklan pangan olahan yang tidak mematuhi peraturan ini, dan sering kali mencantumkan pesan peringatan yang ditulis dan diletakkan sedemikian rupa sehingga sulit diperhatikan dan dibaca oleh konsumen. Regulasi yang ada juga tidak menetapkan aturan yang membatasi iklan pangan olahan pada waktu-waktu tertentu, sehingga memudahkan perusahaan F&B untuk menysasar anak-anak

secara langsung selama waktu puncak paparan yang diketahui.

Ketidakselarasan serupa antara peraturan yang ada dan penegakannya ditemukan untuk reformulasi pangan. Tidak ditemukan peraturan nasional yang menetapkan target pengurangan gula, garam, dan lemak berdasarkan alasan kesehatan. Namun, terdapat peraturan BPOM (No. 26/2021) (BPOM - RI, 2021c). Peraturan BPOM No. 26/2021 mendorong perusahaan pangan olahan untuk memformulasi ulang produk mereka dengan mengurangi GGL dan memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam skema profil gizi (NPS) dan, seperti yang dibahas sebelumnya, perusahaan yang mematuhi dapat memasang logo “pilihan lebih sehat” pada produk pangan tertentu. Peraturan ini masih bersifat sukarela, dan seperti disebutkan sebelumnya, meskipun peraturan ini memperluas cakupannya dengan menambahkan beberapa produk pangan untuk memenuhi kriteria profil gizi, peraturan ini menghapus kewajiban yang disebutkan secara eksplisit untuk menyertakan logo pada bagian utama label. Selain itu, amandemen tahun 2015 (Kementerian Kesehatan - RI, 2015b) terhadap Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam dan Lemak pada Pangan Siap Saji (Kementerian Kesehatan - RI, 2013a) diterbitkan dalam rangka upaya pencegahan PTM, dimaksudkan untuk mengamankan perusahaan, mulai September 2019 untuk mencantumkan jumlah gula, garam dan lemak serta pesan kesehatan pada label pangan olahan dan pangan siap saji. Namun, belum ada

tindak lanjut yang jelas dari pelaksanaannya, dan sampai dengan penyusunan dokumen ini, peraturan tersebut belum berlaku.

Terakhir, tidak ada sistem pemantauan atau pengawasan rutin khusus untuk kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak. Pengawasan gizi dilakukan berdasarkan indikator masalah gizi dan kinerja program gizi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Namun, Permenkes nomor 14/2019 (Kementerian Kesehatan - RI, 2019f) tentang teknis pelaksanaan surveilans gizi tidak memasukkan kelebihan berat badan dan obesitas sebagai bagian dari masalah gizi yang perlu dipantau (yang meliputi masalah kekurangan gizi dan kekurangan zat gizi mikro). Kelebihan berat badan hanya dipantau secara tidak langsung sebagai indikator kinerja program gizi yang mencerminkan proporsi anak-anak di antara mereka yang dipantau yang mengalami kenaikan berat badan — indikator yang digunakan untuk menilai kemajuan dalam mengatasi kekurangan gizi.

3.2.4 Prioritas lain dari FGD dan wawancara informan kunci

Lingkungan keluarga dan sekolah

Keluarga dan sekolah memiliki peran kunci dalam mengarahkan anak-anak agar mengonsumsi makanan yang lebih sehat dan perilaku aktivitas fisik, dalam konteks tindakan yang lebih luas yang berpusat



pada pembentukan lingkungan kebijakan yang mendukung. Anggota keluarga harus dibekali dengan pengetahuan yang cukup tentang pemberian makan kepada anak-anak mereka dengan makanan bergizi dan sehat, termasuk dalam rangka mencegah masalah di kemudian hari akibat kelebihan berat badan dan obesitas. Selain itu, sekolah harus menciptakan lingkungan yang mendukung bagi anak-anak agar lebih mudah untuk memilih makanan dan minuman yang terjangkau, dan untuk mendukung mereka dengan memberikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap positif yang sesuai terhadap gizi dan kesehatan. Untuk mencapai hal ini, implementasi program UKS/M yang sudah ada harus diperkuat, karena program tersebut merupakan wadah yang baik untuk mencegah kelebihan berat badan dan obesitas pada anak usia sekolah dan remaja melalui tindakan di tingkat lokal. FGD dengan perwakilan dari Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi menyoroti perlunya menggabungkan program dan inisiatif yang berfokus pada pemberdayaan orang tua dengan pengetahuan gizi yang baik, di mana yang lain berfokus pada perbaikan lingkungan makanan sekolah, dan untuk membangun lingkungan kebijakan yang mendukung di tingkat daerah: “Tindakan prioritas [untuk Kementerian] adalah melibatkan orang tua. Peraturan Menteri (Permendikbud) nomor 30 yang dikeluarkan pada tahun 2017 mengamanatkan keterlibatan keluarga atau orang tua dalam institusi pendidikan. Selain keterlibatan di sekolah, penting untuk memberikan pengetahuan

dan meningkatkan kapasitas orang tua untuk mengelola asupan makanan anak-anak mereka, dan untuk meningkatkan kesadaran bahwa anak-anak yang mengalami kelebihan berat badan atau obesitas tidaklah sehat. Tentu ada berbagai strategi lain yang juga perlu diprioritaskan, termasuk dengan mendorong penetapan kebijakan di tingkat pemerintah daerah, karena dalam konteks pendidikan, sektor utamanya adalah pemerintah daerah.”

Komunikasi Perubahan Sosial dan Perilaku

FGD dengan perwakilan media menyoroti beberapa prioritas dan kebutuhan yang terkait dengan keterlibatan saluran media tradisional dan sosial ke dalam kesadaran pencegahan kelebihan berat badan dan upaya advokasi. Kampanye Komunikasi Perubahan Sosial dan Perilaku (SBCC) memiliki peran kunci dalam mempromosikan kesehatan dan gizi, terutama untuk meningkatkan kesadaran publik tentang masalah terkait kelebihan berat badan dan obesitas. Diperlukan kampanye efektif yang tidak hanya melibatkan *influencer* media sosial dan tokoh masyarakat lainnya, tetapi juga menasar mereka untuk mempengaruhi masyarakat umum, terutama anak-anak dan remaja yang semakin sering mengakses informasi melalui media sosial. Namun demikian, karena media massa masih menjadi sarana penting untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat, maka mereka harus dilibatkan dalam penyampaian informasi dan kampanye pencegahan kelebihan berat badan. Kampanye

melalui saluran-saluran tersebut harus dilakukan secara konsisten, misalnya dengan menyiarkan Iklan Layanan Masyarakat (ILM) secara berkala. Penting juga untuk memastikan narasi kelebihan berat badan dan obesitas yang tidak menyalahkan anak-anak atau orang tua, tetapi yang mengakui dan menyoroti peran

penyebab obesitas sistemik yang lebih luas, dan yang menyeimbangkan antara meningkatkan kesadaran akan komplikasi kesehatan yang terkait dengan kelebihan berat badan dan obesitas dengan mempromosikan pesan citra tubuh yang positif dan sehat.



© UNICEF/2019/Arimacs Wilander



4. REKOMENDASI UNTUK KEBIJAKAN DAN PENERAPAN

Bagian ini merangkum rekomendasi kebijakan dan program untuk pencegahan kelebihan berat badan agar dipertimbangkan oleh pemerintah Indonesia. Rekomendasi ini didasarkan pada tinjauan dan analisis data yang tersedia dan lingkungan kebijakan yang disajikan pada bab-bab sebelumnya, serta hasil lokakarya validasi yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan selama dua hari yang diselenggarakan oleh UNICEF di Jakarta pada tanggal 12 Juli dan 25 Agustus 2022. Lokakarya tersebut menghadirkan mitra pemerintah dan non-pemerintah dari berbagai sektor, dengan tujuan untuk bersama-sama mengembangkan rekomendasi untuk memperkuat upaya pencegahan kelebihan berat badan dan obesitas di Indonesia. Rekomendasi ini mencakup

strategi menyeluruh yang dapat secara efektif mendukung peningkatan pencegahan kelebihan berat badan dan tindakan gizi spesifik yang terutama berada dalam jangkauan sistem pangan dan kesehatan (*lihat Tabel 4*). Meskipun daftar tersebut merupakan langkah pertama menuju identifikasi tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia, penting untuk dicatat bahwa:

- Ini adalah rangkaian rekomendasi pertama, berdasarkan studi dan analisis UNICEF disertai dengan bukti global dan praktik terbaik. Meskipun temuan dan rekomendasi telah divalidasi dengan beberapa mitra pemerintah dan non-pemerintah, diperlukan

diskusi tindak lanjut untuk mengidentifikasi langkah-langkah khusus dan menengah yang diperlukan agar berhasil mengimplementasikan masing-masing rekomendasi.

- Demikian pula, meskipun daftar ini menyarankan agar aktor utama pemerintah yang harus memimpin dan terlibat dalam setiap rekomendasi, diperlukan diskusi lebih lanjut untuk mengidentifikasi peran dan tanggung jawab dengan jelas. Selain itu, meskipun daftar ini berfokus pada pemangku kepentingan pemerintah, keterlibatan berkelanjutan dari mitra non-pemerintah (termasuk OMS, akademisi, otoritas adat, dll.) akan menjadi kunci keberhasilan pelaksanaan masing-masing rekomendasi.
- Daftar ini mencakup tindakan menengah jangka pendek/jangka menengah (misalnya, pelaksanaan kampanye pendidikan) dan tujuan transformatif jangka panjang (misalnya, penerapan cukai dan peraturan). Tindakan ini tidak harus disajikan dalam urutan kronologis karena tujuan dari daftar ini bukan untuk memberikan peta jalan dan *timeline* yang pasti; namun hal ini harus dikembangkan, untuk setiap rekomendasi, dengan berkonsultasi dengan kementerian dan pihak terkait lainnya. Berkenaan dengan dukungan UNICEF, diskusi rencana kerja tahunan yang menguraikan bidang-

bidang kerjasama yang disepakati dengan kementerian-kementerian pengampu yang berbeda dapat menjadi titik masuk untuk mengidentifikasi tindakan menengah yang dapat berkontribusi pada tujuan jangka panjang.

- Terakhir, seperti yang telah disampaikan sebelumnya, daftar ini berfokus pada rekomendasi gizi spesifik yang terutama menasar pada sistem kesehatan dan pangan. Penting untuk dicatat bahwa terdapat banyak tindakan penting lainnya yang diperlukan agar berhasil meningkatkan pencegahan kelebihan berat badan/obesitas berada di bawah tanggung jawab sektor lain¹³. Hal ini akan memerlukan diskusi lebih lanjut dan mendalam di kemudian hari dengan kementerian terkait.

¹³ Hal ini termasuk intervensi dalam sistem pendidikan, untuk membuat lingkungan sekolah agar lebih mendukung pola makan sehat dan gaya hidup aktif (misalnya, dengan mengatur penjualan dan pemasaran makanan dan minuman tinggi GGL dan menyediakan fasilitas yang memadai untuk aktivitas fisik); perlindungan sosial dan tanggap darurat, untuk merancang ulang program yang ada untuk memastikan program yang ada mempromosikan pola makan sehat dan tidak secara sengaja mendorong konsumsi makanan dan minuman tinggi GGL, misalnya dengan memasukkan produk-produk tinggi GGL dalam paket bantuan sosial; Air, Sanitasi dan Kebersihan (WASH), untuk meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas air minum yang aman di dalam rumah tangga dan masyarakat, termasuk di dalam sekolah; lingkungan fisik, untuk menyediakan infrastruktur mobilitas aktif yang aman dan berkualitas baik; dan pertanian, untuk mendorong produksi produk pertanian yang bergizi dan berkelanjutan.

Tabel 4. Daftar ringkasan rekomendasi untuk kebijakan dan penerapan.

Strategi menyeluruh	Saran koordinator	Kementerian terkait utama lainnya
1. Memasukkan indikator obesitas anak ke dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan dokumen terkait lainnya, untuk memperkuat komitmen dan memobilisasi pendanaan untuk pencegahan kelebihan berat badan.	Bappenas	Kementerian Kesehatan
2. Membangun mekanisme lintas sektoral yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan untuk mempromosikan berbagi pengetahuan dan koordinasi untuk pencegahan kelebihan berat badan.	Kementerian Kesehatan; Bappenas	Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan; Kementerian Dalam Negeri
3. Memastikan kajian ilmiah berkualitas untuk mengatasi kesenjangan yang ada dan menginformasikan kebijakan dan tindakan pencegahan kelebihan berat badan ¹⁴ .	Kementerian Kesehatan	Bappenas; Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN)
4. Melakukan peningkatan kesadaran berkelanjutan untuk mempromosikan pemahaman yang kuat tentang kelebihan berat badan/obesitas dan masalah terkait ¹⁵ .	Kementerian Kesehatan	Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan; Kementerian Komunikasi dan Informatika; Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
Tindakan gizi spesifik	Saran koordinator	Kementerian terkait utama lainnya
1. Meluncurkan kampanye komunikasi untuk meningkatkan dukungan publik terhadap cukai minuman berpemanis gula dengan menyoroti manfaat kesehatan dan potensinya untuk menghasilkan pendapatan untuk inisiatif promosi kesehatan.	Kementerian Kesehatan; Kementerian Keuangan	Kementerian Komunikasi dan Informatika
2. Menetapkan cukai minuman berpemanis gula untuk mengurangi konsumsi dan mendorong reformulasi produk yang relevan.	Kementerian Keuangan	Kementerian Kesehatan; Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian; Kementerian Perindustrian; Kementerian Perdagangan; Badan Perlindungan Konsumen Nasional (BPKN)
3. Memperkuat pemantauan dan penegakan peraturan pemasaran makanan dan minuman tinggi GGL yang ada ¹⁶ dan sanksi atas ketidakpatuhan terhadapnya.	Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM)	Kementerian Kesehatan; Kementerian Perindustrian, Kementerian Perdagangan, BPKN
4. Menetapkan dan menegakkan peraturan untuk membatasi makanan dan minuman tinggi GGL di dalam dan di lingkungan sekitar sekolah dan wilayah lain yang sering dikunjungi oleh anak-anak dan remaja	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan; Kementerian Kesehatan; BPOM	Kementerian Agama; Kementerian Dalam Negeri; BPKN

¹⁴ Berdasarkan tinjauan data dan bukti yang tersedia yang disajikan dalam dokumen ini, prioritas awal untuk kajian ilmiah meliputi: 1) dampak cukai minuman berpemanis gula pada beragam kelompok pendapatan dan pada pekerjaan, dan perkiraan manfaatnya bagi kesehatan gizi (terutama di kalangan anak-anak) dan peningkatan pendapatan pemerintah; 2) bukti dampak peraturan pemasaran, termasuk praktik terbaik, pendukung, dan langkah-langkah yang diadopsi di negara tempat peraturan tersebut diterapkan; 3) bukti pemahaman konsumen tentang FOPNL dan efektivitas berbagai jenis FOPNL; 4) bukti faktor risiko lingkungan untuk kelebihan berat badan dan obesitas di semua provinsi.

¹⁵ Kampanye harus disesuaikan dengan kelompok tertentu (misalnya, orang tua dan pengasuh, anak-anak, remaja, dll.). Topik dapat termasuk, tetapi tidak terbatas pada, mempromosikan pemahaman kelebihan berat badan sebagai bentuk masalah gizi, hubungan eratnya dengan bentuk masalah gizi lainnya serta PTM dan kesehatan mental, meningkatkan kesadaran tentang PGS yang ada dan menyoroti peran pangan lokal dan konsumsi pangan lokal dalam menyediakan alternatif yang terjangkau dan sehat untuk menggantikan makanan ultra proses dan makanan dan minuman tinggi GGL, di saat yang sama juga lebih ramah lingkungan.

¹⁶ Peraturan harus berlaku untuk semua bentuk pemasaran, termasuk iklan di media tradisional seperti radio dan TV, iklan fisik (misalnya, papan reklame) termasuk di sekolah, web, media sosial, dan promosi melalui aplikasi dan permainan (*game*) digital. Selain itu, peraturan harus mencakup teknik yang terkait dengan pemasaran, seperti sponsor industri makanan dan minuman untuk acara sekolah atau kompetisi dan penghargaan olahraga.

5.	Meluncurkan kampanye untuk meningkatkan kesadaran tentang pemasaran makanan dan minuman tinggi GGL ¹⁷ dan bekerja sama dengan perusahaan sektor swasta web dan media sosial yang relevan untuk membatasi pemasaran melalui saluran mereka.	Kementerian Kesehatan	B POM; Kementerian Perdagangan; Kementerian Perindustrian; BPKN; Badan Pangan Nasional (BPN); Kementerian Komunikasi dan Informatika
6.	Mengembangkan, menerapkan, dan menegakkan peraturan yang menargetkan gerai ritel makanan ¹⁸ yang memproduksi, memasarkan dan menjual makanan dan minuman tinggi GGL.	B POM	Kementerian Kesehatan; Kementerian Perindustrian; Kementerian Perdagangan; BPKN; BPN
7.	Meningkatkan skema FOPNL yang ada ¹⁹ dengan memperluas cakupan produk makanan dan minuman, menjadikannya wajib dan menerapkan insentif untuk mendorong pengadopsiannya.	B POM	Kementerian Kesehatan, Kementerian Perdagangan, Kementerian Perindustrian, Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif, Kementerian Koperasi dan Usaha Kecil Menengah (UKM); BPN; BPKN
8.	Menerapkan skema FOPNL yang menunjukkan manfaat kesehatan masyarakat, khususnya logo peringatan dan label <i>traffic light</i> .	B POM	Kementerian Kesehatan; Kementerian Perindustrian; Kementerian Perdagangan; BPN; BPKN
9.	Memperluas peraturan yang ada tentang makanan dan minuman tinggi GGL yang diproduksi dan didistribusikan oleh usaha mikro dan kecil, untuk memandatkan penyertaan FOPNL dan pengungkapan informasi kandungan gizi.	B POM	Kementerian Kesehatan; Kementerian Koperasi dan UKM; Kementerian Perindustrian; Kementerian Perdagangan; Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif; BPN; BPKN
10.	Membuat program pemberian label atau sertifikat kepada penjual makanan jadi ²⁰ yang menyediakan makanan dan minuman sehat dan/atau membatasi pilihan tinggi GGL.	Kementerian Kesehatan; B POM; Kementerian Koperasi dan UKM	Kementerian Perdagangan; Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif
11.	Memastikan implementasi dan peningkatan program yang ada dengan potensi pencegahan kelebihan berat badan ²¹ .	Kementerian Kesehatan	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan; Kementerian Agama; Kementerian Dalam Negeri; Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
12.	Memperkuat sistem data untuk memfasilitasi skrining dan rujukan anak-anak dengan risiko kelebihan berat badan; pemantauan dan evaluasi program.	Kementerian Kesehatan	Bappenas
13.	Memperkuat kapasitas tenaga kesehatan dan kader kesehatan untuk memberikan program pencegahan kelebihan berat badan dan penyuluhan.	Kementerian Kesehatan	-
14.	Memasukkan layanan pencegahan kelebihan berat badan berbasis fasilitas primer dalam paket manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).	Kementerian Kesehatan	-

¹⁷ Topik fokus untuk kampanye dapat termasuk, tetapi tidak terbatas pada, pesan untuk masyarakat umum tentang efek berbahaya dari pemasaran makanan dan minuman ultra proses (UPF) /tinggi GGL pada anak-anak, pesan yang menargetkan *influencer* web dan media sosial untuk mendorong mereka menahan diri agar tidak mempromosikan produk ini kepada anak-anak dan bukti klaim menyesatkan yang dibuat oleh industri makanan dan minuman untuk mempromosikan produk mereka kepada anak-anak.

¹⁸ Ruang lingkup peraturan harus mencakup ritel 'modern' seperti pasar swalayan dan toko serba ada, tetapi juga perusahaan 'tradisional' individu dan berbasis masyarakat yang memproduksi, memasarkan dan menjual makanan tinggi GGL dan UPF.

¹⁹ Dua skema yang saat ini diterapkan adalah label panduan asupan harian (GDA) pada bagian depan atau utama label dan logo 'pilih lebih sehat'.²⁰ For example, street food vendors and other small and medium community-based retailers and enterprises.

²⁰ Misalnya, pedagang makanan kaki lima dan ritel berbasis usaha kecil dan menengah (UKM) dan usaha berbasis masyarakat lainnya.

²¹Antara lain, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).



4. REFERENSI

ADB (2016) 'Indonesia Country Water assessment', Asian Development Bank, Indonesia. Available at: <www.adb.org>

ADB (2019) 'Policies to Support Investment Requirements of Indonesia's Food and Agriculture Development During 2020-2045', Asian Development Bank.

AIMI (2021) 'Breastmilk Substitute Companies' Code Violation', Available at: <https://drive.google.com/file/d/1UjOJpr933ly2eEWKb6Fs1hfl3tGJhoEM/view?usp=sharing>

Almond, D. and Currie, J. (2011) 'Killing Me Softly : The Fetal Origins Hypothesis', 25(3), pp. 153–172.

Amarra, M. S. *et al.* (2021) 'ILSI Southeast Asia symposium: prevalence, risk factors, and actions to address gestational diabetes in selected Southeast Asian countries', *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(9), pp. 1303–1308. doi: 10.1038/s41430-020-00838-6.

An, R. *et al.* (2018) 'Impact of ambient air pollution on obesity: A systematic review', *International Journal of Obesity*. Springer US, 42(6), pp. 1112–1126. doi: 10.1038/s41366-018-0089-y.

Andriyani, F. D., Biddle, S. J. H. and De Cocker, K. (2021) 'Adolescents' physical activity and sedentary behaviour in Indonesia during the COVID-19 pandemic: a qualitative study of mothers' perspectives', *BMC Public Health*, 21(1), pp. 1–14. doi: 10.1186/s12889-021-11931-1.

Baker, P. and Friel, S. (2014) 'Processed foods and the nutrition transition: evidence from Asia'. doi: 10.1111/obr.12174.

Baker, P. and Friel, S. (2016) 'Food systems transformations, ultra- processed food markets and the nutrition transition in Asia', *Globalization and Health*, doi: 10.1186/s12992-016-0223-3.

Blitar City Government (2017) 'Walikota Akan Launching Sepeda Gratis Untuk SMP', December, 2017.

Bloom, D. E. *et al.* (2015) 'The Economics of Non-Communicable Diseases in Indonesia', Available at: <http://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economics_of_non_Disease_Indonesia_2015.pdf>

De Boo, H. A. and Harding, J. E. (2006) 'The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis', *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(1), pp. 4–14. doi: 10.1111/j.1479-828X.2006.00506.x.

BPOM - RI (2013) 'Pedoman Pangan Jajanan Anak Sekolah untuk Pencapaian Gizi Seimbang Bagi Orang Tua, Guru dan Pengelola Kantin', p. 37.

BPOM - RI (2018a) *Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 22 Tahun 2018 tentang Pedoman Pemberian Sertifikasi Produksi Pangan Industri Rumah Tangga.*

- BPOM - RI (2018b) 'Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 31 Tahun 2018 Tentang Label Pangan Olahan', Badan Pengawas Obat dan Makanan.
- BPOM - RI (2019) *Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 22 Tahun 2019 Tentang Informasi Nilai Gizi Pada Label Pangan Olahan*.
- BPOM - RI (2021a) *Peraturan badan pengawas obat dan makanan nomor 20 tahun 2021 tentang Perubahan atas peraturan badan pengawas obat dan makanan nomor 31 tahun 2018 tentang label pangan olahan*.
- BPOM - RI (2021b) *Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 6 Tahun 2021 tentang Pengawasan Periklanan Pangan Olahan*.
- BPOM - RI (2021c) *Peraturan BPOM No 26/2021 tentang Informasi Nilai Gizi Pada Label Pangan Olahan*.
- BPS, BKKBN, Kemenkes, U. (2018) 'Indonesia Demographic and Health Survey 2017', Jakarta. Available at: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR342/FR342.pdf>>
- BPS (2021) 'Number of motor vehicles by type (unit)', *Badan Pusat Statistik, Statistics Indonesia*.
- Burger King Indonesia (2021) 'Overview', LinkedIn.
- Burnet Institute (2021) 'Addressing NCD risks amongst adolescents in Indonesia'.
- Cabinet Secretariat - RI (1999a) 'PP RI Nomor 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara', p. 18.
- Cabinet Secretariat - RI (1999b) 'Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 1999 tentang PERS', pp. 1–11.
- Cabinet Secretariat - RI (2003) 'Undang - Undang RI No 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan'.
- Cabinet Secretariat - RI (2007) *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai*.
- Cabinet Secretariat - RI (2009) *Undang-Udang RI Nomor 22 Tahun 2009 tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan*.
- Cabinet Secretariat - RI (2012) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan'.
- Cabinet Secretariat - RI (2017) *Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat*.
- Cabinet Secretariat - RI (2019) *Peraturan Pemerintah RI Nomor 86 Tahun 2019 Tentang Keamanan Pangan, Peraturan Pemerintah RI Nomor 86 Tahun 2019 Tentang Keamanan Pangan*.
- Cabinet Secretariat - RI (2020a) *Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 18/2020: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024*.
- Cabinet Secretariat - RI (2020b) *Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2020 Tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2021*.
- Car Free Day Indonesia (2014) *Dasar Hukum Pelaksanaan Car Free Day*.
- Children Health Alliance (2021) 'Platform for Reporting Violations of the International Code on Marketing of Breastmilk Substitutes'
- Colozza, D. (2021) 'Dietary health perceptions and sources of nutritional knowledge in an urban food environment: A qualitative study from Indonesia', *Public Health Nutrition*, 24(10), pp. 2848–2858. doi: 10.1017/S1368980020003900.
- Colozza, D. and Avendano, M. (2019) 'Urbanisation, dietary change and traditional food practices in Indonesia: A longitudinal analysis', *Social Science and Medicine*. Elsevier, 233(February), pp. 103–112. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.06.007.
- Durako S.J. et al. (2016) 'In-Country Assessments of BMS Companies Compliance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes', 3129(301).
- Economist Intelligence Unit (EIU) (2011) 'Tackling obesity in ASEAN: Prevalence, impact, and guidance on interventions', (June).
- Euromonitor International (2020) 'Market Research Indonesia', Retrieved from <<https://www.euromonitor.com>>.
- FAO et al. (2021) *Food security and nutrition in urban Indonesia: evidence from a remote COVID-19 survey*.
- FAO, UNICEF and WFP (2021) *Regional Overview of Food Security and Nutrition: Maternal and Child Diets at the Heart of Improving Nutrition in Asia and The Pacific, Asia and the Pacific Regional Overview of Food Security and Nutrition*.
- Furneaux, R. (2020) 'The baby brands turning Indonesian Instagram into free formula ads', *The Bureau of Investigative Journalism*, July.
- Global Nutrition Report (2021a) 'Country nutrition profiles', *Indonesia*.

- Global Nutrition Report (2021b) 'Country nutrition profiles', *Methodology*.
- Government of Central Java Province (2017) 'Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 25 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Terminal Penumpang Angkutan Jalan Tipe B di Jawa Tengah'.
- Government of the Special Capital Region of Jakarta (2019) 'Peraturan Gubernur Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 88 Tahun 2019 Perubahan Atas Peraturan Gubernur Nomor 155 Tahun 2018 Tentang Pembatasan Lalu Lintas Dengan Sistem Ganjil-Genap'.
- Green, M. *et al.* (2019) 'High proportions of children under 3 years of age consume commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages in Bandung City, Indonesia', *Maternal and Child Nutrition*, 15(S4), pp. 1–14. doi: 10.1111/mcn.12764.
- Hanandita, W. and Tampubolon, G. (2015) 'SSM -Population Health The double burden of malnutrition in Indonesia: Social determinants and geographical variations', *SSM - Population Health*. Elsevier, 1, pp. 16–25. doi: 10.1016/j.ssmph.2015.10.002.
- Hawkes, C. (2006) 'Uneven dietary development: Linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases', *Globalization and Health*, 18, pp. 1–18. doi: 10.1186/1744-8603-2-4.
- Hendriyani *et al.* (2012) 'Children's media use in Indonesia', *Asian Journal of Communication*, 22(3), pp. 304–319. doi: 10.1080/01292986.2012.662514.
- Himes, J. H. (2009) 'Challenges of accurately measuring and using BMI and other indicators of obesity in children', *Pediatrics*, 124(SUPPL. 1), doi: 10.1542/peds.2008-3586D.
- IDAI (2013) *Pengenalan Kode Pemasaran Pengganti ASI Internasional*.
- IDAI (2015) *Diagnosis, Tata Laksana, dan Pencegahan Obesitas pada Anak dan Remaja, Indonesian Pediatric Society*.
- IHME (2021) 'Indonesia profile, Institute for Health Metrics and Evaluation', University of Washington. Available at: <<https://www.healthdata.org/indonesia> (Accessed: 5 April 2022)>.
- ITDP (2020) 'Non-Motorized Transport Policy Guideline For Mid-Size Cities in Indonesia', Jakarta.
- Kanter, R. and Caballero, B. (2012) 'Global gender disparities in obesity: A review', *Advances in Nutrition*, 3(4), pp. 491–498. doi: 10.3945/an.112.002063.
- Kelly, B. *et al.* (2016) 'Children's exposure to food advertising on free-to-air television: An Asia-Pacific perspective', *Health Promotion International*, 31(1), pp. 144–152. doi: 10.1093/heapro/dau055.
- Kementerian Kesehatan RI (2016) 'Cek Kesehatan Secara Rutin', *Kementerian Kesehatan Indonesia*.
- KFC Indonesia (2021a) *Kegiatan Usaha Perusahaan*.
- KFC Indonesia (2021b) 'KFC Naughty by Nature' - Menu.
- KFC Indonesia (2021c) Menu.
- Kurniasanti, K. *et al.* (2019) 'Internet Screen Time and Related Factors: Threat to Adolescents in Indonesia', *Makara Human Behavior Studies in Asia*, 23(2), p. 152. doi: 10.7454/hubs.asia.1070819.
- Landhuis, C. E. *et al.* (2008) 'Childhood sleep time and long-term risk for obesity: A 32-year prospective birth cohort study', *Pediatrics*, 122(5), pp. 955–960. doi: 10.1542/peds.2007-3521.
- Leonita, E. and Nopriadi, N. (2010) 'Persepsi Ibu Terhadap Obesitas pada Anak Sekolah Dasar', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1(1), pp. 39–48. doi: 10.25311/keskom.vol1.iss1.9.
- Ma, X. *et al.* (2020) 'Skipping breakfast is associated with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis', *Obesity Research and Clinical Practice*, Asia Oceania Assoc. for the Study of Obesity, 14(1), pp. 1–8. doi: 10.1016/j.orcp.2019.12.002.
- Maehara, M. *et al.* (2019) 'Patterns and risk factors of double burden of malnutrition among adolescent girls and boys in Indonesia', *PLoS ONE*, 14(8), pp. 15–18. doi: 10.1371/journal.pone.0221273.
- Mboi, N. *et al.* (2018) 'On the road to universal health care in Indonesia, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016', *The Lancet*. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license, 392(10147), pp. 581–591. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30595-6.
- McDonald's Indonesia (2021a) 'McDelivery'.
- McDonald's Indonesia (2021b) 'Mcdonald's mengumumkan komitmen global pada dukungan keluarga melalui peningkatan fokus pada happy meal', February, 2021.
- McDonald's Indonesia (2021c) Overview, LinkedIn.

Ministry of Agriculture - RI (2020) *Stabilisasi pasokan, diversifikasi pangan dan pengentasan daerah rentan pangan*.

Ministry of Agriculture - RI (2021a) *Analisis Pola Konsumsi dan Kebutuhan Konsumsi Pangan*.

Ministry of Agriculture - RI (2021b) 'Kementan Gelar Ekspose UMKM Pangan Lokal 2021'.

Ministry of Communication and Information Technology - RI (2016) *Keterbukaan Informasi Publik Menjamin Kualitas Hidup yang Lebih Baik*.

Ministry of Education and Culture - RI (2020) *Profil Sanitasi Sekolah Tahun 2020*. Available at: <https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RIKHUS/2012/Laporan_SDT2014.pdf>

Ministry of Education Culture Research and Technology - RI (2015) *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Taman Penitipan Anak*.

Ministry of Education Culture Research and Technology - RI (2018) 'Pedoman Pengembangan Sanitasi Sekolah Dasar', p. 60.

Ministry of Education Culture Research and Technology - RI (2019) *Pedoman Pembinaan dan Pengembangan UKS/M*.

Ministry of Education Culture Research and Technology - RI (2021a) *Gizi Seimbang dan Kantin / Jajanan Sehat Kantin / Jajanan Sehat*.

Ministry of Education Culture Research and Technology - RI (2021b) *Pemberitahuan Penerimaan Proposal Program Riset Keilmuan Tahun 2021*.

Ministry of Finance - RI (2021) 'Health Budget'.

Ministry of Health - RI (2010) *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010*.

Ministry of Health - RI (2012) *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Ministry of Health - RI (2013a) *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam dan Lemak pada Pangan Siap Saji*.

Ministry of Health - RI (2013b) *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*.

Ministry of Health - RI (2014a) *Buku Studi Diet Total: Survei Konsumsi Makanan Individu Indonesia 2014*, Ministry of Health Republic of Indonesia. Available at: <https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RIKHUS/2012/Laporan_SDT2014.pdf>

Ministry of Health - RI (2014b) *Pedoman Gizi Seimbang ('Balanced Nutrition Guidelines')*.

Ministry of Health - RI (2014c) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual'.

Ministry of Health - RI (2014d) *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang*.

Ministry of Health - RI (2015a) *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*.

Ministry of Health - RI (2015b) *Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam, dan Lemak Serta Pesan Kesehatan untuk Pangan Olahan dan Pangan Siap Saji*.

Ministry of Health - RI (2016) *Buku Panduan GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)*.

Ministry of Health, Directorate of NCD prevention - RI (2017) *Panduan Pelaksanaan Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS)*.

Ministry of Health - RI (2018) *Laporan Nasional RISKESDAS, 2018*.

Ministry of Health - RI (2019a) 'CERDIK, Rahasia Masa Muda Sehat dan Masa Tua Nikmat!', September.

Ministry of Health - RI (2019b) 'Konsultasi Antar Negara ASEAN untuk Reformulasi dan Produksi Makanan dan Minuman Sehat', July.

Ministry of Health - RI (2019c) *Kurikulum pelatihan konseling pemberian makan bagi bayi dan anak (PMBA)*.

Ministry of Health - RI (2019d) 'Laporan Akhir Penelitian SSGBI 2019'. Available at: <<https://cegahstunting.id/unduh/publikasi-data/>>

Ministry of Health - RI (2019e) *Panduan Pembinaan Kebugaran Jasmani bagi Peserta Didik Melalui UKS/M*.

- Ministry of Health - RI (2019f) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Teknis Surveillans Gizi'.
- Ministry of Health - RI (2019g) 'Tiga Tahun GERMAS Lessons Learned', Available at: <https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_Tiga_Tahun_Germas_Lesson_Learned.pdf>
- Ministry of Health - RI (2020a) Hasil utama studi kualitas air minum rumah tangga di Indonesia.
- Ministry of Health - RI (2020b) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.
- Ministry of Health - RI (2020c) Rencana Aksi Program 2020-2024.
- Ministry of Health - RI (2021a) Belajarkesga E-learning Platform, Pembelajaran Mandiri Program Kesehatan Keluarga.
- Ministry of Health - RI (2021b) Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota tahun 2021.
- Ministry of Health - RI (2021c) 'm-KIA', Google Play Store.
- Ministry of Health - RI (2021d) Profil Kesehatan Indonesia 2020, IT - Information Technology. Available at: <<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>>
- Ministry of National Development Planning - RI (2019) Kajian Sektor Kesehatan Pembangunan Gizi di Indonesia, Kementerian PPN/Bappenas.
- Ministry of National Development Planning - RI (2020) Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (National Medium-Term Development Plan) 2020-2024, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020.
- Ministry of National Development Planning - RI (2021) 'Climate resilience development policy 2020-2045', doi: 10.1787/80ed06ec-en.
- Ministry of Public Works and Housing - RI (2014) PP Menteri Pekerjaan Umum Nomor 3/PRT/M/2014 tentang Pedoman Perencanaan, Penyediaan, dan Pemanfaatan Prasarana dan Sarana Jaringan Pejalan Kaki di Kawasan Perkotaan.
- Ministry of Religious Affairs - RI (2020) Profil Sanitasi Madrasah Tahun 2020. Available at: <<https://pustakapendisntt.com/2020/12/29/profil-sanitasi-madrasah-2020/>>
- Ministry of Social Affairs - RI (2019) Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyaluran Bantuan Pangan Nontunai.
- Ministry of Social Affairs - RI (2020a) 'Kemensos Salurkan 200 Ribu Sembako dan Makanan Siap Saji Kepada ODP dan PDP COVID-19', April.
- Ministry of Social Affairs - RI (2020b) Program Sembako Untuk Masyarakat Rentan Hadapi Pandemi Covid 19. Available at: <<https://puspensos.kemensos.go.id/program-semabako-untuk-masyarakat-rentan-hadapi-pandemi-covid-19>> (Accessed: 6 April 2022).
- Ministry of Transportation - RI (2018) 'Permenhub No 67 Tahun 2018 tentang Perubahan Permenhub Nomor 34 Tahun 2014 tentang Marka Jalan'.
- Ministry of Women Empowerment and Child Protection - RI (2010) Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan perempuan dan Perlindungan Anak RI Nomor 03 Tahun 2020 tentang Penerapan Sepuluh Langkah Menuku Keberhasilan Menyusui.
- NCD Risk Factor Collaboration (2017) 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), pp. 2627–2642. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.
- Nestlé Indonesia (2022) 'Nestlé Healthy Kids Global Programme Indonesia', Available at: <<https://www.nestle.co.id/csv/gizidankesehatan/healthykidsprogram>> (Accessed: 30 March 2022).
- Niswah, I., Rah, J. H. and Roshita, A. (2021) 'The Association of Body Image Perception With Dietary and Physical Activity Behaviors Among Adolescents in Indonesia', *Food and Nutrition Bulletin*, 42(1_suppl), pp. S109–S121. doi: 10.1177/0379572120977452.
- Novianti, C. et al. (2018) 'Food choices made by primary carers (mothers/grandmothers) in West Java , Indonesia', 130(38), pp. 84–92. doi: 10.1016/j.appet.2018.08.005.
- Oddo, V. M. et al. (2019) 'Risk factors for nutrition-related chronic disease among adults in Indonesia', *PLoS ONE*, 14(8), pp. 1–22. doi: 10.1371/journal.pone.0221927.
- Oddo, V. M., Maehara, M. and Rah, J. H. (2019) 'Overweight in Indonesia: An observational study of trends and risk factors among adults and children', *BMJ Open*, 9(9). doi: 10.1136/bmjopen-2019-031198.
- de Onis, M. and Branca, F. (2016) 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal and Child Nutrition*, 12, pp. 12–26. doi: 10.1111/mcn.12231.

- PAHO (2020) *Front-of-package labeling as a policy tool for the prevention of noncommunicable diseases in the Americas*. Available at: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52740/PAHONMHRF200033_eng.pdf?sequence=6>
- PAMSIMAS (2021) *Profil PAMSIMAS, Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat*.
- Parasin, N., Amnuaylojaroen, T. and Saokaew, S. (2021) 'Effect of air pollution on obesity in children: A systematic review and meta-analysis', *Children*, 8(5), pp. 1–16. doi: 10.3390/children8050327.
- Patel, S. R. and Hu, F. B. (2008) 'Short Sleep Duration and Weight Gain: A Systematic Review', *Obesity*, 16(3), pp. 643–653. doi: 10.1038/oby.2007.118.
- Pingali, P. (2006) 'Westernization of Asian diets and the transformation of food systems: Implications for research and policy', 32, pp. 281–298. doi: 10.1016/j.foodpol.2006.08.001.
- Pokja AMPL (2010) *Pedoman umum sanitasi dan higiene sekolah, Kelompok Kerja Air Minum dan Penyehatan Lingkungan*.
- Popkin, B. M. (1999) 'Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition', *World Development*, 27(11), pp. 1905–1916. doi: 10.1016/S0305-750X(99)00094-7.
- Popkin, B. M., Adair, L. S. and Ng, S. W. (2012) 'NOW AND THEN: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries', 70(1), pp. 3–21. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x.NOW.
- Popkin, B. M., Corvalan, C. and Grummer-Strawn, L. M. (2020) 'Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality', *The Lancet*. World Health Organization. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved., pp. 65–74. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32497-3.
- Pramono, A. Y. *et al.* (2021) 'The social value of implementing the ten steps to successful breastfeeding in an Indonesian hospital: A case study', *Yale Journal of Biology and Medicine*, 94(3), pp. 429–458.
- Purnamasari, D. *et al.* (2013) 'Indonesian Clinical Practice Guidelines for Diabetes in Pregnancy', *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 28(1), pp. 9–9.
- Puspikawati, S. I. *et al.* (2021) 'Density of outdoor food and beverage advertising around gathering place for children and adolescent in East Java, Indonesia', *Public Health Nutrition*, 24(5), pp. 1066–1078. doi: 10.1017/S1368980020004917.
- Rachmadewi, A. *et al.* (2021) 'School Canteens in Selected Areas in Indonesia: A Situation Analysis', *Food and Nutrition Bulletin*, 42(2), pp. 225–246. doi: 10.1177/037957212111008021.
- Rah, J. H. *et al.* (2021) 'The Triple Burden of Malnutrition Among Adolescents in Indonesia', *Food and Nutrition Bulletin*, 42(1_suppl), pp. S4–S8. doi: 10.1177/037957212111007114.
- RAND Corporation (2020) 'The Indonesia Family Life Survey (IFLS)'.
- Rayner, G. *et al.* (2007) 'Trade liberalization and the diet transition: a public health response', 21, pp. 67–74. doi: 10.1093/heapro/dal053.
- Reality Check Approach plus and UNICEF Indonesia (2016) *Adolescents and their families. Perspectives and experiences on nutrition and physical activities*. Jakarta.
- Rimbawan, R. *et al.* (2020) 'Consumers and Food Manufacturers Preferences for Front-of-Pack Nutrition Labelling in Indonesia', *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16(13), pp. 17–18.
- Roemling, C. and Qaim, M. (2012a) 'Obesity trends and determinants in Indonesia', *Appetite*. Elsevier Ltd, 58(3), pp. 1005–1013. doi: 10.1016/j.appet.2012.02.053.
- Roemling, C. and Qaim, M. (2012b) 'Obesity trends and determinants in Indonesia q', *Appetite*. Elsevier Ltd, 58(3), pp. 1005–1013. doi: 10.1016/j.appet.2012.02.053.
- Roshita, A. *et al.* (2021) 'A Qualitative Inquiry into the Eating Behavior and Physical Activity of Adolescent Girls and Boys in Indonesia', *Food and Nutrition Bulletin*, 42(1_suppl), pp. S122–S131. doi: 10.1177/0379572121990948.
- Rosyada, H. and Ardiansyah, B. G. (2017) 'Analisis Fisibilitas Pengenaan Cukai Atas Minuman Berpemanis (Sugar-Sweetened Beverages)', *Kajian Ekonomi dan Keuangan*, 1(3), pp. 229–241. doi: 10.31685/kek.v1i3.291.
- Sallis, J. F. *et al.* (2012) 'Role of Built Environments in Physical Activity, Obesity, and Cardiovascular Disease', *Circulation*, 125(5), pp. 729–737. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022.
- Sanubari, T. P. E. (2018) 'Pengaruh Perubahan Iklim Terhadap Penyebab Diabetes Mellitus Tipe 2: Sebuah Studi Literatur Climate change's impact to Causes of Diabetes Mellitus Type 2: A Literature Study', *IJMS-Indonesian Journal On Medical Science*, 5(1), pp. 2355–1313.
- Sawaya A and Roberts S. Stunting and future risk of obesity: principal physiological mechanisms. *Cad Saude Publica* 2003;19:S21–8. doi:10.1590/s0102-311x2003000700003

- Semarang City Government (2021) 'Pemkot Semarang Dorong Penerapan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)', November.
- Setyani, S. N. F. N. (2019) *Faktor-faktor yang mempengaruhi preferensi konsumen terhadap makanan buka puasa di pasar kaget Ramadhan*. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Shang, X. *et al.* (2020) 'Healthy breakfast habits and changes in obesity-related cardiometabolic markers in children: a longitudinal analysis', *European Journal of Clinical Nutrition*. Springer US, 74(12), pp. 1685–1697. doi: 10.1038/s41430-020-0614-7.
- Soekarjo, D. D. *et al.* (2018) 'Strengthening Nutrition-Specific Policies for Adolescents in Indonesia: A Qualitative Policy Analysis', *Food and Nutrition Bulletin*, 39(3), pp. 475–486. doi: 10.1177/0379572118785054.
- Soltani, H. *et al.* (2017) 'Pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain and their effects on pregnancy and birth outcomes: A cohort study in West Sumatra, Indonesia', *BMC Women's Health*, 17(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s12905-017-0455-2.
- ST22 Youth Empowerment (2022) 'Our partners'. Available at: <<https://st22youthpartner.id/our-partners/>> (Accessed: 30 March 2022).
- Statistics Indonesia (2008) 'Indonesia Demographic and Health Survey' (IDHS) 2007. Jakarta.
- Statistics Indonesia (2021a) 'Percentage of Households by Province, Area Type and Source of Improved Drinking Water (Percent), 2018-2020'.
- Statistics Indonesia (2021b) 'Social and Population data', Available at: <<https://www.bps.go.id/subject/12/kependudukan.html#subjekViewTab3>> (Accessed: 19 September 2022)>
- Swinburn, B. A. *et al.* (2011) 'The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments', *The Lancet*. Elsevier Ltd, 378(9793), pp. 804–814. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60813-1.
- Swinburn, B. A. *et al.* (2019) 'The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report', *The Lancet*. Elsevier Ltd, pp. 791–846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8.
- Swinburn, B., Egger, G. and Raza, F. (1999) 'The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity', *Dissecting Obesogenic Environments*, 29, pp. 563–570.
- Syahidah, Z. A. and Wijayanti, H. S. (2017) 'Perbedaan aktivitas fisik, screen time, dan persepsi ibu terhadap kegemukan antara balita gemuk dan non-gemuk di Kota Semarang', *Journal of Nutrition College*, 6(1), p. 11. doi: 10.14710/jnc.v6i1.16886.
- TNP2K (2018) *Pedoman umum bantuan sosial beras sejahtera*. Available at: <http://tnp2k.go.id/download/60717Pedum Bansos Rastra 2018_Final.pdf>
- TNP2K (2020) 'Brief of Sembako Program', pp. 1–8. Available at: <<http://www.tnp2k.go.id/downloads/brief-of-sembako-program>>
- UNICEF (2018) *Nutrition Capacity in Indonesia, UNICEF*. Available at: <[https://www.unicef.org/indonesia/media/1816/file/Nutrition Assessment 2018.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/media/1816/file/Nutrition%20Assessment%202018.pdf)>
- UNICEF (2019) *Prevention of overweight and obesity in children and adolescents, UNICEF Programming Guidance*. New York. Available at: <<https://www.unicef.org/documents/prevention-overweight-and-obesity-children-and-adolescents>>
- UNICEF (2020a) *Landscape analysis tool on overweight and obesity in children and adolescents*, p. 69.
- UNICEF. 2022. *Landscape analysis tool on overweight and obesity in children and adolescents*. United Nations Children's Fund. New York, NY, USA (pending publication, late 2022)
- UNICEF (2020b) *The State of Children in Indonesia – Trends, Opportunities and Challenges for Realizing Children's Rights*, p. 66.
- UNICEF (2021) *Nutrition in Middle Childhood and Adolescence, UNICEF Programming Guidance*, New York.
- UNICEF (2022) *Adolescent health dashboards. Indonesia*. Available at: <<https://data.unicef.org/resources/adolescent-health-dashboards-country-profiles/>> (Accessed: 29 March 2022).
- UNICEF and WFP (2020) *School Health and Nutrition: ensuring a better future for all children*, p. 2. Available at: <<https://www.unicef.org/media/94011/file/WFP-UNICEF-SHN-Partnership-Integrated.pdf>>
- Wells, C. *et al.* (2020) 'The double burden of malnutrition: etiological pathways and consequences for health.', *The Lancet*. World Health Organization. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved., 395(10217), pp. 75–88. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32472-9.
- WHO (2004) *Global strategy on diet, physical activity and health*.

- WHO (2007) *Global School-based Student Survey (GSHS)*. Indonesia.
- WHO (2010a) *Global status report on noncommunicable diseases*, World Health Organization, 53(9), pp. 1689–1699. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- WHO (2010b) *Nutrient profiling: Report of a WHO/IASO technical meeting*. London, United Kingdom.
- WHO (2014a) *Childhood Overweight, Global Nutrition Targets 2025 Childhood Overweight Policy Brief*.
- WHO (2014b) *Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014*.
- WHO (2015) *Global School-based Student Survey (GSHS)*. Indonesia.
- WHO (2018a) *Noncommunicable disease country profiles 2018*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2018b) *Taking action on childhood obesity*, World Health Organization, pp. 1–8.
- WHO (2020a) *Non-communicable diseases progress monitor 2020*.
- WHO (2020b) *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*.
- WHO (2021a) *Ambient air pollution attributable death rate (per 100 000 population)*, The Global Health Observatory.
- WHO (2021b) *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Report on the fourth round of data collection, 2015–2017*.
- WHO and UNICEF (2020) *The ten steps to successful breastfeeding*
- Widagdo, C. (2021) 'Sugar taxes save lives', *Inside Indonesia*, March.
- Wijaya, S. (2019) 'Indonesian food culture mapping: A starter contribution to promote Indonesian culinary tourism', *Journal of Ethnic Foods. Journal of Ethnic Foods*, 6(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s42779-019-0009-3.
- Wongso, W. W. (2016) *Flavors of Indonesia. William Wongso's culinary wonders*. BAB Publishing, Indonesia.
- World Bank Group (2018) *Aiming high. Indonesia's ambition to reduce stunting*.
- World Bank Group (2021) *Population, total, Indonesia. Health, nutrition and population statistics*.
- World Obesity (2020) 'Obesity: missing the 2025 global targets', *World Obesity Federation*, (March), pp. 12–32. Available at: < http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/970_-_WOF_Missing_the_2025_Global_Targets_Report_ART.pdf.>
- World Obesity Federation (2019) 'Atlas of Childhood Obesity - 2019', *World Obesity Federation*, 1(October), p. 213.
- Yan, J. *et al.* (2014) 'The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis', *BMC Public Health*, 14(1), p. 1267. doi: 10.1186/1471-2458-14-1267.
- Yogantoro, Z. S. and Ferianto, B. (2016) 'Tingkat Kebugaran Jasmani Siswa Kelas VIII di Sekolah Menengah Pertama Negeri Dataran Tinggi dan Daerah Pesisir', *Jurnal Pendidikan Olahraga dan Kesehatan*, 4(2), pp. 657–662. Available at: Kebugaran Jasmani, Daerah Dataran Tinggi, Daerah Pesisir.

LAMPIRAN

- **Lampiran 1. Ringkasan analisis lingkungan pendukung untuk pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia.**
- **Lampiran 2. Ringkasan kesenjangan data pada faktor risiko kelebihan berat badan.**

Lampiran 1. Ringkasan penilaian lingkungan pendukung untuk pencegahan kelebihan berat badan di Indonesia²²

Pertanyaan Utama	Informasi	Sumber
Kebijakan menyeluruh dan tingkat dukungan nasional		
<p>Apakah pemerintah pusat memiliki kebijakan tertulis untuk mengatasi obesitas?</p> <p>Apakah kebijakan ini secara spesifik memasukkan target untuk anak-anak?</p>	<p>Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 mencantumkan secara spesifik target untuk obesitas dewasa (tidak ada peningkatan melebihi tahun 2018). Namun, RPJMN tidak mencantumkan target spesifik obesitas pada anak. Pemerintah juga telah menerbitkan pedoman pelaksanaan Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS) yang berfokus pada peningkatan pola makan sehat dan aktivitas fisik. Sasaran Gerakan dan pedoman tersebut: a) tokoh masyarakat dan agama, kepala desa dan aparat pemerintah; b) kader kesehatan; c) sekolah menengah pertama dan sekolah menengah atas, perguruan tinggi dan lembaga pendidikan nonformal; d) organisasi kemasyarakatan, keagamaan, dan profesi; e) otoritas pemerintah daerah. Pedoman pencegahan obesitas pada anak usia sekolah juga diterbitkan pada tahun 2012 dan saat ini sedang diperbarui. Selanjutnya ada gerakan yang disebut GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) Kementerian Kesehatan. Pelaksanaan gerakan ini ditopang oleh Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. GERMAS adalah pedoman hidup yang lebih sehat melalui peningkatan aktivitas fisik, peningkatan perilaku hidup sehat, penyediaan makanan sehat dan percepatan perbaikan gizi, peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan; dan meningkatkan pendidikan tentang hidup sehat. Terakhir, program promosi kesehatan bernama CERDIK mendorong masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur, berhenti merokok, melakukan aktivitas fisik secara teratur, pola makan yang sehat dan seimbang, istirahat yang cukup, dan mengelola stres.</p>	<p>(Direktorat Gizi-Kementerian Kesehatan-RI, 2021, FGD, 14 Oktober; Kementerian Kesehatan - RI, 2012, 2016, 2017, 2019a; Sekretariat Kabinet - RI, 2017a, 2020a; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2020)</p>
<p>Apakah terdapat pernyataan kebijakan yang membahas beban ganda atau double-duty actions untuk mengatasi obesitas?</p>	<p>Pernyataan yang secara eksplisit mengakui beban ganda dan mengakui pentingnya double-duty actions tercantum dalam Bagian Lampiran Peraturan Presiden Nomor 18/2020 tentang RPJMN. RPJMN juga menyebutkan percepatan intervensi perbaikan gizi masyarakat untuk mencegah dan mengendalikan berbagai masalah gizi buruk dan PTM di antara tindakan strategis utamanya. Di antara tindakan yang secara eksplisit disebutkan dalam dokumen sebagai kunci untuk mencapai ini adalah pendekatan berbasis pangan untuk pencegahan, melalui promosi pola makan sehat, penyediaan lingkungan yang sehat yang mendorong mobilitas yang sehat dan pilihan makanan, dan penerapan langkah-langkah khusus seperti seperti cukai pada makanan dan minuman yang tidak sehat dan skema pelabelan pangan.</p>	

²² Tabel ini merangkum hasil dari tinjauan pustaka atas kebijakan dan program yang ada, termasuk kutipan yang diparafrasekan dari wawancara informan kunci dan FGD dengan mitra pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya.

	Selain itu, hubungan eksplisit antara kekurangan gizi dan kelebihan berat badan dan obesitas tertera dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 41/2014, yang memperkenalkan pedoman diet berbasis makanan (FBDG) Indonesia, yang disebut Pedoman Gizi Seimbang (PGS) untuk mendukung penanggulangan segala bentuk masalah gizi. Peraturan tersebut juga menyebutkan secara khusus double duty actions untuk mengatasi kekurangan gizi, seperti promosi menyusui.	(Kementerian Kesehatan - RI, 2014b, 2014d; Sekretariat Kabinet - RI, 2020a)
Apakah terdapat dukungan nyata dari pemerintah untuk tindakan untuk mengatasi obesitas pada anak?	Ya, tapi terbatas. Obesitas merupakan salah satu indikator prioritas RPJMN 2020-2024, dimana pemerintah menetapkan target prevalensi obesitas sebesar 21,8 persen pada penduduk berusia >18 tahun, namun belum ada indikator untuk obesitas pada anak.	(Sekretariat Kabinet - RI, 2020a)
Apakah terdapat wadah koordinasi kebijakan obesitas untuk kerjasama antara pemerintah/LSM nasional dan lokal?	Tidak ada. Saat ini, kebijakan terkait obesitas tergabung dalam Kementerian Kesehatan di bawah program Direktorat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular melalui GENTAS (Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas), dan di bawah program Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat melalui GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dari Kementerian Kesehatan) dan CERDIK (Cek Kesehatan Secara Rutin, Enyahkan Asap Rokok, Rajin Aktivitas Fisik, Diet Seimbang, Istirahat Cukup, Kelola Stres).	(Kementerian Kesehatan - RI, 2017, 2019a)
Apakah terdapat strategi dan kebijakan yang dikoordinasikan oleh pemerintah kota atau pemerintah daerah untuk mengatasi obesitas pada anak?	Ya. Terdapat penerapan GERMAS di Kota Semarang dengan program inovatif yang disebut Lawangsewu. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang menyatakan bahwa Semarang melalui konsep Smart City telah menerapkan Lawangsewu yang terbagi dalam lima klaster, yakni klaster aktivitas fisik, klaster edukasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), klaster deteksi penyakit dini yang didalamnya termasuk random sampling Covid-19, klaster pangan sehat dan bergizi, serta klaster kesehatan lingkungan. Kegiatan ini dilaksanakan di masing-masing Puskesmas yang ada di setiap kecamatan di Kota Semarang. Untuk menunjang aktivitas fisik tersebut, Pemkot Semarang telah membangun sport center di setiap kecamatan. Tidak ada informasi yang dikumpulkan dari kota atau kabupaten lain di Indonesia.	(Pemerintah Kota Semarang, 2021)
Apakah pemerintah (atau organisasi independen lainnya) melakukan surveilans untuk memantau tingkat obesitas pada anak, dan melaporkan hasilnya?	Ya. Direktorat Gizi Kementerian Kesehatan (Kemenkes) bertanggung jawab atas surveilans kelebihan berat badan pada anak. Namun, pelaksanaan surveilans gizi kurang optimal karena tidak semua tenaga kesehatan di tingkat daerah dan di puskesmas dilatih untuk melakukan surveilans. Oleh karena itu, perlu diberikan pelatihan surveilans gizi kepada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selain itu, berdasarkan Permenkes Nomor 14/2019, obesitas anak tidak dicantumkan sebagai salah satu indikator masalah gizi, melainkan dipantau melalui indikator prestasi kerja program gizi, yaitu menilai cakupan balita ditimbang yang naik berat badannya.	(Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM-Kementerian Kesehatan-RI, 2021, FGD, 18 Oktober; Kementerian Kesehatan - RI, 2017, 2019d)

<p>Apakah pemerintah memiliki target obesitas (dan kekurangan gizi)? Apakah target ini memiliki tenggat waktu?</p>	<p>Ya, RPJMN 2020-2024 menargetkan prevalensi stunting dan wasting pada balita masing-masing sebesar 14 persen dan 7 persen, serta obesitas pada usia >18 tahun sebesar 21,8 persen pada 2024. Target prevalensi stunting pada tahun 2020 adalah 24,1 persen, sedangkan pada tahun 2021, 2022, dan 2023 berturut-turut adalah 21,1 persen, 18,4 persen, 16,0 persen, dan terakhir 14,0 persen pada tahun 2024. Target prevalensi wasting pada tahun 2020, 2021, 2022, 2023, dan 2024 berturut-turut adalah 8,1 persen, 7,8 persen, 7,5 persen, 7,3 persen, dan 7,0 persen. Sementara itu, target prevalensi obesitas setiap tahun dari tahun 2020 hingga 2024 adalah sama, yaitu 21,8 persen.</p>	<p>(Sekretariat Kabinet - RI, 2020a)</p>
<p>Apa asumsi umum yang dibuat tentang obesitas pada masa kanak-kanak? Seberapa besar tanggung jawab orang tua? Berapa banyak kegiatan komersial yang bertanggung jawab atas hal ini? Apakah pemerintah didesak untuk berbuat lebih banyak? Apakah media sedang dipantau oleh siapa pun dalam hal pendekatannya terhadap gizi?</p>	<p>Media menarasikan bahwa orang tua harus disalahkan atas obesitas pada anak. Media menganggap individu yang berusia di bawah 18 tahun sebagai individu yang tidak bersalah, di mana mereka tidak dapat memutuskan secara mandiri, oleh karena itu, orang tua lah yang bertanggung jawab. Media jarang menyebut aktivitas komersial sebagai penyebab obesitas pada anak. Mengenai gambar-gambar yang digunakan dalam cerita-cerita tentang obesitas, media memberitakan bahwa obesitas bukanlah kondisi yang ideal, dan media sering menjelaskan tentang dampak negatif obesitas pada masa depan anak-anak. Tidak ada pemantauan media khusus untuk pendekatan media terhadap gizi.</p>	<p>Perwakilan Media dari Scaling Up Nutrition (SUN), 2021, FGD, 18 November dan 23 November.</p>
<p>Apakah terdapat akses publik yang memadai terhadap informasi pemerintah dan bukti yang digunakan untuk pembuatan kebijakan terkait obesitas?</p>	<p>Ya, transparansi dan perolehan informasi dijamin oleh konstitusi, yakni melalui pasal 28F UUD 1945. Publik dapat mengakses atau mencari kebijakan terkait secara online melalui website: https://peraturan.bpk.go.id. Konsultasi terbuka tentang kebijakan sudah dilakukan, dan publik dapat memberikan masukan mereka tentang pembuatan kebijakan di platform <i>online</i>.</p>	<p>(Kementerian Komunikasi dan Informatika - RI, 2016)</p>
<p>Apakah pemerintah mendanai program promosi edukasi gizi?</p>	<p>Ya, terdapat sumber pendanaan dari pusat dan daerah. Dana yang ada disalurkan langsung oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah/kabupaten yang dapat dialokasikan sesuai prioritas daerah. Sumber pendanaan yang lebih besar kini tersedia di tingkat kabupaten dan desa, sehingga memberdayakan pemerintah daerah dan masyarakat untuk mengatasi beban ganda masalah gizi melalui solusi yang disesuaikan dengan konteks lokal di wilayah masing-masing. Selain itu, pemerintah berkomitmen untuk memenuhi alokasi anggaran kesehatan sebesar 5 persen dari belanja negara, sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2009 tentang Kesehatan.</p>	<p>(Mboi <i>et al.</i>, 2018; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019; Kementerian Keuangan - RI, 2021)</p>
<p>Apakah pemerintah mendanai intervensi gizi untuk anak-anak?</p>	<p>Ya. Dana yang ada disalurkan langsung oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah/kabupaten yang dapat dialokasikan sesuai prioritas daerah. Namun, terdapat minimnya kapasitas untuk mengimplementasikan program intervensi di tingkat lokal/daerah. Kapasitas lokal/daerah dalam perencanaan, pelaksanaan, penganggaran, dan pemantauan intervensi gizi di tingkat lokal perlu ditingkatkan.</p>	<p>(Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019)</p>
<p>Apakah pemerintah mendanai penelitian pencegahan obesitas?</p>	<p>Pemerintah Indonesia memiliki alokasi anggaran untuk penelitian terkait kesehatan. Namun, belum ada informasi yang jelas apakah penelitian yang spesifik terkait pencegahan obesitas ini sudah didanai oleh pemerintah atau belum. Selanjutnya, akademisi dapat mengajukan hibah penelitian untuk melakukan penelitian terkait obesitas ke Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi.</p>	<p>(Balitbangkes-Kementerian Kesehatan-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2021b)</p>

<p>Apakah ada standar prosedur untuk menilai dampak kebijakan terkait makanan terhadap kesehatan dan obesitas?</p>	<p>Belum ada informasi penilaian dampak kesehatan (<i>Health Impact Assessment</i> atau HIA) untuk menilai dampak kebijakan terkait makanan terhadap kesehatan dan obesitas. Sebaliknya, standar prosedur yang tersedia adalah penilaian dampak kesehatan untuk menilai dampak Program Pemerintah terhadap pencegahan dan penanggulangan kelebihan berat badan dan obesitas, yaitu GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat), CERDIK (Cek Kesehatan Secara Rutin, Enyahkan Asap Rokok, Rajin Aktivitas Fisik, Diet Seimbang, Istirahat Cukup, Kelola Stres), GENTAS (Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas).</p>	<p>(Balitbangkes-Kementerian Kesehatan-RI, 2021, FGD, 27 Oktober)</p>
<p>Apakah ada laporan pemantauan HIA?</p>	<p>Tidak ada laporan pemantauan.</p>	<p>(Balitbangkes-Kementerian Kesehatan -RI, 2021, FGD, 27 Oktober)</p>
<p>Apakah ada laporan pemantauan kegiatan perusahaan makanan tentang promosi pangan tinggi GGL?</p>	<p>Tidak ada. Meskipun pemantauan dan pengawasan iklan pangan olahan diatur dalam Peraturan BPOM Nomor 6 Tahun 2021, namun belum ada laporan pemantauan kegiatan perusahaan pangan terhadap promosi pangan tinggi GLL.</p>	<p>(BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober)</p>
<p>Kebijakan Sistem Pangan</p>		
<p>Apakah terdapat PGS yang telah disahkan oleh pemerintah?</p>	<p>PGS mencakup dua panduan pangan dan gizi. Yang pertama adalah Tumpeng Gizi Seimbang yang dimaksudkan untuk mewakili empat pilar gizi seimbang: beragam pangan, aktivitas fisik, kebersihan diri dan lingkungan, dan pemantauan berat badan. Yang kedua adalah Panduan Piring Makan (Piring Makanku, Sajian Sekali Makan), yang menjelaskan proporsi kelompok makanan yang direkomendasikan untuk dikonsumsi setiap kali makan. Pedoman ini juga menyoroti pentingnya hidrasi dan kebersihan diri sebelum dan sesudah makan. PGS juga mencakup rekomendasi khusus untuk berbagai kelompok sasaran, termasuk bayi, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia</p>	<p>(Kementerian Kesehatan - RI, 2014d)</p>
<p>Apakah terdapat skema profil gizi (NPS) yang telah disahkan oleh pemerintah?</p>	<p>Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) No. 22/2019 memuat ketentuan tentang profil gizi dan menjelaskan kriteria pangan olahan yang harus dipatuhi untuk diberi label sebagai “pilihan lebih sehat”. Peraturan tersebut sebelumnya hanya berlaku untuk minuman siap konsumsi serta pasta dan mie instan, tetapi setelah diubah baru-baru ini melalui Peraturan BPOM Nomor 26/2021, cakupannya diperluas menjadi dua puluh kategori pangan olahan.</p>	<p>(BPOM - RI, 2019, 2021c)</p>
<p>Apakah terdapat subsidi, cukai, atau retribusi khusus untuk makanan atau minuman yang terkait secara eksplisit dengan PGS atau NPS yang telah disahkan oleh pemerintah?</p>	<p>Saat ini tidak ada instrumen fiskal yang menetapkan subsidi maupun cukai makanan dan minuman berdasarkan kriteria PGS atau NPS. Namun demikian, pasal 2 ayat 1 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 mengenai Cukai menetapkan tarif cukai atas barang-barang dengan ciri-ciri tertentu, yaitu barang-barang yang konsumsinya perlu dikendalikan, peredarannya perlu diawasi, pemakaiannya dapat menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat atau lingkungan hidup, atau pemakaiannya perlu pembebanan pungutan negara demi keadilan dan keseimbangan. Selain itu, Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2020 tentang APBN 2021 menetapkan target penerimaan lainnya dengan total sekitar Rp 12,4 triliun. Cukai saat ini hanya berlaku untuk produk tembakau dan alkohol; namun, kedua undang-undang ini pada prinsipnya memberi wewenang</p>	

	<p>kepada Kementerian Keuangan untuk mengenakan cukai tambahan atas barang-barang tambahan berdasarkan dampak negatifnya terhadap masyarakat dan lingkungan. Pada Februari 2020, Kementerian Keuangan membahas usulan pengenaan cukai sebesar Rp1.500 per liter pada minuman berpemanis gula dengan DPR. Pada Januari 2021, Kementerian mengangkat kembali usulan tersebut di hadapan DPR; Namun belum diketahui kapan usulan tersebut akan diterima.</p>	<p>(Sekretariat Kabinet - RI, 2007, 2020b; Rosyada dan Ardiansyah, 2017; Widagdo, 2021)</p>
<p>Apakah ada contoh kebijakan pengadaan pemerintah yang terkait secara khusus dengan PGS atau NPS?</p>	<p>Saat ini tidak ada kebijakan pengadaan pemerintah yang secara spesifik terkait dengan PGS atau NPS.</p>	<p>(Direktorat Gizi-Kementerian Kesehatan-RI. 2021. komunikasi pribadi. 14 Oktober)</p>
<p>Apakah terdapat pengendalian di tingkat daerah maupun secara nasional pada layanan penyediaan makanan komersial (termasuk jaringan gerai makanan cepat saji) yang terkait secara khusus dengan PGS atau NPS?</p>	<p>Pengawasan keamanan pangan, mutu dan gizi terhadap pelayanan penyediaan makanan komersial (termasuk jaringan gerai makanan cepat saji) diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 86/2019 tentang Keamanan Pangan, dan dalam UU No. 18/2012 tentang Pangan (yang juga secara eksplisit mengaitkannya dengan kebutuhan untuk mencapai pola gizi seimbang). Tanggung jawab pelaksanaan peraturan tersebut dilimpahkan kepada Kementerian Kesehatan, BPOM, dan/atau Walikota dan Bupati.</p>	<p>(BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; Sekretariat Kabinet - RI, 2012, 2019)</p>
<p>Apakah ada skema pelabelan gizi pada bagian utama label dan/menu yang telah disahkan pemerintah untuk menunjukkan makanan tinggi gula, garam, atau lemak (GGL)?</p>	<p>Pemerintah telah mendukung beberapa skema pelabelan gizi pada bagian depan atau utama label (FOPL) untuk menandakan makanan tinggi GGL. Dua macam skema FOPL yang saat ini berlaku di Indonesia ditetapkan melalui Peraturan BPOM No. 22/2019. Skema pertama adalah pencantuman Informasi Nilai Gizi (ING) dengan bentuk panduan asupan harian (GDA) pada bagian depan atau utama label. Yang kedua (logo “pilihan lebih sehat”) menonjolkan makanan dengan yang kandungan gizi tidak sehat yang telah dikurangi, tetapi ini hanya berlaku untuk produk minuman siap konsumsi serta pasta dan mie instan. Batasan yang ditetapkan dalam peraturan untuk memenuhi syarat untuk logo adalah batas maksimum gula 6 gram per 100 ml untuk minuman siap konsumsi, dan total lemak maksimum 20g per 100 g dan total garam maksimal 900 mg per 100g dalam mie instan. Peraturan BPOM No. 22/2019 diubah dengan peraturan BPOM nomor 26/2021, yang memperluas cakupan logo “pilihan lebih sehat” menjadi 20 kelompok makanan. Pelaksanaan semua skema FOPL dilakukan secara sukarela. Saat ini, satu-satunya persyaratan wajib untuk produk makanan adalah pencantuman informasi nilai gizi dan komposisi di bagian belakang label/kemasan. Skema FOPL sebelumnya diatur dalam Peraturan BPOM Nomor 31 Tahun 2018 tentang Label Pangan Olahan, yang saat ini diubah dengan peraturan BPOM nomor 20/2021. Dalam peraturan BPOM nomor 20/2021, pasal tentang FOPL dihapus, sehingga skema FOPL saat ini diatur dalam peraturan BPOM nomor 26/2021.</p>	<p>(BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; BPOM - RI, 2018b, 2019, 2021c, 2021a)</p>

<p>Apakah ada wadah, forum, komite, atau badan lain yang dipimpin pemerintah yang membantu pengembangan kebijakan pangan?</p>	<p>Badan Ketahanan Pangan di lingkungan Kementerian Pertanian telah membentuk Kelompok Kerja Ahli Ketahanan Pangan melalui Keputusan Menteri Pertanian Nomor 13/KPTS/OT.050/M/01/2021, dengan tujuan untuk memperkuat ketahanan pangan dan gizi nasional. Kelompok Kerja tersebut terdiri dari para ahli pangan dan gizi dari berbagai sektor (akademisi, sektor swasta di area F&B, kelompok masyarakat dan asosiasi), yang merepresentasikan seluruh wilayah Indonesia. Kelompok Kerja tersebut bertemu secara berkala untuk memberikan masukan dan rekomendasi mengenai kebijakan yang bertujuan untuk memperkuat ketahanan pangan nasional, memberikan nasihat tentang isu-isu ketahanan pangan saat ini dan yang isu yang muncul, dan mendukung konsultasi dan sosialisasi kebijakan ketahanan pangan kepada masyarakat lokal.</p>	<p>Badan Ketahanan Pangan-Kementerian Pertanian-RI, 2021, FGD, 18 Oktober</p>
<p>Apakah ada bukti kebijakan distribusi perusahaan yang merusak gizi sehat? (termasuk Pelanggaran Kode PASI, tetapi juga promosi lain yang merusak kesehatan)</p>	<p>Direktorat Pengawasan Produksi Pangan Olahan di BPOM bertanggung jawab untuk memantau pangan olahan yang beredar di pasar Indonesia. BPOM memantau kepatuhan perusahaan swasta dan melaporkan setiap pelanggaran, termasuk yang terkait dengan Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI. Selain itu, Access to Nutrition Foundation (ATNF) mengadakan survei berbasis populasi percontohan pada tahun 2015 di Jakarta untuk menilai secara sistematis kepatuhan produsen produk pengganti ASI (PASI) terhadap Kode Etik. Westat bertanggung jawab atas pengumpulan dan analisis data, serta penyusunan laporan. Daftar ketidakpatuhan yang diamati untuk semua produsen formula tertutup dan produk makanan pelengkap yang ditemukan di Jakarta tersedia di laporan mereka. Selain itu, bukti pelanggaran kode PASI dapat ditemukan di platform online bernama 'PelanggaranKode.org'. Terdapat pula bukti perusahaan sektor swasta menggunakan saluran media sosial untuk menghindari peraturan Kode dan mengiklankan produk mereka.</p>	<p>(BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; Durako et al., 2016; Furneaux, 2020; Children Health Alliance, 2021)</p>
<p>Apakah ada kebijakan untuk mengontrol iklan F&B?</p>	<p>Pengawasan iklan pangan olahan diatur dalam Peraturan BPOM No. 6/2021. Semua perusahaan wajib mengikuti peraturan ini. Peraturan tersebut berlaku untuk semua pangan olahan, yang secara luas didefinisikan sebagai makanan atau minuman hasil proses dengan cara atau metode tertentu dengan atau tanpa bahan tambahan. Pasal 14 mengatur ketentuan khusus mengenai pemasaran makanan kepada anak-anak, termasuk larangan untuk mempromosikan pola makan yang tidak sehat dan larangan untuk memasukkan pernyataan yang menyesatkan. Selanjutnya pasal 12 ayat 1 peraturan tersebut menyatakan bahwa Formula Bayi dan Formula Lanjutan dilarang diiklankan pada media massa apapun kecuali dalam media cetak khusus tentang kesehatan. Pegawai negeri sipil bertanggung jawab untuk memantau iklan, yang berdasarkan perintah penugasan dari pejabat yang berwenang. Masyarakat juga dapat berpartisipasi dengan memberikan informasi dan/atau laporan dugaan pelanggaran melalui alamat email atau nomor telepon resmi. Sanksi diberikan kepada perusahaan yang tidak mematuhi peraturan ini. Perusahaan yang tidak patuh akan dikirimkan sampai tiga surat peringatan, jika masih ada bukti ketidakpatuhan, perusahaan akan dicabut izin edarnya.</p>	<p>(BPOM-RI, 2021, FGD, 27 Oktober; BPOM - RI, 2021)</p>
<p>Apakah jaringan restoran/ toko makanan cepat saji menawarkan versi sehat dari produk populer?</p>	<p>Terdapat beberapa contoh jaringan gerai makanan cepat saji populer yang menawarkan versi menu mereka yang lebih sehat. McDonalds menawarkan sayuran dan air minum mineral sebagai pilihan dalam penawaran paket mereka, dengan harga yang sama dengan menu standar mereka, dan telah berkomitmen untuk memenuhi perbaikan kandungan gizi secara global untuk setidaknya 50 persen menu "Happy Meal" anak-anak pada tahun 2022 (secara keseluruhan 600 kalori,</p>	

	<p>yang masing-masing maksimum 10 persen dari lemak jenuh dan gula, dan dengan kandungan natrium maksimum 650mg). KFC Indonesia saat ini juga menawarkan pilihan menu ayam goreng yang lebih sehat di gerai "<i>Naughty by Nature</i>" di Jakarta; namun, harganya lebih mahal dibandingkan dengan menu KFC reguler.</p>	<p>KFC Indonesia, 2021c, 2021b; McDonald's Indonesia, 2021a, 2021b</p>
<p>Apakah ada target yang ditetapkan pemerintah untuk mengurangi gula, garam, dan lemak untuk tujuan kesehatan?</p>	<p>Pemerintah Indonesia sejauh ini belum menerapkan kebijakan reformulasi pangan. Pada 1-2 Juli 2019, Indonesia menyelenggarakan ASEAN Inter-Country Consultation Meeting on Food and Beverage Reformulation and Production. Pertemuan ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada negara-negara anggota ASEAN, termasuk Indonesia, untuk menyusun kebijakan dan membangun sistem pemantauan untuk menghasilkan makanan dan minuman siap konsumsi yang lebih sehat untuk konsumsi masyarakat. Selain itu, pemerintah telah mengeluarkan sejumlah peraturan untuk mencoba membatasi konsumsi gula, garam, dan lemak (misalnya, Peraturan Menteri Kesehatan No. 30/2013 tentang Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam, dan Lemak Serta Pesan Kesehatan untuk Pangan Olahan dan Pangan Siap Saji, dan No. 41/2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang). Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 30/2013 Pasal 3 menyebutkan bahwa produsen pangan olahan wajib memuat keterangan kandungan gula, garam dan lemak serta pesan kesehatan pada label pangan. Namun dalam Pasal 10 Permenkes ini disebutkan bahwa produsen pangan olahan diberi kesempatan untuk mengadopsi dan menyesuaikan dengan Permenkes ini dalam jangka waktu 3 tahun sejak Permenkes ini diundangkan, yang kemudian pasal 10 diubah dalam Permenkes Nomor 63/2015 dari periode 3 tahun hingga 4 tahun. Dengan kata lain, semua produsen pangan olahan harus mematuhi peraturan ini setelah tahun 2019, tetapi tidak ada tindak lanjut yang jelas dari implementasi Permenkes Nomor 30/2013 Pasal 3. Selain peraturan tersebut, Peraturan BPOM No. 22/2019 yang telah disebutkan di atas, yang kini diubah dengan peraturan BPOM nomor 26/2021 yang mengatur label "pilihan lebih sehat", juga dapat mendorong produsen minuman siap konsumsi dan pasta serta mie instan untuk mereformulasi produknya dengan mengurangi kandungan gula, garam, dan lemak untuk mendapatkan izin penggunaan label tersebut. Ketentuan ini pada akhirnya masih atas dasar sukarela.</p>	<p>(Kementerian Kesehatan - RI, 2013a, 2014d, 2019b; BPOM - RI, 2019, 2021c)</p>
<p>Apakah ada kebijakan untuk memberikan subsidi atau mendorong makanan produksi rumahan yang memenuhi kriteria gizi?</p>	<p>Badan Ketahanan Pangan Kementerian Pertanian mencanangkan strategi pengembangan usaha mikro, kecil dan menengah (UMKM) pangan lokal untuk memperkuat diversifikasi pangan dan mendorong konsumsi pangan yang beragam, seimbang, aman, dan bergizi. Badan ini memberikan pelatihan untuk meningkatkan kapasitas UMKM pangan lokal dalam hal pengelolaan, nilai tambah, pemasaran, dan pembiayaan melalui mekanisme Kredit Usaha Rakyat (KUR). Badan ini juga memberikan dukungan kepada UMKM dalam mengakses pasar dan gerai makanan lokal, bekerja sama dengan Pasar Mitra Tani (PMT) dan mempromosikan kegiatan Expo Pangan Lokal untuk memperluas dan memperkuat jaringan pemasaran UMKM pangan lokal dengan melakukan pelatihan, promosi, pemasaran fasilitasi melalui gerai makanan lokal dan pemasaran online melalui Panglokal.id. Selain itu, BPOM memiliki kebijakan untuk memberikan sertifikasi kepada industri pangan berbasis rumah tangga dengan syarat memenuhi kriteria keamanan pangan. Hal ini diatur dalam Peraturan BPOM Nomor 22 Tahun 2018 tentang Pedoman Pemberian Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga. Namun, di antara usaha rumah tangga yang didukung oleh kebijakan tersebut, terdapat pula usaha yang memproduksi makanan tidak sehat seperti makanan manis.</p>	<p>(BPOM - RI, 2018a; Badan Ketahanan Pangan-Kementerian Pertanian-RI, 2021, FGD, 18 Oktober; Kementrian Pertanian - RI, 2021b)</p>

<p>Apakah ada kebijakan untuk memberikan subsidi atau mendukung proses jaringan makanan yang secara khusus terkait dengan kriteria PGS atau NPS yang telah disahkan oleh pemerintah?</p>	<p>Sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Pangan, Badan Ketahanan Pangan memiliki program berkelanjutan yang memfasilitasi distribusi pangan dari daerah yang surplus pangan ke daerah yang kekurangan pangan untuk menjamin kecukupan pasokan pangan di setiap provinsi. Redistribusi ini mencakup semua jenis pangan dan tidak berdasarkan kriteria PGS atau NPS, tetapi berdasarkan harga dan kelangkaan yang dilaporkan oleh setiap provinsi. Lebih lanjut, Badan Ketahanan Pangan juga telah bekerjasama dengan klaster pangan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) untuk memperkuat upaya stabilisasi pasokan dan distribusi pangan. Selain itu, Badan Ketahanan Pangan telah mengembangkan Pasar Mitra Tani untuk memperpendek rantai pasokan pangan antara produsen dan konsumen pangan serta mendukung stabilitas pasokan dan harga pangan.</p>	<p>(Badan Ketahanan Pangan-Kementerian Pertanian-RI, 2021, FGD, 18 Oktober) (Sekretariat Kabinet - RI, 2012; Kementerian Pertanian - RI, 2020)</p>
<p>Apakah ada kebijakan untuk membatasi impor makanan yang tidak memenuhi kriteria gizi tertentu?</p>	<p>Ya, UU Pangan No. 18/2012 mengatur segala hal yang berkaitan dengan pangan dan produk pangan, termasuk impor. Pasal 37 Ayat 1 UU tersebut menyatakan bahwa “impor Pangan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan konsumsi dalam negeri wajib memenuhi persyaratan keamanan, mutu, Gizi, dan tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat”.</p>	<p>(Sekretariat Kabinet - RI, 2012)</p>
<p>Apakah ada kebijakan untuk mendukung penelitian atau pengembangan yang terkait dengan kriteria PGS atau NPS yang telah disahkan oleh pemerintah?</p>	<p>Badan Ketahanan Pangan terus mendorong peningkatan kualitas konsumsi pangan masyarakat sesuai PGS. Badan Ketahanan Pangan menggunakan PGS sebagai acuan dalam edukasi dan gerakan diversifikasi pangan untuk mendorong konsumsi pangan masyarakat yang beragam, seimbang, aman dan berbasis sumber daya lokal. Lebih lanjut, Badan Ketahanan Pangan juga telah menyusun <i>Roadmap Diversifikasi Pangan Lokal Sumber Karbohidrat Non Beras 2020-2024</i> untuk mendorong diversifikasi pangan dan meningkatkan kualitas konsumsi pangan masyarakat. Selain itu, Badan Ketahanan Pangan telah menyusun program untuk menganalisis situasi konsumsi pangan masyarakat secara berkala dan mempublikasikan hasil analisis tersebut kepada seluruh pemangku kepentingan terkait, sehingga dapat digunakan sebagai salah satu pertimbangan dalam perumusan kebijakan nasional. Terakhir, Badan Ketahanan Pangan memberikan pelatihan kepada aparat daerah untuk meningkatkan kapasitas analisis konsumsi pangan di tingkat daerah berdasarkan Pola Pangan Harapan (PPH). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) memiliki rencana aksi program yang mencakup dukungan penelitian terkait peningkatan kesehatan masyarakat; namun rencana aksi ini tidak secara spesifik menyebutkan penelitian terkait PGS.</p>	<p>(Badan Ketahanan Pangan-Kementerian Pertanian-RI, 2021, FGD, 18 Oktober; Kementerian Kesehatan - RI, 2020b; Kementerian Pertanian - RI, 2021a)</p>
<p>Sistem lainnya</p>		
<p>Faktor Lingkungan dan Budaya</p>		
<p>Apakah persediaan air lokal diyakini aman untuk diminum? Apakah air tersedia secara luas? Apakah minuman manis dalam kemasan merupakan minuman yang biasa diminum saat makan?</p>	<p>Menurut data terbaru yang tersedia dari Badan Pusat Statistik, pada tahun 2020 90,2 persen rumah tangga Indonesia memiliki akses ke layanan air minum dasar, yang berarti masyarakat dapat mengakses air minum dari SAM layak dengan waktu pengangkutan air sama dengan atau di bawah 30 menit untuk pulang pergi, sudah termasuk waktu antrian. Ketersediaan air di Indonesia juga tergolong baik. Menurut data <i>Asian Development Bank</i>, pada tahun 2016 total ketersediaan air di Indonesia adalah 690 × 109 m3 per tahun, jauh lebih tinggi dari kebutuhan tahunan sebesar 175 × 109 m3. Konsumsi minuman manis tersebar luas, sebagaimana menjadi sorotan pada data survei nasional (menurut Riskesdas 2018, proporsi individu berusia 3 tahun yang mengonsumsi minuman manis 1 kali per hari adalah 61,27 persen) dan studi kualitatif, seperti studi kualitatif baru-baru ini oleh Roshita et al. (2001) menyoroti bahwa remaja di Jawa dan Lombok sering menikmati minuman manis dengan bekal makan siangnya yang dibeli dari pedagang kaki lima di sekolah.</p>	<p>(ADB, 2016; Kementerian Kesehatan - RI, 2018; Roshita <i>et al.</i>, 2021; BPS, 2021)</p>

<p>Apakah ada norma budaya tertentu yang mengurangi kesempatan untuk melakukan aktivitas fisik?</p>	<p>Ya. Sebuah studi kualitatif oleh Roshita et al. (2001) yang dilakukan di dua kabupaten terpilih, yaitu Klaten dan Lombok Barat, menemukan bahwa aktivitas fisik pada remaja putri relatif lebih rendah dibandingkan remaja laki-laki. Hal ini karena pandangan umum bahwa anak perempuan tidak boleh atletik. Dalam beberapa kasus, remaja putri kesulitan untuk mendapatkan izin dari orang tua mereka untuk berada di luar rumah setelah matahari terbenam. Orang tua khawatir terhadap anak perempuan mereka dan menerapkan aturan jam malam kepada anak perempuan mereka untuk tetap berada di rumah, yang akibatnya membatasi kesempatan anak perempuan untuk melakukan aktivitas fisik sepanjang sekolah.</p>	<p>Roshita <i>et al.</i>, 2021</p>
<p>Apakah iklim atau medan yang ada mempengaruhi perilaku pola makan atau aktivitas fisik?</p>	<p>Indonesia memiliki dua musim utama, yaitu musim kemarau pada bulan Juni hingga September dan musim hujan pada bulan Desember hingga Maret. Perubahan musim mencerminkan perubahan ketersediaan tanaman. Misalnya, curah hujan yang tinggi dapat menunda panen cabai, kacang panjang, singkong, bawang merah, bawang putih, ubi jalar, dan wortel. Hal ini dapat membuat lebih sulit untuk mendapatkan makanan tertentu, yang pada akhirnya mempengaruhi perilaku makan individu. Dari segi aktivitas fisik, sebagian besar masyarakat yang tinggal di dataran tinggi atau pegunungan bekerja sebagai petani, dan biasanya mengandalkan berjalan kaki sebagai alat transportasi utama sehari-hari. Demikian pula, anak-anak usia sekolah yang tinggal di daerah ini umumnya berjalan kaki untuk sampai ke sekolah. Kebiasaan sehari-hari ini dapat memiliki efek menguntungkan dalam hal kebugaran fisik. Sebaliknya, sebagian besar masyarakat yang tinggal di daerah pesisir bekerja sebagai nelayan dan pedagang, sehingga cenderung memiliki tingkat aktivitas fisik yang lebih rendah dibandingkan dengan penduduk di daerah pegunungan. Selain itu, medan alam yang lebih datar di daerah pesisir dataran rendah mengurangi tingkat upaya fisik yang diperlukan untuk aktivitas sehari-hari dibandingkan dengan medan alam di daerah pegunungan.</p>	<p>Yogantoro and Ferianto, 2016; Sanubari, 2018</p>
<p>Apakah ada kebijakan di tingkat nasional atau kota untuk menyediakan jalur sepeda dan jalur pejalan kaki yang aman?</p>	<p>Undang-Undang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan Nomor 22 Tahun 2009 Pasal 25 Ayat 1 Huruf g menyatakan bahwa: "Setiap Jalan yang digunakan untuk Lalu Lintas umum wajib dilengkapi dengan perlengkapan Jalan berupa fasilitas untuk sepeda, Pejalan Kaki, dan penyandang cacat." Hingga saat ini, Indonesia memiliki beberapa kebijakan terkait fasilitas pejalan kaki, antara lain Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 3 Tahun 2014, Pedoman Perencanaan Sarana Pejalan Kaki Menteri Pekerjaan Umum 2018, Peraturan Menteri Perhubungan Nomor 3582/2018 yang mengatur tentang keselamatan dan kenyamanan pejalan kaki di kawasan sekolah yang dilalui, dan Peraturan Menteri Perhubungan Nomor 67/2018 tentang marka jalan. Di tingkat kota, undang-undang ini harus diterjemahkan lebih lanjut ke dalam kebijakan daerah yang diterapkan dalam peraturan daerah tentang fasilitas pejalan kaki dan pengendara sepeda dengan memasukkan unsur-unsur yang memungkinkan penerapannya secara praktis. Namun, sebagian besar kota di Indonesia hanya menyebutkannya secara singkat dalam Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) masing-masing dan Pedoman Penyediaan Ruang Terbuka Hijau (RTH). Hingga saat ini, belum ada perangkat hukum di tingkat daerah yang mengatur secara rinci penyediaan dan pemeliharaan fasilitas pejalan kaki dan bersepeda, seperti strategi, rencana aksi, dan <i>timeline</i> penyelesaian aksi yang detail.</p>	<p>(Sekretariat Kabinet - RI, 2009; Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat - RI, 2014; Kementerian Perhubungan - RI, 2018; ITDP, 2020)</p>

<p>Apakah ada kebijakan di tingkat nasional atau kota untuk mengurangi penggunaan mobil?</p>	<p>UU Lalu Lintas dan Angkutan Jalan No. 22/2009 Pasal. 133, Klausul 2-3, mengamanatkan pembatasan lalu lintas kendaraan individu di daerah-daerah tertentu pada waktu-waktu tertentu. Undang-undang tersebut juga memberlakukan retribusi pengendalian lalu lintas yang dimaksudkan untuk peningkatan kinerja lalu lintas dan peningkatan layanan angkutan umum. Di Jakarta, melalui Peraturan Pemerintah No. 25/2017, pemerintah daerah memberlakukan <i>Electronic Road Pricing</i> (ERP) untuk mengendalikan lalu lintas dengan mengenakan biaya pada kendaraan bermotor yang masuk ke wilayah tertentu. Namun, implementasi ERP telah tertunda karena pandemi COVID-19. Kebijakan lain yang diberlakukan di Jakarta adalah pembatasan lalu lintas dengan sistem ganjil genap untuk membatasi penggunaan mobil, yang diatur melalui Peraturan Gubernur Nomor 88/2019 yang merupakan perubahan dari Peraturan Nomor 155/2018 sebelumnya. Menurut hasil evaluasi kebijakan yang digarisbawahi dalam Permen 88/2019, selama ini sistem ganjil genap memberikan dampak positif dalam hal peningkatan efektivitas dan efisiensi penggunaan ruang jalan serta peningkatan kualitas udara.</p> <p>Terdapat kebijakan tersendiri yang berupaya mengatasi masalah pencemaran udara (Peraturan Pemerintah No. 41/1999). Kebijakan tersebut tidak secara spesifik mengamanatkan pengurangan penggunaan mobil, tetapi menetapkan ambang batas emisi gas buang untuk kendaraan yang harus dipenuhi pemilik mobil berdasarkan uji emisi reguler. Saat ini, tidak ada kebijakan nasional untuk mengurangi penggunaan mobil yang dikaitkan dengan mendorong aktivitas di luar ruangan. Namun, terdapat kebijakan <i>car free day</i> di beberapa provinsi. Di Jakarta, misalnya, Peraturan Daerah Pengendalian Pencemaran Udara No. 2/2005 Pasal 27 mengamanatkan hari “bebas kendaraan bermotor” di mana masyarakat dapat melakukan kegiatan di luar ruangan seperti berjalan, berlari, dan bersepeda.</p>	<p>(Sekretariat Kabinet - RI, 1999a, 2009; <i>Car Free Day</i> Indonesia, 2014; Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, 2017; Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta, 2019)</p>
<p>Apakah ada bukti kode etik bagi media tentang pemberitaan obesitas dan untuk menghindari stigma terkait obesitas?</p>	<p>Kode Etik perusahaan media saat ini tidak mencantumkan pernyataan tentang menghindari stigma dan menyalahkan korban terkait obesitas. Namun, Undang-Undang Pers No. 40/1999 menyatakan bahwa pers nasional wajibewartakan peristiwa dan opini dengan menjunjung tinggi norma agama dan moralitas masyarakat, serta asas praduga tak bersalah.</p>	<p>(Sekretariat Kabinet - RI, 1999b)</p>
<p>Apakah ada preferensi budaya untuk makanan atau praktik memasak tertentu?</p>	<p>Beras adalah makanan pokok yang paling populer di Indonesia, meskipun ada beberapa variasi preferensi daerah, misalnya sagu menjadi makanan pokok yang populer di Maluku dan jagung di Madura dan beberapa pulau di bagian timur. Terdapat pula variasi masakan daerah dalam hal bahan yang digunakan, seperti bumbu dan rempah-rempah. Perbedaan antardaerah ini secara kasar dapat diklasifikasikan berdasarkan enam kelompok pulau besar di seluruh negeri, yaitu Sumatera, Jawa, Bali dan Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku dan Papua, masing-masing dengan budaya makanan yang berbeda yang dibentuk oleh kondisi lingkungan, sejarah dan budaya setempat. Dengan mencerminkan keragaman kuliner daerah dan preferensi makanan, Permenkes No. 41/2014 mengatur agar PGS disesuaikan dengan makanan dan budaya lokal di seluruh daerah.</p>	<p>(Kementerian Kesehatan - RI, 2014d; Wongso, 2016; Wijaya, 2019)</p>

<p>Apakah ada alasan budaya mengapa terdapat dorongan yang menimbulkan kelebihan berat badan?</p>	<p>Kelebihan berat badan dianggap sehat bagi anak-anak di banyak budaya daerah di seluruh Indonesia. Sebuah studi kualitatif yang dilakukan di dua sekolah di Kota Pekanbaru menunjukkan bahwa para ibu menganggap balita yang gemuk adalah hal yang wajar, karena secara alami mereka akan kehilangan berat badan saat beranjak dewasa. Dalam penelitian ini, para ibu melaporkan tidak ada perbedaan persepsi terkait kelebihan berat badan antara anak laki-laki dan perempuan, namun disebutkan bahwa anak laki-laki kelebihan berat badan cenderung lebih aktif secara fisik dibandingkan dengan anak perempuan (Leonita & Nopriadi, 2010). Studi lain yang dilakukan di Kota Semarang pada tahun 2017 menemukan bahwa sekitar 60 persen ibu salah mengartikan status gizi anaknya. Kesalahpahaman tentang status gizi di kalangan ibu membuat mereka tidak menyadari kelebihan berat badan pada anak-anak mereka. Ibu-ibu tersebut menganggap tidak ada masalah kelebihan berat badan pada anak-anak mereka, sehingga mereka tidak melakukan tindakan pencegahan.</p>	<p>(Leonita dan Nopriadi, 2010; Economist Intelligence Unit (EIU), 2011; Syahidah dan Wijayanti, 2017)</p>
<p>Apakah ada aturan khusus tentang pesta atau puasa yang dapat mendorong kenaikan berat badan?</p>	<p>Penafsiran yang salah terhadap anjuran dalam Islam untuk berbuka puasa dengan makan yang manis telah menyebabkan peningkatan konsumsi makanan tinggi gula selama perayaan tertentu. Selama bulan puasa (Ramadhan), di Indonesia terdapat tradisi yang disebut "Ngabuburit" yang menganjurkan orang-orang untuk melakukan kegiatan yang dapat mengalihkan diri dari rasa lapar dan haus. Kegiatan ini dapat termasuk mengumpulkan makanan untuk berbuka puasa, kegiatan sosial, dan berkumpul dengan teman-teman. Namun, di antara kegiatan yang paling umum adalah membeli jajanan (biasanya tinggi gula, garam, dan lemak) yang dijual oleh pedagang kaki lima satu atau dua jam sebelum waktu berbuka, dan dikonsumsi saat waktu berbuka tiba.</p>	<p>Setyani, 2019</p>
<p>Sistem kesehatan: selama kehamilan</p>		
<p>Apakah disediakan program gizi remaja dan ibu?</p>	<p>Ya, program gizi remaja dan ibu ini telah mempertimbangkan <i>double duty actions</i>. Kebijakan kesehatan saat ini untuk mengendalikan obesitas adalah deteksi dini obesitas pada kelompok umur 15-49 tahun di fasilitas kesehatan, yang kemudian akan diukur berat badan, tinggi badan, dan lingkar pinggangnya, dan dirujuk untuk mendapatkan penyuluhan dan dukungan. Selain itu, saat ini Kementerian Kesehatan sedang mengkampanyekan gizi seimbang, dan memiliki beberapa program antara lain GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat), GENTAS (Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas), dan CERDIK (Cek Kesehatan Secara Rutin, Enyahkan Asap Rokok, Rajin Aktivitas Fisik, Diet Seimbang, Istirahat Cukup, Kelola Stres). Lebih lanjut, Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M) yang dilaksanakan berdasarkan peraturan bersama empat kementerian, antara lain Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, dan Kementerian Dalam Negeri, memasukkan <i>double duty actions</i> melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat.</p>	<p>(Kementerian Kesehatan RI, 2016; Kementerian Kesehatan - RI, 2016, 2017; Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2019; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019)</p>
<p>Apakah wanita menerima pemantauan antenatal untuk mencegah kenaikan berat badan yang berlebihan dan diabetes pada ibu?</p>	<p>Ya. Penimbangan berat badan dilakukan secara rutin, dan penimbangan berat badan merupakan bagian dari pelayanan antenatal terpadu (ANC), terdapat pengukuran kadar glukosa darah (yang juga merupakan bagian dari asuhan antenatal bagi ibu hamil yang diduga menderita diabetes).</p>	<p>(Kementerian Kesehatan - RI, 2014c, 2015a)</p>

<p>Apakah terdapat ketentuan untuk konseling dan perawatan pranatal (termasuk pola makan, aktivitas fisik, dan merokok)? Apakah ini ditujukan untuk ayah dan ibu?</p>	<p>Konseling gizi dan kesehatan merupakan bagian dari ANC, dan pasangan/suami juga dilibatkan. Materi tentang pola makan, aktivitas fisik, dan merokok sudah termasuk dalam konseling.</p>	<p>(Kementerian Kesehatan - RI, 2015a)</p>
<p>Apakah suplemen protein dan/ atau energi (atau bantuan langsung tunai atau kupon makanan) diberikan kepada ibu hamil?</p>	<p>Biskuit kaya energi dan protein disediakan untuk ibu hamil yang kekurangan energi kronik (KEK) (lingkar lengan atas (LILA) ibu hamil kurang dari 23,5 cm). LILA ibu hamil hanya diukur pada kontak pertama dengan petugas kesehatan pada trimester pertama kehamilan. Kenaikan berat badan ibu hamil dipantau dengan melakukan pengukuran berat badan pada setiap kunjungan antenatal. Ibu hamil dengan kenaikan berat badan lebih dari 2 kilogram per bulan akan dirujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut. Selain itu, setidaknya 90 tablet zat besi dan asam folat diberikan kepada ibu hamil sejak kunjungan antenatal pertama.</p>	<p>(Kementerian Kesehatan - RI, 2014c; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019)</p>
<p>Sistem dukungan kesehatan dan sosial: selama masa bayi dan masa kanak-kanak</p>		
<p>Apakah ada program dan praktik untuk mempromosikan pemberian ASI?</p>	<p>Ya, promosi menyusui sudah menjadi program nasional. Kementerian Kesehatan telah mendorong semua fasilitas kesehatan untuk menerapkan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui, dan hal ini juga didorong oleh Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 3 Tahun 2010. Promosi menyusui dilakukan melalui konseling interpersonal di fasilitas kesehatan dan di tingkat masyarakat.</p>	<p>(Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak - RI, 2010; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional - RI, 2019)</p>
<p>Apakah rumah sakit mengikuti rekomendasi dari Inisiatif Rumah Sakit Sayang Bayi?</p>	<p>Tidak, sebagian besar rumah sakit tampaknya tidak mengikuti rekomendasi tersebut. Sebuah survei nasional 2011 menemukan bahwa hanya 8 persen rumah sakit negara yang memenuhi 7 dari 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui, dan pada tahun 2017 hanya 5,4 persen rumah sakit di Indonesia yang terakreditasi sebagai Rumah Sakit Sayang Bayi.</p>	<p>Pramono <i>et al.</i>, 2021</p>
<p>Apakah wanita berhak atas cuti hamil?</p>	<p>Cuti melahirkan diatur dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan pasal 82. Berdasarkan undang-undang tersebut, cuti melahirkan diberikan selama 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 (satu setengah) bulan setelah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan atau bidan.</p>	<p>(Sekretariat Kabinet - RI, 2003)</p>
<p>Apakah <i>International Code on the Marketing of Breast-milk Substitutes</i> dilaksanakan oleh undang-undang nasional?</p>	<p>Ya. Lebih lanjut diatur dalam 1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 240/Menkes/PER/V/1985 tentang Pengganti ASI; 2) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 237/Menkes/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti ASI; 3) Undang-Undang Pemerintah Nomor 69 Tahun 1999 tentang Label dan Iklan Pangan; 4) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia; 5) Peraturan Bersama Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, dan Menteri Kesehatan No. 48/Men.PP/XII/2008, Per.27/Men/XII/2008, dan No. 1177/MenKes/PB/XII/2008 Tahun 2008 tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Pada Waktu Kerja Di Tempat Kerja; 6) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 128, 129, 200 dan 201. Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) di Indonesia baru-baru ini menerbitkan laporan yang berjudul "<i>Breaking The Code: Pelanggaran Kode Internasional Pemasaran Produk Pengganti ASI pada Media Digital dan Media Sosial di Indonesia Selama Pandemi COVID-19 (April 2020-April 2021)</i>",</p>	<p>IDAI, 2013; AIMI, 2021</p>

	yang memuat pelanggaran pemasaran pengganti ASI di berbagai media digital dan sosial selama pandemi COVID-19. Terdapat pula platform untuk melaporkan pelanggaran produk pengganti ASI (PASI) di https://pelanggarankode.org/ , di mana semua laporan di platform itu akan disampaikan kepada pemerintah sebagai pemangku kepentingan dan ke <i>World Health Assembly</i> (WHA).	
Apakah terdapat skrining kelebihan berat badan atau masalah gizi lainnya untuk memantau bayi dan balita?	Ya, hal ini diatur dalam Permenkes Nomor 2/2020. Terdapat grafik pertumbuhan di mana berat badan dan panjang/tinggi bada bayi dan anak-anak menurut usia mereka dinilai dan dipantau. Pemantauan anak dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, upaya kesehatan berbasis masyarakat, dan lembaga pendidikan, melalui skrining dan survei.	(Kementerian Sosial - RI, 2019; TNP2K, 2020)
Apakah ada kebijakan atau program untuk mendukung akses keluarga terhadap pangan sehat?	Ya. Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) diberikan kepada seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial. Penyaluran bantuan pangan nontunai diatur dalam Peraturan Menteri Sosial Nomor 20/2019. Dalam Permen ini disebutkan bahwa salah satu tujuan dari bantuan pangan nontunai adalah untuk memberikan pangan dengan gizi seimbang kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Program sembako merupakan pengembangan dari BPNT, dimana pemerintah meningkatkan nilai bantuan dan memperluas jenis komoditas yang dapat dibeli. Dengan demikian, komoditas tersebut tidak hanya berupa beras dan telur seperti dalam program BPNT, tetapi juga komoditas lain yang mengandung sumber karbohidrat, protein hewani, protein nabati serta vitamin dan mineral sebagai upaya Pemerintah dalam memberikan akses kepada KPM hingga bahan pangan dasar dengan kandungan gizi lainnya. Salah satu manfaat program Sembako adalah dalam jangka panjang dapat mencegah <i>stunting</i> dengan pemenuhan gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan.	(Kementerian Sosial - RI, 2019; TNP2K, 2020)
Apakah terdapat jalur rujukan yang dipublikasikan dengan baik untuk bayi dan balita yang memiliki risiko kelebihan berat badan atau obesitas yang lebih tinggi?	Tidak. Jalur rujukan yang dipublikasikan untuk bayi dan balita yang berisiko lebih tinggi mengalami kelebihan berat badan atau obesitas sejauh ini belum tersedia. Namun, terdapat buku terbitan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) yang menjelaskan tentang Diagnosis, Tata Laksana, dan Pencegahan Obesitas pada Anak dan Remaja.	(Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM-Kemenkes-RI, 2021, FGD, 18 Oktober; IDAI, 2015)
Apakah petugas fasilitas kesehatan tingkat pertama menerima pelatihan dalam pemberian layanan konseling gizi?	Ya. Terdapat <i>Training of Trainer</i> (TOT) bagi tenaga kesehatan sebagai fasilitator praktik pemberian makanan bayi dan anak (PMBA), yang akan menyampaikan informasi tersebut kepada konselor PMBA di tingkat Posyandu. Topik dalam TOT ini meliputi konsep PMBA; praktik menyusui eksklusif; praktik pemberian makan bagi ibu hamil dan menyusui serta pemberian makanan pendamping ASI; pemantauan pertumbuhan; Kesehatan dan Gizi Ibu; Rujukan Penyakit Anak; Konseling IYCF.	(Kementerian Kesehatan - RI, 2019c)
Apakah orang tua baru memiliki akses ke kursus <i>parenting</i> ?	Ya. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) memiliki program kelas <i>parenting</i> berupa kelas ibu balita yang ditargetkan untuk ibu balita. Materi yang dijelaskan di kelas tersebut berdasarkan materi yang ada di Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Untuk mendukung kelas <i>parenting</i> tersebut di era pandemi, Kemenkes menggunakan platform online atau aplikasi yang tersedia di website: https://belajarkesga.kemkes.go.id .	(Direktorat Kesehatan Keluarga-Kemenkes-RI, 2021, FGD, 22 Oktober; Kementerian Kesehatan - RI, 2014b, 2021a, 2021b)

	<p>Kemenkes juga telah mengembangkan aplikasi <i>mobile</i> berbasis buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Aplikasi yang diberi nama M-KIA ini bertujuan untuk membantu para ibu mengenal lebih jauh tentang kesehatan selama kehamilan dan kesehatan anak. Sejauh ini, ribuan pengguna telah mengunduh aplikasi tersebut. Untuk mengukur keberhasilan setiap sesi kelas parenting, dilakukan <i>pre</i> dan <i>post-test</i> di setiap sesi. Untuk mengukur dampaknya, Kemenkes melakukan monitoring dan evaluasi terhadap program ini.</p>	
<p>Sistem pendidikan: risiko obesitas pada masa kanak-kanak di lingkungan pendidikan</p>		
<p>Apakah terdapat standar gizi untuk makanan yang diberikan kepada balita di tempat penitipan anak? Apakah terdapat standar aktivitas fisik untuk tempat penitipan anak? Apakah ada panduan nasional untuk screen time dan tidur di tempat penitipan anak?</p>	<p>Pedoman teknis pengaturan penitipan anak menyarankan bahwa layanan gizi harus bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi seimbang anak-anak. Oleh karena itu, layanan gizi harus menyediakan makanan yang sehat, bervariasi, dan bergizi serta mempertimbangkan kebutuhan dan kepekaan terhadap jenis makanan yang berbeda untuk setiap anak. Mengenai aktivitas fisik, pedoman ini menyarankan prinsip-prinsip umum untuk pengaturan penitipan anak. Hal tersebut harus bertujuan untuk menjaga kesehatan melalui olahraga dan aktivitas fisik yang teratur dan terukur, sehingga siswa memiliki fisik yang kuat, gesit, memiliki daya tahan dan disiplin yang tinggi. Namun, pedoman ini tidak menetapkan standar khusus untuk aktivitas fisik. Panduan untuk tidur di tempat penitipan anak tersedia dalam pedoman teknis tersebut, tetapi tidak ada panduan yang disebutkan untuk <i>screen time</i>. Namun, berdasarkan wawancara konsultasi dengan Direktorat Pendidikan Anak Usia Dini, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemdikbud), <i>screen time</i> dibatasi dua jam dan hanya pada saat kegiatan utama, seperti kegiatan belajar yang membutuhkan dukungan <i>gadget</i>.</p>	<p>(Kemendikbud, Ristek-RI, 2021, FGD, 11 November; Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2015)</p>
<p>Apakah ada standar gizi untuk makanan yang disediakan di sekolah?</p>	<p>Standar gizi khusus untuk makanan yang disediakan di sekolah belum tersedia. Namun, beberapa pedoman telah dikembangkan dan diterbitkan oleh berbagai instansi pemerintah, termasuk Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi; Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), dan Kementerian Kesehatan. Pedoman pangan jajanan anak sekolah untuk mencapai gizi seimbang disusun oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Pedoman ini berisi tentang kebutuhan gizi anak sekolah, pesan gizi seimbang untuk anak usia sekolah, cara memilih makanan dan jajanan sekolah yang tepat agar dapat memenuhi gizi seimbang, serta peran orang tua, guru, dan pengelola kantin sekolah dalam mewujudkan gizi seimbang untuk anak sekolah. Selain itu, pada tahun 2021 Direktorat Sekolah Dasar Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi menerbitkan buku saku tentang gizi seimbang dan kantin sehat di sekolah dasar. Buku saku ini berisi rekomendasi untuk guru dan warga sekolah tentang praktik terbaik yang terkait dengan pangan sehat dan keamanan pangan. Beberapa direktorat di bawah Kementerian Kesehatan juga mengembangkan dan menerbitkan pedoman kantin sehat, yang terutama berfokus pada keamanan pangan di sekolah.</p>	<p>(Direktorat Kesehatan Lingkungan-Kemampuan Kesehatan RI, 2021, FGD, 22 Oktober; Direktorat Gizi-Kemampuan Kesehatan-RI, 2021, FGD, 14 Oktober; BPOM - RI, 2013; Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2021a)</p>
<p>Apakah ada standar untuk aktivitas fisik anak?</p>	<p>Ya, Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga Kementerian Kesehatan telah mengembangkan dan menerbitkan pedoman kebugaran jasmani untuk siswa sekolah dasar dan menengah melalui Program UKS/M (Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah), yang mencakup standar aktivitas fisik anak dan berlaku untuk semua sekolah, baik sekolah swasta maupun sekolah negeri.</p>	<p>(Direktorat Kesehatan Kerja dan Olah Raga-Kemkes-RI, 2021, FGD, 2 November; Kementerian Kesehatan - RI, 2019d)</p>

<p>Apakah ada standar untuk jumlah waktu sedentari, atau <i>screen time</i>, untuk anak-anak di sekolah? Apakah standar ini mencakup semua sekolah negeri dan swasta?</p>	<p>Tidak. Standar waktu sedentari atau <i>screen time</i> untuk anak-anak di sekolah belum tersedia.</p>	<p>(Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi-RI, 2021, FGD, 11 November)</p>
<p>Apakah ada pedoman yang jelas dalam kurikulum sekolah tentang pengajaran promosi kesehatan, termasuk makan sehat dan aktivitas fisik, kepada anak-anak?</p>	<p>Ya. Pedoman tersebut dapat dilihat pada Buku Saku Petunjuk Teknis (Juknis) Pelaksanaan Sekolah Sehat. Penyelenggaraan sekolah sehat berada di bawah program UKS/M, dan buku saku tersebut menjadi acuan bagi tim pelaksana UKS di sekolah dan puskesmas tentang cara pelaksanaan triad UKS (pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat) yang terintegrasi dengan kegiatan belajar mengajar. Pedoman diterapkan ke semua sekolah dan dilakukan pemantauan dan pelaporan.</p>	<p>(Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2019)</p>
<p>Apakah ada kebijakan untuk memastikan akses ke air minum yang aman di sekolah dan fasilitas olahraga?</p>	<p>Tidak ada. Namun, terdapat program multi-sektor yang disebut PAMSIMAS (Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat). PAMSIMAS merupakan wadah pengembangan air minum dan sanitasi pedesaan yang dilaksanakan dengan pendekatan berbasis masyarakat, yang salah satu implementasinya adalah di sekolah-sekolah. Kementerian Kesehatan, melalui program Komponen B Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (Pamsimas) dan masukan dari berbagai lintas program, lintas sektor dan mitra terkait, menyusun pedoman umum sanitasi dan kebersihan sekolah. Selain itu, terdapat pedoman pengembangan sanitasi sekolah dasar yang memuat standar untuk menjamin air minum yang aman di sekolah dasar. Dalam menjamin ketersediaan air minum yang aman di sekolah dasar, jika sekolah mengalami masalah air, maka wajib bagi siswa untuk membawa air minum dalam botol. Jika sekolah mampu, sekolah akan menyediakan cadangan air minum yang cukup dan memadai bagi siswa yang ingin menambah air minum.</p>	<p>(Direktorat Kesehatan Lingkungan-Kementerian Kesehatan RI, 2021, FGD, 22 Oktober; Pokja AMPL, 2010; Kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi - RI, 2018; PAMSIMAS, 2021)</p>
<p>Apakah ada kebijakan untuk mendorong perjalanan aktif (berjalan kaki dan bersepeda) ke dan dari sekolah?</p>	<p>Tidak ada kebijakan untuk mendorong perjalanan aktif ke dan dari sekolah di tingkat nasional. Ada beberapa contoh inisiatif di tingkat daerah. Pemerintah Kota Blitar, misalnya, mencanangkan kebijakan bersepeda ke sekolah dengan Program Sepeda Gratis pada tahun 2017. Selanjutnya sepeda tersebut dibagikan kepada siswa-siswi SMP Negeri yang terdaftar sebagai warga Kota Blitar. Kebijakan bersepeda ini merupakan model kebijakan baru dan pertama di Indonesia. Kebijakan ini tertuang dalam Peraturan Walikota Blitar Nomor 65/2017. Tidak begitu jelas monitoring dan evaluasi kebijakan ini, dimana Pemerintah Kota Blitar tidak menetapkan targetnya, misalnya jumlah siswa yang menggunakan sepeda sebagai standar untuk mengklaim kebijakan ini berhasil.</p>	<p>(Pemerintah Kota Blitar, 2017; Direktorat Kesehatan Kerja dan Olah Raga-Kemenkes-RI, 2021, FGD, 2 November; Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi-RI, 2021, FGD, 11 November)</p>
<p>Apakah ada kebijakan untuk memberikan akses ke sekolah dan fasilitas olahraga dan bermain di luar jam sekolah?</p>	<p>Tidak ada. Tidak ada kebijakan dalam bentuk peraturan perundang-undangan. Namun dalam pelaksanaan kegiatan sekolah, akses fasilitas olahraga dan bermain sekolah dan kota di luar jam sekolah diberikan kepada siswa.</p>	<p>(Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi-RI, 2021, FGD, 11 November)</p>

Apakah ada standar gizi untuk makanan lain (jajanan dan minuman) yang dijual di sekolah?	Tidak ada. Namun standar gizi jajanan dan minuman yang dijual di sekolah didasarkan pada pemenuhan gizi seimbang untuk anak sekolah. Terdapat pedoman makanan jajanan untuk pencapaian gizi seimbang yang dikembangkan oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).	BPOM - RI, 2013
Apakah ada program pemantauan kebugaran berbasis sekolah?	Ya. Pemantauan kebugaran diterapkan untuk semua sekolah (sekolah swasta dan negeri). Pelaksanaannya dilaporkan oleh Puskesmas melalui SITKO atau Sistem Informasi Kesehatan dan Olahraga Terpadu.	(Direktorat Kesehatan Kerja dan Olah Raga-Kemendes-RI, 2021, FGD, 2 November)

Lampiran 2. Ringkasan kesenjangan data pada faktor risiko kelebihan berat badan dan obesitas

Kesenjangan Data	Informasi
Prenatal dan perinatal	
Kenaikan berat badan selama kehamilan	Kurangnya data dan tren yang merepresentasikan kondisi nasional dari waktu ke waktu. Informasi terbatas dari studi individu.
Diabetes gestasional	Kurangnya data merepresentasikan kondisi nasional. Perkiraan terbatas berdasarkan data rumah sakit, tetapi data ini kemungkinan sudah terlalu lampau.
Balita	
Konsumsi pengganti ASI (volume p/kapita)	Kurangnya data penjualan produk pengganti ASI dalam volume per kapita.
Konsumsi makanan pendamping ASI komersial (penjualan atau volume p/kapita)	Tidak tersedia data penjualan dalam Kg per kapita per tahun.
Konsumsi sayuran dan buah-buahan pada balita	Tidak ada informasi persentase balita yang tidak mengonsumsi sayur atau buah dalam sehari sebelumnya
Tingkat aktivitas fisik pada balita	Tidak ada informasi persentase balita yang aktivitas fisiknya kurang dan/atau cukup
Anak-anak usia 5-19 tahun	
Tingkat konsumsi minuman berpemanis gula pada usia 5-19 tahun (atau semua penduduk)	Tidak ada data tentang jumlah minuman berpemanis gula yang dikonsumsi (misalnya, minuman per hari, atau liter per minggu, per kapita). Hanya tersedia data proporsi penduduk usia 3 tahun yang mengonsumsi minuman berpemanis gula.
Konsumsi makanan manis pada anak usia 5-19 tahun (atau semua penduduk)	Tidak tersedia tingkat konsumsi dalam gram per minggu per kapita. Data yang tersedia hanya persentase anak-anak dan remaja yang mengonsumsi 1 porsi atau lebih makanan manis per hari.
Data mengenai tidur (kurang tidur)	Tidak tersedia informasi tentang persentase anak yang tidur secara rutin <8 jam per malam.

Bermain secara aktif, waktu yang dihabiskan di luar ruangan, aktivitas fisik di kalangan keluarga dan teman sebaya	Kurangnya data tentang persentase anak-anak dan remaja yang terlibat dalam permainan aktif yang tidak terstruktur atau tidak terorganisir selama >2 jam sehari.
Lingkungan pangan obesogenik	
Kualitas makanan yang disajikan di layanan PAUD dan makanan sekolah, diukur dari keselarasannya dengan PGS	Kurangnya data tentang persentase layanan PAUD yang menyediakan makanan yang sesuai dengan PGS
Kualitas makanan yang ditawarkan di jajanan sekolah dan penjualnya (misalnya sekolah yang menawarkan jajanan minuman berpemanis gula dan jajanan tinggi GGL)	Kurangnya data tentang persentase sekolah yang menawarkan minuman ringan berpemanis gula dan sekolah yang menawarkan jajanan tinggi GGL (termasuk <i>vending</i>)
Kualitas makanan yang ditawarkan sebagai bagian dari program dukungan pendapatan rendah/kesejahteraan, seperti jaring pengaman sosial atau program makanan atau gizi tambahan	Kurangnya data tentang nilai makanan bersubsidi yang memenuhi PGS sebagai persentase nilai semua makanan bersubsidi, berdasarkan berat atau kilokalori [atau makanan yang tidak tinggi GGL sebagai persen dari semua makanan yang dipasok]
Kualitas makanan yang ditawarkan untuk mengatasi kelaparan dan bantuan darurat	Kurangnya data tentang makanan bantuan yang memenuhi PGS sebagai nilai persentase semua makanan bantuan, berdasarkan berat atau kilokalori [atau makanan yang tidak tinggi GGL sebagai persen dari semua makanan yang dipasok]
Sponsor peralatan sekolah (misalnya perlengkapan olahraga) oleh merek makanan cepat saji	Kurangnya data persentase sekolah yang menerima produk bermerek atau sponsor dari merek makanan
Kepemilikan sepeda anak	Kurangnya data persentase anak-anak dan remaja yang memiliki sepeda
Ketersediaan jalur sepeda yang aman	Kurangnya data tentang masyarakat/ kota yang melaporkan bahwa mereka memiliki infrastruktur (misalnya, trotoar, jalan setapak, jalur, jalur sepeda) yang dirancang khusus untuk mempromosikan aktivitas fisik, sebagai persen dari semua masyarakat
Tren perilaku sedentari	Kurangnya data tingkat pertumbuhan tahunan majemuk (CAGR) pada persentase anak-anak yang menghabiskan 3 jam menonton televisi, bermain <i>game</i> komputer atau melakukan aktivitas duduk lainnya sehari-hari





Desember 2022

Dana Anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNICEF)

Lantai 22, World Trade Center 2,
Jl. Jend. Sudirman Kav. 31,
Jakarta, 12920, Indonesia.

Tel: (62) 21 5091 6100

Email: jakarta@unicef.org

Website: www.unicef.or.id

unicef  | **untuk setiap anak**