

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Balita merupakan kelompok usia kritis yang rentan terhadap masalah gizi. Pada masa ini, balita memerlukan asupan nutrisi adekuat untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Gizi merupakan faktor penentu keberhasilan tumbuh kembang bayi dan balita¹. Masalah gizi pada balita, baik kekurangan maupun kelebihan, dapat berdampak jangka panjang terhadap kesehatan fisik, perkembangan kognitif, dan produktivitas di masa dewasa. Hambatan pertumbuhan, kurang gizi, dan gangguan berat badan saat balita akan memengaruhi perkembangan saat dewasa menjadi tidak maksimal baik secara fisik maupun mental².

Gizi lebih (*overweight* dan obesitas) pada balita telah menjadi masalah kesehatan global yang mengkhawatirkan, dengan prevalensi global mencapai sekitar 5,9% pada anak usia 0-5 tahun². Prevalensi gizi lebih pada balita terus meningkat di berbagai negara, termasuk negara berkembang yang sebelumnya lebih fokus pada masalah gizi kurang, dengan kenaikan hingga 40-60% dalam dua dekade terakhir di Asia Tenggara³. Gizi lebih pada usia dini berisiko tinggi berlanjut hingga dewasa, dengan sekitar 70-80% balita obesitas tetap obesitas di masa remaja dan dewasa, meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus tipe 2 (risiko 3-5 kali lipat, OR 4,5), hipertensi, penyakit kardiovaskular (risiko 2-3 kali lipat), dan gangguan metabolik lainnya⁴.

Prevalensi penyakit tidak menular seperti Diabetes Mellitus (DM) di Kabupaten Kulon Progo dilaporkan mencapai 1,93% berdasarkan Riskesdas DIY 2019, dan penyakit ini termasuk dalam 10 utama kasus penyakit di wilayah tersebut. Meskipun data prevalensi DM pada balita belum tersedia secara spesifik, tren meningkatnya kasus PTM pada kelompok usia muda menunjukkan adanya kebutuhan perhatian terhadap faktor risiko metabolik sejak dini, termasuk obesitas dan aktivitas fisik rendah⁵.

WHO menetapkan ambang batas prevalensi gizi lebih >10% sebagai masalah kesehatan masyarakat yang serius dan memerlukan intervensi segera, dengan data menunjukkan bahwa di atas ambang ini, risiko PTM meningkat signifikan hingga 4 kali lipat². Saat ini, banyak negara berkembang menghadapi fenomena *Double Burden of Malnutrition* (DBM), yaitu koeksistensi masalah gizi kurang dan gizi lebih dalam satu populasi, mencerminkan transisi gizi di mana masalah tradisional belum teratasi namun masalah modern sudah muncul seperti *screen time* dan pola makan.

Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap komponen gizi lebih adalah *screen time* berlebihan pada balita. *Screen time* adalah waktu yang dihabiskan untuk menonton televisi, bermain gadget, atau menggunakan perangkat elektronik lainnya. Paparan layar berlebihan memengaruhi gizi lebih melalui beberapa mekanisme yaitu menurunkan aktivitas fisik sehingga mengurangi pengeluaran energi, meningkatkan konsumsi

makanan tinggi kalori, gula, dan lemak saat terpapar iklan atau makan sambil menonton, mengganggu pola tidur yang dapat memengaruhi metabolisme, dan mengurangi waktu makan bersama keluarga yang penting untuk pembentukan pola makan sehat⁶. WHO (2019) merekomendasikan anak usia 2-4 tahun maksimal 1 jam *screen time* per hari, namun kenyataannya sebagian besar balita tidak mematuhi pedoman ini⁷.

Studi global menunjukkan hubungan signifikan antara durasi *screen time* dengan risiko gizi lebih pada balita. Meta-analisis terhadap 23 studi dengan 49.948 partisipan menunjukkan bahwa balita dengan durasi *screen time* ≥ 1 jam/hari memiliki risiko *overweight*/obesitas sebesar OR 1,872 (95% CI: 1,678–2,088), sementara *screen time* ≥ 2 jam/hari menunjukkan OR 1,262 (95% CI: 1,155–1,379). Temuan ini mengonfirmasi bahwa excessive *screen time* secara konsisten berkaitan dengan peningkatan risiko obesitas pada balita⁸.

Studi prospektif di Korea menunjukkan bahwa *screen time* ≥ 240 menit/hari (≥ 4 jam/hari) meningkatkan risiko obesitas dengan OR 1,68⁹. Selain itu, penelitian di Polandia menemukan bahwa 88,74% anak makan sambil terpapar layar, yang berhubungan dengan peningkatan konsumsi energi serta camilan tinggi gula dan lemak¹⁰. Hasil dari penelitian Armoon et al. yang menemukan bahwa anak dengan *screen time* > 2 jam per hari memiliki risiko obesitas dengan OR 3,51 (95% CI: 1,20–8,66; $p=0,01$) untuk pengguna TV dan OR 3,40 (95% CI: 1,24–7,32; $p=0,01$) untuk

pengguna PC¹¹. Secara keseluruhan, berbagai bukti internasional menunjukkan konsistensi hubungan antara durasi *screen time* dan peningkatan risiko gizi lebih pada balita.

Indonesia menghadapi peningkatan prevalensi gizi lebih pada balita yang signifikan. Berdasarkan data Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024, prevalensi balita *overweight* di Indonesia menunjukkan variasi antar wilayah, dengan Provinsi Bali menempati posisi tertinggi yaitu 6,4%, sementara Provinsi DI Yogyakarta dengan prevalensi sebesar 3,1% berada pada peringkat ke-21 dari 34 provinsi¹². Survei SEANUTS II menunjukkan prevalensi *overweight*/obesitas mencapai 10,5% pada anak usia 4,0-6,9 tahun di Jawa dan Sumatera, dengan prevalensi lebih tinggi di perkotaan (10,8%) dibandingkan pedesaan (8,2%). Tren ini menunjukkan transisi gizi di Indonesia, dimana masalah gizi lebih mulai menjadi ancaman serius di samping masalah gizi kurang yang belum teratasi¹³.

Terkait *screen time* di Indonesia, studi di wilayah Jabodetabek mengungkapkan hubungan signifikan antara *screen time* tinggi dengan perilaku makan maladaptif pada balita, seperti durasi makan yang lebih singkat ($p=0,047$; $r=0,256$) dan nafsu makan berkurang ($p=0,001$; $r=0,512$). Hal ini menunjukkan *screen time* tidak hanya memengaruhi aktivitas fisik tetapi juga pola makan balita¹⁴. Namun, belum ada studi di Indonesia yang mengkuantifikasi besar risiko (*Odds Ratio*) durasi *screen time* terhadap kejadian gizi lebih pada balita dengan desain *case-control*.

Data SSGI 2024 menunjukkan prevalensi gizi lebih balita di DI Yogyakarta bervariasi antar kabupaten/kota. Prevalensi risiko gizi lebih berkisar antara 4,8%-6,2%, dengan beberapa wilayah mendekati atau melampaui ambang batas WHO (>10%) jika dikombinasikan dengan kategori gizi lebih dan obesitas. Kabupaten Kulon Progo menunjukkan prevalensi risiko gizi lebih sebesar 4,8%, lebih rendah dari Bantul (6,1%) dan Gunungkidul (6,2%). Namun, berdasarkan data Dinas Kesehatan Kulon Progo (2024), di samping masalah gizi kurang (*double burden malnutrition* 11%, *stunting* 9,94%, *wasting* 5,1%), wilayah ini juga menghadapi masalah gizi lebih yang memerlukan perhatian, mengindikasikan terjadinya *double burden malnutrition* di tingkat populasi.

Wilayah kerja Puskesmas Wates menunjukkan prevalensi gizi lebih balita yang mengkhawatirkan. Hasil studi pendahuluan data terakhir pada bulan Agustus 2025 menunjukkan dari 2.122 balita yang tercatat, terdapat prevalensi risiko gizi lebih balita (8,76%), gizi lebih balita (2,92%), dan obesitas (1,51%), dengan total prevalensi gizi lebih mencapai 13,19%. Prevalensi ini melampaui ambang batas WHO (>10%) sebagai masalah kesehatan masyarakat serius. Di saat bersamaan, wilayah ini juga masih menghadapi masalah gizi kurang dengan prevalensi *double burden malnutrition* balita (11,08%), *stunting* (7,26%), dan *wasting* (5,28%), mengkonfirmasi terjadinya *double burden malnutrition* di tingkat populasi. Namun, prevalensi gizi lebih (13,19%) yang lebih tinggi dibandingkan

double burden malnutrition (11,08%) menunjukkan urgensi penanganan masalah gizi lebih yang selama ini kurang mendapat perhatian memadai.

Beberapa penelitian telah mengkaji hubungan *screen time* dengan obesitas pada anak, namun masih terdapat kesenjangan penelitian yang signifikan. Studi Viana et al. (2024) dan Kekalih et al. (2025) telah menyoroti kompleksitas transisi gizi di Indonesia, namun belum mengaitkannya dengan faktor perilaku sedentari seperti *screen time*. Penelitian Putri dan Humayrah menunjukkan adanya perilaku makan maladaptif akibat *screen time*, namun belum mengkuantifikasi besar risiko (*Odds Ratio*) durasi *screen time* terhadap kejadian gizi lebih pada balita¹⁴.

Kesenjangan penelitian terletak pada minimnya studi yang menilai besar risiko durasi *screen time* terhadap gizi lebih secara spesifik pada balita usia 2–5 tahun di wilayah dengan karakteristik semi-urban seperti Puskesmas Wates, padahal *evidence global* menunjukkan adanya peningkatan risiko gizi lebih dengan odds ratio berkisar 1,68–1,87⁸. Hingga saat ini, belum terdapat studi lokal yang mengestimasi besar risiko *screen time* terhadap gizi lebih menggunakan desain *case-control*.

Penulis tertarik melakukan penelitian ini berdasarkan beberapa alasan. Pertama, wilayah Puskesmas Wates memiliki beban *double burden malnutrition* tertinggi di Kulon Progo dengan prevalensi *double burden malnutrition* 11,08% dan gizi lebih 13,19%, keduanya melampaui ambang batas WHO sebagai masalah kesehatan serius. Kedua, komponen gizi lebih dengan prevalensi 13,19% menunjukkan tren peningkatan yang

mengkhawatirkan dan berdampak jangka panjang terhadap risiko penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular di masa dewasa. Ketiga, berbeda dengan gizi kurang yang telah lama menjadi fokus program, gizi lebih pada balita masih belum mendapat perhatian memadai meskipun prevalensinya tinggi. Keempat, *screen time* sebagai faktor risiko potensial belum pernah diteliti secara spesifik di wilayah ini, padahal paparan gadget pada balita semakin meningkat di era digital.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan durasi *screen time* dengan kejadian gizi lebih ($BB/TB > +1$ SD mencakup kategori berisiko gizi lebih dan gizi lebih sesuai Permenkes No.2 Tahun 2020) pada balita usia 2–5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Wates menggunakan desain *case-control*. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan bukti empiris mengenai hubungan *screen time* berlebih dengan kejadian risiko gizi lebih pada balita.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, permasalahan utama yang diangkat dalam penelitian ini adalah belum jelasnya hubungan durasi *screen time* dengan risiko gizi lebih ($BB/TB > +1$ SD mencakup kategori berisiko gizi lebih dan gizi lebih sesuai Permenkes No.2 Tahun 2020) pada balita usia 24-59 bulan di Puskesmas Wates Kulon Progo. Meskipun prevalensi gizi lebih mencapai 13,19% (248 kasus dari 2.122 balita) yang melampaui ambang batas WHO ($>10\%$) sebagai masalah kesehatan masyarakat serius, belum ada studi lokal yang mengkaji peran *screen time*

sebagai faktor risiko utama. Kesenjangan ini krusial karena *screen time* >1 jam/hari terbukti meningkatkan risiko obesitas dengan *Odds Ratio* 1,68⁹, namun belum terdapat penelitian di Indonesia dengan karakteristik responden yang berbeda. Oleh karena itu, pertanyaan penulis yang diajukan adalah: "Apakah terdapat hubungan antara *screen time* berlebih dengan kejadian gizi lebih pada balita usia 24-59 bulan di Puskesmas Wates Kulon Progo?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi *screen time* berlebih sebagai faktor risiko gizi lebih (BB/TB>+1 SD mencakup kategori berisiko gizi lebih dan gizi lebih sesuai Permenkes No.2 Tahun 2020) pada balita usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Wates Kulon Progo

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi paparan *screen time* berlebih pada kelompok kasus balita gizi lebih.
- b. Mengidentifikasi paparan *screen time* berlebih pada kelompok kontrol balita gizi normal.
- c. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi usia balita, jenis kelamin balita, aktivitas fisik balita dan karakteristik orang tua balita meliputi pendidikan dan status pekerjaan ibu pada kelompok kasus gizi lebih dan kelompok kontrol status gizi normal

- d. Mengidentifikasi besar risiko (*Odds Ratio*) *screen time* berlebih terhadap kejadian gizi lebih

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan pada balita usia 24–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Wates, Kulon Progo, untuk mengidentifikasi hubungan durasi *screen time* dengan gizi lebih. Status gizi diperoleh dari data sekunder Buku KIA dan pencatatan posyandu, sedangkan informasi *screen time* dikumpulkan melalui kuesioner dan wawancara orang tua. Desain penelitian menggunakan *case-control* dengan kasus balita gizi lebih dan kontrol balita gizi normal. Penelitian membatasi variabel pada usia, jenis kelamin, dan pendidikan orang tua, serta tidak melakukan pengukuran antropometri secara langsung.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Memberikan bukti empiris hubungan durasi *screen time* dengan gizi lebih pada balita usia 24-59 bulan di wilayah semi-perdesaan.
- b. Memperkaya teori perilaku sedentari (*screen time*) sebagai determinan komponen *overnutrition* dalam transisi gizi lebih di Indonesia.
- c. Menyediakan data lokal untuk pengembangan model *life-course approach* (Pendekatan yang melihat kesehatan dan status gizi anak sebagai hasil proses panjang sejak awal kehidupan, bukan hanya

kondisi saat ini) yang mengintegrasikan faktor perilaku *screen time* dengan status gizi anak usia dini.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Ibu Balita

Memberikan panduan praktis membatasi *screen time* sebagai upaya pengendalian risiko gizi lebih pada balita, disertai edukasi pola makan sehat dan aktivitas fisik.

b. Bagi Kader Posyandu

Sebagai bahan edukasi bagi keluarga balita di wilayah kerja Puskesmas Wates mengenai hubungan durasi *screen time* dengan kejadian gizi lebih pada balita.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai data awal dan bahan rujukan untuk pengembangan penelitian selanjutnya terkait *screen time* dan kejadian gizi lebih pada balita dengan desain penelitian yang berbeda.

d. Bagi Bidan

Sebagai bahan pertimbangan ilmiah bagi bidan dalam memahami *screen time* sebagai faktor yang berpotensi berhubungan dengan kejadian gizi lebih pada balita dan membantu bidan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan komunitas, khususnya dalam pemantauan tumbuh kembang dan status gizi balita.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian dan Nama Penulis	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan perbedaan
1.	Hubungan <i>Screen time</i> dengan Perilaku Makan Maladaptif pada Balita. Putri M, Humayrah W. Tahun 2024	<i>Observasional analitik</i> dengan desain <i>cross-sectional</i> , sampel 80 balita di Jabodetabek, metode kuesioner dan wawancara	<i>Screen time</i> tinggi berhubungan signifikan dengan durasi makan lebih singkat ($p=0,047$; $r=0,256$) dan nafsu makan berkurang ($p=0,001$; $r=0,512$).	Persamaan: Subjek balita, variabel <i>screen time</i> , metode kuantitatif, lokasi di Indonesia. Perbedaan: Variabel dependen perilaku makan (bukan status gizi antropometri), desain <i>cross-sectional</i> , lokasi urban Jabodetabek
2.	<i>Double Burden of Malnutrition among Children in Java and Sumatra: SEANUTS II Study.</i> Aria Kekalih, Dian Novita Chandra ¹ , Listya Tresnanti Mirtha ¹ , Ilse Khouw, Gerard Wong, Rini Sekartini. 2023	Survei <i>cross-sectional</i> dengan <i>multistage cluster random sampling</i> , sampel anak usia 0,5-12 tahun di Jawa dan Sumatera, metode pengukuran antropometri dan pemeriksaan laboratorium.	<i>Stunting</i> 33,4% (rural), 20,6% (urban); <i>overweight/obesitas</i> 10,5% pada anak 4,0-6,9 tahun; anemia 48,6%.	Persamaan: wilayah Jawa termasuk DIY, subjek balita, pengukuran status gizi balita dengan gizi lebih antropometri. Perbedaan: Tidak mengkaji <i>screen time</i> , fokus prevalensi (bukan hubungan faktor risiko), desain <i>cross-sectional</i> , cakupan <i>multi-provinsi</i>
3.	<i>Association Between Screen time and Obesity Risk in Korean Children: Prospective Study.</i> Hajin Jang ¹ , Yoonkyoung Cho and Hannah Oh. 2024	<i>Cohort prospektif</i> dengan sampel 1.428 anak usia 3-9 tahun di Korea, follow-up 2 tahun, metode kuesioner dan pengukuran antropometri berkala.	<i>Screen time</i> ≥ 240 menit/hari meningkatkan risiko obesitas dengan OR: 1,68 (95% CI: 1,25-2,26).	Persamaan: Variabel <i>screen time</i> , outcome gizi lebih/obesitas, analisis hubungan, dapat menghitung OR. Perbedaan: Lokasi Korea, desain <i>cohort prospektif</i> .
4.	<i>The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review</i> Chao Li, Gang Cheng, Tingting Sha, Wenwei Cheng, Yan Yan, 2020	<i>Systematic review dan meta-analysis</i> 9 studi	<i>Screen time</i> ≥ 1 jam/hari meningkatkan risiko <i>overweight/obesitas</i> hampir 2 kali lipat (OR 1,872; 95% CI: 1,678–2,088).	Persamaan: Variabel <i>screen time</i> , outcome gizi lebih, estimasi OR. Perbedaan: Studi global, bukan lokal; tidak menggunakan desain <i>case-control</i>