

OBESITAS ANAK DAN PERANAN ORANGTUA

Diah Ayu Mariam¹, TA Larasati

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung,

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

World Health Organization (WHO) menyatakan obesitas merupakan epidemi global dan menjadi problem kesehatan yang harus diatasi. Di Indonesia, perubahan gaya hidup yang menjurus ke westernisasi dan sedentary mengakibatkan perubahan pola makan masyarakat yang merujuk pada pola makan tinggi kalori, lemak dan kolesterol, sehingga berdampak meningkatkan risiko obesitas. Prevalensi obesitas pada anak meningkat dari tahun ke tahun, baik di negara maju maupun negara yang sedang berkembang. Disamping itu, obesitas pada anak berisiko tinggi menjadi obesitas dimasa dewasa dan berpotensi menderita penyakit metabolik dan penyakit degeneratif dikemudian hari. Obesitas pada anak merupakan salah satu masalah gizi yang jika dibiarkan akan mengganggu sumber daya manusia dikemudian hari. Berdasarkan penelitian Wardlaw & Hampl sekitar 40% anak yang obesitas dan sekitar 80% remaja yang obesitas akan menjadi obesitas pada usia dewasa, dengan masalah kesehatan seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan kolesterol tinggi. Perlu diadakan pencegahan dini untuk mengurangi tingkat prevalensi dalam rangka menciptakan sumber daya manusia yang lebih baik. Obesitas disebabkan oleh keseimbangan energi positif dengan penyebab yang bersifat multifaktorial. Sebagian besar obesitas diduga disebabkan oleh interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Oleh karena itu penatalaksanaan obesitas pada anak dengan carapengaturan diet, peningkatan aktifitas fisik dan modifikasi pola hidup sebaiknya dilaksanakan secara multidisiplin dengan mengikut sertakan keluarga atau dukungan dari orang tua.

Kata Kunci : obesitas anak , diet obesitas anak , peran orang tua

KIDS OBESITY AND THE ROLE OF PARENTS

Abstract

According to World Health Organization (WHO), obesity is already a global epidemic and become a health problem that must be addressed immediately. In Indonesia, the lifestyle changes that lead to westernization and sedentary lead to changes in the diet of people who refer to a diet high in calories, fat and cholesterol, so the impact increases the risk of obesity. The prevalence of obesity in children has increased from year to year, both in the developed and the developing countries. In addition, obesity in children at high risk of becoming obese adults and potential future disease of metabolic and degenerative diseases later on. Obesity in children is one of the nutritional problems that if left unchecked will interfere with the human resources in the future. Based on research Wardlaw & Hampl about 40% of children are obese and about 80% of obese adolescents will become obese in adulthood, with health problems such as diabetes mellitus, hypertension, and high cholesterol. There should be early intervention to reduce the prevalence rate in order to create human resources better. Obesity is caused by positive energy balance with the causes are multifactorial. Most obesity is thought to be caused by the interaction between genetic factors and environmental factors. Therefore, the management of obesity in children by means of diet, increasing physical activity and lifestyle modifications should be carried out by a multidisciplinary by including family or support from their parents.

Key Words : childobesity, child obesity diet, the role of parents

Koresponden : Diah Ayu Mariam, alamat Jalan pulau Bangka perumahan Cendana Indah No. D70 , HP 08127822493, e-mail diahayumariam18@gmail.com

Pendahuluan

Obesitas mulai menjadi masalah kesehatan diseluruh dunia dan *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa obesitas sudah merupakan suatu epidemi global, sehingga obesitas sudah merupakan suatu masalah kesehatan yang harus segera ditangani.¹

Di Indonesia, terutama di kota-kota besar, dengan adanya perubahan gaya hidup yang menjurus ke westernisasi dan sedentary berakibat pada perubahan pola makan/

konsumsi masyarakat yang merujuk pada pola makan tinggi kalori, tinggi lemak dan kolesterol terutama terhadap penawaran makanan siap saji (*fast food*) yang berdampak meningkatkan risiko obesitas.²

Masalah gizi anak di Indonesia saat ini memasuki masalah gizi ganda. Artinya, masalah gizi kurang masih belum teratasi sepenuhnya, sementara sudah muncul masalah gizi lebih. Ada beberapa masalah yang berkaitan dengan konsumsi zat gizi,

diantaranya adalah gizi lebih (obesitas), gizi kurang (malnutrisi), penyakit metabolik dan keracunan makanan. Obesitas di Indonesia belum menjadi sorotan karena masih dibebankan dengan masalah kekurangan gizi. Namun, kini sudah saatnya Indonesia mulai melirik masalah obesitas pada anak karena jika dibiarkan, akan mengganggu sumber daya manusia (SDM) dikemudian hari.³

Obesitas pada anak masih merupakan masalah utama dikarenakan oleh etiologinya yang kompleks dan multi faktor. Penanganan obesitas anak harus terpadu antara semua aspek etiologi. Semakin dini penanganan obesitas pada anak akan memberikan hasil yang lebih baik. Penanganan obesitas pada anak lebih sulit dari pada obesitas dewasa.⁴

Pengaturan makan untuk penurunan berat badan anak harus memperhatikan bahwa anak masih dalam proses tumbuh dan berkembang.⁴ Anjuran makanan untuk mendapatkan berat badan yang stabil atau turun secara bertahap harus mencukupi kebutuhan semua zat gizi meskipun seringkali anak mempunyai jenis makanan yang disukai atau tak disukai sehingga membatasi variasi makanan yang dapat dikonsumsi.⁵

Berdasarkan data dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) di Inggris prevalensi obesitas anak laki-laki adalah 1,2% pada tahun 1984, pada tahun 1996-1997 menjadi 3,4%, dan pada tahun 2002-2003 menjadi 6%.⁶ Sementara di Cina pada tahun 1992 prevalensi obesitas anak lelaki adalah 7%, kemudian meningkat menjadi 32,5% pada tahun 2005. Lalu, di Singapura terjadi keadaan yang sama, prevalensi obesitas pada anak pada tahun 1984-1989 adalah 9% dan meningkat menjadi 14,5 pada tahun 1989.⁶ Di negara maju upaya pengendalian obesitas anak mulai menunjukkan hasilnya dengan menurunnya jumlah anak yang obesitas. Negara berkembang, karena belum adanya program yang komprehensif prevalensi obesitas belum banyak berubah dalam 10 tahun terakhir, bahkan terdapat kecenderungan meningkat di beberapa kota besar. Penelitian multisenter di 10 kota besar di Indonesia anak pada usia sekolah menunjukkan prevalensi antara 2,5%-27%.⁶ Data Risdas pada tahun 2013, prevalensi obesitas pada anak usia 5-12 tahun secara nasional 8,8 persen.⁷

Dampak buruk obesitas terhadap kesehatan, sangat berhubungan erat dengan

penyakit serius, seperti tekanan darah tinggi, jantung, diabetes mellitus dan penyakit pernafasan. Dampak lain yang sering diabaikan adalah obesitas dapat mengganggu kejiwaan pada anak, yakni sering merasa kurang percaya diri. Apalagi jika anak sedang dalam masa remaja dan mengalami obesitas, biasanya akan menjadi pasif dan depresi karena sering tidak dilibatkan pada kegiatan yang dilakukan oleh teman sebayanya.⁸

Orang tua bertanggung jawab terhadap kesehatan anak dan harus mengambil inisiatif untuk memberikan semua jenis makanan yang dianggap dapat memenuhi gizi anak terutama orang tua yang berpendapatan tinggi memiliki peluang yang lebih besar untuk memilih jenis makanan,⁴ adanya peluang tersebut mengakibatkan pemilihan jenis dan jumlah makanan tidak lagi berdasarkan kebutuhan dan pertimbangan kesehatan tapi lebih mengarah pada pertimbangan praktis (*fast food*) yang jika tidak diimbangi dengan aktivitas fisik seimbang akan mempengaruhi jumlah pembakaran kalori tubuh.⁸

ISI

Obesitas didefinisikan sebagai suatu kelainan atau penyakit yang ditandai dengan penimbunan jaringan lemak tubuh secara berlebihan. Untuk menentukan obesitas diperlukan kriteria yang berdasarkan pengukuran antropometri dan atau pemeriksaan laboratorik, pada umumnya digunakan meliputi:

- Pengukuran berat badan (BB) yang dibandingkan dengan standar dan disebut obesitas bila $BB > 120\% \text{ BB standard}$.
- Pengukuran berat badan dibandingkan tinggi badan (BB/TB). Dikatakan obesitas bila $BB/TB > \text{persentile ke } 95 \text{ atau } > 120\% \text{ atau } Z\text{-score} = + 2 \text{ SD}$.
- Pengukuran lemak subkutan dengan mengukur skinfold thickness (tebal lipatan kulit/TLK). Sebagai indikator obesitas bila TLK Triceps $> \text{persentil ke } 85$.
- Pengukuran lemak secara laboratorik, misalnya densitometri, hidrometri dsb. yang tidak digunakan pada anak karena sulit dan tidak praktis. DXA adalah metode yang paling akurat, tetapi tidak praktis untuk dilapangan.
- Indeks Massa Tubuh (IMT), $> \text{persentil ke } 95$ sebagai indikator obesitas.¹¹

Epidemiologi obesitas dapat terjadi pada berbagai usia, tetapi yang tersering pada tahun pertama kehidupan, usia 5 – 6 tahun, mendekati periode akil baliq (menjelang usia 12 tahun) dan pada masa remaja. Prevalensi nasional obesitas umum di Indonesia pada anak usia 5-17 tahun sebesar 10% dan angka ini hampir sama dengan estimasi World Health Organization. Menurut Yussac *et al* pada tahun 2007, prevalensi obesitas pada anak di kota Jakarta adalah 31%. Prevalensi obesitas pada anak adalah 17,75%. Prevalensi obesitas anak usia 5 – 12 tahun di Perancis tahun 2004 sebesar 20,55%, di Inggris obesitas anak usia 2 – 10 tahun tahun 2005 sebesar 17,3%. Hampir 14 juta anak usia 2 – 17 tahun di Amerika Serikat tergolong obesitas, selain itu ada sekitar 8,6 juta anak di United States Of America (USA) mempunyai risiko untuk menjadi obesitas.¹²

Prevalensi obesitas anak yang tinggi ditemukan di negara-negara Timur Tengah, Eropa Tengah dan Eropa Timur. WHO melaporkan bahwa Iran merupakan salah satu dari tujuh negara dengan prevalensi obesitas anak tertinggi. Di Arab Saudi satu dari enam anak usia 6 – 18 tahun adalah obesitas. Sedangkan di Thailand prevalensi obesitas anak usia 5 – 12 tahun meningkat dari 12,2% menjadi 15,6% hanya dalam waktu 2 tahun.¹²

Penyebab obesitas adalah gaya hidup yang tidak sehat, genetik dan pengaruh lingkungan. Pola makan yang tidak sehat dan kurang nya asupan konsumsi buah dan sayur, anak-anak saat ini lebih memilih makanan cepat saji (*fatty food dan junk food*) yang lebih mudah di akses.¹¹ Secara ilmiah penyebab obesitas belum diketahui secara pasti.

Parental fatness merupakan faktor genetik yang berperan besar. Bila kedua orang tua obesitas, 80% anaknya menjadi obesitas; bila salah satu orang tua obesitas, kejadian obesitas menjadi 40% dan bila kedua orang tua tidak obesitas, prevalensi menjadi 14%. Hipotesis Barker menyatakan bahwa perubahan lingkungan nutrisi intrauterin menyebabkan gangguan perkembangan organ-organ tubuh terutama kerentanan terhadap pemrograman janin yang dikemudian hari bersama-sama dengan pengaruh diet dan stress lingkungan merupakan predisposisi timbulnya berbagai penyakit dikemudian hari. Mekanisme kerentanan genetik terhadap obesitas melalui

efek pada *resting metabolic rate, thermogenesis non exercise*, kecepatan oksidasi lipid dan kontrol nafsu makan yang jelek. Dengan demikian kerentanan terhadap obesitas ditentukan secara genetik sedang lingkungan menentukan ekspresi fenotipe.¹³

Aktifitas fisik merupakan komponen utama dari energy expenditure, yaitu sekitar 20-50% dari total energy expenditure. Penelitian di negara maju mendapatkan hubungan antara aktifitas fisik yang rendah dengan kejadian obesitas. Individu dengan aktivitas fisik yang rendah mempunyai risiko peningkatan berat badan dan penelitian di Jepang menunjukkan risiko obesitas yang rendah pada kelompok yang mempunyai kebiasaan olah raga, sedang penelitian di Amerika menunjukkan penurunan berat badan dengan *jogging aerobic*, tetapi untuk olah raga tim dan tenis tidak menunjukkan penurunan berat badan yang signifikan. Penelitian terhadap anak Amerika dengan tingkat sosial ekonomi yang sama menunjukkan bahwa mereka yang menonton TV = 5 jam perhari mempunyai risiko obesitas sebesar 5,3 kali lebih besar dibanding mereka yang nonton TV = 2 jam setiap harinya.¹³

Peranan faktor nutrisi dimulai sejak dalam kandungan dimana jumlah lemak tubuh dan pertumbuhan bayi dipengaruhi berat badan ibu. Kenaikan berat badan dan lemak anak dipengaruhi oleh waktu pertama kali mendapat makanan padat, asupan tinggi kalori dari karbohidrat dan lemak serta kebiasaan mengkonsumsi makanan yang mengandung energi tinggi.¹³

Perubahan pengetahuan, sikap, perilaku dan gaya hidup, pola makan, serta peningkatan pendapatan mempengaruhi pemilihan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Data menunjukkan bahwa beberapa tahun terakhir terlihat adanya perubahan gaya hidup yang menjurus pada penurunan aktifitas fisik, seperti berkendara ketika bersekolah dan kurangnya aktifitas bermain dengan teman serta lingkungan rumah yang tidak memungkinkan anak-anak bermain diluar rumah, sehingga anak lebih senang bermain komputer atau games, menonton TV atau video dibanding melakukan aktifitas fisik.³

Prinsip pengaturan diet pada anak obesitas adalah diet seimbang karena anak masih mengalami pertumbuhan dan

perkembangan. Intervensi diet harus disesuaikan dengan usia anak, derajat obesitas dan ada tidaknya penyakit penyerta. Pada obesitas sedang dan tanpa penyakit penyerta, diberikan diet seimbang rendah kalori dengan pengurangan asupan kalori sebesar 30%. Sedang pada obesitas berat (IMT > 97 persentile) dan yang disertai penyakit penyerta, diberikan diet dengan kalori sangat rendah (*very low calorie diet*). Dalam pengaturan diet ini perlu diperhatikan tentang menurunkan berat badan dengan tetap mempertahankan pertumbuhan normal. Diet seimbang dengan komposisi karbohidrat 50-60%, lemak 20-30% dengan lemak jenuh < 10% dan protein 15-20% energi total serta kolesterol < 300 mg per hari. Diet tinggi serat, dianjurkan pada anak usia > 2 tahun dengan penghitungan dosis menggunakan rumus: (umur dalam tahun + 5) gram per hari.¹⁴

Peningkatan aktifitas fisik mempunyai pengaruh terhadap laju metabolisme. Latihan fisik yang diberikan disesuaikan dengan tingkat perkembangan motorik, kemampuan fisik dan umurnya. Aktifitas fisik untuk anak usia 6-12 tahun lebih tepat yang menggunakan ketrampilan otot, seperti bersepeda, berenang, menari dan senam. Dianjurkan untuk melakukan aktifitas fisik selama 20-30 menit per hari.¹⁵

Farmakoterapi dan terapi bedah dapat diterapkan dengan persyaratan pada anak dan remaja obesitas yang mengalami penyakit penyerta dan tidak memberikan respons pada terapi konvensional. Diet sangat rendah kalori (600-800 kalori/hari) tidak boleh diterapkan pada anak dan remaja obesitas karena berisiko menyebabkan pembentukan batu empedu, hiperurisemia, hipoproteinemia, hipotensi ortostatik, halitosis, dan diare.¹⁵

Farmakoterapi Secara umum farmakoterapi untuk obesitas dikelompokkan menjadi tiga, yaitu penekan nafsu makan (sibutramin), penghambat absorpsi zat-zat gizi (orlistat), dan rekombinan leptin untuk obesitas karena defisiensi leptin bawaan, serta kelompok obat untuk mengatasi komorbiditas (metformin). Penelitian tentang efek jangka panjang penggunaan farmakoterapi obesitas pada anak yang belum selesai menyebabkan belum ada satupun farmakoterapi yang diijinkan pemakaiannya pada anak di bawah 12 tahun oleh USA *Food and Drug Administration* sampai saat ini. Sejak tahun

2003, Orlistat dengan ekstra suplementasi vitamin yang larut dalam lemak disetujui oleh USA *Food and Drug Administration* untuk tatalaksana obesitas pada remaja di atas usia 12 tahun. Studi klinis menunjukkan bahwa orlistat dapat membantu menurunkan berat badan dari 1,31 sampai 3,37 kg lebih banyak dibandingkan placebo.¹⁶

Sibutramin berfungsi menimbulkan rasa kenyang dan meningkatkan pengeluaran energi dengan menghambat ambilan ulang (reuptake) noradrenalin dan serotonin. Penggunaan obat tersebut diijinkan oleh USA *Food and Drug Administration* pada remaja yang berusia ≥ 16 tahun. Sebagian besar studi, review, dan penelitian yang menggunakan sibutramin pada remaja dan anak menunjukkan manfaat jangka pendek yang terbatas. Efek penggunaan sibutramin jangka panjang tidak dipelajari karena efek samping obat yang berat, yaitu infark miokard dan stroke pada dewasa sehingga obat tersebut ditarik dari pasaran di Amerika Serikat dan Eropa.¹⁶

Masalah gizi keluarga khususnya gizi anak akan mempengaruhi status gizi keluarga tersebut. Hal ini dikarenakan orangtua khususnya ibu yang memiliki pengetahuan gizi yang luas dapat membentuk pola konsumsi pangan dalam keluarga, terutama dalam pembentukan kebiasaan makan anak dalam keluarga.¹⁷

Peran orangtua dalam memantau penurunan berat badan anak sangat efektif untuk dilakukan. Orangtua menyediakan nutrisi yang seimbang sesuai dengan metode food rules. Seluruh anggota keluarga ikut berpartisipasi dalam program diet, mengubah perilaku makan dan aktivitas yang mendukung keberhasilan anak, serta menjadi bagian dari keseluruhan program komprehensif tersebut. Tetapi sebagian para orang tua menganggap obesitas bukan masalah yang serius dan menganggap bahwa anak nya sehat –sehat saja. Disamping itu, ada beberapa orang tua yang mengatur pola makan anak maupun kegiatan fisik seperti olah raga untuk upaya penurunan berat badan anak yang berlebihan.¹⁷

Ringkasan

Obesitas didefinisikan sebagai suatu kelainan atau penyakit yang ditandai dengan

penimbunan jaringan lemak tubuh secara berlebihan. Diperlukan pengetahuan, sikap, perilaku dan gaya hidup, pola makan, serta peningkatan pendapatan untuk mempengaruhi pemilihan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Prinsip pengaturan diet pada anak obesitas adalah diet seimbang karena anak masih mengalami pertumbuhan dan perkembangan serta peran orangtua dalam mengobati anak sangat efektif dalam penurunan berat badan atau keberhasilan pengobatan.

Simpulan

Peranan orang tua terhadap diet pada obesitas anak itu sangat berpengaruh karena anak butuh pendukung emosi dan pembangun keinginan untuk menurunkan berat badan guna menghindari penyakit-penyakit pemicu.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic, WHO Technical Report Series. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. Siti Nurul Hidayati, Rudi Irawan, Boerhan Hidayat. Obesitas Pada Anak Divisi Nutrisi Dan Penyakit Metabolik. Jakarta: FK Unair/RS.dr.Soetomo; 2009.
3. Syarif, D.R. Childhood Obesity: Evaluation and Management, Dalam Naskah Lengkap national Obesity Symposium II, Editor: Adi S., dkk; 2003; Surabaya. hlm 123 – 139
4. Heird, W.C. Parental Feeding Behavior and Children's Fat Mass. Am J Clin Nutr. 2002; 75: 451–452.
5. Kiess W., et al. Multidisciplinary Management of Obesity in Children and Adolescents-Why and How Should It Be Achieved?. Basel: Karger AG; 2004.
6. Kemenkes. Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas Pada Anak Sekolah. Jakarta: Kemenkes; 2012.
7. Kemenkes. Hasil Riskesdas 2013. Jakarta: Kemenkes; 2013.
8. IDAI. Seputar Kesehatan Anak - Nutrisi pada Remaja [internet]. Jakarta: IDAI; 2013 [diakses 08 Agustus 2016]. Tersedia dari: <http://idai.or.id/public-articles/seputarkesehatananak/nutrisipada-remaja.html>
9. Sartika,R.A.D. Faktor Risiko Obesitas Pada Anak 5-15 Tahun Di Indonesia. Makara Kesehatan J. 2011; 15(1):37-43.
- 10.Hadi,S., Sulistyowati,E., dan Mifbakhudin. Hubungan Pendapatan Perkapita Pengetahuan Gizi Ibu dan Aktivitas Fisik Dengan Obesitas Anak kelas 4 dan 5 Di SD.Hj.Isriati Baiturahman Kota Semarang. Unimus J. 2005; 2(1):7.
- 11.IDAI. Asuhan Nutrisi Pediatrik. Jakarta: IDAI; 2011.
- 12.Muhammad Artisto Adi Yussac, Arief Cahyadi, Andika Chandra Putri, Astrid Saraswaty Dewi, Ayatullah Khomaini, Saptawati Bardosono, et al. :Prevalensi Obesitas pada Anak Usia 4-6 Tahun dan Hubungannya dengan Asupan Serta Pola Makan. Maj Kedokt Indon. 2007; 57(2):47-53.
- 13.Newnham,J.,P. Nutrition and the early origins of adult disease, Asia Pacific J Clin Nutr. 2002;11(Suppl): S537-42.
- 14.Whitaker,R.C.,et al. Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity, N Engl J Med. 1997; 337:869–873.
- 15.Yanovski JA. Intensive therapies for pediatric obesity. Pediatr Clin North Am J. 2001; 48(4):893–907.
- 16.Duncan KC, Desilets AR, Montalbano JK. Pharmacotherapeutic options for overweight adolescents. Ann Pharmacother. 2007; 41(9):1445-55.
- 17.Festy, P. Hubungan perilaku orang tua dengan kejadian obesitas pada anak prasekolah (3-5tahun) di taman flora kota. Asuhan kesehatan J. 2012; 6(3):1-6.