

Obesitas PADA ANAK

dr. Nicholas Redly

Prevalensi *overweight* dan obesitas pada anak di dunia meningkat dari 4,2% di tahun 1990 menjadi 6,7% di tahun 2010, dan diperkirakan akan mencapai 9,1% di tahun 2020. Obesitas pada anak, terutama di Indonesia masih jarang dianggap sebagai suatu permasalahan kesehatan. Obesitas sendiri adalah suatu keadaan patologis, di mana terjadi penumpukan lemak yang berlebihan secara menyeluruh di bawah kulit dan jaringan di dalam tubuh. Hal ini digambarkan dengan indeks massa tubuh atau pada anak-anak di bawah 2 tahun dilihat pada perbandingan berat badan dengan panjang badan.

Obesitas disertai juga dengan peningkatan komorbiditas antara lain peningkatan tekanan darah, aterosklerosis, hipertrofi ventrikel kiri, sumbatan jalan napas saat tidur (*obstructive sleep apnea*), asma, sindrom polistik ovarium, diabetes melitus tipe-2, perlemakan hati, abnormalitas kadar lipid darah (*dislipidemia*), dan sindrom metabolik yang berpotensi menjadi penyakit degeneratif di kemudian hari. Pemahaman masyarakat akan obesitas masih kurang sehingga menghambat penemuan kasus dan terapi secara dini.

Obesitas pada anak sendiri berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi dua, yaitu ;

1. Obesitas Primer

Sebagian besar kasus obesitas

merupakan obesitas primer. Obesitas yang terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan energi dengan keluaran energi (*energy expenditures*), sehingga terjadi kelebihan energi yang selanjutnya disimpan dalam bentuk jaringan lemak.

2. Obesitas Sekunder

Obesitas sekunder hanya mencakup kurang dari 10% kasus. Hal ini didasari penyakit tertentu contohnya kelainan hormonal, sindrom, kelainan neurologis, defek genetik ataupun disebabkan oleh penggunaan obat tertentu (misalnya terapi steroid atau obat anti epilepsi).

Anamnesis dan pemeriksaan fisik disertai pemeriksaan penunjang

dapat menilai obesitas dengan derajat dan komorbiditasnya. Anamnesis terkait obesitas dimulai dengan tanda dan gejala risiko kesehatan yang terkait obesitas pada anak seperti mengorok, sering terbangun pada saat tidur di malam hari, menstruasi dini, nyeri panggul. Kemudian ditanyakan juga periode mulai timbulnya obesitas (neonatus, balita, remaja), pola makan yaitu kebiasaan makan, adakah perilaku abnormal terkait makanan. Pengkajian pola aktivitas fisik yaitu frekuensi olahraga per minggu, durasi perhari, jenis (terstruktur/ tidak terstruktur).

Riwayat obesitas di dalam keluarga untuk mencari faktor genetik sebagai penyebab obesitas riwayat tumbuh-kembang, riwayat penyakit terdahulu (kelainan



kongenital, kelainan hormonal, ataupun kelainan neurologis tertentu), riwayat obesitas di dalam keluarga dan, kebiasaan hidup santai (*sedentary life style*) dalam keluarga berpengaruh pada terjadinya obesitas anak. Riwayat penyakit keluarga seperti penyakit kardiovaskular dini (< 55 tahun), peningkatan kolesterol, hipertensi, atau diabetes melitus tipe-2.

Pemeriksaan fisik dilakukan dari keadaan umum, tanda vital, pemeriksaan dari kepala hingga kaki serta pemeriksaan antropometri. Pemeriksaan antropometri dengan menghitung indeks massa tubuh (IMT) diukur dengan cara berat badan (dalam kilogram) dibagi dengan kuadrat dari tinggi badan (dalam meter) pada anak usia 2 hingga 18 tahun, pengukuran berat badan terhadap tinggi badan pada anak di bawah usia dua tahun. Saat ini ada tiga klasifikasi yang digunakan untuk anak dan remaja yaitu CDC 2000 (*Center for Disease Control and Prevention 2000*), IOTF (*International Obesity Task Force*), dan WHO 2006 (*World Health Organization 2006*). Pemeriksaan

penunjang berupa laboratorium, pencitraan, dan konsultasi dengan bagian spesialisik tertentu dilakukan untuk menentukan etiologi dan komorbiditas dari obesitas.

Prinsip tata laksana gizi lebih dan obesitas pada anak adalah menerapkan pola makan yang benar, aktivitas fisik yang benar, dan modifikasi perilaku dengan orangtua sebagai panutan.

Pemilihan diet pada anak harus seimbang sesuai dengan pertimbangan kebutuhan nutrisi anak untuk tumbuhkembangnya. Salah satu metode yang digunakan adalah *food rules*, yaitu:

1. Terjadwal dengan pola makan besar 3x/hari dan camilan 2x/hari yang terjadwal (camilan diutamakan dalam bentuk buah segar), diberikan air putih di antara jadwal makan utama dan camilan, serta lama makan 30 menit/kali.
2. Lingkungan netral dengan cara tidak memaksa anak untuk mengonsumsi makanan tertentu dan jumlah makanan ditentukan oleh anak
3. Prosedur dilakukan dengan pemberian makan sesuai dengan kebutuhan kalori yang diperoleh dari hasil perkalian antara kebutuhan kalori berdasarkan RDA.

Sebagai alternatif pilihan jenis makanan dapat menggunakan *the traffic light diet*. *The traffic light diet* terdiri dari *green food* yaitu makanan rendah kalori (<20 kalori per porsi) dan lemak yang boleh dikonsumsi bebas, *yellow food* artinya makanan rendah lemak namun dengan kandungan kalori sedang yang boleh dimakan namun terbatas, dan *red food* yaitu mengandung lemak dan kalori tinggi agar tidak dimakan atau hanya sekali dalam seminggu.

Latihan fisis yang diberikan pada anak disesuaikan dengan tingkat perkembangan motorik, kemampuan fisis, dan umurnya. Pada anak berusia 6-12 tahun atau usia sekolah lebih tepat untuk memulai latihan fisik dengan keterampilan otot seperti bersepeda, berenang, menari, karate, senam, sepak bola, dan basket, sedangkan





anak di atas usia 10 tahun lebih menyukai olahraga dalam bentuk kelompok. Aktivitas sehari-hari dioptimalkan seperti berjalan kaki atau bersepeda ke sekolah, menempati kamar tingkat agar naik dan turun tangga, mengurangi lama menonton televisi atau bermain komputer, dan menganjurkan bermain di luar rumah.

Strategi yang digunakan untuk meningkatkan latihan fisis pada anak dan remaja adalah dengan mengurangi aktivitas yang kurang gerak (santai) seperti menonton televisi, bermain komputer atau video game \leq 2 jam/hari dan tidak meletakkan televisi di dalam kamar tidur anak.

Selain diet dan latihan fisik, perubahan perilaku berperan besar dalam berhasilnya penurunan berat badan anak terutama untuk jangka panjang. Oleh karena itu, peran orangtua sebagai komponen intervensi adalah vital.

Beberapa cara pengubahan perilaku berdasarkan metode *food rules* diantaranya adalah

1. Pengawasan sendiri terhadap berat badan, masukan makanan, dan aktivitas fisik, serta mencatat perkembangannya.
2. Kontrol terhadap rangsangan/stimulus, misalnya pada saat menonton televisi diusahakan untuk tidak makan karena menonton televisi dapat menjadi pencetus makan. Orangtua diharapkan

dapat meniadakan semua stimulus di sekitar anak yang dapat merangsang keinginan untuk makan.

3. Mengubah perilaku makan, misalnya belajar mengontrol porsi dan jenis makanan yang dikonsumsi, serta mengurangi makanan camilan
4. Penghargaan, yaitu orangtua dianjurkan untuk memberikan dorongan, pujian terhadap keberhasilan atau perilaku sehat yang diperlihatkan anaknya, misalnya makan makanan menu baru yang sesuai dengan program gizi yang diberikan, berat badan turun, dan mau melakukan olahraga.
5. Pengendalian diri, misalnya dapat mengatasi masalah apabila menghadapi rencana bepergian atau pertemuan sosial yang memberikan risiko untuk makan terlalu banyak, yaitu dengan memilih makanan yang berkalori rendah atau mengimbangnya dengan melakukan latihan tambahan untuk membakar energi.

Farmakoterapi dan terapi bedah dapat diterapkan dengan persyaratan pada anak dan remaja obes yang mengalami penyakit penyerta dan tidak memberikan respons pada terapi konvensional. 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). Pada tahun 2010, sibutramine akhirnya

ditarik dari peredaran karena munculnya berbagai efek samping kardiovaskular. Penelitian untuk penggunaan obat-obatan pada kasus obesitas pada anak masih sangat terbatas.

Prinsip terapi bedah pada obesitas (bedah bariatrik) adalah mengurangi asupan makanan (restriksi) atau memperlambat pengosongan lambung dengan cara *gastric banding* dan *vertical-banded gastroplasty*, dan mengurangi absorpsi makanan dengan cara membuat *gastric bypass* dari

lambung ke bagian akhir usus halus. Tindakan bedah ini relatif masih kontroversi dan dapat dianggap pilihan terakhir bila intervensi non bedah tidak berhasil sama sekali.

Pencegahan terjadinya gizi lebih dan obesitas terdiri dari 3 tahap, pencegahan primer dengan menerapkan pola makan dan aktivitas fisik yang benar sejak bayi, pencegahan sekunder dengan mendeteksi *early adiposity rebound*, dan pencegahan tersier dengan mencegah terjadinya komorbiditas.

Obesitas pada anak adalah permasalahan kesehatan dengan berbagai komorbiditasnya yang tidak berdampak saat ini tetapi akan mempengaruhi kesehatannya saat dewasa nanti. Anamnesa, pemeriksaan fisik serta antropometri yang tepat adalah langkah awal dalam mengobati kasus ini. Pola makan yang baik disertai aktivitas fisik serta partisipasi keluarga merupakan terapi obesitas pada anak. Farmakoterapi dan pembedahan dipertimbangkan pada kasus obesitas yang berat atau tidak berespon dengan perubahan pola makan dan aktivitas. MD

Daftar Pustaka:

1. Indonesia ID. Diagnosis, Tata Laksana dan Pencegahan Obesitas pada Anak dan Remaja. UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta: BP IDAI. 2014.
2. Valerio G, Maffei C, Saggese G, Ambruzzi MA, Balsamo A, Bellone S, Bergamini M, Bernasconi S, Bona G, Calcaterra V, Canali T. Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. Italian journal of pediatrics. 2018 Dec 1;44(1):88.
3. Williams SE, Greene JL (2018) Childhood overweight and obesity: Affecting factors, education and intervention. J Child Obes Vol No 3 Iss No 2: 9.
4. Coppock JH, Ridolfi DR, Hayes JF, Paul MS, Wilfley DE. Current approaches to the management of pediatric overweight and obesity. Current treatment options in cardiovascular medicine. 2014 Nov 1;16(11):343.
5. Kumar S, Kelly AS. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. In Mayo Clinic Proceedings 2017 Feb 1 (Vol. 92, No. 2, pp. 251-265). Elsevier.

Viastar Blue

Sildenafil ODF 100mg
Sildenafil ODF 50mg

Ciastar Yellow

Tadalafil ODF 20mg
Tadalafil ODF 10mg

I CAN

with the ODF VIASTAR BLUE and CIASTAR YELLOW

Improve discretion and flexibility¹

Convenience and easy administration¹

Accurate dose¹

No need water¹

Referensi:
J. Jansini, A. Esmarwati, et al. *Sexual Medicine*. 2019; 7:1-10

For Health Care Professional Only

ADV/VB - CV/HCP/29-09-2020

Made by fast dissolving technology, avoid risk of counterfeit product