

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN OBESITAS PADA ANAK SEKOLAH

I Putu Suiraoaka¹

¹Dosen Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Denpasar
Suiraoaka@gmail.com

Abstract. Obesity is a public health problem in almost all the world in both developed and developing countries. The prevalence of obesity continues to increase every year. Asia has top rank in the largest number for the prevalence of overweight school-age children in developing countries, with more than 60%. Government losses human resources due to obesity is because of the impact that trigger the emergence of non-communicable diseases such as heart disease, hypertension, diabetes mellitus and so forth. It needs necessary efforts to address obesity involving various aspects of life. It also can reduce the burden of government as a result of the epidemiological transition.

Several obesity prevention and control policies can be designed based on the experiences of other countries that have developed policies and programs. Policies related to obesity prevention efforts need to be done in a holistic manner by involving the family and the school. This program also requires policy support from the health sector (health office to the health center level), education sector (Department of Education and Sports, schools) as well as across relevant sectors (public works, planology, licensing).

Keywords : Obesity, early adolescent, policy

Obesitas menjadi masalah kesehatan masyarakat hampir di seluruh dunia baik di negara maju maupun sedang berkembang. Obesitas adalah keadaan dimana Indeks massa tubuh lebih dari 30¹ Asia menempati urutan atas dalam jumlah terbesar untuk prevalensi anak usia sekolah dengan overweight di negara sedang berkembang, dengan jumlah lebih dari 60%.² Prevalensi obesitas secara nasional di Indonesia pada usia 13-15 adalah 2,5%. Sedangkan di Propinsi Bali prevalensi obesitas pada kelompok umur yang sama berada di atas prevalensi Nasional yaitu sebesar 3,1%.³ Prevalensi gemuk (*overweight* dan obesitas) pada remaja 13-15 tahun di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2013

sebesar 10,8% terdiri dari 8,3% gemuk (*overweight*) dan 2,5% sangat gemuk (obesitas). Sebanyak 13 Provinsi dengan prevalensi gemuk diatas nasional, yaitu Jawa Timur, Kepulauan Riau, DKI, Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, Bangka Belitung, Bali, Kalimantan Timur, Lampung, Sulawesi Utara dan Papua.⁴ Remaja awal adalah salah satu fase dalam daur hidup manusia dengan kisaran umur 13-15 tahun, dimana umumnya mereka ada pada periode anak sekolah (pendidikan dasar dan menengah). Hal yang penting yang terjadi dalam periode ini peralihan kontak lingkungan dari keluarga ke kelompok sebaya. Demikian juga halnya dengan paparan informasi yang lebih luas, sebelumnya dari orangtua

menjadi dari teman sebaya, orang dewasa diluar keluarga maupun dari media. Obesitas pada remaja awal sangat terkait dengan kondisi tubuh mereka di masa dewasa. Meskipun anak dan remaja yang memiliki tubuh gemuk terkadang terlihat lucu dan menggemaskan, namun, kelebihan berat badan atau obesitas kini telah menjadi musuh baru dunia. Sebab, timbunan lemak di dalam tubuh ini tidak memberikan manfaat apa pun selain penyakit yang kemudian bersarang di tubuh.⁵ Obesitas merupakan salah satu faktor risiko dari penyakit tidak menular, antara lain penyakit jantung, diabetes tipe 2, hipertensi dan sebagainya.⁶

Penanganan obesitas saat ini lebih berfokus kepada penanganan dari aspek klinisnya. Sehingga penanganan dilakukan apabila ada keluhan-keluhan dengan indikasi medis. Karena penanganan berbasis medis dan farmakologi adalah penanganan secara individual maka belum bisa menyentuh masalah obesitas ini dari aspek kesehatan masyarakat. Berbagai intervensi medis dan farmakologi yang sudah dilakukan untuk mengatasi obesitas pada anak. Namun belum nampak hasil nyata yang menurunkan prevalensi obesitas ini.

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengurai permasalahan obesitas pada anak. Beberapa hasilnya mengarah pada dua bidang utama yaitu pola makan dan aktifitas fisik. Penelitian-penelitian epidemiologis dengan pendekatan kohort dan kasus kontrol menunjukkan tren makanan (*fast food*), gaya hidup

sedentary, penurunan aktifitas fisik, stres psikologis, dan budaya merupakan kontributor terhadap epidemi obesitas pada anak dan remaja.⁷ Diet tinggi lemak dan karbohidrat sederhana akan meningkatkan total asupan energi dan meningkatkan kemungkinan terjadinya obesitas.

Kebijakan terkait dengan pola makan dikeluarga adalah melalui pendidikan kesehatan gizi seimbang melalui program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Namun isi pesan ini terlalu kompleks sehingga sangat sulit untuk disosialisasikan oleh petugas kesehatan. Disisi lain paparan informasi akan makanan yang tidak kaya gizi demikian gencarnya melalui media massa. Pembatasan informasi merupakan kebijakan yang baik, namun hal ini bertentangan dengan kebebasan penyajian informasi. Tentunya hal ini juga tidak mendapat respon yang baik dari pengusaha ataupun pengiklan.

Deteksi dini obesitas pada anak baru masuk sekolah (ABS) juga terhenti pada sebatas skrining. Sebab terhenti pada sebatas pengukuran. Belum ada kebijakan khusus penanganan jika ditemukan anak obesitas. Hal ini tentunya memerlukan kebijakan terkait kontrol asupan makanan dan aktifitas fisik di sekolah.

Kerugian pemerintah akibat penyakit degeneratif yang dipicu oleh obesitas sangat besar, mulai dari semakin tingginya prevalensi penyakit kronis yang harus mendapat penanganan hingga meningkatnya jumlah anak yang meninggal

karena obesitas. Sehingga perlu dipikirkan upaya/terobosan dalam konteks kebijakan penanganan obesitas yang melibatkan berbagai aspek kehidupan sehingga dapat menghindarkan “musibah” akibat transisi epidemiologi melalui obesitas.

Artikel ini bertujuan untuk membahas bagaimana kebijakan penanganan dan pengendalian obesitas di Indonesia serta apa kelemahannya dengan membandingkan kebijakan di Negara lain dan selanjutnya membahas kebijakan apa yang dapat dikembangkan agar program penanganan dan pengendalian obesitas dapat lebih efektif.

Program-program kesehatan terkait dengan penanganan dan pengendalian Obesitas di Indonesia

Penilaian status gizi anak baru masuk sekolah (PSG-ABS)

Dalam buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah yang diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan 2012 disebutkan bahwa langkah penemuan kasus obesitas dilakukan melalui kegiatan Penjaringan Kesehatan di Sekolah. Bila ditemukan anak dengan status gizi gemuk atau obesitas, maka dia dirujuk ke Puskesmas untuk pemeriksaan lebih lanjut.⁸

Program penilaian status gizi anak baru masuk sekolah (*screening*) dilaksanakan pada tataran sekolah dasar maupun sekolah menengah pertama.

Hal ini sebenarnya sebuah program yang sangat baik dilakukan untuk melakukan deteksi dini pada anak dengan gangguan status gizi (baik gizi kurang/buruk maupun gizi lebih/obesitas). Namun sayangnya salah satu kelemahan dari program ini adalah data hasil pengukuran antropometri/penilaian status gizi yang dilakukan hanya tersimpan sebagai data statis di pihak sekolah atau petugas kesehatan saja.

Dalam program *screening* status gizi ini pemangku kepentingan (*stakeholder*) dengan peran terbesar adalah Kepala Puskesmas dan Petugas Gizi Puskesmas. Selain itu keterlibatan kepala sekolah dan Guru UKS juga memegang peran yang cukup penting.

Program Upaya Kesehatan Sekolah (UKS)

Salah satu kegiatan dalam program ini adalah penyuluhan gizi bagi anak sekolah dan pembinaan kantin sekolah. Lingkungan sekolah merupakan tempat yang baik untuk pendidikan kesehatan yang dapat memberikan pengetahuan, keterampilan serta dukungan sosial dari warga sekolah. Pengetahuan, keterampilan serta dukungan sosial ini memberikan perubahan perilaku makan sehat yang dapat diterapkan dalam jangka waktu lama.⁸

Meskipun pesan-pesan kunci untuk pencegahan obesitas telah dituangkan dalam Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada anak sekolah, namun sayangnya belum mengatur tentang bagaimana teknis

penyampaian pesan ini. Seperti pelatihan bagi guru, pembagian sesi penyampaian materi, berapa kali materi harus disampaikan kepada anak-anak, dan hal yang lainnya.

Pencegahan dan Penanggulangan kegemukan dan obesitas pada anak sekolah merupakan suatu upaya komprehensif yang melibatkan *stakeholder* yang ada di wilayah. Dalam hal kebijakan upaya kesehatan sekolah ini, *stakeholders* mempunyai peran besar adalah Dinas Pendidikan dan Olahraga, Kepala Sekolah, serta Guru UKS sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan, melalui koordinasi dengan Kepala Puskesmas. Kegiatan Pencegahan dan Penanggulangan kegemukan dan obesitas pada anak sekolah meliputi promosi, penemuan dan tatalaksana kasus yang dalam pelaksanaannya melibatkan anak, orangtua, guru, komite sekolah dan *stakeholder*.

Program Pendidikan Kesehatan Masyarakat melalui Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi)

Dalam program ini secara eksplisit sudah dijelaskan bagaimana suatu keluarga mengenal masalah gizi anggota keluarga mereka. Salah satunya adalah cara menilai status gizi anggota keluarga. Program ini merupakan program berbasis masyarakat dengan *leading sector* Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

Namun sayangnya program ini sifatnya hanya upaya promotif satu arah dari petugas kesehatan kepada masyarakat.

Sehingga apabila ada anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan gizi tidak dijelaskan secara terperinci kemana mereka harus meminta bantuan untuk penanganannya.

Pengembangan Program Penanganan dan Pengendalian Obesitas berbasis Kesehatan Masyarakat

Rekomendasi Global untuk pemerintah daerah dan pusat yang digambarkan dalam Strategi Global WHO pada Diet, Aktivitas Fisik dan Kesehatan (DPAS) dan di samping tindakan spesifik untuk mengatasi obesitas, mereka juga memiliki peranan penting dalam memberikan strategi dukungan untuk pencegahan obesitas yang efektif.⁹

Merujuk strategi global yang dikeluarkan oleh WHO dalam penanganan obesitas, maka pencegahan dan pengendalian obesitas secara dini sangat penting untuk dilakukan. Mengingat dampaknya yang besar terhadap kejadian penyakit-penyakit tidak menular. Memang disadari bahwa mencegah dan mengobati penyakit kronis memang menjadi prioritas yang lebih besar daripada mempromosikan penurunan berat badan. Hal ini tidak terlepas dari pandangan masyarakat yang belum sepenuhnya merasakan manfaat penurunan berat badan untuk kesehatan masyarakat. Namun kita tidak boleh lengah, kebijakan kesehatan masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian obesitas harus sudah ada dan diterapkan mengingat prevalensinya semakin meningkat.

Berbicara tentang kebijakan pencegahan dan pengendalian obesitas, ada sejumlah instrumen atau alat-alat bagi pemerintah untuk melaksanakan kebijakan. Instrumen kebijakan utama adalah: peraturan dan undang-undang (peraturan); perpajakan dan pendanaan (untuk program, penelitian, monitoring dan evaluasi, pemasaran sosial dan pembangunan kapasitas); jasa dan pelayanan (rumah sakit, tenaga kerja, dan lain-lain); dan advokasi (kepada publik, sektor swasta, dan yurisdiksi lain). Dalam lingkungan politik kontemporer banyak negara maju dengan ideologi dominan neoliberalisme yang ditandai dengan penggunaan instrumen-instrumen kebijakan yang lebih menekankan pada tanggung jawab individu. Dalam konteks kebijakan ini, tanggung jawab individu lebih dikuatkan seperti dalam hal pemilihan pola makan dan aktivitas fisik. Hal ini tentunya mengurangi ketergantungan terhadap intervensi pemerintah dalam lingkungan di mana orang-orang tersebut tinggal dan membuat pilihan-pilihan.

Salah satu Negara yang mengembangkan kebijakan tingkat nasional yang bisa kita pelajari sebagai bahan masukan dalam perencanaan kebijakan pencegahan dan pengendalian obesitas adalah Meksiko. Meksiko telah mengadopsi salah satu program pemerintah yang paling komprehensif. Strategi Nasional Pencegahan dan Pengendalian Kegemukan, Obesitas dan Diabetes diluncurkan pada paruh kedua tahun 2013. Kebijakan tersebut didasarkan atas tiga pilar :

1) meningkatkan kesehatan dan pengawasan masyarakat; 2) perawatan medis yang lebih baik bagi orang-orang dengan penyakit kronis; dan 3) regulasi dan kebijakan fiskal. Selama tahap pertama dari strategi, pemerintah Meksiko telah meluncurkan kampanye media yang ditujukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang obesitas dan penyakit kronis terkait. Meksiko juga memperkuat kerangka peraturan pada iklan makanan untuk anak-anak, pelabelan makanan olahan, ketersediaan pangan di sekolah-sekolah dan perpajakan makanan yang tidak sehat.¹⁰

Selain kebijakan di tingkat nasional juga perlu dikembangkan kebijakan-kebijakan dalam lingkup yang lebih kecil. Oleh karena itu ada beberapa hal yang dapat dilakukan dalam merancang kebijakan penanganan dan pengendalian obesitas anak sekolah, antara lain :

Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Obesitas untuk level sekolah dan Puskesmas

Sekolah merupakan institusi unik untuk pencegahan dan pengendalian obesitas. Komunitas ini dapat berfungsi untuk memberikan contoh pendekatan yang lebih disukai untuk pengaturan gizi yang baik dan hidup aktif, dan praktik mereka harus memberi contoh tidak hanya untuk siswa tetapi juga keluarga mereka. Petugas kesehatan memiliki peran dalam memantau pertumbuhan anak-anak untuk mengenali tanda-tanda awal dari gizi salah (baik gizi kurang/buruk maupun gizi lebih/obesitas).

Program *screening* status gizi anak baru masuk sekolah. Dalam program ini perlu ditambahkan kegiatan menginformasikan hasil pemeriksaan status gizi kepada orang tua. Hal ini dapat dilakukan dengan informasi secara tertulis. Pada anak-anak yang mengalami masalah gizi perlu ditambahkan saran-saran terkait penanganan kondisi anak mereka atau diarahkan kemana mereka dapat memperoleh informasi tambahan terkait dengan penanganan masalah gizi anak-anak mereka.

Salah satu contoh program intervensi dengan basis sekolah dilaksanakan di Karibia. Pada tahun 2007, Institut Pangan dan Gizi Karibia meluncurkan program kesehatan sekolah, "Mencegah Diabetes dan Penyakit Kronis Lainnya melalui Intervensi Sekolah berbasis Perilaku". Hasil utama yang diharapkan adalah 1) perbaikan diet dan pola aktivitas fisik mulai dari tingkat sekolah menengah, dan 2) program intervensi gaya hidup berkelanjutan untuk sekolah menengah di seluruh negara terpilih. Program multi-komponen dilaksanakan di empat negara Karibia: Grenada, Saint Kitts dan Nevis, Saint Vincent dan Grenadines, dan Trinidad dan Tobago. Salah satu komponen dari program difokuskan pada pelatihan guru untuk memperkenalkan konsep diet sehat dan aktivitas fisik, sebagaimana ditentukan dalam DPAS, dengan kurikulum sekolah. Penekanan dalam komponen ini diberikan kepada: *self-assessment* dan monitoring;

penetapan tujuan; dan pengembangan keterampilan kognitif, afektif dan perilaku yang relevan yang dibutuhkan untuk adopsi sukarela perilaku yang ditargetkan.¹¹

Pembinaan kantin sekolah

Sebagian besar makanan jajanan yang dijual di kantin sekolah saat ini adalah makanan yang tinggi gula dan karbohidrat sederhana, rendah kandungan zat gizi dan tidak jarang menggunakan berbagai bahan tambahan makanan (BTM) yang tidak sehat. Minuman yang tinggi gula dan jajanan yang tinggi karbohidrat sederhananya adalah salah satu pemicu timbulnya obesitas pada anak-anak. Diperlukan kebijakan yang mampu meregulasi ketentuan akan makanan jajanan yang dijual di kantin sekolah yang sehat dan mampu memenuhi kebutuhan gizi anak tersebut. Makanan jajanan lokal yang bergizi dan kaya serat perlu digalakkan untuk dikonsumsi oleh anak sekolah.

Negara yang sudah melaksanakan kebijakan pencegahan dan pengendalian obesitas melalui kebijakan pengaturan kandungan bahan makanan adalah Denmark. Negara ini merupakan negara pertama yang menerapkan hukum yang ketat membatasi kandungan lemak-trans dalam makanan. Pada tahun 2003, Dewan Nutrisi Denmark menegaskan bahwa ada efek berbahaya yang cukup besar pada kesehatan lemak-trans, tanpa efek positif. Meskipun dihilangkan dari makanan, lemak-trans tersebut tidak akan mempe-

ngaruhi selera, harga atau ketersediaan makanan. Legislasi disahkan membatasi lemak trans sebanyak 2% dari kandungan lemak dan minyak dalam makanan untuk konsumsi manusia.¹²

Selain adanya regulasi/aturan internal sekolah yang mengatur tentang makanan jajanan yang dijual dikantin sekolah, perlu juga dilakukan pendidikan gizi yang terstruktur mengenai dampak gizi terhadap proses belajar serta upaya apa yang harus dilakukan. Upaya ini bisa dimulai dengan memberikan pelatihan kepada guru-guru dan pengelola kantin tentang gizi dan kesehatan anak sekolah.

Negara bagian Queensland, Australia menerapkan kebijakan pelayanan makanan sehat “Pilihan lebih baik” pada September 2008. Inisiasi program “Pilihan lebih baik” difokuskan pada penyediaan makanan dan minuman non-alkohol di fasilitas yang dimiliki atau dioperasikan oleh *Queensland Health* (misalnya rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat, klinik dan pusat-pusat rehabilitasi). Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan pilihan makanan sehat yang tersedia di fasilitas milik pemerintah setidaknya 80% dari total makanan dan minuman yang tersedia di fasilitas ini. Semua makanan dan minuman non-alkohol yang biasa dipasok diklasifikasikan ke dalam tiga kategori sesuai dengan nilai gizi mereka: “Hijau” (pilihan terbaik), “Kuning” (hati-hati memilih) dan “Merah” (batas). Pemberian label makanan memudahkan konsumen untuk memilih makanan atau minuman sehat.¹³

Pendidikan kesehatan bagi keluarga terkait dengan gizi dan aktivitas fisik

Secara nasional diperlukan kebijakan pembatasan iklan makanan yang tinggi lemak dan tinggi gula pada media massa seperti televisi, koran, majalah dan sebagainya. Paparan informasi dan iklan makanan memberi dampak secara tidak langsung terhadap perubahan pola makan masyarakat. Keinginan untuk mencoba yang baru, identifikasi seperti yang diiklankan memengaruhi orang membeli barang yang diiklankan.

Disisi lainnya peningkatan aktivitas fisik juga perlu dikampanyekan tersendiri. Bogotá, ibukota Kolombia, dianggap sebagai pemimpin dunia dalam mempromosikan transportasi aktif dan aktivitas fisik secara teratur. Salah satu inisiatif di Bogotá, “Ciclovía” jalan-jalan tertentu dan jalan utama ditutup untuk mobil pada hari Minggu dan hari libur dari jam 7 pagi sampai 14:00, untuk mempromosikan aktivitas fisik termasuk bersepeda dan berjalan. Inisiatif ini dimulai pada tahun 1974 saat warga memprotes kurangnya kesempatan rekreasi dan kemacetan lalu lintas. Inisiatif ini harus mengatasi perlawanan dari bisnis dan kurangnya komitmen kelembagaan dari kota, tetapi pada tahun 2005, sekitar 10% (sekitar 400.000) dari warga Bogotá yang berpartisipasi dalam “Ciclovía” setiap hari Minggu. Sejumlah inisiatif lain telah dilaksanakan di seluruh kota untuk mendorong aktivitas fisik.¹⁴

Contoh sukses lainnya dalam upaya

pengecegan dan pengendalian obesitas berbasis masyarakat adalah EPODE (Ensemble Prevenons l'Obesité Des Enfants / Mari Bersama Mencegah Obesitas Anak). EPODE adalah pendekatan pengembangan kapasitas bagi masyarakat untuk menerapkan strategi yang efektif dan berkelanjutan untuk mempromosikan gaya hidup sehat dan mencegah obesitas. EPODE bertujuan untuk mengurangi obesitas melalui proses sosial di mana lingkungan lokal, pengaturan masa kanak-kanak dan norma keluarga menjadi lebih mendukung dan memfasilitasi penerapan gaya hidup sehat pada anak-anak seperti menikmati makan yang sehat, aktif bermain dan rekreasi. Kelompok sasaran utama EPODE adalah anak-anak usia 0-12 tahun, dan keluarga mereka, serta berbagai pemangku kepentingan lokal yang dapat memulai perubahan mikro pada anak-anak dan keluarga mereka melalui inisiatif lokal mendorong kebiasaan makan yang lebih baik dan seimbang dan aktivitas fisik yang lebih besar dalam kehidupan sehari-hari. Filosofi EPODE didasarkan pada beberapa komponen: pendekatan positif untuk mengatasi obesitas tanpa stigmatisasi dari berbagai budaya dan orang-orang dalam komunitas; pembelajaran langkah-demi-langkah dan pengalaman gaya hidup sehat disesuaikan dengan kebutuhan dari semua kelompok sosial-ekonomi; dan program jangka panjang yang memungkinkan para pemangku kepentingan masyarakat untuk melaksanakan tindakan-tindakan yang

efektif dan berkelanjutan. EPODE pertama kali diluncurkan pada 10 komunitas percontohan di Perancis pada tahun 2004, dan didasarkan pada pedoman resmi tentang diet dan aktivitas fisik. Metodologi EPODE mempromosikan keterlibatan berbagai pemangku kepentingan di tingkat pusat (kementerian, kelompok kesehatan, LSM dan mitra swasta) dan di tingkat lokal (pemimpin politik, profesional kesehatan, keluarga, guru, LSM lokal, dan komunitas bisnis lokal). Pendanaan untuk fungsi dukungan EPODE (misalnya koordinasi, pemasaran sosial, pemantauan dan pengembangan program) berasal dari kombinasi kemitraan publik dan swasta di tingkat nasional dan lokal. Sponsor swasta nasional telah terutama berasal dari sektor industri makanan, asuransi dan distributor. Lima tahun setelah peluncuran program EPODE di Perancis, 90% dari masyarakat percontohan asli di Perancis masih aktif dan lebih dari 500 komunitas di seluruh dunia kini menjadi bagian dari program EPODE - Perancis (EPODE), Belgia (VIASANO), Spanyol (Thao), Yunani (PAIDEIATROFI), Australia Selatan (OPAL) dan Meksiko (EPODE-5Pasos). Program lain, terinspirasi oleh metodologi EPODE, telah diluncurkan baru-baru ini seperti program JOGG di Belanda atau Komunitas Berat Badan Sehat di Skotlandia.⁹

Jadi untuk pencegahan dan pengendalian obesitas, pola hidup sehat harus lebih banyak dikampanyekan.

Seperti pemilihan bahan makanan yang sehat, konsumsi buah dan sayur serta olahraga dan aktifitas fisik lainnya.

Namun kampanye hidup sehat ini hendaknya juga didukung dengan tersedianya sarana dan prasarana terlaksananya perilaku yang diharapkan tersebut. Misalnya untuk konsumsi makanan sehat serta menggalakkan konsumsi sayur dan buah harus diimbangi dengan kebijakan pasar. Dimana ketersediaan bahan-bahan tersebut dengan harga yang terjangkau. Demikian juga kampanye aktivitas fisik dan olahraga mestinya didukung dengan ketersediaan sarana olah raga publik bagi masyarakat umum dan memberi dukungan perijinan pembukaan sarana olahraga privat.

Bagaimana kebijakan ini dapat berjalan? Kebijakan terkait dengan upaya-upaya pencegahan obesitas perlu dilakukan secara holistik dengan melibatkan pihak keluarga. Namun yang tidak kalah pentingnya program ini juga membutuhkan dukungan kebijakan dari sektor kesehatan (Dinas kesehatan hingga ke level Puskesmas) dan lintas sektor terkait (Pekerjaan umum, tata ruang, perijinan).

Mengingat karakteristik remaja awal pada usia sekolah merupakan kelompok usia yang selalu ingin mencoba hal yang baru, terutama dalam pemilihan makanan. Pemilihan makanan pada masa remaja awal, tidak lagi didasarkan pada kandungan gizinya tetapi sekedar sosialisasi dengan teman sebaya, untuk kesenangan dan agar tidak kehilangan status¹⁵.

Oleh karena itu pengelolaan lingkungan sekolah sangat penting dilakukan. Lingkungan sekolah termasuk didalamnya para guru, teman sebaya, lingkungan fisik yang mendukung gerak dan aktifitas anak sekolah dan keberadaan tempat jajan mempunyai hubungan yang Lingkungan sekolah termasuk didalamnya para guru, teman sebaya, lingkungan fisik yang mendukung gerak dan aktifitas anak sekolah dan keberadaan tempat jajan mempunyai hubungan yang cukup erat dengan terjadinya overweight dan obesitas pada anak sekolah.

Penutup

Mengingat angka kejadian obesitas terutama pada anak sekolah yang meningkat dari tahun ke tahun, dan disertai dengan beban pembiayaan yang tinggi, maka perlu reformasi penentuan prioritas perencanaan kegiatan. Memang kebijakan yang terkait dengan pengendalian penyakit tidak menular (kronis) sangat penting dilakukan, namun akar masalahnya yaitu tingginya prevalensi obesitas juga harus segera mendapat perhatian serius dengan didukung oleh kebijakan-kebijakan pencegahan dan pengendaliannya.

Program penanganan obesitas perlu didukung kebijakan ditingkat nasional, propinsi maupun kabupaten/kota mampu memberikan angin segar bagi perbaikan program yang sudah ada atau mengembangkan program baru. Kebijakan terkait dengan upaya-upaya pencegahan obesitas perlu dilakukan secara holistik dengan melibatkan pihak keluarga.

Namun yang tidak kalah pentingnya program ini juga membutuhkan dukungan kebijakan dari sektor kesehatan (Dinas kesehatan hingga ke level Puskesmas) dan lintas sektor terkait (Pekerjaan umum, tata ruang, perijinan).

Daftar Pustaka

- 1 Bombak, A. 2014, Obesity, Health at Every Size, and Public Health Policy, American Journal of Public Health, February 2014, Vol 104, No. 2
- 2 Onis M, Blossner M. 2000, Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72:1032-9.
- 3 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar. 2010. Diunduh dari Riskesdas pada 1 Maret 2013.
- 4 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar. 2013. Diunduh dari Riskesdas pada 5 Januari 2015.
- 5 Pencegahan dan Penanganan Kegemukan Pada Anak: <http://dokterindonesiaonline.com/2013/08/23/pencegahan-dan-penanganan-kegemukan-pada-anak>.
- 6 Waters, E., Swinburn, B., Seidell, J., Uauy, R., 2010, Preventing Childhood Obesity Evidence Policy and Practice, A John Wiley & Sons, Ltd., Publication
- 7 Lenders Carrine M, Alisson G Hoppin. 2003. *Evaluation and Management of Obesity*. Dalam Nutrition in Pediatrics, Basic Science and Clinical Application. 3rd ed. London : BC Decker.
- 8 Direktorat Jendral Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan. 2012, Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada anak sekolah
- 9 WHO, 2012, Population-based approaches to childhood obesity prevention, WHO Press
- 10 OECD Obesity Update 2014: www.oecd.org/health/obesity-update.htm
- 11 Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI). *Annual report*, 2009. Available at: http://new.paho.org/cfni/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=647&Itemid=226
- 12 Stender S, Dyerberg J. Influence of trans fatty acids on health. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 2004, 48(2):61–6.
- 13 *A Better Choice Strategy*. Queensland Health, Australia, 2010. Available at: http://www.health.qld.gov.au/health_professionals/food/abetterchoice.asp#strategy .
- 14 Parra D et al. Policy and built environment changes in Bogotá and their importance in health promotion. *Indoor and Built Environment*, 2007, 16(4):334–48.
- 15 Martalina Tri K., Muhammad Sulchan, 2012, Asupan Tinggi Lemak dan Aktivitas Olahraga Sebagai Faktor Risiko Terjadinya Hipertensi Obesitik Pada Remaja Awal, *Journal of Nutrition College*, Vol. 1, No. 1, Tahun 2012, Online di : <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnc>