



INFO DEMOGRAFI

Dr. Ir. LILIS HERI MIS CICIH, MSi
LD-FE Universitas Indonesia

MENGINTIP STATUS KESEHATAN SASARAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA

1. PENDAHULUAN

Program Keluarga Berencana sudah dilaksanakan sejak tahun 1957, dan diresmikan menjadi program pemerintah pada tahun 1970. Sejak itu, pemerintah mulai memperkuat dan memperluas program KB ke seluruh Indonesia. Makna Program KB sangat strategis, komprehensif dan fundamental dalam mewujudkan manusia Indonesia yang sehat dan sejahtera. Sesuai dengan Undang-undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga menyebutkan bahwa keluarga berencana adalah upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas keluarga, maka Program Keluarga Berencana perlu memperhatikan sasaran program, termasuk Wanita Usia Subur (WUS). Salah satu hal yang perlu diperhatikan yaitu terkait kesehatan WUS, seperti dapat dilihat pada salah satu tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau SDGs (Sustainable Development Goals). Pada tujuan 3 (tiga) dari SDGs yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan penduduk segala usia. Berbagai strategi yang dapat dilakukan, antara lain yaitu 1) Akselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, dan lanjut usia yang berkualitas, dan 2) Mempercepat perbaikan gizi masyarakat.

Status kesehatan WUS sangat penting untuk diperhatikan, karena WUS berada pada usia reproduksi. Batasan usia yang umum digunakan untuk WUS atau wanita dalam usia reproduktif yaitu usia 15 – 49 tahun, baik untuk wanita yang berstatus kawin, janda maupun yang belum menikah. Usia ini merupakan usia reproduksi dari seorang wanita, yang berhubungan dengan kehamilan, kelahiran, dan kesehatan organ-organ reproduksi lainnya.

Masalah kesehatan reproduksi ini merupakan masalah yang harus ditangani oleh Program KB, dengan mengacu pada hasil kesepakatan global. Pada ICPD (International Conference on Population and Development Programme) tahun 1994 di Kairo menyebutkan antara lain bahwa hak reproduksi dan kesehatan reproduksi termasuk masalah KB dan kesehatan seksual. Kesehatan reproduksi yang dimaksud sesuai dengan definisi kesehatan yaitu “kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan sosial yang secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan”. Pada masa reproduksi ini, kondisi kesehatan WUS perlu diperhatikan karena dapat berdampak pada kematian. Berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan wanita antara lain, yaitu genetik, lingkungan, pola makan, dan perilaku.

Salah satu ukuran yang dapat digunakan untuk melihat status kesehatan WUS yaitu keadaan gizinya, yaitu gizi lebih atau gizi kurang. Wanita yang mengalami kekurangan gizi pada saat usia reproduksi, misalnya kurang darah atau anemia, dapat berisiko terjadinya pendarahan, keguguran atau kelahiran prematur, memperburuk proses persalinan, dan dapat menyebabkan kerusakan dan gangguan pertumbuhan otak janin. Bahkan dampak lebih buruk dapat menyebabkan kematian pada wanita melahirkan. Begitu juga dengan status gizi lebih pada wanita usia reproduksi, jika tidak ditangani dengan baik, dapat berdampak pada kematian ibu. Selain itu, wanita yang mengalami kegemukan saat hamil dapat berisiko terjadi kematian bayi baru lahir atau neonatal (Nohr, 2012). Hal ini juga dikemukakan oleh Borrell (2014), bahwa kegemukan berkaitan dengan angka kematian, karena berkaitan erat dengan risiko terkena penyakit. Berbagai penyakit kronis, seperti jantung, dan darah tinggi erat kaitannya dengan kegemukan yang terjadi pada seseorang. Keadaan kegemukan pada wanita usia reproduksi juga berhubungan dengan tingkat fertilitas (Jokela, 2007) dan terjadinya masa menopause (Akahoshi, 2002).

Mengingat dampaknya terhadap timbulnya berbagai penyakit dan kematian, maka sangat perlu untuk mempertahankan status gizi normal pada wanita usia reproduksi. Apabila dilihat dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), paling banyak wanita mengalami kegemukan pada usia 40-49 tahun (Kemenkes, 2013). Kenaikan prevalensi ini dapat dilihat mulai kelompok umur 16-18 tahun, dan penurunan mulai terlihat pada umur 50 tahun. Dari data yang sama, dapat dilihat prevalensi yang mengalami kelebihan berat badan sekitar 32,9 persen.

Sehubungan dengan berbagai risiko yang terkait dengan kondisi wanita usia reproduksi yang mengalami kegemukan, maka tulisan ini memaparkan berbagai faktor terkait. Selain itu, dalam tulisan ini disajikan kondisi wanita usia reproduksi pada umumnya. Gambaran yang disajikan diharapkan dapat bermanfaat bagi para wanita usia subur dan pemangku kebijakan dalam penanganan kesehatannya.

2. Kondisi Demografi Wanita

Gambaran kondisi penduduk perempuan yang disajikan dalam tulisan ini mengacu pada data yang disajikan pada buku Profil Perempuan Indonesia tahun 2015 (KPPPA, 2015).

Berdasarkan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2014, persentase penduduk perempuan sebesar 49,75 persen, sedikit lebih sedikit dibanding persentase penduduk laki-laki yaitu 50,25 persen (KPPPA, 2015). Jika dilihat dari hasil Survei Penduduk Antar Sensus (Supas) tahun 2015, persentase tersebut sama besarnya, yaitu laki-laki 50,25 persen (128,23 juta), dan perempuan 49,75 persen (126,95 juta). Total jumlah penduduk laki-laki dan perempuan pada tahun 2015 sebesar 255,18 juta jiwa (BPS, 2016).

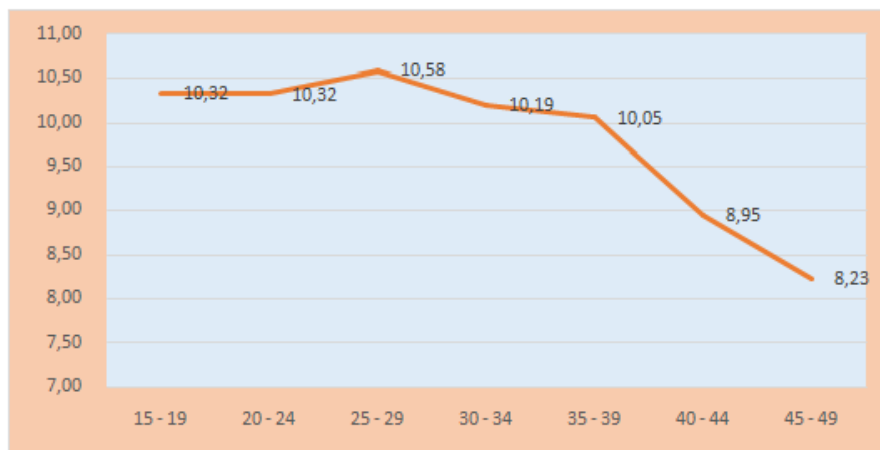
Jumlah penduduk perempuan usia produktif (15-64 tahun) sebesar 66,27 persen, dengan komposisi di daerah perkotaan sebesar 67,96 persen dan di perdesaan sebesar 64,57 persen (BPS, 2016). Dari usia tersebut terdapat perempuan usia subur (15-49 tahun) sebanyak 68,63 juta jiwa. Secara rinci menurut kelompok umur lima tahun dapat dilihat pada Tabel 2.1. Jumlah penduduk perempuan usia subur paling banyak terdapat pada kelompok umur 25-29 tahun yaitu sebesar 10,59 juta jiwa.

Tentunya paling rendah berada pada kelompok umur paling tua atau akhir masa reproduksi, yaitu umur 45-49 tahun (8,23 juta jiwa), seperti dapat dilihat pada Gambar 1.

Tabel 1. Jumlah Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun Menurut Kelompok Umur Lima Tahunan, Indonesia, Tahun 2015

Kelompok Umur	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan+Perdesaan
15 - 19	5,531,378	4,790,942	10,322,320
20 - 24	5,946,754	4,368,952	10,315,706
25 - 29	5,776,780	4,807,958	10,586,738
30 - 34	5,546,597	4,638,996	10,185,593
35 - 39	5,541,633	4,509,765	10,051,398
40 - 44	4,732,419	4,212,786	8,945,205
45 - 49	4,467,693	3,759,284	8,226,977
Jumlah	37,543,254	1,088,683	68,631,937

Sumber: Hasil Supas 2015 (BPS, 2016)



Sumber: Hasil Supas 2015 (BPS, 2016)

Gambar 1. Jumlah Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun Menurut Kelompok Umur Lima Tahunan, Indonesia, Tahun 2015

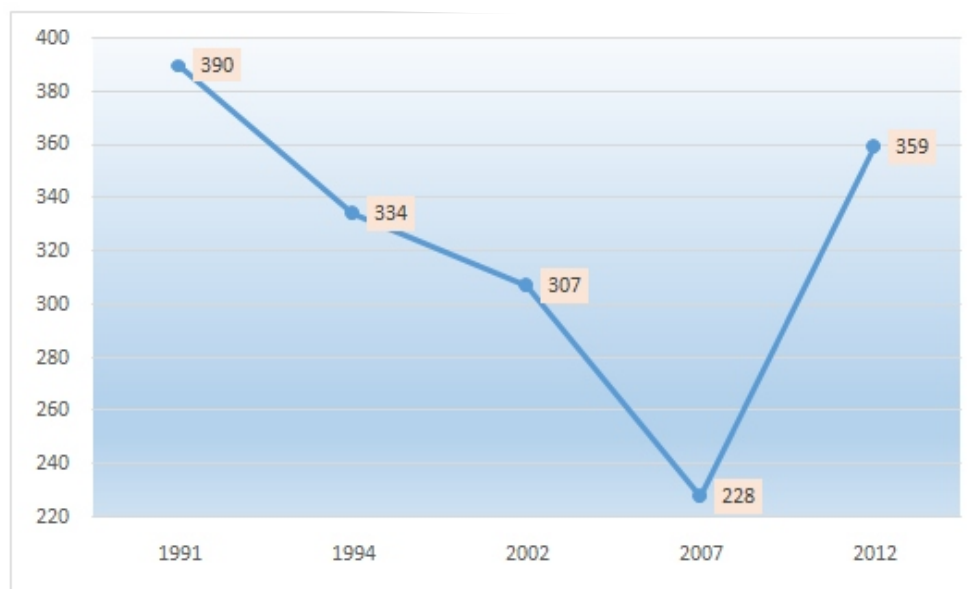
Jika dilihat dari daerah tempat tinggal, ternyata perempuan yang tinggal di kota lebih banyak daripada di daerah perdesaan. Sebagai contoh, penduduk perempuan usia 20-24 tahun, dan 25-29 tahun lebih banyak yang tinggal di daerah perkotaan daripada di daerah perdesaan. Sebanyak 4,81 juta penduduk perempuan usia 25-29 tahun tinggal di daerah perdesaan, lebih rendah dari penduduk perempuan yang tinggal di perkotaan yaitu 5,78 juta.

3. Kondisi Fertilitas dan Mortalitas

Wanita usia subur sering dikaitkan dengan tingkat fertilitas, sehingga merupakan sasaran program KB. Jika dilihat TFR (Total Fertility Rate) atau angka fertilitas total hasil SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) tahun 2012 menunjukkan angkasebesar 2,6 anak. Angka tersebut mengandung arti bahwa seorang wanita diIndonesia rata-rata melahirkan 2,6 anak selamamasa reproduksinya dalam kurun waktu 2009-2012. Dibanding dnegan hasil SDKI sebelumnya, angka fertilitas total tahun 2012 sama dengan TFR tahun 2007.

Namun yang membedakan yaitu pada ASFR (Age Specific Fertility Rate), terjadi peningkatan puncak kemampuan reproduksi wanita dari kelompok umur 20-24 tahun ke 25-29 tahun.

Angka kematian ibu di Indonesia masih cukup tinggi, yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup. Pada Gambar 2 disajikan tren angka kematian ibu dari tahun 1991 sampai tahun 2012. Melihat kondisi seperti itu, pemerintah perlu mengupayakan dan bertanggung jawab terhadap setiap wanita hamil dan melahirkan untuk memperoleh layanan kesehatan yang berkualitas. Pemberian kemudahan akses baik transportasi maupun layanan sangat diperlukan, mulai dari wanita hamil, melahirkan, dan ketika ada komplikasi. Selain itu, perlu mempersiapkan generasi muda yaitu remaja putri untuk mempunyai kesehatan yang baik, sehingga sudah dipersiapkan untuk menjadi calon ibu yang sehat.



Sumber: SDKI 1991, 1994, 2002, DAN 2012

Gambar 2. Jumlah Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun Menurut Kelompok Umur Lima Tahunan, Indonesia, Tahun 2015

4. Kondisi Kesehatan Wanita

Kondisi kesehatan wanita dapat dilihat dari status gizinya, apakah dia tergolong kurang, normal, atau lebih. Salah satu cara pengukuran status gizi menggunakan antropometri, yaitu dengan mengukur berbagai ukuran tubuh manusia seperti berat badan, posisi ketika berdiri, ketika merentangkan tangan, lingkaran tubuh, panjang tungkai, dan sebagainya.



Gambar 3. Contoh Ukuran Berat Badan dan Tinggi Badan dalam Antropometri

Sebagai ukuran kegemukan dapat dilihat dari ukuran berat badan, dengan menggunakan timbangan berat badan. Kegemukan terjadi berat badanseseorang melebihiberat ideal, umumnya karena terjadi penumpukan zat giziterutamakarbohidrat,protein dan lemak (Budyanto, 2002). Pada kondisi ini umumnya terjadi akumulasi lemak dalam tubuh, dan dapat membahayakan kesehatan (Harahap, 2005). Oleh karena itu, terdapat suatu kriteria untuk menentukan seorangwanita termasuk dalam kategori gemukatautidak. Beragam cara untuk menentukan kegemukan, dan salah satunya menggunakan rumus IMT (Indeks Masa Tubuh) atau *Body Mass Index* (BMI), yaitu jika nilainya lebih dari 27 perkg/m^2 . Pengukuran antropometri diperoleh dengan membandingkan berat badan (kg) dibandingkan dengan kuadrat dari tinggi badan (meter).

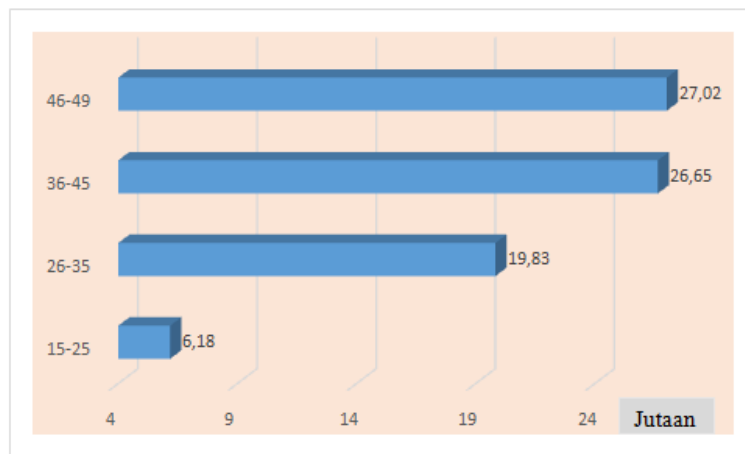
Kegemukan dapat dipengaruhi oleh pola konsumsi (WHO, 2005), dan berhubungan dengan faktor sosial ekonomi, dan psikologi. Terjadinya kegemukan juga berhubungan dengan aktivitas fisik seseorang. Umumnya orang yang kurang melakukan aktivitas fisik, maka cenderung mengalami peningkatan berat badan. Kondisi ini juga diperburuk dengan gaya hidup dalam pemilihan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi, yang cenderung tinggi lemak dan rendah serat. Sementara dampak dari kegemukan terhadap terjadinya risiko penyakit seperti hipertensi, jantung koroner, stroke, obesitas, diabetes, dan kanker (Rajagopalan, 2003).

Sehubungan dengan itu, perlu mengetahui siapa saja yang mengalami kegemukan, dan bagaimana kondisi sosial ekonomi mereka. Berbagai penelitian menemukan kaitan antara kegemukan dengan status perkawinan dan tingkat pendidikan (Soriguer, 2003; Kaplan, 2003; Samuel, 2014; Jeffery, 2002). Mereka yang berpendapatan tinggi cenderung mengalami kegemukan dibandingkan dengan mereka yang berpendapatan rendah (Borrell, 2014).

Selain itu, wanita yang mengalami kegemukan terjadi karena menggunakan alat kontrasepsi tertentu, atau setelah melahirkan anak. Umumnya karena tuntutan saat hamil, sehingga berpotensi terjadi kegemukan. Namun kaitannya dengan fertilitas, kegemukan berpengaruh negatif, wanita yang mengalami kegemukan memiliki jumlah anak lebih sedikit dibandingkan mereka yang normal (Jokela, 2007).

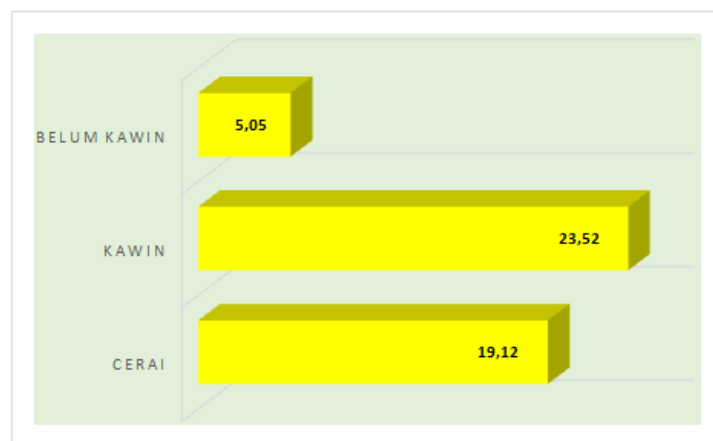
Hasil penelitian Noviandi (2016) memperlihatkan persentase kegemukan tertinggi terdapat pada kelompok umur 46-49 tahun yaitu sebesar 27,02 persen. Persentasenya hampir sama dengan kelompok umur 36-45 tahun (26,65 persen). Sementara pada kelompok umur remaja akhir (15-25 tahun) persentase wanita yang obesitas hanya sebesar 6,18 persen (Gambar 4).

Wanita usia reproduksi yang berstatus kawin ternyata banyak yang mengalami kegemukan, seperti tampak pada Gambar 5 sebanyak 23,52 persen (Noviandi, 2016). Kondisi ini umumnya terjadi pada wanita, apalagi setelah wanita tersebut melahirkan anak-anaknya, mereka belum sempat menurunkan kembali berat badannya. Berbeda dengan wanita status belum kawin, yang umumnya mereka menjaga penampilan dengan berupaya supaya terlihat langsing supaya terlihat menarik.



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

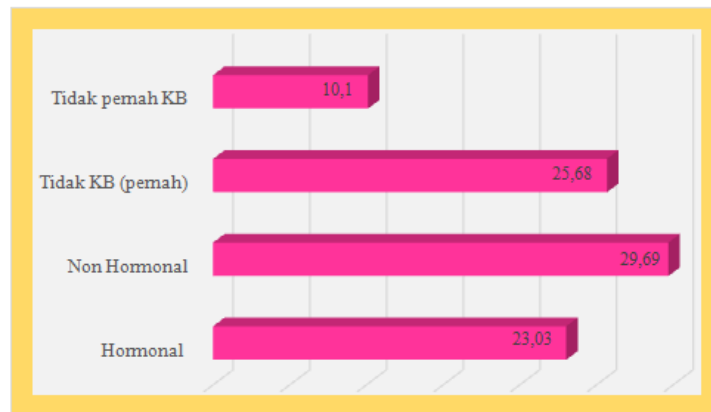
Gambar 4. Jumlah Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun Menurut Kelompok Umur Lima Tahunan, Indonesia, Tahun 2013



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

Gambar 5. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Status Kawin, Indonesia, Tahun 2013

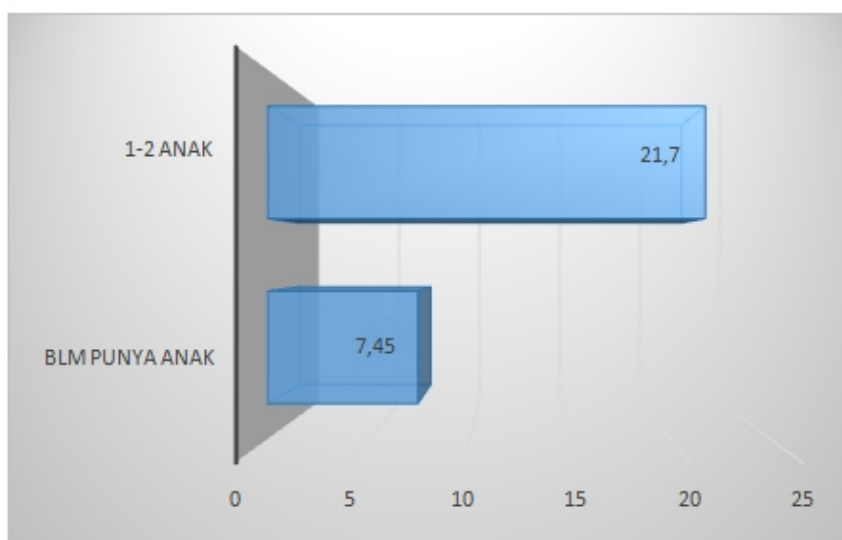
Pada wanita usia subur juga terkait dengan penggunaan alat kontrasepsi, yang pada kenyataan juga berpotensi terjadi kegemukan. Beberapa contoh kasus, banyak wanita usia subur yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal mengalami risiko kegemukan. Namun kondisi ini berbeda dengan hasil dari Riskesdas 2013, seperti tampak pada Gambar 6. Wanita yang menggunakan alat kontrasepsi non hormonal mengalami risiko kegemukan lebih tinggi daripada alat kontrasepsi hormonal.



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

Gambar 6. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Penggunaan alat Kontrasepsi, Indonesia, Tahun 2013

Risiko kegemukan juga dapat terjadi pada wanita yang mempunyai anak dibanding dengan yang tidak mempunyai anak. Dari Gambar 7 dapat dilihat bahwa wanita yang sudah mempunyai anak satu sampai dua mempunyai persentase kegemukan lebih tinggi daripada wanita yang belum mempunyai anak. Banyak faktor yang dapat menyebabkan wanita yang telah mempunyai anak menjadi gemuk. Sebagai contoh wanita menjadi gemuk setelah melahirkan, karena belum sempat menurunkan kembali berat badannya, sementara badannya sudah terlanjut melar. Selain itu, wanita yang mempunyai anak tersebut menjadi gemuk karena terkait dengan penggunaan alat kontrasepsi (seperti tampak pada Gambar 5).



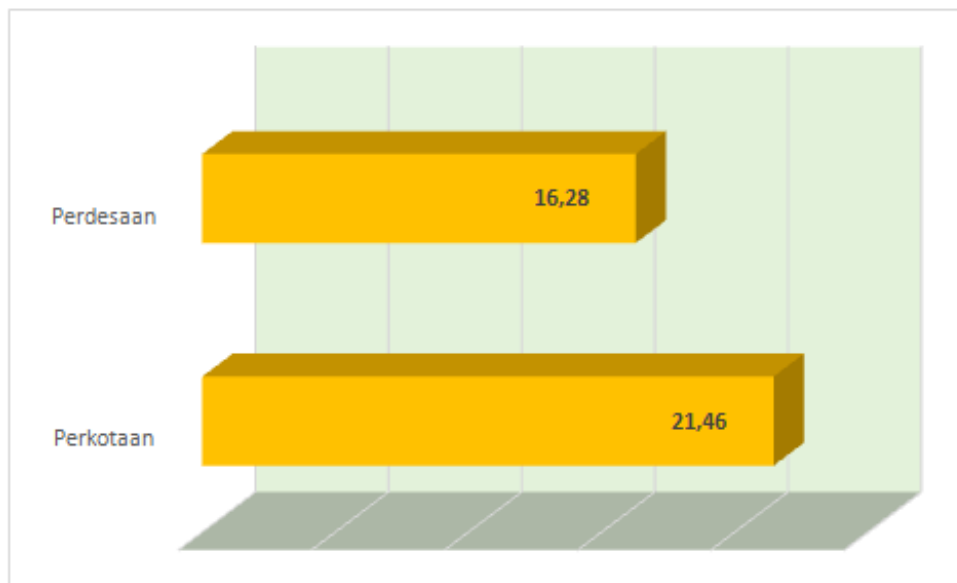
Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

Gambar 7. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Jumlah Anak, Indonesia, Tahun 2013

Faktor yang juga banyak dikaitkan dengan kegemukan yaitu gaya hidup, yang umumnya banyak terjadi pada wanita yang tinggal di daerah perkotaan. Wanita yang tinggal di daerah perkotaan mengalami kegemukan daripada wanita yang tinggal di daerah perdesaan, seperti dapat dilihat dari hasil penelitian Noviandi (2016). Lihat Gambar 8, persentase wanita usia subur yang mengalami kegemukan di perkotaan sebesar 21,46 persen. Seiring dengan gaya hidup pada umumnya, wanita yang tinggal di daerah perkotaan cenderung mengonsumsi makanan yang siap saji, yang berpotensi terhadap terjadinya kegemukan.

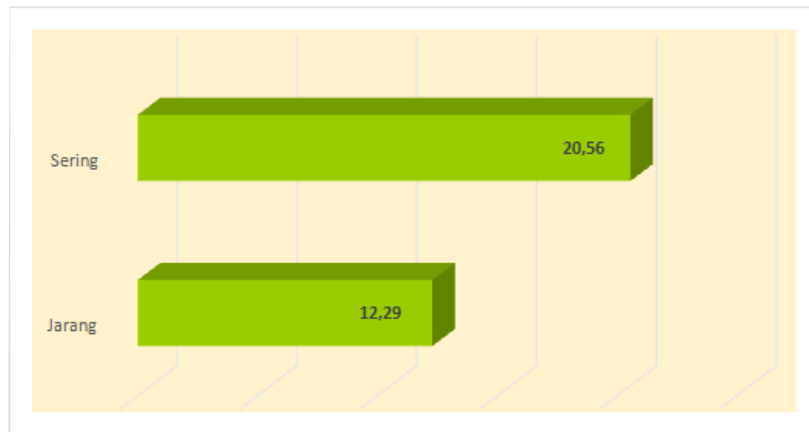
Pada umumnya penduduk yang tinggal di daerah perkotaan cenderung mengonsumsi makanan jadi atau siap jadi. Sementara makanan jenis tersebut umumnya tinggi lemak yang dapat berisiko terhadap timbulnya penyakit. Dari Gambar 9 terlihat bahwa wanita yang mengalami kegemukan cenderung sering mengonsumsi makanan yang berisiko. Sebanyak 20,56 persen dari wanita usia subur mengalami kegemukan terkait dengan seringnya mengonsumsi makanan berisiko.

Gaya hidup wanita yang tinggal di daerah perkotaan umumnya terkait dengan status sosial dan ekonomi mereka yang lebih tinggi dibanding yang tinggal di perdesaan. Kedua hal ini dapat menjadi faktor pendorong untuk terjadinya kegemukan pada wanita. Seperti pada umumnya, konsumsi makanan siap saji banyak dilakukan oleh mereka yang mempunyai status ekonomi dan sosial yang tinggi. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 10 dan Gambar 11, bahwa wanita usia subur yang mengalami kegemukan terdapat pada kelompok ekonomi tinggi, dan pada mereka yang berpendidikan tinggi. Namun Dari segi kepemilikan jaminan kesehatan hanya 31,2 persen dari wanita usia 15-54 tahun yang memilikinya (SDKI, 2012).



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

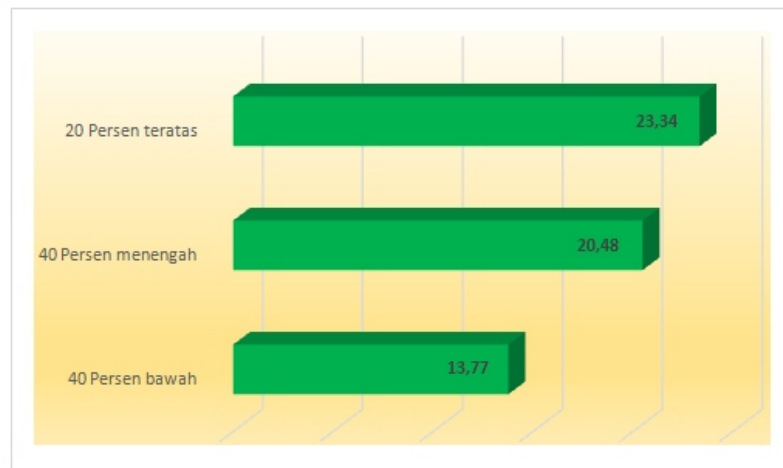
Gambar 8. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Daerah Tempat Tinggal, Indonesia, Tahun 2013



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dan Noviandi (2016)

Gambar 9. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Konsumsi Makanan Berisiko, Indonesia, Tahun 2013

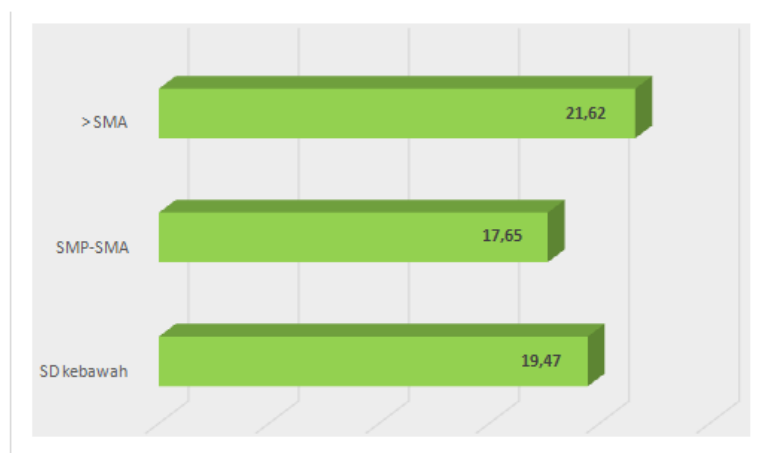
Gaya hidup wanita yang tinggal di daerah perkotaan umumnya terkait dengan status sosial dan ekonomi mereka yang lebih tinggi dibanding yang tinggal di perdesaan. Kedua hal ini dapat menjadi faktor pendorong untuk terjadinya kegemukan pada wanita. Seperti pada umumnya, konsumsi makanan siap saji banyak dilakukan oleh mereka yang mempunyai status ekonomi dan sosial yang tinggi. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 10 dan Gambar 11, bahwa wanita usia subur yang mengalami kegemukan terdapat pada kelompok ekonomi tinggi, dan pada mereka yang berpendidikan tinggi. Pada tingkat pendapatan 20 persen teratas terdapat 23,34 persen wanita usia subur yang mengalami kegemukan. Begitu juga dengan wanita yang berpendidikan minimal SLTA paling banyak yang mengalami kegemukan, dengan persentase sebesar 21,62 persen. Terjadinya kegemukan pada wanita yang berpendidikan tinggi, biasanya terkait dengan gaya hidup baik dari segi konsumsi makanan yang kurang bergizi seimbang, dan kurang aktivitas fisik. Namun pada wanita usia subur yang berpendidikan maksimal sekolah dasar (SD) dapat terjadi faktor yang berbeda, misalnya karena penggunaan alat kontrasepsi yang cenderung dapat meningkatkan kegemukan.



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

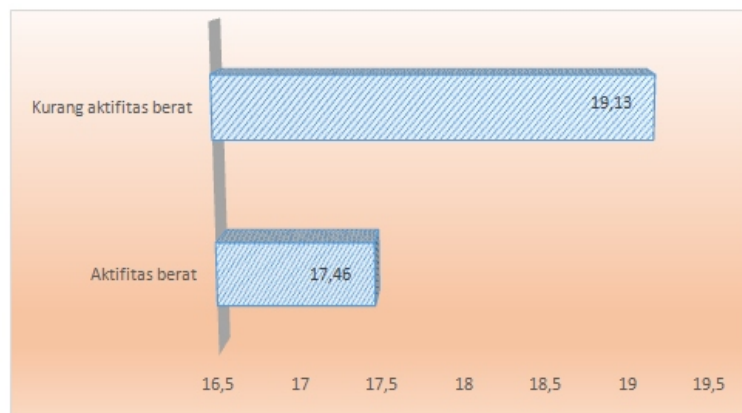
Gambar 10. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Tingkat Pendapatan, Indonesia, Tahun 2013



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

Gambar 11. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Tingkat Pendidikan, Indonesia, Tahun 2013

Para wanita tersebut umumnya kurang melakukan aktivitas fisik berat, lebih banyak kegiatan dilakukan dengan duduk daripada berjalan kaki. Dari semua wanita usia subur yang mengalami kegemukan, paling banyak mereka kurang melakukan aktivitas fisik berat, yaitu sebesar 19,13 persen.



Sumber: Hasil perhitungan data Riskesdas 2013 dari Noviandi (2016)

Gambar 12. Persentase Penduduk Perempuan Usia 15-49 Tahun yang Mengalami Kegemukan Menurut Aktivitas Fisik Berat, Indonesia, Tahun 2013

5. Penutup

Wanita usia subur terkait erat dengan pelayanan Program KB, sehingga perlu diperhatikan status kesehatan reproduksi maupun kesehatan secara umum. Terganggunya kesehatan wanita seperti terjadinya berbagai penyakit kronis, seperti jantung, diabetes melitus, dan darah tinggi dapat berakibat pada kematian. Sehubungan dengan pelayanan program KB dan peningkatan kesehatan reproduksi wanita, maka pencegahan berbagai faktor risiko penyakit perlu diperhatikan. Salah satu hal penting dalam mencegah terjadinya risiko penyakit dan kematian yaitu status gizi terutama gizi lebih, yang ditandai dengan terjadinya kegemukan. Apalagi kegemukan yang terjadi pada wanita berstatus kawin, mempunyai anak, dan sebagai akseptor alat kontrasepsi.

Sehubungan dengan itu perlu upaya pemberian pengetahuan mengenai pentingnya menjaga kondisi tubuh ideal, dengan mempertahankan status gizi normal. Selain itu, perlu pemberian sosialisasi dan informasi kepada wanita usia subur yang berpendidikan tinggi dan dari status ekonomi tinggi untuk menjaga gaya hidup, sehingga terhindar dari risiko penyakit.

Terkait dengan program KB, pemerintah perlu meningkatkan kualitas layanan pemakaian alat kontrasepsi, dengan mengembangkan inovasi untuk menciptakan alat kontrasepsi yang memiliki efek terhadap kesehatan. Efek alat kontrasepsi tersebut juga termasuk risiko terhadap kegemukan.



6. Daftar Pustaka

- Akahoshi, M., Soda, M., Nakashima, E., Tominaga, T., Ichimaru, S., Seto, S., & Yano, K. (2002). The effect of body mass index on age at menopause. *International Journal of Obesity*. 961-968.
- BPS. 2016. Publikasi Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (Supas). Jakarta: BPS.
- Banlitbangkes Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Banlitbangkes. Jakarta: Kemenkes RI.
- Budiyanto. (2002). *Obesitas dan Perkembangan Anak*. Jakarta: Grafindo Perkasa.
- Borrell, L.N., & Samuel, L. (2014). Body mass index categories and mortality risk in US adult: The effect of overweight and obesity on advancing death. *American Journal of Public Health, Vol 104*. Mar 2014. 512-519.
- Harahap, H., Widodo, Y., & Mulyati, S. (2005). Penggunaan berbagai Cut-Off Indeks Massa Tubuh Sebagai Indikator Obesitas Terkait Penyakit Degeneratif di Indonesia. *Gizi Indonesia 2005*, 31.
- Jokela, M., Kivimaki, M., Elovainio, M., Viikari, J., Raitakari, O.T., & Jarvinen, L.K. (2007). Body Mass Index in Adolescence and Number of Children in Adulthood. *Epidemiology, Vol 18, No.5 pp. 599-606*. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
- Nohr, E.A., Villamor, E., Vaeth, M., Olsen, J., & Cnattingius, S. (2012). Mortality in infants of obese mothers: is risk modified by mode of delivery?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 363-371.
- Noviandi, Uray., dan Lilis Heri Mis Cich. 2016. Obesitas Wanita Usia Subur (WUS) di Indonesia dalam Perspektif Sosio-Demografi. Analisis Data Riskesdas 2013. Jakarta: BKKBN.
- Rajagopalan, S. (2003). Nutrition challenges in the next decade. *Food and Nutrition Bulletin, Vol.24, No.3*. Tokyo: The United Nations University.
- Sustainable Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>.
- World Health Organization. (2005). *Nutrition in adolescence-issues and Challenges for the Health Sector*. Geneva: WHO.

