

PERKAWINAN DINI DAN DAMPAK STATUS GIZI PADA ANAK (ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)

Tin Afifah¹

¹Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan

ABSTRAK

Anak perempuan akan menjalani siklus reproduksi dari masa pubertas, pernikahan dan kehamilan. Status kesehatan ibu khususnya status gizi saat sebelum konsepsi dan saat hamil akan mempengaruhi kualitas anak yang dilahirkannya. Perkawinan dini dan fertilitas pada usia anak-anak merupakan risiko terhadap kualitas anak di kemudian hari. Sumber data adalah data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010, desain potong lintang, unit analisis anak perempuan pernah kawin 10-18 tahun. Hasil menunjukkan adanya pernikahan dini pada anak perempuan yang tinggal di perdesaan, tidak bekerja dan strata ekonomi miskin. Pernikahan dini dapat mempengaruhi status gizi anaknya yang lahir dan tumbuh kembangnya sehingga menjadi dapat anak pendek. Hasil analisis Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa persentase anak pendek meningkat pada ibu yang menikah pada usia dini. Pernikahan dini dan kemiskinan dikhawatirkan menyebabkan terjadinya *intergeneration cycle of growth failure* di Indonesia. Perlu adanya upaya komprehensif dari berbagai lintas program untuk pemberdayaan perempuan agar status perempuan lebih berdaya, agar anak perempuannya mempunyai status gizi yang lebih baik.

Kata kunci: usia perkawinan pertama, *adolecence pregnancy*, kesehatan reproduksi, status gizi

ABSTRACT

EARLY MARRIAGE WOMEN AND ITS IMPACT TO NUTRITION STATUS (DATA ANALYSIS OF RISKESDAS 2010)

Normally, girls have reproductive cycle started from puberty, marriage, and pregnancy. Maternal health status especially nutrition status before conception and during pregnancy periods will influence infants outcomes. Early marriage and fertility at the childhood are the risks for the quality of children in the future. The data were taken from Riskesdas 2010, cross sectional was applied and unit analysis was the women who ever married aged 10-18 years. The results showed that the early married women were most lived in rural area, unemployed and poorest. Early married women influenced her child nutrition status included stunted. From Riskesdas 2010 showed that percentage of stunting rised at the women who had early marriage. The poorest area and early marriage were afraid to be the causes of failure cycle growth of Indonesian intergeneration. It needs to do comprehensive efforts through other cross programs to improve the empowerment of women in order to increase the participation of women, and at the end, to achieve a better nutrition status among girls.

Keywords: teenage marriage, *adolecence pregnancy*, reproductive health, nutrition status

PENDAHULUAN

Anak adalah generasi masa depan suatu bangsa. Potret situasi anak menjadi indikator tingkat kesejahteraan suatu negara. Hal ini tercermin pada penggunaan indikator tingkat kematian ibu dan kematian bayi sebagai indikator yang dapat menggambarkan status kesehatan masyarakat dan tingkat kesejahteraan suatu negara. Status kesehatan ibu dan bayi dianggap paling sensitif terhadap berbagai faktor sehingga dapat mencerminkan situasi tingkat kesejahteraan suatu lingkungan masyarakat atau wilayah.

Terdapat hubungan antara status kesehatan ibu saat hamil dengan perkembangan janin dan bayi yang dilahirkannya. Lawn (2001)¹ mengemukakan bahwa “dalam banyak hal kesehatan bayi baru lahir berhubungan erat dengan kematian ibu” sedangkan Roystone dan Amrstrong (1989)² menyatakan bahwa umumnya faktor yang menjadi risiko khusus terhadap ibu juga meningkatkan risiko terhadap anaknya. Kematian ibu menyebabkan berbagai konsekuensi, terutama mengurangi peluang untuk kelangsungan hidup anaknya.

Salah satu faktor ibu yang mempengaruhi status kesehatan anak dan ibu adalah umur saat hamil dan bersalin.³ Kehamilan dan persalinan pada usia muda merupakan kehamilan yang berisiko terjadinya kematian maternal dan kelangsungan hidup anaknya. Kehamilan dan persalinan pada usia muda terjadi karena adanya perkawinan pada usia dini. Perempuan yang menikah pada usia dini akan mempunyai waktu paparan lebih panjang terhadap risiko untuk hamil, sehingga menikah pada usia dini juga berdampak secara tidak langsung pada tingkat fertilitas di masyarakat.⁴ Perkawinan menggambarkan ikatan seksual yang stabil. Umur perkawinan pertama merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi fertilitas. Semakin muda umur perkawinan seseorang maka masa subur reproduksi akan lebih panjang dilewatkan dalam ikatan perkawinan sehingga mempengaruhi tingkat fertilitas suatu negara. Fertilitas adalah kemampuan seorang istri untuk menjadi hamil dan melahirkan bayi hidup dari suami yang mampu menghamilinya.⁵

Penggunaan istilah “perkawinan dini” terkait dengan batasan waktu. Menurut Undang-Undang Perkawinan No 1 Tahun 1974 Pasal 7, mensyaratkan bagi perempuan minimum berusia 16 tahun diperbolehkan untuk menikah.⁶ Secara umum, sejak seorang perempuan memasuki pernikahan maka dia mulai memasuki periode paparan risiko untuk hamil dan melahirkan bayi. Sementara menurut UU nomor 23 Tahun 2002, usia di bawah 18 tahun termasuk dalam kategori anak.⁷

Perkawinan pada usia muda tidak disarankan dari sudut pandang kesehatan karena berkaitan dengan kesiapan organ reproduksi seorang calon ibu. Seorang perempuan yang belum mencapai usia 18 tahun pertumbuhan organ tubuh terutama organ reproduksinya seperti rahim belum matang untuk ber-reproduksi dan pertumbuhan panggul juga belum maksimal sehingga apabila hamil merupakan kehamilan yang berisiko. Di sisi lain, perempuan yang menikah pada usia dini dan masih termasuk dalam kategori kelompok umur anak, belum siap secara mental untuk menghadapi masa kehamilan dan persalinan, apalagi bila diperparah dengan status sosial ekonomi yang kurang baik. Implikasi dari perkawinan dan kehamilan pada usia anak-anak tersebut adalah terhadap pertumbuhan

keturunan selanjutnya. Perkawinan pada usia dini biasanya juga terjadi pada keluarga miskin dan pendidikan rendah serta berpotensi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah sehingga dikhawatirkan akan terulang pada siklus hidup selanjutnya yang disebut dengan “*Intergeneration Cycle of Growth Failure*”. Siklus inilah yang mempengaruhi kualitas anak-anak dan generasi selanjutnya yang perlu menjadi perhatian berbagai pihak (UNICEF).⁸ Perkawinan usia dini akan memberikan dampak secara tidak langsung terhadap masalah sosial dan masalah kesehatan, yang dapat digambarkan dari status gizi anaknya.

Bagaimana gambaran pernikahan dini menurut karakteristik, tingkat fertilitas pada usia anak-anak atau remaja dan persentase anak pendek dari mereka yang menikah pada usia dini? Makalah ini bertujuan untuk memaparkan secara deskriptif gambaran perkawinan dini serta gambaran status gizi anak menurut umur perkawinan dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 yang dilaksanakan oleh Badan Litbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Pada Riskesdas 2010 terdapat pertanyaan tentang umur perkawinan pertama pada perempuan pernah kawin usia 10-59 tahun sehingga dari data ini dapat dipilih untuk perempuan pernah kawin usia 10-18 tahun yang juga masih dalam kurun waktu periode umur anak-anak atau remaja.⁹ Struktur data Riskesdas 2010 juga memungkinkan untuk menghubungkan antara umur perkawinan pertama dengan status gizi anaknya.

METODE PENELITIAN

Sumber data yang digunakan dalam analisis adalah Riskesdas 2010 yang dilaksanakan oleh Badan Litbang Kesehatan dengan disain penelitian potong lintang dan review dari hasil analisis data yang sama.

Populasi dan Sampel

Populasi adalah rumah tangga (RT) di Indonesia pada tahun 2010. Kerangka sampel Riskesdas 2010 adalah RT hasil listing Sensus Penduduk 2010 dan sampel Riskesdas 2010 yang pilih adalah rumah tangga terpilih pada 2800 blok sensus (BS) yang sudah ditetapkan sebesar 25 RT setiap BS yang diambil secara

sistematis. Jumlah sampel rumah tangga yang direncanakan adalah sebesar 70.000 RT.⁹

Unit analisis adalah anggota rumah tangga yang masuk dalam kelompok anak-anak perempuan berusia 10-18 tahun baik yang belum menikah maupun yang pernah kawin. Data yang digunakan untuk analisis berasal dari data individu dan data rumah tangga yang telah menjadi satu set data kerja.

Metode pengumpulan data Riskesdas 2010 adalah wawancara dan pengukuran. Instrumen wawancara yang digunakan adalah kuesioner rumah tangga dan kuesioner individu. Pengukuran yang dilakukan adalah pengukuran tinggi badan (TB) dan berat badan (BB) dengan menggunakan alat ukur tinggi badan dan timbangan digital.

Pengumpulan data dilakukan bulan Juli sampai dengan Agustus 2010. Hasil pengumpulan data Riskesdas 2010 mencapai 69.300 rumah tangga dari 2798 blok sensus yang berhasil dikunjungi. Variabel yang dianalisis adalah;

1. Karakteristik responden meliputi: umur, daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan,

status pekerjaan dan tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita.

2. Umur perkawinan pertama, status reproduksi pada responden perempuan pernah kawin usia 10-18 tahun yang meliputi pertanyaan umur perkawinan pertama.
3. Fertilitas adalah gambaran kelompok umur remaja yang sudah pernah melahirkan bayi hidup.

Sedangkan analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menggunakan pembobotan.

HASIL

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 dilaksanakan untuk menyediakan informasi untuk kebutuhan evaluasi pencapaian indikator *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk status gizi, malaria, TB, kesehatan ibu dan anak. Limitasi dari pelaksanaan Riskesdas 2010 tidak dapat memperoleh indikator kematian ibu atau anak, maka indikator yang dicari merupakan proksi dari status kesehatan ibu dan anak.⁹ Penyajian berikut adalah hasil analisis data Riskesdas pada kelompok anak perempuan usia 10-18 tahun.

Tabel 1
Proporsi Perempuan Umur 10-18 tahun* menurut Status Kawin, Riskesdas 2010

Umur (tahun)	Belum kawin		Kawin		Cerai hidup		Cerai mati		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10	2656	13,13	2	0,01	0	-	0	-	2658	13,14
11	2257	11,24	2	0,01	0	-	0	-	2259	11,25
12	2256	11,28	3	0,02	1	0,00	0	-	2260	11,31
13	2356	11,78	3	0,01	0	-	0	-	2359	11,79
14	2328	11,58	11	0,05	1	0,01	0	-	2340	11,64
15	2128	10,59	36	0,17	1	0,01	0	-	2165	10,76
16	1940	9,65	80	0,40	1	0,01	0	-	2021	10,05
17	1802	9,05	188	0,92	5	0,02	0	-	1995	9,99
18	1639	8,30	344	1,69	14	0,07	1	0,0	1998	10,07
Jumlah	19362	96,61	669	3,27	23	0,11	1	0,0	20055	100,00

Catatan: *persentase tertimbang.

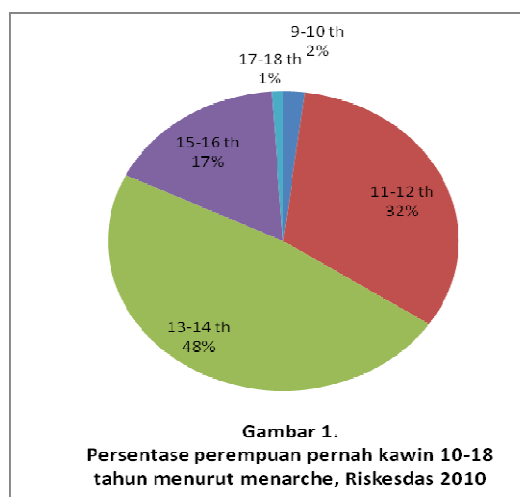
Hasil analisis menunjukkan bahwa distribusi responden menurut kelompok umur sebagaimana disajikan dalam Tabel 1.

Khusus responden semua perempuan 10-18 tahun berjumlah 20.055 dengan rincian anak

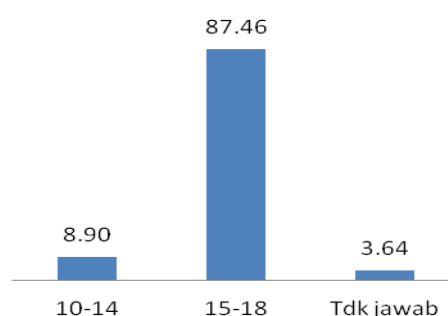
perempuan pernah kawin sebanyak 693 (3,39%) di mana 3,8 berstatus kawin dan sisanya sudah dalam status janda. Selanjutnya sampel ini yang akan menjadi sampel dalam analisis.

a. Umur pertama kali haid (*menarche*)

Seorang anak perempuan telah mencapai pubertas adalah mulai mengalami menstruasi (*menarche*). Seorang perempuan yang telah haid artinya tubuh telah siap untuk menghasilkan sel telur yang siap untuk dibuahi.



Apabila terjadi konsepsi maka dapat terjadi kehamilan. Hasil Riskesdas 2010 dari responden 10-18 tahun yang melaporkan usia pertama kali menstruasi dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 2.
Persentase perempuan pernah kawin 10-18 tahun menurut UKP

b. Fertilitas pada anak perempuan 10-18 tahun

Seorang anak perempuan yang telah mengalami menstruasi dan menikah

menunjukkan bahwa anak-anak tersebut telah memiliki kemampuan untuk mempunyai anak. Fertilitas pada usia anak-anak terlihat pada Tabel 2, Tabel 3, dan Tabel 4 di bawah ini.

Tabel 2
Proporsi kehamilan pada anak perempuan 10-18 tahun* Riskesdas 2010

Umur (th)	Hamil	Total	n
10	0,00	13,14	2658
11	0,00	11,25	2259
12	0,00	11,31	2260
13	0,00	11,79	2359
14	0,01	11,64	2340
15	0,04	10,76	2165
16	0,08	10,05	2021
17	0,15	9,99	1995
18	0,30	10,07	1998
Jumlah	0,58	100,00	20055

Tabel 2 menyajikan proporsi kehamilan pada semua anak perempuan 10-18 tahun, terlihat bahwa kehamilan pada usia anak-anak sebesar 0,58 persen. Kehamilan paling muda terjadi pada usia 14 tahun. Sedangkan Tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat 39 persen remaja

Tabel 3
Persentase anak perempuan pernah kawin 10-18 tahun yang sudah melahirkan menurut umur perkawinan pertama Riskesdas 2010

UKP	Belum punya anak	Pernah melahirkan	Jumlah*
11	0,1	0,0	0,1
12	0,6	0,2	0,8
13	1,2	0,8	2,0
14	2,8	3,2	6,0
15	6,5	8,2	14,7
16	14,4	10,4	24,7
17	19,4	12,0	31,5
18	12,7	3,8	16,6
Tdk jawab	3,1	0,6	3,6
Jumlah	60,8	39,2	100,0

Keterangan * n= 20055.

yang sudah pernah melahirkan. Di antara yang pernah melahirkan, anak usia 16 dan 17 tahun adalah yang paling banyak melaporkan pernah melahirkan (10,4% dan 12%).

Tabel 4 berikut adalah persentase anak perempuan pernah kawin dan yang melaporkan

pernah melahirkan menurut karakteristik. Persentase anak perempuan pernah kawin sebagian besar bertempat tinggal di daerah perdesaan, separuhnya (50,5%) berpendidikan

rendah (tidak sekolah sampai tamat SD), lebih dari 50 persen termasuk dalam strata ekonomi menengah ke bawah dengan status pekerjaan tidak bekerja/ sekolah, petani/ buruh.

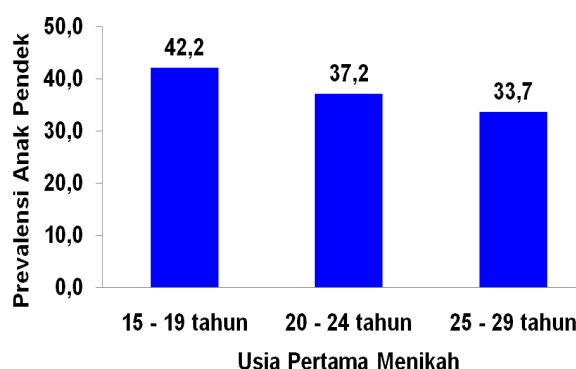
Tabel 4
Persentase Anak Perempuan Pernah Kawin 10-18 tahun yang Pernah Melahirkan menurut Karakteristik dan Fertilitas, Riskesdas 2010

Karakteristik	Persentase	Pernah melahirkan	n
Tempat tinggal			
Perkotaan	31,5	10,68	209
Perdesaan	68,5	29,15	484
Pendidikan			
Tidak sekolah/Tidak tamat SD	12,5	6,06	92
Tamat SD	38,0	16,88	261
Tamat SLTP+	49,5	16,88	340
Pekerjaan			
Tidak kerja	65,5	25,83	454
Petani/buruh/nelayan	18,4	7,94	124
Wiraswasta/Pegawai/Lainnya	16,1	6,06	115
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	27,9	14,43	190
Kuintil 2	26,8	10,53	186
Kuintil 3	20,1	6,78	137
Kuintil 4	15,2	6,20	109
Kuintil 5	10,0	1,88	71
Jumlah	100,0	39,83	693

c. Hubungan Umur Perkawinan Pertama (UKP) dengan proporsi anak pendek

Salah satu indikator kependudukan adalah umur perkawinan pertama atau UKP. Data Riskesdas 2010 memungkinkan untuk melihat hubungan antara umur perkawinan pertama dengan status gizi anak balita, yaitu proporsi anak pendek dari informasi hasil pengukuran

tinggi badan dan berat badan balita. Dari hasil penelitian Atmarita (2010)¹⁰ dengan data yang sama menunjukkan bahwa prevalensi anak pendek terjadi pada anak perempuan yang melakukan pernikahan pada usia remaja. Gambar 3 menunjukkan adanya kecenderungan semakin muda usia perkawinan ibu, maka proporsi balita dengan status gizi pendek semakin meningkat.



Gambar 3

Proporsi Balita Pendek menurut Umur Perkawinan Pertama Perempuan Pernah Kawin 15-29 Tahun, Riskesdas 2010⁷

Hal ini menunjukkan bahwa pertumbuhan balita yang terlihat sebagai *outcome* status kesehatan reproduksi ibu saat pertama kali menikah dan status gizi ibu sebelum konsepsi dan selama kehamilan.

BAHASAN

Setiap anak yang dilahirkan mempunyai hak dasar. Hak anak menurut Kovensi Hak Anak yang pertama adalah hak untuk kelangsungan hidup dan berkembang. Seseorang yang belum berusia 18 tahun adalah anak-anak. Terkait dengan kesepakatan *International Conference Population and Demography* (ICPD) di Kairo pada tahun 1994 bahwa semua negara menyepakati definisi kesehatan reproduksi; yaitu suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsinya.¹¹

Implementasi kesehatan reproduksi terjadi pada semua siklus hidup manusia. Siklus hidup seorang anak perempuan setelah melewati masa bayi, balita anak-anak pra sekolah, maka saat berusia 10 tahun memasuki masa pubertas yang ditandai dengan *menarche*. Menurut Yudith E. Brown (2008), rata-rata usia menarche adalah 12,4 tahun namun dapat terjadi lebih awal pada usia 9-10 tahun, atau lebih lambat pada usia 17 tahun.¹² Anak perempuan yang telah memasuki pubertas dan mendapat haid maka anak tersebut telah memasuki awal fungsi reproduksinya. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa rata-rata usia menarche orang Indonesia adalah 13,6 tahun.⁹ Gambar 1 menunjukkan dua persen mengalami *menarche*

pada usia awal (< 8 tahun) dan lebih lambat pada usia 17 tahun ke atas. Menurut Kartono Muhamad bahwa semakin awal munculnya tanda pubertas, semakin cepat pula kesiapan fungsi reproduksinya, karena menghasilkan sel telur yang siap dibuahi. Masyarakat negara berkembang, umumnya menganut pandangan bahwa anak perempuan sebaiknya menikah segera pada haid pertama.¹¹ Meskipun rata-rata menarche di Indonesia 13,6 tahun namun tidak sedikit yang sudah mendapat haid pada usia sangat dini (< 8 tahun). Jika pada usia sangat dini tersebut telah menikah maka percepatan perkawinan juga berarti percepatan usia untuk hamil dan melahirkan sehingga pada usia 18 tahun sudah ada yang mempunyai 4 orang anak.

Meskipun Undang-Undang Perkawinan membatasi umur minimal untuk menikah adalah 16 tahun untuk anak perempuan, namun berdasarkan data tersebut di atas menunjukkan bahwa perkawinan usia muda (< 16 tahun) tetap terjadi.⁷ Hal ini juga mengindikasikan bahwa undang-undang tersebut tidak dipatuhi oleh sebagian masyarakat di Indonesia karena berbagai alasan menyangkut sosial, ekonomi, budaya dan agama.

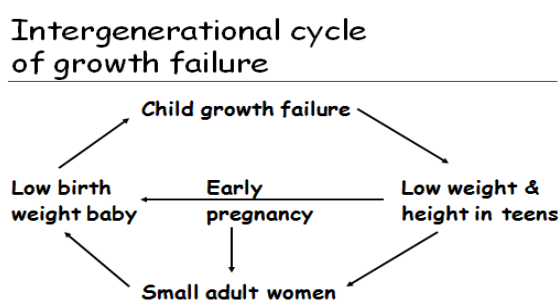
Tabel 4 menunjukkan bahwa mereka yang hidup di perdesaan dan status ekonomi miskin terdapat kecenderungan terjadinya perkawinan pada usia anak-anak di Indonesia. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Khaerul Umam dkk. (2006) yang menunjukkan bahwa perkawinan usia muda terjadi antara lain karena dijodohkan dan alasan ekonomi keluarga (Noer, Khaerul Umam dkk., 2006).¹³ Karakteristik pendidikan menunjukkan persentase yang lebih besar pada pendidikan yang lebih tinggi. Hal ini

bukan berarti bahwa pendidikan mempengaruhi peningkatan pernikahan dini, namun justru sebaliknya bahwa pendidikan telah berperan dalam menunda umur perkawinan dini yaitu misalnya setelah tamat SLTP baru menikah. Pendidikan memang merupakan salah satu faktor yang banyak berperan terhadap tingkat fertilitas (Irawati, Tati dkk, 2004).¹⁴ Apabila lama pendidikan lebih ditingkatkan maka umur perkawinan pertama menjadi semakin meningkat. Dengan penundaan perkawinan maka rentang reproduksi menjadi lebih pendek sehingga tingkat fertilitas dapat lebih dikendalikan.

Masalah pertumbuhan anak perempuan juga sangat terkait dengan masalah status gizi pada masa pubertas. Status gizi sebelum terjadinya konsepsi sangat berpengaruh pada status kesehatan bayi yang akan dilahirkannya. Jika asupan gizi seorang anak perempuan memadai maka pertumbuhan organ tubuh dan fungsi reproduksi dapat berkembang dengan baik maka akan mempengaruhi status kesehatan bayi yang akan dilahirkannya kelak. Khususnya untuk seorang perempuan jika memiliki rongga panggul yang optimal akan mempermudah kelahiran bayinya kelak. Pertumbuhan tulang pinggul sejak anak-anak akan berlangsung setelah melewati usia 18

tahun dan akan terus berlangsung hingga usia 23 tahun. Sebelum usia tersebut pertumbuhan tulang pinggulnya belum sempurna sehingga jika terjadi perkawinan pada usia dini dan terjadi kehamilan, perkembangan janin dalam kandungan tidak sempurna dan saat terjadinya persalinan mengalami masalah komplikasi yang berisiko pada kelangsungan hidup ibu dan bayinya.

Pada anak perempuan yang pendek (stunted) apabila menikah pada usia dini akan melahirkan bayi cenderung mempunyai berat badan lahir rendah. Umumnya pernikahan dini tersebut terjadi pada masyarakat miskin yang mempunyai keterbatasan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan gizi anaknya. Apabila dalam tumbuh kembang anaknya tidak dapat mengejar kebutuhan gizinya, maka sang anak akan tumbuh menjadi generasi yang *stunted* pula. Apabila anak tersebut adalah anak perempuan akan mengalami nasib yang sama dengan ibunya dan demikian seterusnya siklus tersebut terus berlangsung. Dengan demikian akan terus menjadi siklus panjang yang akan mempengaruhi kualitas anak-anak sebagai generasi penerus. Kita harus mewaspadai adanya siklus kegagalan pertumbuhan antar generasi tersebut (*intergeneration cycle growth of failure*). (Gambar 4)



Gambar 4
Intergeneration Cycle Growth of Failure¹³

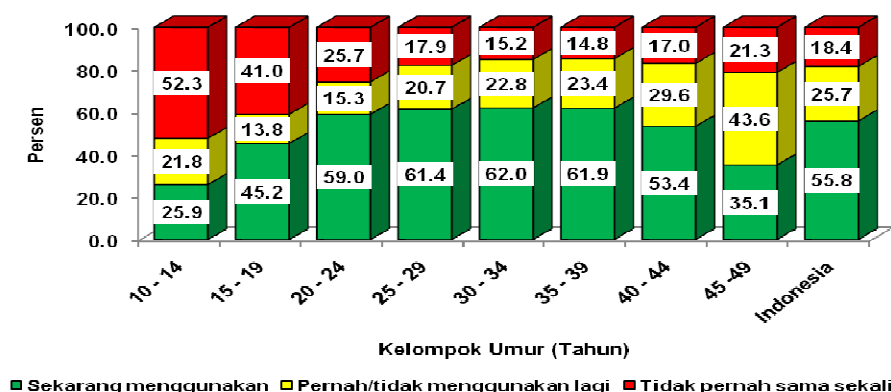
Tim riset Irlandia yang melakukan penelitian pada remaja 14-17 tahun yang sudah hamil, menemukan para ibu remaja juga cenderung memiliki berat badan dibawah normal. Sekitar 21 persen dari mereka yang berusia 17 tahun cenderung melahirkan bayi prematur dalam kehamilan pertama. Kemudian 93 persen dari mereka cenderung memiliki bayi kedua dengan jarak sangat dekat dari bayi

pertama. Ada pula kaitan antara ibu remaja dengan bayi berbobot kurang dari normal. Menurut Ali Khashan, risiko kelahiran prematur pada kehamilan ibu remaja kemungkinan berhubungan dengan "ketidakmatangan secara biologis".¹⁷

Di sisi lain, perkawinan pada usia remaja memperpanjang masa reproduksi di Indonesia sehingga hal ini akan dapat mempengaruhi

tingkat fertilitas. Tingkat fertilitas yang tidak terkendali akan berpengaruh pada tingkat pertumbuhan penduduk. Untuk itu pengaturan kelahiran dengan program keluarga berencana merupakan salah satu upaya untuk mencegah terjadinya peningkatan fertilitas. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan penggunaan

cara/alat KB pada perempuan usia 15-19 tahun adalah 45 persen dan usia 10-14 tahun 25 persen, sebaliknya yang tidak pernah menggunakan alat atau cara KB sama sekali adalah 41 persen (15-19 th) dan 52 persen (10-14 tahun).⁹



Gambar 5
Persentase Penggunaan Cara KB, menurut Kelompok Umur, Riskesdas 2010.

Jika dibandingkan pada seluruh perempuan usia 10-49 tahun, terdapat sekitar 70 persen kelompok anak perempuan pernah kawin usia 10-14 tahun yang tidak terlindungi oleh alat kontrasepsi sehingga berisiko hamil dan menghadapi permasalahan kehamilan berisiko. Hal ini dikhawatirkan akan mempengaruhi tingkat fertilitas dan menambah lajut pertumbuhan penduduk.

Untuk itu perlu adanya kebijakan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya perkawinan dini dan menekan fertilitas pada usia anak-anak. Masalah kemiskinan dan pendidikan yang rendah diyakini berperan dalam masalah fertilitas dan masalah kebutuhan KB yang tidak terpenuhi.

Masalah ini tidak hanya dapat diselesaikan oleh satu sektor saja namun memerlukan adanya kesepakatan dan suatu gerakan bersama untuk kembali menggalakkan penggunaan alat KB serta pencegahan pernikahan dini dengan cara peningkatan pendidikan.

Pemerintah telah menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) hingga tahun 2025 (Bappenas, 2010).¹⁸ Berdasarkan pelaksanaan RPJM ke 1, maka RPJM ke 2 pada tahun 2010-2014 adalah ditujukan untuk memantapkan penataan kembali NKRI, meningkatkan SDM,

membangun kemampuan iptek, memperkuat daya saing perekonomian.

Dalam rangka mencapai RPJM ketiga yang juga menginginkan SDM yang berkualitas maka masalah perkawinan dan fertilitas pada anak hendaknya menjadi perhatian berbagai pihak. Masalah SDM tidak lepas dari bidang kesehatan dan pendidikan serta pengendalian penduduk. Penduduk yang banyak memang merupakan suatu aset tapi jika penduduk tidak berkualitas akan menjadi beban yang harus ditanggung oleh pemerintah. Kualitas penduduk di Indonesia dipengaruhi pula oleh status gizi sejak dari kandungan hingga pertumbuhannya.

Masalah fertilitas tidak lepas dari masalah pengendalian penduduk dan masalah KB sebagai salah satu upaya untuk mengatur kelahiran, terutama bagi PUS dengan usia muda. Namun hal tersebut tidak akan tercapai tanpa diimbangi dengan peningkatan pendidikan dan pemberdayaan perempuan sebagaimana sasaran RPJMN kedua khususnya meningkatkan kualitas SDM, maka menurut penulis terdapat tiga prioritas program yang perlu diperhatikan yaitu:

1. Prioritas pengendalian kualitas penduduk dengan fokus prioritas pada revitalisasi program KB dan penyerasian kebijakan pengendalian penduduk seperti peningkatan kesadaran masyarakat untuk mematuhi UU

perkawinan sehingga dapat tercapai tujuan pengendalian penduduk.

2. Prioritas peningkatan akses, kualitas dan relevansi pendidikan dengan fokus prioritas pada;
 - Kualitas pendidikan dasar wajar 9 tahun yang merata.
 - Akses, kualitas dan relevansi pendidikan menengah.
 - Kualitas, relevansi, daya saing pendidikan tinggi.
 - Kualitas dan relevansi pendidikan non-formal.
 - Pemantapan pelaksanaan sistem pendidikan nasional pengendalian penduduk.

Sehingga diharapkan rata-rata lama sekolah meningkatkan agar usia perkawinan meningkat pula.

3. Prioritas pada peningkatan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, melalui fokus prioritas pemberdayaan perempuan. Dengan pendidikan yang memadai maka status perempuan juga meningkat. Hal ini diharapkan akan meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup perempuan. Perempuan yang berdaya dengan status yang baik dapat mendukung peningkatan kesejahteraan keluarganya dan akan dapat memelihara kesehatan diri dan keluarganya dengan baik.

Dengan tiga prioritas tersebut di atas dalam hal pengaturan kelahiran dengan program KB, meningkatkan rata-rata pendidikan akan meningkatkan status perempuan sehingga meningkatkan pemberdayaan perempuan, diharapkan akan dapat meningkatkan umur perkawinan pertama dan menurunkan fertilitas pada anak perempuan.

Penundaan perkawinan pada usia dini diharapkan akan meningkatkan status kesehatan ibu mulai dari masa pra konsepsi hingga saat kehamilan dan persalinan. Dengan keadaan status kesehatan seorang ibu yang baik, diharapkan akan melahirkan anak yang sehat dan dapat tumbuh dan berkembang dengan optimal sehingga menjadi generasi penerus yang berkualitas dan peningkatan kualitas SDM bangsa Indonesia akan dapat tercapai pula.

Bagi perempuan yang sudah memasuki masa reproduksi, penggunaan alat/cara KB merupakan upaya untuk pengaturan kehamilan

agar ibu muda siap secara fisik dan mental saat menjalani kehamilan. Dengan adanya KB dampak jangka panjang adalah maka tingkat fertilitas dapat terkontrol.

Fokus prioritas bidang selanjutnya adalah peningkatan akses pendidikan. Pada hasil disajikan pada Tabel 2 menunjukkan adanya pengaruh pendidikan terhadap umur perkawinan. Kita mengharapkan semakin rendah pendidikan semakin rendah persentase anak-anak yang sudah menikah. Apabila pendidikan semakin mendapat kemudahan dan dapat diakses oleh siapa saja maka hal ini akan dapat menunda perkawinan pada usia muda. Perlu terobosan sistem bidang pendidikan kita bahwa perlu dipikirkan adanya pemberian beasiswa khususnya bagi anak perempuan hingga jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Pemberian beasiswa merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan akses semua kalangan terutama keluarga tidak mampu untuk dapat menikmati pendidikan hingga perguruan tinggi. Hal ini sekaligus untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan dan kualitas SDM. Semakin tinggi pendidikan, perempuan akan semakin banyak kesempatan untuk mendapat pekerjaan atau bersosialisasi yang lebih luas sehingga terhindar dari perkawinan dini.

Saat ini memang ada masa wajib sekolah 9 tahun hingga lulus SLTP (sekitar 16 tahun) masih diyakini sebagai salah satu upaya untuk menunda perkawinan dini. Pemberdayaan perempuan sangat berperan dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia dan kualitas hidup masyarakat Indonesia yang lebih baik. Namun hendaknya tidak hanya wajib belajar tapi perlu didukung oleh ketersediaan beasiswa pada tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Dengan demikian akses, kualitas dan relevansi pendidikan menengah ke atas bisa tercapai.

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa masih terdapat pernikahan dini meskipun dalam UU Perkawinan menetapkan usia minimal 16 tahun yang diperbolehkan untuk menikah, sehingga kelompok ini berkontribusi terhadap tingkat fertilitas di Indonesia.

Diperlukan upaya edukasi kepada remaja, para guru, tokoh masyarakat dan tokoh agama serta diperlukan peningkatan penjangkauan edukasi kepada remaja.

Perkawinan pada usia dini berisiko terhadap kesiapan fisiologis seorang ibu untuk

hamil dan melahirkan. Pada ibu hamil yang sangat muda tanpa didukung oleh status gizi yang baik dikhawatirkan *Intergeneration cycle of growth failure* yang dapat mempengaruhi kualitas anak-anak sebagai generasi masa depan. Secara langsung dan tidak langsung masalah perkawinan dini dan fertilitas pada usia anak-anak akan mempengaruhi status kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Penunda usia perkawinan dan kehamilan remaja diperlukan sarana yang tepat. Sekolah merupakan pintu masuk untuk memberikan edukasi kepada remaja melalui kegiatan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) dengan program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) dan perlu program terintegrasi dalam mencegah perkawinan dini yang melibatkan berbagai sektor seperti pendidikan, KB, kesehatan reproduksi, penegakan hukum UU Perkawinan, dan pemberdayaan ekonomi kerakyatan. Untuk remaja yang sudah menikah perlu peningkatan pelayanan KIA dan Keluarga Berencana bagi ibu muda.

Berdasarkan bahasan di atas kesimpulan yang dapat diambil adalah pernikahan dini banyak terjadi di kalangan masyarakat miskin. Apabila ibu muda yang belum siap secara fisik dan mental melahirkan dan tidak didukung oleh asupan yang cukup karena keterbatasan ekonomi dikhawatirkan terjadi *intergeneration cycle growth of failure*, gejala ini tampak pada hasil Riskesdas 2010 yang menunjukkan proporsi anak pendek meningkat pada usia perkawinan yang semakin muda.⁹ Untuk menunda usia perkawinan perlu upaya peningkatan pemberdayaan perempuan dan meningkatkan lama waktu sekolah. Pemberian beasiswa kepada kalangan miskin dan daerah perdesaan diharapkan dapat meningkatkan lama sekolah dan mencegah terjadinya pernikahan dini. Sekolah merupakan pintu masuk upaya penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada bagian manajemen data Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah memberi ijin penggunaan hasil analisis data status gizi anak.

RUJUKAN

1. Lawn, Joy, McCarthy, Brian, Ross, Susan Rae. *The Healthy Newborn – A Reference Manual for Program Manager*, CDC-CCHI-Care The Health Unit, USA. 2001.
2. Royston, Erica dan Armstrong, Sue. 1989, *Preventing Maternal Death* terbitan WHO, Alih Bahasa *Pencegahan Kematian Ibu Hamil* oleh Maulany, R.F, 1987, Perkumpulan Perinasia, Penerbit Binarupa Aksara. Jakarta.
3. Depkes RI. Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi untuk Petugas Kesehatan di Tingkat Pelayanan Dasar, Depkes, UNFPA, Jakarta, 2005. hal 14-18.
4. Kusumaryani, Merry SW. Penggunaan Alat kontrasepsi pada remaja pernah kawin di DKI Jakarta 2005, *Warta Demografi* tahun ke 33 No1. 2008, p30).
5. Widyastuti, Yani, dkk. *Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Fitramaya. 2009, p.30.
6. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 1974 Nomor 1, Jakarta; 2 Januari 1974.
7. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang perlindungan Anak, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109. Jakarta; 22 Oktober 2002.
8. UNICEF. www.unicef.org/sowc98/fig7.htm
9. Badan Litbang Kesehatan, Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010, Jakarta: Badan Litbang Kesehatan.2010.
10. Atmarita. Masalah Generasi Penerus Bangsa Saat ini Di Indonesia: Kurang Gizi, Kurang Sehat, Kurang Cerdas, Disampaikan pada Seminar Gizi, UGM, 2 Oktober 2010.
11. Muhamad, Kartono. *Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi, Seri Kesehatan Reproduksi, Kebudayaan dan Masyarakat*, Jakarta: PT Sinar Agape. 1998.
12. Judith, E. Brown "Nutrition Through the Life Cycle" Third Edition, 1997.

13. Noer, Khairul Umam dkk. 2006, *Perkawinan Usia Muda: Jumlah Anak dan Fertilitas*, Unair, Surabaya.
14. Irawati, Tati dkk. 2004, *Faktor Penentu Fertilitas*, Buku Seri Analisis Lanjut SDKI 2002-2003, Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi, BKKBN, Jakarta.
15. ACC/SCN report on world nutrition situation, Vol 1; Geneva, 1992 (www.unicef.org/sowc98/fig7.htm)
16. Adioetomo, Sri Moringingsih, Samosir, Omas Raja Bulan. *Dasar-Dasar Demografi*, Jakarta: Salemba Empat, 2010.
17. Republika, 9 Juli 2010, *Remaja Hamil Berisiko Lahirkan Bayi Prematur*; diunduh dari <http://www.republika.co.id/berita/gaya-hidup/ibu-dan-anak/10/07/09/123965-remaja-hamil-berisiko-besar-lahirkan-bayi-prematur>
18. Bappenas, *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014*, Jakarta: Bappenas. 2010.