

Pemberdayaan Kader Gemari dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu Usia Remaja terhadap Perencanaan Keluarga di Kabupaten Bengkulu Tengah

Empowering Cadres in Improving Knowledge and Attitude of Adolescent Mother of Family Planning in Central Bengkulu District

Demsa Simbolon^{1*}, Jumiwati¹, Lisma Ningsih², dan Epti Yorita³

¹Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu, Jln. Indragiri No. 3 Padang Harapan Bengkulu, Indonesia

²Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu, Jln. Indragiri No. 3 Padang Harapan Bengkulu, Indonesia

³Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu, Jln. Indragiri No. 3 Padang Harapan Bengkulu, Indonesia

*Korespondensi Penulis: demsa_ui03@yahoo.com

Submitted: 13-09-2018, Revised: 2-1-2020, Accepted: 25-03-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i1.2082>

Abstrak

Lebih dari 50% pernikahan di Provinsi Bengkulu merupakan pernikahan usia remaja (kurang dari 20 tahun). Pernikahan Usia Remaja berdampak pada rendahnya tingkat pendidikan, tingginya angka kejadian kekerasan dalam rumah tangga, tingginya masalah kesehatan reproduksi, masalah kesehatan pada anak yang dilahirkan dan kesehatan psikologi anak karena ibu usia remaja kurang mampu merencanakan keluarga. Maka dari itu diperlukan partisipasi masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu usia remaja dalam perencanaan keluarga, yaitu melalui pemberdayaan kader posyandu dan kader Keluarga Berencana. Desain penelitian menggunakan quasi eksperimen dengan rancangan *pre test and post test with control group design*. Populasi penelitian adalah seluruh ibu menikah usia 15-20 tahun. Sampel adalah ibu usia remaja yang dipilih secara purposif dengan kriteria inklusi ibu sudah menikah, penduduk menetap di Kabupaten Bengkulu Tengah, dapat berkomunikasi dengan baik, serta dapat membaca dan menulis. Kriteria eksklusi adalah ibu menderita penyakit berat dan tidak bersedia mengikuti proses penelitian. Jumlah sampel sebanyak 60 orang, terdiri dari 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang kelompok kontrol. Variabel independen adalah pemberdayaan kader Gerakan Masyarakat Peduli (GEMARI) sedangkan variabel dependen pengetahuan dan sikap ibu usia remaja. Instrumen menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis data menggunakan *paired t-test* dan *independen t-test*. Hasil penelitian menemukan pada kelompok intervensi terdapat peningkatan skor pengetahuan sebelum (61,67) dan sesudah (78,83) dilakukan pendampingan oleh kader GEMARI ($p=0,001$), namun pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan rata-rata skor pengetahuan sebelum (66,83) dan sesudah (64,67) intervensi ($p=0,482$). Pada kelompok intervensi, terjadi peningkatan skor sikap ibu tentang perencanaan keluarga sebelum (78) dan setelah (80,47) dilakukan pendampingan oleh kader GEMARI ($p=0,036$), sementara pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan rata-rata skor sikap sebelum (78,33) dan sesudah (80,47) intervensi ($p=0,114$). Pendampingan kader GEMARI dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga.

Kata kunci: pemberdayaan; kader; Gerakan Masyarakat Peduli (GEMARI), ibu usia remaja; perencanaan keluarga

Abstract

More than 50% of marriages in Bengkulu Province are adolescents marriages (less than 20 years). Adolescents marriage affects low levels of education, high incidence in the household, overcoming health problems, health problems in struggling children and psychological health of children because mothers of adolescents are less capable of planning a family. Therefore, community participation is needed to increase the knowledge and attitudes of adolescent mothers in family planning, namely through empowering Posyandu cadres and family planning cadres. The research design uses quasi experiment with pretest and posttest design with control group design. Research population is all married mothers aged 15-20 years. The sample is a teenage mother selected purposively by inclusion criteria of married mother, resident of settlement in Central Bengkulu Regency, able to communicate well and can read and write. Exclusion criterion is mother suffering from severe disease and not willing to follow the research process. The sample size is 60 people consist of 30 people of intervention group and 30 control group. The independent variable is empowerment of GEMARI cadres while dependent variable of knowledge and attitude of adolescent mother. Instruments using structured questionnaires. Data analysis technique using paired simple test and independent t-test. The results found in the intervention group there was an increase in knowledge scores before (61.67) and after (78.83) mentoring was carried out by GEMARI cadres ($p = 0.001$), but in the control group there was no difference in the average knowledge score before (66, 83) and after (64.67) intervention ($p = 0.482$). In the intervention group, there was an increase in the score of mothers' attitudes about family planning before (78) and after (80.47) accompanied by GEMARI cadres ($p = 0.036$), while in the control group there was no difference in the average attitude score before (78, 33) and after (80.47) intervention ($p = 0.114$). Assistance of GEMARI cadres effectively improves knowledge and attitude of adolescent mother about family planning.

Keywords: empowerment; cadres; GEMARI; mother youth age; family planning.

PENDAHULUAN

Indonesia menghadapi masalah pernikahan usia dini akibat remaja sudah aktif secara seksual. Kira-kira separuh dari mereka sudah menikah dan melahirkan di masa remaja. Data Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) melaporkan bahwa Indonesia termasuk negara dengan persentase pernikahan usia muda tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja.¹ Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 tercatat usia menikah pertama kali pada umur 10-14 tahun 4,8% dan usia 15-19 tahun 41,9%. Permasalahan pernikahan usia dini juga merupakan masalah di Provinsi Bengkulu. Laporan Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa lebih dari 50% remaja di Provinsi Bengkulu menikah dan hamil sebelum usia 20 tahun. Usia menikah pertama kali pada umur 10-14 tahun 6,3% dan usia 15-19 tahun 45,9%.²

Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2015 menunjukkan bahwa

masalah kependudukan di Bengkulu Tengah menduduki masalah tertinggi di Provinsi Bengkulu seperti angka pertumbuhan penduduk yang tinggi (1,74%), dan angka pernikahan usia remaja yang tinggi. Pernikahan usia remaja kurang dari usia 14 tahun sebesar 6,59%, pada kelompok umur 15-16 tahun sebesar 21,05% dan usia 17-18 tahun 31,92%. Kelahiran pada kelompok usia remaja 15-19 tahun sebesar 43/1000 kelahiran total. Angka tersebut tergolong tinggi dan berakibat pada risiko kematian ibu dan bayi. Kondisi pernikahan di daerah jauh lebih rendah dari usia ideal 21 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi laki-laki.³ Data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2017 menunjukkan 67% wilayah di Indonesia darurat perkawinan anak, salah satunya Provinsi Bengkulu. Sebanyak 31,24% perempuan berumur 20-24 tahun yang pernah kawin di Provinsi Bengkulu yang umur perkawinan pertamanya di bawah 18 tahun.⁴ Dari berbagai masalah kependudukan tersebut,

Kabupaten Bengkulu Tengah merupakan daerah acuan penelitian kependudukan BKKBN di Provinsi Bengkulu.

Dampak dari pernikahan usia remaja diantaranya adalah rendahnya tingkat pendidikan, tingginya angka kejadian kekerasan dalam rumah tangga, tingginya masalah kesehatan reproduksi, masalah kesehatan pada anak yang dilahirkan dan kesehatan psikologi anak, serta tinjauan hukum terkait dengan pernikahan anak. Pernikahan usia remaja membuat keluarga, masyarakat, dan negara mengalami kesulitan untuk melepaskan diri dari masalah kemiskinan dan akibatnya rendahnya kualitas kesehatan dan kesejahteraan anak maupun keluarga dan lingkungannya.⁵ Dari berbagai dampak dari pernikahan usia remaja, maka perlu upaya Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) dan pencegahan kehamilan di usia remaja.

Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 20 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi pria. PUP bukan sekedar menunda sampai usia tertentu saja tetapi mengusahakan agar kehamilan pertama pun terjadi pada usia yang cukup dewasa. Hal ini bertujuan untuk memberikan pengertian dan kesadaran kepada remaja agar di dalam merencanakan keluarga, mereka dapat mempertimbangkan berbagai aspek berkaitan dengan kehidupan berkeluarga, kesiapan fisik, mental, emosional, pendidikan, sosial, ekonomi serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran.¹ Rendahnya pendidikan dan rendahnya pengetahuan ibu remaja tentang perencanaan keluarga akan berdampak pada berbagai masalah kependudukan. Menyadari besarnya masalah kependudukan yang akan ditimbulkan akibat pernikahan dan kehamilan di usia remaja, dua dari enam sasaran strategis Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) yang tertuang dalam RPJMN 2020-2024 diarahkan pada kelompok umur remaja. Untuk mewujudkan sasaran strategis ini, salah satu arah kebijakan program KKBPK adalah peningkatan pengetahuan dan pemahaman kesehatan reproduksi bagi remaja melalui

pendidikan, sosialisasi mengenai pentingnya Wajib Belajar 12 tahun dalam rangka pendewasaan usia perkawinan, dan peningkatan intensitas layanan Keluarga Berencana (KB) bagi pasangan usia muda guna mencegah kelahiran di usia remaja. Namun saat ini pelaksanaan program KKBPK belum optimal.

Permasalahan belum optimalnya pelaksanaan program KKBPK di lapangan salah satu penyebabnya adalah belum optimalnya peran kader kelompok Bina Keluarga Sejahtera (BKS) dalam menyukseskan kesetaraan ber-KB bagi anggotanya yang masih Pasangan Usia Subur (PUS), begitu juga peran toga, toma, kader, serta organisasi profesi.⁶ Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat mempunyai peran penting dalam pencapaian program KKBPK, sehingga perlunya upaya pemberdayaan masyarakat untuk peningkatan kualitas remaja dengan pemberian akses informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan tentang perencanaan keluarga. Program pemberdayaan kader merupakan program pemberdayaan masyarakat dengan melakukan kegiatan pendampingan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman perencanaan keluarga melalui penyuluhan, bimbingan, dan konseling sehingga ibu usia remaja dapat memahami hak-hak reproduksinya dan dapat merencanakan keluarga dengan baik.

Penelitian ini memberdayakan kader Gerakan Masyarakat Peduli (GEMARI) yang pesertanya adalah kader puskesmas dan kader KB (PLKB) di masyarakat yang peduli dengan masalah pernikahan dan kehamilan usia remaja. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan kader GEMARI terhadap pengetahuan dan sikap ibu usia remaja dalam perencanaan keluarga di Kabupaten Bengkulu Tengah tahun 2017. Diharapkan hasil penelitian ini sebagai dasar dalam merencanakan kegiatan-kegiatan untuk peningkatan usia perkawinan, penundaan usia perkawinan, ibu usia muda dapat mengambil keputusan dan mewujudkan hak-hak reproduksi secara bertanggung jawab tentang usia ideal untuk melahirkan, jumlah anak ideal, jarak ideal kelahiran anak, dan kesehatan reproduksi.

METODE

Penelitian menggunakan desain quasi eksperimen dengan rancangan *pre-posttest with control group*. Penelitian dilaksanakan dengan tiga tahap, tahap pertama pembentukan dan pelatihan kelompok kader GEMARI selama tiga hari, tahap kedua kader melakukan pendampingan selama empat bulan, dan tahap ketiga pengukuran pengaruh pemberdayaan kader terhadap perubahan pengetahuan dan sikap ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga sebelum dan sesudah pendampingan oleh kader. Populasi adalah seluruh Ibu menikah usia remaja 15 - 20 tahun di Provinsi Bengkulu. Sampel adalah ibu terpilih secara purposif yang memenuhi kriteria inklusi yaitu ibu sudah menikah, ibu penduduk menetap di Kabupaten Bengkulu Tengah, ibu dapat berkomunikasi dengan baik serta dapat membaca dan menulis serta bersedia berkomitmen untuk berpartisipasi sampai akhir intervensi. Berdasarkan perhitungan besar dengan rumus uji hipotesis beda rata-rata diperoleh sampel minimal yang dibutuhkan adalah 60 orang ibu menikah usia remaja, terdiri dari 30 orang sebagai kelompok intervensi (Wilayah Kerja Puskesmas Pekik Nyaring) dan 30 orang sebagai kelompok kontrol (Wilayah Kerja Puskesmas Kembang Sri).

$$n = \frac{2s^2 [Z_{1-a/2} + Z_{1-b}]^2}{(\eta_1 - \eta_2)^2}$$

Kelompok intervensi di Kecamatan Pondok Kelapa dilakukan pendampingan oleh kader yang telah dilatih dan dibina. Pendampingan dilakukan setiap satu kali dalam sebulan selama empat bulan. Kelompok kontrol di Kecamatan Kembang Sri yang mempunyai karakteristik yang sama namun jaraknya jauh dari kelompok intervensi. Kelompok kontrol mendapat media *leaflet* dan program standar puskesmas. Kelompok intervensi mendapat pendampingan dengan media promosi kesehatan berupa modul dan *leaflet* berisi materi perencanaan keluarga dan

alat kontrasepsi. Penelitian dilaksanakan selama enam bulan mulai Juli sampai dengan November 2017. Kader GEMARI adalah kader posyandu dan kader BKKBN yang memenuhi kriteria. Pemberdayaan kader adalah memampukan kader untuk menjalankan perannya dalam memberi dukungan melalui pendampingan terhadap ibu usia remaja sebagai promotor kesehatan mengenai perencanaan keluarga. Kader melakukan pendampingan terhadap ibu usia remaja selama empat bulan yang setuju menjadi responden dengan mengisi *inform consent* setelah mendapat penjelasan. Kegiatan pendampingan adalah promosi kesehatan (penyuluhan dan konseling) tentang fungsi keluarga dan perencanaan keluarga. Pendampingan dilakukan dengan tiga tahap, tahap pertama kader melakukan promosi kesehatan dengan pendampingan tim peneliti, tahap kedua kader melakukan promosi kesehatan dengan pengamatan tim peneliti, dan tahap ketiga kader melakukan promosi kesehatan secara mandiri. Dalam melakukan promosi kesehatan, kader GEMARI dibekali media modul, *leaflet* tentang perencanaan keluarga dan alat kontrasepsi. Efektivitas pendampingan dengan mengukur pengetahuan dan sikap ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga menggunakan kuesioner terstruktur. Variabel lain yang diukur sebagai faktor *confounding* adalah umur saat menikah, umur ibu pertama kali hamil, riwayat kehamilan, pendidikan terakhir, pekerjaan, frekuensi menikah, status sosial ekonomi (dikategorikan berdasarkan indikator BKKBN terdiri dari pra sejahtera, sejahtera I, sejahtera II dan sejahtera III), dan pendidikan orang tua. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat untuk mendeskripsikan variabel-variabel penelitian. Analisis bivariat menggunakan t-test independen dan t-test dependen untuk mengukur pengaruh pemberdayaan masyarakat dalam peningkatan pengetahuan dan sikap ibu usia remaja. Penelitian ini mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Tabel 1. Karakteristik Ibu Usia Remaja Di Kabupaten Bengkulu Tengah

| Karakteristik | Intervensi | | Kontrol | | p value |
|-------------------------------------|------------|-------|---------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Umur ibu Saat Menikah | | | | | |
| ≤ 17 tahun | 17 | 56,7 | 19 | 63,3 | 0,598 |
| > 17 tahun | 13 | 43,3 | 11 | 36,7 | |
| Umur ibu Saat Pertama hamil | | | | | |
| ≤ 17 tahun | 18 | 69,2 | 14 | 48,2 | 0,301 |
| > 17 tahun | 8 | 30,8 | 15 | 51,8 | |
| Riwayat Kehamilan: | | | | | |
| Pernah | 26 | 80,7 | 29 | 96,7 | 0,35 |
| Tidak Pernah | 4 | 13,3 | 1 | 3,3 | |
| Pekerjaan | | | | | |
| Bekerja | 0 | 0 | 3 | 10,0 | 0,206 |
| IRT | 30 | 100,0 | 27 | 90,0 | |
| Frekuensi Menikah | | | | | |
| Pertama | 29 | 96,7 | 26 | 86,7 | 0,35 |
| Lebih dari 1 kali | 1 | 3,3 | 4 | 13,3 | |
| Sosial Ekonomi | | | | | |
| Pra sejahtera | 0 | 0 | 2 | 6,7 | 0,321 |
| Sejahtera I | 23 | 76,7 | 18 | 60,0 | |
| Sejahtera II | 0 | 0 | 2 | 6,7 | |
| Sejahtera III | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | |
| Sejahtera III Plus | 6 | 20,0 | 7 | 23,3 | |
| Pendidikan terakhir Ibu usia remaja | | | | | |
| SD | 10 | 33,3 | 7 | 23,3 | 0,656 |
| SMP | 13 | 43,3 | 16 | 53,3 | |
| SMA | 7 | 23,4 | 7 | 23,4 | |
| Pendidikan Orang Tua (Ibu) | | | | | |
| Tidak Pernah Sekolah | 1 | 3,3 | 8 | 26,7 | 0,003 |
| SD | 21 | 70,0 | 16 | 53,3 | |
| SMP | 2 | 6,7 | 6 | 20,0 | |
| SMA | 6 | 20,0 | 0 | 0 | |
| Pendidikan Orang Tua (Bapak) | | | | | |
| Tidak Pernah Sekolah | 1 | 3,3 | 2 | 6,7 | 0,706 |
| SD | 16 | 53,3 | 14 | 46,7 | |
| SMP | 7 | 23,4 | 5 | 16,6 | |
| SMA | 6 | 20,0 | 9 | 30,0 | |

HASIL

Karakteristik Ibu Usia Remaja

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu menikah dan hamil pada usia kurang dari 17 tahun. Hampir seluruh ibu usia remaja telah hamil baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hampir seluruh ibu usia remaja tidak bekerja. Berdasarkan frekuensi menikah, terdapat ibu usia remaja yang sudah menikah lebih dari satu kali. Keadaan sosial ekonomi ibu usia remaja sebagian besar adalah sejahtera I. Berdasarkan tingkat pendidikan ibu usia remaja dan orang tua, menunjukkan bahwa sebagian besar ibu usia remaja baik kelompok intervensi maupun

kelompok kontrol berpendidikan rendah (SD dan SMP). Berdasarkan pendidikan orang tua, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebagian besar orang tua (ibu dan bapak) ibu usia remaja berpendidikan rendah bahkan ada yang tidak pernah sekolah. Berdasarkan hasil uji homogenitas diperoleh nilai $p\text{ value} > 0,05$ hal ini menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogen dari faktor umur saat menikah, umur ibu pertama kali hamil, riwayat kehamilan, pendidikan terakhir, pekerjaan, frekuensi menikah, status sosial ekonomi, dan pendidikan orang tua atau tidak terdapat perbedaan proporsi usia saat menikah

($p=0,182$), umur pertama kali hamil ($p=0,055$), riwayat kehamilan ($p=0,35$), pekerjaan ibu ($p=0,20$), frekuensi menikah ($p=0,35$), sosial ekonomi keluarga ($p=0,32$), pendidikan terakhir orang tua (ibu) ($p=0,65$), dan bapak ($p=0,706$) antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Pengaruh Pemberdayaan Kader terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Usia Remaja

Kader GEMARI yang sudah mendapat pembinaan dan pelatihan melakukan pendampingan pada kelompok intervensi (ibu usia remaja) dalam merencanakan keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pemberdayaan Kader GEMARI dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu usia remaja dalam perencanaan keluarga di Kabupaten Bengkulu Tengah. Tabel 2 menunjukkan bahwa pada awal sebelum dilakukan pendampingan Kader GEMARI, rata-rata skor pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam keadaan homogen (sama) ($p=0,263 > 0,05$). Setelah dilakukan intervensi menunjukkan terjadi perbedaan rata-rata skor pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

($p=0,0001 < 0,05$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, terjadi peningkatan rata-rata skor pengetahuan ibu usia remaja dari 61,67 menjadi 78,83. Hasil uji statistik menunjukkan pendampingan kader GEMARI dapat meningkatkan pengetahuan ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga ($p=0,001$). Sementara pada kelompok kontrol menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata skor pengetahuan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi ($p=0,482$).

Tabel 2 juga menunjukkan bahwa pada awal sebelum dilakukan pendampingan Kader GEMARI, rata-rata skor sikap antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam keadaan homogen ($p=0,861 > 0,05$). Setelah dilakukan intervensi menunjukkan tidak terdapat perbedaan rata-rata skor pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,277 > 0,05$). Hasil uji statistik menunjukkan pendampingan kader GEMARI dapat meningkatkan sikap ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga ($p=0,036$). Namun pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan rata-rata skor sikap sebelum dan sesudah intervensi ($p=0,114$).

Tabel 2. Pengaruh Pendampingan Kader GEMARI terhadap Pengetahuan Ibu Usia Remaja tentang Perencanaan Keluarga

| Pengetahuan | Skor | Sebelum | Sesudah | <i>p value*</i> |
|-------------|--------------------|--------------|-------------|-----------------|
| Intervensi | • Minimum-Maksimum | 15-95 | 45-100 | 0,0001 |
| | • Rata-rata ± SD | 61,67±20,52 | 78,83±13,31 | |
| Kontrol | • Minimum-Maksimum | 35-90 | 35-85 | 0,482 |
| | • Rata-rata ± SD | 66,83±14,295 | 64,67±12,24 | |
| • | <i>p value**</i> | 0,263 | 0,0001 | |
| Sikap | Skor | Sebelum | Sesudah | <i>p value*</i> |
| Intervensi | • Minimum-Maksimum | 63-100 | 69-103 | 0,036 |
| | • Rata-rata ± SD | 78,0±8,9 | 82,47±8,88 | |
| Kontrol | • Minimum-Maksimum | 66-92 | 74-92 | 0,114 |
| | • Rata-rata ± SD | 78,33±5,294 | 80,47±4,554 | |
| • | <i>p value**</i> | 0,861 | 0,277 | |

* t test dependen

** t test independen

PEMBAHASAN

Karakteristik Ibu Usia Remaja

Hasil penelitian menemukan sebagian besar ibu menikah dan hamil pada usia kurang dari 17 tahun. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian di Kecamatan Wonosari Kabupaten Bondowoso menemukan bahwa ibu yang melakukan pernikahan usia dini masih sangat muda, yaitu antara umur 14 sampai 17 tahun.⁷ Demikian juga hasil kajian di wilayah pesisir Pantai Utara Jawa di Kabupaten Indramayu, Jawa Barat menunjukkan bahwa tidak sedikit warga yang menikah di bawah umur, diantara usia 13-15 tahun. Sebagian besar pernikahan, khususnya pada perempuan, pertama kali terjadi diantara usia 14 hingga 15 tahun. Fenomena pernikahan usia anak di lokasi tersebut menunjukkan bahwa pada umumnya terjadi karena anak sudah tidak lagi bersekolah, meskipun masih dalam kategori usia sekolah. Anak-anak yang menikah dini umumnya hanya tamat SD dan tidak melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi, karena orang tua tidak mampu untuk menyekolahkan.⁸

Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar ibu usia remaja berpendidikan rendah (SD dan SMP) baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Demikian juga gambaran pendidikan orang tua dari ibu remaja menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan orang tua (ibu dan bapak) termasuk pendidikan rendah. Hasil penelitian di Kecamatan Wonosari Kabupaten Bondowoso menemukan bahwa ibu yang melakukan pernikahan usia dini pendidikan yang ditempuh hanya SD dan SMP.⁷ Hasil telaah kebijakan Kajian Pendewasaan Usia Perkawinan Anak di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung menjelaskan bahwa putus sekolah menjadi salah satu penyebab mendasar yang menyebabkan anak tidak memiliki aktivitas positif yang dapat dilakukan. Kegiatan yang kemungkinan besar adalah menjadi pekerja kasar. Akibatnya, menikah khususnya bagi anak perempuan, seringkali menjadi alternatif daripada tidak melakukan apa-apa. Hal ini juga semakin didorong oleh pendidikan orang tua yang rendah dan kurangnya dorongan orang tua untuk memotivasi anak

mempertahankan pendidikannya. Pernikahan yang terjadi menyebabkan anak-anak tersebut akan kehilangan masa remajanya dan terpaksa menjadi orang tua di usia anak yang seharusnya masih belajar mengejar cita-citanya.⁹

Hampir seluruh ibu usia remaja pekerjaannya adalah ibu rumah tangga (IRT) dan berdasarkan sosial ekonomi, sebagian besar ibu usia remaja dengan keadaan sosial ekonomi sejahtera I, yaitu 76,7% kelompok intervensi dan 60% kelompok kontrol. Hasil penelitian di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah bahwa faktor penting yang mempengaruhi pernikahan di usia, dan faktor yang paling menonjol adalah faktor sosial dan ekonomi.¹⁰ Hasil penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa 17% ibu muda menikah sebelum usia 15 tahun dan 30% menikah pada usia 15-17 tahun. Pernikahan sebelum usia 18 tahun sebagian besar karena tidak sekolah.¹¹ Hasil telaah kebijakan Kajian Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) Anak di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung menjelaskan bahwa permasalahan kemiskinan yang menjadi penyebab terjadinya pernikahan pada usia anak. Kemiskinan yang dialami keluarga ditambah dengan jumlah anak yang banyak membuat anak kemudian terpaksa tidak dapat melanjutkan sekolah; dan seringkali kemudian bekerja untuk membantu meringankan beban ekonomi orang tua. Dalam kondisi ini, ketika “jodoh dinilai sudah datang” maka orang tua dan anak pun menilai bahwa anak sudah saatnya menikah dan kondisi ini akan membuat orang tua lebih ringan beban ekonominya. Model ini biasanya ditemukan pada keluarga yang miskin dan mempunyai anak banyak (lebih dari dua orang).⁹

Hasil penelitian menemukan hanya 4 ibu usia remaja yang menikah belum pernah hamil. Kajian Pendewasaan Usia Perkawinan Anak di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung menjelaskan bahwa faktor penyebab pernikahan usia remaja karena “terpaksa” menikah karena hamil terlebih dahulu akibat salah pergaulan. Keterampilan pengasuhan orang tua yang rendah dan nilai pengasuhan yang permisif, dengan “membiarkan” apapun yang dilakukan anak tanpa

kontrol yang baik membuat anak tidak mempunyai arahan bagaimana sebaiknya bergaul.⁹ Casmini¹³ berpendapat bahwa masa remaja adalah masa di mana emosionalitas yang tidak stabil, sehingga berakibat kepada keputusan untuk menikah dengan tergesa-gesa tanpa melalui pertimbangan yang matang. Remaja, selalu berkhayal tentang sesuatu yang enak-enak dan menyenangkan serta terkadang tidak realistis.

Pengetahuan dan Sikap Ibu Usia Remaja tentang Perencanaan Keluarga

Pada penelitian ini ditemukan bahwa pada kondisi awal, pengetahuan ibu usia remaja masih rendah. Sebagian besar ibu usia remaja tidak dapat menjawab dengan benar pada pertanyaan: dampak kehamilan pada usia remaja terhadap angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi; perkawinan pada usia remaja dapat menimbulkan dampak pada kesehatan pada ibu; pengertian pendewasaan usia perkawinan (PUP); wanita usia remaja dianjurkan menunda kehamilannya; usia menunda kehamilannya. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu-ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga perlu di tingkatkan. Ibu yang menikah pada usia muda memiliki pemahaman yang kurang tentang pernikahan, kesuburan dan masalah kesehatan reproduksi.¹¹ Hasil Kajian Pendewasaan Usia Perkawinan Anak di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung menemukan bahwa anak yang menikah ketika masih berusia di bawah 18 tahun dikarenakan sudah tidak lagi melanjutkan sekolah. Menikah menjadi satu-satunya pilihan anak karena kurangnya pengetahuan dan informasi, serta bimbingan dan arahan dari orang tua mengenai beragam alternatif lain yang dapat dijadikan sebagai pilihan dalam hidup.⁹

Hasil penelitian di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah menemukan bahwa persepsi seseorang juga sangat berperan penting bagi keputusan-keputusan seseorang di masa mendatang, dan dinyatakan bahwa faktor yang paling utama mempengaruhi pernikahan dini adalah faktor persepsi dimana persepsi yang

kurang baik oleh remaja dan orang tua yang menimbulkan tingginya tingkat pernikahan dini. Terutama persepsi yang di sebabkan oleh pengalaman individu di lingkungannya sebagai mata rantai perubahan sikap. Hasil penelitian ini menemukan bahwa sikap ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga tidak mendukung.¹⁰ Hasil penelitian di India menemukan bahwa wanita muda yang menikah pada usia diatas 18 tahun dibandingkan dengan wanita yang menikah kurang dari 18 tahun lebih memahami perencanaan pernikahan mereka, mampu menolak kekerasan pasangan, mampu menggunakan kontrasepsi setelah kehamilan pertama, memilih fasilitas kesehatan untuk persalinan. Wanita yang menikah usia diatas 18 tahun lebih kecil kemungkinan mengalami kekerasan fisik atau seksual.¹³

Sifat-sifat keremajaan ini seperti emosi yang tidak stabil, belum mempunyai kemampuan yang matang untuk menyelesaikan konflik-konflik yang dihadapi, serta belum mempunyai pemikiran yang matang tentang masa depan yang baik. Hal ini akan sangat mempengaruhi perkembangan psikososial anak dalam mengatasi permasalahan dalam keluarga.¹⁴ Seiring dengan berjalannya waktu remaja akan menjadi semakin dewasa dan dapat menjalankan proses kognitif dengan lebih baik dan efektif dari sebelumnya. Sehingga perlu berbagai kegiatan dan upaya yang harus dilakukan bagi ibu yang telah menikah di usia remaja untuk meningkatkan pengetahuan dan memperbaiki sikapnya.¹⁵

Pemberdayaan Kader GEMARI

Hasil evaluasi pengaruh pelatihan dengan pengetahuan dan sikap kader menunjukkan bahwa pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan kader tentang perencanaan keluarga dan Keluarga Berencana. Pelatihan dengan metode ceramah dan demonstrasi dapat meningkatkan 25 poin pengetahuan Kader GEMARI dan memperbaiki sikap kader. Penelitian pada Kader Posbindu Kota Depok menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan setelah pelatihan hampir mencapai 15 poin. Peningkatan pengetahuan tersebut didukung oleh peningkatan kemampuan kader

dalam melakukan teknik penyuluhan obesitas dan hipertensi selama dua kali pengamatan lapangan pasca pelatihan, dan setelah intervensi hampir seluruh kader telah mampu menyuluh dengan baik dalam penyampaian isi sesuai media secara sistematis dan menarik, dan menyimpulkan bahwa pengetahuan dan keterampilan kader posbindu dapat ditingkatkan melalui pelatihan yang dilanjutkan dengan monitoring lapangan observasi keterampilan kader.¹⁶

Pemberdayaan kader GEMARI dalam penelitian ini adalah upaya memampukan kader untuk mendampingi ibu usia remaja dalam perencanaan keluarga dengan memberikan pendidikan atau promosi kesehatan yang berkelanjutan. Hasil penelitian menemukan bahwa pemberdayaan kader dapat meningkatkan pengetahuan ($p < 0,05$) dan memperbaiki sikap ($p < 0,05$) ibu usia remaja. Kader yang melakukan pendampingan dengan memberikan promosi kesehatan dapat memperbaiki perilaku ibu usia remaja. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Megaluh Jombang, yang membuktikan bahwa pendampingan kader dapat merubah perilaku ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan kesehatan. Kader yang aktif melakukan pendampingan akan mempengaruhi ibu hamil untuk melakukan kunjungan ANC secara teratur. Kader yang tidak aktif melakukan pendampingan maka kliennya juga tidak teratur melakukan kunjungan. Kader yang secara rutin mendampingi dan mengantar ibu hamil ke pelayanan kesehatan dapat memastikan bahwa ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk meningkatkan kunjungan ANC ibu hamil resiko tinggi diperlukan pendampingan kader yang memiliki kemampuan aktif sebagai fasilitator, aktif sebagai motivator sehingga ibu hamil mendapatkan dorongan ke arah perilaku yang baik yaitu melakukan kunjungan ANC secara rutin, selain itu diperkukan kemampuan kader lainnya yaitu sebagai mediator yang aktif dan melakukan pendampingan pada saat ibu hamil melakukan kunjungan ANC ke pelayanan kesehatan.¹⁷ Kader merupakan salah satu wujud peran serta

masyarakat dalam bidang kesehatan. Peran kader dalam program kesehatan ibu dan anak untuk menginformasikan segala permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan ibu hamil, bayi baru lahir serta mampu menjadi penggerak bagi kelompok masyarakat yang ada.¹⁸ Hasil kegiatan pemberdayaan kader posyandu lansia di Desa Jetis Sukoharjo juga menunjukkan bahwa pemberdayaan kader mampu meningkatkan kemampuan kader melaksanakan konseling edukasi, mampu menggunakan teknologi alat bantu kesehatan, mampu meningkatnya pengetahuan dan keterampilan kader dalam pengelolaan posyandu lansia. Setelah kegiatan pendampingan dan pemberdayaan kader, kader menjadi lebih percaya diri, trampil dalam berkomunikasi, dan terampil dalam kegiatan administrasi posyandu.¹⁹

Hasil penelitian ini sejalan dengan program yang dilakukan di Nepal. Program ini berhasil meningkatkan kepercayaan diri anak dalam membuat keputusan mengenai hidupnya; dan meningkatkan pemahaman anak mengenai praktek pernikahan usia anak. Demikian juga program *Chunauti* adalah sebuah *multi-dimensional community-based programme* yang bertujuan untuk mencegah pernikahan usia anak dengan cara mengubah norma sosial yang ada di masyarakat. Kegiatan-kegiatan yang ada dalam program meliputi peningkatan kesadaran masyarakat, *peer educators*, pembentukan komite pencegahan pernikahan usia anak (dengan anggota dari masyarakat), beasiswa untuk anak perempuan, *street drama*, dengar pendapat melalui media, dan kerja sama dengan pihak swasta agar tidak menyediakan layanan pernikahan untuk pernikahan usia anak. Program ini berhasil meningkatkan pengetahuan mengenai usia yang sah untuk menikah, dan risiko pernikahan usia anak pada anak perempuan.²⁰

Upaya pencegahan dan pengendalian pernikahan usia dini juga dapat dilakukan dengan memberdayakan remaja tersebut. Keterlibatan remaja menjadi hal yang penting dalam kesehatan remaja., dengan menyediakan wadah yang tepat. Hasil penelitian tentang *Demand Vs Supply* Program Kesehatan Remaja di Puskesmas

Tanah Kalikedinding Surabaya menemukan bahwa remaja berharap dapat menjadi kader yang berpengaruh terhadap kesehatan remaja.²¹ Pembentukan kader Rumah Remaja (RR) merupakan salah satu model *Pemberdayaan Kesehatan Reproduksi Remaja*, mereka menjadi kader bagi teman-teman sebaya.²² Pendidikan kesehatan reproduksi remaja di kawasan lokalisasi Dolly, Surabaya yang merupakan program pemberdayaan remaja berhasil meningkatkan pengetahuan pendidik sebaya remaja di kawasan lokalisasi Dolly. Keberhasilan model pemberdayaan remaja karena melibatkan peer group dalam setiap pengambilan keputusan selama proses pemberdayaan berlangsung, sehingga mereka termotivasi menjadi model.²³ Kader kesehatan remaja merupakan remaja yang ditunjuk sebagai perwakilan dari remaja lainnya guna ikut melaksanakan sebagian pelayanan kesehatan terhadap diri sendiri, keluarga, teman sebaya pada khususnya dan lingkungan pada umumnya. Kader kesehatan remaja memiliki pengetahuan tentang kesehatan remaja yang mau membantu bersama-sama memecahkan masalah kesehatan remaja sebaya.²¹

Remaja merupakan kelompok sosial yang dapat diberdayakan sebagai peer group yang merupakan kebutuhan bagi remaja lain untuk memahami kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga dan berbagai dampak pernikahan usia muda. Teman sebaya dapat menjadi tempat mencurahkan atau mendiskusikan permasalahan yang dihadapi namun tidak ditemukan di rumah. Mereka dapat berdiskusi sesuatu yang menyenangkan atau tidak menyenangkan namun membutuhkan dukungan yang dapat dipercaya. Dengan adanya teman sebaya juga selalu melakukan perilaku tolong menolong, kerja sama walaupun ada yang melakukan persaingan karena berbeda minat atau keinginan.²⁴ Pemberdayaan kader remaja ini bisa dimulai sejak dini, bahkan sejak Sekolah Dasar (SD) di lingkungan sekolah pada saat terjadi sosialisasi pada jam-jam aktivitas sekolah terutama pada saat istirahat melalui sesamanya.

KESIMPULAN

Pemberdayaan kader GEMARI meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu usia remaja dalam perencanaan keluarga di Kabupaten Bengkulu Tengah. Kader GEMARI merupakan potensi masyarakat yang dapat diberdayakan yang akan membantu pemerintah memperbaiki pengetahuan ibu hamil usia remaja.

SARAN

Kementerian Kesehatan perlu menyusun kebijakan pengembangan media edukasi kesehatan reproduksi, penundaan usia perkawinan, yang diperuntukkan bagi murid SD, SMP dan SMA dan membuat kebijakan koordinasi kegiatan PKPR Puskesmas dengan kegiatan PIK-R BKKBN. Puskesmas diharapkan melibatkan kader yang telah diberdayakan untuk melakukan promosi kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu usia remaja sehingga mereka dapat merencanakan keluarga dengan baik. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dapat membuat kebijakan memasukkan materi kesehatan reproduksi sejak usia SD dan kebijakan pengawasan dan pembatasan penggunaan internet di sekolah dasar. Rekomendasi bagi BKKBN perlu menyusun kebijakan dan kegiatan agar program PIK-R dimulai sejak Sekolah Dasar (SD) terutama pada murid perempuan dan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan melalui UPT puskesmas melaksanakan kegiatan PKPR seperti lomba PIK-R, duta Genre dan sosialisasi kesehatan reproduksi, usia ideal perkawinan dan melahirkan, jumlah anak ideal, dan jarak ideal kelahiran anak, serta penggunaan SMS konseling dan SMS *reminder*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada BKKBN Pusat yang telah mendanai penelitian ini dan telah melakukan *review* terhadap hasil penelitian ini. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi dasar penyusunan kebijakan terkait peningkatan pengetahuan dan sikap remaja dan ibu usia remaja tentang perencanaan keluarga. Terima kasih juga

disampaikan kepada BKKBN Provinsi Bengkulu, BKKBN Kabupaten Bengkulu Tengah, dan Pemerintah Daerah Kabupaten Bengkulu Tengah yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian ini. Terima kasih juga di sampaikan kepada Puskesmas di Bengkulu Tengah yang membantu mengidentifikasi ibu hamil usia remaja.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Grand Design Pengendalian Kuantitas Penduduk 2010-2035. Jakarta : Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2011.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
3. Biro Pusat Statistik. Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Tahun 2015. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2015.
4. Biro Pusat Statistik. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2018.
5. Fadlyana E, Larasaty S. Pernikahan Usia Dini dan Permasalahannya. Sari Pediatri. 2009;11(2):136-140
6. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Optimalisasi Program Pengendalian Penduduk. Jakarta: Deputi Dalduk BKKBN Pusat; 2015.
7. Arimurti I, Nurmala I. Analisis Pengetahuan Perempuan terhadap Perilaku Melakukan Pernikahan Usia Dini di Kecamatan Wonosari Kabupaten Bondowoso. The Indonesian Journal of Public Health. 2017;12(2):249-262.
8. Wulandari, Sarwoprasodjo S. Pengaruh Ekonomi Keluarga Terhadap Motif Menikah Dini di Perdesaan. Jurnal Sosiologi Pedesaan. 2015;02(1):53-62.
9. Maswita D, Gyamitri B, Alfiasari, Novita L. Telaah Kebijakan Kajian Pendewasaan Usia Perkawinan Anak di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Laporan Akhir. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, Yayasan Melati, Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Republik Indonesia; 2016.
10. Rafidah E. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pernikahan Usia Dini Di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah. Berita Kedokteran Masyarakat. 2009;25(2):51-58.
11. Erulkar A. Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2013;39(1):6-13.
12. Santhya KG, Usha R, Acharya R, Jejeebhoy SJ, Ram R, Singh A. Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2010;36(3):132-139.
13. Casmini. Pernikahan Dini (Perspektif Psikologi dan Agama). Aplikasia, Jurnal Aplikasi Ilmu-ilmu Agama. 2002;3(1):45-57.
14. Yulianti, R. Dampak yang Ditimbulkan Akibat Pernikahan Dini. Pamator. 2010;3(1):1-5.
15. Berk LE. Development Through the Life Span : Transisi Menjelang Remaja. Terjemahan Oleh Daryanto. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar; 2012.
16. Fatmah. Pengaruh Pelatihan pada Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Teknis Penyuluhan Obesitas dan Hipertensi Kader Posbindu Kota Depok. Makara Seri Kesehatan. 2013;17(2):49-54.
17. Kolifah. Pengaruh Pelaksanaan Pendampingan Kader Terhadap Kunjungan Antenatal Care (Anc) Ibu Hamil Resiko Tinggi di Megaluh Jombang. Jurnal Ilmiah Kesehatan. 2017;10(1):16-23.
18. Nani K. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Peran Serta Kader Posyandu dalam Deteksi Faktor Resiko Ibu Hamil di Wilayah Puskesmas Buayan Kebumen Jawa Tengah. Depok: FKM UI; 2012.
19. Maryatun, Indarwati. Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Pengelolaan Posyandu Lansia Aktif di Desa Jetis Sukoharjo. Warta LPM. 2017;20(1):55-60.
20. United Nations Populations Fund [UNFPA]. Mapping of child marriage initiatives in South Asia. 2016. Diambil dari: [http://asiapacific.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/FINALMapping%20of%20Child%20Marriage%20Initiatives%20in%20South%20Asia\(1\).pdf](http://asiapacific.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/FINALMapping%20of%20Child%20Marriage%20Initiatives%20in%20South%20Asia(1).pdf)

21. Sarweni KP, Hargono R. Demand VS Supply Adolescent Health Program in Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya. *Jurnal Promkes*. 2017; 5(1):71–81
22. Farida N. *Rumah Remaja sebagai Model Pemberdayaan Kesehatan Reproduksi Remaja*. *Jurnal Promkes*. 2014;1(2):153–162.
23. Sulistiawan D, Hakim L, Hargono R. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Melalui Pemberdayaan Pendidik Sebaya di Kawasan Lokalisasi Dolly Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*. 2014;(2):140–147.
24. Desmarnita U, Djuwitaningsih S, Rochimah. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Peer Group Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Putri Tentang Kesehatan Reproduksi. *Jurnal Keperawatan*. 2014;2(3):55-62.