

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pernikahan dini masih terjadi di negara dengan masyarakat berpenghasilan rendah serta menengah. Pernikahan dini merampas hak kesehatan, nutrisi, pendidikan, kerentanan kekerasan, eksploitasi, dan pelecehan pada gadis remaja. Asia Tenggara berpartisipasi dalam menyumbang angka pernikahan tertinggi di dunia. Thailand menyumbang pernikahan dini dengan angka 17.000 dan usia melahirkan sebelum berusia 19 tahun, 1.000 gadis remaja menikah pada usia kurang dari 15 tahun (Asnong *et al.*, 2018). Pernikahan dini di Laos mencapai 37% dan di Solomon (28,3%). Sebanyak 17% gadis remaja negara Indonesia diketahui menikah kurang dari 18 tahun kemudian disusul negara Vietnam (12,3%). Sebanyak 9,4% gadis remaja negara Malaysia menikah dini (Kohno *et al.*, 2020). Pernikahan dini Mongolia mencapai angka 6,2% (Rumble *et al.*, 2018).

Menurut Survey Kesehatan Nasional Indonesia tahun 2018, pernikahan dini di Indonesia dengan angka tinggi terjadi di Provinsi Jawa Timur (18,4%), Sulawesi Barat (18,3%), Kalimantan Tengah (17,3%) dan Jawa Barat (17,2%). Badan Pusat Statistik Jawa Timur 2019 menyatakan bahwa pernikahan di Jawa Timur tertinggi terjadi di pesisir Pantai Utara Pulau Jawa yaitu Kabupaten Probolinggo (53,2%), Kabupaten Situbondo (50,0%), Kabupaten Sampang Madura (59,1%). Pernikahan dini tertinggi terjadi di wilayah pesisir pantai (Amarulla, 2014). Sebanyak 4.404 pernikahan terjadi di pesisir Kabupaten Probolinggo sepanjang tahun 2019 (Herman, 2019).

Pernikahan dini di pesisir karena masyarakat mempunyai karakteristik dan kebudayaan yang unik yang tidak dimiliki oleh masyarakat di daerah lain seperti pedesaan, perkotaan, dan pegunungan. Unsur kebudayaan itu antara lain bahasa, sistem pengetahuan, sistem kemasyarakatan, sistem peralatan hidup, sistem mata pencaharian, sistem religi, dan kesenian (Haryono, 2018).

Kebudayaan masyarakat pesisir yaitu menikah dini yang merupakan warisan dari nenek moyang. Budaya tradisional masyarakat pesisir melegalkan atau menyetujui menikahkan anak gadis yang masih bersekolah tanpa memandang umur yang masih muda dan tidak peduli dengan siapa akan menikah. Masyarakat pesisir Kabupaten Probolinggo mayoritas beragama Islam mempunyai alasan untuk menikahkan anak gadis secara dini karena mengikuti sunah Rasul yaitu jika segera menikah maka akan mendapatkan pahala (Dyahanantaliasari, 2020). Dalam Suci Al-Quran juga tidak mencantumkan umur minimal untuk menikah, sehingga masyarakat pesisir tetap melakukan pernikahan dini dan menganggap wajar (Gavin, 2001).

Masyarakat pesisir memiliki cara pandang berbeda terkait kesetaraan sosial. Secara sosial, masyarakat pesisir lebih senang untuk menikahkan anaknya secara dini dikarenakan memiliki pandangan bahwa seorang anak gadis yang baru menikah sampai pada usia 16 tahun maka akan disebut perawan tua yang tidak laku untuk menikah. Orang tua lebih senang segera menikahkan anak meskipun pada akhirnya terjadi perceraian dan membiarkan anak gadis yang telah menjadi janda untuk kembali ke rumah daripada disebut sebagai perawan tua (Gavin, 1994).

Masyarakat pesisir menggantungkan hidupnya dari menangkap hasil laut, akan tetapi mayoritas penduduk tidak menjadi pemilik kapal dan tuan kapal, melainkan hanya buruh nelayan yang menerima upah dari hasil bekerja pada tuan kapal. Upah yang didapatkan lebih kecil daripada upah minimal regional sehingga tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehingga disebut sebagai masyarakat miskin. Keadaan ini bertolak belakang dengan hasil laut yang melimpah akan tetapi penduduknya miskin dikarenakan tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam mengolah hasil dari sumber daya alam yang ada di pesisir (Haryono, 2014).

Menurut hasil penelitian Hanafi (2015) menginformasikan bahwa kemiskinan yang terjadi pada masyarakat pesisir mendorong untuk mencari jalan keluar sehingga dapat mengangkat ekonomi keluarga dengan menikahkan anak gadis

dengan laki-laki yang berasal dari keluarga kaya yang mampu memberikan mahar pengantin tinggi. Penelitian Haryono dan Wibisono (2016) juga menginformasikan bahwa untuk mengangkat ekonomi keluarga, maka orang tua juga rela menikahkan anak gadis dengan laki-laki tua dengan selisih umur jauh lebih tua dengan anak gadis asalkan laki-laki tersebut bersedia memenuhi semua kebutuhan gadis beserta keluarga si gadis.

Kebudayaan untuk mengambil keputusan sewaktu akan menikah pada masyarakat dengan berbagai suku bangsa di Indonesia diambil oleh orang tua dan sering tanpa meminta persetujuan dari anak yang akan dinikahkan, sehingga menjadikan orang tua adalah pihak yang berhak mengambil keputusan utama menikahkan anak. Kebudayaan mengambil keputusan untuk menikah yang dilakukan oleh orang tua remaja tidak hanya terjadi di Indonesia saja, akan tetapi juga terjadi di berbagai negara di dunia dan telah menjadi kebudayaan. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Pesando (2018), gadis remaja di seluruh dunia hanya memberikan kontribusi sebesar 3% untuk ikut dalam pengambilan keputusan untuk menikah (Pesando, 2018). Remaja di Phalombe dan Thyolo yang terdapat di negara Malawi mendapat perlakuan yang sama dalam hal mengambil keputusan untuk menikah yang diambil oleh orang tua (Steinhaus et al., 2019). Keputusan serupa untuk menikah pada remaja di negara Sudan (Dean et al., 2019) dan juga di Gambia ditentukan oleh orang tua remaja (Lowe, Joof and Rojas, 2019).

Selain faktor budaya, orang tua tidak mempunyai pengetahuan yang cukup tentang dampak dari kehamilan di usia remaja apabila seorang gadis terlalu dini dinikahkan (Kohn et al., 2020). Dampak pendidikan bagi gadis remaja yang menikah dini yaitu putus sekolah (Prihutomo, 2018). 90% dari 16.000 gadis remaja mengalami kehamilan dan melahirkan setiap tahun (Sychareun et al., 2018). Dampak kesehatan karena kehamilan kurang dari 20 tahun yaitu kematian pada ibu karena perdarahan setelah melahirkan, bayi berisiko mengalami berat badan lahir rendah (Asnong et al., 2018).

Dampak psikologis dari pernikahan dini terjadinya depresi karena tidak mampu menjalankan peran baru sebagai istri dan ibu yang harus mengasuh anaknya di usia muda, selain itu terjadi ketidakmampuan beradaptasi dengan suami dan keluarga dari pasangan pada saat harus tinggal satu rumah dengan keluarga suami. Hanya sekitar 5-20% gadis remaja yang menikah dini dapat melanjutkan pernikahan, akan tetapi sisanya lebih memilih untuk mengakhiri dan bercerai kemudian pulang kembali ke rumah orang tua (Stark and Laura, 2018). Dampak ekonomi dari pernikahan dini adalah terjadinya kemiskinan berulang (Kohno et al, 2020).

Menurut penelitian Internasional pada negara berpenghasilan rendah dan menengah, telah dilakukan intervensi dalam rangka mencegah pernikahan dini. Zambia menerapkan program “GIRLS EMPOWERMENT” dan “RISE” pada tahun 2018 dengan memberikan intervensi pemberian biaya sekolah kepada gadis remaja agar termotivasi melanjutkan sekolah, selain itu juga memberikan pendidikan tentang kesehatan reproduksi dengan sasaran remaja putri di sekolah menengah pertama. India menerapkan “SAMATA” pada tahun 2015 dengan intervensi pendidikan kesehatan kepada remaja putri di sekolah. Zimbabwe juga melaksanakan intervensi serupa.

Pemerintah Indonesia telah melakukan pencegahan pernikahan dini dengan membuat Pendewasaan Usia Perkawinan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang pernikahan dengan syarat menikah 16 tahun untuk wanita dan 19 untuk pria (Kementrian Sekretariat Negara Republik Indonesia, 1974), akan tetapi angka pernikahan dini masih saja tinggi. Pemerintah merevisi Undang-Undang nomor 1 Tahun 1974 menjadi Undang-undang Nomor 16 Tahun 2019 dengan memperketat usia perkawinan menjadi 19 tahun baik untuk pria dan wanita (Kementrian Sekretariat Negara Republik Indonesia, 2019). Undang-undang tentang perkawinan didukung oleh beberapa program. Program pendukung Undang-Undang yaitu adanya Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK R) bertujuan berbagi informasi, aktivitas inovatif, konseling, dan rujukan. Program Generasi Berencana (Genre) bertujuan mencetak generasi berkarakter,

mengetahui, memahami, dan berperilaku positif tentang kesehatan reproduksi guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksi.

Selain beberapa program pendukung Undang-Undang perkawinan, Kantor Urusan Agama (KUA) turut serta meminimalisir pernikahan dini dengan menyeleksi administrasi umur pasangan yang akan menikah sesuai ketentuan undang-undang, bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Dinas Sosial dalam melakukan penyuluhan dengan materi dampak pernikahan dini, resiko penularan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). Usaha yang dilakukan oleh KUA untuk meminimalisir pernikahan dini mengalami kendala karena kurangnya tenaga penyuluh dan tidak adanya biaya yang pasti dari pemerintah daerah sehingga tidak dapat menjangkau semua daerah yang ada (Fatawa *et al.*, 2018).

Beberapa program pendukung Undang-Undang seperti Pendewasaan Usia Perkawinan melalui Undang-Undang perkawinan, Pusat Informasi dan Konseling Remaja, dan Program Generasi Berencana tidak mampu untuk mencapai lapisan masyarakat khususnya daerah pesisir karena hanya membidik remaja saja sebagai sasaran, tidak melibatkan orang tua secara langsung yang sebenarnya adalah pengambil keputusan, sehingga diperlukan program lain sebagai alternatif pencegahan pernikahan dini.

Peneliti melakukan studi pendahuluan awal pada bulan Juli 2019 di daerah Pesisir Kabupaten Probolinggo tentang niat dan alasan ayah atau ibu remaja untuk menikahkan anak secara dini dengan narasumber tiga belas orang yang terdiri dari enam orang ayah remaja dan tujuh orang ibu remaja yang memiliki anak gadis remaja (14-16 tahun). Dalam studi tersebut didapatkan data bahwa tiga orang ibu remaja ingin segera menikahkan anak gadis remajanya karena alasan ekonomi keluarga yang rendah. Dua orang ibu remaja mengatakan ingin segera menikahkan anaknya karena teman sebaya anaknya sudah menikah semua. Empat orang ayah remaja mengatakan ingin menikahkan anaknya karena di dalam keluarga semuanya menikah pada umur yang masih sangat muda dan

berkeyakinan menikah muda tidak akan menimbulkan masalah. Dua orang ibu remaja mengatakan ingin menikahkan anaknya karena diberi mahar tinggi oleh calon pihak laki-laki. Dua orang ayah remaja ragu apakah akan menikahkan anaknya atau menundanya (Sary, 2019).

Berdasarkan temuan awal pada studi pendahuluan tersebut, tampak bahwa perlu adanya intervensi kepada masyarakat pesisir berupa pemberian informasi tentang pencegahan terjadinya pernikahan dini. Intervensi perlu dilakukan oleh orang yang dekat dengan masyarakat sehingga masyarakat akan lebih mudah untuk percaya dan menjadikan intervensi efektif. Berdasarkan alasan tersebut, maka penelitian ini akan melibatkan kader kesehatan dengan pertimbangan selama ini kader kesehatan di Kabupaten Probolinggo merupakan ujung tombak dan penggerak masyarakat dalam program kesehatan yang telah ada. Kader kesehatan merupakan mitra dari Bidan Desa dan Puskesmas sehingga tanpa adanya kader kesehatan maka program kesehatan tidak akan berjalan. Kader kesehatan hidup di tengah masyarakat dan dapat dengan mudah untuk menyebarkan informasi positif kepada masyarakat.

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Probolinggo tahun 2019, menginformasikan bahwa kader kesehatan di wilayah Pesisir Kabupaten Probolinggo telah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan pernikahan dini yang diberikan oleh Puskesmas wilayah Pesisir dengan harapan informasi yang diperoleh kader kesehatan tersebut akan disampaikan kembali kepada masyarakat. Akan tetapi, belum pernah dilakukan evaluasi terkait dengan efektivitas dari pemberian pendidikan kesehatan tersebut kepada kader kesehatan secara langsung. Menurut data dari Puskesmas wilayah Pesisir Kabupaten Probolinggo tahun 2019, kader kesehatan belum pernah menyampaikan isi dari pendidikan kesehatan yang pernah diberikan tersebut kepada masyarakat secara jelas dan terperinci sehingga informasi yang beredar di masyarakat simpang siur terkait dampak dari pernikahan dini. Beredarnya informasi yang tidak akurat dan di masyarakat disebabkan karena latar belakang dari kader kesehatan dengan

pendidikan formal yang rendah yaitu Sekolah Menengah Pertama dan kurangnya keterampilan komunikasi dari kader kesehatan.

Uraian di atas menginformasikan bahwa kader kesehatan yang telah ada di masyarakat masih perlu mendapatkan pelatihan tentang pencegahan pernikahan dini dengan sebuah panduan dengan tujuan agar kader kesehatan kompeten dengan memperoleh informasi berupa pengetahuan yang akurat dan telah divalidasi oleh *expert judgement* serta mempunyai keterampilan komunikasi yang baik sehingga akan mampu untuk menyampaikan kembali informasi tentang pencegahan pernikahan dini kepada masyarakat guna menurunkan niat masyarakat untuk menikahkan anak secara dini. Melalui kader kesehatan ini nantinya diharapkan dapat menyentuh ayah atau ibu yang mempunyai anak gadis remaja pada masyarakat pesisir untuk menurunkan niatnya menikahkan anak secara dini.

Terkait dengan harapan tersebut, maka penelitian ini akan menggunakan dasar teori dari Ajzen (2005) yaitu *Theory Planned Behaviour* (TPB) untuk menurunkan niat ayah atau ibu remaja menikahkan anak secara dini. TPB menyatakan bahwa munculnya niat seseorang dipengaruhi faktor latar belakang yang terdiri dari faktor individu, faktor social, dan faktor informasi. Niat terbentuk oleh tiga komponen yaitu *attitude toward behaviour*, *subjective norms*, dan *perceived control*. Selain menggunakan perspektif TPB, peneliti juga menggunakan teori dari Prochaska (1979) yaitu *Transtheoretical Model* (TTM) yang terdiri dari lima tahapan yaitu *pre contemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action*, dan *maintenance*. Perubahan perilaku yang menjadi target dalam penelitian ini adalah terjadinya penurunan niat orang tua menikahkan anak secara dini. Proses dari TTM berperan dalam membantu penguatan niat sebagaimana yang terdapat di dalam TPB.

Peneliti menjalin komunikasi, bekerja sama, dan mendapat dukungan dari Pemerintah Desa, Dinas Kesehatan dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) dalam memberikan intervensi berupa pelatihan kepada kader kesehatan dengan Modul Cegah Pernikahan Remaja (CENIKMA). Modul

CENIKMA ini nantinya akan dimasukkan dalam kurikulum yang ada pada program BKKBN. Modul CENIKMA ini akan digunakan setiap kali petugas BKKBN memberikan pendidikan kesehatan dan penyuluhan atau konseling yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Probolinggo. Modul CENIKMA ini akan dikembangkan mengacu teori Borg and Gahl (1983) dengan materi yaitu remaja dan tumbuh kembangnya, kebutuhan gizi remaja, kesehatan reproduksi remaja, pernikahan dan pernikahan dini, serta dampak pernikahan dini. Modul CENIKMA akan diterapkan secara berjenjang mulai dari peneliti memberikan pelatihan kepada kader kesehatan dalam rangka memilih kader kesehatan yang kompeten karena nantinya kader kesehatan akan memberikan pelatihan kepada ayah atau ibu remaja.

B. Kebaruan Penelitian

Berdasarkan analisis dari penelitian-penelitian sebelumnya yang relevan dengan penelitian ini, maka kebaruan dari penelitian ini dapat dijelaskan dari empat hal, yaitu konteks, desain penelitian, dan model intervensi, serta sasarannya dilihat dari segi metode. Uraian empat hal tersebut adalah sebagai berikut.

1. Konteks penelitian ini adalah masyarakat pesisir yang mayoritas bersuku Madura, sementara penelitian sebelumnya dilakukan oleh Zulu *et al* (2018) di Zambia, Sandoy *et al* (2016) di Zambia, Beattie *et al* (2018) di India, Prakash *et al* (2019) di India, Luseno *et al* (2017) di Zimbabwe dan Yuyu dkk (2019) di Indonesia semua sasarannya adalah masyarakat pedesaan.
2. Desain penelitian ini menggunakan *Research and Development*, sementara dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Zulu *et al* (2018) di Zambia, Sandoy *et al* (2016) di Zambia menggunakan desain *cluster randomized trial*, Beattie *et al* (2018) di India menggunakan desain *cluster randomised controlled trial*, Prakash *et al* (2019) di India menggunakan desain *cluster randomised control trial*, Luseno *et al* (2017) di Zimbabwe dan Yuyu dkk (2019) di Indonesia menggunakan desain eksperimental.

3. Model intervensi ini adalah CENIKMA yaitu mencegah pernikahan remaja yang dalam penerapannya akan menggunakan sistem berjenjang dari kader kesehatan yang dilatih kemudian melanjutkan pemberian pendidikan kesehatan kepada ayah atau ibu yang memiliki anak gadis remaja. Model intervensi ini berbeda dengan intervensi yang telah dilakukan sebelumnya oleh Zulu *et al* (2018) di Zambia yaitu dengan memberikan peralatan sekolah, biaya sekolah selama 1 tahun dan uang untuk keluarga, pemberian konseling kepada orang tua dan pihak sekolah. Intervensi yang dilakukan oleh Sandoy *et al* (2016) di Zambia adalah dengan memberikan uang kepada remaja perempuan dan pengasuh untuk pembayaran sekolah serta pendidikan kesehatan tentang kesehatan reproduksi. Intervensi yang dilakukan oleh Beattie *et al* (2018) di India adalah dengan pemberian pendidikan kesehatan tentang resiko penularan HIV/AIDS dan infeksi menular seksual. Intervensi yang dilakukan oleh Prakash *et al* (2019) di India adalah dengan menyediakan lingkungan aman untuk remaja perempuan, memberikan bimbingan akademik, membentuk kelompok olah raga yang sama antara anak laki-laki dan perempuan, menyadarkan orang tua untuk menghargai perempuan dan pendewasaan usia pernikahan. Intervensi yang dilakukan oleh Luseno *et al* (2017) di Zimbabwe adalah dengan memberikan dukungan sosial berupa uang untuk membayar sekolah, seragam, buku, dan keperluan sekolah lainnya (pembalut, sabun) selama 3 semester serta pendidikan kesehatan tentang kesehatan reproduksi, HIV/AIDS dan kontrasepsi. Intervensi yang dilakukan oleh Yuyu dkk (2019) di Indonesia adalah dengan memberikan pendidikan keagamaan, kesehatan reproduksi, dan kemampuan hidup (*life skills*).
4. Sasaran intervensi dalam penelitian ini adalah kelompok kader kesehatan dan kelompok ayah atau ibu yang memiliki anak gadis remaja berusia 14-16 tahun. Hal ini berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya seperti penelitian yang dilakukan Zulu *et al* (2018) di Zambia sasarannya adalah remaja, orang tua, sekolah dan masyarakat; Sandoy *et al* (2016) di Zambia sasarannya adalah remaja perempuan, pengasuh dan masyarakat; Beattie *et al*

(2018) di India sasarannya adalah remaja perempuan dan keluarganya, remaja laki-laki, masyarakat desa, guru sekolah menengah dan komite sekolah, pemerintah desa setempat; Prakash et al (2019) di India sasarannya adalah remaja laki-laki dan perempuan, orang tua, sekolah dan masyarakat desa; Luseno *et al* (2017) di Zimbabwe sasarannya adalah remaja perempuan yatim atau piatu; dan Yuyu dkk (2019) di Indonesia sasarannya adalah remaja putri berusia 12-15 tahun.

5. Kebaruan teoritis dari penelitian ini adalah menggunakan *Theory Planned Behaviour* yang didukung oleh *Trans Theoretical Model* dalam membantu penguatan niat sebagaimana yang terdapat di dalam *Theory Planned Behaviour*. Hal ini berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya seperti penelitian yang dilakukan oleh Anwar Z dan Rahmah M (2016) yang menggunakan Theory of Planned Behavior saja untuk menurunkan intensi remaja untuk menikah dini, Jayanti A (2021) menggunakan Theory Of Reasoned Action untuk mengetahui gambaran perilaku pernikahan dini masyarakat, Wahyuningrum DM, Gani HA dan Ririanty M (2015) menggunakan Teori Precede-Proceed untuk mengetahui upaya pendewasaan usia menikah.

Tabel 1. Penelitian yang Relevan

No	Judul	Tujuan	Intervensi	Materi yang Diberikan	Sasaran Penelitian	Metode Penelitian	Fasilitator
1	Zulu et al. <i>Community based interventions for strengthening adolescent sexual reproductive health and rights: how can they be integrated and sustained? A realist evaluation protocol from Zambia.</i> Reproductive Health. 2018	Intervensi berbasis masyarakat untuk mengurangi kehamilan dan tingkat perkawinan, serta mempromosikan kesehatan ibu dan bayi	Dengan pemberdayaan remaja perempuan <i>The Research Initiative to Support the Empowerment of Girls "RISE"</i> . Layanan kesehatan bersifat ramah kepada remaja. Melibatkan orang tua, sekolah dan masyarakat. Tahapan RISE yaitu sebagai berikut. 1. Memberikan peralatan sekolah 2. Memberikan biaya sekolah selama 1 tahun dan uang untuk keluarga 3. Peningkatan pengetahuan dengan materi (kesehatan reproduksi, kontrasepsi, keyakinan	1.Kesehatan reproduksi 2.Resiko penularan HIV/AIDS 3.Meningkatkan penggunaan kondom	Remaja putri berusia 14 tahun	Penelitian kuantitatif. Data diambil di sekolah, fasilitas kesehatan dan masyarakat. Sampel adalah remaja putri kelas 1 SMP (berumur 14 tahun). Teknik sampel dengan <i>cluster random sampling. Randomized Controlled</i>	Relawan pekerja kesehatan masyarakat

		dan kontrol perilaku)				<i>Trial.</i> 157	
		Konteks penelitian adalah di Sekolah Menengah Pertama di pedesaan Zambia				Sekolah, jumlah sampel 4900 remaja putri. Pertemuan dilakukan 2 kali per semester di sekolah dalam total waktu 12 bulan	
2.	Sandoy <i>et al.</i> <i>Effectiveness of a girls' empowerment programme on early childbearing, marriage and school dropout among adolescent girls</i>	Menurunkan angka kelahiran pada remaja, pernikahan dini dan putus sekolah pada remaja	Pemberdayaan remaja perempuan "GIRLS EMPOWERMENT". Melibatkan remaja perempuan, pengasuh dan masyarakat. Tahapannya yaitu sebagai berikut. 1. Memberikan uang kepada remaja putri dan pengasuh untuk	1. Resiko penularan HIV dan Herpes tipe 2. Dampak seksual dini dan pernikahan dini	Remaja putri berusia 15 tahun	<i>Cluster randomized controlled trial (CRCT).</i> Intervensi dilakukan selama 5 hari dan dievaluasi setelah 8 bulan	Petugas kesehatan dan pendidik sebaya

*in rural
Zambia: study
protocol for a
cluster
randomized
trial. Trials.
2016*

pembayaran sekolah
2. Pendidikan kesehatan
tentang kesehatan
reproduksi dan diskusi
dengan masyarakat dan
pengasuh “Comprehensi
ve sexual and
reproductive health
education (CSRHE)”

Konteks penelitian adalah
di Sekolah Menengah
Pertama di pedesaan
Zambia

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|---|-----------------|
| 3. Beattie et al. <i>Supporting adolescent girls to stay in school, reduce child marriage and reduce entry into sexwork as HIV</i> | Meningkatkan keikutsertaan remaja putri dalam pendidikan, menurunkan angka pernikahan dini, menurunkan | Melibatkan remaja putri dan keluarganya, remaja putra, masyarakat desa, guru sekolah menengah dan komite sekolah, pemerintah desa setempat. Tahapan SAMATA yaitu memberikan pendidikan | 1. Bagaimana memasuki sekolah yang lebih tinggi
2. Cara agar lulus sekolah
3. Dampak menikah sebelum | Remaja putri berusia 15 tahun | <i>Cluster-randomized controlled trial design, study cohorts. Intervensi dilakukan 1 kali yaitu</i> | Pemerintah desa |
|--|--|--|--|-------------------------------|---|-----------------|

risk prevention in north Karnataka India: protocol for a cluster randomised controlled trial. BMC Public Health. 2015

resiko penularan kesehatan. berusia 15 tahun
HIV/AIDS dan Konteks penelitian adalah 4. Dampak melakukan hubungan seksual sebelum berusia 15 tahun
infeksi menular di Sekolah Menengan Pertama di pedesaan Kartanaka Utara seksual dievaluasi setelah 6 bulan

- 4 Prakash *et al.* *The Samata intervention to increase secondary school completion and reduce child marriage among* Mengurangi angka kejadian HIV/AIDS dan perkerja seks anak SAMATA intervention. Dengan melibatkan remaja putra dan putri, orang tua, sekolah dan masyarakat desa. Tahapan SAMATA yaitu sebagai berikut.
1. Menyediakan lingkungan aman untuk remaja putri
 2. Bahaya pekerja seks anak
 3. Menyadarkan orang tua untuk menghargai
 4. Kesetaraan gender
 5. Kerugian menjadi pekerja seks
 6. Pelecehan dan kekerasan seksual
- Remaja putri berusia 15 dan 16 tahun
Penelitian mix method. *Systematic Review*, sampel adalah remaja putri dengan kasta dan tidak berkasta
Pemerintah desa

adolescent girls: results from a clusterrandomised control trial in India. Journal of Global Health.2019

2. Memberikan bimbingan akademik anak perempuan
3. Membentuk kelompok olahraga yang sama antara anak laki-laki dan perempuan
4. Menyadarkan orang tua untuk menghargai perempuan dan pendewasaan usia pernikahan

di pedesaan. 40 desa intervensi, 40 desa kontrol . Remaja ada kelas 3 (13-16 tahun) sekolah menengah pertama. Intervensi dilakukan 1 kali dan dievaluasi setelah 6 bulan, selama 18 bulan.

Konteks penelitian adalah di Sekolah Menengah Pertama di Pedesaan India Bagian Selatan

- | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|--|--------------|
| 5 | Luseno <i>et al.</i> <i>Influence of school support on early marriage experiences and health services</i> | Mengurangi angka pernikahan dini dan putus sekolah | Melibatkan remaja putri yatim atau piatu. Intervensi yang dilakukan yaitu sebagai berikut.
1. Memberikan dukungan sosial berupa uang untuk membayar sekolah, | 1.Resiko terpapar HIV AIDS.
2.Kesehatan reproduksi
3.Kontrasepsi | Remaja putri yatim piatu berusia 13 tahun | Penelitian mix method. Remaja putri yatim atau piatu sekolah menengah pertama. | Sukarela wan |
|---|---|--|---|--|---|--|--------------|

*utilization
among young
orphaned
women in
Zimbabwe.
Health Care
Women
Int.*2017

seragam, buku, dan
keperluan sekolah
lainnya (pembalut,
sabun) selama 3
semester

2. Pendidikan kesehatan

Konteks penelitian adalah
di Sekolah Menengah
Pertama di pedesaan
Zimbabwe

*Randomized
Controlled
Trial.*
Menggunaka
n Social
Development
Model



- | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|---|--|
| 6 | Yayu.
<i>Menanggulangi
Pernikahan
Dini: Kajian
Atas Upaya-
upaya Pusat
Informasi
Konseling
Remaja (PIK-R)
Di Lampung
Mekarwangi
Kecamatan
Bojong Gambir
Kabupaten
Tasikmalaya.
Jurnal Ilmiah
Kesehatan.
2019</i> | Menanggulangi
masalah
pernikahan usia
dini, dan untuk
mengetahui
hasil bimbingan
Program Pusat
Informasi
Konseling
Remaja dalam
menanggulangi
pernikahan dini di
Kampung
Mekarwangi
Kecamatan
Bojonggambir
Kabupaten
Tasikmalaya. | Upaya yang dilakukan
PIK-R adalah dengan
diadakannya program
pendidikan keagamaan,
kesehatan, kemampuan
hidup (<i>lifeskills</i>) dan
kesadaran sosial.

Konteks penelitian adalah
di Sekolah Menengah
Pertama Kabupaten
Tasikmalaya, Indonesia | 1.Pendidikan
2.Keagamaan
3.Kesehatan
4.Kemampuan
hidup (<i>life
skills</i>)
5.Kesadaran
sosial. | Remaja
putri
berusia
12-15
tahun | Penelitian
kuantitatif.
Sampel
adalah remaja
sekolah
menengah
pertama
berusia 13-16
tahun | Pembina
PIK-R,
Ketua,
Sekretaris
dan anggota |
|---|---|--|--|---|--|---|--|
-

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut, maka ditemukan rumusan masalah sebagai berikut.

1. Modul CENIKMA seperti apa yang sesuai untuk masyarakat pesisir?
2. Apakah penerapan Modul CENIKMA secara berjenjang akan meningkatkan kompetensi kader kesehatan dan menurunkan niat ayah atau ibu remaja untuk menikahkan anak secara dini?
3. Apakah proses perubahan niat berdasarkan *Transtheoretical Model* (TTM) bersama-sama dengan sikap, norma subjektif, dan kontrol yang dirasakan akan turut berpengaruh dalam menurunkan niat ayah atau ibu remaja di masyarakat pesisir untuk menikahkan anak secara dini?

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka ditemukan tujuan penelitian sebagai berikut.

1. Mengembangkan Modul CENIKMA yang sesuai untuk masyarakat pesisir.
2. Menguji efektifitas penerapan Modul CENIKMA secara berjenjang untuk meningkatkan kompetensi kader kesehatan dan menurunkan niat ayah atau ibu remaja di masyarakat pesisir untuk menikahkan anak secara dini.
3. Menguji peran proses perubahan niat berdasarkan *Transtheoretical Model* (TTM) bersama-sama dengan sikap, norma subjektif, dan kontrol yang dirasakan berpengaruh dalam menurunkan niat ayah atau ibu remaja di masyarakat pesisir untuk menikahkan anak secara dini.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat praktis
 - a. Menjadi bahan pertimbangan untuk ayah atau ibu remaja yang akan menikahkan anak secara dini.
 - b. Menjadi sumber pengetahuan baru untuk kader kesehatan dalam mendukung masyarakat untuk menunda menikahkan anak secara dini dan sebagai panduan dalam rangka pembentukan kader remaja dan posyandu remaja.

2. Manfaat teoritis

- a. Membuktikan bahwa sikap, norma subjektif, dan kontrol yang dirasakan mempengaruhi niat ayah atau ibu remaja untuk menikahkan anak secara dini sesuai dengan *Theory Planned Behaviour* (TPB).
- b. Membuktikan bahwa proses perubahan niat berdasarkan *Transtheoretical Model* (TTM) yang meliputi *pre contemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action*, dan *maintenance* dalam mendukung penurunan niat ayah atau ibu remaja untuk menikahkan anak secara dini serta membantu penurunan niat menikahkan anak secara dini sebagaimana terdapat di dalam TPB.

