

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mendefinisikan remaja sebagai masa dimana individu berkembang pada saat pertama kali menunjukkan tanda-tanda seksual sampai mencapai kematangan seksual, perkembangan psikologik dan pola identifikasi dari anak-anak menjadi dewasa, serta peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh dengan keadaan relatif menjadi mandiri. Remaja dikelompokkan sebagai individu yang berada pada rentang usia 10-19 tahun(1).

Masa remaja merupakan masa terbentuknya rasa ingin tahu yang besar pada seseorang untuk menemukan jati dirinya. Masa ini cukup rentan, karena dapat menimbulkan keinginan mencoba berbagai aktivitas yang memicu timbulnya permasalahan remaja terkait kesehatan reproduksinya(2).

Masalah kesehatan reproduksi remaja tidak terlepas dari perilaku seksual beresiko, seperti seks pranikah, aborsi dan perilaku beresiko tertular Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS. Berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, pada remaja yang berusia 15-24 tahun dan belum menikah, tercatat bahwa proporsi berpacaran paling tinggi berada pada usia 15-17 tahun, dan remaja 15-19 tahun, 33% remaja wanita dan 34,5% remaja pria sudah berpacaran pertama kali pada usia kurang dari 15 tahun. Pada usia ini remaja belum memiliki keterampilan hidup yang cukup memadai sehingga rentan terlibat dalam hubungan seks pranikah. Hubungan seks pranikah ini dapat

berdampak pada kehamilan yang tidak diinginkan dan berlanjut pada aborsi serta pernikahan usia muda(3).

Indonesia adalah negara dengan persentase pernikahan usia muda tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja dan menduduki rangking ke 37 di dunia. Lebih dari 22.000 wanita berusia 10-14 tahun di Indonesia sudah menikah, dan 11,7% wanita usia 15-19 tahun juga sudah menikah. Kalimantan adalah provinsi dengan persentase tertinggi pernikahan usia muda(4).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 mencatat bahwa pada wanita yang menikah umur 10-54 tahun, 2,6% diantaranya menikah pertama kali pada umur kurang dari 15 tahun, dan 23,9% menikah pada umur 15-19 tahun. Sementara, berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Sumatera Utara tahun 2014 tercatat bahwa jumlah remaja umur 15-24 tahun sebanyak 2.514.109 orang, dan 30-35% remaja diantaranya melakukan pernikahan usia dini(5).

Pernikahan usia dini ini memberikan dampak bagi kesehatan reproduksi, karena semakin muda umur menikah maka semakin panjang rentang waktu untuk berproduksi. Riskesdas (2013) mencatat angka kehamilan penduduk perempuan usia 10-54 tahun 2,68%, jumlah ini mencakup 0,02% perempuan hamil kurang dari usia 15 tahun dan 1,97% perempuan hamil usia 15-19 tahun. Kehamilan remaja ini akan berdampak buruk pada kesehatan ibu dan anaknya(5).

Status kesehatan ibu dan anak merupakan indikator kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara, dimana kemampuan pelayanan kesehatan tersebut diukur dengan perbandingan tinggi rendahnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) oleh setiap Negara(6).

AKI adalah salah satu indikator untuk melihat status kesehatan wanita. Sedangkan, AKB merupakan salah satu aspek penting yang menggambarkan tingkat pembangunan sumber daya manusia di sebuah negara dari sisi kesehatan masyarakatnya. *The United Nations Children's Fund* (UNICEF) mengungkapkan bahwa ada 24 negara yang 1 dari 10 anak meninggal setiap tahunnya sebelum mencapai ulang tahunnya yang kelima, salah satunya adalah Afrika dan Asia Selatan(6).

UNICEF juga mengungkapkan bahwa pada tahun 2016 tercatat 15-30% diantara persalinan usia dini disertai dengan komplikasi kronik seperti fistula obstetri, infeksi, perdarahan hebat, dan anemia. Hal ini berhubungan langsung perempuan yang menikah pada saat kehamilan dan persalinan masih berusia sangat muda, memiliki tingkat kekurangan gizi yang lebih tinggi pada janinnya(7).

Data SDKI (2012) mencatat bahwa AKB tahun 2012 adalah 32 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan AKBA adalah 40 per 1000 kelahiran hidup. Penurunan AKBA masih jauh dari target SDGs (*Sustainable Development Goals*) yaitu 25 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Di Indonesia, AKB tertinggi terdapat di Papua yaitu mencapai 74 per 1000 kelahiran hidup, sementara untuk provinsi Sumatera, AKB tertinggi terdapat Provinsi Aceh sebesar 47 per 1000 kelahiran hidup, dan AKBA tertinggi terdapat di provinsi Sumatera Utara yaitu 54 per 1000 kelahiran hidup(3).

Hasil laporan pencapaian tujuan MDGs tahun 2015 menunjukkan bahwa penyebab kematian bayi dan balita yang paling utama adalah masalah

neonatal (Asfiksia, Berat Badan Lahir Rendah, dan infeksi Neonatal), penyakit Infeksi (diare dan pneumonia), dan masalah status gizi (gizi buruk dan gizi kurang)(3).

Untuk mengetahui masalah status gizi dan gangguan pertumbuhan (*Growth Faltering*) penting dilakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan padabalita secara dini. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan rentan terjadi padaseribu hari pertama kehidupan seorang anak. Tahun pertama kehidupan anak merupakan fondasi penting untuk kehidupan anak selanjutnya. Usia 0 – 24 bulan merupakan fase tercepat bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi, masa ini sering disebut dengan ‘periode emas’. Periode emas dapat terwujud apabila pada masa ini anak mendapatkan asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Masa ini juga masa krisis bagi seorang anak, karena jika asupan nutrisi tidak terpenuhi maka anak akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang serius(8).

Pemantauan pertumbuhan pada anak dapat dilihat dari penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan. Berdasarkan data Riskesdas 2013 didapat bahwa ada 34,3% anak yang tidak pernah ditimbang dalam enam bulan terakhir. Sumatera Utara adalah provinsi dengan angka terendah cakupan penimbangan pada anak, yaitu hanya 12,5% anak yang melakukan penimbangan berat badan dalam enam bulan terakhir(5).

Masa bayi adalah masa dimana anak masih sangat membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang cukup dan memadai. Kekurangan gizi pada masa ini dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang secara fisik, mental,

sosial dan intelektual yang sifatnya menetap dan terus dibawa sampai anak balita menjadi dewasa. Ditemukannya kasus gizi kurang pada bayi dan balita yang dinilai lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi dan jumlah kasus status gizi kurang pada puskesmas lain di kota Medan pada tahun 2017. Data yang diperoleh berdasarkan hasil penilaian status gizi pada bulan Desember tahun 2017 terdapat 927 bayi dan balita di wilayah kerja Puskesmas Belawan. Dari 927 balita terdapat 83 orang (8,95%) yang menderita gizi kurang(5).

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (Renstra, 2015-2019) menuliskan bahwa selain dari penimbangan berat badan, pertumbuhan juga dilihat dengan pengukuran panjang badan balita. Status gizi dari pengukuran panjang badan biasanya memperlihatkan masalah kemiskinan ataupun pola asuh pada balita sehingga menyebabkan balita menjadi pendek (*stunting*). Dalam Rencana Pembangunan Jaminan Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 dikatakan bahwa prioritas untuk perbaikan gizi masyarakat perlu dilakukannya penurunan angka *stunting* menjadi 32%, akan tetapi dari hasil Riskesdas (2013) didapati angka *stunting*(5).

Penelitian Yamnur menunjukkan bahwa secara tidak langsung gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa balita dipengaruhi oleh pola asuh orang tua yang tidak tepat. Setiap ibu memiliki pola asuh yang berbeda, hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah umur ibu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan UNICEF (2007) menunjukkan bahwa ibu yang melahirkan dibawah umur 18 tahun memiliki keahlian mengasuh bayi atau anak

yang rendah sehingga seringkali memutuskan keputusan yang salah pada anaknya, terkait pilihan yang tepat dalam masa pertumbuhan dan perkembangannya(9).

Hasil penelitian Dewi, *et al* menunjukkan bahwa ibu yang memiliki riwayat menikah pada usia < 20 tahun cenderung melakukan perawatan bayi yang salah, hal ini dilihat dari 52 ibu yang melakukan pernikahan dini, 28 (53,8%) ibu menunjukkan sikap negatif dalam perawatan bayi, dan 24 (42,6%) ibu melakukan sikap positif dalam perawatan bayi(10).

Berdasarkan penelitian Suresh (2015) yang dilakukan di India menunjukkan bahwa pernikahan dini akan berdampak pada masalah tumbuh kembang balita, dimana wanita yang menikah dini rentan melahirkan anak dengan berat badan yang rendah dan tidak jarang anak yang dilahirkan belum cukup umur (premature), hal ini akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangannya dimasa selanjutnya, dan dikatakan bahwa pernikahan dini menyebabkan wanita berada pada masa usia produktif yang panjang, sehingga cenderung akan memiliki banyak anak. Sementara wanita yang sudah memiliki anak pada usia remaja atau disebut ibu muda sering kali lepas kendali atas pertumbuhan dan perkembangan anak, hal ini disebabkan oleh faktor bahwa ibu muda cenderung belum mampu mengambil keputusan terkait masalah gizi dan perawatan kesehatan untuk keluarganya(11).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Birech dikatakan bahwa pernikahan dini akan menyebabkan seorang anak tidak dapat melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Sedangkan, Bruce dalam Birech mengatakan bahwa pendidikan seorang anak perempuan yang kelak akan menjadi

ibu akan mempengaruhi pencapaian pendidikan yang berkelanjutan dari satu generasi(12).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Afifah di Indonesia, menunjukkan bahwa ibu yang menikah usia dini memiliki kecenderungan untuk memiliki anak dengan pertumbuhan dan perkembangan yang terganggu. Hal ini ditunjukkan dari data kelompok usia ibu dimana usia 25-29 tahun memiliki anak pendek 33,7%, dan kelompok usia ibu 20-24 tahun memiliki anak pendek 37,2% dan ibu yang berusia 15-19 tahun memiliki anak pendek 42,2%. Semakin muda usia ibu menikah maka proporsi balita dengan status gizi pendek semakin meningkat(13).

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan peneliti dari KUA Belawan diketahui bahwa masih tingginya angka pernikahan dini di desa tersebut dalam 2 tahun terakhir sebanyak 112 kasus remaja yang melakukan pernikahan dini, dari hasil wawancara terhadap petugas puskesmas didapatkan dari kelompok keluarga yang menikah dini didapati 1 anak mengalami gangguan pertumbuhan dimana usia anak 6 bulan dan berat badan adalah 6 kg artinya anak dalam kategori *underweight*, dan 1 bayi mengalami gangguan perkembangan yaitu bayi usia 3 bulan belum bisa mengangkat kepalanya sendiri gangguan terjadi pada motorik kasar dan bayi dalam kelompok perkembangan meragukan.

Dengan adanya latar belakang masalah tersebut maka peneliti tertarik ingin meneliti apakah ada hubungan usia pernikahan, pendidikan, pendapatan dan jumlah anak terhadap tumbuh kembang bayidi wilayah kerja Puskesmas Belawan tahun 2018.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis apakah ada hubungan pernikahan dini (usia menikah, pendidikan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga) terhadap tumbuh kembang bayi di wilayah kerja Puskesmas Belawan.

1.3. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan usia menikah dengan tumbuh kembang Bayi di wilayah kerja Puskesmas Belawan Tahun 2018
2. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan pendidikan dengan tumbuh kembang Bayi di wilayah kerja Puskesmas Belawan Tahun 2018
3. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan pendapatan dengan tumbuh kembang Bayi di wilayah kerja Puskesmas Belawan Tahun 2018
4. Untuk menngetahui dan menganalisis hubungan jumlah anggota keluarga dengan tumbuh kembang Bayi di wilayah kerja Puskesmas Belawan Tahun 2018
5. Untuk mengeksplorasi dan mengeksplanasi hubungan pernikahan dini dengan tumbuh kembang bayi.

1.4. Manfaat Penelitian

1) Manfaat teoritis

- (1) Hasil penelitian ini dapat menjadi wawasan dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dan melakukan penelitian tentang hubungan pernikahan dini

dengan tumbuh kembang bayi.

- (2) Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan ilmiah yang bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang hubungan pernikahan dini dengan tumbuh kembang bayi.

2) Manfaat Praktis

(1) Dinas Kesehatan Kota Medan

Hasil penelitian ini dapat memberi masukan data bagi dinas kesehatan tentang hubungan pernikahan dini dan tumbuh kembang bayi, sehingga dapat dipakai sebagai acuan untuk memberikan penyuluhan lanjutan bagi remaja dan ibu-ibu muda lainnya.

(2) Bagi Peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya data ini dapat digunakan sebagai referensi untuk melakukan penelitian lanjutan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu oleh Bartman dan Talukdar yang dilakukan di India, didapati bahwa usia ibu yang terlalu muda dibawah 19 tahun menjadi salah satu penyebab tingginya AKB yang mencapai 1,8 juta per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2000 dan terjadi penurunan 55 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2012(14).

Penelitian Yamnur menunjukkan secara tidak langsung gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa balita dipengaruhi oleh pola asuh orang tua yang tidak tepat. Setiap ibu memiliki pola asuh yang berbeda, hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah umur ibu(8).

Hasil penelitian Dewi, *et al* menunjukkan bahwa ibu yang memiliki riwayat menikah pada usia < 20 tahun cenderung melakukan perawatan bayi yang salah, hal ini dilihat dari 52 ibu yang melakukan pernikahan dini, 28 (53,8%) ibu menunjukkan sikap negatif dalam perawatan bayi, dan 24 (42,6%) ibu melakukan sikap positif dalam perawatan bayi(9).

Penelitian Suresh yang dilakukan di India menunjukkan bahwa pernikahan dini akan berdampak pada masalah tumbuh kembang balita, dimana wanita yang menikah dini rentan melahirkan anak dengan berat badan yang rendah dan tidak jarang anak yang dilahirkan belum cukup umur (premature), hal ini akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangannya dimasa selanjutnya, dan dikatakan bahwa pernikahan dini menyebabkan wanita berada pada masa usia

produktif yang panjang, sehingga cenderung akan memiliki banyak anak. Sementara wanita yang sudah memiliki anak pada usia remaja atau disebut ibu muda sering kali lepas kendali atas pertumbuhan dan perkembangan anak, hal ini disebabkan oleh faktor bahwa ibu muda cenderung belum mampu mengambil keputusan terkait masalah gizi dan perawatan kesehatan untuk keluarganya(13).

Penelitian yang dilakukan oleh Birech dikatakan bahwa pernikahan dini akan menyebabkan seorang anak tidak dapat melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Sedangkan, Bruce dalam Birech mengatakan bahwa pendidikan seorang anak perempuan yang kelak akan menjadi ibu akan mempengaruhi pencapaian pendidikan yang berkelanjutan dari satu generasi ke generasi lainnya. Dimana jika seorang ibu tidak mendapat pendidikan yang baik maka ada kemungkinan dalam perkembangan pendidikan anak akan terhambat(10).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Afifah (2011) di Indonesia, menunjukkan bahwa ibu yang menikah usia dini memiliki kecenderungan untuk memiliki anak dengan pertumbuhan dan perkembangan yang terganggu. Hal ini ditunjukkan dari data kelompok usia ibu dimana usia 25-29 tahun memiliki anak pendek 33,7%, dan kelompok usia ibu 20-24 tahun memiliki anak pendek 37,2% dan ibu yang berusia 15-19 tahun memiliki anak pendek 42,2%. Semakin muda usia ibu menikah maka proporsi balita dengan status gizi pendek semakin meningkat(11).

2.2. Telaah Teori

2.2.1. Pengertian Pernikahan Dini

Perkawinan adalah suatu ikatan yang sakral, dalam istilah agama disebut Mitsqan Galizha yaitu suatu perjanjian yang kokoh yang ditandai dengan pelaksanaan ijab dan qabul antara wali nikah dengan mempelai pria, yang bertujuan untuk membentuk suatu keluargayang bahagia, sejahtera, kekal berdasarkan Ketuhanan yang Maha Esa(15).

Pernikahan adalah ikatan yang terbentuk antara pria dan wanita yang didalamnya terdapat sifat keintiman, persahabatan, pertemuan, kasih sayang, menjadi lebih matang dan pemenuhan hasrat seksual. Pernikahan adalah awal terbentuknya keluarga dengan penyatuan dua individu yang berlainan jenis dan lahirnya anak-anak. Pernikahan dini (*early marriage*) atau sering disebut dengan pernikahan usia muda adalah pernikahan yang dilakukan jika pria memiliki usia kurang dari 21 tahun dan wanita kurang dari 19 tahun(16).

Pernikahan dini adalah pernikahan yang dilakukan oleh pasangan yang berada dibawah usia reproduktif, yaitu <20 tahun(11). Sementara, Lubismengatakan bahwa pernikahan dini adalah sebuah ikatan lahir batin antara seorang laki-laki dan perempuan yang masih tergolong dalam usia muda atau usia remaja(11).

Berdasarkan uraian diatas dapat dilihat bahwa, untuk menarik kesimpulan dalam mendefenisikan pernikahan dini, maka harus pula diketahui arti dari remaja. *World Health Organization* (WHO) mendefenisikan remaja sebagai masa dimana individu berkembang pada saat pertama kali menunjukkan tanda-tanda seksual sampai mencapai kematangan seksual, perkembangan psikologik dan pola

identifikasi dari anak-anak menjadi dewasa, serta peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh dengan keadaan relatif menjadi mandiri. WHO mendefinisikan remaja menjadi individu dalam kelompok umur 10-19 tahun.

Berdasarkan uraian diatas bahwa dapat disimpulkan pernikahan dini adalah sebuah ikatan atau hubungan yang terjalin atas dasar janji suci pernikahan dimana kedua individu masih berada pada usia dalam konteks remaja dan belum memasuki usia reproduktif yaitu kurang dari 20 tahun.

2.2.2. Faktor-faktor Yang Memengaruhi Pernikahan Dini

Faktor-faktor penyebab pernikahan dini juga di ungkapkan oleh sepriana, dari penelitian yang dilakukannya didapati ada beberapa faktor terkait dengan pernikahan usia dini yaitu faktor ekonomi, faktor media masa, orangtua/keluarga, pendidikan dan kemauan anak itu sendiri(17). Hal ini hampir memiliki kesamaan dengan penelitian yang dilakukan Purba terhadap pernikahan dini di suku Jawa, faktor yang mempengaruhinya adalah pekerjaan, minimnya pendidikan, ekonomi, orangtua dan media masa(18).

Faktor penyebab terjadinya pernikahan dini juga dikarenakan oleh remaja yang merasa dirinya sudah mampu bertanggung jawab, pergaulan bebas, menutupi rasa malu atas kelakuannya, perjodohan yang dilakukan orangtua dan kurangnya ilmu agama yang dimiliki remaja tersebut(16). Banyak hal yang menjadi pemicu terjadinya pernikahan usia dini, beberapa diantaranya adalah pemaksaan dari orang tua, perilaku seks pranikah, faktor ekonomi, lingkungan dan tingkat pendidikan(6).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Birech didapati bahwa banyak faktor yang menyebabkan terjadinya pernikahan dini di Afrika selatan dan India. Adapun beberapa faktor yang mempengaruhinya adalah keadaan bisnis orangtua, kekayaan yang dimiliki oleh pengantin, status wanita di mata masyarakat, keperawanan dan kemiskinan(10).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan ada banyak hal yang menyebabkan terjadinya pernikahan dini sebagai berikut:

1. Orangtua / keluarga

Orang tua memiliki peran penting dalam pengambilan keputusan untuk anaknya, terutama dalam masa remaja. Hasil penelitian Birech menunjukkan bahwa di Afrika dan India, perjodohan sering terjadi untuk mempererat urusan bisnis keluarga, dengan cara melakukan pertunangan, anak akan dipaksa bertunangan pada usia yang relatif muda. selain itu hal ini juga didukung oleh pemerintahan India yang mengizinkan remaja menikah usia muda, dimana menikah usia 12 tahun untuk wanita dan 14 tahun bagi pria(12).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sepriana(17) dan Dewi, terdapat ada kesamaan terkait orangtua, dimana orangtua mengharuskan anaknya menikah karena adanya anggapan bahwa jika anak gadis tidak menikah diusia 20 tahun akan di anggap perawan tua. Banyak anggapan yang menyatakan bahwa jika seorang gadis dewasa belum menikah, maka gadis ini akan menjadi aib yang membuat malu keluarga. Biasanya kategori gadis dewasa pada kalangan ini adalah ketika seorang gadis sudah mengalami menstruasi. maka tak jarang untuk

mencegahsebutan aib tersebut, para orang tua akan menikahkan anak gadisnya sedini mungkin(11).

Sedangkan hasil penelitian Fadliyana, menunjukkan bahwa di beberapa wilayah Indonesia masih banyak terdapat tradisi dalam perjodohan, dimana anak gadis sejak usia belia sudah dijodohkan oleh orangtuanya. Terdapat 49% pernikahan pada usia remaja dikarenakan perjodohan yang dilakukan orang tua(19).

2. Pergaulan bebas

Masa remaja merupakan masa dimana individu ingin lebih banyak mencari pengalaman, hal ini dipicu oleh rasa keingintahuan yang tinggi, terutama keingintahuan remaja tentang seks. Rasa keingintahuan ini akan meningkatkan minat seks pada remaja ini sendiri. Remaja akan mencari berbagai sumber informasi, dan jika sumber informasi yang didapat oleh remaja terlepas dari kontrol orangtua, remaja akan terlibat perilaku seks sedini mungkin. Perilaku seks sedini mungkin ini dapat memicu kehamilan yang tidak diinginkan atau kehamilan diluar nikah yang mengharuskan remaja untuk mempertanggung jawabkannya, yaitu menikah(20).

Perilaku seks remaja juga memicu orang tua dengan berat hati menikahkan anaknya, hal ini sering kali terjadi pada remaja yang memang sudah hamil. Dalam beberapa kasus juga didapati orangtua yang belum ingin menikahkan anaknya, karena usia anaknya yang terlalu belia, tetapi dengan keadaan anaknya yang sudah hamil, biasanya dengan terpaksa orangtua tersebut akan menikahkan anaknya (Piliang, 2014). Menurut penelitian Wiyenti(18), menikah merupakan solusi yang

selalu dipilih oleh pihak keluarga jika terjadinya kehamilan pada putra-putri mereka yang masih berusia remaja, dari penelitian yang dilakukannya terdapat 2 dari 5 informan yang mengatakan menikah akibat dari hamil diluar nikah.

3. Faktor ekonomi

Berdasarkan penelitian Priyanti (24) masalah ekonomi terkait dengan masyarakat yang memiliki penghasilan rendah. Sering kali perjodohan pada anak terjadi pada keluarga dengan latar belakang ekonomi rendah. Hal ini menjadikan pernikahan dini sangat erat kaitannya dengan kemiskinan, meskipun di beberapa kasus, pernikahan dini juga terjadi pada keluarga dengan latar belakang ekonomi atas. Masalah kemiskinan biasanya, membuat para orang tua terpaksa menikahkan anak gadisnya untuk mengurangi beban keluarga, tetapi pada beberapa kejadian, tak jarang didapati bahwa pernikahan ini terjadi juga dengan pria yang berstatus ekonomi rendah, sehingga menyebabkan bertambahnya angka kemiskinan.

Berdasarkan penelitian Birech, ditemukan bahwa di Afrika Selatan pernikahan dini dianggap sebagai sebuah transaksi untuk menutupi kemiskinan keluarga, dimana orangtua akan menikahkan anaknya hanya untuk mendapatkan uang dari pernikahan anaknya(10).

Berdasarkan penelitian Nainggolan dikatakan bahwa ketika seorang gadis beranjak dewasa, maka sering kali di anggap akan menambahi beban ekonomi keluarga. Sehingga, untuk mengurangi beban ekonomi keluarga maka anak gadis tersebut harus segera dinikahkan, bahkan di bebapa kasus anak gadis tersebut yang ingin menikah atas kemauannya sendiri dengan alasan ingin membantu orangtua.(21)

4. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan terkait dengan bagaimana status wanita dimasyarakat, di beberapa bagian wilayah wanita masih dianggap sebagai kaum yang tidak penting dan selalu dipinggirkan. Wanita dianggap hanya penambah beban keluarga yang tidak dapat menghasilkan uang. Hasil penelitian Birech menemukan bahwa di India wanita di pandang sangat rendah, sehingga akan dinikahkan secepatnya sebagai penambah ekonomi keluarga(10).

Rasa keinginan remaja untuk diterima dalam lingkungan pergaulan, biasanya memicu remaja untuk melakukan hal apa saja. Termasuk melakukan hubungan seks. Pada dasarnya remaja hanya melakukannya untuk membuktikan bahwa dirinya sama dan bisa menjadi seperti teman-temannya, seperti kelompok pergaulan yang diinginkannya.

5. Faktor Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor dalam menciptakan pola pikir yang lebih berkembang. Tingkat pendidikan biasanya membuat seseorang lebih paham untuk menentukan tujuan hidupnya, tapi bukan berarti semua individu yang memiliki pendidikan rendah tidak bisa menentukan tujuan hidupnya. Biasanya pada remaja yang masih ingin melanjutkan sekolah, akan menolak untuk melakukan pernikahan dini, berbeda dengan remaja yang sudah berhenti sekolah atau tidak sekolah sama sekali. Hasil penelitian Purbaditemukan bahwa disebagian masyarakat pendidikan dianggap tidak penting(22).

Berdasarkan penelitian Nainggolan mengungkapkan bahwa hampir dari keseluruhan remaja yang menikah pada usia dini memiliki tingkat pendidikan

yang rendah, hal ini dapat disebabkan dari masalah ekonomi. Rendahnya pendapatan keluarga setiap bulannya menyebabkan anak tidak dapat melanjutkan sekolahnya dan tidak mendapat pekerjaan yang layak sehingga mengambil jalan untuk menikah. Bukan hanya pendidikan anak remaja, tingkat pendidikan orangtua juga berpengaruh dalam kejadian pernikahan usia dini, dimana orangtua yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah akan memiliki pola pikir yang rendah pula sehingga cenderung akan menikahkan anaknya pada usia muda, dengan alasan budaya ataupun takut dosa(21).

2.2.3. Dampak pernikahan dini

Menurut Lubis(16) menyatakan lebih banyak hal negatif yang ditimbulkan oleh pernikahan dini daripada dampak positifnya. Dampak ini terutama terjadi pada remaja wanita, karena erat dengan kaitan kesehatan reproduksinya (22). Ada banyak dampak yang ditimbulkan dari pernikahan dini, ada dampak positif dan ada dampak negatif. Dampak positif dari pernikahan dini adalah terhindar dari perilaku seks bebas, karena kehidupan seks terpenuhi(23)

Menurut Lubis(16) dampak negatif pada pernikahan dini dapat dikelompokkan menjadi empat kelompok yaitu dampak bagi kesehatan, bagi kehidupan, bagi anak yang dilahirkan dan akibatnya bagi perkembangan. Hal ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan bahwa pernikahan dini akan menimbulkan dampak bagi kesehatan reproduksi, derajat pendidikan, anak yang dilahirkan dan komplikasi masalah psikosial(24).

1. Akibatnya bagi kesehatan (*Health and Related outcomes*)

Menurut laporan WHO (2012) setiap harinya 800 wanita meninggal akibat

kehamilan dan persalinan, dan ditemui paling banyak pada daerah pedesaan dan mayoritas pada keluarga miskin serta ibu-ibu muda. Berdasarkan penelitian fadlyana (25) dikatakan bahwa remaja wanita usia 10-14 tahun beresiko lima kali lipat meninggal saat hamil dan bersalin dibanding kelompok usia 20-24 tahun, dan resiko ini akan meningkat dua kali lipat pada kelompok usia 15-19 tahun. Kehamilan dan persalinan akan lebih beresiko bila ibu berada di bawah usia reproduktif <20 tahun atau lebih dari usia reproduktif >35 tahun(26).

Berdasarkan penelitian Wiyenti(18) dikatakan bahwa wanita yang menikah pada usia muda rentan terhadap kejadian dan komplikasi pada masa kehamilan dan persalinan, hal ini disebabkan oleh organ reproduksi yang dimiliki oleh remaja belum matang, dari penelitian yang dilakukannya didapati dari 5 informan yang diteliti beberapa diantaranya pernah mengalami kejadian abortus dan anemia. Berdasarkan penelitian Fadlyana menemukan pernikahan usia muda juga menjadi penyebab timbulnya Karsinoma Serviks, diakibatkan organ reproduksi yang belum matang(24).

Berdasarkan penelitian Suresh pernikahan usia dini membuat seorang remaja wanita lebih rentan terhadap HIV, hal ini dikarenakan alat reproduksi yang belum matang sehingga muda tertular, juga dikarenakan karena suami yang usianya jauh lebih tua sehingga memungkinkan melakukan hubungan seksual tanpa kondom dengan pasangan lainnya, dan wanita hanya bisa menerima karena adanya tekanan ekonomi(13).

Berdasarkan penelitian Fadlyana bahwa mudanya usia saat melakukan hubungan seksual pertama kali juga meningkatkan resiko penyakit menular

seksual yang diakibatkan kurangnya dasar pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Infeksi HIV bisa ditularkan langsung dari pasangan seks yang sudah terinfeksi sebelumnya, kemudian usia yang jauh juga menyebabkan adanya dominasi seksual yang menyebabkan anak mencoba hubungan seksual diluar rumah(25).

2. Akibatnya dengan kehidupan (*Life Outcomes*)

Berdasarkan hasil penelitian Fadlyana(25) semakin muda usia menikah maka akan semakin rendah tingkat pendidikan yang dicapai oleh anak, hal ini disebabkan oleh tugas baru anak sebagai istri dan calon ibu serta sebagai suami, calon ayah atau kepala keluarga. Pendidikan yang rendah pada remaja yang melakukan pernikahan usia dini membuat remaja tidak mendapatkan kesempatan untuk berkembang seperti teman sebayanya, hal ini membuat remaja akan merasa iri hati dan menarik diri dari lingkungan sosialnya, terkadang hal ini menjadi pemicu terjadinya halangan-halangan penyesuaian pada perkawinan(27).

3. Akibatnya dengan anak (*Outcomes For Children*)

Pernikahan dini erat kaitannya dalam kehidupan keluarga setelah menikah. Memasuki kehidupan keluarga pastinya membutuhkan persiapan yang matang dari setiap pasangan dalam membangun sebuah keluarga yang harmonis. Banyak hal yang dipengaruhi oleh pernikahan dini selain dampaknya buat remaja itu sendiri, pernikahan dini juga akan berpengaruh pada kehidupan keluarga yang berlanjut dengan kehidupan anak yang akan dilahirkan kelak(16).

Untuk pertumbuhan dan perkembangan seorang anak, pastinya keluarga harus dibekali dengan pengalaman yang sudah terlatih, pernikahan dini membuat

remaja yang sudah menjadi orangtua tidak mempunyai kesempatan untuk mempunyai pengalaman sebagai orangtua sesungguhnya. Pada tahap seorang remaja, seorang anak juga mengalami pertumbuhan, hal ini akan berpengaruh jika anak tersebut juga memiliki anak. Akan terjadi perebutan dalam pertumbuhan dan perkembangan dari keduanya hal ini akan berdampak pada kualitas anak yang dihasilkan oleh pasangan remaja ini terkait dengan status gizi anak(11).

Banyak hal yang terkait dengan status gizi pada anak yang dihasilkan dari pernikahan dini, dalam masa ini orangtua merupakan pemegang keputusan yang penting bagi status gizi anak. Berdasarkan penelitian Husin bahwa status gizi terkait masalah pertumbuhan dan perkembangan pada anak dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, tingkat pendidikan, kemiskinan, tingkat pendapatan keluarga, dan jumlah anggota keluarga(28).

Berdasarkan penelitian Guilbert(29) pernikahan dini akan memiliki dampak pada kematian anak. Hal ini dikarenakan kematangan organ reproduksi yang belum sempurna, dan dipengaruhi oleh pendidikan ibu yang rendah akan menyebabkan pola asuh yang rendah pula terhadap anak(29).

Berdasarkan penelitian Nainggolan mengungkapkan bahwa hampir dari keseluruhan remaja yang menikah pada usia dini memiliki tingkat pendidikan yang rendah, hal ini akan berdampak pada keluarga itu sendiri. Menurut penelitian Hetra (2014) lebih dari 50% orangtua yang memiliki pendidikan rendah akan mengalami perkembangan anak yang bermasalah. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang sulit untuk mendapatkan pekerjaan, sehingga menyebabkan seseorang akan melakukan pekerjaan apapun untuk

mencukupi kebutuhan keluarga walalupun dengan pendapatan keluarga yang sangat minim(25).

Berdasarkan penelitian Yulinda(30)mengatakan bahwa status gizi anak terkait dengan berat badan dan gizi kurang berhubungan dengan pendapatan keluarga, semakin tinggi pendapatan keluarga maka kehidupan pangan akan terus terpenuhi, pendapatan keluarga akan dipengaruhi oleh pekerjaan kepala keluarga itu sendiri. Berdasarkan penelitian Devi(29)pekerjaan orangtua akan mempengaruhi status gizi seorang anak yang berdampak pada pertumbuhan dan perkembangannya. Menurut penelitanditemukan adanya penyimpangan pertumbuhan balita terkait dengan pekerjaan orangtua dengan prevalensi stunting 24% dan underweight 32%.

Berdasarkan penelitian Fadlyana(25) bahwa menjadi orangtua diusia remaja akan menyebabkan kurangnya keterampilan untuk mengasuh anak, hal ini dapat menyebabkan anak yang dilahirkan mengalami perlakuan yang salah seperti penelantaran anak yang dilahirkan dari pernikahan usia dini beresiko mengalami keterlambatan perkembangan, kesulitan belajar, gangguan prilaku dan cenderung menjadi orangtua juga di usia remaja.

Dari hasil penelitian yang dilakukan Afifah(11)bahwa ibu yang menikah usia dini memiliki kecenderungan untuk memiliki anak dengan pertumbuhan dan perkembangan yang terganggu. Hal ini ditunjukkan dari data kelompok usia ibu dimana usia 25-29 tahun memiliki anak pendek 33,7%, dan kelompok usia ibu 20-24 tahun memiliki anak pendek 37,2% dan ibu yang berusia 15-19 tahun memiliki anak pendek 42,2%. Semakin muda usia ibu menikah maka proporsi balita dengan

status gizi pendek semakin meningkat. Usia ibu yang terlalu muda, dan ketidakmampuan usia muda dalam memahami kesehatan, dapat menyebabkan penurunan pada kualitas anak yang dilahirkan(22).

4. Akibatnya dengan perkembangan (Development Outcomes)

Menurut penelitian Suresh(13) ketika wanita memutuskan untuk menikah dibawah umur 16 tahun maka akan mempunyai kesempatan memiliki banyak anak. Dari responden yang menikah usia dini yang memiliki anak lebih dari 2 adalah pada kelompok usia dibawah 15 tahun memiliki anak lebih dari 2 sebanyak 4,96%, kelompok usia 15-17 tahun 4,15% dan kelompok usia 18 tahun sebanyak 3,12%. Menurut Riskesdas (2013) hal ini dikarenakan semakin muda usia menikah maka semakin lama pula waktu untuk bereproduksi.

5. Akibatnya bagi masalah psikosial

Menurut Fadlyana wanita yang hamil pada usia dini akan mengalami trauma yang berkepanjangan dan berkurangnya rasa percaya diri hal ini disebabkan karena anak secara psikologis belum siap untuk bertanggung jawab dan berperan sebagai ibu, istri, pasangan seks, yang akan berimbas negatif pada perkembangan kepribadian mereka(25).

Berdasarkan penelitian Wiyenti(18) bahwa pernikahan dini memang memiliki dampak pada keharmonisan keluarga. Hal ini didapat dari hasil wawancara yang dilakukan kepada tokoh masyarakat dan tokoh agama yang mengatakan seringnya terjadi pertengkaran pada remaja menikah dini yang berujung pada perceraian. Hal ini dikarenakan emosi yang belum matang sehingga cenderung labil dan emosional.

2.2.4. Persepsi pernikahan usia dini

Menurut Piliangada dua persepsi yang ditimbulkan oleh pernikahan di usia muda,yaitu ; (1) Pernikahan yang dilaksanakan dengan cara yang tidak baik. Pernikahan ini biasanya dilatar belakangi perjodohan yang dilakukan orang tua, tertangkap basah akibat pergaulan bebas, atau sudah hamil diluar nikah, yang pasti pernikahan ini dilaksanakan dengan terpaksa. (2)Pernikahan yang dilaksanakan dengan baik,Pernikahan ini dilakukan dengan persetujuan dari kedua pihak pasangan, biasanya dilakukan karena hal-hal yang ditakutkan untuk menghindari dosa dan atas kemauan anak itu sendiri(13).

2.2.5. Konsep Pertumbuhan Bayi

Pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran dan jumlah sel dan jaringan intra seluler yang artinya bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sehingga dapat di ukur dengan menggunakan satuan ukuran panjang badan dan berat badan(31).

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2015) pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan srtuktur tubuh yang berarti sebagian atau seluruhnya karna adanya multiplikasi bertambah banyak sel-sel tubuh dan bertambah besarnya sel sehingga pertumbuhan lebih terpusat pada penambahan ukuran fisik seseorang yaitu menjadi lebih besar atau matang bentuknya, seperti bertambahnya berat badan, tinggi badan dan lingkar kepala. Pertumbuhan juga didefenisikan sebagai bertambahnya jumlah dan besar sel di seluruh bagian tubuh secara kuantitatif dan dapat di ukur contoh nya tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala(32). Ariani menyatakan pertumbuhan sebagai bertambahnya

jumlah dan besar sel organ yang dapat di ukur dengan ukuran berat (gram, pound dan kilogram), panjang (sentimeter dan meter) dan usia tulang(33).

2.2.6. Indikator pemantauan pertumbuhan bayi

Menurut Hidayat terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menilai pertumbuhan anak, dan mendeteksi masalah pertumbuhan pada anak, adapun beberapa cara tersebut adalah dengan melakukan pengukuran antropometri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan juga pemeriksaan radiologi(32).

1. Pengukuran Antropometri

Pengukuran antropometri merupakan pengukuran yang dilakukan untuk mengetahui pertumbuhan pada seorang anak, pengukuran antropometri dilakukan dengan dua cara yaitu pengukuran yang dilakukan berdasarkan usia dan tidak berdasarkan usia. Pengukuran antropometri meliputi penimbangan berat badan, pengukuran tinggi/panjang badan,lingkar kepala dan lingkar lengan atas(34). Pengukuran antropometri dapat dilakukan untuk mengetahui tumbuh dan kembang seorang anak berdasarkan umur,berat badan dan tinggi badan(31).

a) Penimbangan berat badan

Penimbangan berat badan pada anak dilakukan untuk mengetahui status gizi pada anak, dengan cara menilai hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh, misalnya tulang otot, lemak, organ tubuh, dan cairan tubuh(27). Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (InfoDatin, 2014) tercatat bahwa ada sekitar 19,7 anak balita di

Indonesia yang tidak memperoleh haknya untuk mendapat pelayanan kesehatan dasar berupa penimbangan berat badan di Posyandu(31).

Dalam masa pertumbuhan berat badan bayi dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok umur 0-6 bulan dan kelompok umur 6-12 bulan. Setiap minggunya akan terjadi penambahan berat badan pada anak, dimana untuk anak umur 0-6 bulan terjadi penambahan berat badan sekitar 140-200 gram setiap minggunya dan akan menjadi dua kali lipat dari berat badan lahir pada saat menjadi usia akhir bulan ke enam. Sedangkan, pada kelompok anak umur 6-12 bulan akan terjadi penambahan sekitar 25-40 gram setiap minggunya dan pada akhir bulan ke dua belas meningkat menjadi tiga kali lipat berat badan lahir. Dan ketika anak mencapai umur 2,5 tahun peningkatan berat badan menjadi empat kali lipat dari berat badan lahir, dan terus akan meningkat 2-3 kg setiap tahunnya(24).

Tabel 2.1 Penambahan berat badan

No	Umur	Berat badan
1	bayi baru lahir	rata-rata 300-350gr
2	minggu I	BB turun s/d 10% dari BB lahir (fisiologis)
3	akhir minggu s/d hari ke 10-14	BB meningkat seperti berat lahir
4	triwulan I	kenaikan BB 150-250 gr/minggu
5	triwulan II	kenaikan BB 500-600 gr/bulan
6	triwulan III	kenaikan BB 300-450 gr/bulan
7	triwulan IV	kenaikan BB 250-350 gr/bulan
8	6 bulan	2 kali BB lahir
9	1 tahun	3 kali BB lahir
10	2-2,5 tahun	4 kali BB lahir

Dikutip dari : Sulistyawati

Menurut WHO dengan menggunakan standar NCHS (*National Center For Health Statistic*) gangguan pertumbuhan anak dapat dikelompokkan menjadi tiga

kelompok yaitu malnutrisi sedang, malnutrisi akut dan malnutrisi berat. Selain itu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan pada anak dapat juga digunakan kartu menuju sehat (KMS) yang lebih praktis sederhana dan mudah(7).

a. Pengukuran Panjang/tinggi Badan

Setiap bulannya anak akan mengalami penambahan tinggi atau panjang badan, untuk anak umur 0-6 bulan akan terjadi penambahan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Sedangkan pada kelompok umur 6-12 bulan akan bertambah 1,25 cm setiap bulannya. Pada akhir usia tahun pertamanya anak akan menjadi lebih tinggi kira-kira 50% dari tingginya badannya waktu lahir. Pada tahun kedua kehidupannya akan terjadi penambahan tinggi badan sekitar 12 cm, dan 4-6 cm pada tahun ketiga, sedangkan pada tahun keempat kehidupannya anak akan menjadi lebih tinggi 6-8cm setiap tahunnya(24).

Pengukuran panjang badan bayi dapat dilakukan dengan menggunakan papan pengukur (infantometer), sedangkan untuk melakukan pengukuran tinggi badan dilakukan dengan posisi berdiri menggunakan stadiometer (7). Pengukuran panjang atau tinggi badan yang dilakukan pada anak dapat berguna untuk pemantauan status gizi anak, menurut WHO dengan menggunakan standar baku NCHS pemantauan pengukuran tinggi badan dapat diketahui yaitu dengan menggunakan persentase dari median. Lebih dari atau sama dengan 90% dikatakan normal, sedangkan kurang dari 90% dikatakan tidak normal atau malnutrisi kronis (35).

b. Pengukuran lingkaran kepala

Pengukuran lingkaran kepala dilakukan untuk mengetahui atau menilai bagaimana pertumbuhan otak. Dengan melakukan pengukuran lingkaran kepala maka dapat dideteksi masalah gangguan pertumbuhan otak secara dini seperti masalah pengecilan bagian otak (mikrosefali) yang dapat menyebabkan anak mengalami retardasi mental, atau mendeteksi masalah pertumbuhan otak yang membesar yang abnormal yang diakibatkan oleh penyumbatan pada aliran Serebropinalis(34).

Pertumbuhan lingkaran kepala terjadi sangat cepat pada enam bulan pertama kehidupan anak, yaitu 35-43 cm. Pada usia selanjutnya pertumbuhan lingkaran kepala akan berjalan lebih lambat, pada tahun pertama kehidupan lingkaran kepala anak hanya mengalami penambahan pertumbuhan kurang lebih 4,5cm. Pada usia 2 tahun akan menjadi 49 cm, dan bertambah 1 cm pada usia tiga tahun, kemudian akan bertambah kurang lebih 5 cm pada usia remaja(24).

Lingkaran kepala anak diukur dengan menggunakan grafik lingkaran kepala. Grafik bayi laki-laki cukup bulan dimulai dengan ukuran 32-38cm, sedangkan grafik bayi perempuan cukup bulan dimulai dari ukuran 31-37cm. Lingkaran kepala di bawah -2 SD disebut mikrosefali dan bila ukurannya di atas +2 SD disebut makrosefali. Lingkaran kepala diukur setiap bulan pada tahun pertama, setiap tiga bulan pada tahun kedua, dan setiap enam bulan pada usia sampai lima tahun(36).

c. Pengukuran lingkaran lengan atas

Pengukuran ini dilakukan untuk mengetahui status gizi anak dengan cara menilai jaringan lemak dan otot, namun penilaian ini tidak banyak

berpengaruh pada keadaan jaringan tubuh apabila dibandingkan dengan berat badan(32).

2. Pemeriksaan Fisik

Penilaian pada pertumbuhan juga dapat dilihat dengan melakukan pemeriksaan fisik dengan melihat bentuk tubuh, membandingkan bagian tubuh dan anggota gerak lainnya, menentukan jaringan otot dengan memeriksa lengan atas, bokong dan paha, menentukan jaringan lemak, melakukan pemeriksaan bagian otot, serta menentukan pemeriksaan rambut dan gigi(37).

3. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai keadaan pertumbuhan dan perkembangan anak yang erat kaitannya dengan penyakit. Adapun pemeriksaan yang dapat dilakukan antara lain adalah pemeriksaan kadar haemoglobin, pemeriksaan serum protein (albumin dan globulin), hormonal, dan pemeriksaan-pemeriksaan lain yang dapat menunjang penegakan diagnosis suatu penyakit(34).

4. Pemeriksaan radiologis

Penilaian ini dilakukan untuk mengecek usia tumbuh kembang, misalnya usia tulang bila dicurigai adanya gangguan pertumbuhan(34).

2.2.7. Konsep Perkembangan Bayi

Perkembangan adalah penambahan kemampuan struktur serta fungsi tubuh yang kompleks dalam kemampuan motorik kasar, motorik halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian(38). Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) mendefinisikan perkembangan sebagai penambahan kemampuan struktur tubuh dan fungsi tubuh yang kompleks dan teratur yang disebut dengan proses

diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ dan sistemnya yang terorganisasi. Depkes menetapkan ada beberapa hal yang perlu dipantau dari perkembangan balita, yaitu: (1) Motorik kasar, yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan bayi dalam melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti pada saat duduk dan berdiri. (2) Motorik halus, adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan bayi melakukan pergerakan dengan melibatkan bagian tubuh tertentu yang dilakukan dengan koordinasi otot, (3) Kemampuan bicara dan bahasa yaitu merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan anak dalam memberikan respon terhadap suara, cara berbicara dan berkomunikasi. Dan, (4) Sosialisasi dan kemandirian merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan mandiri pada bayi seperti makan, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya(31).

2.2.8. Tahap perkembangan pada bayi

Hidayat (2010) menyatakan ada beberapa tahap perkembangan pada anak mulai dari perkembangan motorik halus, motorik kasar, perkembangan bahasa dan perkembangan perilaku / adaptasi sosial.

1. Perkembangan motorik halus

Perkembangan motorik halus terjadi mulai dari : Pada masa neonatus (0-28 hari), dimulai dengan adanya kemampuan untuk mengikuti garis tengah bila diberi respons terhadap gerakan jari atau tangan. Masa bayi 1-4 bulan, pada usia ini anak dapat memegang suatu objek, mengikuti objek dari sisi ke sisi, mencoba memegang dan memasukkan benda ke dalam mulut, memegang benda tapi

terlepas, memerhatikan tangan dan kaki, memegang benda dengan kedua tangan, serta menahan benda di tangan walaupun hanya sebentar(36).

Masa bayi 4-8 bulan, anak sudah mulai mengamati benda, menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk memegang, mengeksplorasi benda yang sedang dipegang, mengambil objek dengan tangan tertangkap, mampu menahan kedua benda di kedua tangan secara simultan, menggunakan bahu dan tangan sebagai satu kesatuan, serta memindahkan objek dari satu tangan ke tangan yang lain. Masa bayi 8-12 bulan, pada masa ini anak mencari atau meraih benda kecil, bila diberi kubus mampu memindahkan, mengambil, memegang dengan telunjuk dan ibu jari, membenturkannya, serta meletakkan benda atau kubus ke tempatnya(39).

Masa anak 1-2 tahun, pada masa ini anak mulai dapat menyusun atau membuat menara kubus. Masa prasekolah, yaitu anak mulai memiliki kemampuan menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, memilih garis yang lebih panjang dan menggambar orang, melepas objek dengan jari lurus, mampu menjepit benda, melambaikan tangan, menggunakan tangannya untuk bermain, menempatkan objek ke dalam wadah, makan sendiri, minum dari cangkir dengan bantuan, menggunakan sendok dengan bantuan, makan dengan jari, serta membuat diatas kertas(40).

2. Perkembangan Motorik Kasar

Perkembangan motorik kasar terjadi mulai ; Masa Neonatus (0-28 hari), diawali dengan tanda gerakan seimbang pada tubuh dan mulai mengangkat kepala. Masa bayi 1-4 bulan, dimulai dengan kemampuan mengangkat kepala saat tengkurap, mencoba duduk sebentar dengan ditopang, mampu duduk dengan

kepala tegak, jatuh terduduk dipangkuan ketika disokong pada posisi berdiri, kontrol kepala sempurna, mengangkat kepala sambil berbaring telentang, berguling terlentang ke miring, posisi lengan dan tungkai kurang fleksi, dan berusaha untuk merangkak(36).

Masa bayi 4-8 bulan, terjadi perubahan dalam aktivitas, seperti posisi telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan kedua tangannya, pada bulan ke empat sudah mampu memanglingkan kepala ke kanan dan ke kiri, duduk dengan kepala tegak, membalikkan badan, bangkit dengan kepala tegak, menumpu beban pada kaki dengan lengan berayun kedepan dan kebelakang, berguling dari telentang ke tengkurep, serta duduk dengan bantuan dalam waktu yang singkat. Masa bayi 8-12 bulan, diawali dengan duduk tanpa pegangan, berdiri dengan pegangan, bangkit lalu berdiri, berdiri 2 detik, dan berdiri sendiri(24).

Masa anak 1-2 tahun, pada masa ini anak sudah mampu melangkah dan berjalan dengan tegak. Sekitar usia 18 bulan anak mampu menaiki tangga dengan cara satu tangan dipegang. Pada akhir tahun kedua sudah mampu berlari-lari kecil, menendang bola dan mulai mencoba melompat. Masa prasekolah, pada masa ini diawali dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik, melompat dengan satu kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, menjelajah, membuat posisi merangkak, dan berjalan dengan bantuan(36).

3. Perkembangan bahasa

Masa neonatus 0-28 hari ditunjukkan dengan adanya kemampuan bersuara

(menangis) dan bereaksi terhadap suara atau bel. Masa bayi 1-4 bulan, pada masa ini ditandai dengan kemampuan bersuara dan tersenyum, mengucapkan huruf hidup, berceloteh, mengucapkan kata “ooh/ahh”, tertawa dan berteriak, mengoceh spontan, serta bereaksi dengan mengoceh(32).

Masa bayi 4-8 bulan, pada masa ini anak dapat menirukan bunyi atau kata-kata, menoleh kearah suara atau sumber bunyi, tertawa, menjerit, menggunakan vokalisasi semakin banyak, serta menggunakan kata yang terdiri atas dua suku kata dan dapat membuat dua bunyi vokal yang bersamaan seperti “ba-ba”. Masa bayi usia 8-12 bulan, pada masa ini anak mulai dapat mengucapkan kata “papa” dan “mama” yang belum spesifik, mengoceh hingga mengatakannya secara spesifik, serta dapat mengucapkan 1-2 kata(34).

Masa anak 1-2 tahun, ditandai dengan diawali dengan anak mampu memiliki sepuluh perbendaharaan kata, tingginya kemampuan meniru, mengenal, dan responsif terhadap orang lain, mampu menunjukkan dua gambar, mampu mengombinasikan kata-kata, serta mulai mampu menunjukkan lambaian anggota badan. Masa prasekolah, dimulai dengan adanya kemampuan menyebutkan hingga empat gambar, menyebutkan satu hingga dua warna, menyebutkan kegunaan benda, menghitung, mengartikan dua kata, mengerti empat kata depan, mengerti beberapa kata sifat dan 36 jenis kata lainnya, menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, orang dan aktifitas, menirukan berbagai bunyi kata, memahami arti larangan, serta merespon panggilan orang dan anggota keluarga terdekat(40).

4. Perkembangan perilaku / adaptasi sosial

Masa neonatus 0-28 hari di tunjukkan dengan adanya tanda-tanda tersenyum dan mulai menatap muka untuk mengenali seseorang. Masa bayi 1-4 bulan, pada masa ini di mulai dengan kemampuan mengamati tangannya, tersenyum spontan dan membalas senyum bila diajak tersenyum, mengenal ibunya dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, dan kontak, tersenyum pada wajah manusia, waktu tidur dalam sehari lebih sedikit daripada waktu terjaga, membentuk siklus tidur bangun, menangis bila terjadi sesuatu yang aneh, membedakan wajah-wajah yang dikenal dan tidak dikenal, senang menatap wajah-wajah yang dikenalnya, serta terdiam bila ada orang yang tak di kenal(36).

Masa bayi usia 4-8 bulan, pada masa ini anak merasa takut dan terganggu dengan keberadaan orang asing, mulai bermain dengan mainan, mudah frustrasi, serta memukul-mukul lengan dan kaki jika sedang kesal. Masa bayi 8-12 bulan, dimulai dengan kemampuan bertepuk tangan, menyatakan keinginan, sudah mulai minum dengan cangkir, menirukan kegiatan orang, bermain bola atau lainnya dengan orang lain. Masa anak usia 1-2 tahun, ditandai dengan adanya kemampuan membantu kegiatan di rumah, menyuapi boneka, mulai menggosok gigi, serta mencoba mengenakan baju sendiri(40).

Masa prasekolah, ditandai dengan adanya kemampuan bermain dengan permainan sederhana, menangis jika dimarahi, membuat permainan sederhana dengan gaya tubuh, menunjukkan peningkatan kecemasan terhadap perpisahan, serta mengenali anggota keluarga(32).

2.2.9. Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang bayi

Setiap anak akan tumbuh dan berkembang sesuai usianya, dimana perhatian orangtua menjadi kunci utama dalam hal ini. Setiap orangtua selalu menginginkan yang terbaik untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Namun, tidak semua anak berkembang dengan baik, ada beberapa diantaranya akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang pada balita adalah:

1. Faktor Hereditas

Hereditas atau keturunan adalah faktor yang tidak dapat diubah, melalui instruksi genetik yang ada didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan anak. Yang termasuk dalam genetik ini adalah jenis kelamin dan suku bangsa (ras). Contohnya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih tinggi dan lebih besar dibanding anak keturunan Asia(40).

2. Faktor Lingkungan - Lingkungan Internal

Lingkungan internal dipengaruhi oleh perubahan hormon dan emosi, terdapat tiga hormon yang berperan dalam pertumbuhan anak, yaitu hormon somatotropin, hormon tiroid, dan hormon gonadotropin(32). Hormon Somatotropin adalah hormon yang memengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak pada masa pertumbuhan, kekurangan hormon ini dapat menyebabkan gigantisme pada anak. Hormon tiroid adalah hormon yang mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormon ini akan menyebabkan terjadinya kretinisme. Sedangkan, hormon gonadotropin adalah hormon yang berfungsi

untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan produksi sel telur, jika kekurangan hormon ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks pada anak(38).

Perkembangan emosi, sosial dan intelektual anak juga dipengaruhi dari terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara teman sebaya, guru dan sebagainya. Cara anak berkomunikasi dengan orangtua dirumah akan berpengaruh terhadap interaksi anak diluar rumah(36).

3. Lingkungan Eksternal

Menurut Mansur(41) Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhinya, yaitu:

- 1) Kebudayaan, kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat kebiasaan dan tingkah laku dalam bagaimana orangtua mendidik anaknya. Berdasarkan penelitian Hendra (2008) dikatakan bahwa tradisi tidak memiliki pengaruh dalam tumbuh dan kembang seorang anak, namun hal ini hanya berlaku pada masyarakat yang mulai hidup kekota dan sudah mulai melepaskan atau berpikir rasional terhadap tradisi yang dijalani.
- 2) Status sosial ekonomi keluarga juga turut berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, orangtua dengan ekonomi menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah yang berkualitas, sehingga dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Menurut Yulinda(40), bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan keluarga maka semakin baik pula status gizi pada anak.

- 3) Status nutrisi juga berpengaruh, orangtua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat anaknya, hal ini kan menyebabkan anak kekurangan asupan nutrisi, dan mengakibatkan daya tahan tubuh menurun yang akhirnya menyebabkan anak lebih mudah terserang penyakit.
- 4) Olahraga dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologis dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot.
- 5) Posisi anak dalam keluarga, Jumlah anak akan mempengaruhi orangtua dalam pengurusan anak, biasanya anak pertama akan menjadi pusat perhatian orangtua, sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

4. Faktor Pelayanan kesehatan

Tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada disekitar lingkungan anak mengalami tumbuh dan kembang, diharapkan tumbuh anak dapat dipantau. Sehingga, apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya merahukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, anak dapat segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya(38).

2.2.10. Prinsip pertumbuhan dan perkembangan

Menurut Hidayat (2010), pertumbuhan dan perkembangan memiliki prinsip dalam prosesnya. Prinsip ini dapat menentukan ciri atau pola dari pertumbuhan dan perkembangan setiap anak. Adapun prinsip-prinsip tersebut antara lain, yaitu:

1. Proses pertumbuhan dan perkembangan anak sangat bergantung pada aspek kematangan susunan saraf pada manusia, dimana semakin sempurna atau kompleks kematangan saraf maka semakin sempurna pula proses pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi mulai dari proses konsepsi sampai dengan dewasa.
2. Proses pertumbuhan dan perkembangan setiap individu adalah sama, yaitu mencapai proses kematangan, meskipun dalam proses pencapaian tersebut tidak memiliki kecepatan yang sama antara individu yang satu dengan yang lain.
3. Proses pertumbuhan dan perkembangan memiliki pola khas yang dapat terjadi mulai dari kepala hingga keseluruhan bagian tubuh atau juga mulai dari kemampuan yang sederhana hingga mencapai kemampuan yang lebih kompleks sampai mencapai kesempurnaan dari tahap pertumbuhan dan perkembangan.

2.2.11. Ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan bayi

Pertumbuhan memiliki ciri-ciri tersendiri, yaitu ; Akan terjadi perubahan ukuran dalam hal bertambahnya ukuran fisik, seperti berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan, lingkar dada, dan lain-lain, Terjadi perubahan proporsi yang dapat terlihat pada proporsi fisik atau organ manusia yang muncul mulai dari masa konsepsi hingga dewasa. Serta terjadinya hilangnya ciri-ciri lama yang ada selama masa pertumbuhan(31).

Perkembangan mempunyai pola yang tetap. Dimana perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut 2 hukum yaitu perkembangan selalu terjadi di daerah

kepala terlebih dahulu kemudian anggota tubuh dan perkembangan antropometri terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus. Perkembangan juga memiliki tahap yang berurutan, setiap balita terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum membuat gambar kotak

2.2.12. Masalah gangguan pertumbuhan perkembangan bayi

1. Gizi Kurang

Berdasarkan Infodatin (2014), bahwa tercatat pada tahun 2013 prevalensi gizi buruk pada balita berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) bahwa di Indonesia antar provinsi pada rentang 2,8-11,9%,dimana propinsi tertinggi adalah Papua Barat (2,8%) dan terendah adalah DKI Jakarta (2,8%). Secara garis umum di Indonesia tercatat bahwa berdasarkan (BB/U) sebanyak 1.350.900 balita mengalami gizi buruk pada tahun 2013 (Depkes RI, 2014).

Dalam penelitiannya Yulinda (2013) mengatakan bahwa status gizi anak terkait dengan berat badan dan gizi kurang berhubungan dengan pendapatan keluarga, semakin tinggi pendapatan keluarga maka kehidupan pangan akan terus terpenuhi, pendapatan keluarga akan dipengaruhi oleh pekerjaan kepala keluarga itu sendiri, dalam penelitiannya dijelaskan bahwa tidak ada hubungan pekerjaan dengan status gizi anak, namun dikatakan semakin baik pekerjaan kepala keluarga maka semakin baik pula status gizi anak.

2. Pendek (*stunting*)

Menurut Riskesdas 2013 sebanyak 4,3% balita memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR. Presentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR pada kelompok umur 0-5 bulan paling tinggi di banding kelompok umur lainnya. Adanya kecenderungan pada prevalensi balita pendek, yaitu semakin tinggi pendidikan maka semakin rendah presentase anak lahir pendek. Kemudian presentase anak pendek ditemukan pada kepala rumah tangga yang tidak bekerja (22,3%), dan anak dengan presentase lahir pendek juga banyak ditemukan di pedesaan (21,9%) dibanding perkotaan (19,1%) (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Afifah (14) balita pendek juga di pengaruhi oleh usia ibu menikah, dimana menurut kelompok usia ibu menikah pada kelompok usia 25-29 tahun memiliki anak pendek 33,7%, dan kelompok usia ibu 20-24 tahun memiliki anak pendek 37,2% dan ibu yang berusia 15-19 tahun memiliki anak pendek 42,2%.

3. Kecacatan

Menurut Riskesdas (2013) kecacatan di kelompokkan menjadi kecacatan yang dapat diobservasi termasuk karena penyakit atau trauma pada kecelakaan. Kecacatan di kategorikan sebagai masalah gangguan pada perkembangan anak yaitu terkait dengan ; Tuna netra (penglihatan/ buta), Tuna Wicara (Berbicara / bisu), Down Syndrome, Tuna daksa (tubuh/ cacat anggota badan), Bibir sumbing dan Tuna rungu (tuli/ gangguan pendengaran). Dari data tahun 2013 di Indonesia ditemukan bahwa kecacatan pada balita umur 24-59 bulan masih tinggi mencapai (0,53%), persentase jenis kecacatan yang tertinggi adalah tuna netra (0,17%) dan terendah adalah tuna rungu (0,07%) (Kemenkes RI, 2013).

2.2.13. Deteksi dini tumbuh kembang (DDTK)

Menurut Depkes RI DDTK adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada bayi, balita dan anak prasekolah. Ada tiga jenis deteksi dini tumbuh kembang yang dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan, yaitu; deteksi dini penyimpangan pertumbuhan, deteksi dini penyimpangan perkembangan, dan deteksi dini penyimpangan emosional.

Jadwal tumbuh kembang bayi

Kelompok Usia	Jadwal deteksi dini
Bayi	a. Pada bayi usia 0-28 hari, deteksi dini dilakukan pada waktu kunjungan neonatal b. Pada bayi 1-11 bulan deteksi dini dilakukan pada saat usia 3 bulan, 6 bulan, dan 9 bulan
Balita	Deteksi dini dilakukan setiap 6 bulan, yaitu usia 12 bulan, 18 bulan, 24 bulan, 30 bulan, 42 bulan, 48 bulan dan 54 bulan

Dikutip dari ; Chomaria

2.3. Landasan Teori

Pernikahan dini adalah sebuah ikatan atau hubungan yang terjalin atas dasar janji suci pernikahan dimana kedua individu masih berada pada usia dalam konteks remaja dan belum memasuki usia reproduktif yaitu kurang dari 20 tahun.

Menurut UNICEF akar masalah gizi dan tumbuh kembang bayi adalah terjadi krisis ekonomi, politik dan sosial dalam masyarakat, sehingga menyebabkan terjadinya permasalahan kekurangan pangan, kemiskinan dan tingginya angka inflasi dan pengangguran. Sedangkan pokok masalahnya di masyarakat adalah kurangnya pemberdayaan wanita, sumber daya manusia,

rendahnya tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan. Adapun faktor tidak langsung menyebabkan kurang gizi adalah tidak cukup persediaan pangan akibat krisis ekonomi dan rendahnya daya beli masyarakat, pola asuh anak yang tidak memadai akibat dari rendahnya pengetahuan pendidikan orangtua, dan buruknya sanitasi lingkungan dan akses pelayanan kesehatan dasar masih sulit sehingga berdampak terhadap pola konsumsi dan penyakit infeksi yang secara langsung menyebabkan masalah gizi dan tumbuh kembang bayi.

Berdasarkan penelitian Nainggolan (2014) mengungkapkan bahwa hampir dari keseluruhan remaja yang menikah pada usia dini memiliki tingkat pendidikan yang rendah, hal ini akan berdampak pada keluarga itu sendiri. Menurut penelitian Hetra (2014) lebih dari 50% orangtua yang memiliki pendidikan rendah akan mengalami perkembangan anak yang bermasalah(22).

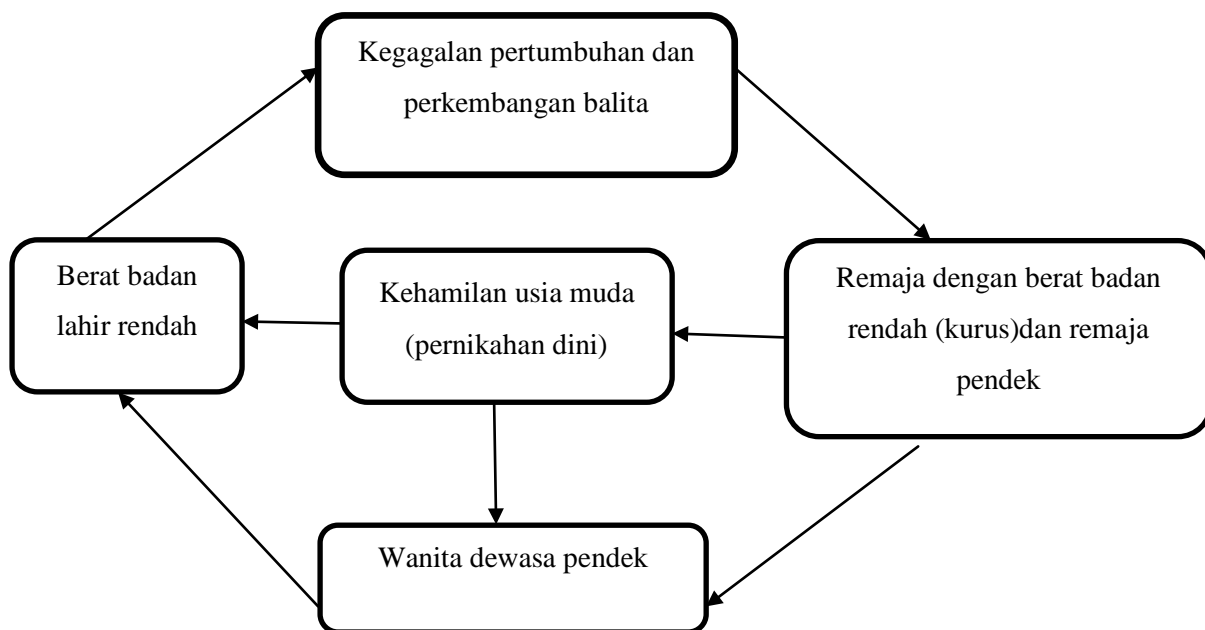
Berdasarkan penelitian Yulinda (2013) mengatakan bahwa status gizi anak terkait dengan berat badan dan gizi kurang berhubungan dengan pendapatan keluarga, semakin tinggi pendapatan keluarga maka kehidupan pangan akan terus terpenuhi, pendapatan keluarga akan dipengaruhi oleh pekerjaan kepala keluarga itu sendiri(22).

Menurut penelitian Suresh (2013) ketika wanita memutuskan untuk menikah dibawah umur 16 tahun maka akan mempunyai kesempatan memiliki banyak anak. Dari responden yang menikah usia dini yang memiliki anak lebih dari 2 adalah pada kelompok usia dibawah 15 tahun memiliki anak lebih dari 2 sebanyak 4,96%, kelompok usia 15-17 tahun 4,15% dan kelompok usia 18 tahun sebanyak 3,12%. Menurut Husni (2008) banyaknya anak dalam keluarga akan

membuat jumlah anggota keluarga semakin besar, hal ini jelas akan mempengaruhi konsumsi pangan keluarga yang akan mempengaruhi pola pertumbuhan dan perkembangan anak(9).

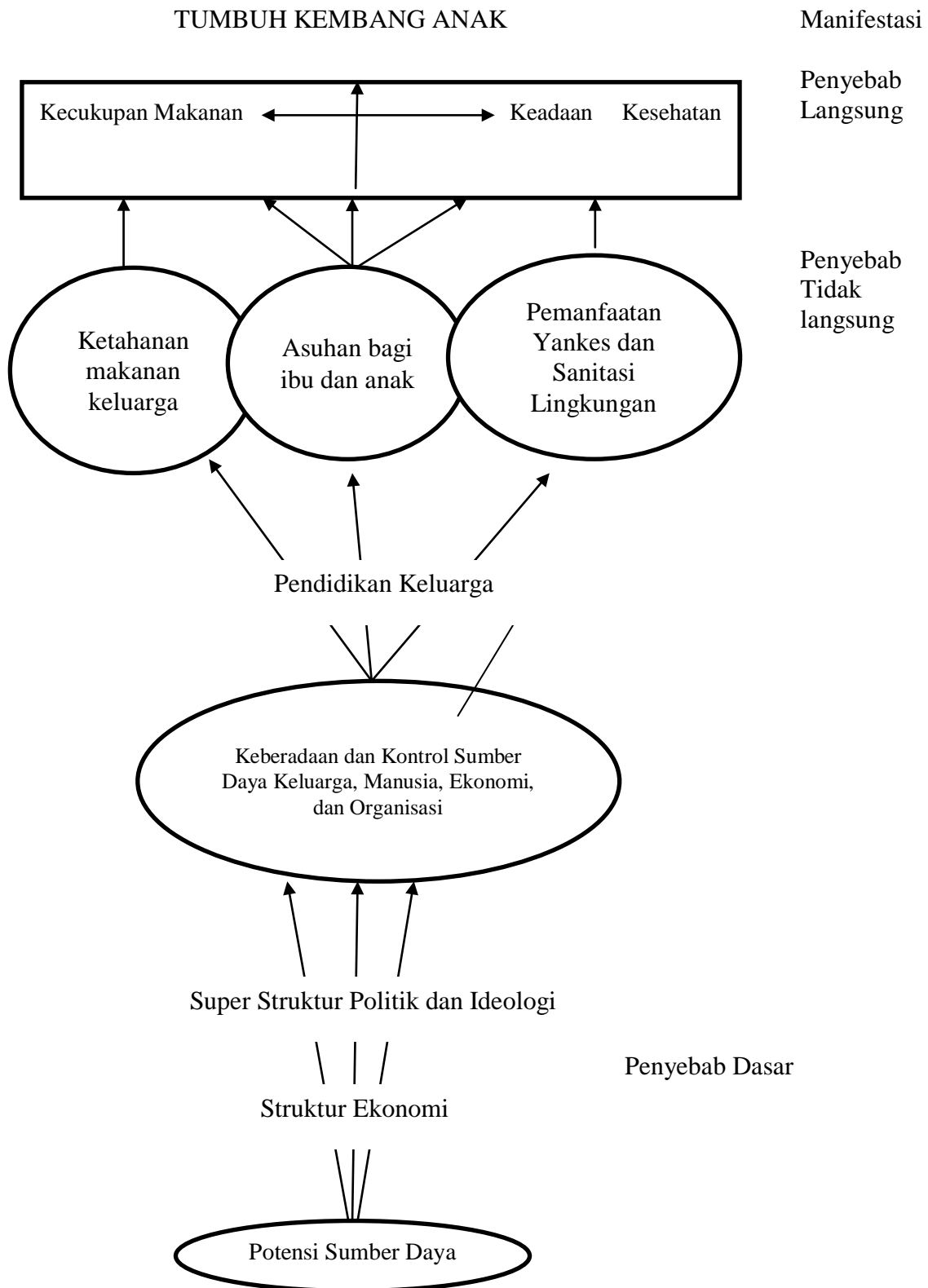
Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa balita, Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Afifah (2011) bahwa ibu yang menikah usia dini memiliki kecenderungan untuk memiliki anak dengan pertumbuhan dan perkembangan yang terganggu. Hal ini ditunjukkan dari data kelompok usia ibu dimana usia 25-29 tahun memiliki anak pendek 33,7%, dan kelompok usia ibu 20-24 tahun memiliki anak pendek 37,2% dan ibu yang berusia 15-19 tahun memiliki anak pendek 42,2%(13).

Semakin muda usia ibu menikah maka proporsi balita dengan status gizi pendek semakin meningkat. Jika pada masa balita terjadi gangguan maka anak akan tumbuh menjadi remaja yang memiliki masalah pada pertumbuhan dan perkembangannya juga, sampai akhirnya pada usia reproduktif akan menjadi pria dan wanita yang mengalami gangguan pertumbuhan seperti pendek, hal ini akan menyebabkan kejadian ini terus dan terus terulang yang di namakan dengan Intergenerational Cycle Of Growth Failure, yang dapat dilihat dalam skema dibawah ini



Gambar 2.1 Modifikasi Intergenerational Cycle Of Growth Failure

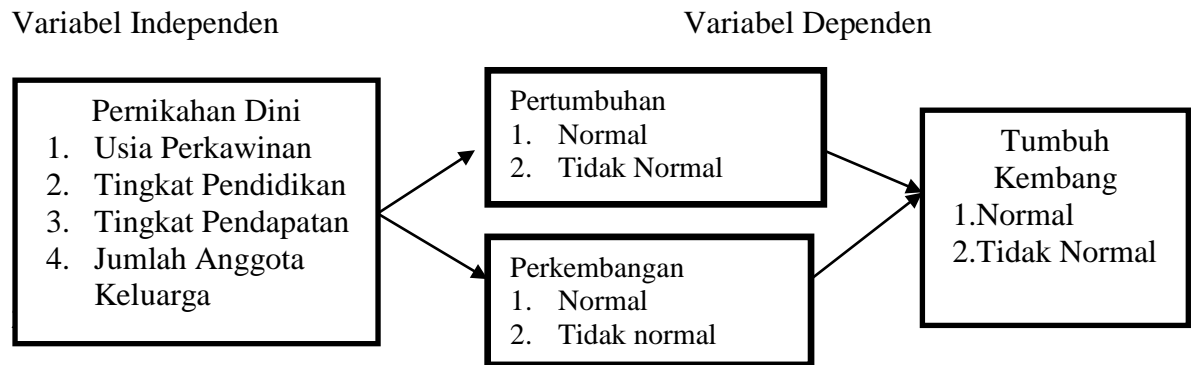
Sumber: The State Of The World's Children 1998 mengutip ACC/SCN Second Report On The World Nutrition Situation: Vol 1: Global And Regional Result, ACC/SCN Geneva, 1992 dalam The State Of The World's Children 1998 dalam Bloem dan Semba (2008).



Gambar 2.2. Model Intoleransi Tumbuh Kembang Anak (Unicef 1992, Jonson 1992)

2.4. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori di atas, maka dapat di rumuskan kerangka konsep pada penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

2.5. Hipotesis

Ha :1.Ada hubungan pernikahan dini dengan tumbuh kembang bayi diwilayah kerja Puskesmas Belawan

Ho :2.Tidak ada hubungan pernikahan dini dengan tumbuh kembang bayidi wilayah kerja Puskesmas Belawan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *mixed methods* dengan pendekatan *explanatory sequential*, dimana peneliti terlebih dahulu melakukan penelitian kuantitatif, menganalisis hasil dan menyusun hasil kuantitatif kemudian dilanjutkan dengan kualitatif untuk mengidentifikasi mengapa faktor tersebut sangat berhubungan.

Pada tahap kuantitatif menggunakan survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*, akan menganalisis hubungan variabel independen (Usia menikah, pendidikan, pendapatan, jumlah anggota keluarga) terhadap variabel dependen (Tumbuh Kembang Bayi). Pada tahap kualitatif mengidentifikasi mengapa hal ini bisa terjadi/sejauhmana faktor tersebut berhubungan dengan tumbuh kembang bayi(24).

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Belawan, alasan pemilihan tempat penelitian ini karena ditemui tingginya angka pernikahan dini dan juga masih banyak ditemukan bayi yang tumbuh kembangnya kurang baik.

3.2.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini akan dilakukan pada bulan Januari 2018 sampai dengan Juli 2018.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh ibu bayi usia 3-12 bulan dari pernikahan dini di Puskesmas Belawan tahun 2017 dengan jumlah populasi sebanyak 60orang.

3.3.2. Sampel

1. Sampel Kuantitatif

Sampel dalam penelitian ini menggunakan aksidental sampling, yaitu berapa orang yang ditemui pada saat dilakukan penelitian, dan diperoleh sebanyak 32 orang.

a. Kriteria inklusi sampel:

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai berikut:

1. Bersedia menjadi responden
2. Ibu yang memiliki bayi mulai dari usia 3-12 bulan, karena 0-3 bulan tidak dapat diukur
3. Ibu yang menikah di usia muda

b. Kriteria Eksklusi Sampel

kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.

Kriteria eksklusi penelitian ini adalah ibu yang yang tidak menikah dini dan tidak memiliki bayi.

2. Informan Untuk Penelitian Kualitatif

Informan pada penelitian ini sebanyak 5 orang yaitu ibu yang mempunyai bayi usia 3-12 bulan yang ada di Puskesmas Medan Belawan.

3.4. Metode Pengumpulan Data

3.4.1. Jenis Data

Data adalah fakta yang dikumpulkan oleh peneliti untuk kepentingan memecahkan masalah atau menjawab pertanyaan peneliti. Data penelitian dapat berasal dari berbagai sumber yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai teknik selama kegiatan penelitian berlangsung. Jenis dan sumber data yang dalam penelitian kuantitatif ini meliputi data primer, sekunder dan data tertier.

1) Data Primer

Data primer adalah sumber data yang diperoleh secara langsung dari sumber asli atau pihak pertama. Data primer secara khusus dikumpulkan oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan riset atau peneliti. Data primer dalam penelitian ini yaitu data yang di peroleh dari responden berupa jawaban kuesioner yang meliputi usia pernikahan, pendidikan, pendapatan dan jumlah anggota keluarga.

2) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada (peneliti sebagai tangan kedua). Data sekunder diperoleh dari catatan atau laporan dari Puskesmas dan KUA serta data-data lainnya yang berkaitan dengan penelitian.

3) Data Tersier

Data tersier adalah suatu kumpulan dan komplikasi sumber primer dan sumber sekunder. Data tersier dalam penelitian ini diperoleh dari berbagai referensi yang valid seperti : jurnal, buku teks, dan sumber elektronik.

3.4.2. Teknik Pengumpulan Data

1) Data Kuantitatif

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan metode kuesioner (angket) dan pengamatan (Observasi) yaitu suatu prosedur yang berencana, yang meliputi melihat, mendengar dan mencatat sejumlah aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang akan diteliti.

Variabel independent yaitu usia menikah, pendidikan, pendapatan dan jumlah anggota keluarga memberi tanda cek (√) pada kolom pertanyaan yang paling tepat pada pernyataan. Variabel dependent yaitu tumbuh kembang bayi dilakukan dengan memberikan angket kepada responden, di isi langsung oleh responden dengan memberi cek(√) pada jawaban yang sesuai dengan pernyataan.

3.4.3. Uji Validitas Dan Uji Reabilitas

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini tidak menggunakan uji validitas dan uji reabilitas karena kuesioner yang di gunakan di adopsi dari Kementrian Kesehatan RI tahun 2015 dan sudah di anggap baku (31).

3.5. Variabel dan Defenisi Operasional

3.5.1. Defenisi Operasional

1) Usia menikah

Pernikahan dini adalah rentang waktu di mulai dari awal pernikahan sampai pengambilan data dilakukan.

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan didasarkan pada tingkat pendidikan terakhir responden pada saat penelitian.

3) Pendapatan

Pendapatan keluarga adalah penghasilan yang di peroleh responden(suami) setiap bulannya dan pengeluaran keluarga setiap bulannya untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi.

4) Jumlah anggota keluarga

Jumlah semua anggota keluarga yang terdiri dari kepala keluarga, istri/suami dan anak-anak, serta orang lain yang ikut dalam keluarga tersebut.

5) Pertumbuhan Bayi

Pertumbuhan adalah bertambah ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat

6) Perkembangan Bayi

Kemampuan bayi meliputi perkembangan motoric halus, kasar, bahasa, dan kemandirian

3.6. Metode Pengukuran

3.6.1. Pengukuran Kuantitatif

1) Pernikahan Dini

Usia pernikahan di ukur dengan mengisi kuesioner yang dibagikan kepada responden. Dengan kategori usia menikah sebagai berikut:

- a) 15-17 tahun
- b) 18-20 tahun

2) Pendidikan

Pendidikan ibu dibagi dalam kategori dengan memakai skala ordinal, yaitu (28):

- a. SD
- b. SMP
- c. SMA

3) Pendapatan

Pendapatan di ukur dengan menggunakan dua kategori yaitu:

- a. Golongan pendapatan diatas UMR adalah jika pendapatan \geq Rp. 2.749.074,00 per bulan di kategorikan Baik.
- b. Golongan pendapatan dibawah UMR adalah jika pendapatan $<$ Rp. 2.749.074,00 per bulan dikategorikan kurang baik.

4) Jumlah Anggota Keluarga

Menurut BKKBN (2012) jumlah anggota keluarga adalah jumlah semua anggota keluarga yang terdiri dari kepala keluarga, istri/suami dan anak-anak, serta oranglain yang ikut dalam keluarga tersebut. Jumlah anggota keluarga di ukur dengan menggunakan 2 kategori yaitu:

- a. Keluarga Kecil : < 5 orang
- b. Keluarga Besar : \geq 5 orang

5) Pertumbuhan bayi

Untuk melakukan pemantauan pertumbuhan pada bayi dilakukan dengan menggunakan kategori sebagai berikut:

- 1. Normal : Jika BB ,TB sesuai dengan usia anak
- 2. Tidak Normal : Jika BB,TB tidak sesuai dengan usia anak.

6) Perkembangan Bayi

Perkembangan di ukur dengan penilaian KPSP (kuesioner Pra Skrining Perkembangan).KPSP dilakukan untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan, yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan pilihan jawaban “ya” dan “tidak”, perkembangan dikategorikan menjadi:

- a) Sesuai (S) : bila jawaban “ya” 9 - 10
- b) Meragukan (M) : bila jawaban “ya” 7 - 8
- c) Penyimpangan (P) : bila jawaban ya \leq 6

Berdasarkan penilaian di atas perkembangan bayi di kategorikan menjadi :

- 1) Normal : sesuai
- 2) Tidak Normal : meragukan dan penyimpangan

Berdasarkan kategori tersebut penilaian Tumbuh Kembang Bayi di kategorikan menjadi :

- 1. Normal : Apabila pertumbuhan dan perkembangan normal.

2. Tidak Normal : Apabila salah satu dari pertumbuhan danperkembanganatau keduanya tidak sesuai dengan keadaan normal.

3.6.2. Penelitian Kualitatif

Pengukuran dilakukan dengan wawancara secara mendalam kepada informan yaitu ibu bayi dengan menggunakan pedoman wawancara. Kegiatan wawancara mendalam tersebut di rekam menggunakan alat perekam, selanjutnya hasil rekaman tersebut dituliskan dalam bentuk perbatim.

Tabel 3.1. Aspek Pengukuran Variabel Independent dan Dependent

Variabel X	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Pengukuran	Value	Skala
Usia Menikah	Dengan mengisi kuesioner yang sudah di sediakan	Kuesioner	Menikah Dini 15-17 tahun	1	Nominal
			18-20 tahun	2	
Pendidikan	Dengan mengisi kuesioner yang sudah di sediakan	Kuesioner	SD	1	Ordinal
			SMP	2	
			SMA	3	
Pendapatan	Mengisi kuesioner yang sudah disediakan	Kuesioner	Baik > UMR	1	Ordinal
			Kurang baik < UMR	2	
Jumlah anggota keluarga	Mengisi Kuesioner	Kuesioner	Baik < 5	1	Ordinal
			Kurang Baik ≥ 5	2	
Variabel Y	Cara ukur	Alat Ukur	Pengukuran	Value	Skala
Pertumbuhan	Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan	Timbangan dan pengukur panjang badan	Normal: jika BB/U, TB/U, sesuai dengan usia bayi	1	Ordinal
			Tidak Normal: Jika BB/u, TB/U tidak sesuai usia	2	

Tabel 3.1. Lanjutan

Perkembangan	Observasi dengan Instrumen KPSP	Instrumen KPSP	<p>Normal: Dari 10 pernyataan, jika jawaban Ya = 7-10</p> <p>Tidak Normal jika jawaban Ya = ≤ 6</p>	1	Ordinal
Tumbuh Kembang	Menggabungkan hasil pengukuran pertumbuhan dan perkembangan	Kuesioner dan KPSP	<p>Normal: jika hasil pengukuran pertumbuhan dan perkembangan normal</p> <p>Tidak Normal: jika salah satu yaitu pertumbuhan atau perkembangan tidak normal</p>	1	Nominal

3.7. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah kegiatan pengumpulan data. Data mentah (raw data) yang telah dikumpulkan selanjutnya diolah sehingga menjadi sumber yang dapat digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program komputer. Tahapan pengolahan data melalui beberapa proses yakni sebagai berikut:

1. Proses Editing

Tahap ini merupakan kegiatan penyutihan data yang telah terkumpul dengan cara memeriksa kelengkapan data dan kesalahan pengisian kuesioner untuk

memastikan data yang diperoleh telah lengkap dapat dibaca dengan baik, relevan, dan konsisten.

2. *Proses Coding*

Setelah melakukan proses editing kemudian dilakukan pengkodean pada jawaban dari setiap pertanyaan terhadap setiap variabel sebelum diolah dengan komputer, dengan tujuan untuk memudahkan dalam melakukan analisa data.

3. *Entry*

Tahap ini merupakan proses memasukkan data dari kuesioner kedalam komputer untuk kemudian diolah dengan bantuan perangkat lunak komputer.

4. *Proses Tabulating*

Pada tahap ini dilakukan proses memasukkan data kedalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

3.8. Teknik Analisis Data

1. Analisa Kuantitatif

Metode analisis data dalam penelitian ini adalah :

1) Analisis Univariat Analisis Univariat digunakan untuk mendeskripsikan data yang dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian. Data disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

2) Analisis Bivariat

Analisis Bivariat merupakan analisis untuk melihat pengaruh masing-masing antara variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis bivariat dilakukan dengan tabulasi silang antara variabel independen dan variabel

dependen menggunakan uji chi-square dengan menggunakan uji chi-square dengan tingkat kepercayaan $p < 0,05$.

2. Analisa Kualitatif

Menurut Mile dan Huberman dalam Ilahiyah, menyebutkan ada tiga langkah pengolahan data kualitatif(29).

- 1) Reduksi data (*data reduction*), dalam tahap ini peneliti melakukan pemilihan, dan pemusatan perhatian untuk penyederhanaan data kasar yang diperoleh.
- 2) Penyajian data (*data display*). Peneliti mengembangkan sebuah deskripsi informasi tersusun untuk menarik kesimpulan dan pengambilan tindakan. *Display* yang digunakan pada langkah ini adalah dalam bentuk teks naratif.
- 3) Penarikan kesimpulan dan verifikasi (*conclusion drawing and verification*). Peneliti berusaha menarik kesimpulan dan melakukan verifikasi dengan mencari makna setiap gejala yang diperoleh dari lapangan, mencatat keteraturan dan konfigurasi yang mungkin ada, alur kausalitas dari fenomena, dan proposisi.