

BAB VI

Perkawinan Anak Sebagai Faktor Predisposisi Stunting: Analisis Intergenerasional Kesehatan dan Ketahanan Gizi di Indonesia

Sri Mulyani, M. Kes

A. Perkawinan Anak Sebagai Faktor Predisposisi Stunting (Suatu Pengantar)

1.1 Latar Belakang

Stunting merupakan salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang kompleks dan multidimensional di Indonesia. Berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2022, prevalensi stunting nasional masih berada di angka 21,6%, jauh dari target penurunan menjadi 14% pada tahun 2024 (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Stunting tidak hanya mencerminkan kegagalan pemenuhan kebutuhan gizi pada anak usia dini, tetapi juga merupakan indikator ketimpangan sosial, ekonomi, dan kesehatan lintas generasi.

Salah satu faktor predisposisi yang jarang dibahas secara mendalam adalah **perkawinan anak**. Praktik ini masih banyak terjadi di Indonesia, terutama di daerah pedesaan dan kawasan dengan tingkat pendidikan serta kesejahteraan rendah. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), pada tahun 2022 sekitar 8,06% perempuan usia 20–24 tahun pernah menikah sebelum usia 18 tahun (BPS, 2023). Perkawinan anak menempatkan perempuan dalam situasi kerentanan terhadap kehamilan di usia dini, yang secara biologis belum siap untuk mengandung dan melahirkan anak secara sehat.

Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang menikah di usia anak memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami komplikasi kehamilan, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), serta gagal memenuhi kebutuhan ASI eksklusif dan pola asuh yang optimal (Raj et al., 2018; Nasrullah et al., 2020). Semua kondisi ini merupakan determinan langsung dan tidak langsung dari stunting.

1.2 Permasalahan

Persoalan stunting dan perkawinan anak sering dipandang sebagai isu yang terpisah. Padahal, keduanya memiliki keterkaitan erat dalam konteks *life-course perspective*, yakni bahwa pengalaman dan kondisi ibu sejak masa remaja hingga menjadi orang tua sangat menentukan status kesehatan anak. Pendekatan intergenerasional ini penting untuk memahami bagaimana ketidaksetaraan dan kerentanan yang dialami oleh ibu muda

sebagai akibat dari perkawinan anak dapat diwariskan kepada anak-anak mereka dalam bentuk keterbatasan tumbuh kembang dan gizi yang buruk.

Meskipun berbagai kebijakan telah diterapkan, seperti Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan atas UU Perkawinan yang menaikkan batas usia minimal perkawinan menjadi 19 tahun, serta program percepatan penurunan stunting oleh BKKBN, keterkaitan antara dua isu ini belum sepenuhnya diintegrasikan dalam desain program maupun pendekatan intervensi.

1.3 Tujuan Penulisan

Bab ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan mengkaji keterkaitan antara perkawinan anak dan stunting, serta memposisikan perkawinan anak sebagai faktor predisposisi yang memperkuat siklus kemiskinan dan kerentanan kesehatan lintas generasi. Dengan pemahaman ini, diharapkan adanya integrasi antara program pencegahan perkawinan anak dan upaya penurunan stunting sebagai strategi holistik pembangunan kesehatan anak dan remaja di Indonesia.

B. Definisi dan Dimensi Stunting

2.1 Defini Stunting

Stunting didefinisikan sebagai gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis yang terjadi dalam waktu lama, terutama selama periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun. Stunting diukur menggunakan indikator panjang atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) yang berada di bawah minus dua standar deviasi (< -2 SD) dari median standar pertumbuhan anak dari WHO (WHO, 2006).

Menurut World Health Organization (2021), stunting merupakan salah satu bentuk malnutrisi yang paling serius karena efeknya yang bertahan lama, tidak hanya pada kesehatan individu, tetapi juga pada kapasitas kognitif, produktivitas ekonomi, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Anak yang mengalami stunting lebih rentan terhadap infeksi, gangguan perkembangan otak, keterbatasan belajar, dan kemungkinan lebih tinggi untuk menderita penyakit kronis seperti diabetes dan penyakit jantung di usia dewasa (Black et al., 2013).

Dimensi Stunting tidak hanya mencakup aspek biologis, tetapi juga memiliki dimensi sosial, ekonomi, dan struktural. Berikut beberapa dimensi utama stunting:

a) Dimensi Biologis dan Medis

Dari sisi biologis, stunting mencerminkan kegagalan pertumbuhan linear anak akibat:

- Asupan gizi yang tidak adekuat dalam kuantitas dan kualitas,
- Gangguan penyerapan nutrisi akibat penyakit infeksi seperti diare kronis dan cacingan,
- Kehamilan ibu yang kekurangan energi kronis (KEK) dan anemia,
- Berat badan lahir rendah (BBLR) atau prematuritas.

Faktor-faktor ini saling terkait dan saling memperburuk kondisi anak. Seorang anak yang mengalami infeksi berulang seperti diare, misalnya, cenderung mengalami kehilangan zat gizi penting dan terganggunya nafsu makan, yang pada akhirnya menghambat pertumbuhan.

b) Dimensi Kognitif dan Perkembangan Otak

Stunting memiliki efek jangka panjang pada perkembangan otak. Penelitian neurokognitif menunjukkan bahwa gizi yang buruk pada masa awal kehidupan dapat mengganggu

mielinisasi neuron, perkembangan sinaps, dan ukuran volume otak (Walker et al., 2007). Anak yang stunting mengalami penurunan fungsi eksekutif, memori jangka pendek, serta keterlambatan bicara dan motorik halus, yang berdampak pada performa akademik di usia sekolah.

c) Dimensi Ekonomi dan Produktivitas

Stunting memiliki implikasi ekonomi yang besar. Menurut World Bank (2021), individu yang mengalami stunting cenderung memiliki pendapatan 20% lebih rendah di masa dewasa dibandingkan mereka yang tidak stunting. Dalam skala makro, Bank Dunia memperkirakan kerugian ekonomi akibat stunting dapat mencapai 2-3% dari Produk Domestik Bruto (PDB) negara-negara dengan prevalensi tinggi. Artinya, stunting bukan hanya masalah kesehatan, tetapi juga hambatan terhadap pembangunan ekonomi nasional.

d) Dimensi Intergenerasional

Stunting bersifat lintas generasi. Ibu yang mengalami stunting saat anak-anak berisiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan berat badan rendah atau panjang badan di bawah normal. Tanpa intervensi, anak ini berisiko mengalami stunting pula. Siklus ini akan terus berulang dalam lingkungan keluarga miskin yang minim akses terhadap gizi, sanitasi, pendidikan, dan layanan kesehatan (Victora et al., 2021).

e) Dimensi Sosial dan Ketimpangan Struktural

Stunting tidak terlepas dari struktur sosial yang menciptakan ketimpangan dalam distribusi sumber daya. Anak-anak dari keluarga miskin, yang tinggal di wilayah pedesaan atau terpencil, dengan akses terbatas terhadap air bersih, sanitasi, dan pendidikan orang tua—terutama ibu—lebih berisiko mengalami stunting. Ketimpangan ini memperkuat kesenjangan sosial dan memperdalam kemiskinan dari generasi ke generasi (UNICEF, 2020).

C. Determinan Langsung dan Tidak Langsung Stunting

2.2 Determinan Stunting

Stunting merupakan hasil dari interaksi kompleks antara faktor biologis, lingkungan, sosial, dan struktural. Kerangka konseptual yang sering digunakan untuk memahami penyebab stunting adalah model gizi dari UNICEF (1990) yang membagi faktor penyebab menjadi tiga lapisan: **penyebab langsung (immediate causes)**, **penyebab mendasar (underlying causes)**, dan **penyebab dasar (basic causes)**. Model ini masih menjadi rujukan utama dalam kebijakan global dan nasional hingga kini (UNICEF, 2020).

2.2.1 Determinan Langsung

Determinasi langsung mengacu pada faktor-faktor yang secara langsung menyebabkan terganggunya pertumbuhan anak, yakni **asupan gizi yang tidak memadai** dan **penyakit infeksi**.

a) Asupan Gizi Tidak Adekuat

Asupan gizi yang tidak mencukupi, baik dari segi jumlah (kalori) maupun kualitas (zat gizi mikro seperti zat besi, zink, vitamin A, dan protein), menyebabkan pertumbuhan linier terhambat. Kekurangan zat gizi esensial berdampak langsung pada proses anabolisme sel dan pembentukan jaringan tulang serta otot pada anak.

Menurut Dewey & Begum (2011), banyak anak di negara berkembang tidak memperoleh pola makan yang sesuai standar WHO mengenai **minimum dietary diversity (MDD)** dan

minimum meal frequency (MMF). Hal ini memperbesar risiko stunting, khususnya di keluarga dengan kondisi ekonomi rendah.

b) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi seperti diare, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan infeksi parasit seperti cacingan dapat menurunkan nafsu makan, mengganggu penyerapan nutrisi, dan meningkatkan kehilangan zat gizi melalui saluran pencernaan. Anak-anak dengan frekuensi diare yang tinggi pada usia 6–24 bulan memiliki risiko stunting yang jauh lebih tinggi (Checkley et al., 2008).

Infeksi juga menciptakan keadaan peradangan kronis pada tubuh anak yang disebut **environmental enteric dysfunction (EED)**, suatu kondisi gangguan mikrostruktur usus yang menyebabkan malabsorpsi gizi meskipun asupan mencukupi (Humphrey, 2009).

2.2.2 Determinan Tidak Langsung

Faktor-faktor tidak langsung berkaitan dengan kondisi lingkungan anak yang memengaruhi status gizi secara sistemik, termasuk praktik pengasuhan, ketahanan pangan, layanan kesehatan, air bersih, sanitasi, dan pendidikan orang tua.

a) Praktik Pengasuhan dan Pengetahuan Ibu

Kualitas pengasuhan sangat menentukan status gizi anak. Ibu yang tidak memiliki pengetahuan cukup tentang menyusui, pemberian makanan tambahan, kebersihan, dan perawatan anak lebih rentan memberikan praktik yang salah. Misalnya, penghentian ASI dini atau pemberian makanan padat terlalu cepat.

Studi oleh Semba et al. (2008) menunjukkan bahwa pendidikan ibu merupakan salah satu prediktor terkuat dalam mencegah stunting. Pendidikan tidak hanya mempengaruhi pengetahuan gizi, tetapi juga akses terhadap informasi kesehatan dan pengambilan keputusan dalam rumah tangga.

b) Ketahanan Pangan Rumah Tangga

Ketahanan pangan adalah ketersediaan dan kemampuan keluarga untuk mengakses pangan bergizi sepanjang waktu. Dalam keluarga miskin, konsumsi makanan sering kali monoton, didominasi oleh sumber karbohidrat murah, dan miskin protein hewani dan vitamin esensial.

FAO (2021) melaporkan bahwa pada tahun 2020, sekitar 59 juta orang Indonesia mengalami ketidakamanan pangan moderat hingga parah, yang meningkatkan kerentanan terhadap stunting terutama di daerah terpencil dan tertinggal.

c) Akses terhadap Layanan Kesehatan dan Sanitasi

Akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas (posyandu, puskesmas, dan rumah sakit) sangat penting dalam deteksi dini gangguan tumbuh kembang serta penanganan penyakit infeksi. Namun, anak-anak dari keluarga miskin atau yang tinggal di wilayah terpencil sering mengalami hambatan dalam mengakses layanan tersebut.

Selain itu, buruknya sanitasi lingkungan dan kebiasaan buang air besar sembarangan (BABS) mempertinggi paparan terhadap patogen, yang berkontribusi terhadap infeksi berulang dan EED (Cumming & Cairncross, 2016).

d) Status Sosial Ekonomi dan Gender

Kondisi ekonomi yang rendah membatasi kemampuan keluarga menyediakan makanan bergizi, perawatan kesehatan, dan lingkungan hidup yang sehat. Dalam konteks gender,

perempuan yang tidak memiliki kontrol atas sumber daya, berpendidikan rendah, atau menikah dini lebih rentan melahirkan anak stunting (UNICEF, 2020).

Di banyak daerah, keputusan rumah tangga—termasuk gizi anak—masih didominasi laki-laki. Ini memperlemah posisi perempuan dalam menjamin pemenuhan kebutuhan anak mereka, terutama dalam praktik pemberian ASI eksklusif, perawatan kesehatan, dan pembelian makanan bernutrisi.

2.2.3 Integrasi Pendekatan Multisektoral

Karena determinan stunting sangat kompleks dan multidimensional, maka pendekatan untuk mengatasinya tidak dapat dilakukan hanya dari sektor kesehatan. Pendekatan **multisektoral** yang melibatkan sektor pendidikan, pertanian, perumahan, perlindungan sosial, dan pemberdayaan perempuan sangat diperlukan (Bhutta et al., 2013).

Intervensi sensitif gizi seperti perbaikan air dan sanitasi, program bantuan sosial, serta pemberdayaan ekonomi perempuan terbukti mampu mendukung intervensi spesifik gizi (seperti suplementasi zat besi atau promosi ASI eksklusif) agar lebih efektif dan berkelanjutan.

D. Stunting sebagai Masalah Sosial dan Intergenerasional

Stunting bukan hanya permasalahan kesehatan anak yang bersifat biologis, tetapi juga merupakan **masalah sosial dan pembangunan jangka panjang**. Dampaknya tidak berhenti pada individu yang mengalaminya, tetapi menjangar pada kapasitas keluarga, masyarakat, dan negara secara luas. Oleh karena itu, pendekatan terhadap stunting harus melampaui intervensi gizi semata dan memerlukan **pemahaman interdisipliner** atas dampak sosial dan lintas generasinya.

2.3.1 Stunting dan Ketimpangan Sosial

Stunting sangat erat kaitannya dengan kemiskinan, ketidaksetaraan gender, keterbatasan pendidikan, serta ketimpangan akses terhadap sumber daya. Anak-anak yang lahir di keluarga miskin memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami stunting akibat kombinasi dari kurangnya akses terhadap pangan bergizi, sanitasi, air bersih, serta layanan kesehatan yang memadai (Victora et al., 2021).

Dalam konteks sosial, stunting mencerminkan **kesenjangan struktural** yang telah berlangsung lama, di mana kelompok masyarakat marjinal mengalami hambatan sistemik dalam mencapai kesejahteraan. UNICEF (2020) menegaskan bahwa stunting adalah "wajah nyata ketidaksetaraan" (the most visible face of inequality), karena prevalensinya sangat tinggi di komunitas terpencil, pedesaan, dan masyarakat adat.

Selain itu, beban stunting lebih tinggi pada anak perempuan karena mereka cenderung mendapatkan lebih sedikit perhatian dan nutrisi dalam masyarakat yang bias gender. Ketika mereka tumbuh dan menjadi ibu muda, siklus kerentanan ini berlanjut (Black et al., 2013).

2.3.2 Siklus Intergenerasional Stunting

Salah satu aspek paling kritis dari stunting adalah sifatnya yang **intergenerasional**. Seorang ibu yang mengalami stunting pada masa kecil memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), yang selanjutnya juga rentan mengalami stunting. Proses ini dikenal sebagai **intergenerational transmission of malnutrition** (Shrimpton et al., 2001).

Siklus ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

- Perempuan yang mengalami stunting → cenderung memiliki kapasitas fisiologis terbatas untuk kehamilan sehat.
- Melahirkan bayi dengan BBLR → meningkatkan kerentanan terhadap penyakit dan gizi buruk.
- Anak dengan pertumbuhan terhambat → memiliki prestasi akademik lebih rendah dan produktivitas ekonomi rendah saat dewasa.
- Pendapatan yang rendah → meningkatkan risiko stunting pada anak yang mereka lahirkan.

Dengan demikian, stunting memperkuat **siklus kemiskinan lintas generasi** (Victora et al., 2008).

2.3.3 Dampak Sosial-Ekonomi Jangka Panjang

Stunting berdampak signifikan terhadap **kemampuan kognitif, pendidikan, dan ekonomi anak di masa depan**. Anak yang mengalami stunting cenderung memiliki skor IQ yang lebih rendah, kesulitan belajar, dan capaian pendidikan yang lebih pendek. Akibatnya, peluang kerja dan produktivitas mereka lebih rendah ketika dewasa (Grantham-McGregor et al., 2007).

Laporan World Bank (2016) memperkirakan bahwa stunting dapat menurunkan pendapatan individu hingga **10% per tahun**, dan secara agregat menyebabkan kerugian ekonomi negara berkembang setara dengan **2–3% PDB**. Oleh karena itu, investasi dalam pencegahan stunting bukan hanya masalah kemanusiaan, tetapi juga **strategi pembangunan ekonomi nasional**.

Selain aspek ekonomi, stunting juga berdampak pada **kapasitas sosial**. Individu dengan keterbatasan kognitif dan fisik yang diakibatkan stunting cenderung kurang mampu berpartisipasi aktif dalam kehidupan sosial, politik, dan budaya di masyarakat.

2.3.4 Implikasi Sosial Terhadap Ketimpangan Gender dan Perkawinan Anak

Stunting tidak dapat dilepaskan dari struktur sosial yang menopang ketimpangan gender. Anak perempuan yang stunting lebih berisiko menikah dini, baik karena dipersepsikan tidak akan melanjutkan pendidikan tinggi maupun karena dianggap sebagai beban ekonomi keluarga (UNFPA, 2021).

Sebaliknya, perkawinan anak merupakan faktor predisposisi bagi terjadinya stunting pada generasi berikutnya. Anak perempuan yang menikah dan melahirkan di usia remaja memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan BBLR dan menghadapi komplikasi kehamilan karena tubuh mereka belum siap secara biologis. Di sinilah terlihat jelas bahwa stunting dan perkawinan anak **saling memperkuat dalam siklus intergenerasional kemiskinan dan ketimpangan** (Raj et al., 2010).

2.3.5 Strategi Pemutusan Siklus Stunting

Untuk memutus siklus intergenerasional stunting, intervensi harus dilakukan secara komprehensif sejak prakonsepsi, masa remaja, kehamilan, hingga 1.000 hari pertama kehidupan anak. Strategi yang terbukti efektif meliputi:

- Pendidikan dan pemberdayaan perempuan sejak usia remaja.
- Penundaan usia perkawinan dan kehamilan pertama.
- Peningkatan akses pada layanan kesehatan reproduksi.
- Perbaikan gizi ibu dan anak secara berkelanjutan.
- Penyediaan lingkungan hidup yang sehat (WASH).

- Intervensi sosial dan ekonomi untuk mengurangi kemiskinan. Pendekatan berbasis komunitas dan intervensi multisektor berbasis bukti sangat penting untuk mengatasi akar struktural dari stunting sebagai masalah sosial dan intergenerasional.

E. Perkawinan Anak Sebagai Faktor Predisposisi Stunting

3.1 Konsep Perkawinan Anak

Perkawinan anak didefinisikan sebagai pernikahan formal atau informal yang terjadi sebelum usia 18 tahun, baik bagi perempuan maupun laki-laki, meskipun secara global lebih banyak dialami oleh anak perempuan (UNICEF, 2021). Perkawinan anak merupakan bentuk pelanggaran hak asasi manusia karena berdampak serius terhadap kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan kualitas hidup anak, serta menurunkan kapasitas generasi penerus.

Menurut Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 di Indonesia, batas usia minimal perkawinan bagi perempuan dan laki-laki adalah 19 tahun. Namun demikian, prevalensi perkawinan anak masih tinggi di beberapa daerah, khususnya di wilayah pedesaan dan masyarakat dengan nilai-nilai patriarkal yang kuat (BKKBN, 2021).

Fenomena perkawinan anak sering kali dipicu oleh kemiskinan, tekanan budaya dan agama, ketimpangan gender, serta rendahnya akses terhadap pendidikan dan informasi kesehatan reproduksi. Secara struktural, praktik ini mencerminkan ketimpangan sosial yang berdampak luas terhadap kualitas kehidupan perempuan dan anak-anaknya.

3.2 Dampak Perkawinan Anak terhadap Kesehatan Ibu dan Anak

Perempuan yang menikah dan hamil di usia anak-anak (kurang dari 18 tahun) memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Tubuh mereka secara biologis belum sepenuhnya matang untuk mengandung dan melahirkan anak, sehingga rentan terhadap preeklamsia, anemia, persalinan prematur, dan bahkan kematian ibu (WHO, 2018).

Dari sisi anak yang dilahirkan, risiko mengalami **berat badan lahir rendah (BBLR)**, prematuritas, gangguan tumbuh kembang, dan kematian neonatal meningkat secara signifikan. Studi oleh Raj et al. (2010) menunjukkan bahwa anak yang lahir dari ibu usia remaja memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami stunting pada usia dua tahun dibandingkan dengan anak dari ibu dewasa.

Hal ini disebabkan karena:

- Ibu remaja cenderung memiliki **status gizi rendah** sebelum dan selama kehamilan.
- Tingkat pemahaman ibu remaja terhadap **asuhan kehamilan dan anak** lebih rendah.
- Minimnya kontrol terhadap pengambilan keputusan dalam rumah tangga, termasuk dalam hal kesehatan dan pangan.
- Akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan maternal dan neonatal.

3.3 Perkawinan Anak sebagai Prediktor Stunting

Perkawinan anak dapat dikategorikan sebagai **faktor predisposisi** dalam determinan sosial kesehatan, yakni faktor yang mendahului dan meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan kesehatan pada generasi berikutnya. Dalam konteks stunting, ada beberapa mekanisme yang menjadikan perkawinan anak sebagai prediktor kuat:

a. Kurangnya Kesiapan Fisik dan Biologis

Ibu yang hamil di usia dini belum memiliki sistem reproduksi yang matang. Pelvis yang sempit, kebutuhan nutrisi yang tinggi untuk pertumbuhan dirinya sendiri, dan ketidakseimbangan hormonal membuat kehamilan menjadi berisiko tinggi. Kondisi ini sangat berkaitan dengan lahirnya bayi dengan **gangguan pertumbuhan intrauterin (IUGR)** dan **BBLR**, yang merupakan titik awal dari stunting (Black et al., 2013).

b. Status Gizi Ibu yang Rendah

Perempuan muda lebih rentan terhadap **kekurangan energi kronis (KEK)** dan anemia karena kebutuhan gizi mereka masih tinggi untuk pertumbuhan pribadi. Ketika terjadi kehamilan, persaingan kebutuhan antara ibu dan janin menyebabkan gangguan pada pertumbuhan janin (Prentice et al., 2013).

c. Kurangnya Pengetahuan dan Kapasitas Pengasuhan

Perempuan yang menikah pada usia anak cenderung belum menyelesaikan pendidikan dasar dan memiliki keterbatasan pengetahuan mengenai **pengasuhan anak, ASI eksklusif, pemberian MP-ASI, serta perawatan kesehatan balita**. Kondisi ini memperparah risiko terjadinya stunting pada anak mereka (UNFPA & UNICEF, 2018).

d. Ketergantungan Sosial dan Ekonomi

Remaja perempuan yang menikah dini umumnya tidak memiliki kemandirian ekonomi dan berada dalam relasi yang timpang secara kuasa. Mereka sulit mengakses layanan kesehatan atau mengambil keputusan penting terkait pola makan dan perawatan anak. Ketergantungan ini memperburuk kondisi kesehatan keluarga secara keseluruhan (Plan International, 2021).

3.4 Data Empiris Keterkaitan Perkawinan Anak dan Stunting

Beberapa studi dan data nasional maupun internasional menguatkan korelasi antara perkawinan anak dan tingginya prevalensi stunting:

- Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa proporsi stunting pada anak usia 0–59 bulan lebih tinggi pada anak yang lahir dari ibu berusia di bawah 18 tahun saat melahirkan.
- Penelitian oleh Nasrullah et al. (2014) di Indonesia menunjukkan bahwa perempuan yang menikah di bawah usia 18 tahun memiliki kemungkinan **1,7 kali lebih tinggi** untuk memiliki anak stunting dibandingkan dengan perempuan yang menikah setelah usia 18 tahun.
- Studi longitudinal di India menemukan bahwa anak dari ibu remaja memiliki berat dan panjang badan yang lebih rendah secara signifikan dibandingkan dengan anak dari ibu dewasa, bahkan setelah dikontrol untuk variabel sosial ekonomi (Raj et al., 2010).

3.5 Implikasi Kebijakan dan Pencegahan

Karena perkawinan anak terbukti menjadi faktor predisposisi kuat terhadap stunting, maka **upaya penurunan stunting tidak akan efektif tanpa intervensi serius terhadap praktik perkawinan anak**. Implikasi kebijakan meliputi:

- **Penegakan batas usia minimal perkawinan** sesuai UU No. 16/2019 dan pengawasan terhadap dispensasi nikah.
- **Edukasi dan pemberdayaan remaja**, khususnya perempuan, tentang kesehatan reproduksi, perencanaan hidup, dan keterampilan hidup (life skills).
- Integrasi program pencegahan perkawinan anak ke dalam strategi penurunan stunting di tingkat nasional dan daerah.

- Peningkatan **akses layanan kesehatan reproduksi remaja**, termasuk konseling pranikah dan prakonsepsi.
- Pendekatan lintas sektor: pendidikan, kesehatan, sosial, dan agama harus bersinergi untuk mengubah norma sosial yang mentoleransi perkawinan anak.

F. Strategi Pencegahan Terpadu Untuk Memutus Rantai Perkawinan Anak Dan Stunting

4.1 Pendekatan Multisektoral dalam Pencegahan Perkawinan Anak dan Stunting

Stunting dan perkawinan anak merupakan dua isu yang saling terkait dan membutuhkan penanganan lintas sektor. Pencegahan stunting tidak dapat dipisahkan dari upaya pencegahan perkawinan anak, karena faktor predisposisi biologis, sosial, dan ekonomi yang mempengaruhi keduanya sangat erat. Pendekatan multisektoral diperlukan untuk memastikan bahwa intervensi tidak hanya bersifat kuratif tetapi juga preventif dan promotif, yang melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, sosial, agama, dan hukum.

Menurut Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting, kolaborasi antara kementerian/lembaga, pemerintah daerah, organisasi masyarakat sipil, dunia usaha, dan masyarakat menjadi landasan strategi pencegahan. Intervensi tersebut dilakukan melalui dua pilar utama: **intervensi spesifik (gizi dan kesehatan)** dan **intervensi sensitif (lingkungan, pendidikan, dan sosial ekonomi)** (BKKBN, 2021).

4.2 Intervensi Spesifik dan Sensitif

a. Intervensi Spesifik

Intervensi spesifik ditujukan langsung untuk mencegah dan menangani penyebab biologis stunting, terutama dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Beberapa intervensi ini juga secara langsung mengurangi risiko stunting pada anak dari ibu yang menikah usia dini.

Komponen utama:

- Suplementasi gizi pada remaja putri (tablet tambah darah).
 - Pemantauan gizi dan kesehatan ibu hamil.
 - Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil **KEK**.
 - ASI eksklusif dan **MP-ASI** yang sesuai.
 - Imunisasi lengkap dan pelayanan kesehatan dasar.
- Program-program ini perlu diintegrasikan dengan skrining usia ibu hamil dan status pernikahan, untuk memberikan perhatian khusus kepada ibu remaja (Titaley et al., 2019).

b. Intervensi Sensitif

Intervensi sensitif menangani akar sosial dan struktural dari stunting dan perkawinan anak. Ini mencakup:

- Pendidikan dan pemberdayaan perempuan.
- Pengentasan kemiskinan dan perlindungan sosial.
- Akses air bersih dan sanitasi.
- Peningkatan kesadaran masyarakat dan perubahan norma sosial.

Penelitian menunjukkan bahwa intervensi sensitif menyumbang hingga 70% terhadap penurunan stunting ketika dilakukan secara konsisten dan sistemik (Ruel et al., 2013).

4.3 Strategi Pencegahan Perkawinan Anak dalam Rangka Penurunan Stunting

a. Penegakan Regulasi dan Kebijakan

Pemerintah Indonesia telah mengubah batas usia minimal perkawinan menjadi 19 tahun melalui UU No. 16 Tahun 2019. Namun, implementasi di lapangan masih menghadapi tantangan, terutama terkait penggunaan dispensasi nikah. Oleh karena itu:

- Perlu penguatan kapasitas aparat hukum dan pengadilan agama.
- Penyusunan **Peraturan Daerah (Perda)** tentang pencegahan perkawinan anak.
- Pemantauan dan evaluasi data dispensasi nikah secara berkala (KPPPA, 2022).

b. Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Life Skills

Pendidikan kesehatan reproduksi harus diintegrasikan dalam kurikulum sekolah melalui pendekatan yang komprehensif dan berbasis HAM. Modul pendidikan tersebut mencakup:

- Pubertas dan kesehatan seksual.
- Risiko kehamilan usia dini.
- Hak atas tubuh dan perencanaan hidup.
- Keterampilan menolak tekanan sosial.

Program seperti *Generasi Berencana (GenRe)* oleh BKKBN terbukti efektif dalam menunda usia kawin dan meningkatkan kesadaran remaja (BKKBN, 2021).

c. Pemberdayaan Ekonomi dan Sosial Remaja Perempuan

Kemiskinan menjadi salah satu pendorong utama perkawinan anak. Oleh karena itu:

- Remaja perempuan harus diberikan akses kepada pelatihan keterampilan kerja, kewirausahaan, dan literasi keuangan.
- Program bantuan sosial (PKH, Kartu Indonesia Pintar) harus dimaksimalkan untuk menjaga anak perempuan tetap bersekolah.
- Dukungan komunitas berbasis gender equity harus dibangun agar anak perempuan memiliki ruang aman untuk belajar dan berkembang (UNFPA, 2020).

d. Kampanye Perubahan Sosial dan Budaya

Upaya mengubah norma sosial yang menganggap perkawinan anak sebagai hal biasa perlu dilakukan secara sistematis:

- Melibatkan tokoh agama, tokoh adat, dan media lokal.
- Menggunakan narasi berbasis data dan cerita nyata (storytelling) untuk menggugah empati masyarakat.
- Mempromosikan figur-figur perempuan inspiratif yang berhasil menolak perkawinan anak dan berprestasi (Plan International, 2021).

4.4 Integrasi Program Nasional: Studi Kasus Pendekatan Terpadu di Daerah

Beberapa daerah telah berhasil menerapkan pendekatan terpadu. Contoh:

Kabupaten Gunungkidul, DIY

Melalui kerja sama antara Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, dan Dinas Pemberdayaan Perempuan, Gunungkidul berhasil menurunkan angka perkawinan anak melalui:

- Konseling pranikah di sekolah dan puskesmas.
- Kegiatan peer education dan kelompok diskusi remaja.
- Pelibatan orang tua dalam penyuluhan tentang risiko perkawinan anak dan stunting.

Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT)

Melalui program kolaboratif "Yes I Do", NTT berhasil menciptakan perubahan norma sosial terkait perkawinan anak dan praktik pengasuhan yang mendukung tumbuh kembang anak (Rutgers Indonesia, 2020).

4.5 Rekomendasi Strategis

Berdasarkan tinjauan konseptual dan empirik, berikut adalah beberapa rekomendasi strategis:

1. **Integrasi indikator pencegahan perkawinan anak ke dalam program penurunan stunting** tingkat nasional dan daerah.
2. **Prioritaskan remaja perempuan sebagai sasaran utama edukasi kesehatan reproduksi dan pemberdayaan ekonomi.**
3. **Perluas peran PIK-R (Pusat Informasi dan Konseling Remaja)** sebagai agen perubahan di sekolah dan komunitas.
4. **Dorong keterlibatan aktif keluarga, terutama orang tua,** dalam mencegah perkawinan anak dan mendukung pengasuhan optimal.
5. **Bangun sistem pemantauan terpadu** antara Dinas Kesehatan, Pendidikan, dan Catatan Sipil dalam melacak risiko perkawinan dini dan intervensi dini.

G. Penutup: Implikasi Praktis Dan Arah Kebijakan

5.1 Kesimpulan

Perkawinan anak merupakan faktor predisposisi yang signifikan dalam meningkatkan risiko stunting. Hubungan ini bersifat sistemik dan multidimensional, yang melibatkan determinan biologis, sosial, ekonomi, dan budaya. Perempuan yang menikah dan hamil pada usia dini belum memiliki kesiapan biologis, psikologis, maupun sosial untuk menjalani kehamilan dan pengasuhan, yang pada akhirnya berdampak pada kualitas tumbuh kembang anak (UNICEF, 2021; WHO, 2022).

Stunting, sebagai indikator gizi kronis, tidak hanya menggambarkan kekurangan asupan nutrisi dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan, tetapi juga merefleksikan kondisi sosial-ekonomi yang dialami oleh keluarga, termasuk kemiskinan, rendahnya pendidikan, dan ketidaksetaraan gender. Oleh karena itu, pendekatan untuk mengatasi stunting tidak dapat dilakukan secara parsial atau sektoral, tetapi harus bersifat komprehensif dan terintegrasi dengan upaya pencegahan perkawinan anak.

Pencegahan stunting dan perkawinan anak menuntut sinergi kebijakan, program, dan implementasi di berbagai level pemerintahan dan masyarakat. Perlu ada keberpihakan anggaran dan kebijakan pada remaja perempuan, pendidikan kesehatan reproduksi, serta penguatan peran keluarga dan komunitas dalam mendukung anak perempuan agar dapat menempuh pendidikan tinggi, menunda usia perkawinan, dan mempersiapkan diri menjadi ibu yang sehat dan berdaya.

5.2 Implikasi Praktis

a. Bagi Pemerintah Daerah dan Pembuat Kebijakan

- Integrasi data dan program: Pemerintah daerah perlu mengintegrasikan data perkawinan anak dengan program penurunan stunting untuk mengidentifikasi wilayah risiko tinggi.
- Regulasi perlindungan remaja: Penguatan kebijakan lokal melalui *Peraturan Daerah (Perda)* tentang pencegahan perkawinan anak dapat menjadi instrumen hukum yang melindungi remaja.

- Alokasi anggaran yang memadai: Intervensi sensitif seperti pendidikan, perlindungan sosial, dan pemberdayaan perempuan harus mendapat alokasi anggaran yang proporsional.
- b. Bagi Tenaga Kesehatan dan Pendidik
 - Penyuluhan kesehatan reproduksi harus menasar remaja secara rutin, bukan hanya saat kehamilan terjadi.
 - Kolaborasi lintas sektor antara guru, petugas Puskesmas, dan tokoh masyarakat dalam mencegah perkawinan anak harus diperkuat melalui pelatihan dan SOP terpadu.
 - Deteksi dini risiko stunting pada ibu muda (usia <20 tahun) perlu dijadikan prioritas dalam layanan antenatal dan posyandu.
- c. Bagi Masyarakat dan Lembaga Sosial
 - Penguatan peran keluarga dalam mendukung pendidikan anak perempuan sangat krusial. Orang tua harus diberdayakan agar tidak menjadikan perkawinan sebagai solusi kemiskinan atau tekanan sosial.
 - Lembaga keagamaan dan adat perlu menjadi mitra aktif dalam kampanye perubahan norma sosial yang lebih berpihak pada kesehatan dan pendidikan anak.
 - PIK-R dan forum remaja harus diberdayakan secara nyata sebagai pusat informasi, advokasi, dan konseling sebaya untuk mencegah perkawinan anak.

5.3 Rekomendasi Arah Kebijakan

1. Kebijakan Nasional

- Revisi kebijakan nasional penanggulangan stunting untuk secara eksplisit mencantumkan pencegahan perkawinan anak sebagai strategi intervensi sensitif.
- Penyusunan peta jalan nasional pencegahan perkawinan anak dan stunting 2025–2030 yang berbasis data dan hasil riset.
- Evaluasi mekanisme dispensasi nikah dan pelibatan multisektor dalam pengawasannya.

2. Kebijakan Pendidikan

- Integrasi pendidikan kesehatan reproduksi dan pencegahan perkawinan anak dalam kurikulum formal dan nonformal di tingkat SMP dan SMA.
- Peningkatan kapasitas guru dan konselor sekolah dalam memberikan edukasi yang berbasis bukti, tanpa stigma, dan menghormati hak anak.

3. Kebijakan Kesehatan

- Prioritaskan remaja putri dan ibu muda sebagai target utama dalam program suplementasi gizi, konseling gizi, dan skrining risiko stunting.
- Penguatan layanan remaja di Puskesmas, termasuk layanan kesehatan reproduksi dan psikososial untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan dan perkawinan anak.

4. Kebijakan Sosial dan Ekonomi

- Program perlindungan sosial bersyarat (PKH, KIP) harus mencakup indikator penundaan usia kawin dan keberlanjutan pendidikan remaja putri.
- Dukungan terhadap wirausaha remaja perempuan dan pelatihan keterampilan hidup (life skills) untuk menciptakan kemandirian ekonomi dan meningkatkan daya tawar sosial.

5.4 Penutup

Stunting dan perkawinan anak bukanlah masalah yang berdiri sendiri, melainkan merupakan manifestasi dari ketidakadilan struktural dan ketimpangan sosial yang telah

berlangsung lama. Oleh karena itu, keberhasilan dalam menurunkan angka stunting tidak hanya diukur dari indikator fisik semata, tetapi juga dari kemampuan negara dan masyarakat dalam melindungi hak anak perempuan untuk tumbuh, belajar, dan berkembang secara optimal tanpa tekanan untuk menikah dini.

Upaya memutus rantai perkawinan anak dan stunting harus dilakukan secara terencana, terukur, dan berkelanjutan. Tidak cukup hanya dengan pendekatan teknis, tetapi harus dilandasi oleh komitmen moral, politik, dan sosial yang kuat untuk menciptakan generasi yang sehat, berdaya, dan bermartabat.

Referensi

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2021). *Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting 2021-2024*. Jakarta: BKKBN.
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Statistik Gender Indonesia 2022*. Jakarta: BPS.
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., ... & Black, R. E. (2013). *Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?* *The Lancet*, 382(9890), 452-477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- BKKBN. (2021). *Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting 2021-2024*. Jakarta: BKKBN.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., ... & Uauy, R. (2013). *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries*. *The Lancet*, 382(9890), 427-451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan Nasional Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Checkley, W., Buckley, G., Gilman, R. H., Assis, A. M. O., Guerrant, R. L., Morris, S. S., ... & Black, R. E. (2008). *Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting*. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 816-830. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn099>
- Cumming, O., & Cairncross, S. (2016). *Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications*. *Maternal & Child Nutrition*, 12(S1), 91-105. <https://doi.org/10.1111/mcn.12258>
- Dewey, K. G., & Begum, K. (2011). *Long-term consequences of stunting in early life*. *Maternal & Child Nutrition*, 7(s3), 5-18. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00349.x>
- FAO. (2021). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2021*. Rome: FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO.
- Humphrey, J. H. (2009). *Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing*. *The Lancet*, 374(9694), 1032-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60950-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60950-8)
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2022). *Profil Perkawinan Anak di Indonesia*. Jakarta: Kementerian PPPA.
- Nasrullah, M., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Krämer, A. (2014). *Girl-child marriage and its association with morbidity and mortality of children under 5 years of age in a nationally-representative sample of Pakistan*. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 639-646.
- Nasrullah, M., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Krämer, A. (2020). *Girl child marriage and its association with morbidity and mortality of children under 5 years of age in Pakistan*. *Maternal and Child Health Journal*, 24(1), 31-39. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02805-w>

- Plan International. (2021). *Girls Get Equal: Ending Child, Early and Forced Marriage*. London: Plan International. <https://plan-international.org/publications/girls-get-equal/>
- Prentice, A. M., Moore, S. E., & Fulford, A. J. (2013). *Growth faltering in low-income countries*. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 106, 90–99.
- Raj, A., Jackson, E. C., Dunham, S., Patankar, P., & Silverman, J. G. (2018). *Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries*. *BMC Public Health*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5681-4>
- Raj, A., Saggurti, N., Winter, M., Labonte, A., Decker, M. R., Balaiah, D., & Silverman, J. G. (2010). *The effect of maternal child marriage on morbidity and mortality of children under 5 in India: cross sectional study of a nationally representative sample*. *BMJ*, 340, b4258.
- Ruel, M. T., Alderman, H., & The Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*, 382(9891), 536–551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0)
- Rutgers Indonesia. (2020). *Yes I Do Endline Evaluation Report Indonesia*. Jakarta: Rutgers Indonesia. <https://www.rutgers.id/id/publications/yes-i-do-endline-evaluation-report-indonesia>
- Titaley, C. R., Ariawan, I., & Rimbatmaja, R. (2019). *Multisectoral approaches to improving nutrition: Lessons from the Indonesian nutrition improvement programme (UPGK)*. *BMC Public Health*, 19(Suppl 3), 1120.
- UNFPA. (2020). *Accelerating Efforts to Eliminate Child Marriage: UNFPA Global Report*. New York: United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/publications/accelerating-efforts-eliminate-child-marriage>
- UNFPA. (2021). *Child Marriage in Humanitarian Settings: Spotlight on the COVID-19 Pandemic*. New York: UNFPA.
- UNICEF. (2020). *Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period*. New York: UNICEF.
- UNICEF. (2021). *Ending Child Marriage: A Profile of Progress*. New York: United Nations Children's Fund. <https://data.unicef.org/resources/child-marriage-latest-trends/>
- UNFPA & UNICEF. (2018). *Addressing Child Marriage: A Theory of Change*. New York: United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund.
- UNICEF. (2021). *Child Marriage: Latest trends and future prospects*. New York: UNICEF.
- Victora, C. G., Christian, P., Vdaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). *Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda*. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Gardner, J. M., Lozoff, B., Wasserman, G. A., Pollitt, E., & Carter, J. A. (2007). *Child development: risk factors for adverse outcomes in*

developing countries. The Lancet, 369(9556), 145-157.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2)

WHO. (2018). *Adolescent Pregnancy Fact Sheet*. Geneva: World Health Organization

World Bank. (2021). *Nutrition Overview*.

<https://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/overview>

World Bank. (2016). *The Cost of Stunting in Indonesia*. Jakarta: World Bank

Indonesia.

World Health Organization. (2021). *Stunting in a nutshell*.

<https://www.who.int/news/item/26-08-2021-stunting>

World Health Organization. (2022). *Stunting in a Nutshell: Maternal and Child Nutrition*.

Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/26-09-2022-stunting-in-a-nutshell>