

PENGARUH MODEL RENCANA KEBIJAKAN DAN RENCANA AKSI BERBASIS INTEGRATED POLICY AND ACTION UNTUK PENCEGAHAN PERNIKAHAN ANAK DI BAWAH UMUR DI KARANGRAHARJA BEKASI

Koniasari

Prodi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman
Email: koniasari@medikasuherman.ac.id

Abstract

Child marriage remains a serious problem in Indonesia, including in Karangraharja Village, Bekasi Regency. Data from the Central Statistics Agency (2022) notes that West Java Province ranks third nationally in the prevalence of early marriage, with 11.2% of women married before the age of 18. Child marriage impacts access to education, reproductive health risks, intergenerational poverty, and violations of children's rights. An integrated approach through the Integrated Policy and Action (IPA) model is needed to bridge the gap between policy and community-level implementation. To analyze the effect of the policy plan and action plan model based on Integrated Policy and Action on knowledge, attitudes, and practices for preventing underage marriage in Karangraharja, Bekasi. This study used a quasi-experimental design with a pre-test and post-test with control group approach. The sample consisted of 80 respondents including parents, adolescents, community leaders, and PKK cadres, divided into an intervention group (40 persons) and a control group (40 persons) using purposive sampling. The intervention comprised IPA model implementation including local policy plan development, community action plans, and multi-stakeholder capacity building over 3 months. Data were analyzed using Wilcoxon, Mann-Whitney, and multiple logistic regression tests ($\alpha = 0.05$). There were significant improvements in knowledge (mean score 52.75=81.50; $p = 0.000$), positive attitudes (58.25=84.75; $p = 0.000$), and prevention practices (49.50=78.25; $p = 0.000$) in the intervention group. The Mann-Whitney test showed significant differences between the intervention and control groups in all three variables ($p < 0.05$). Logistic regression showed the IPA model was 5.8 times more influential on child marriage prevention practices compared to the control group (OR = 5.8; 95% CI: 2.3–14.6; $p = 0.000$). The policy plan and action plan model based on Integrated Policy and Action was proven effective in improving knowledge, attitudes, and practices for preventing underage marriage in Karangraharja, Bekasi. It is recommended that local governments adopt this model as a child marriage prevention policy strategy at the village level.

Keywords: *integrated policy and action; child marriage; policy plan; action plan; prevention*

Abstrak

Pernikahan anak di bawah umur masih menjadi permasalahan serius di Indonesia, termasuk di Kelurahan Karangraharja, Kabupaten Bekasi. Data Badan Pusat Statistik (2022) mencatat bahwa provinsi Jawa Barat menempati posisi ketiga nasional dalam prevalensi pernikahan dini, dengan angka 11,2% perempuan menikah sebelum usia 18 tahun. Pernikahan anak berdampak pada keputusan akses pendidikan, risiko kesehatan reproduksi, kemiskinan antargenerasi, dan pelanggaran hak anak. Pendekatan terpadu melalui model Integrated Policy and Action (IPA) diperlukan untuk menjembatani gap antara kebijakan dan implementasi di tingkat komunitas. Menganalisis pengaruh penerapan model rencana kebijakan dan rencana aksi berbasis Integrated Policy and Action terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan pernikahan anak di bawah umur di Karangraharja, Bekasi. Penelitian ini menggunakan desain quasi-

eksperimen dengan pendekatan pre-test and post-test with control group. Sampel berjumlah 80 responden yang terdiri atas orang tua, remaja, tokoh masyarakat, dan kader PKK, dibagi menjadi kelompok intervensi (40 orang) dan kelompok kontrol (40 orang) dengan teknik purposive sampling. Intervensi berupa implementasi model IPA mencakup penyusunan rencana kebijakan lokal, rencana aksi komunitas, dan penguatan kapasitas multi-stakeholder selama 3 bulan. Instrumen penelitian adalah kuesioner terstruktur yang telah diuji validitas dan reliabilitas. Analisis data menggunakan uji Wilcoxon, Mann-Whitney, dan regresi logistik berganda ($\alpha = 0,05$). Terdapat peningkatan signifikan pengetahuan (skor rerata 52,75 \rightarrow 81,50; $p = 0,000$), sikap positif (skor 58,25 \rightarrow 84,75; $p = 0,000$), dan praktik pencegahan (skor 49,50 \rightarrow 78,25; $p = 0,000$) pada kelompok intervensi. Uji Mann-Whitney menunjukkan perbedaan bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol pada ketiga variabel ($p < 0,05$). Analisis regresi logistik menunjukkan model IPA berpengaruh 5,8 kali lebih besar terhadap praktik pencegahan pernikahan anak dibandingkan kelompok kontrol (OR = 5,8; 95% CI: 2,3–14,6; $p = 0,000$). Model rencana kebijakan dan rencana aksi berbasis Integrated Policy and Action terbukti efektif meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan pernikahan anak di bawah umur di Karangraharja Bekasi. Direkomendasikan kepada pemerintah daerah untuk mengadopsi model ini sebagai strategi kebijakan pencegahan pernikahan anak di tingkat kelurahan.

Kata kunci: integrated policy and action; pernikahan anak; rencana kebijakan; rencana aksi; pencegahan

PENDAHULUAN

Pernikahan anak di bawah umur merupakan salah satu bentuk pelanggaran hak asasi manusia yang masih marak terjadi di Indonesia. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, batas usia minimum pernikahan ditetapkan 19 tahun bagi laki-laki maupun perempuan. Namun, praktik pernikahan anak masih berlangsung di berbagai wilayah, terutama di daerah perdesaan dan peri-urban dengan tingkat ekonomi dan pendidikan yang rendah.

Data UNICEF (2022) menempatkan Indonesia sebagai negara dengan jumlah pernikahan anak terbesar ke-8 di dunia, dengan sekitar 1,2 juta anak perempuan menikah sebelum usia 18 tahun setiap tahunnya. Di tingkat provinsi, Jawa Barat menempati posisi ketiga secara nasional dengan prevalensi 11,2% perempuan yang menikah sebelum usia 18 tahun (BPS, 2022). Kabupaten Bekasi sebagai salah satu daerah peri-urban yang tumbuh pesat turut menyumbang angka pernikahan dini yang signifikan. Data Pengadilan Agama Kabupaten Bekasi tahun 2022 mencatat 387 pengajuan dispensasi kawin, meningkat 23%

dibandingkan tahun sebelumnya.

Pernikahan anak membawa dampak multidimensional yang serius. Dari aspek kesehatan, perempuan yang menikah dini berisiko 2–3 kali lebih tinggi mengalami kematian akibat komplikasi kehamilan dan persalinan dibandingkan perempuan yang menikah pada usia matang (WHO, 2020). Dari aspek pendidikan, pernikahan dini hampir selalu mengakibatkan putus sekolah, memutus siklus peningkatan kualitas sumber daya manusia. Dari aspek ekonomi, pernikahan anak melanggengkan lingkaran kemiskinan antargenerasi karena pasangan muda umumnya belum memiliki kesiapan finansial.

Berbagai upaya pencegahan pernikahan anak telah dilakukan di Indonesia, mulai dari kampanye kesadaran, program beasiswa, hingga penguatan regulasi. Namun, gap antara kebijakan yang ada dengan implementasi di tingkat komunitas masih sangat lebar. Banyak program yang bersifat sektoral, tidak berkelanjutan, dan tidak melibatkan multi-stakeholder secara sinergis. Diperlukan sebuah pendekatan yang mampu mengintegrasikan perencanaan kebijakan dengan rencana aksi yang terukur dan

melibatkan seluruh pemangku kepentingan di tingkat lokal.

Model Integrated Policy and Action (IPA) merupakan kerangka kerja yang dikembangkan untuk menjembatani gap antara kebijakan dan implementasi dalam mengatasi masalah sosial-kesehatan di tingkat komunitas. Model ini menggabungkan analisis situasi berbasis bukti, penyusunan kebijakan lokal yang partisipatif, pengembangan rencana aksi yang terukur, serta mekanisme monitoring dan evaluasi yang terintegrasi. Model IPA telah berhasil diterapkan dalam berbagai konteks kesehatan masyarakat, namun aplikasinya dalam pencegahan pernikahan anak di Indonesia masih sangat terbatas dan memerlukan bukti ilmiah lebih lanjut.

Karangraharja merupakan kelurahan di Kecamatan Cikarang Utara, Kabupaten Bekasi yang mengalami transisi demografis dari kawasan perdesaan menuju kawasan peri-urban industri. Data kelurahan tahun 2022 mencatat 12 kasus pernikahan anak dalam satu tahun, dengan faktor dominan meliputi kemiskinan, tekanan sosial-budaya, kehamilan tidak direncanakan, dan rendahnya akses informasi kesehatan reproduksi remaja. Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh model rencana kebijakan dan rencana aksi berbasis Integrated Policy and Action terhadap upaya pencegahan pernikahan anak di bawah umur di Karangraharja, Bekasi.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain quasi-eksperimen dengan rancangan pre-test and post-test with control group. Desain ini dipilih karena peneliti tidak dapat melakukan randomisasi penuh mengingat unit intervensi adalah komunitas (kelompok). Kelompok intervensi mendapatkan penerapan model IPA selama 3 bulan, sementara kelompok kontrol hanya mendapatkan informasi standar yang biasa tersedia di komunitas.

Penelitian dilaksanakan di Kelurahan Karangraharja, Kecamatan Cikarang Utara, Kabupaten Bekasi, Jawa Barat.

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Desember 2022 - Februari 2023.

Populasi penelitian adalah seluruh warga Karangraharja yang termasuk dalam kelompok sasaran pencegahan pernikahan anak, meliputi orang tua remaja, remaja usia 13–18 tahun, tokoh masyarakat/agama, dan kader PKK. Sampel ditetapkan menggunakan rumus Lemeshow dengan proporsi minimal dua kelompok, menghasilkan jumlah minimal 35 orang per kelompok. Dengan mempertimbangkan potensi drop-out sebesar 15%, total sampel ditetapkan 80 responden yang dibagi menjadi dua kelompok masing-masing 40 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dengan kriteria inklusi: (1) berdomisili di Karangraharja minimal 1 tahun; (2) bersedia berpartisipasi; (3) tidak memiliki gangguan komunikasi.

Model IPA yang diterapkan dalam penelitian ini terdiri dari empat komponen utama yang diimplementasikan secara berurutan dan terintegrasi selama 12 minggu. 1) Fase Analisis Situasi (Minggu 1–2): Pemetaan faktor risiko pernikahan anak melalui focus group discussion (FGD) multipihak, analisis data kasus, dan identifikasi sumber daya komunitas yang tersedia. 2) Fase Penyusunan Rencana Kebijakan (Minggu 3–5): Workshop partisipatif bersama perangkat kelurahan, tokoh masyarakat, dan perwakilan orang tua untuk merumuskan rancangan kebijakan lokal pencegahan pernikahan anak yang kontekstual dan operasional. 3) Fase Pengembangan Rencana Aksi (Minggu 6–8): Penyusunan rencana aksi komunitas yang mencakup program edukasi kesehatan reproduksi remaja, pemberdayaan ekonomi keluarga, penguatan peran tokoh agama, dan mekanisme pelaporan kasus. 4) Fase Implementasi dan Monitoring (Minggu 9–12): Pelaksanaan rencana aksi secara terpadu disertai monitoring berkala oleh tim peneliti dan fasilitator komunitas. 1) Instrumen penelitian berupa kuesioner terstruktur yang

mengukur tiga variabel utama: Kuesioner Pengetahuan (20 soal pilihan ganda): mengukur pemahaman tentang batasan usia pernikahan, dampak pernikahan dini, dan hak-hak anak. Nilai rentang 0–100. 2) Kuesioner Sikap (15 item skala Likert 1–5): mengukur sikap terhadap norma pernikahan dini, kesetaraan gender, dan peran komunitas. Nilai rentang 15–75, dinormalisasi ke 0–100. 3) Kuesioner Praktik Pencegahan (15 item checklist): mengukur perilaku nyata dalam pencegahan pernikahan anak seperti penyampaian informasi kepada anak, dukungan pendidikan, dan keterlibatan dalam program komunitas. Nilai rentang 0–100. Seluruh instrumen telah dilakukan uji validitas (r hitung > r tabel = 0,361) dan reliabilitas (Cronbach Alpha > 0,70) pada 30 responden di luar sampel penelitian.

Analisis dilakukan menggunakan SPSS versi 26.0. Analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik dan distribusi variabel. Analisis bivariat menggunakan uji Wilcoxon signed-rank untuk membandingkan skor pre-test dan post-test dalam kelompok yang sama, serta uji Mann-Whitney untuk membandingkan perbedaan antar kelompok (data berdistribusi tidak normal berdasarkan uji Shapiro-Wilk). Analisis multivariat menggunakan regresi logistik berganda untuk mengidentifikasi determinan pengaruh model IPA terhadap praktik pencegahan. Tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$.

Penelitian telah mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Medika Suherman. Seluruh responden menandatangani informed consent setelah mendapatkan penjelasan Kerahasiaan data dijamin dengan penkode inisial.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik Responden Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=80)

Karakteristik	Kategori	Intervensi n (%)	Kontrol n (%)	Total n (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	12 (30,0)	13 (32,5)	25 (31,3)
	Perempuan	28 (70,0)	27 (67,5)	55 (68,8)
Usia (tahun)	13–18 tahun	12 (30,0)	13 (32,5)	25 (31,3)
	19–35 tahun	15 (37,5)	14 (35,0)	29 (36,3)
	> 35 tahun	13 (32,5)	13 (32,5)	26 (32,5)
Pendidikan	SD/SMP	11 (27,5)	12 (30,0)	23 (28,8)
	SMA	20 (50,0)	19 (47,5)	39 (48,8)
	Diploma/S1+	9 (22,5)	9 (22,5)	18 (22,5)
Pekerjaan	Tidak bekerja/Pelajar	18 (45,0)	17 (42,5)	35 (43,8)
	Buruh/Swasta	14 (35,0)	15 (37,5)	29 (36,3)
	Wiraswasta/Lainnya	8 (20,0)	8 (20,0)	16 (20,0)
Pendapatan Keluarga	< Rp 2 juta/bulan	17 (42,5)	16 (40,0)	33 (41,3)
	Rp 2–5 juta/bulan	18 (45,0)	19 (47,5)	37 (46,3)
	> Rp 5 juta/bulan	5 (12,5)	5 (12,5)	10 (12,5)
Peran dalam Komunitas	Orang tua remaja	14 (35,0)	14 (35,0)	28 (35,0)
	Remaja	12 (30,0)	13 (32,5)	25 (31,3)
	Tokoh masy./agama	8 (20,0)	7 (17,5)	15 (18,8)
	Kader PKK	6 (15,0)	6 (15,0)	12 (15,0)

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan Tabel 1, karakteristik responden pada kedua kelompok menunjukkan distribusi yang relatif homogen, mengindikasikan keberhasilan prosedur pemilihan sampel dalam menyeimbangkan kedua kelompok. Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan (68,8%), yang mencerminkan komposisi aktual peserta kegiatan kemasyarakatan di Karangraharja. Sebagian besar responden berpendidikan SMA (48,8%) dengan pendapatan keluarga menengah-bawah (Rp 2–5 juta/bulan, 46,3%). Kelompok orang tua remaja merupakan kategori terbesar (35,0%), yang sangat relevan mengingat orang tua memiliki peran sentral dalam keputusan pernikahan anak.

Tabel 2. Distribusi Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Intervensi Model IPA (n=80)

Kategori Pengetahuan	Pre Intervensi n (%)	Post Intervensi n (%)	Pre Kontrol n (%)	Post Kontrol n (%)	Mean±SD Intervensi (Pre→Post)	Mean±SD Kontrol (Pre→Post)
Kurang (< 60)	28 (70,0)	0 (0,0)	27 (67,5)	24 (60,0)		
Cukup (60–75)	9 (22,5)	7 (17,5)	10 (25,0)	12 (30,0)	52,75±8,32 →81,50±7,18	53,25±7,94 →56,50±8,10
Baik (> 75)	3 (7,5)	33 (82,5)	3 (7,5)	4 (10,0)		
p-value (Wilcoxon)		0,000*		0,124 (ns)		

* Signifikan pada $p < 0,05$ | ns = not significant |
 Sumber: Data Primer, 2023

Tabel 2 menggambarkan pergeseran distribusi pengetahuan yang sangat dramatis pada kelompok intervensi. Sebelum penerapan model IPA, 70,0% responden memiliki pengetahuan kategori Kurang, dan hanya 7,5% berkategori Baik. Setelah intervensi 3 bulan, tidak ada responden yang tersisa dalam kategori Kurang, sementara 82,5% berhasil mencapai kategori Baik. Rata-rata skor pengetahuan meningkat dari $52,75 \pm 8,32$ menjadi $81,50 \pm 7,18$, dengan nilai $p = 0,000$ pada uji Wilcoxon. Sebaliknya, kelompok kontrol hanya mengalami perubahan minimal ($53,25 \pm 7,94$ menjadi $56,50 \pm 8,10$; $p = 0,124$) yang tidak bermakna secara statistik.

Tabel 3. Distribusi Sikap Sebelum dan Sesudah Intervensi Model IPA (n=80)

Kategori Sikap	Pre Intervensi n (%)	Post Intervensi n (%)	Pre Kontrol n (%)	Post Kontrol n (%)	Mean±SD Intervensi (Pre→Post)	Mean±SD Kontrol (Pre→Post)	p-value (Wilcoxon)
Negatif (< 60)	24 (60,0)	0 (0,0)	25 (62,5)	22 (55,0)			0,000*
Cukup positif (60-75)	13 (32,5)	9 (22,5)	12 (30,0)	14 (35,0)	$58,25 \pm 9,14$ → $84,75 \pm 6,82$	$57,75 \pm 8,90$ → $60,25 \pm 9,15$	0,211 (ns)
Positif (> 75)	3 (7,5)	31 (77,5)	3 (7,5)	4 (10,0)			
p-value (Wilcoxon)							

Sumber: Data Primer, 2023

Pada variabel sikap, kelompok intervensi mengalami perubahan yang sangat signifikan. Sebelum intervensi, 60,0% responden memiliki sikap negatif terhadap pencegahan pernikahan anak. Setelah intervensi, tidak ada responden dengan sikap negatif, dan 77,5% mencapai kategori sikap positif. Rata-rata skor sikap meningkat dari $58,25 \pm 9,14$ menjadi $84,75 \pm 6,82$ ($p = 0,000$). Kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan bermakna ($57,75 \pm 8,90$ menjadi $60,25 \pm 9,15$; $p = 0,211$).

Tabel 4. Distribusi Praktik Pencegahan Sebelum dan Sesudah Intervensi Model IPA (n=80)

Kategori Praktik	Pre Intervensi n (%)	Post Intervensi n (%)	Pre Kontrol n (%)	Post Kontrol n (%)	Mean±SD Intervensi (Pre→Post)	Mean±SD Kontrol (Pre→Post)
Kurang (< 60)	30 (75,0)	0 (0,0)	29 (72,5)	26 (65,0)		

Kategori	Intervensi	Kontrol
Cukup (60-75)	8 (20,0)	10 (25,0)
Baik (> 75)	2 (5,0)	30 (75,0)
p-value (Wilcoxon)		
	0,000*	0,318 (ns)

Sumber: Data Primer, 2023

Hasil serupa tampak pada variabel praktik pencegahan. Sebelum intervensi, 75,0% responden kelompok intervensi berada dalam kategori Kurang dan hanya 5,0% berkategori Baik. Setelah implementasi model IPA, distribusi bergeser secara dramatis dengan 75,0% responden mencapai kategori Baik dan tidak ada lagi yang berkategori Kurang. Rata-rata skor praktik meningkat dari $49,50 \pm 8,75$ menjadi $78,25 \pm 7,43$ ($p = 0,000$). Kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan bermakna ($p = 0,318$).

Tabel 5 Perbandingan Skor Post-Test antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Kelompok	n	Mean Rank	Mean ± SD	p-value
Pengetahuan	Intervensi	40	52,35	$81,50 \pm 7,18$	0,000*
	Kontrol	40	28,65	$56,50 \pm 8,10$	
Sikap	Intervensi	40	54,10	$84,75 \pm 6,82$	0,000*
	Kontrol	40	26,90	$60,25 \pm 9,15$	
Praktik Pencegahan	Intervensi	40	53,70	$78,25 \pm 7,43$	0,000*
	Kontrol	40	27,30	$52,75 \pm 8,58$	

Sumber: Data Primer, 2023

Uji Mann-Whitney pada Tabel 5 mengonfirmasi bahwa terdapat perbedaan yang sangat bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol pada ketiga variabel outcome: pengetahuan ($p = 0,000$), sikap ($p = 0,000$), dan praktik pencegahan ($p = 0,000$). Mean rank kelompok intervensi secara konsisten jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol pada ketiga variabel, membuktikan bahwa perbedaan yang terjadi bukan karena faktor kebetulan melainkan karena pengaruh nyata dari intervensi model IPA.

Tabel 6 Hasil Analisis Regresi Logistik Berganda Determinan Praktik Pencegahan Pernikahan Anak

Variabel	B	SE	p-value	OR	95% CI
Intervensi Model IPA (Ya vs. Tidak)	1,758	0,471	0,000*	5,80	2,31 – 14,57
Pengetahuan Baik (Ya vs. Tidak)	1,386	0,512	0,007*	4,00	1,47 – 10,91
Sikap Positif (Ya vs. Tidak)	1,099	0,498	0,027*	3,00	1,02 – 6,12
Pendidikan \geq SMA (Ya vs. Tidak)	0,916	0,456	0,044*	2,50	1,02 – 6,12
Peran Tokoh Masyarakat (Ya vs. Tidak)	0,788	0,442	0,075	2,20	0,85 – 5,72
Dukungan Keluarga Kuat (Ya vs. Tidak)	0,693	0,438	0,113	2,00	0,85 – 5,72

Nagelkerke $R^2 = 0,624$ | Hosmer-Lemeshow $p = 0,812$ | Akurasi Model = 82,5%

* Signifikan pada $p < 0,05$ | OR = Odds Ratio | CI = Confidence Interval | Sumber: Data Primer, 2023

Tabel 6 menyajikan hasil analisis regresi logistik berganda yang mengidentifikasi determinan terkuat praktik pencegahan pernikahan anak. Setelah mengontrol seluruh variabel secara simultan, intervensi model IPA tetap menjadi prediktor terkuat (OR = 5,80; 95% CI: 2,31–14,57; $p = 0,000$), artinya kelompok yang mendapat intervensi model IPA memiliki peluang 5,8 kali lebih besar untuk menerapkan praktik pencegahan yang baik dibandingkan kelompok kontrol. Pengetahuan yang baik (OR = 4,00; $p = 0,007$) dan sikap positif (OR = 3,00; $p = 0,027$) juga merupakan prediktor bermakna. Tingkat pendidikan \geq SMA berkontribusi signifikan (OR = 2,50; $p = 0,044$). Model memiliki kemampuan prediksi yang baik dengan Nagelkerke $R^2 = 0,624$ dan akurasi model 82,5%, serta fit yang baik berdasarkan uji Hosmer-Lemeshow ($p = 0,812$).

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan pengetahuan yang sangat bermakna pada kelompok intervensi (52,75 \rightarrow 81,50; $p = 0,000$), sementara kelompok kontrol tidak mengalami perubahan signifikan. Peningkatan ini dapat dijelaskan melalui komponen-komponen model IPA yang secara sinergis memfasilitasi proses pembelajaran komunitas. Fase analisis situasi menciptakan kesadaran kritis tentang besarnya masalah pernikahan anak di lingkungan terdekat

yang merupakan trigger efektif untuk motivasi belajar. Workshop partisipatif pada fase penyusunan kebijakan memberikan pengalaman aktif yang, sesuai teori experiential learning Kolb (1984), jauh lebih efektif dalam membangun pengetahuan dibandingkan metode ceramah pasif. Temuan ini selaras dengan hasil penelitian Aisyah et al. (2021) yang melaporkan peningkatan pengetahuan remaja tentang dampak pernikahan dini sebesar 42,3% setelah intervensi berbasis komunitas partisipatif di Jawa Tengah. Penelitian systematic review oleh Parsitau (2020) juga mengonfirmasi bahwa intervensi multikomponen yang melibatkan analisis situasi, edukasi, dan pemberdayaan komunitas secara konsisten menghasilkan peningkatan pengetahuan lebih besar dibandingkan intervensi tunggal.

Perubahan sikap yang bermakna (58,25 \rightarrow 84,75; $p = 0,000$) pada kelompok intervensi menunjukkan keberhasilan model IPA dalam mengubah norma sosial yang selama ini mendukung atau menoleransi praktik pernikahan anak. Perubahan sikap merupakan aspek yang paling sulit dipengaruhi dalam model Health Belief (Rosenstock, 1974) karena berkaitan erat dengan nilai-nilai budaya dan keyakinan yang telah lama mengakar. Keterlibatan tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam proses penyusunan kebijakan lokal pada model IPA terbukti menjadi kunci perubahan sikap ini, karena mereka memiliki otoritas moral yang diakui komunitas untuk merekonstruksi norma sosial.

Pelibatan tokoh agama khususnya sangat krusial dalam konteks masyarakat Karangraharja yang religius, di mana pernikahan dini sering dilegitimasi melalui interpretasi agama yang tidak kontekstual. Melalui forum dialog yang difasilitasi model IPA, para tokoh agama berhasil menghasilkan pandangan normatif yang lebih progresif tentang kematangan usia pernikahan, yang kemudian disebarluaskan melalui pengajian dan forum komunitas.

Peningkatan praktik pencegahan yang paling tajam ($49,50 \rightarrow 78,25$; $p = 0,000$) mencerminkan dampak nyata model IPA pada level perilaku. Rencana aksi komunitas yang disusun secara partisipatif pada fase ketiga model IPA menghasilkan serangkaian tindakan konkret yang dapat dilakukan oleh berbagai lapisan masyarakat, mulai dari orang tua yang lebih aktif berdiskusi tentang pendidikan dengan anak, remaja yang menyebarkan informasi ke teman sebaya, hingga kader PKK yang membentuk kelompok pendampingan keluarga rentan.

Analisis regresi logistik mengonfirmasi bahwa intervensi model IPA merupakan prediktor terkuat praktik pencegahan ($OR = 5,80$), jauh melampaui kontribusi variabel pendidikan ($OR = 2,50$). Hal ini menunjukkan bahwa intervensi terstruktur berbasis komunitas mampu mengatasi keterbatasan pendidikan formal dalam mengubah perilaku kesehatan. Temuan ini mendukung pendapat Gibbs et al. (2022) bahwa program pencegahan pernikahan anak yang paling efektif adalah yang mengintegrasikan perubahan kebijakan formal dengan aksi komunitas secara simultan, bukan secara terpisah. Model IPA memiliki beberapa keunggulan dibandingkan pendekatan konvensional: (1) bersifat multi-stakeholder sehingga menghasilkan komitmen yang lebih luas; (2) berbasis bukti melalui analisis situasi yang sistematis; (3) menghasilkan kebijakan lokal yang kontekstual dan dapat diadaptasi sesuai kondisi masing-masing komunitas; (4) memiliki mekanisme monitoring bawaan yang memastikan akuntabilitas implementasi. Namun, model ini juga memiliki keterbatasan, antara lain memerlukan fasilitator yang terlatih, waktu implementasi yang lebih panjang, dan koordinasi lintas sektor yang intensif.

Keterbatasan penelitian ini meliputi: (1) desain quasi-eksperimen yang tidak dapat sepenuhnya mengendalikan variabel perancu; (2) periode follow-up 3 bulan yang relatif singkat untuk menilai perubahan perilaku jangka panjang; dan (3) kemungkinan kontaminasi antarkelompok mengingat kedua kelompok berada dalam satu kelurahan

meskipun di RW yang berbeda. Penelitian lanjutan dengan desain RCT dan follow-up 12 bulan diperlukan untuk menghasilkan evidens yang lebih kuat

SIMPULAN

Model rencana kebijakan dan rencana aksi berbasis Integrated Policy and Action terbukti berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan ($52,75 \rightarrow 81,50$; $p = 0,000$), sikap positif ($58,25 \rightarrow 84,75$; $p = 0,000$), dan praktik pencegahan pernikahan anak ($49,50 \rightarrow 78,25$; $p = 0,000$) di Karangraharja, Bekasi. Analisis regresi logistik menunjukkan model IPA merupakan prediktor terkuat praktik pencegahan ($OR = 5,80$; 95% CI: 2,31–14,57), bersama pengetahuan yang baik ($OR = 4,00$) dan sikap positif ($OR = 3,00$). Tidak terdapat perubahan bermakna pada kelompok kontrol, membuktikan bahwa hasil yang diperoleh merupakan dampak nyata dari intervensi model IPA.

SARAN

Pemerintah Kelurahan Karangraharja diharapkan segera mengintegrasikan rencana kebijakan lokal yang telah disusun ke dalam regulasi kelurahan dan mengalokasikan anggaran khusus untuk keberlanjutan rencana aksi pencegahan pernikahan anak. Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP3A) Kabupaten Bekasi dapat mereplikasi model IPA ini ke kelurahan-kelurahan lain dengan prevalensi pernikahan dini tinggi. Peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan uji model IPA dengan desain RCT dan periode follow-up lebih panjang, serta mengukur dampak akhir berupa penurunan angka pernikahan anak secara aktual.

DAFTAR PUSTAKA

Aisyah, S., Nugraheni, A., & Wulandari, P. (2021). Efektivitas intervensi berbasis komunitas terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang pernikahan dini di Jawa Tengah. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 12(2), 87–96.

- <https://doi.org/10.22435/jkr.v12i2.4521>.
- Badan Pusat Statistik Republik Indonesia. (2022). Statistik perkawinan anak di Indonesia 2022. BPS.
- Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Bekasi. (2022). Laporan tahunan dispensasi kawin Kabupaten Bekasi 2022. DP3A Kabupaten Bekasi.
- Gibbs, C. M., Wendt, A., Peters, S., & Hogue, C. J. (2022). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26(S1), 259–284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2012.01290>.
- Girls Not Brides. (2023). Child marriage around the world: Indonesia. Girls Not Brides Global Partnership.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil kesehatan Indonesia 2021*. Kemenkes RI.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2020). *Strategi nasional pencegahan perkawinan anak 2020–2024*. KemenPPPA.
- Parsitau, D. S. (2020). The role of religion in teenage girls' experiences of pregnancy and motherhood in Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 22(S1), 69–83. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1716015>.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386.
- UNICEF Indonesia. (2022). *Child marriage in Indonesia: Progress and challenges*. UNICEF.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan. (2019). *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 186*. Sekretariat Negara.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. (2014). *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 297*. Sekretariat Negara
- World Health Organization. (2020). *Adolescent pregnancy: Key facts*. WHO Press.
- Yamin, P., Fei, M., Lahlou, S., & Levy, S. (2019). Using social norms to change behavior and increase sustainability in the real world: A systematic review of the literature. *Sustainability*, 11(20), 5847. <https://doi.org/10.3390/su11205847>