

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Remaja

a. Pengertian Remaja

Masa remaja merupakan fase peralihan dari anak-anak menuju dewasa yang ditandai dengan proses pencarian identitas diri. Periode ini kerap dianggap sebagai tahap yang sarat dinamika akibat karakteristiknya yang unik, yaitu adanya pertumbuhan fisik yang pesat disertai kematangan organ reproduksi dan perubahan hormonal yang berlangsung bersamaan dengan perkembangan emosi yang belum seimbang. Ketidakselarasan antara kematangan biologis dan kematangan psiko-emosional inilah yang menyebabkan masa remaja sering menghadapi berbagai tantangan dan kerentanan (Rejo, 2025).

Kata remaja berasal dari bahasa Latin “*adolescence*,” yang berarti tumbuh menjadi dewasa. Remaja ditandai dengan pencarian jati diri serta perubahan signifikan dalam kematangan mental, emosional, dan fisik. Pada fase ini, remaja sering mengalami kebingungan peran (*role confusion*) karena tuntutan sosial mulai meningkat, sementara kapasitas pengambilan keputusan dan pengendalian diri masih dalam tahap perkembangan (Fitri, 2024).

b. Tahapan Perkembangan Remaja

1) Remaja awal (*Early adolescence*)

Remaja usia 10-13 tahun, tahap awal remaja ditandai dengan pertumbuhan fisik yang pesat serta terjadinya perubahan pada area tubuh tertentu, baik pada laki-laki maupun perempuan yang dikenal sebagai masa pubertas. Secara psikologis, pola pikir pada fase ini cenderung bersifat egosentris dengan kecenderungan untuk menganggap pandangan diri sendiri sebagai sesuatu yang paling tepat. Terjadi dorongan untuk mandiri yang menunjukkan keinginan melakukan berbagai hal secara sendiri tanpa pendampingan orang tua secara langsung. Pada tahap ini, kesadaran akan privasi dan batasan personal juga mulai terbentuk dengan lebih jelas (Hamidah & Rizal, 2022)

2) Remaja tengah (*Middle adolescence*)

Remaja usia 14-17 tahun, pada tahap perkembangan remaja tengah, remaja perempuan telah mencapai tingkat kematangan fisik yang lengkap dengan ditandai dengan keteraturan siklus menstruasi dan kesempurnaan perkembangan organ reproduksi. Secara psikososial, muncul ketertarikan terhadap hubungan romantis dengan lawan jenis serta peningkatan konflik dengan orang tua sebagai implikasi dari keinginan untuk memperoleh otonomi dan kemandirian. Pada fase ini, kebutuhan akan pengakuan sosial menjadi sangat dominan sehingga remaja

cenderung membentuk hubungan pertemanan dengan individu yang memiliki kesamaan karakteristik sebagai bentuk ekspresi identitas diri (Hamidah & Rizal, 2022).

3) Remaja akhir (*Late adolescence*)

Remaja usia 18-20 tahun, pada remaja akhir perkembangan telah mencapai titik maksimal. Aspek emosional lebih terkendali dan individu mulai mempertimbangkan hukum sebab akibat dari setiap sikap yang diambil. Tahap ini merupakan masa konsolidasi menuju periode dewasa yang ditandai dengan pencapaian lima hal, yaitu: minat yang semakin mantap terhadap fungsi-fungsi intelektual, ego yang mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang lain dan dalam pengalaman-pengalaman baru, terbentuknya identitas seksual yang tidak akan berubah lagi, egosentrisme yang digantikan oleh keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dan orang lain, serta tumbuhnya "batas" yang memisahkan diri pribadi (*private self*) dan masyarakat (Hamidah & Rizal, 2022).

2. Kehamilan Remaja

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9

bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Handayani, 2025).

Kehamilan remaja merupakan kehamilan yang terjadi pada usia remaja < 20 tahun. Wanita yang hamil pada usia 15-19 tahun memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Wanita usia < 20 tahun organ-organ reproduksinya belum berfungsi secara sempurna sehingga apabila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi (Amidah, 2022).

b. Tanda dan Gejala Awal Kehamilan

Seorang perempuan bisa saja memiliki semua tanda dan gejala kehamilan tetapi tidak hamil atau hanya mempunyai beberapa tanda dan gejala tetapi jelas hamil. Untuk memastikan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil. Menurut (Marfuah, 2023), tanda dan gejala kehamilan dibagi menjadi tiga, yaitu:

1) Tanda- tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan merujuk pada indikator yang secara langsung menunjukkan keberadaan janin dan dapat diobservasi

atau dikonfirmasi oleh pemeriksa. Tanda-tanda tersebut meliputi:

a) Pergerakan janin

Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasakan, atau diraba oleh pemeriksa merupakan tanda pasti. Pergerakan ini biasanya baru dapat diidentifikasi dengan jelas pada kehamilan sekitar minggu ke-20.

b) Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ dapat dideteksi dengan berbagai metode, bergantung pada usia kehamilan:

- 1) Dapat didengar menggunakan alat *Doppler* pada usia kehamilan sekitar 12 minggu.
- 2) Dapat didengar dengan stetoskop monoral *Laennec* pada usia kehamilan 18-20 minggu.
- 3) Dapat direkam dan dianalisis menggunakan alat *fetal elektrokardiogram* (EKG).
- 4) Dapat divisualisasikan secara langsung melalui pemeriksaan *ultrasonografi* (USG).

c) Bagian-bagian tubuh janin

Bagian besar (seperti kepala dan bokong) maupun bagian kecil (seperti lengan dan kaki) janin dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa pada kehamilan trimester akhir.

Visualisasi yang lebih sempurna dari anatomi janin dapat diperoleh melalui pemeriksaan USG.

- d) Visualisasi kerangka janin dapat terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.

2) Tanda-tanda tidak pasti kehamilan

a) Amenorea

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus dari *Naegele* yaitu TTP (Hari Pertama HT+7) dan (bulan HT-3).

b) Mual dan muntah (*nausea* dan *vomiting*)

Biasanya terjadi pada bulna-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Oleh karena sering terjadi pada pagi hari maka disebut *morning sickness*. Bila mual dan muntah terlalu sering disebut hiperemesis.

c) Mengidam

Pada awal kehamilan, khususnya pada trimester pertama, ibu hamil sering kali mengalami keinginan yang kuat untuk mengonsumsi makanan atau minuman khusus tertentu. Gejala ini sering kali disertai dengan penciuman yang lebih sensitif dan tidak tahan terhadap aroma-aroma tertentu.

d) Pingsan

Ibu hamil memiliki risiko lebih tinggi untuk merasa pusing hingga pingsan, terutama ketika berada di tempat yang ramai, sesak, atau padat. Hal ini umumnya disebabkan oleh perubahan hemodinamik dan tekanan darah.

e) Anoreksia

Penurunan nafsu makan atau anoreksia biasanya hanya berlangsung sementara pada trimester pertama kehamilan. Setelah melewati masa ini, nafsu makan ibu hamil umumnya akan kembali normal bahkan cenderung meningkat.

f) Lelah (*fatigue*)

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

g) Payudara

Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli payudara kelenjar Montgomery terlihat lebih membesar.

h) Miksi

Frekuensi buang air kecil meningkat karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang mulai membesar. Gejala ini biasanya mereda pada trimester kedua, tetapi dapat muncul kembali menjelang akhir kehamilan saat kepala janin mulai turun dan menekan kandung kemih.

i) Konstipasi/obstipasi

Konstipasi terjadi karena penurunan tonus (ketegangan) otot-otot usus akibat pengaruh hormon steroid selama kehamilan, yang memperlambat pergerakan usus.

j) Pigmentasi kulit

Terjadi peningkatan pigmentasi kulit karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta. Perubahan warna ini dapat dijumpai pada wajah (disebut *kloasma gravidarum* atau *mask of pregnancy*), areola payudara, leher, serta dinding perut yang ditandai dengan garis *linea nigra* (garis gelap di tengah perut).

k) Epulis

Epulis atau pembengkakan (hipertrofi) pada papil gusi merupakan kondisi yang sering terjadi pada trimester pertama kehamilan akibat peningkatan respon jaringan gusi terhadap hormon.

l) Varises

Pelebaran pembuluh vena atau varises dapat terjadi pada kaki, betis, dan area vulva. Keadaan ini umumnya dijumpai pada trimester akhir kehamilan akibat peningkatan tekanan vena dan pengaruh hormonal.

c. Dampak Kehamilan Remaja

Kehamilan remaja dapat menyebabkan berbagai dampak, seperti meningkatnya risiko kesehatan pada ibu seperti anemia, perdarahan, dan preeklamsia. Dampak kesehatan pada bayi yang dilahirkan seperti prematur, BBLR, dan kelainan bawaan. Muncul masalah psikologis seperti stres dan depresi yang dapat mempengaruhi kehidupan remaja.

1) Kesehatan fisik

Wanita hamil berusia 15-19 tahun memiliki risiko kematian yang lebih besar selama masa kehamilan dan persalinan dibandingkan dengan wanita dewasa (Yastirin et al., 2024). Kehamilan pada usia remaja memperbesar kemungkinan terjadinya berbagai komplikasi, seperti persalinan terhambat, kelahiran prematur, keguguran, anemia, perdarahan, preeklamsia, serta keracunan kehamilan (Kartikasari et al., 2022). Ketidakmatangan organ reproduksi meningkatkan kemungkinan terjadinya kegawatan pada ibu maupun bayi yang baru lahir (Sebayang et al., 2022).

2) Kesehatan psikologis

Remaja yang mengalami kehamilan sering kali menghadapi masalah psikologis, seperti stres, depresi, dan kecemasan. Situasi ini juga berpotensi memicu terjadinya kekerasan terhadap bayi dan mengakibatkan anak berisiko mengalami penelantaran (Tamalla dan Azinar, 2022).

3) Kehidupan sosial

Remaja hamil kerap menghadapi stigma dan diskriminasi sosial dari lingkungan sekitarnya yang dapat menimbulkan perasaan terisolasi. Kondisi tersebut pada akhirnya menyulitkan mereka untuk kembali diterima di dalam lingkungan sosialnya (Pertiwi dan Abida, 2022).

4) Ekonomi

Kehamilan yang berujung pada putus sekolah juga mengurangi peluang remaja untuk memperoleh pekerjaan yang layak di masa depan. Hal tersebut membatasi ruang lingkup karier yang dapat mereka capai sehingga menjadikan mereka lebih bergantung secara ekonomi pada keluarga (Maribeth et al., 2024).

3. Perawatan Kehamilan

a. Pengertian *Antenatal Care* (ANC)

Pemeriksaan ANC mendefinisikan bahwa pemeriksaan kehamilan merupakan kesehatan yang dilakukan untuk

memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Pada hakikatnya pemeriksaan kehamilan bersifat *preventive care* dan bertujuan mencegah hal-hal yang tidak diinginkan bagi ibu dan janin (Nahak, 2024).

b. Tujuan ANC

Tujuan utama ANC adalah menurunkan/mencegah kesakitan dan kematian perinatal. Menurut (Huda et al., 2025) tujuan ANC adalah:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu
- 3) Mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit-penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI secara eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh secara normal.

- 7) Mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal. Mempersiapkan kesehatan yang optimal bagi janin.

c. Waktu Kunjungan ANC

Kementerian Kesehatan RI menetapkan pemeriksaan ibu hamil dilakukan minimal sebanyak 6 kali (K6) selama 9 bulan sebagai bentuk komitmen untuk penyediaan layanan esensial bagi ibu hamil, standar minimal kunjungan menurut (Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu edisi 3, 2020), yaitu:

1) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Trimester pertama mulai dari awal kehamilan sampai usia kehamilan 12 minggu. Kontak pertama dapat dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses.

2) Kunjungan ke-2 (K2)

Kunjungan ke-2 dilaksanakan pada trimester II saat usia kehamilan >12 minggu. Kunjungan ini bertujuan untuk melakukan pemantauan pada ibu hamil dan janin agar mendapatkan pelayanan kehamilan yang sesuai dengan standar.

3) Kunjungan ke-3 (K3)

Kunjungan ke-3 dilakukan pada trimester II saat usia kehamilan >12 minggu sampai usia kehamilan 23 minggu.

Kunjungan ke-3 dilakukan untuk memantau kondisi kesehatan ibu dan pertumbuhan serta perkembangan janin.

4) Kunjungan ke-4 (K4)

Kunjungan ke-4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kunjungan antenatal pada trimester III mulai dari usia diatas 24 minggu.

5) Kunjungan ke-5 (K5)

Kunjungan ke-5 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi klinis/ kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu yang dimulai dari usia kehamilan diatas 24 minggu sampai sebelum melahirkan.

6) Kunjungan ke-6 (K6)

Kunjungan ke-6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya. Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Jika kehamilan sudah mencapai 40 minggu, maka harus dirujuk untuk diputuskan terminasi kehamilannya.

d. Standar Pelayanan ANC

Standar pelayanan ANC terpadu 12T adalah sebagai berikut:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Kedua pengukuran ini penting untuk dilakukan, terutama pada awal masa kehamilan. Dari data BB dan TB ibu, nakes bisa mengukur indeks massa tubuh ibu sehingga bisa memperkirakan apakah ibu memiliki faktor risiko obesitas atau tidak. Pemeriksaan BB dilakukan pada awal kehamilan menjadi gambaran target penambahan BB di bulan berikutnya sehingga dapat dipantau sesuai target atau tidak.

2) Ukur tekanan darah

Pemeriksaan tekanan darah penting untuk mendeteksi kemungkinan beberapa faktor risiko, seperti hipertensi, preeklampsia, dan eklampsia. Ibu yang memiliki tekanan darah di bawah 110/80 mmHg atau di atas 140/90 mmHg perlu diberikan konseling lebih lanjut. Pemeriksaan tekanan darah dilakukan setiap kunjungan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan.

3) Nilai status gizi (ukur LILA)

Untuk menghindari BBLR, status gizi ibu perlu ditetapkan. Pengukuran LILA dilakukan pada saat pertama kali ibu hamil datang untuk pemeriksaan ANC. Caranya dengan mengukur lingkaran lengan atas ibu pada tangan kiri. Ibu

dengan LILA kurang dari 23,5 cm dapat menandakan kekurangan energi kronis sehingga membutuhkan intervensi lebih lanjut.

4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Menentukan apakah pertumbuhan janin sesuai usianya bidan perlu mengukur tinggi fundus uteri (TFU) atau puncak rahim. Pertumbuhan janin dianggap normal jika TFU sesuai dengan tabel ukuran fundus uteri dengan toleransi 1-2 cm. Pemeriksaan TFU dilakukan setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan di pelayanan kesehatan.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Kedua pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi, memantau, dan menghindarkan faktor risiko kematian prenatal yang disebabkan oleh hipoksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi. Detak jantung janin biasanya sudah bisa dideteksi dengan *fetal doppler* atau USG sejak kehamilan 16 minggu. Sementara itu, pola detak jantung janin bisa dipantau menggunakan CTG sejak kehamilan 28 minggu. Pemeriksaan DJJ dilakukan pada setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan saat usia kehamilan >16 minggu.

- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) jika diperlukan

Vaksinasi tetanus perlu diberikan pada ibu hamil. Tenaga kesehatan perlu menanyakan kepada ibu riwayat vaksinasi tetanus sebelumnya untuk menentukan dosis dan waktu pemberian vaksin.

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan
TT 1	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	Lebih dari 25 tahun

Sumber: Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu edisi 3, 2020

Gambar 1. Imunisasi TT

- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan

Untuk mencegah kekurangan zat besi pada ibu hamil, tenaga kesehatan perlu memberikan tablet tambah darah atau tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan dengan konsumsi satu tablet per hari. Pemberian tablet Fe pada saat kunjungan pertama ibu hamil ke ANC. Cara minum obat Fe ini dengan cara ibu tidak meminum tablet zat besi bersamaan dengan kopi atau teh karena dapat mengganggu penyerapannya. Sebaliknya, anjuran untuk mengonsumsi makanan-makanan kaya vitamin C untuk meningkatkan penyerapannya.

8) Tes laboratorium

Tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes golongan darah dan tes triple eliminasi dilakukan pada saat kunjungan awal pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada ANC trimester pertama atau saat kunjungan pertama ANC dan pada saat trimester ketiga. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya.

9) Tata laksana/ penanganan kasus sesuai kewenangan

Tatalaksana atau penanganan kasus dilakukan ibu hamil yang mempunyai risiko kehamilan. Memastikan ibu mendapat perawatan yang tepat agar kesehatan ibu dan janin tetap optimal.

10) Temu wicara (konseling)

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan proses

persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.

11) Skrining kesehatan jiwa

Pemeriksaan untuk mendeteksi dini risiko gangguan mental dan emosional yang umum terjadi selama kehamilan dan nifas, seperti stres, depresi, dan kecemasan berlebih. Pemeriksaan dapat dilakukan menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) pada K1, K5, kehamilan trimester III, dan KF 3.

12) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk menampilkan gambar (sonogram) dari janin di dalam rahim. USG dilakukan minimal 2 kali pada trimester I dan pada trimester III kehamilan.

4. Kepatuhan Perawatan Kehamilan

a. Definisi Kepatuhan

Menurut Notoatmodjo (2003), kepatuhan merupakan suatu keadaan yang terbentuk melalui proses perilaku yang berkesinambungan, mencakup unsur ketaatan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban dalam menjalankan suatu aturan atau ketentuan. Individu tidak lagi memandang tindakan yang dilakukan sebagai suatu beban, melainkan merasa tidak nyaman apabila tidak melaksanakan perilaku yang telah menjadi kebiasaan sesuai dengan

aturan yang berlaku. Selain itu, kepatuhan juga termasuk dalam perilaku kesehatan yaitu upaya yang dilakukan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan agar terhindar dari penyakit serta melakukan tindakan pengobatan atau pemulihan ketika mengalami gangguan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

b. Teori *Health Belief Model* (HBM)

Health Belief Model (HBM) telah menjadi salah satu kerangka kerja konseptual yang paling banyak digunakan dalam penelitian perilaku kesehatan. Teori ini berfungsi untuk menjelaskan perubahan dan pemeliharaan perilaku terkait kesehatan, serta sebagai dasar untuk intervensi perilaku kesehatan. HBM dikembangkan berdasarkan pemahaman bahwa permasalahan kesehatan sering kali disebabkan oleh ketidakmampuan individu atau masyarakat dalam menerima upaya pencegahan dan penyembuhan penyakit yang disediakan oleh penyedia layanan kesehatan (Rachmawati, 2019). Gambaran *Health belief model* meliputi dari 6 dimensi, diantaranya:

1) *Perceived susceptibility*

Pada ibu hamil remaja, persepsi kerentanan tercermin dari kesadaran bahwa kehamilan pada usia remaja memiliki risiko tinggi terhadap komplikasi seperti anemia, preeklamsia, persalinan prematur, dan perdarahan. Semakin tinggi persepsi

kerentanan, semakin besar kemungkinan ibu hamil remaja untuk mematuhi perawatan kehamilan (Rachmawati, 2019).

2) *Perceived severity* atau keseriusan yang dirasa.

Persepsi keseriusan diukur melalui pemahaman ibu hamil remaja tentang konsekuensi negatif dari ketidakpatuhan ANC, seperti kematian ibu, kematian janin, atau kecacatan pada bayi. Ibu yang memiliki persepsi keseriusan tinggi cenderung lebih patuh terhadap perawatan kehamilan (Rachmawati, 2019).

3) *Perceived benefits*.

Dimensi ini menggambarkan keyakinan individu bahwa tindakan yang dilakukan akan memberikan manfaat bagi kesehatannya. Pada ibu hamil remaja, persepsi manfaat tercermin dari keyakinan bahwa pemeriksaan kehamilan secara teratur dapat mendeteksi dini risiko kehamilan, memantau pertumbuhan janin, serta mempersiapkan persalinan yang aman. Ibu yang meyakini manfaat ANC cenderung lebih patuh melakukan kunjungan sesuai standar (Rachmawati, 2019).

4) *Perceived barriers*

Dimensi ini berkaitan dengan hambatan yang dirasakan individu dalam melakukan tindakan kesehatan. Pada ibu hamil remaja, hambatan yang sering muncul antara lain rasa malu karena kehamilan di luar nikah, takut diperiksa, jarak ke fasilitas kesehatan, biaya transportasi, tidak mendapat izin dari orang tua,

atau kurangnya dukungan keluarga. Semakin sedikit hambatan yang dirasakan, semakin tinggi tingkat kepatuhan perawatan kehamilan (Rachmawati, 2019).

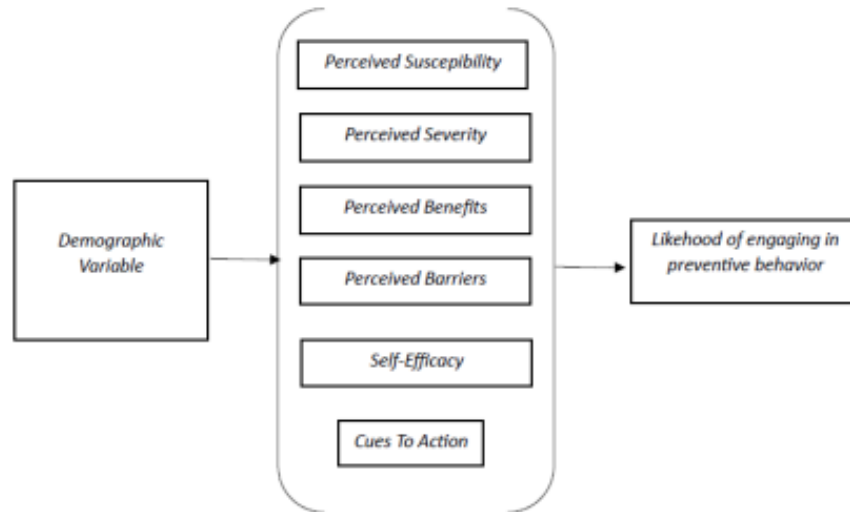
5) *Health motivation*

Pada ibu hamil remaja, motivasi kesehatan dapat berupa keinginan untuk memiliki bayi yang sehat, menjaga kelangsungan kehamilan, serta kesadaran akan pentingnya kesehatan reproduksi. Ibu dengan motivasi kesehatan tinggi cenderung lebih aktif dalam melakukan perawatan kehamilan (Rachmawati, 2019).

6) *Cues to action*

Dimensi ini merupakan faktor eksternal yang mendorong individu untuk mengambil tindakan kesehatan. Dalam penelitian ini, isyarat untuk bertindak dapat berupa: anjuran dari tenaga kesehatan, dukungan suami atau orang tua, informasi dari media sosial atau kelompok sebaya, serta pengalaman pribadi atau orang terdekat yang pernah mengalami komplikasi kehamilan. Isyarat ini menjadi pemicu ibu hamil remaja untuk melakukan perawatan kehamilan (Rachmawati, 2019).

B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori *Health Belief Model*

Health Belief Model (Adopted from (Rosentock 1974)(Subedi et al, 2025)

C. Kerangka Konsep

Karakteristik
1. Usia
2. Tingkat Pendidikan
3. Usia Kehamilan
ANC yang Dilakukan
1. 12T
2. Tidak 12T
Kepatuhan Perawatan Kehamilan
1. Patuh
2. Tidak Patuh

Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana kepatuhan perawatan kehamilan pada ibu hamil remaja di wilayah kerja Puskesmas Gamping II tahun 2024-2025?