

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kehamilan Usia Dini

a. Pengertian

Kehamilan usia dini (usia muda/remaja) adalah kehamilan yang terjadi pada remaja putri berusia kurang dari 20 tahun. Kehamilan tersebut dapat disebabkan oleh karena hubungan seksual (hubungan intim) dengan pacar, dengan suami, pemerkosaan, maupun faktor-faktor lain yang menyebabkan sperma membuahi telurnya dalam rahim perempuan tersebut (Legawati & Riyanti, 2020).

b. Faktor – Faktor Kehamilan Usia Dini

Adapun faktor yang mempengaruhi kehamilan dini pada remaja antara lain:

1) Teman Sebaya

Pengaruh kelompok (teman sebaya) sangatlah berpengaruh dalam perilaku seksual pranikah remaja dan merupakan salah satu upaya dalam menjadi bagian dari kelompoknya dengan mengikuti norma-norma yang telah dianut oleh kelompoknya (melakukan perilaku seks pranikah). Selain itu, didorong oleh rasa ingin tahu yang besar untuk mencoba segala hal yang belum diketahui (Harahap et al., 2023).

2) Perilaku Seksual Pranikah

Perilaku seksual pranikah remaja juga disebabkan karena pada fase remaja, mereka umumnya memiliki dorongan seksual yang sangat kuat, sedangkan resiko akibat kegiatan seksual yang menjurus pada hubungan seksual seperti belum sepenuhnya mereka ketahui (Harahap et al.,2023).

3) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang kehamilan usai dini dapat menyebabkan remaja melakukan perilaku seksual berisiko di luar pernikahan. Kurangnya informasi yang jelas justru menimbulkan rasa ingin tahu yang dapat mendorong remaja melakukan perilaku berisiko, sehingga berpotensi menyebabkan kehamilan tidak diinginkan seperti. Hubungan seksual yang dilakukan dilandasi pemikiran bahwa berhubungan seks satu kali tidak menyebabkan kehamilan (Hartiani Halawiyah et al., 2025).

c. Dampak Kehamilan Usia Dini

1) Kesehatan Ibu dan Bayi

Kehamilan yang terjadi pada usia dini akan menyebabkan kesenjangan kesehatan antara ibu dan bayinya. Kehamilan usia dini akan memberikan dampak atau pengaruh pada luaran maternal, luaran persalinan dan luaran neonatal. Sehingga diperlukan adanya sebuah upaya untuk memberikan penanganan

terbaik pada kehamilan usia dini (Maheshwari et al., 2022).

Bentuk Luaran kehamilan usia dini meliputi:

- a) Luaran Maternal : pencegahan kehamilan dini, malnutrisi, preeklamsia dan eklampsia, plasenta previa, infeksi, demam dan hipertensi;
- b) Luaran Persalinan : persalinan dengan penyulit, perdarahan post partum, depresi post partum (*baby blues*)
- c) Luaran Neonatal : prematuritas, bayi berat lahir rendah, sindroma depresi pernafasan, IUGR (*Intra Uterine Growth Retraction*), dan kelainan kongenital.

(Maheshwari et al., 2022).

2) Hambatan Pencapaian Cita – Cita

Meningkatnya risiko putus sekolah akibat kehamilan dini secara langsung membatasi kesempatan remaja untuk melanjutkan pendidikan formal dan mencapai tujuan akademik maupun karier di masa depan. Hal ini menjadi hambatan utama dalam pencapaian cita-cita dan perkembangan masa depan remaja (Wulandari, 2023).

3) Stress dan Depresi

Kehamilan dini menyebabkan remaja kesulitan menghadapi lingkungan sosialnya, cenderung mengalami depresi yang sangat tinggi, mudah bingung, rasa takut, putus asa, selalu merasa bersalah, malu dan menghindari dari sesuatu yang

berkaitan dengan kehamilan, kesepian, dan kehilangan rasa percaya diri (Wulandari, 2023).

4) Stigma Sosial

Lingkungan menganggap remaja hamil sebagai kelompok masalah atau berisiko dapat meningkatkan stereotip dan stigma yang dirasakan oleh remaja (Wulandari, 2023).

d. Upaya Pencegahan Kehamilan Usia Dini

Upaya pencegahan kehamilan usia dini menurut (Shalma & Agustia, 2025) antara lain:

1) Pembinaan Bagi Remaja

Program Kesehatan Remaja di Indonesia dengan menggunakan pendekatan posyandu remaja guna meningkatkan derajat kesehatan dan keterampilan hidup sehat remaja yang dikelola dan selenggarakan dari, oleh, dan untuk masyarakat yang merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) untuk remaja (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

2) Batasan Pergaulan

Upaya pencegahan kehamilan usia dini pada remaja dapat dilakukan dengan menjaga batasan yang sehat dan bertanggung jawab dalam pergaulan, sehingga remaja mampu menghindari perilaku berisiko, termasuk hubungan seksual pranikah (Fauziah & Subiyatin, 2022).

3) Peran Orangtua

Orang tua memiliki peran penting sebagai konsultan bagi remaja dalam memberikan bimbingan dan pemahaman yang tepat mengenai kesehatan reproduksi. Dengan bersikap terbuka dan informatif dalam membahas topik seputar seksualitas, orang tua dapat menciptakan komunikasi yang positif dan penuh kepercayaan dengan anak remajanya. Pendekatan yang demikian mendorong remaja untuk lebih bijak dalam mengambil keputusan, termasuk menunda aktivitas seksual dan menghindari risiko terjadinya kehamilan di usia muda. Sikap terbuka orang tua juga membantu remaja merasa lebih nyaman untuk bertanya dan berdiskusi, sehingga dapat mencegah munculnya kesalahpahaman atau perilaku berisiko akibat kurangnya informasi yang benar (Amalia et al., 2022).

Hubungan yang ditandai dengan komunikasi yang baik antara orang tua dan remaja dapat meningkatkan rasa percaya diri serta harga diri remaja. Sebaliknya, remaja yang kurang mendapatkan perhatian, kasih sayang, dan pengawasan dari orang tua cenderung lebih rentan mengalami tekanan emosional, kesulitan dalam pendidikan, rendahnya rasa percaya diri, perilaku seksual berisiko, hingga kemungkinan terjerumus dalam penyalahgunaan narkoba (Mediastuti, 2020).

4) Pendidikan Kesehatan Reproduksi, dan Seksual

Penyuluhan kesehatan masyarakat (*Public Health Education*) secara rutin, yaitu suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik, dan pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya (Syurandhari et al., 2023).

5) Batasan Perilaku

Aktivitas seperti berpelukan, berciuman, atau menyentuh area sensitif seringkali dianggap wajar, namun dapat memicu dorongan seksual yang mengarah pada hubungan seksual pranikah yang beresiko terhadap kehamilan dini (Mustika & Djuari, 2025).

6) Berkegiatan Positif

Menghindari hasrat seksual melalui keterlibatan dalam berbagai kegiatan positif. Keikutsertaan dalam kegiatan positif untuk mengisi waktu luang menjadikan remaja lebih aktif, kreatif, dan percaya diri, serta membuka peluang untuk bersosialisasi secara sehat. Kondisi ini berkontribusi pada pembentukan karakter yang baik dan berperan penting dalam

pencegahan perilaku seksual pranikah yang berisiko menyebabkan kehamilan dini (Sabilla, 2020).

2. Remaja

a. Pengertian

Masa remaja merupakan periode transisi antara kanak-kanak dan dewasa, yang umumnya berlangsung pada usia 10 hingga 19 tahun. Tahap ini menjadi fase penting dalam perkembangan manusia karena berperan dalam pembentukan dasar kesehatan dan kesejahteraan di masa depan. Pada masa ini, remaja mengalami perubahan fisik, kognitif, dan psikososial yang cepat, yang memengaruhi cara mereka merasakan emosi, berpikir, membuat keputusan, serta berinteraksi dengan lingkungan sosialnya (WHO, 2024).

Masa remaja menunjukkan sifat-sifat masa transisi atau peralihan karena remaja belum berstatus orang dewasa namun juga tidak berstatus kanak-kanak. Disebabkan ada beragam persyaratan untuk dapat dikatakan sebagai orang dewasa, maka remaja lebih mudah dimasukkan ke dalam kategori anak daripada kategori dewasa (Bawono, 2023).

Masa remaja adalah tahap kehidupan di mana terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat, dari segi fisik, psikologis, maupun intelektual. Pada fase ini, remaja umumnya

memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, senang mencoba hal baru dan menghadapi tantangan, serta berani mengambil risiko tanpa selalu mempertimbangkan konsekuensinya secara matang. Jika keputusan yang diambil tidak tepat, remaja dapat terjebak dalam perilaku berisiko yang berpotensi menimbulkan dampak negatif jangka pendek maupun jangka panjang terhadap kesehatan fisik dan psikososialnya (Hapsari, 2019).

b. Pembagian Masa Remaja

Masa remaja menjadi tiga bagian, antara lain:

- 1) Masa remaja awal (12-15 tahun). Pada masa ini, individu mulai meninggalkan peran sebagai anak-anak dan berusaha mengembangkan diri sebagai individu yang unik dan tidak tergantung pada orang tua. Fokus dari tahap ini adalah penerimaan terhadap bentuk dan kondisi fisik serta adanya konformitas yang kuat dengan teman sebaya (Bawono, 2023).
- 2) Masa remaja pertengahan (15-18 tahun). Masa ini ditandai dengan berkembangnya kemampuan berpikir yang baru. Teman sebaya masih memiliki peran yang penting, namun individu sudah lebih mampu mengarahkan diri sendiri (*self-directed*). Pada masa ini, remaja mulai mengembangkan kematangan tingkah laku, belajar mengendalikan impulsivitas, dan membuat keputusan-keputusan awal yang berkaitan dengan tujuan vokasional yang ingin dicapai (Bawono, 2023).

- 3) Masa remaja akhir (19-22 tahun). Masa ini ditandai oleh persiapan akhir untuk memasuki peran-peran orang dewasa. Selama periode ini, remaja berusaha memantapkan tujuan vokasional dan mengembangkan *sense of personal identity*. Keinginan yang kuat untuk menjadi matang dan diterima dalam kelompok teman sebaya dan orang dewasa, juga menjadi ciri dari tahap ini (Bawono, 2023).

c. Proses Perubahan Pada Remaja

1) Perubahan Fisik

Perubahan fisik masa remaja merupakan perubahan fisik berhubungan dengan aspek anatomi dan aspek fisiologis, dimana kelenjar hipofise pada remaja menjadi matang dan mengeluarkan beberapa hormon, seperti hormon *gonadotropine* yang berfungsi mempercepat pematangan sel telur dan sel sperma, serta mempengaruhi kelenjar suprenalis, testosteron, dan estrogen (Purnama Sari, 2022). Dampak dari produksi hormon tersebut adalah:

- a) Ukuran otot bertambah besar dan semakin kuat
- b) Testosteron menghasilkan sperma dan esterogen memproduksi sel telur.
- c) Munculnya tanda-tanda kelamin sekunder seperti pembesaran payudara, perubahan suara, mimpi basah,

tumbuhnya rambut-rambut halus di sekitar kemaluan, ketiak, dan bulu mata.

Perubahan yang terjadi yaitu munculnya tanda-tanda seks primer; terjadi haid yang pertama (*menarche*) pada remaja perempuan dan mimpi basah pada remaja laki - laki.

Munculnya tanda-tanda seks sekunder, yaitu:

- a) Pada remaja laki-laki; tumbuhnya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, suara bertambah besar, dada lebih besar, badan berotot, tumbuh kumis diatas bibir, cambang dan rambut di sekitar kemaluan dan ketiak (Purnama Sari, 2022).
- b) Pada remaja perempuan; pinggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, tumbuh rambut di sekitar kemaluan dan ketiak, payudara membesar (Purnama Sari, 2022).

2) Perubahan Emosionalitas

Akibat langsung dari perubahan fisik dan hormonal adalah perubahan dalam aspek emosionalitas pada remaja sebagai akibat dari perubahan fisik dan hormonal, dan juga pengaruh lingkungan yang terkait dengan perubahan badaniah tersebut (Ajhuri, 2019).

Hormonal menyebabkan perubahan seksual dan menimbulkan dorongan-dorongan dan perasaan-perasaan baru. Keseimbangan hormonal yang baru menyebabkan individu

merasakan hal-hal yang belum pernah dirasakan sebelumnya. Keterbatasannya untuk secara kognitif mengolah perubahan-perubahan baru tersebut bisa membawa perubahan besar dalam fluktuasi emosinya (Ajhuri, 2019).

Dikombinasikan dengan pengaruh-pengaruh sosial yang juga senantiasa berubah, seperti tekanan dari teman sebaya, media massa, dan minat pada seks lain, remaja menjadi lebih terorientasi secara seksual. Ini semua menuntut kemampuan pengendalian dan pengaturan baru atas perilakunya (Ajhuri, 2019).

3) Perubahan Kognitif

Semua perubahan fisik yang membawa implikasi perubahan emosional tersebut makin dirumitkan oleh fakta bahwa individu juga sedang mengalami perubahan kognitif. Perubahan dalam kemampuan berpikir ini diungkapkan oleh Piaget 1972 dalam (Ajhuri, 2019) sebagai tahap terakhir yang disebut sebagai tahap *formal operation* dalam perkembangan kognitifnya.

Dalam tahapan yang bermula pada umur 11 atau 12 tahun ini, remaja tidak lagi terikat pada realitas fisik yang konkrit dari apa yang ada, remaja mulai mampu berhadapan dengan aspek-aspek yang hipotesis dan abstrak dari realitas. Misalnya aturan-aturan dari orang tua, status remaja dalam kelompok sebayanya, dan aturan-aturan yang diberlakukan padanya tidak lagi

dipandang sebagai hal-hal yang tak mungkin berubah (Ajhuri, 2019).

Kemampuan-kemampuan berpikir yang baru ini memungkinkan individu untuk berpikir secara abstrak, hipotesis dan kontrafaktual, yang pada gilirannya kemudian memberikan peluang bagi individu untuk mengimajinasikan kemungkinan lain untuk segala hal. Imajinasi ini bisa terkait pada kondisi masyarakat, diri sendiri, aturan-aturan orang tua, atau apa yang akan dia lakukan dalam hidupnya. Singkatnya, segala sesuatu menjadi fokus dari kemampuan berpikir hipotesis, kontrafaktual, dan imajinatif remaja (Ajhuri, 2019).

4) Implikasi Psikososial

Perubahan pesat yang terjadi pada masa remaja membuat mereka cenderung memusatkan perhatian pada diri sendiri. Pada tahap ini, remaja mengalami perubahan besar secara fisik, emosional, dan kognitif, sehingga wajar jika mereka berusaha memahami diri dan identitasnya (Ajhuri, 2019).

Dalam waktu yang bersamaan, masyarakat menuntut remaja untuk menentukan arah hidup, seperti memilih jurusan sekolah atau karier masa depan. Hal ini sering menimbulkan kebingungan dan dilema, karena pada usia tersebut remaja belum sepenuhnya siap mengambil keputusan jangka panjang. Kondisi ini dapat memicu krisis identitas, yaitu masa di mana

remaja berusaha menemukan siapa dirinya dan peran apa yang akan dijalankan dalam masyarakat (Ajhuri, 2019).

3. Upaya Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Remaja

a. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKRR)

PKPR merupakan program Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang menyediakan pelayanan kesehatan ramah remaja di puskesmas. Program ini bertujuan meningkatkan akses remaja terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi edukasi kesehatan reproduksi, konseling, pelayanan klinis, deteksi dini masalah kesehatan, serta rujukan bila diperlukan (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Karakteristik utama PKPR adalah pelayanan yang menghargai kerahasiaan, partisipasi, dan kebutuhan remaja sehingga diharapkan mampu membentuk perilaku hidup sehat serta mencegah perilaku berisiko, termasuk kehamilan remaja. PKPR dilaksanakan baik di dalam puskesmas maupun melalui kegiatan luar gedung, seperti UKS dan Posyandu Remaja (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

b. Posyandu Remaja

Posyandu Remaja merupakan pengembangan layanan Posyandu yang ditujukan bagi remaja sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial remaja. Kegiatan yang dilaksanakan meliputi skrining kesehatan, pemantauan status gizi, konseling, komunikasi, informasi dan

edukasi (KIE), kesehatan reproduksi, pencegahan penyalahgunaan NAPZA, kesehatan mental, serta pencegahan penyakit tidak menular. Posyandu Remaja menjadi sarana edukasi sekaligus deteksi dini berbagai permasalahan kesehatan remaja di tingkat masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

c. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

UKS merupakan program pembinaan kesehatan yang diselenggarakan di lingkungan sekolah melalui kerja sama antara sektor pendidikan dan kesehatan. Tujuan UKS adalah meningkatkan kemampuan peserta didik untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, menciptakan lingkungan sekolah yang sehat, serta meningkatkan derajat kesehatan peserta didik. Dalam konteks kesehatan reproduksi remaja, UKS menjadi media penyampaian edukasi mengenai pubertas, kesehatan reproduksi, pencegahan perilaku seksual berisiko, serta pembentukan perilaku hidup sehat sejak usia sekolah (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

d. Program Generasi Berencana (GenRe)

Program GenRe merupakan program Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional yang bertujuan membentuk remaja agar memiliki perencanaan kehidupan yang matang melalui pendidikan, karier, dan kehidupan berkeluarga. Program ini mendorong remaja untuk menunda usia perkawinan hingga usia ideal, menghindari perilaku seksual berisiko, penyalahgunaan

NAPZA, serta mempersiapkan kehidupan berkeluarga yang sehat dan berkualitas. Implementasi GenRe dilakukan melalui Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) dengan pendekatan konselor sebaya dan pendidik sebaya (UNICEF, 2026).

e. *Better Sexual and Reproductive Health and Rights for All in Indonesia* (BERANI)

BERANI merupakan program kolaboratif antara Pemerintah Indonesia, *United Nations Population Fund*, *United Nations Children's Fund*, dan Pemerintah Kanada yang dilaksanakan sejak tahun 2018. Program ini bertujuan meningkatkan kesehatan dan hak seksual serta reproduksi, khususnya bagi perempuan dan remaja. Kegiatan BERANI meliputi penguatan pelayanan kesehatan reproduksi ramah remaja, peningkatan akses informasi kesehatan reproduksi, penguatan keluarga berencana, pencegahan perkawinan anak, pencegahan kekerasan berbasis gender, serta penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan advokasi kebijakan (UNICEF, 2023).

4. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan efek lanjutan dari keingintahuan individu berkenaan dengan objek melalui indra yang dimiliki. Setiap individu memiliki pengetahuan yang tidak sama karena pengindraan setiap orang mengenai suatu objek berbeda-beda (Notoatmodjo, 2018).

Adapun enam tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2018) yaitu:

a. Tahu (*Know*)

Tingkat pengetahuan yang paling rendah ini hanya sebatas mengingat kembali pelajaran yang telah didapatkan sebelumnya, seperti mendefinisikan, menyatakan, menyebutkan, dan menguraikan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Pada tahap ini pengetahuan yang dimiliki sebagai keterampilan dalam menjelaskan mengenai objek ataupun sesuatu dengan tepat.

c. Aplikasi (*Application*)

Objek yang telah dipahami sebelumnya dan sudah menjadi materi, selanjutnya diaplikasikan atau diterapkan pada keadaan atau lingkungan yang sebenarnya.

d. Analisis (*Analysis*)

Pengelompokan suatu objek ke dalam unsur yang memiliki keterkaitan satu sama lain serta mampu menggambarkan dan membandingkan atau membedakan.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Perencanaan dan penyusunan kembali komponen pengetahuan ke dalam suatu pola baru yang komprehensif.

f. Evaluasi (*Evaluation*) Penilaian terhadap suatu objek serta dideskripsikan sebagai sistem perencanaan, perolehan, dan penyediaan data guna menciptakan alternatif keputusan.

Pengetahuan dibagi menjadi 3 kategori yaitu:

- a. Baik, bila subjek mampu menjawab dengan benar 76-100%
- b. Cukup, bila subjek mampu menjawab dengan benar 56-75%
- c. Kurang, bila subjek mampu menjawab dengan < 56%

(Irawan et al., 2022).

Pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra, yang selanjutnya dipengaruhi oleh proses belajar, pengalaman, dan paparan informasi. Pengetahuan yang telah diperoleh tidak bersifat permanen, melainkan dapat mengalami penurunan apabila tidak dilakukan penguatan atau pengulangan terhadap informasi yang diterima.

Hal ini sejalan dengan Teori *Forgetting Curve* yang dikemukakan oleh Ebbinghaus, yang menjelaskan bahwa daya ingat seseorang akan menurun secara bertahap seiring berjalannya waktu apabila informasi yang telah dipelajari tidak diperkuat melalui proses pengulangan (*repetition*) atau penguatan (*reinforcement*). Oleh karena itu, pemberian intervensi secara berulang diharapkan mampu mempertahankan retensi informasi, mengurangi efek lupa, serta meningkatkan pemahaman dan pengetahuan responden terhadap materi yang diberikan (Redhana, 2025).

Dalam penelitian *pretest-posttest*, waktu pelaksanaan pengukuran setelah intervensi juga perlu diperhatikan agar hasil yang diperoleh benar-benar mencerminkan perubahan pengetahuan. Notoatmodjo (2018) menyatakan bahwa apabila interval antara pretest dan posttest

terlalu pendek, responden masih mungkin mengingat jawaban pada pengukuran pertama sehingga dapat menimbulkan *testing effect*. Sebaliknya, apabila interval terlalu lama, terdapat kemungkinan terjadi perubahan pada variabel yang diukur akibat faktor lain di luar intervensi penelitian. Oleh karena itu, pelaksanaan posttest setelah interval tujuh hari dipandang sebagai waktu yang memadai untuk meminimalkan bias akibat ingatan terhadap soal *pretest* sekaligus mengevaluasi retensi pengetahuan yang diperoleh setelah pemberian intervensi.

5. Sikap

Sikap adalah prediposisi untuk memberikan tanggapan terhadap rangsang lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan berfikir yang disiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang diorganisasikan melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktik atau tindakan (Notoatmodjo, 2018).

Sikap terdiri atas tiga komponen utama, yaitu komponen kognitif (keyakinan atau kepercayaan), afektif (perasaan atau emosi), dan konatif (kecenderungan bertindak). Ketiga komponen ini saling berinteraksi dan membentuk predisposisi individu dalam merespons suatu objek atau situasi (Notoatmodjo, 2018).

Ada beberapa tingkatan sikap menurut (Notoatmodjo, 2018), yaitu :

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan serta mengaplikasikannya adalah suatu indikasi dari sikap.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya dan sebagainya) untuk pergi ke posyandu atau hadir dalam pembekalan penyuluhan.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran variabel sikap dapat dilakukan dengan cara wawancara, observasi, dan kuesioner. Penyusunan instrumen sikap sebaiknya melakukan langkah penyusunan kuesioner. Ada pun penyusunan kuesioner sikap meliputi langkah penyusunan definisi operasional variabel yang akan diukur, memecah variabel menjadi beberapa sub variabel, membedakan pernyataan sikap, serta mengulas dan meneliti

pernyataan yang dibuat. Setelah menyusun instrumen maka pengukuran validitas dan reliabilitas dari instrumen yang telah dibuat perlu dilakukan (Gayatri, 2024).

6. *Precede-Proceed* Model (Lawrance Green)

Model perencanaan promosi kesehatan yang sering digunakan adalah *Precede – Proceed*. Model ini memungkinkan suatu struktur komprehensif untuk menilai tingkat kesehatan dan kebutuhan kualitas kehidupan, merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan dan program kesehatan publik lainnya (Rachmawati, 2019).

Precede yang merupakan akronim dari “*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*”, menggambarkan perencanaan proses diagnosis untuk membantu perkembangan program kesehatan atau edukasi kesehatan. *Proceed* yang merupakan akronim dari “*Policy, Regulatory, Organizational Construct, in Educational and Environmental Development*”, mendampingi proses implementasi dan evaluasi program atau intervensi yang telah dirancang dalam *Precede* (Rachmawati, 2019).

Model *Precede-Proceed* mengatur perhatian pertama pendidik kesehatan pada outcome dan memulai proses perencanaan pendidikan kesehatan dengan melihat outcome yang diinginkan yaitu kualitas hidup yang baik (Rachmawati, 2019).

Kerangka *Precede-Proceed* menurut Lawrance Green dalam (Rachmawati, 2019):

a. Penilaian Kualitas Hidup dan Fase Diagnosis Sosial dan Epidemiologi

Upaya untuk menilai kualitas hidup umumnya diawali dengan kajian terhadap masalah sosial, karena kondisi sosial memiliki pengaruh besar terhadap kesejahteraan masyarakat. Menurut *Environmental Protection Agency (EPA)*, masalah sosial merupakan situasi yang menimbulkan kesulitan atau ketidakbahagiaan di masyarakat.

Terdapat dua pendekatan utama dalam memahami kualitas hidup:

- 1) Pendekatan objektif, yang menilai kondisi sosial berdasarkan indikator terukur, seperti tingkat pekerjaan, pendapatan, pendidikan, kriminalitas, akses layanan sosial, dan kondisi perumahan. Pendekatan ini mencerminkan aspek epidemiologi sosial, yaitu pengukuran faktor-faktor sosial yang berdampak pada kesejahteraan populasi (Rachmawati, 2019).
- 2) Pendekatan subjektif, yang menilai persepsi individu atau masyarakat terhadap hambatan dalam meningkatkan kualitas hidup mereka. Pandangan ini menunjukkan pentingnya dukungan sosial, di mana perasaan didengar dan diperhatikan menjadi bagian dari peningkatan kesejahteraan psikososial (Rachmawati, 2019).

Kedua pendekatan ini saling melengkapi dan dapat dilakukan melalui data sekunder (seperti dari BPS, lembaga sosial, atau instansi pemerintah) maupun data primer hasil pengumpulan langsung di masyarakat. Proses pengumpulan data dapat dilakukan melalui wawancara, forum komunitas, *Focus Group Discussion* (FGD), atau *Nominal Group Process* (NGP) (Rachmawati, 2019).

Dengan demikian, fase dukungan sosial menekankan pentingnya keterlibatan masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan dan hambatan, sedangkan fase epidemiologi menitikberatkan pada pengukuran faktor-faktor sosial yang memengaruhi kualitas hidup secara luas dan terukur (Rachmawati, 2019).

b. Fase Diagnosis Perilaku dan Lingkungan

Fase Diagnosis Perilaku dan Lingkungan Program pendidikan kesehatan memiliki tujuan utama yakni peningkatan kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup seseorang dipengaruhi secara langsung oleh faktor masalah kesehatan serta faktor non-kesehatan. Kesepakatan tentang berbagai aspek kehidupan sosial yang dirasakan memiliki efek negatif pada kualitas hidup seseorang merupakan langkah awal dalam menyusun perencanaan program kesehatan, program pendidikan dan terutama perencanaan program pendidikan kesehatan. Pada fase ini dilakukan identifikasi masalah kesehatan yang berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang (Rachmawati, 2019).

Pada fase ini selain diidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi masalah kesehatan juga sekaligus diidentifikasi masalah lingkungan (fisik dan sosial) yang mempengaruhi perilaku dan status kesehatan ataupun kualitas hidup seseorang atau masyarakat. Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang, digunakan indikator perilaku seperti : pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilization*), upaya pencegahan (*preventive action*), pola konsumsi makanan (*consumption pattern*), kepatuhan (*compliance*), upaya pemeliharaan kesehatan sendiri (*self care*). Dimensi perilaku yang digunakan adalah : *earliness, quality, persistence, frequency dan range*. Indikator lingkungan yang digunakan meliputi: keadaan sosial, ekonomi, fisik dan pelayanan kesehatan dengan dimensinya yang terdiri dari: keterjangkauan, kemampuan dan pemerataan (Rachmawati, 2019).

c. Fase Diagnosis Pendidikan dan Ekologi

Faktor yang saling bergantung (*predisposing, enabling, dan reinforcing factor*) dan kondisi hidup merupakan determinan dari perubahan perilaku dan lingkungan sebagai proses pendidikan dan ekologi. Istilah pendidikan (*educational*) yang dimaksud di sini, merujuk pada proses pembelajaran sosial alami (*the natural social learning process*) dalam kehidupan sehari – hari sehingga individu

dapat memahami dan melaksanakan pengendalian atau kontrol terhadap lingkungannya (Rachmawati, 2019).

Proses pembelajaran yang dimaksud disini berbeda dengan proses pendidikan formal yang diperoleh di sekolah atau program pelatihan. Sedangkan istilah ekologi (*ecological*) disini mengacu pada determinisme timbal balik/determinis resiprokal antara perilaku dan lingkungan, dimana lingkungan meliputi pengaruh sosial dan fisik di beberapa level (keluarga, teman sebaya, kebijakan bebas rokok) (Rachmawati, 2019).

Dengan demikian, *Educational and Ecological Assessment* (Penilaian Pendidikan dan Ekologi) merupakan upaya untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan kondisi hidup (termasuk efek genetik) sebagai faktor yang berperan penting dalam menentukan outcomes kesehatan dan kualitas hidup. *Educational and Ecological Assessment* (Penilaian Pendidikan dan Ekologi) mengidentifikasi faktor yang membutuhkan perubahan untuk memulai dan mempertahankan proses perubahan perilaku dan lingkungan. Pendekatan pendidikan dan ekologi dapat digunakan untuk mengelola sebuah intervensi program guna menghilangkan atau memperkuat aspek tertentu dari proses pendidikan dan ekologi yang berpengaruh terhadap perilaku dan lingkungan (Rachmawati, 2019).

d. *Predisposing Factor* (Faktor Predisposisi)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang dapat mempermudah dan mendasari terjadinya perubahan perilaku atau tindakan pada individu maupun masyarakat (Notoatmodjo, 2018). Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu maupun masyarakat untuk bertindak atau berperilaku (Notoatmodjo, 2018).

e. *Enabling Factor* (Faktor Pemungkin)

Faktor pemungkin sebagai faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku atau tindakan. Faktor pemungkin adalah keterampilan dan sumber daya yang diperlukan untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kerja, sekolah, klinik penjangkauan, dan sumber daya lainnya. Faktor pemungkin juga mencakup aksesibilitas sumber daya meliputi biaya, jarak, transportasi yang tersedia, jam buka pelayanan, dan sebagainya. Keterampilan tenaga kesehatan juga termasuk ke dalam faktor pemungkin (Rachmawati, 2019).

f. *Reinforcing Factor* (Faktor Penguat)

Faktor penguat merupakan faktor yang dapat memperkuat atau terkadang justru memperlunak untuk terjadinya perilaku (menentukan apakah perilaku kesehatan didukung). Faktor penguat

akan memperkuat perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya pengulangan. Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia terkadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat (Rachmawati, 2019).

g. Fase Diagnosis Administrasi dan Kebijakan

Pada fase ini, seorang perencana memilih dan menyesuaikan komponen program dengan determinan perubahan yang telah diidentifikasi. Penyesuaian ini dilakukan secara mendetail, agar program berjalan efektif dan efisien. Penyesuaian intervensi dilakukan untuk mengidentifikasi sumberdaya, hambatan dan fasilitas, dan kebijakan yang mungkin dibutuhkan untuk implementasi program dan kelanjutannya (Rachmawati, 2019).

Ketika membuat sebuah rencana program, penting untuk melihat 2 level penyesuaian antara penilaian determinan dan pemilihan intervensi. Yang pertama pada level makro, organisasi dan sistem lingkungan yang dapat berpengaruh pada tujuan yang diinginkan harus dipertimbangkan. Terdapat beberapa intervensi yang mempengaruhi faktor enabling untuk perubahan lingkungan, yang akan mendukung tujuan perubahan perilaku sehat. Pada level mikro, fokusnya adalah pada individu, keluarga, atau lainnya yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan secara langsung. Intervensi pada level mikro spesifik ditujukan pada perubahan predisposing,

reinforcing, dan enabling. Banyak strategi yang bisa digunakan seperti *small media*, *conseling*, *advocacy*, dan strstegi lain yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan klien (Rachmawati, 2019).

7. Jenis - Jenis Media Pendidikan Kesehatan

Adapun jenis-jenis media edukasi kesehatan menurut (Jatmika dkk, 2019), diantaranya:

- a. Media cetak, merupakan media statis yang mengutamakan pesanpesan visual dalam menyampaikan informasi kesehatan seperti, *booklet*, *leaflet*, *poster*, *flyer*, dan *flipchart*.
 - 1) *Booklet*, merupakan suatu media untuk menyampaikan pesanpesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
 - 2) *Leaflet*, merupakan bentuk penyampaian informasi atau pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi.
 - 3) *Poster*, merupakan media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk gambar ataupun tulisan yang berisi mengenai himbauan atau ajakan, biasanya ditempel di tembok, tempat-tempat umum atau di kendaraan umum.
 - 4) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti *leaflet*, tetapi tidak berlipat.
 - 5) *Flip chart*, merupakan media cetak untuk penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik.

- b. Media elektronik, merupakan jenis media edukasi kesehatan yang dapat bergerak secara dinamis, dapat didengar dan dilihat oleh pancaindra manusia. Contoh media elektronik seperti radio, video, TV, CD, dan VCD.
- 1) Televisi, penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV Spot, kuis atau cerdas cermat dan sebagainya.
 - 2) Radio, media yang digunakan untuk menyampaikan pesan kepada orang banyak yang mengandalkan audio atau suara. Penyampaian menggunakan radio sangat efektif untuk informasi yang sifatnya himbauan dan pemberitahuan.
 - 3) Video, suatu bentuk teknologi untuk merekam, menangkap, memproses dan mentransmisikan serta mengatur ulang gambar yang bisa bergerak. Penyampaian informasi atau pesan kesehatan dapat melalui video. Adapun kelebihan media elektronik adalah lebih menarik, mudah dikenal banyak orang, jangkauan lebih luas, dan lebih mudah dipahami. Sedangkan kelemahannya adalah biaya produksi lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik, dan perlu persiapan yang matang.
- c. Media luar ruangan, merupakan media penyampaian informasi di luar ruangan secara umum melalui media elektronik dan media cetak

secara statis. Contoh media luar ruangan adalah papan reklame, spanduk, banner dan videotron.

- 1) Papan reklame yaitu poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum di perjalanan.
- 2) Spanduk yaitu suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar-gambar yang dibuat dalam secarik kain dengan ukuran tergantung kebutuhan dan dipasang di suatu tempat strategis agar dapat dilihat oleh semua orang.
- 3) Videotron yaitu media yang menayangkan video dengan lightemitting diodes (LED). Led adalah tipe pencahayaan yang menggunakan semikonduktor untuk mengubah listrik menjadi cahaya. Videotron juga sering disebut sebagai reklame digital karena gambar-gambarnya bergerak.

8. Media Pembelajaran Promosi Kesehatan

a. Media Video Animasi

Media video pembelajaran adalah media atau alat bantu mengajar yang berisi pesan-pesan pembelajaran. Video sebagai media audio visual dan unsur gerak akan mampu menarik perhatian dan motivasi siswa dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran (Riana, 2022).

Video animasi merupakan bentuk tayangan audiovisual yang menyerupai film, terdiri atas gabungan gambar dan suara yang dirancang secara kreatif agar tampil lebih menarik. Animasi ini

terbentuk dari rangkaian frame yang berbeda dan ditampilkan secara berurutan dalam jangka waktu tertentu, sehingga menimbulkan kesan gerak. Unsur suara seperti narasi, percakapan, atau efek audio turut ditambahkan untuk memperkuat kesan hidup dan mendukung visualisasi gerakan pada video tersebut (Andrasari dkk, 2022).

Berdasarkan penelitian (Rizky & Muthi, 2025), penggunaan animasi memungkinkan penyajian materi yang kompleks menjadi lebih sederhana dan visual, sehingga remaja dapat memahami pesan dengan lebih cepat tanpa merasa bosan. Sementara itu, unsur audiovisual gabungan antara gambar bergerak, narasi, musik, dan efek suara mampu membangkitkan emosi dan meningkatkan daya tarik video. Sementara itu (Fahrezi et al., 2024) menyatakan media video animasi efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang seks remaja dibandingkan dengan video edukasi yang peneliti ambil dari *youtube*.

Sejalan dengan penelitian tersebut (Kedaton & Aniarti, 2024) menunjukkan bahwa media video pembelajaran dapat menjadi alat edukasi yang efektif dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman remaja mengenai pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan. Hasil serupa juga diperoleh oleh (Nanlohy et al., 2025) menyatakan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan melalui media video animasi terhadap pengetahuan remaja tentang bahaya seks pranikah. Temuan ini diperkuat oleh (Wijayanti et al., 2023)

yang menyatakan pendidikan kesehatan menggunakan audiovisual memberikan hasil meningkatnya pengetahuan dan sikap remaja terhadap kehamilan dini karena audiovisual memudahkan dalam menyampaikan informasi dan mudah diingat karena media yang melibatkan pendengaran, penglihatan dan menarik.

b. Media *E-Booklet*

E-booklet adalah buku saku berbasis elektronik atau *digital* dengan halaman bolak-balik yang berisi tulisan dan gambar-gambar. Istilah *e-booklet* merupakan kesatuan dari kata elektronik *book* dan *leaflet*. Artinya, *e-booklet* merupakan perpaduan antara *leaflet* dan buku dengan format (ukuran) yang kecil seperti *leaflet* berbasis *digital* (Gani dkk, 2022).

Struktur isinya seperti buku (pendahuluan, isi, penutup) hanya saja cara penyajian isinya jauh lebih singkat daripada sebuah buku. Isi suatu *e-booklet* bersirat jelas, tegas, mudah di mengerti dan menarik. Adapun keterbatasan *e-booklet* yaitu sukar menampilkan gerak di halaman media cetak, penyajian materi yang terlalu padat dalam bentuk teks dan gambar cenderung menurunkan minat baca dan menimbulkan kebosanan yang berimplikasi pada rendahnya keterlibatan serta daya serap terhadap materi yang disampaikan (Gani dkk, 2022).

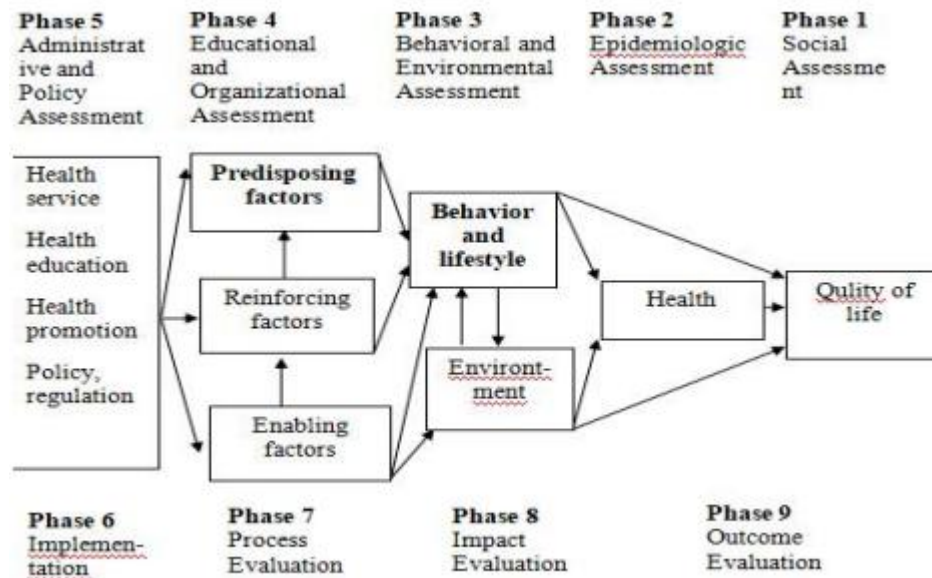
c. Analisis Kebutuhan Media Promosi Kesehatan

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2025, *Gold Standard* dalam upaya promotif kesehatan sistem reproduksi usia sekolah dan remaja dilaksanakan melalui pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi.

Tabel 2. Analisis Kebutuhan Media Edukasi

<i>Gold Standard</i>	<i>E-Booklet</i> BKKBN	Analisis Kebutuhan
Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2024 :	1) Pengertian kehamilan dini	1) Penambahan materi tentang cara menjaga batasan dalam upaya menjaga kesehatan reproduksi
1) Sistem, fungsi, dan proses reproduksi;	2) Penyebab kehamilan dini	2) Penambahan ilustrasi dan alur cerita tentang perilaku seksual berisiko dan akibatnya
2) Menjaga kesehatan reproduksi;	3) Dampak kehamilan dini	3) Upaya pencegahan dengan program kesehatan reproduksi remaja
3) Perilaku seksual berisiko dan akibatnya;	4) Cara pencegahan kehamilan ini	4) Tampilan media media edukasi berbasis alur cerita inspiratif, menarik, dan tidak membosankan
4) Keluarga berencana;		
5) Melindungi diri dan mampu menolak hubungan seksual; dan		
6) Pemilihan media hiburan sesuai usia anak.		

B. Kerangka Teori



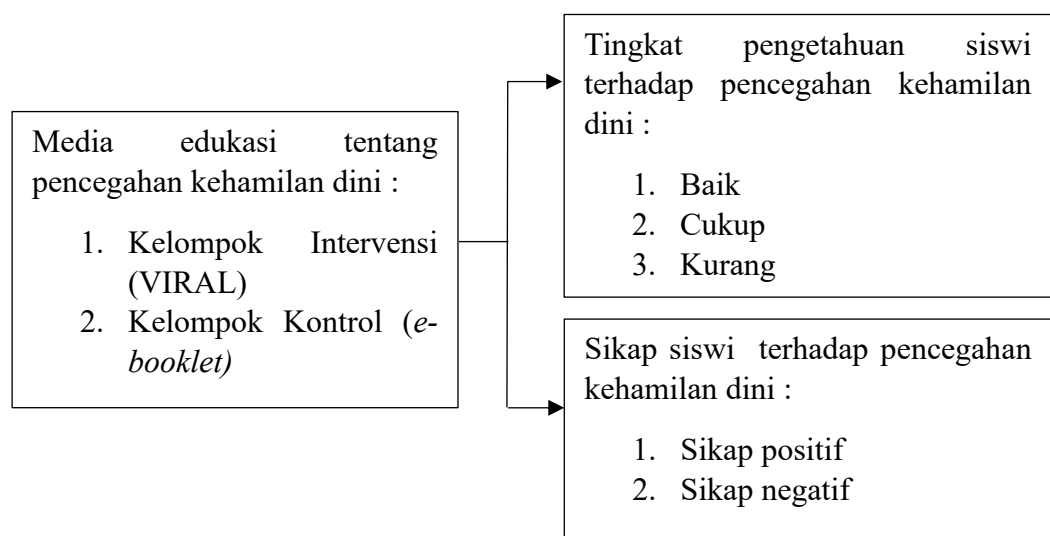
Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber : Teori *Precede-Proceed* Lawrance Green 1991 dalam
(Rachmawati, 2019)

C. Kerangka Konsep

Variabel Independen

Variabel Dependen



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada pengaruh media “VIRAL” terhadap tingkat pengetahuan dan sikap siswi tentang pencegahan kehamilan dini di SMK N 1 Pajangan.