

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengetahuan

1. Definisi

Berdasarkan kerangka teoretis Lawrence Green dalam (Green dan Kreuter, 2005) melalui model *PRECEDE-PROCEED*, perilaku kesehatan individu tidak terbentuk secara spontan, melainkan ditransformasi oleh interaksi kompleks antar-determinan yang saling berkorelasi. Model ini mengartikulasikan bahwa tindakan kesehatan didasari oleh tiga ranah utama, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Dalam domain predisposisi, tingkat pengetahuan menempati posisi sentral sebagai fondasi kognitif utama. Dimensi kognitif ini berperan sebagai landasan dasar yang mengonstruksi pola pikir, meretensi pembentukan sikap, dan pada akhirnya mendeterminasi arah tindakan atau keputusan individu, khususnya dalam konteks pemeliharaan kesehatan.

Secara konseptual, pengetahuan merupakan produk dari proses kognisi yang melibatkan aktivitas persepsi sensorik manusia terhadap suatu stimulus atau objek, di mana indra penglihatan dan pendengaran memegang peranan dominan. Informasi yang terintegrasi melalui mekanisme persepsi tersebut mengalami pemrosesan mental hingga mengonstruksi suatu pemahaman spesifik. Dalam domain kesehatan, ruang lingkup kognitif ini mencakup pemaknaan terhadap etiologi penyakit, strategi preventif, urgensi pemeliharaan kesehatan, kalkulasi risiko perilaku, hingga pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam skema teoretis Lawrence Green, pengetahuan dikategorikan sebagai determinan

predisposisi (*predisposing factor*) karena fungsinya dalam mempresipitasi dan menyiapkan kapasitas internal individu menuju pembentukan pola perilaku tertentu. Dengan demikian, kecukupan kapasitas kognitif mengenai isu kesehatan berbanding lurus dengan peningkatan tingkat kesadaran (*awareness*) serta kesiapan psikologis individu dalam mengadopsi tindakan kesehatan yang protektif.

Secara konseptual, domain kognitif memegang peranan esensial dalam mengonstruksi perilaku kesehatan. Tahapan rasionalisasi sebelum adopsi suatu tindakan umumnya didahului oleh proses asimilasi informasi, di mana individu secara sadar mengkalkulasi rasio kemanfaatan dan risiko dari tindakan tersebut. Dalam konteks pernikahan dini, remaja dengan literasi yang komprehensif mengenai implikasi multidimensionalnya seperti kerentanan komplikasi obstetrik, deprivasi akses pendidikan, imaturitas psikologis, hingga instabilitas sosio-ekonomi akan menunjukkan tingkat presisi dan kewaspadaan yang lebih tinggi dalam pengambilan keputusan. Sebaliknya, defisit pengetahuan terkait proyeksi risiko tersebut mempredisposisi remaja untuk menormalisasi praktik perkawinan anak, atau bahkan merasionalisasikannya sebagai mekanisme koping pragmatis atas problematika yang dihadapi. Korelasi ini secara empiris menegaskan postulat bahwa kapasitas pengetahuan berfungsi sebagai landasan fundamental dalam membentuk paradigma berpikir sekaligus mendeterminasi manifestasi perilaku individu.

Dalam kerangka konseptual Lawrence Green, kapasitas kognitif tidak hanya membentuk pola pikir, melainkan juga secara langsung mempresipitasi pembentukan sikap (*attitude*) individu terhadap fenomena kesehatan. Sikap didefinisikan sebagai manifestasi evaluatif atau respons afektif yang memediasi

predisposisi tindakan nyata. Secara teoritis, kecukupan pengetahuan berbanding lurus dengan pembentukan sikap yang proporsional; sebagai contoh, maternal yang mengasimilasi pentingnya pengawasan kehamilan secara komprehensif akan menginternalisasi sikap kepedulian terhadap kesehatan fetomaternal, yang kemudian memotivasinya untuk melakukan adopsi perilaku pemeriksaan *antenatal care* (ANC) secara berkala. Sebaliknya, defisit pengetahuan mempredisposisi munculnya respons afektif pasif (*apathy*) hingga resistensi terhadap intervensi pelayanan kesehatan.

Di samping memediasi dimensi sikap, domain kognitif memegang peranan krusial sebagai fondasi analitis dalam mekanisme pengambilan keputusan (*decision-making process*). Pengetahuan memfasilitasi individu untuk melakukan kalkulasi rasional mengenai komparasi antara manfaat (*benefits*) dan risiko (*costs*) sebelum suatu tindakan dieksekusi. Implementasi dari mekanisme ini terlihat pada individu yang memahami patofisiologi dampak paparan asap rokok terhadap sistem kardiovaskular dan respirasi, di mana tingkat pemahaman tersebut meningkatkan probabilitas terminasi perilaku merokok dibandingkan populasi dengan literasi terbatas. Dengan demikian, pengetahuan berfungsi sebagai stimulator internal (*internal drive*) yang mengarahkan individu untuk memilih dan mengadopsi pola perilaku yang protektif bagi kesehatan.

Dalam kerangka konseptual Lawrence Green, variabel pengetahuan dikategorikan sebagai determinan predisposisi (*predisposing factor*) yang secara mendasar mempresipitasi pembentukan perilaku kesehatan individu. Kendati demikian, determinasi perilaku tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan bertransformasi secara simultan bersama faktor pemungkin (*enabling factors*)

seperti keterjangkauan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan serta faktor penguat (*reinforcing factors*) yang mencakup struktur kontrol sosial, seperti dukungan jaringan keluarga, sebaya, lingkungan tetangga, komunitas, hingga artikulasi peran tenaga kesehatan.

Secara epistemologis, (Notoatmodjo, 2018a) mendefinisikan pengetahuan sebagai konstruksi pemaknaan yang dihasilkan dari proses persepsi sensorik individu terhadap suatu stimulus atau objek melalui integrasi penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan. Memperluas domain tersebut, (Rahmaliani dkk., 2024) mengonseptualisasikan pengetahuan sebagai akumulasi informasi yang menjadi bagian dari kapasitas mental manusia meliputi dimensi keilmuan, seni, hingga keagamaan yang berfungsi sebagai instrumen analitis untuk memahami, menafsirkan, serta mengendalikan berbagai fenomena eksistensial. Pada hakikatnya, pengetahuan mengartikulasikan abstraksi dari hasil pengalaman empiris individu. Perspektif epistemologis ini dipertegas oleh Kebung (2011) yang menyatakan bahwa dalam tindakan mengetahui terdapat relasi intensional yang tak terpisahkan secara fenomenologis antara subjek yang mengetahui (*S*) dan objek yang diketahui (*O*), sehingga pengetahuan dapat dimaknai sebagai luaran kognitif maupun proses aktif manusia dalam mengonstruksi pemahaman terhadap objek yang dihadapi.

2. Klasifikasi pengetahuan

Secara tipologis, domain pengetahuan manusia terbagi ke dalam dua taksonomi utama berdasarkan substansinya, yaitu :

- a. Pengetahuan teoritis, yakni abstraksi yang mencakup pemahaman terhadap konsep, prinsip, dan taksonomi faktual yang umumnya diinternalisasi melalui jalur pendidikan formal, studi literatur, serta eksplorasi ilmiah..
- b. Pengetahuan praktis, yang merepresentasikan dimensi aplikatif berupa kapabilitas fungsional dan keterampilan teknis dalam merespons konteks aplikatif, di mana akuisisinya didominasi oleh pengalaman langsung serta latihan yang berkelanjutan.

Ditinjau dari metodologi perolehannya (*mode of acquisition*), pengetahuan terklasifikasi menjadi pengetahuan empiris yang ditransformasi melalui persepsi sensorik dan observasi langsung, pengetahuan rasional yang dikonstruksi melalui penalaran logis, serta pengetahuan intuitif yang mengartikulasikan pemahaman spontan tanpa melalui mekanisme kognitif eksplisit.

Dalam diskursus epistemologi klasik, tradisi filsafat seperti yang dipelopori oleh Plato mendefinisikan pengetahuan sebagai *justified true belief* (kepercayaan yang benar dan terjustifikasi). Trias kriteria ini menggarisbawahi bahwa suatu gagasan baru dapat dikategorikan sebagai pengetahuan apabila memenuhi kualifikasi keyakinan subjektif, kesesuaian objektif dengan realitas (*truth*), serta memiliki landasan argumentasi atau verifikasi yang valid (*justification*). Dalam konteks pengembangan kemampuan kognitif, kerangka klasifikasi ini dielaborasi secara sistematis oleh Benjamin Bloom dan para kolaboratnya (1956) melalui Taksonomi Bloom. Kerangka teoretis ini mengartikulasikan hirarki kognitif yang terstruktur secara berjenjang, memetakan proses mental dari tingkatan dasar (*lower-order thinking skills*) hingga kapasitas berpikir tingkat tinggi (*higher-order thinking skills*).

3. Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2021), domain kognitif yang mengonstruksi pengetahuan terstratifikasi ke dalam enam hirarki berjenjang, yang meliputi:

- a. Tahu (*know*): Mengartikulasikan kapasitas kognitif tingkat paling dasar, yaitu kemampuan merekal (*recall*) atau mengenali kembali (*recognize*) stimulus, konsep, maupun materi faktual yang telah terinternalisasi sebelumnya dari proses pembelajaran.
- b. Memahami (*comprehension*): Merepresentasikan kemampuan dalam menginterpretasi, mengartikulasi ulang, serta mengonstruksi makna dari suatu objek atau materi secara presisi. Kapasitas ini terefleksi dari artikulasi penjelasan, pemberian eksemplifikasi, penyimpulan, hingga formulasi prediksi.
- c. Aplikasi (*application*): Mengindikasikan kapabilitas prosedural dalam mentransfer serta mengimplementasikan prinsip, kerangka teoretis, rumus, atau metodologi ke dalam konteks dan situasi empiris yang baru.
- d. Analisis (*analysis*): Menggambarkan kemampuan dekonstruksi materi kompleks menjadi komponen-komponen penyusunnya dengan tetap memelihara keterkaitan struktural secara keseluruhan. Keterampilan ini terwujud dalam aktivitas diferensiasi, komparasi, serta klasifikasi antar-elemen.
- e. Sintesis (*synthesis*): Merupakan kapasitas kognitif kreatif untuk mengintegrasikan dan mereorganisasi elemen-elemen yang terfragmentasi menjadi satu kesatuan atau konstruk teoretis baru yang koheren.

- f. Evaluasi (*evaluation*): Menunjukkan jenjang kognitif tertinggi berupa kemampuan menetapkan penilaian, pertimbangan evaluatif, atau Justifikasi terhadap suatu materi atau objek berdasarkan tolok ukur (kriteria) baku yang telah ditetapkan maupun dikembangkan secara mandiri.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

- a. Tingkat pendidikan: Pendidikan berfungsi sebagai instrumen formal yang memfasilitasi akuisisi pengetahuan guna mengonstruksi modifikasi perilaku. Tingkat pendidikan formal mendeterminasi kapasitas kognitif individu dalam meresepsi, mengasimilasi, serta menginterpretasi informasi secara kritis (Notoatmodjo, 2021).
- b. Informasi dan media massa: Frekuensi dan paparan arus informasi berkorelasi linier dengan perluasan domain kognitif individu. Agen penyedia informasi ini terdistribusi melalui jaringan interpersonal (orang tua dan sebaya), media massa, literatur cetak, hingga artikulasi edukasi oleh tenaga kesehatan (Notoatmodjo, 2021).
- c. Usia: Seiring bertambahnya usia, kapasitas kognitif dan kedewasaan psikologis individu makin berkembang, yang didukung oleh akumulasi paparan informasi dari berbagai saluran sosial seperti keluarga, kelompok sebaya, media, serta profesional kesehatan (Heppy Nidia dan Fitria Hayati, 2023).
- d. Pekerjaan: Lingkungan kerja mengonstruksi ekosistem belajar bagi individu, di mana interaksi profesional dan dinamika tugas memfasilitasi internalisasi pengalaman serta akuisisi pengetahuan, baik secara langsung maupun implisit (Faizah dkk., 2023).

- e. Pengalaman: Pengalaman merupakan proses akuisisi wawasan yang tidak terbatas pada fenomena empiris pribadi (*direct experience*), melainkan mencakup hasil observasi dan transmisi narasi dari pihak lain (*vicarious experience*) sebagai bentuk pembelajaran informal (Notoatmodjo, 2021).
- f. Status sosial-ekonomi: Stratifikasi ekonomi menentukan daya jangkau individu terhadap sumber daya, di mana tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi mempresipitasi kemampuan finansial dalam mengalokasikan modal guna mengakses sarana informasi dan meningkatkan literasi (Notoatmodjo, 2021).

5. Cara mengukur pengetahuan dan hasil pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018), pengukuran domain kognitif atau pengetahuan dapat dilakukan melalui instrumen evaluasi berupa wawancara terstruktur, angket, maupun kuesioner yang mengukur tingkat penguasaan individu terhadap materi spesifik. Hasil kuantifikasi tersebut selanjutnya diinterpretasikan ke dalam skala kategorikal. (Arikunto, 2019) mengklasifikasikan tingkat pengetahuan ke dalam tiga kategorisasi Ordinal, yaitu:

- a. Baik: apabila responden mencapai tingkat akurasi jawaban sebesar $\geq 76\%$ -100% dari akumulasi butir pertanyaan yang diajukan.
- b. Cukup: apabila responden mencapai tingkat akurasi jawaban pada rentang 56%-75% dari akumulasi butir pertanyaan yang diajukan.
- c. Kurang: apabila tingkat akurasi jawaban responden berada pada proporsi $< 56\%$ dari total keseluruhan butir pertanyaan yang diajukan.

B. Sikap

Secara konseptual, sikap merepresentasikan respons evaluatif atau reaksi tertutup (*covert behavior*) individu terhadap objek, situasi, individu, maupun isu spesifik. Sikap belum mengartikulasikan manifestasi tindakan terbuka, melainkan berfungsi sebagai predisposisi psikologis atau tingkat kesiapan (*readiness*) individu untuk mengeksekusi suatu perilaku. Dalam kerangka teoretis Lawrence Green, sikap dikategorikan sebagai faktor predisposisi (*predisposing factor*) karena perannya dalam memformulasikan motivasi internal dan orientasi kecenderungan bertindak. Artinya, sebelum suatu adopsi perilaku direalisasikan, individu terlebih dahulu melakukan penilaian afektif dan kognitif terhadap objek perilaku tersebut.

Proses pembentukan sikap bertransformasi melalui mekanisasi belajar serta akumulasi pengalaman empiris yang diinternalisasi oleh individu. Domain ini dipengaruhi secara simultan oleh konstruksi pengetahuan, sistem nilai, budaya, lingkungan sosial, paparan media, hingga pengaruh figur terdekat. Tingkat literasi kognitif yang memadai mengenai isu kesehatan umumnya mempresipitasi pembentukan sikap yang positif dan adaptif. Sebaliknya, defisit pengetahuan mempredisposisi lahirnya sikap negatif, kelonggaran norma (*permissiveness*), hingga ketidakpedulian (*apathy*) terhadap pemeliharaan kesehatan. Interaksi ini menegaskan korelasi linier antara domain kognitif dan afektif dalam mengonstruksi fondasi perilaku.

Dalam ranah kesehatan, sikap termanifestasi ke dalam penerimaan, dukungan, penolakan, atau ketidakpedulian terhadap suatu intervensi maupun norma kesehatan. Sebagai contoh, remaja yang memiliki disposisi afektif positif

terhadap pendidikan dan kesehatan reproduksi akan cenderung menolak praktik perkawinan anak karena pemahaman mendalam atas risiko yang menyertainya. Sebaliknya, sikap permisif memicu normalisasi perkawinan usia dini sebagai fenomena yang tidak berisiko. Analog dengan hal tersebut, maternal yang menginternalisasi sikap positif terhadap pengawasan kehamilan akan memiliki dorongan motivasional yang lebih tinggi untuk mematuhi preskripsi kunjungan *antenatal care* (ANC) dibandingkan individu dengan kecenderungan afektif yang pasif.

Notoatmodjo (2012) mempertegas bahwa sikap mengartikulasikan orientasi penilaian responden terhadap variabel sehat-sakit serta determinan risiko kesehatan. Sikap merupakan sebuah sindrom atau konstelasi respons terhadap stimulus yang mengintegrasikan kognisi, afeksi, atensi, serta dinamika psikologis lainnya. Lebih lanjut, domain ini tercermin sebagai manifestasi perasaan memihak (*favorable*) maupun tidak memihak (*unfavorable*) terhadap objek tertentu. Sintesis dari berbagai landasan teoretis tersebut menyimpulkan bahwa sikap adalah tanggapan evaluatif atau reaksi afektif tertutup individu terhadap objek spesifik baik bersifat positif maupun negatif yang terartikulasi melalui penerimaan (*approval*) atau penolakan (*disapproval*).

1. Komponen sikap

Menurut Notoatmodjo (sebagaimana dikutip dalam Jaenudin dkk., 2020), struktur sikap terartikulasi ke dalam tiga komponen kognitif-afektif-konatif yang saling berinteraksi secara sinergis, meliputi:

- a. Komponen kognitif (*cognitive component*): Merepresentasikan dimensi perseptual yang mencakup konstruksi keyakinan, pemrosesan informasi,

serta pemahaman individu terhadap objek sikap. Komponen ini dibentuk oleh integrasi pengetahuan, persepsi, pandangan, pengalaman pribadi, skema pemikiran, kebutuhan emosional, hingga transmisi informasi dari lingkungan sosial.

- b. Komponen efektif (*affective*): Mengartikulasikan dimensi emosional dan derajat subjektivitas evaluatif individu terhadap objek sikap. Domain ini termanifestasi dalam bentuk respons perasaan, baik yang bersifat positif (*favorable/pleasurable*) maupun negatif (*unfavorable/aversive*).
- c. Komponen konatif (*konative*): Menunjukkan kecenderungan bertindak (*behavioral intention*) atau predisposisi respons perilaku individu yang berorientasi langsung terhadap objek sikap yang dihadapi.

2. Tahapan sikap

Menurut Lestari dan Fitri (2021), anatomi dengan hierarki kognitif pada domain pengetahuan, sikap (*attitude*) juga terstratifikasi ke dalam tingkatan afektif yang berjenjang, meliputi:

- a. Menerima (*Receiving*): mengartikulasikan kesediaan dan orientasi atensi awal individu (subjek) untuk membuka diri serta memproses stimulus atau objek afektif yang dipaparkan.
- b. Merespon (*Responding*): mengindikasikan partisipasi aktif dan keterlibatan emosional individu yang terartikulasi melalui tindakan memberikan respons, melaksanakan instruksi, serta menyelesaikan tugas yang diberikan. Usaha untuk berinteraksi dengan ide atau stimulus tersebut menjadi indikator keberadaan disposisi afektif, terlepas dari ketepatan luaran yang dihasilkan.

- c. Menghargai (*Valving*): merepresentasikan penginternalisasian nilai di mana individu tidak hanya menerima suatu gagasan secara personal, melainkan juga secara proaktif mempromosikan, mengajak, atau menginisiasi diskusi kelompok mengenai isu tersebut. Tindakan memobilisasi lingkungan sosial ini mencerminkan komitmen dan orientasi afektif positif yang kuat terhadap objek sikap.
- d. Tanggungjawab (*Responsible*): menunjukkan hierarki afektif tertinggi, di mana individu menginternalisasi penuh kepemilikan atas keputusan atau pilihan perilaku yang diambil, serta siap menanggung seluruh konsekuensi dan risiko yang menyertainya secara konsisten.

3. Faktor yang mempengaruhi sikap

Menurut (Lestari & Fitri, 2021), pembentukan dan perubahan sikap (*attitude*) dipengaruhi oleh konstelasi beberapa determinan utama, yaitu:

- a. Pengalaman pribadi (*personal experience*): pengalaman empiris individu dapat berfungsi sebagai fondasi pembentukan sikap apabila mempresipitasi impresi atau dampak psikologis yang mendalam. Keterlibatan variabel emosional dalam suatu peristiwa secara signifikan meningkatkan akselerasi penginternalisasian disposisi afektif tersebut.
- b. Pengaruh figur signifikan (*significant others*): orientasi sikap individu sangat dipengaruhi oleh persepsi, ekspektasi, serta artikulasi emosional dari figur yang diorientasikan memiliki otoritas atau kedekatan interpersonal (*significant others*). Proses imitasi dan konformitas terhadap norma individu kunci ini membentuk respons afektif, baik bersifat penerimaan (*favorable*) maupun penolakan (*unfavorable*) terhadap objek sikap.

- c. Media massa: paparan saluran komunikasi publik (seperti media cetak maupun elektronik) berfungsi sebagai agen pembentuk opini. Konstruksi narasi dan sublimasi sudut pandang (*framing*) yang dihadirkan oleh media massa secara sistematis memediasi persepsi kognitif yang kemudian mengarahkan pembentukan sikap khalayak.
- d. Kebudayaan: matriks kebudayaan mengonstruksi norma, nilai, dan pola preskriptif yang mengarahkan kecenderungan sikap anggota masyarakat. Sistem budaya memberikan batasan interpretasi atas pengalaman individual, sehingga secara kolektif mewarnai dan mendeterminasi respons afektif individu terhadap berbagai fenomena sosial.

4. Proses pembentukan sikap

Secara konseptual, dinamika pembentukan dan modifikasi sikap (attitude) analog dengan mekanisme proses belajar. Menurut Notoatmodjo (2010), transformasi disposisi afektif ini sangat bergantung pada dua domain tahapan utama, meliputi:

- a. **Pembentukan sikap**

Sikap tidak bersifat inat (bawaan), melainkan terbentuk dan berkembang secara bertahap seiring dinamika perkembangan individu melalui proses interaksi sosial. Karakteristik ini mengindikasikan bahwa sikap bersifat plastis dapat dikonstruksi dan diubah melalui intervensi edukatif. Orientasi sikap positif berpotensi mengalami degradasi menjadi negatif apabila tidak disertai pembinaan yang berkelanjutan; sebaliknya, kecenderungan afektif negatif dapat ditransformasi menjadi positif melalui pengkondisian edukatif yang terstruktur. Pembentukan

sikap ini berproses melalui penyatuan interaksi dan kontak sosial secara berkesinambungan antara individu dengan lingkungan sosiokulturalnya.

1) Perubahan sikap:

Modifikasi terhadap struktur sikap dipresipitasi oleh beberapa determinan kunci, antara lain:

- 1) Paparan informasi baru: terjadinya asimilasi informasi baru memberikan fondasi kognitif baru yang mampu merestrukturisasi persepsi individu (Azwar, 2011). Penataan ulang dimensi kognitif ini secara simultan memicu pergeseran pada komponen afektif (perasaan) dan konatif (kecenderungan bertindak).
- 2) Pengalaman empiris langsung: perubahan sikap dapat ditransformasi secara mendasar melalui pengasimilasian pengalaman pribadi yang dialami individu secara langsung.
- 2) Regulasi kebijakan dan norma hukum: pengkondisian eksternal berupa regulasi normatif maupun instrumen hukum yang memuat sanksi dapat mengarahkan adopsi sikap adaptif. Dalam konteks perilaku kesehatan seperti konsumsi tablet suplemen zat besi (fe), orientasi sikap remaja merupakan luaran dari proses belajar (*learned behavior*). Apabila individu mendeteksi bahwa konsekuensi (*outcome*) dari suatu tindakan bersifat positif, maka disposisi afektif akan menguat untuk merealisasikan manifestasi perilaku tersebut.

5. Pengukuran sikap

Menurut Notoatmodjo (2018), kuantifikasi domain sikap (*attitude measurement*) dapat dieksekusi melalui pendekatan langsung maupun tidak

langsung. Pengukuran langsung (*direct measurement*) dilakukan dengan mengartikulasikan stimulus pertanyaan eksplisit guna mengidentifikasi opini atau penilaian responden terhadap objek sikap tertentu. Sementara itu, pengukuran tidak langsung (*indirect measurement*) mengaplikasikan skenario hipotetis untuk mengekstraksi kecenderungan respon afektif responden.

a. Pengaplikasian skala likert:

Skala likert dioperasionalkan untuk mengukur disposisi sikap, opini, serta persepsi individual maupun kelompok terhadap fenomena sosial yang telah didefinisikan secara spesifik sebagai variabel penelitian. Azwar (2011) mempertegas bahwa pengungkapan serta pengukuran instrumen afektif merupakan aspek fundamental dalam mengartikulasikan kompleksitas sikap dan perilaku manusia.

b. Konstruksi item pernyataan sikap:

Item pernyataan sikap disusun sebagai stimulus verbal untuk mengeksplorasi orientasi responden terhadap objek sikap. Pernyataan yang mengartikulasikan porsi dukungan, keberpihakan, atau persepsi positif dikategorikan sebagai item favorable. Sebaliknya, pernyataan yang memuat penolakan, kritisisme, atau persepsi negatif dikategorikan sebagai item unfavorable. Demi menjaga validitas internal serta menghindari bias pembacaan (*acquiescence bias*), penyusunan instrumen dipersyaratkan memiliki proporsi item favorable dan unfavorable yang seimbang. Penentuan bobot atau skor kuantitatif pada skala likert diatur dengan skema pembobotan berikut:

1) Isi kuesioner: *Favourable* dengan nilai item yaitu:

a) 5: Sangat Setuju (SS)

- b) 4: Setuju (S)
 - c) 3: Ragu-Ragu (RR)
 - d) 2: Tidak Setuju (TS)
 - e) 1: Sangat Tidak Setuju (STS)
- 2) *Unfavourable* dengan nilai item:
- a) 1: Sangat Setuju (SS)
 - b) 2: Setuju (S)
 - c) 3: Ragu-Ragu (RR)
 - d) 4: Tidak Setuju (TS)
 - e) 5: Sangat Tidak Setuju (STS)

Data pengukuran sikap dikonversi ke dalam kalkulasi persentase dan dianalisis secara deskriptif menggunakan ukuran pemusatan nilai tengah (median). Berdasarkan acuan (Sugiyono, 2018), responden diklasifikasikan ke dalam dua kategorisasi dikotomis, yaitu:

- 3) Kategori pengukuran sikap
 - a) Sikap Positif: Apabila akumulasi skor responden mencapai nilai $\geq$ Median.
 - b) Sikap Negatif: Apabila akumulasi skor responden berada pada nilai $<$ Median.

C. Pernikahan Dini

Secara yuridis dan filosofis, perkawinan mendefinisikan ikatan lahir batin antara seorang pria dan wanita sebagai suami istri guna mengonstruksi tatanan keluarga yang harmonis, permanen, serta berlandaskan pada prinsip Ketuhanan Yang Maha Esa (UURI, 1974). Sebaliknya, konsepsi perkawinan dalam *Burgerlijk Wetboek* (BW) mengategorikan pranata ini murni sebagai hubungan hukum perdata

(*civil contract*). Perspektif ini mengartikulasikan bahwa perkawinan merupakan bentuk konsensus atau kesepakatan antar-individu tanpa mengikutsertakan dimensi sakral maupun religius-magis, di mana keabsahan secara hukum ditentukan oleh adanya kesepakatan para pihak serta pencatatan resmi oleh lembaga pencatatan sipil.

Dalam diskursus internasional, pernikahan dini dikonseptualisasikan sebagai *child marriage*, yakni fenomena perkawinan di mana salah satu atau kedua belah pihak belum menyentuh ambang batas kedewasaan secara hukum maupun sosiologis (<18 tahun). Istilah ini tidak hanya membatasi kajian pada usia kronologis, melainkan juga mengindikasikan imaturitas biologis, psikologis, dan sosial dalam mengemban peran domestik. (WHO, 2021) mendefinisikan pernikahan dini sebagai ikatan perkawinan yang melibatkan pasangan atau salah satu pihak berumur di bawah 19 tahun. Secara global, praktik ini dikategorikan sebagai pelanggaran hak asasi manusia karena mempresipitasi hambatan terhadap perkembangan optimal serta kesejahteraan individu, khususnya populasi perempuan (WHO, 2025).

Ditinjau dari regulasi nasional, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 sebagai revisi atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 menetapkan harmonisasi batas usia minimal perkawinan bagi wanita dan pria menjadi 19 tahun. Peningkatan ambang batas usia ini didasarkan pada pertimbangan kualifikasi kematangan psikofisik individu agar mampu merealisasikan esensi perkawinan secara berkelanjutan dan meminimalisasi risiko disolusi perkawinan (perceraian). Dengan demikian, pelaksanaannya di bawah

batas usia legal tersebut dikategorikan sebagai praktik perkawinan anak atau pernikahan dini.

Eksistensi pernikahan dini dipresipitasi oleh konstelasi determinan multidimensional, meliputi konstruksi budaya, transmisi tradisi, tekanan domestik, ketimpangan ekonomi, serta rendahnya literasi kognitif mengenai kesehatan reproduksi. Dalam tatanan komunitarian tertentu, praktik ini kerap dijustifikasi sebagai instrumen preventif atas deviasi perilaku sosial maupun mekanisme proteksi atas reputasi keluarga. Namun, diskursus tradisional tersebut cenderung mengabaikan aspek kesiapan individu terutama remaja perempuan dalam mengadaptasi beban peran kehamilan dan rumah tangga. Implikasi dari imaturitas psikososial ini memicu manifestasi pengasuhan yang tidak efektif (*maladaptive parenting*), disfungsi komunikasi marital, hingga tingginya kerentanan konflik berujung perceraian. Di samping itu, pernikahan dini di bawah usia 20 tahun mengekspose ibu dan bayi pada tingginya risiko morbiditas medis. Oleh karena itu, investasi edukasi formal yang memadai serta peningkatan kapasitas ekonomi individu menjadi variabel krusial untuk mencegah kelangsungan praktik pernikahan usia muda.

1. Dampak pernikahan dini

Implikasi dari praktik pernikahan dini bersifat komprehensif, mencakup kerentanan pada dimensi fisik, emosional, dan psikologis ibu muda, sehingga isu ini menjadi determinan krusial dalam domain kesehatan maternal dan neonatal. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), disorganisasi keluarga yang ditandai oleh tingginya fertilitas dan durasi pernikahan yang singkat sering kali berakar dari imaturitas pasangan muda dalam mengelola

konflik domestik. Di samping memicu eksaserbasi laju pertumbuhan penduduk, aspek usia diposisikan sebagai variabel vital dalam pemenuhan kesiapan fisiologis, psikologis, dan mental. Oleh karena itu, BKKBN merekomendasikan usia ideal pernikahan yaitu 25 tahun bagi pria dan minimal 20 tahun bagi wanita. Menurut Sudika Mangku dan Yudana (2020) , dampak perkawinan anak terbagi ke dalam tiga domain utama:

a. Dampak biologis

Imaturitas organ reproduksi anak mempresipitasi ketidaksiapan dalam aktivitas seksual maupun kehamilan. Pengkondisian fisik yang dipaksakan berisiko tinggi memicu trauma jaringan, ruptur perineum/serviks yang luas, serta infeksi sistemik yang mengancam fungsi organ reproduksi hingga keselamatan jiwa. Kondisi ini juga mengindikasikan adanya pelanggaran hak-hak reproduksi, kekerasan seksual, serta pemaksaan (*coercion*) terhadap anak.

b. Dampak psikologis

Ketiadaan kesiapan mental dalam mengasimilasi peran perkawinan memicu trauma psikologis jangka panjang yang bermanifestasi dalam bentuk depresi, distres emosional, dan penyesalan eksistensial. Di samping itu, ikatan perkawinan dini memicu deprivasi hak-hak fundamental anak, seperti akses pendidikan dasar, hak bersosialisasi, serta hak tumbuh kembang yang optimal.

c. Dampak sosial

Praktik ini mengartikulasikan sublimasi ideologi patriarki dan bias gender yang menempatkan perempuan pada subordinasi struktural. Tatanan sosial yang mendegradasi harkat perempuan ini bertentangan dengan prinsip kesetaraan

universal serta ajaran keagamaan, sekaligus melanggengkan siklus kekerasan berbasis gender.

Mendukung temuan tersebut, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Zulfikar, 2021) mengategorikan dampak perkawinan anak ke dalam empat dimensi strategis:

a. Pendidikan

Perempuan yang menikah sebelum usia 18 tahun memiliki probabilitas 4 kali lebih rendah untuk menyelesaikan pendidikan tingkat menengah atas dibanding populasi kawin dewasa. Data Susenas 2018 dari (Amalia dan Mahdalifa Mohi, 2024) mengonfirmasi bahwa 44,9% perempuan yang menikah di bawah usia 18 tahun mengalami keterbatasan kualifikasi pendidikan hingga jenjang SMP/ sederajat.

b. Kesehatan

Kehamilan pada usia anak meningkatkan eksposur risiko kesehatan maternal dan infant. Kondisi ini berpeluang 4,5 kali memicu kehamilan berisiko tinggi, meningkatkan probabilitas perdarahan obstetri hingga 3 kali lipat, serta berkontribusi signifikan terhadap komplikasi reproduksi, Angka Kematian Ibu (AKI), malnutrisi, dan insidensi stunting.

c. Ekonomi

Perempuan yang terlibat perkawinan anak berpeluang hampir 2 kali lipat terperangkap pada sektor pekerjaan informal bermodal rendah (seperti pertanian dasar). Secara makroekonomi, estimasi kerugian nasional akibat perkawinan anak mencapai sedikitnya 1,7% dari Produk Domestik Bruto (PDB).

d. Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM)

Perkawinan usia anak berkorelasi signifikan terhadap tingginya tingkat kerentanan perempuan dalam menghadapi Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT). Urgensi pencegahan fenomena ini kian mendesak mengingat Indonesia saat ini berada dalam kondisi darurat perkawinan anak, yang diindikasikan oleh data Zulfikar (2021) dan BPS (2018) bahwa sebanyak 11% hingga 11,21% perempuan usia 20–24 tahun telah menikah sebelum genap berusia 18 tahun. Selain itu, dinamika kesejahteraan sosial juga tercermin dari capaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM) nasional yang berada pada angka 71,39, dengan 25 provinsi di antaranya masih berada di bawah rerata nasional. Berbagai implikasi multidimensional tersebut memperkuat rasionalisasi akademis dan praktis akan pentingnya upaya intervensi pencegahan perkawinan usia anak secara komprehensif.

D. Remaja

Masa remaja mengartikulasikan fase transisi krisis dari periode anak-anak menuju kedewasaan yang ditandai oleh transformasi multidimensional pada domain biologis, psikologis, kognitif, afektif, dan interaksional (sosial). *World Health Organization* (WHO) mengklasifikasikan kerangka demografis ini ke dalam tiga nomenklatur: *Adolescent* (10–19 tahun), *Youth* (15–24 tahun), dan *Young people* (10–24 tahun). Kategorisasi ini mengindikasikan bahwa proses pematangan fisik dan psikososial tidak terbatas pada batasan usia konvensional, melainkan mencakup spektrum perkembangan yang lebih luas.

Di Indonesia, kerangka konseptual tersebut diinternalisasi ke dalam regulasi dan kebijakan kesehatan reproduksi nasional. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) serta Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) melalui Program Generasi Berencana (GenRe) menetapkan target sasaran pada populasi berusia 10–24 tahun dengan status belum menikah. Penetapan rentang usia ini didasarkan pada kerentanan perkembangan (*developmental vulnerability*), di mana individu pada fase ini membutuhkan edukasi terstruktur untuk mengoptimalkan kapabilitas pengambilan keputusan (*decision-making capability*) terkait pemeliharaan kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga, serta pencegahan perilaku berisiko seperti perkawinan anak. Secara kuantitatif, Sensus Penduduk 2010 mencatat proporsi kelompok usia 10–24 tahun di Indonesia mencapai kurang lebih 64 juta jiwa atau 27,6% dari total populasi yang berjumlah 237,6 juta jiwa.

Etimologis kata *adolescence* berakar dari bahasa Latin *adolescere*, yang bermakna tumbuh menuju kematangan (*maturation*). Kematangan tersebut bersifat integratif, mencakup diferensiasi fisik, adaptasi sosial, serta konsolidasi psikologis (Kristianti dan Widjayanti, 2021). Mengelaborasi aspek ini, Kusmiran (2012) mengonstruksi masa remaja sebagai periode reorientasi menyeluruh pada aspek kognitif (pengetahuan), afektif (emosi), interaksional (sosial), dan etis (moral).

Menguatkan pilar kebijakan tersebut, Sawyer dkk. (2018) menegaskan bahwa konteks kontemporer menuntut perluasan batas usia remaja hingga 24 tahun. Redefinisi konseptual ini didukung oleh temuan empiris di bidang neurosains perkembangan, yang membuktikan bahwa pematangan neurobiologis pada korteks prefrontal (*prefrontal cortex*) organ pemroses fungsi eksekutif, regulasi emosi,

penalaran logis, dan analisis risiko baru mencapai tahap konsolidasi sempurna pada kisaran usia awal dua puluh tahun.

Di samping determinan neurobiologis, transformasi struktur sosial turut mempredisposisi perpanjangan durasi transisi menuju kedewasaan (*extended transition to adulthood*). Fenomena perpanjangan estimasi studi formal, pergeseran usia masuk angkatan kerja, penundaan usia pernikahan pertama, serta tertundanya kemandirian finansial menyebabkan karakteristik sosio-psikologis masa remaja masih terekspresikan hingga usia 24 tahun. Atas dasar pertimbangan biologis dan sosiologis tersebut, Sawyer dkk. (2018) membagi taksonomi perkembangan remaja ke dalam tiga tahapan fungsional: *early adolescence* (10–14 tahun), *late adolescence* (15–19 tahun), dan *young adulthood* (20–24 tahun).

1. Tahapan tumbuh kembang remaja

Dinamika tumbuh kembang remaja diartikulasikan melalui tahapan transisi yang manifes dalam karakteristik perkembangan yang khas pada setiap fasenya. Merujuk pada taksonomi perkembangan Sawyer dkk. (2018), tahapan tumbuh kembang remaja diklasifikasikan ke dalam tiga fase utama:

a. Remaja awal (10-14 tahun/*early adolescence*)

Fase *early adolescence* ditandai oleh awitan pubertas (*pubertal onset*) yang dipicu oleh akselerasi aktivitas sistem neuroendokrin dan hormon reproduksi. Pada populasi remaja putri, manifestasi biologis ditunjukkan melalui perkembangan ciri-ciri seks sekunder (seperti telarke dan pertumbuhan rambut pubis), percepatan pertumbuhan linier (*somatic growth spurt*), serta menarke sebagai indikator biologis awal maturasi organ reproduksi. Dalam dimensi kognitif, terjadi pergeseran bertahap dari skema berpikir konkret menuju struktur penalaran abstrak,

meskipun kapasitas fungsi eksekutif dalam mengkalkulasi konsekuensi tindakan jangka panjang masih terbatas (*cognitive immaturity*). Secara psikososial dan emosional, fase ini diwarnai oleh labilitas afektif, inisiasi pencarian identitas diri (*identity exploration*), serta ekspansi jejaring interaksi sosial di luar lingkungan domestik/keluarga.

b. Remaja pertengahan (15-19 tahun/*late adolescence*)

Fase *late adolescence* ditandai oleh konsolidasi pematangan fisik yang hampir sempurna serta peningkatan kognisi pada domain pemikiran logis, analitis, dan hipotesis-deduktif. Pada rentang ini, individu mengonstruksi identitas diri yang lebih stabil, mengeskalisasi otonomi kepribadian, serta memformulasi nilai, orientasi moral, dan tujuan hidup. Dinamika interaksional menunjukkan bahwa konformitas terhadap kelompok teman sebaya (*peer pressure*) mencapai puncak intensitasnya, sehingga berpotensi kuat mempredisposisi disposisi sikap dan perilaku kesehatan reproduksi individu. Selain itu, manifestasi eksplorasi romantis dan orientasi peran sosial mulai mendominasi, sehingga intervensi edukasi terkait kesehatan reproduksi, bahaya perkawinan anak, serta penalaran pengambilan keputusan yang bertanggung jawab menjadi imperatif pada fase ini.

c. Remaja akhir (20-24 tahun/*late adolescence*)

Fase *young adulthood* mengartikulasikan tahap kulminasi transisi menuju kedewasaan yang ditandai oleh penyelesaian diferensiasi biologis dan maturasinya struktur neurobiologis. Pematangan struktural dan fungsional pada korteks prefrontal (*prefrontal cortex*) mengoptimalkan fungsi kontrol eksekutif, regulasi emosional, pemecahan masalah kompleks, serta kalkulasi risiko secara rasional. Secara sosiologis, individu pada rentang usia ini menginternalisasi tanggung jawab

yang lebih kompleks dalam ranah akademis, karier, komitmen interpersonal, serta kesiapan institusional untuk berkeluarga. Akibatnya, kelompok usia ini memiliki tingkat kematangan psikis dan kognitif yang lebih memadai dalam mengeksekusi keputusan strategis terkait kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga, serta kesiapan memasuki jenjang perkawinan dibandingkan dengan tahap usia sebelumnya.

Secara umum, remaja memiliki karakteristik tipikal berupa dorongan kemandirian dan eksplorasi otonomi tindakan. Hal ini terwujud dalam kecenderungan terhadap aktivitas berisiko (*risk-taking behavior*) dan eksperimen, yang sering kali dieksekusi tanpa didahului oleh kalkulasi rasional yang matang. Dalam konteks pengambilan keputusan yang masih berada dalam tahap penyempurnaan, ketiadaan presisi dalam penilaian risiko mempredisposisi remaja pada keterpaparan terhadap masalah kesehatan fisik dan dampak psikososial, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang (Kemenkes RI, 2015).

2. Perubahan fisik pada remaja

Masa remaja mengartikulasikan fase diferensiasi dan pematangan holistik yang mencakup dimensi somatik (fisiologis) dan psikologis. Indikator utama maturasi fungsi sistem reproduksi ditandai oleh menarche pada remaja perempuan serta *emisi nokturnal* (mimpi basah) pada remaja laki-laki. Proses pematangan somatik ini dipresipitasi oleh artikulasi karakteristik seks sekunder yang manifes secara signifikan pada kedua jenis kelamin. Optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan fisik pada fase transisi ini sangat bergantung pada kecukupan asupan nutrisi (gizi). Di samping itu, pengkondisian dukungan psikososial dari lingkungan

keluarga (orang tua) menjadi variabel penting guna memitigasi dampak emosional yang berpotensi menghambat proses adopsi dan penerimaan sosial (*social acceptance*) individu.

Secara morfologis, perkembangan karakteristik seks sekunder pada remaja perempuan mencakup redistribusi jaringan lemak yang memicu pembesaran regio pelvis dan gluteus, perubahan tekstur epidermis menjadi lebih halus, akselerasi pertumbuhan linear (tinggi badan), serta peningkatan massa tubuh. Perkembangan kelenjar mammae (*thelarche*) umumnya terinisiasi sejak rentang usia 8–10 tahun. Di samping itu, terjadi eskalasi aktivitas kelenjar *sudorifera* (keringat) serta inisiasi pertumbuhan rambut pubik dan aksila. Sementara itu, fenotipe seks sekunder pada remaja laki-laki teridentifikasi melalui modifikasi frekuensi vokal (suara memberat/mutasi suara), penonjolan *prominensia laringea* (jakun), serta akselerasi tinggi dan berat badan. Tanda fisik lainnya meliputi pembentukan pilositas pada area aksila, *pubik*, *thoraks*, dan *fasial*, pembesaran diameter *thoraks* dan *shoulder girdle* (dada bidang), hiperaktivitas kelenjar *sudorifera*, serta pematangan organ reproduksi eksternal yang ditandai oleh pembesaran ukuran penis dan skrotum.

3. Perkembangan psikologis pada remaja

Masa remaja mengartikulasikan reorientasi multidimensional yang mencakup integrasi domain kognitif, emosional, *interaksional* (sosial), dan etis (moral). Secara kognitif, eskalasi kapasitas intelektual mendorong pemahaman yang lebih komprehensif terhadap realitas eksternal. Individu melatih pengorganisasian ide, retensi memori, artikulasi linguistik, serta penalaran logis. Dalam ranah afektif, respons emosional remaja memiliki kesamaan pola dengan fase anak-anak, namun diferensiasi terletak pada jenis presipitatornya seperti

sensitivitas terhadap ketidakadilan atau penolakan atas perlakuan infantil. Sementara itu, reorientasi sosial berfokus pada konformitas terhadap kelompok sebaya (*peer group*) serta inisiasi ketertarikan heteroseksual.

Secara umum, dinamika adaptasi psikososial remaja terwujud dalam upaya pencapaian status sosial, diferensiasi citra tubuh (*body image*), pembentukan otonomi, orientasi prestasi, serta eksplorasi minat romantis dan seksual. Berdasarkan karakteristik perkembangannya, masa remaja terklasifikasikan ke dalam beberapa fase tipikal:

- a. Masa transisi (*time of transition*): fase peralihan yang melibatkan perjuangan adaptif menuju penerimaan identitas baru.
- b. Masa stres (*somatic, cultural, economic, and psychological stress*): terjadinya distress emosional saat individu mengalami kegagalan atau hambatan dalam mengaktualisasikan ekspektasi pribadi maupun sosial.
- c. Masa berbahaya (*dangerous age*): tingginya kerentanan terhadap deviasi perilaku dan kenakalan remaja (*juvenile delinquency*) seperti keterpaparan pada zat adiktif, seks bebas, tawuran, serta gaya hidup hedonistik akibat tekanan konformitas.
- d. Masa canggung (*awkward age*): timbulnya kecanggungan interaksional saat individu beradaptasi dengan tuntutan lingkungan baru yang tidak selalu suportif.
- e. Masa berprestasi (*time of achievement*): puncak perkembangan inteligensi logis-formal yang diiringi oleh intensifikasi kepekaan emosional terhadap bidang yang diminati.

- f. Masa menyendiri (*lonely time*): kebutuhan periodik untuk melakukan isolasi diri (*solitude*) sebagai mekanisme koping atas frustrasi emosional atau konflik interpersonal.

Dinamika psikososial ini juga berkorelasi dengan tingginya insidensi perilaku agresi, seperti perundungan (*bullying*). BKKBN (2019) mendefinisikan *bullying* sebagai tindakan agresi tersistem yang dieksekusi oleh individu atau kelompok untuk mengintimidasi pihak yang lebih lemah. Tinggi prevalensi perundungan yang disaksikan maupun dialami oleh remaja berakar pada imaturitas regulasi emosi dan proses pencarian identitas diri yang masih berada pada tahap inisiasi (Eka Saputri dkk., 2026).

Kondisi tersebut menggarisbawahi urgensi pemeliharaan kesehatan mental dan pendampingan psikologis dalam pembentukan identitas (*identity formation*). Implikasi praktisnya menuntut pengintegrasian edukasi kesehatan reproduksi dan kesehatan mental ke dalam kurikulum pembelajaran. Lingkungan mikrosistem terutama guru dan orang tua berperan vital dalam memberikan stimulasi terarah serta ruang eksplorasi yang aman. Pencapaian maturitas psikologis yang optimal dapat terealisasi apabila remaja mampu memperluas jejaring sosial, mengonsolidasi identitas diri, mengadaptasi perubahan seksual, serta menginternalisasi tanggung jawab sosial menuju peran dewasa.