BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori

2.1.1 Remaja

2.1.1.1 Definisi Remaja

Fase remaja merupakan tahapan peralihan kompleks yang melibatkan transformasi fisiologis, psikologis, dan sosial sekaligus. Penentuan rentang usianya cukup bervariasi bergantung pada perspektif lembaga yang mengkaji. Jika WHO membatasi usia remaja pada kisaran 10 hingga 19 tahun, sementara Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, (2024) memperluas rentang tersebut menjadi 10 hingga 24 tahun dengan mempertimbangkan aspek kematangan sosial dan ekonomi yang bervariasi antar individu.

Hurlock dalam buku Psikologi Perkembangan menggambarkan masa remaja sebagai periode yang secara historis dipandang sebagai masa "badai dan tekanan" sebuah fase penuh ketidakpastian di mana individu dihadapkan pada tuntutan yang sering kali saling bertentangan dari berbagai lingkungan sosialnya. Dalam konteks Indonesia (Hurlock, 2011) Kementerian Kesehatan RI mendefinisikan remaja sebagai individu yang sedang mengalami proses pematangan fisik, psikologis, dan sosial yang bersifat dinamis dan tidak selalu linear. Fase ini bukan sekadar transisi biologis, melainkan sebuah proses pembentukan identitas yang dipengaruhi oleh faktor internal maupun eksternal secara bersamaan.

Pemahaman yang komprehensif tentang siapa remaja dan bagaimana mereka berkembang menjadi titik awal yang penting, mengingat pada fase inilah berbagai keputusan dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan termasuk kesehatan seksual mulai terbentuk dan berpotensi membawa konsekuensi jangka panjang, salah satunya adalah kerentanan terhadap Penyakit Menular Seksual (PMS).

2.1.1.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Progresivitas fisik dan mental remaja memiliki dinamika yang beragam. Oleh karena itu, masa ini umumnya dikelompokkan menjadi tiga tingkatan tersendiri yang mengacu pada gejala perkembangan dominan di setiap tahapnya..

1. Fase pertama adalah remaja awal (*early adolescence*) yang mencakup usia 10 hingga 13 tahun, di mana perubahan fisik akibat pubertas menjadi fokus utama. Pada fase ini, remaja mulai sadar akan perubahan tubuhnya dan cenderung membandingkan diri dengan teman sebaya, sementara kapasitas kognitif untuk berpikir jangka panjang masih dalam tahap awal perkembangan.
2. Pada tingkatan remaja tengah (*middle adolescence*) usia 14–16 tahun, fokus utama bergeser pada pencarian identitas yang lebih mendalam. Selain itu, daya tarik terhadap lawan jenis mulai berkembang pesat seiring dengan puncaknya intensitas pengaruh rekan sebaya. Remaja pada fase ini seringkali menunjukkan sikap yang tampak kontradiktif ingin diakui sebagai individu yang mandiri, namun di saat yang sama sangat bergantung pada penerimaan kelompok. Tekanan kelompok pada fase ini dapat mendorong perilaku yang tidak selalu selaras dengan nilai-nilai yang diajarkan di lingkungan keluarga (Hurlock, 2011)
3. Fase ketiga adalah remaja akhir (*late adolescence*) yang mencakup usia 17 hingga 21 tahun. Pada fase ini, identitas mulai terbentuk lebih stabil, kemampuan pengambilan keputusan meningkat, dan orientasi terhadap masa depan mulai lebih kuat. Namun demikian, remaja pada fase ini tetap rentan terhadap pengaruh lingkungan, terutama jika tidak memiliki fondasi pengetahuan dan sikap yang kuat terhadap isu-isu kesehatan. Karakteristik unik dari setiap fase perkembangan inilah yang menjadi landasan pentingnya program edukasi Penyakit Menular Seksual yang dirancang secara sensitif terhadap usia dan disesuaikan dengan kebutuhan kognitif serta emosional remaja.

2.1.1.3 Perkembangan Intelektual remaja

Perubahan fisik pada remaja diiringi pula oleh pematangan intelektualitas yakni potensi mental untuk mencerna data, mengatasi kendala, dan memahami realitas. Perubahan cara berpikir dari sifat konkret menuju abstrak umumnya dimulai sewaktu masuk SMP, di mana remaja mampu memikirkan hal-hal di luar batasan ruang dan waktu yang nyata (Suryana et al., 2022). Menurut (Suryana et al., 2022), terdapat tiga faktor utama yang memengaruhi perkembangan kemampuan berpikir operasional formal pada remaja:

1. Remaja mulai mempertimbangkan berbagai kemungkinan. Pada tahap awal hingga pertengahan remaja, mereka mulai mampu memikirkan skenario yang belum tentu terjadi dan mempertimbangkan berbagai alternatif pilihan dalam menghadapi suatu situasi, termasuk dalam mengambil keputusan terkait perilaku kesehatan.
2. Remaja mulai berpikir secara ilmiah. Kemampuan merumuskan hipotesis, mengujinya secara logis, dan menarik kesimpulan berbasis bukti mulai berkembang. Ini menunjukkan potensi remaja untuk menerima informasi berbasis bukti dalam edukasi kesehatan.
3. Remaja mampu mengintegrasikan konsep abstrak ke dalam kesimpulan logis. Pemikiran yang sebelumnya terfragmentasi mulai dapat disatukan secara koheren, mencerminkan kematangan berpikir yang mendukung pemahaman pesan-pesan edukasi yang lebih kompleks.

2.1.1.4 Karakteristik Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Memasuki masa remaja, individu menunjukkan berbagai karakteristik khas yang mencerminkan transisi dari anak-anak menuju dewasa (Wulandari Ade, 2014) Lima karakteristik utama yang relevan dalam konteks penelitian ini adalah:

1. Pertumbuhan Fisik

   Menurut Wulandari (2014), proses pematangan fisik remaja terbagi dalam tiga tingkatan: diawali dengan munculnya ciri seksual sekunder pada usia 11–14 tahun, pematangan yang makin intensif pada usia 14–17 tahun, hingga berlanjut pada penyempurnaan organ reproduksi di usia 17–20 tahun. Namun, bertumbuhnya kapasitas biologis untuk beraktivitas seksual yang mendahului kesiapan psikologis dan edukasi ini menciptakan celah bahaya. Banyak remaja yang telah matang secara fisik belum memiliki kesadaran mendalam terkait ancaman Penyakit Menular Seksual yang dipicu oleh perilaku seksual berisiko.

2. Kemampuan Berpikir

   Remaja pada fase awal umumnya masih berada dalam proses pencarian identitas dan pembandingan diri dengan lingkungan sosialnya. Sebaliknya, saat mencapai fase akhir, kemampuan berpikir mereka sudah lebih komprehensif didukung oleh identitas intelektual yang mapan. Walau demikian, fenomena *personal fable* sebuah anggapan subjektif bahwa diri mereka aman dari bahaya tertular PMS tetap menghinggapi remaja di seluruh tahap perkembangan. Kematangan kognitif ini menjadi aspek krusial dalam perancangan program edukasi kesehatan reproduksi, sebab metode yang sesuai mampu mengarahkan remaja agar menginternalisasi risiko secara nyata dalam pengambilan keputusan sehari-hari, bukan hanya sebatas menghafal informasi semata.

3. Identitas

   Memasuki fase remaja awal, muncul minat terhadap interaksi sosial dengan teman sebaya maupun lawan jenis. Proses ini dimanfaatkan remaja untuk menguji bermacam peran dan citra diri, khususnya yang berkaitan dengan hubungan romantis. Tingginya pengaruh kelompok pertemanan kadang kala mendesak mereka untuk terlibat dalam perilaku seksual yang terburu-buru sebelum memiliki

edukasi dan mental yang matang, sehingga risiko penularan PMS kian meningkat. Guna membentengi diri dari keputusan yang merugikan, remaja memerlukan fondasi identitas yang kokoh yang ditopang oleh pemahaman kesehatan reproduksi yang benar.

4. Hubungan dengan Orang Tua

   Remaja awal masih bergantung pada orang tua tanpa konflik berarti. Memasuki remaja pertengahan, konflik terkait kemandirian mulai intensif dengan dorongan besar untuk emansipasi. Pada remaja akhir, perpisahan emosional dari orang tua dapat dilalui dengan konflik yang lebih minimal. Dalam konteks kesehatan seksual, dinamika hubungan ini berdampak langsung pada sejauh mana komunikasi tentang PMS dapat terjadi di lingkungan keluarga. Orang tua yang memiliki kedekatan dan keterbukaan dengan remaja berpotensi menjadi sumber informasi kesehatan seksual yang terpercaya, sementara komunikasi yang terhambat akibat konflik atau stigma justru mendorong remaja mencari informasi dari sumber yang tidak terverifikasi.

5. Hubungan dengan Teman Sebaya

   Remaja di fase awal dan pertengahan menjadikan kelompok sebaya sebagai pegangan dalam merespons berbagai perubahan dinamis. Pengaruh komunitas pertemanan ini berwajah ganda pada aspek kesehatan reproduksi: dapat berupa *peer pressure* yang menjerumuskan pada tindakan seksual berisiko penularan PMS, atau sebaliknya, dimanfaatkan sebagai jalur promosi kesehatan. Informasi seputar pencegahan penyakit seksual yang disebarkan via kawan sebaya terbukti lebih fleksibel untuk diterima serta diinternalisasi oleh remaja.

2.1.2 Penyakit Menular Seksual

2.1.2.1 Definisi Penyakit Menular Seksual

Berbagai mikroorganisme patogen (bakteri, virus, dan parasit) yang berjumlah lebih dari 30 jenis merupakan penyebab utama terjadinya Infeksi

Menular Seksual (IMS) atau Penyakit Menular Seksual (PMS). WHO (2025) mendefinisikan IMS sebagai infeksi yang disebabkan oleh lebih dari 30 jenis agen patogen berbeda mencakup bakteri, virus, dan parasit yang dapat ditularkan melalui Kontak seksual secara anal, oral, dan vaginal menjadi jalur utama penularannya, walaupun transmisi juga bisa terjadi via donor darah, pemakaian jarum suntik tidak steril secara bersama, serta dari ibu hamil ke janin hingga masa menyusui (WHO, 2025c).

Kemenkes RI dalam Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual sengaja menerapkan nomenklatur IMS guna menegaskan bahwa tidak semua kasus infeksi memunculkan tanda klinis yang jelas. Penyakit ini kerap bersifat asimtomatik atau laten, terutama di tahap-tahap awal, yang menyebabkan pengidapnya tidak sadar dan berisiko menularkan infeksi secara tidak sengaja. Hal tersebut membuat penanggulangan IMS menjadi isu kesehatan masyarakat yang rumit jika hanya mengandalkan deteksi dini tanpa pemeriksaan laboratorium yang proaktif (WHO, 2025c).

Dalam konteks penelitian ini, istilah Penyakit Menular Seksual (PMS) digunakan secara konsisten sesuai dengan terminologi yang lebih dikenal oleh kelompok sasaran, yaitu remaja usia sekolah. Cakupan PMS dalam penelitian ini meliputi berbagai jenis infeksi yang disebabkan oleh agen biologis beragam, mulai dari bakteri, virus, hingga parasit, yang seluruhnya memiliki jalur penularan utama melalui aktivitas seksual.

2.1.2.2 Epidemiologi Penyakit Menular Seksual

Secara global, epidemi PMS menunjukkan gambaran yang sangat mengkhawatirkan dan terus meningkat dari tahun ke tahun. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa lebih dari satu juta kasus PMS yang dapat disembuhkan terjadi setiap harinya di seluruh penjuru dunia. Pada tahun 2020, tercatat estimasi 374 juta kasus baru dari empat jenis PMS yang dapat diobati, yaitu klamidia sebanyak 129 juta kasus, *Gonore* sebanyak 82 juta kasus, *sifilis* sebanyak 7,1 juta kasus, dan trikomoniasis sebanyak 156 juta kasus. Sementara sekitar 300 juta perempuan terinfeksi *Human Papillomavirus* (HPV) yang merupakan penyebab utama kanker serviks. Pada

tahun 2022, WHO memperkirakan sebanyak 1,1 juta ibu hamil terinfeksi *sifilis* dan menyebabkan lebih dari 390.000 komplikasi kehamilan serius, mulai dari keguguran hingga *sifilis* kongenital pada bayi. Kelompok usia 15 hingga 24 tahun secara konsisten mencatat proporsi kasus tertinggi, dan data WHO menunjukkan bahwa satu dari 20 remaja di dunia tertular IMS setiap tahunnya(WHO, 2024).

Di tingkat nasional, Indonesia berada di posisi ke-14 dunia dalam jumlah orang dengan HIV (ODHIV), dengan estimasi 564.000 ODHIV hingga tahun 2025, namun baru sekitar 63% yang mengetahui status infeksinya. Kementerian Kesehatan RI melaporkan bahwa dalam periode Januari hingga September 2024, terdapat 35.415 kasus HIV dan 12.481 kasus AIDS angka yang mendekati total laporan sepanjang tahun sebelumnya. Sekitar 90% kasus HIV nasional terkonsentrasi pada kelompok usia remaja hingga dewasa produktif, dengan 19% terjadi pada rentang usia 20 hingga 24 tahun. Selain HIV, Kemenkes juga mencatat 23.347 kasus *sifilis* dan 10.506 kasus *Gonore*, dengan remaja usia 15 hingga 19 tahun menyumbang 6.855 kasus di antara keduanya hanya dalam periode Januari hingga September 2024. Hingga Maret 2025, sebanyak 2.700 remaja usia 15 hingga 19 tahun di seluruh Indonesia tercatat hidup dengan HIV (WHO, 2024).

Di Provinsi Jawa Barat, yang termasuk dalam 11 provinsi prioritas penanganan HIV nasional, Dinas Kesehatan Provinsi mencatat sebanyak 9.625 kasus baru HIV sepanjang tahun 2024, meningkat signifikan dibandingkan tahun sebelumnya dengan rata-rata penemuan 28 hingga 30 kasus per hari. Penularan didominasi oleh hubungan seksual, dengan 78% kasus terjadi pada laki-laki dan 22% pada Perempuan (Dinas Provinsi Jawa Barat, 2024). Di Kabupaten Subang, data Dinas Kesehatan Kabupaten Subang menunjukkan bahwa penyakit menular seksual masih menjadi persoalan kesehatan yang nyata dan terus bertambah jumlahnya dari tahun ke tahun. Sepanjang Januari sampai Desember 2025, tercatat 391 Orang Dengan HIV (ODHIV), dengan 65 orang di antaranya laki-laki usia 15 sampai 24 tahun dan 16 orang wanita usia 15 sampai 24 tahun, sehingga kelompok remaja akhir

dan dewasa muda menyumbang bagian yang cukup besar dari keseluruhan kasus HIV di kabupaten ini. Memasuki tahun 2026, tren tersebut belum menunjukkan tanda penurunan karena dalam rentang Januari sampai Mei 2026 saja sudah tercatat 125 ODHIV baru. Selain HIV, *sifilis* juga ditemukan dalam jumlah yang cukup besar, yaitu 252 orang sepanjang tahun 2025 dan bertambah lagi 68 orang hanya dalam tiga bulan pertama 2026. Kasus *Gonore* relatif lebih sedikit namun tetap muncul setiap tahunnya, dengan 7 orang pada 2025 dan 8 orang dalam rentang Januari sampai Juni 2026. Data yang sama turut mencatat 172 bayi lahir dengan hepatitis B, yang mengindikasikan bahwa penularan dari ibu ke anak masih berlangsung di Kabupaten Subang meskipun pemerintah telah menjalankan program Triple Eliminasi HIV, *sifilis*, dan hepatitis B pada ibu hamil sesuai amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan Human Immunodeficiency Virus, *Sifilis*, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak.

2.1.2.3 Etiologi Penyakit Menular Seksual

Penyakit Menular Seksual memiliki agen penyebab infeksi serta faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya penularan. Secara biologis, agen penyebab PMS sangat beragam dan dapat dikategorikan ke dalam empat kelompok utama. Kelompok pertama adalah bakteri, yang mencakup *Neisseria gonorrhoeae* penyebab *Gonore*, *Treponema pallidum* penyebab *sifilis*, dan *Chlamydia trachomatis* penyebab klamidia. Kelompok kedua adalah virus, yang meliputi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) penyebab HIV/AIDS, (WHO, 2025c). *Human Papillomavirus* (HPV) penyebab kutil kelamin dan kanker serviks, (WHO, 2026c). serta *Hepatitis B Virus* (HBV) penyebab hepatitis B, (WHO, 2026b).

Selain patogen biologis, terdapat bermacam pemicu yang dapat memperbesar probabilitas seseorang terkena PMS. Faktor perilaku berisiko di antaranya mencakup pengabaian penggunaan kondom, keterlibatan dengan banyak pasangan seksual, serta mulainya aktivitas seksual di usia dini. Adapun faktor biologis melibatkan keberadaan lesi genital yang mempermudah penetrasi patogen, di samping struktur anatomi wanita yang

secara alami lebih rentan. Terakhir, aspek sosial dan struktural seperti stigma masyarakat, terisolasi dari informasi seksual yang akurat, sulitnya akses ke fasilitas medis, hingga dominasi gender yang membatasi hak negosiasi perempuan menjadi determinan penting penularan penyakit ini (WHO, 2026a).

2.1.2.4 Klasifikasi Penyakit Menular Seksual

WHO mengklasifikasikan PMS berdasarkan agen penyebabnya menjadi dua kelompok besar, yaitu PMS yang dapat disembuhkan (curable STIs) dan PMS yang bersifat permanen karena disebabkan oleh virus (incurable STIs). Tiga jenis PMS yang dapat disembuhkan adalah *sifilis*, *Gonore*, dan klamidia. Sementara itu, tiga jenis PMS yang disebabkan oleh virus dan belum dapat disembuhkan secara total adalah HIV, HPV, dan hepatitis B. Berikut adalah klasifikasi dan penjelasan masing-masing jenis PMS secara rinci:

a. HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang dan secara progresif menghancurkan sel CD4 yang merupakan komponen kunci sistem kekebalan tubuh manusia. Ketika jumlah sel CD4 menurun di bawah ambang batas tertentu, tubuh menjadi tidak mampu melawan infeksi dan penyakit yang pada kondisi normal tidak berbahaya. Kondisi inilah yang kemudian berkembang menjadi *Acquired Immunodeficiency Syndrome* atau AIDS, yaitu stadium akhir dari infeksi HIV yang ditandai oleh munculnya berbagai infeksi oportunistik dan keganasan. Penularan HIV terjadi melalui tiga jalur utama, yaitu melalui kontak dengan darah atau produk darah yang terinfeksi, melalui hubungan seksual tanpa pelindung, dan melalui transmisi dari ibu kepada bayi selama kehamilan, proses persalinan, maupun menyusui. Hingga saat ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan infeksi HIV secara permanen, namun terapi *antiretroviral* (ARV) mampu menekan jumlah virus dalam darah hingga tidak terdeteksi sehingga individu

dapat mempertahankan kualitas hidup yang baik dan memperpanjang usia harapan hidup secara signifikan (WHO, 2025b).

b. *Gonore* (Kencing Nanah)

Gonore adalah infeksi bakteri yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*. Bakteri ini termasuk salah satu PMS dengan angka kejadian tertinggi di dunia dan menjadi perhatian serius karena meningkatnya resistensi terhadap berbagai jenis antibiotik, termasuk penisilin, tetrasiklin, dan kuinolon, sehingga penanganannya semakin kompleks dari waktu ke waktu. WHO (2025) menyatakan bahwa *Gonore* pada laki-laki umumnya ditandai dengan gejala yang lebih jelas berupa keluarnya cairan purulen dari uretra dan rasa nyeri saat berkemih, sementara pada perempuan infeksi ini sering kali bersifat asimtomatik atau hanya menimbulkan gejala ringan yang mudah diabaikan, seperti keputihan ringan dan nyeri saat berkemih. Jika tidak segera diobati, *Gonore* dapat menyebar ke organ reproduksi bagian atas, menyebabkan penyakit radang panggul pada perempuan dan epididimitis pada laki-laki, yang keduanya berpotensi mengakibatkan infertilitas permanen (WHO, 2025c).

c. *Sifilis* (Raja Singa)

Sifilis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri Treponema pallidum. *Sifilis* dikenal sebagai "*the great imitator*" karena gejala-gejalanya dapat menyerupai berbagai penyakit lain, sehingga sering kali terlambat didiagnosis. Infeksi *sifilis* berkembang melalui empat stadium yang berbeda. Stadium primer ditandai dengan munculnya luka tunggal yang tidak nyeri (chancre) di tempat masuknya bakteri, umumnya pada area genital, anus, atau mulut. Stadium sekunder muncul beberapa minggu kemudian dengan manifestasi sistemik berupa ruam kulit yang khas, terutama pada telapak tangan dan kaki, serta pembesaran kelenjar getah bening. Stadium laten merupakan fase di mana infeksi tidak menunjukkan gejala apapun namun bakteri tetap aktif di dalam tubuh dan dapat bertahan selama bertahun-tahun.

Stadium tersier atau lanjut merupakan kondisi paling berbahaya di mana infeksi dapat merusak jantung, pembuluh darah, otak, dan organ-organ vital lainnya secara irreversible (WHO, 2025a). *Sifilis* yang terjadi pada ibu hamil berisiko tinggi menyebabkan *sifilis* kongenital pada bayi, yang dapat berujung pada kematian janin, kelahiran prematur, atau kecacatan bawaan (WHO, 2025a).

d. Klamidia

Klamidia merupakan PMS yang paling umum di seluruh dunia dan disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis*, sebuah patogen intraseluler obligat yang hanya dapat hidup dan berkembang biak di dalam sel inang. Klamidia sering dijuluki sebagai "*silent disease*" karena Sebagian besar perempuan dan laki-laki yang terinfeksi tidak merasakan gejala apapun, menjadikannya salah satu penyakit yang paling sulit dideteksi tanpa pemeriksaan aktif. Infeksi klamidia yang tidak diobati pada perempuan dapat menyebar ke tuba falopi dan rahim, menyebabkan penyakit radang panggul yang berakibat pada pembentukan jaringan parut, kehamilan ektopik, dan infertilitas. Pada laki-laki, komplikasi yang dapat terjadi mencakup epididimitis dan, dalam kasus tertentu, dapat berkontribusi pada infertilitas. Klamidia juga dapat menular dari ibu kepada bayi selama proses persalinan pervaginam, menyebabkan konjungtivitis atau pneumonia pada neonatus (WHO, 2025d).

e. *Human Papillomavirus* (HPV)

Human Papillomavirus atau HPV merupakan virus DNA yang paling sering ditularkan melalui kontak seksual dan terdiri dari lebih dari 200 tipe berbeda, di mana sekitar 40 tipe dapat menginfeksi area genital. HPV dibagi menjadi dua kelompok utama berdasarkan potensinya dalam menyebabkan keganasan. Kelompok HPV risiko rendah, terutama tipe 6 dan 11, menyebabkan kutil kelamin atau kondiloma akuminata yang bersifat jinak. Sementara itu, kelompok HPV risiko tinggi, terutama tipe 16 dan 18, merupakan penyebab utama kanker

serviks dan turut berkontribusi pada kanker anal, vulva, vagina, penis, serta kanker orofaring. WHO (2026) menyatakan bahwa hampir semua kasus kanker serviks disebabkan oleh infeksi HPV persisten, menjadikan HPV sebagai salah satu penyebab kanker yang paling dapat dicegah. Vaksin HPV yang tersedia saat ini mampu memberikan perlindungan terhadap tipe-tipe HPV dengan risiko tertinggi dan paling efektif diberikan sebelum seseorang aktif secara seksual (WHO, 2026c).

f. Hepatitis B

Hepatitis B adalah infeksi hati yang disebabkan oleh *Hepatitis B Virus* (HBV), sebuah virus DNA yang termasuk dalam famili Hepadnaviridae. HBV dapat ditularkan melalui kontak dengan darah atau cairan tubuh yang terinfeksi, termasuk melalui hubungan seksual tanpa pelindung, penggunaan jarum suntik bersama, dan dari ibu kepada bayi saat persalinan atau menyusui. Dibandingkan dengan HIV, HBV memiliki daya tahan yang jauh lebih tinggi di luar tubuh manusia dan konsentrasi yang jauh lebih tinggi dalam darah, menjadikannya lebih mudah menular. Infeksi HBV dapat bersifat akut atau berkembang menjadi infeksi kronis. Hepatitis B kronis merupakan penyebab utama sirosis hati dan karsinoma hepatoseluler atau kanker hati primer, yang merupakan salah satu penyebab kematian akibat kanker terbanyak di dunia (WHO, 2026b). CDC (2025) menyatakan bahwa vaksin hepatitis B sangat efektif dalam mencegah infeksi dan telah menjadi bagian dari program imunisasi dasar di Indonesia. Dalam konteks Indonesia, hepatitis B menjadi perhatian khusus karena selain ditularkan secara seksual, penularan dari ibu ke bayi dan melalui prosedur medis atau tindik yang tidak steril juga berkontribusi besar terhadap beban penyakit ini (CDC, 2025a).

2.1.2.5 Diagnosis Penyakit Menular Seksual

Diagnosis PMS merupakan langkah krusial dalam penatalaksanaan dan pengendalian penyebaran infeksi. Kemenkes RI (2020) menyatakan bahwa pendekatan diagnosis PMS dapat di lakukan secara sindromik maupun etiologik. Pendekatan sindromik mendiagnosis PMS berdasarkan kumpulan gejala dan tanda klinis tanpa memerlukan pemeriksaan laboratorium, sehingga lebih mudah diterapkan di fasilitas kesehatan dengan keterbatasan sarana. Pendekatan etiologik di lakukan dengan mengidentifikasi agen penyebab secara spesifik melalui pemeriksaan laboratorium, memberikan akurasi diagnosis yang lebih tinggi.

1. HIV, diagnosis ditegakkan melalui deteksi antibodi terhadap HIV menggunakan Rapid test serial, Immunoassay, *Nucleic Acid Amplification Test* NAAT atau PCR. Di Indonesia, program *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas menjadi jalur utama skrining HIV kepada masyarakat, termasuk kelompok remaja, dengan menjamin kerahasiaan identitas peserta tes (CDC, 2025d).
2. *Gonore*, diagnosis laboratorium di lakukan melalui pemeriksaan mikroskopis langsung dari cairan uretra atau serviks, kultur bakteri pada media selektif, atau metode *Nucleic Acid Amplification Test* (NAAT) yang kini menjadi standar emas karena dapat di lakukan dari sampel urin, swab vagina, atau swab rektal tanpa prosedur yang bersifat invasive(CDC, 2025c).
3. *Sifilis* di lakukan melalui dua tahap pemeriksaan serologis. Tahap pertama menggunakan uji non-treponemal seperti *Rapid Plasma Reagin* (RPR) atau *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) untuk mendeteksi antibodi yang terbentuk sebagai respons terhadap infeksi. Tahap konfirmasi menggunakan uji treponemal spesifik seperti *Treponema Pallidum Hemagglutination Assay* (TPHA) atau *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-ABS). Saat ini rapid syphilis test yang dapat di lakukan di tingkat Puskesmas telah tersedia dan memudahkan skrining pada populasi remaja dan ibu hamil (WHO, 2025a).

4. Klamidia, NAAT merupakan metode diagnosis yang paling sensitif dan spesifik, dan dapat di lakukan dari berbagai jenis spesimen termasuk urin yang menjadikannya lebih mudah diterima oleh kelompok remaja (WHO, 2025d).
5. HPV umumnya di lakukan melalui inspeksi visual dengan HPV DNA Test untuk mengidentifikasi keberadaan tipe HPV risiko tinggi (WHO, 2026c).
6. Hepatitis B didiagnosis melalui pemeriksaan serologis yang meliputi *Hepatitis B Surface Antigen* (HBsAg) sebagai penanda infeksi aktif, anti-HBs untuk menentukan status kekebalan, dan HBV DNA untuk mengukur tingkat replikasi virus (CDC, 2025a).

2.1.2.6 Patofisiologi Penyakit Menular Seksual

Patofisiologi PMS menggambarkan mekanisme biologis bagaimana agen infeksi masuk ke dalam tubuh, berkembang biak, dan menimbulkan kerusakan pada jaringan serta organ. Masing-masing jenis PMS memiliki patofisiologi yang khas sesuai dengan karakteristik agen penyebabnya.

a. Tahapan HIV/AIDS

Patofisiologi infeksi HIV berlangsung melalui beberapa tahapan yang berurutan. Tahap pertama adalah masuknya virus melalui mukosa atau aliran darah, di mana HIV mengikat reseptor CD4 dan koreseptor CCR5 atau CXCR4 pada permukaan limfosit T-helper, makrofag, dan sel dendritik. Setelah masuk ke dalam sel, materi genetik virus diintegrasikan ke dalam DNA sel inang dengan bantuan enzim integrase. Tahap kedua adalah periode jendela atau *window period*, yaitu fase di mana virus sudah ada dalam tubuh namun antibodi belum dapat terdeteksi, berlangsung beberapa minggu hingga beberapa bulan tergantung jenis pemeriksaan. Tahap ketiga adalah infeksi primer atau infeksi akut, di mana terjadi replikasi virus yang masif dan penurunan jumlah CD4 secara drastis, disertai gejala menyerupai flu yang di sebut sindrom retroviral akut. Tahap keempat adalah fase laten klinis, di mana sistem imun berhasil menekan replikasi virus secara parsial

sehingga jumlah CD4 berangsur naik namun tidak mencapai angka normal, dan individu dapat tampak sehat selama bertahun-tahun. Tahap kelima adalah AIDS, yang terjadi ketika jumlah CD4 turun di bawah 200 sel per mikroliter darah atau ketika muncul infeksi oportunistik tertentu, menandakan kegagalan sistem imun yang berat(CDC, 2025c).

b. Tahapan *Gonore*

Patofisiologi *Gonore* diawali dengan pelekatan Neisseria gonorrhoeae pada permukaan sel epitel kolumnar melalui struktur permukaan yang di sebut pili dan protein Opa. Setelah melekat, bakteri menginvasi sel epitel dan memicu respons inflamasi lokal, kemudian dilepaskan ke jaringan subepitel yang memicu respons inflamasi akut. Neutrofil bermigrasi ke lokasi infeksi dan melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan gejala klasik berupa cairan purulen dan nyeri. Jika tidak diobati, bakteri dapat menyebar secara asendens mengikuti alur anatomis saluran reproduksi, menyebabkan penyakit radang panggul pada perempuan dan epididimitis pada laki-laki. Komplikasi jangka panjang terjadi akibat pembentukan jaringan parut pada tuba falopi atau epididimis yang dapat mengakibatkan infertilitas(CDC, 2025c).

c. Tahapan *Sifilis*

Sifilis memiliki patofisiologi yang unik karena perjalanan penyakitnya melewati stadium-stadium yang jelas berbeda. Stadium primer dimulai ketika Treponema pallidum menembus kulit atau mukosa yang mengalami abrasi kecil, kemudian berkembang biak di lokasi masuk dan merangsang respons imun lokal yang menghasilkan chancre. Stadium sekunder terjadi ketika bakteri berhasil memasuki aliran darah (bakteremia) dan menyebar ke seluruh tubuh, menyebabkan ruam sistemik dan manifestasi multiorgan. Stadium laten terjadi ketika sistem imun berhasil menekan bakteri tetap berada di dalam tubuh meskipun penderita tidak menunjukan gejala. Stadium tersier merupakan akibat dari inflamasi kronis yang dipicu oleh respons imun

terhadap bakteri yang telah menetap di berbagai jaringan, menyebabkan pembentukan guma sifilitika, kerusakan kardiovaskular berupa aneurisma aorta, atau *neurosifilis* berupa meningitis dan demensia (WHO, 2025a).

d. Tahapan HPV

Patofisiologi infeksi HPV dimulai ketika virus menginfeksi sel-sel basal epitel skuamosa yang terpapar melalui mikrolesi pada kulit atau mukosa. Pada epitel serviks, sel-sel basal yang aktif berproliferasi menjadi target utama infeksi. HPV risiko rendah menginduksi proliferasi sel yang berlebihan membentuk kutil jinak tanpa integrasi ke dalam DNA sel inang. HPV risiko tinggi menghasilkan onkoprotein E6 dan E7 yang menginaktivasi protein supresor tumor p53 dan pRb, sehingga sel kehilangan kemampuan untuk mengendalikan pertumbuhan dan pembelahan diri. Proses ini berlangsung secara bertahap selama bertahun-tahun melalui lesi intraepitel serviks yang di sebut cervical intraepithelial neoplasia (CIN) tingkat 1, 2, dan 3 sebelum akhirnya berkembang menjadi kanker serviks invasive (WHO, 2026c).

e. Tahapan Hepatitis B

Patofisiologi hepatitis B diawali dengan masuknya HBV ke dalam hepatosit melalui reseptor spesifik di permukaan sel hati. Di dalam sel, covalentely closed circular DNA (cccDNA) virus mengalami proses konversi menjadi DNA sirkular kovalen tertutup (DNA) yang berfungsi sebagai cetakan replikasi yang sangat stabil dan sulit dieliminasi. Pada infeksi akut, respons imun seluler yang kuat umumnya berhasil membersihkan virus dalam 95% kasus dewasa. Namun, pada bayi dan individu dengan sistem imun yang lemah, infeksi berkembang menjadi kronis karena toleransi imun yang tidak optimal. Pada hepatitis B kronis, peradangan hati yang berlangsung terus-menerus akibat respons imun terhadap sel-sel hati yang terinfeksi menyebabkan nekrosis hepatosit, pembentukan jaringan fibrosis, dan

secara progresif berkembang menjadi sirosis dan karsinoma hepatoseluler (WHO, 2026b).

2.1.2.7 Gejala Penyakit Menular Seksual

Salah satu tantangan terbesar dalam pengendalian PMS adalah kenyataan bahwa banyak infeksi tidak menimbulkan gejala yang jelas atau bersifat asimtomatik, terutama pada stadium awal. Kemenkes RI (2020) menyatakan bahwa kondisi asimtomatik inilah yang menjadikan PMS sebagai "ancaman tersembunyi" karena individu yang terinfeksi dapat terus menularkan infeksi tanpa menyadarinya.

a. HIV pada fase primer atau akut infeksi dapat menyebabkan gejala seperti flu yang disebut sindrom retroviral akut, termasuk demam, sakit tenggorokan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam kulit, nyeri otot dan sendi, dan sakit kepala, yang berlangsung selama dua hingga empat minggu setelah terpapar. Setelah fase ini, HIV memasuki fase laten yang dapat berlangsung selama bertahun-tahun tanpa gejala apa pun. Tahap AIDS ditandai dengan penurunan berat badan yang signifikan, diare kronis, dan infeksi oportunistik berulang seperti pneumonia Pneumocystis jirovecii, tuberkulosis, kandidiasis oral, dan toksoplasmosis. (WHO, 2025b).
b. *Gonore* pada laki-laki umumnya menimbulkan gejala yang lebih jelas, berupa keluarnya cairan dari uretra berwarna putih kekuningan hingga hijau, rasa nyeri atau terbakar saat berkemih, serta nyeri dan pembengkakan pada testis. Pada perempuan, sebagian besar kasus *Gonore* tidak menimbulkan gejala atau hanya gejala ringan seperti peningkatan keputihan dan nyeri saat berkemih. Apabila terjadi komplikasi berupa penyakit radang panggul, gejala dapat mencakup nyeri perut bagian bawah, demam, dan nyeri saat berhubungan seksual (CDC, 2025c).
c. *Sifilis* primer ditandai dengan chancre yaitu luka bulat, keras, tidak nyeri, dengan tepi yang jelas dan dasar yang bersih, biasanya tunggal dan berlokasi di area genital, anus, atau mulut. *Sifilis* sekunder

menampilkan ruam kulit non-gatal yang khas pada telapak tangan dan telapak kaki, disertai kondiloma lata di area lembab, alopesia, dan gejala konstitusional seperti demam dan malaise (WHO, 2025a).

d. Klamidia pada sebagian besar kasus tidak menimbulkan gejala. Bila ada, gejala pada perempuan berupa keputihan abnormal, nyeri saat berkemih, dan perdarahan di luar siklus menstruasi. Pada laki-laki, gejala dapat berupa keluarnya cairan dari uretra dan nyeri atau rasa terbakar saat berkemih (CDC, 2025b).
e. HPV risiko rendah menimbulkan kutil kelamin yang tampak sebagai tonjolan berdaging lembut di area genital atau anal, kadang berkelompok menyerupai kembang kol. HPV risiko tinggi umumnya tidak menimbulkan gejala apapun hingga berkembang menjadi lesi prakanker atau kanker (WHO, 2026c)
f. Hepatitis B akut dapat menimbulkan kelelahan, mual, muntah, nyeri abdomen kanan atas, dan ikterus atau kulit menguning

2.1.2.8 Dampak Penyakit Menular Seksual

WHO (2023) menegaskan bahwa keterlambatan dalam mengobati PMS membawa dampak buruk yang kompleks, mulai dari kesehatan organ reproduksi, kondisi fisik, psikis, hingga aspek ekonomi-sosial pengidapnya. Pada wanita, klamidia dan *Gonore* yang tidak diobati dapat berkembang menjadi radang panggul, yang berujung pada komplikasi serius seperti kemandulan, kehamilan di luar kandungan, serta nyeri panggul kronis. Dampak pada pria dapat berupa epididimitis yang berisiko menurunkan kesuburan. Jalur penularan *sifilis* dari ibu ke bayi (*sifilis kongenital*) dapat mengakibatkan bayi lahir prematur, cacat bawaan berat, hingga kematian janin. Di samping itu, infeksi kronis HPV tipe risiko tinggi mendasari hampir seluruh kejadian kanker serviks dan meningkatkan risiko kanker genitalia (penis, vulva, vagina, anus) serta area orofaring. Adapun Hepatitis B jangka panjang yang tidak tertangani secara adekuat dapat memicu kerusakan hati tingkat lanjut berupa sirosis dan keganasan hati (CDC, 2024; WHO, 2025c)

2.1.2.9 Upaya Pencegahan Penyakit Menular Seksual Pada Anak Sekolah

Upaya pencegahan PMS pada anak sekolah merupakan bagian dari program kesehatan reproduksi remaja yang terstruktur. Pedoman IMS Kemenkes RI (2020) menyatakan bahwa pencegahan PMS mengacu pada pendekatan tiga tingkatan yang komprehensif, yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier, yang masing-masing memiliki sasaran dan strategi yang berbeda namun saling melengkapi(Kemenkes RI, 2016).

a. Upaya pencegahan primer

Pencegahan primer merupakan upaya yang ditujukan untuk mencegah terjadinya infeksi sebelum individu terpapar agen penyakit. Dalam konteks PMS, WHO (2025) menyatakan bahwa pencegahan primer yang paling efektif mencakup beberapa strategi utama. Pertama adalah abstinensi atau menunda hubungan seksual, yang merupakan cara paling pasti untuk mencegah penularan PMS melalui jalur seksual. Kedua adalah kesetiaan terhadap satu pasangan seksual yang telah diketahui status kesehatannya atau dikenal dengan prinsip monogami yang saling setia. Ketiga adalah penggunaan kondom secara konsisten dan benar pada setiap hubungan seksual yang berisiko, yang terbukti efektif mengurangi risiko penularan sebagian besar jenis PMS. Keempat adalah vaksinasi, terutama vaksin HPV yang melindungi terhadap tipe HPV penyebab kanker serviks dan kutil kelamin, serta vaksin hepatitis B yang melindungi terhadap infeksi HBV. Kelima adalah menghindari penggunaan narkoba, terutama narkoba suntik, karena berbagi jarum suntik merupakan jalur penularan utama HIV dan hepatitis B(WHO, 2025c).

b. Edukasi Kesehatan

Edukasi kesehatan merupakan komponen inti dari upaya pencegahan PMS pada anak sekolah yang berfungsi sebagai fondasi perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku. WHO (2026) menyatakan bahwa program edukasi kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berbasis usia di lingkungan sekolah terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan remaja tentang PMS dan

mendorong terbentuknya sikap yang protektif. Edukasi kesehatan di sekolah dapat dilaksanakan melalui berbagai pendekatan, mulai dari integrasi ke dalam mata pelajaran yang relevan, penyuluhan terstruktur oleh tenaga kesehatan dari Puskesmas setempat melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), hingga pemanfaatan media edukasi yang sesuai dengan karakteristik remaja seperti video, infografis, dan platform digital (WHO, 2026a).

WHO (2026) menekankan bahwa edukasi kesehatan reproduksi yang efektif bagi remaja harus mencakup informasi faktual yang akurat tentang jenis-jenis PMS dan cara penularannya, strategi pencegahan yang konkret dan dapat dilaksanakan, serta kemampuan untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi secara mandiri. Selain itu, edukasi yang baik juga harus mampu mengatasi stigma dan tabu seputar kesehatan seksual sehingga remaja merasa nyaman untuk mencari informasi dan bantuan ketika dibutuhkan. Keterlibatan berbagai pihak seperti orang tua, guru, tenaga kesehatan, dan tokoh masyarakat sangat diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung terbentuknya perilaku seksual yang bertanggung jawab pada kelompok remaja (WHO, 2026a).

c. Upaya pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder bertujuan untuk mendeteksi infeksi sedini mungkin sebelum berkembang menjadi komplikasi yang lebih berat, serta untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kepada orang lain. Skrining atau pemeriksaan secara berkala merupakan pilar utama pencegahan sekunder PMS, terutama untuk infeksi yang sering bersifat asimtomatik seperti klamidia, *Gonore*, dan infeksi HIV. Pada kelompok remaja, program Voluntary Counseling and Testing (VCT) yang dilaksanakan oleh Puskesmas menjadi pintu masuk yang penting untuk skrining HIV secara sukarela dengan menjamin kerahasiaan identitas peserta (WHO, 2025c)

d. Upaya pencegahan tersier

Pencegahan tersier berfokus pada pengelolaan individu yang telah terinfeksi PMS untuk mencegah perkembangan penyakit menjadi lebih parah, mencegah komplikasi jangka panjang, dan memulihkan kualitas hidup penderita semaksimal mungkin. Bagi penderita HIV, terapi antiretroviral (ARV) yang dimulai sedini mungkin merupakan bentuk pencegahan tersier yang paling utama karena selain memperlambat progresi penyakit dan menjaga kualitas hidup penderita, ARV juga secara signifikan mengurangi risiko penularan kepada orang lain melalui konsep Treatment as Prevention (TasP). Bagi penderita hepatitis B kronis, terapi antiviral diperlukan untuk mencegah perkembangan sirosis dan kanker hati, sementara pemantauan berkala melalui USG abdomen dan pemeriksaan alfa-fetoprotein diperlukan untuk deteksi dini keganasan.

2.1.3 Promosi Kesehatan

2.1.3.1 Definisi Promosi Kesehatan

Edukasi dan penyebaran informasi kesehatan kepada publik merupakan inti dari kegiatan promosi kesehatan. Pendekatan ini bertujuan agar pesan kesehatan yang disampaikan sanggup dipahami oleh masyarakat, sehingga timbul kesadaran untuk mempraktikkan gaya hidup yang sehat dalam kehidupan sehari-hari (Notoatmodjo, 2012). Terkait upaya penanggulangan penyakit, disiplin ilmu kesehatan masyarakat mengenal lima level intervensi pencegahan yang dicetuskan oleh Leavell dan Clark (1965), mencakup:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat (health promotion)
2. Proteksi khusus seperti pemberian imunisasi (specific protection)
3. Identifikasi awal dan tindakan medis segera (early diagnosis and prompt treatment)
4. Penanganan guna meminimalkan risiko kecacatan (disability limitation)
5. Proses pemulihan kondisi pasien (rehabilitation)

2.1.3.2 Tujuan Promosi Kesehatan

Sasaran utama dari kegiatan promosi kesehatan adalah mengoptimalkan daya upaya individu, satuan keluarga, komunitas, hingga masyarakat agar bisa hidup sehat. Program ini juga mendorong tumbuh kembangnya gerakan kesehatan berbasis gotong royong masyarakat, dengan tujuan akhir terbangunnya situasi lingkungan yang mendukung penuh tercapainya derajat kesehatan yang optima. (Notoatmodjo, 2012).

2.1.3.3 Metode Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan pada dasarnya adalah kegiatan menyebarkan wawasan kesehatan kepada perorangan maupun khalayak umum guna mendongkrak literasi kesehatan mereka. Peningkatan wawasan ini muaranya adalah dorongan perubahan kebiasaan pada kelompok sasaran. Keberhasilan proses promosi kesehatan amat bergantung pada komponen input dan output, yang mencakup keahlian edukator, substansi materi, ketepatan metode, serta ketersediaan media pendukung (Alini & Indrawati, 2018a).

Berbagai instrumen komunikasi dapat dipadukan dalam praktik lapangan. Merujuk pada tingkatan sasaran yang dituju, ragam metode promosi kesehatan terbagi menjadi tiga jenis:

1 Edukasi Tingkat individu

Langkah ini berjalan lewat komunikasi langsung antara petugas dan individu. Sebagai metode konseling yang responsif, petugas dapat memanfaatkan alat peraga visual sesuai konteks bahasan. Sisi positifnya adalah pemetaan masalah dapat dilakukan secara akurat, meski konsekuensinya memerlukan alokasi waktu dan energi yang lebih banyak.

2 Edukasi Tingkat Kelompok

Metode kelompok dipilah berdasarkan kapasitas audiens:

a. Skala kelompok kecil, diperuntukkan bagi 6 hingga 15 peserta. Teknik yang umum digunakan meliputi dinamika kelompok, curah gagasan, metode bola salju, serta bermain peran.

b. Skala kelompok besar, menyasar populasi 15 sampai 50 peserta. Kegiatan berupa seminar, lokakarya, dan ceramah umum memerlukan bantuan pengeras suara serta media presentasi audio visual.

3 Edukasi Tingakt Masyarakat

Strategi ini difokuskan untuk publik luas dan membutuhkan perencanaan matang agar pesan dapat dipersepsikan dengan benar oleh audiens yang beragam. Bentuk media dan teknik yang kerap digunakan mencakup:

a. Kuliah umum di tempat terbuka

b. Penyiaran via media elektronik seperti radio dan televisi

c. Penerbitan media cetak berbentuk koran, poster, pamflet, buku, dan majalah.

2.1.3.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986, lingkup promosi kesehatan dikategorikan ke dalam lima bidang, yaitu :

1. Build Healty Policy

   Merumuskan kebijakan kesehatan atau merancang kebijakan publik dari perspektif kesehatan mencakup pertimbangan mengenai dampak kesehatan dari setiap keputusan yang diambil. Kebijakan publik seharusnya memberikan manfaat bagi kesehatan. Bentuk-bentuk kebijakan publik meliputi peraturan perundang-undangan, kebijakan fiskal, serta pengembangan organisasi dan kelembagaan.

2. Create Supportive Environment

   Menciptakan lingkungan yang mendukung berperan penting dalam menunjang atau memengaruhi kesehatan dan perilaku seseorang.

3. Strengthen Community Action

   Memperkuat kegiatan atau gerakan masyarakat. Promosi kesehatan berperan dalam memotivasi dan memperkuat upaya masyarakat untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan.

4. Develop Personal Skill

Pengembangan kapasitas pribadi merupakan upaya yang memampukan individu untuk mengambil keputusan yang efektif terkait kesehatan mereka. Individu membutuhkan pengetahuan, pendidikan, pelatihan, dan berbagai keterampilan. Peran promosi kesehatan adalah membantu individu dalam mengambil keputusan dan bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri, berdasarkan pengetahuan dan keterampilan pribadi yang mereka miliki. Pemberdayaan akan lebih efektif jika diterapkan di lingkungan rumah, tempat kerja, dan struktur masyarakat lainnya yang sudah ada.

5. Re-Orient Health Service

   Mengubah atau menata ulang layanan kesehatan agar berfokus pada pencegahan dan promosi, serta pengobatan dan rehabilitasi.

2.1.3.5 Media Promosi Kesehatan

Edukasi kesehatan sangat bergantung pada ketersediaan sarana atau media pendukung. Keberadaan media massa memfasilitasi penerimaan informasi melalui alat indra, yang pada akhirnya memperlancar arus penyampaian materi dan menjamin pesan dapat ditangkap secara jelas. Kemasan pesan yang memanfaatkan media menjadi jauh lebih menarik, sehingga memudahkan kelompok sasaran dalam memperoleh informasi. Sasaran utama penyampaian materi edukasi kesehatan adalah memperkaya pengetahuan kesehatan individu, kelompok, serta masyarakat luas yang berujung pada terciptanya perubahan kebiasaan yang lebih sehat (Notoatmodjo, 2003). Manfaat penggunaan media massa dalam konteks pendidikan kesehatan Adalah :

1. Berbagai keunggulan dari pemanfaatan media massa dalam program pendidikan kesehatan mencakup:
2. Menumbuhkan rasa ingin tahu dan daya tarik sasaran pada isu kesehatan yang diangkat
3. Memungkinkan pencapaian target edukasi dalam skala populasi yang jauh lebih luas

4. Memudahkan komunikator kesehatan dalam menyajikan materi pembelajaran, sebab media visual dapat mewakili objek nyata guna memberikan gambaran konkret bagi audiens
5. Meningkatkan kualitas dan intensitas hubungan komunikasi
6. Menghemat waktu yang dibutuhkan audiens untuk menyerap inti pesan
7. Memotivasi audiens untuk menyebarluaskan kembali pemahaman yang telah diperoleh kepada lingkungan sekitar
8. Meminimalkan kekeliruan persepsi melalui penyediaan gambaran visual yang rinci mengenai topik bahasan
9. Mengajak dan mendorong kelompok sasaran untuk melakukan tindakan nyata sesuai arahan materi edukasi.

2.1.3.6 Klasifikasi Media Dalam Promosi Kesehatan

Penggunaan media pembelajaran kesehatan menuntut pemahaman atas beberapa prinsip dasar. Pertama, semakin banyak indra yang diaktifkan dalam merespons media, makin tinggi pula tingkat pemahaman sasaran terhadap materi. Kedua, tidak ada media yang sempurna karena tiap jenisnya membawa kelebihan dan kekurangannya sendiri. Ketiga, keanekaragaman metode sangat dianjurkan selama komposisinya tidak berlebihan. Keempat, partisipasi aktif dari audiens harus terus didorong dalam proses interaksi informasi.

Persiapan terencana menjadi syarat wajib sebelum menggunakan media agar target yang ditetapkan terwujud. Merujuk pada bentuk dan fungsinya, sarana penyampai pesan kesehatan terbagi menjadi tiga kategori:

a. Kelompok Media Cetak

   Ragam media cetak terdiri dari poster, selebaran, brosur, artikel kolom, lembaran kertas, dan leaflet. Leaflet mengemas edukasi kesehatan berbentuk buku kecil yang mengombinasikan uraian teks serta gambar. Brosur adalah kertas lipat berisi informasi kesehatan visual maupun tertulis. Poster dirancang untuk dipasang pada dinding atau fasilitas umum. Artikel kolom menyajikan isu kesehatan di media cetak. Selebaran mirip dengan brosur namun hadir tanpa lipatan.

Sementara itu, lembar balik disusun bertumpuk mirip kalender bergambar secara berurutan.

b. Kelompok Media Elektronik

Instrumen elektronik menyalurkan pesan secara dinamis melalui pendengaran dan penglihatan, mencakup siaran radio, rekaman video, film, tayangan televisi, media CD atau VCD, kaset suara, serta slide visual.

c. Kelompok Media Luar Ruang dan Perangkat Modern

Kategori luar ruang menempatkan media di area publik dalam format cetak atau elektronik statis, contohnya billboard, spanduk, papan reklame, tayangan layar lebar, serta media tempel pada kendaraan umum. Di sisi lain, integrasi internet pada perangkat gawai seperti komputer dan ponsel pintar telah memperluas akses informasi kesehatan global melalui media sosial.

d. Proses pemilihan sarana edukasi wajib memperhitungkan preferensi khalayak sasaran agar sanggup membangkitkan rasa ingin tahu mereka. Terlebih lagi, kemajuan teknologi saat ini telah menghadirkan beragam variasi media edukasi, mulai dari materi berbasis teks, permainan edukatif seperti engklek, kartu kilas, teka teki, dan ular tangga, hingga ekspresi kesenian seperti lagu daerah, seni pertunjukan, kerajinan tangan, wayang gantung, serta ceramah interaktif.

2.1.3.7 Video Animasi

Kehadiran video animasi kini menjadi alternatif populer selain video ceramah dalam pelaksanaan promosi kesehatan untuk generasi muda. Sebagai salah satu bentuk sarana audio visual, video animasi mengombinasikan rangkaian gambar bergerak hasil rekayasa digital yang mencakup ilustrasi visual, karakter teranimasi, elemen grafis bergerak, serta tata suara. Seluruh komponen tersebut dikemas secara terintegrasi guna mengomunikasikan informasi kesehatan kepada khalayak pendengar (Jatmika et al., 2019).

Manfaat video animasi dalam promosi kesehatan mencakup beberapa dimensi yang tidak dapat dicapai oleh media lain secara bersamaan.

Kemampuan ini sangat relevan dalam konteks edukasi Penyakit Menular Seksual, di mana mekanisme penularan HIV dan Hepatitis B merupakan proses biologis yang tidak kasat mata namun perlu dipahami oleh remaja agar mereka dapat menginternalisasi risiko secara nyata, bukan hanya mengetahuinya secara permukaan. Media yang mampu membuat sasaran memvisualisasikan sesuatu yang abstrak menjadi konkret akan jauh lebih efektif dalam mendorong perubahan pengetahuan dan sikap.

2.1.4 Domain Pengetahuan

2.1.4.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan muncul dari rasa ingin tahu terhadap suatu objek tertentu, yang dimediasi oleh proses indrawi khususnya melalui mata dan telinga. Hal ini merupakan faktor krusial dalam pembentukan perilaku nyata. Pengetahuan merupakan hasil dari persepsi manusia yaitu apa yang diketahui seseorang mengenai suatu objek berdasarkan penggunaan pancaindra: penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan, dan perabaan. Perolehan pengetahuan bergantung pada intensitas perhatian dan kesadaran yang diarahkan pada objek tersebut. Pengetahuan manusia terutama diperoleh melalui pendengaran dan penglihatan (Notoatmodjo, 2014).

2.1.4.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014), kedalaman pengetahuan publik atas suatu hal terbagi dalam rentang kedalaman yang berbeda. Domain pemahaman tersebut diklasifikasikan ke dalam enam tahapan utama:

1. Tahu (*Know*)

   Tahap paling awal ini mengandalkan kemampuan mengingat kembali informasi setelah menerima paparan materi atau pengamatan. Penguasaan pada tingkat ini ditandai oleh sejauh mana individu mampu menyebutkan kembali, mengidentifikasi, serta menjelaskan hal yang dipelajarinya.

2. Memahami (*Comprehension*)

   Seseorang dikatakan memahami bila ia mampu menafsirkan objek secara tepat, bukan sebatas mengetahui istilahnya. Kriteria

pencapaiannya ditunjukkan melalui kemampuan menyusun kesimpulan, menyajikan contoh konkret, serta membuat estimasi terhadap bahasan terkait.

3. Aplikasi (*Application*)

   Tingkat aplikasi memperlihatkan bagaimana pengetahuan yang dikuasai dapat dimanfaatkan dalam kondisi riil. Seseorang pada tahap ini dapat menerapkan kaidah, tata cara, atau landasan teori pada situasi yang beragam.

4. Analisis (*Analysis*)

   Pada tahapan ini, individu sanggup merinci suatu pokok persoalan dan mengenali hubungan sebab akibat antar elemen di dalamnya. Indikator utamanya mencakup kemahiran mengategorikan, memilah, serta menggambarkan alur komponen dalam bentuk diagram atau skema.

5. Sintesis (*Synthesis*)

   Sintesis mengekspresikan kemampuan menyatukan berbagai ide terpisah menjadi suatu gagasan utuh. Tahap ini memungkinkan seseorang menciptakan formulasi atau konsep baru dari sintesis pengetahuan yang dipunyainya.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

   Tahap akhir ini melibatkan proses pengujian dan penilaian terhadap suatu hal. Penilaian dilakukan dengan membandingkan objek tersebut terhadap ukuran baku bawaan diri sendiri maupun patokan yang berlaku di lingkungan sosial.

2.1.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Pendidikan

   Pendidikan memegang peranan krusial dalam membentuk mekanisme belajar individu. Kenaikan jenjang pendidikan berbanding lurus dengan kemudahan seseorang dalam mencerna beragam informasi. Jalur pendidikan yang tinggi membuka kesempatan luas untuk memperoleh wawasan dari berbagai sumber interaksi dan media.

2. Media Masa atau informasi

Paparan informasi dari jalur formal maupun nonformal mampu mendorong transformasi wawasan secara nyata. Media massa seperti siaran televisi, radio, publikasi cetak, serta layanan penyuluhan memiliki pengaruh kuat dalam mengarahkan keyakinan masyarakat. Meski utamanya berfungsi menyalurkan berita, media juga menyajikan narasi dengan perspektif tertentu.

3. Sosial budaya ekonomi

   Praktik kebudayaan kerap dijalankan berdasarkan kebiasaan turun temurun tanpa mempertimbangkan efektivitasnya. Sementara itu, tingkat kesejahteraan ekonomi dan status sosial memengaruhi cakupan pengetahuan seseorang serta menentukan tingkat aksesibilitas mereka terhadap fasilitas yang dibutuhkan.

4. Lingkungan

   Lingkungan mengelilingi kehidupan individu melalui aspek fisik, biologis, dan interaksi sosial. Keadaan lingkungan ini membentuk alur dan kemudahan akses bagi masuknya wawasan pengetahuan ke dalam kelompok masyarakat.

5. Pengalaman

   Sumber wawasan dapat dipetik dari riwayat perjalanan hidup pribadi maupun pembelajaran dari orang lain. Berbagai rentetan kejadian yang pernah dialami dijadikan tolok ukur dalam menilai keabsahan suatu pengetahuan.

6. Usia

   Perkembangan usia mengubah cara pandang dan penalaran seseorang. Pada fase paruh baya yaitu usia empat puluh satu sampai enam puluh tahun, perhatian utama individu umumnya tertuju pada usaha mempertahankan stabilitas pencapaian dewasa awal. Memasuki jenjang lansia yaitu usia di atas enam puluh tahun, produktivitas kerja berangsur berkurang sehingga fokus bergeser pada pemanfaatan hasil ikhtiar masa lalu.

2.1.4.4 Pengukuran Pengetahuan

Evaluasi pengetahuan subjek penelitian umumnya dijalankan melalui kuesioner atau wawancara guna menggali informasi mengenai topik tertentu secara spesifik. Pendekatan dan ranah yang diukur disesuaikan menurut kedalaman kognitif responden, yang meliputi cakupan pengetahuan dasar, pemahaman konsep, penerapan teori, penguraian analisis, sintesis pemikiran, serta penilaian evaluatif. Terkait opsi pertanyaan evaluasi pengetahuan umum, instrumen dapat dikelompokkan ke dalam dua format, yaitu pertanyaan subjektif seperti uraian bebas, serta pertanyaan objektif yang mencakup pilihan ganda, isian benar salah, dan pencocokan jawaban Click or tap here to enter text.(Darsinni et al., 2019)

2.1.5 Konsep Sikap

2.1.5.1 Definisi Sikap

Menurut Azwar, (2016) dan Laoli et al., (2022), sikap adalah manifestasi emosi individu yang mengindikasikan tingkat penerimaan atau penolakan terhadap suatu hal, sekaligus menjadi penentu perilaku nyata maupun potensi tindakan dalam interaksi sosial. Dari berbagai pandangan tersebut, sikap pada dasarnya adalah tanggapan evaluatif serta bentuk kepedulian seseorang terhadap sekitarnya. Kemunculannya dipicu oleh persepsi indrawi atas objek di lingkungan, yang kemudian diproses secara kognitif di otak. Pengalaman masa lalu dan wawasan yang telah tersimpan lantas membentuk penafsiran akhir, baik berupa persepsi positif maupun negatif.

2.1.5.2 Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Proses terbentuknya sikap dipicu oleh enam faktor utama:

1. Intensitas Pengalaman Pribadi: Pengalaman berkesan yang memiliki muatan emosional tinggi lebih efektif mendasari terbentuknya sikap.
2. Kesesuaian dengan Figur Kunci: Sikap acap kali diadopsi dari orang terdekat atau berpengaruh guna menghindari konflik dan membangun keterikatan sosial.

3. Internalisasi Budaya: Kebudayaan menetapkan kerangka pengalaman sosial yang membimbing sikap anggota masyarakatnya.
4. Bias Informasi Media: Sudut pandang pembuat berita pada media massa sering kali membiaskan objektivitas informasi yang diterima audiens.
5. Pengaruh Edukasi & Doktrin Agama: Prinsip-prinsip moral dari lembaga pendidikan dan keagamaan memegang peranan krusial dalam membentuk pola sikap melalui sistem keyakinan.
6. Mekanisme Luapan Emosi: Sikap dapat berfungsi sebagai katarsis atau sarana pertahanan ego saat menghadapi frustras.

2.1.5.3 Pengukuran Sikap

Evaluasi sikap dapat dilakukan dengan mengidentifikasi pendirian yang dimiliki individu. Poin-poin pernyataan sikap merupakan instrumen berisikan tanggapan yang menggambarkan pandangan terhadap objek psikologis spesifik dalam penelitian. Notoatmodjo (2014) menyebutkan bahwa penilaian sikap mencakup teknik eksplisit (langsung) dan implisit (tidak langsung). Teknik langsung berfokus pada penggalian opini atau tanggapan secara terbuka dari narasumber terkait topik tertentu. Adapun teknik tidak langsung memanfaatkan kuesioner berskenario hipotetis untuk mengukur persepsi responden (Notoatmodjo, 2014).

1. Pengukuran sikap secara langsung terbagi menjadi dua kategori: pengukuran langsung tidak terstruktur dan pengukuran langsung terstruktur.
2. Pengukuran sikap langsung tidak terstruktur: Pendekatan ini tergolong praktis sebab tidak memerlukan persiapan prosedur yang rumit bila dibandingkan teknik lainnya. Sebagai gambaran, kecenderungan pandangan masyarakat mengenai isu kesehatan saat ini dapat dipetakan melalui riset lapangan atau wawancara. Berdasarkan pengamatan maupun wawancara tersebut, kesimpulan mengenai persepsi siswa terhadap mata pelajaran olahraga dapat ditarik.

3. Observasi perilaku: Pengamatan khususnya yang dilakukan secara langsung berfokus pada tindakan nyata subjek terhadap objek tertentu. Kendati demikian, efektivitas teknik ini terbatas karena sangat bergantung pada kuantitas subjek serta banyaknya aspek yang dicermati. Semakin rumit variabel yang terlibat, proses pengamatan akan makin sulit dan kehilangan tingkat objektifitasnya. Di samping itu, bilamana tindakan yang diantisipasi terhadap objek tidak tampak, hasil pengamatan tetap dapat memberi pemetaan situasi secara obyektif di lapangan. Tindakan memang merepresentasikan gambaran diri individu, namun perilaku hanya akan selaras dengan sikap internal apabila didukung situasi yang memadai. Oleh sebab itu, menafsirkan sikap semata-mata dari hasil pengamatan perilaku menuntut tingkat kecermatan yang tinggi.
4. Wawancara langsung: Cara paling praktis untuk mendalami perasaan seseorang terhadap suatu objek adalah dengan mengajukan pertanyaan eksplisit melalui wawancara. Lewat jalur ini, respons yang terkumpul dapat diklasifikasikan ke dalam kategori sikap yang sejalan (pro), bertentangan (kontra), atau tidak dapat diidentifikasi secara pasti (ambigu). Pada umumnya, individu hanya akan menyampaikan opini serta reaksi jujur mereka bilamana situasi dan kondisinya mendukung. Sikap merupakan variabel yang terlalu kompleks untuk diukur hanya lewat satu pertanyaan tunggal; hal ini amat dipengaruhi oleh diksi yang digunakan, konteks, teknik pengajuan pertanyaan, hingga dinamika lingkungan luar.
5. pengukuran sikap secara langsung terstruktur
    a. Pengukuran Sikap: Model Bogardus. Pendekatan ini lebih dikenal dengan istilah Skala Bogardus, di mana penaksiran sikapnya menggunakan skala terukur. Menurut Bogardus, dalam sebuah kelompok terdapat variasi kedekatan antaranggota, sebagaimana terdapat perbedaan intensitas hubungan antara satu kelompok dengan kelompok lainnya.

b. Model pengukuran sikap Thurstone juga mengandalkan tingkatan skala untuk menilai sikap. Dalam Skala Thurstone, opsi pertanyaan terkait objek sikap disusun secara bertingkat, mulai dari rentang yang amat positif hingga amat negatif.

c. Model pengukuran sikap Likert kerap disebut sebagai Skala Likert lantaran mengevaluasi sikap memanfaatkan skala penilaian. Penyusunan instrumen Likert menggunakan butir pertanyaan yang menyediakan lima tingkatan opsi jawaban. Subjek riset diinstruksikan untuk memilih salah satu dari opsi tersebut. Adapun nilai/skor untuk masing-masing opsi jawaban menurut Likert adalah:

Apabila pernyataan favourable, maka:

1) Sangat setuju= 3
2) Setuju= 2
3) Tidak setuju= 1
4) Sangat tidak setuju= 0

a) Apabila pernyataan un-favourable, maka:

1) Sangat setuju= 0
2) Sangat= 1
3) Tidak setuju= 2
4) Sangat tidak setuju= 3

2.1.6 Teori S-O-R (Stimulus, Organism, Response)

Teori S-O-R merupakan perkembangan dari teori S-R (Stimulus-Response) yang dikemukakan oleh Pavlov (1927) dan Watson, yang berasumsi bahwa perilaku manusia adalah respons langsung terhadap rangsangan luar tanpa adanya proses internal. Woodworth (1929) kemudian menyempurnakan model tersebut dengan menambahkan komponen Organism (O) di antara Stimulus (S) dan Response (R), sehingga lahirlah teori S-O-R. Komponen Organism merujuk pada proses internal individu, meliputi pikiran, perasaan, dan persepsi yang turut menentukan bagaimana seseorang merespons suatu rangsangan.

Selanjutnya, Mehrabian dan Russell (1974) mengembangkan teori ini dalam konteks psikologi lingkungan dengan memperluas komponen Organism menjadi tiga dimensi emosional, yaitu Pleasure (kesenangan), Arousal (kegairahan), dan Dominance (dominasi). Houston dan Rothschild (1977) kemudian mengadaptasinya ke dalam konteks perilaku konsumen dengan menekankan peran keterlibatan individu (involvement) sebagai mediator antara stimulus dan respons yang dihasilkan. Hingga saat ini, teori S-O-R banyak diadopsi dalam berbagai bidang penelitian termasuk kesehatan dan pendidikan, di mana komponen S, O, dan R di isi sesuai konteks penelitian, seperti stimulus berupa media pembelajaran, organism berupa pengetahuan dan sikap individu, serta response berupa perubahan perilaku yang diharapkan.

Penelitian ini menggunakan teori S-O-R sebagai landasan dalam memahami proses komunikasi yang terjadi antara media edukasi dan penerima pesan. Teori ini dipilih karena objek dalam penelitian ini adalah manusia, yang di dalam dirinya terdapat komponen-komponen psikologis meliputi sikap, opini, kognisi, dan afeksi. Menurut teori S-O-R, dalam proses komunikasi yang berkaitan dengan perubahan sikap, yang menjadi fokus utama adalah aspek *"How"* yaitu bagaimana perubahan sikap itu terjadi bukan sekadar *"What"* (apa yang berubah) atau *"Why"* (mengapa berubah). Hal ini dikarenakan perubahan sikap sangat bergantung pada proses internal yang berlangsung di dalam diri individu ketika menerima suatu stimulus. Dalam konteks penelitian ini, video animasi PMS berperan sebagai Stimulus; siswa kelas 11 SMK PGRI berperan sebagai Organism yang memiliki kapasitas kognitif dan afektif untuk menerima serta mengolah pesan dari stimulus tersebut; sedangkan perubahan pada pengetahuan dan sikap siswa terhadap PMS merupakan Response yang diharapkan terbentuk setelah proses intervensi berlangsung.

2.2 Penelitian Relevan

Tabel 2. 1 Penelitian Relevan

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1	Lanes, E. J., Mongan, S. P., & Wantania, J. J. E. (2021) E-CliniC, 9(1). DOI: 10.35790/ecl.v9i1.31856	Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Infeksi Menular Seksual di SMA/SMK Perkotaan dan Pedesaan	Deskriptif analitik cross-sectional. Membandingkan pengetahuan dan sikap remaja tentang IMS di SMA/SMK perkotaan dan pedesaan. Pengukuran menggunakan kuesioner.	Remaja di SMA/SMK pedesaan sebagian besar hanya berada pada kategori pengetahuan IMS yang cukup, lebih rendah dibandingkan remaja perkotaan. Penelitian ini bersifat deskriptif tanpa intervensi dan tidak menggunakan media video sebagai instrumen edukasi.
2	Haryanto, S. (2022) Jurnal EDUNursing, 6(1). http://journal.unipdu.ac.id	Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Infeksi Menular Seksual	Deskriptif kuantitatif. Mengukur tingkat pengetahuan remaja tentang IMS menggunakan kuesioner. Tidak ada intervensi	Tingkat pengetahuan remaja tentang IMS belum mencapai kategori baik. Sebagian besar responden berada pada kategori pengetahuan cukup. Penelitian bersifat deskriptif tanpa intervensi edukasi dan tidak menggunakan media video sebagai instrumen.

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
			yang di berikan.	
3	Sabhita, D., Winarni, S., & Djuwadi, G. (2022) Jurnal Pendidikan Kesehatan, 11(2), 139–148. DOI: 10.31290/jpk.v11i2.3253	Pengaruh Edukasi Menggunakan Video tentang HIV/AIDS terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja di Kecamatan Sananwetan	Quasi-experimental dengan desain pre-test dan post-test. Intervensi berupa edukasi menggunakan video tentang HIV/AIDS. Sampel adalah anak binaan Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) di Kecamatan Sananwetan, Blitar.	Edukasi berbasis video terbukti meningkatkan rata-rata skor pengetahuan dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS. Namun penelitian ini memiliki keterbatasan karena di lakukan pada anak binaan LPKA yang bukan siswa sekolah reguler, cakupan materinya hanya HIV/AIDS tanpa menyentuh PMS lainnya seperti Hepatitis B, *Gonore*, dan *sifilis*, serta tidak di lakukan di wilayah Kabupaten Subang.
4	Khoirun Nisa, N. (2023)	Identifikasi Pengetahuan dan Sikap Remaja	Deskriptif kuantitatif. Mengidentifi	Pengetahuan dan sikap remaja terhadap IMS belum mencapai level yang

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
	Jurnal EDUNursing, 7(1). http://journal.unipdu.ac.id	Tentang Infeksi Menular Seksual	kasi gambaran pengetahuan dan sikap remaja tentang IMS menggunakan kuesioner. Tidak ada intervensi yang di berikan.	diharapkan. Penelitian ini bersifat deskriptif tanpa intervensi dan tidak menggunakan media video maupun pendekatan edukasi terstruktur sebagai instrumen perubahan pengetahuan dan sikap.

2.3 Kerangka Teori

Berdasarkan urai diatas pada tinjauan pustaka maka kerangka teori dapat digambarkan siperti berikut :



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian Intervensi Pencegahan Penyakit Menular Seksual Menggunakan Video Edukasi

Sumber : (Notoatmodjo, 2014)

Berdasarkan kerangka teoretis penelitian, peneliti menggunakan model Stimulus-Organism-Response (S-O-R) sebagai landasan konseptual. Proses ini bermula dari sebuah stimulus berupa video animasi yang menyampaikan pesan dari peneliti atau promotor yang diterima oleh responden siswa kelas 11 di SMK PGRI

Kabupaten Subang. Sebagai audiens, mereka berinteraksi dengan video mengenai penyakit menular seksual tersebut melalui tahapan perhatian, pemahaman, dan penerimaan. Selanjutnya, responden menunjukkan respons setelah terpapar video animasi yang bersifat edukatif dan berfokus pada kesehatan, yang terwujud dalam bentuk perubahan pengetahuan dan sikap mereka..