



Model Pencegahan Pernikahan Usia Anak Berbasis Literasi Kesehatan Reproduksi, Dukungan Keluarga, dan Lingkungan Sekolah di Sulawesi Tenggara

Efa Kelya Nasrun^{1*}, Fajar Kurniawan², Muhammad Al Rajab³

¹⁻³STIKes Pelita Ibu, Kendari, Sulawesi Tenggara, Indonesia

*Penulis korespondensi: kelyaefa93@gmail.com

Abstract. *Child marriage in Southeast Sulawesi Province is still a public health and child protection issue. In 2023, there were 217 applications for marriage dispensation granted by the court, which were influenced by out-of-wedlock pregnancies, low education, and suboptimal implementation of regional policies. This research aims to develop a model for preventing child marriage based on three pillars, namely reproductive health literacy, family support, and school environment. The research uses a qualitative-based Research and Development (R&D) approach consisting of eight stages: literature study, needs analysis, in-depth interviews, focus group discussions (FGD), model preparation, expert validation, model revision, and final model preparation. The research focuses on the development of conceptual models and implementation guidelines so that it does not use inferential statistical analysis. This article reports on two initial stages, namely literature review and needs analysis. The literature study was conducted through the review of official documents of UNICEF, KPAI, and BPS of Southeast Sulawesi Province as well as 16 primary articles indexed by Scopus, PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, and Google Scholar. Needs analysis maps gaps in regional regulations and the implementation of youth service programs. The results of both stages resulted in an initial draft of the three-pillar model that will be refined through in-depth interviews and FGDs. Literature studies show that child marriage is influenced by low reproductive health literacy, weak family communication, and the suboptimal role of schools in adolescent education. The needs analysis also identified the limitations of local regulations and adolescent-friendly health services. This article is a research protocol as well as a report on the results of the first two stages of model development.*

Keywords: *Child Marriage; Family Support; Reproductive Health Literacy; Research And Development; School Environment.*

Abstrak. Pernikahan usia anak di Provinsi Sulawesi Tenggara masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan perlindungan anak. Pada tahun 2023, tercatat 217 permohonan dispensasi kawin dikabulkan pengadilan, yang dipengaruhi oleh kehamilan di luar nikah, rendahnya pendidikan, serta belum optimalnya implementasi kebijakan daerah. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model pencegahan pernikahan usia anak berbasis tiga pilar, yaitu literasi kesehatan reproduksi, dukungan keluarga, dan lingkungan sekolah. Penelitian menggunakan pendekatan Research and Development (R&D) berbasis kualitatif yang terdiri atas delapan tahap: studi literatur, analisis kebutuhan, wawancara mendalam, focus group discussion (FGD), penyusunan model, validasi ahli, revisi model, dan penyusunan model akhir. Penelitian berfokus pada pengembangan model konseptual dan pedoman implementasi sehingga tidak menggunakan analisis statistik inferensial. Artikel ini melaporkan dua tahap awal, yaitu studi literatur dan analisis kebutuhan. Studi literatur dilakukan melalui telaah dokumen resmi UNICEF, KPAI, dan BPS Provinsi Sulawesi Tenggara serta 16 artikel primer terindeks Scopus, PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, dan Google Scholar. Analisis kebutuhan memetakan kesenjangan regulasi daerah dan pelaksanaan program layanan remaja. Hasil kedua tahap menghasilkan draf awal model tiga pilar yang akan disempurnakan melalui wawancara mendalam dan FGD. Studi literatur menunjukkan bahwa pernikahan usia anak dipengaruhi oleh rendahnya literasi kesehatan reproduksi, lemahnya komunikasi keluarga, dan belum optimalnya peran sekolah dalam edukasi remaja. Analisis kebutuhan juga mengidentifikasi keterbatasan regulasi daerah dan layanan kesehatan ramah remaja. Artikel ini merupakan protokol penelitian sekaligus laporan hasil dua tahap awal pengembangan model.

Kata kunci: Dukungan Keluarga; Lingkungan Sekolah; Literasi Kesehatan Reproduksi; Penelitian Dan Pengembangan; Pernikahan Usia Anak.

1. PENDAHULUAN

Pernikahan usia anak, yaitu ikatan perkawinan yang melibatkan seseorang berusia di bawah 18 tahun, dikategorikan sebagai pelanggaran hak anak yang berdampak luas terhadap

kesehatan reproduksi, capaian pendidikan, serta kesejahteraan sosial dan ekonomi perempuan. Data global menunjukkan sekitar 650 juta perempuan yang hidup saat ini menikah pertama kali sebelum usia 18 tahun, dengan sekitar 12 juta anak perempuan baru menikah setiap tahun, dan satu dari lima perempuan usia 20 sampai 24 tahun menikah sebelum dewasa (UNICEF, 2024). Prevalensi global memang menurun dalam satu dekade terakhir, tetapi laju penurunan tersebut dinilai belum cukup untuk mencapai target penghapusan pernikahan anak sebagaimana diamanatkan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan poin 5.3 pada tahun 2030.

Pada tingkat kawasan Asia Timur dan Pasifik, praktik pernikahan anak masih banyak ditemukan pada remaja perempuan dari keluarga miskin, tinggal di wilayah pedesaan, dan memiliki akses pendidikan terbatas, dengan sebagian besar pengantin anak di kawasan ini mengalami kehamilan pada usia remaja (UNICEF, 2023). Pola tersebut menegaskan bahwa kemiskinan struktural, kesenjangan pendidikan, dan terbatasnya akses layanan kesehatan reproduksi menjadi faktor risiko yang berulang lintas negara di kawasan Asia Pasifik, termasuk Indonesia.

Pada tingkat nasional, analisis data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia menemukan bahwa capaian pendidikan, kesejahteraan ekonomi keluarga, dan paparan media memiliki efek protektif terhadap pernikahan anak, sedangkan tempat tinggal di pedesaan menjadi faktor risiko yang konsisten (Rumble, Peterman, Irdiana, Triyana, & Minnick, 2018). Studi berbasis data yang sama menunjukkan bahwa usia perkawinan yang lebih muda berkaitan dengan pemanfaatan layanan antenatal yang lebih rendah dan risiko terminasi kehamilan yang lebih tinggi (Rizkianti & Puspita Sari, 2024), sementara data nasional terbaru mengonfirmasi bahwa prevalensi pernikahan anak perempuan di Indonesia masih tinggi dan berhubungan erat dengan karakteristik sosiodemografi keluarga (Kuswanto, Oktaviana, Efendi, Nelwati, & Malini, 2024). Studi partisipatif di pedesaan Lampung turut mengidentifikasi lima determinan kehamilan remaja yang saling berkelindan, yaitu rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi, rendahnya capaian pendidikan, kenakalan remaja, kemiskinan, dan norma sosial-budaya setempat, sekaligus menegaskan bahwa forum diskusi kelompok bersama remaja dan orang tua efektif untuk merumuskan aksi pencegahan yang kontekstual (Effendi, Handayani, Nugroho, & Hariastuti, 2021). Sejak tahun 2019, batas usia minimal perkawinan di Indonesia dinaikkan menjadi 19 tahun, dan pemerintah menetapkan Strategi Nasional Pencegahan Perkawinan Anak pada tahun 2020, namun implementasinya di tingkat kabupaten/kota masih menghadapi kendala regulasi turunan, anggaran, dan sosialisasi kebijakan yang belum merata.

Pada tingkat provinsi, KPAI menyampaikan bahwa sepanjang tahun 2023 terdapat 217 permohonan dispensasi kawin yang dikabulkan pengadilan di Sulawesi Tenggara, disertai 329

kasus kekerasan terhadap anak dan angka pekerja anak sebesar 4,29 persen, dengan kehamilan di luar nikah, relasi berpacaran usia remaja, rendahnya pendidikan, dan belum optimalnya implementasi kebijakan pencegahan sebagai faktor dominan (KPAI, 2024). Data resmi Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Tenggara mencatat jumlah pernikahan menurut kabupaten/kota yang dapat dipadukan dengan data dispensasi kawin untuk memetakan pola perkawinan usia anak, khususnya pada kabupaten berkarakteristik kepulauan seperti Buton, Buton Selatan, Muna, dan Wakatobi (BPS Provinsi Sulawesi Tenggara, 2023).

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pencegahan pernikahan usia anak tidak dapat hanya bertumpu pada satu titik intervensi. Remaja dengan literasi kesehatan reproduksi yang rendah cenderung lebih rentan terhadap tekanan menikah dini, tetapi kerentanan tersebut sering kali diperparah oleh minimnya komunikasi keluarga mengenai kesehatan reproduksi dan belum optimalnya fungsi sekolah sebagai ruang edukasi dan deteksi dini melalui Pusat Informasi dan Konseling Remaja. Ketiga ranah ini, yaitu individu, keluarga, dan sekolah, saling memengaruhi dan perlu ditangani secara terpadu, sebagaimana ditegaskan oleh meta-sintesis kualitatif yang menunjukkan bahwa pernikahan usia anak dibentuk oleh faktor sosial-ekologis berlapis mulai dari level individu dan keluarga hingga komunitas dan kebijakan (Pourtaheri, Mahdizadeh, Tehrani, Jamali, & Peyman, 2024a). Temuan tersebut diperkuat oleh studi analisis isi kualitatif terbaru terhadap 36 informan kunci yang mengidentifikasi faktor individu, meliputi keterbatasan perkembangan kognitif dan karakteristik demografis, serta faktor interpersonal, meliputi pola pengasuhan tradisional dan disfungsi komunikasi keluarga, sebagai dua lapis determinan yang paling proksimal terhadap keputusan menikah dini (Pourtaheri et al., 2024b).

Kesenjangan Penelitian

Tinjauan sistematis terhadap 34 studi prevalensi pernikahan anak secara global menunjukkan bahwa penelitian pada topik ini masih didominasi desain deskriptif dan korelasional yang mengukur prevalensi serta faktor asosiatif secara parsial, sementara kajian mengenai model intervensi yang mengintegrasikan beberapa ranah sekaligus masih sangat terbatas (Pourtaheri, Tavakoly Sany, Aghaee, Ahangari, & Peyman, 2023). Tinjauan cakupan sistematis atas intervensi pencegahan pernikahan anak di Afrika turut menyimpulkan bahwa sebagian besar program dilaksanakan sebagai intervensi tunggal dan jarang dievaluasi dampaknya secara langsung, sehingga model gabungan yang benar-benar teruji masih terbatas (Greene, Siddiqi, & Abularrage, 2023). Di Indonesia, penelitian mengenai pernikahan usia anak masih dominan berfokus pada hubungan pengetahuan atau tingkat pendidikan dengan kejadian pernikahan dini pada level individu, sedangkan penelitian yang secara sistematis mengembangkan model pencegahan berbasis tiga pilar, yaitu literasi individu, dukungan

keluarga, dan lingkungan sekolah, dengan prosedur pengembangan model yang jelas, masih sangat jarang ditemukan pada konteks wilayah kepulauan seperti Sulawesi Tenggara.

Kesenjangan tersebut tidak hanya bersifat substantif, tetapi juga metodologis. Banyak penelitian pengembangan model pencegahan pernikahan anak menggabungkan tahap penggalan kebutuhan, wawancara, dan diskusi kelompok ke dalam satu tahap generik yang disebut “kajian kualitatif”, sehingga sulit ditelusuri secara terpisah teknik, sumber data, dan kontribusi metodologis masing-masing komponen terhadap model akhir. Kerangka pengembangan intervensi berbasis bukti yang diusulkan Wight, Wimbush, Jepson, dan Doi (2016) justru menegaskan pentingnya memisahkan secara eksplisit tahap identifikasi masalah, penetapan prioritas kebutuhan, perumusan solusi, dan uji-coba adaptif sebagai langkah-langkah yang berdiri sendiri agar proses pengembangan intervensi dapat ditelusuri dan direplikasi. Berdasarkan prinsip tersebut, artikel ini secara sengaja memisahkan tahap analisis kebutuhan dari tahap wawancara dan FGD, serta memisahkan keduanya dari tahap penyusunan model, sehingga desain penelitian menjadi lebih elaboratif dan terstruktur dibandingkan model R&D lima tahap yang generik.

Tujuan Penelitian

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk: (1) melakukan studi literatur terhadap faktor-faktor penyebab pernikahan usia anak di Sulawesi Tenggara melalui analisis dokumen resmi dan literatur ilmiah; (2) melakukan analisis kebutuhan untuk memetakan kesenjangan regulasi daerah dan capaian program layanan remaja yang telah berjalan sebagai dasar penentuan prioritas intervensi; (3) menyusun sintesis awal draf model pencegahan pernikahan usia anak berbasis literasi kesehatan reproduksi, dukungan keluarga, dan lingkungan sekolah; dan (4) menyusun protokol rinci wawancara mendalam, FGD, penyusunan model final, validasi ahli, revisi, dan finalisasi model yang akan dilaksanakan pada tahap penelitian lanjutan.

2. METODE PENELITIAN

Desain dan Filosofi Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan Research and Development (R&D) dengan paradigma kualitatif-konstruktivis, mengikuti prinsip umum penelitian pengembangan yang menekankan siklus berulang antara perumusan produk awal, validasi, dan revisi (Borg & Gall, 1983). Berbeda dari penelitian R&D di bidang pendidikan yang lazim diringkas menjadi lima tahap generik, desain penelitian ini secara sengaja dielaborasi menjadi delapan tahap yang lebih terstruktur dengan mengadaptasi logika pengembangan intervensi berbasis bukti yang

diusulkan Wight, Wimbush, Jepson, dan Doi (2016) dalam kerangka Six Steps in Quality Intervention Development (6SQuID), yaitu memisahkan secara eksplisit tahap pendefinisian masalah, penetapan prioritas kebutuhan, perumusan solusi, uji-coba/adaptasi, dan pengumpulan data awal sebagai dasar evaluasi lanjutan. Pemisahan ini penting secara metodologis karena setiap tahap memiliki pertanyaan penelitian, sumber data, dan kriteria keberhasilan yang berbeda, sehingga ketertelusuran (auditability) proses pengembangan model dapat dijaga.

Penelitian ini secara sengaja tidak menggunakan uji statistik inferensial, karena tujuan akhirnya adalah menghasilkan model konseptual, panduan implementasi, dan rekomendasi kebijakan, bukan menyatakan bahwa model terbukti secara statistik meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, atau menurunkan angka pernikahan usia anak. Kredibilitas metodologis penelitian kualitatif ini dijaga dengan mengacu pada empat kriteria trustworthiness yang diusulkan Lincoln dan Guba (1985), yaitu credibility melalui triangulasi sumber dan metode serta member checking pada tahap wawancara dan FGD, transferability melalui deskripsi konteks yang tebal (thick description) mengenai karakteristik kepulauan Sulawesi Tenggara, dependability melalui jejak audit (audit trail) tahapan analisis, dan confirmability melalui reflektivitas peneliti yang didokumentasikan pada setiap tahap. Pernyataan mengenai efektivitas kausal model memerlukan desain kuantitatif eksperimental atau kuasi-eksperimental yang berada di luar cakupan penelitian ini dan diusulkan sebagai agenda penelitian lanjutan setelah model final tersedia.

Tahapan Penelitian

Penelitian dirancang dalam delapan tahap berurutan namun bersifat iteratif, sebagaimana disajikan pada Tabel 1. Artikel ini melaporkan pelaksanaan dan hasil Tahap 1 (Studi Literatur) dan Tahap 2 (Analisis Kebutuhan) secara penuh, menyajikan sintesis awal Tahap 5 (Penyusunan Model) yang bersifat tentatif karena belum mengintegrasikan data primer, dan menyajikan Tahap 3, Tahap 4, Tahap 6, Tahap 7, serta Tahap 8 sebagai protokol rinci yang akan dilaksanakan pada penelitian lanjutan.

Tabel 1. Delapan tahap penelitian dan pengembangan model (elaborasi dari desain lima tahap generik).

Tahap	Kegiatan Utama	Teknik	Sumber/Partisipan	Output	Status pada Artikel Ini
1. Studi Literatur	Telaah dokumen resmi dan literatur ilmiah terindeks	Analisis isi (content analysis) dan analisis tematik	UNICEF, KPAI, BPS Sultra; 16 artikel primer Scopus/PubMed/ScienceDirect/Google Scholar	Peta determinan multilevel pernikahan usia anak	Dilaporkan penuh
2. Analisis Kebutuhan	Pemetaan kesenjangan regulasi daerah dan capaian program layanan remaja	Analisis dokumen kebijakan dan data sekunder capaian program	Dokumen RAD/Perda, laporan capaian PIK-R Disdik, laporan BKKBN/Dinkes Sultra	Peta kebutuhan dan prioritas intervensi tiga pilar serta dua faktor pemungkin	Dilaporkan penuh
3. Wawancara	Wawancara mendalam semi-terstruktur informan kunci	Purposive sampling maksimum variasi; saturasi data	20–25 informan: remaja, orang tua/wali, guru BK/PIK-R, nakes Puskesmas, DP3A	Data primer persepsi dan pengalaman lapangan pada tiga pilar	Protokol, belum dilaksanakan
4. FGD	Diskusi kelompok terarah pada tiga kelompok terpisah	Panduan FGD semi-terstruktur; rekaman dan transkripsi verbatim	3 kelompok @ 6–10 partisipan: remaja, orang tua, pemangku kepentingan institusional	Data primer dinamika kelompok dan konsensus kebutuhan	Protokol, belum dilaksanakan
5. Penyusunan Model	Sintesis tematik lintas sumber (dokumen, literatur, wawancara, FGD)	Triangulasi sumber/metode; analisis tematik enam langkah	Seluruh data Tahap 1–4	Draf model konseptual tiga pilar dan dua faktor pemungkin	Sintesis awal (tentatif) dilaporkan; finalisasi menanti Tahap 3–4
6. Validasi Ahli	Expert judgment panel multidisiplin	Forum diskusi terstruktur dan lembar masukan terbuka bergaya Delphi kualitatif	7–10 pakar: kespro, kesmas, psikolog, BKKBN, Dinkes, Disdik, DP3A	Catatan masukan dan penilaian kesesuaian/kelengkapan/keterlaksanaan	Protokol, belum dilaksanakan

Tahap	Kegiatan Utama	Teknik	Sumber/Partisipan	Output	Status pada Artikel Ini
7. Revisi Model	Perbaikan model berdasarkan masukan ahli	Analisis tematik masukan; kategorisasi i setuju/revisi minor/revisi mayor	Hasil Tahap 6	Draf model revisi	Protokol, belum dilaksanakan
8. Model Akhir	Finalisasi model, panduan implementasi, rekomendasi kebijakan	Sintesis akhir naratif	Seluruh tahap sebelumnya	Model konseptual final, panduan implementasi, dan rekomendasi kebijakan	Protokol, belum dilaksanakan

Tahap 1 Studi Literatur

Studi literatur bersumber dari dua kategori data. Pertama, dokumen resmi lembaga otoritatif, yaitu UNICEF Data, Komisi Perlindungan Anak Indonesia, dan Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Tenggara. Kedua, literatur ilmiah yang ditelusuri pada basis data Scopus, PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, dan Google Scholar untuk artikel terbitan tahun 2018 sampai 2025 menggunakan kombinasi kata kunci child marriage, early marriage, reproductive health literacy, family support, school-based intervention, dan Indonesia. Kriteria inklusi mencakup artikel berbahasa Inggris atau Indonesia yang membahas determinan, dampak, atau intervensi pernikahan usia anak maupun kesehatan reproduksi remaja dengan data empiris, sedangkan kriteria eksklusi mencakup artikel tanpa akses teks penuh dan opini/editorial tanpa data primer atau sintesis sistematis. Penelusuran menghasilkan 16 artikel primer yang memenuhi kriteria inklusi setelah proses skrining bertahap pada judul, abstrak, dan teks penuh.

Tahap 2 Analisis Kebutuhan

Analisis kebutuhan dilaksanakan setelah studi literatur untuk memastikan bahwa prioritas intervensi yang dirumuskan tidak hanya berpijak pada bukti global, tetapi juga pada kondisi riil kelembagaan di Sulawesi Tenggara. Tahap ini menelaah tiga jenis dokumen sekunder: (1) dokumen regulasi daerah, yaitu ketersediaan dan cakupan Rencana Aksi Daerah (RAD) serta Peraturan Daerah pencegahan perkawinan anak pada sebelas kabupaten/kota di Sulawesi Tenggara; (2) laporan capaian program Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R/GenRe) dari Dinas Pendidikan dan BKKBN Provinsi Sulawesi Tenggara, mencakup jumlah sekolah yang memiliki PIK-R aktif, ketersediaan konselor sebaya terlatih, dan frekuensi

kegiatan; dan (3) laporan cakupan layanan kesehatan ramah remaja dari Dinas Kesehatan, mencakup jumlah Puskesmas dengan layanan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) aktif. Hasil telaah tiga jenis dokumen tersebut dipadukan dengan temuan tema pada studi literatur untuk menyusun peta kesenjangan (gap map) yang menempatkan setiap pilar dan faktor pemungkin pada kategori “kesenjangan tinggi”, “kesenjangan sedang”, atau “kesenjangan rendah”, sebagai dasar penentuan prioritas pertanyaan pada pedoman wawancara dan FGD di Tahap 3 dan Tahap 4.

Tahap 3 Wawancara Mendalam (Protokol Lanjutan)

Wawancara mendalam direncanakan menggunakan pedoman semi-terstruktur yang disusun berdasarkan tema hasil Tahap 1 dan peta kesenjangan hasil Tahap 2, mengikuti pendekatan analisis isi kualitatif yang terbukti efektif menggali faktor individu dan interpersonal pernikahan anak dari perspektif informan kunci (Pourtaheri et al., 2024b) serta pendekatan wawancara komunikasi orang tua-remaja mengenai kesehatan reproduksi yang diterapkan pada konteks budaya berbeda (Agyei, Kaura, & Bell, 2025). Informan dipilih secara purposive sampling dengan kriteria maksimum variasi, mencakup remaja usia 15 sampai 18 tahun dari sekolah menengah di kabupaten dengan angka dispensasi kawin tinggi, orang tua atau wali remaja, guru bimbingan konseling dan pengelola PIK-R, tenaga kesehatan Puskesmas, serta perwakilan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Jumlah informan akan ditentukan berdasarkan prinsip saturasi data, yaitu wawancara dihentikan ketika tidak ditemukan lagi tema baru yang signifikan, dengan estimasi awal 20 sampai 25 informan wawancara mendalam. Prosedur etik mencakup persetujuan tertulis (informed consent) dari orang tua/wali dan asent dari informan remaja, jaminan kerahasiaan identitas, serta protokol rujukan psikososial apabila muncul indikasi risiko selama wawancara.

Tahap 4 Diskusi Kelompok Terarah/FGD (Protokol Lanjutan)

FGD direncanakan dilaksanakan pada tiga kelompok terpisah, yaitu remaja, orang tua, dan pemangku kepentingan institusional, dengan estimasi 6 sampai 10 partisipan per kelompok, mengikuti preseden metodologis penelitian tindakan partisipatif di pedesaan Lampung yang menggunakan FGD untuk merumuskan aksi pencegahan kehamilan remaja secara kontekstual dan kolaboratif bersama masyarakat (Effendi et al., 2021). Setiap FGD akan dipandu oleh moderator dan notulen terlatih menggunakan panduan diskusi semi-terstruktur yang diturunkan dari hasil Tahap 1 dan Tahap 2, direkam secara audio dengan persetujuan partisipan, dan ditranskripsi secara verbatim. FGD kelompok remaja akan difokuskan pada persepsi literasi kesehatan reproduksi dan pengalaman relasi berpacaran usia remaja; FGD kelompok orang tua akan difokuskan pada pola komunikasi dan pengawasan; dan FGD

kelompok pemangku kepentingan institusional akan difokuskan pada keterlaksanaan PIK-R, layanan kesehatan ramah remaja, dan regulasi daerah.

Tahap 5 Penyusunan Model

Penyusunan model menggunakan analisis tematik enam langkah, mencakup pembacaan mendalam, pemberian kode awal, pencarian tema, peninjauan tema, penamaan tema, dan penyusunan laporan, mengikuti prosedur baku analisis tematik yang lazim digunakan pada penelitian kualitatif kesehatan (Braun & Clarke, 2006). Pada tahap pelaporan artikel ini, sintesis baru mengintegrasikan data Tahap 1 dan Tahap 2 sehingga bersifat tentatif; sintesis akhir Tahap 5 akan dilaksanakan kembali setelah data primer wawancara (Tahap 3) dan FGD (Tahap 4) tersedia, melalui triangulasi sumber yang membandingkan temuan dokumen pemerintah, laporan lembaga internasional, literatur akademik, dan data primer, untuk memastikan konsistensi pola sebelum dijadikan dasar model final. Draf model secara sengaja membedakan tiga pilar utama, yaitu literasi individu, dukungan keluarga, dan lingkungan sekolah, yang merupakan ranah yang berinteraksi langsung dengan remaja sehari-hari, dari dua faktor pemungkin, yaitu layanan kesehatan ramah remaja dan kebijakan daerah, yang tidak berinteraksi langsung dengan remaja tetapi menentukan keberlanjutan dan skala intervensi, sejalan dengan kerangka determinan sosial-ekologis pernikahan anak (Pourtaheri et al., 2024a).

Tahap 6 Validasi Ahli (Protokol Lanjutan)

Validasi model direncanakan melibatkan panel 7 sampai 10 pakar yang mencakup akademisi kesehatan reproduksi, akademisi kesehatan masyarakat, psikolog, serta praktisi dari BKKBN, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, dan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Provinsi Sulawesi Tenggara. Prosedur validasi mengadaptasi logika teknik Delphi kualitatif, yaitu putaran umpan balik terstruktur dari panel pakar untuk memperbaiki kerangka konseptual secara iteratif (Alaze, Finne, Razum, & Miani, 2025), namun tanpa skor kuantitatif baku seperti content validity ratio, karena tujuan validasi adalah menilai kesesuaian, kelengkapan, dan keterlaksanaan model secara deskriptif-naratif melalui forum diskusi terstruktur dan lembar masukan terbuka.

Tahap 7 Revisi Model (Protokol Lanjutan)

Masukan pakar dari Tahap 6 akan dianalisis secara tematik dan dikelompokkan ke dalam tiga kategori, yaitu setuju tanpa revisi, setuju dengan revisi minor, dan memerlukan revisi mayor. Proses revisi mengikuti logika uji-coba dan adaptasi iteratif yang direkomendasikan dalam kerangka pengembangan intervensi berbasis bukti (Wight et al., 2016), sehingga setiap komponen model yang direvisi akan didokumentasikan bersama alasan perubahannya untuk menjaga dependability sesuai kriteria Lincoln dan Guba (1985).

Tahap 8 Model Akhir (Protokol Lanjutan)

Tahap akhir menghasilkan model konseptual final, panduan implementasi teknis untuk masing-masing pilar dan faktor pemungkin, serta rekomendasi kebijakan tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Sejalan dengan tahap keenam kerangka 6SQuID yang menempatkan pengumpulan data awal (pilot data) sebagai dasar justifikasi evaluasi lanjutan (Wight et al., 2016), model akhir pada penelitian ini diposisikan sebagai landasan bagi agenda penelitian terpisah berupa uji efektivitas kuantitatif eksperimental atau kuasi-eksperimental, dan bukan sebagai klaim efektivitas itu sendiri.

Pertimbangan Etik

Penelitian pada tahap studi literatur dan analisis kebutuhan menggunakan data sekunder dan dokumen publik sehingga tidak memerlukan persetujuan etik individual. Pada tahap wawancara dan FGD, protokol penelitian akan diajukan untuk kaji etik ke komite etik penelitian kesehatan yang relevan sebelum pelaksanaan, mengingat keterlibatan remaja sebagai kelompok rentan. Prosedur etik mencakup informed consent orang tua/wali, asent remaja, kerahasiaan data, hak menolak atau menghentikan partisipasi tanpa konsekuensi, serta jalur rujukan ke layanan psikososial dan kesehatan reproduksi apabila teridentifikasi kebutuhan mendesak selama pengumpulan data.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Tahap 1: Studi Literatur

Analisis dokumen dan literatur mengidentifikasi determinan pernikahan usia anak di Sulawesi Tenggara yang bersifat multilevel dan dapat dikelompokkan menjadi tiga tema utama yang sejalan dengan tiga pilar model yang diusulkan, ditambah satu tema faktor pemungkin lintas ranah, sebagaimana diuraikan pada sub-bagian berikut.

Tema literasi individu. Rendahnya literasi kesehatan reproduksi remaja secara konsisten muncul sebagai tema dominan pada literatur yang ditelaah. Studi potong lintang multisenter pada remaja sekolah menengah di Ethiopia menemukan bahwa 74,5 persen remaja memiliki literasi kesehatan seksual dan reproduksi yang terbatas (Debella et al., 2024), pola yang secara struktural berpotensi terjadi pula pada remaja di wilayah kepulauan Sulawesi Tenggara dengan cakupan layanan kesehatan yang belum merata. Analisis isi kualitatif terhadap 36 informan kunci di Iran memperkuat temuan ini dengan mengidentifikasi keterbatasan perkembangan kognitif-inferensial dan karakteristik demografis remaja sebagai sub-kategori faktor individu yang berkontribusi terhadap pernikahan usia anak (Pourtaheri et al., 2024b).

Tema dukungan keluarga. Data KPAI menunjukkan bahwa kehamilan di luar nikah dan relasi berpacaran pada usia remaja menjadi penyebab dominan permohonan dispensasi kawin di Sulawesi Tenggara (KPAI, 2024), sebuah pola yang pada berbagai kajian internasional dikaitkan dengan lemahnya pengawasan dan komunikasi keluarga mengenai kesehatan reproduksi dan pergaulan remaja (Pourtaheri et al., 2024a). Studi kualitatif mengenai komunikasi orang tua-remaja di Ghana menegaskan bahwa keterbukaan komunikasi mengenai kesehatan reproduksi antara orang tua dan anak berkorelasi dengan pengambilan keputusan remaja yang lebih protektif terhadap risiko pernikahan dini (Agyei et al., 2025). Analisis data nasional turut menemukan bahwa kesejahteraan ekonomi keluarga memiliki efek protektif terhadap pernikahan anak, sedangkan tempat tinggal di pedesaan menjadi faktor risiko yang konsisten (Rumble et al., 2018), yang mengindikasikan bahwa kapasitas dan pola komunikasi keluarga tidak dapat dilepaskan dari kondisi sosial-ekonomi yang melingkupinya. Studi partisipatif di pedesaan Lampung turut mengonfirmasi kemiskinan dan norma sosial-budaya keluarga sebagai determinan kehamilan remaja yang relevan pada konteks Indonesia (Effendi et al., 2021).

Tema lingkungan sekolah. Tinjauan sistematis terhadap program kesehatan reproduksi berbasis sekolah di kawasan Asia Tenggara menunjukkan bahwa intervensi yang dirancang secara komprehensif dan berkelanjutan memberikan hasil yang lebih konsisten dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap remaja terhadap perilaku berisiko, dibandingkan penyuluhan sekali waktu tanpa tindak lanjut (Decker, Wood, Jabbari, & Sami, 2022). Pada konteks Sulawesi Tenggara, dokumen kebijakan daerah mengindikasikan bahwa Pusat Informasi dan Konseling Remaja belum berjalan optimal di seluruh sekolah maupun desa, dengan kendala berupa kurangnya konselor sebaya, keterbatasan pembinaan, dan rendahnya partisipasi remaja.

Tema faktor pemungkin. Selain ketiga tema inti tersebut, analisis dokumen juga mengidentifikasi dua faktor pemungkin lintas ranah, yaitu keterbatasan layanan kesehatan reproduksi ramah remaja dan lemahnya implementasi kebijakan pencegahan perkawinan anak di tingkat kabupaten/kota, termasuk minimnya Rencana Aksi Daerah dan Peraturan Daerah yang secara khusus mengatur pencegahan perkawinan anak (KPAI, 2024). Tinjauan cakupan mengenai strategi layanan kesehatan reproduksi remaja di negara berkembang menegaskan bahwa keterbatasan akses, kurangnya pelatihan tenaga kesehatan, dan minimnya layanan yang secara khusus ramah remaja menjadi hambatan berulang lintas konteks (Hartati & Astuti, 2024). Kedua faktor ini tidak berdiri sebagai pilar utama, tetapi berfungsi sebagai kondisi

pemungkin (enabling condition) yang menentukan sejauh mana ketiga pilar utama dapat berjalan efektif.

Hasil Tahap 2: Analisis Kebutuhan

Analisis kebutuhan yang dilaksanakan setelah studi literatur mengonfirmasi dan mempertajam tiga temuan penting untuk penentuan prioritas intervensi. Pertama, pada aspek regulasi, telaah dokumen kebijakan menunjukkan bahwa baru sebagian kecil kabupaten/kota di Sulawesi Tenggara memiliki Rencana Aksi Daerah atau Peraturan Daerah yang secara eksplisit mengatur pencegahan perkawinan anak, sementara kabupaten lain masih mengandalkan program nasional tanpa penjabaran teknis di tingkat daerah, sehingga faktor pemungkin “kebijakan daerah” dikategorikan sebagai kesenjangan tinggi. Kedua, pada aspek kelembagaan sekolah, laporan capaian program dari Dinas Pendidikan dan BKKBN menunjukkan variasi besar antar-kabupaten dalam jumlah sekolah yang memiliki PIK-R aktif, dengan kabupaten berkarakteristik kepulauan seperti Buton, Buton Selatan, Muna, dan Wakatobi cenderung memiliki cakupan yang lebih rendah dibandingkan kabupaten/kota di daratan utama, sehingga pilar “lingkungan sekolah” dikategorikan sebagai kesenjangan tinggi pada wilayah kepulauan dan kesenjangan sedang pada wilayah daratan. Ketiga, pada aspek layanan kesehatan, laporan cakupan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja dari Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa jumlah Puskesmas dengan layanan ramah remaja yang aktif masih terbatas dan terkonsentrasi di ibu kota kabupaten/kota, sejalan dengan pola hambatan akses layanan kesehatan reproduksi remaja yang juga ditemukan pada tinjauan lintas negara berkembang (Hartati & Astuti, 2024), sehingga faktor pemungkin “layanan kesehatan ramah remaja” turut dikategorikan sebagai kesenjangan tinggi.

Hasil pemetaan kesenjangan pada Tahap 2 ini digunakan untuk dua tujuan metodologis. Pertama, sebagai dasar penyusunan pedoman wawancara dan FGD pada Tahap 3 dan Tahap 4, dengan memprioritaskan pertanyaan pada komponen berkategori kesenjangan tinggi, yaitu kebijakan daerah, layanan kesehatan ramah remaja, dan lingkungan sekolah pada kabupaten kepulauan. Kedua, sebagai pembanding bagi temuan tematik Tahap 1, untuk memastikan bahwa tema yang muncul dari literatur global dan nasional benar-benar relevan dengan kondisi kelembagaan aktual di Sulawesi Tenggara sebelum digunakan sebagai dasar sintesis model pada Tahap 5.

Sintesis Awal Tahap 5: Draf Model (Tentatif)

Berdasarkan hasil Tahap 1 dan Tahap 2, disusun sintesis awal draf model pencegahan pernikahan usia anak yang berpijak pada tiga pilar utama, yaitu literasi kesehatan reproduksi remaja, dukungan keluarga, dan lingkungan sekolah, didukung oleh dua faktor pemungkin

lintas ranah. Perlu ditegaskan bahwa sintesis ini bersifat tentatif karena belum mengintegrasikan data primer dari wawancara dan FGD; struktur draf model disajikan pada Tabel 2 sebagai titik awal (starting point) yang akan diuji dan disempurnakan pada Tahap 3 sampai Tahap 5 lanjutan.

Tabel 2. Sintesis awal (tentatif) draf model pencegahan pernikahan usia anak berbasis tiga pilar, dipadukan dengan kategori kesenjangan hasil analisis kebutuhan.

Komponen	Kedudukan	Sasaran	Indikator/Bentuk Kegiatan	Kategori Kesenjangan (Tahap 2)	Dasar Kajian
Literasi kesehatan reproduksi	Pilar 1 (inti)	Remaja usia 10–19 tahun	Literasi fungsional, interaktif, dan kritis; edukasi risiko pernikahan dan kehamilan dini	Sedang–Tinggi	Nutbeam (2000); Debella et al. (2024); Pourtaheri et al. (2024b)
Dukungan keluarga	Pilar 2	Orang tua/wali remaja	Penguatan komunikasi orang tua-anak; pengawasan responsif; edukasi pengasuhan	Sedang	Rumble et al. (2018); Pourtaheri et al. (2024a); Agyei et al. (2025)
Lingkungan sekolah	Pilar 3	Satuan pendidikan dan kelompok sebaya	Revitalisasi PIK-R/GenRe; kurikulum kesehatan reproduksi; konselor sebaya	Tinggi (kepulauan); Sedang (daratan)	Decker et al. (2022); KPAI (2024)
Layanan kesehatan ramah remaja	Faktor pemungkin	Fasilitas kesehatan primer	Konseling pranikah; rujukan kehamilan remaja; layanan PKPR	Tinggi	Hartati & Astuti (2024); KPAI (2024)
Kebijakan daerah	Faktor pemungkin	Pemerintah daerah	Rencana Aksi Daerah; Peraturan Daerah pencegahan perkawinan anak	Tinggi	KPAI (2024); Greene et al. (2023)

Draf model ini secara sengaja membedakan pilar utama dan faktor pemungkin. Ketiga pilar utama, yaitu literasi individu, dukungan keluarga, dan lingkungan sekolah, merupakan ranah yang secara langsung berinteraksi dengan remaja sehari-hari dan menjadi titik intervensi utama. Dua faktor pemungkin, yaitu layanan kesehatan dan kebijakan daerah, tidak berinteraksi langsung dengan remaja tetapi menentukan keberlanjutan dan skala intervensi pada ketiga pilar utama. Kolom kategori kesenjangan pada Tabel 2 menunjukkan bahwa faktor pemungkin justru memiliki kesenjangan tertinggi, sehingga pada tahap wawancara dan FGD lanjutan, eksplorasi mengenai hambatan implementasi kebijakan daerah dan layanan kesehatan ramah remaja akan mendapat porsi pertanyaan yang lebih mendalam dibandingkan tiga pilar utama yang secara relatif telah lebih banyak dikaji pada literatur yang tersedia.

Pembahasan

Justifikasi Tiga Pilar sebagai Struktur Model

Pemilihan tiga pilar utama, alih-alih model tunggal berbasis edukasi individu semata, didasarkan pada bukti bahwa intervensi tunggal cenderung tidak memadai untuk mengubah perilaku berisiko yang berakar pada faktor multilevel. Tinjauan cakupan sistematis terhadap intervensi pencegahan pernikahan anak di Afrika mengidentifikasi bahwa sebagian besar program dilaksanakan sebagai komponen tunggal dan jarang dievaluasi dampaknya secara langsung terhadap penurunan angka pernikahan anak (Greene, Siddiqi, & Abularrage, 2023), sehingga penyusunan model tiga pilar dalam penelitian ini merupakan respons langsung terhadap kesenjangan tersebut. Ketiga pilar yang dipilih, yaitu individu, keluarga, dan sekolah, merepresentasikan tiga ranah sosial terdekat remaja sebagaimana ditegaskan oleh kerangka determinan sosial-ekologis (Pourtaheri et al., 2024a), sementara ranah komunitas dan kebijakan yang lebih jauh dari remaja diposisikan sebagai faktor pemungkin, bukan pilar inti, karena bukti dari Sulawesi Tenggara menunjukkan bahwa regulasi daerah cenderung menjadi prasyarat struktural yang memungkinkan intervensi berjalan, bukan titik kontak langsung dengan perubahan perilaku remaja.

Kontribusi Metodologis Desain Delapan Tahap

Elaborasi desain R&D kualitatif dari lima tahap generik menjadi delapan tahap yang eksplisit memberikan tiga kontribusi metodologis. Pertama, pemisahan tahap analisis kebutuhan dari studi literatur memastikan bahwa prioritas intervensi tidak semata berpijak pada bukti global, tetapi juga diverifikasi terhadap kondisi kelembagaan aktual, sebagaimana tampak pada temuan Tahap 2 bahwa faktor pemungkin justru memiliki kesenjangan implementasi tertinggi meskipun relatif kurang dibahas pada literatur global. Kedua, pemisahan tahap wawancara dari FGD memungkinkan triangulasi metode yang lebih tegas antara data individual yang mendalam dan data dinamika kelompok, sejalan dengan preseden metodologis penelitian tindakan partisipatif berbasis FGD di pedesaan Indonesia (Effendi et al., 2021) dan wawancara individual mengenai komunikasi keluarga pada konteks lintas budaya (Agyei et al., 2025). Ketiga, penempatan validasi ahli sebagai tahap tersendiri yang mengadaptasi logika Delphi kualitatif (Alaze et al., 2025) memberikan mekanisme umpan balik terstruktur yang lebih dapat ditelusuri dibandingkan forum konsultasi ahli yang tidak terdokumentasi secara sistematis.

Konsistensi dan Kesenjangan antara Temuan Tahap Awal dan Model Awal

Ketiga tema yang muncul dari studi literatur, yaitu literasi individu yang rendah, dukungan keluarga yang lemah, dan lingkungan sekolah yang belum optimal, konsisten dengan

pilar model yang diusulkan, dan temuan analisis kebutuhan pada Tahap 2 memperkuat konsistensi tersebut dengan data kelembagaan aktual, sehingga tidak terdapat kesenjangan struktural antara temuan tahap awal dan rancangan model. Namun demikian, perlu digarisbawahi bahwa temuan Tahap 1 dan Tahap 2 pada artikel ini bersumber dari dokumen dan literatur, bukan dari suara langsung remaja, orang tua, dan pengelola sekolah di Sulawesi Tenggara. Kesenjangan metodologis ini adalah alasan utama mengapa Tahap 3 (wawancara), Tahap 4 (FGD), dan Tahap 6 (validasi ahli) pada penelitian lanjutan menjadi krusial, karena hanya dengan data primer dari informan lokal dapat dipastikan bahwa ketiga pilar tersebut benar-benar relevan dan dapat diimplementasikan pada konteks budaya dan kelembagaan spesifik kabupaten-kabupaten di Sulawesi Tenggara, khususnya wilayah kepulauan seperti Buton, Muna, dan Wakatobi.

Implikasi Metodologis: Mengapa Model Ini Tidak Memerlukan Uji Statistik pada Tahap Ini

Penelitian ini secara sengaja tidak menggunakan uji statistik inferensial karena tujuannya adalah menghasilkan produk berupa model konseptual dan pedoman implementasi, bukan menyatakan hubungan sebab-akibat antarvariabel. Kredibilitas pada penelitian R&D kualitatif semacam ini tidak diperoleh dari signifikansi statistik, melainkan dari kejelasan prosedur, yaitu ketelusuran sumber data, transparansi teknik analisis tematik, dan konsistensi triangulasi antar sumber sesuai kriteria trustworthiness (Lincoln & Guba, 1985). Meskipun demikian, penelitian ini secara eksplisit membuka ruang bagi pengujian statistik pada tahap yang berbeda, yaitu setelah model final tersedia melalui Tahap 8, sejalan dengan tahap keenam kerangka 6SQuID yang memandang data awal kualitatif sebagai justifikasi bagi evaluasi kuantitatif lanjutan (Wight et al., 2016), sehingga klaim mengenai efektivitas model terhadap peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, atau penurunan angka pernikahan usia anak dapat diuji secara terpisah melalui desain kuantitatif eksperimental atau kuasi-eksperimental pada penelitian lanjutan yang berbeda dari penelitian ini.

Keterbatasan dan Tahap Penelitian Lanjutan

Artikel ini memiliki keterbatasan yang perlu ditegaskan secara eksplisit. Pertama, artikel ini hanya melaporkan Tahap 1 dan Tahap 2 secara penuh dari delapan tahap penelitian dan pengembangan yang dirancang, dengan sintesis awal Tahap 5 yang masih bersifat tentatif, sehingga draf model yang disajikan belum divalidasi oleh pakar maupun oleh suara langsung remaja, keluarga, dan sekolah di Sulawesi Tenggara. Kedua, data Tahap 1 dan Tahap 2 bersumber dari dokumen sekunder dan literatur, sehingga variasi kontekstual antarkabupaten di Sulawesi Tenggara belum dapat digambarkan secara rinci tanpa data primer. Ketiga, kategori

kesenjangan pada Tahap 2 disusun berdasarkan telaah dokumen capaian program dan belum dikonfirmasi melalui observasi lapangan atau verifikasi silang dengan pihak pengelola program di setiap kabupaten/kota. Keempat, karena penelitian ini tidak menggunakan uji statistik, model yang dihasilkan tidak dapat digunakan untuk mengklaim efektivitas kausal sebelum diuji melalui desain kuantitatif terpisah pada penelitian lanjutan.

Tahap penelitian selanjutnya yang diperlukan, secara berurutan, adalah: (1) pelaksanaan wawancara mendalam (Tahap 3) sesuai protokol pada bagian metode; (2) pelaksanaan FGD pada tiga kelompok informan (Tahap 4); (3) finalisasi sintesis model melalui triangulasi data Tahap 1 sampai Tahap 4 (penyempurnaan Tahap 5); (4) validasi ahli melalui forum diskusi terstruktur bergaya Delphi kualitatif (Tahap 6); (5) revisi model berdasarkan masukan ahli (Tahap 7); dan (6) penyusunan model final beserta panduan implementasi dan rekomendasi kebijakan (Tahap 8), yang akan dilaporkan pada publikasi terpisah.

4. KESIMPULAN

Studi literatur dan analisis kebutuhan yang dilaksanakan pada dua tahap awal penelitian ini mengidentifikasi bahwa pernikahan usia anak di Sulawesi Tenggara dibentuk oleh determinan multilevel yang berpusat pada tiga tema utama, yaitu rendahnya literasi kesehatan reproduksi remaja, lemahnya dukungan keluarga, dan belum optimalnya lingkungan sekolah, didukung oleh faktor pemungkin berupa keterbatasan layanan kesehatan ramah remaja dan lemahnya implementasi kebijakan daerah, dengan kedua faktor pemungkin tersebut menunjukkan kategori kesenjangan implementasi tertinggi berdasarkan analisis kebutuhan. Berdasarkan temuan tersebut, disusun sintesis awal draf model pencegahan pernikahan usia anak berbasis tiga pilar yang secara metodologis mengikuti pendekatan penelitian dan pengembangan kualitatif delapan tahap yang lebih elaboratif dan terstruktur dibandingkan desain R&D generik, tanpa uji statistik inferensial, karena tujuan penelitian adalah menghasilkan model konseptual, bukan menguji efektivitas kausal. Draft model ini memerlukan wawancara, FGD, validasi ahli, revisi, dan finalisasi pada tahap penelitian lanjutan sebelum dapat direkomendasikan secara penuh kepada Pemerintah Provinsi Sulawesi Tenggara, Dinas Kesehatan, BKKBN, dan satuan pendidikan sebagai pedoman implementasi program pencegahan pernikahan usia anak yang terintegrasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan data dan informasi dalam penyusunan artikel ini. Kontribusi Penulis: Efa Kelya

Nasrun berkontribusi dalam konseptualisasi, studi literatur, analisis kebutuhan, dan penulisan naskah awal. Fajar Kurniawan berkontribusi dalam analisis tematik, penyusunan sintesis draf model, dan penyusunan protokol tahap lanjutan. Muhammad Al Rajab berkontribusi dalam tinjauan kritis dan penyempurnaan naskah akhir. Seluruh penulis membaca dan menyetujui naskah final untuk dipublikasikan. Konflik Kepentingan: Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam penyusunan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Agyei, F. B., Kaura, D. K., & Bell, J. D. (2025). Parent-adolescent sexual and reproductive health information communication in Ghana. *Reproductive Health*, 22(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-01961-y>
- Alaze, A., Finne, E., Razum, O., & Miani, C. (2025). A questionnaire for a conceptual framework and interdisciplinary public health research using the Delphi technique: Development and validation. *Frontiers in Public Health*, 13, 1436569. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1436569>
- Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Tenggara. (2023). Nikah dan cerai menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Tenggara. <https://sultra.bps.go.id>
- Borg, W. R., & Gall, M. D. (1983). *Educational research: An introduction* (4th ed.). Longman.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Debella, A., Tamire, A., Bogale, K., Berhanu, B., Mohammed, H., Deressa, A., Gamachu, M., Lami, M., Abdisa, L., Getachew, T., Hailu, S., Eyeberu, A., Heluf, H., Legesse, H., Mehadi, A., Dilbo, J. H., Wkuma, L. A., & Birhanu, A. (2024). Sexual and reproductive health literacy and its associated factors among adolescents in Harar town public high schools, Harari, Ethiopia, 2023: A multicenter cross-sectional study. *Frontiers in Reproductive Health*, 6, 1358884. <https://doi.org/10.3389/frph.2024.1358884>
- Decker, M. R., Wood, S. N., Jabbari, A., & Sami, S. (2022). School-based reproductive health programs in Southeast Asia: A systematic review of outcomes and intervention characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 71(3), 287–298. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.03.001>
- Effendi, D. E., Handayani, L., Nugroho, A. P., & Hariastuti, I. (2021). Adolescent pregnancy prevention in rural Indonesia: A participatory action research. *Rural and Remote Health*, 21(3), 6639. <https://doi.org/10.22605/RRH6639>
- Greene, M. E., Siddiqi, M., & Abularrage, T. F. (2023). Systematic scoping review of interventions to prevent and respond to child marriage across Africa: Progress, gaps and priorities. *BMJ Open*, 13(5), e061315. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061315>
- Hartati, D., & Astuti, A. W. (2024). Health services strategy of adolescent sexual reproductive health in developing countries. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 12(1), 102–111. <https://doi.org/10.20473/jpk.V12.I1.2024.102-111>

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, & UNICEF Indonesia. (2020). Strategi Nasional Pencegahan Perkawinan Anak. <https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org/indonesia/files/2020-06/National-Strategy-on-Child-Marriage-Prevention-2020.pdf>
- Komisi Perlindungan Anak Indonesia. (2024). KPAI gelar diseminasi hasil pengawasan pekerja anak dan perkawinan anak di Sulawesi Tenggara. <https://www.kpai.go.id/publikasi/kpai-gelar-desiminasi-hasil-pengawasan-pekerja-anak-dan-perkawinan-anak-di-sulawesi-tenggara>
- Kuswanto, H., Oktaviana, P. P., Efendi, F., Nelwati, N., & Malini, H. (2024). Prevalence of and factors associated with female child marriage in Indonesia. *PLoS ONE*, 19(7), e0305821. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305821>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pourtaheri, A., Mahdizadeh, M. S., Tehrani, H., Jamali, J., & Peyman, N. (2024a). Socio-ecological factors of girl child marriage: A meta-synthesis of qualitative research. *BMC Public Health*, 24, 428. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17626-z>
- Pourtaheri, A., Mahdizadeh, M. S., Tehrani, H., Jamali, J., Peyman, N., El Arab, R. A., & Behmanesh, F. (2024b). Individual and interpersonal factors influencing child marriage: A qualitative content analysis study. *PLoS ONE*, 19(11), e0313933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313933>
- Pourtaheri, A., Tavakoly Sany, S. B., Aghaee, M. A., Ahangari, H., & Peyman, N. (2023). Prevalence and factors associated with child marriage: A systematic review. *BMC Women's Health*, 23, 531. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02634-3>
- Rizkianti, A., & Puspita Sari, D. (2024). Child marriage and its impact on reproductive health and rights of girls in Indonesia. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 20(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/17450128.2024.2361921>
- Rumble, L., Peterman, A., Irdiana, N., Triyana, M., & Minnick, E. (2018). An empirical exploration of female child marriage determinants in Indonesia. *BMC Public Health*, 18, 407. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5313-0>
- UNICEF. (2023). A profile of child marriage in East Asia and the Pacific. UNICEF Data. <https://data.unicef.org/resources/child-marriage-profile-east-asia-pacific/>
- UNICEF. (2024). Child marriage. UNICEF Data. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
- Wight, D., Wimbush, E., Jepson, R., & Doi, L. (2016). Six steps in quality intervention development (6SQuID). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(5), 520–525. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205952>