

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Remaja

2.1.1 Pengertian Remaja Dan Masa Remaja

Masa remaja adalah usia saat individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa. Ketika anak tidak lagi merasa dibawah tingkat orang-orang yang lebih tua. Melainkan berada dalam tingkatan yang sama. Sekurang-kurangnya dalam masalah hak (Pudiastuti, 2012).

Masa remaja (*adolescenece*) adalah periode transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa, yang melibatkan perubahan biologis, kognitif dan sosio-emosional (Santrock, 2007). Menurut WHO (1995) masa remaja umumnya dibagi menjadi tiga periode:

1. Masa remaja awal (10-13 tahun);
2. Masa remaja tengah (14-16 tahun);
3. Masa remaja akhir (17-19 tahun)

2.1.2 Tahapan Masa Remaja

Masa remaja berlangsung melalui 3 tahapan yaitu

1. Masa remaja awal

Masa ini ditandai dengan peningkatan pesat pada pertumbuhan dan pematangan fisik, sebagian besar energi intelektual dan emosional ditargetkan pada fase ini. Remaja juga mulai berfokus pada pengambilan keputusan, baik dalam rumah ataupun di luar rumah (sekolah). Remaja mulai menggunakan istilah-istilah sendiri dan mempunyai pandangan, seperti: olahraga yang baik untuk bermain, memilih kelompok bergaul,

pribadi seperti apa yang diinginkan, dan mengenal cara untuk berpenampilan menarik (Aryani, 2010).

2. Masa Remaja Menengah

Masa ini ditandai dengan hampir lengkapnya pertumbuhan pubertas, timbulnya keterampilan berfikir yang baru dan keinginan untuk memapankan jarak emosional dan psikologis orang tua. Dengan menggunakan pengalaman dan pemikiran yang lebih kompleks, pada tahap ini remaja sering mengajukan pertanyaan dan pemikiran lebih kompleks, remaja sering mengajukan pertanyaan, menganalisis secara lebih menyeluruh, dan berperilaku bagaimana cara mengembangkan identitas “Siapa Saya?” pada masa ini remaja mulai mempertimbangkan kemungkinan masa depan, tujuan dan membuat rencana sendiri (Aryani, 2010).

3. Masa remaja akhir

Masa ini ditandai dengan persiapan peran menjadi dewasa, proses berfikir menjadi lebih kompleks digunakan untuk menfokuskan diri masalah toleransi, keputusan untuk karier dan pekerjaan dan peran menjadi orang dewasa di masyarakat (Aryani, 2010).

Pengertian lain menurut Menurut ciri perkembangannya, masa remaja dibagi menjadi tiga periode yang telah disebutkan diatas, antara lain (BKKBN, 2003 & Widyastuti dkk, 2009):

A. Masa remaja awal/*Early adolescence* (10-12 tahun), ciri khasnya:

- (1) Lebih dekat dengan teman sebaya,
- (2) Ingin bebas,

(3) Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir abstrak.

B. Masa remaja tengah/*Middle adolescence* (13-15 tahun), ciri khasnya:

- (1) Mencari identitas diri,
- (2) Timbulnya keinginan untuk berpacaran,
- (3) Punya rasa cinta yang mendalam,
- (4) Mengembangkan kemampuan berpikir abstrak,
- (5) Berkhayal tentang aktivitas seks.

C. Masa remaja tengah/*Late adolescence* (16-19 tahun), ciri khasnya:

- (1) Pengungkapan kebebasan diri,
- (2) Lebih selektif dalam mencari teman sebaya,
- (3) Punya citra jasmani diri,
- (4) Dapat mewujudkan rasa cinta,
- (5) Mampu berpikir abstrak.

2.1.3 Pertumbuhan Dan Perkembangan Remaja.

Pertumbuhan dan perkembangan remaja merupakan proses yang saling terkait, berkesinambungan dan berlangsung secara bertahap. Perkembangan merupakan suatu proses dimana perubahan-perubahan di dalam diri remaja akan diintegrasikan sedemikian rupa, sehingga remaja tersebut dapat berespons dengan baik dalam menghadapi rangsangan dari luar dirinya. Yang paling menonjol dalam tumbuh kembang remaja adalah adanya perubahan fisik, alat reproduksi, kognitif, dan psikososial (Aryani, 2010).

1. Perubahan Fisik

Perubahan fisik dan psikologis remaja disebabkan oleh adanya perubahan hormonal. Hormon dihasilkan oleh kelenjar endokrin yang dikontrol oleh susunan saraf pusat. Khususnya hipotalamus. Beberapa jenis hormon yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan adalah hormon pertumbuhan (*Growth Hormon*), hormon gonadotropik (*Gonadotropic Hormon*), estrogen, progesteron serta testoteron.

2. Percepatan berat badan dan tinggi badan

Selama 1 tahun pertumbuhan, tinggi badan laki-laki dan perempuan rata-rata meningkat 3,5 -4,1 inchi. Berat badan juga meningkat karena adanya perubahan otot pada laki-laki dan penambahan lemak pada perempuan.

3. Perkembangan karakteristik sekunder

Selama masa pubertas terjadi perubahan kadar hormonal yang mempengaruhi karakteristik seks sekunder, seperti hormon androgen pada laki-laki dan estrogen pada perempuan. Karakteristik sekunder pada perempuan meliputi pertumbuhan bulu rambut pada pubis, pertumbuhan rambut di ketiak, serta *menarche* atau menstruasi pertama. Sedangkan pada laki-laki terjadi pertumbuhan penis, pembesaran skrotum, perubahan suara, pertumbuhan kumis, meningkatnya produksi minyak, meningkatnya timbunan lemak, dan meningkatnya aktivitas kelenjar sehingga menimbulkan jerawat.

4. Perubahan bentuk tubuh.

Pada laki-laki terjadi perubahan bentuk tubuh seperti bentuk dada yang membesar dan membidang, serta jakun yang lebih menonjol. Sedangkan perubahan bentuk tubuh pada perempuan seperti pinggul dan payudara membesar, serta keadaan puting susu yang menjadi lebih menonjol.

5. Perkembangan Otak

Pada masa remaja awal sampai akhir, otak belum sepenuhnya berkembang sempurna, sehingga pada masa ini kemampuan pengendalian emosi dan mental masih belum stabil.

6. Perkembangan Kognitif

Menurut teori piaget, prinsip perkembangan kognitif terjadi melalui empat tahap. Keempat tahap tersebut selalu terjadi dalam urutan yang sama dan setiap apa yang dibangun dan dipelajari dalam tahap sebelumnya. Tahapan tersebut adalah:

➤ **Periode sensorimotor**

Menurut Piaget, bayi lahir dengan sejumlah refleks bawaan selain juga dorongan untuk mengeksplorasi dunianya. Skema awalnya dibentuk melalui diferensiasi refleks bawaan tersebut. Periode sensorimotor adalah periode pertama dari empat periode. Piaget berpendapat bahwa tahapan ini menandai perkembangan kemampuan dan pemahaman spatial penting dalam enam sub-tahapan:

- a. Sub-tahapan *skema refleks*, muncul saat lahir sampai usia enam minggu dan berhubungan terutama dengan refleks.

- b. Sub-tahapan *fase reaksi sirkular primer*, dari usia enam minggu sampai empat bulan dan berhubungan terutama dengan munculnya kebiasaan-kebiasaan.
- c. Sub-tahapan *fase reaksi sirkular sekunder*, muncul antara usia empat sampai sembilan bulan dan berhubungan terutama dengan koordinasi antara penglihatan dan pemaknaan.
- d. Sub-tahapan *koordinasi reaksi sirkular sekunder*, muncul dari usia sembilan sampai duabelas bulan, saat berkembangnya kemampuan untuk melihat objek sebagai sesuatu yang permanen walau kelihatannya berbeda kalau dilihat dari sudut berbeda (permanensi objek).
- e. Sub-tahapan *fase reaksi sirkular tersier*, muncul dalam usia dua belas sampai delapan belas bulan dan berhubungan terutama dengan penemuan cara-cara baru untuk mencapai tujuan.
- f. Sub-tahapan *awal representasi simbolik*, berhubungan terutama dengan tahapan awal kreativitas.

➤ **Tahapan praoperasional**

Tahapan ini merupakan tahapan kedua dari empat tahapan. Dengan mengamati urutan permainan, Piaget bisa menunjukkan bahwa setelah akhir usia dua tahun jenis yang secara kualitatif baru dari fungsi psikologis muncul. Pemikiran (Pra)Operasi dalam teori Piaget adalah prosedur melakukan tindakan secara mental terhadap objek-objek. Ciri dari tahapan ini adalah operasi mental yang jarang dan secara logika tidak memadai. Dalam tahapan ini, anak belajar menggunakan dan

merepresentasikan objek dengan gambaran dan kata-kata. Pemikirannya masih bersifat egosentris: anak kesulitan untuk melihat dari sudut pandang orang lain. Anak dapat mengklasifikasikan objek menggunakan satu ciri, seperti mengumpulkan semua benda merah walau bentuknya berbeda-beda atau mengumpulkan semua benda bulat walau warnanya berbeda-beda.

Menurut Piaget, tahapan pra-operasional mengikuti tahapan sensorimotor dan muncul antara usia dua sampai enam tahun. Dalam tahapan ini, anak mengembangkan keterampilan berbahasanya. Mereka mulai merepresentasikan benda-benda dengan kata-kata dan gambar. Bagaimanapun, mereka masih menggunakan penalaran intuitif bukan logis. Di permulaan tahapan ini, mereka cenderung egosentris, yaitu, mereka tidak dapat memahami tempatnya di dunia dan bagaimana hal tersebut berhubungan satu sama lain. Mereka kesulitan memahami bagaimana perasaan dari orang di sekitarnya. Tetapi seiring pendewasaan, kemampuan untuk memahami perspektif orang lain semakin baik. Anak memiliki pikiran yang sangat imajinatif di saat ini dan menganggap setiap benda yang tidak hidup pun memiliki perasaan.

➤ **Tahapan operasional konkrit**

Tahapan ini adalah tahapan ketiga dari empat tahapan. Muncul antara usia enam sampai duabelas tahun dan mempunyai ciri berupa penggunaan logika yang memadai. Proses-proses penting selama tahapan ini adalah: pengurutan, klasifikasi, *decentering*, *reversibility*, konservasi, dan penghilangan sifat egosentrisme.

➤ **Tahapan operasional formal**

Tahap operasional formal adalah periode terakhir perkembangan kognitif dalam teori Piaget. Tahap ini mulai dialami anak dalam usia sebelas tahun (saat pubertas) dan terus berlanjut sampai dewasa. Karakteristik tahap ini adalah diperolehnya kemampuan untuk berpikir secara abstrak, menalar secara logis, dan menarik kesimpulan dari informasi yang tersedia. Dalam tahapan ini, seseorang dapat memahami hal-hal seperti cinta, bukti logis, dan nilai. Ia tidak melihat segala sesuatu hanya dalam bentuk hitam dan putih, namun ada "gradasi abu-abu" di antaranya. Dilihat dari faktor biologis, tahapan ini muncul saat pubertas (saat terjadi berbagai perubahan besar lainnya), menandai masuknya ke dunia dewasa secara fisiologis, kognitif, penalaran moral, perkembangan psikoseksual, dan perkembangan sosial. Beberapa orang tidak sepenuhnya mencapai perkembangan sampai tahap ini, sehingga ia tidak mempunyai keterampilan berpikir sebagai seorang dewasa dan tetap menggunakan penalaran dari tahap operasional konkrit (Aryani, 2010).

Tahap-tahap perkembangan psikososial yang dialami remaja menurut Erikson (1956) adalah sebagai berikut :

(1) Kepercayaan (*Trust*) versus ketidakpercayaan (*mistrust*)

Tahapan ini terjadi dalam 1-2 tahun awal kehidupan. Anak belajar untuk percaya pada dirinya sendiri ataupun lingkungannya. Anak merasa bingung dan tidak percaya, sehingga dibutuhkan kualitas interaksi antara orang tua dan anaknya.

(2) Otonomi (*autonomy*) versus rasa malu dan ragu (*shame and doubt*)

Bagi kebanyakan remaja, membangun rasa otonomi atau kemerdekaan merupakan bagian dari transisi emosional. Selama masa remaja terjadi perubahan ketergantungan, dari ketergantungan khas anak-anak ke arah otonomi khas dewasa. Misalnya: remaja umumnya tidak terburu-buru bercerita kepada orang tua ketika merasa kecewa, khawatir, atau memerlukan bantuan.

(3) Inisiatif (*Inisiative*) versus rasa bersalah (*guilt*)

Tahapan perkembangan psikososial ini terjadi pada usia pra-sekolah dan awal usia sekolah. Anak cenderung aktif bertanya untuk memperluas kemampuannya melalui bermain aktif, bekerja sama dengan orang lain dan belajar bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukannya.

(4) Rajin (*Industry*) versus rendah diri (*Inferiority*)

Pada tahapan ini terjadi persaingan di kelompoknya. Anak menggunakan pengalaman kognitif menjadi lebih produktif dalam groupnya. Disini anak belajar untuk menguasai keterampilan yang lebih formal. Anak mulai terasah rasa percaya dirinya, mandiri dan penuh inisiatif, serta termotivasi untuk belajar lebih tekun.

(5) Identitas (*identity*) versus kebingungan identitas (*identity confusion*)

Remaja belajar mengungkapkan aktualisasinya, mereka melakukan tindakan yang baik sesuai dengan sistem nilai yang ada. Namun demikian, sering juga terjadi penyimpangan identitas, misalnya: Melakukan percobaan tindakan kejahatan, melakukan

pemberontakan, dan tindakan tercela lainnya. Pada waktu remaja, identitas seksual baik laki-laki maupun wanita dibangun, dan secara bertahap mengembangkan cita-cita yang diinginkannya.

2.2 Konsep HIV dan AIDS

2.2.1 Pengertian HIV dan AIDS

HIV atau (*human immunodeficiency virus*) adalah sejenis virus yang menyerang atau menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS atau (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. HIV/AIDS adalah penyakit kelamin yang belum ditemukan obatnya, walaupun kita berobat sekedar untuk meningkatkan daya tahan tubuh sehingga infeksi oportunistik tidak menjadi *patogen* (ganas) yang sering berakibat fatal (Kemenkes, 2014)

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang memperlemah kekebalan tubuh manusia. HIV menyerang tubuh manusia dengan cara membunuh atau merusak sel-sel yang berperan dalam kekebalan tubuh sehingga kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan kanker menurun drastis (Sunaryati, 2011).

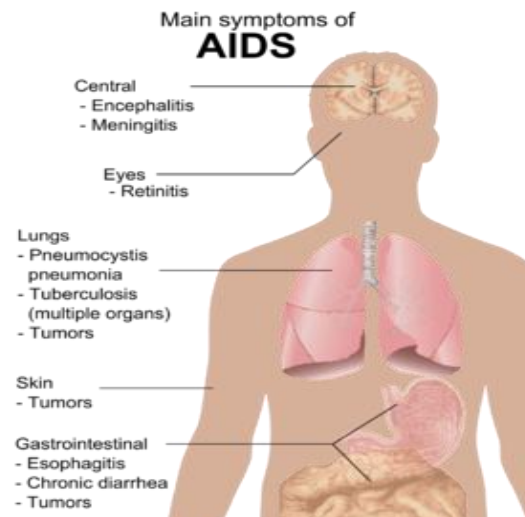
Pengertian lain dari AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala dan infeksi sindrom yang timbul karena rusaknya system kekebalan tubuh. Selain itu AIDS juga dapat menimbulkan komplikasi penyakit lainnya, seperti penyakit paru-paru,

saluran pencernaan, saraf dan kejiwaan, tumor ganas (malignan) dan infeksi oportunistik lainnya (Sunaryati, 2011).

Gejala awal dari seseorang yang menderita HIV adalah demam, Kelelahan, Pegal, nyeri otot dan sendi, pembengkakan kelenjar getah bening, sakit tenggorokan dan sakit kepala, Ruam kulit, Mual, muntah dan diare, penurunan berat badan, batuk kering, pneumonia, keringat malam, erubahan pada kuku, infeksi Jamur, kebingungan atau kesulitan berkonsentrasi, ketidakaturan Menstruasi.

Komplikasi HIV mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS juga berisiko lebih besar menderita kanker seperti *sarkoma kaposi*, kanker leher rahim, dan kanker sistem kekebalan yang disebut *limfoma*.

Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik seperti demam, berkeringat (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan berat badan. Infeksi oportunistik tertentu yang diderita pasien AIDS, juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien.



Gambar 2.1 Komplikasi HIV AIDS (<https://Wikipedia.org>).

2.2.2 Cara penularan HIV AIDS

Orang yang mempunyai risiko besar untuk mendapat infeksi HIV adalah pasangan seksual pengidap HIV, pecandu narkoba suntik dan pasangan seksualnya, wanita pekerja seksual (WPS) dan pelanggannya serta pasangan pelanggannya, waria sebagai pekerja seks dan pelanggannya serta pasangan pelanggannya, petugas kesehatan yang berhubungan dengan darah dan sekret penderita infeksi HIV, penerima transfusi darah dan produk darah, serta janin yang dikandung pengidap HIV (Zein, 2006).

Peluang untuk tertular HIV melalui hubungan seks adalah 1%, melalui transfusi darah 90%, melalui jarum suntik 90% dan ibu hamil kepada bayinya 30%. Meskipun penularan HIV melalui hubungan seks mempunyai peluang paling kecil, ternyata lebih dari 90% kasus HIV dan AIDS yang ada sekarang ini terjadi karena hubungan seks (Yatim, 2006).

2.2.3 Kategori klinis dari infeksi HIV

Pembagian stadium dalam Nasronudin (2014) sebagai berikut :

1. Stadium pertama

Merupakan tahap infeksi akut, pada tahap ini muncul gejala tetapi tidak spesifik. Tahap ini muncul 6 minggu pertama setelah paparan HIV dapat berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan dan pembesaran kelenjar getah bening. Dapat juga disertai meningitis aseptik yang ditandai demam, nyeri kepala hebat, kejang kejang dan kelumpuhan saraf otak.

2. Stadium kedua

Merupakan tahap asimtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan hilang. Tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahun setelah infeksi. Pada saat ini sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler. Pada tahap ini aktivitas penderita masih normal.

3. Stadium ketiga

Merupakan tahap simtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik dengan gradasi sedang sampai berat. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10%, pada selaput mulut terjadi sariawan berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada saluran nafas bagian atas namun penderita dapat melakukan aktivitas meskipun terganggu. Penderita lebih banyak berada di tempat tidur meskipun kurang dari 12 jam per hari dalam bulan terakhir.

4. Stadium keempat

Merupakan tahap yang lebih lanjut tahap AIDS. Pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih 10%, diare yang lebih dari satu bulan, panas yang tidak diketahui sebabnya lebih dari satu bulan, kandidiasis oral, *oral hairy leukoplakia*, tuberculosis paru, dan pneumonia bakteri. Penderita terbaring ditempat tidur lebih dari 12 jam sehari selama sebulan terakhir. Penderita diserbu berbagai macam infeksi sekunder, misalnya pneumonia pneumokistik *karinii*, toksoplasmosis otak, diare akibat kriptosporidiosis, penyakit virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada esophagus, trakea, bronkus atau paru serta infeksi jamur yang lain misalnya histoplasmosis, koksidiodomikosis. Dapat juga ditemukan beberapa jenis malignasi, termasuk keganasan kelenjar getah bening dan sarcoma kaposi. Hiperaktivitas komplemen menginduksi sekresi histamine. Histamine menimbulkan keluhan gatal pada kulit dengan diiringi mikroorganisme di kulit memicu terjadinya dermatitis HIV.

2.2.4 Permasalahan ODHA

ODHA memiliki kompleksitas permasalahan yang menuntut mereka mendapatkan perhatian, perawatan, dan dukungan sosial dari berbagai pihak yang dapat dijadikan sumber dukungan. Permasalahan yang sering dialami oleh Orang Dengan HIV AIDS (ODHA), selain merasakan penderitaan fisik contohnya : infeksi oportunistik seperti TB paru, pneumonia, herpes simpleks, diare kronis, Hepatitis C, Lipoma, dan kelainan Neurologi, Oral hairy (WHO, 2008) pada banyak kasus juga

mengalami penderitaan psikososial seperti stress, kecemasan, depresi, sampai dengan keinginan untuk bunuh diri (Dadang, 2009). Menurut (Pardita, 2014). Selain masalah fisik dan psikologis ODHA juga mengalami masalah dibidang ekonomi, dampak ini dimulai dari tingkat individu, keluarga, masyarakat dan akhirnya pada negara dan mungkin dunia. Epidemii HIV AIDS akan menimbulkan biaya tinggi, baik pada pihak penderita maupun pihak rumah sakit. Hal ini dikarenakan obat penyembuh yang belum ditemukan, sehingga biaya harus terus dikeluarkan hanya untuk perawatan dan memperpanjang usia penderita. Orang-orang yang terjangkit HIV AIDS akan mengalami perubahan keuangan akibat penyakitnya. Dana yang diperlukan untuk keperluan pengobatan atau perawatan semakin lama semakin besar, sementara penghasilan menetap atau bahkan mungkin semakin menurun. Kemungkinan besar akhirnya akan mengalami kesulitan untuk memperoleh dana. Perubahan ini dapat terjadi karena kehilangan mata pencarian, habisnya tabungan, dan hilangnya sumber-sumber bantuan keluarga.

2.2.5 Dampak HIV AIDS Terhadap Perekonomian

Menurut (ILO,2012) HIV AIDS memiliki dampak yang mendalam dalam individu, pengusaha, dan ekonomi di seluruh dunia. Epidemii ini terjadi di berbagai belahan dunia. Efeknya dapat mengancam kehidupan dan mata pencarian para pekerja dan keluarga mereka seperti mengurangi produktivitas dan mengancam kelangsungan hidup. Dapat merusak hak asasi manusia untuk mendapat pekerjaan yang layak, serta keamanan dan

kemakmuran. UNAIDS memperkirakan bahwa tahun 2009 terdapat 33,3 juta orang hidup dengan HIV (UNAIDS, 2010). Skala masalah terletak tidak hanya dalam jumlah orang yang terinfeksi, tetapi juga dalam jumlah orang yang akan terus terpengaruh masa depannya. Dampak dari HIV AIDS sangat luas seperti harapan hidup akan berkurang, jumlah tenaga kerja berkurang, pertumbuhan ekonomi dan pembangunan terganggu. HIV AIDS memiliki dampak yang sangat luas dan semakin serius pada sektor swasta, serta pada pekerja informal. Dampak HIV AIDS pada dunia usaha adalah banyak perusahaan mengalami kerugian yang signifikan, produktivitas menurun, dan keuntungan menurun sebagai akibat langsung dari hilangnya pekerja terampil karena HIV ADIS. Epidemik juga merusak usaha mikro, kecil dan menengah yang memiliki kapasitas terbatas untuk mengatasi masalah. Dampak dari HIV AIDS di dunia kerja menurut (ILO, 2012) adalah :

1. Penurunan penyediaan tenaga kerja
2. Hilangnya pekerja terampil dan berpengalaman
3. Absensi dan pensiun dini
4. Stigmatisasi dan diskriminasi terhadap pekerja hidup dengan HIV AIDS
5. Biaya tenaga kerja meningkat untuk asuransi kesehatan
6. Penurunan produktivitas dan dampak negative pada pertumbuhan ekonomi
7. Hilangnya pendapatan keluarga dan rumah tangga produktivitas, memperburuk kemiskinan.

Prasangka dan kesalahpahaman yang terkait dengan HIV AIDS menyebabkan individu yang terkena HIV AIDS sering menghadapi stigma dan diskriminasi pada kehidupan sehari-hari juga di tempat kerja. Dengan munculnya pengobatan yang efektif lebih banyak orang yang bisa bertahan hidup dengan HIV. Karena itu, respon terhadap HIV AIDS di dunia sekarang ini berfokus pada bagaimana orang yang hidup dengan HIV dapat terus hidup dan bekerja secara produktif.

2.2.6 Kebijakan Pemerintah

Upaya penanggulangan HIV AIDS Nasional tidak lepas dari upaya secara global yang dirancang oleh WHO/UNAIDS (2009). Upaya penanggulangan nasional telah dirumuskan di dalam Strategi Nasional (STRANAS) penanggulangan HIV AIDS (2007), di bawah koordinasi Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Stranas diarahkan pada penanganan secara komprehensif, terpadu, dan diselenggarakan secara sinergis oleh semua pemangku kepentingan. Upaya percepatan perawatan, pengobatan, dan dukungan kepada ODHA dijalankan secara bersama-sama dengan upaya pencegahan pada subpopulasi berisiko dan masyarakat umum (KPA, 2007).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV AIDS, mengatur secara komprehensif dan berkesinambungan yang terdiri atas promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi terhadap individu, keluarga, dan masyarakat. Tujuan dari pengaturan penanggulangan HIV AIDS adalah menurunkan hingga meniadakan infeksi HIV baru menurunkan hingga

meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS, meniadakan diskriminasi terhadap ODHA, meningkatkan kualitas hidup ODHA, mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat. Menurut permenkes Nomor. 21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV AIDS pasal 38 Ayat 1, rehabilitasi pada kegiatan penanggulangan HIV ADIS dilakukan terhadap setiap pola transmisi penularan HIV pada populasi kunci terutama pekerja seks dan pengguna Napsa suntik. Rehabilitasi pada kegiatan penanggulangan HIV AIDS dilakukan melalui rehabilitasi medis dan sosial. Rehabilitasi pada kegiatan penanggulangan HIV AIDS ditujukan untuk mengembalikan kualitas hidup untuk menjadi produktif secara ekonomis dan sosial. Dalam pengaturan tentang rehabilitasi dalam Permenkes Nomor. 21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV AIDS, belum diatur tentang rehabilitasi sosial.

Rehabilitasi sosial berdasarkan Undang-Undang Nomor. 11 tahun 2009 tentang kesejahteraan sosial pasal 7 dapat dilaksanakan secara persuasif, motivatif, koersif, baik dalam keluarga, masyarakat maupun panti sosial, diberikan dalam bentuk motivasi dan diagnosis psikososial, perawatan dan pengasuhan, pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan, bimbingan mental spiritual, bimbingan fisik, bimbingan sosial dan konseling psikososial, pelayanan sksesibilitas, bantuan dan asistensi sosial, bimbingan resosialisasi, bimbingan lanjut dan atau rujukan.

2.2.7 Peran Pemerintah

Pemerintah bekerjasama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) telah melakukan pemberdayaan terhadap ODHA tetapi hasilnya kurang maksimal. Salah satu LSM yang melaksanakan program pemberdayaan terhadap perempuan adalah Yayasan Harapan Permata Hati Kita (YAKITA). Salah satu program layanan YAKITA adalah *Women Empowerment* (WE) yang merupakan komunitas perempuan marginal yang berdampak dengan permasalahan Narkoba dan HIV AIDS maupun terkait isu lainnya. Komunitas ini terdiri dari perempuan terinfeksi HIV, pasangan ODHA, perempuan pecandu, dan pasangan pecandu. Program pemberdayaan WE untuk meningkatkan kemandirian baik segi fisik, psikologis, dan sosial ekonomi.

2.3 Pendidikan Kesehatan.

2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan penyampaian pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, sasaran akan memperoleh pengetahuan yang lebih baik sehingga dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku dari sasaran (Notoatmodjo, 2012). Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat dan bangsa (Makhfudli, 2009). Pendidikan kesehatan merupakan proses yang mencakup dimensi dan kegiatan intelektual, psikologi dan sosial yang

diperlukan untuk meningkatkan individu dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat (Maulana, 2009).

2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan umum pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu di bidang kesehatan (WHO, 1995; Aryani 2010). Tujuan tersebut meliputi:

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dalam masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat.

2.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan tahap dari upaya promosi kesehatan, maka sasaran dibagi menjadi tiga kelompok sasaran, yaitu:

1. Sasaran primer (*primary target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA, anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya.

2. Sasaran sekunder (*secondary target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan

kesehatan kepada kelompok ini diharapkan selanjutnya kelompok memeberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder adalah sejalan dengan strategi dukungan social (*social support*).

3. Sasaran tersier (*tertiary target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier promosi kesehatan. Dengan kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini, akan mempunyai dampak terhadap perilaku tokoh masyarakat (sasaran sekunder) dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Uapaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan denga strategi advokasi (*advocacy*).

2.3.4 Metode dan media Pendidikan kesehatan

1. Metode Pendidikan kesehatan

Promosi kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Promosi kesehatan juga merupakan suatu proses yang mempunyai masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Suatu promosi kesehatan bertujuan untuk perubahan perilaku. Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga yaitu individual, kelompok dan massa. Metode pendidikan kesehatan individual dapat dilakukan melalui *guidance*, *councelling* dan *interview*. Metode pendidikan kesehatan kelompok dibagi menjadi dua yaitu kelompok besar dan kelompok kecil. Kelompok besar dapat dilakukan

dengan ceramah dan seminar sedangkan kelompok kecil dapat dilakukan dengan metode diskusi kelompok, *brain storming*, *snow balling*, *buzz group*, *role play*, *stimulasi game*, *jigsaw*.

2. Media Pendidikan kesehatan

Dalam penyampaian pendidikan kesehatan diperlukan media/alat peraga yang berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan. Penggunaan media (alat bantu) pendidikan kesehatan yang mempunyai intensitas yang paling tinggi adalah benda asli sedangkan yang mempunyai intensitas penerimaan kepada sasaran yang paling rendah adalah dengan kata-kata. Berdasarkan fungsinya, media dibagi dalam tiga jenis yaitu media cetak (leaflet, booklet, foto, buku pedoman, flipchart, brosur, majalah), media elektronik (TV, lcd, proyektor, radio, slide, film, video, VCD) dan media papan yang dipasang di tempat umum seperti reklame, spanduk (Notoadmodjo, 2012)

2.3.5 Metode Pendidikan Kesehatan Pada Tahap Perkembangan Remaja.

Menurut (Makhfudli, 2009) dalam buku keperawatan kesehatan komunitas mengungkapkan bahwa metode promosi kesehatan yang sesuai dengan tahapan perkembangan pada remaja adalah pembelajaran kooperatif, *problem- based learning*, diskusi, demonstrasi dan *role play*.

1. Pengertian Pembelajaran Kooperatif

Pembelajaran kooperatif merupakan falsafah sebagai tanggung jawab pribadi dan sikap menghormati sesama. Peserta didik bertanggung jawab atas belajar mereka sendiri dan berusaha

menemukan informasi untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang dihadapkan pada mereka. Dengan kata lain sistem pembelajaran ini memberi kesempatan kepada anak didik untuk bekerja sama dengan sesama saling berdiskusi, saling membantu dan berargumentasi dalam menyelesaikan suatu tugas atau mengerjakan sesuatu untuk mencapai tujuan bersama dalam pembelajaran (Suprijono, 2012).

2. Tipe Pembelajaran Kooperatif.

Beberapa tipe pembelajaran kooperatif/ kelompok yang ditemukan oleh beberapa ahli antara lain Slavin (1985), Lazarowitz (1988), atau Sharan (1990) dalam adalah sebagai berikut: *Circle learning*, *Investigation group* (Group Penyelidikan), *jigsaw*, *NHT* (*Numbered heads Together*), *TAI* (*Team Assisted Individualization*), *STAD* (*Student Team Achievement Division*), *TGT* (*team Games Tournament*) (Suharsimi, 2011).

3. Tahap Pembelajaran Kooperatif Tipe *jigsaw*

Pada pembelajaran model *jigsaw* para siswa bekerja dalam tim yang heterogen. Para siswa diberikan tugas untuk membaca beberapa bab atau unit, dan diberikan lembar ahli yang terdiri atas topik-topik yang berbeda yang mempunyai fokus perhatian masing-masing anggota tim saat mereka membaca. Setelah semua peserta didik selesai membaca, siswa dan tim berbeda yang mempunyai topik yang sama bertemu dalam kelompok ahli untuk menentukan topik mereka. Para ahli tersebut kemudian kembali kepada tim mereka dan mengajari teman satu timnya mengenai topik mereka (Suprijono, 2012).

Selanjutnya para siswa menerima penilaian yang mencakup seluruh topik dan skor kuis akan menjadi skor tim. Skor – skor yang dikontribusikan para siswa kepada timnya didasarkan pada sistem skor perkembangan individual dan para siswa dan timnya didasarkan pada sistem skor perkembangan individual dan para siswa yang timnya meraih skor tertinggi akan menerima hadiah tertentu. Dengan demikian para siswa termotivasi untuk mempelajari materi dengan baik dan untuk bekerja keras dalam kelompok ahli mereka supaya dapat membantu timnya melakukan tugas dengan baik.

Tahapan-tahapan penerapan pembelajaran metode *jigsaw* berlangsung 45- 60 menit selama 1-3 x pertemuan menurut Douglas karbi dalam Qolbi (2014). Tahap-tahap *jigsaw* dikembangkan oleh Arrends (1997) adalah sebagai berikut : (dalam Martinis Yamin, 2013; 93)

A. Tahap Pendahuluan

- a. Menjelaskan pada siswa tentang model pembelajaran yang dipakai dan menjelaskan manfaatnya.
- b. Pembentukan kelompok.
- c. Setiap kelompok terdiri dari 3-6 siswa (Sesuai sub pokok bahasan) dengan kemampuan siswa yang heterogen.
- d. Pembagian materi/soal pada setiap anggota kelompok.

B. Tahap Penguasaan

- a. Siswa dengan materi/soal yang sama bergabung dalam kelompok ahli dan berusaha menguasai materi sesuai dengan soal yang diterima.
- b. Fasilitator memberikan bantuan sepenuhnya dalam hal ini adalah membantu proses pencarian data yang benar dan mengarahkan responden agar semua aktif.

C. Tahap Penalaran

- a. Setiap siswa kembali ke kelompok asalnya.
- b. Setelah selesai diskusi sebagai tim ahli tiap anggota kembali ke kelompok asal dan bergantian mengajar teman satu tim mereka tentang subbab yang mereka kuasai dan tiap anggota lainnya mendengarkan dengan sungguh-sungguh.
- c. Terjadi diskusi antar siswa dalam kelompok asal.
- d. Dari diskusi tersebut siswa memperoleh jawaban soal.
- e. Fasilitator berperan dan mengoreksi dan mengarahkan apabila ada kesalahan dalam penyampaian materi.

D. Penutup.

2.3.6 Faktor Keberhasilan metode *Jigsaw*.

Faktor faktor kunci keberhasilan yang harus diperhatikan dalam penerapan metode *jigsaw* menurut Sanjaya (2010) adalah:

1. *Positive interdependence*. Setiap anggota kelompok harus memiliki ketergantungan satu sama lain yang dapat menguntungkan dan merugikan anggota kelompok lainnya.

2. *Individual accountability*. Setiap anggota kelompok harus memiliki rasa tanggung jawab atas kemajuan proses belajar seluruh anggota termasuk dirinya sendiri.
3. *Face- to – face promotive interaction*. Anggota kelompok melakukan interaksi tatap muka yang mencakup diskusi dan kolaborasi dari materi pembahasan.
4. *Social skill*. Setiap anggota kelompok harus memiliki kemampuan bersosialisasi dengan anggota lainnya sehingga pemahaman materi dapat diperoleh secara kolektif.
5. *Groups processing and reflection*. Kelompok harus melakukan evaluasi terhadap proses belajar untuk meningkatkan kinerja kelompok.

2.3.7 Hambatan metode *jigsaw*

Tidak selamanya proses belajar dengan metode *jigsaw* berjalan dengan lancar. Ada beberapa hambatan yang dapat muncul menurut Sanjaya (2010) antara lain :

1. Kurang terbiasa peserta didik dan pengajar dengan model ini. Peserta didik dan pengajar masih terbawa kebiasaan model konvensional, dimana pemberian materi terjadi secara satu arah.
2. Membutuhkan waktu yang lebih lama apalagi bila ada penataan ruang belum terkondisi dengan baik, sehingga perlu waktu merubah posisi yang dapat juga menimbulkan gaduh serta butuh waktu dan persiapan yang matang sebelum model pembelajaran ini bisa berjalan dengan baik.

2.3.8 Kaitan *Jigsaw* dengan pencegahan HIV/AIDS

Selain faktor lingkungan, penyebab HIV/AIDS adalah pengetahuan, sikap dan tindakan remaja, menurut Green (1980), perilaku individu dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling faktor*) dan faktor pendorong (*Reinforcing faktor*). Semua faktor tersebut dapat dimanipulasi dengan pemberian suatu pendidikan kesehatan. Dengan menganut teori tersebut, pendidikan kesehatan dapat diberikan dalam upaya pencegahan HIV/AIDS dengan cara meningkatkan pengetahuan dan sikap untuk membentuk perilaku atau tindakan.

Metode *Jigsaw* adalah metode pembelajaran berbasis kelompok. Anggota kelompok tersebut didorong untuk melakukan diskusi dengan anggota lain. Metode pembelajaran tersebut sesuai dengan remaja di mana pada masa remaja individu dihadapkan pada beberapa tugas perkembangan remaja sesuai yang dikemukakan Kay (Yusuf, 2008) yaitu mengembangkan keterampilan komunikasi interpersonal dan belajar bergaul dengan teman atau orang lain, baik secara individu maupun kelompok dan menerima dirinya sendiri dan memiliki kepercayaan terhadap kemampuannya sendiri.

2.3.9 Perbandingan *Jigsaw* dengan metode pembelajaran lain.

Jigsaw merupakan metode yang memanfaatkan dinamika kelompok dalam pelaksanaannya, dimana nantinya anggota kelompok akan diajak berdiskusi secara berkelompok yang dilakukan beberapa tahap. Diskusi pertama akan diikuti oleh kelompok *Jigsaw* awal yang terdiri dari anggota

kelompok yang memiliki tugas untuk mempelajari materi yang berbeda-beda selanjutnya, akan dibentuk tim ahli dimana seluruh anggota yang membahas topik yang sama dari tiap kelompok berkumpul untuk mendalami satu topik yang tersebut. Selanjutnya, anggota kelompok akan kembali membentuk kelompok *Jigsaw* dan menjabarkan topik-topik yang telah dialami masing-masing anggota (Sanjaya, 2010).

2.4 Taksonomi Pembelajaran

Tujuan pembelajaran merupakan perilaku yang diharapkan dapat dicapai/dimiliki oleh peserta didik dengan melakukan aktivitas belajar yang direncanakan. Hal penting yang perlu diperhatikan dalam merumuskan tujuan pembelajaran adalah :

1. Kejelasan
2. Urgensi
3. Tingkat kesulitan
4. Kesesuaian dengan tingkat perkembangan siswa.

Jenis perilaku yang diharapkan muncul setelah mengikuti sebuah kegiatan belajar adalah perilaku kognitif, perilaku afektif, dan perilaku psikomotor. Rumusan kompetensi yang dibuat dalam sebuah rencana pembelajaran merupakan kompetensi minimal yang harus dicapai oleh semua peserta didik. Namun, guru perlu juga memikirkan tentang apa yang mungkin dipelajari oleh beberapa peserta didik yang pintar (Sani, 2015).

Taksonomi belajar dalam domain kognitif yang paling umum dikenal adalah taksonomi Bloom. Benjamin S. Bloom membagi taksonomi hasil belajar dalam enam kategori, yakni pengetahuan (*knowledge*), pemahaman

(*comprehension*), penerapan (*application*), analisis, sintesis, dan evaluasi. Tingkat pemahaman peserta didik dianggap berjenjang dengan tingkat paling rendah (C1): pengetahuan atau mengingat, sampai tingkat paling tinggi (C6): evaluasi.

Pengertian masing – masing tingkatan kognitif sebagai berikut :

1. Pengetahuan : peserta didik dapat mengingat informasi konkret ataupun abstrak.
2. Pemahaman : peserta didik memahami dan menggunakan (menerjemahkan, menginterpretasi, dan mengekstrapolasi) informasi yang dikomunikasikan.
3. Aplikasi : peserta didik dapat menerapkan konsep yang sesuai pada suatu problem atau situasi baru.
4. Analisis : peserta didik dapat menguraikan informasi atau bahan menjadi beberapa bagian dan mendefinisikan hubungan antar-bagian.
5. Sintesis : peserta didik dapat menghasilkan produk, menggabungkan beberapa bagian dari pengalaman atau bahan/informasi baru untuk menghasilkan sesuatu yang baru.
6. Evaluasi : peserta didik memberikan penilaian tentang ide atau informasi baru.

Anderson dan Krathwohl (2000) menelaah kembali taksonomi Bloom dan melakukan revisi seperti yang digambarkan pada tabel berikut.

Tabel. 2.1 Revisi Taksonomi Bloom

Tingkatan	Taksonomi Bloom (1956)	Anderson dan Krathwohl (2000)
C1	Pengetahuan	Mengingat
C2	Pemahaman	Memahami
C3	Aplikasi	Menerapkan
C4	Analisis	Menganalisis
C5	Sintesis	Mengevaluasi
C6	Evaluasi	Berkreasi (sintesis)

Catatan: pada taksonomi Bloom yang direvisi digunakan kata kerja (Sani, 2015)

2.5 Konsep Perilaku

Perilaku manusia dibedakan antara perilaku tertutup (*covert*) dan terbuka (*overt*). Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap suatu stimulus. Bentuk *covert* behavior yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Perilaku terbuka (*overt*) terjadi bila respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati orang lain dari luar.

2.5.1 Ranah domain perilaku kesehatan

Menurut Notoatmojo (2010) perilaku seseorang sangat kompleks, dan mempunyai bentangan yang luas. Bloom (1908) membedakan perilaku dalam 3 area, wilayah atau ranah atau domain perilaku, yaitu kognitif (Kognitif), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psycomotor*), setelah itu berkembang menjadi tiga tingkat ranah perilaku, yaitu:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terhadap objek terjadi melalui proses panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri, sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Peningkatan yang mencakup di dalam kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan apabila seseorang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang telah diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, dan mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang telah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau mengelompokan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri (Notoatmodjo, 2010).

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu faktor internal (Pendidikan, pekerjaan, umur) dan faktor Eksternal (faktor lingkungan, sosial budaya). Pengetahuan sendiri diukur setelah 2 minggu karena setelah 2 minggu diharapkan materi yang sudah diberikan akan mengendap dalam ingatan (retensi) (Budiharto, 2008).

2. Sikap

Sikap Merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu pengahayatan terhadap objek. Seperti halnya pengetahuan, Sikap terdiri atas berbagai tingkatan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010); Menerima (*Receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valing*), bertanggung jawab (*responsible*).

➤ **Komponen sikap**

Azwar (2007) menyatakan bahwa sikap memiliki 3 komponen yaitu:

a. **Komponen kognitif**

Komponen kognitif merupakan komponen yang berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

b. **Komponen afektif**

Komponen afektif merupakan komponen yang menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu

c. **Komponen perilaku**

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

➤ **Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap**

Azwar (2007) menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu.

a. Pengalaman pribadi

Middlebrook (dalam Azwar, 2007) mengatakan bahwa tidak adanya pengalaman yang dimiliki oleh seseorang dengan suatu objek psikologis, cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika yang dialami seseorang terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Situasi yang melibatkan emosi akan menghasilkan pengalaman yang lebih mendalam dan lebih lama membekas.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut

c. Pengaruh Kebudayaan

Burrhus Frederic Skinner, seperti yang dikutip Azwar sangat menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Kepribadian merupakan pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah penguat (*reinforcement*) yang kita alami (Hergenhahn dalam Azwar, 2007). Kebudayaan memberikan corak pengalaman bagi individu dalam suatu masyarakat. Kebudayaan telah

menanamkan garis pengarah sikap individu terhadap berbagai masalah.

d. Media Massa

Berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan individu. Media massa memberikan pesan - pesan yang sugestif yang mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Jika cukup kuat, pesan-pesan sugestif akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

e. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai sesuatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran - ajarannya. Konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan sehingga tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperanan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal. Apabila terdapat sesuatu hal yang bersifat

kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau mungkin juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak. Dalam hal seperti itu, ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan atau lembaga agama sering kali menjadi determinan tunggal yang menentukan sikap.

f. Faktor Emosional

Suatu bentuk sikap terkadang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang akan tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan bertahan lama.

2.5.2 Proses Adopsi Perilaku

Menurut Rogers (1974) yang di kutip oleh Notoatmodjo (2010), perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yaitu:

1. Kesadaran (*Awareness*)

Keadaan dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).

2. Merasa tertarik (*Interest*)

Keadaan dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus.

3. Menimbang-nimbang (*Evaluation*)

Individu akan menimbang baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya.

4. Mencoba (*Trial*)

Keadaan dimana individu mulai mencoba perilaku baru.

5. *Adaption*

Individu mulai terbiasa dengan perilaku baru.

2.5.3 Teori Perubahan Perilaku

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green yang dirintis sejak tahun 1980. Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE: *predisposing, enabling, dan reinforcing cause in educational diagnosis and evaluation*. PRECEDE ini merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. PRECEDE adalah merupakan fase diagnosis masalah (Notoatmodjo, 2010)

Sedangkan PROCEED merupakan akronim dari *policy, regulatory, organizational, constructin educational and environmental development*, merupakan arahan perencanaan, implementasi dan evaluasi pendidikan (promosi) kesehatan. Apabila PRECEDE merupakan fase diagnosis

masalah, maka PROCEED merupakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

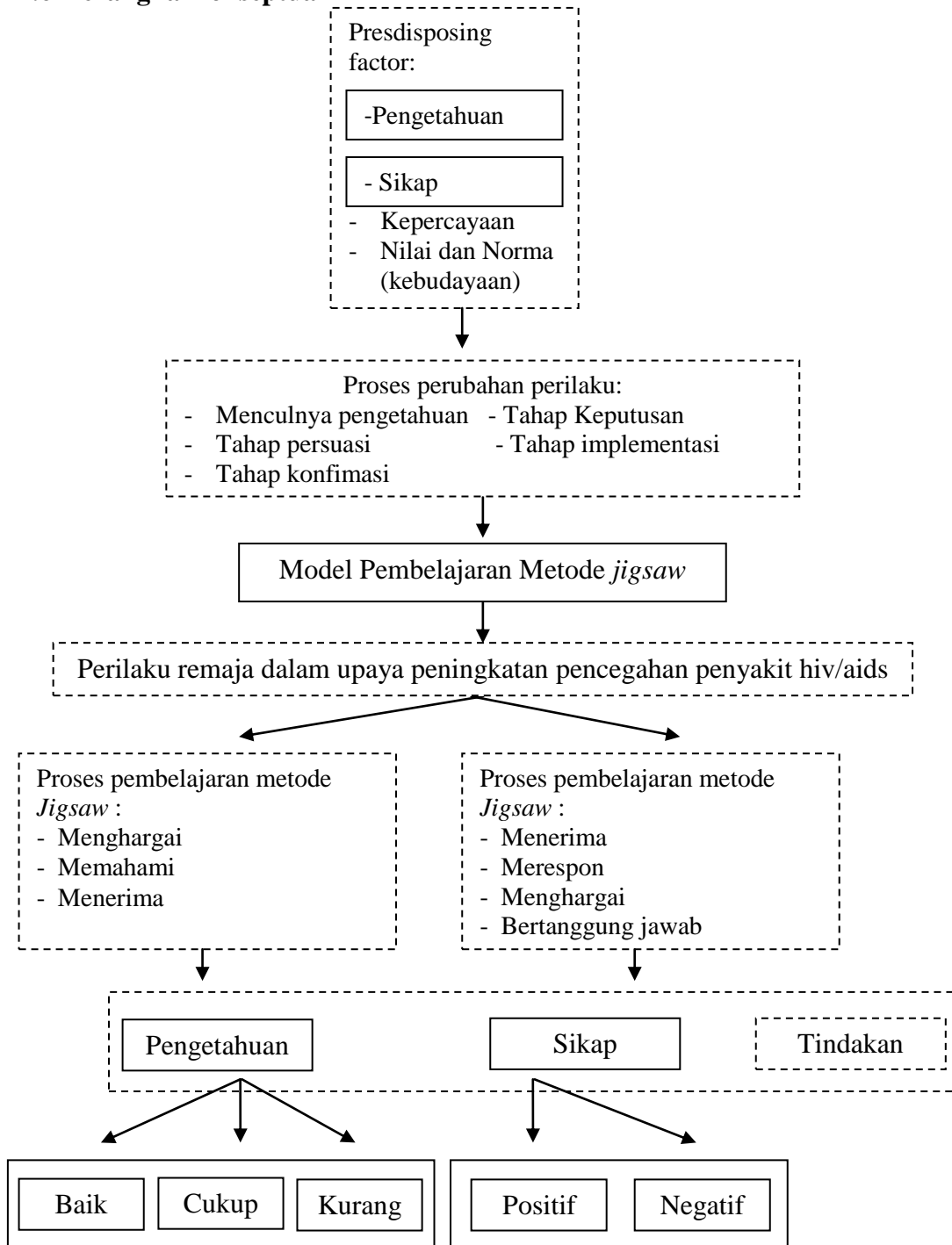
Lebih lanjut menurut Notoatmodjo (2010) model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai.
2. Faktor –faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
3. Faktor –faktor pendorong atau penguat (*reinforcing factors*)
4. Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Sikap mempunyai berbagai tingkatan yaitu menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab (Notoatmojo, 2010). Perubahan sikap terjadi karena selama proses pendidikan kesehatan individu yang bersangkutan telah mampu menyerap, mengolah, dan memahami informasi yang diterima sebagai stimulus. Komponen kepercayaan atau persepsi dari responden dalam bersikap mencegah penyakit hiv/aids sehingga menyebabkan sikap yang positif. Sikap merupakan respon tertutup dari individu terhadap suatu objek. Faktor yang mempengaruhi sikap seseorang antara lain pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting; pengaruh budaya yang dianut yang dapat mempengaruhi

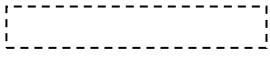
pola pikir, lingkungan tempat tinggal dan media masa yang berpengaruh dalam pembentukan opini dan kepercayaan seseorang serta pengaruh faktor emosional.

2.6 Kerangka Konseptual



Keterangan :

: Di ukur

 : Tidak diukur

Gambar 2.2 Kerangka konseptual pengaruh model pembelajaran *jigsaw* terhadap pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penyakit HIV/AIDS pada siswa SMAN 1 Krian.

Dari gambar 2.2 dapat dijelaskan mekanisme pendidikan kesehatan model pembelajaran *jigsaw* terhadap pengetahuan dan sikap remaja dalam upaya peningkatan Perilaku pencegahan HIV/AIDS pada siswa SMAN 1 Krian. Menurut teori Green (1991) perilaku individu atau masyarakat dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu: (1) *predisposing factor* atau faktor predisposisi, adalah faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga atau kelompok yang mempermudah individu untuk berperilaku atau kelompok yang mempermudah individu untuk berperilaku atau bertindak yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan sebagainya. (2) *Enabling factor* atau faktor pendukung, adalah faktor yang memungkinkan motivasi atau keinginan terlaksananya perilaku tersebut di dalamnya adalah sarana dan prasarana serta fasilitas kesehatan (3) *reinforcing factor* atau faktor pendorong adalah faktor yang menguatkan perilaku individu atau masyarakat yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh agama serta masyarakat.

Ketiga faktor tersebut menurut Green (1991) dapat dimanipulasi dengan pemberian pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan pada individu akan mempengaruhi faktor predisposisi yaitu pengetahuan dan sikap yang mempengaruhi tindakan atau perilaku individu. Pendidikan kesehatan metode *jigsaw* ini para peserta mendapat tanggung jawab untuk membaca, mempelajari dan memahami suatu topik yang telah ditentukan sehingga, baru setelah itu mereka bergantian untuk menyampaikan apa yang telah dipelajarinya antara satu peserta dalam satu kelompok. Dalam pertukaran materi secara bergantian ini akan

tercipta saling menghargai, menerima antara peserta satu dengan yang lain sehingga mereka menerima lebih banyak informasi dan diharapkan pengetahuan mereka meningkat sekaligus adanya saling menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab dalam menyampaikan topik antar sesama diharapkan bisa meningkatkan sikap peserta. Tugas perkembangan pada usia remaja adalah mengembangkan keterampilan komunikasi interpersonal dan belajar bergaul dengan teman atau orang lain, baik secara individu maupun kelompok dan menerima dirinya sendirian memiliki kepercayaan terhadap kemampuannya sendiri. Dengan melakukan pendidikan kesehatan mengenai upaya peningkatan perilaku pencegahan HIV/AIDS di SMAN 1 Krian - Sidoarjo dapat berubah menjadi lebih baik.

2.7 Hipotesis Penelitian

H1: Ada pengaruh model pembelajaran *jigsaw* terhadap pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penyakit HIV/AIDS.