

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 HIV/AIDS

a. Pengertian HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV), yaitu virus jenis retrovirus yang hidup dan berkembang dalam tubuh manusia dan dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh. *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) yaitu sekumpulan gejala penyakit yang timbul akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh yang didapat. AIDS disebabkan oleh HIV (BKKBN, 2013).

b. Penularan HIV/AIDS

HIV terdapat dalam darah, cairan sperma, vagina, dan ASI. HIV tidak dilaporkan terdapat pada air mata dan keringat (Widoyono, 2011). Setelah terpajan cairan yang terinfeksi, maka risiko infeksi yang bertambah berat bergantung pada *viral load* (jumlah virus di dalam darah), integrasi lokal pajanan, tipe, serta volume cairan tubuh (Mandal, 2008).

Cara penularan HIV menurut Komisi Penanggulangan AIDS (2010) yaitu:

1) Melalui Pertukaran Alat Suntik

Menggunakan kembali atau memakai alat suntik yang tidak steril secara bergantian merupakan cara penularan HIV yang efisien. Hal ini dapat terjadi di kalangan pengguna narkotika suntik. Selain itu, pemakaian alat tusuk yang menembus kulit, misalnya alat tindik, tato, alat *facial* wajah, pemakaian alat cukur bersama, kontak darah, melalui luka, serta melalui transfusi darah atau produk darah yang terinfeksi HIV.

2) Lewat Cairan Mani dan Cairan Vagina

Melalui hubungan seks penetratif (penis masuk ke dalam vagina atau anus), tanpa menggunakan kondom sehingga memungkinkan kontak cairan mani atau cairan vagina (untuk hubungan seks lewat vagina) atau kontak cairan mani yang terjadi dalam hubungan seks lewat anus.

3) Lewat Persalinan dan Air Susu Ibu (ASI)

Penularan ini dimungkinkan dari seorang ibu hamil dengan HIV positif (melalui plasenta, saat melahirkan, dan waktu menyusui). Kemungkinan penularan dari ibu ke bayi berkisar hingga 30%, artinya dari 10 kehamilan ibu yang positif HIV kemungkinan ada 3 bayi dengan HIV positif.

c. Hal-hal yang Tidak Menularkan HIV/AIDS

Menurut BKKBN (2013), HIV tidak menular melalui:

- 1) Berdekatan dengan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS), termasuk tinggal serumah atau bekerja dalam satu ruangan.
- 2) Berpelukan dan berjabat tangan dengan ODHA.
- 3) Makan atau minum di tempat sama dengan ODHA.
- 4) Pemakaian WC, wastafel, atau kamar mandi bersama.
- 5) Berenang di kolam renang yang sama.
- 6) Membuang ingus, bersin, batuk, atau meludah.
- 7) Gigitan nyamuk atau serangga lainnya.

d. Tanda-tanda Terinfeksi HIV/AIDS

Tidak ada tanda-tanda khusus bagi orang yang tertular atau terinfeksi HIV. Jadi secara fisik terlihat sehat, tapi yang bersangkutan berpotensi menularkan virus kepada orang lain. Menurut BKKBN (2013), tanda-tanda orang tertular HIV adalah:

- 1) Stadium I
 - a) Tidak bergejala
 - b) Pembesaran kelenjar getah bening menyeluruh
- 2) Stadium II
 - a) Berat badan menurun < 10%
 - b) Kelainan kulit ringan seperti ketombe, gatal-gatal, dan infeksi jamur
 - c) Herpes zoster (cacar air) dalam lima tahun terakhir

d) Infeksi saluran nafas atas

3) Stadium III

a) Berat badan menurun > 10%

b) Diare > 1 bulan

c) Demam > 1 bulan

d) Jamur mulut

e) TB paru (Tuberculosis atau infeksi paru)

f) Infeksi lainnya

4) Stadium IV

a) Berat badan menurun > 10%, diare > 1 bulan, dan demam > 1 bulan yang sulit sembuh

b) Kanker, khususnya kanker kulit yang disebut Sarcoma Kaposi

c) Jamur di kerongkongan, tenggorokan, dan saluran nafas

d) Gangguan otak

e. Diagnosis HIV/AIDS

Menurut Widoyono (2011), metode yang umum untuk menegakkan diagnosis HIV meliputi:

1) ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*)

Sensitivitasnya tinggi, yaitu sebesar 98,1-100%. Biasanya tes ini diberikan hasil positif 2-3 bulan setelah infeksi.

2) *Western bold*

Spesivitasnya tinggi, sebesar 99,6-100%. Pemeriksaannya cukup sulit, mahal, dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam.

3) PCR (*Polymerase Chain Reaction*)

Tes ini digunakan untuk:

- a) Tes HIV pada bayi, karena zat antimaternal masih ada pada bayi yang dapat menghambat pemeriksaan secara serologis.
- b) Menetapkan status infeksi individu yang seronegatif pada kelompok berisiko tinggi.
- c) Tes pada kelompok berisiko tinggi sebelum terjadi serokonversi.
- d) Tes konfirmasi untuk HIV-2, sebab ELISA mempunyai sensitivitas rendah untuk HIV-2.

Ditemukannya antibodi HIV dengan pemeriksaan ELISA perlu dikonfirmasi dengan *western bold*. Tes HIV ELISA (+) sebanyak tiga kali dengan reagen yang berlainan merk menunjukkan pasien positif mengidap HIV (Widoyono, 2011).

f. Kelompok Berisiko Tinggi Tertular HIV/AIDS

Menurut BKKBN (2013), kelompok yang dikategorikan mempunyai risiko tinggi terinfeksi HIV yaitu:

- 1) Pria atau wanita pekerja seks
- 2) Klien atau pelanggan pekerja seks
- 3) Pasangan tetap pekerja seks
- 4) Waria
- 5) Gay
- 6) Penyalahguna narkoba suntik
- 7) Bayi yang lahir dari ibu pengidap HIV

8) Warga binaan atau penghuni lapas dan rutan

g. Pencegahan Penularan HIV/AIDS

Menurut Pusat Promkes Kemenkes RI (2012), pencegahan penularan HIV (termasuk ABCD) ada 3 cara, yaitu:

1) Pencegahan penularan melalui hubungan seksual (ABC)

a) A = *abstinence* = puasa, yaitu tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah.

b) B = *be faithful* = setia pada pasangan, yaitu jika telah menikah melakukan hubungan seksual hanya dengan pasangannya saja.

c) C = *using condom* = menggunakan kondom, untuk salah satu pasangan suami istri yang telah terinfeksi HIV agar tidak menular pada pasangan.

2) Pencegahan penularan melalui darah (DE)

a) D = *drugs* = tidak menggunakan narkoba, terlebih lagi pemakaian narkoba dengan jarum suntik, karena dikhawatirkan jarum suntiknya tidak steril.

b) E = *equipment* = mewaspadaikan semua alat-alat tajam yang ditusukkan ke dalam tubuh atau yang dapat melukai kulit, seperti akupunktur dan jarum suntik.

c) Waspadaikan darah yang digunakan untuk transfusi, pastikan telah dicek HIV.

3) Pencegahan penularan dari ibu ke anak

- a) Intervensi berupa pemberian obat Antiretroviral (ARV) kepada ibu selama masa kehamilan (biasanya mulai usia kehamilan 36 minggu).
- b) Ibu melakukan persalinan cecar.
- c) Ibu memberikan susu formula sebagai pengganti ASI, karena ASI ibu penderita HIV mengandung virus (HIV).

h. Pengobatan Penderita HIV/AIDS

Saat ini, belum ditemukan obat yang dapat menghilangkan HIV/AIDS dari tubuh manusia. Obat yang ada hanya menghambat virus (HIV), tetapi tidak dapat menghilangkan HIV di dalam tubuh. Obat tersebut adalah antiretroviral (ARV). Ada beberapa macam obat ARV secara kombinasi (*triple drugs*) yang dijalankan dengan dosis dan cara yang benar mampu membuat jumlah HIV menjadi sangat sedikit, bahkan sampai tidak terdeteksi. Menurut data Pokdisus AIDS FKUI/RSCM, lebih dari 250 ODHA yang minum ARV secara rutin setiap hari, setelah enam bulan jumlah viral load-nya (banyaknya jumlah virus dalam darah) tidak terdeteksi. Meski sudah tidak terdeteksi, pemakaian ARV tidak boleh dihentikan, karena dalam waktu dua bulan akan kembali ke kondisi sebelum diberi ARV. (Pusat Promkes Kemenkes RI, 2012).

2.1.2 Remaja

a. Definisi dan Pengertian Remaja

Remaja didefinisikan sebagai masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Batasan usia remaja yang dikemukakan

memang berbeda-beda sesuai situasi sosial budaya setempat. Berbagai kata, definisi, rentang usia dan karakteristik digunakan untuk menggambarkan masa transisi dari anak menuju dewasa (BKKBN, Gerakan Pramuka, dan UNICEF, 2006).

Menurut WHO, batasan usia remaja (*adolescent*) adalah 10-20 tahun, yang dibagi menjadi dua bagian, yaitu remaja awal 10-14 tahun dan remaja akhir 15-20 tahun. Menurut PBB usia 15-24 tahun sebagai usia pemuda (*youth*) (Sarwono, 2005).

b. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Pertumbuhan merupakan suatu proses biologis yang menyebabkan perkembangan fisik yang dapat diukur. Perkembangan merupakan suatu proses seorang individu dalam aspek ketrampilan dan fungsi yang kompleks. Individu berkembang dalam pengaturan neuromuskuler, ketrampilan menggunakan anggota tubuh, serta perkembangan kepribadian, mental, serta emosi. (Behrman, 2010)

Menurut Kemenkes RI dalam buku Pusat Promkes Kemenkes RI (2012), pertumbuhan dan perkembangan fisik remaja meliputi:

1) Pertumbuhan dan Perkembangan Organ Reproduksi Remaja

a) Pada Remaja Perempuan

Peningkatan produksi hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan terjadinya perubahan pada organ seksual, yaitu: uterus mulai membesar, payudara membesar, puting payudara

menonjol dan terasa sakit bila disentuh, menstruasi, tumbuhnya rambut di sekitar kemaluan, ketiak, tangan, dan kaki.

b) Pada Remaja Laki-laki

Pada masa pubertas terjadi peningkatan produksi hormon testosteron yang menyebabkan terjadinya pertumbuhan dan perkembangan organ seksual, yaitu: penis membesar dan memanjang, testis bertambah besar, mimpi basah, tumbuh rambut di sekitar kemaluan, ketiak, dan di tahap akhir di tangan, kaki, dada, dan wajah (kumis dan janggut).

2) Pertumbuhan Tinggi dan Berat Badan Remaja

Pertumbuhan tinggi badan pada tahap awal lebih cepat daripada berat badan, sehingga remaja pada awalnya tampak tinggi dan kurus, didahului dengan tangan dan kaki, kemudian lengan dan tungkai kaki, lalu badan dan kepala, sehingga tubuh remaja tampak tidak proporsional.

3) Perubahan Suara

Suara menjadi lebih besar pada laki-laki.

4) Tumbuh Jakun

Pada remaja laki-laki tumbuh jakun di leher.

5) Peningkatan Produksi Kelenjar Minyak Dan Keringat

Peningkatan hormon estrogen dan progesteron pada remaja perempuan dan testosteron pada remaja laki-laki menyebabkan bertambahnya produksi kelenjar minyak dan keringat. Rambut dan

muka menjadi berminyak, sehingga jika kurang bersih akan menimbulkan jerawat pada wajah. Kulit mudah berkeringat dan mengeluarkan bau yang khas, terutama pada ketiak, pangkal paha, dan leher. Oleh karenanya, pada masa ini kebersihan pribadi harus lebih diperhatikan.

6) Pertumbuhan Organ Pernafasan dan Peredaran Darah

Sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangan tubuh, jantung dan paru-paru juga membesar, sehingga pernafasan menjadi lebih dalam dan lambat. Hal ini membuat daya tahan dan stamina meningkat saat latihan fisik.

c. Fase Perkembangan Remaja

Perkembangan remaja dalam perjalanannya dibagi menjadi tiga fase, yaitu fase remaja awal, fase pertengahan, dan fase akhir (Selina dan Hartono, 2010)

1) Remaja awal (10-14 tahun)

Remaja pada masa ini mengalami pertumbuhan fisik dan seksual dengan cepat. Pikiran difokuskan pada keberadaanya dan pada kelompok sebaya. Identitas terutama difokuskan pada perubahan fisik dan perhatian pada keadaan normal. Perilaku seksual remaja pada masa ini lebih bersifat menyelidiki, dan tidak membedakan. Sehingga kontak fisik dengan teman sebaya adalah normal. Remaja pada masa ini berusaha untuk tidak bergantung pada

orang lain. Rasa penasaran yang tinggi atas diri sendiri menyebabkan remaja membutuhkan privasi.

2) Remaja pertengahan (15-17 tahun)

Remaja pada fase ini mengalami masa sukar baik untuk dirinya sendiri maupun orang dewasa yang berinteraksi dengan dirinya. Proses kognitif remaja pada masa ini lebih rumit. Melalui pemikiran oprasional formal, remaja pertengahan mulai bereksperimen dengan ide, memikirkan apa yang dapat dibuat dengan barang barang yang ada, mengembangkan wawasan, dan merefleksikan perasaan kepada orang lain. Remaja pada fase ini mulai bereksperimen secara seksual, ikut serta dalam perilaku beresiko, dan mulai mengembangkan pekerjaan diluar rumah.

3) Remaja akhir (18-21 tahun)

Remaja pada fase ini ditandai dengan pemikiran operasional formal penuh, termasuk pemikiran mengenai masa depan baik itu pendidikan, kejuruan, dan seksual. Remaja akhir biasanya lebih berkomitmen pada pasangan seksualnya daripada remaja pertengahan. Kecemasan karena perpisahan yang tidak tuntas dari fase sebelumnya dapat muncul pada fase ini ketika mengalami perpisahan fisik dengan keluarganya.

2.1.3 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2005).

a. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2005), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 5 tingkat, yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah memahami harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, dan menyimpulkan.

3) Aplikasi (*Application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus atau metode, dan prinsip.

4) Analisis (*Analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih berkaitan.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan menyusun formulasi yang baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek, penilaian didasarkan pada kriteria yang telah ditentukan sendiri.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Menurut Mubarak (2007), tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi beberapa faktor, diantaranya:

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah serta berlangsung seumur

hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut menerima informasi.

2) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun milik orang lain sehingga dapat dijadikan sebagai sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan yang diperoleh dengan cara memecahkan masalah yang dihadapi. Pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata sesuai dengan bidang kerjanya.

3) Usia

Usia berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah tua akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik.

4) Kebudayaan Lingkungan Sekitar

Kebudayaan dan lingkungan sekitar sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi dan sikap seseorang.

5) Minat

Minat menjadikan seseorang untuk mencoba menekuni suatu hal dan akhirnya diperoleh pengetahuan yang mendalam.

6) Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Media informasi hakikatnya adalah alat bantu pendidikan termasuk pendidikan kesehatan.

c. Kriteria Pengetahuan

Kriteria pengetahuan menurut Wawan dan Dewi (2011) yaitu:

- 1) Pengetahuan baik : 75-100 %
- 2) Pengetahuan cukup : 56-75 %
- 3) Pengetahuan kurang : <56 %

2.1.4 Pendidikan Sebaya (Edukasi Sebaya)

a. Definisi

Pendidik Sebaya (*Peer Educator*) adalah remaja/mahasiswa yang secara fungsional mempunyai komitmen dan motivasi yang tinggi, sebagai narasumber bagi kelompok remaja atau mahasiswa sebayanya yang telah mengikuti pelatihan/orientasi pendidik sebaya atau yang belum dilatih dengan mempergunakan Panduan Kurikulum dan Modul Pelatihan yang telah disusun oleh BKKBN, serta bertanggung jawab kepada Ketua Pusat Informasi dan Konseling Remaja/Mahasiswa atau PIK R/M (BKKBN, 2012).

Pendidik Sebaya KRR (Kesehatan Reproduksi Remaja) adalah orang yang menjadi narasumber bagi kelompok remaja sebayanya yang telah mengikuti pelatihan pendidik sebaya KRR. Mereka adalah orang

yang aktif dalam kegiatan sosial dilingkungannya, misalnya aktif di organisasi kepemudaan seperti Karang Taruna, Pramuka, OSIS, PKK, dan lain-lain. Pendidik sebaya berusia 10-24 tahun. Keberadaan dan peranan pendidik sebaya di lingkungan remaja sangat penting artinya dalam membantu remaja untuk mendapatkan informasi dan pelayanan konseling yang cukup dan benar tentang KRR (BKKBN, 2008).

b. Model Edukasi Sebaya

Model pembelajaran yang diterapkan dalam pendidikan sebaya adalah komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Pendidikan sebaya diidentifikasi sebagai sarana penting menyebarkan informasi tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi karena terkait masalah seks sering sulit untuk membahas secara terbuka dan adanya hambatan untuk menyampaikan secara formal pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah. Pendidikan sebaya dapat mengatasi beberapa kesulitan, dapat mentransfer pengetahuan dan komunikasi dilakukan lebih bebas dan secara terbuka dalam kelompok sebaya (UNESCO).

c. Harapan *Peer Educator*

Peer Educator bisa menjadi kekuatan untuk mendorong dan mempengaruhi teman sebayanya serta dapat menjadi contoh yang baik bagi teman sebayanya kontrol kesehatan PMS dan test HIV. Edukasi sebaya sebagai promosi kesehatan melalui pemberdayaan individu dengan terus meningkatkan harapan, dukungan, untuk dapat

mempraktikan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari (Gessang, 2007).

d. Pentingnya *Peer Educator*

Pendidik sebaya sebagai aktor utama dalam pendidikan kesehatan. Pendidik sebaya bertugas memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang kesehatan reproduksi kepada teman sebaya. Melalui pendidik sebaya inilah, diharapkan remaja melakukan perubahan perilaku dengan mempraktikkan hidup sehat dan menghindarkan diri dari risiko TRIAD KRR (Seksualitas, Napza, dan HIV/AIDS). Di luar kegiatan edukasi dan konseling, *peer educator* juga berperan merancang dan kegiatan-kegiatan penunjang, seperti religi, olahraga, seni dan soft skill (kepemimpinan dan kewirausahaan), namun juga bagi teman sebaya atau remaja lain (Imron, 2012).

e. Penyelenggaraan *Peer Educator*

Pendidikan sebaya yang dilakukan oleh *Peer Educator* (PE) sebaiknya diikuti oleh tidak lebih dari 12 peserta untuk tiap *Peer Educator* (PE), agar setiap peserta mempunyai kesempatan lebih banyak untuk bertanya dan berdiskusi. Bila peserta terlalu banyak, tanya jawab menjadi tidak efektif, dan peserta tidak mendapatkan pemahaman serta pengetahuan yang cukup memadai (BKKBN, 2002).

f. Kriteria *Peer Educator*

- 1) Kemampuan untuk berkomunikasi secara jelas dan persuasive
- 2) Bisa membaca dan menulis

- 3) Dikenal, dapat diterima, dan dihargai oleh komunitasnya
- 4) Bersedia dan tertarik sebagai relawan untuk menjadi PE
- 5) Memiliki prospek untuk menjadi model (contoh yang baik) bagi kelompoknya
- 6) Orang yang mudah ditemui teman sebaya
- 7) Terbuka, responsif, dan mudah menerima ide-ide baru
- 8) Mempunyai rasa percaya diri dan kemampuan menjadi pemimpin
- 9) Mempunyai motivasi dan komitmen yang tinggi bekerja untuk pencegahan HIV dan AIDS
- 10) Menunjukkan sikap empati dan menghormati pada orang-orang yang hidup dengan HIV dan AIDS
- 11) Mempunyai waktu dan tenaga
- 12) Mau bekerja dalam jam yang tidak tentu
- 13) Mempunyai sikap tidak menghakimi
- 14) Mempunyai kesamaan latar belakang sosial-budaya (usia, bahasa, jenis kelamin, kelas sosial) dengan Kelompok Dampingan (KD) (Gessang, 2007).

g. Hal-hal yang sebaiknya dihindari oleh *Peer Educator*

Hal-hal yang sebaiknya dihindari oleh *Peer Educator* (Pendidik Sebaya) menurut BKKBN (2002):

- 1) Tidak meremehkan komentar dan pendapat peserta.
- 2) Tidak memahami materi.
- 3) Tidak berbicara dengan nada yang keras kepada peserta.

- 4) Jangan memfasilitatori.
- 5) Jangan hanya melihat pada satu atau dua peserta saja, tetapi keseluruhan secara bergantian.
- 6) Jangan menghakimi peserta yang mengungkapkan suatu permasalahan atau bertanya

Tahapan edukasi sebaya: tahapan kegiatan edukasi sebaya menurut IPPF (2004) antara lain: perencanaan, rekrutmen dan pelatihan, implementasi, monitor dan evaluasi.

a. Perencanaan: merupakan bagian penting kegiatan edukasi sebaya.

Perencanaan edukasi sebaya meliputi mengidentifikasi kebutuhan atau masalah, menentukan tujuan, memilih populasi target, merancang kegiatan edukasi sebaya, menentukan penanggung jawab kegiatan, memperkirakan sumber daya yang dibutuhkan, monitor dan evaluasi.

Peran serta remaja dalam perencanaan sangat penting karena mereka akan berkontribusi dalam menetapkan harapan untuk rekan sebaya.

Peran serta remaja sangat penting karena mengidentifikasi kebutuhan kelompok sasaran meliputi usia, masalah yang dihadapi, norma, ketersediaan waktu, keadaan ekonomi dan keluarga serta status. Perlu juga mengidentifikasi faktor penghambat pelaksanaan program. Data yang dikumpulkan dari penilaian kebutuhan akan membantu menentukan strategi dan kegiatan apa yang akan paling cocok untuk target populasi.

- b. Rekrutmen dan pelatihan: keberhasilan program edukasi sebaya sebagian besar ditentukan oleh keterampilan dan komitmen pendidik sebaya yang berpartisipasi dalam program. Pelatihan tim pendidik sebaya difasilitasi pengetahuan atau isu yang sedang berkembang, keterampilan berkomunikasi, keterampilan memimpin, sesuai kepribadian, emosional dan kultur. Waktu pelaksanaan pelatihan tim edukasi sebaya selama 3 hari dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan (Bintarti, 2000). Pernyataan lain mengatakan dapat dilakukan 30-40 menit secara berkala dengan metode yang tepat atau sesuai untuk memotivasi kelompok (Hayati, 2009).
- c. Implementasi : merupakan aktifitas yang dilakukan oleh tim pendidik sebaya dari lingkungan yang akan menerima Pendidikan. Implementasi dari tim pendidik sebaya meliputi kegiatan promosi. Kegiatan ini memberikan informasi kepada sebaya dalam rangka meningkatkan kesadaran tentang masalah. Aktifitas yang digunakan dalam bentuk diskusi kelompok, menonton tv, konser music, dan program radio dalam kelompok sebaya. Salah satu metode sebaya menurut MC. Donald, *et all*, (2001) adalah sesi kelompok, seni gambar, drama, majalah serta pemanfaatan web, dan pendekatan kreatif antara lain permainan interaktif dan permainan peran.
- d. Monitor dan evaluasi: Tahapan akhir dari kegiatan edukasi sebaya adalah memonitoring dan mengevaluasi. Tahapan ini dilakukan untuk

mengetahui apakah program yang diimplementasikan sesuai rencana dan memiliki efek yang diinginkan pada populasi sasaran.

Edukasi sebaya dikatakan berhasil apabila menghasilkan perubahan bagi tim pendidik dan teman sebaya. Berdasarkan penelitian Yansyah (2011), dengan metode kualitatif menunjukkan bahwa aktifitas dari peran pendidik sebaya membawa dampak positif bagi remaja (teman sebayanya) karena remaja memperoleh pengetahuan lebih baik tentang kesehatan reproduksi. Sedangkan hasil penelitian Nisma (2008), bahwa pengaruh yang signifikan penyampaian Pendidikan kesehatan selama 3 kali pertemuan oleh teman sebaya dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi siswa/siswi SMP2 Kasihan Bantul Yogyakarta. IPPF (2004) menyatakan proses yang terjadi pada tahapan evaluasi adalah pengawasan edukasi sebaya melalui proses memantau dan memberikan dukungan terus-menerus kepada mereka, monitoring kegiatan dan menilai apakah kegiatan yang dilakukan seperti yang direncanakan dan sesuai tujuan yang telah ditetapkan, evaluasi program edukasi sebaya dengan mengukur apakah tujuan telah dicapai.

2.1.5 Pembelajaran *Talking Stick*

a. Definisi

Model pembelajaran *Talking Stick* merupakan satu dari sekian banyak satu model pembelajaran kooperatif. Model Pembelajaran *Talking Stick* dilakukan dengan berbantuan tongkat. Tongkat dijadikan jatah atau giliran untuk berpendapat atau menjawab pertanyaan dari

fasilitator setelah siswa mempelajari materi pelajaran. Model pembelajaran *Talking Stick* sangat cocok diterapkan khususnya pada siswa-siswa SD, SMP, dan SMA/SMK. Selain sebagai metode agar siswa mau berpendapat, tetapi juga untuk melatih siswa berani berbicara. Dengan model pembelajaran ini suasana kelas bisa terlihat lebih hidup dan tidak monoton (Shoimin, 2014)

b. Langkah-langkah pembelajaran *Talking Stick*

Adapun langkah-langkah yang dilakukan dalam teknik pembelajaran kooperatif tipe *talking stick* yaitu:

- 1) Fasilitator membentuk kelompok yang terdiri dari 5-6 orang.
- 2) Fasilitator menyiapkan sebuah tongkat yang penjangnya kira-kira 20 cm.
- 3) Fasilitator menyampaikan materi pokok yang akan dipelajari, kemudian memberikan kesempatan para kelompok untuk membaca dan mempelajari materi pelajaran tersebut dalam waktu yang telah ditentukan.
- 4) Setelah peserta didik selesai membaca materi pelajaran dan mempelajari isinya, fasilitator mempersilahkan peserta didik untuk menutup isi bacaan.
- 5) Fasilitator mengambil tongkat dan memberikannya kepada salah satu anggota kelompok, dan tongkat disalurkan dari peserta didik yang satu ke peserta didik yang lain, setelah itu fasilitator memberikan pertanyaan dan peserta didik yang memegang tongkat

tersebut harus menjawabnya. Demikian seterusnya sampai sebagian besar peserta didik mendapat bagian untuk menjawab setiap pertanyaan dari fasilitator. Ketika *stick* bergilir dari peserta didik ke peserta didik lainnya, seyogyanya diiringi dengan musik.

- 6) Peserta didik yang lainnya boleh membantu menjawab pertanyaan jika anggota kelompoknya tidak bisa menjawab pertanyaan.
- 7) Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta didik melakukan refleksi terhadap materi yang telah dipelajarinya.
- 8) Fasilitator memberikan ulasan terhadap seluruh jawaban yang diberikan peserta didik, selanjutnya bersama – sama peserta didik merumuskan kesimpulan (Shoimin, 2014)

c. Kelebihan dan Kekurangan Pembelajaran *Talking Stick*

Setiap model pembelajaran pastinya memiliki kelebihan dan kelemahan. Berikut ini akan dipaparkan kelebihan dan kelemahan dalam model pembelajaran kooperatif tipe *Talking Stick*. Kelebihan dari model pembelajaran kooperatif tipe *Talking Stick* adalah (Shoimin, 2014) :

- 1) Menguji kesiapan peserta didik dalam pembelajaran
- 2) Melatih peserta didik memahami materi dengan cepat
- 3) Memacu agar peserta didik untuk lebih giat belajar, karena peserta didik tidak pernah tahu tongkat akan sampai pada gilirannya.
- 4) Peserta didik berani mengemukakan pendapat.

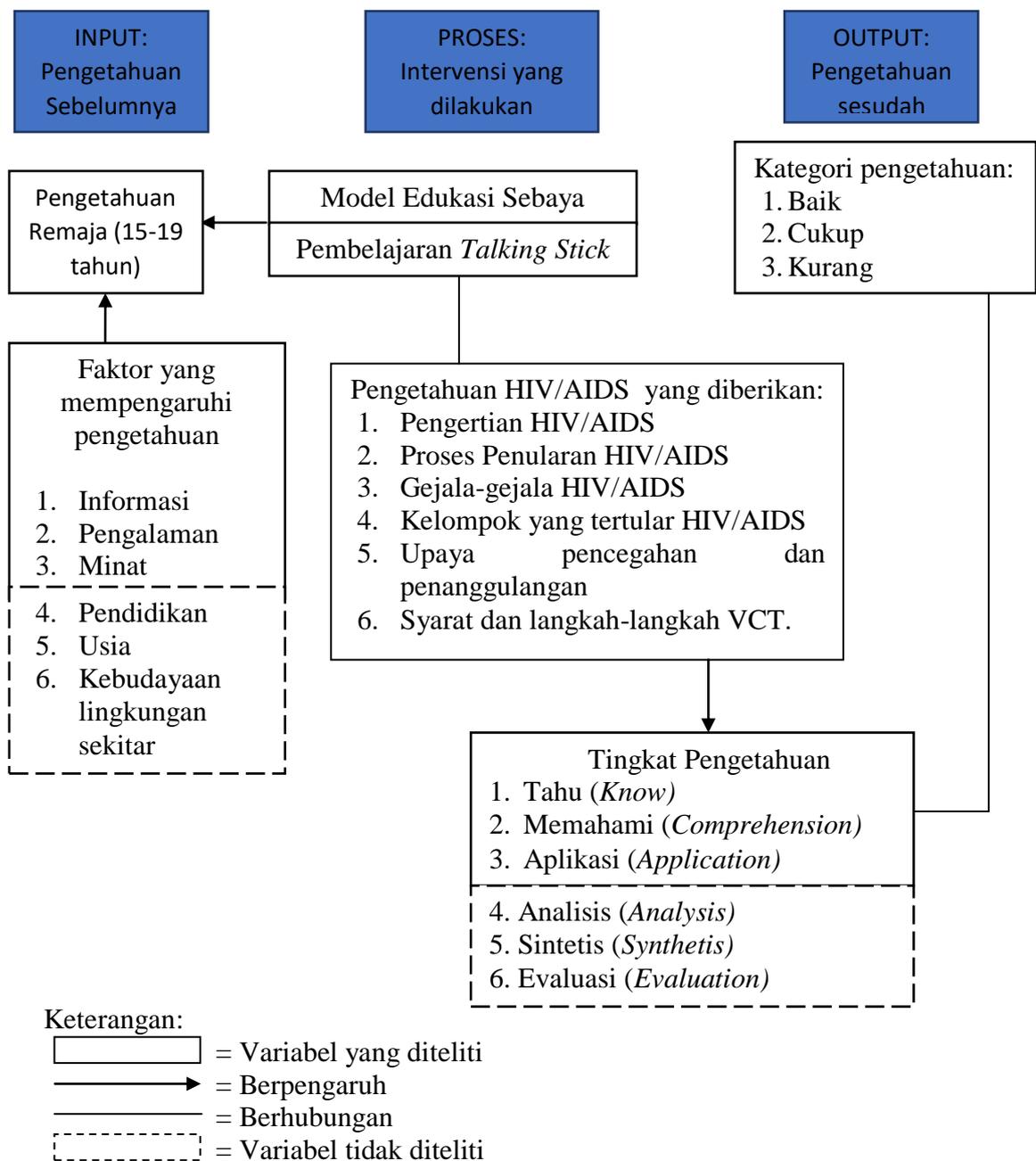
Kelemahan dari model pembelajaran kooperatif tipe *Talking Stick* adalah (Sanjaya, 2006)

- 1) Membuat peserta didik senam jantung
- 2) Peserta didik yang tidak siap tidak bisa menjawab
- 3) Membuat peserta didik tegang
- 4) Ketakutan akan pertanyaan yang akan diberikan oleh guru

2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah bagian terpenting dari penelitian, kerangka konsep akan mempermudah peneliti untuk menghubungkan hasil penelitian dengan teori ilmiah yang ada. Kerangka konsep didefinisikan sebagai penggambaran secara umum dari hal-hal yang khusus yang terdiri dari variabel-variabel penelitian yang saling berhubungan (Nursalam dan Efendi, 2008).

Peneliti mengidentifikasi model edukasi sebaya menggunakan teknik *talking stick* sebagai variabel bebas (*independent*), sedangkan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS sebagai variabel terikat (*dependent*).



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian Model Edukasi Menggunakan Teknik *Talking Stick* Terhadap Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS.

2.3 Hipotesis

H₁ : Ada pengaruh model edukasi sebaya menggunakan teknik pembelajaran *talking stick* terhadap pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS.