

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Remaja

2.1.1 Pengertian Remaja

Kata “remaja” berasal dari bahasa latin yaitu *adolescere* yang berarti *to grow* atau *to grow maturity* (Golinko, 1984 dalam Rice, 1990). Banyak tokoh yang memberikan definisi mengenai remaja, seperti Menurut Hurlock, 1973 masa remaja adalah masa transisi atau peralihan dari masa anak ke dewasa, pada masa ini individu banyak mengalami perubahan-perubahan fisik maupun psikis. Sulit untuk menentukan kapan masa remaja ini dimulai dan kapan masa remaja ini berhenti. Pada umumnya beberapa ahli menentukan awal atau permulaan dari masa remaja terjadi pada saat pubertas, sedangkan akhir dari masa remaja terjadi pada saat individu sudah dapat memikul tanggung jawab orang dewasa seperti bekerja dan menikah (Cole, dalam Mulyani, 1984). Menurut Monks, dkk, 1992 secara global masa remaja terjadi pada saat individu tersebut berusia 12 sampai dengan 21 tahun.

Menurut Papalia dan Olds tahun 2001, masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluhan tahun (*rumahbelajarpsikologi.com*).

Sedangkan Anna Freud (dalam Hurlock, 1990) berpendapat bahwa pada masa remaja terjadi proses perkembangan seperti perubahan-perubahan yang berhubungan dengan perkembangan psikoseksual, dan juga terjadi perubahan dalam

hubungan dengan orangtua dan cita-cita mereka, dimana pembentukan cita-cita merupakan proses pembentukan orientasi masa depan (*rumahbelajarpsikologi.com*).

Menurut WHO, definisi remaja lebih bersifat konseptual. Dalam definisi tersebut terdapat tiga kriteria yang diantaranya adalah biologik, psikologik, dan sosial ekonomi. Ketiga definisi tersebut adalah :

1. Remaja adalah suatu masa dimana individu berkembang dari saat pertama kali dia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat dia mencapai kematangan seksualnya.
2. Remaja adalah suatu masa dimana individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identifikasi dari masa kanak-kanak menjadi dewasa.
3. Remaja adalah suatu masa dimana terjadi suatu peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri (Muangman, 1980)

Seseorang yang sudah menikah dianggap dan di perlakukan sebagai seorang dewasa penuh, baik secara hukum maupun dalam kehidupan masyarakat dan keluarga, karena itu definisi remaja di sini di batasi khusus untuk yang belum menikah. Dalam batasan yang telah disebutkan diatas terdapat enam penyesuaian diri yang harus dilakukan remaja, diantaranya adalah :

1. Menerima dan mengintegrasikan pertumbuhan badannya dan dalam kepribadiannya.
2. Menentukan peran dan fungsi seksualnya yang adekuat dalam kebudayaan dimana dia berada.
3. Mencapai kedewasaan dengan kemandirian, kepercayaan diri dan mampu untuk menghadapi kehidupan.

4. Mencapai posisi yang diterima oleh masyarakat.
5. Mengembangkan hati nurani, tanggung jawab, moralitas dan nilai-nilai yang sesuai dengan lingkungan dan kebudayaan.
6. Memecahkan problem-problem nyata dalam pengalaman sendiri dalam kaitannya dengan lingkungan (Carballo, 1978 dalam Sarwono, 2001).

2.1.2 Pengertian Masa Remaja

Monks (1999) sendiri memberikan batasan usia masa remaja adalah masa diantara 12-21 tahun dengan perincian 12-15 tahun masa remaja awal, 15-18 tahun masa remaja pertengahan, dan 18-21 tahun masa remaja akhir. Senada dengan pendapat Suryabrata (1981) membagi masa remaja menjadi tiga, masa remaja awal 12-15 tahun, masa remaja pertengahan 15-18 tahun dan masa remaja akhir 18-21 tahun.

Berbeda dengan pendapat Hurlock (1999) yang membagi masa remaja menjadi dua bagian, yaitu masa remaja awal 13-16 tahun, sedangkan masa remaja akhir 17-18 tahun. Penulis menetapkan dalam penelitian ini subjek yang dipakai adalah remaja awal yang masih berusia 13 sampai 16 tahun.

Menurut Papalia dan Olds tahun 2001, masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluhan tahun (*rumahbelajarpsikologi.com*).

2.1.3 Perkembangan Remaja

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, yaitu remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Usia remaja memiliki batasan yang berbeda-beda sesuai dengan sosial budaya setempat. Menurut WHO (badan PBB untuk kesehatan dunia) batasan usia remaja adalah 12 sampai 24 tahun. Sedangkan dari segi program pelayanan, definisi remaja yang digunakan oleh Departemen Kesehatan adalah mereka yang berusia 10 sampai 19 tahun dan belum kawin. Sementara itu, menurut BKKBN (Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak Reproduksi) batasan usia remaja adalah 10 sampai 21 tahun (*www.bkkbn.go.id*).

2.1.4 Tumbuh Kembang Remaja

Menurut Sarlito Wirawan Sarwono dalam bukunya yang berjudul Psikologi Remaja cetakan ke enam tahun 2001, menjelaskan mengenai batasan usia remaja yaitu 11 sampai 24 tahun dan belum menikah untuk remaja di Indonesia dengan beberapa pertimbangan sebagai berikut :

1. Usia 11 tahun adalah usia dimana pada umumnya tanda-tanda seksual sekunder sudah mulai tampak (kriteria fisik).
2. Pada masyarakat Indonesia, usia 11 tahun sudah dianggap akil baliq, baik menurut adat maupun agama, sehingga masyarakat tidak lagi memperlakukan mereka sebagai anak-anak (kriteria sosial).
3. Pada usia tersebut mulai ada tanda-tanda penyempurnaan perkembangan jiwa seperti tercapainya identitas diri (ego, identity, menurut Erik Erikson), tercapainya fase genital dari perkembangan psikoseksual (menurut Freud) dan

tercapainya puncak perkembangan kognitif (Piaget) maupun moral (Kohlberg) (kriteria Psikologik).

4. Batas usia 24 tahun merupakan batas maksimal, yaitu untuk memberi peluang bagi mereka yang sampai batas usia tersebut masih menggantungkan diri pada orangtua, belum mempunyai hak-hak penuh sebagai orang dewasa (secara adat/tradisi), belum bisa memberikan pendapat sendiri dan sebagainya. Dengan perkataan lain, orang-orang yang sampai batas usia 24 tahun belum dapat memenuhi persyaratan kedewasaan secara sosial dan psikologik, masih dapat digolongkan remaja.
5. Pada definisi di atas, status perkawinan sangat menentukan, karena arti perkawinan masih sangat penting di masyarakat secara menyeluruh. Seseorang yang sudah menikah dianggap dan di perlakukan sebagai seorang dewasa penuh, baik secara hukum maupun dalam kehidupan masyarakat dan keluarga. Karena itu definisi remaja di sini di batasi khusus untuk yang belum menikah.

Dalam batasan yang telah disebutkan diatas terdapat enam penyesuaian diri yang harus dilakukan remaja, diantaranya adalah :

1. Menerima dan mengintegrasikan pertumbuhan badannya dan dalam kepribadiannya.
2. Menentukan peran dan fungsi seksualnya yang adekuat dalam kebudayaan dimana dia berada.
3. Mencapai kedewasaan dengan kemandirian, kepercayaan diri dan mampu untuk menghadapi kehidupan.
4. Mencapai posisi yang diterima oleh masyarakat.

5. Mengembangkan hati nurani, tanggung jawab, moralitas dan nilai-nilai yang sesuai dengan lingkungan dan kebudayaan.
6. Memecahkan problem-problem nyata dalam pengalaman sendiri dalam kaitannya dengan lingkungan (Carballo, 1978 dalam Sarwono, 2001).

2.1.5 Perilaku Seksual Remaja

Perilaku seksual adalah segala bentuk tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun dengan sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bermacam-macam mulai dari perasaan tertarik sampai dengan tingkah laku berkencan, bercumbu dan bersenggama. Pada perilaku seksual ini, obyek seksualnya bisa dengan orang lain, orang dalam khayalan, maupun diri sendiri (Sarwono, 2001).

Sebagian dari perilaku seksual memang tidak berdampak langsung pada pribadi seseorang akan tetapi berdampak serius jika mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), terjangkitnya penyakit menular dan akan merasa sangat bersalah yang berlebihan hingga menimbulkan deppresi berat.

Berikut ini adalah beberapa tahapan dari perilaku seksual, yang diantaranya adalah bersentuhan (*touching*), yaitu mulai dari berpegangan tangan sampai dengan berpelukan, berciuman (*kissing*) yaitu mulai dari ciuman pendek sampai dengan ciuman dengan memainkan lidah (*deep kissing*), bercumbu (*petting*) yaitu menyentuh bagian sensitive pasangan dan mengarah pada perkembangan gairah seksual, dan tahapan terakhir adalah berhubungan kelamin (*sexual intercourse*), (Nurfaizah, 2007).

Dalam perilaku remaja terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi, seperti yang dikemukakan oleh Sanderowitz dan Paxman tahun 1985 bahwa faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja menuju kepada masalah sosial ekonomi seperti rendahnya pendapatan dan taraf pendidikan, besarnya jumlah keluarga dan rendahnya nilai agama masyarakat yang bersangkutan. adapun faktor-faktor lain yang sangat menentukan perilaku seksual ini, yaitu antara orang tua dan anak, citra diri yang menyangkut keadaan tubuh (body images) dan kontrol diri (Sarwono, 2001).

2.1.6. Masalah-masalah Remaja

Kenakalan remaja biasa disebut dengan istilah *Juvenile* berasal dari bahasa Latin *juvenilis*, yang artinya anak-anak, anak muda, ciri karakteristik pada masa muda, sifat-sifat khas pada periode remaja, sedangkan *delinquent* berasal dari bahasa latin "*delinquere*" yang berarti terabaikan, mengabaikan, yang kemudian diperluas artinya menjadi jahat, nakal, anti sosial, kriminal, pelanggar aturan, pembuat ribut, pengacau peneror, durjana dan lain sebagainya. *Juvenile delinquency* atau kenakalan remaja adalah perilaku jahat atau kenakalan anak-anak muda, merupakan gejala sakit (patologis) secara sosial pada anak-anak dan remaja yang disebabkan oleh satu bentuk pengabaian sosial, sehingga mereka mengembangkan bentuk perilaku yang menyimpang. Istilah kenakalan remaja mengacu pada suatu rentang yang luas, dari tingkah laku yang tidak dapat diterima sosial sampai pelanggaran status hingga tindak kriminal (Kartono, 2003).

2.2. Perilaku Kesehatan dan Domain Perilaku

2.2.1 Perilaku Kesehatan

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori *Skinner* ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus - Organisme - Respons. *Skinner* membedakan adanya dua respons.

- a. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relative tetap. *Responden respons* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.
- b. *Operant response* atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons (Notoatmodjo, 2003).

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

- a. Perilaku tertutup (*covert behaviour*).

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang

yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b. Perilaku terbuka (*overt behaviour*).

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practise*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Berdasarkan batasan perilaku dari *Skinner* tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan makanan dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan diantaranya perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) yaitu perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu perilaku pemeliharaan kesehatan ini termasuk perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan telah sembuh dari penyakit.

Sedangkan perilaku hidup sehat adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seiring untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya.

Perilaku ini mencakup antara lain:

- a. Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. Ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia seolah-olah sudah membudaya, Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok, Bahkan dari hasil suatu penelitian, sekitar 15% remaja kita telah merokok, inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.

- b. Tidak minum minuman keras dan menggunakan napza.
 - c. Olahraga teratur, yang juga mencakup kualitas (gerakan), dan kuantitas dalam arti frekwensi dan waktu yang digunakan untuk olah raga.
 - d. Mengendalikan stres. Stres akan terjadi pada siapa saja, dan akibatnya bermacam-macam bagi kesehatan. Yang terpenting dapat mengendalikan atau mengelola stres dengan kegiatan-kegiatan positif.
 - e. Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan misal tidak berganti-ganti pasangan seksual, penyesuaian diri dengan lingkungan dan sebagainya.
- (Notoatmodjo, 2003)

2.2.2. Domain Perilaku

Menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, ranah atau kawasan yakni : Kognitif, Afektif, Psikomotor. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya : tingkat kesadaran, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultante

antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangat kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2003).

2.2.3 Pengetahuan

Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni : Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

a. Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni

- a.1. *Awareness* (kesadaran) yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- a.2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
- a.3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya), hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- a.4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- a.5. *Adoption*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran

dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas. Apabila penerimaan perilaku atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

b. Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan.

b.1 Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. 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. Contoh dapat menyebutkan tanda-tanda orang yang menyalahgunakan napza.

b.2 Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa tidak boleh mencoba napza.

b.3 Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

b.4 Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan mengelompokkan, dan sebagainya.

b.5 Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

b.6 Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi maupun penilaian terhadap semua materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2003).

2.2.4 Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus social.

Newcomb, salah seorang ahli psikologis social menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2003).

Menurut (Notoatmodjo, 1993) sikap terdiri dari berbagai tingkatan :

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
2. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Suatu usaha

untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Seperti yang telah dikemukakan diatas, sikap tidak dapat dilihat secara langsung, untuk mengetahui bagaimana sikap seseorang sebagai obyek sikap tertentu kita harus melihatnya melalui ketiga domain sikap , yaitu pengetahuan (kognisi), perasaan (afeksi), dan perilaku (konasi) (Sarwono, 1996).

Prinsip pengukuran sikap dilakukan dengan menggunakan daftar pernyataan tentang obyek sikap. Subyek atau responden diminta untuk memberikan jawabannya dengan menyatakan setuju, sependapat, suka (sikap positif) dengan pernyataan itu atau tidak (sikap negatif). Banyak jawaban bisa berupa 'ya' dan 'tidak' (skala nominal) seperti dalam skala Guttman (1941, 1944) bisa berjenjang mulai dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju dengan skor 1-5 (Likert, 1932), atau 1-7 (Thurstone, 1927) atau -3 - +3 (Fishbein dan Ajzen) yaitu skala interval (Sarwono, 1996).

2.2.5. Tindakan atau Praktik (Practice)

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu masuk kedalam tindakan , karena untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain yaitu antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana (Notoadmodjo, 2005)

Menurut Notoadmodjo (2005) praktik atau tindakan dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, diantaranya :

1. Praktik dipimpin (*guided response*). Apabila subyek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan.
2. Praktik secara mekanisme (*mechanism*). Apabila subyek atau seseorang telah mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis.
3. Adopsi (*adoption*). Sesuatu tindakan atau praktik yang telah berkembang, artinya apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi suatu tindakan atau perilaku yang berkualitas.

2.3 HIV AIDS

HIV AIDS merupakan salah satu jenis penyakit menular seksual (PMS) atau yang sering disebut penyakit kelamin menular (PMS) yang berupa virus yang disebut virus HIV. Sedangkan AIDS adalah kumpulan gejala-gejala yang disebabkan oleh virus HIV yang apabila tidak diobati dalam jangka waktu yang cukup lama. Penularan virus ini melalui : hubungan sex, jarum suntik, ibu menyusui yang positif HIV AIDS.

2.3.1 Pengertian HIV AIDS

Human Immuno Deficiency Virus atau disebut HIV, adalah virus yang menyerang dan merusak sistem kekebalan tubuh. Virus HIV yang menyerang tubuh seseorang akan terus merusak sistem imun dan lambat laun jika tidak diobati akan menyebabkan AIDS. Acquired Immune Deficiency Syndrome atau disingkat dengan

AIDS, adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan karena hilangnya kekebalan tubuh. Orang yang menderita AIDS, mudah sekali terserang berbagai penyakit, karena sistem kekebalan tubuhnya yang berfungsi melawan kuman atau virus yang masuk ke dalam tubuh rusak.

2.3.2 Massa Inkubasi HIV/AIDS

Masa inkubasi/ berkembang biaknya virus selalu memakan waktu yang lama yaitu antara 1 sampai dengan 9 tahun atau 1 sampai dengan 10 tahun, masa 1 sampai dengan 9 tahun seseorang yang terkena virus tersebut dikategorikan “*seropositif*”, setelah masa 9 atau 10 tahun terlewat, seropositif berganti menjadi AIDS.

2.3.3 Gejala dan tanda-tanda HIV/AIDS

Sesudah terjadi infeksi virus HIV, awalnya tidak memperlihatkan gejala-gejala khusus. Baru beberapa minggu sesudah itu orang yang terinfeksi sering menderita penyakit ringan sehari-hari seperti flu atau diare. Pada periode 3-4 tahun kemudian penderita tidak memperlihatkan gejala khas atau disebut sebagai periode tanpa gejala, pada saat ini penderita merasa sehat dan dari luar juga tampak sehat. Sesudahnya, tahun ke 5 atau 6 mulai timbul diare berulang, penurunan berat badan secara mendadak, sering sariawan dimulut, dan terjadi pembengkakan di kelenjar getah bening dan pada akhirnya bisa terjadi berbagai macam penyakit infeksi, kanker dan bahkan kematian. Gejala-gejala infeksi yang sering timbul setelah terinfeksi adalah :

1. Infeksi akut: gejala-gejala seperti flu, selama 3-6 minggu setelah infeksi, seperti panas dan rasa lemah yang berlangsung 1-2 minggu.

2. Infeksi kronik: tampak sehat, tidak menunjukkan gejala apa-apa. Mulai 3-6 minggu setelah infeksi, dapat berlangsung sampai 10 tahun.
3. Selama fase ini, sistem imun berangsur-angsur menurun, sampai akhirnya sel T CD4 turun di bawah 200/ml, dan penderita masuk dalam fase AIDS.
4. AIDS sendiri merupakan sekumpulan gejala-gejala yang menyertai infeksi HIV. Gejala-gejala yang tampak sangat tergantung jenis infeksi (oportunistik) yang menyertainya

2.3.4 Cara Penularan HIV AIDS

Metode atau teknik penularan dan penyebaran virus HIV AIDS melalui :

1. Darah ; Contoh : Tranfusi darah, terkena darah hiv+ pada kulit yang terluka, terkena darah menstruasi pada kulit yang terluka, jarum suntik, dsb
2. Cairan Semen, Air Mani, Sperma dan Peju Pria ; Contoh : Laki-laki berhubungan badan tanpa kondom atau pengaman lainnya, oral seks, dsb.
3. Cairan Vagina pada Perempuan ; Contoh : Wanita berhubungan badan tanpa pengaman, pinjam-meminjam alat bantu seks, oral seks, dll
4. Air Susu Ibu / ASI ; Contoh : Bayi minum ASI dari wanita hiv+, Laki-laki meminum ASI pasangannya dan lain sebagainya

2.3.5 Cara Penanggulangan dan Pencegahan HIV/AIDS

1. Tidak melakukan seks (tidak berhubungan seks sama sekali sehingga tidak ada cairan kelamin yang masuk kedalam tubuh, ini sama dengan pantang seks atau puasa seks saat jauh dari pasangan).

2. Bersikap saling setia terhadap pasangan (tidak berhubungan seks dengan bukan pasangan).
3. Cegah dengan memakai kondom (bila kita tidak bias memastika kesetiaan pasangan kita)
4. Jangan menggunakan narkoba suntik (bergantian jarum suntuk pada saat memakai narkona suntik)

Hentikan penggunaan obat (narkotik) yang tidak aman (berganti-ganti peralatan suntik, menggunakan peralatan suntik yang tidak aman) bila ingin terhindar dari AIDS.

Risiko pengguna obat terhadap infeksi HIV bisa diturunkan dengan cara:

1. Dalam keadaan *high* bisa lupa pada hubungan seksual yang aman selalu siapkan dan gunakan kondom secara benar
2. Bila harus menggunakan obat jangan digunakan melalui suntikan.
3. Bila harus menggunakan obat melalui suntikan peralatan jangan dipakai bersama.
4. Pencegahan pada ibu hamil : penggunaan obat anti HIV selama hamil dapat menurunkan risiko penularan HIV pada bayi. Berikan susu buatan pada bayi bila ibu terinfeksi HIV.

2.3.6 Kelompok-kelompok Risiko Tinggi tertular HIV AIDS

Kelompok yang berisiko tinggi tertular penyakit HIV/AIDS adalah : MSM (Gay), Waria, wanita pekerja seksual (WPS), peria penjaja seksual (PPS), pasangan berisiko pelanggan.

2.4. PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja)

Pelayanan kesehatan peduli remaja (KPR) adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

Keberhasilan PKPR juga ditentukan dari partisipasi/ keterlibatan remaja. Remaja perlu dilibatkan secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian pelayanan. Ide dan tindak nyata mereka akan lebih mengena dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan karena mereka mengerti kebutuhan mereka, mengerti "bahasa" mereka, serta mengerti bagaimana memotivasi sebaya mereka.

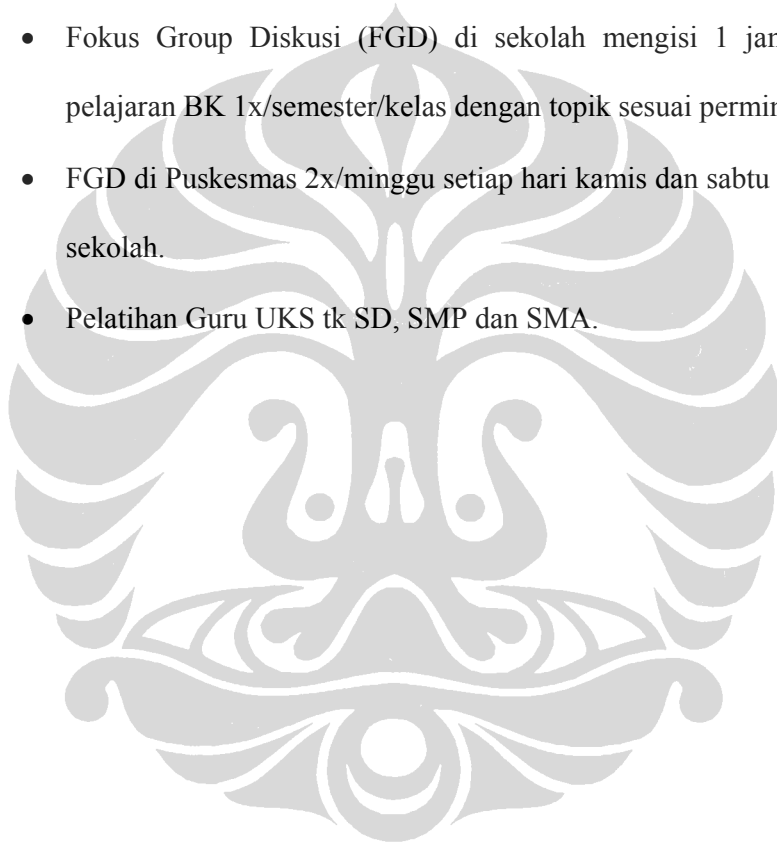
Kegiatan-kegiatan PKPR yang dilaksanakan Puskesmas Bogor Timur mencakup remaja didalam sekolah dan remaja diluar sekolah antara lain:

- Melakukan advokasi terhadap Lintas Sektor untuk mendukung Program ini seperti Kecamatan, Kelurahan, Dinas Pendidikan, Departemen Agama serta lembaga suadaya masyarakat (LSM) yang peduli dengan remaja seperti Yayasan Karang Widya yang bergerak pada anak jalanan dan anak rentan seperti anak putus sekolah. Serta LSM Praktista Indonesia yang bergerak dalam bidang Perlindungan Anak dan Perempuan dari tindakan kekerasan.
- Melakukan sosialisasi Program PKPR kepada Lintas Sektor terkait dan semua sekolah di wilayah kerja dengan mengundang mereka dan memberikan Seminar masalah remaja di wilayah kerja Puskesmas Bogor Timur dan Kota Bogor secara umum.

- Melakukan Promosi Program lewat Leaflet yang di desighn oleh remaja sendiri, memasukkan ke dalam iklan *Yellow Pages*, mengisi acara-acara radio dengan dialog interaktif.
- Melakukan survei-survei kecil tentang Perilaku seks remaja, Perilaku risiko penyalahgunaan napza dll untuk data dasar dalam melakukan advokasi.
- Bekerja sama dengan Instansi Pendidikan seperti IPB, UI, UNPAK (Univ Pakuan) dalam hal menerima mahasiswa yang praktek lapangan, membuat skripsi, tesis dll yang mau meneliti masalah-masalah remaja di wilayah kerja Puskesmas Bogor Timur, dan hal ini sangat bermanfaat bagi Puskesmas karena melengkapi data dasar masalah remaja sehingga bermanfaat dalam perencanaan Program PKPR.
- Membuat *MOU* (Perjanjian Kerja sama) dengan KCD Pendidikan Kecamatan Bogor Timur, Sekolah-sekolah tingkat SMP dan SMA di wilayah kerja Puskesmas Bogor Timur, LSM Pratista Indonesia dan LSM Yayasan Karang Widya untuk dukungan Program maupun dana.
- Mengisi Penyuluhan-Penyuluhan remaja pada acara Masa Orientasi Sekolah (MOS), setiap tahun ajaran baru dengan topik-topik sesuai permintaan remaja.
- Melakukan Penjaringan Kesehatan anak kelas 1 setiap tahun ajaran baru dan anak luar sekolah juga.
- Pemberian tablet tambah darah pada remaja putri yang anemia.
- Pelatihan kader kesehatan remaja (*Peer Conselor*) remaja dalam sekolah setiap tahun sejumlah 10% dari murid kelas 1 baru dan remaja luar sekolah.
- Menerima rujukan konseling masalah-masalah remaja dari Guru BP/BK, Peer Konselor maupun dari orang tua remaja atau masyarakat. Rujukan konseling

remaja juga didapat dari koordinasi lintas program seperti dari BP Umum, BP Gigi dan KIA.

- Melakukan seminar-seminar masalah remaja yang sedang trend di kalangan remaja bekerjasama dengan LSM maupun kelompok Organisasi Masyarakat yang peduli dengan remaja.
- Fokus Group Diskusi (FGD) di sekolah mengisi 1 jam pelajaran pada jam pelajaran BK 1x/semester/kelas dengan topik sesuai permintaan remaja.
- FGD di Puskesmas 2x/minggu setiap hari kamis dan sabtu anak jalanan atau anak sekolah.
- Pelatihan Guru UKS tk SD, SMP dan SMA.



BAB III
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN
DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

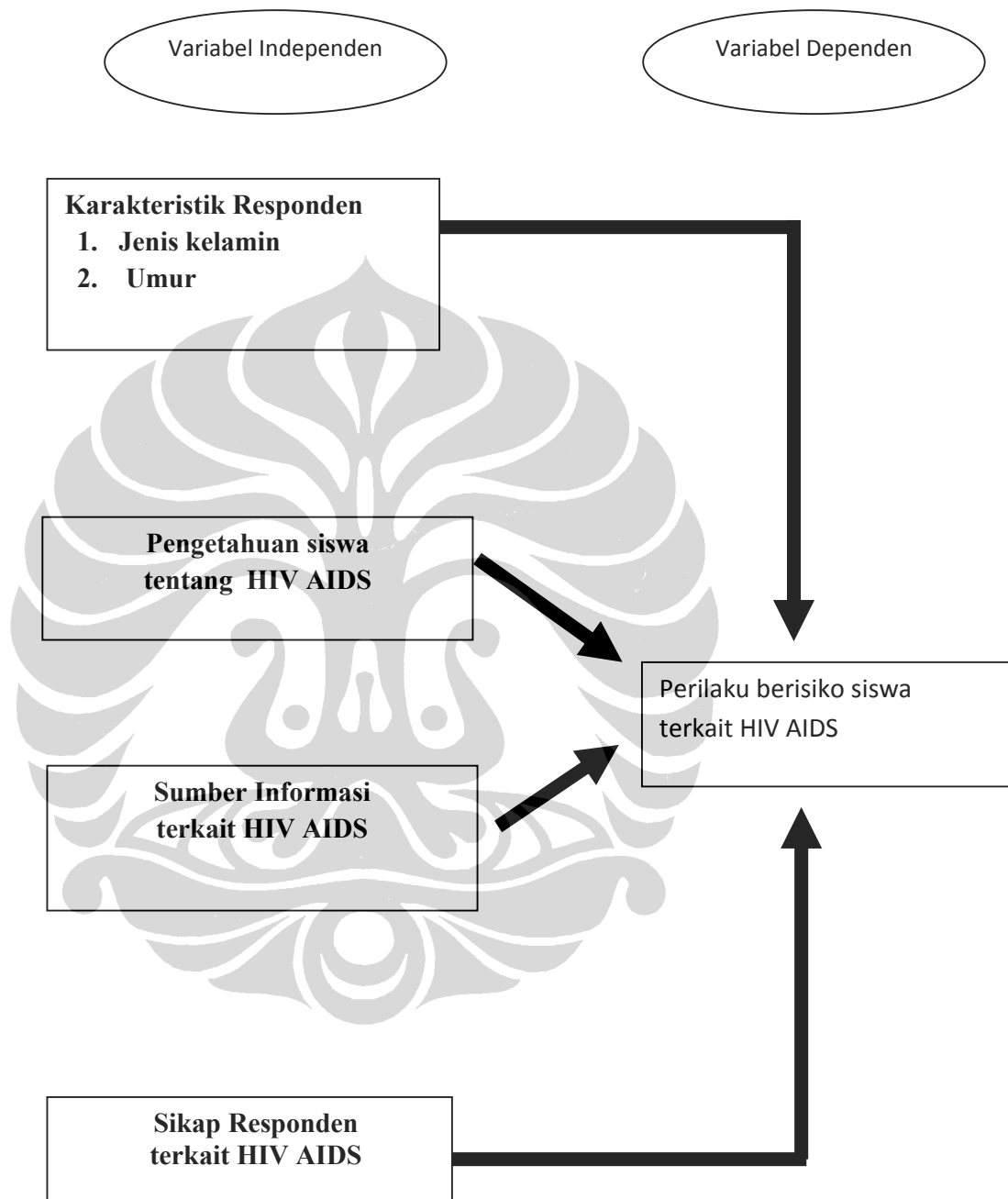
Sebuah model mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang diperkenalkan oleh Green (1980), ada tiga faktor yakni faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*, dimana faktor tersebut apabila dikembangkan dengan perilaku berisiko tertular HIV AIDS sangat berperan. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi perilaku remaja terhadap perilaku berisiko terkait HIV AIDS dimana terdapat unsur-unsur yang mempengaruhinya seperti Umur, Jenis Kelamin, Sumber Informasi, Pengetahuan dan Sikap. Unsur-unsur atau faktor-faktor ini lah yang secara teori disebut sebagai variabel independen sedangkan perilaku sendiri merupakan variabel dependennya.

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori dan tinjauan pustaka yang meliputi variabel independen yang akan diteliti meliputi :

1. Karakteristik siswa yang terdiri dari (jenis kelamin, umur)
2. Pengetahuan siswa tentang HIV AIDS.
3. Sumber informasi yang terdiri dari (guru, orang tua, tenaga kesehatan, teman, koran, majalah, televisi, radio dan internet)
4. Sikap siswa terhadap HIV AIDS.

Sedangkan variabel dependennya adalah perilaku siswa terkait HIV AIDS.



Faktor-faktor yang memberi kontribusi terhadap perilaku berisiko tertular HIV AIDS.

3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara Ukur/ Alat Ukur	Hasil Ukur
1	INDEPENDEN 1. Umur	.Lama waktu hidup siswa berdasar ulang tahun terakhir	Ordinal	kelompok I no.1 Mengisi kuesioner	Umur dalam tahun
	2. Jenis Kelamin	Perbedaan secara biologis laki-laki dan perempuan	Nominal	kelompok I no.2 Mengisi kuesioner	1=Pria 2=Wanita
	3. Sumber Informasi tentang HIV AIDS	Asal informasi yang didapat tentang HIV AIDS. 1=Guru 2=Orang Tua 3=T.Kesehatan 4=Teman 5=Koran 6=Majalah 7=TV 8=Radio 9= internet	Ordinal	Mengisi kuesioner kelompok III (1- 9)	1 = Buruk < 5 sumber informasi 2 = Baik ≥ 5 sumber informasi
	4. Pengetahuan Siswa tentang HIV AIDS	Pemahaman siswa tentang HIVAIDS yang meliputi : Pengertian/ etiologi (4-16), Cara Penularan (19-29), Gejala-gejala (30-41), Cara Pencegahan (42-45)	Ordinal	Mengisi kuesioner kelompok II (4s/d 45)	1. Tinggi : > median 2. Rendah : < median

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara Ukur/ Alat Ukur	Hasil Ukur
	5. Sikap terhadap HIV AIDS	Tanggapan responden terhadap perilaku berisiko tertular HIV/AIDS dalam bentuk persetujuan, setuju atau tidak setuju	Ordinal	Mengisi kuesioner kelompok IV (47-56)	1=setuju 2=tidak setuju
2.	DEPENDEN 1. Perilaku berisiko tertular HIV AIDS	Pernah tidaknya responden melakukan hubungan sex dengan (teman, pacar, PSK, sesama jenis) dan pernah menggunakan narkoba suntik	Ordinal	Mengisi kuesioner kelompok V (57-61)	1=Tidak Berisiko 2=Berisiko

3.4 Hipotesa

1. Ada hubungan antara karakteristik responden (jenis kelamin, umur) terhadap perilaku berisiko tertular HIV AIDS
2. Ada hubungan antara pengetahuan responden terhadap perilaku berisiko tertular HIV AIDS
3. Ada hubungan antara sumber informasi dengan perilaku berisiko tertular HIV AIDS
4. Ada hubungan antara sikap responden terhadap perilaku berisiko tertular HIV AIDS