

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Umum Tentang *HIV/AIDS*

1. Pengertian *HIV/AIDS*

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan munculnya berbagai gejala dan infeksi akibat melemahnya sistem imun tubuh. Penyebab utama kondisi ini adalah infeksi virus *HIV* (*Human Immunodeficiency Virus*), yaitu virus yang menyerang dan menurunkan daya tahan tubuh manusia, individu yang terinfeksi *HIV* akan lebih mudah terserang infeksi oportunistik maupun mengalami pertumbuhan tumor (Octavia *et al.*, 2024).

HIV/AIDS merupakan permasalahan kesehatan yang serius dan menjadi perhatian di berbagai negara di dunia karena dampaknya yang dapat mengancam keselamatan jiwa serta berpotensi menurunkan kualitas hidup individu yang terinfeksi (Anik & Arida, 2025). *HIV* adalah virus yang bekerja dengan cara menghancurkan sel-sel penting dalam sistem kekebalan tubuh manusia. Akibatnya, tubuh menjadi tidak mampu melawan infeksi dan penyakit. *AIDS* adalah tahap akhir dari infeksi *HIV*, di mana sistem kekebalan tubuh sudah sangat lemah 1 dan berbagai penyakit oportunistik mulai muncul (Saputri *et al.*, 2021).

Berdasarkan informasi yang telah kita bahas sebelumnya mengenai *HIV* dan *AIDS*, dapat ditarik kesimpulan bahwa *HIV* adalah virus yang menyerang dan melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia, yang pada

akhirnya dapat menyebabkan *AIDS*, yaitu kondisi dengan berbagai gejala penyakit akibat hilangnya kemampuan tubuh untuk melawan infeksi. *AIDS* merupakan stadium lanjut dari infeksi *HIV* dan menjadi masalah kesehatan global yang serius.

2. Etiologi *HIV/AIDS*

Etiologi *HIV-AIDS* disebabkan oleh virus *Human Immunodeficiency (HIV)*, yang memiliki struktur inti berbentuk silindris dan dilapisi oleh lipid bilayer. Di dalam lipid bilayer terdapat dua jenis glikoprotein, yaitu gp120 dan gp41, yang berfungsi utama untuk memfasilitasi pengenalan sel CD4+ dan reseptor kemokin, sehingga memungkinkan virus untuk menempel pada sel CD4+ yang terinfeksi. Di bagian dalam virus terdapat dua salinan RNA serta berbagai protein dan enzim yang krusial untuk proses replikasi dan pematangan *HIV*, termasuk p24, p7, p9, p17, reverse transcriptase, integrase, dan protease. Berbeda dengan retrovirus lainnya, *HIV* menggunakan sembilan gen untuk mengkode protein dan enzim yang penting (Widjaja & Singgih, 2021).

Kelainan yang terjadi pada *AIDS* disebabkan oleh agen viral yang dikenal sebagai *HIV (Human Immunodeficiency Virus)*, yang termasuk dalam kelompok retrovirus. Virus ini juga dikenal dengan sebutan *Lymphadenopathy Associated Virus (LAV)* atau *Human T-Cell Leukemia Virus (HTL-III)*, serta *Human T-Cell Lymphotropic Virus* Kurniawati (2023).

3. Cara Penularan *HIV/AIDS*

Menurut penelitian dari Sulistiyawati (2022) cara penularan *HIV/AIDS* dapat berlangsung melalui beberapa mekanisme utama, yaitu:

- a. Hubungan seksual: Penularan melalui hubungan seksual heteroseksual maupun homoseksual. Secara statistik, pada periode 2006-2010, hubungan seksual menjadi cara penularan terbanyak di Indonesia dan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dengan proporsi sekitar 63,5%. Penularan ini terjadi karena kontak cairan tubuh, seperti cairan seminal dan darah, yang mengandung virus *HIV*, masuk ke dalam tubuh melalui luka atau membran mukosa.
- b. Penggunaan jarum suntik bersama (IDU): Penularan melalui penggunaan jarum suntik secara bersamaan oleh kelompok pengguna narkoba suntik (penasun). Pada tahun 2006, sekitar 59% kasus penularan *HIV* terjadi melalui jalur ini di Indonesia, dan di RSUD Dr. Soetomo, kasus penularan melalui penggunaan jarum suntik bersama berkisar sekitar 24,8% dari total pasien.
- c. Penularan dari ibu ke anak (perinatal): Melalui transmisi dari ibu yang terinfeksi *HIV* kepada bayi selama kehamilan, persalinan, atau menyusui.
- d. Transfusi darah dan produk darah: Meski sudah sangat diminimalkan dengan sterilisasi dan pengujian darah, tetap menjadi salah satu mekanisme penularan jika prosedur tidak dilakukan dengan benar.

Perubahan pola penularan dari kelompok penasun ke melalui hubungan heteroseksual memang menunjukkan perlu adanya strategi pencegahan

yang adaptif, termasuk edukasi tentang penggunaan kondom, pengujian *HIV* secara rutin, serta penegakan protokol sterilitas saat perawatan medis

4. Manifestasi Klinis *HIV/AIDS*

Manifestasi klinis *HIV/AIDS* sangat beragam dan bergantung pada tahap infeksi yang dialami oleh pasien. Berikut penjelasannya berdasarkan tahap-tahap infeksi *HIV* (Yuliyanasari, 2023):

a. Tahap Awal (Fase Akut):

Pada fase ini, gejala yang muncul biasanya muncul paling cepat, yaitu 1 hingga 4 minggu setelah paparan. Gejala yang umum meliputi malaise, demam, diare, limfadenopati (pembengkakan kelenjar getah bening), dan ruam makulopapular. Beberapa individu mungkin mengalami manifestasi yang lebih serius seperti meningitis dan pneumonitis. Pada periode ini, kadar limfosit T CD4 yang tinggi dapat terdeteksi di darah perifer. Setelah fase ini, terjadi penurunan jumlah limfosit T secara dramatis dan kemudian naik kembali sebagai respons imun tubuh terhadap infeksi *HIV*.

b. Fase Akut (Respons Imun dan Penurunan Limfosit):

Setelah infeksi awal, jumlah limfosit T CD4 akan meningkat sementara tubuh memulai respons imun terhadap virus. Namun, sekitar 6 minggu setelah infeksi, jumlah limfosit CD4 mulai menurun secara signifikan, menandai semakin banyaknya kerusakan sistem imun. Pada fase ini, muncul gejala seperti demam, berkeringat malam, kehilangan berat badan lebih dari 10%, diare, lesi mukosa, dan infeksi kulit berulang, yang merupakan tanda awal infeksi oportunistik.

c. Tahap Asimptomatik (Fase laten):

Pada fase ini, individu mungkin tetap seronegatif secara klinis, meskipun virus sudah ada dalam darah dengan jumlah besar. Antibodi terhadap *HIV* biasanya muncul dalam periode 3 sampai 12 minggu setelah infeksi. Pada tahap ini, tidak ada gejala khas yang muncul, tetapi virus tetap aktif secara internal dan secara perlahan menurunkan jumlah limfosit CD4 dari waktu ke waktu.

d. Tahap Simptomatik dan *AIDS*:

Seiring waktu, respons imun tidak mampu lagi mengendalikan jumlah virion yang meningkat secara berlebihan, menyebabkan limfosit semakin tertekan dan munculnya berbagai gejala klinis. Pasien mungkin mengalami demam berkelanjutan, penurunan berat badan, infeksi oportunistik yang berulang, serta gejala lain tergantung pada jenis infeksi oportunistik yang berkembang. Pada stadium *AIDS*, jumlah limfosit T CD4 turun di bawah 200 sel/mm³, dan pasien sangat rentan terhadap berbagai infeksi sekunder dan penyakit terkait *AIDS*.

Secara umum, manifestasi klinis *HIV/AIDS* berperan penting dalam diagnosis dan pengelolaan penyakit ini. Pencegahan dan pengobatan dini sangat penting untuk menunda perkembangan menjadi *AIDS* dan mengurangi risiko kematian akibat infeksi oportunistik.

5. Diagnosis *HIV/AIDS*

Diagnosis *HIV/AIDS* merupakan langkah awal yang sangat krusial dalam upaya penatalaksanaan kasus infeksi *HIV* secara tepat dan

menyeluruh. Diagnosis dilakukan melalui pendekatan sistematis yang berbasis bukti, dengan tujuan mengidentifikasi infeksi sejak dini agar penderita dapat segera memperoleh akses ke layanan pengobatan dan pencegahan lebih lanjut. Diagnosis *HIV* terdiri dari dua komponen utama (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024):

- a. Konseling dan Tes *HIV* (KT *HIV*). KT *HIV* merupakan pintu masuk utama layanan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan *HIV*. Prosedur ini didahului oleh proses konseling yang harus memenuhi prinsip 5C, yaitu *Informed Consent, Confidentiality, Counseling, Correct Test Results, and Connections to Care, Treatment and Prevention Services*. KT *HIV* bertujuan memastikan bahwa individu yang terinfeksi *HIV* dapat diidentifikasi sedini mungkin untuk mendapatkan terapi antiretroviral (ARV) serta perawatan lainnya.
- b. Tes Diagnosis *HIV*. Tes diagnosis dilakukan melalui pemeriksaan serologi dan virologis. Pemeriksaan serologi seperti tes cepat, *Enzyme Immunoassay* (EIA), dan *Western Blot* digunakan untuk mendeteksi antibodi *HIV*, sementara tes virologis seperti *HIV DNA* kualitatif dan *HIV RNA* kuantitatif digunakan untuk mendeteksi virus secara langsung, terutama pada bayi di bawah usia 18 bulan.
 - 1) Pada orang dewasa dan anak di atas 18 bulan, diagnosis ditegakkan dengan tiga jenis tes antibodi berbeda (strategi III).
 - 2) Pada bayi dan anak di bawah usia 18 bulan, diperlukan pemeriksaan virologis karena antibodi ibu dapat terbawa dalam

tubuh anak hingga usia tertentu. Bila fasilitas terbatas, diagnosis dapat ditegakkan secara *presumptif* berdasarkan gejala klinis.

- c. Indikasi Tes *HIV*. Tes *HIV* dilakukan pada individu dengan gejala tertentu, ibu hamil, pasangan dari ODHA, populasi kunci (seperti pekerja seks, pengguna NAPZA suntik, lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki), pasien TB, IMS, hepatitis, dan pengunjung fasilitas kesehatan di wilayah epidemi HIV.

Langkah diagnosis ini sangat penting untuk menentukan status *HIV* dan memberikan intervensi secepat mungkin guna menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat *HIV/AIDS* serta mencegah penularan lanjut kepada orang lain.

6. Penatalaksanaan *HIV/AIDS*

Penatalaksanaan *HIV/AIDS* merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mengelola kasus *HIV* dan *AIDS* secara menyeluruh agar penderita mendapatkan pengobatan, perawatan, dan dukungan yang optimal. Proses penatalaksanaan dimulai sejak seseorang dinyatakan terinfeksi *HIV* dan mencakup berbagai tindakan medis maupun non-medis seperti penentuan stadium klinis, tata laksana infeksi oportunistik, pemberian pengobatan antiretroviral (ARV), profilaksis, serta pengobatan infeksi menular seksual (IMS) yang menyertai (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Terapi ARV direkomendasikan dimulai sesegera mungkin setelah diagnosis ditegakkan, tanpa menunggu penurunan jumlah CD4. Kombinasi tiga atau lebih obat dari kelas yang berbeda digunakan untuk

mencegah resistensi virus, yang dikenal sebagai *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), penerapan HAART telah terbukti menurunkan *viral load* hingga tidak terdeteksi dan menurunkan risiko penularan *HIV* ke pasangan seksual (Wardoyo & Hartono, 2023).

B. Remaja dan Perilaku Kesehatan

1. Definisi Remaja

Remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah (Diananda, 2021). Pada masa ini, remaja mulai mengembangkan identitas diri, kemandirian, serta membentuk hubungan sosial yang lebih kompleks.

2. Tahapan Perkembangan Remaja

Perkembangan remaja tidak hanya mencakup aspek fisik, tetapi juga melibatkan perubahan signifikan dalam bidang kognitif, sosial, emosional, dan moral. Karena kompleksitasnya, perkembangan ini sering dibagi menjadi tiga tahap utama, yaitu remaja awal, remaja tengah, dan remaja akhir. Setiap tahap memiliki ciri khas dan tantangan perkembangan yang berbeda, yang penting untuk dipahami terutama dalam konteks intervensi kesehatan, seperti edukasi pencegahan *HIV/AIDS*.

a. Remaja Awal (usia 10-13 tahun)

Pada tahap ini, perubahan fisik yang terkait dengan pubertas mulai terjadi. Anak perempuan mengalami menstruasi pertama (*menarche*),

sementara anak laki-laki mengalami mimpi basah dan pembesaran testis. Perubahan ini seringkali menyebabkan perasaan cemas, malu, atau bingung, terutama jika remaja tidak mendapatkan edukasi yang tepat sebelumnya. Secara kognitif, remaja masih berpikir konkret, belum mampu memahami konsekuensi jangka panjang dari suatu tindakan. Secara emosional, mereka cenderung mengalami ketidakstabilan emosi dan mulai mempertanyakan otoritas orang tua (Papalia *et al.*, 2021). Dalam aspek sosial, mereka mulai mengembangkan ketertarikan terhadap lawan jenis, meskipun hubungan yang terbentuk masih bersifat eksploratif. Pada tahap ini, kelompok sebaya mulai berperan penting, namun pengaruh orang tua masih cukup besar dalam pengambilan keputusan.

b. Remaja Tengah (usia 14-16 tahun)

Tahap ini ditandai dengan kematangan seksual yang semakin berkembang dan meningkatnya kesadaran akan identitas diri. Remaja mulai menunjukkan kemampuan berpikir abstrak dan logis, serta mulai mengevaluasi nilai-nilai moral dan keyakinan yang selama ini mereka anut. Ini adalah masa pencarian jati diri yang intens, dan mereka cenderung bereksperimen dengan berbagai gaya hidup, peran sosial, serta pandangan ideologis, secara emosional, remaja pada tahap ini seringkali menunjukkan sikap ambivalen terhadap orang dewasa dan mengalami konflik identitas. Dalam aspek sosial, kelompok sebaya sangat dominan dan dapat mempengaruhi perilaku,

termasuk perilaku berisiko seperti seks pranikah, penyalahgunaan zat, dan lain sebagainya (Tasya Alifia Izzani *et al.*, 2024).

c. Remaja Akhir (usia 17-19 tahun)

Pada tahap ini, remaja biasanya telah mencapai kematangan fisik sepenuhnya. Mereka mulai menunjukkan kematangan dalam berpikir, yaitu kemampuan untuk merencanakan masa depan, mengambil keputusan berdasarkan pertimbangan rasional, serta memikul tanggung jawab atas tindakan mereka. Pemahaman terhadap nilai moral dan etika semakin mendalam, dan mereka mampu memandang masalah secara lebih objektif dan sistematis (Papalia *et al.*, 2021).

Hubungan interpersonal mulai lebih bermakna dan mendalam. Remaja mulai fokus pada pembentukan hubungan romantis yang lebih stabil, serta persiapan menuju kehidupan dewasa seperti pendidikan lanjutan dan karir. Pada tahap ini, remaja juga mulai memiliki kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri, sehingga edukasi kesehatan berbasis media dan kelompok sebaya sangat potensial untuk diterapkan secara optimal (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

C. *Peer education* (Pendidikan Sebaya)

1. Definisi *Peer education* (Pendidikan Sebaya)

Peer education adalah pendidikan yang dilakukan pelatihan terlebih dahulu dan mempunyai misi memberikan pendidikan kesehatan kepada sekelompok teman. *Peer education* dilakukan sebagai salah satu metode memberikan informasi karena dalam *peer education*

memungkinkan penggunaan bahasa yang hampir sama, agar informasi yang diterima mudah dipahami oleh teman sebaya, selain itu teman sebaya mengungkapkan pikiran dan perasaannya dengan mudah, program *peer education* dinilai efektif karena informasi yang disampaikan oleh teman sebaya cenderung lebih mudah diterima, dipercaya, dan relevan dengan kondisi mereka. Pendidik sebaya yang telah mendapatkan pelatihan berperan sebagai agen perubahan di lingkungannya, terutama dalam meningkatkan kesadaran dan pencegahan terhadap risiko kesehatan (Rahmawati & Sari, 2023).

2. Prinsip Dasar *Peer education* (Pendidikan Sebaya)

Peer education adalah suatu prinsip yang bekerja dari remaja, untuk remaja, dan oleh remaja sehingga program *peer education* (dengan teknik *peer educator* sebagai aktornya) sangat efektif untuk mendorong keterlibatan remaja dalam pembinaan terhadap temannya sendir (Sulistiyawati, 2022).

Prinsip utama dari pendekatan ini meliputi kesetaraan, keterlibatan aktif, saling percaya, dan komunikasi dua arah. Kesetaraan mengacu pada posisi yang sejajar antara pendidik sebaya dan peserta, sehingga proses belajar menjadi lebih terbuka dan tidak menggurui. Keterlibatan aktif berarti pendidik sebaya tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi juga memfasilitasi diskusi dan kegiatan interaktif. Selain itu, hubungan saling percaya memperkuat penerimaan pesan, dan komunikasi dua arah memungkinkan terjadinya tukar pikiran yang mendalam dan bermakna (Kementerian Kesehatan RI, 2022)

3. Karakteristik Pelaku *Peer education* (Pendidikan Sebaya)

Dalam pelaksanaan program *peer education*, pemilihan pelaku atau fasilitator *peer education* menjadi aspek krusial yang sangat menentukan keberhasilan program. Seorang pendidik sebaya idealnya adalah individu yang tidak hanya memiliki kesamaan karakteristik demografis dengan kelompok sasaran seperti usia, latar belakang pendidikan, dan lingkungan sosial tetapi juga memiliki kualitas interpersonal dan kemampuan komunikasi yang baik. Hal ini dikarenakan mereka akan menjadi agen perubahan yang bertugas menyampaikan informasi, memfasilitasi diskusi, dan memberikan contoh perilaku positif.

Menurut penelitian oleh (Ratu & Kuntjoro, 2023), karakteristik pendidik sebaya yang efektif mencakup kepercayaan diri, kemampuan menyampaikan informasi dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, kemampuan mendengarkan secara aktif, serta sikap empati yang tinggi. Selain itu, mereka harus mampu membangun relasi yang bersifat suportif dan tidak menghakimi, agar menciptakan suasana komunikasi yang terbuka dan nyaman (Ratu & Kuntjoro, 2023).

Karakter lain yang penting adalah sikap proaktif, keterampilan bekerja dalam tim, dan memiliki kredibilitas di mata teman sebayanya. Pendidik sebaya juga harus memiliki pemahaman yang baik terhadap topik yang akan disampaikan, serta telah mendapatkan pelatihan yang cukup untuk meningkatkan kompetensi dalam menyampaikan materi dan menangani diskusi. Berdasarkan pedoman (WHO, 2022), pelatih sebaya

harus dipilih berdasarkan kriteria seperti kemampuan berkomunikasi, pengaruh sosial dalam kelompoknya, komitmen terhadap program, dan kesediaan untuk terus belajar serta menjalani pelatihan lanjutan (*WHO*, 2022).

Dalam konteks penelitian ini, pemilihan pendidik sebaya dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa indikator utama, yaitu:

1. Memiliki kemampuan komunikasi verbal dan non-verbal yang baik;
2. Aktif dalam kegiatan sekolah dan dikenal baik oleh teman-teman sebayanya;
3. Menunjukkan kepedulian terhadap isu kesehatan, khususnya *HIV/AIDS*;
4. Bersedia mengikuti pelatihan dan terlibat penuh dalam proses edukasi; serta
5. Memiliki motivasi untuk menjadi agen perubahan perilaku yang positif.

Kriteria ini disesuaikan dengan kondisi remaja di lingkungan sekolah serta kebutuhan dalam pelaksanaan intervensi berbasis *peer education*.

4. Efektivitas *Peer education* Berdasarkan Teori Komunikasi Interpersonal

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pendekatan *peer education* terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja terhadap pencegahan *HIV/AIDS*. Komunikasi yang terbuka antar teman sebaya menciptakan lingkungan yang nyaman untuk bertukar

informasi, sehingga memudahkan remaja dalam memahami materi yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan penanggulangan penyakit menular seksual. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sumartini dan Maretha (2020), intervensi melalui *peer education* mampu meningkatkan pengetahuan serta membentuk sikap positif remaja terhadap pencegahan *HIV/AIDS* secara signifikan.

Efektivitas *peer education* dapat dianalisis melalui pendekatan teori komunikasi interpersonal, yang menekankan pada proses pertukaran pesan secara dua arah antara individu yang memiliki hubungan sosial dekat. Dalam konteks ini, pendidik sebaya bertindak sebagai komunikator yang memiliki kesamaan pengalaman dan latar belakang dengan sasaran, sehingga meningkatkan kepercayaan dan penerimaan pesan (Afifah & Utami, 2024).

Komunikasi interpersonal memungkinkan terjadinya interaksi yang lebih empatik, responsif, dan partisipatif. Hal ini menjadikan proses pendidikan sebaya tidak hanya sebagai sarana penyampaian informasi, tetapi juga sebagai media membangun hubungan yang saling mempengaruhi secara positif dalam mengubah sikap dan perilaku, khususnya terkait isu-isu kesehatan remaja seperti *HIV/AIDS* (Dwianita, 2023)

Dengan demikian, pendidikan sebaya menjadi lebih efektif ketika dilaksanakan berdasarkan prinsip-prinsip komunikasi interpersonal yang mendalam, karena memperkuat proses internalisasi pesan dan membangun hubungan sosial yang konstruktif.

Hal ini menunjukkan bahwa *peer education* tidak hanya berfungsi sebagai alat penyampaian informasi, tetapi juga menciptakan ruang aman bagi remaja untuk berekspresi, berdiskusi, dan menemukan solusi terhadap masalah yang mereka hadapi dalam kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu, pendekatan ini sangat penting diterapkan dalam program-program pendidikan kesehatan remaja, termasuk dalam pencegahan *HIV/AIDS*, karena memberikan peluang bagi remaja untuk belajar secara aktif dan partisipatif melalui interaksi yang sejajar.

D. Sikap Pada Remaja

Sikap merupakan konstruk psikologis yang menggambarkan kecenderungan individu untuk memberikan respon secara konsisten, baik berupa evaluasi positif maupun negatif, terhadap suatu objek, orang, situasi, atau isu tertentu. Teori sikap klasik menyatakan bahwa sikap terdiri dari tiga komponen utama: kognitif, afektif, dan konatif (perilaku). Ketiga komponen ini saling berkaitan dan berkontribusi dalam membentuk sikap seseorang secara utuh.

Menurut penelitian oleh Fishbein dan Ajzen dalam kerangka *Theory of Planned Behavior*, sikap seseorang terhadap suatu perilaku akan memengaruhi niat untuk melakukannya. Dalam konteks kesehatan, sikap positif terhadap pencegahan penyakit, seperti *HIV/AIDS*, dapat meningkatkan kecenderungan seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan.

1. Kategori Sikap

Sikap dapat dikategorikan ke dalam beberapa jenis berdasarkan orientasi dan intensitasnya, yaitu:

a. Sikap Positif:

Merupakan sikap yang menunjukkan penerimaan, dukungan, atau persetujuan terhadap suatu objek atau tindakan. Contohnya, remaja yang bersikap positif terhadap kampanye pencegahan *HIV/AIDS* akan mendukung dan ikut serta dalam kegiatan edukatif tersebut.

b. Sikap Negatif:

Menunjukkan penolakan, ketidaktertarikan, atau perasaan tidak setuju terhadap suatu isu atau objek tertentu. Misalnya, remaja yang enggan mendiskusikan isu *HIV/AIDS* karena merasa tabu atau malu.

Kategori sikap ini penting untuk diidentifikasi karena akan memengaruhi bagaimana intervensi edukatif, seperti *peer education* berbasis video, dapat disesuaikan untuk mengubah atau memperkuat sikap yang sudah terbentuk.

2. Komponen sikap

Mengacu pada teori Rosenberg & Hovland (1960), sikap terdiri dari tiga komponen utama sebagai berikut:

a. Komponen Kognitif:

Berkaitan dengan pengetahuan, pemikiran, atau kepercayaan individu terhadap suatu objek. R konteks *HIV/AIDS*, ini mencakup pengetahuan remaja tentang cara penularan, pencegahan, dan dampak penyakit tersebut.

b. Komponen Afektif:

Melibatkan perasaan atau emosi seseorang terhadap objek sikap. Misalnya, perasaan empati atau takut terhadap ODHA (Orang dengan *HIV/AIDS*) dapat mencerminkan aspek afektif dari sikap.

c. Komponen Konatif (Perilaku):

Menunjukkan kecenderungan bertindak atau intensi perilaku seseorang terhadap suatu objek. Misalnya, niat untuk menghindari perilaku berisiko atau berpartisipasi dalam program penyuluhan.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap

Sikap individu terbentuk melalui proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal. Beberapa faktor utama yang mempengaruhi pembentukan dan perubahan sikap adalah:

a. Pengalaman Pribadi:

Pengalaman langsung, seperti menyaksikan penderita *HIV/AIDS*, dapat meninggalkan kesan yang kuat dan memengaruhi sikap individu.

b. Informasi dan Pengetahuan:

Sumber informasi, baik formal seperti pendidikan sekolah maupun informal seperti media sosial atau video edukasi, sangat berpengaruh terhadap pembentukan sikap.

c. Lingkungan Sosial:

Interaksi dengan teman sebaya, keluarga, dan tokoh masyarakat dapat mempengaruhi cara pandang individu terhadap isu tertentu.

d. Budaya dan Nilai Sosial:

Norma dan nilai yang berlaku di masyarakat turut mempengaruhi sikap individu terhadap isu sensitif seperti *HIV/AIDS*.

e. Kondisi Emosional:

Emosi seperti ketakutan, empati, atau kecemasan juga dapat membentuk atau mengubah sikap, terutama jika terkait isu yang menyentuh secara personal.

E. Media Video Edukasi

Media video edukasi merupakan salah satu bentuk media pembelajaran audio visual yang dirancang untuk menyampaikan informasi pendidikan secara menarik, interaktif, dan mudah dipahami oleh peserta didik. Dalam era digital saat ini, penggunaan video sebagai alat bantu edukatif semakin berkembang seiring dengan meningkatnya akses terhadap teknologi dan kebutuhan akan metode pembelajaran yang adaptif terhadap gaya belajar generasi muda. Video edukasi mampu menggabungkan unsur suara, gambar bergerak, teks, dan bahkan animasi, sehingga memungkinkan terjadinya pembelajaran multisensori yang dapat meningkatkan daya serap informasi.

Secara fungsional, media video edukasi memiliki beberapa peran penting dalam proses pembelajaran, di antaranya sebagai sumber informasi visual, sarana demonstrasi, media untuk menstimulasi diskusi, serta alat untuk memperkuat pemahaman konsep abstrak. Dalam konteks pendidikan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan isu sensitif seperti *HIV/AIDS*, video edukasi berperan dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan secara lebih

komunikatif, personal, dan tidak menggurui. Hal ini dapat memfasilitasi perubahan sikap dan perilaku secara lebih efektif, khususnya pada kelompok remaja yang memiliki preferensi terhadap media visual dan interaktif (Panogari *et al.*, 2023).

Salah satu keunggulan video sebagai media pembelajaran adalah kemampuannya untuk menjangkau berbagai gaya belajar siswa, baik visual, auditori, maupun kinestetik. Menurut Rahayu *et al* (2022) dalam teori *Multimedia Learning*, individu belajar lebih baik melalui kombinasi teks dan gambar atau suara dibandingkan hanya dengan teks saja. Teori ini menjelaskan bahwa ketika informasi disajikan dalam bentuk multimedia, terjadi pengolahan ganda di otak visual dan verbal yang meningkatkan pemahaman dan retensi memori jangka panjang. Oleh karena itu, penyampaian materi melalui video dapat membantu peserta didik membentuk representasi mental yang lebih kuat terhadap isi pesan yang disampaikan.

Selain itu, video edukasi juga memberikan peluang untuk menyisipkan unsur budaya lokal atau konteks sosial yang relevan dengan kelompok sasaran. Hal ini penting dalam membangun keterlibatan emosional dan meningkatkan relevansi pesan dengan kehidupan sehari-hari remaja. Efektivitas media pembelajaran sangat bergantung pada kedekatan isi materi dengan pengalaman nyata peserta didik, ketika video dirancang sesuai dengan konteks budaya dan sosial audiensnya, maka pesan yang disampaikan akan lebih mudah diterima dan menginspirasi perubahan perilaku (Syahida *et al.*, 2025). Video edukasi juga sangat efektif digunakan dalam program promosi kesehatan karena dapat menggambarkan situasi nyata, menampilkan *role model*, serta menjangkau

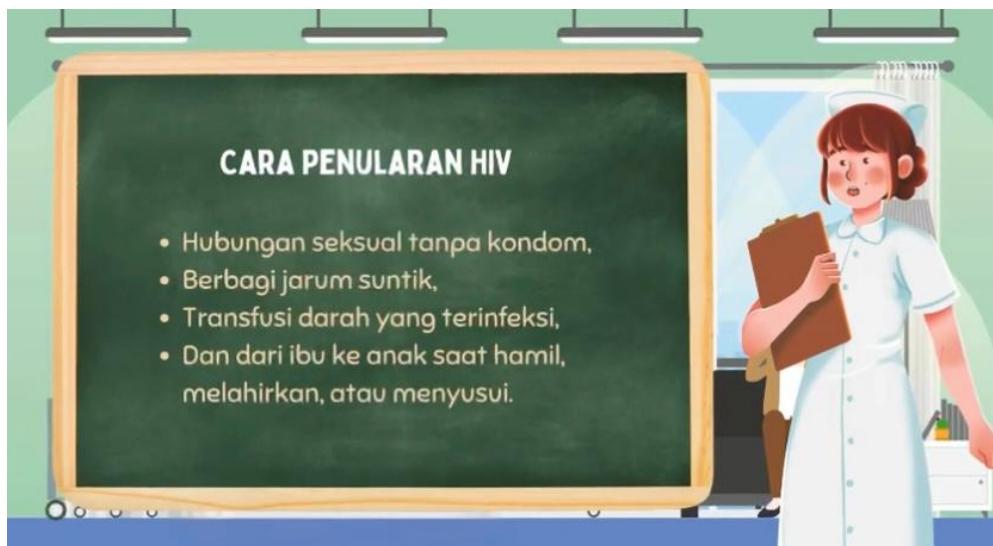
berbagai gaya belajar individu. Bagi remaja, media ini dinilai mampu menciptakan pengalaman belajar yang menyenangkan dan mendorong partisipasi aktif dalam proses edukasi.

Menurut teori *multimedia learning*, informasi yang disampaikan melalui kombinasi teks, suara, dan visual akan lebih mudah diproses oleh otak karena melibatkan lebih dari satu jalur sensorik. Hal ini menjadikan video sebagai media yang unggul dalam membentuk pemahaman konseptual dan sikap terhadap materi pembelajaran, termasuk isu kesehatan reproduksi dan pencegahan (Nalinda *et al.*, 2023).

Dengan demikian, pada penelitian ini media video edukasi akan berisi pengetahuan tentang *HIV/AIDS* berupa pengertian *HIV/AIDS*, cara penularan *HIV/AIDS*, cara pencegahan *HIV/AIDS*, mitos dan fakta tentang *HIV/AIDS*, dukungan untuk orang dengan *HIV/AIDS* (ODHA), dan peran remaja dalam pencegahan *HIV/AIDS*.



Gambar 2.1 Penjelasan Pengertian *HIV/AIDS*



Gambar 2.2 Cara Penularan HIV/AIDS



Gambar 2.3 Aktivitas yang Tidak Menularkan HIV/AIDS



Gambar 2.4 Cara Pencegahan HIV/AIDS



Gambar 2.5 Mitos Bahwa HIV Hanya Menyerang Kelompok Tertentu



Gambar 2.6 Mitos Bahwa ODHA Selalu Terlihat Sakit



Gambar 2.7 Mitos Bahwa Kalau Duduk Bersama ODHA Bisa Tertular



Gambar 2.8 Memberi Dukungan untuk ODHA



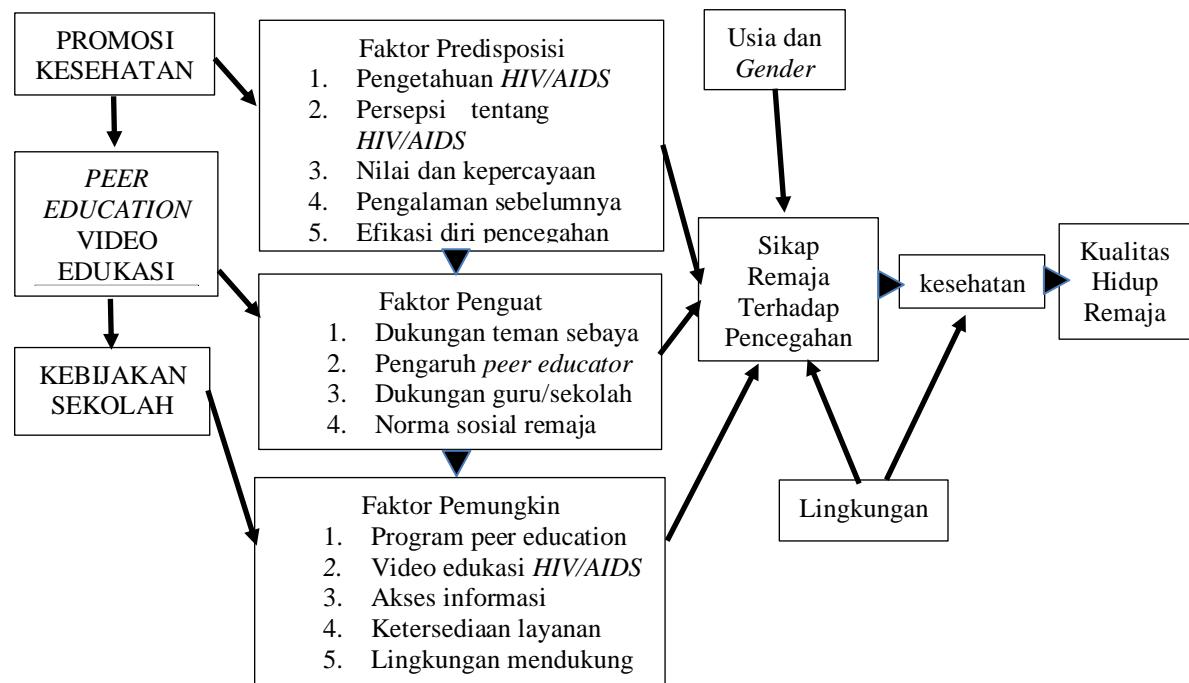
Gambar 2.9 Menjadi *Peer Educator* untuk Teman Sebaya



Gambar 2.10 Penutup yang Berisi Pesan untuk Menjadi Remaja yang Peduli dan Berani Menyebarkan Kebaikan

F. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini disajikan dalam Bagan 2.1



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Octavia *et al.*, (2024), Sulistiyawati, (2022), Yuliyanasari, (2023), Kementerian Kesehatan RI, (2022), Diananda, (2021), Rahmawati & Sari, (2023), Tirta Suminar & Nur Anisa, (2020), Panogari *et al.*, (2023).