



UNIVERSITAS INDONESIA

**PEER KONSELOR SEBAGAI BENTUK INTERVENSI
KEPERAWATAN KOMUNITAS UNTUK MENCEGAH
RISIKO PENYALAHGUNAAN NAPZA PADA SISWA SMK TJ
DI KELURAHAN RATU JAYA DEPOK**

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ners Spesialis Keperawatan Komunitas

**BUDI SANTOSO
NPM. 0906625992**

Pembimbing I : Dra. Hj. Junaiti Sahar, S.Kp.,M.App.Sc.,Ph.D
Pembimbing II : Ns. Henny Permatasari, SKp.,M.Kep.,Sp.Kom

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SPESIALIS
KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI, 2010**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji Karya Ilmiah Akhir Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juni 2010

Pembimbing I

Dra. Hj. Junaiti Sahar, SKp.,M.App.Sc.,PhD

Pembimbing II

Ns. Henny Permatasari, SKp.,M.Kep.,Sp.Kom

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tulisan yang tertera dalam karya ilmiah akhir ini belum pernah disampaikan atau diajukan sebagai persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Ners Spesialis Keperawatan Komunitas di institusi pendidikan manapun. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, karya ilmiah ini tidak memuat tulisan – tulisan yang pernah dipublikasikan orang lain secara keseluruhan, kecuali tulisan tersebut digunakan hanya sebagai bahan rujukan.

Depok, Juni 2010

Budi Santoso

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis mampu menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Peer Konselor sebagai bentuk Intervensi keperawatan komunitas untuk mencegah Risiko Penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK TJ di Kelurahan Ratu Jaya Depok”.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak terutama dari pembimbing dan rekan sejawat keperawatan demi majunya keperawatan di Indonesia. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawati, MA, PhD, Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Dra.Hj. Junaiti Sahar, SKp. M.App.Sc, Ph.D , Selaku Wakil Dekan sekaligus sebagai supervisor utama yang telah memberikan bimbingan, motivasi, inspirasi dan masukan pada penulis dengan sabar, sehingga terselesaikannya karya ilmiah akhir ini.
3. Kristna Yetti, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Ns. Henny Permatasari,SKp.,M.Kep.,Sp.Kom sebagai supervisor yang telah memberikan arahan dan bimbingan dengan sabar selama residensi dan memberi bimbingan yang sangat menunjang dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.

5. Wiwin Wiarsih, SKp.,MN, selaku pembimbing akademik sekaligus supervisor yang dengan sabar selalu memberikan motivasi dan semangat dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Astuti Yuni Nursasi, SKp.,MN, Sigit Mulyono, SKp,MN, Ns. Widyatuti,SKp,M.Kep,Sp.Kom, selaku supervisor dengan penuh kesabaran dan ketekunan dalam memberikan bimbingan, arahan dan ide – ide dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Ns. Reni Chairani,SKp,M.Kep.,Sp.Kom dan Ns. Ahmad Eru Saprudin,SKp,M.Kep,Sp.Kom selaku penguji yang telah memberi saran dan masukan untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok dan staf yang telah memberikan dukungan, kesempatan kepada mahasiswa program spesialis Keperawatan Komunitas FIK-UI dalam melakukan kegiatan praktik spesialis keperawatan komunitas di Kelurahan Ratu Jaya.
9. drg. Tri Sakti, selaku Pimpinan Puskesmas Pancoran Mas dan dr. Hj. Dewi Damayanti selaku Pimpinan Puskesmas Cipayung dan staff yang telah memberikan izin menggunakan wilayah kerjanya kepada penulis untuk lahan praktik.
10. Ir. Eddy Faria Utama, selaku Kepala Sekolah, staff dan seluruh siswa SMK TJ yang telah memberikan izin dan telah bersedia menerima penulis melakukan praktik di komunitas.
11. Siswa Peer Konselor yang telah bersedia dengan ikhlas dan semangat dalam mengikuti pelatihan dan praktek konseling.
12. Orang tuaku dan Istriku “Fahrina” serta anak – anakku (Rahma Aliyyah, Muhammad Hafizh Shiddiq dan Muhammad Rizqi Arrayyan, atas support dan do’anya.
13. Teman – teman seperjuangan angkatan 2007 (BM, Aris, Akhmadi, Asep, Asmi, Indri, Poppy, Maryam, Dian dan Rita).

14. Buat pihak-pihak yang telah banyak membantu yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga jasa baik, bimbingan dan dukungan yang telah diberikan mendapat balasan dari Allah SWT. Amien.

Penulis
Budi Santoso



ABSTRAK

Nama : Budi Santoso
Program Studi : Ners Spesialis Keperawatan Komunitas
Judul : Peer Konselor Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan
Komunitas untuk Mencegah Risiko Penyalahgunaan NAPZA
pada Siswa SMK TJ di Kelurahan Ratu Jaya Depok

Remaja merupakan kelompok berisiko terhadap masalah kesehatan sehingga perlu mendapat perhatian khusus. Salah satu masalah yang sering dijumpai pada remaja adalah penyalahgunaan NAPZA. Perawat Spesialis Komunitas mempunyai peran dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA, salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas yang digunakan adalah peer konselor. Karya Ilmiah Akhir ini bertujuan untuk meningkatkan pemberdayaan siswa melalui peer konselor untuk mencegah risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK TJ di Kelurahan Ratu Jaya Depok. Hasil kegiatan ini didapatkan bahwa terjadi perubahan perilaku siswa yaitu peningkatan pengetahuan dari rerata 65 menjadi 80, sikap dari rerata 60 menjadi 75 dan kognitif skill dari rerata 45 menjadi 70. Selain itu telah terbentuk struktur peer konselor di SMK TJ yang terdiri dari 12 siswa yang telah dilakukan pembinaan selama 12 kali pertemuan. Karya Ilmiah Akhir ini menyimpulkan peer konselor merupakan bentuk intervensi efektif yang dapat diaplikasikan dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah. Untuk itu peer konselor perlu dikembangkan dan dilakukan pembinaan lebih lanjut terhadap pelayanan kesehatan remaja terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

Kata Kunci : Peer Konselor, Remaja, NAPZA, Keperawatan Komunitas

ABSTRACT

Name : Budi Santoso
Study Program: Ners Specialist Nursing Community
Title : Peer Counselor as Nursing Community Intervention to Prevention
Risk of Drug Abuse at SMK TJ Ratujaya Depok

Adolescence is who ones population at risk with their health problems, so they must have specific attention. One's of the population that met in population adolescence is drug abuse. The nurse specialist community health nursing have role in drug abuse prevention, ones of nursing intervention in community that used to reduce that problems is peer counselor. This study purpose to improve empowerment students with peer counselor, to prevent risk for drug abuse at senior high school "TJ" Ratujaya in Depok. The study result changed behaviors students with increased knowledge (mean 60 to 80), increased attitude (mean 60 to 70) and kognitive skill (mean 45 to 70). The result from this study shows peer counselor is effectively intervention applied to prevent drug abuse in school. These result are expected that peer counselor should be developed and sustained with health care in adolescence related to prevent drug abuse.

Key word : peer counselor, adolescence, drug abuse, nursing community

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	Hal	i
LEMBAR PERSETUJUAN		ii
PERNYATAAN ORISINALITAS		iii
KATA PENGANTAR		iv
ABSTRAK		vii
ABSTRACT		viii
DAFTAR ISI		ix
DAFTAR TABEL		xi
DAFTAR GAMBAR		xii
DAFTAR LAMPIRAN		xiii
BAB 1	PENDAHULUAN	
	1.1 Latar Belakang	1
	1.2 Tujuan	9
	1.3 Manfaat Penulisan	10
BAB 2	TINJAUAN PUSTAKA	
	2.1 Pemberdayaan Siswa melalui Peer Counselor sebagai Upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA di sekolah	12
	2.1 .1 Pemberdayaan	12
	2.1.2 Peer Konselor untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA di sekolah	14
	2.2 Remaja dan Risiko Perilaku Penyalahgunaan serta Kebijakan tentang NAPZA	15
	2.2.1 Tumbuh Kembang Remaja	15
	2.2.2 Risiko Perilaku Penyalahgunaan NAPZA pada Remaja	19
	2.3 Peran Perawat Komunitas dalam Upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA	27 28
	2.4 Teori dan Model Konseptual yang mendasari Praktik Residensi Spesialis Keperawatan Komunitas	30
	2.4.1 Pengelolaan Pelayanan Keperawatan Komunitas di Setting skolah dengan Program UKS dan teori Manajemen	31
	2.4.2 Teori <i>Family Centered Nursing</i>	34
	2.4.3 Teori <i>Health Promotion Model</i>	35
	2.4.4 Integrasi Model UKS dan <i>Health Promotion Model</i>	47
BAB 3	KERANGKA KONSEP DAN PROFIL WILAYAH	
	3.1 Kerangka Konsep Keperawatan Komunitas	48
	3.2 Profil wilayah	50

BAB 4	PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA AGGREGAT REMAJA DENGAN RISIKO PENYALAHGUNAAN NAPZA DI SMK TJ KELURAHAN RATU JAYA DEPOK	
4.1	Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas	52
4.2	Asuhan Keperawatan	67
4.2.1	Asuhan Keperawatan Keluarga	67
4.2.2	Asuhan Keperawatan Komunitas	78
BAB 5	PEMBAHASAN	
5.1	Analisis Kesenjangan dan Pencapaian	89
5.2	Keterbatasan Penelitian	106
5.3	Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian Keperawatan Komunitas	106
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1	Kesimpulan	110
6.2	Saran	111
DAFTAR PUSTAKA		112



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Tingkat Pencapaian Kemandirian Keluarga

78



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Health Promotion Model</i>	46
Gambar 2.2 Integrasi Model UKS dan Health Promotion Model	47
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Keperawatan Komunitas	48
Gambar 4.1 <i>Fish Bone Analysis</i> Pengelolaan Pelayanan Keperawatan Komunitas	60
Gambar 4.2 <i>Web of Causation</i> Keperawatan Keluarga	70
Gambar 4.3 <i>Web of Causation</i> Keperawatan Komunitas	82



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuisisioner Pengetahuan tentang Remaja, NAPZA dan Upaya Pencegahan Perilaku Penyalahgunaan NAPZA
- Lampiran 2 Kuisisioner Sikap Remaja Terhadap Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA
- Lampiran 3 Lembar Evaluasi Ketrampilan Peer Konselor
- Lampiran 4 Skala Prioritas Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas
- Lampiran 5 Skala Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas
- Lampiran 6 Skala Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga
- Lampiran 7 Kontrak Pembelajaran Praktik Residensi
- Lampiran 8 Materi Pelatihan Peer Konselor
- Lampiran 9 Foto Kegiatan
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menggambarkan latar belakang, tujuan dan manfaat penulisan. Latar belakang menyajikan alasan pentingnya dilakukan penulisan ilmiah yang didukung oleh *evidence based* isu-isu penelitian yang relevan. Tujuan penulisan difokuskan pada harapan yang ingin dicapai dari kegiatan ini, dan manfaat penulisan difokuskan pada kegunaan hasil penulisan untuk praktik keperawatan komunitas dan perkembangan ilmu keperawatan komunitas.

1.1 Latar Belakang

Remaja merupakan kelompok berisiko terhadap masalah kesehatan sehingga perlu mendapat perhatian dan pelayanan khusus. Masa remaja merupakan masa transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Masa inilah yang menjadi salah satu alasan remaja digolongkan kelompok berisiko. Pada masa transisi ini terdapat banyak perubahan alamiah secara langsung maupun tidak langsung yang berdampak pada berbagai permasalahan remaja. Gaya hidup pada masa remaja biasanya mengakibatkan perilaku berisiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok usia lain di masyarakat. Perilaku berisiko terhadap kesehatan remaja menurut *The Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) mencakup *injury*, rokok, alkohol dan obat – obatan, perilaku seksual, perilaku diet yang tidak sehat, dan tidak ada aktifitas fisik (Hitchcock,1999). Faktor ini menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang banyak dijumpai pada remaja. Salah satu masalah yang sering dijumpai pada remaja adalah penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya) (Permana, 2009 dalam <http://netsains.com/psikologi> remaja, diperoleh tanggal 4 Mei 2010).

Berbagai penelitian membuktikan bahwa sebagian besar penyalahgunaan NAPZA dilakukan pada usia remaja. Penelitian epidemiologi di Indonesia (Setyonegoro,1988; Alwady,1985; Hilman,1996; Idris,1990 dalam Joewana 2005) menunjukkan bahwa sebagian besar pengguna zat psikoaktif berusia kurang dari 25 tahun, sebagian besar *poly drug user* masih berstatus sebagai pelajar. Penelitian oleh Joewana, et al. (1994) terhadap 151 pasien dengan gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif, sebanyak 84,1% berusia 13-22 tahun. Penelitian Hawari (1990) menunjukkan 97 % penyalahguna NAPZA berusia 13-25 tahun. Hal senada juga diperoleh dari hasil penelitian Santoso (2009) terhadap 7 partisipan mantan pengguna NAPZA di Palembang menunjukkan semua partisipan pertama kali menggunakan NAPZA berusia 13 – 17 tahun. Banyaknya penyalahgunaan NAPZA di usia remaja merupakan masalah yang harus segera ditanggulangi oleh semua pihak, khususnya pemerintah.

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan terkait kesehatan remaja yaitu program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja). Program ini bertujuan untuk menghadapi masalah kesehatan remaja seperti kesehatan reproduksi, penyalahgunaan NAPZA, HIV/AIDS, khususnya siswa SMP dan SMA sederajat. Pelayanan yang diberikan berupa pemberian informasi dan pelayanan kesehatan yang berkualitas agar remaja tidak salah dalam mencari sumber pertolongan bila membutuhkan pertolongan (Depkes. RI, 2008). Selain itu BNN (Badan Narkotika Nasional) juga telah melakukan upaya untuk mengatasi penyalahgunaan NAPZA pada remaja melalui kampanye anti narkoba (BNN, 2008). Kebijakan dan upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah baik Kementerian Kesehatan ataupun BNN belum membuahkan hasil yang optimal, terutama remaja yang melakukan penyalahgunaan NAPZA.

Penyalahgunaan NAPZA merupakan salah satu penyimpangan perilaku yang terjadi akibat interaksi tiga kutub sosial yang tidak kondusif yaitu keluarga, sekolah dan masyarakat (Hawari, 2003). Kutub pertama adalah keluarga yang merupakan lingkungan pertama dan utama dalam membentuk keyakinan, sikap

dan perilaku remaja terhadap penyalahgunaan NAPZA. Ketidakharmonisan atau disfungsi keluarga menjadi salah satu faktor pencetus terjadinya penyalahgunaan NAPZA. Selanjutnya Hawari menjelaskan bahwa remaja yang hidup dengan keluarga yang tidak harmonis mempunyai risiko relatif 7,9 kali terjadinya penyalahgunaan NAPZA dibandingkan dengan remaja yang hidup dengan keluarga yang harmonis. Hal senada juga diungkapkan oleh Sindelar dan Fielillin (2001, dalam Mc. Murray, 2003) bahwa lingkungan keluarga yang tidak harmonis akan berpengaruh negatif pada perilaku remaja yaitu remaja kehilangan *role model* dari keluarga. Hasil survei penyalahgunaan NAPZA pada kelompok pelajar dan mahasiswa di Indonesia tahun 2006 diperoleh hasil bahwa sebesar 70% disebabkan faktor keluarga yaitu orang tua menerapkan pola asuh otoriter (Jangan ada lagi korban narkoba.¶5,<http://www.bnn.go.id/>, diperoleh tanggal, 19 Februari 2009). Hasil penelitian Santoso (2009) juga menyebutkan bahwa salah satu penyebab remaja menyalahgunakan NAPZA adalah faktor keluarga yang tidak harmonis.

Kutub kedua yang mempengaruhi penyalahgunaan NAPZA adalah lingkungan masyarakat yang kurang kondusif, seperti ketidakpedulian masyarakat terhadap permasalahan remaja, sikap permisif terhadap peredaran NAPZA di masyarakat, mobilitas masyarakat yang tinggi dapat memungkinkan masuknya pengaruh negatif dari luar masyarakat, dan kesenjangan sosial ekonomi yang tinggi. Selain kutub keluarga dan kutub masyarakat, penyalahgunaan NAPZA juga dipengaruhi oleh kutub ketiga yaitu sekolah yang tidak kondusif (Hawari, 2003). Kondisi lingkungan sekolah yang tidak kondusif seperti lokasi sekolah yang berada di daerah rawan penyalahgunaan NAPZA misalnya dekat dengan terminal, stasiun, mall, dan jalan raya merupakan salah satu penyebab penyalahgunaan NAPZA pada remaja.

NAPZA secara luas diketahui sebagai salah satu ancaman paling mengkhawatirkan bagi masyarakat, khususnya generasi muda di lebih 100 negara di dunia { *Asian Harm Reduction Network* (AHRN, 2001)}. Berbagai survei menunjukkan bahwa NAPZA merupakan ancaman bagi kelompok usia muda dan produktif (BNN, 2006). Penyalahgunaan NAPZA tidak hanya

menimbulkan penyimpangan perilaku yang menyalahi norma yang berlaku di masyarakat, namun juga memicu masalah utama yang memberi efek negatif terhadap fungsi organ tubuh (Syarief, 2008). Menurut Banks dan Waller (1983, dalam Hawari, 2001) penyalahgunaan NAPZA mengakibatkan komplikasi medik berupa gangguan pernafasan yaitu edema paru dan gangguan lever. Walaupun bahaya penyalahgunaan NAPZA sudah sering disosialisasikan, namun masih banyak masyarakat yang tidak mempedulikannya, sehingga jumlah pengguna NAPZA terus meningkat. Peningkatan jumlah penyalahguna NAPZA ini dikarenakan berbagai faktor seperti perilaku mencoba, mencari identitas, pengaruh teman sebaya, perilaku hidup modern, kemudahan akses dan peredaran NAPZA serta lingkungan sosial yang permisif dan terbuka (BNN, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian Badan Narkotika Nasional dan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (Puslitkes-UI) tahun 2008 terhadap kelompok pelajar dan mahasiswa didapatkan bahwa angka kenaikan penyalahguna NAPZA sebesar 0,47 persen yaitu 3.9% pada tahun 2003 menjadi 5.3% pada tahun 2006. Dari hasil kalkulasi tersebut maka jumlah penyalahguna narkoba diperkirakan 3.3 juta orang pada tahun 2008 dan akan meningkat menjadi 4.5 juta orang pada tahun 2013. Jumlah penyalahguna NAPZA di Indonesia diperkirakan sebanyak 3,1 juta sampai 3,6 juta orang atau sekitar 1,99% dari total seluruh penduduk Indonesia yang berisiko terkena NAPZA di tahun 2008 (usia 10-59 tahun) (BNN, 2009).

Hasil survei penyalahgunaan NAPZA pada kelompok pelajar dan mahasiswa di Indonesia tahun 2006 diperoleh hasil bahwa faktor utama penyebab remaja menyalahgunakan NAPZA adalah coba-coba atau iseng sebesar 74.15 %, pengaruh teman sebaya sebesar 51.14% (Jangan ada lagi korban narkoba. ¶5, <http://www.bnn.go.id/>, diperoleh tanggal, 19 Februari 2009). Hasil penelitian Hawari (1990) juga menyebutkan bahwa faktor penyebab remaja menyalahgunakan NAPZA adalah 81.3% akibat pengaruh/bujukan teman (*peer group*).

Berdasarkan laporan tahunan Badan Narkotika Kota Depok (2008) penyalahguna NAPZA di Kota Depok berkisar 1,5% dari total penduduk Kota Depok, dan 75% kasus penyalahgunaan NAPZA berasal dari kelompok umur 10-18 tahun serta 79% berpendidikan SLTA. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Saprudin (2007) terhadap 60 responden siswa SMA dan SMK Pancoran Mas Depok tentang upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA didapatkan bahwa perilaku selalu merokok (4.9%), sering (5.88%) dan kadang-kadang (47.06%), alasan siswa merokok 28.43% disebabkan oleh teman sebaya. Hal senada juga sesuai dengan hasil penelitian Marsito (2008) terhadap siswa SMK di Kelurahan Pancoran Mas Depok bahwa perilaku selalu merokok (8.1%), sering (17.2%) dan kadang-kadang (35.4%), alasan merokok 90.9% karena pengaruh teman sebaya. Perilaku merokok tersebut dapat mengantarkan remaja untuk melakukan penyalahgunaan NAPZA, karena merokok merupakan pintu masuk penyalahgunaan NAPZA (Syarief, 2008).

Hasil penyebaran angket yang dilakukan penulis terhadap 89 siswa SMK TJ di wilayah Ratu Jaya pada bulan Oktober 2009 didapatkan data bahwa siswa yang mempunyai kebiasaan merokok di luar kegiatan di sekolah (25.54%), pernah merokok (75.51%), melampiasikan kegagalan dengan merokok atau minuman keras (30.65%), merokok jika mempunyai masalah (30.61%), alasan merokok 85% karena ikut-ikutan atau diajak teman. Menurut Ali (2005) teman sebaya memegang peranan penting dalam kehidupan remaja, remaja sangat ingin diterima dan dipandang sebagai anggota kelompok teman sebaya baik di sekolah maupun di luar sekolah, sehingga remaja cenderung bertingkah laku seperti tingkah laku kelompok sebayanya. Keadaan ini mendapat perhatian yang serius dari pemerintah dengan membuat kebijakan terhadap kesehatan remaja yaitu PKPR.

PKPR di Kota Depok sejak tahun 2006 - 2008, telah melaksanakan program pelatihan meliputi Pelatihan Pengelola UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) sebanyak 57 orang dari 23 Puskesmas kemudian dilanjutkan dengan Pelatihan Guru sebanyak 66 orang dari 30 SMP dan SMA sederajat. Selanjutnya diikuti dengan Pelatihan Peer Konselor Remaja di 11 sekolah. Jumlah Peer Konselor

yang sudah dilatih sebanyak 172 siswa/i. Hasil yang diperoleh dari pelatihan pengelola UKS, Pelatihan Guru PKPR dan Pelatihan Peer Konselor adalah informasi seputar kesehatan remaja seperti tumbuh kembang remaja dan masalah kesehatan yang sering terjadi pada remaja dapat diketahui secara dini sehingga dapat dijadikan sebagai upaya untuk pencegahan terhadap masalah kesehatan pada remaja salah satunya adalah penyalahgunaan NAPZA.

Berdasarkan wawancara dengan pelaksana program PKPR Dinas Kesehatan Kota Depok didapatkan informasi bahwa belum semua sekolah dapat dilaksanakan program PKPR, salah satu sekolah yang belum melaksanakan program PKPR adalah SMK TJ Ratu Jaya Depok. Selain itu pelatihan yang telah dilaksanakan belum ada tindaklanjutnya dari pihak puskesmas karena keterbatasan dana dan sumber daya manusia untuk melaksanakan kegiatan tersebut. Oleh karena itu Dinas Kesehatan khususnya Puskesmas sangat mengharapkan partisipasi aktif dari pihak sekolah untuk terlibat aktif dalam upaya pengembangan dan pelaksanaan program PKPR di sekolah masing-masing.

Pender, Murdaug dan Parsons (2002) menyebutkan bahwa perawat spesialis komunitas dalam menyusun program anti NAPZA perlu memperhatikan respon individu terhadap situasi sosial yang melingkupinya seperti pergaulan bebas, gaya hidup, dan peraturan pemerintah tentang program penanggulangan NAPZA. Salah satu strategi yang dapat diterapkan adalah melalui konseling sebaya (Peer Konselor). Peer Konselor merupakan strategi yang efektif untuk menyelesaikan masalah remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA. Kelompok sebaya akan dapat menurunkan remaja / siswa terhadap risiko penyalahgunaan zat adiktif sehingga siswa yang berperilaku negatif akan berkurang (Hitchcock, Schobert dan Thomas,1999).

Hal senada juga diungkap oleh Irma (2009) bahwa ada tiga alasan Peer Konselor merupakan strategi yang efektif untuk pencegahan NAPZA pada remaja yaitu; mendiskusikan masalah dengan teman sebaya dirasakan lebih enak dan aman; alasan kedua, teman sebaya memiliki cara pandang dan gaya

hidup yang mirip sehingga dianggap lebih memahami; dan alasan ketiga adalah situasi diskusi bisa lebih bebas atau curhat (*express feeling*). Hasil studi kasus di Zambia oleh Barker dan Geller (2008) tentang perilaku siswa terkait kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang melalui konseling kelompok sebaya menyimpulkan bahwa terjadi penurunan yang signifikan terhadap perilaku kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang di sekolah. Peer Konselor juga telah diterapkan oleh *The Watkins High School Drug Education Peer Counseling Program* di Laurel Mississippi, hasilnya Peer Konselor merupakan strategi yang paling efektif untuk pencegahan NAPZA di sekolah, setiap tahunnya mampu menurunkan angka penyalahgunaan NAPZA di kalangan siswa sampai 30 persen.

Penanganan tindakan pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja di sekolah dapat dilakukan melalui upaya promosi kesehatan. Remaja lebih banyak menggunakan waktunya untuk belajar di sekolah sehingga memudahkan remaja untuk belajar tentang perilaku sehat. Disamping itu lokasi sekolah yang berada dekat dengan komunitas diharapkan akan berpengaruh bagi komunitas sekelilingnya untuk melakukan pencegahan penyalahgunaan NAPZA (Smith,1995). Melihat berbagai masalah remaja terkait risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja tersebut, maka strategi Peer Konselor dapat diterapkan untuk melakukan pencegahan terhadap penyalahgunaan NAPZA pada remaja di sekolah.

Peer Konselor yang telah diterapkan oleh Dinas Kesehatan Depok adalah memberi pelatihan selama dua hari terhadap siswa dengan memberikan tujuh materi meliputi; tumbuh kembang remaja, kesehatan reproduksi remaja, infeksi menular seksual, HIV/AIDS, penyalahgunaan NAPZA, dasar-dasar komunikasi dan konseling, dan pendidikan ketrampilan hidup sehat. Berdasarkan observasi dan evaluasi yang penulis lakukan terhadap kegiatan Peer Konselor yang telah berlangsung, masih terdapat kelemahan yaitu belum adanya tindak lanjut kegiatan tersebut. Sebagai calon perawat spesialis komunitas, penulis melakukan inovasi pada pelaksanaan Peer Konselor di SMK TJ dengan melakukan *follow up support* melalui pertemuan rutin dua

kali seminggu dengan memberikan materi tambahan yaitu; pengenalan diri remaja, motivasi, tanggung jawab, manajemen waktu, perilaku asertif, komunikasi efektif, dan *problem solving*. Selanjutnya dilakukan diskusi tentang hambatan yang ditemui dan alternatif penyelesaian masalah yang dilakukan terhadap apa yang telah dilakukan oleh Peer Konselor. Inovasi tersebut diberi istilah PKM (Peer Konselor Modifikasi).

Menurut Irma (2009) Peer Konselor dapat membangun hubungan saling percaya dan komunikasi terbuka sehingga mendorong remaja untuk berperilaku positif. Mengingat pentingnya upaya kesehatan untuk meningkatkan kesehatan remaja, maka penulis perlu berkontribusi melalui penerapan berbagai teori dan model yang relevan yaitu teori manajemen, teori *Family Centered Nursing* dan *Health Promotion Model*. Interaksi model dan teori tersebut dapat dijadikan acuan dalam mengkaji kesehatan remaja terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA dan usaha kesehatan sekolah secara komprehensif serta dapat diaplikasikan di tatanan SMK.

Berdasarkan kondisi diatas, penulis sebagai calon perawat spesialis komunitas tertarik melakukan inovasi pengembangan program kesehatan remaja yang difokuskan pada pencegahan NAPZA di sekolah, karena perawat komunitas memiliki peran untuk membantu komunitas dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di berbagai tatanan di masyarakat, salah satunya di tatanan sekolah melalui usaha promosi kesehatan. Sehubungan dengan hal tersebut penulis mencoba mengambil topik “ Peer Konselor sebagai bentuk intervensi keperawatan komunitas untuk mencegah risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK TJ di Kelurahan Ratujuaya Depok”

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan pemberdayaan masyarakat (siswa, guru, keluarga, lingkungan sekolah) melalui Peer Konselor untuk mencegah risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK TJ di Kelurahan Ratujaya Depok.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khususnya yaitu teridentifikasi :

1.2.2.1 Kemampuan (pengetahuan, sikap dan ketrampilan) siswa, guru, keluarga dan lingkungan sekolah SMK TJ dalam mencegah risiko penyalahgunaan NAPZA melalui Peer Konselor.

1.2.2.2 Pengembangan program inovasi manajemen pelayanan keperawatan komunitas yang dilakukan untuk mencegah risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK TJ melalui Peer Konselor.

1.2.2.3 Gambaran inovasi asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK TJ melalui Peer Konselor.

1.2.2.4 Perubahan kemampuan siswa, guru, keluarga dan lingkungan sekolah dalam mencegah risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK TJ melalui Peer Konselor.

1.3 Manfaat Penulisan

Adapun manfaat aplikatif penulisan karya ilmiah akhir ini adalah :

1.3.1 Aggregate Remaja

- 1.3.1.1 Meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan siswa SMK TJ dalam mencegah perilaku penyalahgunaan NAPZA.
- 1.3.1.2 Meningkatkan peran Peer Konselor dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah.

1.3.2 Keluarga / Masyarakat

- 1.3.2.1 Meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan keluarga /masyarakat dalam mencegah perilaku penyalahgunaan NAPZA.
- 1.3.2.2 Meningkatkan peran keluarga/ masyarakat dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di masyarakat.

1.3.3 Sekolah

- 1.3.3.1 Bahan masukan untuk meningkatkan kepedulian pihak sekolah dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada siswa di sekolah.
- 1.3.3.2 Bahan masukan untuk meningkatkan peran aktif komponen sekolah dan pengembangan kegiatan UKS khususnya upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah.

1.3.4 Perawat Komunitas

- 1.3.4.1 Meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas serta evaluasi program terkait masalah kesehatan remaja khususnya upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA.
- 1.3.4.2 Mengembangkan strategi intervensi terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada aggregate remaja dan sebagai *evidence based* untuk pengembangan model pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja di sekolah.

1.3.4.3 Meningkatkan peran perawat komunitas dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya remaja dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan memaparkan beberapa teori dan konsep serta penelitian yang terkait dengan proyek inovasi sebagai rujukan dalam melakukan asuhan keperawatan komunitas dan saat pembahasan. Tinjauan pustaka meliputi pemberdayaan siswa melalui Peer Konselor sebagai upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA di Sekolah, remaja dan risiko perilaku penyalahgunaan NAPZA, peran perawat komunitas dalam upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA, teori dan model konseptual yang mendasari praktik residensi spesialis keperawatan komunitas.

2.1 Pemberdayaan dan Peer Konselor

Pemberdayaan merupakan salah satu strategi intervensi dalam keperawatan komunitas, dimana perawat komunitas membantu *aggregate* komunitas untuk mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan mengkaji dan memberikan kebutuhan bagi *aggregate* tersebut. Untuk memahami lebih jelas tentang pemberdayaan, akan diuraikan dalam bagian berikut :

2.1.1 Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya, mendorong, memotivasi, dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkannya (Sumodiningrat, 1996). Menurut Zerweks (1992, dalam Helvie, 2003) menyebutkan bahwa memberdayakan masyarakat dalam suatu komunitas berarti membantu masyarakat mengembangkan kompetensi untuk mengontrol kehidupan dan memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut.

Kreisberg (1992, dalam Helvie, 2003) mendefinisikan pemberdayaan sebagai suatu proses pengembangan pengetahuan dan ketrampilan yang meningkatkan keahlian seseorang dalam keputusan yang mempengaruhi kehidupan seseorang. Rappaport (1987, dalam Helvie, 2003)

menyebutkan bahwa pemberdayaan adalah suatu mekanisme dimana masyarakat, organisasi, dan komunitas memperoleh keahlian. Selanjutnya juga mendefinisikan pemberdayaan sebagai suatu proses dimana individu dan komunitas mampu untuk memprediksikan, mengontrol, dan berpartisipasi dalam lingkungan. Keempat definisi tersebut mendefinisikan pemberdayaan dalam suatu proses pelibatan masyarakat untuk meningkatkan ketrampilan dalam rangka mengambil keputusan yang mempengaruhi diri sendiri.

Pemberdayaan komunitas telah diaplikasikan oleh perawat komunitas yang memiliki kompetensi komunitas sehingga mampu; (a) mengidentifikasi masalah dan kebutuhan komunitas dengan kolaborasi yang efektif; (b) mencapai kesepakatan dalam tujuan dan prioritas; (c) menyepakati bagaimana untuk mengimplementasikan tujuan; dan (d) berkolaborasi secara efektif dalam implementasi rencana untuk mencapai tujuan (Helvie, 2003).

Pemberdayaan masyarakat untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA pada remaja adalah dilaksanakan dengan melibatkan orang tua, sekolah dan pihak swasta bersama – sama. Upaya tersebut sejalan dengan Visi Kementerian Kesehatan RI yaitu ” Masyarakat mandiri untuk hidup sehat” dengan Misi ” Membuat rakyat sehat” (Depkes, 2008). Pemberdayaan terbukti telah berhasil menurunkan jumlah siswa yang melakukan penyalahgunaan NAPZA di Amerika. Hasil survey di Amerika terhadap 2500 siswa SMA yang telah terpapar minuman keras dan obat-obat terlarang menyebutkan bahwa terjadi penurunan sebanyak 29% siswa yang mengkonsumsi minuman keras dan sebanyak 22% yang menggunakan obat-obatan terlarang (*Psychology & Psychiatry: Aug29, 2009. pg17, diperoleh tanggal 7 Juni 2010*). Salah satu wujud pemberdayaan dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA di sekolah adalah dengan melibatkan siswa melalui peer konselor.

2.1.2 Peer Konselor (Konselor Sebaya)

Menurut Sudarsono (1997, dalam Nisriyana, 2007) teman sebaya berarti teman – teman yang sesuai dan sejenis, perkumpulan atau kelompok pra pubertas yang mempunyai sifat-sifat tertentu dan terdiri dari satu jenis. Sedangkan kelompok sebaya adalah kelompok persahabatan yang mempunyai nilai-nilai dan pola hidup sendiri, dimana persahabatan dalam periode sebaya penting sekali karena merupakan dasar pokok mewujudkan nilai – nilai dalam suatu kontak sosial (Nisriyana, 2007). Jadi teman sebaya merupakan media bagi remaja untuk mewujudkan nilai – nilai sosial tersendiri dalam melakukan prinsip kerjasama, tanggung jawab dan kompetisi.

Peer Konselor adalah remaja yang berasal dari sekolah (SMP/SMA/Sederajat), karang taruna, poskestren, pemuda masjid/gereja/keagamaan lainnya, pekerja industri, anak jalanan, dan lain – lain yang dilatih dengan materi tertentu sehingga mampu memberikan informasi dan membantu menyelesaikan masalah kesehatan pada teman sebayanya (Depkes RI, 2008). Peer Konselor merupakan strategi yang efektif untuk menyelesaikan masalah remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA. Kelompok sebaya dapat menurunkan remaja / siswa terhadap risiko penyalahgunaan zat adiktif sehingga siswa yang berperilaku negatif akan berkurang (Hitchcock, Schobert dan Thomas, 1999).

Menurut Irma (2009) ada tiga alasan Peer Konselor merupakan strategi yang efektif untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA pada remaja yaitu pertama; mendiskusikan masalah dengan teman sebaya dirasakan lebih enak dan aman, kedua; teman sebaya memiliki cara pandang dan gaya hidup yang mirip sehingga dianggap lebih memahami, ketiga; situasi diskusi bisa lebih bebas atau curhat (*express feeling*). Keefektifan Peer Konselor telah dibuktikan oleh Barker dan Geller (2008) melalui studi kasus di Zambia tentang perilaku siswa terkait kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang menyimpulkan bahwa

terjadi penurunan yang signifikan terhadap perilaku kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang di sekolah. Peer Konselor juga telah diterapkan oleh *The Watkins High School Drug Education Peer Counseling Program* di Laurel Mississippi, hasilnya Peer Konselor merupakan strategi yang paling efektif untuk pencegahan NAPZA di sekolah, setiap tahunnya mampu menurunkan angka penyalahgunaan NAPZA di kalangan siswa sampai 30 persen (Arudo, 2008, *Peer Counseling Experience Among Selected Kenyan Senior High Schools, Journal of Psychology*, diperoleh tanggal 6 April 2010). Peer Konselor dapat membangun hubungan saling percaya dan komunikasi terbuka sehingga mendorong remaja untuk berperilaku positif dan mencegah remaja untuk menyalahgunakan NAPZA.

2.2 Remaja dan Risiko Perilaku Penyalahgunaan serta Kebijakan tentang NAPZA

Remaja merupakan salah satu kelompok yang berisiko tinggi terhadap penyalahgunaan NAPZA, berikut ini akan diuraikan mengenai tumbuh kembang remaja dan risiko perilaku penyalahgunaan NAPZA yang dapat memperjelas proses terjadinya perilaku penyalahgunaan NAPZA.

2.2.1 Tumbuh Kembang Remaja

Remaja merupakan masa yang ditandai dengan berbagai proses perubahan yang terjadi baik secara fisik maupun psikologis. Perubahan fisik terlihat dalam perubahan-perubahan dalam tubuh, sedangkan perubahan psikologis tampak dari emosi, sikap, dan intelektual yang erat kaitannya dengan risiko perilaku penyalahgunaan NAPZA. Pertumbuhan dan perkembangan remaja menurut Siregar (2006) digambarkan dengan perubahan fisik mengarah pada pencapaian bentuk-bentuk badan orang dewasa, termasuk perubahan seksual yang ditandai dengan tanda-tanda seksual primer dan sekunder, perkembangan heteroseksual, yaitu pada remaja muncul ketertarikan terhadap lawan jenis, perkembangan emosional yang tidak stabil,

perkembangan kognisi, perkembangan identitas diri dan proses pembentukan identitas diri yang dimulai sejak kanak-kanak mencapai puncaknya pada masa remaja.

Reaksi positif yang muncul pada perubahan fisik biasanya perasaan memahami, menerima perubahan fisik, mampu mengevaluasi diri dan kemampuan tersebut dapat membentuk konsep diri yang positif dan rasa percaya diri. Reaksi positif inilah yang perlu dikembangkan agar remaja memiliki rasa optimis terhadap masa depannya, sehingga tidak akan menghancurkan masa depannya dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA.

Reaksi negatif juga bisa timbul akibat perubahan fisik yang terjadi. Reaksi inilah yang perlu mendapat perhatian dan penanganan segera. Keberhasilan remaja menyelesaikan masalah fisiknya sangat dipengaruhi oleh kemampuan kognitifnya (Dariyo, 2004). Kemampuan kognitif yang belum optimal pada remaja mengakibatkan remaja belum mampu memilih atau memilah tindakan yang akan dilakukannya sehingga remaja tertarik menggunakan NAPZA. Salah satu alasan remaja menggunakan NAPZA adalah untuk meningkatkan rasa percaya diri dan menghilangkan stress, oleh karena itu remaja perlu pendamping yaitu orang dewasa yang dapat mengawasi sehingga remaja dapat mengantisipasi dampak negatif dari perubahan fisik dan meningkatkan kemampuan kognitifnya.

Kemampuan kognitif remaja merupakan periode terakhir dan tertinggi dalam tahap pertumbuhan operasional formal (*period of formal operations*) (Piaget (1970, dalam Fortinash & Holoday, 2004). Selanjutnya Piaget menyatakan bahwa ciri-ciri tahap operasional formal adalah berpikir abstrak, idealis, dan logik, sehingga remaja cenderung memiliki sikap kritis dan merasa tidak puas melihat permasalahan yang ditemui sepanjang kehidupannya dan mencoba mencari jawabannya.

Pernyataan ini diperkuat oleh Lefrancois (1996, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) bahwa proses berpikir remaja lebih didasari pada realita dan kepandaian aktifitas mental dalam menyelesaikan masalah. Perilaku yang menyimpang pada remaja seperti penyalahgunaan NAPZA terjadi karena faktor lingkungan dan transmisi sosial yang mempengaruhi kematangan remaja. Remaja yang kurang berkembang kognitifnya, akan menggunakan NAPZA tanpa berpikir logis lagi demi mewujudkan jati dirinya. Selanjutnya, kemampuan kognitif remaja dalam menolak menggunakan NAPZA juga tidak terlepas dari pengaruh perkembangan moral remaja.

Menurut Stroufe, Cooper, dan DeHart (1992, dalam Fortinash & Holoday, 2004) perkembangan moral remaja merupakan perkembangan kemampuan berpikir dalam dimensi moral (*moral reasoning*), karena remaja mulai berpikir lebih rasional dan mempunyai rasa ingin tahu yang tinggi, sehingga remaja mulai melihat dan bertanya tentang alasan adanya kejanggalan dan ketidakseimbangan antara keyakinan dengan kenyataan yang ada di sekitarnya. Remaja yang sudah mempunyai kematangan moral tentunya akan melihat secara jernih perilaku yang tidak sesuai dengan kondisi lingkungan / yang tidak sejalan dengan kaidah atau norma di masyarakat sehingga remaja mampu memilih atau memilah tindakan yang akan dilakukannya; misalnya perilaku penyalahgunaan NAPZA. Selanjutnya Kohlberg (1973, dalam Fortinash & Holoday, 2004) menyatakan bahwa masa remaja merupakan masa yang paling mudah untuk membentuk moral yang baik. Perkembangan ini tentu saja tidak terlepas dari pengaruh orang dewasa di lingkungannya, bagaimana pola asuh yang diterimanya. Pengaruh lingkungan sekitar akan berdampak terhadap perkembangan psikososial remaja.

Perkembangan psikososial remaja menurut Erikson (1963, dalam Fortinash & Holoday, 2004) adalah masa remaja pada tahap pencarian

jati diri dan kebingungan peran, pada tahap ini remaja lebih terfokus pada perkembangan identitas dirinya untuk mencapai apa yang diinginkannya di masa yang adakan datang. Kegagalan pada fase ini akan menimbulkan konflik dalam diri remaja yang ditandai dengan kurang percaya diri, mengisolasi diri, berperilaku hiperaktif untuk mencari perhatian. Kehilangan jati diri pada remaja akan ditunjukkan dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA. Penyalahgunaan NAPZA pada remaja menunjukkan adanya ketidakmampuan remaja menggunakan koping yang efektif dalam menyelesaikan masalahnya dan merupakan bentuk protes terhadap konflik yang dihadapinya (Espeland, 2005).

Tumbuh kembang remaja yang meliputi perkembangan fisik, kognitif, moral dan psikososial diatas jika berkembang dengan baik maka akan mencegah remaja untuk berperilaku penyalahgunaan NAPZA. Remaja yang mampu melewati tahap tumbuh kembangnya dengan sukses akan mempunyai risiko lebih kecil terhadap penyalahgunaan NAPZA, sebaliknya remaja yang tidak mampu melewati tahap tumbuh kembangnya dengan baik akan mempunyai risiko lebih besar terhadap penyalahgunaan NAPZA (Hikmat, 2008). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Hawari (1990) menyebutkan bahwa remaja dengan gangguan kecemasan mempunyai risiko 13.8 kali dibanding individu yang tidak mengalami gangguan kecemasan, remaja dengan kelainan kepribadian anti sosial (psikopat) mempunyai risiko 19.9 kali dibanding dengan individu yang tidak berkepribadian anti sosial, remaja dengan depresi mempunyai risiko 18.8 kali dibanding individu yang tidak mengalami depresi untuk menyalahgunakan NAPZA.

2.2.2 Risiko Perilaku Penyalahgunaan NAPZA pada Remaja

2.2.2.1 NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya)

NAPZA adalah bahan/ zat yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan/ psikologi seseorang (pikiran, perasaan dan perilaku) serta dapat menimbulkan ketergantungan fisik dan psikologis (Hawari, 2005).

NAPZA mencakup: Narkotika; Psikotropika; dan Zat adiktif lainnya. Menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 35/2009, narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Dari pengertian diatas dapat disimpulkan narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan serta berdampak bagi kesehatan tubuh dan mental manusia.

Psikotropika menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 35/ 2009 adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. Sedangkan menurut Hikmat (2008) psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun hasil campuran yang diolah oleh manusia dan tidak termasuk dalam narkotika. Dari dua pengertian tersebut disimpulkan psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah atau sintetis yang menyebabkan perubahan mental dan perilaku.

Menurut Joewana (2005) zat adiktif lainnya adalah zat yang tidak termasuk dalam undang-undang narkotika maupun psikotropika, tetapi sering menimbulkan masalah kesehatan atau disalahgunakan. Sedangkan menurut Hikmat (2008) zat adiktif adalah zat atau bahan yang menyebabkan manusia kecanduan atau ketergantungan terhadap zat tersebut. Yang dimaksud zat adiktif disini adalah selain narkotika dan psikotropika atau zat-zat baru hasil olahan manusia yang menyebabkan kecanduan.

2.2.2.2 Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAPZA

Penyalahgunaan NAPZA adalah penggunaan NAPZA yang dilakukan bukan untuk tujuan pengobatan, tetapi karena ingin menikmati pengaruhnya, dalam jumlah berlebih, kurang teratur, dan berlangsung cukup lama, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, mental, dan kehidupan sosialnya (Martono, 2006). Sedangkan menurut Joewana (2005) penyalahgunaan NAPZA adalah penggunaan NAPZA yang bersifat patologis, paling sedikit telah berlangsung satu bulan lamanya sehingga menimbulkan gangguan dalam pekerjaan dan fungsi sosial. Menurut Hawari (2001) penyalahgunaan NAPZA adalah pemakaian NAPZA di luar indikasi medik, tanpa petunjuk/resep dokter, pemakaian sendiri secara teratur atau berkala sekurang-kurangnya selama satu bulan. Dari tiga pengertian tersebut dapat disimpulkan penyalahgunaan NAPZA adalah penggunaan zat yang dilakukan bukan dengan tujuan pengobatan dan berlangsung lama yang mengakibatkan gangguan fisik, mental dan sosial.

Ketergantungan adalah keadaan dimana telah terjadi ketergantungan fisik dan psikis, sehingga tubuh memerlukan jumlah NAPZA yang makin bertambah (toleransi), apabila pemakaiannya dikurangi atau diberhentikan akan timbul gejala

putus obat (*withdrawal symptom*) (Hawari, 2001). Sedangkan Joewana (2005) membagi ketergantungan menjadi ketergantungan fisik dan ketergantungan psikis dan emosional. Ketergantungan fisik adalah keadaan bila seseorang mengurangi atau menghentikan penggunaan zat psikoaktif tertentu yang biasa digunakan, akan mengalami putus zat dan ditandai dengan adanya toleransi. Sedangkan ketergantungan psikis dan emosional adalah suatu keadaan bila berhenti menggunakan zat psikoaktif tertentu, seseorang mempunyai keinginan yang sangat kuat untuk menggunakan zat tersebut walaupun ia tidak mengalami gejala fisik. Yang dimaksud toleransi adalah suatu keadaan ketika untuk memperoleh efek zat seperti semula, diperlukan jumlah (dosis) yang semakin lama semakin banyak. Dari pengertian diatas dapat disimpulkan ketergantungan NAPZA adalah keadaan dimana telah terjadi ketergantungan fisik, psikis, dan emosional bila seseorang mengurangi atau menghentikan penggunaan zat psikoaktif akan mengalami putus zat dan ditandai dengan adanya toleransi.

2.2.2.3 Karakteristik Remaja yang mempunyai risiko penyalahgunaan NAPZA

Remaja yang berisiko berperilaku penyalahgunaan NAPZA adalah remaja yang mempunyai faktor risiko yang berasal dari individu, keluarga, , teman sebaya, sekolah dan masyarakat (Stuart & Laraia, 1998). Berikut akan diuraikan karakteristik remaja yang berisiko penyalahgunaan NAPZA.

a. Individu

Yaitu remaja yang memiliki perasaan rendah diri, kurang percaya diri, perasaan sedih, mudah kecewa, mempunya sifat pemberontak, cenderung agresif, mempunyai motivasi

belajar yang rendah, prestasi belajar menurun, dan mempunyai kebiasaan merokok sejak dini. Menurut Gunarsa (1983, dalam Hikmat 2008) individu yang mempunyai ciri – ciri rendah diri, emosional dan mempunyai pendirian yang labil biasanya terjadi pada usia remaja, sebab pada usia tersebut sedang mengalami perubahan biologi, psikologi maupun sosial yang pesat. Beberapa ciri perkembangan remaja tersebut dapat mendorong seseorang untuk menyalahgunakan NAPZA. Hawari (1990) menyebutkan bahwa remaja dengan gangguan kecemasan mempunyai risiko 13.8 kali dibanding dengan individu yang tidak mengalami gangguan kecemasan, remaja dengan kelainan kepribadian anti sosial (psikopat) mempunyai risiko 19.9 kali dibanding dengan individu yang tidak berkepribadian anti sosial, remaja dengan depresi mempunyai risiko 18.8 kali dibanding individu yang tidak mengalami depresi untuk menyalahgunakan NAPZA.

b. Keluarga

Menurut Martono (2008) faktor dari keluarga dikarenakan komunikasi orang tua dan anak kurang baik, hubungan kurang harmonis, orang tua yang bercerai, kawin lagi, orang tua terlampau sibuk, acuh, orang tua otoriter, kurangnya orang yang menjadi teladan dalam hidupnya, dan kurangnya kehidupan beragama. Selanjutnya Sindelar dan Fielillin (2001, dalam Mc. Murray, 2003) menyatakan bahwa lingkungan keluarga yang tidak harmonis dan konflik pada masyarakat dapat berpengaruh negatif pada perilaku remaja, dimana remaja kehilangan *role model* dari keluarga dan masyarakat. Hasil survei penyalahgunaan NAPZA pada kelompok pelajar dan mahasiswa di Indonesia tahun 2006

diperoleh hasil bahwa sebesar 70% disebabkan faktor keluarga yaitu orang tua menerapkan pola asuh otoriter (Jangan ada lagi korban narkoba.^{¶5},<http://www.bnn.go.id/>, diperoleh tanggal, 19 Februari 2009).

c. Teman Sebaya

Remaja yang mengalami penolakan teman sebaya sering membuat remaja menjadi rendah diri dan minder, hal ini akan berdampak negatif bagi remaja. Hasil penelitian Tasman (2005) terhadap remaja SMA Depok diperoleh bahwa lingkungan teman sebaya sangat berpengaruh terhadap risiko penyalahgunaan NAPZA setelah lingkungan keluarga. Hasil survei penyalahgunaan NAPZA pada kelompok pelajar dan mahasiswa di Indonesia tahun 2006 diperoleh hasil bahwa faktor penyebab remaja menyalahgunakan NAPZA adalah pengaruh teman sebaya sebesar 51.14% (Jangan ada lagi korban narkoba.^{¶5},<http://www.bnn.go.id/>, diperoleh tanggal, 19 Februari 2009). Hal senada juga diperoleh dari hasil penelitian Hawari (1990) yang menyebutkan bahwa faktor penyebab remaja menyalahgunakan NAPZA adalah 81.3% akibat pengaruh/bujukan teman (*peer group*).

d. Sekolah

Remaja yang tumbuh di lingkungan sekolah yang kurang disiplin, sekolah terletak dekat tempat hiburan, sekolah yang kurang memberi kesempatan pada siswa untuk mengembangkan diri secara kreatif dan positif, dan adanya murid penyalahguna NAPZA merupakan faktor risiko remaja melakukan penyalahgunaan NAPZA.

e. Masyarakat

Remaja yang tinggal di lingkungan masyarakat yang tidak mempunyai aturan, norma atau nilai yang jelas, lingkungan sosial yang terlalu permisif dan adanya konflik di masyarakat.

2.2.2.4 Kebijakan Pemerintah Terkait Kesehatan Remaja dalam Upaya Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA

Kebijakan pemerintah terkait kesehatan remaja dikembangkan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes.RI) dalam bentuk program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) (Depkes.RI, 2008). Kebijakan Kemenkes. RI dalam kesehatan remaja adalah (a) Pemerintah, masyarakat termasuk remaja wajib menciptakan lingkungan yang kondusif agar remaja dapat berperilaku hidup sehat, (b) Setiap remaja mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas termasuk informasi dengan memperhatikan kesetaraan dan keadilan gender, (c) Upaya kesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja (d) Upaya kesehatan remaja dilaksanakan dengan prinsip kemitraan dan harus mampu membangkitkan, mendorong keterlibatan, dan kemandirian remaja. Untuk mewujudkan upaya tersebut maka perlu dibuat strategi.

Strategi yang diterapkan untuk melaksanakan kebijakan tersebut adalah sebagai berikut ; (a) Pembinaan kesehatan remaja disesuaikan dengan tahapan proses tumbuh kembangnya, (b) Pelaksanaan pembinaan kesehatan remaja dilaksanakan terpadu lintas program dan lintas sektor,

pemerintah dan sektor swasta, lembaga swadaya masyarakat (LSM), sesuai dengan peran dan kompetensi masing-masing sektor secara efektif dan efisien sehingga mencapai hasil yang optimal (c) Pelayanan kesehatan remaja dilakukan melalui pelayanan dasar dan rujukan (d) Pembinaan kesehatan remaja dilakukan melalui pola intervensi di sekolah (sekolah formal dan non formal) dan diluar sekolah baik yang teroganisir maupun yang tidak teroganisir (e) Pelayanan kesehatan remaja dilakukan secara proaktif melalui penerapan PKPR (Depkes RI, 2008)

Tujuan umum PKPR adalah meningkatkan derajat kesehatan remaja melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja. Tujuan khusus PKPR adalah (a) Meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perubahan sikap petugas dalam memberikan PKPR, (b) Memberikan PKPR di Puskesmas dan rujukan sesuai standar pelayanan, (c) Memantapkan program usaha kesehatan sekolah (UKS) di Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) dan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) di wilayah Puskesmas, (d) Perluasan jangkauan pelayanan kesehatan di luar gedung pada remaja yang putus sekolah. Sasaran pelayanan pada remaja adalah di sekolah dan di luar sekolah (anak jalanan, jermal, remaja masjid, remaja gereja, karang taruna, dll). Langkah-langkah kegiatan PKPR terdiri dari : perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi.

Perencanaan terdiri dari : kajian sederhana tentang situasi remaja di wilayah kerja Puskesmas, pembentukan tim di tingkat Kota/ Kabupaten dan Kecamatan dengan kerja sama lintas sektor, dan persiapan petugas kesehatan. pembentukan tim di tingkat Kota/ Kabupaten dan Kecamatan dengan kerja

sama lintas sektor di bawah naungan Walikota/ Bupati untuk wilayah Kota/ Kabupaten dan Camat untuk wilayah Kecamatan. Di tingkat Kota /Kabupaten kerja sama lintas sector yang dilibatkan adalah: Dinas Pendidikan, Dinas Sosial, Departemen Agama, BNK, masyarakat seminat, dan institusi masyarakat yang melayani remaja. Khusus rumah sakit harus ada surat keputusan Walikota/ Bupati untuk membentuk Klinik Peduli Remaja di Rumah Sakit. Di tingkat kecamatan institusi yang menjadi mitra adalah : sektor Pendidikan Nasional, Unit Pelaksana Tugas Pendidikan tingkat kecamatan, sektor sosial, masyarakat seminat, dan institusi masyarakat yang menangani remaja. Persiapan petugas PKPR dipilih adalah petugas yang tertarik pada masalah remaja, kemudian mengikutsertakan petugas dalam pelatihan konseling remaja. Petugas diharapkan tidak sering diganti.

Pelaksanaan PKPR dibagi dua, yaitu : kegiatan dalam dan luar gedung. Kegiatan dalam gedung pelayanan remaja di berikan di Puskesmas. Ruang khusus PKPR di Puskesmas tidak mutlak, namun diharapkan remaja dapat melakukan konsultasi secara aman dan terjaga kerahasiaan. Kegiatan luar gedung adalah melalui : UKS untuk SLTP dan SLTA di semua sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas, remaja masjid, remaja gereja, anak jalanan, pekerja anak di industri.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan melalui analisa laporan dan kunjungan lapangan yang dilakukan secara periodik. Indikator keberhasilan PKPR di dalam gedung adalah : jumlah petugas terlatih, jenis buku dan materi, penyediaan tempat dan waktu untuk remaja, kunjungan remaja ke Puskesmas, keterlibatan Puskesmas sebagai nara sumber dalam berbagai penyuluhan terkait kesehatan remaja. Indikator keberhasilan di

luar gedung adalah : jumlah sekolah yang telah mempunyai kegiatan PKPR melalui UKS, jumlah konseling yang dilakukan sekolah, jenis kegiatan di sekolah, jumlah dan jenis kegiatan di luar sekolah baik pada kelompok terorganisir maupun yang tidak. Pembinaan dilakukan pada saat kunjungan, pertemuan berkala, rapat koordinasi, dan pertemuan terkait (Depkes RI, 2003). Untuk melaksanakan program tersebut perawat komunitas mempunyai peran khususnya upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA.

2.3 Peran Perawat Komunitas dalam Upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA

Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional dibidang kesehatan, mempunyai peran dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA di sekolah. Berdasarkan tiga tingkat pencegahan menurut Wold dan Dagg, (2001 dalam Stanhope & Lancaster, 2004) upaya pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA adalah sebagai berikut :

2.3.1 Upaya pencegahan primer

Upaya yang dilakukan adalah promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, keluarga dan individu khususnya remaja bahwa penggunaan NAPZA merupakan tindakan yang sangat berbahaya, dapat merusak kesehatan baik fisik, mental dan sosial (Mc.Murray, 2003). Intervensi promosi kesehatan yang dilakukan dapat berbentuk pendidikan kesehatan pada orang tua dan remaja agar mempunyai pengetahuan tentang NAPZA dan mampu menolak untuk menggunakan NAPZA; memberikan dukungan sosial, misalnya melibatkan remaja pada kegiatan kelompok remaja di masyarakat. Pemberdayaan siswa melalui peer konselor merupakan salah satu upaya pencegahan primer terhadap penyalahgunaan NAPZA di sekolah. Upaya pencegahan primer yang dapat dilakukan adalah memberikan pendidikan kesehatan

tentang NAPZA dan dampak penyalahgunaan NAPZA. Informasi yang disampaikan kepada peer konselor akan diteruskan kepada teman – teman yang lain, sehingga penyalahgunaan NAPZA dapat dihindari sedini mungkin (Wold dan Dagg, (2001) dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

2.3.2 Upaya pencegahan sekunder

Upaya yang dapat dilakukan dalam pencegahan sekunder adalah diagnosa dini yang bertujuan untuk mengidentifikasi remaja yang berisiko tinggi mengalami masalah penyalahgunaan NAPZA; skrining dan penilaian NAPZA terhadap remaja yang berisiko menggunakan NAPZA; tindakan perawatan segera dengan merujuk remaja yang menggunakan NAPZA untuk mendapatkan tindakan pengobatan medik seperti detoksifikasi dan dilanjutkan dengan proses pembinaan keluarga dengan melatih remaja agar mempunyai coping adaptif (Wold dan Dagg, (2001) dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

2.3.3 Upaya pencegahan tertier

Upaya yang dapat dilakukan pada pencegahan tertier adalah upaya rehabilitasi. Pada kegiatan rehabilitasi ini mantan pengguna NAPZA diharapkan dapat kembali berfungsi hidup secara optimum, upaya pendampingan yang dikenal sebagai *re-entry* program yaitu program dimana mantan pengguna NAPZA mulai dikaryakan dalam kegiatan-kegiatan sosial kemasyarakatan. Program ini bertujuan untuk mengalihkan *sugesti* yang muncul dari mantan pengguna NAPZA (Wold dan Dagg, (2001) dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Upaya untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA bukanlah hal yang mudah. Fakta menunjukkan bahwa berbagai upaya telah dilakukan untuk mencegah meningkatnya penyalahgunaan NAPZA di Indonesia. Fenomena tersebut dapat dijadikan acuan bagi perawat komunitas untuk berperan dalam mensukseskan program anti NAPZA dan mencegah kekambuhan bagi mantan

pengguna NAPZA. Sesuai dengan tema *The International Nurses Day (IND)* tahun 2009 yaitu *Delivering Quality, Serving Communities; Nurses Leading Care Innovation*, yang menitikberatkan pada pelayanan keperawatan komunitas (ICN, 2009, *International Nurses Day*, <http://www.icn.ch> diperoleh tanggal 12 Mei 2009). Pelayanan keperawatan komunitas bertanggung jawab terhadap peningkatan kesehatan masyarakat terutama kelompok yang kurang mendapat perhatian (Anderson & Mc. Farlan, 2004).

Peran perawat komunitas dalam usaha promosi kesehatan yaitu pencegahan penyalahgunaan NAPZA (*preventive drug abuse*), mencegah kekambuhan bagi mantan pengguna NAPZA (Pender, Murdaug & Parson 2002). Promosi kesehatan mencakup gaya hidup sehat, menciptakan lingkungan sehat yang mendukung, meningkatkan peran serta masyarakat, reorientasi pelayanan kesehatan primer untuk fokus pada promosi kesehatan dan mencegah penyakit dan membuat kebijakan terkait kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan tidak hanya untuk individu, tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat (WHO, 1986, dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2002). Promosi kesehatan kepada remaja yang merupakan kelompok rentan untuk menjadi pengguna NAPZA adalah dengan memberi informasi tentang perkembangan masa remaja meliputi aspek fisik, biologis, nilai budaya dan sosial. Program pemberdayaan masyarakat (*social participation, involvement and encouragement*) perlu dihimpun dalam suatu organisasi yang mempunyai program penyuluhan, pelatihan untuk pencegahan penyalahgunaan NAPZA (Hawari, 2001).

Perawat komunitas juga dapat berperan sebagai konselor. Menurut Gerber (1983 dalam Hawari, 2001) konseling tidak hanya ditujukan pada penyalahguna NAPZA tetapi juga terhadap orang tua atau keluarganya. Perubahan-perubahan sosial yang serba cepat (*rapid social changes*) sebagai konsekuensi modernisasi mempunyai dampak pada tatanan kehidupan keluarga dan masyarakat. Hal tersebut akan menimbulkan berbagai masalah di masyarakat yang pada akhirnya akan memicu terjadinya penyalahgunaan NAPZA.

Peran sebagai fasilitator dilakukan dengan memberikan beberapa alternatif jalan keluar bagi keluarga. Keluarga tetap memiliki hak otonomi penuh dalam menentukan pilihan penyelesaian masalah keluarga. Peran sebagai *educator* (pendidik) dilakukan dengan tujuan untuk memberi informasi sehingga keluarga mampu mengambil keputusan tepat, membantu mantan penyalahguna NAPZA beradaptasi dengan masyarakat. Melalui pendidikan diharapkan dapat pula membantu klien mengalami kepuasan melihat upaya mereka berkontribusi terhadap perbaikan kesehatan. Prinsip dari pemberian pendidikan adalah dimulai dari hal yang sederhana ke kompleks, dari hal yang *familiar* ke *unfamiliar*, menggunakan terminologi yang tepat bagi keluarga, menetapkan tujuan jangka panjang dan jangka pendek, menggunakan pengetahuan untuk meningkatkan pembelajaran, memberi *reinforcement* positif dengan 4 Cs (*display confidence, act competent, communicate clearly and demonstrate caring*) (Gerber, 1983 dalam Hawari, 2001).

Perawat komunitas dapat melakukan kolaborasi, proses berbagi rencana dan kegiatan dengan tanggung jawab bersama untuk tujuan bekerja sama dengan teknik penyelesaian masalah. Dilakukan bersama keluarga, bersama profesi kesehatan, praktisi kesehatan, dan sumber-sumber di masyarakat. Kolaborasi dapat memberikan pelayanan yang berlanjut bagi keluarga. Untuk dapat mengaplikasikan perannya maka perawat komunitas harus mempunyai acuan teori dan model yang digunakannya.

2.4 Teori dan Model Konseptual yang Mendasari Praktik Spesialis Keperawatan Komunitas

Pada bagian ini akan diuraikan tentang teori dan model konseptual yang mendasari praktik spesialis keperawatan komunitas untuk pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja yang meliputi : pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas di tatanan sekolah yang terintegrasi dengan model

UKS, teori manajemen, teori *Family Centered Nursing*, dan *Health Promotion Model*.

2.4.1 Pengelolaan Pelayanan Keperawatan Komunitas di tatanan Sekolah dengan Model UKS dan Teori Manajemen

Model UKS sangat penting untuk diaplikasikan karena siswa sekolah sebagai kelompok khusus membutuhkan perlindungan dari berbagai bahaya yang ditimbulkan dari lingkungan, salah satunya bahaya NAPZA. Keberhasilan dari program ini ditunjukkan dengan adanya integrasi konsep kesehatan dalam kurikulum sekolah dengan memperhatikan tujuan dan nilai – nilai pendidikan, dan dikembangkan berdasarkan kebutuhan seluruh komponen sekolah (siswa, guru, orang tua, dan masyarakat) (Stanhope & Lancaster, 2004).

Komponen kesehatan yang saat ini masih dikembangkan di kesehatan sekolah adalah Trias UKS. Penerapan model ini sangat membantu dalam melaksanakan strategi upaya promosi kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan siswa melalui upaya pelayanan kesehatan, peningkatan pengetahuan siswa, serta pembinaan lingkungan baik fisik, mental dan sosial yang tidak hanya melibatkan unsur sekolah saja melainkan orang tua dan masyarakat sekitar sekolah.

Pengelolaan pelayanan kesehatan sekolah akan berhasil dengan baik jika didukung oleh pelaksanaan pengelolaan yang baik melalui fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan. Berikut akan diuraikan keempat fungsi manajemen tersebut.

2.4.1.1 Perencanaan (*Planning*)

Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa perencanaan merupakan fungsi dasar dari manajemen yang memberikan

arahan dalam mencapai tujuan dan bersifat dinamis, artinya perencanaan yang telah dibuat dapat terjadi perubahan berdasarkan kondisi dan kebutuhan serta tujuan suatu organisasi. Terkait upaya pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa SMK melalui program UKS dengan pemberdayaan siswa sebagai peer konselor, perawat spesialis komunitas sebagai perencana harus mampu bersama unsur sekolah dan siswa menetapkan tujuan, prosedur kerja, dan pembiayaan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan peer konselor yang tertuang dalam program kerja sekolah untuk mencegah risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa.

2.4.1.2 Pengorganisasian (*Organizing*)

Prinsip permusan tujuan merupakan suatu hal yang harus jelas, karena dengan tujuan yang jelas akan diketahui apa yang ingin dicapai dari program yang telah direncanakan (Manulang, 2008). Pengorganisasian merupakan suatu proses penentuan, pengelompokan, pengaturan kerja dan penempatan orang atau alat yang dibutuhkan untuk membantu mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Huber, 2000).

Terkait pengorganisasian dalam upaya pencegahan NAPZA pada siswa di sekolah, pengorganisasian dapat dilakukan melalui koordinasi lintas program dan lintas sektor seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas, Badan Narkotika Kota Depok, Kepolisian. Kegiatan pengorganisasian ini dimaksudkan agar sekolah lebih efektif melakukan upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah.

2.4.1.3 Pengarahan (*Directing*)

Pengarahan bertujuan agar seluruh komponen yang terlibat dalam program UKS untuk bekerjasama melalui proses

bimbingan dalam melaksanakan pelayanan UKS dan kegiatan peer konselor seperti mengadakan pelatihan dan pertemuan rutin dengan guru dan siswa untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mereka sehingga dapat melakukan pembinaan yang optimal dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada siswa.

Perawat spesialis komunitas dalam menjalankan fungsi pengarahan ini harus mempunyai kemampuan kepemimpinan, komunikasi, dan mampu menjalin hubungan interpersonal. Menurut Huber (2000) ketiga kemampuan ini sangat diperlukan, karena pengarahan merupakan suatu proses memotivasi orang lain agar dapat bekerjasama sesuai dengan perencanaan yang telah disusun untuk mencapai tujuan bersama.

2.4.1.4 Pengawasan (*Controlling*)

Pengawasan merupakan proses pengendalian untuk menilai pelaksanaan kegiatan berdasarkan rencana yang telah disusun sebelumnya untuk segera dilakukan upaya perbaikan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan (Hasibuan, 2006). Pengawasan dapat dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan yang disesuaikan berdasarkan kebutuhan dengan tujuan untuk menjamin kualitas pelayanan UKS dan kontinuitas peer konselor dalam melakukan pendidikan kesehatan kepada teman sebayanya, salah satunya untuk menilai keberhasilan kegiatan yang telah dilaksanakan dan upaya pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa. Pengawasan dapat dilakukan dengan metode wawancara, observasi atau melalui laporan tertulis setiap tiga bulan sekali.

2.4.2 Teori *Family Centered Nursing*

Model ini menekankan keluarga sebagai sistem terbuka yang saling berinteraksi satu sama lain, oleh karena itu asuhan keperawatan keluarga yang diberikan difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur, fungsi dan interdependensi antar anggota keluarga. Model ini mengintegrasikan teori sistem, dimana anggota keluarga dipandang sebagai subsistem yang saling berinteraksi, sedang kelompok masyarakat dianggap mewakili supra sistem (Friedman, 1998).

Model ini memberikan suatu kerangka kerja untuk mengkaji keluarga yang memiliki remaja dengan risiko perilaku penyalahgunaan NAPZA terdiri dari beberapa komponen, antara lain tugas perkembangan keluarga, pola komunikasi, fungsi sosialisasi, nilai-nilai keluarga, koping keluarga, dan struktur kekuasaan. Keluarga tumbuh dengan melewati tahap-tahap perkembangan keluarga. Pada masing-masing tahap, keluarga mempunyai tugas perkembangan yang spesifik yang harus dicapai agar keluarga merasa puas dan mampu beralih ke tahap perkembangan berikutnya dengan sukses. Keluarga dengan remaja mempunyai tugas perkembangan yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak (Friedman, 1998).

Komunikasi dianggap sebagai kunci keberhasilan keluarga. Keluarga yang fungsional menggunakan komunikasi untuk menciptakan hubungan timbal balik yang bermanfaat. Keberhasilan komunikasi ini sulit dicapai keluarga dengan remaja. Hal ini dikarenakan kesenjangan antar generasi. Karena pentingnya komunikasi dalam keluarga dengan remaja, maka hal ini menjadi suatu kebutuhan kritis yang harus menjadi perhatian dalam

menyelesaikan masalah komunikasi di keluarga dengan remaja (Friedman, 1998).

Komunikasi juga sangat diperlukan dalam menjalankan fungsi sosialisasi keluarga. Fungsi sosialisasi dikaitkan dengan praktik membesarkan anak, yang berhubungan dengan istilah "sosialisasi", "membesarkan anak", "perilaku orangtua", dan "interaksi orangtua dan anak" (Friedman, 1998). Secara sosial, keluarga mempunyai peran yang penting sebagai sumber dukungan bagi remaja. Orangtua dapat memainkan peran positif dalam memberikan dukungan sosial dan motivasi serta dapat meningkatkan interaksi kelompok yang sehat (Pender, Murdaugh, dan Persons, 2002). Orangtua juga berperan dalam internalisasi nilai-nilai yang cocok bagi remaja sehingga remaja dapat berperan secara efektif di masyarakat (Friedman, 1998). Pola komunikasi dalam keluarga perlu dikaji, mengingat masalah penyalahgunaan NAPZA dapat disebabkan pola komunikasi yang tidak efektif dalam keluarga dan nilai atau budaya yang berlaku, misalnya; mengkonsumsi minuman beralkohol dan merokok merupakan budaya dalam keluarga pada saat mengadakan pertemuan atau acara keluarga.

Peran yang efektif di masyarakat didasari oleh strategi koping untuk beradaptasi dengan stresor. Pola dan sumber koping keluarga membantu keluarga beradaptasi dan mencapai tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Strategi dan proses koping berfungsi sebagai proses dan mekanisme vital karena melalui proses dan mekanisme koping, fungsi-fungsi keluarga dapat berjalan secara efektif (Friedman, 1998).

2.4.3 Teori *Health Promotion Model*

Health promotion model dirancang oleh Nola.J Pender pertama kali tahun 1980. Model ini merupakan suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi (Tomey, Alligood, 2006). Model ini merupakan

pedoman untuk mengeksplorasi proses biopsikososial secara kompleks dengan memotivasi individu untuk mengubah perilaku kesehatan. Model ini menjelaskan beberapa komponen penting dalam membangun *Health Promotion Model*. Secara garis besar terdiri dari 3 variabel yaitu; *Individual Characteristics and Experiences*, *Behavior-Specific Cognitions and Affect*, dan *Behavioral Outcome*. Berikut uraian dari ketiga variabel tersebut.

2.4.3.1 *Individual Characteristics and Experiences*

Variabel pertama ini menyatakan individu terlahir dengan membawa karakteristik tersendiri dan memiliki pengalaman unik sepanjang rentang kehidupan. Karakteristik individu dan pengalaman diuraikan dalam penjelasan berikut ini, yaitu :

a. *Prior related behavior*

Health Promotion Model menjelaskan perilaku yang ada saat ini berhubungan dengan perilaku di masa lalu (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Disadari atau tidak perilaku masa lalu memberi efek langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku yang ada saat ini. Oleh karena itu dalam mempelajari perilaku individu penting digali berbagai informasi terkait.

b. *Personal factors : biological, psychological, sociocultural*

Health Promotion Model menjelaskan individu dibentuk oleh faktor – faktor personal baik dari dalam maupun dari luar diri individu yang terdiri dari faktor biologi, psikologis, dan sosiokultural. Faktor biologi meliputi; usia, *body mass index*, status pubertas, kekuatan, kecerdasan dan keseimbangan. Faktor psikologis meliputi; kepercayaan diri, motivasi diri, dan persepsi status kesehatan. Faktor sosiokultural adalah ras,

etnik, akulturasi, pendidikan, dan status social ekonomi (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001).

Pemahaman setiap individu akan berbeda dalam menentukan perilaku untuk mendukung *health promotion*. Variabel pertama ini meskipun mempengaruhi kognitif, afektif, dan perilaku sehat namun beberapa faktor personal ada yang tidak bisa diubah.

2.4.3.2 *Behavior-Specific Cognitions and Affect*

Variabel kedua merupakan variabel inti dalam *Health Promotion Model*. Individu yang bersangkutan dapat melakukan modifikasi untuk memperbaiki perilaku (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Kondisi kognitif dan afeksi dalam diri individu dimanifestasikan dalam bentuk pemahaman kompleks untuk memunculkan perilaku yang diinginkan. Ada enam hal penting yang menjelaskan tentang pemahaman kompleks tersebut, yaitu :

a. *Perceived benefits of action*

Health Promotion Model menjelaskan individu merasakan keuntungan dari perilaku yang telah dipilihnya (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Hal ini merupakan motivasi langsung maupun tidak langsung dalam diri individu untuk membuat komitmen. Komitmen dalam merasakan keuntungan yang diperoleh dari perilaku yang telah dilakukan.

Komitemen individu dalam merasakan keuntungan merupakan kesiapan mental positif yang memberi penguatan. Individu akan memanfaatkan seluruh potensi yang dimiliki untuk melakukan perilaku yang

menguntungkan tersebut seiring dengan semakin meningkatnya pengalaman positif dari perilaku yang telah dilakukannya. Keuntungan yang dirasakan individu dapat bersifat ekstrinsik dan intrinsik.

Keuntungan yang bersifat ekstrinsik merupakan keuntungan materi yang lebih besar atau interaksi social yang menjadi lebih luas dari perilaku yang telah dimunculkan. Sedangkan keuntungan yang bersifat intrinsik berupa motivasi yang lebih tinggi untuk mencapai keuntungan yang lebih tinggi lagi. Semakin besar keuntungan yang dirasakan oleh individu akibat dari perilaku yang telah dilakukan akan semakin besar atau meingkat keinginan untuk mencapai tingkat yang lebih tinggi lagi. *Perceived benefits of action* melihat remaja merasakan keuntungan dari perilakunya. Apabila remaja merasakan keuntungan dari perilakunya selama ini dengan tidak melakukan penyalahgunaan NAPZA, maka akan menambah keyakinannya bahwa dengan tidak melakukan penyalahgunaan NAPZA memang benar – benar bermanfaat khususnya bagi diri sendiri. Usia remaja mulai dapat berfikir kompleks dan logis, oleh karena itu apa yang dirasakan oleh remaja dengan tidak melakukan penyalahgunaan NAPZA maka remaja akan merasakan keuntungan dapat belajar dengan baik, berprestasi dan membanggakan orang tua, guru dan sekolah.

b. *Perceived barriers to action*

Health Promotion Model menjelaskan individu merasakan hambatan dari perilaku yang akan dipilihnya (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Hambatan dapat bersifat nyata maupun tidak nyata, dan akan berbeda dari pandangan setiap individu. Hambatan yang muncul meliputi perasaan

ketidakmampuan, ketidaknyamanan, terlalu sulit, dan terlalu lama. Hambatan juga bisa dilihat sebagai rintangan, rasa sakit yang akan dialami, dan perhitungan biaya yang harus dikeluarkan dalam melakukan suatu tindakan.

Hambatan dapat diartikan sebagai kegagalan dalam melakukan suatu perubahan perilaku. Semakin besar hambatan yang dirasakan individu akan semakin sulit untuk melakukan perubahan perilaku. *Perceived barriers to action* pada remaja yaitu merasakan hambatan yang ditemui untuk hidup sehat dengan tidak melakukan penyalahgunaan NAPZA. Hambatan yang dirasakan remaja yang berasal dari luar dirinya seperti perilaku yang tidak sehat misalnya merokok yang ditemui dalam lingkungan keluarga atau masyarakat.

c. *Perceived self efficacy*

Health Promotion Model menjelaskan individu merasakan penilaian terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk melakukan suatu tindakan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). *Self efficacy* dipengaruhi oleh aktifitas yang berhubungan dengan afektif. Semakin positif *afektif* individu akan semakin besar *self efficacy*. Semakin positif *afektif* individu maka akan semakin besar pula penilaian diri individu dalam menilai kemampuan yang dapat dilakukannya.

Penilaian terhadap kemampuan diri akan meningkatkan motivasi berperilaku yang lebih baik. Sebaliknya bila individu memandang negatif *self efficacy* maka dapat mempengaruhi bahkan menurunkan motivasi. Rasa optimis menilai dan memandang kemampuan diri sendiri dapat

melakukan perubahan akan memperbesar *self efficacy* dalam diri individu.

Perceived self efficacy pada remaja yaitu merasakan bahwa dirinya memiliki kemampuan dalam melakukan sesuatu. Keyakinan dan kepercayaan remaja mampu mencegah perilaku penyalahgunaan NAPZA akan meningkatkan rasa optimis pada dirinya. Kemampuan remaja untuk mencegah perilaku penyalahgunaan NAPZA harus dibangun dalam diri remaja sehingga remaja mampu untuk menghindari perilaku penyalahgunaan NAPZA tersebut. Rasa optimis dapat memotivasi remaja untuk berbuat lebih baik lagi, hal ini disebabkan keinginan yang besar untuk menolong dirinya sendiri.

d. *Activity-related affect*

Health Promotion Model menjelaskan individu merasakan perasaan subjektif yang terjadi sebelum, selama dan sesudah melakukan kegiatan berdasarkan stimulus yang berhubungan dengan perilaku (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Respon afektif bersifat ringan, sedang, dan berat akan masuk dalam kognitif dan tersimpan dalam memori untuk dijadikan sebagai pertimbangan perilaku selanjutnya. Aktifitas terkait dengan afektif menjelaskan kondisi emosional yang dapat muncul dari perilaku yang berhubungan dengan tindakan, *self action* yang berhubungan dengan diri sendiri, dan lingkungan dimana tindakan tersebut dilakukan. Apabila aktifitas terkait afektif dirasakan sebagai respon positif maka akan timbul perasaan senang dan gembira sehingga individu cenderung akan mengulangi tindakan tersebut. Sebaliknya jika aktifitas

terkait afektif dirasakan sebagai respon negatif maka perilaku tersebut cenderung akan dihindari.

Activity-related affect akan memberikan suatu perasaan subjektif dalam diri remaja sebelum, selama dan sesudah melakukan tindakan pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Perilaku remaja dengan menjauhi NAPZA mampu memberi pengaruh dalam diri remaja sehingga akan muncul respon yang sesuai atau yang diharapkan. Jika remaja merasakan bahwa tindakan menjauhi NAPZA yang telah dilakukan memberikan pengaruh yang positif atau remaja semakin meningkat prestasinya, semakin memiliki banyak teman maka remaja akan merespon dengan positif. Sebaliknya jika tindakan menjauhi NAPZA dirasakan memberi efek yang tidak menguntungkan seperti dikucilkan dan dijauhi oleh teman, maka respon yang diberikan akan negatif sehingga remaja cenderung akan melakukan penyalahgunaan NAPZA.

- e. *Interpersonal influences (family, peers, providers); norm, support, models*

Health Promotion Model menjelaskan individu merasakan pengaruh orang lain berkaitan dengan perilaku, kepercayaan, dan tingkah laku orang lain (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Pengaruh interpersonal yang cukup besar mempengaruhi perilaku sehat pada individu adalah keluarga (orangtua, kakak, dan adik), teman sebaya, dan pemberi pelayanan kesehatan. Pengaruh interpersonal meliputi norma (ekspektasi orang lain yang signifikan), dukungan social (instrumental dan emosional), dan modeling (pembelajaran dengan melihat atau mengobservasi orang lain dalam melakukan perilaku).

Keluarga terutama orang tua yang menerapkan perilaku sehat seperti tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman beralkohol dan zat-zat terlarang secara tidak langsung akan menjadi panutan atau model yang dilihat oleh remaja dalam kehidupan sehari-harinya. Nilai-nilai dalam keluarga, dukungan yang diberikan keluarga dapat menjadi bekal bagi remaja dalam pergaulan dengan teman di lingkungan sekolah dan masyarakat. Nilai – nilai, dukungan dan model dalam keluarga terutama orang tua yang diterapkan dalam keluarga akan terekam dalam memori remaja sehingga memberikan efek langsung bagi remaja untuk berbuat hal yang sama. Remaja akan merasa bangga jika mampu berbuat seperti model yang dilihatnya.

Pergaulan dengan teman sebaya juga memberikan pengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku penyalahgunaan NAPZA pada remaja. Pergaulan dengan teman sebaya dapat menyebabkan masalah terhadap perilaku remaja apabila teman sebaya yang dipilih ternyata tidak memiliki model yang sama seperti yang dicontohkan oleh keluarganya karena teman sebaya dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang berbeda dengan dirinya. Remaja akan mulai membandingkan antara model yang ada didalam keluarganya dengan model yang dilihat dari teman sebayanya.

Peran pemberi pelayanan kesehatan yang berfokus pada paradigma sehat akan member pelayanan kesehatan dengan pendekatan prevensi primer, sekunder dan tersier. Sosialisasi dan aplikasi pencegahan penyalahgunaan

NAPZA pada remaja merupakan salah satu bentuk prevensi primer.

f. *Situational influences; options demand characteristics aesthetics*

Health Promotion Model menjelaskan pengaruh situasional meliputi persepsi dari pilihan yang tersedia, karakteristik dari permintaan, dan gambaran estetik dari lingkungan dimana perilaku tersebut akan dimunculkan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Pengaruh situasional ini dapat mempengaruhi perilaku baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengaruh langsung yaitu membuat atau mengkondisikan lingkungan dengan petunjuk yang dapat memicu timbulnya perilaku yang diinginkan.

Situasi yang dikondisikan seolah-olah memberi tekanan pada seluruh individu untuk berbuat seperti yang diinginkan oleh situasi tersebut (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Pengaruh situasional merupakan kondisi yang dapat memicu remaja untuk menjauhi perilaku penyalahgunaan NAPZA. Lingkungan yang selalu memberikan ruang dan kesempatan remaja untuk berekspresi dan menyalurkan bakat seperti olah raga dan seni akan berpengaruh positif terhadap perilaku remaja dalam kehidupan sehari-harinya. Jika hal ini sudah menjadi kebiasaan maka remaja akan terkondisikan dengan keadaan tersebut.

2.4.3.3 *Behavioral Outcome*

Hasil akhir dari promosi kesehatan adalah suatu perilaku sehat yang terintegrasi dalam gaya hidup yang sehat dalam kehidupan sehari – hari. Hal ini penting karena perilaku yang sehat akan mampu meningkatkan kesehatan, menguatkan kemampuan

fungsional, dan meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik selama rentang kehidupan. Untuk mencapai perilaku tersebut dalam *Health Promotion Model* dijelaskan sebagai berikut :

a. Immediate competing demands (low control) and preferences (high control)

Health Promotion Model menjelaskan bahwa tuntutan perubahan merupakan perilaku alternative pada individu yang secara relative memiliki control yang rendah karena adanya factor lingkungan seperti lingkungan kerja dan tanggung jawab pada keluarga (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Kegagalan dalam memenuhi tuntutan ini akan berakibat tidak baik pada diri sendiri maupun orang lain. Keinginan pribadi merupakan alternatif perilaku yang kuat mendorong individu untuk mengeluarkan usaha yang cukup besar untuk melakukan suatu perubahan. Kondisi ini dapat mengeluarkan individu dari perilaku health promoting menjadi perilaku yang tidak terkontrol sesuai dengan keinginannya. Kemampuan individu untuk menolak keinginan yang kuat dalam dirinya ini tergantung pada kemampuannya mengatur dirinya sendiri. Apabila individu telah memiliki kemampuan yang kuat untuk mengatur dan menentukan yang terbaik untuk dirinya maka perilaku yang sehat akan diperolehnya.

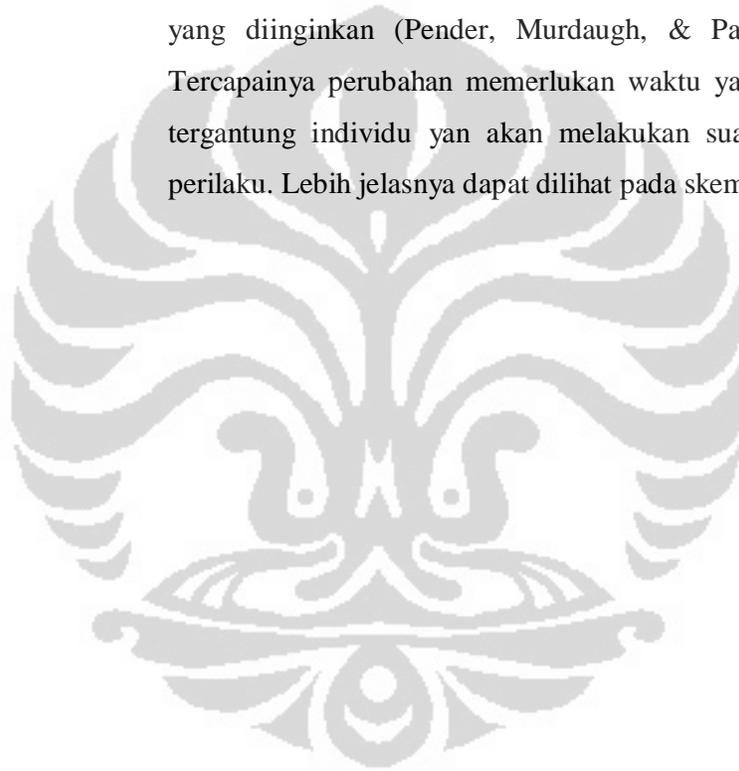
b. Commitment to a plan of action

Health Promotion Model menjelaskan individu harus memiliki komitmen yang akan menekan proses kognitif dengan dua cara yaitu : (1) Komitemen yang membawa tindakan yang spesifik pada waktu dan tempat yang sama pada saat individu sendiri atau saat bersama dengan kelompoknya; (2) Identifikasi strategi definif untuk mendatangkan, membawa, dan memperkuat perilaku (

Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Bertahannya suatu perilaku memerlukan dukungan dalam bentuk penghargaan. Penghargaan yang diberikan untuk menghargai komitmen yang telah berhasil dibuat oleh individu.

c. Health promoting behavior

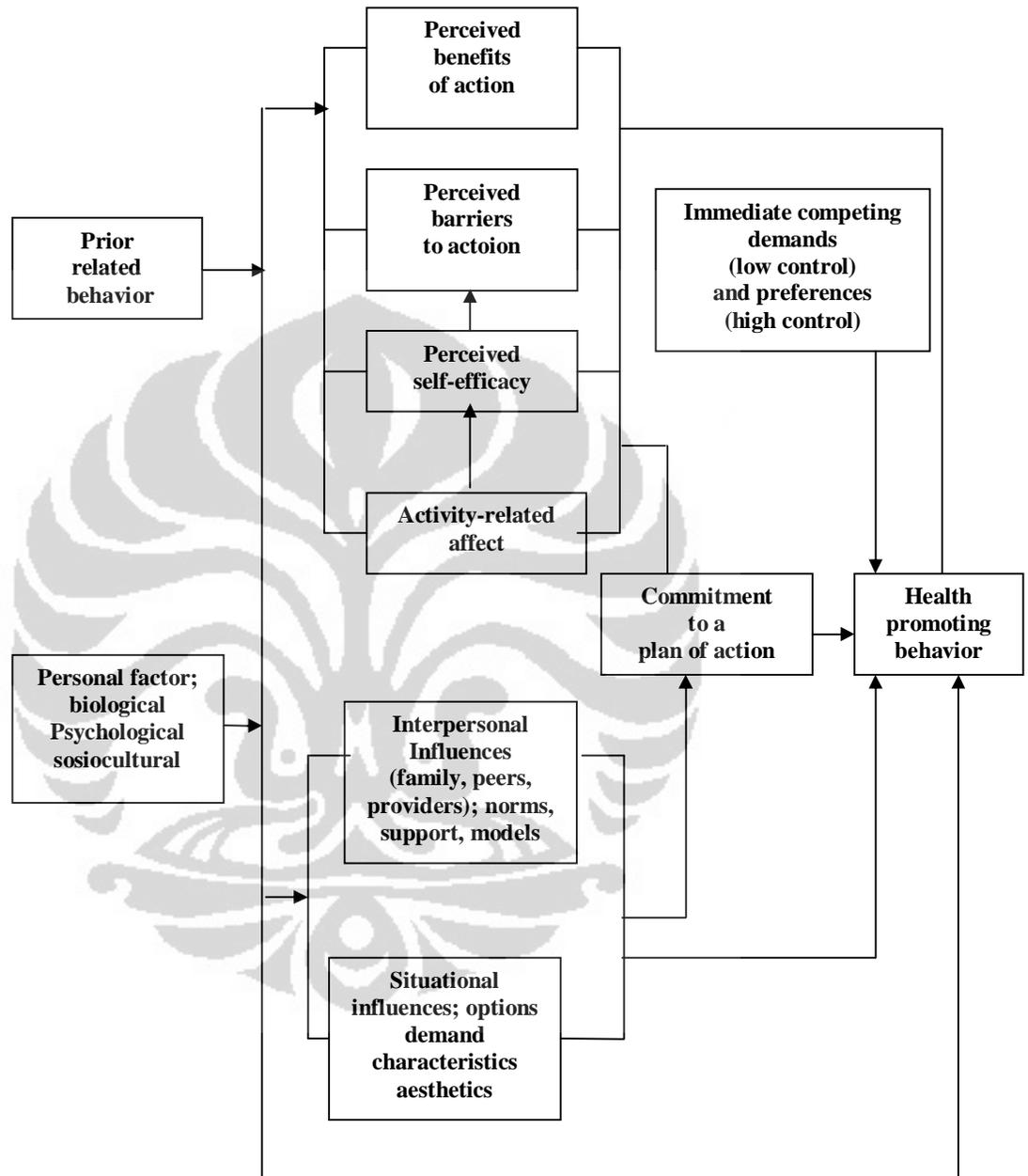
Health Promotion Model menjelaskan bahwa perilaku merupakan hal yang penting dalam health promotion. Perilaku dapat dimodifikasi untuk mencapai suatu perubahan yang diinginkan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001). Tercapainya perubahan memerlukan waktu yang bervariasi, tergantung individu yang akan melakukan suatu perubahan perilaku. Lebih jelasnya dapat dilihat pada skema berikut ini :



*Individual
characteristics and experiences*

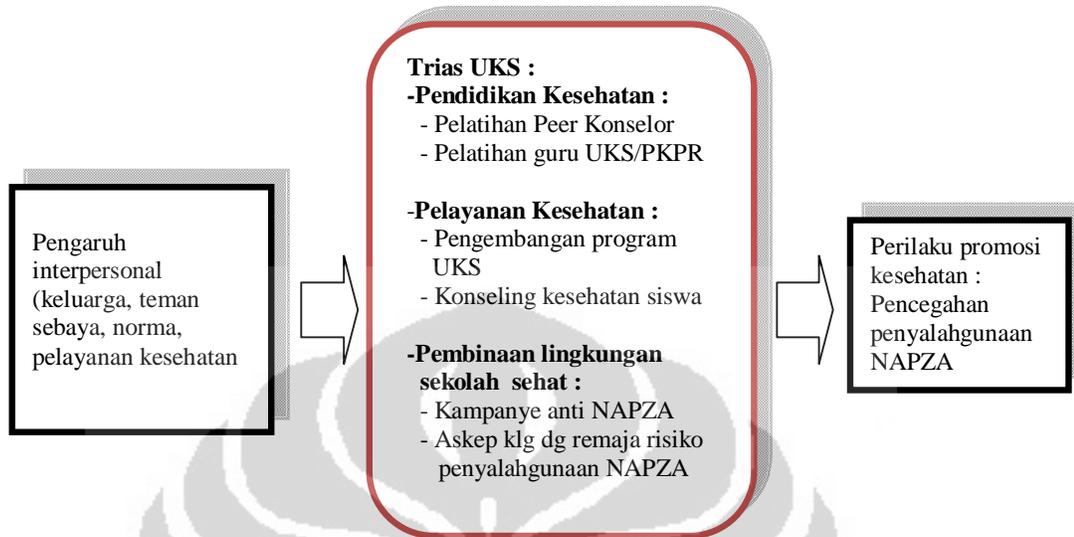
*Behavior-specific
Cognitions
And affect*

*Behavioral
outcome*



Skema 2.1 : *Health Promotion Model* (Pender, Murdaugh, Parsons, 2001)

2.4.4 Integrasi Model UKS dan *Health Promotion Model*



Skema 2.2 : Integrasi Model UKS dan *Health Promotion Model* pada aggregate remaja risiko penyalahgunaan NAPZA

Dari skema di atas diketahui bahwa pengaruh interaksi interpersonal, seperti : keluarga, norma, teman sebaya, dan pelayanan kesehatan mempunyai kontribusi untuk terselenggarakannya trias UKS yang meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat. Kegiatan Trias UKS yang didalamnya terdapat peer konselor merupakan strategi efektif yang dapat digunakan sebagai upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada siswa. Upaya yang dilaksanakan bertujuan untuk merubah perilaku siswa ke arah yang lebih baik atau berperilaku sehat terkait risiko penyalahgunaan NAPZA sehingga dapat menjadi contoh bagi teman dan lingkungan sekitar sekolah.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN PROFIL WILAYAH

Bab ini akan memaparkan kerangka konsep praktik keperawatan komunitas dan penjelasan dari diagram yang telah digambarkan.

3.1 Kerangka Konsep

Praktik keperawatan komunitas yang dilaksanakan pada *aggregate* remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA tergambar dalam diagram berikut ini :

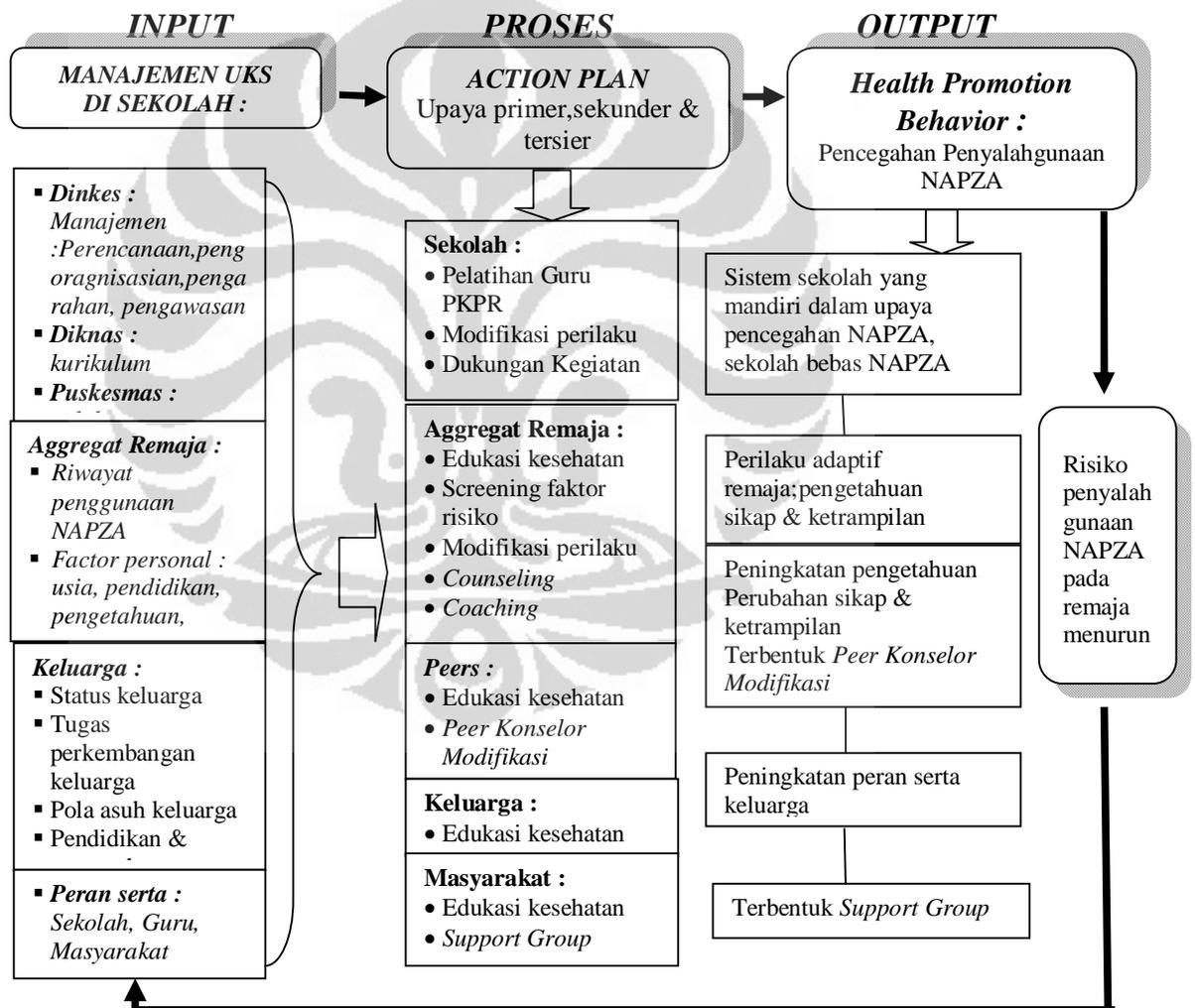


Diagram 3.1 : Kerangka Konsep Praktik Keperawatan Komunitas pada *aggregate* remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ Kel. Ratu Jaya Depok

Berdasarkan diagram dapat digambarkan bahwa untuk melaksanakan program UKS (Peer Konselor Modifikasi) memerlukan pendekatan manajemen yang baik mulai dari tahap perencanaan sampai tahap evaluasi. Optimalisasi peran dari dinas kesehatan, dinas pendidikan nasional, BNK, dan puskesmas, sekolah, masyarakat dan keluarga sangat dibutuhkan untuk mensukseskan program UKS. Kesuksesan program tergantung dari fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan (Marquis dan Houston, 2003).

Mengingat manajemen pelayanan keperawatan merupakan suatu sistem, maka dalam pelaksanaan pengelolaan UKS di sekolah perlu dipertimbangkan input, proses dan output. Input yang ada seperti; perencanaan program, peran serta remaja, keluarga dan sekolah, riwayat penyalahgunaan NAPZA pada agregat remaja dan keluarga. Input tersebut berguna dalam pelaksanaan program untuk mencapai tujuan yang merupakan akhir dari suatu proses (Gillies, 1998). Sekolah mengeluarkan kebijakan tentang pembinaan UKS di sekolah, mengalokasikan anggaran untuk pembinaan, mengkoordinir kegiatan pembinaan UKS serta memantau pencapaian program UKS.

Siswa (remaja) sebagai sasaran primer atau target utama program UKS di sekolah perlu dilakukan intervensi meliputi; primer, sekunder, dan tersier seperti edukasi kesehatan, screening, modifikasi perilaku, counseling, coaching yang diberikan baik secara individu maupun secara berkelompok. Siswa juga perlu diberdayakan secara maksimal melalui peer konselor modifikasi, karena selain siswa sebagai target, siswa juga sebagai pelaku dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah

Sekolah juga harus membina kerja sama dengan orang tua untuk mengawasi perilaku remaja di keluarga, untuk itu orangtua perlu juga dibekali dengan pengetahuan dan ketrampilan yang berhubungan dengan pencegahan penyalahgunaan NAPZA, kemampuan melaksanakan tugas perkembangan dengan anak usia remaja dan pola asuh dalam keluarga. Selain itu masyarakat juga mempunyai peran yang sangat penting dalam upaya pencegahan penyalahgunaan

NAPZA salah satunya melalui *Support group* (Kelompok Peduli Remaja). Guru merupakan bagian sentral dari sekolah juga perlu mendapat pendidikan tentang pencegahan penyalahgunaan NAPZA melalui pelatihan guru UKS dengan harapan dapat membantu memperlancar dan memberikan dukungan untuk terlaksananya program UKS. Setelah semua komponen berproses, diharapkan akan terjadi perubahan perilaku pada remaja, keluarga, masyarakat dan sekolah, sehingga risiko perilaku penyalahgunaan NAPZA akan menurun.

3.2 Profil Wilayah

Kelurahan Ratu Jaya berada di wilayah kecamatan Cipayung dengan luas wilayah 237.890 Ha dengan batas wilayah : sebelah Utara Kelurahan Depok Kecamatan Pancoranmas, Timur Sungai Ciliwung, Selatan Kelurahan Bojong Pondok Terong, Barat Kelurahan Cipayung. Jumlah penduduk bulan Desember 2009 sebanyak 24.599 jiwa terdiri dari : laki-laki 12.750 dan perempuan 11.849 jiwa dengan 6655 kepala keluarga. Jumlah penduduk remaja usia 11-15 tahun sebanyak 1.979 jiwa, usia 16-20 tahun sebanyak 1.884 jiwa. Pekerjaan penduduk : Pegawai negeri sipil (PNS) sebanyak 806 orang, TNI/Polri sebanyak 244 orang, pegawai swasta sebanyak 720 orang, dagang sebanyak 2.373 orang, tani sebanyak 269 orang, wiraswasta sebanyak 3.305 orang (Profil Kelurahan Ratu Jaya, 2008).

Berdasarkan Profil SMK TJ tahun 2009 didapatkan data bahwa SMK TJ berdiri tahun 2001, terletak di jalan Citayam Raya no.4 Kelurahan Ratu Jaya Kecamatan Cipayung, Sekolah berstatus swasta dengan akreditasi B, Visi yaitu Menciptakan tenaga kerja tingkat menengah dalam bidang teknologi sesuai dengan tuntutan era globalisasi dan Misi yaitu membentuk sumber daya manusia yang berkualitas, memiliki iman dan taqwa, ilmu pengetahuan dan teknologi, memiliki kesadaran dan tanggung jawab untuk memajukan bangsa dan negara, membekali peserta didik dengan kemampuan untuk mengembangkan diri secara berkesinambungan. Saat ini Kepala Sekolah dijabat oleh Ir. EFU, jumlah siswa tahun ajaran 2009/2010 adalah 198 orang dengan rincian sebagai berikut ; kelas 1 TKR (Teknik Kendaraan Ringan) berjumlah 60 orang, AP (Administarsi Perkantoran)

berjumlah 25 orang, kelas 2 TKR berjumlah 50 orang, AP berjumlah 25 orang, kelas 3 MO (Mekanik Otomotif) berjumlah 38 orang. SMK TJ terdiri dari 4 ruang kelas, satu musholla, satu ruang kepala sekolah dan tata usaha, dan satu ruang guru. Tenaga pengajar terdiri dari 10 orang guru tetap Yayasan, 7 guru tidak tetap.

Lokasi SMK TJ cukup strategis yaitu berada dekat pemukiman penduduk dan jalan raya. Kondisi ini sangat memudahkan bagi siswa untuk mendapatkan jasa transportasi menuju ke sekolah. Mudah-mudahan mobilisasi siswa dan masyarakat menuju sekolah tidak hanya berdampak positif, tetapi perlu diantisipasi terhadap dampak negatif yang akan muncul seperti mudahnya siswa terpengaruh oleh lingkungan sekitar yang kurang baik misalnya perilaku merokok di sekitar lingkungan sekolah.

Pihak sekolah dalam rangka mencapai visi dan misi memberikan kegiatan ekstrakurikuler kepada siswa yang terdiri dari pramuka, pasukan pengibar bendera (Paskibra), organisasi intra sekolah (OSIS), dan futsal. Pembina kegiatan ekstrakurikuler adalah alumni SMK yang diperbantukan di sekolah. Kegiatan ekstrakurikuler bertujuan untuk menyalurkan minat dan bakat siswa. SMK TJ mempunyai aturan untuk siswa dalam rangka menanamkan kedisiplinan. Bentuk aturan adalah sanksi bagi siswa yang terlambat, tidak hadir tanpa izin, tidak membuat tugas, berkelahi, perbuatan asusila, dan menjelekkkan nama sekolah. Penghargaan bagi siswa berprestasi hanya dalam bentuk pujian dari guru. Pelanggaran yang telah dilakukan oleh siswa adalah tidak membuat tugas, tidak hadir tanpa izin, dan terlambat.

Sehubungan dengan pelaksanaan UKS di SMK TJ pada dasarnya telah berjalan dengan standar minimal, meskipun belum dilakukan pembinaan secara rutin oleh pihak puskesmas. Kegiatan yang dilakukan masih sangat terbatas dan hanya rutinitas seperti pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K), konseling dilakukan oleh guru BP Keterbatasan ini disebabkan sekolah belum mempunyai ruangan khusus UKS.



BAB 4

PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA AGGREGAT REMAJA DENGAN RISIKO PENYALAHGUNAAN NAPZA DI SMK TJ KELURAHAN RATU JAYA DEPOK

Pada bab ini akan diuraikan tentang pelayanan dan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada praktik residensi spesialis keperawatan komunitas di SMK TJ kelurahan Ratu Jaya. SMK TJ dipilih karena merupakan sekolah yang termasuk rawan penyalahgunaan NAPZA yaitu dekat dengan jalan raya dan terletak diantara dua stasiun. Berikut akan diuraikan mengenai manajemen pelayanan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan komunitas, dan asuhan keperawatan keluarga yang telah penulis lakukan selama kurang lebih 9 bulan (September 2009 – Mei 2010).

4.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas

4.1.1 Analisis Situasi

Menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa tahapan manajemen terdiri dari perencanaan (*planning*), organisasi (*organizing*), pengarahan (*directing*), dan evaluasi (*controlling*). Analisis situasi penerapan manajemen pelayanan keperawatan komunitas akan diuraikan sebagai berikut :

4.1.1.1 Perencanaan (*Planning*)

Visi dan Misi yang tertuang dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2008 adalah Visi : mewujudkan masyarakat Depok yang sehat dan Misi : menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan prima yang bermutu,

terjangkau, dan berkesinambungan. Untuk mewujudkan Visi dan Misi tersebut, khususnya kesehatan remaja, maka telah dibuat perencanaan strategik terhadap upaya pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA dengan melibatkan seluruh pihak yang terkait yaitu pemerintah, swasta dan masyarakat termasuk pihak sekolah.

Hal tersebut didukung oleh hasil wawancara dengan Kepala seksi P2PL (Program Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan) Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 5 Oktober 2009 yang menyatakan bahwa upaya terkait kesehatan remaja telah terencana dalam Program UKS dan PKPR meliputi program kajian sederhana, pelatihan guru dan siswa, konseling dan pelayanan kesehatan remaja. Hal senada juga diungkapkan oleh Kepala Seksi Data dan Informasi BNK Depok bahwa program pencegahan dan penanggulangan NAPZA pada remaja telah tertuang dalam perencanaan tahunan BNK Depok yang meliputi penyuluhan, pemutakhiran data dan bimbingan teknis untuk satuan tugas. Perencanaan PKPR telah dilakukan juga di tingkat Puskesmas terkait pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA. Hal ini sesuai dengan O'Grady (1994 dalam Marquis & Huston, 2006) mendefinisikan perencanaan sebagai suatu kegiatan khusus yang mengarah pada pencapaian target tertentu.

Perencanaan Program UKS dan PKPR yang ada di Dinas Kesehatan dan Puskesmas ternyata belum ada di tingkat sekolah khususnya di SMK TJ. Seharusnya menurut Stanhope dan Lancaster (2004) program UKS sangat penting untuk diaplikasikan karena siswa sebagai kelompok khusus membutuhkan perlindungan dari berbagai bahaya yang ditimbulkan oleh lingkungan sekitar. Perencanaan program UKS yang dilakukan selama ini hanya bersifat rutinitas dan

insidental. Kegiatan yang dilaksanakan berupa P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan), konseling yang dilakukan oleh guru BP. Kegiatan yang terkait dengan pencegahan penyalahgunaan NAPZA masih sangat terbatas. Menurut Nutbeam (1997, dalam McMurray, 2003) bahwa ada delapan komponen yang perlu dikembangkan dalam kesehatan sekolah yaitu pendidikan kesehatan, pendidikan fisik, pelayanan kesehatan, penemuan kasus dan deteksi dini, pelayanan konseling, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan sekolah, melibatkan peran serta keluarga dan masyarakat dalam upaya kesehatan sekolah. Sekolah juga belum mempunyai ruangan khusus untuk UKS, selama ini pelaksanaan kegiatan UKS masih bergabung dengan ruangan guru. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Sekolah SMK TJ, keadaan ini disebabkan keterbatasan dana untuk pengadaan ruangan khusus UKS. Sekolah masih memprioritaskan untuk pengadaan ruangan kelas yang masih kurang.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa belum ada perencanaan program tahunan terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah.

4.1.1.2 Pengorganisasian (*Organizing*)

Berdasarkan hasil observasi penulis, fungsi perorganisasian belum sepenuhnya terlaksana di tingkat Dinas Kesehatan Kota Depok dan Puskesmas. Walaupun penanggung jawab program pelayanan kesehatan remaja telah ditentukan baik di tingkat Dinas Kesehatan maupun di tingkat Puskesmas. Hal ini disebabkan keterbatasan sumber daya manusia sehingga penanggung jawab program mempunyai beberapa tanggung jawab. Kondisi ini akan mengakibatkan penanggung jawab program tidak optimal dalam melakukan pekerjaan yang ada.

Selain peran ganda dari penanggung jawab program, SDM yang berganti – ganti juga merupakan kendala untuk tidak terorganisirnya kegiatan dengan optimal.

Kegiatan manajemen pelayanan masih bisa terselenggara dengan baik meskipun dengan keterbatasan sumber daya, melalui pembagian tugas dan peran yang jelas serta garis komando yang jelas. Hal ini sesuai dengan Marquis & Houston, 2006 yang menyatakan bahwa melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia maupun bukan manusia) seharusnya dapat dipadukan dan diatur seefisien mungkin untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Salah satu hal yang dapat dilakukan adalah melalui pengoptimalan fungsi kader kesehatan.

Pimpinan Dinas Kesehatan berperan dalam membuat struktur penanggung jawab program PKPR. Struktur Penanggung jawab PKPR di Dinas Kesehatan berada di bawah Bidang Bina Kesehatan Masyarakat. Struktur penanggung jawab PKPR untuk tingkat Dinas Kesehatan Kota Depok sudah terbentuk. Tugas penanggung jawab PKPR di tingkat Dinas Kesehatan Kota Depok adalah membentuk dan membina petugas PKPR di semua Puskesmas se Kota Depok. Petugas PKPR di Puskesmas mempunyai tugas membentuk dan membina PKPR di SMP/SMA di wilayah kerja Puskesmas yang bersangkutan dan memberikan pelayanan kesehatan pada remaja di Puskesmas. Di Puskesmas Pancoranmas belum terdapat struktur penanggung jawab PKPR. Hanya ada penanggung jawab satu orang.

Terkait pengorganisasian dalam upaya penyalahgunaan NAPZA pada remaja di SMK TJ kerjasama lintas sektoral dan lintas program belum berjalan dengan optimal. Berdasarkan

wawancara dengan Kepala Seksi P2PL Dinkes Depok, program pencegahan penyalahgunaan NAPZA antara Dinkes Depok, BNK dan Dinas Pendidikan Nasional masih belum ada kerjasama dan koordinasi dengan baik, belum ada keterpaduan dalam melaksanakan program. Seharusnya upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA dapat dilakukan melalui koordinasi dengan instansi terkait seperti BNK, LSM atau organisasi sosial yang menangani masalah NAPZA, dan Kepolisian dalam upaya penegakan hukum, hal ini dimaksudkan agar sekolah dapat lebih efektif melakukan upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah (BNK, 2006).

Struktur organisasi UKS di SMK TJ belum terbentuk, sehingga belum ada pembagian wewenang dan tugas kepada setiap struktur. Menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa pengorganisasian terdiri dari pembentukan struktur dan pembagian wewenang dan tugas kepada setiap struktur. Pembentukan struktur organisasi dan pembagian wewenang dan tugas bertujuan agar setiap program dapat dilaksanakan secara optimal dengan mendistribusikan kepada struktur yang ada.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengorganisasian ; pembagian struktur penanggung jawab PKPR belum efektif.

4.1.1.3 Pengarahan (*Directing*)

Pada fungsi pengarahan ditemukan kurangnya pembinaan yang berjenjang dari pemerintah pusat khususnya Kementerian Kesehatan, akibat kurangnya pembinaan ini menyebabkan jalur koordinasi menjadi tidak jelas. Proses pemberian supervisi terkait program mulai dari tingkat Dinkes, Puskesmas sampai sekolah belum terselenggara dengan optimal. Supervisi hanya

bersifat insidental, supervisi belum terjadwal dengan jelas. Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa agar program dapat terlaksana dengan baik maka supervisi harus secara jelas terprogram dan terjadwal.

Selain itu belum adanya kerjasama yang jelas dengan lintas program dan lintas sektor, belum terlihat adanya upaya untuk mengintegrasikan kegiatan pencegahan penyalahgunaan NAPZA dari pihak – pihak yang terlibat. Seharusnya menurut BNN (2006) upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja dapat dilakukan melalui kerjasama berbagai instansi terkait seperti BNK, Dinas Pendidikan Nasional, Dinas Kesehatan, dan Kepolisian. Pengarahan hanya dilakukan oleh masing- masing bagian tanpa adanya jalur komunikasi yang efektif, sehingga tidak jelas batasan tanggung jawab dalam pelaksanaan program. Kondisi ini belum memenuhi pelaksanaan fungsi pengarahan yang baik, dimana diperlukan suatu komunikasi yang efektif untuk memotivasi pihak – pihak yang terlibat. Komunikasi efektif merupakan proses yang sangat penting karena komunikasi diperlukan dalam mencapai efektifitas kepemimpinan, perencanaan, pengarahan, pengawasan dan pembuatan keputusan (Wekley dan Yuki,1994).

Menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa *directing* terdiri dari peningkatan motivasi kerja, komunikasi interpersonal, pendelegasian, manajemen konflik, dan aturan kerja. Peningkatan motivasi kerja kepada anggota dapat berbentuk moril maupun materil atau verbal dan nonverbal. Pemberian motivasi akan berdampak positif pada anggota untuk berusaha mencapai yang terbaik. Motivasi kerja juga harus disertai peningkatan kemampuan komunikasi interpersonal.

Kemampuan interpersonal yang bagus akan dapat meningkatkan kerjasama antar anggota. Untuk meningkatkan kerjasama perlu manajemen konflik. Konflik dapat bersifat fungsional atau disfungsional. Konflik disebabkan oleh banyak faktor. Tugas manajemen adalah mengelola konflik dan penyelesaiannya (Robbin, 1972, dalam Wijono, 1997). Pengelolaan konflik salah satunya yaitu dengan membuat aturan kepada setiap anggota. Bagi anggota yang melanggar aturan harus ada sanksi agar aturan berjalan optimal.

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa supervisi program UKS masih belum optimal, hal ini ditunjukkan dengan frekuensi supervisi yang masih kurang dan bersifat insidental.

4.1.1.4 Pengawasan (*Controlling*)

Dinas Kesehatan dalam mengevaluasi kegiatan menggunakan format evaluasi yang telah disusun oleh Dinas Kesehatan. Evaluasi dilakukan selama program berjalan dan diakhir tahun anggaran dalam rangka pelaporan. Pada program PKPR di tingkat Puskesmas Pancoranmas belum ada evaluasi dari Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Depok. Hal ini karena petugas PKPR baru dibentuk. Padahal evaluasi merupakan salah satu kegiatan untuk memantau keberhasilan program yang telah dilaksanakan. Evaluasi bertujuan untuk melihat efektifitas dan efisiensi program yang sedang atau telah dilaksanakan (Ervin, 2002). Evaluasi dapat mengidentifikasi masalah dan keterbatasan program yang dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan saat program sedang berlangsung atau setelah program terlaksana.. Menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa *controlling* terdiri dari *quality control*, instrumen evaluasi, dan disiplin.

Hasil pengkajian ditemukan bahwa kegiatan penilaian penampilan kerja belum dilakukan, pengawasan yang dilakukan hanya terkait kuantitas pelayanan belum meliputi kualitas pelayanan, monitor dan evaluasi dari Dinas Kesehatan terhadap kinerja Puskesmas dan kader. Dinas Kesehatan Kota Depok melakukan kegiatan pengontrolan bersamaan dengan kegiatan penyuluhan ke sekolah - sekolah. Kegiatan pengontrolan yang dilakukan tersebut hanya menilai keberlangsungan kegiatan penyuluhan, penyampaian informasi terkait pelaksanaan kegiatan tertentu dari Dinkes maupun dari Puskesmas, selain itu kegiatan monitor dan evaluasi (monev) dari Dinkes hanya dilaksanakan terkait dengan program yang telah direncanakan dan yang ada alokasi dananya.

Fungsi pengontrolan tidak langsung kurang berjalan dengan baik akibat tidak jelasnya indikator pencapaian tujuan jangka pendek maupun jangka panjang terkait program yang dilaksanakan. Dengan demikian maka evaluasi proses dan evaluasi hasil tidak dapat dilaksanakan dengan baik sehingga berdampak pada tidak memungkinkannya dilakukan perbaikan terhadap deviasi dan modifikasi terhadap rencana untuk mencapai tujuan dan standar pengawasan yang telah ditetapkan. Fungsi pengontrolan yang tidak efektif ini menyebabkan tidak dapat dilakukannya pengembangan dan modifikasi program untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang terus berkembang terutama program pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA pada remaja.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa belum dilaksanakan monitoring dan evaluasi pencegahan penyalahgunaan NAPZA secara terstruktur dan terprogram , hal

ini disebabkan karena tidak adanya penilaian secara berkala terkait program yang telah dilaksanakan.

Berdasarkan analisis masalah tentang pelaksanaan empat fungsi manajemen pelayanan kesehatan pada remaja dengan risiko NAPZA di SMK TJ Kelurahan Ratu Jaya Kota Depok, maka dapat digambarkan diagram *fish bone* seperti terlihat pada bagan 4.1 :

4.1.2 Rumusan Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan hasil analisis tersebut, maka rumusan masalah manajemen berdasarkan prioritas adalah :

4.1.2.1 Risiko terjadinya peningkatan kasus penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ karena belum ada perencanaan program tahunan terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

4.1.2.2 Belum optimalnya pelaksanaan pelayanan UKS khususnya PKPR terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ karena belum efektifnya supervisi program UKS dan PKPR.

4.1.2.3 Belum optimalnya sekolah dalam memanfaatkan jejaring kerja terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ karena belum terbinanya kerjasama lintas sektor yang berkesinambungan.

4.1.2.4 Belum optimalnya fungsi monitoring dan evaluasi program pencegahan penyalahgunaan NAPZA karena tidak adanya penilaian secara berkala terkait program yang telah dilaksanakan.

Sesuai dengan urutan prioritas masalah, maka akan dibahas dua masalah manajemen pelayanan yang tertuang dalam rencana inovasi penyelesaian masalah.

4.1.3 Rencana Inovasi Upaya Penyelesaian Masalah

4.1.3.1 Masalah Manajemen 1 :

Risiko terjadinya peningkatan kasus penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ karena belum ada perencanaan program tahunan terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

Tujuan Umum :

Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas selama 9 bulan diharapkan tidak terjadi risiko peningkatan kasus penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ.

Tujuan Khusus :

Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas selama 9 bulan diharapkan terbentuk perencanaan program tahunan pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah ditandai dengan : 1). Adanya rencana pembentukan struktur UKS terkait program NAPZA, 2). Adanya rencana pembentukan ruang khusus UKS 3). Terdokumentasinya perencanaan kegiatan UKS dan perencanaan kegiatan terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA

Rencana Kegiatan:

Rencana kegiatan yang dilakukan adalah : 1). Identifikasi kebutuhan sekolah, program UKS dan sumber yang ada di sekolah, 2) Susun rencana kegiatan tahunan UKS bersama-sama dengan Pembina UKS Puskesmas dan sekolah dengan mengintegrasikan kegiatan pencegahan penyalahgunaan NAPZA dalam perencanaan UKS termasuk didalamnya rencana pembentukan kader kesehatan, 3). Advokasi sekolah dalam menentukan upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA sebagai program unggulan UKS, 4). Dokumentasikan perencanaan kegiatan UKS yang telah dilaksanakan.

Pembenaran

Perencanaan suatu program penting dirumuskan, mengingat fungsi perencanaan adalah fungsi dasar manajemen. Perencanaan harus dinamis dan sekaligus dapat menjawab tantangan masa depan yang belum pasti (Hasibuan, 2006).

Implementasi

Implementasi yang telah dilaksanakan adalah : a). Bersama sekolah telah mengidentifikasi program UKS yang memungkinkan dapat dilakukan dan sesuai kebutuhan sekolah termasuk program upaya pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA (Oktober 2009), b). Bersama Puskesmas Pancoran Mas dan sekolah mendiskusikan tentang perencanaan program UKS khususnya upaya pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA yang dapat dilakukan di sekolah (Nopember- Desember 2009), rencana mendapat sambutan positif dari pihak sekolah. Hasil pertemuan disepakati untuk melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut yaitu pelatihan guru PKPR dan Pelatihan Peer Konselor siswa.

c). Pelatihan PKPR bagi guru SMK Teknindo Jaya (25 Nopember 2010), Pelatihan diikuti oleh 4 orang perwakilan guru dari SMK TJ, materi pelatihan meliputi : konsep dasar konseling, tumbuh kembang remaja, NAPZA, HIV/AIDS, dan program PKPR, pelatihan berlangsung selama 1 hari dengan pemateri dari Dinas Kesehatan kota Depok dan Residen Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia d). Pelatihan peer konselor bagi siswa SMK Teknindo Jaya (10 Februari 2010), Pelatihan berlangsung selama 1 hari diikuti oleh 18 siswa, materi yang diberikan konsep dasar konseling, tumbuh kembang remaja, NAPZA, HIV/AIDS, dan program PKPR. e). Membentuk kegiatan remaja

peduli NAPZA di RW.04 (Maret 2010), diikuti oleh 10 orang perwakilan dari masing – masing RT f). *Follow up* kegiatan kelompok peer konselor SMK Teknindo Jaya (Maret-Mei 2010). Kegiatan dilakukan dengan memberikan materi tambahan berupa pengenalan diri remaja, motivasi, tanggung jawab, manajemen waktu, perilaku asertif, komunikasi efektif, dan *problem solving*. Selanjutnya dilakukan diskusi tentang hambatan yang ditemui dan alternatif penyelesaian masalah yang dilakukan terhadap apa yang telah dilakukan oleh Peer Konselor.

Evaluasi

Evaluasi kegiatan yang diperoleh adalah : a). Telah tersusun dan terdokumentasinya program kerja tahunan UKS tingkat sekolah dengan program unggulan pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA berdasarkan TRIAS UKS sebagai pengembangan program UKS, b). SMK Teknindo Jaya telah dimasukkan dalam rencana program pelatihan PKPR di Kota Depok Tahun 2010, c). Telah terbentuk struktur organisasi Guru PKPR di SMK Teknindo Jaya d). Terbentuknya peer konselor bagi siswa SMK Teknindo Jaya sebanyak 12 orang, e). Telah terbentuk struktur organisasi peer konselor siswa SMK Teknindo Jaya Depok, f). Telah dilakukan *follow up* dan evaluasi kegiatan kelompok peer konselor SMK Teknindo Jaya sebanyak 12 kali pertemuan.

Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjutnya adalah : a). Pelatihan Guru PKPR di tindak lanjuti di masing masing sekolah bagi yang belum melaksanakannya, b). Terlaksananya Kegiatan PKPR di masing-masing sekolah c). Pembuatan dan penyebaran Buku Pegangan Pembina & peer konselor PKPR, d) Peningkatan kemampuan guru dan siswa dalam kegiatan konseling PKPR, e). Kegiatan

Penyuluhan kesehatan remaja dilanjutkan dengan pembentukan peer konselor, f). Pelaksanaan lomba konselor PKPR, g). Evaluasi dan monitoring berkala bagi peer konselor, h). Reinforcement positif bagi keluarga yang mampu memberikan dukungan bagi anak remajanya untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA

4.1.3.2 Masalah Manajemen 2 :

Belum optimalnya pelaksanaan pelayanan UKS khususnya PKPR terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ berhubungan dengan belum efektifnya pengarahan; supervisi program PKPR.

Tujuan Umum :

Setelah dilakukan upaya pengarahan ; supervisi program pelayanan keperawatan komunitas selama 9 bulan diharapkan pelayanan UKS terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah dapat dilaksanakan dengan optimal.

Tujuan Khusus :

Setelah dilakukan pengarahan pelayanan keperawatan komunitas selama 9 bulan diharapkan : a). 75% guru UKS mempunyai kemampuan tim pelaksana UKS tingkat sekolah terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja di SMK dan deteksi dini penyalahgunaan NAPZA melalui observasi perilaku, b). adanya pembinaan kader kesehatan sekolah terkait program pencegahan penyalahgunaan NAPZA dan deteksi dini melalui observasi perilaku setiap 1 bulan sekali, c). 85 % kader kesehatan sekolah (peer konselor) terlibat dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA melalui deteksi dini dan konseling teman sebaya.

Rencana kegiatan:

Rencana kegiatan yang dilakukan adalah : a). Pelatihan PKPR bagi Guru SMK terkait pelaksanaan UKS khususnya upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA dan teknik deteksi dini penyalahgunaan NAPZA melalui observasi perilaku, b). Pelatihan peer konselor bagi siswa SMK terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA, c). Lakukan supervisi dan *follow up* kegiatan peer konselor dengan pertemuan rutin 2 kali seminggu, d). Libatkan peer konselor dalam melakukan upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA, e). Reinforcement positif terhadap keterlibatan siswa peer konselor dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

Pembenaran

Pembenaran terhadap kegiatan yang akan dilakukan adalah pelatihan yang diberikan pada guru dan siswa merupakan upaya untuk meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Peningkatan kemampuan seorang guru sangat mempengaruhi dalam pelaksanaan fungsi pengarahan kepada siswa peer konselor sebagai bagian dari tim pelaksana UKS. Kegiatan ini penting dilakukan mengingat pengarahan adalah suatu proses membuat orang yang terlihat dalam suatu program dapat bekerjasama dengan ikhlas dalam mencapai tujuan dan melakukan berbagai program (Terry, 1978, dalam Hasibuan 2006).

Implementasi

Implementasi yang telah dilaksanakan adalah : a). Mengadakan Pelatihan PKPR bagi guru SMK Teknindo Jaya (25 Nopember 2010), Pelatihan diikuti oleh 4 orang perwakilan guru dari SMK TJ, materi pelatihan meliputi : konsep dasar konseling, tumbuh kembang remaja, NAPZA, HIV/AIDS, dan program PKPR, pelatihan berlangsung selama 1 hari dengan pemateri dari Dinas

Kesehatan kota Depok dan Residen Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia b). Mengadakan Pelatihan peer konselor bagi siswa SMK Teknindo Jaya (10 Februari 2010), Pelatihan diikuti oleh 4 orang perwakilan guru dari SMK TJ, materi pelatihan meliputi : konsep dasar konseling, tumbuh kembang remaja, NAPZA, HIV/AIDS, dan program PKPR, pelatihan berlangsung selama 1 hari dengan pemateri dari Dinas Kesehatan kota Depok dan Residen Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia c). Melakukan *follow up* kegiatan peer konselor SMK Teknindo Jaya (Maret-Mei 2010), Kegiatan dilakukan dengan memberikan materi tambahan berupa pengenalan diri remaja, motivasi, tanggung jawab, manajemen waktu, perilaku asertif, komunikasi efektif, dan *problem solving*. Selanjutnya dilakukan diskusi tentang hambatan yang ditemui dan alternatif penyelesaian masalah yang dilakukan terhadap apa yang telah dilakukan oleh Peer Konselor d). Sosialisasi deteksi dini melalui observasi perilaku bagi siswa peer konselor dengan format yang dikembangkan residen (17 Februari 2010), e). Bersama guru penanggung jawab UKS melakukan pendampingan terhadap kegiatan peer konselor (Mei 2010).

Evaluasi

Evaluasi yang diperoleh adalah : a). Adanya peningkatan kemampuan guru dalam pelatihan guru PKPR ditandai dengan peningkatan pengetahuan guru dari rerata 65 dari hasil pre tes menjadi 85 hasil post tes, b). Setelah pelatihan peer konselor, 100 % siswa bersedia untuk memberikan informasi dan konseling kepada teman – temannya dalam upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA, c). Terlaksananya *follow up* kegiatan peer konselor 2 kali dalam seminggu dengan jumlah pertemuan

sebanyak 12 kali, d). 75% siswa peer konselor telah melakukan kegiatan penyampaian informasi kepada teman –temannya terkait pencegahan NAPZA pada remaja. Berdasarkan uraian diatas membuktikan fungsi pengarahan sudah mulai optimal dilaksanakan, sehingga pelayanan UKS khususnya upaya pencegahan penyalagunaan NAPZA pada remaja SMK di kelurahan Ratu Jaya Depok dapat dilakukan dengan optimal.

Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjutnya adalah a). Pembinaan dan Pemantauan lanjutan oleh pihak puskesmas kec. Cipayung Depok terhadap kegiatan yang telah dilaksanakan sesuai dengan program kerja tahunan UKS. Pembinaan lanjutan diharapkan dapat menjaga dan meningkatkan motivasi sekolah untuk kegiatan yang telah dilaksanakan, b). Pengembangan strategi kemitraan dengan instansi terkait seperti Badan Narkotika Kota Depok untuk meningkatkan pembinaan lanjutan terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja di sekolah seperti membentuk siswa sebagai satgas anti NAPZA di sekolah.

4.2 Asuhan Keperawatan

4.2.1 Asuhan Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga di wilayah Kelurahan Ratu Jaya dilakukan terhadap 10 keluarga yang mempunyai remaja yang bersekolah di SMK yang mempunyai masalah risiko maupun aktual terkait risiko penyalahgunaan NAPZA. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan mulai bulan Februari 2010 hingga Mei 2010. Berikut akan diuraikan ringkasan asuhan keperawatan terhadap keluarga Bp. S yang dipandang menarik. Penetapan keluarga Bp. S sebagai keluarga binaan berdasarkan pertimbangan bahwa kasus kekerasan M yang dihadapi di sekolah harus ditindaklanjuti hingga ke rumah.

4.2.1.1 Analisis Situasi

Hasil pengkajian diperoleh dari Ibu A. Hasil pengkajian menunjukkan informasi bahwa Bp. S (48 tahun) yang bekerja sebagai programmer komputer, tinggal bersama Ibu A (45 tahun) yang merupakan ibu rumah tangga, D (21 tahun) yang bekerja sebagai karyawan di swasta, dan M (16 tahun) yang merupakan siswa SMK TJ. Ibu A mengatakan bahwa bahwa anak M sering marah-marah. Ibu A mengatakan M mempunyai kebiasaan merokok, namun tidak berani menegur langsung. M mengaku mempunyai kebiasaan merokok sebanyak 5-7 batang sehari. M juga mengaku kurang dapat mengendalikan emosinya sehingga pernah terlibat perkelahian dengan teman di sekolahnya. Menurut Siregar (2006) remaja merupakan masa yang ditandai dengan berbagai proses perubahan yang terjadi baik secara fisik maupun psikologis. Perubahan fisik terlihat dalam perubahan-perubahan dalam tubuh, sedangkan perubahan psikologis tampak dari emosi, sikap, dan intelektual yang erat kaitannya dengan risiko perilaku penyalahgunaan NAPZA.

M termasuk dalam fase *middle adolescence* karena berada dalam rentang usia 15 hingga 18 tahun (Monks, 1999, dalam Siregar, 2006). Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah: 1) Menyeimbangkan kebebasan yang bertanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri. Menurut M, orang tua tidak mau mendengarkan pendapat anak-anaknya; 2) Berkomunikasi terbuka antara orang tua dan anak-anak. M jarang membicarakan masalahnya kepada orang tuanya. M juga sering bermain bersama

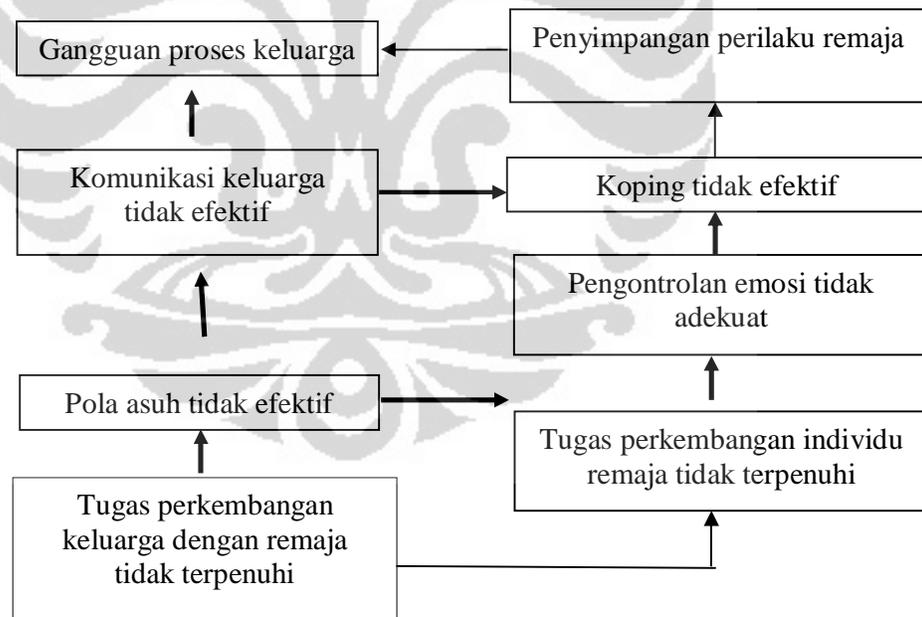
teman-teman sekolahnya sepulang sekolah. M tidak memberitahukan kepada ibunya kemana dia pergi. M mengatakan tidak betah berada di rumah karena ibunya sering mengomel.

Tugas perkembangan M sebagai remaja yang belum terpenuhi adalah: 1) Mempersiapkan perkawinan dan kehidupan berkeluarga karena M mengatakan pacaran yang dilakukan saat ini hanya untuk bersenang-senang saja; 2) Merencanakan tingkah laku sosial yang bertanggung jawab karena M mempunyai kebiasaan merokok; 3) Mencapai sistem nilai dan etika tertentu sebagai pedoman tingkahlakunya karena M belum mempunyai prinsip hidup yang harus dipegangnya dan M mengatakan bahwa ia bertindak sesuai dengan hati nurani dan keinginannya.

Pola komunikasi di keluarga Bp. S cenderung satu arah. Orang tua jarang mendengarkan pendapat anak-anaknya, sehingga anak-anak jarang mau membicarakan masalahnya kepada orang tua. Pola komunikasi satu arah akan mengakibatkan mispersepsi antara orang tua dan anak, kondisi ini akan menjadikan komunikasi disfungsional di dalam keluarga dimana terjadi penerimaan pesan yang tidak sesuai dengan maksud pengiriman pesan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). M mengatakan bahwa orang tua seringkali bertengkar di depan anak-anaknya. Ibu A mengatakan saat ini sudah tidak pernah lagi bertengkar di depan anak-anaknya karena merasa malu pada anak-anak yang sudah mulai besar. Ibu A jarang membicarakan masalah yang dapat membuat suaminya

marah, sehingga masalah dipendam sendiri. Ibu A mengatakan M mempunyai watak yang keras seperti ayahnya sehingga tidak tahu bagaimana memberi nasihat kepada M karena M cenderung melawan bila diberitahu. M biasanya membicarakan masalahnya dengan teman-temannya atau dengan salah seorang guru yang menurutnya enak diajak bicara.

Hasil pengkajian dapat dianalisis dengan pendekatan *web of causation* sehingga penulis dapat merumuskan diagnosis keperawatan keluarga sesuai dengan permasalahan yang ada. Berikut adalah *web of causation* keluarga Bp. S:



Skema 4.2. *Web of causation* keluarga

4.2.1.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Berdasarkan *web of causation* di atas, diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga Bp. S adalah: 1) Pola asuh tidak efektif pada keluarga Bp. S b.d. komunikasi keluarga tidak efektif; 2) Komunikasi keluarga tidak efektif pada keluarga Bp.S b.d Gangguan proses keluarga; 3) Gangguan proses keluarga pada keluarga Bp. S b.d. komunikasi keluarga tidak efektif; 4) Pola asuh tidak efektif pada keluarga Bp. S b.d. ketidakmampuan keluarga memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja; 5) Pengontrolan emosi tidak adekuat pada keluarga Bp. S b.d tugas perkembangan keluarga tidak terpenuhi; 6) Koping tidak efektif pada keluarga Bp. S khususnya M b.d pengontrolan emosi tidak adekuat; 7) penyimpangan perilaku remaja pada keluarga Bp. S khususnya M b.d koping tidak efektif.

Berdasarkan perhitungan prioritas masalah menurut *Central Disease Control & Prevention* dalam Clemen, et al. (1998) ditetapkan dua diagnosa keperawatan berikut untuk selanjutnya diintervensi:

- a. Pola asuh tidak efektif pada keluarga Bp. S b.d. ketidakmampuan keluarga memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja
- b. Koping tidak efektif pada keluarga Bp. S khususnya M b.d. ketidakadekuatan kontrol emosi.

4.2.1.3 Perencanaan hingga Evaluasi Tiap Diagnosis Keperawatan

Diagnosa Keperawatan 1

Pola asuh tidak efektif pada keluarga Bp. S b.d. ketidakmampuan keluarga memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja

Tujuan Umum: Setelah intervensi keperawatan selama 2 bulan, pola asuh pada keluarga Bp. S menjadi efektif

Tujuan Khusus: Keluarga mampu memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan kriteria; keluarga mampu: menyebutkan tugas perkembangan remaja, menyebutkan tanda-tanda remaja yang tidak terpenuhi tugas perkembangannya, mengidentifikasi anggota keluarga yang mengalami masalah perkembangan remaja, menyebutkan akibat tugas perkembangan bila tidak tercapai, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah perkembangan remaja, menyebutkan tugas perkembangan keluarga dengan remaja, menyebutkan cara yang efektif untuk berkomunikasi dengan anak remaja, mengidentifikasi perilaku yang menghambat pengasuhan anak remaja, dan mengubah perilaku yang menyebabkan hambatan dalam pengasuhan anak remaja (mengomel menjadi asertif).

Rencana Intervensi Keperawatan

Rencana intervensi yang dirancang adalah: 1) Diskusikan dengan keluarga tentang tugas perkembangan remaja dan keluarga dengan remaja; 2) Identifikasi anggota keluarga yang mengalami masalah pencapaian tugas perkembangan remaja dan keluarga dengan remaja; 3) Diskusikan dengan keluarga akibat tugas perkembangan remaja dan keluarga bila tidak tercapai; 4) Bantu keluarga untuk mengambil keputusan untuk mengatasi masalah; 5) Hindari menunjukkan penolakan terhadap keputusan yang diambil keluarga; 6) Bersama anggota keluarga mengidentifikasi hambatan berkomunikasi dengan remaja; 7) Bantu keluarga untuk mengatasi hambatan berkomunikasi dengan remaja.

Proses pengidentifikasian hambatan komunikasi dilanjutkan dengan: 8) Lakukan konseling dan *coaching* untuk mengubah perilaku yang menghambat pengasuhan anak remaja; 9) Lakukan *family therapy* untuk membuat kesepakatan perilaku yang diharapkan dalam keluarga; 10) Bersama keluarga, evaluasi pelaksanaan implementasi; 11) Bersama keluarga, atasi kendala yang muncul dalam pelaksanaan implementasi; 12) Berikan *reinforcement* positif atas keberhasilan yang dicapai, motivasi keluarga untuk menentukan orang yang dapat memberikan penguatan; dan 13). *Follow up* intervensi.

Pembenaran:

Keluarga harus mampu mengubah pola interaksi dalam berhubungan antara anggota keluarga. Pergeseran pola hubungan ini dapat menimbulkan konflik dalam keluarga. Keadaan ini memerlukan perubahan sistem dengan cara membentuk peran dan norma-norma baru agar keluarga dapat beradaptasi dengan kondisi yang ada (Friedman, 2003). *Coaching*, konseling, dan *family therapy* merupakan pendekatan terapeutik yang dapat digunakan oleh perawat dalam bekerja dengan keluarga untuk mengubah perilaku anggota keluarga (Gladding, 2002).

Implementasi

Intervensi keperawatan yang dilakukan meliputi: 1) Mendiskusikan tugas perkembangan remaja dan tugas perkembangan keluarga dengan remaja; 2) Mengidentifikasi tugas perkembangan yang belum terpenuhi, mengaitkan perilaku M dan Ibu A dengan tugas perkembangan keluarga dengan remaja yang belum terpenuhi; 3) Mengevaluasi perubahan sikap M (merokok); 4) Mengidentifikasi perilaku ibu yang menghambat pengasuhan pada anak remaja; 5)

Menyepakati untuk mengubah perilaku yang menghambat pengasuhan pada anak remaja yaitu menghilangkan sifat mengomel.

Kesepakatan dengan keluarga ditindaklanjuti oleh penulis dengan: 6) Mengajarkan cara mengubah sifat mengomel yaitu menarik nafas dalam dan kemudian menyampaikan maksud pembicaraan dengan baik-baik; 7) Memotivasi Ibu A untuk mengubah sifat mengomel dengan mengaitkan akibat bila sifat mengomel tetap dilakukan; 8) Mengevaluasi sikap mengomel Ibu A; 9) Mengajarkan komunikasi yang efektif pada Ibu A untuk mengatasi anaknya yang belum menjalankan sholat 5 waktu; dan 10) Memberikan *reinforcement* positif atas keberhasilan Ibu A yang sudah mampu menahan emosi.

Evaluasi

Hasil yang diperoleh adalah: 1) Ibu A dan M mengatakan perilaku yang menghambat komunikasi orang tua dan anak adalah kebiasaan mengomel Ibu A; 2) Ibu A mengatakan sudah tidak pernah mengomel lagi karena penyebab mengomelnya sudah tidak ada lagi (M selalu pulang tepat waktu, ijin bila keluar rumah, dan makan tepat waktu); 3) Ibu A mengatakan sering mengajak M untuk berbincang-bincang tentang sekolah dan temannya; 4) Ibu A mengatakan sudah tidak mencium bau rokok di seragam M dan menemukan permen yang diperkirakan pengganti rokok; 5) M mengatakan sudah mengurangi 3 batang rokok sehari (sebelumnya 5-7 batang rokok sehari); dan 6) Ibu A mengatakan M terlihat lebih bugar dan cerah karena mungkin sudah berhenti merokok.

Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjut yang disusun adalah memotivasi keluarga untuk mempertahankan pola komunikasi yang telah terjalin dengan baik yaitu mengajak berbicara dengan emosi yang tenang dan nada bicara yang rendah dan bekerjasama dengan guru yang dipercaya oleh M untuk menindaklanjuti kebiasaan merokok M.

Diagnosa Keperawatan 2

Koping tidak efektif pada keluarga Bp. S khususnya M b.d. ketidakadekuatan kontrol emosi.

Tujuan Umum: Setelah intervensi selama 2 bulan, koping keluarga Bp. S menjadi efektif.

Tujuan Khusus: (a) Keluarga mampu menahan emosi dan tidak melampiaskannya dengan kata-kata yang kasar; (b) keluarga mampu mencari sumber penyelesaian masalah dan mendiskusikan masalah dengan orang yang tepat (guru, kakak, atau orang tua).

Rencana Intervensi Keperawatan

Rencana intervensi yang dirancang adalah: 1) Bantu keluarga mengidentifikasi *stressor* dan koping keluarga; 2) Ajarkan teknik relaksasi pada keluarga; 3) Ajarkan teknik asertif kepada keluarga; 4) Bersama keluarga; identifikasi sumber-sumber untuk mendapatkan informasi dalam mencari penyelesaian masalah yang dihadapi

Pembenaran: Koping yang adaptif pada remaja adalah *problem-focused coping mechanism* agar remaja mendapat masukan untuk menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan sikap dalam menghadapi suatu masalah. Koping

yang efektif akan membantu remaja dalam mengontrol emosi secara adekuat untuk menghindari terjadinya penyimpangan perilaku yang dianggap sebagai koping yang adaptif bagi remaja (Sprinthall & collins, 1995).

Implementasi

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah: 1) Mengidentifikasi *stressor* dan koping keluarga; 2) Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam kepada keluarga; 3) Mengajarkan kepada keluarga untuk mengungkapkan perasaan dan pemikirannya kepada orang lain setelah meredakan emosi; dan 4) Mengidentifikasi tempat mencurahkan pemikiran dan perasaan untuk mencari penyelesaian masalah yang dihadapi.

Evaluasi

Hasil yang diperoleh meliputi: 1) Salah satu *stressor* yang dialami M adalah sifat mengomel Ibu A 2) M mengatakan akan berusaha untuk menahan emosi; 3) M mengatakan *curhat* pada salah seorang guru yang dianggapnya enak diajak berdiskusi; dan 4) M terkadang masih berkata-kata dengan kasar dalam menyampaikan pendapatnya.

Tindak Lanjut

Follow up perubahan koping M oleh Ibu A dengan cara terus menjaga kedekatan dengan M dan mengajak M untuk membicarakan masalah yang dihadapinya serta cara penyelesaiannya.

Pembinaan juga dilakukan terhadap 9 keluarga dengan remaja lainnya, sehingga total keluarga binaan adalah 10 keluarga. Sebagian besar masalah yang ditemukan adalah belum terpenuhinya tugas perkembangan keluarga dalam berkomunikasi terbuka dengan remaja. Remaja lebih sering

banyak membicarakan permasalahan yang dialami dengan kelompok teman sebayanya.

Terapi modalitas yang diberikan kepada 10 keluarga binaan berupa terapi modifikasi perilaku *coaching*, latihan asertif, dan konseling. Teknik dipilih dan disesuaikan dengan permasalahan yang ditemukan di keluarga, misalnya remaja yang mengalami kesulitan mengungkapkan pikiran dan perasaannya dalam bekerja kelompok dilatih melakukan latihan asertif untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan. Remaja juga dilatih untuk memperluas jendela kesadaran dirinya dengan mengidentifikasi hal-hal yang positif serta negatif dari dirinya, serta bersama-sama mengubah perilaku yang negatif tersebut.

Terapi yang dilakukan mampu menyelesaikan masalah secara efektif. Hal ini terlihat pada pencapaian perubahan hal yang negatif remaja menjadi hal yang positif (misalnya: mampu menahan emosi negatif, lebih disiplin dalam menjalankan ibadah sholat, dan tidak membolos lagi). Pencapaian lainnya adalah remaja mampu menjalin komunikasi dengan orang tuanya, yaitu dalam hal mengungkapkan pikiran dan perasaan secara asertif dan berkomunikasi bila pergi meninggalkan rumah.

Hasil yang diperoleh dicerminkan dalam tingkat kemandirian keluarga pada rentang tingkat kemandirian III hingga IV. Sebanyak 40% keluarga berada pada tingkat kemandirian III (keluarga mampu mengidentifikasi masalah yang dialami dan melakukan perawatan sederhana yaitu menyelesaikan masalah yang dialami), 60% keluarga berada pada tingkat kemandirian IV (mampu melakukan pencegahan dengan melakukan

komunikasi secara terbuka dalam keluarga dan mampu melakukan promosi kesehatan dengan mampu memberikan pertimbangan pada remaja lainnya dalam mengambil keputusan).

Ringkasan asuhan keperawatan pada 10 keluarga disajikan pada tabel 4.1. berikut:

Tabel. 4.1. Tingkat Kemandirian Keluarga Binaan

Keluarga	Jumlah Diagnosis	Masalah diatasi	Tingkat Kemandirian Sebelumnya	Tingkat Kemandirian Setelah Intervensi
1	4	3	I	IV
2	3	3	II	III
3	3	3	II	IV
4	3	1	II	III
5	4	3	I	IV
6	3	3	II	III
7	3	3	II	IV
8	3	1	II	III
9	3	3	II	IV
10	4	3	I	IV

4.3 Asuhan Keperawatan Komunitas pada *Aggregate* Remaja dengan Risiko Penyalahgunaan NAPZA di *Setting* Sekolah

Penghitungan besar sampel dilakukan dengan perhitungan untuk sebuah proporsi populasi menurut Lameshow (1997) dan populasi terjangkaunya adalah remaja SMA/SMK di Kota Depok. Penulis menggunakan dasar proporsi remaja SMA/SMK Kota Depok yang tidak rentan sebesar 85% (Profil Kesehatan Kota Depok, 2008). Penulis berharap dengan kekuatan (*power of test β*) 80% dapat memprediksi peningkatan proporsi remaja yang terhindar dari NAPZA sebesar 10% setelah dilaksanakan asuhan keperawatan komunitas. Prediksi ini menggunakan batas kepercayaan (α) 5%, sehingga penghitungan jumlah sampel sebagai berikut (Lameshow, 1997):

$$n = \frac{z^2(1-\alpha/2) \times p(1-p) N}{d^2 (N-1) + z^2(1-\alpha/2) p(1-p)}$$

Besar sampel diperoleh 79, untuk mengantisipasi *droup out* ditambah %, sehingga jumlah sampel menjadi 87. Selanjutnya penulis melakukan identifikasi sampel dengan kriteria adalah siswa yang merokok, mengantuk di kelas, melanggar disiplin, sering bolos, sering terlambat ke sekolah, jarang mengikuti kegiatan ekstrakurikuler, kurang peduli terhadap kebersihan diri, mempunyai keluarga yang bermasalah dan tinggal di lingkungan yang rawan penyalahgunaan NAPZA.

Pengumpulan data penulis lakukan dengan penyebaran kuisisioner (diisi oleh siswa), wawancara, *windshield survey*, *focus group discussion* (FGD) sebagai sumber data primer, sedangkan sumber data sekunder diperoleh dari dokumentasi dinas kesehatan, puskesmas, kecamatan, kelurahan, sekolah, BNK Depok, dan hasil penelitian terkait (lampiran 1). Metode observasi oleh guru penulis lakukan untuk mengevaluasi ketrampilan siswa dalam melakukan peer konselor. Berikut akan diuraikan mengenai manajemen pelayanan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan komunitas, dan asuhan keperawatan keluarga yang telah penulis lakukan selama kurang lebih 9 bulan (September 2009 – Mei 2010).

Asuhan keperawatan komunitas pada aggregate remaja terkait risiko NAPZA dan promosi kesehatan pada remaja di SMK TJ akan diuraikan pada bagian berikut yang meliputi analisis situasi, rumusan diagnosa keperawatan komunitas, perencanaan, implementasi, evluasi dan rencana tindak lanjut.

Asuhan keperawatan komunitas ini didasarkan pada teori dan model yaitu teori manajemen dan model UKS dan *Health Promotion Model* dalam pelaksanaan implementasi keperawatan komunitas.

4.3.1 Analisis situasi

Kelurahan Ratu Jaya Kecamatan Cipayung Depok dapat digambarkan merupakan daerah yang terletak tidak jauh dari pusat pemerintahan kota dengan mobilitas penduduk yang tinggi, merupakan daerah jalur perlintasan kereta api dari Jakarta ke Bogor dan sebaliknya, sehingga masih banyak perilaku masyarakat khususnya remaja yang masih berstatus pelajar merokok di sembarang tempat, kondisi inilah yang menjadi salah satu faktor risiko terhadap peredaran NAPZA di Kelurahan Ratu Jaya Depok khususnya remaja. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart & Laraia (1998) bahwa remaja yang tinggal di lingkungan masyarakat yang tidak mempunyai aturan, norma atau nilai yang jelas, lingkungan sosial yang terlalu permisif dan adanya konflik di masyarakat merupakan faktor yang berkontribusi terhadap penyalahgunaan NAPZA pada remaja.

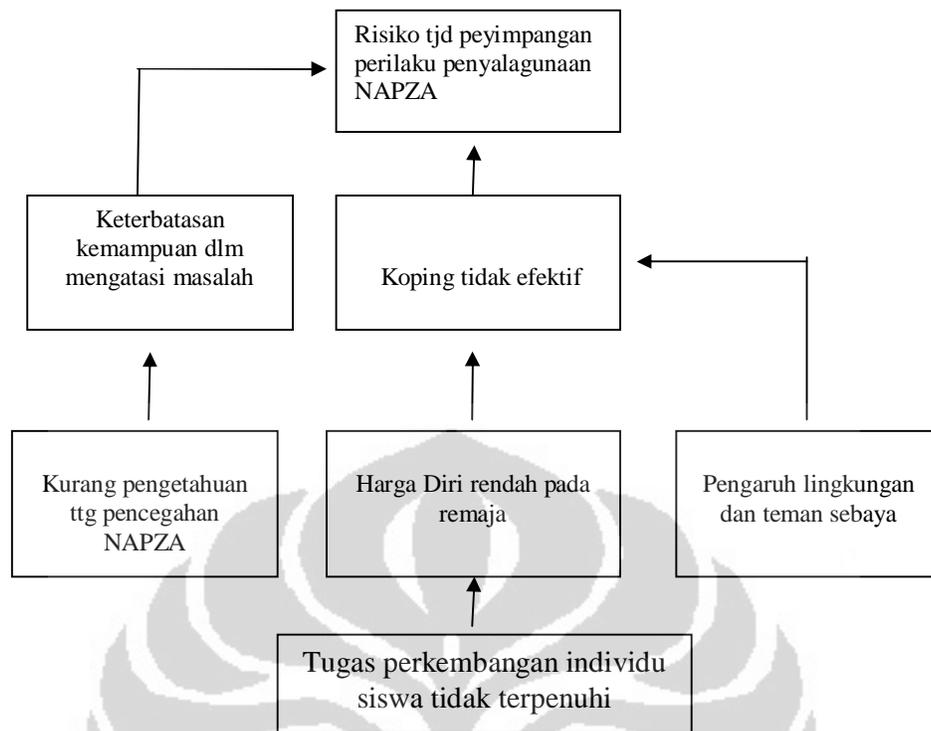
Berdasarkan hasil studi literatur terhadap kasus penyalahgunaan NAPZA di kota Depok didapatkan angka kejadian penyalahgunaan NAPZA pada remaja di Depok adalah 75 %, belum ada program kesehatan remaja yang dilakukan sebelumnya di SMK Teknindo Jaya, Badan Narkotika Kota (BNK) Depok pada tahun 2008 mencatat 297 kasus penyalahgunaan NAPZA, dengan kasus terbanyak terjadi pada kelompok pelajar SLTA yaitu 275 kasus

Selanjutnya berdasarkan hasil penyebaran angket terhadap 89 siswa di SMK TJ didapatkan 25,54% siswa mempunyai kebiasaan merokok diluar kegiatan di sekolah, 76,51% siswa pernah mencoba menggunakan NAPZA (merokok), 20,41% siswa mempunyai perilaku merokok/minuman keras/obat-obatan, 85,71% siswa tidak tahu bahaya NAPZA, 32,65% siswa mempunyai kepercayaan diri kurang, 30,61% siswa melampiaskan kegagalannya dg merokok/minuman keras, 67,35 % siswa menggunakan sisa uang saku untuk membeli rokok, 30,61% siswa menyatakan merokok bila sedang mempunyai masalah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang

dilakukan oleh Saprudin (2007) terhadap 60 responden siswa SMA dan SMK Pancoran Mas Depok tentang upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA didapatkan bahwa perilaku selalu merokok (4.9%), sering (5.88%) dan kadang-kadang (47.06%), alasan siswa merokok 28.43% disebabkan oleh teman sebaya. Hal senada juga sesuai dengan hasil penelitian Marsito (2008) terhadap siswa SMK di Kelurahan Pancoran Mas Depok bahwa perilaku selalu merokok (8.1%), sering (17.2%) dan kadang-kadang (35.4%), alasan merokok 90.9% karena pengaruh teman sebaya.

Kondisi ini juga didukung oleh hasil wawancara bahwa beberapa siswa mengatakan sudah biasa merokok sejak SMP, belum pernah ada penyuluhan tentang NAPZA, salah satu siswa menyatakan bahwa guru dan orang tua kurang dapat memahami permasalahannya, salah satu guru menyatakan bahwa sudah pernah dilaksanakan pelatihan konseling namun karena keterbatasan waktu sehingga program tidak berjalan, materi yang diberikan tentang kesehatan reproduksi, salah satu orang tua menyatakan tidak tahu cara mengatasi masalah anaknya. Hasil *winshield survey* diperoleh beberapa siswa terlihat sedang merokok saat jam istirahat sekolah

Analisis situasi diatas menjadi dasar penulis dalam menyusun *web of causation* yang berhubungan dengan risiko terjadinya perilaku penyalahgunaan NAPZA pada aggregate remaja di SMK TJ.



Gambar 4.3. *Web of Causation* keperawatan komunitas terkait risiko penyalahgunaan NAPZA pada aggregate remaja di SMK Teknindo Jaya Depok

Berdasarkan ringkasan dari *web of causation* maka dirumuskan dua diagnosa utama keperawatan komunitas berdasarkan hasil skoring. Prioritas masalah lebih rinci dijelaskan pada lampiran 5.

4.3.2 Diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan rencana tindak lanjut keperawatan komunitas

Berikut akan dijelaskan tentang diagnosa keperawatan komunitas, perencanaan, implementasi, evaluasi dan rencana tindak lanjut keperawatan komunitas berdasarkan prioritas masalah.

4.3.2.1 Diagnosa Keperawatan Komunitas 1 :

Risiko terjadinya penyimpangan perilaku pada remaja SMK TJ kelurahan Ratujoya Depok berhubungan dengan keterbatasan kemampuan remaja dalam mengatasi masalah terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

Tujuan Umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan diharapkan penyimpangan perilaku penyalahgunaan NAPZA pada remaja di SMK TJ tidak terjadi.

Tujuan khusus :

a). Perilaku remaja yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku remaja dalam upaya pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA mengalami peningkatan, b). Terbinanya kelompok teman sebaya dan kelompok konseling teman sebaya, c). Terlaksananya pembinaan dan upaya promosi kesehatan di sekolah.

Rencana tindakan keperawatan komunitas :

a). Lakukan pembentukan kelompok konseling sebaya (10-12 orang), b). Bersama peer konselor lakukan pembinaan rutin sebanyak 12 kali pertemuan, c) Lakukan upaya promosi kesehatan terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja melalui kampanye Anti NAPZA, d). Lakukan *milieu* terapi seperti pembagian brosur dan leaflet dan pemasangan poster terkait pencegahan NAPZA, e) lakukan upaya promosi kesehatan pada remaja pekerja di bengkel otomotif.

Pembenaran :

Peer Konselor merupakan pendekatan yang efektif karena mendiskusikan masalah dengan teman sebaya dirasakan lebih

enak dan aman; selain itu, teman sebaya memiliki cara pandang dan gaya hidup yang mirip sehingga dianggap lebih memahami; dan remaja bisa lebih bebas atau curhat (*express feeling*). Menurut Irma (2009) Peer Konselor dapat membangun hubungan saling percaya dan komunikasi terbuka sehingga mendorong remaja untuk berperilaku positif.

Tindakan Keperawatan Komunitas :

a). Membentuk kelompok konseling sebaya yang berjumlah 12 siswa yang dipilih berdasarkan rekomendasi dari guru sekolah yang memenuhi kriteria untuk bisa dijadikan konselor teman sebaya (pembentukan kelompok konseling sebaya ini sebagai proyek inovasi pengembangan UKS di SMK Teknindo Jaya Depok dan sudah terbentuk pada tanggal 10 Februari 2010), b). Melakukan pembinaan / *follow up* kegiatan peer konselor yang dijadualkan selama 12 kali pertemuan, yang dilakukan diluar jam belajar yaitu pagi hari (2 kali seminggu : rabu & jum'at selama bulan Maret – Mei 2010), Kegiatan dilakukan dengan memberikan materi tambahan berupa pengenalan diri remaja, motivasi, tanggung jawab, manajemen waktu, perilaku asertif, komunikasi efektif, dan *problem solving*. Selanjutnya dilakukan diskusi tentang hambatan yang ditemui dan alternatif penyelesaian masalah yang dilakukan terhadap apa yang telah dilakukan oleh Peer Konselor c). Melakukan pembinaan pada remaja yang berisiko menyalahgunakan NAPZA yaitu melatih terapi modalitas perilaku : kemampuan menolak ajakan teman sebaya dengan perilaku asertif (18 April 2010), d). Pelaksanaan milieu terapi dengan pemasangan poster dan leaflet di tiap ruangan kelas dan lingkungan sekolah yang

berisi ajakan untuk menjauhi NAPZA, e). Upaya promosi kesehatan pada siswa jurusan mekanik outomotif (tanggal 25 Maret 2010).

Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan komunitas selama 9 bulan diperoleh hasil : a). Adanya peningkatan perilaku siswa yaitu peningkatan rerata pengetahuan remaja dari 65 menjadi 80, rerata sikap dari 60 menjadi 75 dan rerata kognitif skill dari 45 menjadi 70, b). Telah terbinanya kelompok konseling sebaya di SMK Teknindo Jaya sebanyak 12 kali pertemuan dan 100 % remaja mendukung kegiatan peer konselor untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA pada remaja, c). 75% siswa dapat menerapkan perilaku asertif untuk menolak ajakan teman menyalahgunakan NAPZA, d). 100% poster telah terpasang ditiap ruangan kelas dan di majalah dinding sekolah serta leaflet telah dibagi ke seluruh siswa, e). Khusus evaluasi upaya promosi kesehatan remaja yang bekerja di bengkel otomotif : 100 % remaja mempunyai kemauan untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA, f). Adanya kesepakatan dengan pihak puskesmas,sekolah dan BNK untuk upaya pembinaan berkelanjutan terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja di Sekolah.

Rencana Tindak Lanjut : Kegiatan Peer Konselor yang telah terbentuk akan dilakukan pembinaan oleh pihak Puskesmas Kecamatan Cipayung, BNK Depok, Sekolah dan akan dilakukan evaluasi kegiatan secara berkala (3 bulan sekali).

4.3.2.2 Diagnosa keperawatan komunitas 2 :

Risiko terjadinya penurunan kemampuan dalam mengatasi masalah pencegahan penyalahgunaan NAPZA berhubungan dengan tidak efektifnya koping remaja pada siswa di SMK TJ Ratu Jaya Depok.

Tujuan Umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan tidak terjadi penurunan kemampuan remaja dalam mengatasi pencegahan penyalahgunaan NAPZA di SMK Teknindo Jaya kelurahan Ratu Jaya Depok.

Tujuan Khusus :

a). 75% remaja mempunyai kemampuan melakukan upaya untuk mengatasi masalah terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA, b) Meningkatnya jumlah siswa yang bersedia untuk *express feeling* (curhat) kepada peer konselor dalam menyelesaikan masalahnya.

Rencana Tindakan keperawatan komunitas :

a). Gunakan teknik *guidence* tentang pengenalan gejala dan tanda remaja yang mengalami masalah dan cara menghadapi masalah, b). Gunakan teknik *coaching* melatih remaja dengan melakukan terapi modalitas yaitu perilaku asertif, teknik relaksasi (*self hypnosis*).

Pembenaran :

Teknik konseling dan *coaching* diberikan dengan tujuan remaja dapat menemukan mekanisme koping adekuat sehingga mampu menyelesaikan masalah yang ada pada dirinya. Hal ini sesuai dengan karakteristik konseling dalam kode etik dan praktik konselor *The British Asssocation for Counselling* atau

BAC (1993, dalam Tschudin, 1995) yang menyatakan bahwa tujuan konseling antara lain untuk memenuhi tugas perkembangan, memecahkan masalah yang spesifik, mengambil keputusan, dan meningkatkan hubungan dengan orang lain. Konseling dapat diterapkan dalam intervensi individu dan kelompok, termasuk keluarga (BAC, 1993 dalam Tschudin, 1995; Gladding, 2002).

Tindakan Keperawatan komunitas yang telah dilakukan :

a). Menggunakan teknik *guidence* dalam membantu mengatasi masalah remaja dengan teknik manajemen stres (17 Maret dan 14 April 2010), b). Menggunakan Teknik *coaching* tentang relaksasi (*self hypnosis*) sebagai salah satu upaya pencegahan terhadap penyalahgunaan NAPZA pada remaja (23 April dan 7 Mei 2010). Kegiatan dilakukan dengan menjelaskan tujuan dari teknik yang digunakan, kemudian melakukan *self hypnosis* bersama – sama dengan siswa selama 10-15 menit.

Evaluasi :

a). 65 % remaja mampu mengidentifikasi masalah dan melakukan latihan perilaku asertif, relaksasi (*self hypnosis*), b) 80% keaktifan siswa peer konselor meningkat dengan bertambahnya jumlah teman yang sudah diberikan informasi terkait penyalahgunaan NAPZA, c) Hasil *review* dengan siswa menyatakan bahwa kegiatan latihan relaksasi (*self hypnosis*) sangat membantu dalam mengendalikan emosi dan menghilangkan pikiran yang sedang kacau serta hati menjadi tenang.

Rencana Tindak Lanjut :

Teknik – teknik yang telah diajarkan seperti teknik relaksasi (*self hypnosis*) perlu dikembangkan lagi dengan inovasi yang ada.



BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan perbandingan kesenjangan dan pencapaian hasil dengan teori, konsep, maupun penelitian terkait. Item yang dibahas dalam bab ini meliputi analisis kesenjangan dan pencapaian dalam pelaksanaan manajemen pelayanan keperawatan di SMK TJ, asuhan keperawatan keluarga dengan risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja dan asuhan keperawatan komunitas pada *aggregate* remaja dengan masalah penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ. Selain itu, penulis juga akan membahas implikasi hasil praktik terhadap pelayanan dan penelitian dalam keperawatan komunitas.

5.1 Analisis Kesenjangan dan Pencapaian

5.1.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan di Sekolah

SMK TJ belum mempunyai program kesehatan untuk mengatasi masalah pencegahan penyalahgunaan NAPZA padahal masalah ini merupakan salah satu masalah kesehatan di sekolah. Masalah kesehatan di sekolah ditangani dengan program UKS melalui TRIAS UKS yang meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah yang sehat. Hal ini merupakan wujud kegiatan intrakurikuler kegiatan UKS melalui pelaksanaan pendidikan pada jam pembelajaran sesuai dengan ketentuan yang berlaku ditingkat sekolah menengah atas (Tim Pembina UKS Prop. Jawa Barat, 2008). Hal senada menurut hasil penelitian Chairani (2007) bahwa pelayanan UKS di SMPN 1 dan SMP Kasih kelurahan Depok masih bersifat rutinitas dan terbatas, dan bahkan kegiatannya cenderung pasif menunggu perencanaan dari tim Pembina UKS Dati II Kota Depok dan tingkat kecamatan.

Kegiatan siswa untuk pencegahan penyalahgunaan NAPZA seperti konseling juga belum terlaksana di SMK TJ. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan (khususnya kesehatan remaja) sebagai

TRIAS UKS yang kedua belum terlaksana dengan optimal. Pelayanan kesehatan preventif, kuratif, dan rehabilitatif dapat dilaksanakan dalam mengatasi masalah perkembangan siswa (Tim Pembina UKS Prop. Jawa Barat, 2008).

Pelayanan preventif sebagai pencegahan primer dapat dilakukan dengan mengidentifikasi populasi yang berisiko di sekolah, menentukan penyebab dan faktor risiko yang mengakibatkan masalah perkembangan, serta merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi intervensi tersebut. Pelayanan kuratif ditujukan untuk mengurangi angka kejadian penyimpangan perilaku sebagai dampak masalah perkembangan yang tidak terpenuhi, misalnya perilaku merokok dan membolos. Rehabilitatif sebagai wujud pencegahan tersier dapat dilakukan dengan merehabilitasi siswa yang sudah mengalami masalah kejiwaan misalnya siswa yang pernah melakukan bunuh diri atau mengalami gangguan akibat tindakan tersebut (Allender & Spradley, 2005).

Berdasarkan hasil pengelolaan keperawatan komunitas, perencanaan program tahunan UKS telah tersusun dengan program utama yaitu upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Program dilengkapi dengan kegiatan unggulan yaitu peer konselor modifikasi yang merupakan proyek inovasi dari penulis di SMK TJ. Adanya perencanaan program tersebut sesuai dengan pendapat Huber (2000) bahwa perencanaan program sangat penting sebagai landasan bagi kegiatan fungsi manajemen lain dengan mengorganisir seluruh sumber yang ada.

Tersusunnya perencanaan program tahunan terkait pencegahan NAPZA di SMK TJ tidak terlepas dari peran sekolah yang mendukung kegiatan peer konselor ini. Pihak sekolah menyadari bahwa sekolah sebagai salah satu institusi mempunyai tanggung jawab terhadap

pencegahan penyalahgunaan NAPZA sehingga dapat tercipta rasa aman bagi siswa dan lingkungan sekitar sekolah. Keterlibatan sekolah sangat dibutuhkan sebagai bentuk dukungan untuk tersusunya perencanaan program dengan baik (Depkes, 2008). Untuk melaksanakan program yang telah direncanakan perlu diintergrasikan dengan teori dan model dalam keperawatan.

Integrasi teori fungsi manajemen, model UKS, *Family Centered Nursing*, dan *Health Promotion Model* sesuai digunakan sebagai kerangka konsep untuk mengatasi masalah risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja. Fungsi manajemen harus dilaksanakan untuk menjalankan kebijakan dan regulasi untuk mencapai tujuan program dalam hal ini adalah mengatasi masalah perkembangan remaja. Variabel perencanaan merupakan hal yang prioritas untuk menjalankan program dibutuhkan perencanaan yang adekuat (Green & Kreuter, 2000).

Penanaman nilai-nilai melalui peningkatan kesadaran diri sudah diupayakan. Kesadaran diri diperlukan dalam ketrampilan komunikasi guru dengan siswa, khususnya dalam konseling. Konseling dengan membantu orang lain dimungkinkan hanya dari dasar kesadaran diri terhadap cara kehidupan dan kerja, serta pemikiran dan perasaan seseorang (Tschudin, 1995). Pembentukan nilai melalui kesadaran diri dirasa kurang optimal karena waktu pendek. Green dan Kreuter (2000) menyatakan bahwa program promosi dan pendidikan kesehatan jangka pendek tidak dapat mengubah nilai. Kondisi ini juga dapat dikarenakan materi kesadaran diri kurang ditujukan pada kesadaran akan perasaan sebagai penolong (*helper*) dimana hal ini merupakan kunci dalam *helping relationship* (Tschudin, 1995).

Perilaku guru juga dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan dan manajemen atasan yang berdampak dalam suasana lingkungan kerja.

Beberapa guru berpendapat bahwa sulit membuat perubahan di SMK TJ karena masalah komunikasi. Komunikasi yang dilaksanakan oleh kepala SMK TJ bersifat komunikasi satu arah dari atasan ke bawahan karena hanya berupa instruksi kepada level di bawahnya. Kepala sekolah jarang mengadakan rapat koordinasi dengan guru untuk menerima masukan atau aspirasi dari level di bawahnya. Hal ini dapat menimbulkan konflik dalam organisasi dimana terjadi misinterpretasi pesan yang menimbulkan perbedaan persepsi antar personal dalam organisasi (Chaousis, 2000).

Permasalahan SDM dalam pelaksanaan program dapat diatasi dengan pengidentifikasian SDM yang berkomitmen agar dapat menjadi *effective follower*. Perawat komunitas membutuhkan ketrampilan kepemimpinan dalam menghasilkan hal tersebut agar program dapat berjalan. *Effective follower* mempunyai karakteristik berkomitmen terhadap visi, target, dan tujuan usaha kepemimpinan yang sesuai dengan tujuan individu sehingga akan mendedikasikan dirinya secara fisik dan psikologis ketika bekerja dalam tim (Allender & Spradley, 2005). Dedikasi guru terlihat dari komitmen dalam melaksanakan peran sebagai fasilitator dalam *peer counselor*.

Ketrampilan guru dalam memfasilitasi dan memimpin diskusi kelompok tergolong baik. Guru mampu menyampaikan nilai-nilai yang telah diperolehnya dalam kehidupan. Hal ini dikarenakan karakteristik kognitif orang dewasa yang lebih berpengalaman daripada remaja. Orang dewasa dapat menggunakan teknik pemecahan masalah yang sistematis dan membuat perumpamaan sehingga mengakibatkan anggota kelompok berfikir tentang fenomena yang didiskusikan. Orang dewasa terutama juga mempunyai kestabilan emosi dalam menghadapi orang lain (Newman & Newman, 1999 dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2003).

Hal sebaliknya ditemukan dalam peran konselor yang dilakukan oleh siswa yang belum optimal dalam melakukan diskusi dengan teman sebaya. Siswa belum mampu memberikan respon umpan balik berupa perumpamaan atau pertanyaan stimulus ketika mendapat pertanyaan dari teman sebaya. siswa cenderung hanya berbagi pengalaman. Hal ini dikarenakan kapasitas reflektif (pencarian makna pengalaman) remaja kurang adekuat. Dalam rentang usia, anak dan remaja menggunakan operasi kognitif yang sama yaitu cenderung menggunakan mode pemikiran yang sama dalam menggeneralisasi suatu fenomena sehingga belum mampu membuat analogi peristiwa (Sprinthall & Collins, 1995).

Penulis menekankan pentingnya perubahan dalam sistem sekolah kepada kepala sekolah mengingat kurang kondusifnya lingkungan sekolah untuk proses pendidikan. Perubahan kebijakan dapat dianalisis pada tingkat intraorganisasi (Allison, 1971; Bolman & Deal, 1979; William & Elmore, 1976; Bardach, 1977; Hargrove, 1975 dalam Green & Kreuter, 2000). Perencana program berusaha untuk membuat perubahan dalam organisasi lain sebagai seorang *outsider*, perencana program tersebut mempunyai suatu kebutuhan dan justifikasi yang besar untuk menerapkan metode politis karena organisasi resisten terhadap perubahan tersebut. Tingkat analisis intraorganisasi sangat penting dalam promosi kesehatan karena banyak program dan kebijakan yang dibutuhkan untuk mengubah gaya hidup dan lingkungan yang dikontrol oleh banyak organisasi yang notabene beberapa berada diluar sektor kesehatan (Green & Kreuter, 2000).

Perubahan yang dilakukan oleh kepala sekolah juga dapat dikaitkan dengan kualitas masukan yang diberikan oleh siswa yang berusia remaja dimana remaja sudah mempunyai kemampuan untuk mengkritisi suatu keadaan. Kemampuan remaja untuk berpikir tentang suatu kemungkinan melalui hipotesis dapat digunakan sebagai bagian

dari pemecahan masalah (Sprithall & Collins, 1995). Kemampuan tersebut juga dapat digunakan dalam peer konselor.

Peer konselor merupakan salah satu solusi dalam mengatasi masalah perkembangan siswa dalam organisasi sekolah. Hal ini dirasa penting, mengingat metode pengontrolan perilaku siswa yang selama ini dilaksanakan oleh sekolah dirasa kurang efektif. Metode ini dirasa efektif karena didasari konsep karakteristik kelompok dimana teman sebaya akan mengingatkan perilaku dalam kehidupan. Peer Konselor merupakan strategi yang efektif untuk menyelesaikan masalah remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA. Kelompok teman sebaya dapat menurunkan remaja / siswa terhadap risiko penyalahgunaan zat adiktif sehingga siswa yang berperilaku negatif akan berkurang (Hitchcock, Schobert dan Thomas, 1999).

Menurut Irma (2009) ada tiga alasan peer konselor merupakan strategi yang efektif untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA pada remaja yaitu pertama; mendiskusikan masalah dengan teman sebaya dirasakan lebih enak dan aman, kedua; teman sebaya memiliki cara pandang dan gaya hidup yang mirip sehingga dianggap lebih memahami, ketiga; situasi diskusi bisa lebih bebas atau curhat (*express feeling*). Keefektifan *Peer Counselor* telah dibuktikan oleh Barker dan Geller (2008) melalui studi kasus di Zambia tentang perilaku siswa terkait kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang menyimpulkan bahwa terjadi penurunan yang signifikan terhadap perilaku kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang di sekolah. *Peer Counselor* juga telah diterapkan oleh *The Watkins High School Drug Education Peer Counseling Program* di Laurel Mississippi, hasilnya *peer counselor* merupakan strategi yang paling efektif untuk pencegahan NAPZA di sekolah, setiap tahunnya mampu menurunkan angka penyalahgunaan NAPZA di kalangan siswa sampai 30 persen (Arudo, 2008, *Peer Counseling Experience Among Selected Kenyan Senior High Schools, Journal of Psychology*, diperoleh tanggal 6 April 2010). *Peer*

counselor dapat membangun hubungan saling percaya dan komunikasi terbuka sehingga mendorong remaja untuk berperilaku positif dan mencegah remaja untuk menyalahgunakan NAPZA.

5.1.2 Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan berdasarkan pada masalah keperawatan yang didapatkan penulis melalui pengkajian dengan pendekatan model Friedman (2003). Masalah yang muncul khususnya terhadap keluarga binaan adalah pola asuh tidak efektif, komunikasi keluarga tidak efektif, gangguan proses keluarga, pengontrolan emosi tidak adekuat, dan penyimpangan perilaku pada keluarga. Masalah tersebut akan mempengaruhi perilaku remaja dan dapat menjadi faktor pencetus untuk terjadinya penyalahgunaan NAPZA. Satu masalah yang paling utama adalah masalah perilaku pada remaja.

Masalah perilaku yang dihadapi oleh M adalah marah dengan kata-kata yang kasar, merokok, dan membolos. Perilaku remaja M mengatakan bahwa sering melihat pertengkaran kedua orang tuanya yang mengeluarkan kata-kata kasar. Hal ini dapat memicu remaja untuk melampiaskan kekesalannya terhadap keluarga dengan menggunakan NAPZA. Hal ini sesuai dengan pendapat Hawari (2003) bahwa keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama dalam membentuk keyakinan, sikap dan perilaku remaja terhadap penyalahgunaan NAPZA. Ketidakharmonisan atau disfungsi keluarga menjadi salah satu faktor pencetus terjadinya penyalahgunaan NAPZA. Selanjutnya Hawari menjelaskan bahwa remaja yang hidup dengan keluarga yang tidak harmonis mempunyai risiko relatif 7,9 kali terjadinya penyalahgunaan NAPZA dibandingkan dengan remaja yang hidup dengan keluarga yang harmonis.

Hal senada juga diungkapkan oleh Sindelar dan Fielillin (2001, dalam Mc. Murray, 2003) bahwa lingkungan keluarga yang tidak

harmonis akan berpengaruh negatif pada perilaku remaja yaitu remaja kehilangan *role model* dari keluarga. Hasil survei penyalahgunaan NAPZA pada kelompok pelajar dan mahasiswa di Indonesia tahun 2006 diperoleh hasil bahwa sebesar 70% disebabkan faktor keluarga yaitu orang tua menerapkan pola asuh otoriter (Jangan ada lagi korban narkoba.^{¶5},<http://www.bnn.go.id/>, diperoleh tanggal, 19 Februari 2009). Hasil penelitian Santoso (2009) juga menyebutkan bahwa salah satu penyebab remaja menyalahgunakan NAPZA adalah faktor keluarga yang tidak harmonis.

Keluarga Bp. S termasuk dalam fase *middle adolescence* yang dilalui saat remaja berusia 15 hingga 18 tahun (Monks, 1999 dalam Siregar, 2006). M menganggap orang tuanya belum memperlakukan dirinya dan kakaknya sebagai orang dewasa. Data-data tersebut menunjukkan tugas perkembangan keluarga remaja yang belum terpenuhi adalah menyeimbangkan kebebasan yang bertanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

M mengatakan bahwa orang tua tidak mau mendengarkan pendapat anak-anaknya. M jarang membicarakan masalahnya kepada orang tuanya. M juga sering bermain bersama teman-teman sekolahnya sepulang sekolah. M tidak memberitahukan kepada ibunya kemana dia pergi. M juga mengatakan tidak betah berada di rumah karena ibunya sering mengomel. Data-data tersebut mengarah pada tugas perkembangan keluarga dengan remaja untuk berkomunikasi terbuka antara orang tua dan anak-anak belum terpenuhi (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Tugas perkembangan M sebagai remaja juga belum terpenuhi. Ibu A mengatakan bahwa M sudah mempunyai pacar. Menurut Ibu A, pacar M adalah orang yang baik. Data-data tersebut mengarahkan bahwa tugas perkembangan M yang belum terpenuhi adalah mempersiapkan perkawinan dan kehidupan berkeluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

M mengatakan dirinya sudah besar dan sudah tahu apa yang seharusnya dilakukan olehnya. Banyak perilaku M yang disebutkan di atas karena M belum mempunyai prinsip hidup yang harus dipegangnya. M mengatakan bahwa ia bertindak sesuai dengan hati nurani dan keinginannya. Hal ini menunjukkan bahwa tugas perkembangan M yang belum terpenuhi adalah mencapai sistem nilai dan etika tertentu sebagai pedoman tingkah lakunya (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Perilaku M tersebut sesuai dengan pernyataan Sprinthall & Collins (1995) yang menyebutkan remaja sering bertindak dan beralasan seperti orang dewasa. Remaja cenderung lebih resisten terhadap aturan keluarga. Perilaku M juga dipengaruhi oleh jaringan komunikasi dalam keluarga.

Pola komunikasi di keluarga Bp. S cenderung satu arah karena hanya dari orang tua kepada anak. Pola komunikasi tersebut dapat mengakibatkan mispersepsi antara orang tua dan anak. Misalnya, Ibu ingin mengetahui dimana anak remajanya, namun M menganggap bahwa orang tua terlalu mengekang. Kondisi ini merefleksikan suatu komunikasi disfungsional dalam keluarga Bp. S dimana terjadi penerimaan pesan yang tidak sesuai dengan maksud pengiriman pesan. Salah satu karakteristik komunikasi disfungsional yang ditemukan di keluarga Bp. S adalah kurangnya empati M yang berpusat pada dirinya sendiri (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Komunikasi yang tidak berjalan dengan sehat dalam keluarga Bp. S mengakibatkan munculnya diagnosa keperawatan gangguan proses keluarga. Gangguan proses keluarga didefinisikan sebagai perubahan dalam hubungan dan atau fungsi keluarga yang dapat disebabkan oleh krisis perkembangan atau transisi perkembangan (NANDA-I, 2007). Etiologi tersebut dikaitkan dengan perubahan hubungan orang tua dan remajanya pada tahap perkembangan keluarga dengan remaja yang merupakan proses transisi yang sulit bagi keluarga (Sprinthall & Collin, 1995). Diagnosa ini juga ditegaskan berdasarkan karakteristik

data yang ditemukan di keluarga Bp. S yang meliputi perubahan pola komunikasi, perubahan ekspresi konflik dalam keluarga, perubahan kedekatan, dan perubahan dukungan saling menguntungkan (NANDA-I, 2007).

Diagnosa keluarga lainnya yang ditegaskan adalah koping tidak efektif. Koping tidak efektif adalah ketidakmampuan membentuk penyelesaian masalah yang valid, ketidakadekuatan pilihan respon praktis, dan/atau ketidakmampuan untuk menggunakan sumber-sumber yang tersedia (NANDA-I, 2007). M menyatakan membasahi kepalanya dan merokok untuk menenangkan pikiran saat mempunyai permasalahan yang sulit dipecahkan. Perilaku tersebut merupakan bentuk respon praktis yang tidak adekuat terhadap pemecahan masalah. Mekanisme koping yang digunakan oleh M adalah *emotion-focused* dimana M hanya berusaha menenangkan pikiran dan tidak mencari sumber-sumber untuk penyelesaian masalah (Sprinthall & Collins, 1995). Penegakkan diagnosa keperawatan yang diikuti dengan perencanaan intervensi keperawatan.

Intervensi keperawatan ditujukan terutama untuk memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan remaja yang pada akhirnya diharapkan membantu terpenuhinya tugas perkembangan remaja. Keating (1990, dalam Sprinthall & Collins) menyatakan bahwa remaja merupakan masa penting dalam mengembangkan pemikiran kritis, karena beberapa kapasitas pemikiran penting dicapai pada masa ini. Intervensi juga ditujukan untuk mengoptimalkan fungsi keluarga dalam membantu terpenuhinya tugas perkembangan individu dan keluarga dengan remaja, karena keluarga merupakan kelompok pendukung utama. Keterikatan, pengungkapan, dan konflik yang minimal merefleksikan dukungan keluarga yang mempengaruhi perkembangan kognitif, emosional, dan sosial anak (Timko & Moos,

2000 dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2002). Intervensi diberikan melalui beberapa terapi modalitas.

Terapi modalitas yang diberikan kepada 5 keluarga binaan berupa terapi modifikasi perilaku berupa *coaching*, latihan asertif, dan konseling. Metode *coaching* diberikan dengan mengajarkan suatu ketrampilan melalui instruksi verbal (Gladding, 2002). Penulis mengajarkan cara relaksasi napas dalam pada M dan Ibu A saat mempunyai perasaan jengkel. Setelah tenang, klien diajarkan untuk menyampaikan pikiran dan perasaannya dengan asertif agar pesan tersampaikan dengan optimal. Metode konseling diberikan dengan tujuan keluarga dan remaja dapat menemukan mekanisme coping adekuat. Hal ini sesuai dengan karakteristik konseling dalam kode etik dan praktik konselor *The British Asssocation for Counselling* atau BAC (1993, dalam Tschudin, 1995) yang menyatakan bahwa tujuan konseling antara lain untuk memenuhi tugas perkembangan, memecahkan masalah yang spesifik, mengambil keputusan, dan meningkatkan hubungan dengan orang lain. Konseling dapat diterapkan dalam intervensi individu dan kelompok, termasuk keluarga (BAC, 1993 dalam Tschudin, 1995; Gladding, 2002).

Berdasarkan pengalaman praktik penulis, metode yang paling efektif adalah *coaching* dimana terapis membantu klien membuat respon yang diinginkan (perubahan perilaku) dengan memberikan instruksi verbal sehingga klien hanya mengikuti langkah-langkah yang telah disampaikan oleh terapis (Gladding, 2002). Metode konseling lebih sulit untuk dilaksanakan karena terdapat tahap menggali strategi pemecahan masalah (Tschudin, 1995). Kesulitan muncul ketika keluarga merasa sudah tidak mengetahui jalan keluar dari permasalahan yang ada, termasuk perubahan perilaku mana yang harus dilakukan.

Intervensi yang diberikan berhasil mengubah perilaku remaja dan keluarganya, terutama ibu dalam berkomunikasi. Keberhasilan yang diperoleh karena proses interaksi perawat-klien didukung dengan metode kontrak (kesepakatan) dimana tercipta komitmen untuk mencapai perkembangan dan tujuan akhir, yaitu perilaku yang akan diubah. Perawat berperan dalam mempengaruhi pilihan keluarga untuk mengubah gaya hidupnya. Keputusan keluarga untuk mengubah perilaku dan kesepakatan perawat akan membantu perubahan tersebut merupakan metode kontrak yang efektif dalam menjalankan komunikasi selama proses interaksi dengan keluarga (Allender & Spradley, 2005). Keberhasilan yang dicapai diiringi dengan hambatan yang dialami sehingga mempengaruhi pencapaian hasil.

Perubahan perilaku merokok M dikarenakan perubahan sikap ibu. M merokok saat mengalami stres. Salah satu *stressor* M adalah perilaku mengomel ibu di rumah. Seiring dengan berkurangnya *stressor*, maka rokok yang dikonsumsi M pun turut berkurang. Penulis belum sepenuhnya mampu mengubah perilaku merokok dan berbicara keras pada M. Hal ini dikarenakan karakteristik emosi remaja yang relatif labil. Sprinthall dan Collins (1995) menyebutkan perilaku sangat dipengaruhi pembentukan identitas remaja. Identitas pada remaja yang tercapai dapat mundur kembali pada fase difusi identitas. Hal ini sangat dipengaruhi oleh lingkungan yaitu orang tua dan teman sebaya.

Tingkat kemandirian keluarga yang dicapai sebagian besar pada tingkat kemandirian III hingga IV. Kondisi ini sangat dipengaruhi oleh karakteristik keluarga sehat yang meliputi komitmen keluarga dan anggota keluarga, sikap saling menghargai, kemampuan untuk menggunakan waktu bersama, efektifitas pola komunikasi, derajat orientasi agama atau spiritual, kemampuan untuk beradaptasi dengan

krisis dalam kondisi yang positif, motivasi keluarga, dan kejelasan peran keluarga. Karakteristik tersebut sangat berkontribusi dalam berjalannya fungsi dan struktur keluarga untuk mencapai tugas perkembangan (Krysan, Morre, & Zill, 1990; Stinnett & DeFrain, 1985 dalam Gladding, 2002).

Tingkat kemandirian keluarga III dicapai ketika keluarga mampu melakukan perawatan sederhana namun masih perlu mendapat supervisi dari perawat. Kondisi ini dicapai karena keluarga sudah menyadari munculnya permasalahan di keluarga dan berusaha melakukan perubahan perilaku untuk memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan remaja, namun perubahan perilaku belum sepenuhnya terjadi. Peran perawat sebagai *change agent* masih bergerak pada tahap pergeseran yaitu tahap kedua dalam tahap berubah. Perawat membantu klien untuk melihat nilai-nilai dalam perubahan, memotivasi klien untuk mencobanya, dan membantu klien untuk mengadopsi perubahan tersebut (Huber, 2000 dalam Allender & Spradley, 2005).

Perubahan dalam perilaku keluarga yang dicapai dalam tingkat kemandirian keluarga IV adalah keluarga mampu melakukan komunikasi secara terbuka. Kondisi ini tercapai sebagai bentuk tahap perubahan perilaku yang terakhir yaitu *refreezing* dimana perubahan yang terjadi dapat diterima dan bagian permanen dalam sistem keluarga (Allender & Spradley, 2005). Perubahan fungsi komunikasi keluarga yang terbuka merupakan wujud komunikasi yang sehat dalam keluarga. Kondisi ini mencerminkan terpenuhinya tugas perkembangan keluarga untuk berkomunikasi terbuka (Friedman, 2003).

5.1.3 Asuhan Keperawatan Komunitas pada *Aggregate* Remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA di Sekolah

Asuhan keperawatan komunitas ditujukan untuk mencegah dan mengatasi masalah risiko penyalahgunaan NAPZA. Asuhan keperawatan diawali dengan pengkajian dengan mengembangkan variabel dalam integrasi teori fungsi manajemen, model UKS, *Family Centered Nursing*, dan *Health Promotion Model*. Penulis mengidentifikasi beberapa perilaku yang dapat diubah melalui promosi kesehatan yang meliputi pola komunikasi, kehadiran di sekolah, perilaku merokok. Perilaku tersebut dipilih karena termasuk dalam kuadran satu matrik perilaku kesehatan dimana merupakan perilaku yang lebih penting dan lebih mudah diubah. Hal ini sesuai dengan konsep promosi kesehatan dalam *Health Promotion Model* yang menekankan perubahan perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan (Green & Kreuter, 2000).

Faktor di sekolah yang dikaji meliputi fungsi sosialisasi keluarga, fungsi afektif keluarga, jaringan komunikasi keluarga, dan ikatan teman sebaya. Fungsi keluarga dikaji dalam asuhan keperawatan komunitas karena keluarga merupakan *entry point* dalam komunitas dimana keluarga dan komunitas saling mempengaruhi. Fungsi sosialisasi keluarga juga memegang peranan penting dalam menciptakan anggota keluarga yang siap menjadi masyarakat yang produktif. Hal ini sesuai dengan pendekatan *family centered nursing* yang mengakui pentingnya interaksi antara keluarga dengan lingkungan internal dan eksternalnya (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Ikatan teman sebaya juga mempunyai peranan penting dalam pembentukan perilaku remaja, dimana *peer pressure* yang negatif dapat menyebabkan penyimpangan perilaku remaja (Green & Kreuter, 2000). Kondisi ini juga ditemukan penulis di SMK TJ, dimana sebagian siswa merokok dan membolos karena ajakan teman sebayanya.

Masalah perilaku yang ditemukan adalah perilaku membolos, menentang guru, perilaku kekerasan, merokok. Penyimpangan perilaku muncul karena perkembangan nilai yang tidak adekuat pada remaja (Sprinthall & Collins, 1995). Kondisi ini sejalan dengan proses perkembangan remaja, sehingga penyimpangan perilaku dapat diselaraskan dengan tidak terpenuhinya tugas perkembangan remaja. Hal ini sesuai dengan hasil temuan penulis yang mendapati mayoritas siswa dengan penyimpangan perilaku mempunyai masalah yang belum terpecahkan.

Hasil yang diperoleh adalah sebagian besar siswa mampu melakukan komunikasi dengan anggota keluarga lain (ibu, ayah, kakak, dan adik). Kemampuan ini mengindikasikan selesainya salah satu tugas perkembangan remaja untuk berkomunikasi terbuka dalam keluarga. Komunikasi dan pemecahan masalah membantu keluarga untuk mengembangkan perubahan sosial yang saling menguntungkan. Pemecahan masalah diarahkan pada resolusi konflik dalam keluarga (Gladding, 2002). Pelaksanaan pemecahan masalah tidak sepenuhnya berhasil.

Sebagian siswa mengalami kendala dalam berkomunikasi dengan orang tua karena siswa tidak tinggal bersama dengan orang tua akibat status perkawinan orang tua yang bercerai. Pencapaian hasil intervensi sementara adalah siswa sudah mempunyai komitmen untuk mengunjungi orang tua yang tidak memelihara dan tinggal bersama. Perawat harus mampu menekankan pentingnya kontak dengan orang tua yang tidak tinggal bersama, terutama ayah agar anak mampu menerima dan memahami kondisi serta memperoleh dukungan baik *material* maupun *immaterial* (Arditti & Prouty, 1999 dalam Gladding, 2002).

Pencapaian lain yang diperoleh adalah peningkatan perilaku siswa yaitu pengetahuan, sikap dan ketrampilan melalui peer konselor modifikasi. Bentuk intervensi ini dapat digunakan untuk mengatasi berbagai permasalahan remaja khususnya pencegahan penyalahgunaan NAPZA seperti merokok. Cara ini efektif bila disertai komitmen untuk berhenti merokok karena klien dapat mengalami kecanduan merokok lagi bila membiasakan menghisap asap rokok lagi sebagai perokok aktif (Zainuddin, (2008) dalam (<http://cybermed.cbn.net.id/> diperoleh tanggal 19 Maret 2010; Lambillion, 2005).

Peer Konselor Modifikasi di SMK TJ telah terbentuk dapat juga dijadikan program unggulan di sekolah yang dapat dijadikan sebagai wadah bagi siswa untuk mengatasi permasalahan kesehatan khususnya pencegahan NAPZA melalui teman sebaya. Strategi ini dapat juga digunakan sebagai deteksi dini permasalahan remaja sehingga dapat diketahui dan dirujuk kepada guru atau konselor ahli (Mullan, 1992, dalam Fleming & Parker, 2001).

Strategi lain yang digunakan penulis dalam asuhan keperawatan komunitas adalah pendidikan kesehatan sebagai upaya promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan diberikan dengan masalah terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja. Upaya promosi kesehatan sangat penting dilakukan karena merupakan upaya pencegahan primer terhadap risiko pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah (Stanhope & Lancaster, 2004).

Upaya dan strategi yang telah dilakukan cukup efektif dalam membantu sekolah terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Kegiatan yang telah dilakukan mendapatkan apresiasi positif dari kepala sekolah SMK TJ. Pendapat senada juga disampaikan oleh guru bahwa pendekatan konseling sebaya sangat membantu guru

untuk mengetahui sejak awal apa yang menjadi permasalahan siswa terkait masalah kesehatan. Selain itu siswa yang ikut sebagai peer konselor merasakan manfaat dari kegiatan ini yaitu peningkatan pengetahuan dan ketrampilan tentang pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

Hasil kegiatan tersebut sesuai dengan pendapat Irma (2009) bahwa ada tiga alasan Peer Konselor merupakan strategi yang efektif untuk pencegahan NAPZA pada remaja yaitu; mendiskusikan masalah dengan teman sebaya dirasakan lebih enak dan aman; alasan kedua, teman sebaya memiliki cara pandang dan gaya hidup yang mirip sehingga dianggap lebih memahami; dan alasan ketiga adalah situasi diskusi bisa lebih bebas atau curhat (*express feeling*). Hasil studi kasus di Zambia oleh Barker dan Geller (2008) tentang perilaku siswa terkait kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang melalui konseling kelompok sebaya menyimpulkan bahwa terjadi penurunan yang signifikan terhadap perilaku kekerasan dan penyalahgunaan obat terlarang di sekolah. *Peer Counselor* juga telah diterapkan oleh *The Watkins High School Drug Education Peer Counseling Program* di Laurel Mississippi, hasilnya Peer Konselor merupakan strategi yang paling efektif untuk pencegahan NAPZA di sekolah, setiap tahunnya mampu menurunkan angka penyalahgunaan NAPZA di kalangan siswa sampai 30 persen.

Berdasarkan pembahasan hasil pelaksanaan praktik residensi terkait risiko pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada siswa di SMK TJ tersebut penulis mempunyai keterbatasan dalam kegiatan tersebut.

5.2 Keterbatasan Penelitian

- 5.2.1 Pelaksanaan peer konselor belum mengintegrasikan metode kelompok terapi, sehingga belum terlihat secara langsung kemampuan peer konselor dalam melakukan konseling.
- 5.2.2 Evaluasi ketrampilan peer konselor dalam memberikan konseling kepada teman sebaya belum dapat diobservasi secara langsung, sehingga penelitian ini belum dapat mendeskripsikan ketrampilan peer konselor secara nyata.
- 5.2.3 Kemampuan (pengetahuan, sikap dan ketrampilan) guru dan lingkungan sekolah belum dapat dievaluasi karena keterbatasan waktu dalam penelitian ini.

5.3 Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian Keperawatan Komunitas

5.3.1 Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan Komunitas

Integrasi teori fungsi manajemen, model UKS, *family centered nursing* dan *health promotion model* dapat digunakan dalam promosi kesehatan. Variabel yang ada dalam integrasi teori dan model tersebut saling melengkapi untuk mencapai tujuan menyelesaikan masalah perkembangan remaja. Hal ini terbukti dengan diperolehnya hasil berupa penyelesaian masalah siswa di SMK TJ dengan mengoptimalkan sumber dukungan bagi remaja yang ada (keluarga, guru, dan teman sebaya).

Intervensi keperawatan yang dilakukan bervariasi. Beberapa strategi intervensi dilakukan untuk promosi dan preventif. Strategi intervensi dengan pemberdayaan siswa melalui peer konselor untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA. Sebagian intervensi ditujukan sebagai wujud intervensi kuratif yaitu untuk mengatasi penyimpangan perilaku pada siswa misalnya penanganan perilaku

merokok dengan *self hipnosis*. Perawat komunitas dapat merancang intervensi keperawatan melalui tiga tingkat pencegahan, yaitu primer, sekunder, dan tersier.

Banyak hambatan organisasional yang harus diatasi demi tercapainya tujuan secara optimal. Beberapa pencapaian kurang optimal karena dipengaruhi oleh sistem sekolah sebagai variabel kebijakan dan administrasi yang memegang peranan penting dalam melaksanakan program promosi kesehatan di sekolah. Perawat komunitas harus mampu menjalankan fungsi manajemen dan kepemimpinan dalam bekerja di *setting* untuk menyelaraskan tujuan organisasional dengan tujuan promosi kesehatan khususnya di sekolah sebagai lahan praktik.

5.3.2 Implikasi terhadap Perkembangan Ilmu Keperawatan

Pemberdayaan siswa melalui peer konselor yang dilaksanakan mempunyai pengaruh yang baik. Peer konselor dalam penulisan ini masih dinilai secara kualitatif. Penelitian tentang peer konselor secara kuantitatif dapat dikembangkan pada praktik selanjutnya untuk menilai efektifitas intervensi yang diberikan. Peer konselor dalam praktik ini terdiri dari sebuah kelompok yang sudah dibentuk dan dilakukan pembinaan rutin sebanyak 12 kali pertemuan. Penelitian untuk menggali kemampuan siswa dalam melakukan konseling perlu dikembangkan untuk menilai ketrampilan siswa dalam peer konselor, selain itu peer konselor dapat ditindaklanjuti dengan penerapan metode kelompok terapi.

5.3.3 Implikasi terhadap Pembuat Kebijakan

Integrasi variabel yang ada dalam integrasi teori dan model tersebut dapat digunakan sebagai indikator pencapaian program sebagai indikator proses maupun hasil. Integrasi model dan teori tersebut memberikan arahan bagi perencana program dalam

menentukan indikator perubahan perilaku sebagai dampak tugas perkembangan yang tidak terpenuhi. Pemerintah dapat menggunakan hasil yang dicapai dalam praktik untuk menentukan indikator kesehatan khususnya pencegahan risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja untuk mengurangi angka kesakitan akibat penyimpangan perilaku remaja.

Masalah perkembangan remaja merupakan salah satu program dari Kementerian Kesehatan yang dilaksanakan di sekolah melalui Program UKS. Kementerian Pendidikan Nasional juga mempunyai program untuk mengatasi masalah perilaku siswa melalui bimbingan dan konseling. Saat ini belum terdapat koordinasi antara kedua departemen untuk mencapai tujuan bersama. Oleh sebab itu perlu penyesuaian tujuan dalam mengatasi masalah perkembangan siswa pada tingkat nasional agar dapat menjadi acuan bagi dinas terkait dalam mencapai tujuan nasional.

Dinas Pendidikan dan Dinas Kesehatan memegang peranan penting dalam pelaksanaan program dan pencapaian tujuan, terutama dalam era otonomi daerah sekarang ini. Penanganan masalah siswa sudah tercakup dalam layanan bimbingan dan konseling di sekolah menengah, namun belum terealisasi secara optimal di SMK TJ. Dinas Kesehatan juga mempunyai peranan dalam merancang program kesehatan yang holistik dan memperhatikan kerjasama lintas program dan sektoral dalam mengatasi masalah kesehatan pada remaja. Perancang program dapat menganalisis akar masalah suatu masalah kesehatan dengan lebih komprehensif agar masalah kesehatan dapat terselesaikan dengan baik.

Masalah perkembangan remaja dapat diselesaikan melalui beberapa intervensi. Program kesehatan melalui PKPR sebagai

salah satu program UKS di sekolah menengah atas dapat menggunakan intervensi tersebut untuk mengatasi masalah perkembangan siswa. Intervensi dapat dikategorikan dan disesuaikan berdasarkan kualifikasi pemberi layanan misalnya perawat spesialis komunitas, perawat generalis, guru, maupun teman sebaya sebagai fasilitator dalam sistem sekolah.

Sistem sekolah merupakan salah satu sistem pendidikan yang membantu membentuk perilaku siswa. Lingkungan sekolah juga mempunyai pengaruh yang besar khususnya pada siswa usia remaja. Kondisi pendidikan, komunikasi intraorganisasional juga mempengaruhi perilaku siswa. Hal ini berdampak secara langsung maupun tidak langsung terhadap siswa. Siswa dapat mengadopsi perilaku guru atau teman sebayanya di sekolah.

SMK TJ belum mempunyai perencanaan program yang optimal dalam kesehatan khususnya untuk menyelesaikan masalah perkembangan remaja yang ditandai dengan kurang optimalnya program perencanaan, tidak adanya indikator pencapaian perilaku, pelaksanaan kurikulum yang kurang optimal dalam mencapai *soft skills* siswa. Hal ini berdampak pada pencapaian tugas perkembangan siswa dengan ditemukannya berbagai penyimpangan perilaku pada siswa. Kondisi ini merupakan hal yang mendesak yang harus diselesaikan demi terwujudnya generasi penerus bangsa yang berkualitas. Perencanaan yang kurang optimal juga terlihat dari manajemen waktu pelaksanaan kegiatan belajar mengajar di SMK TJ.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang simpulan yang mencerminkan refleksi dari temuan penulisan dan saran yang merupakan tindak lanjut dari simpulan yang telah dibuat.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan :

- 6.1.1 Peer Konselor merupakan bentuk intervensi efektif yang dapat diaplikasikan dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA di sekolah.
- 6.1.2 Adanya peningkatan kemampuan siswa peer konselor terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA yaitu peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan siswa. Peningkatan ini secara substansi akan berdampak terhadap siswa dalam membentuk perilaku sehat khususnya mencegah penyalahgunaan NAPZA.
- 6.1.3 Peer Konselor dapat dikembangkan dengan metode pembinaan secara berkala dan pertemuan rutin dengan menambahkan materi yang relevan dengan perkembangan ilmu pengetahuan khususnya kesehatan remaja.
- 6.1.4 Adanya kemampuan 90% keluarga mencapai tingkat kemandirian III dan IV dalam melakukan upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA dalam keluarga.
- 6.1.5 Adanya dukungan dari pihak Dinas Kesehatan, Puskesmas, BNK, Dinas Pendidikan, Sekolah, orang tua, keluarga dan siswa terhadap pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja melalui Peer Konselor siswa di sekolah. Hal ini membuktikan adanya kesadaran dari berbagai pihak akan pentingnya program ini sehingga dapat

menjadi modal dasar untuk terwujudnya kemitraan dalam pengembangan program yang akan datang.

6.2 Saran

Saran yang dapat disampaikan kepada pihak – pihak yang terkait dengan upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA melalui peer konselor siswa adalah :

6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok

- a. Menjadikan Peer Konselor Modifikasi sebagai program unggulan khusus kesehatan remaja terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA.
- b. Melakukan pembinaan pelayanan kesehatan sekolah khususnya PKPR yang berkelanjutan terutama SMA/SMK swasta yang belum melakukan kegiatan PKPR dengan optimal.
- c. Memperluas jaringan PKPR tidak hanya terbatas pada sekolah formal tetapi dapat juga menjangkau sekolah informal seperti sekolah terminal dan rumah singgah.

6.2.2 Sistem sekolah

- a. Melanjutkan program yang telah dirintis oleh residen dengan pembinaan rutin dan berkoordinasi dengan pihak puskesmas dan Dinas Kesehatan.
- b. Mempertahankan dan mengembangkan peer konselor siswa yang telah dibentuk sebagai sarana bagi siswa untuk membantu menyelesaikan masalah yang dihadapinya.
- c. Mengoptimalkan alur koordinasi dan komunikasi untuk mengatasi masalah siswa dengan pro aktif menjalin kerjasama dengan pihak dinas kesehatan dan puskesmas atau BNK.

6.2.3 *Aggregate Remaja*

- a. Membentuk mekanisme coping dalam mengatasi masalah sehingga tercipta identitas diri yang positif sehingga dan perilaku bertanggung jawab yang akan mengurangi risiko terhadap kesehatan. Mekanisme coping dapat dibentuk dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia, misalnya *sharing* dengan guru yang dirasa aman dan nyaman dalam berinteraksi. Sumber-sumber ini diperlukan agar remaja tidak salah arah dalam menentukan sikap dan perilaku untuk mengatasi masalah.
- b. Meningkatkan peran kelompok teman sebaya dalam penyelesaian masalah remaja. Perlu dibentuk identitas kelompok yang positif. Identitas kelompok yang positif akan mempengaruhi cara anggota kelompok mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah.

6.2.4 *Keluarga/Masyarakat*

- a. Meningkatkan fungsi sosialisasi keluarga dengan remaja dalam membantu menyelesaikan masalah perkembangan remaja. Fungsi ini dapat ditingkatkan dengan mengembangkan pola komunikasi yang sehat dalam keluarga sehingga remaja mampu mengadopsi nilai dan norma yang positif keluarga dalam berinteraksi di masyarakat sebagai warga masyarakat yang produktif.
- b. Meningkatkan keterlibatan keluarga/masyarakat dalam upaya penyelesaian masalah yang dihadapi siswa melalui komite sekolah. Keluarga dapat lebih pro aktif untuk mengontrol perilaku remaja melalui komite sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, R.D. (2005). *Voicing Concern " Tobacco, Alcohol and Drugs of Abuse "*. Malaysia : Universitas Sains Malaysia.
- Adiningsih, NU.(2002). *Memberantas NAPZA dengan Ketahanan Keluarga*. <http://www.polarhome.com>, diperoleh tanggal 10 Februari 2009
- AHRN/WHO. (2001). *Survey Penyalahgunaan NAPZA di Indonesia*. Jakarta : AHRN.
- AHRN/WHO. (2003). *Buku Panduan untuk Pencegahan HIV yang Efektif Diantara Pengguna NAPZA*. Jakarta : AHRN.
- Al Bahri (2005), *Deteksi Dini Penyalahgunaan NAPZA*, <http://dogo;ib>, litbang. Depkes. go.id, diperoleh tanggal 10 Mei 2008
- Allender,J.N.,& Spredley,B.W (2001). *Community Health Nursing : concept and practice*.Philadelphia :lippincot
- Anderson, ET. & McFarlane,J (2000). *Community as partner : theory and Practice in nursing*. Philadel[hia : lippincot
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2002). *Kebijakan dan Strategi Badan Narkotika Nasional dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba*. Jakarta: BNN.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2006). *Hasil Survei penyalahgunaan NAPZA pada kelompok pelajar dan mahasiswa di Indonesia tahun 2006*. Jakarta: Puslitbang dan Info Lakhar BNN.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2007). *Kumpulan Hasil Penelitian Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba di Indonesia*. Jakarta: Puslitbang dan Info Lakhar BNN
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2008). *Survey Ekonomi akibat Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba di Indonesia*. Jakarta: Puslitbang dan Info Lakhar BNN
- Badan Narkotika Kota Depok. (2008). *Laporan Tahunan Badan Narkotika Kota Depok Tahun 2008*. Depok: BNK.
- Chairani, Reni (2006). *Efektifitas Kelompok Swabantu Remaja terhadap Pencegahan Risiko Perilaku Penyalahgunaan NAPZA di SMU/SMK/MA se-kec. Mampang Prapatan Jakarta Selatan*. Program Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI : Thesis : tidak dipublikasikan

-(2007), *Aplikasi Health Belief Model dan REAIM Models dalam aspek aggregate NAPZA terkait upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA di SMPNI dan SMP Kasih Kec. Pancoran MAs Depok*, Karya Tulis Akhir, Tidak Dipublikasikan
- Costigan G.,(1999). *NAPZA dan Epidemi HIV di Indonesia*. Jakarta : UNAIDS
- Danielson, C.B, et al. (1993). *Families, Health and Illness: Perspective and Coping Intervention*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Deany, P.,(2000). *HIV and Injecting Drug User : A new Challenge to Sustainable Human Development*, <http://www.who.int/HIV-AIDS/HIV-IDU/html>. diperoleh tanggal 7 Februari 2009.
- Depkes RI (2001). *Data Kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Jakarta. AHRN Indonesia.
- Depkes RI (2001). *Buku Pedoman Praktis Bagi Petugas Kesehatan Mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya (NAPZA)*. Jakarta.
- Depkes RI (2002). *Mau Gaul ? Nggak Butuh Pakai Narkoba*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI.
- Depkes RI (2003), *Program Usaha Kesehatan Sekolah*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI
- Depkes (2005) *Kebijakan dan Program Pencegahan & Penanggulangan NAPZA*. Jakarta
- Depkes RI (2008), *Panduan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*, Depkes RI
- Dinas Kesehatan Kota Depok (2008). *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2008*, Depok
- Ervin, N.E (2002). *Advanced Community health Nursing Parctice:population focused care*.New Jersey : Pearson education,Inc
- Espeland, P (2005). *Buku Pintar Remaja Gaul : Penuntun agar Sukses Belajar, Bergaul dan Tetap Fun*.Bandung : PT. Mizan Pustaka
- Fain, J.A. (1999). *Reading Understanding and Apllying Nursing Research : a text and workbok*.2nd edition.Philadelphia:F.A. Davis Company.
- Fauzi, Muhammad. (2007). *Agama dan realitas Sosial : Renungan dan Jalan Menuju Kebahagiaan..* Jakarta : PT.Raja Grafindo Persada

- Friedman, et al. (2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. (Fifth Edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Green.LW & Kreuteur,M.W (1991), *Health Promotion Planning : An Educational and environmental approach*. London : Mayfield Publishing Company
- Hasibuan, M (2006), *Manajemen : Dasar,Pengertian, dan Masalah*, Jakarta : Bumi Aksara
- Hawari, Dadang. (1991). *Penyalahgunaan Narkotika dan Zat Adiktif*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hawari, Dadang. (2000). *Terapi (Detoksifikasi) dan Rehabilitasi (Pesantren) Mutakhir (Sistem Terpadu) Pasien "NAZA" (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif lainnya)*. Jakarta. UI-Press
- Hawari, Dadang. (2001). *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA*, Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hawari, Dadang.(2002). *Penyalahgunaan NAZA*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Helvie.C.O.(1998). *Advanced Practice Nursing in The Community*, Sage Publications Thousand Oaks London. New Delhi
- Hikmat (2008). *Generasi Muda : Awas Narkoba*. Bandung : Alfabeta
- Hitchcock,JE., Scubert, PE., & Thomas, SA (1999). *Community Health Nursing : Caring in action. USA : Delmar Publisher*
- Husaini, A.(2006). *Rokok : Pintu Gerbang Narkoba*. Jakarta : Pustaka Iman
- Irma (2009), *Konseling pada Remaja*, Jakarta : Media Press
- Jalaludin.(2005). *Psikologi Agama*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
- Jangkar.net. (2003). *Lokakarya Penanggulangan HIV/AIDS pada Kelompok Penyalahguna Narkoba Suntik bagi Kepolisian*. diakses dari [http :// www.jangkar.net/workshop / detailrep.asp? = TOR Police & view](http://www.jangkar.net/workshop/detailrep.asp? = TOR Police & view), tanggal 1 April 2009
- Joewana, Satya. (2005). *Gangguan Mental dan Perilaku akibat Penggunaan Zat Psikoaktif (Penyalahgunaan NAPZA/Narkoba)*. Jakarta: EGC
- Kamil, Oktavery. (2004). *Pencegahan HIV/AIDS pada Kelompok Pengguna Narkoba Suntik*. Tesis.FISIP-UI (Tidak Dipublikasikan).

- Komisi Penanggulangan AIDS. (2007). *ODHA dan Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta. UNAIDS
- Kompas, (2006). *Panduan Menghindari Jerat Narkoba*. Jakarta. PT. Kompas Media Nusantara
- Martono, L.J., (2006). *Pencegahan dan Penanggulangan Narkoba di Sekolah*. Jakarta : PT. Rosda Karya
- Marsito (2008), *Peer Group sebagai salah satu strategi dalam pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas untuk mencegah risiko penyalahgunaan zat adiktif pada siswa SMK di SMK F dan SN Pancoran Mas Depok*, Karya Tulis Akhir, FIK –UI, Tidak Publikasikan
- Mc.Murray, A. (2003). *Community Health and Wellness : a Sociological approach*. Toronto : Mosby
- Papalia, DE.,Olds,S.W & Feldman, Ruth.D(2001). *Human Development (8th ed.)* Boston : Mc.Graw-Hill
- Pender, N.J, Murdaug, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall
- Polit,D.F., & Hungler,B.P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods*. (6th Ed).. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit,D.F., Beck, C.T., & Hungler,B.P. (2001). *Essensial of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. St.Louis: Mosby Year Book Inc.
- Purwanto, (2007). *Mengenal dan Mencegah Bahaya Narkoba*. Bandung : Pionir Jaya
- Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (PPK UI). (2002) *Hasil Studi Kualitatif pada Kelompok IDU Wanita di Jakarta,Surabaya dan Bandung*. Jakarta
- Ramusen, Sandra.(2000). *Addiction Treatment Theory and Practice*, London. United Kingdom. Sage Publication Inc.
- Riehman, Karas (1996). *Injecting Drug Use and AIDS in Developing Countries : Determinant and Issues for Policy Consideration*, paper prepared for *The Policy Research Report on AIDS and Development*, World Bank, Policy Research Departement.

- Santoso,Budi (2009). *Pengalaman Mantan Pengguna dalam Penyalahgunaan NAPZA Suntik di kota Palembang* : Thesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI : tidak dipublikasikan
- Saprudin, Ahmad Eru (2007), *Aplikasi Model Community as partner dan Comprehensipe school health models dalam upaya pencegahan dan penanggulangan risiko NAPZA pada aggrgat remaja SMA & SMK Pancoran Mas Depok*, Karya Tulis Akhir, FIK –UI, Tidak dipublikasikan
- Sarasvita, et al. (2000). *Napza dan Kita : Laporan Rapid Assesment and Response On Injection Drug Users*. Tim Jakarta ; 61 hlm
- Spiegelberg, H. (1978). *The Phenomenological Movement: a Historical Introduction*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Stuart, GW., Laraira,MT (1998). *Principles and Paractice of Psychiatric Nursing*. St.Louis. Missory : Mosby
- Sudirman (1999). *Gambaran Umum Mutakhir Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA*. Makalah disajikan pada simposium P2-NAPZA : Bandung
- Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Administratif*. (Edisi Ke-12). Bandung: Albeta.
- Sujudi. (2002). *Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*. Jakarta
- Sumodiningrat (1996), *Konsep Pemberdayaan Masyarakat*, Jakarta : Sagung Seto
- Syarief, Fatimah. (2008). *Bahaya Narkoba di Kalangan Pemuda*. Jakarta
- Tasman (2005). *Hubungan Lingkungan Eksternal Remaja dengan Risiko Penyalahgunaan NAPZA pada siswa di SMA/SMK kec. Beji Depok* : Thesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI : tidak dipublikasikan
-(2006), *Aplikasi keperawatan komunitas pada kelompok remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA di kemirimuka Beji Depok*, Karya Tulis Ilmiah, FIK-UI, Tidak Dipublikasikan
- UNAIDS/ WHO (2003), *AIDS Epidemisc Update*, UNAIDS ; 39 hlm
- UNODC (2004). *Data Kasus Narkoba di Indonesia*. Jakarta : UNODC
- Undang – undang No.5 Tahun 1997 tentang Narkotika
- Undang – undang No. 22 Tahun 1997 tentang Psikotropika

Undang – undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika

Wresniwiro,et al. (1996). *Penanggulangan Bahaya Narkotika dan Psikotropika*. Pramuka Saka Bhayangkara. Jakarta: Bina Dharma Pemuda Printing.

Wresniwiro,et al. (1999). *Narkotika, Psikotropika dan Obat-obat Berbahaya*. Jakarta: Mitra Bintibmas

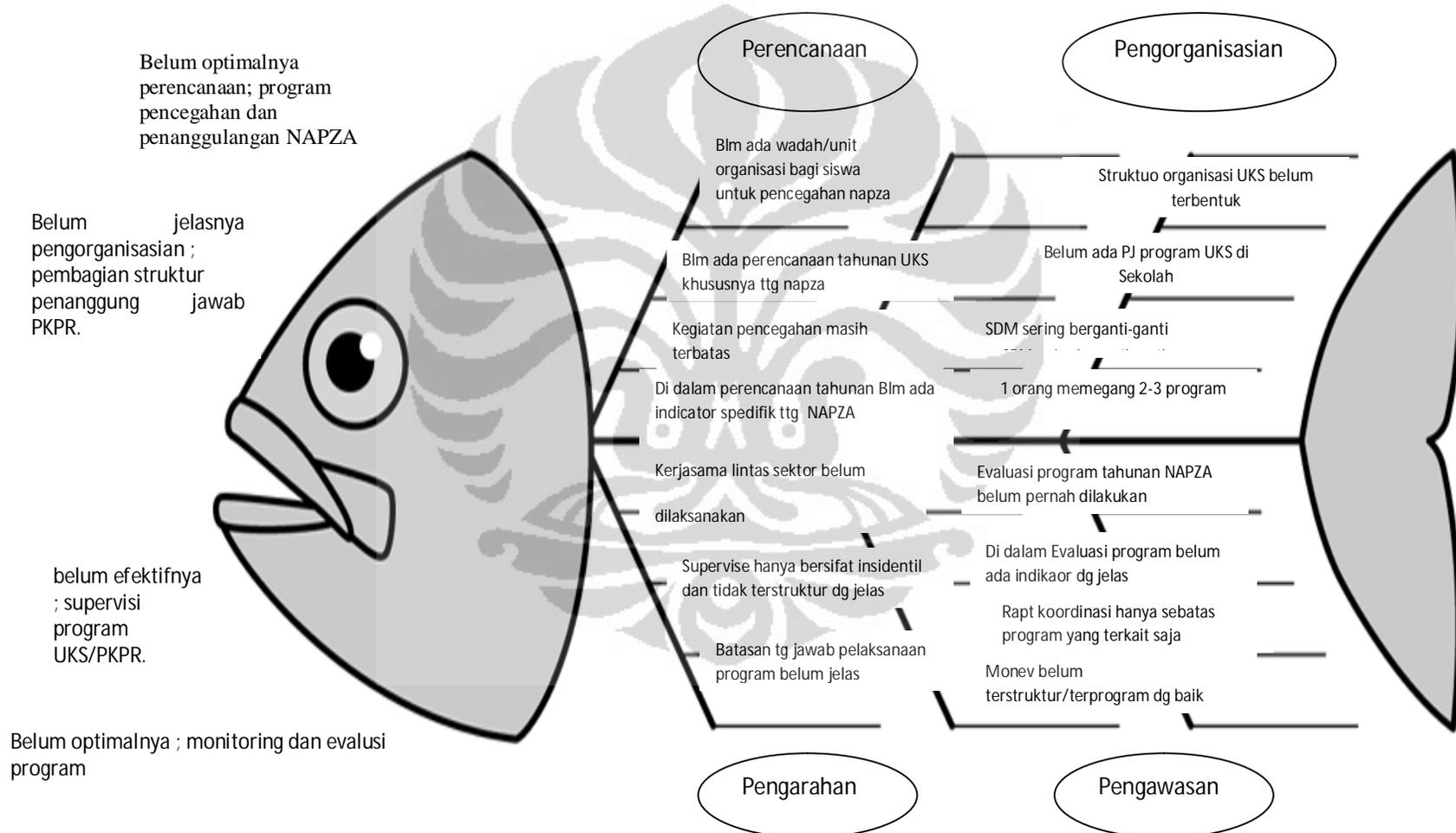
Wresniwiro,et al. (2005). *Narkoba, Musuh Bangsa – bangsa*. Jakarta: Mitra Bintibmas

Zani, Andri Y.P.(2004) *Potensi Penyebaran HIV dari Pengguna Napza Suntik ke Masyarakat Umum di Jakarta*.Tesis.FKM-UI (Tidak Dipublikasikan)



Skema 4.1

Analisa *fish bone* masalah pengelolaan pelayanan komunitas remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ Depok



KUISIONER

PENGETAHUAN TENTANG REMAJA, NAPZA DAN UPAYA PENCEGAHAN PERILAKU PENYALAHGUNAAN NAPZA

PETUNJUK :

1. Kuisisioner ini berisi pertanyaan untuk mengetahui sejauhmana pengetahuan adik-adik tentang remaja, NAPZA dan upaya pencegahannya
2. Pilihlah jawaban yang paling tepat menurut adik-adik dengan memberi tanda silang (X)

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1	Masa remaja adalah masa peralihan dari kanak-kanak ke masa dewasa		
2	Supaya diterima teman, maka kita harus mengikuti apa yang dilakukan teman		
3	Remaja yang suka menyendiri, sering membolos sekolah, suka berbohong, merokok adalah ciri remaja yang berisiko melakukan penyalahgunaan NAPZA		
4	Remaja harus mencari identitas dirinya		
5	Remaja biasanya lebih dekat dengan teman daripada dengan orang tuanya		
6	Rokok merupakan salah satu jenis NAPZA		
7	Merokok merupakan perilaku yang membahayakan bagi kesehatan remaja		
8	Penggunaan NAPZA akan menyebabkan remaja menjadi ketergantungan		
9	NAPZA boleh digunakan saat kita sedang mempunyai masalah/ stress		
10	Remaja yang tidak aktif dalam kegiatan di sekolah berisiko melakukan penyalahgunaan NAPZA		
11	Salah satu cara untuk menghindari NAPZA adalah dengan mengisi waktu luang dengan kegiatan positif		
12	Mengajak teman untuk tidak menggunakan NAPZA adalah perbuatan sia – sia		
13	Mengingatkan teman untuk berhenti berperilaku yangrangk baik seperti merokok adalah kewajiban kita sebagai teman.		
14	Jika kita mempunyai masalah maka kita harus berdiskusi dengan orang tua dan teman yang bisa membantu menyelesaikan masalah kita		
15	Remaja sehat adalah remaja yang bebas dari NAPZA		

KUISIONER
SIKAP REMAJA TERHADAP PENCEGAHAN
PENYALAHGUNAAN NAPZA

Petunjuk :

1. Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang benar menurut adik – adik

Keterangan :

SS ; Bila anda menyatakan sangat setuju dengan pernyataan

S : Bila anda menyatakan setuju dengan pernyataan

TS : Bila anda menyatakan tidak setuju dengan pernyataan

STS : Bila anda menyatakan sangat tidak setuju dengan pernyataan

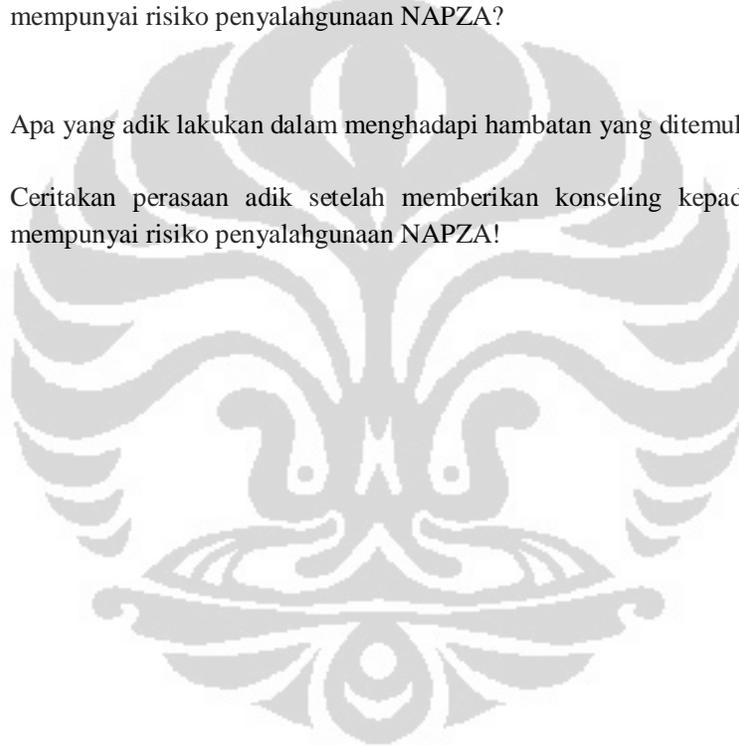
NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Masa remaja harus dimanfaatkan sebaik-baiknya				
2	Dalam bergaul sesama teman, maka kita harus selalu mengikuti kebiasaan teman				
3	Merokok, minum alkohol dan NAPZA adalah sarana yang paling tepat dalam mengakrabkan diri dengan teman				
4	Menngunkan NAPZA membuat perasaan kita menjadi tenang				
5	Untuk mengikuti trend masa remaja, maka kita harus menggunakan NAPZA				
6	Apabila teman mengajak untuk menggunakan NAPZA maka saya dengan senang hati menerimanya				
7	Apabila saya mempunyai masalah, maka saya akan menggunakan NAPZA				
8	Jika menggunakan NAPZA, saya akan lebih konsentrasi dalam belajar dan melakukan aktifitas sehari – hari				
9	Menggunakan NAPZA dapat merugikan diri sendiri, keluarga dan masyarakat				
10	Sebagai remaja kita harus menjauhi NAPZA				

LEMBAR EVALUASI
KETRAMPILAN *PEER COUNSELOR*

Petunjuk

Isilah sesuai dengan apa yang telah adik- adik kerjakan sebagai *peer counselor*

1. Apa yang sudah adik –adik lakukan setelah mendapat pelatihan *peer counselor*?
2. Apa hambatan yang adik temui saat melakukan konseling kepada teman yang mempunyai risiko penyalahgunaan NAPZA?
3. Apa yang adik lakukan dalam menghadapi hambatan yang ditemukan tersebut?
4. Ceritakan perasaan adik setelah memberikan konseling kepada teman yang mempunyai risiko penyalahgunaan NAPZA!



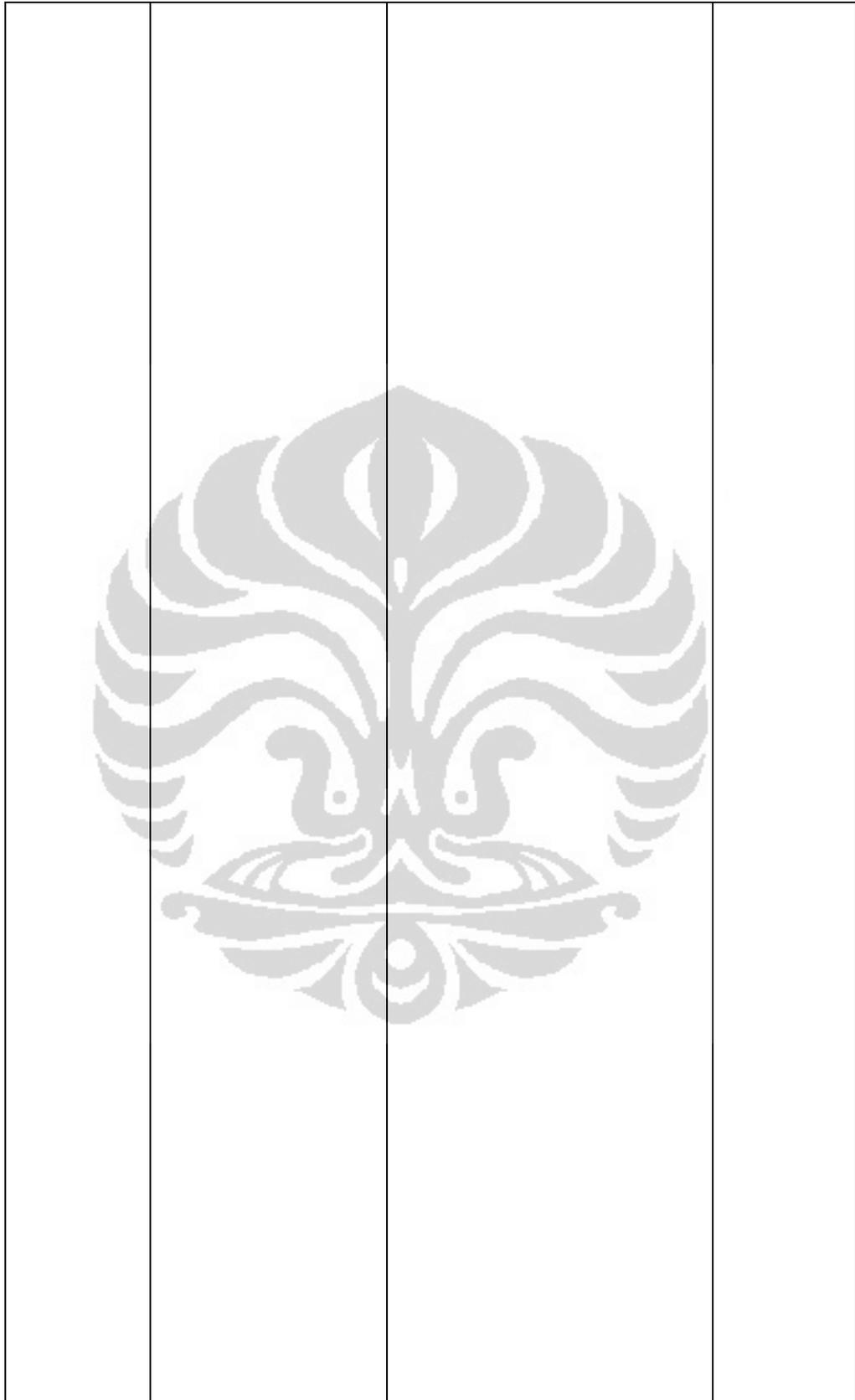
LEMBAR KONSULTASI

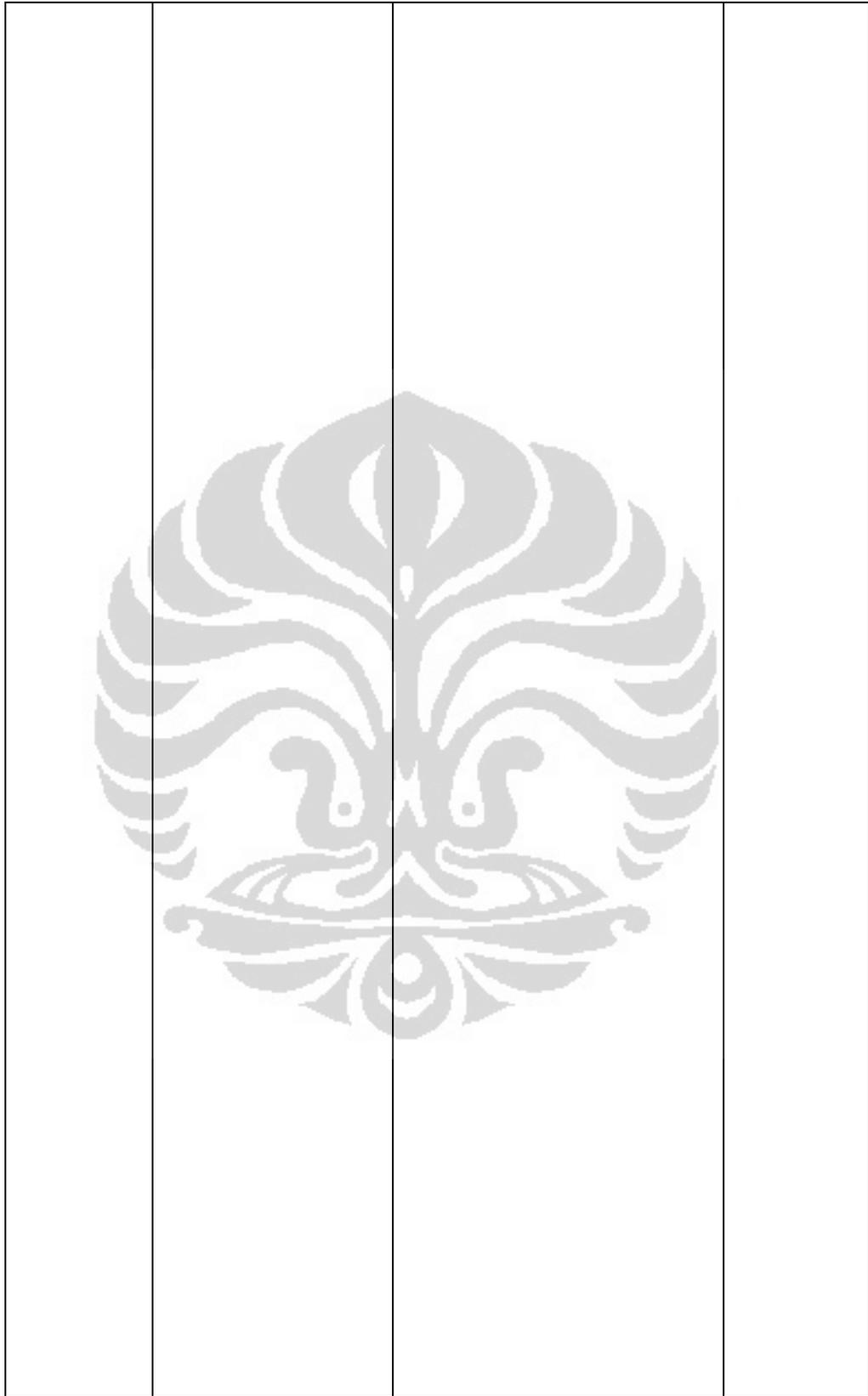
Nama : Budi Santoso

Npm : 0906625992

Pembimbing : Ns. Henny Permatasari,SKp,MKep,Sp.Kom

HARI/ TANGGAL	KEGIATAN	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN





PRIORITAS MASALAH ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA BP.S

MASALAH KESEHATAN	KOMPONEN			BPR SCORE (A+2B)XC	RANGKING
	A	B	C		
Pola asuh tidak efektif	8	8	7	168	1
Koping tidak efektif	7	8	6	138	2
Penyimpangan perilaku remaja	7	7	6	133	3
Pengontrolan emosi tdk adekuat	7	8	5	132	4
Komunikasi keluarga tidak efektif	7	6	4	115	5
Gangguan proses keluarga	7	6	7	76	6

Keterangan: A : Ukuran masalah B : Keseriusan masalah C : Penilaian keefektifan intervensi

$$\text{Basic Priority Rating} = (A + 2B) \times C$$

Sumber : CDC (*Central Disease Control & Prevention* dalam Clemen, Susan, Sandra, Stones, et al., 1998)

**PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGGREGAT REMAJA SMK TJ
DI KEL.RATUJAYA DEPOK**

N o	Masalah Kes	Kemungki anan Terjadi	Kemung kinan Parah	Minat Masy	Tempat	Waktu	Dana	SDM	Kemuangk inan diatasi	Potensi penskes	Sesuai progra m	Fasilita s kes	Peran perawat	skore
1	Risiko tjd penyimpangan perilaku pada siswa SMK TJ	4	4	5	5	3	3	4	3	3	5	4	5	50
	Risiko penurunan kemampuan siswa dalam mengatasi masalah terkait NAPZA	3	2	4	5	2	3	4	2	5	5	4	5	45
3	Risiko gangguan konsep diri : Harga diri rendah pada siswa SMK TJ	2	2	3	5	3	2	3	3	5	5	4	5	42
4	Risiko tidak terpenuhinya tgs perkembangan individu pada siswa SMK TJ	2	1	2	5	3	2	3	3	5	5	4	5	40

Keterangan : 1 = sangat rendah 2= rendah 3= cukup 4= tinggi 5=sangat tinggi

Sumber : Damazzo dan Hansen (1992 dalam Stanhope & Lancaster, 2004)

**PRIORITAS MASALAH MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
PADA AGGREGAT REMAJA DENGAN RISIKO NAPZA DI SMK TJ KEL. RATU JAYA KEC. CIPAYUNG DEPOK**

No.	Masalah Manajemen	Tingkat pentingnya masalah untuk diselesaikan : 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Perubahan positif bagi masyarakat jika masalah diselesaikan : 0=tidak ada, 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Peningkatan kualitas hidup jika diselesaikan : 0=tidak ada, 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Prioritas masalah dari 1 sampai 6 : 1=kurang penting, 6=sangat penting	Jml
1.	Belum optimalnya sekolah dalam memanfaatkan jejaring kerja terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ berhubungan dengan belum jelasnya pengorganisasian ; pembagian struktur penanggung jawab PKPR.	3	2	2	4	11
2.	Risiko terjadinya peningkatan kasus penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ karena belum ada perencanaan program tahunan terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA	3	3	2	6	14
3.	Belum optimalnya pelaksanaan pelayanan UKS khususnya PKPR terkait pencegahan penyalahgunaan NAPZA di SMK TJ berhubungan dengan belum efektifnya pengarahan; supervisi program PKPR.	3	2	3	5	13
4.	Belum optimalnya fungsi pengawasan ; monitoring dan evaluasi program pencegahan penyalahgunaan NAPZA berhubungan dengan tidak adanya penilaian secara berkala terkait program yang telah dilaksanakan.	1	2	2	4	10

Sumber : Ervin, NE (2002)