



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PEMBERDAYAAN PENDIDIK SEBAYA DALAM  
UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PENULARAN HIV  
PADA REMAJA DI SMK "RF" KELURAHAN TUGU  
KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**SETYOADI  
NPM. 0806469735**

**PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2012**

Universitas Indonesia

Pemberdayaan pendidik..., Setyoadi, FIK UI, 2011



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PEMBERDAYAAN PENDIDIK SEBAYA DALAM  
UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PENULARAN HIV  
PADA REMAJA DI SMK "RF" KELURAHAN TUGU  
KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**SETYOADI  
NPM. 0806469735**

**PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2012**

Universitas Indonesia

Pemberdayaan pendidik..., Setyoadi, FIK UI, 2011

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Karya ilmiah akhir ini adalah hasil karya psaya sendir,

Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk

telah saya nyatakandengan benar.

Nama : Setyoadi

NPM : 0806469735

Tanda tangan :



Tanggal : 28 Juni 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Setyoadi  
NPM : 0806469735  
Program Studi : Program Ners Spesialis Keperawatan Komunitas  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Pemberdayaan Pendidik Sebaya Dalam Upaya  
Pencegahan Risiko Penularan HIV Pada Remaja Di  
SMK "RF" Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis  
Kota Depok

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners Spesialis Komunitas (Sp.Kom) pada Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Sigit Mulyono, S.Kp., MN.

(.....)

Pembimbing : Ns. Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom. (.....)

Penguji : Ns. Purwadi, M.Kep., Sp.Kom.

(.....)

Penguji : drg. Rachma Dewi, M.Kes.

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 28 Juni 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur hanya untuk Allah SWT yang telah memberi karunia dan hidayahNya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Pemberdayaan Pendidik Sebaya Dalam Upaya Pencegahan Risiko Penularan HIV Pada Remaja Di SMK “RF” Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok”. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Spesialis Keperawatan Komunitas di Universitas Indonesia.

Selama pembuatan karya ilmiah akhir, saya banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat ;

1. Dewi Irawaty, MA., PhD sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuninursasi, S.Kp., MN sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Dra. Junaiti Sahar, SKp.,M.App.Sc., PhD sebagai supervisor utama yang telah membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi saya untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir.
4. Sigit Mulyono, SKp., MN sebagai Pembimbing I yang telah membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi saya untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir.
5. Ns. Heny Permatasari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom., sebagai Pembimbing II yang telah membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi saya untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir
6. Ns. Cherry Suzany, SKep sebagai Kepala Sekolah SMK “RF”, Bapak Hari Wibowo, Bapak Marsuddin, guru, staf yang telah memfasilitasi saya selama praktek residensi keperawatan komunitas
7. Adik-adik siswa SMK “RF” khususnya para pendidik sebaya yang telah bekerja dalam pelaksanaan program pemberdayaan pendidik sebaya

8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok dan staf yang telah membantu saya selama praktek.
9. Kepala Dinas Pendidikan Kota Depok dan staf yang telah membantu saya selama praktek
10. Kepala Kecamatan Cimanggis Kota Depok yang telah membantu saya selama praktek.
11. Kepala Puskesmas Tugu dan staf yang telah membantu saya selama praktek.
12. Istri, anak-anak tercinta serta keluarga besar yang telah memberi motivasi, dukungan, dan kesempatan pada saya untuk meningkatkan pendidikan pada Program ners spesialis keperawatan komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
13. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung saya menyelesaikan karya ilmiah akhir, semoga Allah membalas dengan kebaikan yang berlimpah.Amin.

Saya menyadari karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saya sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Depok, 18 Juni 2012

Penulis

**LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH AKHIR  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sicitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :


Nama : Setyoadi  
NPM : 0806469735  
Program Studi : Program Ners Spesialis Keperawatan Komunitas  
Kekhususan : Ners Spesialis Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Nonekslusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**“PEMBERDAYAAN PENDIDIK SEBAYA DALAM UPAYA  
PENCEGAHAN RISIKO PENULARAN HIV PADA REMAJA DI SMK  
“RF” KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Nonekslusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 28 Juni 2012

  
Yang menyatakan  
(Setyoadi)

## ABSTRAK

Nama : SETYOADI  
Program Studi : Ners Spesialis Keperawatan Komunitas  
Judul : Pemberdayaan Pendidik Sebaya Dalam Upaya Pencegahan Risiko Penularan Hiv Pada Remaja Di SMK “RF” Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Remaja sebagai kelompok berisiko terhadap penularan HIV sangat dipengaruhi oleh faktor tumbuh kembang dan pengaruh pergaulan sebaya. Teman sebaya disamping memberikan pengaruh negatif, juga dapat memberikan pengaruh positif apabila diberdayakan dalam bentuk kelompok pendidik sebaya. Sekolah menjadi tempat yang ideal karena sebagian besar waktu anak remaja di habiskan di sekolah dan tempat terjadinya pertukaran nilai, pengetahuan, sikap, dan perilaku. Tujuan penulisan karya ilmiah akhir memberikan gambaran tentang upaya peningkatan peran serta siswa remaja, guru, dan keluarga di dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV. Karya ilmiah akhir ini telah diaplikasikan selama 8 bulan menggunakan pendekatan manajemen pelayanan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan komunitas, dan asuhan keperawatan keluarga dengan mengintegrasikan *comprehensive school health model* dan *family centre nursing model*, dengan metode pemberdayaan berbasis sekolah-masyarakat (*school-community health empowerment*). Partisipan adalah siswa SMK “RF” Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Hasil aplikasi menunjukkan hasil yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan, ketrampilan hidup, peningkatan perilaku sehat, dan peningkatan peran sekolah serta kemandirian keluarga. Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi dasar program promosi kesehatan remaja di sekolah dalam meningkatkan kemampuan mencegah perilaku berisiko terhadap penularan HIV remaja di Indonesia.

Kata kunci:  
Remaja, risiko hiv, pemberdayaan, pendidik sebaya



## ABSTRACT

Name : SETYOADI  
Study Program : Ners Spesialist of Community Nursing  
Title : Empowerment of Peer Educators in HIV Prevention  
Transmission Risk Teens In Vocational Hight School  
“RF” On Tugu Village, Cimanggis District, Depok City

Teen as risk group for HIV transmission is strongly influenced by growth factors and the influence of peer relationships. Peers in addition to providing a negative influence, it can also providing positive influence through empowered to form groups of peer educators. Schools into places that it is largely ideal teens at the time spent in school and the exchange of values, knowledge, attitudes, and behaviors. The purpose of writing scientific papers provide an overview of recent efforts to increase the participation of teenage students, teachers, and families in the prevention of HIV transmission risk. Scientific work has recently been applied using a principles management approach to community nursing, community nursing care, family nursing care and integrating comprehensive school health model and family nursing centers model with methods of school-community health empowerment. Participants are vocational students "RF" on Tugu Village Cimanggis District Depok City. The results of this application able to improve knowledge, life skill, health behavior and improve role of school and family self-sufficiency. The results of recent scientific work is expected to be the basis of adolescent health promotion program at school in increasing the ability to prevent HIV transmission risk behavior of adolescents in Indonesia.

Key world:

Adolescents, the risk of hiv, empowerment, peer educators

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN ORISINILITAS .....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
ABSTRAK .....	vii
<i>ABSTRACT</i> .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Penulisan .....	12
1.3 Manfaat Penulisan .....	13
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Populasi Remaja Sebagai "at risk" Penularan HIV .....	14
2.2 Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas .....	22
2.3 Pemberdayaan Pendidik Sebaya .....	28
2.4 Manajemen Kesehatan Sekolah .....	30
2.5 Peran Perawat Spesialis Komunitas .....	35
2.6 Model <i>Family Centered Nursing</i> .....	36
2.7 <i>Comprehensive School Health Model</i> .....	39
2.8 Integrasi Model .....	45
<b>BAB 3 : KERANGKA KONSEP DAN PROFIL WILAYAH</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	47
3.2 Profil Wilayah .....	50
<b>BAB 4 : MANAJEMEN PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN</b>	

KOMUNITAS PADA *AGGREGATE* REMAJA SMK DENGAN  
RISIKO PENULARAN HIV DI KELURAHAN TUGU  
KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

4.1	Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas .....	53
4.2	Asuhan Keperawatan Keluarga .....	78
4.3	Asuhan Keperawatan Keluarga .....	87
BAB 5 : PEBAHASAN		
5.1	Manajemen Pelayanan Kesehatan Sekolah .....	97
5.2	Asuhan Keperawatan Keluarga .....	104
5.3	Asuhan Keperawatan Komunitas .....	113
5.4	Hambatan Pelaksanaan Kegiatan .....	118
5.5	Implikasi Keperawatan .....	119
BAB 6 : SIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Simpulan .....	123
6.2	Saran .....	124

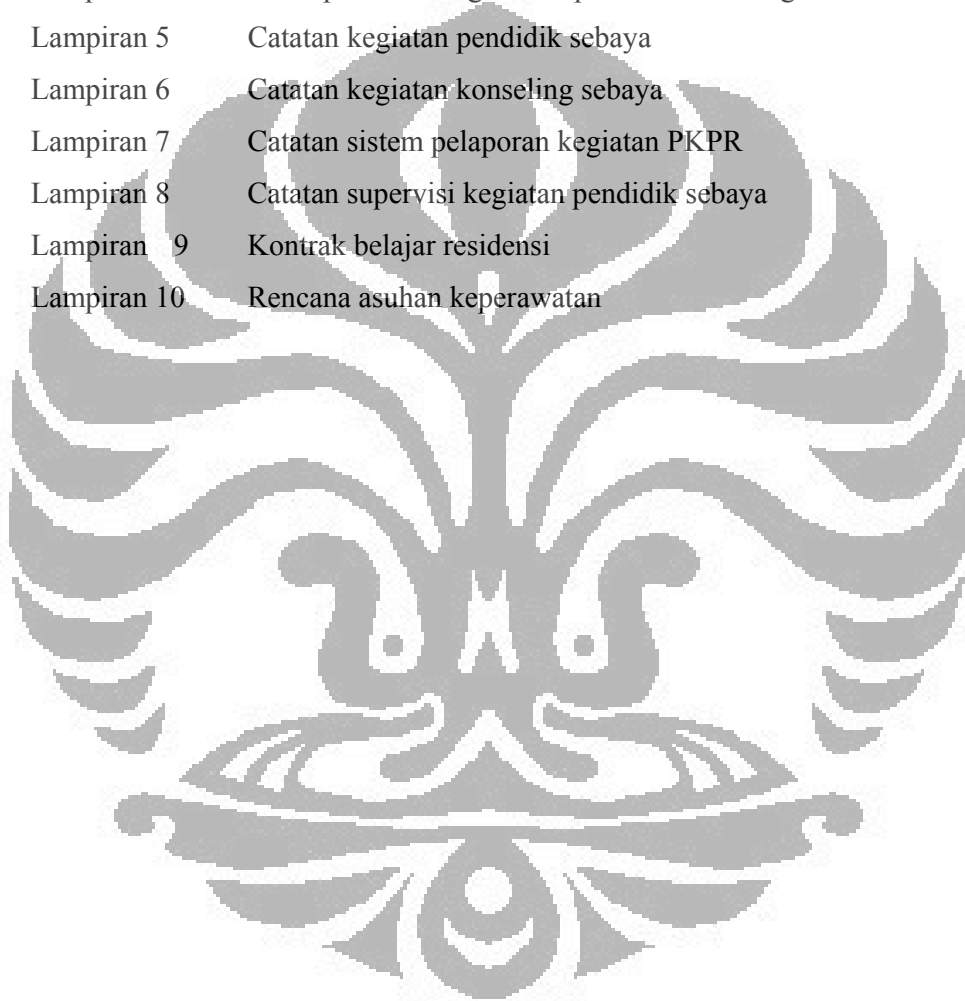
DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. <i>Family Centered Nursing Model</i> .....	39
Skema 2.2 <i>Comprehensive School Health Model</i> .....	45
Skema 2.3 Integrasi Model <i>Comprehensive School Health Model</i> dan <i>Family Centered Nursing Model</i> Pada Aggregate Remaja SMK Risiko Penularan HIV .....	46
Skema 3.1 Kerangka Kerja Upaya Pencegahan Risiko Penularan HIV Pada Aggregate Remaja di SMK “RF” .....	49
Skema 4.1 Analisis <i>Fishbone</i> Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas .....	64
Skema 4.2 <i>Web of Causation</i> Asuhan Keperawatan Keluarga .....	80
Skema 4.3 <i>Web of Causation</i> Asuhan Keperawatan Komunitas .....	91

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner pengkajian remaja risiko penularan HIV
Lampiran 2	Tabel prioritas masalah manajemen PKPR
Lampiran 3	Tabel prioritas diagnosa keperawatan komunitas
Lampiran 4	Tabel prioritas diagnose keperawatan keluarga
Lampiran 5	Catatan kegiatan pendidik sebaya
Lampiran 6	Catatan kegiatan konseling sebaya
Lampiran 7	Catatan sistem pelaporan kegiatan PKPR
Lampiran 8	Catatan supervisi kegiatan pendidik sebaya
Lampiran 9	Kontrak belajar residensi
Lampiran 10	Rencana asuhan keperawatan



# BAB 1

## PENDAHULUAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang latar belakang, tujuan, dan manfaat pemberdayaan pendidik sebaya pada *aggregate* remaja dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV pada siswa SMK “RF” di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok

### 1.1 Latar Belakang

Remaja merupakan populasi terbesar baik di dunia maupun di Indonesia, *World Health Organization* (WHO) tahun 2005 memperkirakan jumlah populasi remaja di dunia mencapai sekitar setengah dari total penduduk dunia, dan sekitar 990 juta ada di negara berkembang (Utomo, 2003). Berdasarkan data Survey Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2007, tercatat jumlah remaja di Indonesia mencapai 30 % dari total penduduk 231 juta atau sekitar 69 juta jiwa. Besarnya jumlah remaja dapat menjadi modal suatu negara untuk berkembang dan lebih maju karena remaja sebagai sumber daya manusia yang memiliki semangat dan motivasi yang tinggi. Tetapi, remaja dapat juga menjadi ancaman bagi sebuah bangsa jika kurang mendapat perhatian dan bimbingan. Remaja memiliki sifat dan karakteristik ingin tahu dan mencoba hal-hal yang baru. Kondisi inilah yang menjadi salah satu alasan remaja digolongkan kelompok berisiko.

Menurut Clemen-Stone, McGuire, dan Eigsti (2002), resiko merupakan suatu kemungkinan akan mengalami kerusakan, bahaya, atau kehilangan, dan resiko bisa disebabkan oleh faktor lingkungan atau faktor perilaku yang berbahaya. Sedangkan yang dimaksud dengan *population at risk* diartikan sebagai kumpulan individu-individu atau kelompok yang memiliki aktivitas atau karakteristik meskipun sedikit atau kecil yang dapat menyebabkan peningkatan risiko atau potensial terjadinya penyakit, injuri, atau masalah kesehatan (McMurray, 2002; Stanhope & Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Faktor resiko yang ada pada populasi remaja

bisa meningkatkan angka kematian, kesakitan, atau kecelakaan. Beberapa faktor resiko dapat berkontribusi terhadap munculnya kondisi sehat atau tidak sehat dan tidak setiap orang yang terpapar dengan peristiwa yang sama akan memiliki akibat yang sama. Kondisi ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan pada remaja dapat disebabkan oleh interaksi beberapa faktor, ketika beberapa faktor resiko tersebut diperoleh dalam waktu bersamaan, maka kemungkinan peluang untuk timbulnya masalah kesehatan semakin besar (Stanhope & Lancaster, 2002).

Faktor-faktor resiko penularan HIV pada Remaja usia sekolah SMK dapat diidentifikasi dengan memahami karakteristik dari populasi. Beberapa faktor resiko timbulnya masalah kesehatan menurut Stanhope dan Lancaster (2002) antara lain; 1) risiko sosial, berkaitan dengan kejadian sosial masyarakat seperti daerah konflik, wilayah bencana, daerah kriminal, dan lingkungan dengan kekerasan psikologi, 2) risiko ekonomi, berkaitan dengan kemiskinan, 3) risiko gaya hidup, berkaitan dengan pola kebiasaan perilaku, dan 4) risiko kejadian dalam hidup, berkaitan dengan kejadian-kejadian besar yang dialami dalam hidup termasuk tumbuh kembang. Califano (1997, dalam Stanhope & Lancaster, 2002) membagi faktor resiko antara lain; 1) resiko berkaitan dengan biologi, dikaitkan dengan faktor genetik individu, 2) resiko lingkungan, berkaitan dengan lingkungan fisik maupun lingkungan sosial, 3) resiko perilaku, berkaitan dengan pola kebiasaan dalam hidup, dan 4) resiko yang berkaitan dengan usia, yaitu masalah kesehatan yang muncul pada spesifik kelompok usia tertentu.

Remaja sebagai salah satu kelompok berisiko memiliki beberapa karakteristik kehidupan di komunitas. Remaja usia sekolah SMK termasuk dalam kelompok risiko tertular HIV berkaitan dengan faktor sosial (*social factor*) karena memiliki karakteristik berkelompok dan mudah terpengaruh oleh kelompoknya seperti perilaku; menggunakan narkoba suntik, seks bebas, dan penggunaan tato di tubuh. Remaja termasuk kelompok risiko tertular HIV berkaitan dengan faktor usia karena masuk dalam fase tumbuh

kembang remaja pertengahan yang memiliki karakteristik ingin tahu, ingin mencoba-coba hal yang baru, dan memiliki ketertarikan seksual terhadap lawan jenis sehingga cenderung untuk melakukan hubungan seks bebas dan menggunakan narkoba. Hasil laporan Kemenkes triwulan kedua tahun 2011 menggambarkan bahwa penderita HIV masih didominasi usia produktif, khususnya remaja usia sekolah sebanyak 15%. Penyebab infeksi HIV pada remaja disebabkan karena faktor hubungan seksual sebesar 78,8% dan penggunaan narkoba jarum suntik sebesar 9,4% (KPAN, 2012).

Remaja termasuk dalam kelompok risiko tertular HIV berkaitan dengan faktor ekonomi di tunjukkan dengan semakin meningkatnya kebutuhan gaya hidup remaja dan menuntut akan uang yang lebih banyak menyebabkan mereka untuk menjajakan diri menjadi pekerja seks komersial. Data Kemenkes RI (2011) menyebutkan 31,6% penderita HIV adalah perempuan dimana faktor sosial ekonomi sering kali menjadi alasan seorang remaja perempuan untuk melakukan praktik seks komersial serta kejadian pelecehan dan kekerasan seksual. Kondisi ini menunjukkan bahwa remaja usia sekolah termasuk dalam kelompok berisiko untuk tertular HIV.

Remaja merupakan masa transisi perkembangan dari dunia anak-anak ke dunia dewasa. Remaja pada masa 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 mencakup *injury*, rokok, alkohol dan obat-obatan, perilaku seksual, perilaku diet yang tidak sehat, dan tidak ada aktifitas fisik (Hitchcock,1999). Perilaku berisiko terhadap kesehatan remaja menurut pendapat beberapa ahli terkait dengan masa remaja sebagai masa transisi. Periode remaja adalah periode transisi perkembangan antara periode kanak-kanak dan periode dewasa (Papalia dan Olds, 2001 dan Thera, 2005). Selama menjalani masa transisi ini, remaja akan mengalami banyak



perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang sangat cepat (Santrox , 2003). Perubahan kecepatan perkembangan ini perlu diimbangi dengan sistem dukungan dalam bentuk perhatian dan pendampingan agar remaja tidak salah dalam mengambil keputusan terutama terkait dengan kesehatan.

Permasalahan kesehatan pada remaja di Indonesia umumnya sama seperti beberapa negara berkembang yang lain. Remaja di beberapa negara berkembang memiliki permasalahan seputar kesehatan seperti kurangnya informasi tentang kesehatan reproduksi, akses pelayanan kesehatan reproduksi yang tidak tersedia, kemiskinan, dan pendidikan yang rendah, penyalahgunaan obat, dan infeksi HIV/AIDS (UNICEF, 2002). Permasalahan penularan HIV pada remaja menjadi isu utama dan masalah global.

Berdasarkan laporan WHO/UNAIDS (2009), dalam dasawarsa terakhir telah terjadi penyebaran secara endemi dan peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS secara tajam. Data tersebut menggambarkan 33.4 juta orang dengan estimasi 31.1-35.8 juta orang mengidap HIV/AIDS, munculnya infeksi baru 2.7 juta orang dengan estimasi 2.4-3.0 juta orang, dan kejadian kematian berjumlah 2 juta orang dengan estimasi 1.7-2.4 juta orang. Ditambahkan bahwa dari data tersebut di atas diperkerikan sekitar 80% HIV/AIDS diderita oleh kelompok usia muda termasuk remaja. Kondisi ini memerlukan kerja keras dan komitmen bersama untuk mengatasi masalah kesehatan remaja khususnya upaya pencegahan penularan HIV pada kelompok remaja.

Menurut data tahun 2010, baik dari BPS, Bappenas dan UNFPA, sebagian dari 63 juta jiwa remaja berusia 10 sampai 24 tahun di Indonesia rentan berperilaku tidak sehat. Masalah yang paling menonjol dikalangan remaja saat ini, misalnya masalah seksualitas, sehingga hamil di luar nikah dan melakukan aborsi. Kemudian rentan terinfeksi penyakit menular seksual (IMS), HIV atau AIDS serta penyalahgunaan narkoba. Survei yang

dilakukan Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI), remaja usia 14 -19 tahun pernah berhubungan seksual yakni 34,7% untuk perempuan dan 30,9% untuk pria.

Penelitian Lembaga Studi Cinta dan Kemanusiaan serta Pusat Pelatihan Bisnis dan Humaniora selama 3 tahun (1999 – 2002) pada mahasiswa di Yogyakarta menunjukkan 97,05 persen dari 1660 mahasiswa yang diteliti sudah hilang keperawanannya. Sementara kasus aborsi diperoleh data 2,5 juta jiwa perempuan pernah melakukan aborsi dan 27 persen atau 700 ribu dilakukan oleh kelompok remaja. Remaja dengan Narkoba 1,5% dari jumlah penduduk Indonesia atau 3,2 juta jiwa dan dari jumlah itu 78% dari kalangan remaja. Sedangkan kasus AIDS hingga Desember 2009 sebesar 19.973 kasus dan dari jumlah ini 50,3% ditularkan melalui hubungan heteroseksual.

Berdasarkan laporan tahunan KPAD (2011) penderita HIV/AIDS di Kota Depok berkisar 1,7% dari total penduduk Kota Depok, dan 75% kasus penyalahgunaan narkoba suntik berasal dari kelompok umur 10-18 tahun serta 79% berpendidikan SLTA. Hasil penelitian Saprudin (2007) terhadap siswa SMA dan SMK Pancoran Mas Depok tentang upaya pencegahan risiko penyalahgunaan narkoba 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 narkoba, dan narkoba suntik merupakan pintu masuk penularan HIV (Syarief, 2008).

Data hasil survey di SMK "RF" didapatkan data 29,5% pengetahuan tentang HIV/AIDS dalam kategori kurang, 49,2% remaja memiliki sikap

negatif terhadap penyakit HIV/AIDS, 52,5% remaja memiliki ketrampilan hidup kurang dalam menghadapi masalah yang berisiko terhadap penularan HIV, dan 47,5% remaja tinggal dalam lingkungan yang kurang kondusif dan berisiko untuk terjadinya penularan HIV. Sedangkan perilaku berisiko yang pernah dilakukan oleh remaja antara lain; 6,8% remaja merokok, 1,6% minum alkohol, 19,6% pacaran pada malam hari, 8,2% pernah berciuman, 9,9% pernah melihat gambar atau film pornografi, dan 9,8% bolos atau tidak masuk sekolah. Berdasarkan data-data di atas diperlukan adanya upaya pencegahan dan promosi kesehatan bagi remaja untuk mencegah peningkatan kasus HIV pada remaja.

Menurut Allender & Spardley (2001), pendekatan yang bisa digunakan adalah dengan memahami karakteristik remaja dengan cara memberikan perhatian, bimbingan, pengawasan maupun perencanaan pelayanan yang baik terkait dengan permasalahan pencegahan penyakit menular seksual termasuk HIV, sehingga remaja akan terhindar dari perilaku berisiko dan tumbuh kembang berjalan secara sehat. Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam membantu remaja sehat dan sukses dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangannya (WHO, 2008). Disamping itu, masyarakat khususnya keluarga juga memiliki peran yang penting dalam upaya peningkatan kesehatan remaja.

Keluarga merupakan institusi pendidikan utama bagi remaja melalui peran dan fungsi orang tua dalam menanamkan nilai dan norma, pengetahuan, sikap, dan ketrampilan dalam upaya peningkatan kesehatan bagi anggota keluarga khususnya remaja (Friedman, 2003). Hal ini seharusnya mendorong kegiatan program kesehatan remaja dilakukan secara terorganisir dan berkelanjutan antara orang tua, masyarakat, dan instansi terkait melalui penyediaan informasi yang memadai mengenai kesehatan remaja (Sthanhope & Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Beberapa program kesehatan remaja dengan pendekatan pendidik sebaya telah diterapkan di beberapa negara dalam bentuk antara lain; *Adolescent Friendly* yang dikembangkan di Negara Ghana tahun 2004 bekerja sama dengan WHO bagi remaja yang ada di masyarakat untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja, *My Future is My Choices* diterapkan di negara Namibia kerja sama dengan UNICEF dengan cara merekrut remaja untuk menjadi relawan dan melakukan kampanye untuk mencegah penyebaran infeksi HIV/AIDS, *Friendly Clinics* diterapkan di Negara Taiwan dengan pendekatan penyediaan klinik yang dirancang khusus sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan kesehatan remaja (WHO, 2002 dalam UNPFA, 2009; UNICEF, 2002; Sun, 2004). Pelayanan kesehatan remaja di Indonesia diwujudkan dalam bentuk pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) yang berada di setiap Puskesmas dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja (Depkes, 2003).

Penerapan beberapa pendidik sebaya yang ada saat ini masih menekankan upaya kesehatan berbasis masyarakat, sedangkan program kesehatan remaja yang berbasis sekolah belum terintegrasi dengan keluarga. Remaja menghabiskan sebagian besar waktunya disekolah, tempat belajar nilai dan perilaku dengan interaksi sesama teman, dan mudah untuk dijangkau. Kelemahan kegiatan ditingkat masyarakat adalah sulit untuk megumpulkan remaja, keakraban kurang, pengaruh sosial budaya yang kuat, dan membutuhkan biaya sumber daya yang besar dalam pelaksanaannya.

Peran serta masyarakat khsusnya pelibatan keluarga menjadi sangat penting untuk membantu menjaga kesinambungan upaya di sekolah dan dilanjutkan di masyarakat melalui pengawasan dan pengarahan di tingkat keluarga. Berdasarkan kelemahan upaya selama ini, residen menawarkan inovasi dengan cara menggabungkan upaya kesehatan remaja dengan pendekatan pemberdayaan berbasis sekolah-masyarakat (*School-community based empowerment*). Model ini berusaha mengintegrasikan peran sekolah dan

masyarakat terutama peran keluarga dalam upaya peningkatan kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan infeksi HIV pada remaja.

Pendidikan kelompok sebaya diyakini efektif digunakan sebagai pendekatan pada remaja karena sesuai dengan karakteristik kuatnya ikatan sebaya diantara mereka. Remaja sangat dipengaruhi oleh teman sebaya dalam berperilaku positif dan negatif, seperti : cara berpakaian, gaya rambut, parfum, bentuk tubuh, gaya berbicara, merokok, minuman keras, narkoba, pergaulan bebas, dan menonton film porno, internet, dan majalah (Stone & Church, 1984; Okanegara, 2008). Teman sebaya saling mempengaruhi dan mengatur satu sama lainnya (Smith & Diclement, 2000). Brown dan Theobald (1999, dalam Rice & Dolgan, 2005) mengatakan bahwa pengaruh teman sebaya membuat remaja merasa tidak nyaman, karena selalu menerima tekanan ketika tidak sesuai dengan perilaku teman sebayanya. Berdasarkan penelitian Allen, Hape, dan Miga (2008) pada remaja usia 13-20 tahun terhadap 184 sample terdapat hasil bahwa anak remaja sangat dipengaruhi oleh teman sebaya.

Program pelayanan kesehatan remaja reproduksi remaja dan pencegahan penyakit menular seksual dan HIV diprioritaskan pada tingkat sekolah SMA/SMK. Sekolah dipilih karena memiliki beberapa alasan (UNICEF, 2002); pertama, lebih dari 70% remaja berada di tempat sekolah dan sebagian besar waktu digunakan di dalam lingkungan sekolah serta sangat mungkin untuk dilakukan upaya kesehatan. Kedua, sekolah sebagai tempat berkumpul remaja laki-laki dan perempuan sangat mungkin dijadikan sebagai inisiatif awal untuk timbulnya perilaku seksual aktif pada usia sekolah. Ketiga, sekolah merupakan tempat yang penting untuk memulai program upaya pencegahan terhadap perilaku seksual dan perilaku berisiko lainnya yang lebih efektif dalam menurunkan infeksi seksual menular termasuk HIV. Terakhir, sekolah sebagai lembaga pendidikan sangat kondusif sebagai tempat upaya penerapan program pencegahan penularan HIV.

Program pelayanan kesehatan remaja terkait pencegahan penularan HIV pada *agregat* remaja yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Depok adalah dalam bentuk pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR). Kegiatan PKPR meliputi pelatihan petugas, guru, dan beberapa siswa setiap tahunnya yang diambil secara acak dari beberapa sekolah. Program kesehatan remaja di Puskesmas Tugu selama ini masih dalam bentuk penjangkauan status kesehatan siswa di sekolah dan pendidikan kesehatan pada siswa baru. Hasil pengkajian dengan teknik wawancara dengan penanggung jawab program PKPR Dinas Kesehatan Kota Depok (2011) pelaksanaan pelatihan pendidik sebaya belum bisa menjangkau seluruh sekolah yang ada di Kota Depok karena alasan anggaran yang terbatas.

Pembinaan dan evaluasi kegiatan PKPR juga belum berjalan dengan efektif disebabkan karena keterbatasan sumber daya manusia di tingkat Dinas Kesehatan. Hasil wawancara dengan penanggung jawab kegiatan PKPR di Puskesmas Tugu (2011) sekolah yang telah dilatih diharapkan dapat menjalankan kegiatan pendidik sebaya secara mandiri ternyata belum bisa berjalan dengan efektif karena keterbatasan anggaran dan tenaga kesehatan Perawat serta waktu untuk melaksanakan pembinaan di sekolah (Laporan Dinkes Depok, 2010). Perawat komunitas di Puskesmas memiliki peran penting dalam upaya peningkatan dan pencegahan penyakit pada remaja.

Perawat komunitas sebagai bagian dari tenaga kesehatan berperan penting untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Nies & McEwen, 2001). Perawat komunitas dapat berperan dalam mencegah penyakit, proteksi, dan promosi kesehatan. Program pencegahan pada remaja dengan kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan yang mudah dijangkau oleh remaja. Program proteksi pada remaja ditujukan untuk mendeteksi masalah kesehatan pada remaja sedini mungkin. Program promosi kesehatan bertujuan untuk mencegah perilaku menyimpang pada remaja (Allender & Spardley, 2001).

Penyelesaian masalah kesehatan reproduksi dan pencegahan risiko penularan IMS/HIV di tingkat sekolah yang telah dilaksanakan oleh perawat komunitas pada kelompok remaja menggunakan model pembedayaan berbasis sekolah-masyarakat (*school-community based empowerment*) hasil integrasi dua teori model keperawatan. Permasalahan remaja yang sangat kompleks di tingkat sekolah dapat diidentifikasi dengan pendekatan teori model *comprehensive school health models*. Variabel yang digunakan dalam model ini adalah; 1) pendidikan kesehatan, 2) pendidikan fisik dan mental, 3) pelayanan kesehatan, 4) lingkungan sekolah, dan 5) kebijakan sekolah terkait upaya kesehatan (Anderson & McFarlane, 2004).

Remaja dalam perkembangannya juga dipengaruhi oleh lingkungan masyarakat khususnya keluarga. Model yang digunakan untuk mengidentifikasi peran dan fungsi masyarakat khususnya keluarga adalah teori model *family center nursing*. Model ini dapat mengidentifikasi tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi dan pencegahan risiko penularan IMS/HIV yang dipengaruhi oleh struktur keluarga seperti; nilai dan norma, peran, fungsi, dan komunikasi. Hasil penelitian Gusmiarni (2000) tentang peran keluarga terhadap kesehatan remaja disimpulkan bahwa perilaku seksual remaja sangat dipengaruhi oleh komunikasi orang tua dan anak dalam keluarga dan sikap terhadap hubungan seksual pranikah.

Penyelesaian masalah kesehatan reproduksi dan pencegahan risiko penularan IMS/HIV di SMK "RF" diawali dengan melakukan pengkajian dengan menggunakan tiga pendekatan yaitu; pendekatan manajemen pelayanan kesehatan, manajemen asuhan keperawatan komunitas, dan asuhan keperawatan keluarga. Pengkajian manajemen pelayanan kesehatan remaja menggunakan komponen manajemen meliputi; perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan terhadap program upaya kesehatan reproduksi dan pencegahan risiko penularan IMS/HIV mulai

dari dinas kesehatan, dinas pendidikan, kecamatan, puskesmas, dan Sekolah SMK "RF" yang dilakukan dengan cara studi dokumentasi dan wawancara. Pengkajian manajemen asuhan keperawatan komunitas dilakukan terhadap 61 orang siswa SMK "RF" meliputi; pengetahuan, sikap, perilaku, dan ketrampilan hidup (*life skill*) yang cara penyebaran kuisisioner dan wawancara. Pengkajian keluarga dilakukan terhadap 10 keluarga binaan dengan terhadap struktur keluarga meliputi; peran, fungsi, nilai/norma, dan komunikasi menggunakan lembar pengkajian Friedman dan pengkajian fisik anggota keluarga. Hasil pengkajian selanjutnya dilakukan desiminasi dengan pihak-pihak terkait seperti; dinas kesehatan, dinas pendidikan, kecamatan, kelurahan, keluarga, dan sekolah dan dilanjutkan dengan penyusunan perencanaan program secara bersama-sama.

Perencanaan program yang telah dibuat untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan HIV antara lain; rekrutmen dan pelatihan pendidik sebaya, penyusunan struktur organisasi, penyusunan buku modul dan laporan kegiatan, supervisi, advokasi, pendidikan kesehatan, dan terapi modalitas. Terapi modalitas yang digunakan antara lain; terapi perubahan perilaku (*behaviour therapy*), terapi manajemen stress (*stress mangement*), konseling (*counseling*), pelatihan ketrampilan hidup (*life skill*), pembuatan media pembelajaran (lembar balik dan blog: [blogspot\\_raflesia.com](http://blogspot_raflesia.com)), dan lokakarya mini kesehatan akhir program.

Hasil evaluasi program selama 8 bulan menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan sebelum dan sudah penerapan program yang ditunjukkan dengan indikator antara lain; rerata peningkatan kinerja pendidik sebaya sebesar 23.6 ( $p=0.00$ ;  $\alpha=0,05$ ), rerata peningkatan pengetahuan sebesar 15.23 ( $p:0.00$ ;  $\alpha:0.05$ ), rerata peningkatan ketrampilan hidup sebesar 23,72 ( $p:0.00$ ;  $\alpha:0.05$ ), dan rerata penurunan perilaku berisiko sebesar -39,54 ( $p:0.00$ ;  $\alpha:0,05$ ). Hasil penelitian Rompey et al (2008) di India menunjukkan hasil yang sama bahwa kegiatan pendidik sebaya dengan cara



pendekatan pemberdayaan mampu meningkatkan kemandirian, pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Hasil penelitian Josepht (2010) di Nigeria terhadap kelompok berisiko penularan HIV/AIDS menunjukkan hasil yang signifikan terhadap perubahan perilaku berisiko setelah dilakukan kegiatan pendidik sebaya.

Berdasarkan uraian tersebut di atas menunjukkan bahwa kegiatan pendidik sebaya merupakan kunci dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV, maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan program kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan risiko penularan IMS/HIV dengan menggunakan model pemberdayaan sekolah masyarakat (*school-community based empowerment*) pendidik sebaya di SMK "RF". Uraian secara lengkap terhadap hasil implementasi program selama 8 bulan akan diuraikan dalam setiap bab di bawah ini.

## **1.1 Tujuan**

### **1.1.1 Tujuan Umum**

Meningkatkan kemampuan remaja dan keluarga dalam melakukan kegiatan model pendidik sebaya dalam melakukan upaya pencegahan risiko penularan HIV pada *aggregate* remaja di SMK "RF" Kelurahan Tugu, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok.

### **1.1.2 Tujuan Khusus**

Tujuan penulisan ini adalah teridentifikasi :

- a. Kemampuan (pengetahuan, keterampilan, dan perilaku) remaja dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV pada *aggregate* remaja di SMK "RF" Kelurahan Tugu.
- b. Kemandirian keluarga dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV melalui peningkatan peran keluarga pada remaja di SMK "RF" Kelurahan Tugu.

- c. Kemampuan siswa, guru, dan lingkungan sekolah dalam mengelola kegiatan pendidik sebaya dalam mencegah risiko penularan HIV pada *aggregate* remaja di SMK “RF” Kelurahan Tugu.

## 1.2 Manfaat

### a. *Aggregate* Remaja

Sebagai sarana dan media pembelajaran remaja dalam mencapai tumbuh kembang kesehatan remaja yang sehat melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi dan pencegahan risiko penularan HIV pada remaja melalui kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya, sehingga remaja dapat memiliki ketrampilan hidup dalam mencegah risiko penularan HIV khususnya di SMK.

### b. Keluarga dengan Tahap Perkembangan Remaja

Terjadinya kemandirian keluarga dalam memenuhi kebutuhan upaya pencegahan risiko penularan HIV melalui kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya, sehingga keluarga dapat membantu tugas perkembangan remaja yang lebih sehat.

### c. Pelayanan Keperawatan Komunitas : Dinas Kesehatan dan Puskesmas

Sebagai dasar merumuskan kebijakan pengembangan program PKPR melalui strategi pemberdayaan remaja yang berbasis sekolah dengan pendekatan teman sebaya sebagai upaya pencegahan risiko penularan HIV.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini penulis memaparkan beberapa konsep yaitu populasi remaja sebagai populasi risiko, strategi intervensi keperawatan komunitas, pemberdayaan pendidik sebaya, manajemen kesehatan sekolah, konsep model *family centre nursing*, konsep model *comprehensive school health*, dan integrasi model dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV pada remaja berbasis sekolah dengan pendekatan pemberdayaan siswa.

#### **2.1 Populasi Remaja Sebagai “At Risk” Penularan HIV**

Resiko didefinisikan sebagai suatu kemungkinan peristiwa akan terjadi terhadap kesehatan, namun kemungkinan tersebut akan terjadi setelah terpapar oleh hal-hal yang berbahaya (*Communicable Disease Centre/CDC, 2009*). Menurut Clemen-Stone, McGuire, dan Eigsti (2002), resiko merupakan suatu kemungkinan akan mengalami kerusakan atau bahaya atau kehilangan, resiko bisa disebabkan oleh faktor lingkungan atau faktor perilaku yang berbahaya. Sedangkan yang dimaksud dengan *population at risk* diartikan sebagai kumpulan individu-individu atau kelompok yang memiliki aktivitas atau karakteristik meskipun sedikit atau kecil yang dapat menyebabkan peningkatan risiko atau potensial terjadinya penyakit, injuri atau masalah kesehatan (McMurray, 2002; Stanhope & Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Munculnya penyakit, injuri, dan masalah kesehatan tergantung dari paparan faktor spesifik yang terjadi pada populasi, tetapi paparan oleh faktor resiko yang sama belum tentu menyebabkan masalah kesehatan yang sama (Swanson, 1997).

Faktor resiko yang ada pada populasi bisa meningkatkan angka kematian, kesakitan atau kecelakaan. Beberapa faktor resiko dapat berkontribusi terhadap munculnya kondisi sehat atau tidak sehat dan tidak setiap orang yang terpapar dengan peristiwa yang sama akan memiliki akibat yang sama. Kondisi ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan dapat disebabkan oleh

interaksi beberapa faktor, ketika beberapa faktor resiko tersebut diperoleh dalam waktu bersamaan, maka kemungkinan peluang untuk timbulnya masalah kesehatan semakin besar (Stanhope & Lancaster, 2002). Dicontohkan populasi pengguna narkoba jarum suntik yang menggunakan secara bersama-sama jarum suntik dapat terinfeksi HIV, hal ini dikarenakan ada kecenderungan pengguna narkoba jarum suntik juga mempunyai perilaku seksual aktif sehingga berpotensi untuk menularkan pada orang lain.

Penyebaran epidemi HIV sangat dipengaruhi oleh populasi kunci berisiko yang berada di wilayah tersebut. Kelompok subpopulasi berisiko terinfeksi HIV berbeda untuk setiap wilayah, hal ini dipengaruhi oleh keragaman penduduk, dinamika masyarakat, dan perilaku berisiko mereka. WHO/UNAIDS (2009) menggambarkan subpopulasi berisiko terhadap penyebaran HIV hampir sama untuk setiap wilayah negara, tetapi yang membedakan adalah tingkat prosentase untuk setiap subpopulasi yang dipengaruhi oleh karakteristik wilayah masing-masing. Subpopulasi remaja berisiko untuk terjadinya infeksi HIV disebabkan antar lain; hubungan seksual, penggunaan narkoba jarum suntik, penggunaan tato permanen pada tubuh, tranfusi darah, dan tertular dari ibu ke anak dengan HIV.

Faktor-faktor resiko penularan pada subpopulasi remaja berisiko dapat diidentifikasi dengan memahami karakteristik dari subpopulasi. Beberapa faktor resiko timbulnya masalah kesehatan menurut Stanhope dan Lancaster (2002) antara lain; 1) risiko sosial, berkaitan dengan kejadian sosial masyarakat seperti daerah konflik, wilayah bencana, daerah kriminal, dan lingkungan dengan kekerasan psikologi, 2) risiko ekonomi, berkaitan dengan kemiskinan, 3) risiko gaya hidup, berkaitan dengan pola kebiasaan perilaku, dan 4) risiko kejadian dalam hidup, berkaitan dengan kejadian-kejadian besar yang dialami dalam hidup termasuk tumbuh kembang. Califano (1997, dalam Stanhope & Lancaster, 2002) membagi faktor resiko antara lain; 1) risiko berkaitan dengan biologi, dikaitkan dengan faktor genetik individu, 2)

resiko lingkungan, berkaitan dengan lingkungan fisik maupun lingkungan sosial, 3) resiko perilaku, berkaitan dengan pola kebiasaan dalam hidup, dan 4) resiko yang berkaitan dengan usia, yaitu masalah kesehatan yang muncul pada spesifik kelompok usia tertentu.

Masa remaja digambarkan sebagai masa transisi dari masa anak menuju dewasa. Remaja mengalami suatu perubahan yang cepat didalam aspek kehidupan yang mencakup biologi, psikologis dan sosial budaya. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggambarkan masa remaja sebagai perkembangan karakteristik seks primer dan sekunder menuju pada kedewasaan reproduksi seksual; pengembangan proses mental atau kedewasaan dan identitas diri serta transisi dari ketergantungan sosial ekonomi di keluarga dan masyarakat untuk mencapai kemandirian (WHO, 1975; *Population Repport*, 1995; dalam Situmorang, 2003).

Masalah kesehatan yang muncul pada kelompok berisiko (*populations at risk*) dapat diidentifikasi melalui faktor risiko yang mengakibatkan suatu kondisi *at risk*. Faktor-faktor yang berisiko menimbulkan masalah kesehatan terdiri dari beberapa kategori antara lain *biologic risk*, *social risk*, *economic risk*, *life-style risk* dan *life event risk* (Sthanhope & Lancaster, 2004). Kelima faktor tersebut akan dapat menempatkan kelompok remaja sebagai *population at risk*. Faktor-faktor yang menentukan atau mempengaruhi apakah penyakit atau akibat lainnya yang tidak sehat akan muncul disebut dengan *health risks*. *Health risks* dapat diklasifikasikan kedalam 4 kategori utama, yaitu:

### **1) Risiko biologis bawaan atau genetis (*inherited biological risk*)**

Populasi remaja yang berisiko penularan HIV dari aspek biologi dengan mengkaji faktor genetik dan fisik remaja dan keluarga dapat diketahui lebih dini resiko yang akan terjadi sehingga dapat dicegah. Remaja selama masa pertumbuhan mengalami perubahan secara fisik yang berkembang

pesat berkaitan dengan masa pubertas remaja. Remaja yang kurang mampu beradaptasi terhadap perubahan fisik tersebut akan memungkinkan mengalami risiko terhadap masalah kesehatan (McMurray, 2003).

Karakteristik perubahan biologis seperti perubahan fisik, tinggi badan dan berat badan merupakan indikator yang umum digunakan untuk menilai dimulainya masa pubertas remaja (Situmorang, 2003). Remaja selama periode transisi pertumbuhan dan perkembangan akan mengalami berbagai perubahan dalam kehidupannya. Remaja menjalani perubahan selama masa transisi umumnya memperlihatkan perilaku berisiko yang mengancam kesehatan. Perilaku berisiko tersebut antara lain penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, aktivitas seksual yang terlalu dini dan tidak aman, berkendara yang tidak aman, partisipasi sosial yang kurang, dan aktivitas pelanggaran lainnya (Nies & McEwen, 2001). Remaja juga mulai mengeksplorasi identitas seksual, peran gender, dan mulai terlibat dalam aktivitas seksual selama masa tumbuh kembangnya (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Hal ini akan mengarahkan remaja pada kehidupan yang penuh krisis untuk dilalui menuju kedewasaannya secara psikososial remaja.

## **2) Risiko sosial**

Risiko sosial (*social risk*) merupakan faktor kehidupan yang tidak teratur, tingkat kriminal yang tinggi, lingkungan yang terkontaminasi oleh polusi udara, kebisingan, dan zat kimia yang berkontribusi untuk terjadinya masalah (Sthanhope & Lancaster, 2004). Aspek psikososial didefinisikan sebagai aspek yang ada hubungannya dengan kejiwaan dan sosial. Kejiwaan berasal dari dalam, sedangkan aspek sosial berasal dari luar (eksternal). Kedua aspek ini sangat berpengaruh pada masa pertumbuhan remaja. Aspek eksternal seperti media masa terkadang yang lebih berpengaruh terhadap perkembangan sosial remaja, sebaiknya aspek

psikososial berlangsung secara seimbang terhadap remaja (Ma'shum, 2006). Pengaruh dari luar harusnya mampu mengubah menjadi lebih baik bagi remaja dan diharapkan interaksi aspek psikologi dan sosial dapat menjadi positif, yang pada akhirnya dapat berdampak positif pada pembentukan identitas diri remaja. Remaja secara emosional bergerak ke arah mandiri lepas dari orang tua atau remaja akan membentuk hubungan dan minat yang baru pada kelompok sebayanya (McMurray, 2003).

Faktor psikologis seperti berfikir dan berperilaku serta faktor sosial pada umumnya digunakan untuk menggambarkan masuknya remaja kedalam kedewasaan. Hal ini meliputi perkawinan, masa angkatan kerja atau kebebasan dalam pengaturan keuangan. Masyarakat Indonesia mendefinisikan remaja menuju kedewasaan saat remaja sudah menikah, tanpa melihat umur individu tersebut (Situmorang, 2003). Siklus kehidupan pada masa remaja merupakan masa yang paling sulit untuk dilalui oleh individu. Masa ini dapat dikatakan sebagai masa yang paling kritis bagi perkembangan pada tahap-tahap kehidupan selanjutnya. Hal ini dikarenakan pada masa remaja terjadi banyak perubahan dalam diri individu baik perubahan fisik maupun psikologis (Nina, 2007), sehingga menempatkan remaja pada suatu kelompok berisiko di masyarakat.

Karakteristik psikologi remaja yang mempunyai rasa ingin tahu yang tinggi, ingin mencoba-coba hal yang baru, penuh dengan semangat, dorongan terhadap lawan jenis yang meningkat dampak dari perkembangan kematangan hormonal, dan perilaku sosial yang berkelompok menjadi faktor risiko remaja untuk tertular infeksi HIV. Perilaku penggunaan narkoba dan perilaku seksual remaja pada remaja diawali dengan adanya dorongan rasa ingin tahu yang tinggi, ajakan teman sebaya, dan ingin diakui dalam kelompok menjadi alasan remaja masuk terjerumus dalam penggunaan narkoba, terutama narkoba jarum suntik.

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% (BNN, 2009). Hasil penelitian Hawari (1990) juga menyebutkan bahwa faktor penyebab remaja menyalahgunakan NAPZA adalah 81.3% akibat pengaruh atau bujukan teman (*peer group*). Survei Kesehatan Remaja Indonesia (SKRRI) 2002-2003 yang dilakukan oleh BPS menyebutkan laki-laki berusia 20-24 tahun belum menikah yang memiliki teman pernah melakukan hubungan seksual sebanyak 57.5% dan yang berusia 15-19 tahun sebanyak 43.8%.

### 3) Risiko Ekonomi

*Economic risk* adalah tidak seimbang antara kebutuhan dengan penghasilan, krisis ekonomi yang berkepanjangan sehingga berpengaruh terhadap kebutuhan perumahan, pakaian, makanan, pendidikan, dan kesehatan (Sthanhope & Lancaster, 2004). Kemiskinan berkontribusi terhadap penempatan populasi remaja sebagai kelompok marginal dan berisiko di masyarakat. Faktor ekonomi (*economic risk*) menjadi salah satu penyebab meluasnya infeksi HIV pada kelompok pekerja seks. Kemiskinan pada suatu wilayah menyebabkan ketidakmampuan mereka untuk mendapatkan kebutuhan dasar karena tidak adanya pekerjaan dan menyebabkan rendahnya pendapatan. Kelompok yang paling terpengaruh kondisi kemiskinan adalah wanita.

Data global menggambarkan 17 juta wanita terinfeksi HIV dan mereka berusia diantara 15-49 tahun dan sebagian besar mereka hidup dalam kemiskinan (WHO/UNAIDS, 2004). Tidak adanya lapangan pekerjaan menyebabkan mereka bekerja sebagai pekerja seks untuk mendapatkan uang guna memenuhi kebutuhan keluarga. Hasil penelitian Updegraff et al (2002, dalam Taylor, 2006) menggambarkan adanya hubungan yang positif antara terjadinya infeksi HIV dengan tingkat pendapatan yang rendah. Hasil penelitian Bloom et al (2002, dalam UNICEF, 2009)



menggambarkan bahwa kemiskinan pada individu mempunyai resiko lebih besar untuk terinfeksi virus HIV, karena rendahnya tingkat pendidikan dan ketidakmampuan mendapatkan informasi menurunkan kemampuan mereka melakukan usaha pencegahan.

#### 4) Risiko Gaya Hidup

*Life-style risk* merupakan kebiasaan atau gaya hidup yang dapat berdampak terjadinya risiko, termasuk keyakinan terhadap kesehatan, kebiasaan sehat, persepsi sehat, pengaturan pola tidur, rencana aktifitas keluarga, norma tentang perilaku yang berisiko (Sthanhope & Lancaster, 2004). Remaja selama periode transisi berusaha mencoba sesuatu hal yang baru dan aktivitas yang menantang remaja. Salah satu perilaku yang berisiko tersebut adalah permasalahan kesehatan reproduksi dan aktivitas seksual remaja, seperti pengamalaman seks pranikah, kehamilan yang tidak diinginkan, dan infeksi saluran kemih dan reproduksi atau HIV (Mephram, 2001). Risiko kesehatan pada remaja dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berhubungan, misalnya tuntutan untuk kawin muda dan hubungan seksual, akses terhadap pendidikan dan pekerjaan, ketidaksetaraan *gender*, kekerasan seksual dan pengaruh media masa maupun gaya hidup yang populer (Triswan, 2007).

Faktor resiko terjadinya infeksi pada kelompok remaja lebih banyak disebabkan karena faktor perilaku (*behavior risk*). Perilaku yang berisiko terhadap infeksi HIV adalah melalui penggunaan bersama-sama jarum suntik diantara pengguna. Penggunaan jarum suntik secara bersama dikarenakan narkoba jenis *intravena* mahal harganya dan mereka cenderung untuk membeli secara patungan dan penggunaannya juga secara bersama-sama dalam satu spuit. Hasil studi oleh Bukhari (2007, dalam WHO/UNAIDS, 2009) di Pakistan didapatkan 2/3 penasun melakukan pertukaran spuit dalam seminggu, sedangkan di Cina dilaporkan 40% penasun melakukan penggunaan bersama jarum suntik (Wang, 2009, dalam WHO/UNAIDS).

Perilaku ini berisiko terjadinya penularan HIV/AIDS apabila salah satu dari pengguna narkoba jarum suntik terinfeksi (Depkes RI, 2003). Mathers et al (2008, dalam WHO/UNAIDS), menyakini 16% penasun terinfeksi HIV. Bokhari (2007, dalam WHO/UNAIDS), melaporkan hasil studi di Thailan 30%-50% penasun terinfeksi HIV, di Myanmar 1 dari 4 penasun (37.5%) terinfeksi HIV, dan 1 dari 4 (23%) penasun di perkotaan Pakistan positif HIV. Sedangkan di Indonesia lebih dari setengah (52%) penasun hidup dengan HIV, kondisi ini didominasi oleh perempuan.

#### 5) Risiko Kejadian Hidup

*Life-event risk* adalah kejadian dalam kehidupan yang dapat berisiko terjadinya masalah kesehatan, seperti, pindah tempat tinggal, adanya anggota keluarga baru, adanya anggota keluarga yang meninggalkan rumah dapat berpengaruh pada pola komunikasi (Sthanhope & Lancaster, 2004). Remaja merupakan salah satu kelompok penduduk yang mudah terpengaruh oleh arus informasi baik yang negatif maupun yang positif. Pengaruh arus informasi negatif terhadap remaja antara lain menjalin hubungan seksual *premarital*, minum-minuman keras, menggunakan Narkoba yang dapat mengakibatkan tertular penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS (Lembaga Demografi-FEUI, 2002).

Faktor kejadian dalam hidup (*life event risk*) terutama yang berkaitan dengan faktor tumbuh kembang juga berkontribusi terjadinya infeksi pada subpopulasi penasun. WHO/UNAIDS (2009), mencatat 33.4 juta orang terinfeksi HIV dan 31.3 juta dialami oleh kelompok usia dewasa diatas 15 tahun. Penderita HIV/AIDS didominasi oleh kelompok usia muda. Data Depkes (2009), menyebutkan usia penderita HIV/AIDS adalah usia produktif yaitu 15 tahun sampai 40 tahun, sedangkan data WHO/UNAIDS menyebutkan usia 15 tahun sampai 24 tahun. Penyebaran infeksi HIV/AIDS pada kelompok usia muda ini dipengaruhi oleh tingkat kematangan perkembangan. Usia muda mempunyai karakteristik ingin bebas, mencari pengalaman, ikatan emosional kuat dengan teman sebaya

dan mencoba-coba hal yang baru (Sudrajad, 2008). Karakter ini sesuai dengan awal mula pengguna narkoba yaitu mencoba-coba dari teman dan akhirnya menjadi pengguna dan timbul kecanduan. Faktor ini berkontribusi terhadap terjadinya infeksi HIV pada kelompok pengguna narkoba khususnya narkoba jarum suntik.

## 2.2 Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas

Strategi intervensi keperawatan komunitas ada lima yang dapat digunakan dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV pada remaja, yaitu pendidikan kesehatan, proses kelompok, pemberdayaan, kemitraan, dan perawatan langsung.

**Pendidikan kesehatan.** Pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan dalam rangka upaya promotif dan preventif dengan melakukan penyebaran informasi dan meningkatkan motivasi masyarakat untuk berperilaku sehat (Sthanhope & Lancaster, 2004). Program pemberdayaan pendidikan kesehatan sangat penting bagi remaja dengan cara melibatkan mereka dalam proses belajar dengan memperhatikan faktor sosial budaya masyarakat. Hasil penelitian Auerbach dan Beckerman (2010), pendidikan kesehatan dengan memperhatikan keunikan sosial budaya masyarakat Kota New York menunjukkan hasil yang lebih efektif dan mampu mengidentifikasi hambatan untuk dilakukannya tes HIV. Program kesehatan reproduksi remaja dalam implementasinya dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan pada anak remaja yang dilaksanakan dalam bentuk penyuluhan kesehatan tentang tumbuh kembang remaja, kesehatan reproduksi remaja, free sex, kenakalan remaja, IMS, HIV AIDS (Allender & Spardley, 2001).

Pendidikan kesehatan bukan hanya mentransfer materi pelajaran, tetapi menyerahkan tanggung jawab terhadap diri sendiri, meningkatkan analisa untuk mengenali hambatan dan kekuatan yang terkait dengan pencapaian perawatan mandiri, mendorong remaja untuk bertanggungjawab terhadap

keputusan yang diambil, dan mendorong remaja membuat perencanaan dan evaluasi dari kegiatan pendidikan yang dibutuhkan.

**Proses kelompok.** Proses kelompok merupakan suatu upaya untuk menghimpun individu-individu yang memiliki kesamaan dengan cara mengorganisir mereka dalam sebuah kelompok (*peer*) atau dukungan sosial (*social support*) berdasarkan kondisi dan kebutuhan masyarakat (Sthanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, Schuber & Thomas, 1999). Proses kelompok pada remaja dengan risiko penularan HIV dilakukan dengan membentuk kelompok remaja yang memiliki faktor risiko yang sama dengan harapan adanya kelompok dari-oleh-untuk remaja mampu meningkatkan kemandirian dalam mengatasi masalah yang muncul pada populasi tersebut. Hasil penelitian Mayberry et al (2009), menggambarkan bahwa peningkatan organisasi berbasis komunitas mampu meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan kemampuan kapasitas pencegahan infeksi HIV. Dukungan sosial efektif diberikan kepada kelompok berisiko atau yang rentan. Dukungan sosial dapat dijadikan sumber koping untuk membantu mengatasi masalah psikologi. Koping yang efektif dapat membantu seseorang untuk mengontrol diri lebih baik dan dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Taylor, 2006; Garung, 2006).

**Pemberdayaan.** Sebagai komponen penting intervensi keperawatan komunitas diartikan sebagai proses mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan untuk meningkatkan kemampuan dalam mengambil keputusan yang mempengaruhi kehidupan seseorang (Kreisber, 1992 dalam Helvie, 1998). Pemberdayaan adalah keseluruhan upaya untuk meningkatkan kontrol dalam pengambilan keputusan pada level individual, keluarga, komunitas dan masyarakat. Perawat dapat menggunakan strategi pemberdayaan untuk membantu masyarakat mengembangkan keterampilan dalam menyelesaikan masalah, menciptakan jejaring, negosiasi, *lobbying*, dan mendapatkan informasi untuk meningkatkan kesehatan (Nies & McEwen, 2001).

Pemberdayaan remaja dalam implementasi program pencegahan risiko penularan HIV merupakan suatu kegiatan dalam bentuk melibatkan orang tua, masyarakat, pemerintah, dan institusi pendidikan terhadap remaja yang memiliki resiko atau rentan terhadap penularan HIV/AIDS. Tujuan kegiatan pencerdayaan ini adalah untuk meningkatkan pemahaman dan perhatian orang tua terhadap anaknya agar terpenuhi kebutuhan perkembangan dan kesehatan reproduksi selama masa remaja (Sthanhope & Lancaster, 2004). Hasil penelitian Wallis, Dukay, dan Mellins (2009), menggambarkan bahwa pemberdayaan dengan menggunakan kekuatan lokal masyarakat dan organisasi di luar masyarakat sangat membantu anak-anak yatim korban HIV/AIDS dan anak-anak rentan terhadap infeksi HIV dalam pemenuhan kebutuhan dasar.

**Kemitraan.** Diartikan sebagai bergabungnya bermacam-macam kelompok dan individu untuk bergabung bersama mencapai tujuan yang tidak dapat dicapai secara individu (Flynn & Kains, 1996 dalam Helvie, 1998). Sedangkan Cohen, Baer dan O'Keefe (1991 dalam Helvie) mengartikan bergabungnya orang-orang atau organisasi untuk bekerja bersama-sama mempengaruhi hasil spesifik dari sebuah permasalahan. Upaya mengembangkan kemitraan perlu memahami komunitas itu sendiri, karena keterlibatan masyarakat merupakan salah satu elemen penting kesuksesan penyelesaian masalah. Salah satu cara memahami kebutuhan komunitas adalah dengan menyamakan persepsi terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapi. Permasalahan kesehatan di masyarakat perlu dikaji secara utuh dari berbagai komponen, karena ini akan menentukan komponen apa saja yang terlibat dalam upaya penanganan. Hasil studi Lewis (2008), menggambarkan bahwa untuk mengatasi masalah kesehatan diperlukan sumber-sumber dan disiplin profesional yang sesuai dalam membangun aliansi guna mempertahankan keberlangsungan sistem kesehatan untuk mendukung advokasi kebijakan.

Pemahaman terhadap remaja yang berisiko penularan HIV secara utuh sangat penting untuk bisa memahami apa yang dirasakan dan dibutuhkan oleh mereka. Salah satu bentuk kemitraan adalah membuat jejaring untuk menyatukan sumber daya dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi remaja, seperti adanya pojok konseling di Puskesmas, pendidik sebaya di sekolah dan masyarakat, pemberdayaan di tingkat keluarga dan masyarakat, keterlibatan tokoh agama dan masyarakat untuk mempengaruhi lingkungan yang lebih sehat, peran pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan dasar yang dibutuhkan oleh remaja, dan LSM melalui program pemberdayaan dan advokasi.

**Pemberian Pelayanan Perawatan Secara langsung.** Pemberian perawatan kepada klien menggunakan proses keperawatan dalam pelaksanaannya, mulai dari pengkajian, perumusan masalah, intervensi, dan evaluasi. Perawatan langsung pada remaja yang berisiko terhadap penularan infeksi HIV di masyarakat selain memperhatikan aspek individu, juga perlu mempertimbangkan aspek ekonomi, sosial, budaya, dan sumber-sumber yang dapat digunakan untuk membantu mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi klien (Helvie, 1998). Perawatan langsung pada remaja yang berisiko terhadap penularan HIV dapat dilakukan dengan cara konseling, *coaching*, terapi modifikasi perilaku, peningkatan ketrampilan hidup untuk meningkatkan kemandirian dan kemampuan dalam mengambil keputusan, manajemen stress, dan membantu pemenuhan kebutuhan dasar.

Permasalahan yang dialami oleh remaja terkait dengan risiko penularan HIV membutuhkan penanganan yang menyeluruh dan berkelanjutan. Permasalahan tersebut dapat disusun melalui suatu pendekatan intervensi prevensi di komunitas, baik prevensi secara primer, sekunder, dan tersier.

**Pencegahan primer.** Pencegahan primer berfokus pada upaya pencegahan faktor risiko sebelum proses penyakit dimulai. Fokus strategi pencegahan primer diarahkan pada perubahan faktor risiko lingkungan dan faktor risiko

perilaku. Pendidikan kesehatan merupakan strategi utama dalam pencegahan primer. Tujuan pendidikan kesehatan diarahkan pada perubahan perilaku untuk mencegah terjadinya kesakitan (Stanhope & Lancaster, 2000). Hasil penelitian Ajik (2000), terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan HIV/AIDS terhadap 400 remaja yang dilakukan selama satu tahun dengan menggunakan pendekatan model *peer group* didapatkan adanya perbedaan yang bermakna pengetahuan, sikap, dan perilaku antara sebelum dan sesudah perlakuan pendidikan kesehatan.

Upaya pencegahan primer yang bisa dilakukan untuk mencegah risiko infeksi HIV pada remaja adalah dengan cara merubah faktor resiko yang ada pada kelompok remaja berisiko atau masyarakat. Hasil penelitian Crepez et al (2009), dengan menggunakan pendekatan terapi perilaku didapatkan hasil yang efektif dalam menurunkan resiko infeksi HIV berkaitan dengan perilaku seksual (OR=0.63; 95% CI: 0.57-0.75) dan penularan infeksi seksual (OR=0.81; 95% CI: 0.67-0.98). Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit HIV/AIDS, cara penularan dan cara pencegahan, meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perilaku yang lebih sehat dengan cara menghindari narkoba, setia pada pasangan, dan menghindari hubungan seksual sebelum waktunya. Pencegahan primer pada kelompok berisiko seperti penjaja seks dan pengguna narkoba jarum suntik adalah dengan cara kampanye penggunaan kondom dengan benar, dan penggunaan jarum suntik steril. Hasil penelitian Niknian et al (1991, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999), menggambarkan bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap pilihan dan perubahan perilaku.

**Pencegahan sekunder.** Pencegahan sekunder difokuskan pada deteksi dini terhadap penyakit dan penanganan awal terhadap penyakit. Deteksi dini terhadap penyakit dapat dilakukan melalui program skrining. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya mengambil keuntungan dari program skrining secara teratur penting untuk diberikan, karena adanya anggapan program

skrining membuat ketakutan jika penyakitnya diketahui. Program skrining untuk mendeteksi awal adanya penyakit dapat dilakukan dengan cara wawancara mendalam, riwayat kesehatan, dan pemeriksaan fisik (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Identifikasi faktor resiko sebagai tanda munculnya suatu penyakit merupakan aspek penting dalam praktik keperawatan komunitas. Melalui penegakkan diagnose sedini mungkin, penanganan dapat dilakukan untuk memperlambat perkembangan munculnya penyakit dan meminimalkan kerusakan akibat yang ditimbulkan penyakit (Stanhope & Lancaster, 1996).

Skrining dan deteksi dini terhadap remaja dengan risiko penularan HIV menjadi penting untuk mengenal lebih awal tanda-tanda munculnya masalah kesehatan. Remaja selama masa transisinya merupakan populasi berisiko di dalam komunitas. Remaja selama masa pubertas memerlukan deteksi dini terhadap tanda-tanda seks primer dan sekunder baik secara fisik, psikologis, dan social (Dietrich, 2006). Permasalahan kesehatan pada remaja disebabkan karena keterbatasan monitoring dari keluarga, kurangnya pengetahuan untuk mengenali tanda-tanda munculnya penyakit, dan kurangnya fasilitas pelayanan bagi remaja. Skrining pada remaja dengan risiko penularan HIV dapat dilakukan seperti; skrining perilaku merokok, penggunaan NAPZA, perilaku pacaran, perilaku seksualitas, akses terhadap media, dan gangguan pada organ vital seperti keputihan dan menstruasi.

**Pencegahan tersier.** Pencegahan tersier difokuskan pada rehabilitasi dan pemulihan setelah terjadi sakit untuk meminimalkan kesakitan, kecacatan, dan meningkatkan kualitas hidup (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Semua aspek pelayanan keperawatan pada tingkat pencegahan tersier harus memperhatikan pengalaman hidup individu dan keluarga sebagai pedoman untuk bekerja sama. Kegiatan keperawatan meliputi pendampingan pemberian obat, menerima atau melakukan sendiri pengobatan dan prosedur, dan perawatan tindak lanjut (Nies & McEwen, 2001). Peran sebagai konseling dan pendidik dengan cara menjelaskan kembali, memberikan penguatan, dan



memberikan arahan peningkatan kesehatan merupakan bagian dari rehabilitasi, atau meminimalkan kecacatan pada tingkat yang paling rendah. Rehabilitasi tidak hanya difokuskan pada fisik, tetapi juga kebutuhan spiritual dan psikologi untuk mengembalikan keutuhan individu. Rehabilitasi dan usaha meningkatkan kesejahteraan termasuk didalamnya adalah pengobatan, pemberian nutrisi, latihan, penyembuhan psikologi dan spiritual, dan kelompok dukungan sosial (Stanhope & Lancaster, 1996).

Upaya penting dalam pencegahan tersier menurut Miller (1992, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999), adalah menggali sumber-sumber kekuatan yang ada pada individu. Sumber kekuatan bisa dalam bentuk kekuatan fisik, ketahanan psikologi, dukungan sosial, konsep diri yang positif, energi, pengetahuan dan pemahaman, motivasi, dan sistem keyakinan. Penggalan sumber kekuatan ini penting bagi seseorang dengan penyakit kronis untuk meningkatkan kapasitas coping individu. Individu dengan penyakit kronis secara terus menerus tinggal dalam keluarga dan sesekali membantu merawat. Membangun kerja sama dengan keluarga dalam proses pencegahan tersier sangat penting sebagai dasar promosi kesehatan (Nies & McEwen, 2001). Hasil penelitian Young dan Bussgeeth (2010), menggambarkan bahwa dukungan keluarga dalam memberikan perawatan di rumah mampu menurunkan angka kesakitan dan kematian pada penderita HIV/AIDS. Dijelaskan juga bahwa dukungan keluarga mampu meningkatkan kepatuhan penderita HIV/AIDS dalam pengobatan ARV.

Bentuk-bentuk kegiatan pada tingkat pencegahan tersier pada remaja dengan risiko penularan HIV meliputi pengobatan, memberikan perawatan fisik, psikososial dan emosional, pengawasan dan bimbingan, ketrampilan hidup, terapi kelompok, dan konseling. Penelitian Girma dan Enqueselassie (2009), menggambarkan bahwa konseling mampu meningkatkan kemauan (*willingness*) untuk melakukan perawatan (OR = 8.98; 95%CI: 1.2-66.5), dan penerimaan diri (*self acceptance*) terhadap kondisinya (OR = 6.4; 95%CI: 1.2-33.6).

### 2.3 Pemberdayaan Pendidik Sebaya

Pemberdayaan adalah suatu proses pengembangan pengetahuan dan ketrampilan yang meningkatkan keahlian seseorang dalam keputusan yang mempengaruhi kehidupan seseorang (Kreisberg, 1992, dalam Helvie, 2003).

Subejo dan Supriyanto (2004) memaknai pemberdayaan masyarakat sebagai upaya yang disengaja untuk memfasilitasi masyarakat lokal dalam merencanakan, memutuskan dan mengelola sumberdaya lokal yang dimiliki melalui *collective action* dan *networking* sehingga pada akhirnya mereka memiliki kemampuan dan kemandirian secara ekonomi, ekologi, dan sosial”.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan pemberdayaan masyarakat merupakan proses untuk memfasilitasi dan mendorong masyarakat agar mampu menempatkan diri secara proporsional dan menjadi pelaku utama dalam memanfaatkan lingkungan strategisnya untuk mencapai suatu keberlanjutan dalam jangka panjang. Pemberdayaan masyarakat memiliki keterkaitan erat dengan *sustainable development* dimana pemberdayaan masyarakat merupakan suatu prasyarat utama yang akan membawa masyarakat menuju suatu keberlanjutan secara dinamis. Melalui upaya pemberdayaan, warga masyarakat didorong agar memiliki kemampuan untuk memanfaatkan sumberdaya yang dimilikinya secara optimal serta terlibat secara penuh dalam mekanisme peningkatan kapasitas dan kapabilitas masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat untuk mencegah risiko penularan HIV pada remaja dilaksanakan dengan melibatkan seluruh potensi yang dimiliki oleh masyarakat seperti orang tua, sekolah, pemerintah, dan pihak swasta secara bersama-sama. Pemberdayaan terbukti telah berhasil menurunkan jumlah risiko penularan infeksi HIV di berbagai negara dalam bentuk pendidik sebaya (*peer educator*). Hasil penelitian Rompey et al (2010) di India terhadap kelompok risiko penularan HIV/AIDS yang dilakukan pemberdayaan dalam bentuk kegiatan pendidik sebaya dengan cara berkelompok mampu menekan

penyebaran infeksi HIV dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam upaya pencegahan dan peningkatan perilaku yang lebih sehat.

Pendidik sebaya adalah seorang teman sebaya yang berperan memberikan pendidikan kesehatan kepada temannya yang lain. Remaja memiliki sikap dan karakter lebih terbuka kepada teman sebaya daripada orang tua (Lezin, 2010). Teman sebaya berperan memberikan pendidikan kesehatan kepada teman sebayanya untuk meningkatkan kesehatan secara efektif (Trunbull, 2010). Pendidik sebaya harus mampu sebagai *role model* bagi temannya apa yang harus dilakukan atau tidak bagi seorang remaja (Ender, 2000). Peran pendidik sebaya bukan hanya mentransfer pengetahuan kepada teman sebayanya, lebih jauh itu adalah upaya menanamkan nilai-nilai dan pola hidup yang lebih sehat melalui kontak sosial dengan cara melibatkan seluruh potensi yang dimiliki oleh kelompok sebaya tersebut. Jadi pendidik sebaya merupakan media bagi remaja untuk mewujudkan nilai-nilai sosial tersendiri dalam melakukan prinsip kerjasama, tanggung jawab, kompetisi, dan keberlanjutan secara dinamis untuk menuju derajat kesehatan remaja yang lebih tinggi. Berdasarkan hasil penelitian UNESCO (2007) tentang penerapan pendidik sebaya pada remaja dalam rangka mencegah HIV/ AIDS terdapat peningkatan kesehatan pengetahuan, dan keterampilan.

## **2.4 Manajemen Kesehatan Sekolah**

### **1. Perencanaan (*planning*)**

Marquis dan Houston (2006) menjelaskan bahwa perencanaan meliputi : rencana perubahan (*planning change*), rencana waktu (*time planning*), dan anggaran (*fiscal planning*). Perencanaan perubahan dibuat berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan program sebelumnya. Apabila program pencegahan HIV dilakukan secara incidental akan mengalami kesulitan dalam menyusun rencana perubahan untuk membuat perencanaan program yang lebih baik. Hasil penelitian Devenish dan Fisher (2000) menjelaskan bahwa penyusunan perencanaan adalah proses yang kompleks yang

meliputi berbagai sumber daya termasuk didalamnya adalah sumber daya manusia, perencanaan waktu, dan perencanaan anggaran. Mereka menambahkan bahwa hasil perencanaan yang baik sangat dipengaruhi oleh perencanaan anggaran yang memadai dalam pelaksanaan program.

Buku pedoman UKS (2010) yang dikeluarkan oleh Provinsi Jawa Barat menjelaskan bahwa penyusunan program kerja UKS dilakukan bersama-sama oleh Tim Pembina UKS di tingkat Kota. Menurut Dubois *at al* (2001) menjelaskan bahwa perencanaan program kesehatan yang baik perlu melibatkan *stakeholder* atau berbagai pihak yang memiliki kepentingan terhadap program untuk mendapatkan hasil perencanaan yang lengkap dan baik. Hasil penelitian Ugboro, Obeng, dan Spann (2010) menjelaskan bahwa untuk menghasilkan perencanaan strategik yang efektif perlu melibatkan semua staf, semua divisi, dan manajer puncak dari semua struktur organisasi. Mereka juga menambahkan bahwa penyusunan perencanaan adalah proses yang fleksibel yang dipengaruhi oleh perubahan lingkungan dan tantangan yang muncul dalam mencapai tujuan program.

Perencanaan program kesehatan sekolah tidak lepas dari perencanaan anggaran. Perencanaan anggaran mempunyai fungsi *budget* yang pokok adalah sebagai pedoman kerja, sebagai alat pengkoordinasian kerja serta sebagai alat pengawasan kerja. Anggaran bila dibandingkan dengan fungsi-fungsi manajemen, terlihat bahwa anggaran mempunyai kaitan yang sangat erat dengan manajemen, khususnya yang berhubungan dengan penyusunan rencana (*planning*). Anggaran merupakan alat manajemen untuk membantu menjalankan fungsi-fungsi manajemen (Siregar, 2003). Kesuksesan program sangat dipengaruhi oleh dukungan ketersediaan anggaran dana. Penetapan anggaran dipengaruhi oleh faktor ekonomi, politik, dan donator (Rakich, Longest, & Darr, 1992, dalam Ervin, 2002 ).

## 2. Organisasi (*organizing*)

Pengorganisasian adalah proses mengidentifikasi kebutuhan organisasi dan penyesuaian desain organisasi dan struktur untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan organisasi dalam rangka mencapai tujuan. Aktivitas dalam pengorganisasian meliputi pembentukan struktur untuk menjalankan rencana, menentukan jenis pelayanan kesehatan yang paling sesuai, mengelompokkan aktifitas untuk memenuhi tujuan masing-masing unit, bekerja dalam struktur organisasi, serta memahami dan menggunakan kekuatan dan kekuasaan dengan tepat (Marquis & Huston, 2006). Fungsi pengorganisasian meliputi pembagian aktivitas-aktivitas kerja, penentuan tanggung jawab dan wewenang, dan pembuatan hubungan kerja untuk memungkinkan organisasi menyadari tujuan bersama. Struktur organisasi berkaitan dengan keefektifan dalam komunikasi (Gillies, 2000; Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2006). Pengorganisasian dalam program kesehatan sekolah sangat penting dalam upaya mengorganisir sumber daya manusia dan seluruh sumber daya lain yang dimiliki oleh sekolah sehingga dapat dimanfaatkan secara optimal.

Struktur organisasi usaha kesehatan sekolah ditetapkan oleh pemerintah melalui surat keputusan bersama No. 2/P/SKB/2003 tentang Tim Pembina UKS Pusat. Struktur Pembina UKS di tingkat kabupaten/kota pada dasarnya diserahkan kepada kebijakan dan kebutuhan kabupaten/kota masing-masing. Ketua Tim Pembina UKS di tingkat kabupaten/kota dipimpin oleh Wakil Bupati/Wakil Walikota, ketua dua oleh Kepala Dinas Kesehatan, dan Ketua harian dipimpin oleh Kepala Dinas Pendidikan. Sedangkan Ketua Tim Pembina UKS di tingkat kecamatan dipimpin oleh Camat, ketua dua oleh Kepala Puskesmas, dan Ketua empat dipimpin oleh ketua PKK. Tim Pelaksana UKS di tingkat SMA/SMK pembinanya adalah Camat, Ketua adalah Kepala Sekolah dengan anggota dari unsur komite sekolah, petugas UKS Puskesmas, unsur peserta didik, dan guru (Diknas Jabar, 2010).

Salah satu kegiatan manajemen pengorganisasian adalah menentukan sumber daya manusia yang tepat dalam struktur organisasi sehingga mampu menjalankan program untuk mencapai tujuan organisasi. Barney (2011), menjelaskan dalam membangun strategi sumber daya harus mampu disitribusikan secara merata dan berbeda-beda sesuai dengan kebutuhan manajemen dari waktu ke waktu untuk mempertahankan keuntungan yang mampu berdaya saing. Dia juga menambahkan ada empat keuntungan yang diperoleh dengan adanya perencanaan sumber daya yang baik, yaitu; keuntungan nilai organisasi, mempertahankan keunggulan, sedikit kesalahan, dan keberlangsungan sumber daya manusia yang berkelanjutan. Manajemen sumber daya manusia yang kurang baik akan mengakibatkan penanggung jawab program tidak optimal dalam melakukan pekerjaan yang ada.

Harrison *at al* (2010) hasil penelitiannya mengatakan bahwa orang-orang yang dilibatkan dalam organisasi harus memahami budaya dan nilai organisasi khususnya tanggung jawab yang diterima, karena akan sangat membantu dalam proses pengambilan keputusan yang sebaiknya dilakukan untuk membantu kelancaran organisasi. Dalam pelaksanaan fungsi manajemen, sumber daya manusia sangat ditentukan oleh persyaratan-persyaratan mental, fisik, dan emosioanal untuk posisi jabatan yang ada melalui analisa jabatan, deskripsi jabatan dan spesifikasi jabatan dan kemudian menarik karyawan yang diperlukan dngan karakteristik personalia tertentu. Seperti keahlian, pendidikan, umur, latihan, dan pengalaman (PNP & Tripathi, 2006).

### 3. **Pengarahan (*directing*)**

Menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa *directing* terdiri dari peningkatan motivasi kerja atau supervisi, dan komunikasi interpersonal. 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. Kegiatan pelaksanaan pengarahannya program UKS sudah dijelaskan dalam tugas, fungsi, dan mekanisme kerja TP UKS mulai dari Pusat hingga ke Daerah, karena UKS merupakan bentuk kegiatan pembinaan manusia lintas sektor dan lintas program yang bersifat otonom, maka desentralisasi kegiatan pelaksanaan di serahkan kembali pada tingkatan TP UKS dengan tetap melakukan koordinasi dalam pelaksanaannya (Diknas Jabar, 2010). Pengarahannya program kesehatan sekolah dilakukan oleh lembaga terkait seperti Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Departemen agama, dan Departemen Dalam Negeri.

Pengarahannya yang diberikan dapat berupa motivasi melalui komunikasi yang baik dalam suatu organisasi sebagai suatu umpan balik dari implementasi kegiatan organisasi. Pengarahannya yang baik melalui komunikasi dan motivasi dapat mengarahkan pada delegasi tugas yang baik sehingga akan mencegah konflik dalam suatu organisasi (Marquis & Huston, 2000). Dirk (2011) di dalam hasil penelitiannya mengatakan bahwa perlunya membangun komunikasi yang baik diantara staf untuk membangun kualitas dinamika hubungan, rasa percaya, dan kejujuran yang diharapkan dapat membantu proses penampilan kerja yang lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi.

#### 4. **Evaluasi (*controlling*)**

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. Evaluasi program kesehatan sekolah disusun sejak awal di bagian perencanaan dan seharusnya sudah dijelaskan sejak awal pembuatan

model sebagai kerangka kerja dalam penyusunan perencanaan hasil yang diinginkan. Kerangka kerja (*framework*) menjadi bagian penting yang digunakan untuk menjelaskan capaian keberhasilan dari program.

Evaluasi proses dan evaluasi hasil dapat memberikan perbaikan terhadap deviasi dan modifikasi terhadap rencana untuk mencapai tujuan dan standar pengawasan yang telah ditetapkan. Fungsi pengontrolan yang tidak efektif menyebabkan tidak dapat dilakukannya pengembangan dan modifikasi program untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang terus berkembang (Ervin, 2002). Evaluasi usahan kesehatan sekolah dilaksanakan setiap tahun dalam rangka membuat laporan pertanggung jawaban dan mengukur tingkat keberhasilan program. Pada laporan pertanggung jawaban dilakukan secara berjenjang oleh struktur tim pembina UKS mulai dari tingkat sekolah sampai tingkat pusat (Dinkes, 2010).

## **2.5 Peran Perawat Spesialis Komunitas**

Peran merupakan seperangkat harapan yang berhubungan dengan kedudukan yang dipengaruhi oleh pengetahuan, teknologi, biaya, dan kebutuhan konsumen yang ada dan berkembang untuk memenuhi kebutuhan sosial (Rubin, 1988, dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Peran perawat spesialis komunitas adalah perilaku profesional yang ditujukan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar komunitas dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kemandirian dalam upaya kesehatan. Peran perawat spesialis –komunitas di tingkat sekolah bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan membantu merumuskan kebijakan sekolah yang berpihak pada seluruh komponen masyarakat sekolah seperti; siswa, guru, staf, dan lingkungan sekitar sekolah.

Peran perawat spesialis komunitas dalam upaya kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan HIV pada remaja di sekolah dapat diwujudkan dalam



bentuk: (1) pendidik, dapat diberikan dalam bentuk memberikan informasi terkait dengan pengertian, cara penularan, cara pencegahan, cara perawatan, proses pengobatan, dan menanamkan perubahan perilaku untuk meningkatkan derajat kesehatan, (2) pemberi perawatan pada populasi berisiko HIV yang diberikan dalam bentuk intervensi perubahan perilaku kearah yang lebih sehat, (3) konselor yaitu membantu kelompok remaja dalam mengekspresikan emosi dan perasaan, menggiring mereka pada kenyataan, manajemen stress, dan menerima bantuan jika dibutuhkan, (4) pembela yaitu memfasilitasi kelompok remaja yang membutuhkan pelayanan kesehatan dan bernegosiasi untuk rencana perawatan yang tepat, dan melobi untuk kebijakan publik yang menguntungkan, (5) kolaborator yaitu membantu menghubungkan sekolah dengan berbagai fasilitas di luar sekolah dan menjalin kerja sama untuk mencapai tujuan, (6) manajer kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan kepada remaja dengan risiko penularan HIV dan melakukan koordinasi dengan pelayanan kesehatan di luar sekolah, (7) Manajer yaitu mampu mengelola kebutuhan secara efektif dan efisien pada upaya kesehatan di sekolah dengan menggunakan prinsip-prinsip manajemen kesehatan dalam rangka meningkatkan kesehatan reproduksi dan mencegah risiko penularan HIV, dan (8) penemu kasus yaitu mampu mengidentifikasi remaja berisiko penularan HIV dengan cara melakukan skrening dan pengkajian yang tepat (Stone, McGuire, & Eigisti, 2002 ).

## **2.6 Model *Family Centered Nursing/FCN***

Keperawatan keluarga bertujuan untuk membantu keluarga menolong dirinya sendiri mencapai tingkat fungsi keluarga yang tertinggi dalam konteks tujuan, aspirasi dan kemampuan keluarga (Friedman, *et al.*, 2003). Oleh karena itu dalam praktik keperawatan keluarga pemberian asuhan dapat diberikan kepada keluarga dan anggota keluarga dalam keadaan sehat maupun sakit. Sedangkan proses keperawatan keluarga berguna sebagai sebuah kerangka bagi pemberian asuhan.

Proses keperawatan keluarga berbeda-beda, tergantung bagaimana perawat memandang keluarga dalam praktiknya. Tipe praktik pertama adalah keluarga dipandang sebagai konteks, maka asuhan keperawatan berfokus pada individu. Tipe praktik kedua adalah keluarga kumpulan dari anggota-anggotanya, maka asuhan keperawatan diberikan kepada seluruh anggota keluarga. Tipe praktik ketiga adalah subsistem keluarga sebagai klien, dimana yang akan menjadi fokus pengkajian dan intervensi. Tipe praktik keempat adalah keluarga sebagai klien, dimana keseluruhan anggota keluarga dipandang sebagai klien sedangkan individu anggota keluarga sebagai konteks. Tipe kelima adalah keluarga sebagai komponen masyarakat, dimana keluarga dipandang sebagai subsistem dalam sebuah sistem yang lebih besar, yaitu masyarakat.

Praktek keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*) didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, rasial, etnik, dan sosioekonomi. Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya ketika melakukan pengkajian dan perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999). Model *family centered nursing* didasarkan pada pandangan bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Sehingga dalam konteks *agregat* remaja dengan risiko penularan HIV merupakan unit dasar untuk perawatan individu. Aplikasi model ini perlu mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya ketika melakukan asuhan keperawatan (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999).

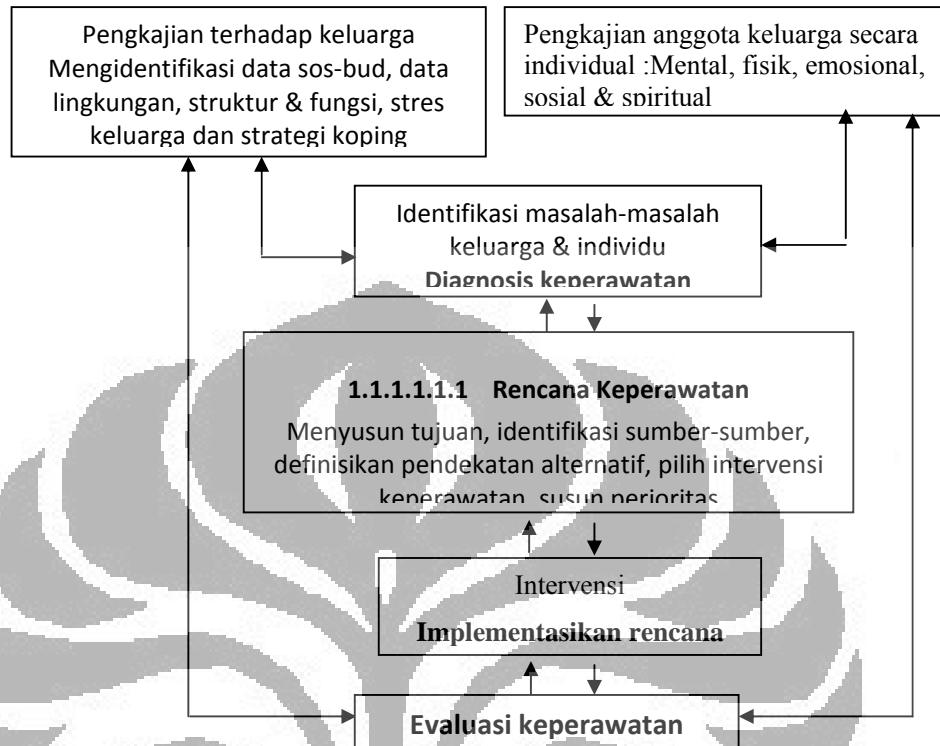
Friedman, Bowden, & Jones (2003) dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga menerapkan langkah-langkah terkait dengan lima langkah dalam proses keperawatan keluarga. Asuhan keperawatan keluarga dimulai dengan pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan keluarga.

Dalam pengkajian ditekankan pada struktur dan fungsi keluarga secara menyeluruh dan terintegrasi. Proses keperawatan keluarga dilakukan dengan cara menstimulasi individu dan keluarga dan sistem keluarga, sehingga asuhan keperawatan keluarga menerapkan dua jalan, yaitu perawatan pada individu dan keluarga serta keluarga sebagai sistemnya. Sehingga dalam melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan akan lebih kompleks dan mendalam (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Kerangka model konseptual Friedman dapat dilihat pada gambar 2.1 di bawah ini.

Intervensi keperawatan keluarga dikembangkan dalam konteks hubungan perawat-klien guna mempengaruhi fungsi individu, keluarga atau komunitas yang menjadi akutabilitas perawat (Wright & Bell, 1994, dalam Friedman, *et.al.*, 2003). Untuk setiap diagnosa keperawatan perawat mengidentifikasi intervensi yang sesuai, yang dari setiap intervensi tersebut membutuhkan pengetahuan teoritis spesifik dan ketrampilan klinik spesifik. Beberapa metode yg dapat digunakan antara lain membantu dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, konseling, *coaching*, terapi perubahan perilaku, terapi keluarga, pelatihan koping, manajemen stress, dan penyuluhan.

Keberhasilan dari asuhan keperawatan keluarga didasarkan pada respon keluarga bukan intervensi yang dilakukan. Disamping itu sebenarnya proses evaluasi terjadi secara terus-menerus setiap saat perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan. Selanjutnya Martin (1994, dalam Friedman, 2003) juga membahas beberapa metode evaluasi untuk mengukur kualitas praktik keperawatan, antara lain konferensi kasus; berbagi kunjungan evaluasi dan observasi, melakukan audit, umpan balik sejawat, dan pemantauan tinjauan; survey kepuasan klien; dan audit eksternal.

Bagan 2.1. Model *Family Centered Nursing*



Sumber: Friedman (2003), *Family Nursing: Research, Theory, and Practice*, hal: 174

## 2.7 Comprehensive School Health Model

Meningkatkan kondisi kesehatan dan proses belajar diantara remaja sekolah dapat dilakukan melalui program upaya kesehatan berbasis sekolah secara menyeluruh. Program ini, sekarang telah banyak digunakan oleh sekolah-sekolah negara maju dan menjadi bagian integral dari sistem pendidikan. Upaya kesehatan sekolah menyeluruh merupakan program utama yang didasarkan pada dua hal; pertama, hubungan yang berkualitas dalam proses pembelajaran dengan kondisi kesehatan siswa, dan kedua, tanggung jawab pemerintah untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental peserta didik untuk peran masa depan mereka yang lebih produktif di masyarakat. Dimensi lain dari model ini adalah menekankan peran potensi peserta didik untuk berkontribusi dalam menyebarkan pesan pendidikan kesehatan kepada teman, orang tua, dan masyarakat yang lebih luas.

Pengalaman keberhasilan global penerapan model ini dilakukan dengan cara membangun kerja sama dengan berbagai departemen dan lembaga seperti; departemen pendidikan, departemen kesehatan, dan lingkungan. Kerja sama dan membangun jaringan dengan berbagai departemen dan lembaga terkait memberikan kesempatan upaya-upaya yang lebih luas terhadap program kesehatan sekolah dan membuat lebih efektif dan memberikan banyak keuntungan bagi masyarakat sekolah. Efektifitas program kesehatan sekolah dilakukan dengan merubah sekolah ke dalam lingkungan sekolah yang bersahabat dengan peserta didik dan pada akhirnya secara signifikan mampu meningkatkan pendidikan bagi semua.

Model kesehatan sekolah menyeluruh diartikan sebagai perencanaan sistematis kesehatan sekolah yang melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan; seperti dokter, perawat, dokter gigi, dan profesional lain yang terlibat dalam pengembangan program. Model ini terdiri dari delapan komponen yang ditujukan pada perilaku kesehatan siswa termasuk staf terdiri dari; pendidikan kesehatan, pelayanan klinik sekolah, pelayanan konseling dan kesehatan mental, kesehatan lingkungan sekolah, pelayanan nutrisi sekolah, pendidikan kesehatan fisik dan kebugaran jasmani, promosi kesehatan staf, dan integrasi sekolah dan komunitas. Model ini terdiri dari beberapa program dan kegiatan dan melibatkan berbagai personil di sekolah yang difokuskan pada peningkatan derajat kesehatan siswa. Keberhasilan program ini tergantung upaya kerjasama komponen komunitas pendidikan, perawatan kesehatan masyarakat, dan dinas kesehatan masyarakat. Delapan komponen model dijelaskan di bawah ini.

### **1. Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang membuat keputusan tentang praktik kesehatannya yang meliputi individu, keluarga dan komunitas. Pengetahuan sendiri tidak penting jika tidak dibarengi dengan perkembangan perilaku sehat. Pendidikan kesehatan membantu memfasilitasi secara efektif proses pengambilan keputusan dalam masalah

kesehatan. Sistem kesehatan sekolah seharusnya memberikan kesempatan pada setiap siswa agar mendapatkan pengetahuan penting untuk memahami fungsi kesehatan, mengembangkan perilaku, dan praktik ketrampilan kesehatan untuk hidup yang lebih efektif (Stone, Perry, dan Luepker, 1989 dalam Stanhope dan Lancaster, 2000). Untuk mencapai tujuan pendidikan perlu melibatkan siswa, keluarga, dan masyarakat yang terlibat dalam proses pembelajaran karena semakin banyak kekuatan yang memengaruhi dapat membantu mengembangkan perilaku gaya hidup sehat.

Aspek penting dalam pendidikan kesehatan sekolah adalah perencanaan kurikulum sebagai bentuk tanggungjawab pada semua profesional di sistem pendidikan. Kurikulum pendidikan kesehatan dikembangkan sesuai dengan masalah kesehatan pada setiap kelompok usia sekolah seperti; penyalahgunaan obat, kekerasan, seksualitas, dan perilaku hidup bersih dan sehat. Kegiatan pendidikan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan fungsi kesehatan fisik dan psikososial. Siswa dibantu untuk menganalisa bagaimana tumbuh kembang yang normal dan diskusi tentang kebutuhan terkait untuk membantu proses kematangan tumbuh kembang.

## **2. Pelayanan Klinik**

Pelayanan klinik dirancang untuk melindungi dan meningkatkan seluruh siswa dan staf sekolah. Program pelayanan klinik meliputi skrining secara berkala tentang penglihatan, pendengaran, skoliosis, perawatan gawat darurat, pengembangan perencanaan perawatan pada siswa dengan keterbatasan, dan persiapan nutrisi yang sehat bagi siswa. Tipe pelayanan klinik dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat. Pelayanan klinik sekolah yang dikembangkan sebaiknya tidak sama dengan yang ada di masyarakat, tetapi melengkapi pelayanan kesehatan yang belum ada di masyarakat. Pelayanan ini sebaiknya memiliki fasilitas sesuai dengan karakteristik masalah

kesehatan yang sering dialami oleh anak remaja seperti masalah reproduksi dan penularan penyakit seksual.

### **3. Konseling dan Pelayanan Kesehatan Mental**

Siswa remaja sering mengalami kesulitan dan masalah kesehatan yang kompleks. Mereka terpapar lebih awal dengan berbagai isu-isu kesehatan pada remaja seperti masalah seksualitas, perubahan gaya hidup, tekanan dari teman sebaya dalam penggunaan alkohol, rokok, obat-obatan, keputusan tentang karir masa depan, dan masalah dalam keluarga dan perceraian. Siswa remaja sering kurang mendapatkan pengetahuan tentang isu-isu di atas dan mengatasi timbulnya masalah yang menyertai mereka. Mereka membutuhkan diskusi perasaan dan emosi untuk menangani kondisi yang dialami oleh remaja. Remaja sering mengalami masalah kesehatan fisik yang dapat menimbulkan stress yang dapat mengganggu pencapaian prestasi siswa.

### **4. Kesehatan Lingkungan**

Pengertian lingkungan yang sehat termasuk faktor fisik dan psikososial, seperti kontrol agen infeksius dan keselamatan fisik dan psikososial siswa. Evaluasi lingkungan diperlukan untuk mengevaluasi lingkungan psikososial yang semakin kompleks. Menanamkan perasaan secara periodik kepada siswa tentang pengkajian stressor oleh guru, orang tua, dan siswa dan evaluasi sikap adanya apatis, ketidakberdayaan, dan keramahan di lingkungan sekolah (Comer, 1992 dalam Stanhope dan Lancaster, 2000). Tingginya kekerasan pada siswa perlu diwaspadai dan menjadi prioritas utama dalam upaya menjaga kesehatan lingkungan psikososial.

Program keselamatan juga penting untuk mencegah injuri, dan pembuatan perencanaan strategi intervensi untuk menurunkan faktor resiko. Catatan pelaporan kejadian menjadi penting untuk dikumpulkan ketika terjadi injuri sebagai bahan informasi evaluasi untuk meningkatkan lingkungan

yang lebih aman. Kerja sama dengan departemen dan lembaga lain di masyarakat untuk meningkatkan sumberdaya yang lebih baik.

#### **5. Pelayanan Nutrisi Sekolah**

Pelayanan nutrisi di sekolah saat ini telah berkembang luas di institusi pendidikan. Mereka membuat program makan siang di sekolah sebagai bentuk perubahan proses belajar yang lama di lingkungan sekolah. Peran pemerintah dalam hal ini adalah menyediakan buku pedoman nutrisi untuk menjamin nutrisi yang diberikan kepada siswa dengan benar sesuai dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan. Siswa mendapatkan pelayanan makanan sesuai dengan yang diharapkan seperti; gandum, buah-buahan, sayuran dan sedikit lemak. Pemerintah juga bertanggungjawab dengan melaksanakan evaluasi secara berkala untuk memastikan kepatuhan sekolah memberikan nutrisi yang benar pada siswa. Peningkatan pengetahuan yang dapat membantu siswa untuk mengambil keputusan makanan apa yang terbaik bagi dirinya juga menjadi penting untuk diajarkan. Memberikan menu yang seimbang akan membantu siswa belajar sikap dan perilaku yang benar tentang nutrisi yang sehat bagi dirinya.

#### **6. Pendidikan Fisik dan Kesegaran Jasmani**

Pendidikan fisik dan kesegaran jasmani merupakan program yang ditujukan untuk membantu siswa memahami perkembangan tubuhnya dan kebutuhan olah raga apa saja yang sesuai dengan tingkat tumbuh kembangnya. Pengetahuan tentang pertumbuhan fisik siswa akan membantu siswa mengambil keputusan yang tepat serta perilaku olah raga yang benar sesuai dengan kebutuhannya. Tujuan dari pendidikan fisik dan kesegaran jasmani dikembangkan untuk membantu meningkatkan daya tahan tubuh, kelenturan tubuh, kekuatan tubuh, dan kesegaran tubuh. Kegiatannya dapat dilakukan dengan; olah raga berlari, senam, berjalan, renang, sepak bola, dan olah raga prestasi lainnya (Stanhope dan Lancaster, 2000).



## **7. Promosi Kesehatan Staf**

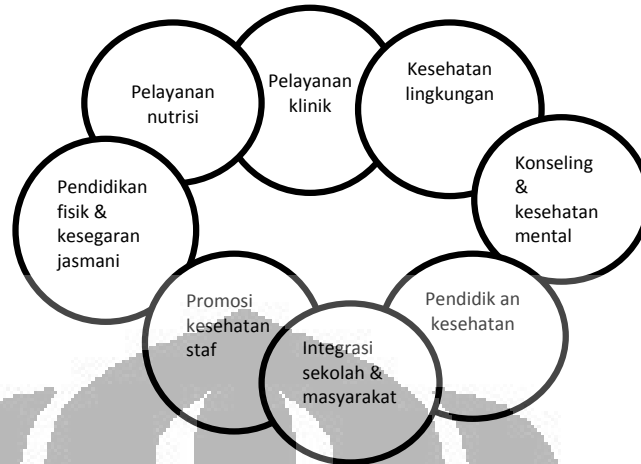
Promosi kesehatan bagi staf dikembangkan dengan tujuan meningkatkan produktifitas staf dalam melayani dan meningkatkan proses pembelajaran yang lebih baik. Program ini dikembangkan untuk membantu staf menjaga dan meningkatkan status kesehatan dengan menyediakan kegiatan pencegahan dan skrining bagi orang dewasa. Keterlibatan staf dalam pelayanan kesehatan akan membantu siswa dalam meningkatkan perilaku sehat melalui contoh (*role model*) yang dilihat dari guru dan staf yang juga melakukan kegiatan upaya kesehatan.

## **8. Integrasi Sekolah dan Komunitas**

Keterlibatan komunitas dalam upaya kesehatan sekolah dilakukan dengan kerjasama dan jejaring untuk meningkatkan sumber daya. Keterlibatan lingkungan masyarakat terhadap sekolah merupakan bentuk dukungan sosial untuk membantu memberikan lingkungan di luar sekolah yang aman dan sehat baik lingkungan fisik maupun lingkungan psikososial. Koordinasi dan membangun koalisi dengan departemen terkait dan lembaga sosial untuk membantu siswa mendapatkan akses yang mudah terhadap dukungan upaya kesehatan sekolah terutama terkait dengan isu-isu yang berkembang di masyarakat.

Delapan komponen model digambarkan saling berhubungan satu sama lain dalam rangkaian rantai dalam upaya meningkatkan pelayanan secara menyeluruh upaya kesehatan di sekolah.

Bagan 2.2 *comprehensive school health model*

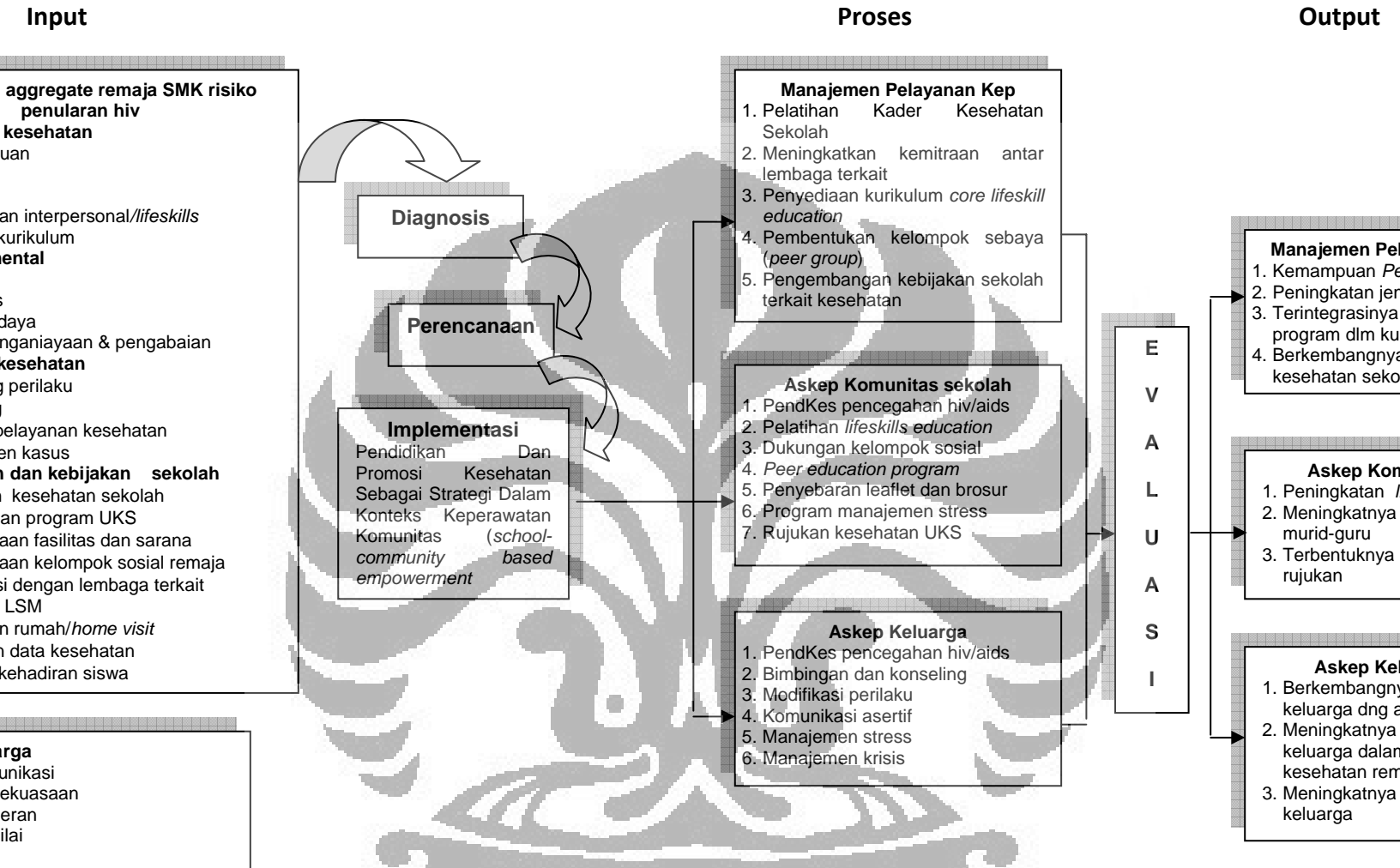


Sumber: *Community & Public Health Nursing*, Stanhope & Lancaster, 2000, hal. 921

## 2.8 Integrasi Model

Penyelesaian masalah yang disusun oleh perawat komunitas terhadap masalah pencegahan risiko penularan HIV pada remaja SMK berbasis sekolah adalah melalui suatu penyusunan suatu program kesehatan remaja dengan pendekatan integrasi model manajemen pelayanan kesehatan komunitas dan model asuhan keperawatan komunitas. Model pelayanan kesehatan komunitas melalui penerapan proses manajemen program yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan. Integrasi model manajemen pelayanan kesehatan komunitas dan model asuhan keperawatan komunitas yang terdiri dari model *family center nursing*, dan *comprehensive school model* tersebut adalah sebagai berikut:

**Bagan 2.3 Integrasi Model Pada Agregate Remaja risiko Penularan HIV di Sekolah**



Universitas Indo

## BAB 3

### KERANGKA KERJA DAN PROFIL WILAYAH

Bab ini akan menjelaskan tentang *framework* atau kerangka konsep manajemen pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas dengan menggunakan integrasi teori manajemen, *comprehensive school health model*, dan *family centered nursing* dalam implementasi program kesehatan reproduksi dan pencegahan risiko penularan HIV pada remaja dan dibahas juga tentang profil Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) "RF" yang menjadi wilayah pelaksanaan program pendidik sebaya.

#### 3.1 Kerangka Kerja

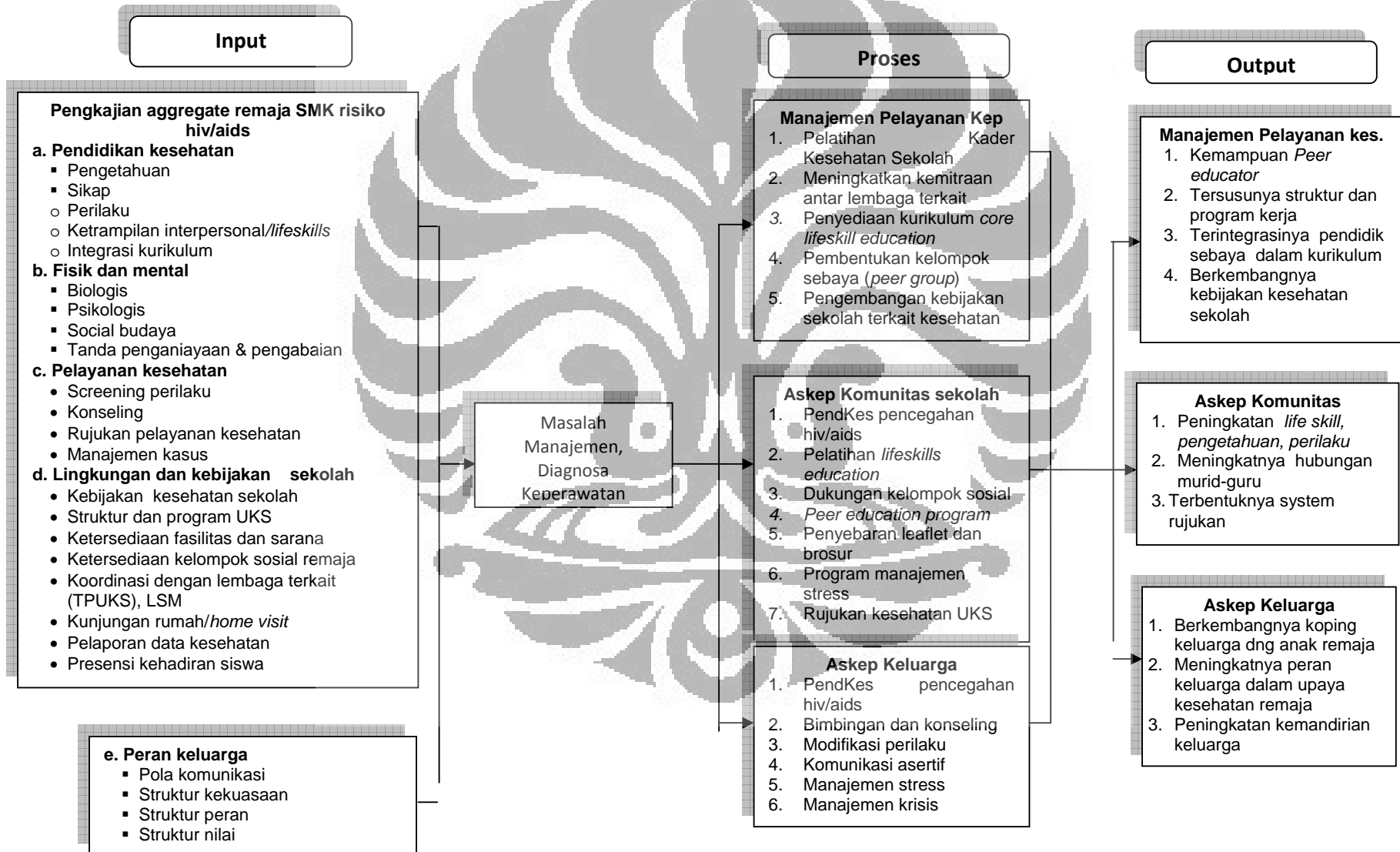
Kerangka kerja model campuran (*blended*) dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV pada remaja di SMK "RF" menggunakan pendekatan manajemen yang baik mulai dari tahap perencanaan sampai tahap evaluasi. Optimalisasi peran dari dinas kesehatan, dinas pendidikan nasional, dan puskesmas, sekolah, dan keluarga sangat dibutuhkan untuk mensukseskan program PKPR. Kesuksesan program tergantung dari fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan (Marquis dan Houston, 2003).

Kerangka kerja model program pencegahan risiko penularan HIV pada remaja di SMK "RF" merupakan suatu sistem, maka dalam implementasinya mempertimbangkan komponen input, proses dan output. Input kerangka kerja model ini terdiri dari; perencanaan program, peran serta remaja, keluarga dan sekolah, riwayat perilaku berisiko penularan HIV pada agregat remaja SMK. Input tersebut berguna dalam pelaksanaan program untuk mencapai tujuan yang merupakan akhir dari suatu proses (Gillies, 1998). Sekolah mengeluarkan kebijakan tentang pembinaan, alokasi anggaran, koordinasi kegiatan pembinaan serta memantau pencapaian program.

Intervensi manajemen asuhan keperawatan pada siswa SMK “RF” sebagai inti klien utama program PKPR menggunakan pendekatan upaya pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Bentuk kegiatannya seperti pendidikan kesehatan, skrining, modifikasi perilaku, konseling, manajemen stress yang diberikan baik secara individu maupun secara berkelompok, dan peningkatan ketrampilan hidup. Siswa juga perlu diberdayakan secara maksimal melalui pendidik sebaya dan konselor sebaya, karena selain siswa sebagai target, siswa juga sebagai pelaku dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV di sekolah.

Peran sekolah menjadi sangat penting untuk menjalin kerja sama dengan pihak orang tua siswa untuk membantu pemenuhan tugas perkembangan dan mengarahkan perilaku remaja di keluarga yang lebih sehat, untuk itu orang tua perlu juga dibekali dengan pengetahuan dan ketrampilan yang berhubungan dengan pencegahan risiko penularan HIV, kemampuan melaksanakan tugas perkembangan dengan anak usia remaja dan pola asuh dalam keluarga. Selain itu masyarakat juga mempunyai peran yang sangat penting sebagai kelompok pendukung masyarakat sekolah dalam bentuk kerja sama untuk membantu pembinaan dan pengawasan. Guru merupakan bagian sentral dari sekolah juga perlu mendapat pendidikan tentang pencegahan risiko penularan HIV dan ketrampilan konseling melalui pelatihan guru PKPR dengan harapan dapat membantu memperlancar dan memberikan dukungan untuk terlaksananya program. Setelah semua komponen berproses, diharapkan akan terjadi perubahan perilaku pada remaja, keluarga, dan sekolah, sehingga risiko perilaku berisiko penularan HIV pada remaja di SMK “RF” akan menurun. Secara lengkap kerangka kerja model upaya pencegahan risiko penularan HIV pada remaja di SMK “RF” tergambar pada diagram di bawah ini.

**Bagan 3.1 Kerangka Kerja Upaya Pencegahan Infeksi HIV Pada Agregate Remaja di SMK "RF"**



### 3.2 Profil Wilayah Binaan

Kelurahan Tugu merupakan salah satu wilayah kerja Puskesmas Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok dengan dengan luas wilayah kerja  $\pm$  504.009 ha. Perbatasan Kelurahan Tugu sebelah Utara berbatasan dengan Propinsi DKI Jakarta, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Pondok Cina, sebelah Barat berbatasan dengan kelurahan Mekarsari, dan sebelah Timur berbatasan dengan kelurahan Bhakti Jaya (Profil Puskesmas Tugu, 2009). Keadaan demografi didapatkan jumlah penduduk tercatat sebanyak 99.083 jiwa atau 24.383 KK. Distribusi persebaran penduduk terjadi pada 162 RT atau 19 RW dengan jarak terjauh ke fasilitas kesehatan (puskesmas) adalah 3 km. Jumlah penduduk kelompok anak usia SLTP adalah 18.511 jiwa dan anak usia SLTA adalah 20.510 jiwa. Jumlah penduduk miskin di wilayah Puskesmas Tugu adalah 3.286 KK dengan kondisi lingkungan sosial ekonomi pada umumnya masyarakat memiliki pekerjaan sebagai PNS/TNI/POLRI, dan pedagang serta sebagai karyawan swasta diluar wilayah Tugu seperti Jakarta. Tingkat pendidikan rata-rata penduduk adalah SLTA. Jumlah SMP/MTS yang berada di Tugu adalah 7 institusi dan SMU/SMK adalah 3 institusi (Profil Puskesmas Tugu, 2009).

Berdasarkan Profil SMK "RF" ([www.kampusraflesia.com](http://www.kampusraflesia.com) , 2012) didapatkan data bahwa ijin operasional dimulai sejak tahun 2004, terletak di kompleks perumahan Pondok Duta Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok, Sekolah berstatus swasta dengan akreditasi A untuk Kejuruan Kesehatan dan akreditasi B untuk Kejuruan Teknik Informasi Komunikasi, Visi yaitu menjadi lembaga pendidikan yang mampu menciptakan generasi muda yang berkualitas (cerdas, terampil, dan manusiawi), mampu, mandiri dan berwibawa (BMW) yang islami sesuai dengan kebutuhan dunia kerja dan Misi yaitu mencetak sumber daya manusia yang bersih (fisik dan mental), dan bermutu yang islami dengan mudah dan murah (BERMUTU), membentuk keperibadian sumber daya manusia yang memiliki kemampuan berwirausaha serta siap dalam menghadapi dunia kerja, dan menjadi lembaga pendidikan

yang bermanfaat bagi penyedia dan pembinaan sumber daya manusia yang kompeten dan terampil.

Saat ini Kepala Sekolah dijabat oleh CS, jumlah siswa tahun ajaran 2011/2012 adalah 242 dengan rincian; kelas IX sebanyak 77 siswa yang terbagi dalam dua kejuruan yaitu Kejuruan Kesehatan sebanyak 63 siswa dan Kejuruan Teknologi Informasi Komunikasi sebanyak 14 siswa, kelas X sebanyak 85 siswa yang terbagi dalam tiga kejuruan yaitu; Kejuruan Kesehatan sebanyak 67 siswa, Kejuruan Teknologi Informasi Komunikasi sebanyak 13 siswa, dan Kejuruan Manajemen Bisnis sebanyak 5 siswa, dan kelas XII sebanyak 80 siswa yang terbagi dalam dua kejuruan yaitu; Kejuruan Kesehatan sebanyak 64, Kejuruan Teknologi Informasi Komunikasi sebanyak 16 siswa. SMK "RF" memiliki fasilitas Tanah dan gedung milik sendiri, aman, nyaman dan menyenangkan, ruang belajar representatif, perpustakaan, laboratorium komputer dan internet, laboratorium bahasa, laboratorium perakitan, laboratorium Jaringan, laboratorium kesehatan dan keperawatan, ruang multimedia, lahan praktek representatif, asrama khusus putri, kantin sekolah., photo copy, wartel dan warnet, klinik kesehatan dengan sistem asuransi kesehatan dana sehat, dan asuransi jaminan siswa.

Rasio tenaga pengajar di adalah 1:25 dengan kualifikasi guru sarjana dan magister serta didukung oleh tenaga ahli dari lahan praktik. Lokasi SMK "RF" cukup strategis yaitu berada di tengah pemukiman penduduk. Kondisi ini sangat memudahkan bagi siswa untuk mendapatkan jasa transportasi menuju ke sekolah. Mudahnya 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, minuman keras, tempat nongkrong, dan permainan di sekitar lingkungan sekolah.



Upaya sekolah dalam pencapaian kompetensi siswa menerapkan kegiatan ekstrakurikuler kepada siswa yang terdiri dari bola basket, *footsal*, organisasi intra sekolah (OSIS), majalah dinding, dan bela diri Taekwondo. Bentuk upaya kesehatan sekolah dilakukan dengan memberikan pelayanan bagi siswa yang sakit selama di sekolah yang ditangani oleh dokter. SMK "RF" saat ini belum memiliki UKS sebagai bentuk upaya promosi dan proteksi terhadap masalah kesehatan yang dihadapi oleh remaja dengan alasan sudah ada klinik kesehatan dan saat ini belum diperlukan adanya UKS. Kegiatan yang dilakukan masih sangat terbatas dan hanya rutinitas seperti pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K), konseling dilakukan oleh guru kesiswaan, keterbatasan ini disebabkan sekolah belum mempunyai guru bimbingan konseling (BK).



## BAB 4

### MANAJEMEN PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGREGATTE REMAJA SMK DENGAN RISIKO PENULARAN HIV DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

Pada bab ini akan diuraikan proses manajemen pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas meliputi kegiatan pengkajian atau analisis situasi dilanjutkan dengan perencanaan, pelaksanaan kegiatan dan evaluasi intervensi yang telah dilakukan pada masing-masing komponen pelayanan manajemen pelayanan keperawatan komunitas, pelayanan asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan komunitas.

#### 4.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas

Berikut ini gambaran analisis situasi manajemen pelayanan kesehatan UKS pada pengembangan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) untuk pencegahan risiko penularan HIV pada remaja usia sekolah menengah kejuruan (SMK) di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Analisis dilakukan dengan merujuk pada fungsi-fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan (Marquis & Houstain, 2000; Allender & Spradley, 2005). Sumber data yang digunakan adalah dari Dinas Kesehatan Depok, Puskesmas Tugu, Dinas Pendidikan, dan SMK "RF" dengan menggunakan metode wawancara, observasi, dan studi literatur. Analisis situasi dilakukan dengan pendekatan fungsi-fungsi manajemen pelayanan kesehatan meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan. Analisis yang diuraikan untuk kemudian dituangkan ke dalam analisis tulang ikan (*fish bone*) guna mempermudah dalam menentukan masalah yang diidentifikasi (Ervin, 2002). Berikut uraian dari masing-masing tahapannya manajemen pelayanan kesehatan UKS Program "Pencegahan Risiko Penularan HIV Pada Remaja Berbasis Sekolah" dengan pendekatan pemberdayaan pendidik sebaya.

#### 4.1.1 Analisis Situasi

##### a. Perencanaan (*planning*)

Hasil pengkajian wawancara dengan Kasubag Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kota Depok tanggal 14 Oktober 2011 menyatakan bahwa upaya terkait kesehatan remaja usia SMK belum dilaksanakan secara berkesinambungan, hanya dilakukan satu tahun sekali bersamaan dengan kegiatan orientasi siswa baru, bersifat insidental, dan belum merata pada semua sekolah di wilayah Puskesmas Tugu. Berdasarkan hasil wawancara, hal ini disebabkan keterbatasan anggaran yang tersedia. Marquis dan Houston (2006) menjelaskan bahwa perencanaan meliputi : rencana perubahan (*planning change*), rencana waktu (*time planning*), dan anggaran (*fiscal planning*). Perencanaan perubahan dibuat berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan program sebelumnya. Apabila program pencegahan HIV dilakukan secara insidental akan mengalami kesulitan dalam menyusun rencana perubahan untuk membuat perencanaan program yang lebih baik. Hasil penelitian Devenish dan Fisher (2000) menjelaskan bahwa penyusunan perencanaan adalah proses yang kompleks yang meliputi berbagai sumber daya termasuk didalamnya adalah sumber daya manusia, perencanaan waktu, dan perencanaan anggaran. Mereka menambahkan bahwa hasil perencanaan yang baik sangat dipengaruhi oleh perencanaan anggaran yang memadai dalam pelaksanaan program.

Penyusunan perencanaan UKS khususnya upaya pencegahan penularan HIV pada kelompok remaja di SMK “RF” Kelurahan Tugu belum melibatkan semua sektor yang terkait seperti Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, dan Departemen Dalam Negeri. Buku pedoman UKS (2010) yang dikeluarkan oleh Provinsi Jawa Barat menjelaskan bahwa penyusunan program kerja UKS dilakukan bersama-sama oleh Tim Pembina UKS di tingkat Kota, tetapi hasil pengkajian didapatkan penyusunan perencanaan hanya dilakukan oleh dinas masing-masing, sehingga terlihat program yang dijalankan kurang optimal. Menurut Dubois *et al* (2001) menjelaskan bahwa perencanaan program kesehatan yang baik

perlu melibatkan stakeholder atau berbagai pihak yang memiliki kepentingan terhadap program untuk mendapatkan hasil perencanaan yang lengkap dan baik. Hasil penelitian Ugboro, Obeng, dan Spann (2010) menjelaskan bahwa untuk menghasilkan perencanaan strategik yang efektif perlu melibatkan semua staf, semua divisi, dan manajer puncak dari semua struktur organisasi. Mereka juga menambahkan bahwa penyusunan perencanaan adalah proses yang fleksibel yang dipengaruhi oleh perubahan lingkungan dan tantangan yang muncul dalam mencapai tujuan program.

Program UKS khususnya pencegahan penularan HIV pada remaja usia SMK di Kota Depok, khususnya di kelurahan Tugu kurang berjalan dengan baik disebabkan karena kecilnya anggaran. Perencanaan anggaran (*budget*) mempunyai fungsi pokok sebagai pedoman kerja, sebagai alat pengkoordinasian kerja serta sebagai alat pengawasan kerja. Anggaran bila dibandingkan dengan fungsi-fungsi manajemen, terlihat bahwa anggaran mempunyai kaitan yang sangat erat dengan manajemen, khususnya yang berhubungan dengan penyusunan rencana (*planning*). Anggaran merupakan alat manajemen untuk membantu menjalankan fungsi-fungsi manajemen (Siregar, 2003).

Kesuksesan program sangat dipengaruhi oleh dukungan ketersediaan anggaran dana. Penetapan anggaran dipengaruhi oleh faktor ekonomi, politik, dan donator (Rakich, Longest, & Darr, 1992, dalam Ervin, 2002 ). Ketersediaan anggaran yang berasal dari APBD Kota Depok untuk PKPR terlihat terdapat keterbatasan anggaran, padahal upaya pencegahan penyakit HIV/AIDS menjadi rencana strategis Kota Depok dalam rangka meningkatkan Indek Pembangunan Manusia (IPM) Kota Depok. Keberhasilan program pencegahan penularan HIV pada remaja berbasis sekolah akan berdampak pada peningkatan IPM Kota Depok.

## **b. Organisasi (*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 sampai di tingkat Puskesmas. Hal ini disebabkan keterbatasan sumber daya manusia sehingga penanggung jawab program mempunyai beberapa tanggung jawab. Menurut hasil penelitian Barney (2011) di dalam strategi manajemen dalam membangun strategi sumber daya harus mampu disitribusikan secara merata dan berbeda-beda sesuai dengan kebutuhan manajemen dari waktu ke waktu untuk mempertahankan keuntungan yang mampu berdaya saing. Dia juga menambahkan ada empat keuntungan yang diperoleh dengan adanya perencanaan sumber daya yang baik, yaitu; keuntungan nilai organisasi, mempertahankan keunggulan, sedikit kesalahan, dan keberlangsungan sumber daya manusia yang berkelanjutan.

Manajemen sumber daya manusia yang kurang baik akan mengakibatkan penanggung jawab program tidak optimal dalam melakukan pekerjaan yang ada. Selain itu cenderung munculnya peran ganda dari penanggung jawab program, SDM yang berganti-ganti juga merupakan kendala untuk tidak terorganisirnya kegiatan dengan optimal. Selain itu pemegang program UKS di tingkat Puskesmas kadang tidak memiliki latar belakang keahlian dalam upaya kesehatan sekolah, seperti yang terjadi di Puskesmas Tugu dipegang oleh seorang perawat Gigi, meskipun telah dilatih sebagai petugas PKPR. Harrison *at all* (2010) hasil penelitiannya mengatakan bahwa orang-orang yang dilibatkan dalam organisasi harus memahami budaya dan nilai organisasi khususnya tanggung jawab yang diterima, karena akan sangat membantu dalam proses pengambilan keputusan yang sebaiknya dilakukan untuk membantu kelancaran organisasi. Dalam pelaksanaan fungsi manajemen, sumber daya manusia sangat ditentukan oleh persyaratan-persyaratan mental, fisik, dan emosional untuk posisi jabatan yang ada melalui analisa jabatan, deskripsi jabatan dan spesifikasi

jabatan dan kemudian menarik karyawan yang diperlukan dengan karakteristik personalia tertentu. Seperti keahlian, pendidikan, umur, latihan, dan pengalaman (PNP & Tripathi, 2006).

Struktur Pembina UKS di tingkat kabupaten/kota pada dasarnya diserahkan kepada kebijakan dan kebutuhan kabupaten/kota masing-masing. Ketua Tim Pembina UKS di tingkat kabupaten/kota di pimpin oleh Wakil Bupati/Wakil Walikota, ketua dua oleh Kepala Dinas Kesehatan, dan Ketua harian di pimpin oleh Kepala Dinas Pendidikan. Sedangkan Ketua Tim Pembina UKS di tingkat kecamatan di pimpin oleh Camat, ketua dua oleh Kepala Puskesmas, dan Ketua empat di pimpin oleh ketua PKK. Tim Pelaksana UKS di tingkat SMA/SMK pembinanya adalah Camat, Ketua adalah Kepala Sekolah dengan anggota dari unsur komite sekolah, petugas UKS Puskesmas, unsur peserta didik, dan guru (Diknas Jabar, 2010).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Anak dan Remaja pada tanggal 6 Oktober 2011 mengatakan bahwa meskipun pendelegasian wewenang sudah di susun dengan jelas mulai dari tingkat pusat sampai daerah, dalam operasional masih mengalami kendala. Kendala yang paling dirasakan adalah kurangnya koordinasi diantara Tim Pembina yang terdiri dari berbagai instansi, beban tugas, wewenang, dan tanggungjawab yang dipegang oleh staf Tim Pembina yang menyebabkan kegiatan kurang bisa berjalan dengan efektif. Hal ini terlihat kurang berjalannya program-program UKS terutama PKPR di tingkat sekolah SMA/SMK, padahal PKPR merupakan program pokok UKS yang dapat membantu mewujudkan “Sekolah Sehat” di lingkungan Kota Depok.

Anne dan Miguel (2011) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pentingnya hubungan komponen dalam organisasi yang menekankan pada pentingnya pertukaran kolaborasi dalam pembagian tugas dan wewenang. Mereka menambahkan bahwa pembagian tugas dan wewenang meliputi;

strategi gabungan, kerja sama, kesepakatan pembagian tugas dan tanggungjawab, kerja sama lintas sektor, dan membangun jaringan. Upaya kolaborasi itu semua diarahkan untuk membangun pemahaman yang utuh atau menyeluruh untuk mencapai tujuan organisasi. Pembagian wewenang merupakan sesuatu yang vital dalam organisasi. Atasan perlu melakukan pendelegasian wewenang agar mereka bisa menjalankan operasi manajemen dengan baik. Selain itu, pendelegasian wewenang adalah konsekuensi logis dari semakin besarnya organisasi (Mulyadi, 2007).

Berdasarkan hasil pengkajian, departementasi Struktur UKS mulai dari tingkat kota sampai kecamatan sudah terbentuk, sedangkan di tingkat sekolah belum semua terbentuk dikarenakan belum semua guru dan murid di sekolah SMA/SMK mendapatkan pelatihan tentang UKS khususnya program pencegahan penularan HIV di tingkat sekolah yang disebabkan karena terbatasnya anggaran untuk melakukan pelatihan dan prioritas anggaran untuk pengembangan UKS ditingkat SD/MI, tetapi mulai tahun 2011 prioritas anggaran untuk pelatihan PKPR di tingkat SMA/SMK mulai berjalan meskipun belum semua terlaksana dan secara bertahap akan dikembangkan pada semua sekolah. Tidak semua sekolah SMA/SMK memiliki Tim Pelaksana UKS menyebabkan program-program tidak dapat dilaksanakan.

Janice, Robert, dan Patrick (2011) dalam review jurnalnya mengatakan bahwa pembagian subordinat besar atau kecil dalam organisasi akan mampu memberikan gambaran peta yang detail tentang setiap tahapan yang dibutuhkan untuk menjembatani tingkatan system dan pembagian keahlian/keilmuan serta membuat banyaknya hal yang mudah dicapai diantara keahlian/keilmuan dan departemen yang lebih rendah (*subdomain*). Ditambahkan Marquis dan Huston (2006) bahwa departementasi dibentuk dalam upaya untuk meningkatkan kinerja dan fungsi organisasi dalam mencapai tujuan manajemen.

Hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas dan Dinas Pendidikan Kota Depok tentang mekanisme komunikasi dan informasi program UKS di Kota Depok minimal dilakukan setahun sekali pada acara laporan Tahunan Program UKS. Alur komunikasi dan informasi belum semua berjalan di sebabkan kadang merasa belum menjadi kebutuhan dan prioritas karena kurangnya kesadaran guru tentang pentingnya UKS terutama program PKPR pada remaja SMA/SMK. Hasil Wawancara dengan pemegang program UKS di tingkat Puskesmas mengatakan bahwa sulit sekali melakukan koordinasi dengan Sekolah SMA/SMK untuk menjalankan program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan penyakit seksual menular termasuk HIV.

Menurut Filipo (1988), menjadi penting fungsi koordinasi diantara pejabat dalam struktur organisasi baik yang bersifat lintas sektor maupun lintas program dalam upaya membangun mekanisme kerja yang baik yang dapat menunjang pencapaian tujuan dari organisasi. Perilaku positif organisasi menjadi sumber harapan, sikap optimis, dan kegembiraan yang muncul dalam hubungan diantara pekerja mampu meningkatkan penampilan kerja (*performance*), kepuasan kerja, kesenangan kerja, dan komitmen organisasi (Carolyn dan Fred, 2011).

**c. Pengarahan (*directing*)**

Menurut Marquis dan Huston (2006) *directing* terdiri dari peningkatan motivasi kerja atau supervisi, dan komunikasi interpersonal. 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. Kegiatan pelaksanaan pengarahan program UKS sudah dijelaskan dalam tugas, fungsi, dan mekanisme kerja TP UKS mulai dari Pusat hingga ke Daerah, karena UKS merupakan bentuk kegiatan pembinaan



manusia lintas sektor dan lintas program yang bersifat otonom, maka desentralisasi kegiatan pelaksanaan di serahkan kembali pada tingkatan TP UKS dengan tetap melakukan koordinasi dalam pelaksanaannya (Diknas Jabar, 2010).

Hasil pengkajian ditemukan proses supervisi hanya bersifat insidental, supervisi belum terjadwal dengan jelas yang berdampak pada capaian indikator program yang kurang jelas. Selain itu belum adanya kerjasama yang jelas dengan lintas program dan lintas sektor, belum terlihat adanya upaya untuk mengintegrasikan kegiatan pencegahan risiko penularan HIV pada pihak – pihak yang terlibat. Dirk (2011) dalam penelitiannya mengatakan bahwa seorang pemimpin dalam kepemimpinannya perlu menggunakan motivasi untuk melayani dalam organisasi. Dia juga menambahkan bahwa pelayanan kepemimpinan dapat ditunjukkan dengan melakukan pemberdayaan dan mengembangkan kemampuan orang-orang bawahannya dalam rangka untuk meningkatkan aktualisasi diri, sikap positif terhadap pekerjaan, dan memperkuat fokus organisasi untuk mempertahankan kesambungan organisasi dan tanggung jawab sosial. Pengarahan yang dilakukan oleh masing- masing bagian tanpa adanya jalur komunikasi yang efektif, mengakibatkan kinerja organisasi tidak berjalan dengan optimal dan dibutuhkan fungsi pengarahan yang baik, dimana diperlukan suatu komunikasi yang efektif untuk memotivasi pihak - pihak yang terlibat (Marquis & Houston, 2006).

Data hasil pengkajian didapatkan belum adanya format penilaian capaian atau indikator keberhasilan upaya pencegahan penularan HIV di tingkat sekolah SMK. Saat ini yang telah dilakukan adalah penyuluhan kesehatan yang dilakukan setahun sekali dan tidak ada indikator yang jelas terhadap keberhasilan dari pendidikan kesehatan. Perlu dikembangkan pedoman kurikulum, tujuan, dan indikator keberhasilan dari proses supervisi. Penelitian Kirkby *et al* (1998), mengatakan bahwa untuk merubah dari staf krisis ke staf proaktif diperlukan supervisi yang terjadwal, perlengkapan

supervisi, manajemen informasi, dan beban kerja pada setiap bagian. Dijelaskan juga dalam hasil penelitian itu bahwa upaya pengembangan peningkatan kinerja melalui supervise bisa dilakukan dengan cara; merevisi kembali pedoman kegiatan, menghilangkan supervisi yang terpusat, mendorong atau memotivasi tanggungjawab harian setiap bagian organisasi, menciptakan ruang kreatifitas bagi staf, dan menentukan capaian (indikator) pada setiap unit kerja.

Data hasil pengkajian terhadap pelaksanaan kegiatan upaya pencegahan risiko penularan infeksi HIV di tingkat sekolah melalui program PKPR belum berjalan dengan optimal disebabkan karena kurangnya komunikasi di antara lembaga terkait seperti Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Departemen agama, dan Departemen Dalam Negeri. Komunikasi lintas departemen dilakukan hanya setahun sekali pada saat proses pelaporan oleh setiap Tim Pembina dari masing-masing lembaga. Kondisi ini sering menimbulkan konflik internal pada tim pelaksana di tingkat bawah khususnya Puskesmas dalam melaksanakan supervisi ke sekolah-sekolah, sehingga program berjalan jika ada himbauan dari struktur yang lebih tinggi, contohnya jika akan dilakukan penilaian sekolah sehat.

Kegiatan supervisi yang tidak terjadwal belum memenuhi fungsi pengarahan yang baik dimana penting adanya komunikasi yang efektif untuk memotivasi pihak-pihak yang terlibat, menyelesaikan konflik, serta memberikan pengarahan yang dibutuhkan dalam melakukan proses pengarahan (Azwar, 1996). Dirk (2011) di dalam hasil penelitiannya mengatakan bahwa perlunya membangun komunikasi yang baik diantara staf untuk membangun kualitas dinamika hubungan, rasa percaya, dan kejujuran yang diharapkan dapat membantu proses penampilan kerja yang lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi.

#### **d. Evaluasi (*controlling*)**

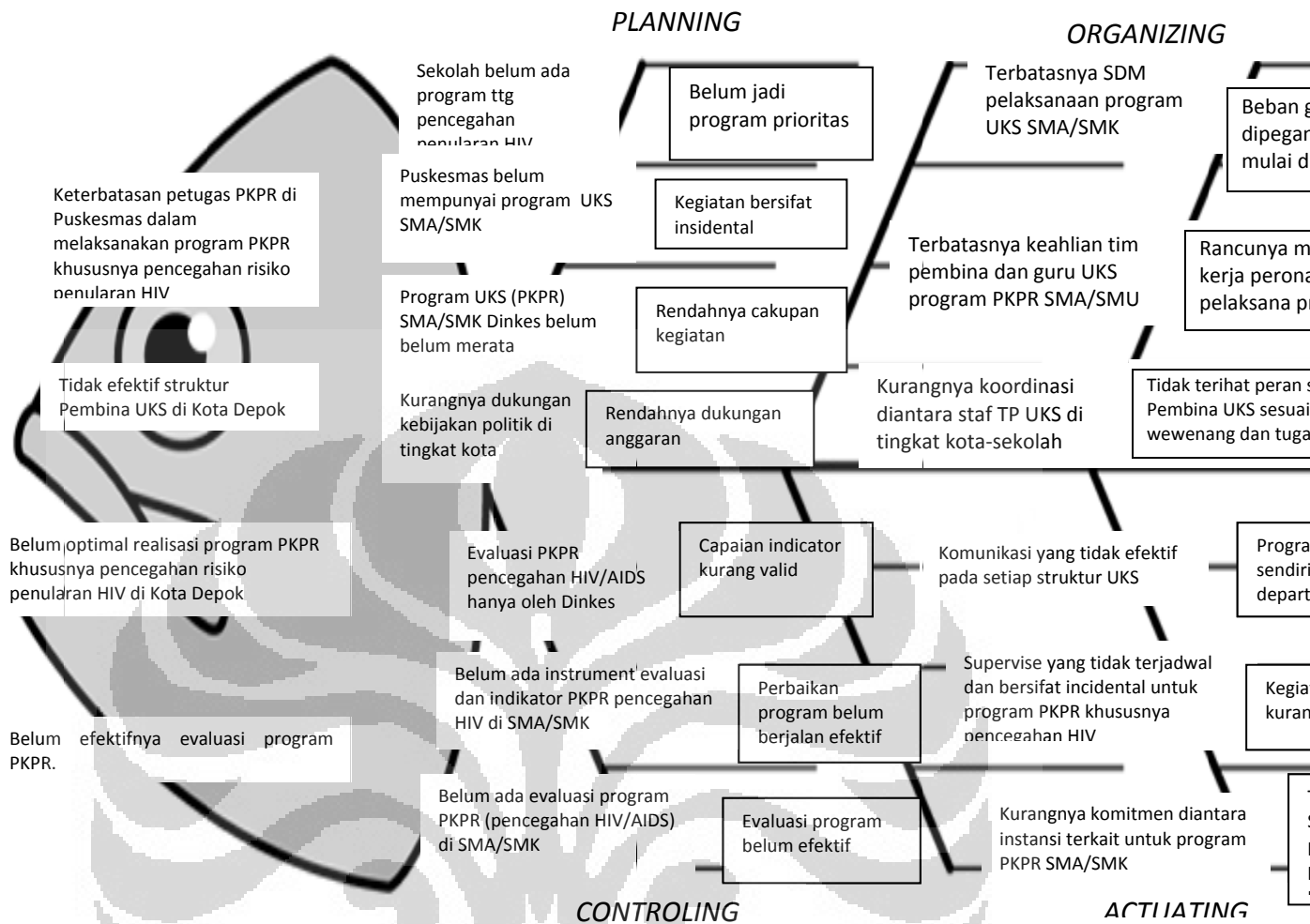
Evaluasi bertujuan untuk melihat efektifitas dan efisiensi program yang sedang atau telah dilaksanakan (Ervin, 2002). Evaluasi dapat mengidentifikasi masalah dan keterbatasan program yang dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan saat program sedang berlangsung atau setelah program terlaksana. Menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa *controlling* terdiri dari *quality control*, instrumen evaluasi, dan disiplin. Pemerintah Kota Depok melakukan evaluasi setiap tahun dalam rangka membuat laporan pertanggung jawaban APDB Kota Depok oleh Walikota Depok. Pada laporan pertanggung jawaban Walikota Depok terlihat keberhasilan secara umum pelaksanaan kegiatan UKS di Kota Depok. Evaluasi kegiatan PKPR lebih banyak terhadap Dinas Kesehatan Kota Depok, sementara struktur lainnya kurang terevaluasi (Depok online, 2011).

Kegiatan pengendalian khususnya monitoring dan evaluasi yang dilakukan selama ini hanya menilai keberlangsungan kegiatan PKPR terhadap sekolah yang sudah mengikuti pelatihan, tetapi belum digunakan untuk menilai kinerja PKPR yang terbentuk maupun evaluasi program penanggulangan faktor risiko penularan penyakit seksual menular khususnya kegiatan pencegahan risiko penularan HIV pada usia remaja SMA/SMK. Fungsi pengontrolan tidak berjalan dengan baik akibat belum jelasnya indikator pencapaian tujuan jangka pendek maupun jangka panjang terkait program yang dilaksanakan. Blake, Spencer, dan Kevin (2011), dalam penelitiannya mengatakan bahwa capaian program yang efektif sangat ditentukan oleh hasil pengkajian manajemen sebagai dasar penetapan masalah dan tujuan dari sebuah program.

Evaluasi program kesehatan seharusnya sudah dijelaskan sejak awal pembuatan model sebagai kerangka kerja dalam penyusunan perencanaan hasil yang diinginkan. Belum adanya kerangka kerja yang digunakan dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV pada remaja di sekolah menyebabkan kurangnya jelasnya capaian keberhasilan dari program.

Evaluasi proses dan evaluasi hasil yang belum dilakukan dengan baik 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 risiko penularan HIV pada remaja di sekolah SMA/SMK. Sehingga tujuan dari evaluasi program tidak dapat dipenuhi yaitu melihat efektifitas dan efisiensi program yang sedang atau telah dilaksanakan ( Ervin, 2002).

Berdasarkan uraian data tentang pelaksanaan empat fungsi manajemen pelayanan kesehatan UKS program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV/AIDS di wilayah kerja Puskesmas Tugu, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok, maka dapat digambarkan diagram *fish bone* untuk mempermudah merumuskan masalah yang ditemukan. Diagram *fish bone* tentang masalah manajemen pelayanan kesehatan UKS program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV/AIDS pada remaja sekolah SMA/SMK adalah sebagai berikut :



Skema 4.1 : Analisis *fishbone* manajemen pelayanan keperawatan komunitas pada *aggregate* remaja sekolah HIV di Kelurahan Tugu, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok Tahun 2011

Berdasarkan hasil analisis *fishbone* tentang manajemen UKS program pencegahan risiko penularan HIV pada remaja di sekolah SMA/SMK di Kelurahan Tugu diidentifikasi beberapa masalah sebagai berikut :

1. Keterbatasan petugas PKPR pada tingkat Sekolah, Puskesmas, dan Departemen dalam melaksanakan pembinaan UKS terutama program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV
2. Tidak efektif struktur Pembina UKS tingkat sekolah SMA/SMK di Kota Depok khususnya upaya pencegahan risiko penularan HIV
3. Belum optimalnya realisasi program PKPR di Kota Depok di tingkat sekolah SMA/SMK khususnya upaya pencegahan risiko penularan HIV
4. Belum efektifnya evaluasi program PKPR di tingkat sekolah SMA/SMK khususnya upaya pencegahan risiko penularan HIV

Sesuai dengan prioritas masalah (lihat lampiran), maka hanya dua masalah yang akan dibahas berikut ini dalam bentuk program inovasi manajemen, yaitu :

1. Keterbatasan petugas PKPR pada tingkat Sekolah, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan dalam melaksanakan pembinaan UKS terutama program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV
2. Belum optimalnya realisasi program PKPR di Kota Depok di tingkat sekolah menengah atas khususnya upaya pencegahan risiko penularan HIV di SMK "RF"

#### **4.1.2 Perencanaan, Implementasi, Evaluasi dan Rencana tindak lanjut**

Kedua masalah manajemen pelayanan kesehatan komunitas tersebut kemudian diselesaikan melalui program inovasi dengan tema "Pencegahan risiko penularan HIV pada remaja berbasis sekolah" dengan metode "pemberdayaan pendidik sebaya dan konselor sebaya" yang akan dilakukan selama 8 bulan pada Siswa Sekolah Menengah Kejuruan "RF" di Kelurahan Tugu. Adapun perencanaan dan program inovasi tersebut adalah sebagai berikut:

**Masalah Manajemen 1:** Keterbatasan petugas PKPR pada tingkat Sekolah, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan dalam melaksanakan

pembinaan UKS terutama program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV di SMK “RF”.

**Tujuan Umum:** Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas yaitu selama 8 bulan diharapkan terbentuk dan terlaksana program melalui model pendidik sebaya dan konselor sebaya di SMK “RF”.

**Tujuan Khusus:** Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas melalui pendidik sebaya dan konselor sebaya selama 8 bulan di SMK “RF” diharapkan :

- 1). Terdapatnya struktur pendidik sebaya dan konselor sebaya yang terintegrasi dengan program UKS/OSIS,
- 2). Terdapatnya pembagian kerja penanggung jawab program,
- 3). Terdapatnya struktur pendidik sebaya dan konselor sebaya di sekolah SMK “RF”,
- 4). Adanya pembagian kerja,
- 5). Pendidik sebaya mampu melaksanakan kegiatan secara mandiri,
- 6). Pelatihan guru pembina pendidik sebaya secara berkala,
- 7). Tersusun buku modul materi,
- 8). Tersusun buku kerja kegiatan pendidik sebaya dan konselor sebaya,
- 9). Tersusun buku kerja supervisi kegiatan pendidik sebaya dan konselor sebaya.

**Rencana Kegiatan:**

- 1). Membentuk model pendidik sebaya dan konselor sebaya beserta struktur dan pembagian kerja di SMK “RF” ,
- 2). Pelatihan guru pembina UKS dan guru konselor,
- 3). Menyusun program kerja kegiatan pendidik sebaya yang telah dilatih untuk kegiatan mandiri di sekolah,
- 4). Menyusun buku panduan materi, buku kerja pendidik sebaya, buku kerja konseling sebaya dan buku kerja supervisi,
- 5). Merencanakan pelatihan secara berkala bagi pendidik sebaya dengan bekerja sama antara keluarga, masyarakat/LSM, dinas pendidikan, kementerian agama, BKKBN, dinas kesehatan, sekolah, dan puskesmas,
- 6). Desiminasi struktural terkait dengan pengembangan program PKPR atau UKS di tingkat kecamatan.

**Pembenaran:** Intervensi masalah fungsi pengorganisasian ditekankan pada pembentukan struktur dan pembagian kerja penanggung jawab pendidik sebaya dan konselor sebaya merupakan bagian dari keberhasilan penanganan permasalahan penularan HIV pada kelompok usia remaja di tingkat sekolah. Marquis dan Houston (2006) pembentukan struktur dan pembagian kerja, dan wewenang bertujuan agar program terlaksana secara optimal. Hal ini memerlukan pembentukan struktur kegiatan pendidik sebaya dan konselor sebaya di SMK “RF” melalui negosiasi dengan kepala sekolah setempat. Strategi yang dilakukan adalah pemberdayaan remaja setempat dalam kepengurusan pendidik sebaya dan konselor sebaya dalam mengatasi permasalahan risiko penularan HIV pada remaja sekolah.

Pemberdayaan merupakan bentuk optimalisasi sumber daya yang ada di masyarakat dengan berbagai pihak terkait dalam mengatasi masalah kesehatan. Pemberdayaan sangat berperan penting dalam tindakan keperawatan komunitas (Ervin, 2002). Bentuk pemberdayaan masyarakat dalam pengorganisasian adalah negosiasi, koordinasi dan penjelasan program kesehatan penyakit menular seksual dengan program yang berkaitan serta instansi-instansi terkait seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas Tugu, Dinas Pendidikan, BKKBN, Masyarakat/LSM, dan semua komponen sekolah. Pendidikan kesehatan merupakan upaya pelayanan promotif dan preventif melalui penyebaran informasi dalam upaya merubah perilaku yang lebih sehat. (Stanhope & Lancaster, 2004).

Pengarahan atau supervisi merupakan bagian penting dari manajemen pelayanan kesehatan untuk menjaga supaya program berjalan sesuai dengan perencanaan dan mencari solusi terhadap kendala yang dihadapi saat program sedang berjalan. Menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa *directing* terdiri dari peningkatan motivasi kerja atau supervisi, dan komunikasi interpersonal. 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.

### **Implementasi:**

#### **1). Pembentukan Kelompok Pendidik Sebaya dan Konselor Sebaya.**

Pembentukan program pendidik sebaya dan konselor sebaya dilakukan pada hari kamis tanggal 4 November 2011 di ruang multimedia Lt.2 SMPN 8 Kelurahan Tugu. Acara ini dihadiri oleh beberapa tamu undangan dari berbagai lintas sektor seperti; Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Ketua TP UKS kecamatan Cimanggis, Kepala Sekolah dan Perwakilan Guru dari lima sekolah binaan berjumlah 20 orang. Acara berlangsung dari jam 08.00 samapai dengan jam 10.00 WIB. Acara pembentukan program melibatkan semua sektor terkait dalam rangka untuk menghasilkan perencanaan terbaik dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan pada anak remaja usia sekolah.

Hasil dari pertemuan ini merekomendasikan perlunya memperkuat kembali peran UKS dalam meningkatkan status kesehatan siswa dalam rangka membantu meningkatkan prestasi belajar. Penekanan program yang disepakati ditingkat anak usia sekolah SMK adalah upaya yang terkait dengan masalah perilaku seperti; seks bebas, merokok, narkoba, penyakit menular seksual, kesehatan reproduksi, dan kehamilan tidak diinginkan. Selain itu ditekankan pentingnya peran supervisi kegiatan oleh Puskesmas terhadap pembinaan program UKS.

Program pendidik sebaya dan konselor sebaya telah mendapat dukungan dari pihak guru dan kepala sekolah SMK “RF” ditandai dengan disetujuinya program kerja dan struktur organisasi di bawah pembinaan

wakil kepala sekolah bidang kesiswaan. Kepengurusan pendidik sebaya dan konselor sebaya terdiri Pembina, ketua, sekretaris, bendahara, dan tiga sie kegiatan utama, yaitu sie pendidikan kesehatan, sie kesehatan lingkungan, dan sie pelayanan kesehatan. Kepengurusan pendidik sebaya dan konselor sebaya kemudian ditetapkan melalui SK Kepala Sekolah. Kegiatan tersebut juga disusun tugas dan uraian fungsi masing-masing pengurus dalam struktur organisasi. Kepengurusan di tingkat sekolah yang terbentuk tersebut akan melakukan rapat pengurus untuk merancang dan melaksanakan kegiatan selama 8 bulan.

## **2). Pelatihan Guru Pembina UKS dan Guru Konselor**

Pelatihan guru Pembina UKS dan guru konselor menjadi bagian penting dari program untuk membantu proses supervisi ditingkat sekolah dan kamandirian dalam menjalankan program. Pelatihan guru Pembina UKS dan Guru Konselor dilakukan selama dua hari yaitu pada tanggal 23 - 24 November 2011 jam 13.00 – 17.00 di ruang multimedia Lt. 2 SMPN 8 Keluarahn Tugu. Peserta dalam pelatihan ini diikuti oleh perwakilan guru dari 9 sekolah binaan di wilayah Kecamatan Cimanggis masing-masing sejumlah tiga guru yang terdiri dari dua guru Pembina UKS dan satu guru konselor/BP. Semua peserta mampu mengikuti kegiatan baik dan sangat antusias ditunjukkan dengan mereka aktif bertanya. Sebagai bukti mereka telah mengikuti pelatihan, diberikan sertifikat sebagai tanda bahwa peserta memiliki kemampuan dan ketrampilan sebagai guru pembimbing UKS dan guru konselor yang akan membantu di dalam proses pendidikan sebaya.

## **3). *Workshop* Penyusunan Program Kerja UKS/PKPR**

*Workshop* penyusunan program kegiatan pendidik sebaya dan konselor sebaya di SMK “RF” pada tahap residensi ini difokuskan pada memberikan pengetahuan dan ketrampilan siswa dalam mencegah faktor risiko penularan infeksi HIV seperti; masalah seputar remaja yang rentan untuk terjadinya penularan infeksi HIV seperti Narkoba, perilaku seksual,

dan kesehatan reproduksi. Rencana kerja yang disusun untuk mengatasi permasalahan kesehatan remaja di sekolah SMK “RF”, disesuaikan dengan rencana kerja yang disusun bersama semua guru pada waktu *workshop* penyusunan program kerja UKS tingkat kecamatan Cimanggis pada tanggal 23-24 November 2011 sebagai berikut: pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan kesehatan lingkungan, pembentukan pendidik sebaya, pembentukan pendidik sebaya dan guru konselor, adanya dukungan sosial (*social support*) dari orang tua dalam bentuk asuhan keperawatan keluarga, dan kampanye remaja sehat di tingkat sekolah. Kegiatan tersebut terintegrasi dalam manajemen dan asuhan keperawatan komunitas, serta kegiatan tersebut telah dijabarkan menjadi *plan of action* (POA) kesehatan remaja sekolah.

#### **4). Penjaringan Calon dan Pelatihan pendidik Sebaya**

Penjaringan calon pendidik sebaya melibatkan guru kesiswaan dengan beberapa kriteria dan dilanjutkan dengan pelatihan yang melibatkan residen, guru, dan petugas puskesmas yang diselenggarakan selama dua hari yaitu tanggal 30 November dan 1 Desember 2011 di ruang rapat guru SMK “RF” mulai jam 07.00 WIB sampai dengan jam 13.00 WIB. Acara ini diikuti 22 remaja dari kelas 7 dan 8 SMK “RF”, peserta pelatihan tersebut akan menjadi kader kesehatan pendidik sebaya sekolah dengan mendapatkan sertifikat yang ditandatangani oleh pihak Puskesmas Tugu dan FIK UI.

Peserta pendidik sebaya dibekali pengetahuan dan ketrampilan seputar permasalahan kesehatan remaja. Pengetahuan yang diberikan disesuaikan dengan buku standar PKPR yang disusun depkes dan diberikan kepada seluruh peserta pelatihan, sedangkan ketrampilan diberikan melalui pelatihan interaktif dalam mengatasi permasalahan kesehatan remaja. Setiap materi yang disampaikan diberikan dalam strategi belajar aktif dan peserta mengikuti setiap materi yang diberikan. Peserta diberikan juga pembekalan tentang dasar pengorganisasian dalam menjalankan kegiatan

pendidik sebaya. Pada acara pelatihan ini dilakukan juga penilaian terhadap kelompok dan peserta terbaik sehingga menambah semangat dan keaktifan peserta mengikuti setiap sesi kegiatan pelatihan.

Peserta pelatihan sebelum dan sesudah pelatihan diberikan soal untuk menilai pengetahuan remaja seputar masalah kesehatan remaja. Soal *pre test* dan *post test* diberikan sebanyak 20 soal seputar materi pelatihan pendidik sebaya. Hasil *pre test* menunjukkan nilai rerata adalah 80,7 dan nilai rerata *post test* adalah 90,5, sehingga dapat disimpulkan terjadi kenaikan pengetahuan peserta pelatihan pendidik sebaya sebesar 9,8. Hal ini menunjukkan materi pelatihan yang diberikan dapat dipahami oleh peserta pelatihan dengan baik.

#### **5). Rapat Monev Pengurus Pendidik dan Konselor Sebaya**

Rapat monev pengurus pendidik sebaya dan konselor sebaya di SMK "RF" dilakukan pada hari Senin, tanggal 15 Desember 2011, pukul 10.00 sampai dengan 12.00 di salah satu ruang kelas SMK "RF". Acara rapat koordinasi ini adalah untuk mengevaluasi pencapaian tujuan masalah manajemen pertama dan dijadikan dasar penyusunan kegiatan pada semester kedua yaitu bulan Februari - Mei 2012. Acara ini dihadiri 22 pendidik sebaya dan perwakilan guru pembina kesiswaan. Hasil dari pertemuan disepakati akan adanya kegiatan pendidikan dalam kelompok-kelompok kecil yang dipandu oleh pendidik sebaya dan disupervisi oleh guru pembina UKS dan mahasiswa residen. Pertemuan kegiatan kelompok dilakukan satu minggu dua kali dengan durasi pertemuan 60 menit dengan membahas tema-tema yang sudah disepakati dalam buku modul pembelajaran.

Pelaksanaan kegiatan pendidikan sebaya rencananya akan dilakukan secara reguler selama kurang lebih 4 bulan dari bulan Februari sampai Mei 2012. Disamping itu juga disepakati adanya kegiatan seminar remaja dan seminar yang melibatkan orang tua siswa dengan pemateri

dari pendidik sebaya dan nara sumber lainnya dari guru, dinas kesehatan, atau praktisi remaja. Tema yang diangkat dalam kegiatan ini adalah "remaja punya potensi" dengan tujuan siswa pendidik sebaya mampu menyampaikan materi dan mendidik teman sebayanya dan juga masyarakat sekolah.

**Hasil Evaluasi :** terbentuk kader pendidik sebaya dan konselor sebaya sebanyak 22 siswa dari kelas IX dan X, adanya 2 guru konselor yaitu Ibu D dan Ibu E, terbentuknya struktur dan uraian tugas kegiatan pendidik sebaya, dan tersusunnya program kerja upaya pencegahan risiko penularan HIV di SMK "RF" selama 8 bulan. Setelah diberikan pelatihan pada siswa pendidik sebaya didapatkan rerata kenaikan nilai pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan adalah sebesar 15,32 dan hasil uji statistik didapatkan perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan dengan signifikansi 0,00 dengan tingkat kepercayaan 0,05. Sedangkan untuk rerata kenaikan nilai pengetahuan guru sebelum dan sesudah pelatihan sebesar 17,46 dan hasil uji statistik didapatkan kesimpulan adanya perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan dengan nilai signifikansi 0,00 dengan tingkat kepercayaan 0,05.

**Rencana Tindak Lanjut :** Struktur penanggung jawab PKPR dan pendidik sebaya akan dibina oleh Puskesmas Tugu dan Tim pembina UKS Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

**Masalah Manajemen 2:** Belum optimalnya realisasi program PKPR di Kota Depok di tingkat sekolah menengah atas khususnya upaya pencegahan risiko penularan HIV di SMK "RF".

**Tujuan Umum:** Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas melalui pendidik sebaya dan konselor sebaya selama 8 bulan diharapkan terjadi koordinasi dan pelaksanaan kegiatan di sekolah (Dinas

Pendidikan), keluarga dan masyarakat (Pembinaan Keluarga Remaja), puskesmas (Dinas Kesehatan), dan BKKBN.

**Tujuan Khusus:** Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas melalui pendidik sebaya dan konselor sebaya selama 8 bulan di SMK RF” diharapkan :1). Terdapat alur komunikasi yang efektif, 2). Adanya monitoring dan evaluasi kegiatan melalui supervisi berkala dari puskesmas dan dinas kesehatan, 3). Adanya buku kerja untuk memonitor perkembangan, 4). Adanya keterlibatan orang tua dan/atau masyarakat serta guru, 5). Adanya rapat koordinasi antara dinas kesehatan, puskesmas, kelurahan dan sekolah secara berkala, Adanya pusat informasi komunikasi berbasis teknologi *web blog*, 6). Koordinasi antar lintas sektoral dalam kegiatan peyebarluasan kesehatan reproduksi remaja antara Dinas Kesehatan, Departemen Agama, Dinas Pendidikan, dan BKKBN.

**Rencana Kegiatan:** 1). Menyusun sistem alur informasi pendidik sebaya dan konselor sebaya dari tingkat kelompok remaja di sekolah sampai dengan dinas kesehatan, 2). Menyusun sistem alur rujukan remaja dari sekolah ke puskesmas/pelayanan kesehatan, 3). Menyusun buku kerja kesehatan remaja dan petunjuk pelaksanaan teknis pengisian, rujukan, dan penyelesaian masalah, 4). Membentuk pusat informasi dan komunikasi kesehatan remaja berbasis *web blog*, 5). Meningkatkan jejaring dukungan kelompok sosial sebagai bentuk partisipasi keterlibatan orang tua dan masyarakat/LSM, 6). Melibatkan orang tua dalam kegiatan seminar sebagai pembinaan keluarga remaja, 7). Menyusun rapat koordinasi antara sekolah, puskesmas, dan dinas kesehatan, 8). Lokakarya mini tim pembina UKS ditingkat Kecamatan Cimangis Kota Depok

**Pembenaran:** Intervensi fungsi manajemen pengarahan dan pengendalian ditekankan pada motivasi dan komunikasi kegiatan pendidik sebaya dan konselor sebaya di sekolah serta adanya monitoring

dan evaluasi kegiatan melalui supervisi pendidik sebaya dan konselor sebaya. Pengarahan dapat dilakukan melalui pemberian fasilitasi dan motivasi tim dalam menjalankan program akan dapat meningkatkan hasil kerja suatu organisasi. Motivasi yang diberikan akan ditekankan kepada pelaksanaan kerja yang efektif. Evaluasi dan monitoring selama supervisi akan memberikan arah terhadap pencapaian standar atau indikator program melalui pembinaan, pengarahan, dan pemberdayaan setiap komponen program (Marquis & Hiuston, 2006).

### **Implementasi:**

#### **1). Pelatihan Penyusunan Buku Modul, catatan, dan Media Pembelajaran**

Buku modul pembelaran dalam pendidik sebaya disusun dengan cara diskusi dan konsultasi yang melibatkan Supervisor, Residen, guru, dan kader pendidik sebaya dengan tujuan untuk menghasilkan buku modul yang terstruktur, mudah dipahami dan diterapkan oleh siswa . Kegiatan pelatihan ini dilaksanakan pada hari senin tanggal 9 Januari 2012 jam 16.00-17.30 di ruang kelas SMK “RF” yang dihadiri oleh 20 kader pendidik sebaya.

Selama pelatihan ini dijelaskan pentingnya kurikulum, buku modul, dan media dalam proses pembelajaran sebaya serta tahapan dalam penyusunan buku modul seperti; membuat tujuan pembelajaran, memilih media pembelajaran, dan membuat evaluasi pembelajaran. Selain itu juga dijelaskan juga tentang pentingnya pembuatan media, media yang disepakati selain dalam bentuk konvensional seperti; lembar balik, leaflet, brosur, dan selebaran, juga dikembangkan media berbasis elektronik seperti; video dan *web blog* untuk menunjang penyebaran informasi dan komunikasi dengan komunitas sekolah. Disepakati di akhir kegiatan bahwa buku modul, media, dan *web blog* akan diselesaikan pada akhir bulan Januari 2012 dan akan digunakan mulai pertengahan bulan Februari 2012 sampai dengan bulan Mei 2012.

## **2). Sosialisasi Penggunaan Buku Modul dan Catatan Pendidik Sebaya**

Buku suplemen materi pendidik dan konselor sebaya yang sudah dibuat kemudian dilakukan sosialisasi cara penggunaan dan cara pencatatan hasil kegiatan setiap pertemuan. Sosialisasi dilakukan bersama dengan guru pembina kesiswaan dengan harapan adanya peran pengawasan terhadap program pendidik dan konselor sebaya. Kegiatan dilakukan pada tanggal 28 Februari 2012 jam 15.30 di ruang kelas SMK “RF” yang dihadiri oleh 22 orang kader pendidik dan konselor sebaya. Hasil evaluasi kegiatan peserta sangat antusias dalam bertanya dan tampak memperhatikan penjelasan yang diberikan oleh mahasiswa.

## **3). Penyusunan dan Sosialisasi Buku Catatan Supervisi Kegiatan**

Supervisi menjadi bagian penting dalam kegiatan manajemen pelayanan kesehatan karena akan mampu menjaga dan meningkatkan kinerja seluruh komponen organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Buku catatan supervisi dibuat bersama dengan guru, petugas puskesmas, dan konsultasi dengan supervisor. Buku ini berisi catatan kegiatan pendidik dan konselor sebaya oleh supervisor dari mahasiswa dan guru untuk membantu siswa dalam menyempatkan materi dan kegiatan konseling. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 5 Maret 2012 bersama dengan guru pembina kesiswaan yang bertugas sebagai supervisor kegiatan siswa. Hasil evaluasi menunjukkan guru sangat senang sekali dengan adanya buku catatan supervisi sehingga tahu apa yang harus dilakukan untuk membantu kegiatan siswa pada program pendidik dan konselor sebaya.

## **4). Desiminasi Struktur Pembina UKS Tingkat Kecamatan**

Peremuan dengan tim pembina UKS di tingkat kecamatan dilakukan dengan tujuan untuk mensosialisaikan program upaya kesehatan remaja



PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV yang selama ini belum berfungsi dengan baik. Upaya dilakukan dengan cara mengundang Dinas Kesehatan Kota Depok, Dinas Pendidikan Kota Depok, Kementerian Agama Kota Depok, Kecamatan Cimanggis, Puskesmas, dan pihak sekolah SMK “RF”. Kegiatan ini dilaksanakan tanggal 4 April 2012 jam 13.00 - 15.00 bertempat di Puskesmas Tugu. Hasil dari pertemuan desiminasi ini disepakati adanya supervisi dari pihak dinas kesehatan dalam hal ini Puskesmas setiap 3 bulan sekali, dan akan dibantu oleh tim pembina di tingkat kecamatan untuk mengaktifkan kembali perannya dalam pembinaan UKS di wilayah Kecamatan Cimanggis.

##### **5). Supervisi Kegiatan Pendidik dan Konselor Sebaya**

Supervisi kegiatan pendidik dan konselor sebaya dilakukan dengan tujuan untuk memberikan bantuan dan bimbingan selama siswa kader kesehatan melaksanakan kegiatan pendidikan kesehatan selama 10 kali pertemuan yang didampingi oleh mahasiswa residen, sedangkan pendampingan oleh guru dilakukan sebanyak 2 kali. Kegiatan supervisi dilakukan setiap satu minggu sekali mulai bulan Maret sampai awal Mei 2012 bertempat di SMK “RF” setiap hari Selasa jam 15.30 – 16.30 dan Jum’at jam 14.30 - 15.30 WIB.

Hasil dari supervisi menunjukkan bahwa penampilan kader pendidik sebaya semakin baik dari supervisi pertama dibandingkan dengan supervisi terakhir. Perbandingan penampilan kinerja pendidik sebaya *pre test* dan *post test* menunjukkan rerata penampilan kinerja pada supervisi pertama adalah 64,40 dengan standar deviasi 1,50. Rerata penampilan kinerja pada supervisi terakhir adalah 88 dengan standar deviasi 1,70. Terlihat nilai rerata perbedaan antara sebelum dan sesudah kegiatan pendidik sebaya adalah 23,6. Hasil uji statistik didapatkan nilai signifikansi 0,000 dengan nilai kepercayaan 95%, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara penampilan kinerja pendidik sebaya pada supervisi pertama dan terakhir di SMK “RF”.

## **6). Lokakarya Mini Akhir Program**

Lokakarya mini akhir program bertujuan untuk evaluasi akhir kegiatan dan menyampaikan hasil kegiatan selama 8 bulan kegiatan serta pelimpahan tindak lanjut kegiatan pada pihak terkait seperti Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Puskesmas, dan Guru. Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 9 Mei 2012 di Kelurahan Tugu mulai jam 09.00 – 12.30 WIB yang dihadiri oleh 40 orang. Hasil kegiatan ini disepakati untuk tindak lanjut kegiatan pendidik dan konselor sebaya di SMK “RF” akan diwadahi dalam kegiatan ekstrakurikuler sekolah, karena mulai tahun 2013 ada kewajiban setiap siswa untuk mengikuti salah satu kegiatan ekstrakurikuler yang ada disekolah. UKS di SMK “RF” belum bisa dibentuk karena sudah terdapat poliklinik sekolah yang dianggap fungsinya adalah sama seperti UKS.

**Hasil Evaluasi :** tersusun buku modul materi pendidik sebaya, tersusun buku kerja catatan kegiatan pendidik sebaya, tersusun buku kerja catatan konseling sebaya, tersusun buku kerja catatan supervisi kegiatan pendidik sebaya, kegiatan pendidik sebaya berjalan 10 kali pertemuan, supervisi oleh guru dilakukan sebanyak 2 kali, supervisi oleh mahasiswa residen sebanyak 10 kali, dan disepakati supervisi kegiatan pendidik sebaya oleh Puskesmas Tugu tiga bulan sekali. Hasil analisa kinerja pendidik sebaya selama supervisi pertama menunjukkan rerata kinerja 64,40 dan supervisi kinerja terakhir didapatkan nilai rerata 88,00 dengan selisih rerata 23,60 dan hasil analisa uji statistik (uji t) didapatkan nilai signifikansi 0,00 dengan tingkat kepercayaan 0,05, sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna penampilan kinerja pendidik sebaya antara supervisi pertama dengan supervisi terakhir.

**Rencana Tindak Lanjut :** Supervisi dan pembinaan kegiatan pendidik sebaya akan dilanjutkan oleh petugas UKS Puskesmas Tugu dan Guru pembina kesiswaan dan kelembagaan kegiatan pendidik sebaya berada dalam kegiatan ekstrakurikuler samapai terbentuknya UKS di SMK “RF”.

## **4.2 Asuhan Keperawatan Keluarga**

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga di wilayah Kelurahan Tugu dilakukan terhadap 10 keluarga dengan fase perkembangan keluarga dengan remaja. Keluarga tersebut juga memiliki remaja yang berusia antara 15 sampai dengan 17 tahun dengan masalah risiko maupun aktual terkait perilaku berisiko terhadap penularan HIV pada remaja di SMK “RF”. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan melalui 2 periode, yaitu 5 keluarga mulai bulan September hingga Desember 2011 dan 5 keluarga mulai bulan Pebruari hingga Mei 2012. Dari 10 keluarga yang dibina akan dijelaskan satu keluarga yaitu keluarga Bapak M yang dianggap menarik untuk dibahas. Penetapan keluarga Bapak M berdasarkan pertimbangan bahwa anggota keluarga Bapak M yaitu An.E berisiko untuk tertular infeksi HIV sehingga perlu untuk ditindaklanjuti.

### **4.2.1 Hasil Pengkajian, Analisis, dan Jejaring penyebab (WOC)**

Pengkajian keluarga yang telah dilakukan pada keluarga Bp. M (55 tahun) terdiri dari An. E (17 tahun) laki-laki, dan An. K (10 tahun) laki-laki. Bp. M bekerja sebagai penjaga kos-kosan, istri Bp. M meninggal sekitar empat bulan yang lalu. Bapak M mengalami kesulitan dalam memberikan kebebasan dan tanggungjawab, ditunjukkan dengan An. E sering pulang larut malam dan tanggung jawab belajar yang kurang karena sering bolos. Komunikasi dengan anak remaja mengalami hambatan ditunjukkan dengan setiap pesan Bp. M diabaikan serta jarang berkomunikasi. Pola komunikasi dalam keluarga Bp. M sangat kurang terbuka dalam hal apapun, pola komunikasi tidak berjalan dengan baik dengan An. E disebabkan karena pesan yang disampaikan lebih cenderung perintah dan tuntutan kepada anak, sehingga anak merasa otonominya kurang. Bp. M agak segan mengungkapkan masalah pada An. E karena takut tersinggung atau marah, sehingga lebih cenderung ditahan dan hanya ngomong yang baik-baik saja. McMurray (2003) seringkali muncul konflik antara orangtua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya sementara orang tua mempunyai hak untuk mengontrol aktivitas anak. Hal

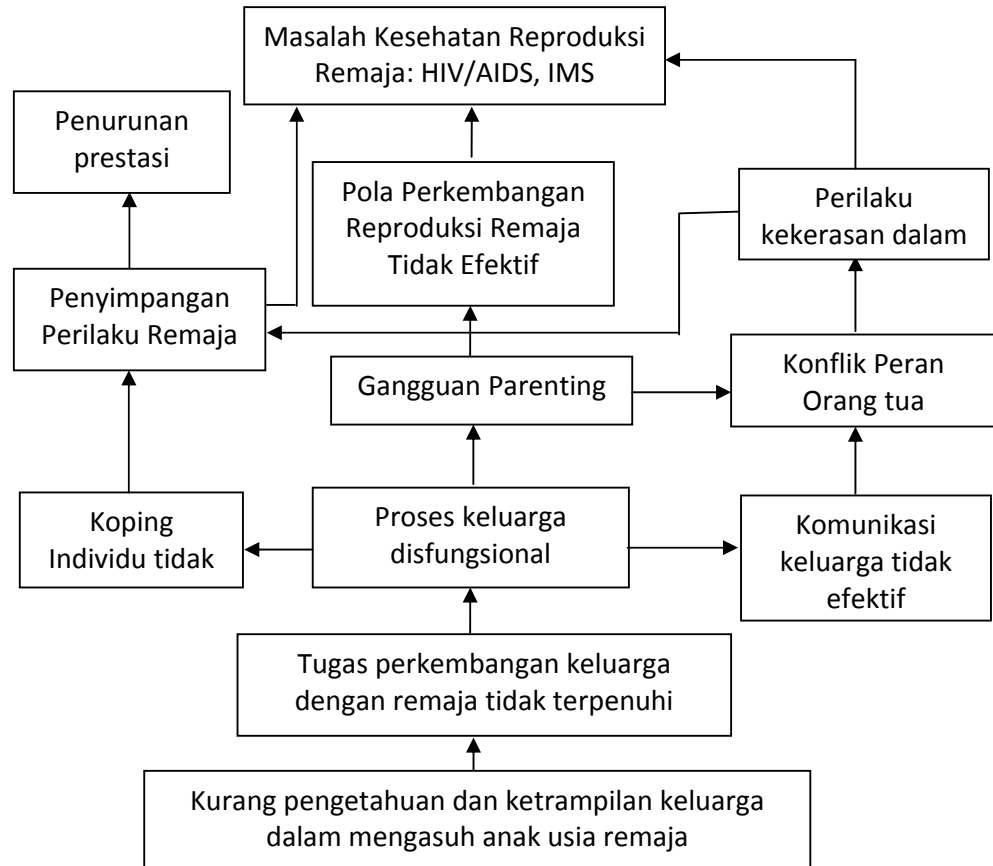
ini memerlukan peran orangtua untuk menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja tetap harmonis.

An. E merupakan anak yang pendiam, jarang ngomong, jarang juga mengungkapkan keinginan pada orang tua. Bp. M menginginkan anaknya bisa diajak ngobrol dan tidak diam saja jika ada masalah, karena dia merasa bebannya semakin berat untuk mengasuh anak-anaknya semenjak istrinya meninggal. Bp. M mengatakan pengaruh almarhum Ibunya sangat menonjol didalam perilaku anaknya karena lebih dimanjakan serta hubungan dengan ibu lebih dekat dibanding ayahnya. Bp. M merasa ada komunikasi yang tidak sehat dengan anaknya dan tidak tahu harus bagaimana memulai untuk mengajak bicara dengan An. E. Bp. M mengatakan saya sudah berusaha memberi nasehat tapi tidak didengarkan.

Menurut Duvall (1985, dalam Friedman, 2003) tugas perkembangan keluarga pada remaja adalah: 1). Memberikan kebebasan yang bertanggung jawab pada remaja; 2). Komunikasi terbuka antar orang tua dengan remaja; 3). Mempertahankan hubungan harmonis dengan remaja dengan berperan sebagai sahabat remaja. Bp. M mengatakan jika anaknya sampai larut malam belum pulang, dia sering merasa khawatir dan mencari ditempat biasa dia nongkrong di warnet. Jarak ke jalan besar 100 m, mudah untuk menjangkau fasilitas permainan dan An. E lebih sering menghabiskan waktu pada malam hari berkumpul bersama temannya di warnet. An. E mengatakan saat ada masalah sering dilampiaskan dengan teman-teman dengan merokok dan minum alkohol. Allen, Hape, dan Miga (2008) tentang perilaku remaja, dari 184 sampel yang telah dilakukan wawancara pada remaja yang berusia 13 sampai 20 tahun terdapat hasil bahwa anak remaja sangat dipengaruhi oleh teman sebaya.

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. M:



Sekema 4.2 *Web of causation* Asuhan Keperawatan Keluarga pada Bp. M dengan Anak remaja risiko penularan infeksi HIV

Berdasarkan pohon masalah di atas, diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga Bp. M adalah: 1) Proses keluarga terputus pada keluarga Bp. M b.d. komunikasi keluarga tidak efektif; 2) Koping tidak efektif pada keluarga Bp. M khususnya An. E b.d. ketidakadekuatan kontrol emosi; 3) Penyimpangan perilaku pada keluarga Bp. M khususnya An. E b.d. ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan koping tidak efektif; dan 4) Pola asuh tidak efektif pada keluarga Bp. M b.d. ketidakmampuan keluarga memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja. Berdasarkan prioritas masalah (lihat lampiran), ditetapkan dua diagnosa keperawatan berikut untuk selanjutnya diintervensi: 1). Proses

keluarga terputus (hambatan komunikasi anak remaja dan orang tua) pada keluarga Bp. M b.d. komunikasi keluarga tidak efektif dan 2). Koping tidak efektif pada keluarga Bp. M khususnya An. E b.d. ketidakadekuatan kontrol emosi.

#### **4.2.2 Intervensi, Implementasi, Evaluasi, dan Rencana tindak lanjut**

**Diagnose keperawatan keluarga 1:** Proses keluarga terputus (hambatan komunikasi anak remaja dan orang tua) pada keluarga Bp. M b.d. komunikasi keluarga tidak efektif.

**Tujuan Umum:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 bulan komunikasi antara anak dan orang tua menjadi lebih efektif.

**Tujuan Khusus:** Kemampuan keluarga dalam: 1) . Mengenal tumbuh kembang remaja, 2). Keluarga dapat mengenali alasan anak tidak berkomunikasi dan mengenali langkah-langkah komunikasi dengan anak remaja, 3). Keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk hambatan komunikasi dalam keluarga, 4). Keluarga mampu mendemonstrasikan komunikasi yang efektif dengan anak remaja, 5). Mengenali faktor lingkungan yang mempengaruhi remaja, dan 5). Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan masalah remaja.

**Intervensi:** 1). Menjelaskan dan berdiskusi tentang perubahan fisik, psikologi, sosial, dan emosional remaja, 2). Bersama keluarga mengidentifikasi hambatan dan langkah-langkah mengatasi hambatan komunikasi dengan anak remaja, 3). Lakukan konseling dan *coaching* untuk mengubah perilaku yang menghambat pengasuhan anak remaja; 4) Lakukan *family therapy* untuk membuat kesepakatan perilaku yang diharapkan dalam keluarga; 5) Bersama keluarga, evaluasi pelaksanaan implementasi; 6) Bersama keluarga, atasi kendala yang muncul dalam pelaksanaan implementasi; 7) berikan *reinforcement* positif atas keberhasilan yang

dicapai, motivasi keluarga untuk menentukan orang yang dapat memberikan penguatan.

**Pembenaran:** perubahan yang dialami oleh remaja salah satunya mengandung konsekuensi perubahan peran orang tua dalam menjalin interaksi dengan anak remaja. Kemampuan orang tua untuk memahami perubahan anak usia remaja menjadi kunci dalam membantu tugas perkembangan anak usia remaja. Pergeseran pola hubungan ini dapat menimbulkan konflik dalam keluarga. Diperlukan perubahan peran, fungsi, nilai dan norma, struktur, dan pola komunikasi dalam keluarga 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 merubah perilaku anggota keluarga yang lebih sehat (Gladding, 2002).

**Implementasi:** Intervensi keperawatan keluarga yang dilakukan meliputi: 1) Mendiskusikan tugas perkembangan remaja dan tugas perkembangan keluarga dengan remaja dan orang tua ; 2) Mengidentifikasi tugas perkembangan yang belum terpenuhi dan kaitannya dengan perilaku komunikasi antara Bp. M dengan An. E; 3) Mengevaluasi perubahan sikap An. E (mendengarkan saran orang tua, berinisiatif mengungkapkan pendapat, dan menjadi pendengar yang baik); 4) bersama Bp. M mendiskusikan langkah-langkah berkomunikasi dengan An. E; 5) Menepakati waktu-waktu yang tepat untuk melakukan komunikasi secara interpersonal dengan anak; 6). Mengajarkan teknik komunikasi asertif pada anak dan orang tua; 7) *Coaching* keluarga dalam membangun komunikasi antara anak dan orang tua; 8) Konseling Bp. M untuk membantu mengambil keputusan yang tepat dalam menghadapi An. E dan membantu An. E dalam mengambil keputusan tentang orang yang tepat untuk diajak diskusi jika ada masalah dengan orang tua; 9) Memberikan penguatan positif atas kemajuan yang dicapai oleh keluarga.

**Evaluasi:** 1). Bp. E dan An. E mengatakan sudah memahami perubahan yang terjadi pada anak dan dirinya, tumbuh kembang keluarga, dan tugas perkembangan keluarga dan anak remaja, 2). Menunjukkan perubahan sikap dan perilaku keluarga dalam berkomunikasi yang ditunjukkan dengan Bp. M selalau menanyakan kondisi, lebih sabar, jarang membentak, dan lebih memberikan otonomi pada anak untuk mengambil keputusan. Sikap dan perilaku An. E juga mengalami perubahan yang ditunjukkan dengan diam dan mendengarkan jika Bp. M bicara, mulai mampu mengungkapkan pendapat pada orang tua, dan mulai mematuhi anjuran orang tua. 3). Disepakati saat waktu makan pagi sebelum berangkat sekolah sebagai kesempatan untuk saling mengungkapkan pendapat antara anak dan orang tua, dan 4). An. E mengatakan aktif mengikuti kegiatan pendidik sebaya di sekolah dan kalau ada masalah membicarakan dengan teman sekelas yang terlibat sebagai kader pendidik sebaya.

**Rencana 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 teman dan guru yang dipercaya oleh An. E untuk menjadi teman diskusi jika ada masalah.

**Diagnosa keperawatan keluarga 2:** Koping tidak efektif pada keluarga Bp. M khususnya An. E b.d. ketidakadekuatan kontrol emosi.

**Tujuan Umum:** Setelah intervensi selama 2 bulan, koping keluarga Bp. M menjadi lebih efektif.

**Tujuan Khusus:** 1). Bp. M dan An. E mampu menahan emosi dan tidak melampiaskannya dengan merokok, minum alkohol, dan bergadang sampai larut malam; 2). An. E mampu mencari sumber penyelesaian masalah dan mendiskusikan masalah dengan orang yang tepat (guru, teman, atau orang tua).



**Intervensi:** 1). Ajarkan tentang bahaya merokok, minum alcohol, dan bergadang terhadap kesehatan dan prestasi belajar, 2). Bantu keluarga mengidentifikasi *stressor* dan koping keluarga, 3). Bantu An. E dalam mengambil keputusan untuk mencari sumber penyelesaian masalah dalam menghadapi *stressor*, 4). Ajarkan teknik relaksasi pada An. E (*breath deep* dan *self hynopsis*), 5). Ajarkan ketrampilan hidup (*life skill*) tentang penolakan terhadap ajakan yang negatif, 6). Ajarkan ketrampilan hidup (*life skill*) tentang cara pengambilan keputusan yang tepat, 7). Ajarkan ketrampilan hidup (*life skill*) tentang penggalian potensi diri.

**Pembenaran:** remaja merupakan masa transisi dari anak-anak ke dewasa yang sering menimbulkan permasalahan. Santrox (2003), selama menjalani masa transisi ini, remaja akan mengalami banyak perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang sangat cepat. Perubahan perkembangan yang cepat ini perlu diimbangi dengan sistem dukungan dalam bentuk perhatian dan pendampingan agar remaja tidak salah dalam mengambil keputusan terutama terkait dengan kesehatan. Bekal ketrampilan hidup (*life skill*) menjadi penting sebagai bekal remaja dalam menghadapi dampak perubahan pada dirinya dan pengaruh lingkungan.

**Implementasi:** 1). Mengajarkan tentang bahaya merokok, minum alcohol, dan begadang sampai larut malam, 2). Bersama keluarga mengidentifikasi penyebab masalah yang terjadi pada An. E dan menggalai mekanisme koping yang biasa dipaki dalam menyelesaikan masalah, 3). Mendiskusikan bersama keluarga sumber-sumber dukungan (*support system*) yang dimiliki keluarga dan lingkungan, 4). Melatih ketrampilan penolakan ajakan secara asertif, mengambil keputusan yang tepat, pengembangan konsep diri dan potensi diri, dan 5). Mengajarkan dan melatih teknik relaksasi nafas dalam yang dikombinasi dengan hypnosis diri pada saat An. E sedang menghadapi masalah.

**Evaluasi:** 1). An. E mengatakan mengerti akibat merokok, minum alkohol, dan kurang istirahat tidur, 2). Bp. M mengatakan sudah mengerti beberapa penyebab masalah yang terjadi pada anaknya seperti; kehilangan dukungan di keluarga (meninggalnya ibu), komunikasi satu arah, perubahan pada diri remaja, kurangnya otonomi, dan pengaruh teman sebaya, 3). Sumber dukungan yang digunakan oleh An. E adalah teman sebaya dan guru di sekolah, 4). An. E mengatakan jika ada ajakan yang negatif biasanya dia menghindari, mengatakan lagi ada urusan yang lain, dan menahan diri, 5). An. E mulai aktif dalam kegiatan kelompok sebaya di kelasnya, dan olah raga *footsal* di sekolah sebagai kegiatan ekstrakurikuler, 6). An. E mengatakan jika akan bertindak mulai mempertimbangkan beberapa kemungkinan jalan keluar, dan akibat dari keputusan yang diambil, 7). An. E mengatakan sudah mulai mengurangi berhenti merokok (rerata 2 kali/minggu), sudah tidak minum alkohol, dan jarang keluar malam (kadang hari sabtu dan libur sekolah).

**Rencana Tindak Lanjut:** tindak lanjut perubahan koping An. E oleh Bp. M dengan cara terus menjaga kedekatan dan mengajak untuk membicarakan masalah yang dihadapi 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, gangguan komunikasi dalam keluarga, koping keluarga yang tidak efektif, dan perilaku kecemasan terhadap prestasi (melanjutkan kuliah ke perguruan tinggi).

Terapi modalitas yang diberikan kepada 9 keluarga binaan berupa terapi modifikasi perilaku *coaching*, latihan asertif, pengambilan keputusan, pengembangan konsep diri, manajemen stress, dan konseling. Teknik dipilih dan disesuaikan dengan permasalahan yang ditemukan di keluarga, misalnya remaja yang mengalami kesulitan mengambil keputusan dibantu dengan

konseling dan latihan ketrampilan pengambilan keputusan (*decision making skill*), dan remaja yang mengalami hambatan komunikasi dalam keluarga dilatih dengan teknik komunikasi asertif. Remaja juga dilatih untuk meningkatkan kesadaran terhadap dirinya dengan cara latihan pengembangan konsep diri dan penggalian potensi yang dimiliki remaja dan membantu melakukan perubahan perilaku negative dengan *coaching* dan *family therapy*.

Penerapan terpai modalitas menunjukkan hasil yang efektif ditunjukkan dengan kemampuan keluarga dalam berkomunikasi dengan anak remaja, remaja menyalurkan waktu luang dengan olah raga, kemampuan mengambil keputusan, mengontrol stress, menyelesaikan masalah, dan menurunnya perilaku berisiko penularan infeksi HIV seperti merokok (5 dari 6 remaja merokok berhenti, sedangkan satu remaja binaan mengatakan mulai mengurangi jumlah konsumsi rokok), keluar dengan teman dekat atas ijin orang tua, ciuman tidak pernah, berhenti minum alkohol, dan bergadang malam hari hanya sampai jam 22.00 jika libur sekolah (sebelumnya sampai jam 01.00 dini hari). 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.

Keberhasilan asuhan keperawatan keluarga ditunjukkan dengan tingkat kemandirian keluarga pada rentang tingkat kemandirian III hingga IV. Sebanyak 60% keluarga berada pada tingkat kemandirian III (keluarga mampu mengidentifikasi masalah yang dialami dan melakukan perawatan sederhana yaitu menyelesaikan masalah yang dialami), dan 40% keluarga berada pada tingkat kemandirian IV (mampu melakukan pencegahan dengan melakukan komunikasi secara terbuka dalam keluarga dan mampu melakukan promosi kesehatan dengan cara memberikan pertimbangan pada remaja dalam mengambil keputusan). Hambatan yang dilami oleh perawat khususnya hubungan dengan anak remaja adalah adanya persepsi hirarki dalam hubungan interpersonal sehingga kurang bisa masuk ke dalam dunia remaja. Ringkasan

tingkat kemandirian keluarga binaan pada 10 keluarga seperti terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel. 4.1. Tingkat Kemandirian Keluarga Dengan Anak Usia Remaja di Wilayah Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok Tahun 2011-2012

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

## 4.2 Asuhan Keperawatan Komunitas

### 4.2.2 Hasil pengkajian, Analisis dan Pohon masalah

**Penentuan sample:** Pelaksanaan pengkajian digunakan desain kuantitatif dan kualitatif dengan rancangan deskriptif analitik. Metode yang digunakan adalah metode survei dengan pendekatan *cross sectional* yaitu mengamati variabel yang diteliti di suatu populasi pada satu saat (Sabri & Hastono, 2006). Besar sampel dalam pengkajian ini ditentukan dengan metode proporsional sampel dengan asumsi besarnya proporsi kejadian suatu masalah di masyarakat bisa diketahui ataupun tidak diketahui (Suharyanto, 2002).

Besar sampel untuk pengumpulan data secara kuantitatif ditentukan dengan rumus *unidentified population* dengan asumsi besar populasi kurang dari seribu orang (Zainudin dalam Nursalam 2000). Sampel dalam pengkajian ini adalah remaja SMK “RF” mulai kelas 10 sampai 12 dari semua jurusan. Rumus tersebut adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{363 \cdot 1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{0,05 (363 - 1) + 1,96 \cdot 0,1 \cdot 0,9}$$

$$n = 61 \text{ orang}$$

Berdasarkan rumus diatas maka jumlah sampel yang diambil penulis adalah 61 orang remaja.

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah instrumen pengkajian (kuesioner), yang terdiri dari lima komponen yang dikembangkan berdasarkan integrasi model *family centre nursing* dan *comprehensive school health model* yaitu; pertama, pendidikan kesehatan terdiri dari variable pengetahuan, sikap, perilaku, dan perilaku interpersonal yang berhubungan dengan perilaku berisiko penularan HIV. Kedua, komponen fisik dan mental remaja yang terdiri dari variable fisiologi, psikologi, dan sosial budaya. Ketiga, komponen pelayanan kesehatan yang terdiri dari variable skrining dan konseling. Keempat, komponen peran keluarga yang terdiri dari variable pola komunikasi keluarga, struktur peran keluarga, struktur kekuatan keluarga, dan struktur nilai keluarga. Terakhir, komponen lingkungan sekolah yang berkaitan dengan kebijakan sekolah terkait upaya pencegahan risiko penularan HIV.

Selain itu juga menggunakan pedoman *focus group discussion* (FGD) dan wawancara yang ditujukan ke Dinas Kesehatan Kota Depok, Puskesmas, Kelurahan Tugu dan struktur sekolah SMK Raflesia.. Adapun metode pengumpulan data yang dilakukan adalah: *windshield survey*, wawancara, FGD dan arsip atau dokumen. Proses pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan beberapa metode diantaranya observasi, wawancara, *winsheld survey* dan penyebaran angket. Metoda *Winshield Survey* adalah survey dengan cara mengelilingi lingkungan komunitas sekolah. Melihat komunitas sekolah secara keseluruhan pada lingkungan sekolah dimana remaja bersekolah atau belajar adalah langkah pertama yang penting untuk mengarahkan pengkajian dan mempelajari komunitas secara keseluruhan. Tujuan *Winshield Survey* adalah untuk mengetahui kekuatan dan kelemahan

komunitas, yang dapat dijadikan faktor yang mendukung atau menghambat timbulnya masalah risiko penularan HIV pada remaja SMK “RF”.

Survey data diperlukan untuk mendapatkan data dasar tentang pengetahuan, sikap, perilaku, pelayanan kesehatan, masalah kesehatan yang dialami remaja, pelayanan kesehatan yang pernah dilakukan, dukungan orang tua, dan gambaran lingkungan sekolah. Dalam penyebarluasan angket dibantu oleh satu orang guru pembina kesiswaan dimana sebelumnya telah dijelaskan tentang cara pengisian angket dengan baik dan benar. Penyebarluasan angket penulis lakukan pada 61 responden remaja SMK “RF”. Tahap ketiga pada minggu ke-5, analisis data dilakukan secara deskriptif pada variabel yang diteliti secara univariat, meliputi persentase dan perilaku praktik kesehatan remaja.

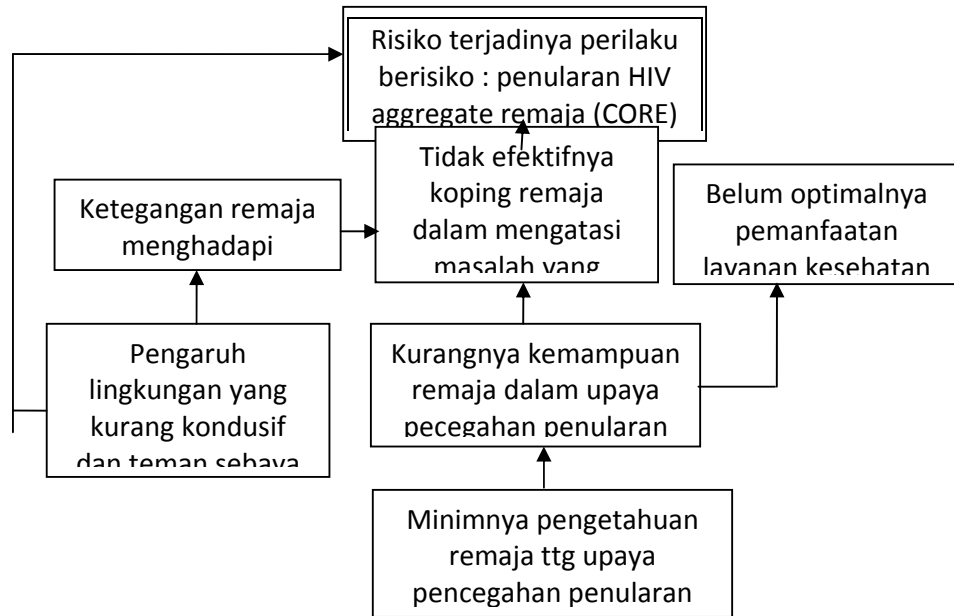
**Analisis situasi:** Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Depok dapat digambarkan merupakan daerah yang terletak di pinggiran perbatasan dengan DKI Jakarta khususnya Jakarta Timur dengan mobilitas penduduk yang tinggi, merupakan daerah jalur utama arah Depok ke Bogor dan arah Depok Jakarta terutama Jakarta Timur, sehingga masih banyak perilaku masyarakat khususnya remaja yang masih berstatus pelajar merokok di sembarang tempat, perilaku pacaran dengan berboncengan motor bersama, dan tempat nongkrong remaja yang mudah ditemukan dan dijangkau, kondisi inilah yang menjadi salah satu faktor risiko terhadap penularan HIV di Kelurahan Tugu Depok khususnya remaja. Kekhawatiran atas perilaku remaja khususnya di SMK “RF” Kelurahan Tugu disampaikan oleh Kepala Sekolah dan Guru yang menyatakan rerata siswanya banyak berasal dari luar wilayah kelurahan Tugu, sehingga untuk mencapai sekolah harus melewati daerah-daerah/atau tempat yang berpotensi untuk mempengaruhi remaja memiliki perilaku berisiko terhadap penularan HIV seperti terminal, stasiun, mal, pasar.

Berdasarkan hasil studi literatur terhadap kasus penderita HIV/AIDS di kota Depok didapatkan angka kejadian penderita pada remaja kelompok umur 15-19 tahun sebanyak sebesar 6,59 persen, belum ada program kesehatan remaja yang dilakukan sebelumnya di SMK "RF". Selanjutnya berdasarkan hasil penyebaran angket terhadap 61 siswa di SMK "RF" didapatkan 29,5% memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit HIV/AIDS, 49,2% memiliki sikap negatif terhadap penyakit HIV/AIDS, 7,5% siswa pernah merokok, 19,7% siswa memiliki perilaku pacaran pada malam hari, 8,2% siswa yang berpacaran pernah melakukan ciuman dengan lawan jenis, 1,6% siswa pernah melakukan masturbasi atau onani, 8,8% siswa pernah melihat film, gambar atau bacaan pornografi, 9,8% siswa pernah bolos sekolah tanpa ijin yang jelas, 47,5% mengatakan lingkungan tempat tinggal mereka kurang kondusif terhadap remaja, dan 3,3% mengatakan pernah beratato (tidak ada penjelasan permanen atau sementara).

Hasil pengkajian tentang ketrampilan hidup remaja untuk menghindari risiko penularan HIV didapatkan 30,8% remaja memiliki ketrampilan menyelesaikan masalah dengan baik, 37,4% remaja mampu mengambil keputusan dengan baik, 53,8% remaja mampu berkomunikasi dengan baik, 27,5% remaja memiliki ketrampilan hubungan interpersonal baik, 46,2% remaja memiliki ketrampilan berfikir kritis baik, 54,9% remaja kurang mampu menyampaikan masalah yang dihadapi pada orang tua,

Kondisi ini juga didukung oleh hasil wawancara bahwa beberapa siswa mengatakan sudah biasa merokok sejak SMP, belum pernah ada penyuluhan tentang penyakit HIV, salah satu siswa menyatakan bahwa guru dan orang tua kurang dapat memahami permasalahannya, salah satu guru menyatakan bahwa sudah pernah dilaksanakan penyuluhan kesehatan namun karena keterbatasan waktu sehingga program tidak berjalan, materi yang diberikan tentang kesehatan reproduksi, salah satu guru menyatakan tidak tau cara mengatasi masalah anak remaja dengan konseling, karena tidak ada guru konseling di SMK "RF".

Analisis situasi diatas menjadi dasar residen dalam menyusun pohon masalah yang berhubungan dengan risiko terjadinya penularan HIV pada *aggregate* remaja di SMK “RF”.



Skema 4.3. Pohon masalah keperawatan komunitas terkait risiko penularan HIV pada *aggregate* remaja di SMK “RF” Depok

Berdasarkan ringkasan dari pohon masalah maka dirumuskan dua diagnosa utama keperawatan komunitas berdasarkan hasil scoring yaitu; 1). Risiko terjadinya perilaku penularan HIV pada remaja SMK “RF” keluarahan Tugu Depok, 2). Risiko kurangnya kemampuan dalam mengatasi masalah pada remaja di SMK “RF” berhubungan dengan tidak efektifnya koping remaja dalam mengatasi masalah yang dialaminya.

#### 4.2.3 Intervensi, Implementasi, Evaluasi dan Rencana tindak lanjut

**Diagnosa Keperawatan Komunitas 1** : Risiko terjadinya perilaku penularan HIV pada remaja SMK “RF” keluarahan Tugu Depok.

**Tujuan Umum** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 bulan diharapkan terjadi penurunan perilaku berisiko terhadap penularan HIV pada remaja di SMK “RF”.



**Tujuan khusus :** 1). Peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja terkait upaya pencegahan risiko penularan HIV, 2). remaja dapat mempertahankan persepsi positif dan komitmennya terhadap upaya pencegahan HIV, 3). terbinanya kelompok pendidik sebaya dan konseling sebaya, 4). Terlaksananya pembinaan dan upaya promosi kesehatan di sekolah.

**Intervensi:** 1). Pembentukan kelompok pendidik sebaya dan konseling sebaya, 2). Seminar kesehatan remaja, 3). Pendidikan kesehatan secara berkelompok (7-10 orang/kelompok) sebanyak 10 kali pertemuan, 4). Kampanye HIV/AIDS, sekolah bebas asap rokok, perilaku pacaran sehat dengan penyebaran poster dan *leaflet*, 5). Konseling remaja dengan perilaku berisiko, 6). Terapi modalitas modifikasi perilaku, dan 7). Skrening perilaku berisiko terinfeksi HIV

**Pembenaran :** Upaya promosi kesehatan melalui pendidikan kesehatan, pembentukan kelompok pendidik sebaya, milieu terapi, dan konseling akan membantu remaja dalam meningkatkan kemampuannya dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV. Pendidikan kesehatan dengan metode pendidik sebaya merupakan metode yang paling efektif dan banyak diterapkan di berbagai Negara (WHO, 2010). Pendidikan kesehatan akan meningkatkan pengetahuan dan sikap sehingga mampu mendorong perubahan perilaku yang lebih sehat.

**Implementasi:** 1). Membentuk kelompok pendidik sebaya yang berjumlah 22 siswa yang dipilih berdasarkan rekomendasi dari guru sekolah yang memenuhi kriteria untuk bisa dijadikan pendidik teman sebaya (Pembentukan kelompok pendidik sebaya ini sebagai proyek inovasi pengembangan UKS di SMK “RF” Depok dan dilanjutkan dengan pelatihan yang dilaksanakan pada tanggal 1 Desember 2011), 2). Melakukan penyuluhan kesehatan pada seluruh siswa tentang perilaku pacaran yang sehat dan penyakit Hepatitis dilaksanakan pada tanggal 23 Desember 2011, 3). Melakukan terapi modalitas pada remaja yang

termasuk kelompok risiko penularan HIV yaitu terapi modalitas perubahan perilaku (*behavior therapy*) pada siswa perokok, pacaran, dan minum minuman alkohol pada tanggal 18 Desember 2011, 4). Pelaksanaan *milieu* terapi dengan pemasangan poster dan *leaflet* di lingkungan sekolah yang berisi ajakan untuk menghindari penularan HIV.

**Evaluasi:** setelah dilakukan asuhan keperawatan komunitas selama 8 bulan diperoleh hasil: 1). Perbandingan pengetahuan *pretest* dan *posttest* menunjukkan rerata pengetahuan peserta sebelum kegiatan pendidik sebaya adalah 71,28 dengan standar deviasi 5,64. Rerata pengetahuan peserta sesudah kegiatan pendidik sebaya adalah 86,51 dengan standar deviasi 8,58. Terlihat nilai rerata perbedaan antara sebelum dan sesudah kegiatan pendidik sebaya adalah 15,23. Hasil uji statistik didapatkan nilai signifikansi 0,000 dengan tingkat kepercayaan 0,05, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan peserta sebelum dan sesudah kegiatan pendidik sebaya dan konselor sebaya remaja di SMK “RF”, 2). Telah terbinanya kelompok pendidik sebaya di SMK “RF” sebanyak 10 kali pertemuan, 3) rerata kehadiran peserta dalam kegiatan pendidik sebaya sebesar 80 %, 4).Terbinanya 10 remaja dengan risiko perilaku penularan HIV dengan hasil 9 remaja menunjukkan perubahan perilaku merokok, pacaran, dan minum minuman alkohol.

**Rencana Tindak Lanjut :** pembinaan lanjutan kegiatan pendidik sebaya di damping oleh guru dan petugas PKPR Puskesmas Tugu, integrasi kegiatan pendidik sebaya sebagai kurikulum kedalam proses pembelajaran, dan evaluasi kegiatan secara berkala (3 bulan kali) oleh penanggung jawab Puskesmas Tugu di SMK “RF”.

**Diagnosa keperawatan komunitas 2:** Risiko kurangnya kemampuan dalam mengatasi masalah pada remaja di SMK “RF” berhubungan dengan tidak efektifnya koping remaja dalam mengatasi masalah yang dialaminya.

**Tujuan Umum:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 bulan diharapkan terjadi peningkatan kemampuan mengatasi masalah remaja di SMK “RF” kelurahan Tugu.

**Tujuan Khusus:** 1). 75% remaja yang termasuk kelompok risiko mempunyai kemampuan melakukan upaya untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan HIV, 2). Adanya peningkatan kemampuan remaja dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapinya, 3). Meningkatkan jumlah siswa yang bersedia untuk konseling kepada konselor sebaya dalam menyelesaikan masalahnya.

**Intervensi:** 1). Gunakan teknik konseling *dan coaching* tentang pengenalan gejala dan tanda remaja yang mengalami ketegangan dan cara menghadapi masalah, 2). Latih teknik komunikasi asertif, pengambilan keputusan, pengembangan potensi diri, dan penggalan nilai, 3). Latih manajemen stress dengan terapi modalitas teknik relaksasi (kombinasi *self hypnosis dan pernafasan diafragma*) dan relaksasi otot progresif, 4). Gunakan terapi modifikasi perilaku *family teraphy*.

**Pembenaran :** Upaya promosi kesehatan, konseling, *coaching*, terapi modifikasi perilaku, dan pelatihan ketrampilan hidup meningkatkan kemampuan remaja dalam menyelesaikan masalah terkait dengan perilaku berisiko penularan HIV. Konflik yang terjadi pada remaja dengan orang tua, teman sebaya, dan lingkungan sekolah merupakan faktor pencetus yang sering untuk terjadinya perilaku berisiko penularan HIV seperti merokok, minum minuman alkohol, dan pacaran yang tidak sehat.

**Implementasi:** 1). Menggunakan teknik konseling dalam membantu mengatasi permasalahan yang dihadapi remaja di SMK “RF” yang dilakukan selama bulan Februari sampai Mei 2012 dengan hasil jumlah remaja yang dikonseling sebanyak 10 siswa, 2). Melatih teknik komunikasi asertif, pengambilan keputusan, pengembangan potensi diri, pengembangan konsep

diri, dan penggalan nilai pada diri remaja sebagai bentuk ketrampilan hidup (*life skill*). Kegiatan dilaksanakan selama empat kali pertemuan selama bulan April satu minggu sekali setiap hari selasa jam 15.30 di ruang kelas, 3). Membuat kesepakatan dengan pihak puskesmas, sekolah, dinas kesehatan, dan dinas pendidikan untuk upaya pembinaan berkelanjutan terkait pencegahan penularan HIV pada remaja di Sekolah, 4). Melatih siswa dalam menggunakan teknik relaksasi (kombinasi *self hypnosis* dan pernafasan diafragma) sebagai salah satu upaya mengontrol stress untuk pencegahan terhadap perilaku berisiko penularan HIV pada remaja pada tanggal 11 Januari 2012.

**Evaluasi:** 1). 9 dari 10 siswa yang dikonseling menunjukkan perubahan perilaku berhenti merokok, berhenti minum alkohol, dan perilaku pacaran yang lebih sehat, 2). Peningkatan ketrampilan hidup (*lifeskill*) siswa yang ditunjukkan dengan nilai *pretest* dan *posttest* menunjukkan rerata ketrampilan hidup peserta sebelum kegiatan pendidik sebaya adalah 63,72 dengan standar deviasi 8,43. Rerata ketrampilan hidup peserta sesudah kegiatan pendidik sebaya adalah 87,44 dengan standar deviasi 8,49. Terlihat nilai rerata perbedaan antara sebelum dan sesudah pelatihan ketrampilan hidup adalah 23,72. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara ketrampilan hidup siswa sebelum dan sesudah kegiatan pendidik dan konselor sebaya remaja, 3). Penurunan perilaku berisiko penularan infeksi HIV yang ditunjukkan dengan perbandingan nilai sebelum dan sesudah kegiatan menunjukkan rerata perilaku berisiko peserta sebelum kegiatan pendidik sebaya adalah 88,97 dengan standar deviasi 64,07. Rerata perilaku berisiko peserta sesudah kegiatan pendidik sebaya adalah 49,43 dengan standar deviasi 12,21. Terlihat nilai selisih rerata antara sebelum dan sesudah kegiatan pendidik adalah -39,54. Hasil uji statistik didapatkan nilai signifikansi 0,000 dengan tingkat kepercayaan 0,05, sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan perilaku berisiko peserta sebelum dan sesudah kegiatan pendidik sebaya pada remaja di SMK “RF” Kelurahan Tugu.

**Rencana Tindak Lanjut** : pembinaan secara bertingkat terhadap siswa baru oleh siswa senior kelas X dan menjadikan kegiatan pendidik sebaya sebagai salah satu kegiatan ektrakurikuler sampai terbentuknya kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SMK “RF” Kelurahan Tugu.

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menjelaskan kesenjangan antara hasil evaluasi dengan teori dan hasil penelitian terkait dengan manajemen pelayanan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan keluarga, dan asuhan keperawatan komunitas pada program pemberdayaan pendidik sebaya dalam upaya pencegahan risiko penularan infeksi HIV di SMK “RF” Kelurahan Tugu. Bab ini juga membahas keterbatasan pelaksanaan program dan implikasi hasil terhadap pelayanan, penelitian, dan pengembangan kebijakan di masa datang dalam keperawatan komunitas.

#### **5.1 Manajemen Pelayanan Kesehatan Sekolah**

Manajemen pelayanan kesehatan di SMK “RF” selama ini berorientasi pada upaya kuratif dengan adanya klinik kesehatan. Kegiatan klinik kesehatan ini menangani seluruh civitas sekolah mulai dari siswa, guru, karyawan, dan pengelola yayasan yang sedang sakit dan mengobati penyakit secara umum. UKS tidak dibentuk dengan alasan sudah ada klinik kesehatan, sehingga upaya promosi dan proteksi kesehatan pada remaja belum berjalan dengan optimal. UKS merupakan bentuk pelayanan kesehatan berbasis sekolah yang terdiri dari tiga pelayanan yaitu; pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan (Dinkes, 2010). Implementasi program kesehatan remaja secara Nasional diwujudkan dalam bentuk PKPR di bawah koordinasi Puskesmas dengan sasaran anak usia remaja di sekolah. Kegiatan PKPR di SMK “RF” belum ada, sehingga upaya promosi dan proteksi kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan IMS/HIV tidak berjalan.

Pembuatan program dan struktur organisasi upaya kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan IMS/HIV menjadi langkah awal dalam manajemen pelayanan kesehatan sekolah di SMK “RF”. Penyusunan perencanaan kegiatan selama 8 bulan dengan melibatkan semua unsur terkait seperti; Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, TP UKS Kecamatan Cimanggis, Puskesmas

Tugu, dan Sekolah SMK “RF”. Pelibatan semua pihak diharapkan akan menghasilkan program kerja yang baik dan menjamin keterlibatan peran mereka dalam pelaksanaan kegiatan. Dubois *et al* (2001) mengatakan perencanaan merupakan inti kegiatan manajemen, karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh perencanaan. Perencanaan yang baik melibatkan *stakeholder* untuk mendapatkan hasil yang terbaik, tetapi kurangnya partisipasi semua pihak akan menyebabkan penolakan, keterlambatan, hambatan, dan pertanyaan dari semua pihak terhadap program. Hasil penelitian Ugboro, Obeng, dan Spann (2010) menjelaskan bahwa untuk menghasilkan perencanaan strategik yang efektif perlu melibatkan semua staf, semua divisi, dan manajer puncak dari semua struktur organisasi. Mereka juga menambahkan bahwa penyusunan perencanaan adalah proses yang fleksibel yang dipengaruhi oleh perubahan lingkungan dan tantangan yang muncul dalam mencapai tujuan program.

Perencanaan anggaran program PKPR belum bisa disepakati pada saat penyusunan perencanaan karena keterbatasan anggaran yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan dan perencanaan kegiatan berada pada tahap pelaksanaan program di lingkungan Dinas Kesehatan, tetapi disarankan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok untuk mengajukan usulan pada tahun 2013. Anggaran program upaya kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan IMS/HIV sementara ditanggung oleh residen dan swadaya siswa. Perencanaan kebutuhan anggaran selama 8 bulan meliputi; konsumsi kegiatan lokakarya mini, desiminasi, pencetakan buku modul, buku kerja pendidik sebaya, dan pembuatan media pembelajaran. Menurut Dubois *et al* (2001), anggaran merupakan bagian penting dalam pelaksanaan program. Perencana program yang baik selalu memperhatikan semua sumber daya yang dibutuhkan selama pelaksanaan program, termasuk didalamnya adalah anggaran.

Penyusunan perencanaan anggaran yang detail akan membantu dalam pemanfaatan waktu, perlengkapan, dan ruang. Hasil penelitian Devenish dan Fisher (2000) menjelaskan bahwa penyusunan perencanaan adalah proses

yang kompleks yang meliputi berbagai sumber daya termasuk didalamnya adalah sumber daya manusia, perencanaan waktu, dan perencanaan anggaran. Mereka menambahkan bahwa hasil perencanaan yang baik sangat dipengaruhi oleh perencanaan anggaran yang memadai dalam pelaksanaan program. Kesuksesan program sangat dipengaruhi oleh dukungan ketersediaan anggaran dana. Penetapan anggaran dipengaruhi oleh faktor ekonomi, politik, dan donatur (Rakich, Longest, & Darr, 1992, dalam Ervin, 2002 ).

Pembentukan PKPR di SMK “RF” diikuti juga oleh perekrutan kader pendidik sebaya dan guru konselor. Rekrutmen siswa sebagai pendidik sebaya melibatkan guru penanggungjawab kesiswaan dengan persyaratan seperti; duduk di kelas IX dan X, memiliki kepribadian yang baik, mudah bergaul, aktif dalam kegiatan organisasi sekolah, mampu berkomunikasi dengan baik, dan bersedia terlibat dalam kegiatan selama 8 bulan. Rekrutmen guru konselor disyaratkan guru dapat diterima oleh semua murid dan memiliki pengetahuan tentang kesehatan. Hasil dari rekrutmen diperoleh 22 siswa dan 2 guru. Semua proses di atas dilakukan untuk mendapatkan *staff* atau sumber daya manusia yang baik.

Manajemen sumber daya manusia yang kurang baik akan mengakibatkan penanggung jawab program tidak optimal dalam melakukan pekerjaan yang ada. Fungsi pengorganisasian akan optimal jika di dukung adanya sumber daya baik manusia atau bukan manusia yang cukup, sehingga hasil yang diharapkan optimal dapat terwujud (Marquis & Huston, 2006). Pelaksanaan fungsi manajemen dipengaruhi oleh sumber daya manusia dengan persyaratan-persyaratan mental, fisik, dan emosioanal untuk posisi jabatan yang ada melalui analisa jabatan, deskripsi jabatan dan spesifikasi jabatan dan kemudian menarik karyawan yang diperlukan dngan karakteristik personalia tertentu seperti; keahlian, pendidikan, umur, latihan, dan pengalaman (PNP & Tripathi, 2006).



Pendidik sebaya dan guru konselor yang sudah direkrut untuk dapat menjalankan fungsinya perlu dibekali pengetahuan tentang peran, tugas, dan tanggung jawab dalam upaya kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan IMS/HIV. Kegiatan tersebut diwujudkan dalam bentuk pelatihan selama 2 hari yang diikuti oleh 22 siswa dan 2 guru konselor oleh pihak Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Supervisor, dan Mahasiswa residen. Pelatihan merupakan bentuk orientasi bagi *staff* baru sebelum mereka benar-benar menjalankan tugas dan tanggung jawab yang sebenarnya (Gillis, 2000). Hal ini sesuai dengan pendapat McNamara (1999 dalam Huber, 2006) yang menyatakan bahwa pengorganisasian sumber daya manusia dapat dilakukan dengan melakukan pelatihan dan pengembangan.

Tujuan dari pelatihan adalah untuk membekali kader pendidik sebaya dan guru konselor agar dapat memahami masalah seputar tumbuh kembang remaja, permasalahan remaja, dan upaya yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kesehatan remaja khususnya kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan HIV. Harrison *et al* (2010), hasil penelitiannya mengatakan bahwa orang-orang yang dilibatkan dalam organisasi harus memahami budaya dan nilai organisasi khususnya tanggung jawab yang diterima, karena akan sangat membantu dalam proses pengambilan keputusan yang sebaiknya dilakukan untuk membantu kelancaran organisasi.

Hasil pelatihan pada siswa pendidik sebaya didapatkan rerata kenaikan nilai pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan adalah sebesar 15,32 dan hasil uji statistik didapatkan perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan dengan signifikansi 0,00 dengan tingkat kepercayaan 0,05. Sedangkan untuk rerata kenaikan nilai pengetahuan guru sebelum dan sesudah pelatihan sebesar 17,46 dan hasil uji statistik didapatkan kesimpulan adanya perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan dengan nilai signifikansi 0,00 dengan tingkat kepercayaan 0,05. Pengetahuan yang cukup tentang upaya kesehatan reproduksi dan pencegahan

IMS/HIV yang diperoleh oleh peserta dapat dijadikan bekal dalam menjalankan tugas dan meningkatkan kompetensi. Hasil penelitian Kirby (2011) menjelaskan bahwa pencapaian tujuan organisasi sangat dipengaruhi oleh kinerja dari staf, sehingga sebagai seorang manajer perlu memahami latar belakang dan kompetensi, sehingga manajer mampu menempatkan pada posisi unit kerja yang tepat dalam organisasi guna mencapai tujuan.

Pendidik sebaya dan guru konselor dalam bekerja perlu adanya sarana dan prasarana untuk dapat menjalankan tanggungjawabnya dengan baik. Kelengkapan sarana untuk menunjang kinerja pendidik sebaya adalah buku modul materi tentang kesehatan reproduksi dan pencegahan peneruan IMS/HIV, buku catatan kerja kegiatan pendidika sebaya, buku catatan kerja konseling, media pembelajaran, dan catatan pelaporan kegiatan ke Puskesmas. Guru konselor dilengkapi dengan buku catatan supervisi, catatan konseling, dan lembar catatan rujukan konseling ke puskesmas atau rumah sakit. Marquis dan Houston (2006) menjelaskan bahwa untuk menjaga kualitas pelayanan perlu adanya standarisasi atau pedoman dalam menjalankan tugas mulai dari masukan, proses, dan keluaran. Standarisasi pelayanan dapat dicapai dengan adanya pedoman atau standar operasional prosedur (SOP) yang menggambarkan indikator keberhasilan program, pengembangan supervisi dalam monitoring, dan evaluasi. Kirby (2011), menjelaskan bahwa upaya supervisi, pembinaan, pelatihan, pembuatan pedoman kerja, dan pengaturan kerja yang baik dalam organisasi meningkatkan sumber daya manusia organisasi.

Kegiatan pendidik sebaya telah berjalan sebanyak 10 kali pertemuan, supervisi oleh guru dilakukan sebanyak 2 kali, supervisi oleh mahasiswa residen sebanyak 10 kali, dan disepakati supervisi kegiatan pendidik sebaya oleh petugas Puskesmas Tugu tiga bulan sekali, tetapi sampai akhir pelaksanaan program belum pernah dilakukan. Supervisi kegiatan pendidik sebaya oleh mahasiswa residen dilakukan terhadap penampilan kader pendidik sebaya dalam menyampaikan materi kepada kelompoknya dan memberikan

masuk dan motivasi disetiap akhir supervisi. Kegiatan supervisi ini diharapkan akan mampu meningkatkan kinerja pendidik sebaya dalam melakukan pembinaan kelompoknya. Menurut Marquis dan Huston (2006) menjelaskan bahwa pengarahannya terdiri dari peningkatan motivasi kerja atau supervisi, dan komunikasi interpersonal. 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.

Hasil analisa kinerja pendidik sebaya selama supervisi pertama menunjukkan rerata kinerja 64,40 dan supervisi kinerja terakhir didapatkan nilai rerata 88,00 dengan selisih rerata 23,60 dan hasil analisa uji statistik (uji t) didapatkan nilai signifikansi 0,00 dengan tingkat kepercayaan 0,05, sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna penampilan kinerja pendidik sebaya antara supervisi pertama dengan supervisi terakhir. Penelitian Kirkby *et al* (1998), mengatakan bahwa untuk merubah dari staf krisis ke staf proaktif diperlukan supervisi yang terjadwal, perlengkapan supervisi, manajemen informasi, dan beban kerja pada setiap bagian. Dijelaskan juga dalam hasil penelitian itu bahwa upaya pengembangan peningkatan kinerja melalui supervise bisa dilakukan dengan cara; merevisi kembali pedoman kegiatan, menghilangkan supervise yang terpusat, mendorong atau memotivasi tanggungjawab harian setiap bagian organisasi, menciptakan ruang kreatifitas bagi staf, dan menentukan capaian (indikator) pada setiap unit kerja.

Upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kegiatan pendidik dan konselor sebaya perlu adanya koordinasi dan advokasi program dengan semua pihak yang terlibat. Koordinasi dan advokasi program dilakukan residen dengan mengundang Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Kecamatan, Puskesmas, dan sekolah SMK "RF". Undangan yang hadir dalam pertemuan tersebut bukan merupakan pengambil keputusan pemegang program (staf)

terutama dari Dinas Kesehatan, Sekolah, dan Kecamatan selaku TP UKS tingkat SMK/SMA, dan dari Dinas Pendidikan tidak ada yang hadir. Hasil diskusi belum mendapatkan kesepakatan tentang bagaimana mekanisme pembinaan kegiatan UKS/PKPR dan keberlanjutan program yang akan datang termasuk mekanisme pendanaan kegiatan PKPR di SMK “RF”. Koordinasi dilakukan dengan cara membangun komunikasi organisasi guna kelancaran setiap kegiatan. Komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan akan memberikan pekerja pandangan umum, pemahaman umum dan kesatuan arah dan upaya dalam suatu organisasi (Gillies, 2000; Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2006). Bekker dan Huselid (2011), hasil penelitiannya tentang budaya organisasi menjelaskan bahwa untuk meningkatkan penampilan kinerja organisasi perlu adanya budaya komunikasi organisasi yang jelas dalam memberikan arahan atau supervisi.

Hasil advokasi program dengan pihak sekolah SMK “RF” yang dihadiri oleh Wakil Kepala Sekolah bidang pendidikan dan kesiswaan didapatkan kesepakatan bahwa kegiatan pendidik sebaya menjadi kegiatan ekstrakurikuler dalam bentuk “*Club Teen and Care*” dan wajib diikuti bagi siswa pada tahun depan (2013), pembinaan kegiatan sesuai dengan struktur yang ada di sekolah di bawah wakil kepala sekolah bidang kesiswaan, waktu kegiatan dilaksanakan setiap hari Sabtu (*student day*), dan segera akan dibentuk tim untuk pembentukan struktur dan tim pembina UKS untuk melengkapi peran klinik kesehatan yang sudah ada. Hasil kesepakatan ini mendapatkan tanggapan yang positif dan disetujui oleh kepala sekolah dan kepala sekolah memberikan wewenang penuh kepada wakil kepala sekolah bidang kesiswaan untuk melanjutkan. Supervise akan dilakukan oleh 2 guru pembina OSIS dan dibantu oleh pihak puskesmas 3 bulan sekali.

Komitmen terhadap kegiatan program menjadi penting untuk keberlangsungan program setelah kegiatan proyek residen berakhir. Pengarahan sering disebut sebagai fungsi kepemimpinan dari manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, pengawasan, koordinasi dan pengendalian implementasi

rencana organisasi (Gillies, 2000; Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2006). Fungsi pengarahan lebih menekankan pada kemampuan manajer dalam mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati (Gillies, 2000; Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2006). Kegiatan pendidik dan konselor sebaya masih membutuhkan koordinasi dan pengawasan yang baik dari pihak kader remaja dan pengurus Guru pembina, serta Puskesmas untuk mendapatkan hasil yang terbaik sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Evaluasi program pendidik sebaya di sekolah SMK "RF" kelurahan Tugu dilakukan dalam upaya menilai sejauh mana pelaksanaan program dan identifikasi faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan pelayanan sehingga akan dapat disusun rencana tindak lanjut untuk keberlangsungan program pelayanan remaja yang akan datang. Hasil evaluasi menunjukkan komitmen yang tinggi dari pihak Sekolah, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan terhadap program pendidik sebaya di SMK "RF" yang ditunjukkan dengan kehadiran mereka dalam setiap undangan dan kontribusi dalam kegiatan, dan kebijakan yang dibuat oleh pihak sekolah SMK "RF" untuk membuat UKS sebagai upaya promosi kesehatan remaja di sekolah. Gillies (2000; dalam Swansburg, 1999; dalam Marquis & Huston, 2006), proses evaluasi dilakukan untuk menilai sejauhmana implementasi rencana kegiatan yang telah dilakukan, pesanan yang diberikan, dan pembuatan prinsip-prinsip melalui pembuatan standar, perbandingan kinerja dengan standar dan memperbaiki kekurangan. Tujuan dari evaluasi adalah memastikan penggunaan sumber daya dapat lebih efisien, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan.

## **5.2 Asuhan Keperawatan Keluarga**

Asuhan keperawatan keluarga dengan model *family centre nursing* menekankan pada struktur dan fungsi keluarga. Struktur keluarga seperti nilai norma keluarga, peran, komunikasi, dan kekuatan keluarga berpengaruh dalam kesehatan anggota keluarga khususnya remaja. Fungsi keluarga seperti

fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, reproduksi, dan perawatan kesehatan juga berpengaruh terhadap kesehatan remaja (Green & Kreuter, 2000; Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Masalah yang terjadi di keluarga pada dasarnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang struktur dan fungsi keluarga yang menyebabkan keluarga tidak mampu menjalankan tugas perkembangan khususnya dengan anak remaja. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja adalah: 1). Memberikan kebebasan yang bertanggung jawab pada remaja; 2) komunikasi terbuka antar orang tua dengan remaja; 3). Mempertahankan hubungan harmonis dengan remaja dengan berperan sebagai sahabat remaja (Duvall, 1985, dalam Friedman, 2003).

Asuhan keperawatan keluarga pada Bp. M dengan anak remaja E usia remaja (16 th) ditemukan masalah komunikasi yang tidak efektif antara anak dan bapak. Pola komunikasi bapak lebih bersifat instruktif, satu arah, dan memaksa sehingga An. E cenderung menghindar dengan cara sering pulang telat dari sekolah, sering bergadang hingga larut malam bersama teman, jika pulang ke rumah langsung masuk kamar, jarang memulai berkomunikasi, tidak mampu mengungkapkan masalah, dan cenderung berusaha untuk menghindari komunikasi dengan orang tua. 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) Komunikasi dalam keluarga Bp. M tidak berfungsi dengan baik karena pola komunikasi yang tidak seimbang dan terpisah terpisah (*unbalance split pattern*). Pola komunikasi dimana satu orang mendominasi didalam keluarga, mengeluarkan pernyataan tegas, memberi tahu pihak lain apa yang harus dikerjakan, memainkan kekuasaan untuk menjaga kontrol dan jarang meminta pendapat lain kecuali meyakinkan pihak lain akan kehebatan argumennya (Hanson, Duff dan Kaakinen, 2005).

Anak E mengatakan jarang berkomunikasi disebabkan sifat ayahnya yang keras, sering memaksa, dan cenderung memerintah, padahal dia merasa sudah

mulai bisa mengatur dirinya sendiri. Hambatan komunikasi terjadi karena Ayahnya kurang memahami perkembangan remaja yang mulai membutuhkan ruang atau otonomi yang lebih luas, sehingga tidak mau diintervensi oleh orang lain termasuk orang tua. Selain itu cara komunikasi Ayahnya cenderung untuk memaksa dan intruktif sehingga anak E merasa seperti anak kecil. Salah satu perubahan sosial remaja adalah keluarnya remaja dari hubungan di dalam keluarga ke dalam kelompoknya. Remaja mulai mengurangi kontak dengan keluarga dan menganggap kelompoknya adalah bagian terpenting dalam kehidupan remaja (O’Koon, 1997; dalam APA, 2002).

Hubungan Remaja dan orang tua serta peran orang tua dalam perkembangan sampai masa remaja sangat penting. Menurut Newman (dalam Rice,1999), remaja menginginkan orang tua yang menaruh perhatian dan siap membantu apabila remaja membutuhkan bantuan serta mendengarkan dan berusaha mengerti sebagai remaja; menunjukkan bahwa mereka menyetujui remaja; menerima apa adanya; memperlakukan remaja dengan dewasa dan yang paling penting menjadi teladan bagi remaja. Dalam setiap keluarga ada nilai-nilai atau aturan yang harus dipegang atau ditaati oleh setiap anggota keluarga termasuk anak remaja itu sendiri. Namun bila setiap aturan tidak disampaikan dengan baik maka akan terjadi pelanggaran-pelanggaran. Melalui komunikasi di dalam keluarga setiap aturan atau nilai-nilai keluarga ditanamkan. Keluarga yang memiliki hubungan kurang akrab antar anggota keluarga, hubungan yang tidak harmonis dalam keluarga, akan sangat sulit membicarakan segala sesuatu dalam keluarga dan kemungkinan timbulnya delikueni pada anak remaja.

Intervensi yang dikembangkan untuk mengatasi masalah komunikasi antara bapak M dan anak E adalah diawali dengan memberikan pemahaman terhadap orang dan anak tentang tumbuh kembang keluarga, tugas perkembangan keluarga, tumbuh kembang anak remaja dan tugas perkembangan anak remaja. Masa remaja merupakan masa penting dalam mengembangkan pemikiran

kritis, karena beberapa kapasitas pemikiran penting dicapai pada masa ini (Keating, 1990; dalam Sprinthall & Collins). Intervensi keperawatan juga ditujukan untuk mengoptimalkan fungsi keluarga dalam membantu terpenuhinya tugas perkembangan individu dan keluarga dengan remaja, karena keluarga merupakan kelompok pendukung utama bagi remaja. Keterikatan, pengungkapan, dan konflik yang minimal dalam keluarga merefleksikan dukungan keluarga yang mempengaruhi perkembangan kognitif, emosional, dan sosial anak (Timko & Moos, 2000; dalam Pender, Murdaugh & Parson, 2002). Intervensi keperawatan keluarga diberikan melalui beberapa terapi modalitas dalam keluarga. Terapi modalitas keluarga yang diberikan kepada keluarga ini adalah konseling dan latihan komunikasi asertif.

Bapak M mengatakan tidak tahu lagi harus bagaimana untuk mengatasi hubungan komunikasi dengan anaknya, usaha yang dilakukan adalah dengan memberikan kebebasan dengan tidak melarang semua kegiatan yang dilakukan anak E. Keputusan ini diambil untuk menghindari konflik dengan anaknya dan dianggap akan semakin memperburuk hubungan dengan anaknya. Konseling dilakukan pada Bapak M untuk membantu mengambil keputusan tentang apa yang sebaiknya dilakukan untuk membantu membangun hubungan komunikasi yang lebih baik. Konseling merupakan proses saling belajar yang menyangkut dua individu dalam suasana edukatif. Pihak pertama adalah konseli atau klien yang meminta atau memerlukan bantuan dari pihak kedua yaitu konselor (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Proses konseling keluarga dilakukan atas kesepakatan dengan Bapak M dengan cara menunjukkan fakta masalah dalam keluarga, agar mereka memiliki cukup pengetahuan untuk membuat keputusan dengan sukarela. Perawat memberikan informasi dan tuntunan, memberikan kesempatan untuk menyampaikan cara mengatasi dan akhirnya keluarga harus memutuskan tindakan yang akan diambil.

Hasilnya menunjukkan Bapak M mengusulkan beberapa cara untuk menciptakan kesempatan untuk bisa berkomunikasi dengan anggota keluarga



seperti disepakati waktu makan pagi sebagai sarana untuk saling mengungkapkan perasaan (uneg-uneg), disepakati untuk makan bersama di luar rumah, dan bekerja bersama memberisihkan rumah pada hari libur. Hasil evaluasi menunjukkan hasil yang positif dimana Bapak M sudah bisa memulai komunikasi dengan Anak E, dan Bapak M mau mengantar sekolah. Hal ini sesuai dengan pendapat Dietrich (2006) bahwa konseling keluarga dapat meningkatkan komunikasi yang efektif dengan anak remaja di rumah. Keluarga yang mengkomunikasikan tentang permasalahan yang sedang dialami dan menjaga hubungan dengan remaja menunjukkan perilaku yang bertanggung jawab dari remaja.

Komunikasi yang terjadi pada keluarga Bapak M tidak berfungsi dengan efektif disebabkan karena adanya masalah pada Bapak M (komunikator) ditunjukkan dengan respon yang menghakimi ditandai dengan kecenderungan menggunakan bahasa instruktif untuk mengevaluasi pesan dengan menggunakan sistem nilai dengan kekuatan (*power*) sebagai orang tua yang harus didengar, dipatuhi, dan dilaksanakan. Bapak M memerlukan bantuan dalam memperbaiki ketrampilan berkomunikasi secara efektif khususnya dengan anak remaja. Intervensi yang diberikan adalah melatih keluarga cara komunikasi asertif yang dilakukan dalam empat kali pertemuan yang dilakukan dengan cara terpisah antara Bapak M dan anak E. Hasilnya menunjukkan Bapak M sudah jarang marah, ucapannya mulai didengarkan anaknya, dan merasa lebih dekat dengan anak E. Evaluasi terhadap anak E menunjukkan perubahan mulai berani mengungkapkan pendapat lebih dulu kepada Bapaknya, tidak tersinggung dengan perkataan bapaknya, dan merasa lebih nyaman berada di rumah.

Komunikasi yang efektif adalah mencocokkan arti, mencapai konsistensi, dan mencapai kesuksesan antara pesan yang diterima dan yang diharapkan. Pengirim maupun penerima harus terlibat secara aktif dan mampu saling tukar menukar posisi dengan menjadi pengirim maupun penerima selama prosesnya berlangsung (Friedman, 2010). Keluarga yang fungsional menggunakan

komunikasi untuk menciptakan suatu hubungan timbal balik yang bermanfaat. Pola-pola komunikasi dalam sebuah keluarga fungsional menunjukkan adanya penyambutan terhadap perbedaan, dan juga penilaian minimum dan kritik tidak realistis yang dilontarkan satu sama lain (Hanson, Duff dan Kaakinen, 2005). Bentuk intervensi komunikasi efektif yang diberikan pada keluarga adalah melatih teknik komunikasi asertif.

Komunikasi asertif adalah kemampuan individu untuk mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan kepada orang lain namun tetap menjaga hak-hak serta perasaan orang lain (Stuart, 2009). Komunikasi asertif diajarkan pada remaja dan orang tua agar mereka mampu memiliki inisiatif, memiliki ketrampilan pemilihan kalimat yang tepat, memiliki perasaan menghargai, dan mencegah timbulnya konflik. Komunikasi asertif mampu meningkatkan fungsi komunikasi dalam keluarga seperti; memberi pengertian bagi pasangan tentang hal-hal yang disukai dan tidak disukai, memperlakukan kasih sayang, kepercayaan dan rasa hormat dalam keluarga, dan memberikan pengertian yang lebih dalam tentang siapa kita sebagai pribadi kepada anggota keluarga lainnya (Hanson, Duff dan Kaakinen, 2005).

Diagnosa lainnya pada keluarga Bapak M yang ditegaskan adalah koping tidak efektif khususnya anak E. Ditunjukkan dengan perilaku merokok, pernah minum alkohol, begadang sampai larut malam, dan tidak pernah membantu pekerjaan rumah padahal ayahnya adalah orang tua tunggal (*single parent*) semenjak ditinggal istrinya 4 bulan yang lalu. Perilaku tersebut merupakan bentuk respon praktis yang tidak adekuat terhadap pemecahan masalah. Mekanisme koping yang digunakan oleh anak E adalah *emotion-focused* dimana anak E hanya berusaha menenangkan pikiran dan tidak mencari sumber-sumber untuk penyelesaian masalah (Sprinthall & Collins, 1995). Anak E mengatakan itu semua dia lakukan karena ada masalah dengan orang tua, terutama hambatan komunikasi dengan ayahnya semenjak ditinggal meninggal ibunya 4 bulan yang lalu. Setelah ibunya meninggal, dia merasa sendirian karena jika ada masalah dia sering bicara dengan ibu karena lebih

sabar, sedangkan Ayahnya cenderung pemaarah. Sifat pemaarah ini yang menyebabkan dia menjadi stress dan melampiaskan dengan merokok.

Perilaku merokok pada remaja Anak E berdasarkan hasil pengajian disebabkan karena pengaruh dari teman dan adanya anggota keluarga yang merokok. Hasil riset Lembaga Menanggulangi Masalah Merokok (Republika, 1998) melaporkan bahwa di anak-anak di Indonesia sudah ada yang mulai merokok pada usia 9 tahun. Smet (1994) mengatakan bahwa usia pertama kali merokok pada umumnya berkisar antara usia 11-13 tahun dan mereka pada umumnya merokok sebelum usia 18 tahun. Data WHO juga semakin mempertegas bahwa seluruh jumlah perokok yang ada di dunia sebanyak 30% adalah kaum remaja (Republika, 1998). Hampir 50% perokok di Amerika Serikat termasuk usia remaja (Theodorus, 1994). Berdasarkan data tersebut dapat dikatakan bahwa perilaku merokok dimulai pada saat masa anak-anak dan masa remaja. Hampir sebagian memahami akibat-akibat yang berbahaya dari asap rokok tetapi mengapa mereka tidak mencoba atau menghindari perilaku tersebut. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pada dasarnya mereka sadar tentang bahaya merokok, tetapi mereka tetap melakukan karena faktor dorongan dari lingkungan terutama teman sebaya yang merokok.

Ada banyak alasan yang melatar belakangi perilaku merokok pada remaja. Secara umum menurut Kurt Lewin (2010), bahwa perilaku merokok merupakan fungsi dari lingkungan dan individu. Artinya, perilaku merokok selain disebabkan faktor-faktor dari dalam diri, juga disebabkan dari faktor lingkungan. Faktor dari dalam remaja dapat dilihat dari kajian perkembangan remaja. Remaja mulai merokok dikatakan oleh Erikson (dalam Gatchel, 1989) berkaitan dengan adanya krisis aspek psikososial yang dialami pada masa perkembangannya yaitu masa ketika mereka sedang mencari jati dirinya. Menurut Friedman (2001) pada fase ini peran keluarga menjadi penting untuk melakukan bimbingan dan arahan tanpa mengurangi otonomi remaja

yang sedang berkembang dengan pesat. Masa remaja sering dilukiskan sebagai masa badai dan topan karena ketidaksesuaian antara perkembangan psikis dan sosial. Upaya-upaya untuk menemukan jati diri tersebut, tidak semua dapat berjalan sesuai dengan harapan masyarakat. Beberapa remaja melakukan perilaku merokok sebagai cara kompensatoris. Seperti yang dikatakan oleh Brigham (1991) bahwa perilaku merokok bagi remaja merupakan perilaku simbolisasi. Simbol dari kematangan, kekuatan, kepemimpinan, dan daya tarik terhadap lawan jenis.

Intervensi keperawatan keluarga yang dikembangkan adalah terapi perubahan perilaku (*behavior therapy*) dan manajemen stress (pernafasan diafragma dikombinasi dengan *self hypnosis*) untuk membantu mengurangi dan menghentikan perilaku merokok, serta membantu mengatasi stress yang menjadi pemicu remaja merokok. Terapi modalitas ini diberikan selama dua bulan dengan dilengkapi lembar monitoring perilaku merokok yang melibatkan keluarga. Keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi anggota keluarga yang mengalami masalah seperti merokok pada anak remaja. Setelah dilakukan intervensi perubahan perilaku dan manajemen stress pada Anak E diperoleh hasil perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku merokok. Hasil pendidikan kesehatan pada Anak E dan Bapak M menunjukkan peningkatan pengetahuan tentang pengertian dan bahaya merokok yaitu rerata 20%.

Disamping itu juga diajarkan beberapa cara upaya untuk menghentikan perilaku merokok pada remaja seperti; menghindari teman yang merokok, makan permen jika timbul senasi ingin merokok, imajinasi dengan membayangkan bahaya merokok, mengikutkan dalam kegiatan pendidik sebaya di sekolah, menggunakan pernafasan diafragma dan *self hypnosis* apabila stress muncul, dan menyalurkan hobi sesuai dengan ketampilan yang dimiliki. Beberapa kegiatan di atas mampu memberikan perubahan positif

pada remaja dalam meningkatkan kemampuan untuk mencegah perilaku merokok remaja. Bosma (1983, dalam Monks, Knors, dan Haditono, 2004), dalam penelitiannya tentang perilaku remaja menemukan bahwa kegiatan positif remaja dengan teman sebaya mampu meningkatkan komitmen untuk sekolah, berorganisasi, bekerja, dan mengisi waktu luang dengan olah raga. Kegiatan positif pada remaja perlu dibarengi dengan dukungan pendidikan kesehatan dalam rangka menolak kegiatan negatif yang beresiko terhadap perilaku merokok remaja melalui dukungan teman sebaya (WHO, 2002).

Dukungan keluarga menjadi penting dalam upaya menanamkan perilaku sehat terutama mencegah dan menghentikan perilaku merokok pada remaja. Keluarga merupakan lembaga pertama dan penting dalam upaya untuk menanamkan nilai-nilai, sistem keyakinan, sikap, atau perilaku dari generasi sebelumnya kepada generasi berikutnya (Durkin, 1995). Tujuan sosialisasi sistem nilai dalam keluarga adalah agar generasi berikutnya mempunyai sistem nilai yang sesuai dengan tuntutan norma yang diinginkan oleh kelompok, sehingga individu dapat diterima dalam suatu kelompok. Dalam kaitannya dengan perilaku merokok, pada dasarnya hampir tidak ada orang tua yang menginginkan anaknya untuk jadi perokok bahkan masyarakat tidak menuntut anggota masyarakat untuk menjadi perokok.

Hasil intervensi modifikasi perilaku dan manajemen stress yang dievaluasi dengan wawancara pada Anak E mengatakan sekarang sudah jarang merokok, merasa senang ada teman-teman yang mengingatkan untuk berhenti merokok, keinginan untuk merokok berkurang, jika ada masalah sudah tahu cara mengatasinya, dan jarang keluar malam untuk menghindari ajakan teman. Perilaku positif yang ditunjukkan oleh Anak E disebabkan karena tingginya motivasi untuk berhenti merokok dan besarnya dukungan dari lingkungan seperti orang tua dan teman-teman sekolah. Berry dkk (1992), menjekaskan pada dasarnya perilaku dapat dipindahkan melalui

vertikal dan horizontal. Pemandangan vertikal dilakukan oleh orang tua melalui sikap permisif terhadap perilaku merokok anak dan pemandangan horisontal dilakukan oleh teman sebaya melalui lingkungan pergaulan.

Hasil evaluasi tingkat kemandirian keluarga Bapak M diperoleh kenaikan dari tingkat kemandirian I sebelum intervensi menjadi tingkat kemandirian III setelah intervensi asuhan keperawatan keluarga. 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).

### **5.3 Asuhan Keperawatan Komunitas**

Asuhan keperawatan komunitas ditujukan untuk mencegah dan mengatasi masalah risiko penularan HIV. Asuhan keperawatan diawali dengan pengkajian dengan mengembangkan variabel hasil dari integrasi *comprehenship School health Programs*, teori fungsi manajemen, dan *Family*

*Centerer Nursing*. Residen mengidentifikasi beberapa perilaku berisiko terhadap penularan HIV, kemampuan ketrampilan hidup siswa berkaitan dengan perilaku berisiko penularan HIV, dan faktor lingkungan tempat tinggal dan peran orang tua dalam membantu membimbing proses tumbuh kembang remaja.

Faktor fungsi keluarga dikaji berdasarkan persepsi siswa meliputi fungsi sosialisasi keluarga, fungsi afektif keluarga, jaringan komunikasi keluarga, dan penanaman nilai dan norma dalam keluarga yang dominan. Fungsi keluarga dikaji dalam asuhan keperawatan komunitas karena keluarga merupakan pintu masuk 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 orang tua dan anak remaja juga mempunyai peranan penting dalam pembentukan perilaku remaja, dimana teladan yang negatif dapat menyebabkan penyimpangan perilaku remaja (Green & Kreuter, 2000). Kondisi ini juga ditemukan residen di SMK “RF”, dimana sebagian siswa merokok karena melihat orang tua mereka yang merokok.

Masalah perilaku yang ditemukan pada siswa SMK “RF” adalah perilaku merokok, membolos, minum alkohol, pacaran tidak sehat, ciuman lawan jenis, dan melihat gambar/film pornografi. Menurut Sprinthall & Collins (1995), penyimpangan perilaku muncul karena perkembangan nilai yang tidak adekuat pada remaja. Penanaman nilai pada remaja dimulai sejak dini dari tingkat keluarga. Penanaman nilai, norma, keyakinan dan perilaku tentang kesehatan merupakan bagian dari fungsi keluarga. Fungsi keluarga yang tidak berjalan dengan baik menyebabkan timbulnya perilaku-perilaku yang tidak sehat khususnya yang dialami oleh remaja. Selain itu, faktor internal remaja sendiri yang dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang juga ikut berkontribusi dalam

perubahan perilaku berisiko remaja. Remaja memiliki karakteristik rasa ingin tahu yang tinggi, senang mencoba hal-hal yang baru, hasrat seksual yang tinggi, dan menginginkan kebebasan (Santrock, 2005).

Intervensi asuhan keperawatan komunitas yang dikembangkan untuk mencegah perilaku berisiko remaja di SMK “RF” antara lain; pendidikan kesehatan, pelatihan ketrampilan hidup (*life skill*), seminar kesehatan remaja, konseling, kampanye HIV/AIDS dan IMS, dan terapi modalitas modifikasi perilaku (*behavior therapy*) dan manajemen stress. Pendekatan yang digunakan untuk penyelesaian masalah adalah pemberdayaan siswa dengan cara pembentukan kelompok pendidik sebaya. Pendidik sebaya diyakini efektif dalam upaya mencegah perilaku berisiko pada remaja. Menurut Irma (2009) kegiatan pendidik sebaya dapat membangun hubungan saling percaya dan komunikasi terbuka sehingga mendorong remaja untuk berperilaku positif.

Pendidikan kesehatan merupakan strategi utama dalam asuhan keperawatan komunitas. Pendidikan kesehatan yang dikembangkan dalam model ini adalah pembelajaran partisipatif remaja dengan metode belajar aktif berkelompok. Pembelajaran aktif dikembangkan dengan cara membuat kelompok-kelompok kecil, setiap kelompok beranggotakan 7-10 siswa yang berasal dari teman sekelas yang didampingi oleh 1-2 kader pendidik sebaya. Anggota kelompok ditentukan sendiri oleh siswa melalui musyawarah berdasarkan kedekatan emosional mereka dengan teman yang lain. Pembagian kelompok ini penting untuk menghindari penolakan dan menjaga komitmen diantara mereka sendiri. Kelompok yang sudah terbentuk sebanyak 10 kelompok dan mereka melakukan pembelajaran secara mandiri dan didampingi oleh residen sebanyak 10 topik yang disampaikan dalam 10 kali pertemuan.

Proses pembelajaran ini sesuai dengan tahap perkembangan belajar remaja yaitu *experiential learning*, dan kelompok remaja sering disebut sebagai “*the concrete learner*” karena berada pada taraf pemahaman konkrit-operasional,



selain itu remaja cenderung belajar sesuatu yang berasal dari pengalaman nyata (PATH, 2002; Moeilono, 2002). Sebagai pendalaman materi, setelah menyelesaikan 4 topik dilakukan seminar kesehatan remaja yang dihadiri oleh seluruh siswa yang terlibat kegiatan pendidik sebaya yang disampaikan oleh perwakilan siswa pendidik sebaya, mahasiswa residen, dan supervisor. Selama praktik residensi telah dilaksanakan sebanyak 2 kali seminar kesehatan remaja. Kampanye kesehatan merupakan bagian dari pendidikan kesehatan dengan jangkauan yang lebih luas. Kampanye kesehatan di lingkungan sekolah dilakukan dengan cara menempelkan poster dan menyebarkan leaflet kepada siswa tentang penyakit menular seksual dan HIV, tumbuh kembang remaja, bahaya merokok, dan pacaran sehat.

Hasil evaluasi pengetahuan kegiatan pendidik sebaya terhadap siswa menunjukkan rerata pengetahuan peserta sebelum kegiatan pendidik sebaya adalah 71,28 dengan standar deviasi 5,64. Rerata pengetahuan siswa sesudah kegiatan pendidik sebaya adalah 86,51 dengan standar deviasi 8,58. Terlihat nilai mean perbedaan antara sebelum dan sesudah kegiatan pendidik sebaya adalah 15,23. Hasil uji statistik (uji t) didapatkan nilai signifikansi 0,000 dengan tingkat kepercayaan 0,05, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan peserta sebelum dan sesudah kegiatan pendidik sebaya di SMK "RF". Hasil laporan implementasi program dengan menggunakan pendekatan pendidik sebaya di Kelurahan Tugu mampu meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan (Susanto, 2011).

Permasalahan keperawatan komunitas pada *aggregate* remaja dengan risiko penularan HIV pada remaja di SMK "RF" yang kedua adalah koping remaja di SMK Raflesia tidak efektif berhubungan dengan ketiadaan sumber pemecahan masalah kesehatan remaja di tingkat sekolah SMK "RF". Masalah keperawatan ini diangkat karena adanya pola aktivitas di tingkat sekolah khususnya SMK "RF" (untuk adaptasi dan pemecahan masalah) dimana tidak memuaskan untuk memenuhi kebutuhan komunitas sekolah terutama dalam mengatasi masalah risiko penularan HIV pada remaja (NANDA, 2009).

Berdasarkan data didapatkan 9,8% siswa pernah bolos sekolah tanpa ijin yang jelas, 47,5% mengatakan lingkungan tempat tinggal mereka kurang kondusif terhadap remaja, dan 3,3% mengatakan pernah beratato (tidak ada penjelasan permanen atau sementara). Hasil pengkajian tentang ketrampilan hidup remaja untuk menghindari risiko penularan HIV didapatkan 30,8% remaja memiliki ketrampilan menyelesaikan masalah dengan baik, 37,4% remaja mampu mengambil keputusan dengan baik, 53,8% remaja mampu berkomunikasi dengan baik, 27,5% remaja memiliki ketrampilan hubungan interpersonal baik, 46,2% remaja memiliki ketrampilan berfikir kritis baik, 54,9% remaja kurang mampu menyampaikan masalah yang dihadapi pada orang tua. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Price dan Hyde (2009) yang menyebutkan bahwa penggunaan waktu yang tidak bermanfaat pada remaja seperti peningkatan menonton televisi, hubungan keluarga yang renggang, dan tidak adanya aktivitas sosial di masyarakat akan meningkatkan perilaku seksual yang berisiko lebih dini pada remaja.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan komunitas pada *aggregate* siswa SMK "RF" di Kelurahan Tugu dilakukan evaluasi terhadap siswa terdapat perubahan perilaku dan ketrampilan hidup remaja setelah menggunakan metode pemberdayaan pendidik sebaya dan konselor sebaya. Hal ini merupakan perubahan positif pada *aggregate* remaja dalam meningkatkan kemampuan mencegah risiko penularan HIV. Hasil wawancara dengan siswa mengatakan merasa senang ada teman-teman yang mengingatkan untuk berperilaku positif di sekolah. Siswa lain merasa senang karena perilaku negatif, seperti merokok, pacaran, dan tidak masuk sekolah mulai berkurang setelah ada kegiatan oleh kader pendidik sebaya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ristianti (2009) pada siswa SMA terdapat bahwa dukungan positif teman sebaya sangat mempengaruhi remaja. Menurut penelitian Bosma (1983, dalam Monks, Knors, dan Haditono, 2004) terhadap perilaku remaja menemukan kegiatan positif pada remaja dengan sebaya, seperti: komitmen

untuk sekolah, organisasi, bekerja, dan mengisi waktu luang dengan olah raga.

Kegiatan positif siswa didukung dengan pemberian pelatihan ketrampilan hidup dalam rangka meningkatkan rasa percaya diri, potensi, mengambil keputusan, dan mencari nilai diri remaja untuk mengembangkan sikap dan perilaku positif (WHO, 2002). Pengetahuan dan ketrampilan remaja tentang kesehatan reproduksi, pencegahan kehamilan, dan pencegahan penggunaan NAPZA dapat ditingkatkan melalui penyuluhan kesehatan yang diberikan oleh teman sebaya (Komang, 2006; Mulyadi, 2010, Santoso, 2010; Susanto, 2011).

#### **5.4 Hambatan Pelaksanaan Kegiatan**

Implementasi kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya berbasis sekolah-masyarakat pada *aggregate* remaja di SMK “RF” dengan tema pencegahan risiko penularan HIV memiliki beberapa keterbatasan yaitu: diskusi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor, dan alokasi waktu kegiatan.

##### **1. Diskusi dan Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor**

Koordinasi kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya telah dilakukan dengan pihak beberapa pihak di lingkungan Kota Depok seperti; Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Kecamatan selaku TP UKS, Puskesmas Tugu, dan pihak sekolah SMK “RF” baik secara lisan maupun tulisan melalui koordinasi, lokakarya mini kesehatan di sekolah dan puskesmas. Koordinasi dan kerja sama lintas sektor dengan Dinas Pendidikan, dan Kecamatan belum menghasilkan kesepakatan nyata dalam upaya kesehatan remaja di sekolah disebabkan karena jarang hadir dalam setiap undangan dengan alasan yang tidak diketahui.

Perencanaan program pemberdayaan pendidik sebaya ini pada kerangka kerja juga berupaya untuk menjalin kerja sama dengan LSM Stigma yang konsen terhadap HIV/AIDS di Kota Depok, namun belum bisa diwujudkan karena banyaknya institusi yang harus dikoordinasi yang

terlibat dalam upaya kesehatan remaja di tingkat sekolah. Disamping itu, institusi yang mempunyai tanggungjawab terhadap upaya kesehatan di sekolah belum menunjukkan komitmen yang kuat dalam upaya kesehatan remaja di sekolah, sehingga koordinasi lebih ditekankan pada internal institusi.

### **5.1.1 Alokasi Waktu Kegiatan**

Kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya mengalami kendala mengenai alokasi waktu kegiatan. Padatnya kegiatan proses belajar di SMK “RF” dari pagi sampai sore (*full day*) dengan lima hari kerja menyebabkan kesulitan dalam melaksanakan kegiatan. Pihak sekolah merasa keberatan jika menggunakan waktu belajar siswa, disamping itu jadwal libur sekolah sering menjadi kendala dalam pelaksanaan kegiatan, dan siswa tidak mau menggunakan hari libur karena digunakan untuk keperluan pribadi dan keluarga. Selama ini jadwal kegiatan dilaksanakan setelah pulang sekolah yaitu jam 14.30-16.00, ini menjadi hambatan karena siswa sudah merasa lelah dan capek sehingga kurang konsentrasi. Disamping itu juga mempengaruhi tingkat kehadiran siswa dalam setiap kegiatan kelompok pendidik sebaya. Kondisi memerlukan jalan keluar kedepannya dengan mengintegrasikan kegiatan kesehatan dan konseling remaja menjadi bagian dari proses belajar dengan menggunakan jam belajar bimbingan konseling (BK). Berdasarkan struktur kurikulum pendidikan menengah dan atas telah disebutkan adanya mata pelajaran BK dengan alokasi waktu 60 menit setiap minggunya.

## **5.5 Implikasi Keperawatan**

### **1. Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan Komunitas**

Pelaksanaan kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya memberikan dampak positif pada remaja terutama dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja, sehingga dapat digunakan sebagai program promosi kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan IMS/HIV di sekolah. Kegiatan ini melibatkan partisipasi remaja secara aktif dalam belajar

berkelompok sebaya dengan dukungan masyarakat khususnya keluarga. Kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya di sekolah dapat dilakukan melalui integrasi dengan institusi kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit sebagai sistem rujukan untuk mengatasi masalah kesehatan khususnya kesehatan reproduksi dan pencegahan IMS/HIV.

UKS merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan sekolah yang memiliki struktur organisasi mapan mulai dari tingkat pusat sampai di setiap jenjang pendidikan mulai SD, SMP, SMA atau yang sederajat. UKS dapat dijadikan sarana bagi perawat komunitas untuk melakukan praktik keperawatan komunitas dengan menjadi manajer, manajer kasus, pendidik, pemberi perawatan langsung, peneliti, konselor, dan konsultan. Pelayanan kesehatan di sekolah merupakan salah satu area dalam keperawatan komunitas dan memiliki nilai strategis dalam menunjukkan kontribusi perawan dalam mengatasi masalah kesehatan melalui upaya promosi dan prevensi dalam membantu tumbuh kembang remaja untuk menggapai prestasi.

## **2. Implikasi terhadap Perkembangan Ilmu keperawatan**

Praktik kegiatan pemberdayaan pendidik sebaya dalam menyikapi masalah tumbuh kembang kesehatan reproduksi dan pencegahan risiko penularan IMS/HIV pada remaja dikembangkan berdasarkan pendekatan integrasi model *comprehensive school health model*, *family center nursing*, dan prinsip manajemen pelayanan kesehatan. Beberapa variabel dalam model tersebut digunakan dalam identifikasi masalah yang ada pada kelompok remaja di komunitas melalui pengembangan instrument pengkajian. Kendala yang dialami selama praktik adalah tentang aspek budaya yang masih menganggap tabu membahas tentang seksualitas dan penyakit-penyakit akibat hubungan seksual.

Masyarakat dan sekolah masih menganggap bahwa pendidikan kesehatan reproduksi masih belum dibutuhkan dan itu merupakan masalah pribadi

yang tidak harus dibicarakan atau disampaikan dalam kelompok yang lebih luas. Keyakinan budaya seperti ini menyebabkan praktik-praktik perilaku seksual yang tidak dapat dideteksi dan masalah yang muncul seperti “fenomena gunung es”, dimana kasus yang ada tidak menggambarkan kondisi yang sebenarnya terhadap perilaku seksual remaja dan justru kondisinya jauh lebih besar dari kenyataan yang ada. Diperlukan strategi pembelajaran dengan menggunakan pendekatan keperawatan transkultural untuk menghindari penolakan masyarakat terhadap upaya kesehatan remaja khususnya kesehatan reproduksi dan pencegahan penularan IMS/HIV. Identifikasi perlu dikaitkan kedalam struktur nilai dan norma keluarga serta fungsi reproduksi dan perawatan kesehatan keluarga. Penelitian lain dapat dikembangkan mengenai peranan keluarga dalam memfasilitasi kesehatan reproduksi remaja dalam konteks budaya keluarga dalam pemenuhan fungsi reproduksi keluarga.

### **3. Implikasi terhadap Pembuat Kebijakan Kesehatan**

Hasil evaluasi program pemberdayaan pendidik sebaya di tingkat sekolah yang menunjukkan hasil yang signifikan terhadap pengetahuan, perilaku, dan ketrampilan hidup remaja di SMK “RF”. Hasil ini dapat dijadikan dasar dalam pengembangan program oleh pengambil kebijakan dengan cara menjadikan upaya kesehatan remaja menjadi prioritas untuk mencegah peningkatan HIV/AIDS. Variabel yang ada dalam integrasi model kerangka kerja (*framework*) tersebut dapat digunakan sebagai indikator pencapaian program kesehatan remaja dengan pendekatan pemberdayaan pendidik sebaya seperti; kinerja pendidik sebaya, perilaku sehat, kemandirian keluarga, dan ketrampilan hidup (komunikasi asertif, percaya diri, dan bertanggung jawab terhadap setiap keputusan yang diambil).

Permasalahan kesehatan remaja melibatkan banyak pihak, sehingga perlu ditangani secara komprehensif dengan cara menjalin koordinasi dan komunikasi yang intensif baik lintas program maupun lintas sektoral.

Beberapa lembaga yang terkait dengan upaya kesehatan remaja antara lain; Dinas Kesehatan, Dinas pendidikan dan kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Dalam Negeri, KPA/KPAD, dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang memiliki perhatian terhadap remaja dan permasalahannya.

Perawat komunitas yang bekerja di Dinas Kesehatan atau Puskesmas dapat mengembangkan program PKPR yang dapat diintegrasikan dengan UKS yang sudah berjalan selama ini. PKPR dengan pendekatan pemberdayaan pendidik sebaya berbasis sekolah-masyarakat (*school-community based empowerment*) dapat dijadikan model kerangka kerja untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi dan pencegahan risiko penularan HIV melalui upaya pencegahan primer, skunder, dan tersier. Perencanaan program perlu melibatkan semua institusi terkait untuk mendapatkan perencanaan yang menyeluruh dan dapat diterima oleh semua pihak. Melalui kerja sama yang baik dengan berbagai pihak diharapkan adanya kontribusi intervensi di lapangan. Keberhasilan implementasi program harus dapat terukur dan memenuhi harapan semua pihak yang terlibat seperti pengetahuan, sikap, dan perubahan perilaku remaja serta peningkatan derajat kesehatan remaja.

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini dijelaskan tentang simpulan dan saran dari uraian bab sebelumnya terhadap hasil dan pembahasan manajemen pelayanan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan keluarga, dan asuhan keperawatan komunitas yang telah dibandingkan dengan konsep dan penelitian terkait.

#### 6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan model pemberdayaan pendidik sebaya berbasis sekolah-masyarakat (*school-community based empowerment*) dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV pada remaja di SMK “RF” adalah sebagai berikut:

- a. Tersusun program pendidik sebaya selama 1 tahun, terbentuk struktur organisasi pendidik sebaya di tingkat sekolah, kader pendidik sebaya sebanyak 22 orang, terbentuk kelompok pendidik sebaya 10 kelompok, dan tersusunya buku materi dan buku catatan pendidik sebaya dan konselor sebaya.
- b. Berjalannya kegiatan pendidik sebaya sebanyak 10 kali pertemuan dan dilakukan supervisi oleh guru sebanyak 2 kali yang ditunjukkan dengan rerata peningkatan kinerja pendidik sebaya sebesar 23,60.
- c. Meningkatnya keterlibatan siswa, guru, puskesmas, dinas kesehatan, dinas pendidikan, dan keluarga dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV.
- d. Melalui konseling, manajemen stress, terapi modifikasi perilaku, pelatihan komunikasi asertif, dan pelatihan ketrampilan hidup dapat memberikan hasil yang efektif dalam meningkatkan perilaku sehat remaja.
- e. Peningkatan kemandirian keluarga dari tingkat I menjadi tingkat III melalui pembinaan kunjungan rumah (*home visit*) selama 2 bulan.
- f. Pengetahuan siswa meningkat setelah penerapan model pemberdayaan pendidik sebaya dalam upaya pencegahan penularan infeksi HIV (rerata kenaikan 15,23).



- g. Keterampilan hidup remaja meningkat setelah penerapan program pemberdayaan pendidik sebaya dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV (selisih rerata 23,72).
- h. Perilaku berisiko remaja menurun setelah penerapan program pemberdayaan pendidik sebaya dalam upaya pencegahan risiko penularan HIV (selisih rerata -39,54).

## **6.2 Saran**

Saran yang dapat disampaikan kepada pihak-pihak yang terkait dengan upaya pencegahan risiko penularan HIV pada remaja adalah:

### **a. Bagi Pemerintah Kota Depok**

1. Meningkatkan program PKPR melalui model pemberdayaan pendidik sebaya dengan melibatkan peran serta masyarakat khususnya keluarga dan integrasi upaya kesehatan remaja ke dalam kurikulum pembelajaran siswa SMA/SMK/MA dengan alokasi 1 jam per minggu.
2. Pengoptimalan komunikasi dan koordinasi untuk mensinergikan program upaya kesehatan remaja khususnya pencegahan penularan IMS/HIV di tingkat sekolah dan masyarakat dengan KPAD Kota Depok.
3. Meningkatkan pembinaan melalui evaluasi dan monitoring pelaksanaan PKPR di sekolah dalam bentuk kunjungan oleh perawat puskesmas setiap bulan sekali.

### **b. Bagi Pihak Sekolah**

1. Seluruh civitas akademika SMK "RF" untuk mendukung dan memfasilitasi kegiatan pendidik sebaya dan konselor sebaya menjadi bagian pencapaian kompetensi siswa untuk mengembangkan *soft skill*.
2. Pembentukan UKS sebagai wadah dalam upaya kesehatan remaja dengan pendekatan model pemberdayaan pendidik sebaya.

### **c. Bagi Perawat Komunitas**

1. Lebih meningkatkan kemampuan manajemen pelayanan kesehatan dan asuhan melalui pemberdayaan, membangun jejaring, proses kelompok, dan pemberian perawatan secara langsung kepada aggregate remaja dalam upaya pencegahan penularan IMS/HIV.
2. Memperkuat ketrampilan klinis dan terapi modalitas dalam pemberian perawatan langsung pada remaja dengan cara melakukan kunjungan rumah (*home visit*).
3. Perawat komunitas juga dapat melakukan pembinaan kesehatan remaja di sekolah sebagai konselor, manajer kasus, pendidik, peneliti, dan manajer dengan mengoptimalkan fungsi UKS.

### **d. Perkembangan Riset Keperawatan**

Hasil pelaksanaan program pemberdayaan pendidik sebaya berbasis sekolah-masyarakat (*school-community based empowerment*) model RUR untuk riset keperawatan komunitas perlu dikembangkan beberapa riset keperawatan baik secara kualitatif maupun kuantitatif.

1. Perlu dikembangkan riset kualitatif studi fenomenologi mengenai pengalaman siswa pendidik sebaya, pengalaman orang tua dalam membantu mengasuh anak remaja, dan pengalaman guru sebagai konselor dalam melaksanakan kegiatan upaya kesehatan remaja di sekolah.
2. Perlu dikembangkan penelitian tentang efektivitas model pemberdayaan pendidik sebaya berbasis sekolah-masyarakat, efektivitas integrasi *family centre nursing model* dan *comprehensive school health model* dalam upaya kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan HIV/IMS.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, R.D. (2005). *Voicing Concern " Tobacco, Alcohol and Drugs of Abuse "*. Malaysia : Universitas Sains Malaysia.
- Ajik. (2000). *Pengembangan model pelayanan kesehatan dalam pencegahan infeksi HIV/AIDS pada pekerja remaja (Tahap II)*. [Http://digilib.itb.ac.id/gdl.php](http://digilib.itb.ac.id/gdl.php). Diperolah tanggal 16 Maret 2010.
- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2001). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E., & Mc Farlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing, 4<sup>th</sup> edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anne dan Miguel, 2011, Clearing a Path Through the Forest: A Meta-Review of Interorganizational Relationships, *Journal of Management & Organization*, <http://aas.sagepub.com/content/43/1/87.abstract>
- APA (American Psychological Assosiations). (2002). *Developing Adolescents: A References For Professionals*. APA Washington, DC. Diakses dari [www.apa.org/pi/pii/develop.pdf](http://www.apa.org/pi/pii/develop.pdf)
- Auerbach dan Beckerman. (2010). *HIV/AIDS Prevention in New York City: identifying sociocultural needs of the community*. <http://gateway.nlm.nih.gov/meetingabstracts/html>. Diperolah tanggl 16 Maret 2010.
- Azwar, A. (1996). *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta.
- Ball, H. (2009). Lack of Education Does Not Account for Heightened Sexual Risk Found Among African Orphans. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*; Sep 2009; 35, 3; ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 159.
- Barney. (2011). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, Texas A&M University , <http://aas.sagepub.com/content/43/1/87.abstract>
- Bell, J. (2003). Health Promotion For Adolescents In Primary Care. *Primary Health Care*. Vol 13 No. 2; March 2003.
- Bekker & Huselid (2011) *Strategic Human Resources Management: Where Do We Go From Here? Journal of management*, <sup>1</sup>School of Management, State University of New York at Buffalo, Buffalo, NY 14260, <http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract>

- Berry, J.W., Pootinga, YPEH., Segall, M.H., Dasen, P.R., (1992). *Cross-cultural Psychology: Research & Applications*. Cambridge: Cambridge Press University.
- Blake, Spencer, dan Kevin (2011), Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions<sup>3</sup>Department of Management, W. P. Carey School of Business, Arizona State University, Tempe AZ 85287-4006
- BNN. (2009). Jangan Ada Lagi Korban Narkoba. <http://www.bnn.go.id/>, diperoleh tanggal, 19 Februari 2009
- BPS Kota Depok ( 2008 ). *Depok dalam Angka tahun 2008*. BPS.Depok
- Brigham, C.J., (1991). *Social Psychology*. Boston: Harper Collins Publisher, Inc.
- 2 Carolyn dan Fred, (2011). The Impact of Hope, Optimism, and Resilience
- 3 CDC. (2009). *Community at risk*. <http://www.cdc.gov/hiv/>. Diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Clemen Stone., & Mc Guire, S.L (2002). *Comprehensive community health nursing family, aggregate & community practice*. 6<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby.
- Crepaz et al. (2009). *The efficacy of HIV/STI behaviour intervention for african american females in United States: a meta-analysis*. <http://gateway.nlm.nih.gov/abstracts/html>. Diperoleh tanggal 16 Maret 2010.
- Depkes RI, (2003). *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*, Jakarta: Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. (2005). *Pedoman Perencanaan Program Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- (2005). *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- (2005). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- (2007). *Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja: Pedoman Penyelenggaraan dan Panduan Bagi Pelatih*. Jakarta: Depkes RI.
- (2007). *Panduan Bagi Pelatih: Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*. Jakarta: Depkes RI.

- (2008). *Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- (2010). *Pedoman Untuk Tenaga Kesehatan. Usaha Kesehatan Sekolah di Tingkat Sekolah Lanjutan*. Jakarta;Depkes.
- Depkes RI & WHO.(2000). *Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), Buku Saku Untuk Remaja Usia 14-19 Tahun, Surabaya*: Kanwil. Depkes. Propinsi Jawa Timur.
- Depok online. 2011. <http://depoklik.com/2011/10/19/132-sdmi-belum-mendapat-pembinaan-uks.html>
- Dietrich, J.E. (2006). *Adolescent Sexuality: Is your practice teen friendly?* Diakses dari <http://www.srm-ejournal.com>
- DinKes. (2010). Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Depok 2010. Tidak dipublikasikan.
- Dubois at all, 2001. Introduction to health promoting program palnning, centre for health promotion university of tironto, www. Theu.ca
- Durkin, K. 1995. *Developmental Social Psychology From Infancy to Old Age*. Cambrige: Blackwell Publisher.
- Ender, Newton (2000). *Student Helping Student. A Guide for Peer Educators on College Campuses*. California : Jossey Base.Inc
- Ervin, NF. (2002). *Advanced community health nursing : Concept and practice*. 5 th ed. Philadelphia : Lippincot.
- Filippo EB. (1988). *Manajemen Personalia*. edisi keenam. Jakarta. Penerbit Erlangga.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall
- Garung, R,. (2006). *Health psycology : coping and social support*. Belmont. Thomson Wadswarth.
- Gillies, D.A. (2000). *Nursing Management: A System Approach*.5<sup>rd</sup> ed.,Philadelphia : W.B.Saunders Company.
- Girma dan Enquesselassie. (2009). *Uptake of provider initiated HIV counseling and testing (PICT) among out patient department (OPD) client with possible clinical signs of HIV infection in Addis Ababa*.

<http://gateway.nlm.nih.gov/meetingabstracts>. Diperoleh tanggal 16 Maret 2010.

Gladding, Samuel T,. (2002). *Family Therapy: History, Theory, and Practise*. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Precinte-Hall.

Green & Kreuter. (2000). *PRECEDE-PROCEED Model of Health Promotion*. Diakses dari <http://uob-community.ballarat.edu.au/jbli>

4

5 Hanson, Duff, dan Kaakinen. (2005). *Family Health Care Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. FA. Devis. Phiadelphia.

6

7 Harrison, at all, 2010, *Organizational Culture: Assessment and Transformation*, journal of The Academy of Management Annals. <http://aas.sagepub.com/content/43/1/87.abstract>

Hawari, Dadang. (1991). *Penyalahgunaan Narkotika dan Zat Adiktif*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Helvie, C.O. (1998). *Advanced practice nursing in community*. London: Sage Publications.

Hitchcock,JE., Scubert, PE., & Thomas, SA (1999). *Community Health Nursing : Caring in action. USA : Delmar Publisher*

8 Janice, Robert, dan Patrick (2011), The Myth of “the” Micro-Macro Divide: Bridging System-Level and Disciplinary Divides, *Journal of Management & Organization*, <http://aas.sagepub.com/content/43/1/87.abstract>

8.1 Kemenkes. (2012). *Laporan Triwulan ketiga HIV/AIDS*. <http://www.aidsindonesia.or.id>. Diunduh tanggal 24 Mei 2012

Kirkby , Improving Staffing with a Resource Management Plan, *Journal of Nursing Administration*: November 1998 - Volume 28 - Issue 11 - pp 30-3 <http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract>

Komang (2006).*Pengaruh Penyampaian Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Kelompok Sebaya (Peer Group) terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kelurahan Kemiri Muka Kota Depok*. Tesis.Tidak dipublikasikan.

KPN. (2012). *Laporan Tahunan HIV/AIDS Nasional*. <http://www.kpn.org.id> .Diperoleh tanggal 19 Januari 2012.

Lembaga Demografi-FEUI, 2002, <http://www.bkkbn.go.id> diperoleh tanggal 25 Oktober 2007.

Lewis. (2009). *Building global alliances in the world of health care inequities*. <http://gateway.nlm.nih.gov/meetingabstracts/ma?f=102253707.html>. Diperoleh tanggal 16 Maret 2010.

8.2

8.3 Lezin Nicole (2010). *Peer Education in Teen Pregnancy Prevention With a Little*

8.4 *Help From My Friends: Peer Education in Teen Pregnancy Prevention.*

8.5 *California. Resources center for Adolescents Pregnancy Preventif.*

Ma'shum, Y, 2006, *Remaja dan Aspek Psikososial*, [www.harian-kompas.com](http://www.harian-kompas.com).

Marquis & Houston (2006). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing, Theory and Application*. New Jersey; Mosby Co.

9 Mayberry et al. (2009). *Enhancing community-based organization capacity for HIV/AIDS education and prevention*. <http://gateway.nlm.nih.gov/meetingabstracts/102253707.html>. Diperoleh tanggal 16 Maret 2010.

Mephan, I. (2001). A Review of NGO Adolescent Reproductive Health Programs in Indonesia. Diakses dari [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnacw748.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw748.pdf)

Mc.Murray, A. (2003). *Community Health and Wellness : a Sociological approach*. Toronto : Mosby

Moeliono, L. (2003). *Proses Belajar Aktif Kesehatan Reproduksi Remaja: Bahan Pegangan Untuk Memfasilitasi Kegiatan Belajar Aktif Untuk Anak &*

Monks, Knoers, & Haditono (2004). *Psikologi Perkembangan. Pengantar Dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta; UGM Press

Mulyadi. (2007). *Sistem perencanaan dan pengendalian manajemen*. Edisi 3. Jakarta. Salemba Empat.

Mulyadi, B. (2009). Peer Educator dengan Metode Adolescent Friendly untuk Mencegah Kehamilan Remaja Pada Siswi SMP Ratu Jaya di Kelurahan Ratu Jaya Kecamatan Cipayung Kota Depok. *Karya Ilmiah Akhir*. Tidak dipublikasikan.

NANDA. (2009), *Nursing Diagnoses NANDA: Definition and Clasification 2009-2011*.

Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population*. (3<sup>rd</sup> Ed.), Philadelphia: Davis Company.

Nina, C. A. 2007. *Peran Sekolah Dalam Memberikan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Siswa (Studi Kasus di SMAN 17 Surabaya Dan SMA Kemala Bhayangkari 1 Surabaya)*. Diakses dari <http://www.adln.lib.unair.ac.id/> tanggal 12 September 2008.

- Nursalam. (2000). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta
- Okanegara, K. (2008). *Sexuality Reproductive Health Youth*. Diakses dari <http://okanegara.com/daily>
- Papalia, DE., Olds, S.W & Feldman, Ruth.D (2001). *Human Development* (8th ed.) Boston : Mc.Graw-Hill
- PATH (Program for Appropriate Technology in Health). (2004). *Integrating Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming Into Vocational Education and Training in Zanzibar*. AYA (African Youth Alliance)'s Advocacy for Policy Formation and Support for Pilot Implementation.
- Pender, N.J, Murdaug, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River: Prentice Hall
- PNP dan Tripathi R. (2006). *Principles of Management*. 3<sup>th</sup> Ed. New Delhi. McGraw-Hill.
- Price, M.N., Hyde, J.S. (2009). When Two Isn't Better Than One: Predictors of Early Sexual Activity in Adolescence Using a Cumulative Risk Model. *Journal Youth Adolescence* (2009) 38: 1059 – 1071.
- Puskesmas. (2009). *Profil Puskesmas Tugu*. Tidak di publikasikan
- Republika 1998. *Lebih Tiga Juta Meninggal karena Tembakau dalam Setahun*. Harian Republika. 30 Oktober 2011.
- Rice , Dolgan (2005). *The Adolescent Development, Relationships, and Culture*. eleventh edition. Bostob: Pearson Education.
- Rompay et al. (2008). *Empowering the people: development of an HIV peer education model for low literacy rural community in india*. <http://gateway.nlm.nih.gov/meetingabstracts/.html>. Diperolah tanggl 16 Maret 2010.
- Sabri, Luknis dan Hastono, S.P. (2006). *Statistik Kesehatan. Edisi revisi*, Jakarta; Rajawali Press.
- Santrock (2005). *Adolescent*. Tenth edition. New York; The McGraw Hill.Co.Inc
- Siregar B. Narumondang. (2003). *Penyusunan Anggaran Perusahaan Sebagai Alat Manajemen Dalam Pencapaian Tujuan*. <http://docs.google.com/viewer?/penyusunan-anggaranbudgeting.pdf>. di unduh tanggal 20 Oktober 2011.



- Situmorang, A. (2003). *Adolescent Reproductive Health in Indonesia*. A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/Center for Communication Program Jakarta, Indonesia.
- Smith & DiClemente. (2000). High Risk For Contracting HIV Virus in Rural Teens. Diakses dari <http://sagepub.com/content>
- Smith & DiClemente. (2000). High Risk For Contracting HIV Virus in Rural Teens. Diakses dari <http://sagepub.com/content>
- SMK Raflesia. (2012). Profil Sekolah Menengah Kejuruan Raflesia. [www.kampusraflesia.com](http://www.kampusraflesia.com). Diunduh tanggal 15 Juni 2012.
- Sprinthall, N.A & Collins, W.A. (1995). *Adolescent Psychology, A Developmental View. Third edition*. USA; McGraw Hill, Inc.
- Susanto, Tantut. (2011). model Remaja Untuk Remaja (RUR) sebagai salah satu bentuk model intervensi keperawatan komunitas dalam masalah tumbuh kembang kesehatan reproduksi remaja di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. KIA. Tidak dipublikasikan.
- Stanhope, M. dan Lancaster, J. (1996). *Community Health Nursing : Promoting Health Of Aggregates, Families And Individuals*, 4 th ed. St. Louis : Mosby, Inc.
- Stuart. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 9ed*. St Louis: Elsevier Mosby.
- Stone & Church (1984). *Childhood and Adolescence A Psychology of The Growing Person*. New York: Random House
- Subejo & Supriyanto. (2009). Pemberdayaan Masyarakat dan Pembangunan Berkelanjutan. <http://www.kesehatanmasyarakat.com/2009/02/pemberdayaan-masyarakat-dalam-konsep.html> . unduh tanggal 28 Oktober 2012
- Suharyanto. (2002). *Penelitian Kesehatan*. Jogjakarta: UGM Press untuk kalangan sendiri.
- Sun, T.T.H. (2004). Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Taiwan. *Quartely of Community Health Education*, Vol. 23(2) 139-149, 2004-2005.
- Swanson. (2001). *Community health nursing: prmoting the haelth of population*. 3<sup>th</sup> Ed. Boston. McGraw Hill
- Syarief, Fatimah. (2008). *Bahaya Narkoba di Kalangan Pemuda*. Jakarta
- Taylor, S.E. (2006). *Health psycology psycoimmunology, AIDS, cancer, and arthritis*. 6<sup>th</sup> Ed. New York. McGraw Hill.

- Thera, Y.M.U, 2005, Kiat Mengatasi Kenakalan Remaja, Diakses dari [www.buddhistonline.com](http://www.buddhistonline.com) pada tanggal 12 september 2008.
- Triswan, Y., (2007). Kesehatan Reproduksi Remaja: Membangun Perubahan Yang Bermakna, *Out Look*, 16(1), 1-8.
- 10 Ugboro, obeng, span (2010). Strategic Planning As an Effective Tool of Strategic Management in Public Sector Organizations, Evidence From Public Transit Organizations. School of Business and Economics, North Carolina A&T State University, Greensboro, NC 27411. <http://aas.sagepub.com/content/43/1/87.abstract>
- UNAIDS. (1999). *Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges*. UNAIDS Geneva
- UNICEF. (2002). *Working For and With Adolescent: Some UNICEF Examples*. ADPU UNICEF.
- . (2003). *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned*. UNESCO Bangkok.
- . (2009). *Children and AIDS : fourth stocktaking report 2009*. [http://www.unicef.org/aids/files/B230stocktaking\\_06Nov09\\_FINAL\\_loRes.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/B230stocktaking_06Nov09_FINAL_loRes.pdf). Diperolah tanggal 27 Februari 2010.
- UNESCO. (2007). *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned*. UNESCO Bangkok.
- UNPFA. (2009). Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit For Humanitarian Settings: A Companion to The Interagency Field Manual on Reproductive Health in Humanatarian Setting.
- WHO. (2005). Promoting and Safeguarding the Sexual and Reproductive Health of Adolescents. Diakses dari <http://www.who.int/reproductive-health/strategy>
- . (2008). Accelerating Implementation of Adolescent Friendly Health Services in South East Asia Region. Report of The Meeting of The National Adolescent Health Programme Managers in Member Countries of The South East Asia Region Bali, Indonesia, 12-15 February 2008.
- . (2005). *Socioeconomic implication of HIV/AIDS in the pacific*. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData>. Diperolah tanggal 19 Januari 2010.
- . (2004). *Woman and HIV/AIDS : confronting the crisis*. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData>. Diperolah tanggal 19 Januari 2010.

----- (2002). *Adolescent Friendly Health Services*. Geneva: WHO.

WHO/UNAIDS. (2009). AIDS Epidemic up date 2009.  
<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdateArchive/2009/default.asp>. Diperoleh tanggal 19 Januari 2010.

Lampiran 1

**INSTRUMEN PENGKAJIAN AGREGATE REMAJA DENGAN RISIKO PENULARAN HIV/IDS DI SMK RAFLESIA, KELUARAHAN TUGU, KECAMATAN CIMANGGIS, KOTA DEPOK**

No. responden:

**A. Data demografi remaja**

Nama : .....  
 Alamat rumah : .....  
 Usia : .....  
 Riwayat sakit : .....  
 Jurusan : .....  
 Suku : [ ] sunda [ ] betawi [ ] jawa [ ] ....  
 Jenis kelamin : [ ] laki-laki [ ] perempuan  
 Kelas : [ ] kelas 10 [ ] kelas 11

**B. Data fokus remaja**

**1. Data pengetahuan**

Petunjuk pengisian : Berilah tanda (✓) pada pernyataan di bawah ini

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1	Penyakit hiv/aids adalah penyakit yang menular		
2	Penyebab penyakit hiv/aids adalah bakteri		
3	Pengguna narkoba bias tertular hiv/aids		
4	Kekebalan tubuh penderita hiv/aids menurun		
5	Penyakit hiv/aids dapat disembuhkan		
6	Remaja berisiko tertular hiv/aids		
7	Semua cairan tubuh penderita hiv/aids menular		
8	Penderita hiv/aids mudah tertular penyakit		
9	Menghindari hubungan seksual diluar nikah dapat mencegah tertular hiv/aids		
10	Remaja mempunyai peran penting dalam upaya pencegahan		

**2. Data sikap remaja penyakit hiv/aids**

Petunjuk pengisian : Berilah tanda (✓) pada kolom yang telah disediakan

**Pilihan jawaban:**

Sangat Setuju (**SS**) : Jika anda mendukung pernyataan tersebut  
 Setuju (**S**) : Jika anda menerima pernyataan tersebut  
 Kurang setuju (**KS**) : Jika anda setengah menerima pernyataan tersebut  
 Tidak setuju (**TS**) : Jika anda tidak menerima pernyataan tersebut

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1	Penyakit hiv/aids adalah penyakit mengerikan				

2	Penyakit hiv/aids penyakit kutukan Tuhan				
3	Penyakit hiv/aids perlu untuk dihindari				
4	Pencegahan terbaik adalah sejak dini				
5	Remaja dengan hiv/aids akan kehilangan masa depan				
6	Penyakit hiv/aids dapat disembuhkan				
7	Masa remaja adalah masa kritis penularan hiv/aids				
8	Penderita hiv/aids banyak diderita remaja				
9	Menghindari lebih penting dari mengobati hiv/aids				
10	Taat beragama sebagai benteng penularan hiv/aids				

### 3. Pengalaman hidup remaja (lifeskills)

Petunjuk pengisian : Berilah tanda (✓) pada kolom yang telah disediakan

#### Pilihan jawaban:

Selalu (SL) : Jika kegiatan dilakukan setiap hari

Kadang-kadang (KK): Jika kegiatan dilakukan minimal 3 hr dalam seminggu

Jarang (JR) : Jika kegiatan dilakukan dalam 1 minggu sekali

Tidak pernah (TP) :: Jika kegiatan tidak dilakukan setiap hari

No	Pernyataan	SL	KK	JR	TP
1	Saya dapat memilih yang terbaik buat hidupku				
2	Saya berhasil menyelesaikan masalah				
3	Alternatif penyelesaian masalah lebih dari satu				
4	Mengambil keputusan dengan mempertimbangkan baik dan buruk				
5	Saya minta saran orang lain dalam menyelesaikan masalah				
6	Saya mampu memahami peran dan tanggungjawab remaja				
7	Saya mampu mengenali kelebihan dan kekurangan				
8	Saya memahami kebutuhan teman sekolah				
9	Saya menyanyangi teman sekolah				

### 4. Data lingkungan remaja

Petunjuk pengisian : Berilah tanda (✓) pada pernyataan di bawah ini

No	Pertanyaan	Jawaban	
		ya	tidak
1	Lingkungan penduduk sekitar rsekolah saya padat		
2	Lingkungan sekitar sekolah saya bising dan kurang tertata		
3	Kriminalitas sering terjadi dilingkungan rsekolah saya		
4	Tempat permainan mudah saya jangkau		
5	Saya memiliki kelompok dalam bermain		
6	Teman saya ada yang merokok		
7	Saya mengikuti ekstrakurikuler di sekolah		
8	Saya menyalurkan hobi bersama teman-teman		
9	Tempat bermain/nongkrong malam mudah saya jangkau		
10	Tempat internet dan permainan game mudah saya jangkau		

### 5. Data perilaku berisiko remaja

Petunjuk pengisian : Berilah tanda (✓) pada kolom yang telah disediakan

**Pilihan jawaban:**

- Selalu (SL) : Jika kegiatan dilakukan setiap hari  
 Kadang-kadang (KK) : Jika kegiatan dilakukan minimal 3 kali dalam seminggu  
 Jarang (JR) : Jika kegiatan dilakukan dalam 1 kali minggu  
 Tidak pernah (TP) : Jika kegiatan tidak dilakukan setiap hari

No	Pernyataan	SL	KK	JR	TP
1	Merokok				
2	Minum alkohol				
3	Menggunakan narkoba/ngelem				
4	Keluar malam dengan pacar				
5	Berciuman dengan pacar				
6	Masturbasi/onani				
7	Melakukan kriminalitas/kekerasan				
8	Lihat gambar/film orang dewasa				
9	Bolos/tidak masuk sekolah				
10	Memakai tato				

**6. Peran keluarga**

1. Jika saudara mempunyai masalah bagaimana cara mengungkapkan pada ortu
  - a. Terbuka dan jujur
  - b. Malu mengungkapkan pendapat
2. Bagaimana sikap ortu menanggapi jika anda punya usul/pendapat dalam keluarga
  - a. Mengajak disukusi
  - b. Keluarga memberikan saran saja
3. Bagaimana cara orang tua menyampaikan pesan pada anak-anaknya
  - a. Secara langsung pada anak-anaknya
  - b. Menitipkan pesan pada anggota keluarga yang lain
4. Bagaimana ortu menyampaikan aturan dalam keluarga
  - a. Jelas dan mudah dilaksanakan
  - b. Terlalu umum dan perlu pemahaman sendiri-sendiri
5. Siapa yang paling sering anda ajak curhat jika ada masalah
  - a. Orang tua
  - b. Teman dekat
6. Bagaimana peran ortu dalam masa remaja anda
  - a. Membimbing dan mengarahkan
  - b. Memberikan kebebasan untuk melakukan tindakan
7. Bagaimana pembagian tugas dalam keluarga terhadap anda
  - a. Memberikan tugas tertentu (contoh menyapu lantai)
  - b. Jika disuruh saja baru dikerjakan
8. Siapa yang memutuskan jika anda memiliki masalah
  - a. Saya dan orang tua
  - b. Orang tua
9. Bagaimana proses pengambilan keputusan dalam keluarga
  - a. Dengan musyawarah
  - b. Langsung diputuskan oleh ortu
10. Kebiasaan apa yang paling kuat ditanamkan keluarga terhadap anda

- a. Nilai-nilai agama
- b. Nilai-nilai budaya

**C. Lembar wawancara (petugas kesehatan)**

1. Bagaimana upaya pencegahan hiv/aids pada remaja khususnya di sekolah SMA/SMK?
2. Bagaimana peran remaja dalam upaya pencegahan hiv/aids di sekolah?
3. Kebijakan apa saja yang sudah diterapkan dalam upaya mencegah penularan hiv/aids pada remaja khususnya di sekolah SMA/SMK?
4. Bagaimana strategi monitoring dan evaluasi kegiatan pencegahan hiv/aids pada remaja khususnya di sekolah SMA/SMK?

**D. Data kebijakan dan program UKS (buat guru)**

**Persyaratan Sekolah sebagai Pelaksana UKS:**

- a. Mempunyai SK tim pelaksana UKS dari kepala sekolah ( )
- b. Mempunyai guru yang telah dibina materi UKS ( )
- c. Mempunyai ruang UKS beserta perlengkapannya ( )
- d. Mempunyai KKR/Triwisada yang sudah ditatar minimal 10% dari jumlah siswa ( )
- e. Melaksanakan TRIAS UKS dalam kehidupan sehari-hari ( )

**Pengkajian promosi kesehatan sekolah (*Health Promoting School*) UKS (WHO,2008)**

No	indikator	Ya	tidak
1.	Melibatkan semua pihak yang berkaitan dengan masalah kesehatan sekolah yaitu peserta didik, orangtua dan para tokoh masyarakat maupun organisasi-organisasi di masyarakat		

2.	<p>Berusaha keras untuk menciptakan lingkungan sehat dan aman, meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanitasi dan air yang cukup</li> <li>• Bebas dari segala macam bentuk kekerasan</li> <li>• Bebas dari pengaruh negatif dan penyalahgunaan yang berbahaya</li> <li>• Suasana yang memperdulikan pola asuh, rasa hormat dan saling percaya</li> <li>• Pekarangan sekolah yang aman</li> <li>• Dukungan masyarakat yang sepenuhnya</li> </ul>		
3.	<p>Memberikan pendidikan kesehatan sekolah dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kurikulum yang mampu meningkatkan sikap dan perilaku peserta didik yang positif terhadap kesehatan serta dapat mengembangkan berbagai ketrampilan hidup yang mendukung kesehatan fisik, mental dan sosial</li> <li>b. Memperhatikan pentingnya pendidikan dan pelatihan untuk guru maupun orangtua</li> </ol>		
4.	<p>Memberikan akses untuk di laksanakannya pelayanan kesehatan di sekolah, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kerjasama dengan puskesmas setempat</li> <li>- Promotif dan Pencegahan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian nutrisi yang baik dan benar</li> <li>b. Perilaku hidup sehat jasmani dan rohani</li> <li>c. Deteksi dini dan pencegahan penyakit menular</li> <li>d. Deteksi dini gangguan penyakit kronis pada anak sekolah</li> <li>e. Deteksi dini gangguan pertumbuhan anak usia sekolah Deteksi dini gangguan perilaku dan gangguan belajar</li> <li>f. Imunisasi anak sekolah</li> </ol> </li> <li>- Kuratif dan rehabilitasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Panganan pertama kegawat darurat di sekolah</li> <li>b. Panganan pertama kecelakaan di sekolah</li> <li>c. Keterlibatan guru dalam penanganan anak dengan gangguan perilaku dan gangguan belajar</li> </ol> </li> </ul>		
5.	<p>Menerapkan kebijakan dan upaya di sekolah untuk mempromosikan dan meningkatkan kesehatan, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kebijakan yang di dukung oleh staf sekolah termasuk mewujudkan proses belajar mengajar yang dapat menciptakan lingkungan psikososial yang sehat bagi seluruh masyarakat sekolah</li> <li>b. Kebijakan-kebijakan dalam memberikan pelayanan yang adil untuk seluruh siswa</li> <li>c. Kebijakan-kebijakan dalam penggunaan rokok, penyalahgunaan narkoba termasuk alkohol serta pencegahan segala bentuk kekerasan/pelecehan</li> </ol>		
6.	<p>Bekerja keras untuk ikut atau berperan serta meningkatkan kesehatan masyarakat, dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memperhatikan adanya masalah kesehatan masyarakat yang terjadi</li> <li>b. Berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat</li> </ol>		



**Penggolongan Strata pelaksanaan UKS menurut Depkes (2006: 35)**

No	indikator	Ya	tidak
<b>Kriteria A</b>			
1.	Ada air bersih		
2.	Ada tempat cuci tangan		
3.	Ada WC/jamban yang berfungsi		
4.	Ada tempat sampah		
5.	Ada saluran pembuangan air kotor yang berfungsi		
6.	Ada halaman/pekarangan/lapangan		
7.	Memiliki pojok UKS		
8.	Melakukan 3M Plus, 1 kali seminggu		
<b>Kriteria B</b>			
1.	Ada kantin/warung sekolah		
2.	Memiliki pagar		
3.	Ada penghijauan/perindangan		
4.	Ada air bersih di sekolah dengan jumlah yang cukup		
5.	Memiliki ruang UKS tersendiri, dengan peralatan sederhana		
6.	Memiliki tempat ibadah		
7.	Lingkungan sekolah bebas jentik		
8.	Jarak papan tulis dengan bangku terdepan 2,5 m		
9.	Melaksanakan pembinaan sekolah kawasan bebas asap rokok, narkoba dan miras		
<b>Kriteria C</b>			
1.	Ada tempat cuci tangan di beberapa tempat dengan air mengalir/kran		
2.	Ada tempat cuci peralatan masak/makan di kantin/warung sekolah		
3.	Ada petugas kantin yang bersih dan sehat		
4.	Ada tempat sampah di tiap kelas dan tempat penampungan sampah akhir di sekolah		
5.	Ada WC/jamban siswa dan guru yang memenuhi syarat kebersihan dan kesehatan		
6.	Ada halaman yang cukup luas untuk upacara dan berolahraga		
7.	Ada pagar yang aman		
8.	Memiliki ruang UKS tersendiri dengan peralatan yang lengkap		
9.	Terciptanya sekolah kawasan bebas asap rokok, narkoba, dan miras		
<b>Kriteria D</b>			
1.	Ada tempat cuci tangan setiap kelas dengan air mengalir/kran dan dilengkapi sabun		
2.	Ada kantin dengan menu gizi seimbang dengan petugas kantin yang terlatih		
3.	Ada air bersih yang memenuhi syarat kesehatan		
4.	Sampah langsung dibuang diluar sekolah/umum		
5.	Ratio WC : siswa 1 : 20		
6.	Saluran pembuangan air tertutup		
7.	Ada pagar yang aman dan indah		
8.	Ada taman/kebun sekolah yang dimanfaatkan dan diberi label (untuk sarana belajar) dan pengolahan hasil kebun sekolah		
9.	Ruang kelas memenuhi syarat kesehatan ( ventilasi dan pencahayaan cukup)		
10.	Ratio kepadatan siswa 1 : 1,5/1,75 m <sup>2</sup>		
11.	Memiliki ruang dan peralatan UKS yang idial		

keterangan:

- strata minimal : memenuhi kriteria A
- strata standar : memenuhi kriteria A dan B
- strata optimal : memenuhi kriteria A, B, dan C
- strata paripurna : memenuhi kriteria A, B, C, dan D

## Lampiran 2

### Prioritas Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas

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	Jumlah
1.	Keterbatasan petugas PKPR di Puskesmas dalam melaksanakan program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV	3	2	3	5	13
2.	Tidak efektif struktur Pembina UKS di Kota Depok	2	2	2	3	9
3.	Belum optimal realisasi program PKPR khususnya pencegahan risiko penularan HIV di Kota Depok	2	2	3	5	12
4.	Belum efektifnya evaluasi program PKPR	1	2	2	4	10

Sumber : Ervin, NE (2002)

## Lampiran 3

**Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Aggregate Remaja Dengan Risiko Penularan HIV  
Di SMK Raflesia Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok**

No.	Masalah komunitas	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	Jumlah
1.	Defisiensi pengetahuan tentang risiko penularan HIV	2	2	2	2	8
2.	Ketidakefektifan koping remaja dalam mengatasi masalah	2	3	3	3	11
3.	Perilaku kesehatan berisiko penularan HIV pada remaja di SMK Raflesia	3	3	3	3	12
4.	Kesiapan peningkatan komunikasi	1	2	2	2	7
5.	Belum optimal pemanfaatan fasilitas kesehatan di sekolah	3	2	2	3	10

## Lampiran 4

### PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

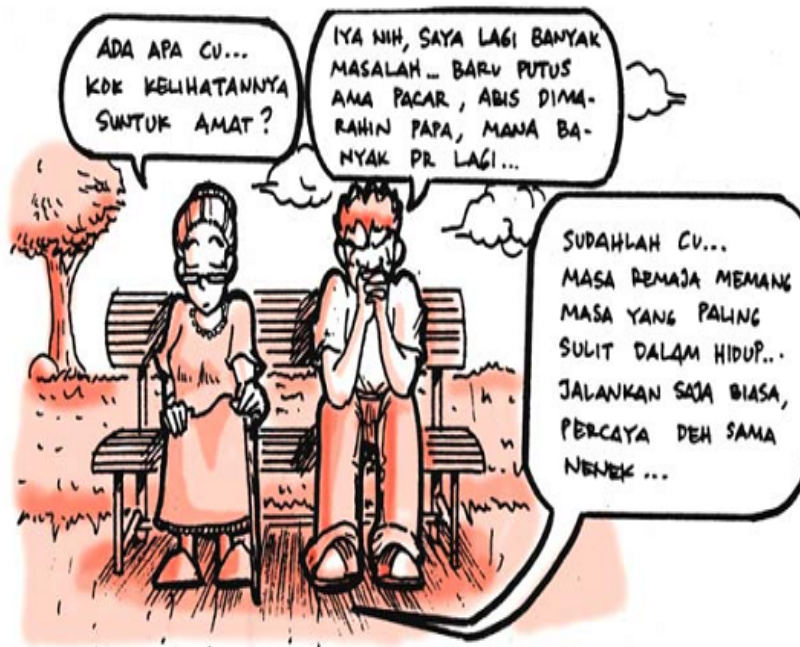
#### 1. Gangguan proses keluarga (hambatan komunikasi anak remaja dan orang tua)

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah : aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah aktual, ditunjukkan dengan adanya konflik antara anak dan orang tua (Bp. M) karena kurang memahami kebutuhan anak remaja dan komunikasi yang kurang tepat pada remaja.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian	$2/2 \times 2 = 2$	Bp. M mempunyai motivasi yang tinggi untuk melakukan perubahan pola komunikasi dalam keluarga, tetapi tidak tahu bagaimana cara memulai untuk membangun komunikasi dengan anak usia remaja.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah komunikasi sudah terjadi, Bp. M tidak tahu cara bagaimana memulai membangun komunikasi dengan anak remaja, tetapi mempunyai keinginan yang kuat untuk berubah, dan anak sebenarnya mengatakan tidak ada masalah dengan orang tua, tetapi kepribadiannya yang pendiam kadang menyulitkan untuk mengutarakan pendapat atau curhat.
4.	Menonjolnya masalah : Masalah dirasakan harus segera ditangani	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga mengatakan bahwa masalah komunikasi yang terjadi dengan anaknya cukup berat dan harus segera ditangani.
	Total	5	

#### 2. Koping tidak efektif pada keluarga Bp. M khususnya An. E

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : Resiko	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah masih resiko, An. E sudah melakukan perilaku merokok, begadang sampai larut malam, minum alkohol
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah	$2/2 \times 2 = 2$	An. E masih ada semangat untuk berubah dan memiliki kemauan yang keras untuk berhenti merokok, tetapi karena tidak tahu cara menyelesaikan maka perilaku berisiko yang dipilih.
3.	Potensial masalah dapat dicegah : Tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga sangat mendukung usaha An. E untuk merubah perilaku yang lebih sehat dalam mengatasi masalah yang dihadapi.
4.	Menonjolnya masalah : Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	$1/2 \times 1 = 1/2$	Keluarga Bp. M mengatakan masalah tersebut harus mendapat perhatian karena takut kalau sudah parah bisa mengarah pada penggunaan narkoba dan terinfeksi HIV
	Total	$3 \frac{5}{6}$	

# CATATAN KEGIATAN PENDIDIK SEBAYA SMK RAFLESIA, TUGU, KOTA DEPOK



OLEH

MAHASISWA RESIDENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2012

**CATATAN KEGIATAN PENDIDIK SEBAYA  
SMK RAFLESIA, TUGU, KOTA DEPOK**

Hari/Tanggal Pelaksanaan : .....

Jam : .....

Tempat : .....

Kelas/semester : .....

Jurusan : .....

Topik : .....

Metode : .....

URAIAN SINGKAT TOPIK MATERI	LAMA KEGIATAN (jam ..... s.d.....)	CATATAN Untuk hal yang perlu ditindaklanjuti

Nama Pendidik Sebaya,

(.....)

Universitas Indonesia







**CATATAN KONSELING PETUGAS PENDIDIK SEBAYA  
SMK RAFLESIA, TUGU, KOTA DEPOK**

Tanggal konseling	/ /2012	Konseling ke	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8
Nama konseli			
Tempat/ tanggal lahir			
Alamat			
Kelas/semester			
Jurusan	Kesehatan	2. Teknik Informasi	3. Perbankan syariah
Jenis kelamin L / P	No. telpon/Hp	Suku:	Agama:
Klasifikasi kasus	1. Hubungan keluarga 2. Hubungan teman 3. Masalah prestasi		
Keluhan			
Masalah utama			
Alternative pemecahan masalah			
Keputusan tindakan klien			
Nama konselor		Tanda tangan	

**EVALUASI HASIL KONSELING PETUGAS PENDIDIK SEBAYA  
SMK RAFLESIA, TUGU, KOTA DEPOK**

Tanggal konseling	/ /2012	Konseling ke	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8
Nama konseli			
Tempat/ tanggal lahir			
Alamat			
Kelas/semester			
Jurusan	Kesehatan	2. Teknik Informasi	3. Perbankan syariah
Jenis kelamin L / P	Telpon/Hp/E-mail	Suku:	Agama:
Klasifikasi kasus	1. Hubungan keluarga 2. Hubungan teman 3. Masalah prestasi		
Evaluasi Hasil konseling	YA	TIDAK	ALASAN
Komitmen klien dalam menjalankan keputusan tindakan			
Klien merasa puas dengan proses konseling			
Klien menunjukkan perubahan membaik setelah konseling			
Nama konselor		Tanda tangan:	

**RUJUKAN KLIEN KONSELING SEBAYA  
SMK RAFLESIA, TUGU, KOTA DEPOK**

Tanggal konseling	/ /2012	Konseling ke	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8
Nama konseli			
Tempat/ tanggal lahir			
Alamat			
Kelas/semester			
Jurusan	1. Kesehatan	2. Teknik Informasi	3. Perbankan syariah
Jenis kelamin L / P	Telpon/Hp/E-mail	Suku:	Agama:
Klasifikasi kasus	1. Hubungan keluarga 2. Hubungan teman 3. Masalah prestasi		
Mitra rujukan	1. Guru konselor 2. Puskesmas 4. Rumah saki/panti rehabilitasi		
Keluhan			
Masalah utama			
Keputusan yang sudah dilakukan			
Alasan rujukan dan tindak lanjut yang ingin dilakukan			
Nama konselor		Tanda tangan	

**PELAPORAN PKPR TINGKAT SEKOLAH**

Sekolah : .....  
 Kelurahan : .....  
 Kecamatan : .....  
 Kabupaten/Kota : .....  
 Propinsi : .....  
 Laporan s/d bulan: .....

**Keterangan:**

- Isilah dengan menggunakan angka jumlah kegiatan yang dilakukan oleh pendidik kelompok sebaya
- Jumlah pendidik sebaya:  
P = Perempuan, L = Laki-laki
- Jumlah anggota remaja:  
P= Perempuan, L = Laki-laki
- R: ramah remaja, RT: tidak ramah remaja

**Keterangan:**

- Kemampuan kesehatan reproduksi remaja:  
Tahu: B=baik, S=Sedang, K=Kurang  
Sikap: TB=Tidak baik, K=Kurang, B=Baik, SB=Sangat baik  
Perilaku: TB=Tidak baik, K=Kurang, B=Baik, SB=Sangat baik
- Kemampuan pendidik sebaya: TB=Tidak baik, K=Kurang, B=Baik, SB=Sangat baik

No	Kelas	Jml Pendidik Sebaya			Jml Anggota Remaja			Kemampuan Upaya Pencegahan Perilaku Berisiko HIV Pada Remaja				Jumlah Kegiatan				Status Kesehatan Remaja			Kemampuan Pendidik Sebaya				Prog. Pendidik sebaya	
		P	L	Jml	P	L	Jml	Tahu	Sikap	Perilaku	Jml	Penyuluhan	Konsultasi	Rujukan	Jml	Berisiko	Tidak Berisiko	Jml	SB	B	K	TB		RT

Tempat, tanggal : .....

Yang Melaporkan,  
  
(.....)





UNIVERSITAS INDONESIA

**KONTRAK PEMBELAJARAN RESIDENSI SEMESTER II SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
PADA AGGREGAT REMAJA DENGAN RISIKO PENULARAN HIV DI SMK RAFLESIA  
KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

OLEH:  
SETYOADI  
0806469735

PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2011/2012

Universitas Indonesia

**KONTRAK PEMBELAJARAN SEMESTER II**  
**RESIDENSI SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGGREGAT REMAJA DENGAN RISIKO PENULARAN HIV**  
**DI SMK RAFLESIA KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**  
**TAHUN 2012**

**A. MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN KOMUNITAS**

No	Kegiatan	Tujuan	Keluaran	Kompetensi	Target/sasaran	Metode	Waktu	Sumber
1	Penyusunan kontrak belajar residensi semester 2	Membantu pencapaian tujuan pembelajaran residensi	Adanya kontrak belajar sesuai pedoman pembelajaran residensi	4.1	Residen	Studi Literatur Konsultasi	Minggu kedua Pebruari	BPKM semester 2
2	Pembuatan program kegiatan pembinaan kesehatan remaja dengan risiko penularan HIV melalui pembentukan kelompok pendidik sebaya ( <i>peer educator</i> ) dengan metode <i>Friends Tell Friends (FTF)</i>	2.1 Pengembangan program pelayanan keperawatan komunitas pada <i>aggregat</i> remaja melalui pembentukan pendidik sebaya sebagai salah satu kegiatan UKS di SMK Raflesia  2.2 Tersosialisasikannya perencanaan program pembentukan pendidik sebaya di lingkungan SMK Raflesia	2.1.1 Tersusunnya perencanaan program pembentukan pendidik sebaya di SMK Raflesia  2.1.2 Tersusunnya rencana pembentukan program kesehatan sekolah menjadi bagian dari program OSIS  2.2.1 Tersosialisasi rencana program UKS dan pembentukan pendidik sebaya remaja dengan risiko penularan HIV	4.2  4.2  4.2	Residen Pengurus kader pendidik sebaya  Residen Pengurus kader pendidik sebaya  Puskesmas Guru konselor Siswa SMK Raflesia	Studi Literatur Diskusi  Studi Literatur Diskusi  Studi Literatur Diskusi	Minggu ketiga Pebruari  Minggu ketiga Pebruari  Minggu ketiga dan keempat Pebruari	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literatur</li> <li>▪ Silabus</li> <li>▪ Buku panduan residensi Supervisor</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literatur</li> <li>▪ Silabus</li> <li>▪ Buku panduan residensi Supervisor</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literatur</li> <li>▪ Silabus</li> <li>▪ Buku panduan residensi Supervisor</li> </ul>
3	Pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya dengan metode FTF sebagai bentuk usaha kesehatan sekolah untuk mencegah risiko penularan HIV pada remaja	3.1 Terlaksananya program pelayanan keperawatan komunitas yang akan dilakukan melalui pembentukan pendidik sebaya dengan metode	3.1.1 80% siswa kelas X dan XI SMK Raflesia terlibat dalam kegiatan pendidik sebaya dengan metode FTF	4.4	Kader pendidik sebaya Siswa kelas X dan XI	Diskusi Wawancara Studi literatur	Minggu V s/d XII bulan Maret-April	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literatur</li> <li>▪ Silabus</li> <li>▪ Buku panduan pendidik sebaya</li> <li>▪ Supervisor</li> </ul>

	di tingkat sekolah SMK Raflesia	FTF di SMK Raflesia	<p>3.1.2 80% kader pendidik sebaya mampu melaksanakan metode FTF dengan baik</p> <p>3.1.3 80% dari 10 kali proses pertemuan pendidik sebaya metode FTF terlaksana di SMK Raflesia</p> <p>3.1.4 80% siswa kelas X dan XI di SMK Raflesia memiliki perilaku lebih adaptif terhadap pencegahan risiko penularan HIV</p> <p>3.1.5 Terbinanya 5 keluarga dengan pemasalahan perilaku berisiko terhadap penularan HIV pada remaja</p> <p>3.1.6 50% orang tua siswa dan guru terlibat dalam seminar pembinaan keluarga remaja</p>	<p>4.4</p> <p>4.4</p> <p>4.4</p> <p>4.4</p> <p>4.4</p>	<p>Kader pendidik sebaya</p> <p>▪ Kader pendidik sebaya ▪ Siswa kelas X dan XI</p> <p>▪ Kader pendidik sebaya ▪ Siswa kelas X dan XI</p> <p>▪ Siswa kelas X dan XI ▪ Orang tua siswa</p> <p>▪ Orang tua siswa ▪ Guru konselor</p>	<p>▪ Diskusi ▪ Wawancara ▪ Studi literatur</p> <p>▪ Diskusi ▪ Wawancara</p> <p>▪ Diskusi ▪ Wawancara</p> <p>▪ Diskusi ▪ Wawancara ▪ Studi literatur</p> <p>▪ Diskusi ▪ Wawancara ▪ Studi literatur</p>	<p>Minggu V s/d XII bulan Maret-April</p> <p>Minggu V s/d XII bulan Maret-April</p> <p>Minggu XII bulan April</p> <p>Minggu V s/d XII bulan Maret-April</p> <p>Minggu VII bulan Maret</p>	<p>▪ Literatur ▪ Silabus ▪ Buku panduan pendidik sebaya ▪ Supervisor</p> <p>▪ Buku panduan pendidik sebaya ▪ Supervisor</p> <p>▪ Literatur ▪ Buku panduan pendidik sebaya ▪ Supervisor</p> <p>▪ Literatur ▪ Silabus ▪ Supervisor</p> <p>▪ Supervisor ▪ Residen ▪ Guru ▪ DinKes ▪ LSM</p>
4	Evaluasi pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya dengan metode FTF dalam	Terpantaunya kegiatan pendidik sebaya dengan metode FTF melalui						



	<p>rangka meningkatkan perilaku yang lebih sehat untuk menghindari risiko penularan HIV</p>	<p>supervisi, bimbingan dan pengarahan.</p> <p>4.1 Guru konselor dan Petugas Puskesmas melakukan supervisi setiap bulan sekali pada pelaksanaan pendidikan sebaya dengan metode FTF</p> <p>4.2 Petugas puskesmas melakukan supervisi setiap bulan sekali pada pelaksanaan pendidikan sebaya dengan metode FTF yang telah terbentuk</p>	<p>4.1.1 75% pelaksanaan program pendidik sebaya dengan metode FTF terkontrol secara kontinu oleh guru konselor dan Petugas Puskesmas</p> <p>4.1.2 75% ada rujukan dari kader ke guru konselor dan adanya pelaporan kegiatan pendidikan sebaya dengan metode FTF</p> <p>4.2.1 75% tersusun pelaporan kegiatan pendidikan sebaya dengan metode FTF untuk puskesmas</p>	<p>4.2</p> <p>4.2</p> <p>4.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kader pendidik sebaya</li> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kader pendidik sebaya</li> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kader pendidik sebaya</li> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Format supervisi</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Format supervisi</li> <li>▪ Format Rujukan</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Format supervisi</li> <li>▪ Format Rujukan</li> </ul>	<p>Minggu V s/d XII bulan Maret-April</p> <p>Minggu V s/d XII bulan Maret-April</p> <p>Minggu V s/d XII bulan Maret-April</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> <li>▪ DinKes</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> <li>▪ DinKes</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> <li>▪ DinKes</li> </ul>
--	---	--	---	----------------------------------	--	--	---	---

## B. KEPERAWATAN KOMUNITAS

No	Kegiatan	Tujuan	Keluaran	Kompetensi	Target/sasaran	Metode	Waktu	Sumber
1	Penyusunan program upaya pembinaan remaja di SMK Rafkesia melalui pembentukan kelompok pendidik sebaya dengan metode FTF sebagai salah satu kegiatan usaha kesehatan sekolah untuk meningkatkan perilaku yang lebih sehat guna mencegah risiko penularan HIV	<p>1.1 Menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas secara komprehensif pada aggregate remaja melalui pembentukan kelompok pendidik sebaya dengan metode FTF</p> <p>1.2 Mensosialisasikan program usaha kesehatan sekolah yaitu asuhan keperawatan pada remaja melalui pendidikan sebaya dengan metode FTF</p>	<p>1.1.1 Adanya rencana asuhan keperawatan komunitas hasil konsultasi dan revisi</p> <p>1.1.2 Adanya kegiatan pendidikan sebaya dengan metode FTF pada <i>aggregate</i> remaja di SMK raflesia</p> <p>1.1.3 Adanya praktek latihan relaksasi , konseling, dan terapi perilaku dalam kegiatan pendidik sebaya dengan metode FTF</p> <p>1.2.1 Meningkatnya koping dan perilaku yang lebih sehat dalam upaya menghindari perilaku berisiko penularan HIV</p> <p>1.2.2 Promosi kesehatan pada aggregate remaja tentang cara pencegahan penularan HIV dan kesehatan reproduksi</p>	<p>1.2</p> <p>1.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Studi literatur</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Studi literatur</li> </ul>	<p>Minggu Ketiga Pebruari</p> <p>Minggu III Pebruari s/d Minggu XII April</p> <p>Minggu III Pebruari s/d Minggu XII April</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> <li>▪ Puskesmas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> <li>▪ Puskesmas</li> </ul>
2	Pelaksanaan program kerja dalam upaya peningkatan perilaku sehat untuk menghindari perilaku berisiko penularan HIV	2.1 Menyusun jadwal dan program kerja pendidik sebaya dengan metode FTF pada remaja di SMK Raflesia	2.1.1 Terbentuknya kelompok pendidik sebaya dengan metode FTF di SMK Raflesia	1.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Format supervisi</li> </ul>	<p>Minggu III Pebruari s/d Minggu XII April</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> <li>▪ Puskesmas</li> </ul>

Universitas Indonesia

	pada aggregate remaja di SMK Raflesia	<p>2.2 Terlaksananya kegiatan pendidik sebaya dengan metode FTF pada remaja di SMK Raflesia</p> <p>2.3 Terlaksananya kegiatan promosi kesehatan pada kelompok pada remaja dalam meningkatkan perilaku yang sehat untuk mencegah risiko penularan HIV pada remaja di SMK Raflesia</p>	<p>2.1.2 75% pendidik sebaya dapat melakukan kegiatan peningkatan perilaku sehat untuk menghindari risiko penularan HIV</p> <p>2.3.1 Peserta kader pendidik sebaya dengan metode FTF mampu melakukan kegiatan secara mandiri dengan supervisi dari guru konselor dan petugas Puskesmas</p> <p>2.3.2 Terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan remaja tentang cara menghindari faktor risiko penularan HIV</p>	1.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> <li>▪ Residen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Format supervisi</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Kuisisioner</li> </ul>	<p>Minggu III Pebruari s/d Minggu XII April</p> <p>Minggu XII April</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> <li>▪ Puskesmas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> </ul>
3	Evaluasi hasil kegiatan pembinaan kesehatan remajadi SMK Raflesia melalui pendidik sebaya dengan metode FTF untuk menghindari risiko penularan HIV	Evaluasi tingkat keberhasilan asuhan keperawatan komunitas pada <i>agregat</i> remaja dengan pendidik sebaya melalui metode FTF	<p>3.1.1 80% program pelayanan kesehatan remaja dilakukan melalui usaha kesehatan sekolah</p> <p>3.1.2 80% pendidik sebaya metode FTF pada remaja di SMK raflesia dapat melakukan kegiatan secara mandiri</p> <p>3.1.3 Terjadi perubahan</p>	1.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siswa kelas X dan XI</li> <li>▪ Guru konselor</li> <li>▪ Petugas Puskesmas</li> <li>▪ Residen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Kuisisioner</li> </ul>	Minggu XI s/d XII bulan April	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> </ul>

			tingkat pengetahuan, sikap, dan ketrampilan remaja tentang cara menghindari risiko penularan HIV					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

### C. KEPERAWATAN KELUARGA

No	Kegiatan	Tujuan	Keluaran	Kompetensi	Target/sasaran	Metode	Waktu	Sumber
1	Pengkajian pada 5 keluarga dengan anggota keluarga remaja yang memiliki perilaku berisiko penularan HIV	Mengidentifikasi berbagai masalah kesehatan sesuai dengan model Friedman	Adanya hasil pengkajian keluarga dengan remaja risiko penularan HIV sejumlah 5 keluarga.	1.1	Keluarga dengan anggota keluarga remaja yang memiliki perilaku berisiko penularan HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Observasi</li> <li>▪ Pemeriksaan fisik</li> <li>▪ Kunjungan rumah</li> </ul>	Minggu III s/d IV bulan Pebruari	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Guru</li> </ul>
2	Melakukan analisis data dan menetapkan masalah keperawatan keluarga	Mengidentifikasi masalah keperawatan keluarga yang muncul berdasarkan hasil pengkajian	Adanya rumusan masalah keperawatan keluarga berdasarkan NANDA	1.2	Keluarga dengan anggota keluarga remaja yang memiliki perilaku berisiko penularan HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Kunjungan rumah</li> </ul>	Minggu V s/d VI bulan Maret	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Keluarga</li> </ul>
3	Bersama keluarga merumuskan intervensi yang sesuai kebutuhan keluarga	Menyusun rencana asuhan keperawatan keluarga bersama keluarga	Adanya rencana asuhan keperawatan keluarga untuk semua masalah keperawatan yang muncul	1.3	Keluarga dengan anggota keluarga remaja yang memiliki perilaku berisiko penularan HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Kunjungan rumah</li> </ul>	Minggu VI bulan Maret s/d XII bulan April	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Keluarga</li> </ul>
4	Melakukan intervensi keperawatan keluarga kriteria kognitif, afektif dan perilaku ; a. Konseling koping adaptif (Refleksi, curah pendapat) b. Latihan relaksasi c. Terapi perubahan	Melaksanakan intervensi keperawatan yang telah disusun dan disepakati bersama keluarga	90% intervensi dilakukan bersama keluarga untuk menyelesaikan masalah	1.4	Keluarga dengan anggota keluarga remaja yang memiliki perilaku berisiko penularan HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstrasi</li> <li>▪ Coaching</li> <li>▪ Konseling</li> <li>▪ Pendidikan kesehatan</li> <li>▪ Kunjungan rumah</li> </ul>	Minggu VI bulan Maret s/d XII bulan April	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Keluarga</li> </ul>

	perilaku d. Penyuluhan							
5	Ujian ketrampilan di Keluarga terkait masalah risiko penularan HIV pada remaja	Mengevaluasi ketrampilan yang telah dikuasai	Adanya kemampuan spesialisik peserta residensi dalam mengatasi masalah remaja yang memiliki perilaku berisiko penularan HIV	1.5	Residen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstrasi</li> <li>▪ Coaching</li> <li>▪ Pendidikan kesehatan</li> <li>▪ Kunjungan rumah</li> </ul>	Minggu VI bulan Maret s/d XII bulan April	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Keluarga</li> </ul>
6	Penyerahan laporan keluarga binaan	Mengevaluasi kegiatan yang telah dilaksanakan	Adanya dokumen laporan keluarga kelolaan dan resume		Residen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsultasi</li> <li>▪ Diskusi</li> </ul>	Minggu I bulan Mei	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Keluarga</li> </ul>
7	Referat aspek komunitas	7.1 Mensosialisasikan model atau intervensi terkait dg asuhan keperawatan pada komunitas pada remaja dengan risiko penularan HIV	Tersosialisasikannya model atau intervensi terkait dg asuhan keperawatan pada komunitas pada remaja dengan risiko penularan HIV	1.6	Residen	Presentasi ( bahasa inggris)	Minggu I s/d II bulan April	Studi Literatur
8	Mengevaluasi asuhan keperawatan keluarga berdasarkan tingkat kemandirian keluarga	Mengidentifikasi pencapaian kemandirian keluarga	75% pencapaian kemandirian keluarga berada pada tingkat IV		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keluarga</li> <li>▪ Residen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Format evaluasi</li> <li>▪ Diskusi</li> <li>▪ Kunjungan rumah</li> </ul>	Minggu IV bulan April	Studi Literatur
9	Penyerahan laporan praktek semester II kepada supervisor	Mendokumentasikan hasil kegiatan praktek residensi semester II	Tersusunnya laporan semester II praktek manajemen, komunitas, dan keluarga		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Supervisor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Konsultasi</li> </ul>	Minggu I s/d II bulan Mei	Studi Literatur
10	Penyerahan laporan akhir	Mendokumentasikan hasil kegiatan praktek residensi semester II	Tersusunnya laporan semester II praktek manajemen, komunitas, dan keluarga setelah dikonsultasikan		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Supervisor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Konsultasi</li> </ul>	Minggu I s/d II bulan Mei	Studi Literatur
11	Sidang terbuka	Mendesiminasiikan hasil praktek residensi keperawatan komunitas	Tersosialisasikannya kegiatan praktek dengan masukan dari tim perkesmas di luar FIK UI		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Tim Perkesmas</li> </ul>	Seminar	Minggu III s/d IV bulan Mei	Studi Literatur

12	Sidang tertutup	Mempertanggungjawabkan hasil kegiatan praktek residensi	Hasil kegiatan praktek residensi selama 2 semester dapat dipertanggungjawabkan didepan tim penguji		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Residen</li> <li>▪ Supervisor</li> <li>▪ Tim penguji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi literatur</li> <li>▪ Konsultasi</li> </ul>	Minggu I s/d II bulan Juni	Studi Literatur
13	Penyerahan laboran KIA	Mendokumentasikan dan mempublikasikan hasil praktek residensi	Dokumentasi dan publikasi hasil praktek residensi keperawatan komunitas		Residen Supervisor	Studi literatur Konsultasi	Minggu II s/d III bulan Juni	Studi Literatur

Depok, 10 Pebruari 2012

Menyetujui :  
Supervisor Utama,

Supervisor,

Residen Spesialis Keperawatan Komunitas,

**(Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D)**

**(Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom)**

**(Setyoadi)**

Universitas Indonesia

