

## POJOK REMAJA : UPAYA PENINGKATAN KETRAMPILAN KESEHATAN REPRODUKSI

### *Adolescent Corner for Life Skills Improvement With Sexual and Reproductive Health Adolescent*

Tantut Susanto<sup>1</sup>, Iis Rahmawati<sup>2</sup>, Lantin Sulistyorini<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Jl. Kalimantan 37 Bumi Kampus Tegalboto Jember 68111  
e-mail: <sup>1</sup>susanto\_unej@yahoo.com

#### ABSTRAK

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Program Pojok Remaja (P2R) merupakan suatu model asuhan keperawatan sekolah yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas dalam mengkaji kebutuhan dan sumber-sumber serta mengidentifikasi nilai-nilai dalam populasi remaja melalui penyusunan suatu program dalam pemenuhan kesehatan reproduksi remaja di sekolah dan kelompok remaja melalui integrasi model pelayanan kesehatan di sekolah dengan program UKS. Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi pengaruh pojok remaja terhadap pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi remaja yang mengikuti P2R ditinjau dari pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi remaja. Desain penelitian menggunakan quasi eksperimen dengan rancangan randomized control group design with pretest dan posttest. Sampel penelitian 45 responden kelompok perlakuan dan kontrol yang diambil secara cluster sampling. Hasil uji mann whitney dengan alfa 0,05 disimpulkan ada pengaruh pemberian program pojok remaja terhadap pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi remaja ( $p < 0,022$ ). Berdasarkan hasil penelitian disarankan untuk dilakukan peningkatan pembinaan pelayanan kesehatan remaja di sekolah yang terintegrasi dengan program UKS.

**Kata kunci:** remaja, pojok remaja, kesehatan reproduksi

#### ABSTRACT

*Sexual and reproductive health adolescent problems in Indonesia is caused not optimized the government support like policy for prevent in health education sexual and reproductive health at community, family, and school. Adolescent corners program is a model for identify and assessment for values and resources of sexual and adolescent reproductive health, that integrated with school health nursing program. The aim of this research is to identify the influences adolescent corner for improvement sexual and reproductive health needs in adolescent. Quasi eksperimen with randomized control group design with pretest dan posttest design that used in this research who 45 samples with intervention and control group, with cluster sampling method. Mann whitney test results, with alfa 0.05 concluded there was influences of adolescent corner for improvement sexual and reproductive health ( $p < 0.022$ ). based on the results of research can be encouraged to improvement sexual and reproductive health needs for adolescent in school that integrated with school health nursing program.*

**Keywords:** adolescent, adolescent corner, sexual and reproductive health

#### LATAR BELAKANG

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan

reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pendidikan seksual dan reproduksi berbasis komunitas terutama

sekolah. Kelompok remaja memerlukan perhatian yang khusus oleh praktisi kesehatan khususnya perawat komunitas (Stanhope & Lancaster, 2004). Remaja umumnya mendapatkan kenyamanan dan terbuka pada kelompok sebayanya. Proses pembelajaran remaja dapat difasilitasi dalam kegiatan kelompok sebaya melalui model dalam suatu kelompok remaja di sekolah yang berupa Pojok Remaja.

Remaja selama masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan perhatian, bimbingan, pengawasan maupun perencanaan pelayanan yang baik terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi, sehingga remaja akan terhindar dari perilaku berisiko dan tumbuh kembang terjadi secara sehat (Allender & Spardley, 2001). Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam membantu remaja sehat dan sukses dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangannya (WHO, 2008). Permasalahan yang dialami oleh remaja umumnya dikarenakan adanya krisis identitas tanpa adanya faktor pendukung dan sumber informasi yang jelas dalam memberikan ketersediaan layanan pada kelompok remaja (BKKBN, 2009). Permasalahan kesehatan yang berisiko mengancam kesejahteraan remaja antara lain merokok, konsumsi alkohol, konsumsi obat, depresi atau risiko bunuh diri, emosi, masalah fisik, problem sekolah dan perilaku seksual (Stanhope & Lancaster, 2004).

Hasil Aplikasi program MCFC sebagai suatu bentuk kegiatan peer group remaja menunjukkan sikap yang positif dari remaja yang menjadi *peer educator*. Pada akhir program 30% bertahan melalui peer group. Partisipan yang mengikuti program MFMC mau menggunakan kondom dan berkomunikasi serta berhubungan baik diantara kelompok dan komunitas. Remaja juga mempelajari hal yang baru yaitu ketrampilan dalam berkomunikasi dan manajemen (UNICEF, 2002). *Adolescent friendly* sebagai suatu kelompok remaja di

Indonesia dilakukan dalam bentuk Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Kegiatan PKPR dilakukan melalui kegiatan pelatihan petugas puskesmas, pelatihan *peer educator* bagi guru, dan pelatihan *peer counselor* bagi siswa (Kemkes, 2009).

Jumlah populasi remaja umur 10-24 tahun pada tahun 2007 sangat besar yaitu sekitar 64 juta atau 28,6% dari jumlah penduduk Indonesia sebanyak 222 juta (Proyeksi Penduduk Indonesia tahun 2000-2025, BPS, Bappenas, UNFPA, 2005; dalam Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN, 2009). Data pengetahuan kesehatan reproduksi remaja menunjukkan hasil yang masih rendah. Remaja perempuan dan laki-laki usia 15-24 tahun yang mengetahui tentang masa subur mencapai 65%. Remaja perempuan dan laki-laki yang mengetahui risiko kehamilan jika melakukan hubungan seksual sekali masing mencapai 63% (SDKI, 2007; dalam Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN, 2008). Hasil penelitian tentang pengetahuan Penyakit Menular Seksual (PMS) yang dilakukan di DKI Jakarta oleh LD-UI tahun 2005 menunjukkan bahwa pengetahuan remaja tentang PMS masih sangat rendah kecuali mengenai HIV dan AIDS yaitu sekitar 95%, Raja singa sekitar 37%, penyakit kencing nanah 12%, herpes genitalis 3%, klamida/kandidiasis 2%, Jengger ayam 0,3%. Hal ini akan menunjang remaja sebagai kelompok berisiko di masyarakat yang ditunjang oleh karena perubahan remaja baik dari segi fisik, psikologis, dan sosial.

Remaja dari sebelas Kecamatan di Kabupaten Jember yang berusia 10-14 tahun berjumlah 190.091 jiwa, dan yang berusia 15-19 tahun berjumlah 203.522 jiwa (Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember, 2011). SMA Negeri di Kabupaten Jember berjumlah 18 sekolah, SMA Swasta di Kabupaten Jember berjumlah 44 sekolah, sedangkan SMK Negeri yang ada di Kabupaten Jember berjumlah 8 sekolah, SMK swasta di

Kabupaten Jember berjumlah 93 sekolah (Dinas Pendidikan Kabupaten Jember, 2011/2012).

Studi pendahuluan kelayakan penelitian ke Dinas Pendidikan Kabupaten Jember, didapatkan suatu data tentang jumlah siswa *drop out* dengan alasan hamil diluar nikah yang paling banyak ditemukan di SMK "X" Jember. Wawancara juga dilakukan secara langsung dengan salah satu guru di SMK "X" Jember yang menyatakan bahwa, terdapat siswa yang pernah diketahui oleh salah satu seorang guru, siswa berpacaran didalam kelas saat istirahat, misalnya saja berpelukan dan meraba-raba anggota tubuh, selain itu tingginya permasalahan *free sex* atau penyimpangan perilaku seksual di SMK "X" Jember, dan juga terdapat permasalahan kenakalan remaja, misalnya pengguna narkoba, miras, dan rokok. Pengaruh teman sebaya dan kurangnya perhatian orang tua mengenai mengakibatkan permasalahan kesehatan reproduksi remaja. Berdasarkan uraian di atas maka perlu adanya suatu penelitian mengenai program pojok remaja sebagai upaya dalam peningkatan ketrampilan hidup remaja untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi di SMK "X" Kabupaten Jember.

## METODE

Jenis penelitian merupakan penelitian *quasi eksperiment* dengan rancangan *randomized control group design with pretest dan posttest*. Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi pengeruh pojok remaja terhadap pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi remaja yang mengikuti P2R ditinjau dari pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi remaja. Sampel dalam penelitian ditentukan dengan menggunakan tehnik cluster sampling dan didapatkan sampel sebanyak 45 untuk kelompok kontrol dan 45 untuk kelompok perlakuan di SMK "X" Kabupaten Jember. Penelitian dilakukan selama bulan Agustus 2012. Data yang diidentifikasi dalam penelitian ini

menggunakan kuesioner terstruktur mengenai data karakteristik responden, kusioner yang mengukur pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi remaja baik sebelum dan setelah mengikuti kegiatan program pojok remaja selama bulan Ramadhan di sekolah. Remaja juga diberikan suatu buku harian dalam upaya mengungkapkan permasalahan kesehatan reproduksi yang dialaminya selama mengikuti kegiatan pojok remaja tersebut.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Juni hingga Juli 2012 dengan jumlah sampel 90 responden. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 20 Juni sampai dengan 22 Juli 2012. Pengambilan data dilakukan pada sampel yang terpilih, dari sebelas kelas dan terpilih setiap kelasnya empat sampai lima responden sehingga terdapat 90 responden yang memenuhi kriteria penelitian.

### Karakteristik Responden

Usia responden pada kelompok kontrol dalam penelitian ini rata-rata berusia 16,24 tahun (95% CI: 16,05 – 16,44), dengan median usia 16 tahun dan standar deviasi 0,645. Usia termuda 15 tahun, dan usia tertua 17 tahun. Rata-rata umur responden adalah 16,05 sampai 16,44. Usia responden pada kelompok eksperimen rata-rata berusia 16,49 (95% CI: 16,28 – 16,70), dengan median usia 16 tahun dan standar deviasi 0,695. Usia termuda 15 tahun, usia tertua 18 tahun, dan 95% diyakini bahwa rata-rata umur responden adalah 16,28 sampai 16,70. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata usia responden yaitu 16 tahun.

Distribusi karakteristik responden pada pada kelompok kontrol sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebanyak 24 (53,3%) orang dan pada kelompok perlakuan sebagian besar responden juga perempuan yaitu sebanyak 34 (75,6%) orang.

Distribusi agama yang dianut oleh responden pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan adalah sama, paling banyak responden menganut agama islam dengan jumlah kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sama yaitu masing-masing kelompok berjumlah 44 (97,8%) orang beragama islam dan 1 (2,2%) orang beragama Kristen.

Status berpacaran pada responden kelompok kontrol didapatkan 33 (73,3%) orang dengan memiliki pacar atau berpacaran, sedangkan 12 (26,7%) orang mengaku tidak memiliki pacar atau tidak berpacaran. Kelompok perlakuan status berpacaran didapatkan 30 (66,7%) orang dengan mengaku memiliki pacar atau berpacaran, sedangkan 15 (33,3%) orang tidak memiliki pacar atau tidak berpacaran.

### **Gambaran Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja**

Distribusi reponden berdasarkan perilaku seksual remaja sebelum program pojok remaja menunjukkan bahwa perilaku seksual beresiko pada kelompok kontrol 19 (42,2%) orang beresiko, dan tidak beresiko 26 (57,8%) orang. Hasil ini menunjukkan masih tingginya perilaku seksual beresiko remaja pada kedua kelompok sebelum pemberian program pojok remaja. Perilaku remaja pada kelompok perlakuan sebelum diberikan latihan asertif 18 (40%) orang beresiko, sedangkan perilaku tidak beresiko adalah 27 (60%) orang.

Distribusi perilaku remaja setelah program pojok remaja menunjukkan bahwa kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan perilaku beresikonya lebih tinggi yaitu 27 (60%) orang, sedangkan perilaku tidak beresiko 18 (40%) orang. Kelompok perlakuan setelah diberi intervensi hasil menunjukkan perilaku yang beresiko ada 16 (35,6%) orang sedangkan perilaku tidak beresikonya 29 (64,4%) orang. Hasil ini menunjukkan perilaku seksual beresiko

proporsinya lebih tinggi pada kelompok kontrol daripada kelompok perlakuan setelah pemberian program pojok remaja

### **Pengaruh Program Pojok Remaja terhadap Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja**

Hasil penelitian dengan uji statistik *Mann Whitney U Test* didapatkan *p value* sebesar 0,021. Pengambilan keputusan dilakukan dengan melihat derajat kemaknaan ( $\pm=0,05$ ). Nilai *p value* yang didapat dari hasil uji statistik adalah  $d^* 0,05$  dan berada pada nilai kemaknaan  $0,01 d^* p < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak, artinya ada perbedaan perilaku seksual beresiko remaja di SMK Negeri "X" Kabupaten Jember antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, dan dapat disimpulkan ada pengaruh latihan asertif terhadap perilaku seksual beresiko remaja SMK Negeri "X" Kabupaten Jember.

### **Pembahasan**

Pemberian informasi seputar masalah seksual menjadi penting karena remaja berada dalam potensi seksual aktif yang berkaitan dengan dorongan seksual dipengaruhi hormon dan sering tidak memiliki informasi yang cukup mengenai aktifitas seksual. Hal tersebut akan sangat berbahaya bagi perkembangan jiwa remaja bila tidak memiliki pengetahuan dan informasi yang tepat. Pandangan sebagian besar masyarakat yang menganggap seksual merupakan suatu yang alamiah, yang nantinya akan diketahui dengan sendirinya setelah mereka menikah sehingga dianggap suatu hal tabu untuk dibicarakan secara terbuka. Keengganan orang tua dalam keluarga untuk membicarakan masalah reproduksi menyebabkan remaja mencari alternatif sumber informasi lain seperti teman atau media massa. Remaja mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari sumber-sumber yang tidak bisa

dipertanggungjawabkan karena tidak adanya layanan dan informasi bagi remaja serta kurangnya komunikasi antara anak remaja

dan orang tua dalam keluarga (Mu tadin, 2002).

Tabel 1. Distribusi responden berdasarkan usia pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di SMK Negeri "X" Kabupaten Jember pada bulan Juli-Agustus 2012

Kelompok	Mean	Median	SD	Minimum-Maksimum	95% CI
Kontrol	16,24	16,00	0,645	15-17	16,05 – 16,44
Eksperimental	16,49	16,00	0,695	15-18	16,28 – 16,70

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, agama, dan status berpacaran pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di SMK Negeri "X" Kabupaten Jember pada bulan Juli-Agustus 2012

Karakteristik responden	Kontrol		Perlakuan		Jumlah	
	Jumlah (orang)	Prosentase (%)	Jumlah (orang)	Prosentase (%)	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>						
a. Laki-laki	21	46,7	11	24,4	32	71,1
b. Perempuan	24	53,3	34	75,6	58	28,9
Total	45	100	45	100	90	100
<b>Agama</b>						
a. Islam	44	97,8	44	97,8	88	95,6
b. Kristen	1	2,2	1	2,2	2	4,4
Total	45	100	45	100	90	100
<b>Status Berpacaran</b>						
a. Berpacaran	33	73,3	30	66,7	63	40
b. Tidak Berpacaran	12	26,7	15	33,3	27	60
Total	45	100	45	100	90	100

Tabel 3. Distribusi perilaku seksual beresiko remaja pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan latihan asertif di SMK Negeri "X" pada bulan Juli-Agustus 2012

Perlakuan	Kontrol		Perlakuan	
	Jumlah (Orang)	Prosentase (%)	Jumlah (Orang)	Prosentase (%)
Beresiko	19	42,2	18	40,0
Tidak Beresiko	26	57,8	27	60,0
Total	45	100,0	45	100,0

Tabel 4. Distribusi perilaku seksual beresiko remaja pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan setelah diberikan latihan asertif di SMK Negeri "X" pada bulan Juli-Agustus 2012

Perlakuan	Kontrol		Perlakuan	
	Jumlah (Orang)	Prosentase (%)	Jumlah (Orang)	Prosentase (%)
Beresiko	27	60,0	16	35,6
Tidak Beresiko	18	40,0	29	64,4
Total	45	100,0	45	100,0

Tabel 5. Perbedaan perilaku seksual beresiko remaja sebelum dan sesudah diberikan latihan asertif pada kelompok kontrol dan kelompok eksperimen di SMK Negeri "X" Kabupaten Jember pada bulan Juli-Agustus 2012.

Perlakuan	Kontrol		Perlakuan		Man Whitney U Test	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Z	P
Beresiko	19 (42,2%)	27 (60,0%)	18 (40,0%)	16 (35,6%)	-2,308	0,021
Tidak Beresiko	26 (57,8%)	18 (40,0%)	27 (60,0%)	29 (64,4%)		

Remaja selama masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan perhatian, bimbingan, pengawasan maupun perencanaan pelayanan yang baik terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi, sehingga remaja akan terhindar dari perilaku berisiko dan tumbuh kembang terjadi secara sehat (Allender & Spardley, 2001). Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam membantu remaja sehat dan sukses dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangannya (WHO, 2008). Beberapa program kesehatan reproduksi remaja telah dilakukan dan diujicobakan di beberapa negara. Program-program tersebut memiliki keunggulan dan kelemahan baik dalam proses maupun evaluasinya. Program-program tersebut antara lain *Adolescent Friendly* (WHO, 2002; dalam UNPFA, 2009); MCFC (UNICEF, 2002); FC (Sun, 2002), dan PKPR (Depkes, 2003). Program-program tersebut menunjukkan hasil yang positif dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi di komunitas, tetapi belum mampu melibatkan unit terkecil masyarakat yaitu keluarga dalam menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan remaja dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi berdasarkan latar belakang budaya keluarga dan masyarakat setempat.

Program P2R berbasis sekolah memiliki keunggulan dalam aspek tujuan, sasaran, tatanan, dan metode serta langkah program. Program P2R lebih menitikberatkan tujuan program pada remaja sendiri, kelompok remaja, keluarga, dan masyarakat. Program P2R memiliki sasaran yang lebih luas yaitu pada remaja di masyarakat yang diharapkan akan dapat menerapkan pola kehidupan reproduksi yang sehat pada diri remaja, keluarga, sekolah, dan masyarakat. Hal ini sangat lebih menguntungkan apabila dibandingkan dengan program PKPR. Cakupan program pelayanan kesehatan anak dan remaja dalam bentuk PKPR oleh Departemen Kesehatan RI difokuskan

didalam sekolah adalah 85% dan diluar sekolah adalah 20% (Depkes, 2008).

Program P2R dilakukan dalam tatanan remaja di komunitas sehingga akan mudah diakses dan dijangkau oleh remaja berdasarkan ketersediaan sumber daya, dana, dan waktu remaja di masyarakat. Hal ini berbeda dengan program *Friendly Clinics* (FC) yang hanya sebatas klinik untuk remaja, meskipun klinik tersebut berada di masyarakat tetapi kemungkinan tidak bisa diakses oleh keluarga remaja karena memiliki jam kunjung dan harga pelayanan tertentu (Sun, 2002).

Program P2R memiliki metode yang lebih praktis melalui pembelajaran partisipatif remaja mengenai kesehatan reproduksi. Kelompok remaja akan terhimpun dalam suatu *peer group* remaja yang akan dipandu atau difasilitasi oleh perawat keluarga. Keluarga dan remaja akan dilakukan deteksi tumbuh kembang kesehatan reproduksi, pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi yang akan dibandingkan sebelum dan sesudah mengikuti kegiatan P2R. Hal ini sangat lebih aplikatif apabila dibandingkan dengan program *My Future is My Choices* (MFMC). Program MFMC diimplementasikan dengan keterlibatan remaja dalam pengawasan dan manajemen harian dalam memberikan ketrampilan hidup, pelatihan, mendistribusikan kondom dan materi-materi kesehatan reproduksi ke sekolah-sekolah, meningkatkan akses layanan ke fasilitas kesehatan, dan membantu setiap lulusan pelatihan untuk bergabung sebagai relawan untuk melanjutkan program (UNICEF, 2002).

Penyusunan intervensi program dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja, juga disesuaikan dengan tata nilai budaya masyarakat setempat dengan penekanan pada mempertahankan budaya, negosiasi budaya, dan rekuntruksiasi budaya (Leininger, 2002). Kegiatan P2R yang berjalan kemudian dilakukan melalui komunikasi terbuka melalui pembelajaran partisipatif remaja sehingga remaja mampu

mengungkapkan pendapat dan permasalahan kesehatan reproduksi sesuai dengan latar belakang nilai budaya dan sosial remaja. Hal ini sesuai dengan penelitian Mueller et al (2009) tentang implementasi program berbasis budaya dalam upaya mengurangi perilaku berisiko HIV pada remaja SMA Latino. Program *Cuidate* berhasil mengurangi perilaku berisiko HIV pada remaja Latin melalui penanaman nilai budaya dan keyakinan remaja dalam mengurangi perilaku berisiko seperti menolak seks bebas secara asertif dan penggunaan kondom dalam aktivitas seksual untuk menurunkan insidensi penyakit menular seksual dan HIV.

Klinik Sahabat Remaja (KSR) merupakan bentuk penyempurnaan dari program *Community based outreach program*. Program KSR merupakan program penjangkauan berbasis masyarakat yang sangat penting terutama bagi kelompok remaja berisiko di masyarakat seperti remaja yang sedang krisis tumbuh kembang, remaja putus sekolah, remaja jalanan, dan remaja putri yang memiliki kesempatan terbatas untuk keluar dari lingkungannya. Proyek berbasis masyarakat menggunakan berbagai cara untuk menjangkau remaja dimana remaja tersebut berkumpul untuk bekerja atau bermain (Triswan, 2007).

Program untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja menghadapi beberapa tantangan. Program yang ditawarkan harus dapat memberikan informasi dan pelayanan kesehatan yang tepat serta membantu remaja mengembangkan kemampuan membuat keputusan maupun memperoleh ketrampilan utama yang lain (Triswan, 2007). Program kesehatan reproduksi remaja perlu juga memperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi pilihan remaja (seperti norma budaya, pengaruh teman sebaya dan media massa serta kesulitan ekonomi) dan mengembangkan strategi program yang mampu menjawab kebutuhan remaja. Program tersebut juga harus membangun masyarakat dan menggali dukungan politis

bagi kegiatan-kegiatan yang berpusat pada remaja.

Klinik Sahabat Remaja (KSR) merupakan suatu program kesehatan yang diperuntukkan bagi remaja di komunitas dengan memperhatikan tata nilai budaya lokal masyarakat setempat dalam pemenuhan kesehatan reproduksi remaja. Klini ini dirancang di komunitas dengan tujuan agar adanya penyediaan pelayanan klinis/kesehatan bagi remaja; adanya pemberian informasi perilaku seksual bagi remaja; mengembangkan kemampuan ketrampilan hidup dan kemandirian remaja dalam memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi; mempertimbangkan sisi kehidupan remaja; menjamin program yang cocok atau relevan untuk remaja; dan menggali dukungan masyarakat untuk peduli pada remaja.

KSR yang dijalankan apabila dibandingkan dengan program Pelayanan klinik berorientasi remaja (*Youth oriented clinic services*) (Pathfinder International, 2004) adalah lebih memperhatikan sisi kenyamanan remaja dan kepedulian remaja. Pelayanan klinik berorientasi remaja merupakan pelayanan yang cukup umum di Amerika, Eropa Barat, dan Amerika Latin. Klinik-klinik ini memberikan berbagai pelayanan social dan klinis seperti kehamilan, konseling pencegahan PMS dan pendeteksian serta pencegahannya. Keterkaitan antara PMS dan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya tampaknya membuat klinik-klinik tersebut lebih bermanfaat bagi remaja.

KSR dalam mengatasi permasalahan perilaku seksual remaja berisiko apabila dibandingkan dengan program Klinik berbasis sekolah (*School based clinic*) (WHO, 2006) adalah lebih menjangkau pelayanan yang luas karena berada di tatanan komunitas atau masyarakat. Klinik berbasis sekolah tersedia di beberapa negara maju dan berkembang. Pelayanan yang diberikan bervariasi, tetapi umumnya mencakup pemantauan kesehatan dasar dan pelayanan rujukan. Di negara maju, klinik berbasis

sekolah menyediakan kondom dan konseling yang berkaitan dengan kehamilan dan pencegahan PMS, serta rujukan untuk berbagai pelayanan lainnya sehubungan dengan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi. Di negara berkembang seperti Indonesia, klinik berbasis sekolah seringkali dibatasi oleh adanya pembatasan kebijakan, kekurangan tenaga, serta kurangnya jaringan kerja dengan sumber daya yang ada di luar sekolah.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Karakteristik usia responden pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, rata-rata adalah remaja awal 11-16 tahun dengan prosentase jenis kelamin menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah berjenis kelamin perempuan, agama sebagian besar beragama islam, status berpacaran remaja adalah memiliki pacar pada kelompok kontrol sebesar 33 orang dan kelompok perlakuan 30 orang. Proporsi perilaku seksual beresiko remaja sebelum pemberian program pojok remaja di SMK Negeri „X” Jember pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan masih tinggi. Proporsi perilaku beresiko pada remaja setelah pemberian program pojok remaja di SMK Negeri „ X” Jember didapatkan hasil pada kelompok perlakuan perilaku beresikonya kecil, sedangkan kelompok kontrol yang tidak diberikan program pojok remaja perilaku beresikonya masih besar. Ada perbedaan perilaku seksual beresiko remaja di SMK Negeri “X” Kabupaten Jember antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Hal ini dapat disimpulkan ada pengaruh latihan asertif terhadap perilaku seksual beresiko remaja SMK Negeri “X” Kabupaten Jember.

### Saran

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi dan pengetahuan pada remaja

mengenai perilaku seksual beresiko. Hasil penelitian ini membentuk remaja menjadi pribadi yang asertif, mampu terbuka, menerima kritik, serta mampu menolak ajakan yang tidak rasional teman sebaya, selain itu membentuk remaja menjadi konselor atau pendidik teman sebaya. Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi bagi perawat yang bergerak di bidang pendidikan untuk merumuskan kurikulum pendidikan keperawatan terutama bidang keperawatan komunitas remaja atau keperawatan jiwa. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi tambahan bahan pada penyampaian materi pelajaran atau pada saat perkuliahan keperawatan komunitas atau keperawatan jiwa dengan tema perilaku seksual beresiko pada remaja. Pemberian program pojok remaja terhadap perilaku seksual beresiko remaja, menjadi bahan penyuluhan bagi instansi kesehatan guna menambah pengetahuan dan pelatihan bagi dinas BKKBN yang diberikan kepada PIK R masing-masing sekolah sebagai tambahan pengetahuan dan keterampilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- 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, 4th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Depkes RI. (2005). *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.



- Depkes RI. (2005). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. Depkes RI.
- (2008). *Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. (2008). *Ketrampilan Hidup (Life Skills) Dalam Program Kesehatan Reproduksi Remaja*. BKKBN Pusat.
- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. (2008). *Pendewasaan Usia Perkawinan dan Hak-Hak Reproduksi Bagi Remaja Indonesia*. BBKN Pusat.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Heryana, R. (2011). *Banyak gadis tidak perawan*. Radar Cikarang.
- Hitchcock, J.E., Scubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community Health Nursing : Caring in action*. USA : Delmar Publisher.
- Hurlock, E.B. (1998). *Developmental Psychology : a life span approach* (5th ed), London : McGraw Hill Inc
- Leininger, M.M., McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice 3rd edition*. The McGraw-Hill Companies.
- Marquis, B.L. and Huston, Carol J. (2006). *Leadership Roles and Roles Management Functions in Nursing : Theory and Application*. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- 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)
- Mueller, T.E., et al (2009). The Implementation Of A Culturally Based HIV Sexual Risk Reduction Program For Latino Youth in A Denver Area High School. *AIDS Education and Prevention; Oct 2009; 21, ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 164.*
- Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population*. (3rd Ed.), Philadelphia: Davis Company.
- Pathfinder International. 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., Carolyn, L.M., Mary, A.P. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4rd edition. Stamford: Appleton & Lange.
- Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essential of nursing research : Methods, appraisal and utilization* (6th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sabri, Luknis dan Hastono, S.P. (2006). *Statistik Kesehatan. Edisi revisi*, Jakarta; Rajawali Press.
- Situmorang, A. (2003). *Adolescent Reproductive Health in Indonesia*. A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/Center for Communication Program Jakarta, Indonesia.
- Stanhope, M. dan Lancaster, J. (2004). *Community Health Nursing : Promoting Health Of Agregates, Families And Individuals*, 4 th ed. St.Louis : Mosby, Inc.
- Sun, T.T.H. (2004). Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Taiwan. *Quartely of Community Health Education*, Vol. 23(2) 139-149, 2004-2005.

- Susanto, T, (2011). Model Remaja Untuk remaja Dalam Pemenuhan Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. *Karya Ilmiah Akhir Spesialis Keperawatan Komunitas*. FIK UI. Depok.
- Suwandono. (2002). *Pengembangan model pelayanan kesehatan reproduksi remaja*. <http://digilib.itb.ac.id/gdl.php>, diakses tanggal 1 Januari 2012.
- Triswan, Y., (2007). Kesehatan Reproduksi Remaja: Membangun Perubahan Yang Bermakna, *Out Look*, 16(1), 1-8.
- UNPFA. (2009). *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit For Humanitarian Settings: A Companion to The Interagency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Setting*.
- UNICEF. (2002). *Working For and With Adolescent: Some UNICEF Examples*. ADPU UNICEF.
- USAID, et al. (2008). Survei kesehatan reproduksi remaja Indonesia 2007.
- WHO.(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*.
- WHO. (2005). *Promoting and Safeguarding the Sexual and Reproductive Health of Adolescents*. Diakses dari <http://www.who.int/reproductive-health/strategy>
- . Profil Dinas Kesehatan Kota Depok 2009.
- . PKPR Dinas Kesehatan Depok 2009.