



TESIS

**ALTERNATIF KEBIJAKAN OPERASIONAL PELAYANAN
KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR) DI
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR
MINGGU JAKARTA SELATAN
TAHUN 2015**

**DISUSUN OLEH
MASLAN PANGARIBUAN
NPM: 20130000014**

**PEMINATAN KESEHATAN REPRODUKSI
PROGRAM STUDI PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU
JAKARTA
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis dengan Judul

**ALTERNATIF KEBIJAKAN OPERASIONAL PELAYANAN
KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR) DI
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR
MINGGU JAKARTA SELATAN
TAHUN 2015**

Tesis Penelitian ini telah Disetujui, Diperiksa dan Diajukan
Dalam Sidang Tesis Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju

Jakarta, Maret 2016

Pembimbing

(Sobar Darmadja, S.Psi. MKM)

HALAMAN PENGESAHAN

Panitia Sidang Ujian Tesis
Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju

Tesis dengan Judul

**ALTERNATIF KEBIJAKAN OPERASIONAL PELAYANAN
KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR) DI
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR
MINGGU JAKARTA SELATAN
TAHUN 2015**

Telah berhasil dipertahankan dihadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister

Jakarta, Maret 2016

Tim Penguji,

Pembimbing

Penguji

(Sobar Darmadja, S.Psi, MKM)

(Dr. Dr. dr. HM. Hafizurrachman, MPH)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju

(Astrid Novita, SKM, MKM)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Maslan Pangaribuan

NPM : 20130000014

Program Studi : Pascasarjana Kesehatan Masyarakat STIKIM

Peminatan : Kesehatan Reproduksi

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**ALTERNATIF KEBIJAKAN OPERASIONAL PELAYANAN
KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR) DI
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR
MINGGU JAKARTA SELATAN
TAHUN 2015**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, Maret 2016
Yang membuat pernyataan

Maslan Pangaribuan

**PROGRAM STUDI PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU**

Tesis, Maret 2016

**Maslan Pangaribuan
20130000014**

**Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)
di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015.**

XXii+211 Halaman+17 Tabel+9 Gambar+6 Lampiran

ABSTRAK

Masalah remaja adalah masalah yang sangat serius, untuk itu perlu program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) untuk menangani masalah yang terjadi pada remaja. Tujuan penelitian ini adalah menyusun alternatif kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan *fenomenologi* dengan metode pengumpulan data wawancara mendalam. Informan kunci (*key informan*) yaitu remaja yang memanfaatkan PKPR dan remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR, sedangkan informan pendukung adalah kepala Puskesmas, koordinator PKPR, koordinator UKS, guru BK, LSM, dan konselor sebaya. Teknik pemilihan informan menggunakan *purposive sampling* yaitu jumlah informan dipilih berdasarkan prinsip kesesuaian dan kecukupan, dengan menggunakan panduan wawancara. Temuan penelitian adalah secara umum kegiatan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu sudah berjalan dengan baik. Namun ada beberapa kegiatan yang pelaksanaannya belum optimal seperti; Belum tersedia ruang khusus PKPR yang bersifat privasi, alur pelaksanaan belum sesuai pedoman, KIE belum menjangkau semua remaja, PKPR baru bisa dilaksanakan di sepuluh (10) sekolah dan belum ada jadwal tetap untuk membentuk dan membina konselor sebaya. Sosialisasi belum maksimal sehingga remaja atau masyarakat tidak mengetahui keberadaan PKPR. Hal ini disebabkan oleh kurangnya sumber daya manusia sebagai pelaksana dan terlatih PKPR. Oleh karena itu dihasilkan alternatif kebijakan operasional PKPR sebagai usulan perbaikan pelaksanaan program PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu yaitu; Mengadakan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi guru BK, dan mengadakan sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK).

Kata Kunci: Alternatif Kebijakan Operasional PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja)

Daftar Bacaan: 107 (1993-2015)

**POST GRADUATE PROGRAM PUBLIC HEALTH
INDONESIA MAJU SCHOOL OF HEALTH SCIENCE
HEALTH REPRODUCTION CONSENTRATION**

Thesis, Maret 2016

**Maslan Pangaribuan
20130000014**

Alternative Operational Policy of Caring for Adolescent Health Services Program (PKPR) in the sub-district Puskesmas Pasar Minggu, South Jakarta in 2015.

XXii+ 211 Pages + 17 Tables + 9 Pictures + 6 Attachments

ABSTRACT

Adolescent problem is a very serious issue, it is necessary to Care for Adolescent Health Services program (PKPR) to handle problems that occur in adolescents. The purpose of this research is to develop alternative operational policies Adolescent Care Health Services (PKPR) in the sub-district Puskesmas Pasar Minggu 2015. This study is a qualitative research with phenomenological approach with in-depth interview data collection method. Key informants (key informant) that teens who use PKPR and adolescents who have not been utilizing PKPR, while supporting informant was the head of the health center, PKPR coordinator, coordinator UKS, BK teachers, LSM, and peer counselors. Informant selection techniques using purposive sampling, that the number of informants were selected based on the principles of suitability and adequacy, using an interview guide. The research findings are generally activities PKPR in Pasar Minggu sub-district health centers are already well underway. However there are several activities such implementation is not optimal; PKPR has not provided a specific room that is privacy, yet appropriate grooves implementation guidelines, KIE does not reach all teenagers, PKPR new mortgage can be implemented in ten (10) school and there is no fixed timetable for establishing and fostering peer counselors. Socialization is not maximized so that teenagers or people do not know the whereabouts PKPR. This is caused by a lack of human resources as the trained mortgage. Therefore, it is generated alternative operational policies PKPR as proposed improvement program implementation PKPR in Pasar Minggu sub-district health centers namely; Specific training counselors, educators and health for teachers BK, and held a teenage school health alert (school ReSiK).

Key Word: *Operational Policy Alternatives PKPR (Youth Care Health Services)*

Refferences: *107 (1993-2015)*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015”**. Disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta.

Remaja merupakan kelompok masyarakat yang hampir selalu diasumsikan dalam keadaan sehat. Padahal banyak remaja yang menderita penyakit serius akibat perilaku berisiko yang dimulai sejak masa remaja contohnya merokok, penyakit menular seksual, penyalahgunaan narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA), *Human Immunodeficiency Virus – Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV-AIDS), kurang gizi, dan kehamilan yang tidak diinginkan serta aborsi yang tidak sehat. Semua ini, yang akan mencetuskan penyakit atau kematian pada usia muda.

Data organisasi kesehatan dunia (WHO,2013) menyebutkan di negara berkembang, setiap tahun lebih dari 7 juta gadis mengalami masalah kesehatan reproduksi remaja, sedangkan di Indonesia diketahui separuh dari 63 juta jiwa remaja rentan berperilaku tidak sehat menyangkut seks bebas, hamil diluarnikah, aborsi, infeksi menular seksual, HIV/AIDS, serta penyalahgunaan narkoba.

Pencegahan gangguan kesehatan pada remaja memerlukan pengertian dan perhatian dari lingkungan baik orang tua, guru, teman sebayanya, dan juga pihak terkait agar mereka dapat melalui masa transisi dari kanak menjadi dewasa dengan baik. Penanganan masalah remaja dilakukan melalui kerjasama multi-sektoral dan multi dimensional, dengan intervensi pada aspek preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang komprehensif, yang diperkenalkan dengan sebutan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Remaja yang mengakses PKPR belum sebanyak poliklinik lain disebabkan oleh kurangnya sosialisasi. Jika program PKPR dilaksanakan secara optimal maka banyak remaja yang bisa diselamatkan secara tidak langsung akan mampu meningkatkan kesehatannya. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti ingin mengetahui secara lebih mendalam bagaimana peran Puskesmas dalam pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan.

Terselesainya tesis ini tak lepas atas bantuan bimbingan, arahan, saran dan dorongan serta doa dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Dr. dr. HM. Hafizurrachman, MPH selaku Ketua STIKIM dan penguji sidang tesis, atas bimbingan, perhatian dan motivasinya.
2. Ibu Astrid Novita, SKM, MKM selaku Ketua Program Studi Pascasarjana (S2) Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju.
3. Bapak Sobar Darmadja, S.Psi, MKM selaku pembimbing yang telah begitu baik dan penuh kesabaran memberikan bimbingan dan motivasi kepada

penulis, menyediakan waktu, tenaga serta pikiran demi mengarahkan penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

4. Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan beserta stafnya yang telah memberikan tempat untuk penulis melakukan penelitian.
5. Seluruh dosen dan staf STIKIM Program Pascasarjana yang telah berkenan membuka jendela perubahan kepada penulis dalam mempersiapkan diri sebagai bagian layanan kesehatan yang mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia.
6. Seluruh informan, terimakasih atas segala informasi, pengetahuan, dan masukan yang telah diberikan, sehingga penulis bisa menyelesaikan tesis ini.
7. Keluarga tercinta, suami dan anak-anakku terimakasih atas segala support dan doanya yang telah kalian berikan sampai hari ini.
8. Seluruh teman-teman dan sahabat di STIKIM Program Pascasarjana tahun 2014 yang merupakan sumber motivasi bagi penulis dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mohon maaf jika terdapat kesalahan dalam penulisan dan penyampaian hasil penelitian. Kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi perbaikan tesis ini sangat diharapkan. Penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi diri sendiri dan semua pihak yang membacanya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Jakarta, Maret 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR DIAGRAM	xviii
SINGKATAN KATA	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	15
1.3 Pertanyaan Penelitian	19
1.4 Tujuan Penelitian.....	19

1.4.1	Tujuan Umum.....	19
1.4.2	Tujuan Khusus.....	19
1.5	Manfaat Penelitian.....	20
1.5.1	Manfaat Praktis.....	20
1.5.2	Manfaat Metodologi	21
1.5.3	Manfaat Teoritis	21
1.6	Ruang Lingkup Penelitian	21

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	23
2.1.1	Pengertian PKPR	23
2.1.2	Tujuan PKPR.....	23
2.1.3	Ciri Khas PKPR	24
2.1.4	Strategi Pelaksanaan dan Pengembangan PKPR di Puskesmas	27
2.1.5	Langkah-langkah Pembentukan dan Pelaksanaan PKPR di Puskesmas.....	29
2.1.6	Prosedur Pelaksanaan PKPR pada Klien	31
2.1.7	Jenis Kegiatan (Program) dalam PKPR	34
2.1.8	Monitoring dan Evaluasi	36

2.1.9	Pencatatan dan Pelaporan	37
2.2	Remaja	38
2.2.1	Pengertian Remaja	38
2.2.2	Tahap-tahap Remaja	40
2.2.3	Tumbuh Kembang Remaja	41
2.2.4	Ciri-ciri Kejiwaan dan Psikologi Remaja	42
2.2.5	Karakteristik Perkembangan Remaja	43
2.2.6	Problema Remaja	46
2.2.7	Sumber Masalah pada Remaja	48
2.2.8	Penatalaksanaan Masalah Remaja	52
2.3	Kebijakan Publik	53
2.3.1	Teori Kebijakan	53
2.3.2	Proses Kebijakan Publik	57
2.4	Analisis Kebijakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja	62
2.4.1	Pengertian Analisis Kebijakan	62
2.4.2	Tujuan Analisis Kebijakan	63
2.4.3	Model Analisis Kebijakan	63
2.4.4	Analisis Kebijakan Versi Patton dan Savicky	65
2.4.5	Analisis SWOT	72

2.4.6	Kebijakan Kementerian Kesehatan RI tentang PKPR	75
2.4.7	Dasar Hukum PKPR	79
2.4.8	Kebijakan Kepala Dinas kesehatan DKI Jakarta tentang Pelaksanaan PKPR	80
2.4.9	Kebijakan Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tentang Pelaksanaan PKPR	81
BAB III	KERANGKA DAN DEFINISI	
3.1	Kerangka Berpikir	83
3.2	Definisi Istilah.....	87
BAB IV	METODE PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian dan Rancangan	90
4.2	Waktu dan Lokasi Penelitian	91
4.3	Etika Penelitian	92
4.4	Informan	92
4.5	Instrumen Penelitian	94
4.6	Metode Pengumpulan Data	95
4.6.1	Persiapan Pengumpulan Data	95
4.6.2	Sumber Data	95
4.6.3	Teknik Pengumpulan Data	96

4.7	Uji Kredibilitas.....	97
4.8	Pengolahan dan Analisis Data	100
BAB V GAMBARAN UMUM PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU		
5.1	Keadaan Geografis	101
5.2	Jumlah Kepala Keluarga dan Jiwa	102
5.3	Jumlah Institusi Pendidikan	102
5.4	Visi dan Misi Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu	103
5.5	Tujuan	103
5.6	Program Prioritas	104
5.7	Pelayanan dalam Gedung	104
5.8	Kegiatan Luar Gedung	105
5.9	Profil Program PKPR	106
BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN		
6.1	Keterbatasan Penelitian	113
6.2	Pelaksanaan Penelitian	114
6.3	Karakteristik Informan	115
6.4	Hasil Analisis Tematik	117
6.4.1	Pengetahuan Terkait PKPR	118
6.4.2	Kebijakan	123

6.4.3 Anggaran	132
6.4.4 SDM Kesehatan	137
6.4.5 Fasilitas Kesehatan	146
6.4.6 Kegiatan KIE	154
6.4.7 Konselor Sebaya	159
6.4.8 Partisipasi Masyarakat	166
6.4.9 Manajemen Kesehatan	174
6.5 Merumuskan Analisis Kebijakan Operasional	183
6.5.1 Mendefinisikan, Verifikasi Masalah	184
6.5.2 Menetapkan dan Penerapan Kriteria Issu	184
6.5.3 Analisis SWOT	187
6.5.4 Identifikasi Alternatif Kebijakan	194
6.5.5 Evaluasi Alternatif Kebijakan	196
6.5.6 Menyajikan Alternatif kebijakan yang dipilih	199
6.5.7 Implementasi kebijakan yang dipilih	207

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	208
7.2 Saran	209

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Jumlah Kunjungan Remaja ke Ruang PKPR Puskesmas Kec. Pasar Minggu Berdasarkan jenis Kasus	16
Tabel 2.1	SWOT/TOWS Matrix	73
Tabel 4.1	Jenis Informan Penelitian	94
Tabel 5.1	Jumlah Kepala Keluarga dan Jiwa Wilayah Kecamatan Pasar Minggu tahun 2015	102
Tabel 5.2	Jumlah Institusi Pendidikan di Wilayah Kecamatan Pasar Minggu tahun 2015	102
Tabel 5.3	Daftar Jejaring PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tahun	111
Tabel 5.4	Daftar PHBS di Sekolah di Wilayah Kecamatan Pasar Minggu tahun 2014.....	112
Tabel 6.1	Karakteristik Informan Kunci	115
Tabel 6.2	Karakteristik Informan Pendukung	116
Tabel 6.3	Matrix USG Pemilihan Issu Aktual	185
Tabel 6.4	Prioritas Masalah	186
Tabel 6.5	Identifikasi Faktor Internal	188
Tabel 6.6	Identifikasi Faktor Eksternal	188

Tabel 6.7	Matrix Internal Faktor Evaluation (IFE)	189
Tabel 6.8	Matrix Eksternal Faktor Evaluation (EFE)	190
Tabel 6.9	Matrix SWOT	193
Tabel 6.10	Analisis QSPM (<i>Quantitative Strategic Planning Matrix</i>)	197

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Alur dan Langkah Pelaksanaan PKPR pada klien	32
Gambar 2.2	Alur Remaja Seksual Aktif	33
Gambar 2.3	Elemen Kebijakan	56
Gambar 2.4	Proses Kebijakan Publik	58
Gambar 2.5	Proses Kebijakan yang Ideal	60
Gambar 2.6	Model Analisis Kebijakan	64
Gambar 2.7	Proses Kebijakan versi Patton dan Savicky	66
Gambar 3.1	Kerangka Pikir Teori Analisis Kebijakan versi Patton dan Savicky.....	86
Gambar 5.1	Alur Pelayanan Klinik PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu	109

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 6.1 Matrix Internal dan Eksternal	191
Diagram 6.2 Diagram SWOT	192

SINGKATAN KATA

AFHS	: Adolescent Friendly Health Services
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
ASRH	: Adolescent Sexual and Reproductive Health
BBLR	: Bayi Badan Lahir Rendah
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BOK	; Bantuan Operasional kesehatan
BPS	: Badan Pusat Statistik
Depag	: Departemen Agama
DepKes	: Departemen Kesehatan
Depsos	: Departemen Sosial
Diknas	: Dinas Kesehatan
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DPA-SKPD	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
FGD	: Focus Group Discussion
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
IMS	: Infeksi Menular Seksual
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi
LSE	: Life Skills Education
KB	: Keluarga Berencana
KemenKes	: Kementerian Kesehatan

KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KHA	: Konvensi Hak-hak Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
KTD	: Kehamilan Tidak Diinginkan
KtP	: Kekerasan terhadap Perempuan
LK3	: Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga
LSE	: Life Skills Education
LSM	: Lembaga Sosial masyarakat
MenKes	: Menteri kesehatan
NAPZA	: Narkotika, Psikotropik dan Zat Adiktif lainnya
PBB	: Perserikatan Bangsa-Bangsa
PILAR	: Pusat Informasi dan Layanan Remaja
PKBI	: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PKM	: Puskesmas
PKHS	: Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat
PKPR	: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PKRE	: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial
PMS	: Penyakit Menular Seksual
POA	: Plan Of Action
RI	: Republik Indonesia
SK	: Surat Keputusan
SMS	: Short Message Services
SN	: Standar nasional
SOP	: Standard Operasional Prosedur

UKS : Usaha kesehatan Sekolah
UNFPA : United Nations Population Fund
UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF : United Nations Children's Fund
WHO : World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Daftar Riwayat Hidup
2. Surat Permohonan izin Penelitian
3. Surat balasan permohonan izin penelitian
4. Panduan Wawancara
5. Matrix Hasil wawancara
6. Lembar Konsul Tesis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), semua yang berumur 10-19 tahun dinamakan remaja, dan secara demografis kelompok remaja dibagi menjadi kelompok berusia 10-14 tahun, dan kelompok usia 15-19 tahun. Setiap orang yang berusia hingga 18 tahun termasuk kelompok anak menurut Undang-Undang No.23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, sehingga menurut Undang-Undang ini remaja adalah kelompok anak (KemenKes, 2014).

Masa remaja merupakan tahap terjadinya pertumbuhan serta perkembangan secara dinamis dan cepat baik jasmani, psikis, intelektual, sosial, perilaku seksual yang dikaitkan dengan mulai terjadinya pubertas (Marcell, *et. al.*2011). Masa remaja disebut juga masa *strum und drang*, yaitu masa pancaroba atau transisi. Diusia remaja kerap terjadi konflik batin, frustrasi, dan penderitaan. Remaja juga sering mengalami masalah dalam adaptasi, mimpi dan angan-angan tentang cinta, atau perasaan tersisihkan dari lingkungan sosial budaya orang dewasa, serta mulai tertarik dengan lawan jenisnya (Kusmiran, 2011).

Menurut data Proyeksi Penduduk Indonesia 2000-2025, pada tahun 2010 remaja berusia 10-19 tahun sebanyak 18,3% dari total penduduk atau kira-kira

43 juta jiwa (KemenKes, 2014). Badan Pusat Statistik DKI Jakarta menyebutkan jumlah penduduk DKI Jakarta tahun 2012 mencapai 9.991.788 jiwa, jumlah remaja 1.473.468 jiwa. Sedangkan di Kecamatan Pasar Minggu jumlah penduduk sekitar 299.142 jiwa, jumlah remaja sebanyak 59.828 jiwa (20%) dari total penduduk (BPS DKI Jakarta, 2012).

Besarnya populasi kelompok usia remaja dapat dimaknai sebagai aset dan potensi bangsa di masa depan. Oleh karena itu, agar dapat mewujudkan harapan tersebut, masyarakat dan negara harus dapat memastikan supaya remaja Indonesia mampu tumbuh dan berkembang secara positif dan tidak mengalami berbagai permasalahan yang mengancam (KemenKes, 2012).

WHO (2013) menyebutkan, ada 1, 2 miliar remaja (usia 10-19 tahun) jumlah terbesar di sejarah manusia. London kompas.com menyebutkan di negara berkembang angka kehamilan pada remaja menurun. Akan tetapi, lebih dari 7 juta gadis setiap tahun mengalami permasalahan kesehatan reproduksi remaja seperti; seks bebas, hamil di luar nikah, kehamilan tidak diinginkan, menikah di usia muda, aborsi, dan penyakit menular seksual (PMS). Secara umum melahirkan umur 18 tahun.

Menurut badan PBB untuk kependudukan (UNFPA) di negara berkembang sekitar 2 juta dari 7, 3 juta remaja sudah melahirkan sebelum usia 18 tahun. Menurut laporan (Internasional.kompas) di negara berkembang sekitar 95% perempuan usia kurang 18 tahun sudah melahirkan, di Timur Tengah

setidaknya 10%, sedangkan di Asia Selatan mencapai 22%, di Afrika Barat dan Tengah 28% (internasional.kompas, 2013).

Di Indonesia berdasarkan hasil survey BAPPENAS, UNFPA dan BKKBN terdapat sekitar 31,5 juta remaja berusia 10-24 tahun rentan terhadap perilaku tidak sehat. Salah satu yang paling menonjol dikalangan remaja saat ini adalah masalah seksualitas seperti; hamil di luar nikah, aborsi, IMS, HIV/AIDS), dan penyalahgunaan NAPZA (BKKBN 2010).

Banyaknya masalah dan perilaku berisiko yang terjadi pada usia remaja membuat para ahli psikologi perkembangan menyebutnya sebagai masa krisis. Permasalahan yang terjadi pada remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu; faktor fisik, intelektual, moral, psikologis serta pengaruh lingkungan sekitar. Saat ini hal yang menonjol pada remaja adalah dari sudut pandang kesehatan (Howard, *et al*, 2010).

Beberapa fakta menunjukkan bahwa remaja Indonesia menghadapi tantangan saat ini. Data SDKI tahun 2012 menunjukkan bahwa 24% pria dan 28% wanita minum-minuman beralkohol usia kurang dari 15 tahun, setidaknya 2,8% remaja usia 15-19 tahun terlibat penyalahgunaan NAPZA, 0,5% wanita dan 4,5% pria usia 15-19 tahun melakukan hubungan seks pra nikah dengan alasan karena penasaran (57,5% pria), terjadi begitu saja (38% wanita) dan dipaksa oleh pasangan (12,6%) perempuan. Bukti ini menggambarkan bahwa minimnya pengetahuan remaja terhadap perilaku hidup sehat, bahaya hubungan seksual

dan kemampuan untuk tidak melakukan hubungan yang mereka tidak inginkan (SDKI, 2012).

Data Riskesdas 2013, menunjukkan remaja yang merokok sebanyak 1,4% usia 10-14 tahun dan 18,3% umur 15-19 tahun. Selain itu diketahui, 56% pria dan 59% perempuan mulai merokok usia kurang dari 15 tahun. Sekitar 32,1% perempuan dan 36,5% pria berusia 15-19 tahun mulai berpacaran sebelum mereka berusia 15 tahun, sekitar 7% remaja wanita usia 15-19 tahun pernah melahirkan, dan jumlah kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun sebanyak 48/1000 perempuan. Ibu yang melahirkan sebelum usia 20 tahun salah satu penyebab tingginya Angka Kematian Neonatal (34/1000), kematian bayi (50/1000), serta angka kematian balita (61/1000) (SDKI, 2012).

Hasil survei BKKBN (2012) menunjukkan, bahwa remaja usia 15-19 tahun memiliki pengetahuan yang belum memadai terkait kesehatan reproduksi. Hanya 35,3% wanita dan 31,2% laki-laki memiliki pengetahuan bahwa dengan satu kali melakukan hubungan seks wanita bisa hamil. Sekitar 41,2% wanita dan 55,3% pria mengetahui bahwa penyebaran HIV-AIDS dapat dikurangi bila berhubungan seksual dengan satu orang saja, sebanyak 46% wanita dan 60,8% laki-laki mengetahui penyebaran HIV-AIDS dapat dikurangi dengan memakai kondom. Hanya 9,9% wanita dan 10,6% pria usia 15-19 tahun memiliki pengetahuan lengkap mengenai HIV-AIDS.

Berdasarkan data Kemenkes RI (2012) tercatat sebanyak 7% remaja membenarkan pernah melakukan seks, dan 51% membenarkan memakai

kondom waktu hubungan seks terakhir. Selain itu, 4% remaja pernah mencoba menggunakan Napza, dan yang paling sering dicoba adalah ganja. Sekitar 0,4% remaja mengaku menggunakan Napza suntik. Hubungan seksual dan penggunaan Napza suntik merupakan penyebab terbesar terjadinya penyebaran HIV-AIDS di kalangan remaja.

Survei Kementerian Kesehatan (2011) sekitar 2,21% atau 4,02 juta jiwa pada tahun 2010 dan 2,8% atau sekitar 5 juta jiwa penduduk Indonesia terlibat penyalahgunaan NAPZA. Hingga akhir Juni 2011 penderita AIDS di Indonesia mencapai 26.843 jiwa, dimana penderita paling banyak terjadi pada usia 20-29 tahun dengan jumlah 36,4% dari jumlah keseluruhan yang menderita AIDS. Berdasarkan penjelasan tersebut dapat dibuat kesimpulan bahwa terjadinya infeksi adalah saat remaja berusia 15-24 tahun (Kemenkes RI 2011). Tahun 2013 dilaporkan bahwa provinsi terbanyak jumlah penderita infeksi HIV adalah DKI Jakarta (867), Papua (768), Jawa Timur (737), Jawa Barat (464), Bali (439), Sumatera Utara (417), Jawa Tengah (380), Riau (228), Kep.Riau (200) dan Kalimantan Timur (146) (KemenKes, 2014).

Santoso (2009) menuturkan dalam kelompok sebaya, individu merasakan adanya kesamaan usia, kebutuhan, dan tujuan. Data SDKI (2012) menunjukkan, remaja usia 15-19 tahun sebanyak 57,1% laki-laki dan 57,6% wanita lebih senang bercerita atau curhat mengenai permasalahan kesehatan reproduksinya kepada teman sebaya. Sementara sumber informasi kesehatan reproduksi didapatkan remaja dari teman sebaya sekitar 33,3%

priadan 19,9% wanita, dari guru 29,6% priadan 31,2% wanita, ibu 12,7% pria dan 40% wanita, sedangkan dari tenaga kesehatan sebanyak 2,6% priadan 35,7% perempuan. Kurangnya pengetahuan dan informasi yang diperoleh menyebabkan semakin tingginya masalah kesehatan yang di alami oleh remaja (SDKI, 2012).

Masuknya informasi dari seluruh penjuru dunia mengubah wawasan serta pola pikir dan cara pandang remaja, yang semuanya dapat terjadi karena kemajuan tehnologi komunikasi melalui computer. Ditinjau dari sisi kehidupan, remaja sekarang sudah banyak terkontaminasi oleh hal-hal yang sifatnya global. Hal itu membuat remaja sekarang sangat mudah terpengaruh dan jatuh ke dalam hal yang tidak perlu bahkan dosa sehingga harus diproteksi dan diarahkan (Budiargo, 2015).

Dewasa ini permasalahan remaja begitu kompleks. Tidak hanya menyangkut jasmani namun juga terkait dengan aspek psikis dan sosial sehingga memerlukan upaya penanganan yang konprehensif, terintegrasi yang melibatkan semua pihak, baik pemerintah maupun masyarakat termasuk pihak swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat, serta mengikut sertakan partisipasi remaja itu sendiri. Dalam penerapannya diperlukan suatu kerjasama dengan semua unsur terkait yang berfungsi secara sinergis (DepKes RI, 2005).

Strategi program pendekatan dan penanganan masalah remaja di setiap negara berbeda-beda, di Amerika, Eropa Barat dan Amerika Latin, dinamai dengan klinik berorientasi melayani remaja (*Youth oriented clinic services*)

melayani pemeriksaan kehamilan dan konseling pencegahan PMS. Klinik berbasis sekolah (*School based clinic*) terdapat di beberapa negara maju dan berkembang yang melayani kontrasepsi serta kesehatan reproduksi remaja. Program pengakses berbasis masyarakat (*Community based outreach programs*) di Meksiko yaitu program untuk remaja yang putus sekolah. Persatuan Olah Raga Remaja Mathare (MYSA) di Kenya, sedangkan di Thailand program kesehatan pada perempuan pekerja yang tinggal diasrama (UNFPA, out look, 2000).

Di Indonesia mulai tahun 2003, kementerian kesehatan melalui direktorat kesehatan keluarga sudah mengembangkan program kesehatan remaja dengan menggunakan pendekatan khusus yang dikenal sebagai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang dapat dilaksanakan di Puskesmas, rumah sakit, atau sentra-sentra dimana remaja berkumpul (KemenKes, 2014). Pelayanan kesehatan remaja melalui pendekatan *Adolescent Friendly Health Services* (AFHS) atau PKPR adalah program yang diadopsi dari WHO mulai tahun 2003, dan sudah terlaksanakan di seluruh provinsi di Indonesia (DepKes, 2009).

PKPR merupakan pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat diakses oleh semua remaja, menyenangkan, melayani remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga privasi, tanggap terhadap kebutuhan terkait dengan kesehatan remaja, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan remaja (DepKes RI, 2005).

Secara khusus, tujuan dari kegiatan PKPR adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan remaja, meningkatkan minat remaja untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas, meningkatkan pengetahuan serta keterampilan remaja sehingga mampu mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi dan meningkatkan keikutsertaan remaja dalam merencanakan, melaksanakan serta mengevaluasi pelaksanaan kegiatan kesehatan remaja. Adapun sasaran program PKPR adalah semua laki-laki maupun perempuan berusia 10-19 tahun dan belum menikah (DepKes RI, 2005).

Berdasarkan pedoman PKPR di Puskesmas (DepKes RI, 2005), tugas yang diemban oleh program PKPR adalah, 1) Komunikasi Informasi dan Edukasi; 2) Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya; 3) Konseling; 4) Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS); 5) Pelatihan konselor sebaya; 6) Pelayanan rujukan dan pranata hukum. Pelaksanaan kegiatan tersebut disesuaikan dengan situasi dan kebutuhan, pelaksanaannya bisa di dalam dan di luar gedung Puskesmas, untuk perorangan atau kelompok, sebagai pelaksana adalah petugas Puskesmas maupun petugas di institusi pendidikan dan masyarakat berdasarkan kemitraan.

Di Indonesia, Puskesmas merupakan tempat pelayanan dasar yang bertanggungjawab terhadap pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat (DepKes RI, 2008). Sampai dengan bulan Desember 2010, dari 33 provinsi di Indonesia terdapat 2190 Puskesmas yang mampu melaksanakan PKPR. Hingga Desember

2008 tenaga kesehatan yang terlatih PKPR sekitar 2232 orang. Sedangkan tahun 2012 terdapat 77,67% kabupaten/kota di Indonesia yang telah memiliki 4 puskesmas mampu melaksanakan PKPR, dan 10 provinsi dengan persentase 100% artinya seluruh kabupaten telah memiliki sedikitnya 4 Puskesmas mampu melaksanakan PKPR yaitu Sumatera Barat, Sumatera Selatan, DI Yogyakarta, Banten, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, dan Sulawesi Barat (DepKes RI, 2012).

Dari hasil penelitian Padmawati (2012), terkait pelaksanaan program PKPR di Puskesmas kabupaten Sumbawa Barat dengan metode penelitian studi kasus, bahwa pelaksanaan PKPR hanya penyuluhan di sekolah dengan materi kesehatan reproduksi remaja. Remaja yang berobat ke Puskesmas belum dilayani seperti alur tatalaksana PKPR Depkes. Waktu pelayanan di Puskesmas terbentur dengan jam sekolah. Pembentukan dan pelatihan konselor sebaya belum terlaksana. Untuk kegiatan PKPR belum ada alokasi dana yang cukup. Bahan-bahan untuk penyuluhan belum lengkap, begitu juga dengan form pelayanan, buku panduan konseling, buku pedoman pelaksanaan, alat bantu audio-visual, transportasi serta ruangan untuk konseling belum tersedia. Pengetahuan petugas kesehatan tentang program PKPR masih kurang. Tidak semua petugas bersikap *youth friendly* dan memiliki sikap yang positif untuk mencapai tujuan. Tanggungjawab kerja petugas tinggi, monitoring yang dilakukan hanya memeriksa laporan, laporan belum lengkap, forum kemitraan dengan lintas sektoral belum digunakan, belum dibuat standar operasional

prosedur dan standar pelayanan minimal PKPR. Dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program PKPR di Puskesmas kabupaten Sumbawa Barat belum memenuhi kriteria pelayanan remaja seperti yang ditetapkan Depkes RI sehubungan dengan belum tersedia dukungan dana, sarana prasarana, SDM dan kurangnya kegiatan koordinasi dan struktur birokrasi. Dengan demikian disarankan untuk membuat kebijakan PKPR modifikasi yang sesuai dengan selera remaja baik materi, waktu, dan pelaksanaannya (Padmawati 2012).

Penelitian Nursani dkk di Kecamatan Buleleng Bali tahun 2013, terkait peranan kegiatan PKPR terhadap kesehatan reproduksi remaja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: Puskesmas merupakan ujung tombak pemberi pelayanan kesehatan di masyarakat termasuk pelaksanaan program PKPR. Adapun program kegiatan PKPR yang dicanangkan Puskesmas Buleleng 1 antara lain: 1) Komunikasi informasi dan edukasi; 2) Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya; 3) Konseling; 4) Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS); 5) Pelatihan konselor sebaya; 6) Pelayanan rujukan dan pranata hukum. Dari 6 program kegiatan yang dicanangkan satu kegiatan yang belum terlaksana yaitu, kegiatan pembentukan konselor sebaya dikarenakan adanya program yang tumpang tindih dengan Komisi Pemberantasan AIDS (KPA) dan KB Buleleng. Selain itu, pemberian informasi, edukasi, pendidikan kesehatan, pemeriksaan kesehatan dan rujukan serta konseling dirasakan masih belum menjangkau seluruh remaja. Karena keterbatasan tenaga, waktu dan biaya. Tenaga pelaksana PKPR diemban oleh

satu orang petugas sehingga tidak bisa menjangkau semua remaja di wilayah kerja Puskesmas Buleleng 1 yang meliputi 15 kelurahan dan 1 desa. Pencapaian target sasaran sudah hampir terlaksana semua, baik berupa konseling ke Puskesmas (2 hingga 3 orang tiap bulan), kunjungan ke sekolah (pada bulan Agustus, September, dan Oktober) (Arsani, Agustini, Purnomo, 2013).

Hasil penelitian Muthmainnah (2013), tentang analisis stakeholder remaja terhadap pelaksanaan kegiatan PKPR di Kota Semarang, merupakan bentuk pelayanan kesehatan bagi remaja di Puskesmas. Partisipasi remaja merupakan salah satu upaya untuk mencapai keberhasilan pelaksanaan PKPR. Dalam hal ini remaja berfungsi sebagai provider dan sebagai user. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis stakeholder remaja dalam pelaksanaan kegiatan PKPR, jika diamati dari segi persepsi tingkat pengaruh (*power*), perilaku (*attitude*) dan keterkaitan (*interest*) berhubungan dengan langkah strategis PKPR. Stakeholder remaja merupakan subjek dalam penelitian ini yang terdapat di sekolah, organisasi, masjid dan anak jalanan. Total subjek penelitian adalah 12 responden. Sumber data adalah wawancara mendalam dan FGD dengan informan yang telah ditentukan. Hasil penelitian didapat bahwa stakeholder remaja masih dikategorikan sebagai ‘pemerhati’, yang berarti remaja belum memiliki tanggungjawab dan keterlibatannya pasif terhadap implementasi langkah strategis PKPR. Dengan demikian, partisipasi remaja dalam pelaksanaan kegiatan PKPR mulai dari perencanaan hingga evaluasi program sangat dibutuhkan.

Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu merupakan salah satu Puskesmas yang melaksanakan PKPR, mulai tahun 2008 program PKPR seperti; pelayanan remaja di Puskesmas, di institusi pendidikan dan karang taruna melayani usia 10-19 tahun. Pelayanan meliputi skrining masalah remaja dan pengobatan, konseling, KIE, PKHS, pembentukan konselor sebaya, dan melayanani rujukan ke unit lain atau institusi terkait (RS, UPPA, P2TP2A, LSM, LK3). Sumber dana adalah APBD (Anggaran Pendapatan Belanja Daerah) dan dana Bok. Sejak tahun 2013 PKPR mulai dilaksanakan secara intensif setiap hari Senin dan Rabu dan setiap hari sesuai permintaan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap 9 remaja yang datang ke PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta selatan, masing-masing ditanyakan mengenai PKPR terdapat hanya 1 remaja (11,1%) saja yang mengetahui apa itu PKPR, tetapi 8 (88,9%) diantaranya tidak mengetahui apa arti dan kepanjangan dari PKPR itu sendiri serta manfaatnya, mereka sebelumnya belum pernah memanfaatkan PKPR di Puskesmas maupun di luar Puskesmas, hanya 2 (22,2%) pernah memanfaatkan PKPR disekolah. Dari 9 remaja yang konseling di PKPR puskesmas Kecamatan Pasar Minggu mengalami masalah psikologis/kejiwaan 3 (33,3%), masalah PHBS 4 (44,4%), putus sekolah dan rokok 1 orang (11,1%), masalah psikologi dan rokok 1 orang (11,1%). Sekitar 8 (88, 9%) dari remaja tidak mengetahui adanya PKPR dan jadwal konseling di Puskesmas, hanya 1(11,1%) remaja yang mengetahui adanya PKPR tapi tidak mengetahui jadwal konseling. Remaja yang mengetahui

adanya konselor sebaya di sekolah sebanyak 2 orang (22,2%), dan yang tidak mengetahui 7 orang (77,8%), sedangkan remaja yang pernah menerima informasi dari Puskesmas tentang pertumbuhan dan perkembangan remaja yang sehat, bahaya perilaku seksual berisiko, bahaya penyalahgunaan NAPZA, ISR, dan HIV/AIDS, akibat pernikahan dini dan kehamilan yang tidak diinginkan sebanyak 2 orang (22,2%) , sementara yang lain dapat info dari guru BK, pelajaran IPA, TV, iklan rokok, sinetron dan baca buku sebanyak 5 orang (55,5%) akan tetapi mereka tidak mengetahui cara pencegahan dan apa bahaya perilaku berisiko tersebut, ada 2 orang (22,2%) tidak pernah dengar dan tidak tahu bahaya perilaku berisiko tersebut.

Dari hasil observasi lapangan ruang konseling PKPR belum bersifat privasi karena digabung dengan poli umum, berisik dan petugas kesehatan lain keluar masuk saat konseling. Alur dan tatalaksana PKPR belum sesuai pedoman dimana remaja yang datang dilayani seperti pasien biasa sesuai dengan keluhan atau penyakitnya, jadwal konseling Senin dan Rabu jam 08-14 wib dan hari Sabtu tutup.

Menurut salah satu petugas pelaksana PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, program PKPR mulai tahun 2008 sampai 2014 mengalami pasang surut atau peningkatan dan penurunan kinerja. Remaja yang berkunjung ke klinik PKPR semuanya datang sendiri karena dapat informasi dari sekolah mereka atau orang lain, sedangkan remaja yang datang ke Puskesmas dilayani seperti pasien biasa sesuai dengan keluhan atau penyakit

mereka. Belum tersedia ruangan khusus PKPR untuk konsultasi yang bersifat privasi, sehingga PKPR hanya bisa dilaksanakan hari senin dan rabu, dimana hari lainnya dilaksanakan di ruangan yang kosong seperti di aula. Remaja yang memanfaatkan PKPR belum sebanyak poliklinik lainnya disebabkan kurangnya sosialisasi. Jika program PKPR dilaksanakan secara optimal maka banyak remaja yang bisa diselamatkan secara tidak langsung akan mampu meningkatkan kesehatannya.

Berdasarkan laporan tahunan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tahun 2013 dan 2014 diperoleh data remajaberusia 10-19 tahun sebanyak (44.953/59.828 jiwa). Kunjungan remaja di klinik PKPR sebanyak (569/692 kasus), dan masalah yang paling banyak terjadi pada remaja adalah seks pra nikah (142/65 kasus), kehamilan tidak diinginkan (98/116 kasus), persalinan remaja (53/61 kasus), anemi (52/39 kasus), abortus (47/11 kasus), (rokok 34/33 kasus), masalah kejiwaan (32/84 kasus), IMS/ISR (10/21 dan 14/20 kasus), gangguan haid (19/56 kasus), dan kesulitan belajar (14/58 kasus). Dari data diatas dapat diambil kesimpulan bahwa ada peningkatan kunjungan remaja di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu antara tahun 2013 dan tahun 2014 dengan berbagai macam masalah kesehatan.

Berangkat dari survey dan pernyataan tersebut, penulis tertarik mengangkat dan meneliti tema tersebut ke dalam sebuah penelitian dengan judul “Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015”.

1.2 Rumusan Masalah

Remaja adalah anggota masyarakat yang kerap diasumsikan dalam keadaan sehat. Padahal begitu banyak remaja menderita penyakit serius akibat perilaku berisiko yang terjadi diusia remaja contohnya merokok, penyalahgunaan NAPZA, PMS, HIV/AIDS, kurang gizi, dan kehamilan tidak diinginkan serta aborsi yang tidak sehat. Semuanya adalah faktor penyebab terjadinya penyakit atau kematian diusia muda (IDAI, 2013).

Data organisasi kesehatan dunia (WHO,2013) menyebutkan di negara berkembang, terdapat 7 juta lebih gadis remaja setiap tahun mengalami permasalahan kesehatan reproduksi, sedangkan di Indonesia diketahui sekitar 31,5 juta jiwa remaja potensial berperilaku tidak sehat seperti seks bebas, hamil diluar nikah, aborsi, infeksi menular seksual, HIV/AIDS, dan penyalahgunaan NAPZA (BKKBN 2010).

Penyelenggaraan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan dimuat dalam keputusan kepala dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta no: 2278/2007 tentang penyelenggaraan PKPR diseluruh Puskesmas Provinsi DKI Jakarta.

Berdasarkan data laporan tahunan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2013 dan 2014 dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 1.1
Jumlah Kunjungan Remaja ke Ruang PKPR Puskesmas Kec.Pasar Minggu
Berdasarkan Jenis Kasus

Tahun	Jenis Kasus	Jumlah Kunjungan			
		Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Porsentase
2013	Gangguan haid		19	19	3,3%
	Seks pra nikah	2	140	142	24,9%
	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)		98	98	17,2%
	Persalinan remaja		53	53	9,3%
	Abortus		47	47	8,3%
	Anemia	4	48	52	9,1%
	KEK/KEP	6	5	11	1,9%
	Obesitas	7	2	9	1,6%
	NAPZA	3	2	5	0,9%
	Rokok	29	5	34	6%
	Alkohol	9	2	11	1,9%
	IMS/ISR	6/5	4/16	10/21	1,7/3,7%
	HIV	1	0	1	0,2%
	AIDS	1	0	1	0,2%
	Masalah Kijiwaan	11	21	32	5,6%
	Kesulitan Belajar	8	6	14	2,5%
Lain-lain	2	7	9	1,6%	
	Jumlah	94 (16,5%)	475(83,5%)	569	100%
2014	Gangguan Haid		56	56	8,1%
	Seks Pra Nikah	8	57	65	9,4%
	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)		116	116	16,8%
	Kehamilan Diinginkan		13	13	1,9%
	Persalinan Remaja		61	61	8,8%
	Abortus		11	11	1,6%
	Anemi		39	39	5,6%
	KEK/KEP	11	12	23	3,3%
	Obesitas		4	4	0,6%
	Rokok	18	15	33	4,8%
	Alkohol	7	4	11	1,6%
	Selain Rokok dan Alkohol	5	4	9	1,3%
	IMS/ISR		14/20	14/20	2,0/2,9%
	Masalah Kejiwaan	22	62	84	12,1%
	Kesulitan Belajar	19	39	58	8,4%
	KDRT, KtA. Kekerasan Seksual	2	13	15	2,2%
Lain-lain	32	28	60	8,7%	
	Jumlah	124 (17,9%)	568 (82,1%)	692	100%

Sumber: Data sekunder laporan PKPR tahun 2013-2014 Puskesmas Kec.Pasar Minggu

Menurut petugas pelaksana PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, program PKPR mulai tahun 2008-2014 mengalami pasang surut atau peningkatan dan penurunan kinerja. Remaja yang berkunjung di klinik PKPR semuanya datang sendiri karena dapat informasi dari sekolah atau orang lain, mereka dilayani seperti pasien biasa sesuai dengan keluhan atau penyakitnya. Belum tersedia ruangan khusus PKPR yang bersifat privasi, dan remaja yang memanfaatkan PKPR belum sebanyak poliklinik lain disebabkan oleh kurangnya sosialisasi.

Hasil studi pendahuluan terhadap 9 remaja yang memanfaatkan klinik PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar minggu, masing-masing remaja ditanyakan mengenai PKPR hanya 1 remaja (11,1%) yang mengetahui apa itu PKPR, dan 8 orang (88,9%) tidak mengetahui pengertian dan manfaat PKPR, mereka ke klinik PKPR karena dirujuk dari poli umum dan sebelumnya belum pernah memanfaatkan PKPR di Puskesmas maupun di luar Puskesmas. Remaja yang konseling di klinik PKPR mengalami masalah psikologis/kejiwaan sekitar 3orang (33,3%) , masalah PHBS 4 orang (44,4%) , putus sekolah dan rokok 1 orang (11,1%), masalah psikologi dan rokok 1 orang (11,1%). Sekitar 8 (88,9%) dari remaja tidak mengetahui adanya PKPR dan jadwal konseling di Puskesmas, hanya 1(11,1%) remaja yang tahu adanya PKPR tapi tidak mengetahui jadwal konseling. Remaja yang mengetahui adanya konselor sebaya di sekolah sebanyak 2 orang (22,2%), dan yang tidak mengetahui 7 orang (77,8%), sedangkan remaja yang pernah menerima KIE dari petugas Puskesmas

tentang pertumbuhan dan perkembangan remaja yang sehat, bahaya perilaku seksual berisiko, bahaya penyalahgunaan NAPZA, ISR, dan HIV/AIDS, akibat pernikahan dini dan kehamilan yang tidak diinginkan sebanyak 2 orang (22,2%) , sementara yang lain dapat info dari guru BK, pelajaran IPA, TV, iklan rokok, sinetron, dan baca buku namun mereka tidak mengetahui benar pencegahan dan bahaya perilaku berisiko, ada 2 orang (22,2%) tidak pernah dengar dan tidak tahu bahaya perilaku berisiko tersebut.

Dari hasil observasi lapangan Ruang konseling PKPR belum bersifat privasi karena digabung dengan poli umum, berisik dan petugas kesehatan lain keluar masuk saat konseling. Alur dan tatalaksana belum sesuai pedoman PKPR dimana remaja dilayani sesuai dengan keluhan dan penyakitnya.

Kurangnya pengetahuan remaja serta kurangnya informasi dari petugas kesehatan terkait kesehatan remaja dan bahaya perilaku berisiko menyebabkan tingginya permasalahan kesehatan pada remaja. Sehingga membutuhkan penanganan berupa pelayanan yang peduli remaja dan dapat diakses oleh semua remaja.

Melihat kebutuhan remaja dan mempertimbangkan fungsi Puskesmas sebagai unit dasar pelayanan kesehatan masyarakat, seharusnya Puskesmas menjadikan PKPR salah satu pelayanan prioritas sehingga remaja memiliki wadah untuk konseling, dengan demikian secara tidak langsung banyak remaja yang terselamatkan dari perilaku berisiko.

Berangkat dari survey dan pernyataan tersebut, penulis tertarik mengangkat dan meneliti tema tersebut ke dalam sebuah penelitian dengan judul “Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015”.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut maka muncul pertanyaan peneliti, yaitu; Bagaimana alternatif kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menyusun alternatif kebijakan operasional pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Menentukan rumusan masalah kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015.
- b. Menentukan kriteria evaluasi kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015.

- c. Merumuskan alternatif kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015.
- d. Mengevaluasi alternatif kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015.
- e. Mengetahui hambatan apa saja yang dihadapi dalam mengimplementasikan kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015.
- f. Mengetahui faktor-faktor pendukung dalam mengimplementasikan kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Praktis

Dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi bagi Puskesmas, dinas kesehatan Kecamatan Pasar Minggu dan bagi kesehatan anak dan remaja. Selain itu juga dapat digunakan untuk masukan bagi peneliti yang lain dalam menindak lanjuti penelitian yang berhubungan dengan kebijakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

1.5.2 Manfaat Metodologi

Hasil penelitian ini secara metodologi akan membuktikan variabel-variabel analisis kebijakan, dan program serta implementasi yang diuji dan metodologi yang digunakan selain diperkuat oleh teori juga dapat bekerja efektif dan dapat dipakai serta diimplementasikan secara tepat. Sehingga apabila diulang dalam kondisi yang sama akan memberikan hasil yang sama pula dalam pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR).

1.5.3 Manfaat Teoritis

Penelitian ini tidak menghasilkan teori baru.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini ditujukan kepada Kepala Puskesmas, kordinator PKPR, koordinator UKS, remaja pengguna PKPR, remaja yang belum memanfaatkan PKPR, konselor sebaya, guru BK, dan LSM di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015. Penelitian ini melingkupi alternatif kebijakan operasional pelayanan kesehatan peduli remaja(PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015 melalui metode kualitatif dengan pendekatan *fenomenologi* serta metode pengumpulan data menggunakan *indepth interview* (wawancara mendalam) yang dilakukan kepada sumber informasi (*informan*) yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan peduli remaja. Penelitian ini dilakukan karena masih banyak remaja

yang bermasalah kesehatannya dan berperilaku seks berisiko di wilayah puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2015 di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

2.1.1 Pengertian PKPR

PKPR adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat diakses oleh remaja, menyenangkan, melayani remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga privasi, tanggap terhadap kebutuhan kesehatan remaja, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan remaja. Singkatnya, PKPR merupakan pelayanan kesehatan remaja yang menjangkau semua remaja, dapat diterima, sesuai, komprehensif, efektif dan efisien (DepKes RI, 2005).

2.1.2 Tujuan PKPR di Puskesmas

a. Tujuan Umum:

Mengoptimalkan pelaksanaan pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas.

b. Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan remaja.
2. Meningkatkan minat remaja untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas.

3. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja sehingga mampu mengenali dan mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.
4. Meningkatkan partisipasi remaja dalam merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan remaja.

2.1.3 Ciri khas atau karakteristik PKPR

Karakteristik PKPR menurut WHO (2003) menyebutkan agar *Adolescent Friendly Health Services (AFHS)* menjangkau semua golongan remaja, sesuai, dapat diterima, komprehensif, efektif dan efisien, memerlukan:

1. Kebijakan yang peduli remaja dengan tujuan untuk:
 - a. Memenuhi hak remaja.
 - b. Mengakomodasi segmen populasi remaja yang beragam, termasuk kelompok yang rapuh dan rawan.
 - c. Memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender dalam menyediakan pelayanan.
 - d. Menjamin kerahasiaan.
 - e. Mempromosikan kemampuan remaja, tidak memerlukan persetujuan orang tua, waktu berkunjung bebas.
 - f. Biaya terjangkau/gratis.
2. Prosedur pelayanan yang peduli remaja.
 - a. Pendaftaran mudah dan penyimpanan kartu terjamin privasinya.
 - b. Waktu menunggu tidak lama.

3. Petugas khusus yang peduli remaja.

- a. Perhatian, bersahabat dan peduli remaja, kompeten dalam melayani remaja, mampu berkomunikasi secara interpersonal dan konseling.
- b. Termotivasi bekerja sama dengan remaja.
- c. Tidak bersikap menghakimi, merendahkan, dan berkata tidak menyenangkan.
- d. Dapat dipercaya, dan menjamin privasi.
- e. Mampu dan mau mengorbankan waktu sesuai kebutuhan.
- f. Pada kunjungan ulang dapat ditemui.
- g. Menghargai remaja dan bersikap adil.
- h. Memberikan informasi dan membantu remaja agar mampu mengenali dan menentukan pilihan yang tepat untuk mengatasi masalahnya.

4. Petugas pendukung

Adalah petugas pendaftaran, laboratorium, serta bagian pelayanan lain yang berhubungan dengan remaja.

5. Fasilitas kesehatan yang peduli remaja.

- a. Lingkungan aman dan nyaman.
- b. Lokasi pelayanan nyaman dan strategis.
- c. Ruangan konseling tersendiri dan bersifat privasi, dapat dicapai tanpa melalui ruang tunggu umum.
- d. Jam kerja fleksibel
- e. Tersedia materi komunikasi informasi edukasi

6. Partisipasi remaja.

Remaja mengetahui keberadaan pelayanan, cara mendapatkan pelayanan, memanfaatkan dan mendukung pelaksanaannya serta mensosialisasikan keberadaannya.

- a. Memotivasi remaja agar dapat menghargai hak orang lain, dengan demikian dia memahami haknya sendiri untuk mendapatkan fasilitas kesehatan.
- b. Melibatkan remaja secara aktif dalam merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan.

7. Partisipasi masyarakat.

- a. Masyarakat mengetahui adanya pelayanan tersebut dan menghargai nilainya.
- b. Mendukung pelaksanaan dan ikut serta meningkatkan kualitas pelayanannya.

8. Pelayanan berbasis masyarakat, dapat dilaksanakan di luar gedung, serta mengupayakan pelayanan sebaya.

9. Pelayanan sesuai dan komprehensif.

- a. Meliputi kebutuhan tumbuh kembang dan kesehatan jasmani, psikologis dan sosial.
- b. Menyediakan paket komprehensif dan rujukan ke pelayanan lainnya.
- c. Menyederhanakan proses pelayanan, menghapus prosedur yang tidak perlu.

10. Pelayanan yang efektif

- a. Pelaksanaannya memiliki pedoman dan prosedur.
- b. Memiliki sarana dan prasarana yang sesuai untuk melaksanakan pelayanan esensial.
- c. Pelayanan mempunyai sistem jaminan mutu.

11. Pelayanan yang efisien

Memiliki SIM (Sistem Informasi Manajemen) termasuk informasi mengenai biaya.

2.1.4 Strategi Pelaksanaan dan Pengembangan PKPR di Puskesmas.

Mempertimbangkan berbagai keterbatasan Puskesmas dalam menghadapi hambatan, sehingga perlu memakai strategi untuk keberhasilan dalam pelaksanaan PKPR di puskesmas, antara lain:

1. Penggalangan kemitraan, dengan membangun kerjasama atau jejaring kerja.

Menjalin kerjasama dimulai dengan advokasi kebijakan publik, dengan demikian penyelenggaraan PKPR dapat dipromosikan sehingga dikenal dan didukung oleh masyarakat. Kegiatan KIE, PKHS (*Life Skills Education/LSE*) dan konseling dilakukan oleh petugas yang terlatih PKPR selain LSM dan petugas kesehatan.

2. Pengadaan fasilitas kesehatan dilaksanakan secara bertahap.

3. Peran serta remaja secara aktif.

Remaja diikutsertakan setiap merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan. Oleh karena itu, dipilih remaja pria maupun wanita yang berbakat dan mampu menginformasikan keberadaan pelayanan kepada remaja selain itu mewakili remaja meneruskan keinginan, kebutuhan, dan harapannya sehubungan dengan pelaksanaan pelayanan. Dengan demikian, informasi pelayanan cepat meluas dan mengakses semua remaja pria dan wanita.

4. Menetapkan biaya pelayanan seminimal mungkin/gratis.

5. Pelaksanaan kegiatan minimal.

Melaksanakan KIE, pelayanan konseling, pemeriksaan kesehatan termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukan dilaksanakan secara lengkap dan bersamaan sejak dilaksanakannya PKPR.

6. Prioritas sasaran.

Adalah remaja sekolah, karang taruna, anak jalanan, buruh pabrik, remaja yang berprofesi sebagai pekerja seks komersial dan sebagainya.

7. Ketepatan pengembangan jenis kegiatan.

Pelaksanaan program PKPR diperluas berdasarkan masalah, kebutuhan dan kemampuan Puskesmas.

8. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi internal.

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara periodik oleh tim Jaminan Mutu Puskesmas.

2.1.5 Langkah- langkah Pelaksanaan PKPR di Puskesmas

1. Identifikasi masalah melalui kajian sederhana:
 - a. Gambaran remaja di wilayah kerja:
 - 1) Populasi remaja, pendidikan, pekerjaan.
 - 2) Perilaku berisiko: Rokok, tewuran, seks pranikah, dan kekerasan lainnya.
 - 3) Masalah kesehatan: Gizi, kehamilan pada remaja, HIV/AIDS, penyalah-gunaan NAPZA.
 - b. Identifikasi kebutuhan atau keinginan remaja terhadap pelayanan kesehatan yang dikehendaki.
 - c. Jenis pelayanan kesehatan remaja yang ada termasuk LSM peduli remaja.
 - d. Identifikasi kebutuhan sarana dan prasarana.
2. Advokasi Kebijakan Publik.

Dengan adanya advokasi diharapkan mendapatkan dukungan semua pihak hingga dapat mempercepat keberhasilan pelaksanaan PKPR, misalnya;

- a. Dukungan dana untuk pelaksanaan PKPR dari pemerintah setempat.
- b Penggalian potensi masyarakat dalam pendanaan misalnya untuk: Pengadaan ruangan konseling, biaya rujukan, pembebasan retribusi atau pelayanan gratis untuk remaja di Puskesmas.

- c. Pembentukan jaringan khusus melalui peran politis untuk memperkuat system rujukan, berupa: Rujukan sosial, rujukan medis, rujukan pranata hukum kasus tindak kekerasan.
3. Persiapan penyelenggaraan PKPR di Puskesmas:
- a. Sosialisasi internal.
 - b. Penunjukan petugas PKPR.
 - c. Pembentukan tim yaitu dokter, bidan dan perawat, petugas UKS, petugas penyuluhan, petugas Gizi, dan petugas lain yang dibutuhkan.
 - d. Pelatihan petugas PKPR.
 - e. Menentukan jenis kegiatan dan pelayanan serta sasaran seperti;
 - 1) Pengadaan pelayanan *hot-line* di Puskesmas.
 - 2) Penanganan anak jalanan di wilayah Puskesmas.
 - 3) Melakukan pelatihan dan pelaksanaan UKS di SMP/SMA. Membentuk dan melatih konselor sebaya, dan melaksanakan PKHS di sekolah yang belum terpapar PKHS melalui UKS.
 - f. Mengadakan sarana dan prasarana.
 - g. Membuat SOP.
4. Sosialisasi eksternal.

Sosialisasi eksternal dapat dilaksanakan di sekolah, komunitas remaja: karang taruna, sanggar seni atau gelanggang remaja dalam bentuk selebaran, leaflet, pampangan poster atau informasi verbal pada saat ceramah / KIE yang berhubungan dengan permasalahan remaja. Peran serta pers setempat dari media cetak maupun media elektronik dapat membantu mempercepat sosialisasi.

5. Pelaksanaan PKPR.

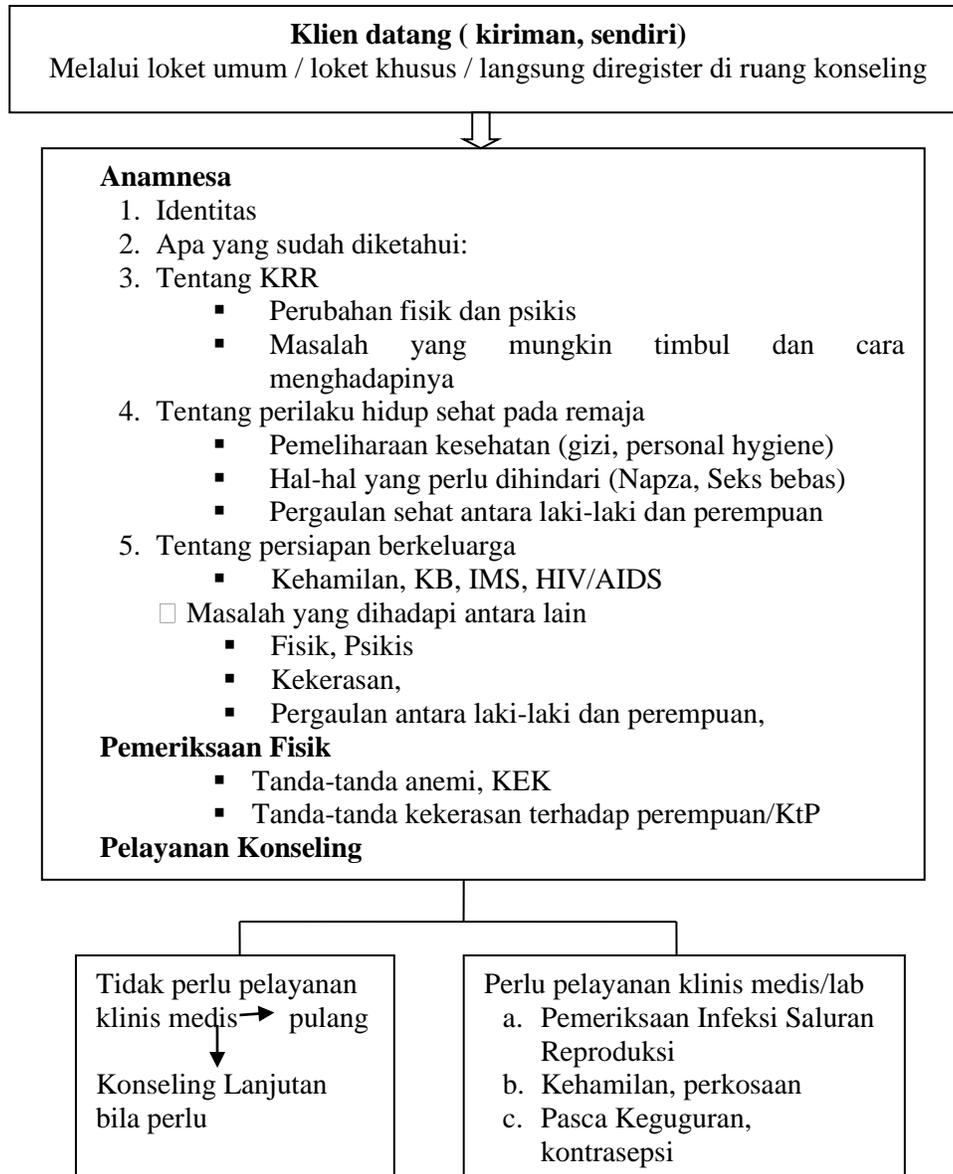
Kegiatan KIE, pelayanan medis, dan konseling dapat dilakukan di dalam maupun di luar gedung Puskesmas.

6. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara periodik dengan memanfaatkan format standar nasional.

2.1.6 Prosedur Pelaksanaan PKPR pada Klien

Petugas seharusnya melayani remaja, secara komprehensif. Tahapan pelayanan pada klien digambarkan pada bagan di bawah ini:

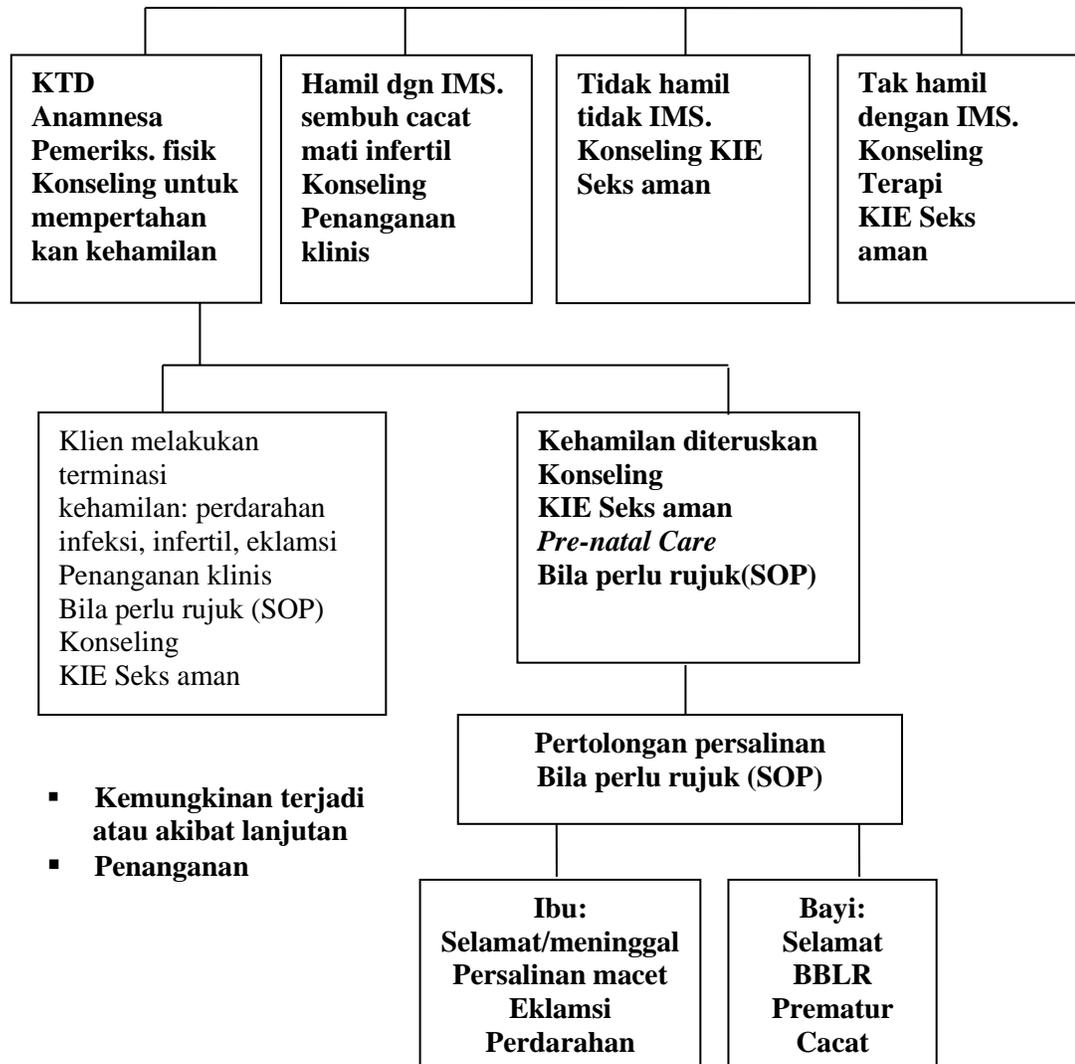
Alur dan langkah pelaksanaan PKPR pada klien:



Gambar 2.1: Alur dan langkah pelaksanaan PKPR pada klien:

Sumber: DepKes RI 2005

Alur remaja seksual aktif



Gambar 2.2: Alur remaja seksual aktif
Sumber: DepKes RI (2005)

Gambar diatas menjelaskan alur remaja seksual aktif dan penanganannya, menggambarkan pelayanan yang terintegratif dari paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) yang terdiri dari

komponen KB, KIA, pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual serta kesehatan reproduksi remaja tetap terawat.

2.1.7 Jenis Program PKPR

1. Memberikan Informasi dan edukasi.
 - a. Dilaksanakan di dalam maupun di luar gedung, individu maupun kelompok.
 - b. Dapat dilaksanakan oleh guru, pendidik sebaya yang terlatih dari sekolah atau dari lintas sektor terkait dengan menggunakan materi dari Puskesmas.
 - c. Menggunakan metoda ceramah, tanya jawab, *FGD (Focus Group Discussion)*, diskusi interaktif, dengan menggunakan alat bantu media cetak atau media elektronik (radio, email, dan telepon/*hotline*, SMS).
 - d. Memakai sarana KIE yang memadai, dengan bahasa sesuai selera remaja dan mudah dimengerti.
2. Pelayanan pemeriksaan kesehatan termasuk pemeriksaan laboratorium dan rujukan.
3. Konseling, bertujuan untuk:
 - a. Membantu klien untuk dapat mengenali masalahnya dan membantunya mengambil keputusan dengan mantap untuk mengatasi permasalahan tersebut.

b. Memberikan pengetahuan, keterampilan, penggalan potensi dan sumber daya secara terus-menerus sehingga klien mampu:

- 1) Mengatasi rasa cemas, stress atau masalah kesehatan psikologi lain.
- 2) Meningkatkan kewaspadaan terhadap isu masalah yang mungkin terjadi pada dirinya.

Mempunyai:

- 1) Motivasi untuk mencari bantuan bila sedang menghadapi permasalahan.
- 2) Dorongan untuk mempraktikkan perilaku hidup sehat.

4. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

PKHS dapat dilaksanakan di sekolah, Puskesmas, sanggar, pesantren dan sebagainya. Ada 10 kompetensi psikososial yang harus remaja pahami dan selalu diimplementasikan yaitu:

- 1) Kesadaran diri.
- 2) Pemecahan masalah.
- 3) Berpikir kreatif
- 4) Berpikir kritis.
- 5) Komunikasi efektif
- 6) Hubungan interpersonal.
- 7) Pengambilan keputusan.
- 8) Empati.

- 9) Mengendalikan emosi.
- 10) Mengatasi stress
5. Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya.
6. Pelayanan rujukan.

Jika diperlukan, Puskesmas merujuk pasien remaja dengan kasus tertentu ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi seperti: Rumah sakit dan poli rehabilitasi

2.1.8 Monitoring dan Evaluasi.

Pelaksanaan PKPR di puskesmas perlu dimonitoring oleh puskesmas sendiri dan pihak lain di luar Puskesmas. Melalui monitoring, akan membantu petugas menemukan permasalahan lebih awal sehingga tindakan yang akan dilakukan tidak memerlukan biaya dan waktu yang banyak, serta cepat tercapai PKPR yang berkualitas.

Monitoring terhadap jangkauan dan mutu PKPR dimulai dengan melihat ketaatan terhadap standar PKPR oleh pelaksanaan konseling dan lengkapnya sarana, berlanjut dengan melihat jangkauan pelayanan dari jumlah kunjungan serta jumlah kasus yang ditangani di dalam maupun di luar gedung. Meskipun demikian pelaksanaan PKPR harus dicatat misalnya PKHS dan pelatihan pendidik sebaya, untuk memastikan sejauh mana program PKPR terlaksanakan.

Berikut standar dan indikator untuk mengevaluasi mutu dan jangkauan PKPR:

1. Kualitas:

- a) Keterampilan petugas: pelaksanaan konseling sesuai dengan SOP.
- b) Sarana institusi: Sarana yang disediakan sesuai kriteria yaitu nyaman dan bersifat privasi.
- c) Klien puas terhadap kualitas fasilitas dan keterampilan petugas.
- d) Pelayanan rujukan berkolaborasi dengan beberapa instansi.

2. Akses:

- a) Frekuensi pemberian KIE serta konseling kasus baru dan lama, jumlah kunjungan pasien lama dan baru, di dalam maupun di luar gedung.
- b) Jumlah petugas pelaksana kegiatan remaja dari Puskesmas.
- c) Jumlah konselor sebaya yang dilatih oleh Puskesmas.
- d) Jumlah rujukan dari masyarakat.

Penentuan standar kinerja dari masing-masing komponen (*input, proses, output*), penentuan indikator termasuk numerator dan denominatornya, pengembangan supervise *checklist* (daftar tilik) dalam monitoring/evaluasi dikerjakan oleh kabupaten atau propinsi, beserta dengan pelaku pelayanan, menggunakan sistem QA yang berlaku di tempat masing-masing.

2.1.9 Pencatatan dan Pelaporan.

Meskipun pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PKPR tidak harus dilaporkan ke tingkat pusat, namun hal-hal mendasar perlu dicatat. Manfaatnya adalah untuk mengetahui data kesehatan remaja di wilayah

Puskesmas. Selain itu data juga dimanfaatkan untuk keperluan perencanaan dan menentukan langkah-langkah perbaikan.

Untuk menjamin kerahasiaan Register kunjungan, status kesehatan, catatan konseling sebaiknya dicatat dan disimpan di ruang khusus pelayanan remaja. Waktu pertama pelaksanaan PKPR pendaftaran dapat dilaksanakan di loket umum namun catatan kesehatan/catatan konseling tetap disimpan tersendiri. Format standar pencatatan pelaksanaan PKPR dan wajib melaporkan harus disepakati dan disusun secara bersama antara pihak Dinas Kesehatan Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta perwakilan Puskesmas (DepKes RI, 2005).

2.2 Remaja

2.2.1 Pengertian Remaja

Dalam ilmu psikologis remaja disebutkan dengan istilah *puberteit*, *adolescence*, dan *youth*. Remaja atau *adolescence* berasal dari bahasa latin “*adolescere*” yang berarti tumbuh kearah kematangan yaitu kematangan jasmani, sosial dan psikologi (Kumalasari dan Andhyantoro, 2012).

Menurut World Health Organization (WHO) dalam Notoatmodjo (2011), remaja adalah kelompok usia antara 10-19 tahun dan merupakan individu yang sedang mengalami peralihan secara bertahap mencapai kematangan seksual, terjadinya perubahan psikis dari anak-anak menjadi dewasa, serta mengalami perubahan ekonomi dari ketergantungan menjadi relatif mandiri.

Sedangkan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menuturkan remaja (*youth*) adalah yang berusia 15-24 tahun. Sementara menurut *the health resources and services administrations guidelines* Amerika Serikat, batas usia remaja antara 11-21 tahun dan dibagi menjadi tiga tahapan yaitu; remaja awal usia 11-14 tahun, remaja menengah usia 15-17 tahun, dan remaja akhir usia 18-21 tahun. Definisi ini dikumpulkan dalam terminology anak muda (*young people*) adalah yang berusia 10-24 tahun (Kusmiran 2011). Menurut DepKes RI dan BKKBN periode remaja usia antara 10-19 tahun (Widyastuti, Rahmawati, Purnamaningrum, 2009).

Periode remaja merupakan tahap peralihan yang ditandai dengan adanya perubahan jasmani, emosi, dan psikis. Masa remaja, yakni usia antara 10-19 tahun, adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan disebut masa pubertas (Rohan dan Siyoto, 2013).

Dalam budaya Amerika, masa remaja ini dinilai sebagai masa “*storm dan stress*”, yaitu masa frustrasi dan penderitaan. Pada masa ini kerap timbul konflik batin, frustrasi, dan penderitaan. Remaja kerap kali mengalami krisis adaptasi, harapan dan angan-angan tentang cinta atau perasaan tersisihkan dari kehidupan sosial budaya orang dewasa. Di sini pula awal munculnya keinginan terhadap lawan jenis (Lustin Pikunas, 1976), dalam Yusuf (2010).

2.2.2 Tahap-tahap Remaja

Menurut Rohan dan Siyoto (2013), masa remaja dibedakan menjadi;

- a. Masa remaja awal (10-13 tahun)
 - 1) Tampak dan memang merasa lebih dekat dengan teman sebaya.
 - 2) Merasa ingin bebas.
 - 3) Tampak dan memang lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir hayal (abstrak).
- b. Masa ramaja tengah (14-16 tahun)
 - 1) Keinginan mencari jati diri.
 - 2) Merasa tertarik pada lawan jenis.
 - 3) Timbul perasaan cinta yang mendalam.
 - 4) Kemampuan berpikir abstrak (berhayal) semakin meningkat.
 - 5) Berhayal tentang hal-hal yang berhubungan dengan seksual.
- c. Masa remaja akhir (17-19 tahun)
 - 1) Menunjukkan tindakan kebebasan diri.
 - 2) Lebih selektif dalam mencari teman sebaya
 - 3) Mempunyai citra tentang dirinya.
 - 4) Mampu membuktikan rasacintanya.
 - 5) Mampu berpikir khayal atau abstrak.
 - 6) Mengetahui manfaat kesehatan reproduksi remaja.

2.2.3 Tumbuh Kembang Remaja

Masa pertumbuhan dan perkembangan remaja dimulai dengan akil baliq. Masa akil baliq merupakan tahap dimana fisik mengalami perubahan yang sangat pesat, dari bentuk tubuh anak-anak menjadi bentuk tubuh orang dewasa. Pada umumnya masa akil baliq pada perempuan terjadi diusia 8-10 tahun, dan laki-laki antara usia 11-12 tahun. Tapi ini tidak mutlak karena kondisi tubuh setiap orang berbeda. Jadi masa puber pada anak perempuan atau laki-laki bisa lebih cepat atau justru lebih lambat.

1. Perubahan Fisik pada Perempuan

Memasuki usia remaja, hormon estrogen dan progesterone mulai berfungsi sehingga menimbulkan beberapa perubahan seperti:

- a. Payudara mulai membesar
- b. Tumbuh bulu halus di ketiak dan kemaluan
- c. Timbul jerawat
- d. Rambut dan kulit mulai berminyak
- e. Bertambah banyak keringat
- f. Bertambah panjang lengan dan tungkai kaki
- g. Bertambah besar tangan dan kaki
- h. Tulang wajah mulai memanjang dan membesar
- i. Pinggul membesar
- j. Indung telur membesar
- k. *Menarche*

2. Perubahan Fisik pada Laki-laki

Sama halnya dengan remaja perempuan, berfungsinya hormon testosteron pada remaja laki-laki menyebabkan tumbuhnya rambut halus di ketiak, kemaluan, janggut dan kumis, timbul jerawat dan sperma mulai diproduksi yang ditandai dengan mimpi basah. Perubahan lain seperti:

- a. Tinggi dan berat badan bertambah
- b. Bertambah banyak keringat
- c. Rambut dan kulit mulai berminyak
- d. Tangan dan kaki bertambah besar dan panjang
- e. Tulang wajah mulai memanjang dan membesar,
- f. Bahu dan dada membesar dan lebar
- g. Tumbuh jakun
- h. Suara berubah menjadi berat
- i. Alat kelamin membesar (BKKBN materi pegangan kader tentang bimbingan dan pembinaan keluarga remaja, 2013)

2.2.4 Ciri-ciri Kejiwaan dan Psikologi Remaja

- a. Usia Remaja Muda (12-15 Tahun)

1. Sikap protes terhadap orang tua

Remaja berusaha mencari identitas diri dan kerap menghindar dari orangtuanya. Dalam upaya pencarian identitas diri, remaja lebih sering meniru tokoh idola.

2. Lebih memperhatikan bentuk tubuhnya

3. Kesetiakawanan terhadap teman sebaya
 4. Kemampuan untuk berhayal
 5. Perilaku labil dan berubah-ubah
- b. Usia Remaja Penuh (16-19 Tahun)
1. Kebebasan dari orang tua.
Keinginan untuk menghindar dari orang tua menjadi nyata. Remaja mulai merasa bebas namun perasaan kurang menyenangkan.
 2. Ikatan terhadap pekerjaan atau tugas.
Remaja lebih berminat dan tekun untuk menyelesaikan tugas tertentu dan mulai memikirkan cita-cita masa depan seperti meneruskan pendidikan atau langsung bekerja.
 3. Pengembangan nilai moral dan etis yang mantap.
Mulai menyusun nilai-nilai moral dan etis sesuai dengan cita-cita.
 4. Pengembangan hubungan pribadi yang labil.
Stabilnya kepribadian remaja disebabkan oleh adanya hubungan cinta yang baik dan tokoh idola yang ditiru.
 5. Penghargaan kembali pada orang tua dalam kedudukan yang sejajar
(Kusmiran, 2011).

2.2.5 Karakteristik Perkembangan Remaja

Menurut Irianti dan Herlina (2011) karakteristik remaja meliputi perkembangan fisik, kognitif, emosi, sosial, moral, kepribadian, dan kesadaran beragama.

1. Perkembangan fisik. Perkembangan fisik ditandai dengan pertumbuhan fisik yang sangat pesat. Perkembangan seksualitas berupa munculnya tanda-tanda seksual primer dan sekunder.

a. Tanda-tanda seks primer. Ini menunjukkan matangnya organ seksual. Pada pria, di tandai dengan mimpi basah (*nocturnal emission*), sedangkan pada wanita dengan *menarhe* (haid yang pertama).

b. Tanda-tanda seks sekunder.

Perempuan:

- 1) Tumbuhnya bulu ketiak dan rambut pubis.
- 2) Payudara membesar.
- 3) Pinggul membesar.
- 4) Timbul jerawat akibat berfungsinya kelenjar sebacea.

Laki-laki:

- 1) Rambut pubis dan bulu ketiak mulai tumbuh
- 2) Terjadi perubahan suara.
- 3) Kumis dan jakun mulai tumbuh
- 4) Kelenjar sebacea semakin aktif.
- 5) Tangan, kaki, dan otot tubuh membesar.

c. Perkembangan seksual remaja

Menurut Pinem (2009), perkembangan seksual yang dialami remaja antara lain;

- 1) Timbul rasa suka dengan lawan jenis.
 - 2) Remaja wanita senang berdandan.
 - 3) Remaja laki-laki terdorong untuk menonjolkan kejantannya.
 - 4) Merasa cemas dan bimbang
 - 5) Saat tingkah saat menyukai lawan jenis
2. Perkembangan kognitif.
- Remaja mampu berpikir logis dengan berbagai gagasan yang abstrak.
3. Perkembangan emosi. Puncak emosionalitas remaja berpengaruh pada perkembangan alat reproduksinya. Remaja cenderung sensitive dan reaktif, emosinya negative, dan temperamental. Untuk mencapai kematangan emosional, remaja membutuhkan lingkungan yang harmonis, saling menghargai, dan mempercayai. Kegagalan beradaptasi dengan lingkungan (*maladjustment*) menyebabkan remaja menjadi agresif atau menjauhkan diri dari kenyataan (misalnya, melamun, menyendiri, mengonsumsi minuman keras, dan menggunakan obat-obatan terlarang).
4. Perkembangan sosial. Remaja mulai mengikuti organisasi sosial yaitu; kemampuan untuk mengenal orang lain serta *conformity*, yaitu kecenderungan untuk mengikuti opini, pendapat, nilai dan hobbi orang lain (teman sebaya).
5. Perkembangan moral. Perkembangan moral remaja sudah mulai matang dibandingkan anak-anak. Remaja lebih mengetahui nilai moral/konsep

moralitas (misalnya, kejujuran, keadilan, kesopanan, dan kedisiplinan). Mereka lebih termotivasi untuk melakukan tindakan yang dinilai orang lain baik guna memenuhi kepuasan psikologis mereka.

6. Perkembangan kepribadian. Dengan berangsur-angsur, remaja mulai menemukan jati dirinya. Keadaan ini dipengaruhi oleh lingkungan keluarga, fans, serta kesempatan untuk mengembangkan diri.
7. Perkembangan kesadaran untuk beragama. Keyakinan kepada Tuhan sangat dipengaruhi oleh perkembangan pikiran. Kemampuan berhayal memungkinkan remaja untuk mentransformasikan keyakinan agamanya.

2.2.6 Problema Remaja

Menurut Irianti dan Herlina (2011) salah satu problema yang sering terjadi pada fase ini adalah kenakalan remaja, yaitu perilaku yang menyimpang atau melanggar hukum. Beberapa bentuk kenakalan remaja adalah sebagai berikut.

1. Kenakalan yang dapat mencelakai orang lain (misalnya, perkelahian antar teman, pemerkosaan, perampokan, , dan pembunuhan).
2. Kenakalan yang menyebabkan kerugian materi (misalnya, pengrusakan, pencurian, pencopetan, dan pemerasan).
3. Kenakalan sosial (misalnya, seks bebas, pelacuran, dan penyalahgunaan obat terlarang/narkoba).

4. Kenakalan yang melawan status (misalnya, meningkari status anak sebagai pelajar dengan cara membolos, meningkari status orang tua dengan cara kabur dari rumah).

Menurut Pinem (2009) faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan remaja termasuk kesehatan reproduksi adalah;

1. Masalah gizi antara lain:
 - a. Kurang darah dan Kurang Energi Kronis (KEK).
 - b. Pertumbuhan yang terhambat menjadikan remaja perempuan mengalami panggul sempit dan risiko melahirkan dengan BBLR.
2. Masalah pendidikan antara lain:
 - a. Buta huruf, membuat remaja tidak mampu mengakses informasi yang dibutuhkannya dan kemungkinan tidak/kurang mampu membuat keputusan yang tepat untuk kesehatan dirinya.
 - b. Pendidikan rendah menyebabkan remaja tidak dapat memenuhi kebutuhan primer setelah berkeluarga. Akibatnya tidak baik terhadap kesehatan dirinya sendiri dan keluarganya.
3. Masalah lingkungan dan pekerjaan antara lain:
 - a. Tempat serta kondisi kerja remaja yang buruk dapat mempengaruhi kesehatan remaja.
 - b. Lingkungan sosial yang kurang sehat dapat menghambat, bahkan mengganggu kesehatan jasmani, intelektual, dan emosional remaja.

4. Masalah pernikahan dan kehamilan dini, antara lain:
 - a. Jasmani dan mental belum matang.
 - b. Penyebab tingginya angka kematian ibu dan bayi.
 - c. Risiko untuk melakukan aborsi yang tidak sehat.
 - d. Kemungkinan kehilangan kesempatan kerja.
5. Masalah seksualitas, antara lain:
 - a. Kehamilan remaja.
 - b. Kurangnya pengetahuan dan informasi terkait seks yang sehat
 - c. Penyalahgunaan seksual.
 - d. Kehamilan diluar nikah.
 - e. Penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA yang dapat menyebabkan penularan HIV/AIDS melalui jarum suntik juga melalui hubungan seks bebas.

2.2.7 Sumber Masalah Pada Remaja.

Menurut Kristina (2014), sumber masalah pada remaja berasal dari:

1. Individu remaja sendiri, seperti:
 - a) Emosi. Umumnya remaja malu menyampaikan pendapat, mau benar sendiri dan tidak mau dicela.
 - b) Perubahan pribadi. Remaja agak susah bergabung dengan orang lain, malu tampil dimuka umum, berimajinasi tentang hal-hal yang tidak baik.

- c) Kesehatan. Yang menjadi perhatian remaja agar tubuh sehat dan menarik perlu dirawat dengan pola makan gizi seimbang.
- d) Kebutuhan keuangan. Kebutuhan yang dianggap penting yaitu makanan, pakaian dan hiburan, namun orang tua menganggap tidak penting dengan alasan semauanya sendiri, pengaruh teman tidak tahu prioritas dan kurang koreksi diri.
- e) Perilaku seks. Secara jasmani remaja sudah dapat melakukan hubungan seks, namun fungsi fisik dan sosial ekonomi belum memenuhi persyaratan nikah yang ideal, selain itu informasi tentang seks yang sehat dan bertanggung jawab tidak didapatkan.
- f) Persiapan berkeluarga. Remaja perempuan lebih siap berkeluarga dibanding laki-laki. Tetapi umumnya remaja belum mampu memilih jodoh yang sesuai, apa tugas suami atau istri dll..
- g) Pemilihan pekerjaan dan kesempatan belajar dan pekerjaan. Banyak remaja kurang mampu memilih pendidikan dan pekerjaan yang tepat bagi dirinya..
- h) Agama dan akhlak. Ditakutkan remaja belum diajarkan pendidikan agama sejak kecil, ragu terhadap keyakinan beragama karena tidak sesuai dengan pikirannya.

2. Lingkungan sosial sekitar remaja.

- a) Keluarga. Sering terjadi perdebatan antara remaja dan orang tua, dimana orang tua memaksakan kehendaknya, serta kurang pengetahuan dan perhatian terkait perkembangan remaja.
- b) Sekolah. Sebagai lembaga pendidikan, sekolah sangat berperan untuk memberikan dan menanamkan nilai kepribadian selain ilmu pengetahuan.
- c) Penyediaan sarana hiburan dan olah raga.

3. Faktor lain di luar lingkungan dekat remaja.

- a) Mitos. Banyak mitos yang berkembang di masyarakat yang belum terbukti kebenarannya, tetapi dipercaya dapat mempengaruhi keyakinan dan perilaku reproduksi remaja.
- b) Kehidupan sosial. Budaya, sosial dan adat istiadat sangat berpengaruh pada kehidupan remaja. Remaja sering suka terhadap hal yang baru dan terutama berbau asing.
- c) Politik. Dapat mempengaruhi remaja untuk mengembangkan diri tanpa tekanan politik dari luar. Selain itu banyaknya konflik yang terjadi pada remaja sehingga menimbulkan reaksi melarikan diri ke hal-hal negatif. Beban pikiran yang terlalu berat dan tidak terselesaikan dapat menyebabkan depresi.

Ciri-ciri depresi yaitu perasaan sedih dan tertekan yang menetap, frustrasi dan tidak dapat beraktivitas seperti biasa. Manifestasi

depresi pada remaja adalah gangguan perilaku, seperti melawan guru/orang tua, sulit belajar, kenakalan remaja, kebut-kebutan, berantam, tawuran, perilaku seks yang berisiko dll. Selain depresi gangguan yang kerap terjadi pada remaja yaitu cemas, gangguan psikosomatik (*somatoform*) dan gangguan psikotik.

4. Faktor lingkungan yang kondusif terhadap perilaku berisiko pada remaja seperti;

a. Informasi yang merugikan mudah diperoleh.

Hal ini terjadi sehubungan dengan perkembangan teknologi informasi. Walaupun banyak informasi bersifat positif, namun sering kali informasi yang diberikan tidak dapat dipertanggungjawabkan atau menjerumuskan.

b. Substansi merugikan mudah didapat (Napza)

Lemahnya penegakan hukum terhadap pengedar Napza, pengedar buku dan audio visual porno, menyebabkan remaja mudah terpapar bahan-bahan yang merugikan.

c. Berkurangnya nilai-nilai sosial di masyarakat

Globalisasi menjadikan budaya barat cenderung ditiru oleh remaja, misalnya bebasnya pergaulan antara laki-perempuan. Hal ini diperburuk dengan kurangnya kontrol dari orang tua terutama ibu yang sibuk bekerja karena tuntutan kebutuhan.

d. Kemiskinan

Rendahnya pendapatan atau perekonomian keluarga membuat remaja tidak mampu melanjutkan pendidikan sehingga terpaksa harus bekerja dengan persaingan ketat hingga mudah terpapar berbagai tindak kekerasan, dan terperangkap ke dalam perilaku berisiko.

2.2.8 Penatalaksanaan Masalah Remaja

Menurut Rohan dan Siyoto, (2013) pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja agar mereka mempunyai kespro yang baik yaitu;

- a. Memberikan pengetahuan tentang sistem dan fungsi alat reproduksi serta hak-hak reproduksi.
- b. Mendewasakan usia perkawinan dan merencanakan kehamilan sesuai.
- c. Pemberian informasi terkait pengaruh sosial media terhadap perilaku seksual, cara mengata kekerasan seksual, bahaya PMS, HIV/AIDS, NAPZA dan miras serta pengaruhnya terhadap kesehatan.
- d. Mengembangkan pengetahuan berkomunikasi termasuk meningkatkan rasa percaya diri sehingga mampu mencegah hal-hal yang bersifat negatif.

Adanya dorongan dan pengetahuan yang memadai untuk menjalani masa remaja dengan sehat, diharapkan remaja mampu untuk memelihara kesehatan dirinya, sehingga perlu penyuluhan konseling untuk remaja dan orang tua.

Penyuluhan yang diberikan pada orang tua mengenai sikap orang tua menghadapi remaja menurut Pinem (2009) seperti;

1. Berbicara jujur dan terbuka terhadap remaja.
2. Jangan memaksa remaja untuk mengikuti sikap dan perilaku orang tua waktu remaja dahulu.
3. Menciptakan suasana komunikasi yang santai.
4. Meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang perilaku remaja.
5. Memahami keadaan dan permasalahan remaja sehingga dapat memberikan solusi yang tepat.
6. Bersikap empati terhadap setiap permasalahan yang dialami remaja.

Menurut Kristina (2014), tindakan yang dapat dilaksanakan untuk memajukan kualitas kesehatan remaja adalah dengan meningkatkan kualitas penyelenggaraan PKPR, termasuk kualitas petugas kesehatan dalam menyampaikan informasi kesehatan remaja dan pelayanan konseling.

2.3 Kebijakan Publik

2.3.1 Teori Kebijakan

Kebijakan merupakan peraturan yang berisi prinsip-prinsip untuk mengarahkan cara-cara bertindak, dibuat secara terencana dan konsisten untuk mencapai tujuan tertentu (Adiasmita, 2015).

Menurut Carl Friedrich (1991;13) seorang ilmuwan politik dalam Wahab (2014) menuturkan kalau kebijakan ialah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, ataupun pemerintah di instansi tertentu karena ada sesuatu penghambat dengan memanfaatkan

peluang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Biasanya kebijakan tersebut dibuat dalam bentuk peraturan.

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, kebijakan dijelaskan sebagai rangkaian konsep dan azas yang menjadi pedoman dalam melaksanakan pekerjaan, kepemimpinan, maupun cara bertindak (tentang perintah, organisasi dan sebagainya). Mustopadidjaya (1992) menjelaskan, bahwa istilah kebijakan biasanya digunakan dalam kegiatan pemerintahan, serta perilaku negara (Tahir, 2011).

Kebijakan kesehatan dapat meliputi kebijakan publik dan swasta tentang kesehatan. Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan. Kebijakan ini mencakup sektor publik (pemerintah) sekaligus sector swasta (Notoatmodjo 2010).

Kebijakan publik menurut W.I. Jenkins (1978:15) dalam Wahab (2014) adalah sebagai serangkaian keputusan yang saling berhubungan yang diambil oleh seorang aktor politik atau sekelompok aktor, berkenaan dengan tujuan yang telah dipilih beserta cara-cara untuk mencapainya dalam suatu situasi.

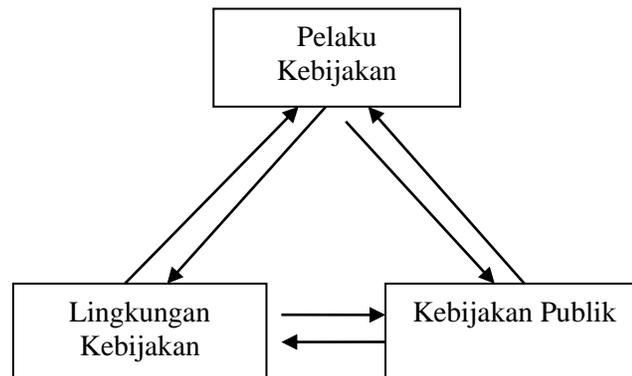
Terdapat empat jenis kebijakan yang pembuatan dan pelaksanaannya harus berkolaborasi dengan pemerintah yaitu; Pertama *propokative regulatory policy* adalah peraturan yang bertujuan untuk melindungi masyarakat yang terisolasi, miskin, rentan, dan kelompok minoritas. Kedua, *kompetitive regulatory policy* yaitu peraturan yang bertujuan untuk mendukung kompetisi

antar pelaku kebijakan untuk mencapai kebijakan publik yang efisien. Ketiga, *distributive regulatory policy* kebijakan ini bertujuan untuk menyediakan sumber daya untuk masyarakat. Pada umumnya pendidikan dan kesehatan dipakai sebagai alat ukurnya, namun pada umumnya derajat kesejahteraan rakyat merupakan cakupan kebijakan *distributif*. Empat, kebijakan *redistributif*, kebijakan ini bertujuan untuk mengelola sumber daya yang ada di masyarakat.

Ruang lingkup kebijakan publik sangat luas karena mencakup berbagai sektor seperti kebijakan publik dibidang pendidikan, kesehatan, dan kebudayaan. Selain itu dari sisi hirarkinya kebijakan publik dapat bersifat lokal, regional maupun nasional seperti keputusan bupati/walikota, peraturan pemerintah kabupaten/kota, dan undang-undang.

Willim N. Dunn dalam (Subarsono, 2010: 14) menyatakan ada beberapa peraturan yang dibuat pemerintah bersifat reaktif dan banyak kekurangan serta kelemahannya sehingga tidak disetujui oleh masyarakat. Diantaranya adalah (1) pokok permasalahan tidak jelas, (2) mengalami kelemahan, (3) *autcomes* kebijakan tidak seperti yang diinginkan.

Berdasarkan pengertian Dunn (2000) dalam (Subarsono, 2010: 15) mengemukakan dalam system kebijakan ada tiga elemen yang membentuk system kebijakan, yaitu; kebijakan publik, pelaku kebijakan, serta lingkungan kebijakan seperti gambar di bawah ini:



Gambar 2.3: Elemen Kebijakan
 Sumber: William N. Dunn (Subarsono, 2010: 15)

Ketiga elemen itu saling berkaitan serta saling mempengaruhi. Misalnya, pelaku kebijakan dapat bagian dalam menyusun kebijakan, akan tetapi mereka juga dapat dipengaruhi oleh keputusan pemerintah. Lingkungan kebijakan juga mempengaruhi dan dipengaruhi oleh pembuat kebijakan dan kebijakan itu sendiri. Dunn (2000) menjelaskan, system kebijakan berisi proses yang dialektis, yang berarti bahwa dimensi obyektif dan subyektif dari pembuat kebijakan tidak terpisahkan di dalam prakteknya.

Elemen yang tertuang di dalam kebijakan publik seperti yang disampaikan oleh Anderson dalam Islamy (1994: 2021) yang diambil dari Widodo (2013) mencakup beberapa hal berikut.

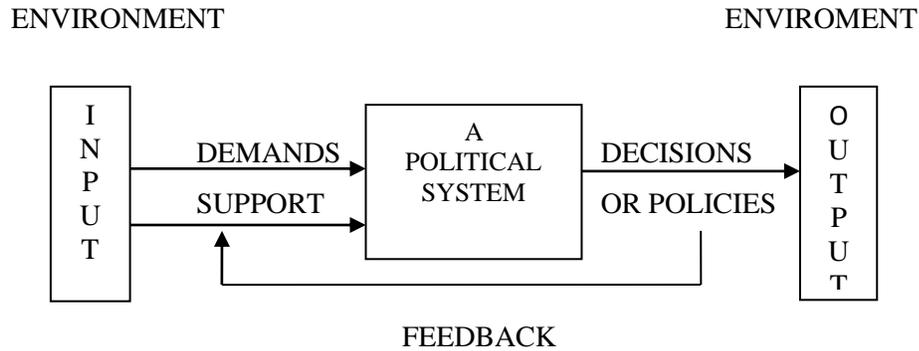
1. Kebijakan harus memiliki tujuan.
2. Kebijakan berisi tindakan pejabat pemerintah.
3. Kebijakan adalah sesuatu yang betul-betul dilaksanakan oleh pemerintah.

4. Kebijakan publik bersifat positif (tindakan pemerintah terhadap suatu permasalahan) dan bersifat negatif (kebijakan pejabat pemerintahan untuk tidak melaksanakan sesuatu).
5. Kebijakan publik (positif) selalu berdasarkan pada peraturan dan undang-undang yang bersifat memaksa (*otoriter*).

2.3.2 Proses Kebijakan Publik

Didalam kebijakan publik dimensi yang terpenting adalah proses kebijakan. Disini kebijakan publik merupakan sebuah proses kegiatan yang berkesinambungan, dan saling mendukung

Model proses kebijakan yang paling klasik dikembangkan oleh David Easton (1984) dalam Nugroho (2008). Easton membuat analogi dengan system biologi. Pada dasarnya, system biologi merupakan hubungan mahluk hidup dengan lingkungannya, sehingga menciptakan perubahan hidup yang berlangsung relative stabil. Dalam terminology ini, Easton mengartikannya seperti kehidupan system politik. Kebijakan publik dengan system mengandaikan bahwa kebijakan merupakan hasil atau *output* dari system politik, system politik terdiri atas *input*, *throughput* dan *output*, seperti digambarkan dibawah ini:



Gambar 2.4: Proses Kebijakan Publik
Sumber: David Easton dalam Nugroho (2008)

Easton menggambarkan model proses kebijakan publik dalam system politik dengan mengandalkan *input* yaitu dukungan (*support*) dan tuntutan (*demand*). Model Easton tergolong sederhana sehingga dikembangkan oleh ilmuwan yang lain seperti; Patton dan Savicki, Anderson, Dye, dan Dunn.

Sedangkan James E. Anderson, dkk dalam Nugroho (2005) membagi proses kebijakan menjadi:

1. Menyusun agenda kebijakan (*policy agenda*)
2. Merumuskan kebijakan (*policy formulation*)
3. Menetapkan kebijakan (*policy adoption*)
4. Mengimplementasikan kebijakan (*policy implementation*)
5. Mengevaluasi kebijakan (*policy evaluation*)

Model proses kebijakan yang dibuat oleh Thomas R. Dye (1992: 328) dalam Widodo (2013) yang dibagi menjadi:

1. Identifikasi masalah kebijakan (*identification of policy problem*)

Menentukan masalah kebijakan dapat dilakukan berdasarkan tuntutan atau tindakan pemerintah.

2. Penyusunan agenda (*agenda setting*)

Penyusunan agenda merupakan kegiatan yang memfokuskan perhatian pada pejabat publik dan media masa atas keputusan yang ditetapkan untuk menyelesaikan masalah publik.

3. Merumuskan kebijakan (*policy formulation*)

Merumuskan merupakan tahap mengusulkan kebijakan melalui inisiasi dan menyusun usulan kebijakan melalui organisasi perencanaan kebijakan, kelompok kepentingan, birokrasi pemerintah, presiden, dan lembaga legislative.

4. Pengesahan kebijakan (*legitimizing of policies*)

Dilakukan melalui kegiatan politik oleh partai politik, yang mengesahkan adalah presiden dan kongres.

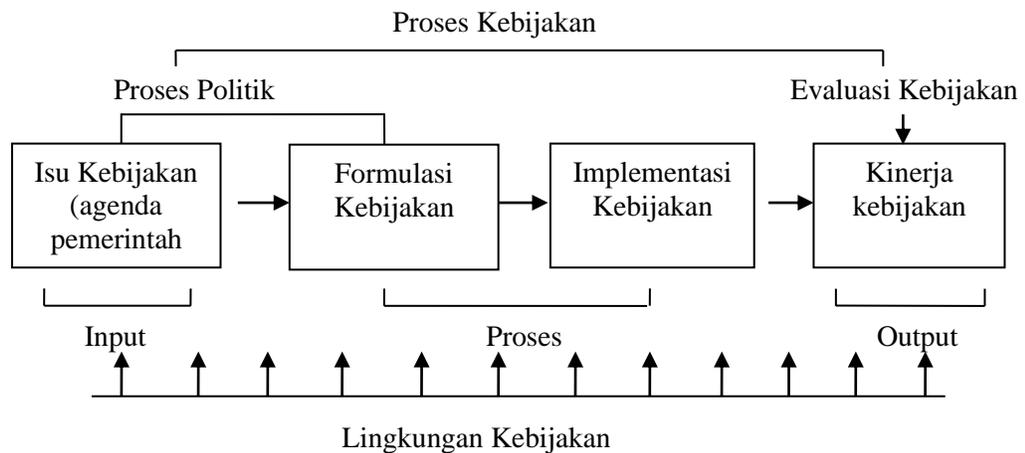
5. Implementasi kebijakan (*policy implementation*)

Dilaksanakan melalui birokrasi, anggaran publik, dan aktivitas agen eksekutif yang terstruktur.

6. Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)

Dilaksanakan oleh instansi pemerintah sendiri, konsultan di luar pemerintah, pers, dan masyarakat (*public*).

Namun demikian, terdapat satu model yang serupa yang dikembangkan dari pendekatan dalam teori sistem oleh Riant Nugroho (2008) bahwa model formal proses kebijakan adalah dari “gagasan kebijakan”, *formalisasi* dan *legalisasi* kebijakan”, “implementasi”, setelah itu menuju ke kinerja atau pencapaian prestasi yang diharapkan yang diperoleh setelah melakukan evaluasi kinerja kebijakan seperti pada gambar dibawah ini:



Gambar 2.5 : Proses Kebijakan yang Ideal
Sumber: Riant Nugroho (2008)

Teori sistem menyebutkan bahwa membuat suatu kebijakan harus disesuaikan dengan lingkungan sekitarnya. Dengan demikian karena pengaruh lingkungan dapat dibuat tuntutan terhadap kebijakan, kemudian ditransformasikan ke dalam suatu sistem politik. Dalam waktu yang bersamaan ada keterbatasan dan *konstrain* dari lingkungan yang dapat mempengaruhi *policy makers*. Faktor lingkungan tersebut antara lain: karakteristik geografi seperti; Iklim, sumberdaya alam, dan topografi.

Variabel demografi misalnya: Jumlah penduduk, distribusi umur penduduk, lokasi spasial; kebudayaan, politik, struktur sosial, dan sistem ekonomi. Dalam hal tertentu lingkungan dan kebijakan internasional menjadi penting untuk dipertimbangkan.

Perumusan kebijakan publik merupakan isi dari kebijakan publik karena disini dirumuskan batasan kebijakan itu sendiri. Untuk itu, pertama kali harus disadari beberapa hal hakiki dari kebijakan publik.

Dalam Riant Nugroho (2008) mengatakan, *pertama*, Untuk meningkatkan kesejahteraan publik kebijakan publik senantiasa melaksanakan intervensi terhadap kehidupan publik. *Kedua*, kurangnya kemampuan dan ketersediaan SDM menyebabkan teramat banyak kebijakan publik yang bagus tetapi tidak dapat diimplementasikan. *Ketiga*, keterbatasan kelembagaan. Artinya sejauh mana kualitas praktek dan manajemen profesional dalam lembaga pemerintah dan lembaga masyarakat, baik yang bergerak dibidang *profit* maupun *non for profit*. *Keempat*, Keterbatasan anggaran menyebabkan kebijakan tidak dapatdiimplementasikan. Keterbatasan dana adalah fakta yang paling dilihat oleh pembuat kebijakan, dan ini adalah sesuatu yang benar. *Kelima*, secara teknis kurang mampu untuk merumuskan kebijakan itu sendiri.

Menurut William Naumes dan Frank T. Paine (1974) dalam bukunya *strategy and policy formation: an integratif approach* yang dikutip oleh Budi Winarno (2007) dalam bukunya kebijakan publik, proses perumusan kebijakan publik (*policy formation*) melibatkan aktivitas pembuatan keputusan yang

cenderung memiliki cabang yang luas, adanya perspektif jangka panjang serta memanfaatkan sumber daya dan peluang yang ada dalam keadaan lingkungan yang berubah-ubah.

Proses kebijakan sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya merupakan kegiatan yang berkaitan dengan bagaimana,

- a. Masalah dirumuskan
- b. Agenda kebijakan ditentukan
- c. Kebijakan dirumuskan
- d. Keputusan kebijakan diambil
- e. Kebijakan dilaksanakan
- f. Kebijakan dievaluasi.

2.4 Analisis Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

2.4.1 Pengertian Analisis Kebijakan

Menurut William N.Dun (2000) dalam Ayuningtyas (2014), Menjelaskan bahwa analisis kebijakan adalah suatu disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai macam metode penelitian dan argument untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan, sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah-masalah kebijakan.

Sedangkan menurut Kent (1971) dalam Wahab (2014) mengartikan analisis kebijakan sebagai studi yang sistematis, berdisipli, analitis, cerdas,

dan kreatif dilaksanakan dengan tujuan untuk menghasilkan rekomendasi yang andal berupa tindakan-tindakan untuk menyelesaikan masalah politik yang konkrit.

Dari pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa analisis kebijakan merupakan penelitian untuk memperoleh data dan informasi sehubungan dengan permasalahan yang dihadapi sekaligus mencari dan mengkaji berbagai alternatif penyelesaian permasalahan.

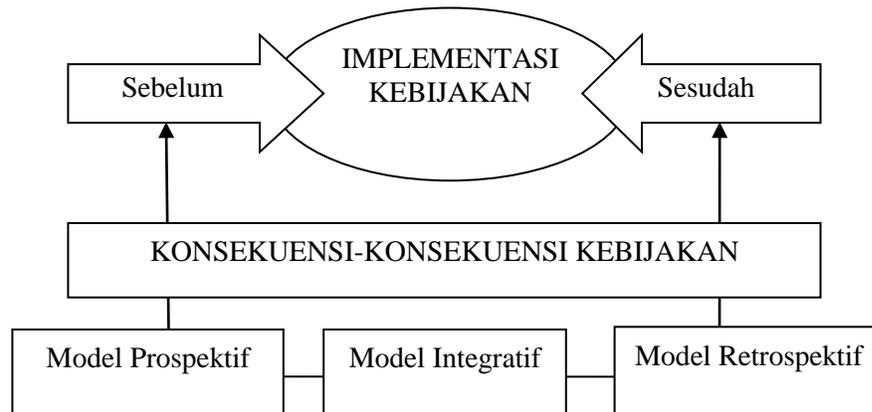
2.4.2 Tujuan Analisis Kebijakan

Memberikan informasi kepada pembuat kebijakan untuk dijadikan bahan pertimbangan serta digunakan untuk mencari solusi penyelesaian masalah kebijakan. Analisis kebijakan diharapkan dapat menghasilkan dan menyampaikan informasi tentang nilai-nilai, fakta-fakta, dan tindakan-tindakan.

2.4.3 Model Analisi Kebijakan

Analisis kebijakan publik dapat dibedakan menurut kajian kebijakannya yaitu analisis kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan tertentu. Keduanya analisis kebijakan tersebut memiliki tujuan yang sama yaitu memberikan rekomendasi kebijakan bagi pembuat kebijakan untuk mendapatkan kebijakan yang lebih berkualitas.

Menurut Dunn (1991) dalam Suharto (2014), ada tiga bentuk atau model analisis kebijakan, yaitu model prospektif, model retrospektif dan model integrative. Gambar dibawah ini memvisualkan model analisis kebijakan.



Gambar 2.6: Model Analisis Kebijakan
 Sumber: Dunn (1991: 51-54) dalam Suharto (2014)

1. Model Prospektif

Merupakan model analisis kebijakan yang mengarahkan kajiannya pada konsekuensi-konsekuensi kebijakan “sebelum” suatu keputusan dilaksanakan. Model ini bisa dikatakan sebagai model prediktif, karena kerap melibatkan teknik-teknik peramalan (*forecasting*) untuk meramalkan kemungkinan munculnya hal tertentu dari suatu peraturan yang akan diusulkan.

2. Model Retrospektif

Merupakan analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat-akibat kebijakan “setelah” suatu kebijakan dilaksanakan. Model ini biasanya dinamakan model *evaluative*, karena banyak melibatkan pendekatan evaluasi terhadap dampak-dampak kebijakan yang sedang atau telah diterapkan.

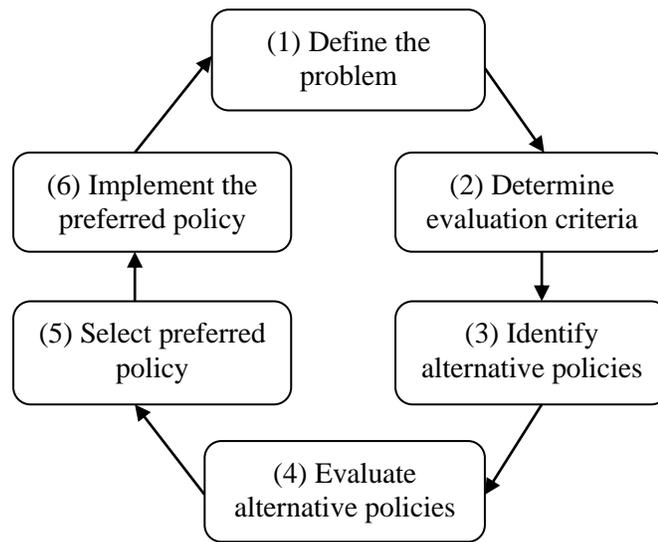
3. Model Integratif

Merupakan perpaduan antara model prospektif dengan model retorspektif. Model ini sering dikatakan sebagai model *komprehensif* atau *holistic*, karena analisis dilaksanakan terhadap konsekuensi-konsekuensi kebijakan yang mungkin timbul baik “sebelum” maupun “sesudah” kebijakan diimplementasikan. Analisis kebijakan ini pada umumnya melibatkan teknik peramalan dan evaluasi secara terintegrasi.

2.4.4 Analisis Kebijakan Versi Patton dan Savicky

Patton dan Savicky dalam Nugroho (2011) menyatakan bahwa analisis kebijakan dapat dilaksanakan sebelum dan sesudah kebijakan. Analisis kebijakan pasca kebijakan biasanya berbentuk deskriptif dan biasanya juga disebut *ex-post* (istilah dari Michael Carley), *post-hot* (istilah dari Lineberry) atau *retrospective* (istilah dari William N.Dunn).

Menurut Nugroho (2011), model klasik proses pemecahan permasalahan adalah seperti dibawah ini:



Gambar 2.7: Proses Analisis kebijakan versi Patton & Savicky
Sumber: Nugroho (2011)

Menurut Patton dan Savicky (1993) dalam Nugroho (2011) proses analisis kebijakan menggunakan konsep *A Basic Policy Analysis Process* yaitu suatu pendekatan evaluasi kebijakan yang terdiri dari enam kegiatan yaitu:

1. Mendefinisikan, verifikasi, dan mendetailkan permasalahan kebijakan.

Mendefinisikan masalah kebijakan pada dasarnya merujuk pada kegiatan untuk mengeksplorasi berbagai isu-isu atau masalah sosial, kemudian menetapkan satu masalah sosial yang menjadi focus analisis kebijakan. Pemilihan masalah dengan mempertimbangkan beberapa hal antara lain: masalah bersifat actual, penting dan emergensi, sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi publik, berdampak luas dan positif.

Pada tahap ini seorang analis kebijakan sering menemukan kesulitan karena tujuan atau keinginan yang ingin dicapai dari analisis kebijakan tidak jelas. Oleh karenanya seorang analisis kebijakan harus melakukan verifikasi, identifikasi dan definisi masalah adalah dengan *pragmatic approach* yaitu , digunakan apabila analisis kebijakan menghadapi tantangan dalam menyelesaikan isu kebijakan dengan pertimbangan maka pilihannya adalah biaya yang paling rendah, *an social criterion approach* digunakan apabila analisis kebijakan mencari ekspresi tersembunyi dari permasalahan sosial yang harus diatasi.

Langkah pertama dalam proses mendefinisikan, verifikasi, dan mendetailkan kebijakan adalah mengembangkan “pernyataan masalah” secara detail seperti langkah-langkah berikut:

- 1) Menetapkan masalah
- 2) Menetapkan batasan masalah
- 3) Mengembangkan landasan fakta
- 4) Menguraikan maksud dan tujuan
- 5) Mengidentifikasi payung kebijakan (*police envelope*)
- 6) Memaparkan potensi biaya dan manfaat
- 7) Mengevaluasi ulang pernyataan masalah

2. Tentukan Kriteria Evaluasi

Kriteria merupakan uraian dari sasaran yang akan digunakan dalam mengevaluasi kebijakan. Antara lain biaya, manfaat, keefektifan, risiko,

viabilitas politik, kemudahan administratif, legalitas, ketidakpastian, kesetaraan dan waktu. Menurut Dunn (1994) dalam Indiahono (2009) kriteria evaluasi kebijakan yaitu: efektivitas, estimasi, kecukupan, kesamaan, daya tanggap, dan kelayakan.

Menurut Patton dan Savicky tidak ada standar tetap dalam menentukan kriteria evaluasi karena dapat dikembangkan sesuai permasalahan, tujuan yang hendak dicapai dan alternatif yang tersedia. Namun ada empat kriteria yang akan ditemukan saat mendesain kriteria kebijakan yaitu: *technical feasibility*, *political viability*, *economical and financial possibility* dan *administrative operability*.

3. Identifikasi Alternatif Kebijakan

Dalam menentukan kriteria alternatif yang baik, Patton dan Savicky menggunakan kriteria Warren E. Walker sebagai berikut:

- 1) Biaya – Apakah pilihan yang di tentukan sudah tepat biaya?
- 2) Stabilitas –Apabila terjadi gangguan dalam kegiatan normaapakah tujuan bisa tetap dicapai?
- 3) Keandalan –Memungkinkah pilihan tersebut bisa dilakukan setiap saat?
- 4) Ketahanan – Seandainya ada salah satu bagian mengalami kegagalan atau kerusakan akankah pilihan tersebut dapat terus diimplementasikan?

- 5) Keluwesan – Bisakah pilihan tersebut melayani lebih dari satu tujuan?
- 6) Risiko – Apakah pilihan tersebut mempunyai risiko kegagalan yang tinggi?
- 7) Kemampuan berkomunikasi – Apakah pilihan yang ditentukan mudah dimengerti oleh mereka yang tidak ikut dalam analisis?
- 8) Keunggulan – Apakah pilihan tersebut mempunyai validitas bentuk; yaitu dimana pilihan tersebut dapat memecahkan permasalahan?
- 9) Kesederhanaan – Apakah pilihan yang ditentukan mudah diimplementasikan?
- 10) Kesesuaian – Apakah pilihan itu sesuai dengan standar dan prosedur yang berlaku?
- 11) Keterbalikan – Seandainya pilihan yang ditentukan gagal bagaimana mengembalikan tingkat kesulitan pada kondisi semula?
- 12) Kekuatan – Seberapa besar keberhasilan pilihan tersebut dalam keadaan yang jauh berbeda di masa yang akan datang?

4. Evaluasi Alternative Kebijakan

Langkah ini khusus digunakan untuk kebijakan yang akan diambil, atau *ex-ante evaluation*. Patton dan Savicky memperkenalkan dua metode untuk menentukan alternative kebijakan peramalan dan evaluasi.

1) Analisis peramalan: *ekstrapolasi, modeling dan intuitif*.

Teknik peramalan yang pertama adalah ekstrapolasi, yaitu membuat proyeksi masa depan dengan mempergunakan data masa kini dan tren yang ada. Kedua, modeling teoritis, yaitu peramalan yang mempergunakan pendekatan teori tertentu. Ketiga peramalan intuitif, yang disebut Dunn sebagai *retroductive*.

2) Analisis kelayakan politik: Menilai actor (*actors*), motivasi (*motivations*), keyakinan (*beliefs*), sumber daya (*resources*), keefektifan (*effectiveness*), dan lokasi (*site*).

3) Analisis implementasi: Sebagian besar analisis kebijakan focus pada proses pembuatan kebijakan daripada implementasi kebijakan. Fakta ini cukup ganjil, mengingat kita menyadari sepenuhnya bahwa setiap alternatif kebijakan harus dapat diimplementasikan. Karena itu, Patton dan Savicky menjelaskan bahwa pelaksanaan kebijakan merupakan bagian dari proses kebijakan.

4) *Analisis scenario writing*; Sebagian dikemukakan Weimer dan Vining, analisis penulisan scenario dikelompokkan menjadi *Forward mopping* dan *backward mopping*. Setiap scenario biasanya dikelompokkan menjadi empat, yaitu (1) scenario optimis, (2) scenario pesimis atau *worst-case*, (3) kondisi antara atau *mid-range* dan (4) scenario lain, yaitu ketiga kondisi tersebut diletakkan pada perubahan lingkungan yang terjadi atau mungkin terjadi, misalnya

pertumbuhan atau kemerosotan ekonomi, atau keberlanjutan dari kondisi yang ada.

- 5) Ketidakpastian: Analisis yang diperlukan selanjutnya adalah analisis ketidakpastian informasi yang diberikan terkait perubahan yang kemungkinan terjadi dan risiko kebijakan.

5. Menyajikan Alternatif Kebijakan

Patton dan Savicky menjelaskan bahwa proses analisis kebijakan merupakan penilaian alternatif kebijakan dari sisi ekonomi, teknis, dan politik dikaitkan dengan pelaksanaannya. Masalahnya adalah alternatif kebijakan yang harus disajikan? Masalah menetapkan alternatif kebijakan bertemu dengan sejumlah tantangan. Pertama, konflik antara rasionalitas individu dan rasionalitas kelompok. Kedua, masalah kriteria-kriteria berganda (*multiple criteria*).

6. Implementasikan kebijakan yang sesuai

Patton dan Savicky menjelaskan bahwa sama pentingnya implementasi dengan kebijakan itu sendiri. Sehingga kegagalan implementasi merupakan kegagalan kebijakan. Berdasarkan dengan *police failures* dalam konteks monitoring dan pengkajian kebijakan. Patton dan Savicky, mengutip dari Carol h. Weiss (1989), Mengelompokkan *police failures* menjadi dua yaitu (1) program *failures* dimana peraturan tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan desain, dan (2)

theory failure dimana kebijakan dapat dilaksanakan berdasarkan desain tetapi tidak memberikan hasil sesuai yang diharapkan (Nugroho, 2011).

2.4.5 Analisis SWOT

Menurut Rangkuti (2009,) analisis SWOT adalah identifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk menyusun strategi perusahaan. Analisis ini berdasarkan logika yang dapat memaksimalkan kekuatan (*Strengths*) dan peluang (*Opportunities*), selain itu dapat juga menimbulkan kelemahan (*Weaknesses*) dan ancaman (*Threats*).

Menurut Kotler (2009), analisis SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunity, Threats*) adalah alat untuk mengamati lingkungan pemasaran internal dan eksternal. Menurut Gitosudarmo (2001), kata SWOT merupakan pendekatan dari *Strengths, Weakness, Opportunity and threats*, jika translit menjadi: kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman atau disingkat menjadi “KEKEPAN”. Dalam metode analisis SWOT kita harus menguraikan jenis kekuatan yang kita miliki, kelemahan yang terdapat dalam diri atau perusahaan kita, kemudian kita harus melihat peluang yang ada, selain itu kita harus mampu mengetahui ancaman dan tantangan yang menghadang di depan kita.

Sebelum perusahaan merumuskan strategi, manajemen sebaiknya memonitor lingkungan eksternal untuk menentukan peluang serta ancaman yang kemungkinan terjadi. Pengamatan lingkungan bertujuan untuk menghindari kejutan strategis dan memastikan kesehatan manajemen dalam

jangka panjang. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang positif antara pengamatan lingkungan dengan laba (Hunger, 2003).

Menurut Jatmiko (2004) analisis ruang internal disebut juga analisis kekuatan dan kelemahan perusahaan, analisis jati diri perusahaan adalah analisis mengenai sumber daya perusahaan dan peluang-peluang industri.

Untuk mengembangkan strategi yang mempertimbangkan profil SWOT, SWOT matriks (juga dikenal dengan TOWS Matrix) ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 2.1: SWOT/TOWS Matrix

	<i>Strengths</i>	<i>Weaknesses</i>
<i>Opportunities</i>	S-O strategies	W-O strategies
<i>Threats</i>	S-T strategies	W-T strategies

- a. S-O strategi : Mencari peluang yang sesuai dengan kekuatan perusahaan
- b. W-O strategi : Mengatasi kelemahan untuk meraih peluang
- c. S-T strategi : Mengidentifikasi teknik agar perusahaan dapat memanfaatkan kekuatan untuk mengurangi ancaman eksternal.
- d. W-T strategi : Membuat rencana untuk mencegah ancaman eksternal karena kelemahan dari perusahaan.

Setelah mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman kemudian setelah itu dipilih dan ditetapkan faktor kunci keberhasilan sebagai faktor-faktor strategis. Dikatakan strategi jika suatu faktor memiliki nilai

lebih dari faktor lainnya. Faktor yang memberikan nilai kontribusi tinggi terhadap keberhasilan yang dicapai oleh organisasi dianggap sebagai faktor strategis dan selanjutnya disebut menjadi faktor kunci keberhasilan (Cicilia, 2011)

Aspek yang dinilai dari tiap faktor adalah dengan membuat analisis faktor internal atau IFE (*Internal Factor Evaluation*) untuk menyimpulkan dan mengevaluasi kekuatan serta kelemahan dan membuat analisis faktor eksternal atau EFE (*Eksternal Factor Evaluation*) dengan menggunakan matrix untuk menyimpulkan dan mengevaluasi peluang dan ancaman dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Identifikasi faktor internal dan faktor eksternal
- b. Membuat pembobotan untuk setiap faktor antara 0,0 bila tidak penting dan 1,0 bila paling penting.
- c. Membuat ranting antara 1-4 dengan arti
 - 1) Satu (1) sangat sedikit berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan
 - 2) Dua (2) kurang berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan
 - 3) Tiga (3) merupakan peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan
 - 4) Empat (4) sangat berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan

- d. Menghitung skor bobot setiap faktor dengan cara mengkalikan bobot dengan ranting.
- e. Membuat matrix internal eksternal untuk menentukan posisi strategi dengan ketentuan:
 - 1) Berada di sel I, II, dan IV strateginya adalah *built* (membangun) dan *growth* (pertumbuhan)
 - 2) Berada di sel III, V, dan VII strateginya adalah *hold* dan *maintance*
 - 3) Berada di sel VI, VIII, dan IX strateginya adalah *harvest* dan *divest*

2.4.6 Kebijakan Kementerian Kesehatan RI tentang Pelayanan Kesehatan Perduli Remaja (PKPR)

Menurut Undang-undang RI nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal-pasal yang berkaitan dengan pengaturan layanan pemeliharaan kesehatan remaja sebagai berikut;

a. Pasal 71

- (1) Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.
- (2) Kesehatan reproduksi yang dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a) Sebelum hamil, saat hamil dan melahirkan, serta sesudah melahirkan.

- b) Pengaturan kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi, kesehatan seksual, dan Kesehatan sistem Reproduksi.
- (3) Kesehatan reproduksi yang dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

b. Pasal 73

Pemerintah harus menjamin ketersediaan sarana informasi maupun sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau, nyaman, dan berkualitas termasuk keluarga berencana.

c. Pasal 74

- (1) Setiap pelayanan kesehatan reproduksi dalam kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, maupun pelayanan reproduksi dengan bantuan dilaksanakan secara aman dan sehat dengan memperhatikan bagian-bagian yang spesifik, terutama reproduksi perempuan.
- (2) Pelaksanaan kegiatan kesehatan reproduksi seperti yang dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan nilai-nilai keagamaan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan tentang reproduksi dengan bantuan seperti yang dimaksud pada ayat (1), diatur dengan peraturan pemerintah.

d. Pasal 136:

- (1) Usaha memelihara kesehatan remaja ditujukan untuk mempersiapkan remaja menjadi orang dewasa yang sehat dan berkualitas baik sosial maupun ekonomi.
- (2) Upaya memelihara kesehatan remaja termasuk reproduksinya seperti yang dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan supaya terbebas dari berbagai masalah kesehatan yang bisa menghambat kemampuan dalam menjalani kehidupan reproduksi yang sehat.
- (3) Upaya memelihara kesehatan remaja seperti yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah dan masyarakat.

e. Pasal 137:

- (1) Pemerintah harus menjamin dimana remaja dapat memperoleh informasi, edukasi, serta pelayanan kesehatan agar remaja mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.
- (2) Ketentuan mengenai kewajiban Pemerintah dalam menjamin agar remaja mendapatkan informasi, edukasi, serta pelayanan kesehatan seperti yang dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan moral nilai-nilai agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selain itu, Pemerintah dan Kementerian Kesehatan telah menerbitkan beberapa pedoman kebijakan dan strategi nasional untuk mengatur pelayanan kesehatan terhadap remaja yaitu:

1. Strategi nasional kesehatan remaja, direktorat kesehatan keluarga, DepKes RI tahun 2005.
2. Pedoman pelayanan kesehatan peduli remaja di Puskesmas, direktorat kesehatan keluarga, DepKes RI tahun 2005.
3. Pedoman perencanaan program kesehatan remaja, bagi tim Kabupaten/Kota, direktorat kesehatan keluarga, DepKes RI tahun 2005.
4. Kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi remaja, Dikas, Depkes, Depsos, Depag, BKKBN tahun 2007.
5. SK MenKes No 486/MENKES/SK/IV/2007 tentang rencana strategi dan kebijakan untuk penanggulangan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif.
6. Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS pada anak dan remaja 2007-2010, komisi penanggulangan AIDS nasional tahun 2008.
7. Pedoman perencanaan pembentukan dan pengembangan Puskesmas PKPR di Kabupaten/Kota, direktorat kesehatan anak, DepKes RI tahun 2008.
8. Panduan supervisi fasilitatif PKPR, direktorat kesehatan anak, DepKes RI tahun 2008.
9. Petunjuk teknis penjangkaran kesehatan anak sekolah lanjutan, direktorat kesehatan anak, Kementerian Kesehatan RI tahun 2010.
10. Pedoman teknis konseling kesehatan remaja bagi tenaga kesehatan, direktorat kesehatan anak, Kementerian Kesehatan RI tahun 2010.

11. Pedoman teknis konseling kesehatan remaja bagi konselor sebaya, direktorat kesehatan anak, Kementerian Kesehatan tahun 2010. (KemenKes RI, 2014).

2.4.7 Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

1. Undang-undang nomor 36 tahun 1990 kesehatan.
2. Keputusan Presiden nomor 36 tahun 1990 ratifikasi konvensi hak-hak anak (KHA).
3. Undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak.
4. Surat keputusan bersama 4 menteri (pendidikan nasional, kesehatan, agama, dalam negeri) tahun 2003 tentang pembinaan dan pengembangan UKS.
5. Keputusan menteri kesehatan nomor 375 tahun 2009 tentang sistem kesehatan nasional.
6. Keputusan menteri kesehatan nomor 375 tahun 2009 tentang pembangunan jangka panjang bidang kesehatan tahun 2005-2025.
7. Peraturan pemerintah nomor 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi.
8. Peraturan menteri kesehatan nomor 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak.
9. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta nomor 29 tahun 2006 tentang pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah Propinsi DKI Jakarta.

10. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta nomor 12 tahun 2007 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit daerah dan propinsi.
11. Keputusan kepala dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta nomor 1/222 tahun 2007 tentang pemberlakuan pedoman penerapan standar pelayanan minimal dinas kesehatan.
12. Keputusan kepala dinas nomor 2278 tahun 2007 tentang pelaksanaan PKPR di seluruh Puskesmas Provinsi DKI Jakarta (PKM Kec.Pasar Minggu, 2014).

2.4.8 Kebijakan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tentang Pelaksanaan PKPR

1. Keputusan kepala dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor: 2278/2007 tentang pelaksanaan PKPR di seluruh Puskesmas Provinsi DKI Jakarta.
2. Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan harus melakukan:
 - a. Pembentukan tim PKPR
 - b. Menyediakan klinik PKPR
 - c. Pelaksanaan klinik PKPR dilakukan oleh petugas yang terlatih
 - d. Melakukan kordinasi dengan lintas program dan sector terkait
 - e. Melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan PKPR
 - f. Melaporkan hasil pelaksanaan PKPR secara berjenjang
3. Seluruh biaya dalam pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam dictum kesatu dan kedua dibebankan pada Dokumen Pelaksanaan

Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) masing-masing
(DinKes DKI Jakarta, 2007)

2.4.9 Kebijakan Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, Walikota Madya Jakarta Selatan tentang Pelaksanaan PKPR

Surat keputusan Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, Walikota
Madya Jakarta Selatan, Provinsi DKI Jakarta nomor: 21/082.74 tentang
pelaksanaan kegiatan PKPR tahun 2013, yaitu;

1. Melaksanakan PKPR di seluruh Puskesmas Kecamatan dan semua
Puskesmas kelurahan baik kegiatan dalam maupun luar gedung.
2. PKPR dalam gedung (Klinik Remaja) Puskesmas Kecamatan dilakukan
di kamar IMS di lantai tiga setiap hari Senin dan Rabu.
3. Pelaksana dan pengelola PKPR Puskesmas se kecamatan Pasar Minggu
adalah;
 - a. Ni Made Jendri, SKM, M.Si (koordinator PKPR/konselor remaja)
 - b. Dr Dessy Anggraini (dokter konselor remaja)
 - c. Ratiningsih, AMKep (coordinator UKS)
 - d. Widati, AMKep (Puskesmas kelurahan kebagusan)
 - e. Dr Wida Wildani (Puskesmas Kelurahan Ragunan)
 - f. Wismar SKM (Puskesmas kelurahan Cilandak Timur)
 - g. Devi Yudhi Sari Skp (Puskesmas Kelurahan Pejaten Timur)
 - h. Chaterina (Puskesmas Kelurahan Pasar Minggu I)
 - i. AA Kemudawati (Puskesmas kelurahan Pasar Minggu II)

- j. Bidan Rosdiana (Puskesmas Kelurahan Pejaten Barat I)
 - k. Bidan Elly Tarigan (Puskesmas kelurahan Pejaten Barat II)
 - l. Bidan Asni (Puskesmas Kelurahan Pejaten Barat III)
4. Melaksanakan evaluasi kegiatan PKPR berdasarkan SN PKPR setiap 6 bulan.
 5. Membuat Plan Of Action (POA) dan pertanggungjawaban kegiatan beserta pendukungnya.
 6. Mencatat dan melaporkan kegiatan PKPR.
 7. Seluruh biaya untuk pelaksanaan program kegiatan PKPR dibebankan pada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) (PKM Kec.Pasar Minggu, 2013).

BAB III

KERANGKA DAN DEFINISI

3.1 Kerangka Berpikir

Mengacu dari latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, masalah kesehatan remaja akan memberikan dampak yang merugikan bagi remaja itu sendiri, keluarga, maupun negara secara umum. Karena remaja dapat dimaknai sebagai aset dan potensi bangsa dimasa depan. Untuk itu pemerintah mengeluarkan beberapa kebijakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan remaja yang semakin tahun semakin meningkat dan belum teratasi sampai saat ini. Salah satu kebijakan kementerian kesehatan RI yaitu UU RI nomor 36 tahun 2009 tentang pengaturan layanan pemeliharaan kesehatan remaja.

Selain itu, kebijakan Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta nomor: 2278/2007 tentang pelaksanaan PKPR di seluruh Puskesmas DKI Jakarta sehingga dapat menjangkau semua remaja, diterima, sesuai, komprehensif, efektif dan efisien. Namun dari hasil pengamatan masih banyak remaja yang mengalami masalah kesehatan dan menderita penyakit akibat perilaku berisiko, begitu juga dengan remaja yang mengakses PKPR belum banyak dikarenakan kurangnya sosialisasi serta kurangnya ruang PKPR yang tersedia yang bersifat privasi. Untuk itu dirasa perlu untuk menyusun suatu alternatif kebijakan operasional PKPR untuk membantu mengatasi permasalahan kesehatan remaja

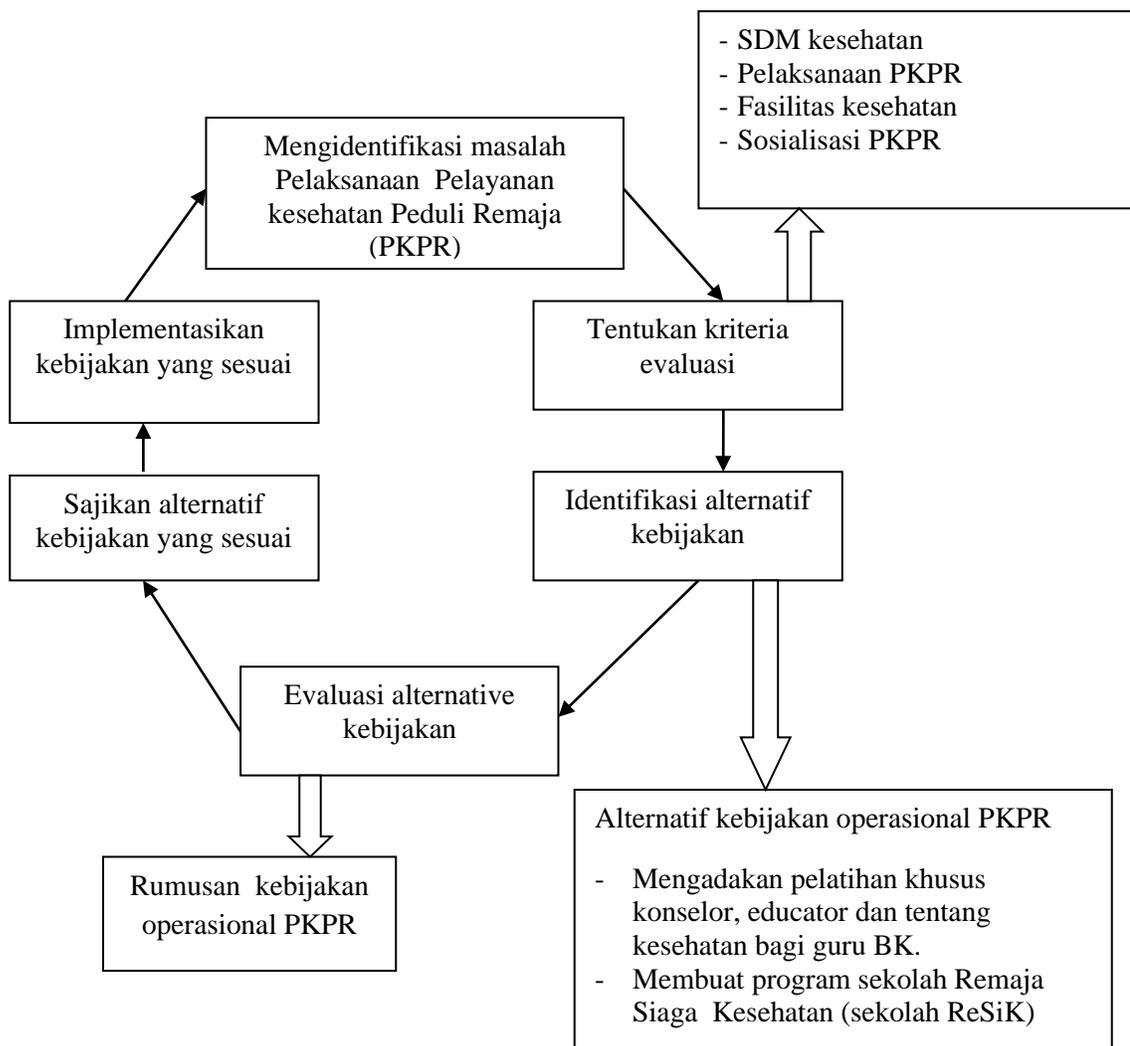
di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta selatan. Dalam penyusunan alternatif kebijakan operasional PKPR mengacu kepada cara yang bisa digunakan dalam menurunkan/mengatasi masalah remaja meliputi: Mengadakan pelatihan khusus konselor, educator dan kesehatan bagi guru BK, membuat sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah Resik).

Kerangka pikir dan definisi istilah akan penulis sesuaikan agar mampu mencapai tujuan dari penelitian yang ingin dicapai dan dimaksud sesuai dengan konteks penelitian yang ada dengan konteks lingkungan sosial dan fisik serta subyek penelitian. Sedangkan untuk menyusun alternatif kebijakan dalam pemecahan permasalahan menggunakan analisis kebijakan dengan model klasik proses pemecahan masalah versi Patton dan Savicky.

Pertama, mendefinisikan masalah pelaksanaan PKPR menggunakan langkah-langkah sebagai berikut: menetapkan masalah, menetapkan batasan masalah, mengembangkan landasan fakta, mengidentifikasi payung kebijakan, memaparkan potensi biaya dan manfaat, mengevaluasi ulang pernyataan masalah.

Dua, tentukan kriteria evaluasi merupakan pernyataan khusus tentang sasaran yang akan digunakan untuk mengevaluasi alternatif kebijakan operasional PKPR. Dimensi penting tersebut termasuk biaya, manfaat, keefektifan, risiko, viabilitas politik, kemudahan administratif, legalitas, ketidakpastian, kesetaraan dan waktu.

Tiga, identifikasi alternatif kebijakan, dalam tahap ini merumuskan alternatif kebijakan yang diusulkan. Empat, evaluasi alternatif kebijakan yang akan diambil yaitu apakah semua alternatif yang sudah diambil sudah tepat dan seberapa besar risikonya. Lima, pemilihan kebijakan yang sesuai, proses ini merupakan evaluasi alternatif kebijakan dari sisi teknis, ekonomi dan politik dikaitkan dengan implementasinya. Enam, implementasi kebijakan yang sesuai, dalam tahap ini sama pentingnya implementasi dengan kebijakan itu sendiri sehingga kegagalan implementasi merupakan kegagalan kebijakan. Agar lebih jelas lihat gambar dibawah ini:



Gambar 3.1 Kerangka Pikir Teori Analisis Kebijakan Versi Patton dan Savicky
Sumber: Nugroho, 2011

3.2 Definisi Istilah

Untuk memperjelas istilah-istilah yang terdapat didalam penelitian ini maka peneliti menggunakan definisi istilah yaitu:

1. SDM Kesehatan

Dokter, perawat, dan bidan yang memberikan Pelayanan Kesehatan kepada remaja, mempunyai perhatian dan peduli, baik budi dan penuh pengertian, bersahabat, memiliki kompetensi teknis dalam memberikan pelayanan khusus kepada remaja, mempunyai keterampilan komunikasi interpersonal dan konseling dan telah mengikuti pelatihan/pembinaan PKPR. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

2. Pelaksanaan PKPR

Usaha yang dilakukan untuk melaksanakan semua rencana dan kebijakan PKPR yang telah dirumuskan dan ditetapkan. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara mendalam dan observasi.

3. Fasilitas Kesehatan

Sarana /ruang untuk melaksanakan kegiatan PKPR yang bersifat privasi di dalam maupun di luar gedung Puskesmas. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

4. KIE

Upaya untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan remaja dengan menyampaikan gagasan, maupun fakta yang perlu diketahui oleh remaja dengan proses perubahan perilaku kearah yang positif. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

5. Konselor Sebaya

Pendidik sebaya yang berminat, berbakat, dan sering menjadi tempat cihat bagi teman yang membutuhkannya dan sudah mengikuti pelatihan keterampilan *interpersonal relationship* dan konseling. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

6. Partisipasi Masyarakat

Keikutsertaan masyarakat atau remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan ikut merasakan manfaat dari hasil kegiatan tersebut. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

7. Manajemen Kesehatan

Pedoman untuk mengatur para petugas kesehatan maupun petugas lain untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

8. Sosialisasi PKPR.

Memperkenalkan PKPR di Puskesmas, lingkungan masyarakat, dan sekolah-sekolah dengan tujuan agar seluruh masyarakat mengetahui manfaat dan keberadaan PKPR. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

9. Pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi guru BK

Mengadakan pelatihan khusus konselor sebaya, edukator sebaya dan tentang kesehatan bagi guru BK yang di laksanakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan Puskesmas secara rutin. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

10. Sekolah ReSiK

Merupakan sekolah remaja siaga kesehatan yang bertujuan agar remaja siaga kesehatannya selama 24 jam terutama selama ada disekolah, termasuk kesehatan reproduksinya. Alat ukur yang digunakan yaitu dengan pedoman wawancara, dengan cara ukurnya adalah wawancara dan observasi.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian dan Rancangan

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat kualitatif dengan menggunakan pendekatan *fenomenologi* yaitu penelitian dimana peneliti mengeksplorasi pengalaman manusia terhadap suatu kejadian atau fenomena tertentu, dan peneliti mengkaji secara langsung dan detail kepada beberapa informan (Moustakas, 1994 dalam Creswell, 2010).

Desain penelitian ini termasuk jenis penelitian kualitatif dengan fokus utama menyusun alternatif kebijakan operasional pelayanan kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta selatan. Metode kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis maupun lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati (Bogdan dan Taylor dalam Moleong, 2007).

Alasan pemilihan metode kualitatif adalah karena peneliti dapat melihat dan mengamati langsung masalah kesehatan yang terjadi pada remaja, dimana peneliti bekerja di rumah sakit sering menerima dan merawat pasien remaja rujukan dari Puskesmas, klinik maupun datang sendiri karena menderita penyakit serius akibat dari perilaku berisiko yang dilakukan oleh remaja

seperti; Seks pranikah, kehamilan tidak diinginkan, abortus yang tidak sehat, IMS, HIV/AIDS, NAPZA, dan lain sebagainya, dari masalah ringan sampai dengan permasalahan kesehatan yang membutuhkan penanganan serius/khusus. Sehubungan dengan itu, peneliti ingin mengetahui bagaimana peran Puskesmas dalam mengimplementasikan PKPR sehingga remaja mengetahui keberadaan dan mau memanfaatkannya.

Rancangan penelitian ini menggunakan analisis kebijakan/*Policy Analytical Process* versi Patton-Savicky dalam meneliti alternatif kebijakan operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015.

Patton dan Savicky menilai bahwa analisis kebijakan merupakan proses evaluasi alternatif kebijakan dari sisi teknis, ekonomi dan politik dikaitkan dengan implementasinya. Sehingga dalam kerangka konsepnya dijelaskan tahapan-tahapan yang sangat sederhana, dengan harapan bisa menghasilkan *good governance* yakni pemerintah mengetahui apa yang harus dilakukan dan melakukannya dengan efisien sehingga hasil yang dicapai sesuai dengan harapan publik. Model kebijakan adalah deliberatif atau dikenal dengan bentuk argumentasi yakni, perumusan kebijakan berdasarkan argumentasi berbagai pihak dimana di Indonesia dikenal dengan musyawarah dan mufakat.

4.2. Waktu dan Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan bulan November 2015 di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan. Pemilihan lokasi ini dilakukan

secara sengaja (*purposive*) dengan pertimbangan karena masih banyak remaja yang mengalami masalah kesehatan dan berperilaku seks berisiko. demikian juga remaja yang mengakses PKPR belum banyak disebabkan kurangnya sosialisasi. Selain itu, Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu merupakan lahan praktek mahasiswa STIKIM sehingga memudahkan peneliti untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam penelitian ini.

4.3 Etika Penelitian

Sebagai pertimbangan etik, peneliti meyakinkan bahwa informan terlindung dengan memperhatikan aspek kebebasan untuk menentukan apakah informan bersedia mengikuti atau tidak untuk memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian dan secara sukarela menandatangani informed consent (lembar persetujuan). Selama dan setelah penelitian identitas informan dijaga dan selama kegiatan penelitian informan diberlakukan sama, dengan mengganti informan dengan kode atau nomor (*anonymity*). Informasi yang diterima dari informan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kegiatan penelitian (Polit dan Hanger, 1997).

4.4 Informan

Informan adalah seseorang yang diharapkan dapat memberikan informasi terkait situasi dan kondisi mengenai fokus penelitian. Berbeda dengan penelitian kuantitatif yang menggunakan istilah populasi, sedangkan sampel pada penelitian kualitatif dinamakan nara sumber atau Informan (Sugiyono, 2010).

Namun demikian penelitian kualitatif tidak dimaksudkan untuk membuat generalisasi dari hasil penelitiannya. Subjek penelitian yang menjadi informan akan memberikan berbagai informasi yang diperlukan selama proses penelitian.

Teknik pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* atau teknik sampling disengaja yaitu informan dipilih berdasarkan kriteria tertentu (*representative*) yang ditentukan oleh peneliti (Sugiono, 2005). Jumlah informan dipilih berdasarkan prinsip kesesuaian dan kecukupan. Prinsip kesesuaian artinya informan yang dipilih berdasarkan keterkaitan informan dengan topik penelitian. Untuk memenuhi prinsip kesesuaian, peneliti mencari informan kunci atau key informan yakni remaja yang memanfaatkan dan yang belum pernah memanfaatkan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Sedangkan prinsip kecukupan artinya jumlah sampel yang dipilih disesuaikan dengan jenis dan kedalaman informasi yang dibutuhkan peneliti. Pada penelitian kualitatif jumlah informan tidak menjadi faktor penentu utama tetapi kelengkapan data yang dipentingkan (Mukhtar, 2013). Berdasarkan pertimbangan peneliti, maka ditentukan jenis informan dalam penelitian ini, yaitu:

Tabel 4.1 Jenis Informan Penelitian

Informan	Kode	Keterangan
Remaja yang memanfaatkan PKPR	1 ₁	Informan kunci
Remaja yang memanfaatkan PKPR	1 ₂	Informan kunci
Remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR	1 ₃	Informan kunci
Remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR	1 ₄	Informan kunci
Kepala Puskesmas	1 ₅	Informan pendukung
Koordinator PKPR	1 ₆	Informan pendukung
Koordinator UKS	1 ₇	Informan pendukung
Guru BK	1 ₈	Informan pendukung
LSM	1 ₈	Informan pendukung
Konselor sebaya	1 ₁₀	Informan pendukung

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pelaksanaan penelitian ini adalah pedoman wawancara selama wawancara berlangsung. Metode wawancara kualitatif menggunakan panduan wawancara yang berisi butir-butir pertanyaan untuk diajukan kepada informan. Hal ini ditujukan untuk memudahkan peneliti dalam melakukan wawancara, penggalan data dan informasi.

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data tape *recorder* melalui *hand phone* dan *field notes* beserta alat tulis. Pada penelitian ini alat bantu rekaman yang digunakan adalah telepon genggam (*handphone*). Selanjutnya hasil rekaman wawancara dengan informan dipindahkan ke laptop dalam bentuk MP3, sehingga mempermudah peneliti untuk mendengarkan hasil penelitian. Alat bantu lainnya adalah *field notes* beserta alat tulis.

4.6 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam sebagai sumber data primer. Sedangkan teknik melihat isi dokumen yang berkaitan sebagai sumber data sekunder (Bugin, 2008).

4.6.1 Persiapan Pengumpulan Data

Dalam pelaksanaan penelitian ini peneliti melakukan persiapan pengumpulan data sebagai berikut:

1. Menyusun panduan wawancara/daftar pertanyaan dan catatan lapangan yang dijadikan dasar pengumpulan data dari informan. Panduan wawancara mencakup: Nama, dan institusi, menjelaskan tujuan studi, latar belakang, bagaimana responden terpilih, kerahasiaan responden akan dijamin, serta menjelaskan keuntungan dari hasil penelitian (Sugiono, 2011).
2. Persiapan administrasi meliputi peneliti mengurus surat permohonan penelitian dan memperoleh surat ijin dari STIKIM yang ditujukan kepada Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan dan diselesaikan pada bulan November 2015.

4.6.2 Sumber Data

Sumber data adalah subyek dari mana data tersebut diperoleh. Adapun sumber data dalam penelitian ini adalah;

1. Kepala Puskesmas, koordinator PKPR, koordinator UKS, guru BK, LSM, konselor sebaya, remaja yang memanfaatkan PKPR, dan remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR.
2. Buku-buku yang berhubungan dengan pelaksanaan PKPR.
3. Dokumen/catatan-catatan.

4.6.3 Teknik Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data penelitian memerlukan beberapa metode yang harus dilakukan, karena merupakan salah satu cara yang harus dilaksanakan untuk mendapatkan hasil penelitian yang maksimal. Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti adalah;

1. Metode dokumentasi

Yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, notulen dan laporan (Furqon, 1982). Adapun dokumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah buku laporan tahunan PKPR, arsip kebijakan PKPR, buku pedoman PKPR, dan buku register PKPR.

2. Metode observasi

Yaitu mengadakan pengamatan dan mencatat secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada obyek penelitian (Suharsimi, 1998). Metode ini peneliti gunakan untuk mendapatkan informasi berkaitan dengan keadaan lokasi dan kondisi objek penelitian serta

untuk mengetahui upaya-upaya pengendaliannya dan perilaku subyek peneliti.

3. Metode wawancara/*interview*

Yaitu proses tanya jawab antara peneliti dengan subjek penelitian atau informan dalam satu situasi sosial. Wawancara menggunakan pedoman wawancara yang sudah disiapkan oleh peneliti sesuai dengan rumusan masalah dan pertanyaan penelitian yang akan dijawab melalui proses wawancara (Mukhtar, 2013). Metode wawancara/*interview* ini peneliti gunakan untuk mengumpulkan data melalui proses tanya jawab secara langsung untuk mendapatkan informasi atau keterangan.

4.7 Uji Kredibilitas

Data yang berhasil digali dilapangan dikumpulkan dan dicatat dalam penelitian. Sebelum melakukan analisis dan penafsiran data, maka terlebih dahulu dilakukan uji keabsahan data. Dalam penelitian ini pemeriksaan keabsahan data menggunakan kriteria kredibilitas. Untuk mempertinggi kredibilitas hasil penelitian dilakukan teknik pemeriksaan keabsahan data dengan cara:

1. Perpanjangan Keikutsertaan

Artinya peneliti melakukan penelitian sampai terjadi kejenuhan hingga pengumpulan data tercapai. Peneliti datang ketempat penelitian beberapa kali, hal ini bertujuan untuk:

- 1) Membatasi gangguan dari dampak peneliti pada konteks.
- 2) Membatasi kekeliruan (*biases*) peneliti.
- 3) Memperkecil pengaruh sesaat atau pengaruh dari kejadian-kejadian yang tidak biasa.

Dengan perpanjangan keikutsertaan peneliti akan meningkatkan derajat kepercayaan data yang dikumpulkan (Bungin, 2014).

2. Triangulasi

Triangulasi merupakan salah satu cara paling penting dan mudah dalam uji keabsahan hasil penelitian (Bungin, 2010). Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data dengan menggabungkan beberapa teknik pengumpulan data dan sumber data yang ada pada waktu tertentu (Herdiansyah, 2010). Menurut Denzim (1978) dalam (Moloeng, 2012) mengemukakan empat model triangulasi yang biasa digunakan untuk penelitian kualitatif meliputi: triangulasi sumber data, metode, peneliti, dan teori. Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1) Triangulasi Sumber Data

Triangulasi sumber data dilakukan dengan cara *cross check* data dengan fakta dari sumber lainnya melalui waktu dan cara yang berbeda dengan membandingkan hasil observasi dengan hasil wawancara, serta membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen yang berkaitan, sehingga diperoleh kecocokan dan kesimpulan. Dokumen yang

dikumpulkan pada penelitian ini berupa arsip dari bagian koordinator PKPR, laporan tahunan PKPR tahun 2013 dan tahun 2014 di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan.

2) Triangulasi Metode

Triangulasi metode dilakukan dengan *cross check* beberapa sumber data dengan metode yang sama (Mukhtar, 2013). Dalam penelitian ini untuk mengumpulkan data menggunakan beberapa metode. Selain menggunakan wawancara mendalam sebagai sumber data primer, juga ditunjang dengan data sekunder melalui observasi dan telaah dokumen.

3. Pemeriksaan sejawat melalui diskusi

Artinya dilakukan dengan cara mengekspos hasil sementara atau hasil akhir untuk didiskusikan dengan rekan-rekan sejawat. Teknik ini mengandung beberapa maksud sebagai salah satu teknik untuk menguji keabsahan data.

Dari uraian diatas, maka keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan perpanjangan keikutsertaan, triangulasi, dan pemeriksaan sejawat melalui diskusi. Dimana peneliti melakukan penelitian di lapangan sampai memperoleh data sebanyak-banyaknya maka derajat kepercayaan data yang dikumpulkan dapat ditingkatkan (Bungin, 2012).

4.8 Pengolahan dan Analisis data

Dalam penelitian ini peneliti mengolah data secara manual yang digunakan untuk mengklasifikasi proses transkripsi dan pembuatan matriks untuk pengelompokan jawaban responden atas pertanyaan yang diberikan.

Data yang terkumpul dari hasil rekaman wawancara mendalam selanjutnya dibuat transkrip, dari transkrip yang ada lalu disederhanakan dalam bentuk matriks yang kemudian dicari kata kuncinya. Namun tetap peneliti menggunakan teknik analisa secara umum pada pendekatan kualitatif yaitu: setelah semua data terkumpul dan diolah, maka tahapan selanjutnya adalah melakukan analisa data dengan teknik analisis isi (*content analysis*). Dari setiap variabel dan sub variabel diidentifikasi sesuai dengan analisis kebijakan versi Patton dan Savicky.

Setelah itu dilakukan validitas data dengan melakukan triangulasi sumber data dengan cross check dengan sumber lain, triangulasi metode dengan melakukan pengumpulan data wawancara mendalam dengan informan dan telaah dokumen kebijakan.

BAB V

GAMBARAN UMUM PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU

5.1 Keadaan Geografis

Wilayah Kecamatan Pasar Minggu terbagi atas tujuh kelurahan dengan 65 RW, 725 RT, 90.794 dan 299.693 jiwa dengan kepadatan penduduk 13,815 per KM. Wilayah Kecamatan pasar Minggu terletak dibagian selatan Ibu Kota DKI Jakarta. Ketinggian wilayah Kecamatan Pasar Minggu kira-kira 26 M di atas permukaan laut, suhu rata-rata 27⁰C, curah hujan rata-rata 180.3 mm/tahun, dan dibatasi oleh dua buah sungai yaitu sungai Ciliwung di sebelah timur dan sungai Krukut di sebelah Barat.

5.1.1 Batas-batas wilayah Kecamatan Pasar Minggu

1. Sebelah Utara : Jl. Empang Tiga, Jln. H. Samali dan Jln. Pulo,
Kecamatan Pancoran
2. Sebelah Barat : Kali Krukut Kecamatan Cilandak
3. Sebelah Timur : Kali Ciliwung Kecamatan Kramat Jati Jakarta Timur.
4. Sebelah Selatan : Kecamatan Jagakarsa

5.2 Jumlah Kepala Keluarga dan Jiwa

**Tabel 5.1 Jumlah Kepala Keluarga dan Jiwa Wilayah
Kecamatan Pasar Minggu Tahun 2015**

Kelurahan	Luas Wilayah	RW	RT	KK	Jiwa
Pasar Minggu	276,8	10	110	8.614	29.090
Kebagusan	266	8	87	14.389	47.398
Jatipadang	152	10	101	13.316	43.056
Ragunan	504,74	11	108	13.316	45.759
Cilandak Timur	352,66	7	72	10.703	31.547
Pejaten Barat	289,272	8	101	12.928	42.468
Pejaten Timur	297	11	146	19.750	67.963
Kecamatan	2138,472	65	725	93.425	306.237

Sumber: Diklat Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

5.3 Jumlah Institusi Pendidikan

1. Jumlah Sekolah Umum

**Tabel 5.2 Jumlah Institusi Pendidikan di Wilayah Kecamatan Pasar Minggu Pasar
Minggu Tahun 2015**

NO	Kelurahan	TK	SD		SLTP		SLTA		PT
			SD	MI	SMP	MTS	SMA	SMK	
1	Pasar Minggu	12	10	3	3	0	1	4	2
2	Kebagusan	10	7	3	0	1	0	2	1
3	Jatipadang	6	7	4	4	0	1	2	0
4	Ragunan	10	13	4	3	0	3	2	1
5	Cilandak Timur	6	12	2	6	2	2	6	1
6	Pejaten Barat	9	13	3	4	1	1	2	0
7	Pejaten Timur	11	15	5	3	1	1	1	0
	Kecamatan	64	77	24	23	5	9	19	5

Sumber: Diklat Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

2. Sekolah Luar Biasa ada 1 buah: SLB Wimar Asih Gonzaga Ragunan
3. Pesantren 1 buah: Pesantren Almahmubiyah Cilandak Timur
4. Yayasan yatim piatu Karya Bakti di kelurahan Jati Padang dan yayasan yatim piatu di Kebagusan.

5.4 Visi dan Misi Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

5.4.1 Visi

Puskesmas sebagai unit pelayanan prima yang profesional, terjangkau, mandiri dan berkesinambungan, serta mengutamakan kepuasan pelanggan.

5.4.2 Misi

1. Memberdayakan sumber daya manusia dalam menghadapi era globalisasi.
2. Mengembangkan mutu pelayanan secara optimal baik promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
3. Menggalang kerjasama dengan mitra kerja
4. Menggalang system pemasaran Puskesmas

5.5 Tujuan

1. Mengembangkan profesionalisme sumber daya manusia bidang medis dan non medis.
2. Terwujudnya penempatan karyawan sesuai dengan keahliannya

3. Meningkatkan prestasi kerja dan kinerja karyawan
4. Terwujudnya mutu pelayanan kesehatan yang paripurna untuk kepuasan pelanggan
5. Terwujudnya system manajemen Puskesmas
6. Terwujudnya kerjasama dengan mitra kerja dan instansi pendidikan.

5.6 Program Prioritas DKI Jakarta

1. Pembiayaan Yankes Gakin
2. Pemberantasan penyakit menular: Memerangi DBD, TBC, HIV-AIDS, dan Narkoba.
3. Peningkatan gizi masyarakat
4. Peningkatan KIA
5. Peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana kesehatan
6. Peningkatan mutu pelayanan dan penertiban pelayanan kesehatan
7. Peningkatan mutu SDM dan penertiban SDM kesehatan
8. Sistem informasi, promosi, dan sosialisasi program-program kesehatan.

PKPR termasuk dalam peningkatan mutu pelayanan dan terkait program lainnya antara lain KIA, HIV, KB, NARKOBA dll.

5.7 Pelayanan Dalam Gedung

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. Unit Pelayanan Umum | 18. Unit Pelayanan LJSS |
| 2. Unit Pelayanan Askes | 19. Unit Pelayanan Kesehatan Haji |
| 3. Unit Pelayanan Gigi | 20. Unit Pelayanan Fisioterapi |
| 4. Unit Pelayanan MTBS | 21. Unit Pelayanan Laboratorium |

5. Unit Pelayanan KIA
6. Unit Pelayanan KB
7. Unit Pelayanan Gizi
8. Unit Pelayanan TB Paru
9. Unit Pelayanan THT
10. Unit Pelayanan Kulit
11. Unit Pelayanan Akupunktur
12. Unit Pelayanan DM
13. Unit Pelayanan IMS
14. Unit Pelayanan Kesehatan Jiwa
15. Unit Pelayanan PKPR
16. Unit Pelayanan Lansia
17. Unit Pelayanan KDRT
22. Unit Pelayanan Radiologi
23. Unit Pelayanan Apotik dan Gudang
24. Unit Pelayanan Spesialis Anak
25. Unit Pelayanan Spesialis Obgin
26. Unit Pelayanan Spesialis Neurologi
27. Unit Pelayanan Spesialis Mata
28. Unit Pelayanan Tindakan Medis
29. Unit Pelayanan 24 jam
30. Unit Pelayanan Loker dan RM
31. Unit Pelayanan RB
32. Kepegawaian
33. Pengadaan
34. Pemeliharaan

5.8 Kegiatan Luar Gedung (Kesehatan Masyarakat)

1. P2M (DBD, TB, HIV, NAPZA dll)
2. Kesehatan Lingkungan
3. Surveillance
4. Gizi Masyarakat
5. Promoi Kesehatan
6. Peran Serta masyarakat (PSM)
7. UKS dan PKPR
8. Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)

9. Usaha kesehatan Kerja (UKK)

5.9 Profil Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja)

5.9.1 Sejarah Singkat

Pada tahun 1998 telah dilatih tenaga KRR (Kesehatan reproduksi remaja) sebanyak 12 orang terdiri dari tenaga dokter 6 orang, perawat 6 orang dari Puskesmas se kecamatan pasar Minggu. Dengan pelatih dari Pusat perinasia DepKes RI dan dari PKIP FKM UI. Kegiatan petugas terlatih KRR adalah sosialisasi kesehatan reproduksi dengan sasaran remaja sekolah se Jakarta Selatan.

Pada tahun 2001 program PKPR Puskesmas kecamatan Pasar Minggu dikunjungi oleh WHO. Oleh karena kunjungan remaja ke klinik KRR sangat terbatas, WHO memberikan masukan agar dibentuk klinik remaja dan semua pasien usia 10-19 tahun dilayani di klinik PKPR. Untuk mengetahui permasalahan remaja petugas kesehatan wajib untuk melakukan skrining dan konseling.

pada tahun 2008 petugas PKPR yang terdiri dari dr sarining Rahajoe, dr Wida Wildani dan Ni Made jendri mengikuti TOT PKPR di Dinas Kesehatan DKI Jakarta dan sejak itu kegiatan PKPR meliputi pelayanan remaja dalam gedung dan luar gedung di sekolah dan karang taruna.

Sejak tahun 2013 PKPR mulai dilaksanakan secara intensif meliputi kegiatan dalam gedung dan luar gedung. Pelayanan klinik remaja dilakukan setiap hari Senin dan Rabu dan setiap hari sesuai permintaan. Kegiatan konseling remaja di klinik remaja dibantu oleh mahasiswa magang S2 psikologik klinis dewasa Fakultas Psikologi UI.

5.9.2 Data Sasaran Remaja

1. Jumlah penduduk 299.142 jiwa, Jumlah usia remaja 10-19 tahun 20% sebanyak 59.828 jiwa.
2. Jumlah sekolah sasaran PKPR SD, SMP sampai PT dan SLB berjumlah 164 sekolah.
3. Jumlah anggota karang taruna ada di 7 kelurahan dan ada di setiap RW (data belum ada).

5.9.3 Jenis Pelayanan Dalam dan Luar Gedung

1. Kegiatan dalam gedung antara lain;
 - 1) Pelayanan remaja di klinik remaja “Genuine”
 - a. Setiap Senin dan Rabu di lantai 3
 - b. Setiap rabu pelayanan ibu hamil remaja baru di lantai 1
 - c. Setiap saat by request (sesuai permintaan)
 - d. Bisa melalui media sosial seperti telp, SMS, WA, BBM dll
 - a. Pelayanan klinik PKPR melayani:

- b. Usia 10-19 tahun baik yang belum menikah maupun yang sudah menikah.
- c. Orang tua remaja yang membutuhkan konsultasi anaknya
- d. Guru yang membutuhkan konsultasi muridnya
- e. Keluarga yang mengalami gangguan psikologis, KDRT, KTA

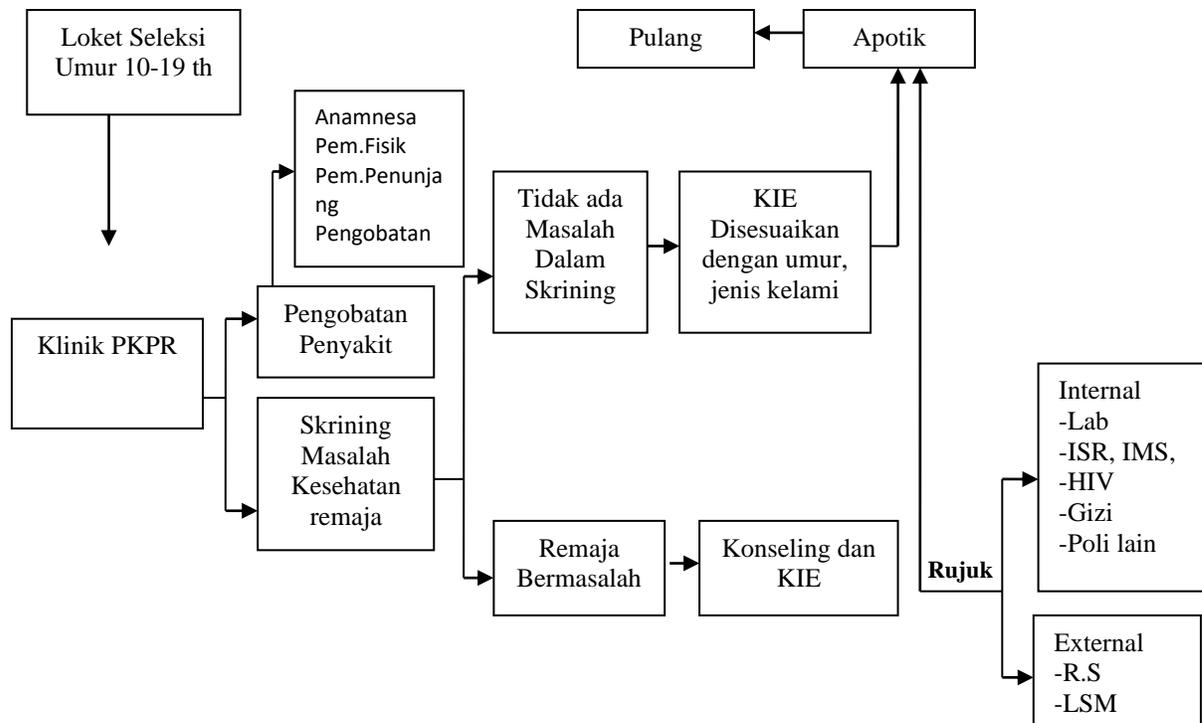
2) Pelayanan meliputi:

- a. Skrining masalah remaja
- b. Konseling
- c. KIE (penyuluhan)
- d. Pengobatan
- e. Rujukan ke unit lain atau ke lembaga/institusi terkait (RS, UPPA, P2TP2A, LSM, LK3)Konsultasi psikolog

3) Alur Pelayanan Remaja

Melalui satu pintu di klinik PKPR dan banyak pintu di berbagai poliklinik lain. Alur seperti halaman berikut:

Alur Pelayanan Klinik PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu



Gambar 5.1 :Alur pelayanan klinik PKPR Puskesmas kecamatan Pasar Minggu
Sumber: PKM Kec Pasar Minggu (2014)

4) Skrining masalah remaja

- a. Pemeriksaan fisik head to toe, BB/TB (IMT)
 - a) Tanda-tanda penyakit
 - b) Tanda-tanda anemia, KEK
 - c) Tanda-tanda kekerasan/KtP
 Jenis pelayanan: Terapi dokter, KIE, k/p rujukan
- b. Apa yang sudah diketahui/menggali pengetahuan remaja tentang PKPR.
 - a) Konsep diri, potensi remaja
 - b) Perubahan fisik dan psikis
 - c) Masalah yang mungkin timbul dan cara menghadapinya tentang perilaku hidup sehat pada remaja
 - Pemeliharaan kesehatan (gizi, personal hygiene)
 - hal-hal yang perlu dihindari (Npaza, seks bebas)
 - Pergaulan yang sehat antara laki-laki dan perempuan
 Tentang persiapan berkeluarga
 - Kehamilan, KB, IMS, HIV/AIDS
 → Jenis pelayanan: KIE dengan bantuan media KIE (Klarifikasi pengetahuan remaja yang keliru atau kurang).
- c. Masalah psikis, perilaku, sosial, yang dihadapi:

- a) Merokok, Napza, sex, hubungan tidak harmonis, kekerasan, tawuran.
- b) Pergaulan antara laki-laki dan perempuan
- c) Prestasi/semangat belajar menurun

—► Jenis pelayanan: Konseling sesuai permasalahan yang dihadapi remaja.

2. Kegiatan Luar Gedung

1) KIE

- a. Penyuluhan kepada remaja dan guru disekolah
- b. Penyuluhan kepada anggota karang taruna di masyarakat
- c. Penyuluhan kepada orang tua remaja
- d. Penyuluhan kepada komunitas anak kelompok khusus seperti anak jalanan, anak sekolah kejar paket, dll.
- e. Penyuluhan kepada tokoh masyarakat

2) Pembentukan dan pembinaan konselor dan educator sebaya

- a. Di sekolah : Bekerjasama dengan guru BK, kelas keputrian, dan program BKKBN (PIK R)
- b. Di masyarakat: Membentuk PIK R jalur masyarakat bekerjasama dengan BKKBN. Memberdayakan tokoh masyarakat bekerjasama dengan LK3 Dinsos

3) Mengembangkan klinik UKS PKPR di sekolah

4) Mediasi kasus

5) Kunjungan rumah

5.9.4 Jejaring

PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu mempunyai jejaring antara lain:

1. Lintas program antara lain KIA, IMS/HIV, RB
2. Lintas sektoral seperti kantor Camat, Lurah, Dikmenti, Dikdas, Dinsos, BKKBN/PLKB
3. Lembaga lain antara lain LK3, Dinsos, BNN Kota
4. Lembaga rujukan kasus antara lain: RS, UPPA Kepolisian, P2TP2A
5. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

**Tabel 5.3 Daftar Jejaring PKPR Puskesmas Kecamatan
Pasar Minggu Tahun 2015**

Kelurahan	Nama Mitra		Bentuk kemitraan
Pasar Minggu	LSM	Dilts Foundations	Yayasan anak jalanan
		Yayasan Marga Sejahtera	Kesehatan remaja dan keluarga miskin
		Yayasan Pulih	Yayasan untuk bantuan KDRT
Ragunan	LSM	Kesuma Jaya Mandiri	Konsultasi kesejahteraan keluarga
		Yayasan Ayah Bunda Cintaku	Pendidikan dan pelatihan remaja berkebutuhan khusus
Kebagusan	LSM	Yayasan putung Yapusa	Yatim piatu
		Panti Asuhan Yatim Piatu	Yatim piatu
Luar wilayah	LSM	Yayasan Hidup Positif	Pengendalian HIV
		Yayasan Kapeta	Sda
		Yayasan Layak	Sda
		Yayasan Srikandi Sejati	Sda
		Yayasan M'Pati	Pelayanan anak autis
		Terre Des Hommes	Pencegahan

			eksploitasi anak
		Yayasan Maharani	HIV
	Kepemudaan	Karang Taruna	PIK remaja jalur masyarakat
	Lembaga Pendidikan	Semua lembaga pendidikan yang magang di Puskesmas Kec, Pasar Minggu (Wajib)	Promkes dan semua program terkait

Sumber: Diklat Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

5.9.5 Penyuluhan PHBS di Sekolah

Tabel 5.4 Daftar PHBS di Sekolah di Wilayah Kecamatan Pasar Minggu Tahun 2014

NO	Nama Sekolah	Jumlah Murid	Keterangan
1	SD 01 Kebagusan	60	2x
2	SD 14 Ragunan	30	
3	SD 08 Ragunan	30	
4	SD 01 Pasar Minggu	30	
5	Sd 05 Jatipadang	30	
6	SD 06 Jatipadang	30	
7	SD 12 Pejaten Barat	30	
8	SD 01 Cilandak Timur	30	
	8 SD	270 Murid	

Sumber: Diklat Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu

BAB VI

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini penulis menghadapi beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi kondisi dari penelitian yang dilakukan. Adapun keterbatasan tersebut antara lain:

6.1.1 Keterbatasan dalam Mengumpulkan Informasi

Adanya keterbatasan penelitian dengan menggunakan panduan wawancara yaitu terkadang jawaban yang diberikan oleh informan tidak menunjukkan keadaan yang sesungguhnya, sehingga peneliti mengalami kesulitan saat membuat pembahasan.

6.1.2 Keterbatasan Kemampuan Peneliti

Kemampuan yang peneliti miliki masih terbatas, mengingat peneliti belum mempunyai pengalaman dalam melakukan penelitian kualitatif sehingga masih banyak faktor yang belum bisa digali lebih dalam. Demikian juga dengan terbatasnya kemampuan peneliti dalam mengolah data kualitatif dengan menggunakan nvivo, dimana peneliti belum pernah belajar tentang nvivo sehingga dalam penelitian ini peneliti mengolahnya secara manual.

6.1.3 Keterbatasan Waktu Penelitian

Penelitian ini berjudul alternatif kebijakan operasional PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Karena memiliki keterbatasan dalam hal waktu, maka penelitian ini hanya sampai pada tahap merumuskan beberapa alternatif kebijakan dan peneliti melakukan konfirmasi kepada koordinator PKPR dan kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu untuk pemilihan alternatif kebijakan yang akan digunakan untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR. Sehingga alternatif kebijakan yang akan digunakan tidak dapat dievaluasi keefektifitasannya. Diharapkan dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengevaluasi keefektifitas kebijakan operasional yang digunakan untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR.

6.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan, pengumpulan data dengan wawancara mendalam kepada kepala Puskesmas, koordinator PKPR, koordinator UKS, guru BK (Bimbingan Konseling), konselor sebaya, LSM yang diikutsertakan dalam penelitian ini adalah Yayasan Kusuma Mandiri dibawah bimbingan ibu Hj.Suwartini Djuarno, remaja pengguna (yang memanfaatkan PKPR), dan remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR. Observasi penelitian dilakukan dengan mengamati fenomena yang ada pada kebijakan operasional pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR).

Hasil wawancara yang telah direkam dengan alat perekam suara ditranskrip agar memudahkan peneliti dalam menelaah informasi yang telah didapat. Kemudian transkrip disusun sesuai dengan orang yang dituju, setelah dibuat transkrip peneliti membuat matrix hasil wawancara, peneliti mengelompokkan kata kunci yang ditanyakan kepada informan lalu menuangkan satu persatu pembicaraan informan ke dalam matrix sesuai kata kunci. Penulis juga menampilkan telaah dokumen dan hasil observasi sebagai triangulasi jawaban informan dengan hasil yang ditemukan.

6.3 Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini adalah; Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, koordinator PKPR, koordinator UKS, guru BK, LSM, konselor sebaya, remaja yang memanfaatkan PKPR, dan remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR. Karakteristik informan dapat dilihat dari usia, pendidikan yang akan ditampilkan pada tabel halaman ini.

6.3.1 Karakteristik Informan Kunci

Tabel 6.1 Karakteristik Informan Kunci

Kode	Informan Kunci	Usia (Tahun)	Pendidikan
A_1	Remaja yang memanfaatkan PKPR	19	SMK
A_2	Remaja yang memanfaatkan PKPR	16	SMK kls XI
A_3	Remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR	14	SMK kls X
A_4	Remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR	15	SMP kls IX

Informan kunci merupakan sumber informasi utama yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Informan kunci dalam penelitian ini ada empat orang terdiri dari dua orang informan yang memanfaatkan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, dan dua orang lagi adalah remaja yang belum pernah memanfaatkan PKPR tetapi sekolah di wilayah binaan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Adapun pemilihan informan untuk mengetahui apakah ada perbedaan pengetahuan antara yang memanfaatkan dengan yang belum pernah memanfaatkan PKPR.

6.3.2 Karakteristik Informan Pendukung

Informan pendukung merupakan sumber informan yang akan mendukung informasi kunci, informan pendukung dalam penelitian ini diperoleh dari enam sumber yaitu; Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, koordinator PKPR, koordinator UKS, guru BK, ketua yayasan Kusuma Mandiri (LSM), dan konselor sebaya.

Tabel 6.2 Karakteristik Informan Pendukung

Kode	Informan Pendukung	Usia	Pendidikan	Lama Kerja
A ₅	Kepala Puskesmas Kec Pasar Minggu	52	S1 Kedokteran gigi	1,5 tahun
A ₆	Koordinator PKPR	50	S2 Psikologi	10 tahun
A ₇	Koordinator UKS	53	D3	5 tahun
A ₈	Guru BK	39	S1	15 tahun
A ₉	Ketua yayasan Kusuma Mandiri (LSM)	73	S1	5 tahun
A ₁₀	Konselor sebaya	14	SMP kls IX	1 tahun

Jumlah informan pendukung yang berasal dari Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu berjumlah 3 orang, berusia antara 50-53 tahun dan telah memegang wilayah binaan ini selama masa kerja diatas 1 tahun dengan latar belakang pendidikan D3 sampai dengan S2. Sedangkan guru BK, diwilayah binaannya/tanggungjawabnya berusia 39 tahun, pendidikan S1 BK dengan masa kerja 15 tahun. Ketua yayasan Kusuma Mandiri (LSM) berusia 73 tahun, pendidikan S1 dengan masa kerja 5 tahun, bekerja sama dengan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu unuk melayani remaja di daerah Jl Cilandak gang Abah RT05/RW 05 Ragunan dan sekolah-sekolah pinggiran yang belum mendapat perhatian dari Puskesmas dan membutuhkan pelayanan. Selanjutnya adalah konselor sebaya berusia 14 tahun dan sudah 1 tahun melayani sebagai konselor sebaya di sekolahnya. Informan pendukung dalam penelitian ini digunakan untuk mengkonfirmasi dan mengklarifikasikan bagaimana alternatif kebijakan operasional PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu.

6.4 Hasil Analisis Tematik

Penelitian kualitatif yang dilakukan terkait dengan alternatif kebijakan operasional PKPR menghasilkan temuan berdasarkan tujuan penelitian yang telah disusun sebelumnya. Hasil analisis tematik mengidentifikasi 9 tema pada penelitian ini yaitu: 1) Pengetahuan, 2) Kebijakan/aspek legal, 3) Anggaran, 4) SDM kesehatan, 5) Fasilitas kesehatan, 6) Kegiatan KIE,

7) Konselor sebaya, 8) Partisipasi masyarakat, 9) Manajemen kesehatan. Adapun temuan penelitian tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

6.4.1 Pengetahuan Terkait PKPR

Hasil wawancara mendalam terkait pengetahuan informan terhadap PKPR, sebagian informan kunci menjawab tidak mengetahui pengertian PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja), namun setelah dijelaskan apa itu PKPR mereka baru mengetahui PKPR yang dimaksud, mereka juga belum pernah memanfaatkan PKPR sebelumnya. Namun, menurut remaja dengan adanya PKPR mereka bisa jurhat mengenai masalah yang sedang dialami. Sebagian besar informan kunci tidak mengetahui keberadaan PKPR, tetapi ada 1 orang diantaranya yang menganggap keberadaan PKPR hanya ada di Puskesmas saja. Kurangnya pengetahuan remaja terhadap PKPR merupakan salah satu penyebab remaja tidak memanfaatkan PKPR. Beberapa pernyataan informan terkait pengertian, memanfaatkan, manfaat, dan keberadaan PKPR dapat dilihat pada uraian dibawah ini.

“Tidak tahu” “Tidak pernah memanfaatkan” “Bisa sharing kalau ada masalah” “Tidak tahu” (A₁)

“Tidak tahu, belum pernah, tidak tahu, tidak tahu”. (A₂)

“Pelayanan kesehatan, belum pernah, ya bermanfaat bisa dilayani orang-orang yang kurang sehat dikasih tau gitu, dikasih penjelasan, tidak tahu... di Puskesmas ada kali...” (A₃)

“Kesehatan tentang remaja, nga pernah, ya bermanfaat mungkin membuat sehat kali, tidak tahu”. (A₄)

Menurut informan pendukung yaitu kepala puskesmas, koordinator PKPR, dan koordinator UKS menyatakan bahwa PKPR sangat bermanfaat dan banyak manfaatnya, karena dengan adanya klinik PKPR bisa membantu remaja mengenali dan mengatasi masalah yang sedang dihadapi misalnya kalau dia gemuk atau kurus serta mengetahui bahaya rokok. Hal senada juga diungkapkan oleh guru BK, dengan adanya PKPR di sekolah guru BK dimudahkan menyampaikan kepada siswa tentang pengetahuan kesehatan remaja itu sendiri sehingga remaja mampu mengenali dan mengatasi masalah yang sedang dihadapi. Begitu juga menurut konselor sebaya PKPR menjadi sumber informasi dan pusat konseling bagi remaja. Terkait dengan pengetahuan informan tentang keberadaan PKPR, hampir semua informan pendukung menjelaskan bahwa remaja bisa memanfaatkan PKPR di Puskesmas atau di sekolah, juga dapat memanfaatkan PKPR di rumah sakit tapi tidak semua rumah sakit memiliki PKPR. Berikut pernyataan informan dari hasil triangulasi sumber data yang peneliti dapatkan.

“Sangat bermanfaat, banyak manfaatnya karena dengan adanya PKPR paling tidak bisa sedikit mengurangi beban yang ada pada remaja itu sendiri”. “Kalo di sekolah bisa, karena sudah ada yang namanya apa...apa yah, konselor sebaya terutama di SMP di SMA itu sudah mulai ada konselor sebaya, mereka bisa jadi wadah untuk remaja itu sendiri”. (A₅).

“Banyak manfaatnya, salah satunya bisa membantu remaja itu untuk mengenali dan mengatasi masalah yang sedang dihadapi”. “Tergantung kebutuhannya apa, kalau untuk pelayanan kesehatan ya disemua pelayanan kesehatan bisa, tapi kalau khusus masalah-masalah psikososial biasanya ada di PKPR, Puskesmas, ada juga di rumah sakit”. (A₆).

“Sangat bermanfaat, manfaatnya remaja jadi tahu dia ada masalah jadi dia bisa menyelesaikan masalahnya kalau dia ke PKPR, misalnya kalau dia gemuk atau kurus dan bahaya merokok, dari tidak tahu menjadi tahu banyak hal”. Di Puskesmas, semua Puskesmas harus bisa”. (A₇)

“Ya...membantu tugas saya sebagai guru BK menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan remaja, atinya dengan adanya PKPR ini saya dimudahkan menyampaikan kepada siswa tentang pengetahuan kesehatan remaja itu sendiri”. “Disekolah kami bisa, sebenarnya di Puskesmas juga ada ya”. (A₈).

“Sangat bermanfaat, mampu memberikan informasi untuk saya sebagai remaja dan menjadikan pusat konseling bagi saya”. “Di PKPR sekolah dan Puskesmas”. (A₁₀).

Menurut peneliti, dengan adanya pengetahuan tentang hidup sehat seseorang akan mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatannya, sehingga semakin tinggi pengetahuan seseorang akan kesehatan maka semakin besar kemungkinan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan kesehatannya.

Hasil penelitian Lukiono (2010), menyebutkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan, itu ditentukan oleh salah satu faktor yaitu pengetahuan. Hal ini diperkuat dengan temuan Siria (2014), dalam penelitiannya tentang pengaruh pengetahuan dan dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku pemanfaatan PKPR pada remaja di 3 SMA Kecamatan Kapuas Sanggau menyatakan bahwa pengetahuan remaja berpengaruh positif terhadap perilaku pemanfaatan PKPR.

Demikian juga dengan hasil penelitian Yoga (2013), Banyaknya siswa yang mempunyai tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi rendah dipengaruhi beberapa faktor, antara lain akses informasi tentang kesehatan

reproduksi kurang banyak dan budaya masyarakat yang masih beranggapan bahwa pengetahuan tentang kesehatan reproduksi adalah hal yang tabu.

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan seseorang salah satunya dipengaruhi oleh informasi yang tersedia baik dari pendidikan formal maupun non formal. Kegiatan PKPR berupa penyuluhan dan pembinaan kader sendiri merupakan salah satu kegiatan dalam pemberian informasi dan pendidikan kesehatan bagi remaja yang membutuhkan serta bermanfaat menambah wawasan tentang kesehatan remaja.

Faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat adalah pengetahuan dan sikap seseorang terhadap apa yang akan dilakukan. Dengan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan yang tinggi, masyarakat mampu memelihara dan melindungi dirinya dari segala bentuk ancaman kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Agar masyarakat mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, masyarakat harus mempunyai pengetahuan kesehatan yang baik. Dengan demikian, pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2012).

Teori Taksonomi pendidikan Bloom dalam (Budiman, 2013) yang dikenal dengan Segitiga Taksonomi Pendidikan menyatakan bahwa yang mendeskripsikan keterampilan yang diperuntukkan guna mencapai perubahan perilaku yang awalnya tidak tahu menjadi tahu, yang awalnya tidak mau menjadi mau, dan awalnya tidak bergerak menjadi bertindak adalah salah satunya faktor adanya pengetahuan yang baik. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang positif terhadap pelayanan kesehatan remaja, akan merubah remaja untuk mau memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada dengan baik dan positif juga.

Pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) adalah suatu model pelayanan kesehatan bagi remaja di Puskesmas yang dikembangkan oleh direktorat kesehatan keluarga departemen kesehatan. Program PKPR mempunyai sasaran yaitu semua remaja usia 10 - 19 tahun dan belum menikah, remaja yang dimaksud disini adalah remaja baik sekolah maupun tidak, dan dapat dilaksanakan di dalam maupun diluar gedung seperti di Puskesmas, Rumah Sakit, sekolah, pesantren, atau sentra-sentra dimana remaja berkumpul seperti mall. Dalam pelaksanaan PKPR di Puskesmas, remaja diberikan pelayanan khusus melalui perlakuan khusus yang disesuaikan dengan keinginan, selera dan kebutuhan remaja. Secara khusus, tujuan dari program PKPR adalah meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, meningkatkan pemanfaatan Puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja

dalam pencegahan masalah kesehatan dan meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja (Kemenkes RI, 2011).

Dengan demikian, dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan remaja masih kurang atau boleh dikatakan tidak tahu terkait PKPR, dimana remaja tidak bisa menyebutkan pengertian, manfaat, serta keberadaan PKPR. Kurangnya pengetahuan remaja terkait manfaat dan keberadaan PKPR merupakan salah satu faktor penyebab remaja tidak memanfaatkan PKPR. Sehubungan dengan itu, upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan remaja terkait PKPR adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR), termasuk kualitas dalam memberikan informasi dan sosialisasi PKPR. Sehingga remaja mengetahui keberadaan dan mau memanfaatkan PKPR. Karena dengan memanfaatkan PKPR remaja mampu mengenali dan mengatasi masalah yang sedang dihadapi, selain itu remaja mampu memelihara dan melindungi diri dari ancaman-ancaman kesehatan.

6.4.2 Kebijakan/Aspek Legal

Berdasarkan hasil penelitian terkait kebijakan operasional PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, menurut Kepala Puskesmas, koordinator PKPR, dan koordinator UKS mengetahui adanya kebijakan PKPR antara lain adalah peraturan pemerintah tentang kesehatan reproduksi, peraturan pemerintah tentang pelayanan kesehatan anak, undang-undang kesehatan, dan peraturan

Gubernur tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja No:31 tahun 2013, peraturan dinas kesehatan DKI Jakarta maupun peraturan kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tentang pelaksanaan PKPR. Menurut kepala Puskesmas, kebijakan tersebut sudah disosialisasikan di Puskesmas kelurahan dan beberapa sekolah, namun belum 100% sekolah yang disosialisasikan, juga tidak mengalami hambatan saat sosialisasi. Menurut koordinator PKPR, kebijakan PKPR sudah disosialisasikan ke lintas program, lintas sektoral seperti pak Camat, pak Lurah, guru-guru, dan lembaga institusi pendidikan tetapi apakah mereka ingat atau tidak yah tergantung mereka. Sedangkan menurut koordinator UKS, PKPR disosialisasikan ke SMP, SMA/SMK yang ada di wilayah binaan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Masih menurut koordinator UKS tidak ada kendala saat sosialisasi di sekolah-sekolah, namun hambatan di temukan di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, karena belum ada satu ruangan yang pasti untuk pelaksanaan PKPR/konseling. Berikut pernyataan informan yang berhasil dirangkum peneliti terkait kebijakan operasional dan sosialisasi PKPR.

“Oh ada kebijakannya”. “Ya, di Puskesmas kelurahan, di sekolah dengan beberapa sekolah mungkin belum 100%”. “Nga yah...nga ada kendala kok kita”. (A₅)

“Oh ada, semua ada kebijakannya, antara lain peraturan pemerintah tentang kesehatan reproduksi, peraturan pemerintah tentang pelayanan kesehatan anak, kemudian ada undang-undang kesehatan dan undang-undang dasar, dan DKI sendiri memiliki Pergub tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja No: 31 tahun 2013”. “Oh...sudah disosialisasikan tetapi apakah mereka ingat atau tidak yah tergantung

mereka ya, saya juga nga hafal semua kebijakan. Di sosialisasikan di lintas sector, lintas program. Lintas sector yang dimaksud adalah kepada pak camat, pak lurah, guru-guru atau lembaga institusi pendidikan”. “Oh nga-nga”. (A₆)

“Punya, ada SK Puskesmas, SK dinas. Kebijakan bahwa remaja harus dilayani dimanapun dia datang dibagian gigi, dibagian BPJS remaja harus dilayani secara PKPR”. “Sudah...disekolah SMP dan SMA/SMK”. “Kalau disekolah nga ada sih kendala, kalau di Puskesmas kendalanya mungkin ya...kita belum ada satu ruangan yang pasti gitu”. (A₇)

Menurut guru BK, sekolah mereka tidak mendapatkan surat keputusan (SK) dari Puskesmas dalam hal pelaksanaan PKPR, akan tetapi mereka menerima instruksi untuk melaksanakan PKPR. Sekolah mereka mengikuti sosialisasi PKPR dan bekerjasama dengan Puskesmas dalam hal penyuluhan, pelatihan dan pembentukan konselor sebaya. Guru BK mengalami hambatan saat mensosialisasikan/memperkenalkan tim PKPR sekolah ke murid-murid yang lain.

“Sejauh ini sih tidak ada SK dari Puskesmas kesekolah kami, pelaksanaannya aja sesuai instruksi dari Puskesmas yaitu seperti penyuluhan, pendidik sebaya Puskesmas membentuk konselor sebayakan, itu aja yang saya kelola disini”. “Ada sosialisasi dari Puskesmas, serta disosialisasikan juga ke siswa-siswi SMP 107”. “Pastinya ada yach..., saya memperkenalkan timnya itu agak sulit, tapi untuk materinya mudah karena memang sayakan guru BK”. (A₈)

Begitu juga dengan LSM yayasan Kusuma Mandiri, mereka tidak mengikuti sosialisasi dari Puskesmas, akan tetapi mereka pernah mengikuti sosialisasi dari LK3. Berhubung tujuannya sama, maka berkolaborasi dengan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu dalam hal penyuluhan, konseling, dan pembentukan konselor sebaya. Mereka juga mengalami hambatan saat mensosialisasikan

PKPR dimana remaja sangat sulit untuk dikumpulkan. Menurut konselor sebaya, kebijakan PKPR ada yaitu tentang pelaksanaan dan juga pernah mengikuti sosialisasi. Jawaban yang diperoleh peneliti cukup beragam, berikut kutipan pernyataan informan:

“Ya, jadi sifatnya yayasan, LK3 itu mempunyai sasaran yang sama, dimana didalam LK3 justru kita membentuk sesuai dengan program pemerintah sekarang yaitu PIKR (Pusat Informasi Keluarga Remaja)”. “Kita tidak mengikuti sosialisasi, namun kita bekerja sama antar PKPR dan kita sebagai LK3, sehingga kegiatan Puskesmas dalam hal ini bu Made dan dr.Yayu itu kita bekerja sama mengadakan penyuluhan, melayani konsultasi remaja dan membentuk konselor sebaya”. “Di sosialisasikan di sekolah-sekolah Pasar Minggu SMA dan SMK biasanya sekolah yang dipinggir yang kualitasnya kurang baik sehingga perlu mendapatkan perhatian dari kita “. “Remaja sangat sulit dikumpulkan”. (A₉)

“Ada, tata cara pelaksanaannya/urutan pelaksanaannya ada”. “Pernah di sekolah dari sudin/pemerintah”. (A₁₀).

Berbeda dengan pernyataan informan kunci, ke 4 informan tidak pernah mengikuti sosialisasi PKPR di sekolah maupun di lingkungan tempat tinggal mereka, berikut hasil kutipan peneliti.

“Tidak pernah mengikuti sosialisasi PKPR”. (A₁)

“Tidak pernah”. (A₂)

“Belum pernah juga”. (A₃)

“Nga pernah”. (A₄)

Menurut peneliti, kebijakan operasional PKPR adalah suatu ketetapan yang dibuat pemerintah unuk mengarahkan cara-cara bertindak yang dibuat secara terencana dan konsisten untuk memecahkan masalah kesehatan yang tumbuh

kembang dilingkungan remaja. Dengan adanya kebijakan PKPR pelaksana kebijakan mempunyai acuan dalam mengimplementasikan program tersebut. Keberhasilan implementasi PKPR dipengaruhi oleh keterlibatan semua pihak, mulai dari pemerintah sebagai pengambil kebijakan, pelaksana program, masyarakat dan remaja, termasuk sosialisasi merupakan aspek penting dalam pelaksanaan program PKPR agar masyarakat mengetahui dan paham dengan program/kebijakan yang dilaksanakan oleh Puskesmas/organisasi pemerintahan.

Hasil penelitian Hielda Asmariva (2015), dengan judul implementasi program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) di Puskesmas Senapelan Kecamatan Senapelan Kota Pekanbaru. Sosialisasi merupakan aspek penting dalam pelaksanaan suatu program agar masyarakat mengetahui dan paham dengan program yang dilaksanakan oleh instansi atau organisasi pemerintahan. Dalam pelaksanaan PKPR di puskesmas Senapelan masih minimnya sosialisasi program PKPR dari pihak Puskesmas kepada sekolah-sekolah dan kepada masyarakat, sehingga masyarakat atau orang tua yang memiliki anak di usia remaja kurang paham mengenai pelaksanaan program PKPR itu sendiri. Banyak remaja yang beranggapan bahwa orang yang berkunjung ke Puskesmas adalah orang sakit.

Hasil penelitian Asmariva dikuatkan dengan temuan Siria (2014), kurangnya pengetahuan remaja serta kurangnya sosialisasi dari petugas kesehatan tentang perilaku hidup sehat menyebabkan tingginya masalah kesehatan pada remaja.

Sehingga membutuhkan penanganan berupa pelayanan yang peduli remaja dan dapat diakses oleh semua remaja.

Hadiningsih (2010), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pelaksanaan program PKPR di Puskesmas Kabupaten Tegal belum memenuhi kriteria pelayanan remaja Semua Puskesmas belum melaksanakan semua kegiatan puskesmas PKPR diantaranya pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya, alur dan pelaksanaan pelayanan PKPR kurang sesuai, kurangnya cakupan layanan kepada remaja, dan kurangnya dukungan dari instansi – instansi lain yang terkait dengan program. Faktor penyebabnya adalah kurangnya sosialisasi program PKPR kepada remaja/masyarakat.

Menurut Carl Friedrich (1991;13) seorang ilmuwan politik dalam Wahab (2014) kebijakan ialah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan pada umumnya dan kebijakan tersebut dituangkan dalam berbagai bentuk peraturan.

Informasi kebijakan perlu disampaikan kepada pelaku kebijakan agar para pelaku kebijakan dapat mengetahui, memahami apa yang menjadi isi, tujuan, arah, kelompok sasaran kebijakan agar apa yang menjadi tujuan dan sasaran

kebijakan dapat dicapai sesuai dengan yang diharapkan. Faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kebijakan adalah komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Oleh karena itu, apabila ingin pelaksanaan kebijakan publik bisa berhasil, keempat variabel tersebut perlu dilakukan dan disediakan secara konsisten dan penuh rasa tanggungjawab yang tinggi (Widodo, 2013).

Kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program dengan para kelompok sasaran. Tujuan dan sasaran dari program/kebijakan dapat disosialisasikan secara baik sehingga dapat menghindari adanya distorsi atas kebijakan dan program. Ini menjadi penting karena semakin tinggi pengetahuan kelompok sasaran atas program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan program dan kebijakan dalam ranah yang sesungguhnya (Indiahono, 2009).

Sarana atau upaya yang dapat digunakan untuk menampilkan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator adalah melalui media cetak maupun media elektronik, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Keputusan kepala dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor:2278/2007 tentang pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di seluruh Puskesmas Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta: 1) Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan harus melakukan: Pembentukan tim PKPR, menyediakan klinik

PKPR, pelaksanaan klinik PKPR dilakukan oleh petugas yang terlatih, melakukan kordinasi dengan lintas program dan sector terkait, melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan PKPR, melaporkan hasil pelaksanaan PKPR secara berjenjang. 2) Seluruh biaya dalam pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam dictum kesatu dan kedua dibebankan pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) masing-masing. Jenis kegiatan PKPR di Puskesmas adalah: 1) Pemberian Informasi dan Edukasi, 2) Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya, 3) Konseling, 4) Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS), 5) Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya, 6) Pelayanan rujukan (DinKes DKI Jakarta, 2007).

Berdasarkan peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta nomor 31 tahun 2013, bahwa dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas, yang memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan terpenuhinya rasa aman, rasa tenang serta rasa keadilan bagi remaja, terutama untuk memenuhi hak reproduksi remaja diperlukan penyelenggaraan kesehatan reproduksi remaja secara terpadu dalam mendapatkan informasi dan upaya kesehatan.

Adapun strategi pemberian pelayanan kesehatan remaja melalui: 1) penerapan pelayanan Kesehatan Peduli remaja (PKPR) atau pendekatan pelayanan kesehatan reproduksi integratif di tingkat pelayanan dasar yang bercirikan peduli remaja dengan melibatkan remaja dalam kegiatan secara penuh. 2) Pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi melalui integrasi materi ke dalam mata

pelajaran yang relevan dan mengembangkan kegiatan ekstrakurikuler seperti bimbingan dan konseling. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) dan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). 3) Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja bagi remaja di luar sekolah dapat diterapkan melalui berbagai kelompok remaja yang ada dimasyarakat seperti karang taruna, kelompok anak jalanan di rumah singgah, kelompok remaja masjid/gereja, kelompok dukungan sebaya dan komunitas remaja lainnya (DepKes, 2005).

Kebijakan peduli remaja ini bertujuan untuk: 1) Memenuhi hak remaja sesuai kesepakatan internasional. 2) Mengakomodasi segmen populasi remaja yang beragam, termasuk kelompok yang rapuh dan rawan. 3) Tidak membatasi pelayanan karena kecacatan, etnik, rentang usia dan status. 4) Memberikan perhatian pada keadilan dan kesetaraan gender dalam menyediakan pelayanan. 5) Menjamin privasi dan kerahasiaan, diikuti dengan pengadaan biaya, penyediaan ruangan oleh pemerintah daerah karena dengan adanya ruang tersebut, privasi dan kerahasiaan akan lebih terjamin. 6) Mempromosikan kemandirian remaja, tidak mensyaratkan persetujuan orang tua, dan memberikan kebebasan berkunjung. 8) Menjamin biaya yang terjangkau/gratis. Perlu kebijakan pemerintah daerah misalnya pembebasan biaya untuk kunjungan remaja.

Dengan demikian, dalam penelitian ini ditemukan kurangnya komunikasi atau sosialisasi antara pembuat kebijakan dengan pelaksana kebijakan, terutama remaja sebagai kelompok sasaran. Hal ini sesuai dengan teori, kurangnya

sosialisasi menyebabkan kebijakan PKPR tidak berjalan dengan optimal karena masyarakat/remaja tidak mengetahui keberadaannya. Sehubungan dengan itu pelaksanaan PKPR perlu disosialisasikan ke masyarakat luas melalui tenaga kesehatan, kader kesehatan, penyebaran brosur di Puskesmas atau di institusi pendidikan, leaflet, spanduk, maupun melalui media elektronik. Sehingga remaja atau masyarakat mengetahui keberadaan dan mau memanfaatkan PKPR. Penyampaian informasi itupun tidak harus selalu langsung dari Puskesmas, namun dapat dilakukan secara estafet oleh para remaja sehingga dapat mengurangi beban kerja petugas kesehatan.

6.4.3 Anggaran

Berdasarkan hasil penelitian, terkait anggaran pelaksanaan PKPR di dalam maupun di luar gedung Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu jawaban yang diperoleh peneliti cukup beragam. Hal ini dibenarkan ketika peneliti melakukan triangulasi sumber data ke beberapa informan.

Menurut kepala Puskesmas, sumber dana pelaksanaan PKPR di dalam maupun diluar gedung Puskesmas Pasar Minggu menggunakan BLUD dengan APBD. Akan tetapi, menurut koordinator PKPR untuk tahun 2015 menggunakan dana dari pihak luar (donor luar) dimana dana tersebut cukup untuk biaya pelaksanaan PKPR. Pelaksana PKPR tidak mendapat biaya tambahan transport saat melakukan pelayanan di luar gedung, dengan alasan sudah mendapatkan gaji dan tunjangan dari pemerintah. Dana tersebut digunakan untuk

menyediakan snack/konsumsi saat sosialisasi atau penyuluhan/KIE di sekolah-sekolah. Begitu juga dengan konselor sebaya tidak mendapatkan reward berupa materi maupun sertifikat dari Puskesmas. Pernyataan tersebut dibenarkan oleh konselor sebaya, mereka tidak mendapatkan reward dalam bentuk apapun dari Puskesmas. Namun berbeda dengan pernyataan koordinator UKS, konselor sebaya mendapatkan reward dari Puskesmas dan pernah dianggarkan. Berikut kutipan pernyataan informan.

“Kalau dana, sekarang semua program tahun ini kita menggunakan BLUD dengan APBD juga sih...”. “Dana ini bukan untuk honor atau transport petugas, karena petugas sekarang sudah nga boleh. Tapi misalnya kita mengadakan sosialisasi/penyuluhan kita bisa dana itu untuk menyediakan konsumsi/snack biasanya”. “Tidak perlu disebut berapa jumlahnya tapi cukup untuk pelaksanaan PKPR”. “Kalau reward khusus dari Puskesmas memang belum ada mungkin boleh diterima ya sarannya nanti apa berupa sertifikat”.(A₅)

“Untuk tahun ini dana dari APBD atau BOK tidak ada, tapi kami kebetulan mendapatkan dana dari pihak luar/donor luar, jadi kami memakai dana dari donor untuk tahun ini”. “Oh...nda...nda, karena kita sudah dapat gaji dan tunjangan dari pemerintah. Dana cukup kok”. “Oh...untuk saat ini mereka tidak mendapatkan reward berupa materi tetapi dia mendapatkan reward satu; berbagai macam hipotesis, dua; dia bisa membantu temannya itu juga sebagai reward bisa bantu temannya kan itu juga sebagai ibadah gitu”.(A₆)

“Ada, dari APBD dananya”. “Tidak! Karena TKD nya sudah cukup”. “Ada reward, setahu saya ada reward dari ibu Made, ibu Made menganggarkan. Pernah, ya... dianggarkan seperti itu, nga tahu setahun ini nanti coba ditanyakan. Saya tahu kok pernah dianggarkan reward anak-anak yang pernah datang kesini”. (A₇)

Hasil wawancara dengan guru BK, dalam pelaksanaan PKPR tidak mendapatkan bantuan dana dari Puskesmas, sekolah hanya disediakan snack oleh Puskesmas saat KIE/penyuluhan, bahkan mereka mengeluarkan biaya sendiri

ketika mengikuti kegiatan yang berkaitan dengan PKPR di luar sekolah seperti Jambore PIK di Ciganjur sebagai perwakilan dari Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Begitu juga dengan LSM, mereka tidak mendapatkan bantuan dana dalam pelaksanaan PKPR dari Puskesmas. Sama halnya dengan konselor sebaya tidak mendapatkan reward dari Puskesmas dalam bentuk apa pun. Berikut pernyataan informan:

“Kalau dana yang turun langsung ke PKPR dari Puskesmas ke saya dalam bentuk uang tidak ada. Tapi setiap pelaksanaan penyuluhan beberapa kali memang konsumsi yang menyediakan Puskesmas bentuknya snack. Reward ya cuma motivasi aja, kalau materi tidak! Bulan lalu kami diminta untuk mewakili Puskesmas ke Jambore PIK di Ciganjur hanya 2 orang, kami berangkat sendiri dan biaya sendiri”. (A₈)

“Terus terang aja PKPR memang nga ada/dari Puskesmas tidak ada, kami dari LK3 memang ada untuk penanganan kasus-kasus termasuk remaja itu.”. (A₉)

“Belum....” (A₁₀)

Dari hasil observasi saat peneliti mengikuti penyuluhan/KIE di salah satu sekolah yang memiliki PKPR, setelah selesai penyuluhan peneliti dan petugas dari Puskesmas disuguhin snack dan air mineral.

Menurut peneliti, Dalam pelaksanaan program PKPR dibutuhkan sumber dana agar program berjalan lancar. Dukungan dana kegiatan operasional PKPR di lapangan baik yang bersumber dari APBD, BLUD, BOK, maupun dana donor dari luar harus dialokasikan secara tepat, demikian pula dalam proses penyediaan dan penggunaannya harus sesuai dengan kebutuhan khususnya kegiatan di lapangan yang sifatnya menggerakkan masyarakat dan bertujuan

meningkatkan mutu pelaksanaan PKPR. Selain itu, untuk mengubah perilaku pelaksana kebijakan agar termotivasi bekerja lebih produktif dalam melaksanakan tugas dan fungsinya perlu ditetapkan atau disertakan suatu system insentif atau reward.

Berdasarkan hasil penelitian Poerwanto (2014), terkait dengan dana, di puskesmas tidak tersedia cukup dana untuk pelaksanaan kegiatan PKPR, dana yang disediakan oleh dinas kesehatan hanya untuk kegiatan monitoring dan evaluasi program 2 kali dalam 1 tahun, hal ini tentunya menjadi salah satu faktor yang menyumbang belum maksimalnya kegiatan PKPR di puskesmas Kabupaten Tegal.

Menurut Reinka (2007), anggaran merupakan sejumlah uang yang dihabiskan dalam periode tertentu untuk melaksanakan suatu program. Peranan anggaran pada suatu perusahaan merupakan alat untuk membantu manajemen dalam pelaksanaan, fungsi perencanaan, koordinasi, pengawasan dan juga sebagai pedoman kerja dalam menjalankan perusahaan untuk tujuan yang telah ditetapkan. Anggaran mempengaruhi dan memotivasi manajer dan karyawan untuk bekerja dengan konsisten, efektif dan efisien dalam kondisi kesesuaian tujuan antara tujuan perusahaan dengan tujuan karyawan.

Menurut (Edward III, 1980) dalam (Widodo, 2010), terbatasnya anggaran yang tersedia akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Di

samping program tidak dapat dilaksanakan dengan optimal, terbatasnya anggaran menyebabkan disposisi para pelaku kebijakan rendah, bahkan akan terjadi *goal displacement* yang dilakukan oleh pelaku kebijakan terhadap pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan yang telah ditetapkan.

Kondisi tersebut juga menyebabkan para pelaku kebijakan tidak dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal dan mereka tidak mendapatkan insentif sesuai dengan yang diharapkan sehingga menyebabkan gagalnya pelaksanaan program. Oleh karena itu, agar dapat merubah perilaku (*disposisi*) pelaku kebijakan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya perlu ditetapkan atau disertakan suatu sistem insentif dalam system akuntabilitas. Insentif tersebut bisa diwujudkan dalam bentuk “*reward and punishment*” (Widodo, 2013).

Menurut Gary Dessler (2003) dalam Yunarsih dan Suwatno (2011) Kompensasi adalah sebagai pemberian penghargaan kepada pegawai sesuai dengan sumbangan mereka untuk mencapai tujuan organisasi. Kompensasi yang dikelola secara benar akan membantu organisasi mencapai tujuan dan untuk mendapatkan, memelihara dan mempertahankan pekerja yang produktif. Kompensasi juga memiliki fungsi sebagai faktor motivasi dalam meningkatkan kinerja dan produktifitas kerja karyawan. Kompensasi yang lebih baik akan menciptakan kepuasan kepada karyawan dan akan memotivasi karyawan untuk bekerja lebih baik.

Dengan demikian dalam penelitian ini penggunaan dana pelaksanaan PKPR masih kurang efektif dimana dana tersebut salah satunya digunakan untuk membeli snack atau konsumsi setiap penyuluhan/KIE di sekolah, sementara LSM dan institusi pendidikan tidak mendapatkan bantuan dana dari Puskesmas dalam pelaksanaan PKPR, begitu juga dengan konselor sebaya tidak mendapatkan reward. Hal ini sesuai dengan teori, terbatasnya anggaran atau kompensasi yang diberikan menyebabkan para pelaku kebijakan tidak dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal dan menyebabkan gagalnya pelaksanaan program. Sehubungan dengan itu, Puskesmas perlu memperhatikan pengalokasian anggaran agar pemanfaatannya lebih tepat. Selain itu, untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan PKPR perlu diberikan reward berupa sertifikat bagi konselor sebaya dan bantuan dana untuk LSM dan sekolah yang melaksanakan PKPR.

6.4.4 SDM Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala puskesmas tim PKPR yang ada saat ini empat (4) orang yang terlatih baru tiga (3) orang dan aktif. SDM tidak bisa dikatakan khusus PKPR karena mereka multi program yaitu memegang 2-4 program seharusnya perorang satu program biar lebih fokus namun karena SDMnya sangat-sangat belum cukup mereka menjadi multi program. Untuk meningkatkan kualitas SDM dilakukan pelatihan secara rutin oleh dinas kesehatan. Begitu juga menurut koordinator UKS tim PKPR ada tiga (3) orang

yang terlatih dan aktif yaitu ibu Made, ibu Ratih, dan ibu Yanti. SDM kesehatan pelaksana PKPR masih kurang sehingga tugas yang dibebankan merangkap-rangkap, dengan demikian pelaksanaan PKPR kadang-kadang ada hari yang tidak ada petugasnya. Selanjutnya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan SDM mengikuti pelatihan secara rutin. Berikut triangulasi sumber data yang berhasil dirangkum peneliti terkait SDM kesehatan:

“Sudah ada tim PKPR. Dalam satu tim itu 4 dengan ibu made”. “Yang dilatih baru tiga orang sama bu Made dan aktif, Kalau bu Made tidak bisa poli PKPR bisa bergantian. Mereka semua nga bisa dibilang khusus karena di Puskesmas kita nga bisa satu orang satu program, tetap akhirnya mereka harus multi program paling dua atau tiga program itu paling banyak jangan dlebihkan lagi. Harusnya mungkin kedepannya satu program biar fokus”. “Belum cukup, Sangat-sangat belum”. “Kalau jenjang pendidikan mungkin belum, tapi kalau pelatihan ada rutin dari dinas”. (A₅)

“Tim PKPR yang sekarang ada bu Made, ada saya, bu Yanti baru pelatihan tuh beberapa bulan yang lalu”. “Pernah dilatih”. “SDMnya kurang”. “Nah... itu dia tadi, karena kita merangkap-merangkap jadi kadang-kadang ada hari yang tidak ada petugasnya. Karena harus rapat, lom kontrak akhir tahun, anggarannya semua harus terserap jadi semua ada pertemuan dari dinas, dari sudin. Terus aja kalau program yang kita pegang bukan cuman PKPR ada program yang lain kemasyarakatan, promkes, UKS”. “Ada pelatihan untuk PKPR secara rutin dilakukan, hampir setiap tahun ada pelatihan untuk update ilmu”. (A₇)

Sedangkan menurut koordinator PKPR, tim PKPR ada lima (5) orang dan pelaksana tiga (3) orang yang sudah terlatih yaitu ibu Made, ibu Ratih, dan ibu Wijayanti (Yanti). Jumlah SDM yang ada saat ini sudah sesuai dengan sasaran, dan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan SDM dilakukan pelatihan tiga kali dalam setahun yaitu sekali setahun di dinas kesehatan

provinsi, setahun sekali di suku dinas dan setahun sekali di Puskesmas. Berikut pernyataan informan:

“Ada tim PKPR, yaitu dr.Rahel sebagai kepala YanKes, dr.Evi sebagai penanggung jawab PKPR, Pelaksana PKPRnya ada saya, bu Ratih, ibu Wijayanti yang sudah terlatih”. “Ya terlatih”. “Yang bertugas dikonseling remaja itu ada tiga yaitu; saya, ibu Ratih, sama ibu Yanti. Jumlah SDM: sudah (sesuai dengan sasaran)”. “Kalau untuk pendidikan memang teman-teman sedang menjalankan kuliah, untuk pelatihan biasanya sekali setahun di dinas kesehatan provinsi, setahun sekali di suku dinas dan setahun sekali di Puskesmas jadi mereka dilatih tiga kali dalam setahun”. (A₆)

Menurut guru BK dan LSM, mereka belum pernah mengikuti pelatihan PKPR dari Puskesmas, tetapi mereka mengikuti pelatihan 10 tahun yang lalu dari BPNKB tentang pengenalan PIKR. Selanjutnya menurut guru BK penyuluhan hanya dilayani ibu Made dan ibu Ratih jadi boleh dikatakan SDM sangat kurang dengan jumlah siswa yang dilayani sebanyak 676 orang. Padahal kompetensi SDM merupakan salah satu syarat pelaksana PKPR, dengan mengikuti pelatihan secara rutin SDM diharapkan lebih kompeten dalam melaksanakan program PKPR. Berikut pernyataan informan.

“Kalau saya dengar sih... sudah”. “Yaitu bu Made karena sering kesini sama bu Ratih, tapi bu ratih lebih fokus ke UKSnya”. “ Kalau ditanya latihan, saya tidak pernah dilatih dari Puskesmas. Saya pernah dapat 10 tahun yang lalu dari BPNKB tentang pengenalan PIKR, Sejauh ini kami dapat penyuluhan itu hanya dari bu Made dan bu Ratih. Nah tinggal ngitung aja, siswa kami ada 676 orang jadi sangat kurang. Sebenarnya mungkin untuk efektivitas dalam satu kali pertemuan pasti kurang. Jadi saya ambil kebijakan kerjasama dengan Puskesmas ada pertemuan rutin, akhirnya kami membuat kesepakatan tiap jumat minggu ke 2 itu ada penyuluhan dari Puskesmas dan saya rolling, misalnya bulan ini 3 kelas di ibu made, 3 kelas di ibu Ratih. Nanti bulan depannya ganti kelas supaya pemerataan. Sebelumnya yang

penyuluhan itu hanya sebagian kecil misalnya perkelas perwakilan 3 orang setiap penyuluhan jadi tidak efektif". (A₈)

"Ya tahu ada timnya". "Kalau PKPRnya sendiri tidak/belum, tapi dulu kita ada pelatihan dari PIKR, nah... itu memang isi materinya reproduksi sehat jadi kita selalu menyelipkan reproduksi sehat dalam kegiatan-kegiatan kita". "Terus terang aja petugas dari Puskesmas memang bagus sekali dan cukup". (A₉)

Hasil wawancara dengan konselor sebaya, menyatakan sudah satu (1) tahun menjadi konselor sebaya dan terlatih. Namun belum pernah memanfaatkan PKPR di Puskesmas, tetapi menurut konselor sebaya pengetahuan SDM baik dan dapat membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi remaja. Berikut pernyataan informan;

"Ya pernah dilatih". "Belum pernah". "Ya, pengetahuannya baik dan membantu menyelesaikan masalah". (A₁₀)

Sedangkan menurut informan kunci yang memanfaatkan PKPR mengetahui adanya konseling di Puskesmas karena dirujuk dokter umum ke klinik PKPR, dan menurut remaja pengetahuan SDM cukup dapat membantu menyelesaikan masalah mereka. Berikut pernyataan informan:

"Baru kali ini, dokter umum/poli umum, ke klinik remaja dulu ya. Keluhan: Pusing, BAB berdarah". "Pengetahuan SDM cukup dan dapat membantu saya menyelesaikan masalah". (A₁)

"Sebelumnya belum pernah ini pertama kali, dokter umum/poli umum (Disini ada pelayanan khusus remaja jadi ke PKPR dulu baru balik lagi ke poli umum ya). Keluhan: Sakit telinga", "Pengetahuan SDM bagus". "Ya". (A₂)

"Tidak pernah". (A₃)

"Belum". (A₄)

Dari hasil telaah dokumen, tim PKPR yang terlatih di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu adalah 1) Ni Made Jendri, SKM, M.Si (Made) Koordinator PKPR/konselor remaja, 2) Ratiningsih, AM Kep (Ratih) Koordinator UKS, 3) Nizma Febriyanti (Yanti) Koordinator kesehatan Jiwa.

Hasil observasi selama melakukan penelitian, peneliti mengikuti kegiatan pelayanan klinik PKPR di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu tidak ada petugas PKPR hanya mahasiswa yang sedang praktek yang melayani PKPR/konseling, sedangkan petugas PKPR mengikuti rapat atau pelayanan program yang lain di luar gedung Puskesmas. Begitu juga dengan pelayanan penyuluhan/KIE di sekolah, SDM datang tidak tepat waktu, bahkan sampai menunda jadwal pelayanan KIE/penyuluhan karena ada kegiatan yang harus dikerjakan.

Menurut peneliti, dalam pelaksanaan PKPR SDM adalah pemegang peranan penting dalam menyampaikan informasi dan pendidikan tentang kesehatan remaja, PKHS serta pelayanan konseling. Dalam mengimplementasikan kegiatan PKPR agar pelaksanaan dan hasilnya optimal perlu diperhatikan jumlah dan kompetensi SDM termasuk kompetensi dalam pelayanan konseling agar remaja puas dengan konseling tersebut. Kompetensi SDM merupakan salah satu syarat pelaksana PKPR, dengan mengikuti pelatihan secara rutin SDM diharapkan lebih kompeten dalam melaksanakan program PKPR.

Hasil penelitian Arsani, Agustini, Purnomo (2013) menyebutkan karena keterbatasan tenaga dimana tenaga pelaksana PKPR diemban oleh satu orang petugas sehingga tidak bisa menjangkau seluruh remaja di wilayah kerja Puskesmas buleleng I yang meliputi 15 kelurahan.

Hasil penelitian Kurniati dan Efendi (2012) bahwa tenaga kesehatan memberikan kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan dan salah satu jalan terbaik untuk menyelesaikan krisis ketenagaan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan yaitu melalui pendidikan dan pelatihan, bersama dengan perbaikan kebijakan manajemen SDM.

Hasil penelitian Kurniati dan Efendi diperkuat dengan temuan Nilna (2009), bahwa fungsi dari pendidikan dan pelatihan adalah sebagai investasi SDM dan merupakan tuntutan dalam organisasi. Selain itu juga bertujuan untuk memperbaiki, mengatasi kekurangan dalam pelaksanaan pekerjaan agar sesuai dengan iptek. Pendidikan dan pelatihan ini meliputi: 1) *Knowledge*, 2) *ability*, 3) *skill*.

Tujuan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan adalah meningkatkan mutu tenaga kesehatan berdasarkan kompetensi profesi dan berorientasi kepada paradigma sehat sehingga menghasilkan tenaga kesehatan yang memenuhi harapan masyarakat. Pendidikan dan pelatihan yang efektif akan menghasilkan

sumber daya manusia kesehatan yang lebih bermutu sehingga mampu melaksanakan perubahan (Notoatmodjo, 2009).

Menurut (Widodo, 2010), sumber daya manusia merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kebijakan. Efektivitas pelaksanaan sangat tergantung kepada sumber daya manusia (aparatur) yang bertanggungjawab melaksanakan kebijakan. Sekalipun aturan main pelaksanaan kebijakan jelas dan kebijakan telah ditransformasikan dengan tepat, namun manakala sumberdaya manusia terbatas baik dari jumlah maupun kualitas (keahlian) pelaksanaan kebijakan tidak akan berjalan efektif.

Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan sangat mempengaruhi keberhasilan pembangunan kesehatan. Pengadaan sumber daya manusia kesehatan bertujuan untuk menetapkan jumlah dan jenis tenaga yang sesuai dengan kebutuhan. Apabila kebutuhan sumber daya manusia tidak direncanakan dengan baik maka akan terjadi kekurangan tenaga yang mempengaruhi pelayanan serta kenyamanan pasien dan mengakibatkan beban kerja meningkat dan pelayanan yang tidak maksimal serta program-program kesehatan untuk masyarakat tidak berjalan dengan baik (Yuniarsih dan Suwatno, 2011).

Puskesmas sebagai unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan dalam menunjang keberhasilan untuk mencapai visi Indonesia sehat 2015. Keberhasilan

ini sangat dipengaruhi oleh penataan dan pengelolaan tenaga untuk melaksanakan kegiatan pokok puskesmas. Keberhasilan puskesmas dalam menjalankan program ditentukan oleh sumber daya manusia yang seimbang antara tenaga pengobatan disatu pihak dengan tenaga promotif dan preventif dipihak lain (Marlinda, 2011).

Menurut (KemenKes, 2004), penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan rasio terhadap sesuatu Nilai (“Ratio Method”). Pertama ditentukan atau diperkirakan rasio dari tenaga terhadap suatu nilai tertentu misalnya jumlah penduduk. Selanjutnya nilai tersebut diproyeksikan ke dalam sasaran. Perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dari membagi nilai yang diproyeksikan termasuk dengan rasio yang ditentukan.

Contoh: a. Rasio perawat perpopulasi di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu sebesar 1:3000.

b. Proyeksi remaja/populasi pada tahun target adalah 23.186.

a. Rasio pada tahun target yang diinginkan sebesar 1:3000.

b. Perawat yang diperlukan adalah = $23.186:3000 = 8$ perawat

Menurut Suwarjo (2008), tujuan konseling dalam PKPR adalah membantu remaja untuk dapat mengenali masalahnya dan membantunya agar dapat mengambil keputusan dengan mantap tentang apa yang harus dilakukannya untuk mengatasi masalah tersebut, Memberikan pengetahuan, keterampilan,

penggalan potensi dan sumber daya secara berkesinambungan hingga dapat membantu remaja agar mampu: mengatasi kecemasan, depresi, atau masalah kesehatan mental lainnya. Meningkatkan kewaspadaan terhadap isu masalah yang mungkin terjadi pada dirinya. Mempunyai motivasi untuk mencari bantuan bila menghadapi masalah.

Dengan demikian dalam penelitian ini SDM kesehatan yang melaksanakan kegiatan operasional PKPR masih sangat kurang, dimana setelah dilakukan perhitungan kebutuhan SDM kesehatan dengan metode “Ratio Method” SDM yang dibutuhkan delapan (8) orang. Artinya, terjadi kekurangan atau selisih antara jumlah SDM kesehatan yang ada dengan jumlah SDM kesehatan yang dibutuhkan untuk pelaksana PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tahun 2015 sebanyak 5 orang. Berdasarkan uraian diatas, kurangnya SDM menjadi salah satu penyebab tidak maksimalnya pelaksanaan PKPR dan mengakibatkan beban kerja meningkat sehingga tidak bisa menjangkau seluruh remaja di wilayah Puskesmas kecamatan Pasar Minggu. Namun yang menggembirakan dari hasil penelitian ini adalah pengetahuan SDM cukup dan mampu membantu remaja untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi. Begitu juga, untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan SDM telah dilakukan pelatihan secara rutin tiga kali setahun. Sehubungan dengan itu, untuk mengatasi masalah kekurangan jumlah SDM Puskesmas perlu menambah tenaga kesehatan terlatih dan melakukan pelatihan khusus konselor, educator dan

tentang kesehatan bagi guru BK agar pelaksanaan PKPR optimal sehingga dapat menjangkau remaja di sekolah maupun yang di luar sekolah.

6.4.5 Fasilitas Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian terkait fasilitas kesehatan, menurut informan kunci tidak mengetahui jenis kegiatan/program, ruang, jadwal pelayanan, alur tatalaksana PKPR serta konseling melalui media sosial di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Tetapi 2 orang diantaranya menyatakan salah satu kegiatan PKPR adalah konsultasi/jurhat. Menurut salah seorang remaja yang pernah memanfaatkan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, ruangan yang dipakai untuk konseling risih, banyak orang, dan harus antri lama baru mendapatkan pelayanan. Selain itu, remaja juga menyatakan PKPR tidak ada di sekolah tempat mereka belajar. Berikut triangulasi sumber data yang peneliti peroleh dari informan kunci:

“Konsultasi/jurhat”. “Tidak”. “Tidak tahu”. “Tidak tahu”. “Tidak ada”. “Ruang konseling risih, banyak orang, banyak suara”. “Tidak dilayani dengan cepat, harus antri lama”. “Tidak dan belum pernah”. (A₁)

*“Konsultasi. Tidak menggunakan audio visual”. “Ya”. “Tidak tahu”. “Tidak”. “Tidak ada”. “Tidak ada. cepat dilayani”. “Tidak”. (A₂)
“Tidak tahu”. “Tidak tahu”. “Tidak tahu”. “Tidak ada”. “Tidak tahu juga”. (A₃)*

“Tidak tahu”. “Tidak tahu”. “Tidak tahu”. “Tidak ada”. Tidak tahu”. A₄)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan kepala Puskesmas, kegiatan/program PKPR yang sudah berjalan di dalam gedung secara khusus

belum ada, tetapi bila ketemu remaja di bagian/klinik lain yang membutuhkan konseling, petugas PKPR langsung melayani. Ruang PKPR yang ada saat ini baru beberapa bulan tersedia, dimana sebelumnya menggunakan ruang poli umum lantai 2 atau ruang IMS sehingga pelayanan hanya bisa dilaksanakan setiap hari senin dan rabu. Akan tetapi, bila suatu hari ketemu remaja diklinik IMS membutuhkan konseling, tetap dilayani di IMS, selanjutnya bila ketemu di KIA atau ruangan lain baru dilayani di lantai 2 ruang PKPR. Terkait dengan sekolah yang memiliki PKPR, Puskesmas sudah membentuk di 15 sekolah SMP, SMA/SMK di wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Selanjutnya untuk buku pedoman pelaksanaan PKPR Puskesmas tidak membuat sendiri tetapi mengikuti yang dari kementerian kesehatan. Berikut pernyataan informan:

“Program untuk remaja sejauh ini kalau di dalam gedung, kita kayaknya belum ada yang khusus tapi kalau di luar di Poswindunya ada. Tapi kalau di dalam gedung misalnya ketemu remaja di KIA dalam batas usia remaja 10-19 tahun, itu akan ada ibu Made yang langsung masuk kesitu untuk memberikan penyuluhan/pendidikanlah... bagaimana persiapan mereka menjadi ibu dan terutama arahannya KB karena mereka masih terlalu remaja,. Jadi mereka perlu pendampingan sampai mereka bisa begitu”. “Ruang untuk konseling kita sudah tersedia, mudah-mudahan dengan adanya yang baru, baru sih... baru tahun ini, baru bulan apa yah...memang belum, tadinya bareng dengan IMS sekarang sudah punya sendiri”. “Setiap hari sudah bisa buka, jam buka jam pelayanan. Kalau memang ada khusus datang untuk konseling bisa dilayani, tadinya dikasih waktu hari Senin dan Rabu. Ruangnya di lantai dua. Jadi begini...ruang IMS ini tetap digunakan kalau ada pasien remaja dari sini, jadi supaya dia nga pindah-pindah, kan kalau mau konseling pindah-pindah malas kayaknya dan kadang nga enak, artinya mereka pengen privasi. Jadi kalau ketemu disini, disinikan ada ruang konseling sendiri, bisa dipake nga apa-apa kalau sepi ya...Walaupun ada dibawah itu kan di lantai dua biasanya dari KIA kalau ketemu disekitar situ masuknya kesana yang di pojok poli umum yang dekat

laboratorium, karena poli umumnya itu ada dua”. “Sekolah...berapa yach... lebihlah dari 15 kalau SMP, SMA, dan SMK”. ” “Pedoman pelaksanaan PKPR itu kita turunannya. Buku apa yach kalo nga salah dibu Made deh, kita tidak membuat sendiri pedomannya tapi kita mungkin mengikuti”. (A₅)

Menurut pelaksana PKPR, program yang sudah terlaksana adalah skrining masalah kesehatan, KIE, konseling, PKHS, pelatihan konselor sebaya, dan pelayanan rujukan. Ruang PKPR sudah tersedia tetapi sedang direnovasi, jadi untuk sementara PKPR numpang di ruangan yang lain sehingga PKPR hanya bisa dilaksanakan setiap hari senin dan rabu atau bila ada permintaan. Sedangkan alur tatalaksana PKPR belum sesuai dengan pedoman, dimana remaja dilayani sesuai dengan penyakitnya, jadi poliklinik yang khusus melayani semua remaja untuk saat ini belum bisa terlaksana. Jumlah sekolah yang dibina memiliki PKPR dan konselor sebaya sebanyak 10 sekolah di SMP, SMK/SMA. Konseling melalui media sosial seperti SMS dan WA sudah berjalan namun koordinator UKS tidak mengetahui adanya konseling melalui SMS/WA. Dalam pelaksanaan PKPR Puskesmas menggunakan buku pedoman PKPR yang dikeluarkan oleh departemen kesehatan. Berikut pernyataan informan:

“Yang pertama adalah e.... skrining masalah kesehatan sama aja ya digali permasalahannya, konseling, Komunikasi Informasi Edukasi/penyuluhan, itu di dalam gedung plus rujukan, kalau diluar gedung adalah pemberian KIE, konseling, pembentukan konselor sebaya dan pembinaan konselor sebaya untuk pendidik sebaya”. “Tersedia, tapi untuk sebulan atau dua bulan ini ruangnya dipakai karena sedang renovasi, jadi kita nebeng diruangan lain”. “Kalau kliniknya tidak dipakai kita tiap hari, tapi sekarang kliniknya dipakai karena renovasi kami melayaninya adalah senin dan rabu plus by permintaan gitu by rekues, kalau permintaan itu setiap hari. “Alurnya sekarang adalah dimana saja remaja itu membutuhkan layanan kita layani

dan kalau memang perlu rujukan, dirujuk untuk konseling lebih lanjut gitu. Nga di satu poli klinik semua remaja dijadikan satu untuk saat ini belum bisa”. “Kalau yang dibina untuk KIE itu hampir semua sekolah, tapi sekolah yang di bina khusus untuk konselor sebaya, Jadi ada 10. Ya! Puskesmas ini membina 10”. “Ya betul, bisa dilihat di SMS atau WA ku ada beberapa. jadi begitu...disini dia bisa konseling dan bisa perjanjian waktu kapan bisa konseling gitu”. Ada banyak, pertama adalah pedoman pelaksanaan PKPR di Puskesmas, pedoman pelaksanaan PKPR SuDinKes, perencanaan PKPR, modul pelatihan teknik konseling pada petugas dan pada konselor sebaya, buku tentang raport kesehatan, kesehatan reproduksi, dll banyak sekali ada 31 buku tentang remaja”. (A₆)

“Diluar gedung itu KIE disekolah-sekolah, kemudian bu made kerjasama dengan yayasan ada beberapa, KIE dengan penyuluhan tentang HIV/AIDS, pelatihan konselor sebaya. Kalau disini pelayanan di dalam gedung pelayanan PKPR dan konseling”. “Ada, dibawah lantai 2 tapi sekarang lagi dibongkar dipake untuk kegiatan lain, jadi kita konseling bareng dengan IMS dan HIV/AIDS”. “Yah...Senin, Rabu, Jumat sebetulnya jam pelayanan sampai selesai”. “Alurnya dari loket kalau dia remaja langsung ke PKPR”. “Aku nga hafal berapa sekolah, yang pasti ada SMP/SMA ya”. Setahuiku belum, mungkin secara individu bisa dari WA coba nanti tanya bu made ya.” “Ada, buku pedoman tentang PKPR...apa yach aku lupa. Selalu digunakan”. (A₇)

Sedangkan hasil wawancara dengan guru BK, LSM, dan konselor sebaya, mereka tidak bisa menjelaskan secara tepat jenis pelayanan, ruang, jadwal dan alur tatalaksana PKPR, guru BK dan konselor sebaya mengetahui adanya konseling melalui SMS/WA akan tetapi mereka belum pernah memanfaatkannya. Dalam pelaksanaan PKPR, guru BK, LSM, dan konselor sebaya tidak memiliki buku pedoman namun mereka menggunakan buku pedoman yang dikeluarkan oleh BKKBN sepuluh tahun yang lalu. Berikut pernyataan informan:

“Penyuluhan, pelatihan konselor sebaya dan pendidik sebaya”. “Ada, saya pernah lihat plangnya yach... waktu rapat di sana”. “Kayaknya tiap hari deh...saya nga ngerti karena kami memang belum pernah kesana

konsultasi, jadi pelaksanaannya seperti apa nga mgerti karena kami hanya by pone aja”. “Ada SMP 212 dan SMP 107 yang saya tahu”. “Tahu ada”. Sebenarnya dari Puskesmas sih tidak, tapi kami dapat dari BKKBN dulu, karena di BKKBN itu PIKR dan di Puskesmas PKPR jadi saya pikir sama.”. (A₈)

“Ya terutama bimbingan supaya mereka itu ada kegiatan seperti olah raga, kesenian, keagamaan, dan masalah reproduksi sehat, juga bantuan pendidikan dari yayasan”. “Saya tahu tapi saya belum pernah kesana”. “Saya tidak tahu apa dia punya PKPR, kita datang kesana hanya memberi penyuluhan”. “Kalau saya memang tidak dapat dan tidak menerima, tapi saya berpedoman dengan LK3 yang punya itu yang ngirim”. (A₉)

“PHBS, PKHS, informasi kesehatan, juga pelayanan konseling”. “Ada”. “Setiap hari, alurnya nga tau”. “Ada”. “Ada. Waktu, masalah belum selesai dibicarakan waktu sudah habis/selesai”. “Ya ada, melalui WA ya. Lebih efektif karena lebih personal”. “Ada. Tapi tidak memiliki”. (A₁₀)

Berdasarkan hasil observasi, saat peneliti mengikuti pelayanan di PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, ruang PKPR yang ada belum bersifat privasi, dimana ruangnya bersebelahan dan satu pintu dengan poli klinik umum, ruangnya berisik, petugas keluar masuk saat konseling. Begitu juga dengan alur tatalaksana PKPR belum sesuai dengan buku pedoman PKPR, remaja dilayani sesuai dengan penyakitnya. Pada umumnya pasien klinik PKPR adalah rujukan dari poli umum/poliklinik lain yang membutuhkan konseling. Kegiatan PKPR yang dilaksanakan oleh Puskesmas adalah: KIE, pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukan, konseling, PKHS, pelatihan konselor sebaya, dan pelayanan rujukan.

Menurut peneliti, fasilitas merupakan faktor penting dalam mengimplementasi kebijakan PKPR. Tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana

dan prasarana) maka pelaksanaan kebijakan tersebut tidak akan berhasil. Begitu juga dengan keberadaan buku pedoman PKPR dimana buku tersebut digunakan untuk mendorong dan menggerakkan kelompok untuk mencapai tujuan organisasi agar operasional PKPR dapat berjalan dengan baik.

Menurut Edward III (1980) dalam Widodo (2013) sumber daya peralatan/fasilitas merupakan sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan yang meliputi gedung dan sarana yang semuanya akan memudahkan dalam memberikan pelayanan dalam implementasi kebijakan.

Terbatasnya fasilitas dan peralatan yang diperlukan dalam pelaksanaan kebijakan, menyebabkan gagalnya pelaksanaan kebijakan, karena dengan terbatasnya fasilitas sulit untuk mendapatkan informasi yang akurat, tepat dan dapat dipercaya akan sangat merugikan pelaksanaan program (Achmadi, 2014).

Menurut Dumilah (2014) terbatasnya fasilitas yang tersedia kurang menunjang efisiensi dan tidak mendorong motivasi para pelaku dalam melaksanakan kebijakan.

Menurut (Nuzulia, 2013), fasilitas kesehatan yang peduli remaja antara lain. Lingkungan aman bebas dari ancaman dan tekanan dari orang lain, sehingga menimbulkan rasa tenang dan membuat remaja tidak segan berkunjung kembali. Lokasi ruang konseling tersendiri, aman dan nyaman mudah dicapai tanpa perlu melalui ruang tunggu umum atau ruang-ruang lain sehingga menghilangkan

kekhawatiran akan bertemu seseorang yang mungkin beranggapan buruk tentang kunjungannya (stigma). Ruang PKPR menjamin privasi dan kerahasiaan. Selain itu adalah adanya kebebasan pribadi (privasi) di ruang pemeriksaan, ruang konsultasi dan ruang tunggu, di pintu masuk dan keluar, serta jaminan kerahasiaan. Pintu dalam keadaan tertutup pada waktu pelayanan dan tidak ada orang lain yang bebas keluar masuk ruangan. Kerahasiaan dijamin pula melalui ruangan yang kedap suara, pintu masuk keluar tersendiri, ruang tunggu tersendiri. Jam kerja yang nyaman yaitu jam pelayanan yang menyesuaikan waktu luang remaja. Tersedia materi KIE di ruang tunggu maupun di ruang konseling. Perlu disediakan leaflet yang boleh dibawa pulang tentang berbagai tips atau informasi kesehatan remaja (DepKes, 2008).

Keberadaan buku pedoman PKPR adalah sebagai alat komunikasi kebijakan. Komunikasi kebijakan merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan yang berfungsi untuk agar para pelaku kebijakan dalam hal ini adalah pelaksana PKPR dapat mengetahui dan memahami isi, tujuan, dan arah kebijakan operasional PKPR (Widodo, 2007).

Buku pedoman PKPR disusun sebagai acuan bagi penanggung jawab program PKPR di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan khususnya pengelola program PKPR di Puskesmas untuk menyelenggarakan PKPR dengan mutu yang baik dan ajeg. Melalui penyelenggaraan PKPR yang bermutu, Puskesmas diharapkan mampu memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan

remaja (*health needs and demand*) yang juga semakin meningkat (DepKes, 2008).

Dengan demikian, dalam penelitian ini fasilitas kesehatan yang tersedia untuk pelaksanaan PKPR masih terbatas, dimana ruang khusus PKPR yang bersifat privasi belum tersedia sehingga pelaksanaannya hanya bisa dilaksanakan setiap hari Senin dan Rabu. Begitu juga dengan alur tatalaksana belum sesuai dengan pedoman, selain itu sekolah yang memiliki PKPR baru sepuluh (10) sekolah dari 58 sekolah SMP/SMA/SMK, remaja tidak mengetahui jadwal dan adanya konseling melalui media sosial, demikian juga dengan buku pedoman PKPR belum didistribusikan ke guru BK, LSM, dan konselor sebaya. Hal ini sesuai dengan teori, terbatasnya fasilitas yang diperlukan dan kurangnya sosialisasi dalam pelaksanaan kebijakan menyebabkan gagalnya pelaksanaan kebijakan PKPR, karena dengan terbatasnya fasilitas sulit untuk mendapatkan informasi yang akurat. Sehubungan dengan itu, Puskesmas perlu menyediakan ruang khusus PKPR dan alur tatalaksana yang sesuai selera remaja sehingga remaja tidak sungkan atau malu memanfaatkan PKPR, dan mendapatkan kemudahan untuk konseling. Selain itu buku pedoman PKPR harus didistribusikan ke pelaksana PKPR untuk dijadikan acuan dalam mengimplementasikan kebijakan PKPR, Puskesmas juga lebih memfokuskan pelaksanaan PKPR di sekolah-sekolah sehingga memudahkan remaja untuk memanfaatkannya.

6.4.6 Kegiatan KIE

Berdasarkan hasil penelitian terkait dengan kegiatan KIE, menurut kepala Puskesmas jumlah sekolah menerima pelayanan KIE sebanyak 15 sekolah, dan materi yang disampaikan adalah yang berhubungan dengan remaja. Dimana jumlah SDM yang melayani KIE masih “sangat belum cukup”. Sedangkan menurut koordinator PKPR dan koordinator UKS semua sekolah yang berada di wilayah binaan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu menerima penyuluhan/KIE dari semua lintas program Puskesmas, materi yang disampaikan yaitu: kesehatan reproduksi, bahaya narkoba dan IMS, HIV/AIDS, selain itu ada juga materi penting lainnya yaitu; gizi, dan PKHS. Jadwal penyuluhan/KIE belum tetap, kadang dalam setahun satu sekolah hanya mendapatkan satu kali KIE berhubung jumlah petugas kesehatan yang sangat terbatas. Berikut pernyataan para informan:

“15 sekolah (SMP, SMA, dan SMK)”. “Semua petugas kesehatan harus bisa”, “Jumlah SDM masih sangat belum cukup”. “Oh yah! Jadwal tetapnya dalam arti kita mengikuti jamnya sekolah”. “Materi yang disampaikan yang berhubungan dengan remaja”. (A₅)

“Untuk KIE semua sekolah”. “Hampir semua lintas program, Program wajibnya mungkin ada enam, lima diantaranya ke sekolah contohnya; promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, gizi, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak hampir semua imunisasi dll. Tetapi yang paling dominan/banyak adalah UKS”. “Oh...iya belum, tapi... yang dimaksud sasaran itu adalah apakah selalu siap sekolah nga, jadi kita biasanya mengatur jadwal”. “Tidak ada jadwal tetap,”. “Materi yang disampaikan adalah tiga materi penting; kesehatan reproduksi, bahaya narkoba dan HIV/AIDS, tapi ada materi dan juga sebagai materi penting lainnya yaitu; tentang gizi, tentang kesehatan pada umumnya, PHBS ok”. (A₆)

“Semua SMP harusnya dapat, paling tidak semua SMP dari 24 dapat KIE”. “Semua petugas yang ada program melayani KIE termasuk tim PKPR itu tadi saya, bu Made dan bu Yanti”. “Jumlah SDM belum sesuai”. “Jadwalnya ada tapi pelaksanaannya berubah, kita dalam setahun satu sekolah”. “Materinya banyak sih..., kespro, IMS, HIV/AIDS. Materinya itu rata-rata”. (A₇)

Menurut guru BK dan LSM, tenaga kesehatan dari Puskesmas yang melayani penyuluhan/KIE biasanya dr.Devi, bu Made, dan bu Ratih, dan materi yang disampaikan adalah tentang remaja serta permasalahannya seperti: life skill, HIV/AIDS, narkoba, informasi-informasi tentang pergaulan bebas, penculikan remaja, korban-korban seksual, sodomi. Dimana jumlah tenaga kesehatan masih tetap kurang terhadap jumlah remaja dan sekolah yang dilayani, berikut pernyataan informan:

“Saya kurang paham. Tapi kami mendapatkan”. “Biasanya dr. devi, bu Made dan bu Ratih”. “Kalau untuk sekolah sini cukup, tapi... kalau untuk sekolah pasar minggu kurang. Ya 1 bulan sekali Jumat minggu ke dua. Tentang remaja semua dan permasalahannya”. (A₈)

“Dari Puskesmas hanya 2 orang, namun kita punya mitra-mitra yang lain dan saling bekerjasama”. “Kalau dihitung masih tetap kurang, tenagakan paling satu/dua ini remaja kan banyak jadi belum sesuai”. “Materinya antara lain life skill, HIV/AIDS, narkoba, informasi-informasi tentang pergaulan bebas, penculikan remaja, korban-korban seksual, sodomi”. (A₉)

Menurut konselor sebaya, disekolahnya ada pelayanan KIE setiap hari Selasa dan materi yang disampaikan adalah terkait kesehatan remaja dan permasalahannya, materi tersebut sangat bermanfaat karena dengan adanya materi KIE konselor sebaya mengetahui lebih jelas kesehatan remaja,

selanjutnya menurut konselor sebaya jumlah SDM yang melayani KIE masih kurang. Berikut pernyataan informan:

“Ya, ada setiap hari Selasa”. “Ya pernah”. “Ya bermanfaat. Manfaatnya adalah mampu menjalankan hal-hal yang tidak dilarang dan mampu mengetahui lebih detail lagi apa itu arti sehat”. “Masih kurang”. (A₁₀)

Sedangkan menurut informan kunci, mereka belum pernah menerima pelayanan KIE dari petugas kesehatan/Puskesmas dengan materi pertumbuhan dan perkembangan yang sehat pada aqil balik, bahaya perilaku seksual, bahaya penyalahgunaan napza, rokok, dan alkohol, PMS, ISR, HIV/AIDS, akibat pernikahan dini dan kehamilan tidak diinginkan, mereka mendapatkan materi/informasi itu dari guru BK, atau baca buku. Namun, informasi tersebut sangat bermanfaat bagi mereka, karena remaja menjadi tahu arti hidup sehat dan dapat melakukannya dalam kehidupan sehari-harinya. Berikut hasil wawancara peneliti:

“Tidak”. “Tidak, tahu dari guru dan baca buku”. “Sangat bermanfaat”. (A₁)

“Tidak pernah. Tidak tahu”. “Tidak pernah”. “Pastinya bermanfaat banget”. (A₂)

“Tidak pernah”. “Belum pernah juga, dapat dari guru BK”. “Sangat bermanfaat”. (A₃)

“Nga pernah”. “Nga pernah taunya dari guru BK”. “Manfaat banget, jadi bisa ngebedain jenis narkoba, karena narkoba kita jadi apa gitu”.(A₄)

Menurut peneliti, KIE merupakan suatu kegiatan yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku responden/remaja meliputi perubahan pengetahuan dan

sikap. Dengan diberikannya KIE maka remaja mendapat pembelajaran dan informasi yang menghasilkan suatu perubahan kearah yang positif. KIE merupakan suatu proses yang sangat penting dalam pelayanan di bidang kesehatan terutama pelayanan kesehatan peduli remaja.

Hasil penelitian Mochamad, Badra, Yuli (2012), sebesar 70 persen mahasiswa belum mengetahui aspek kesehatan reproduksi secara keseluruhan dan hal ini dapat berimplikasi terhadap perilaku hidup sehat. Hal ini diduga berkaitan dengan minimnya sumber informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi yang mereka peroleh.

Demikian juga dengan hasil penelitian Fadhlina (2012), mengemukakan bahwa pendidikan seksual dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, nilai-nilai untuk membuat keputusan yang bertanggung jawab terhadap perilaku seksual remaja.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Nuzulia (2013), dengan diberikannya penyuluhan maka responden mendapat pembelajaran dan informasi yang menghasilkan suatu perubahan. Remaja yang mendapatkan cukup informasi menghasilkan suatu perubahan yang positif. Remaja yang mendapatkan cukup informasi mengenai seks lebih bersikap bijaksana untuk tidak melakukan seks pranikah, sedangkan remaja dengan pengetahuan yang kurang mengenai seks akan lebih sulit bersikap bijaksana mengenai seks pranikah dan akibat yang dapat ditimbulkan dari hal tersebut.

KIE sebagai bagian dari upaya memberikan wawasan dan pengetahuan pada warga masyarakat dalam bidang pembangunan tertentu, tetapi juga memiliki andil yang sangat besar dalam rangka menumbuhkan kesadaran dan kepedulian mereka untuk berperan aktif turut serta menyukseskan program-program pembangunan dimaksud sekaligus merasa ikut bertanggungjawab mengamankan hasil-hasil yang telah dicapai (Mardya, 2015).

Menurut Greity (2015) Komunikasi, Informasi dan Edukasi dilakukan sebagai sebuah proses penyampaian isi pesan program PKPR dari petugas kesehatan dan pelaksana program PKPR kepada remaja. Media yang digunakan petugas dalam memberikan informasi kesehatan remaja sesuai dengan kebutuhan dan selera sasaran remaja dan permasalahannya.

KIE sebagai usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan remaja, dengan menyampaikan gagasan, maupun kenyataan-kenyataan yang perlu diketahui oleh remaja dengan proses perubahan perilaku kearah yang positif ((Notoatmodjo, 2007). Adapun tujuan dari KIE adalah Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (remaja) secara wajar sehingga remaja melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab.

Menurut Fadhlina (2012), pemberian KIE oleh tenaga kesehatan Puskesmas kepada kelompok remaja dapat dilaksanakan di luar gedung Puskesmas. Puskesmas yang mampu melaksanakan program PKPR mempunyai kriteria

diantaranya mempunyai petugas yang dilatih oleh Dinas Kesehatan untuk program PKPR, melatih kader atau konselor sebaya minimal 10 % dari jumlah murid di sekolah binaan, melakukan konseling informasi dan edukasi (KIE) di sekolah binaan 2x setahun, melayani konseling pada semua remaja yang membutuhkan.

Dengan demikian, dalam penelitian ini pelayanan KIE masih tergolong rendah dimana jumlah SDM yang melayani KIE masih kurang sehingga pelayanan KIE baru bisa dilaksanakan kadang-kadang satu kali setahun untuk satu (1) sekolah. Maka dari itu materi yang disampaikan belum menjangkau semua remaja dan belum semua sekolah menerima pelayanan KIE. Hal ini belum sesuai dengan pedoman PKPR yaitu melakukan komunikasi informasi dan edukasi (KIE) di sekolah binaan 2x setahun, dan melayani KIE pada semua remaja. Sehubungan dengan itu Puskesmas perlu meningkatkan kualitas pelaksanaan PKPR termasuk kualitas pelaksana dan kualitas dalam memberikan informasi kesehatan agar remaja mampu memelihara kesehatan dirinya terutama kesehatan reproduksinya sehingga dapat memasuki masa kehidupan berkeluarga dengan reproduksi yang sehat.

6.4.7 Konselor Sebaya

Dari hasil penelitian terkait konselor sebaya, menurut informan kunci tidak mengetahui keberadaan konselor sebaya di lingkungan rumah maupun di sekolah tempat mereka belajar dan belum pernah konseling dengan konselor sebaya, juga tidak mengetahui peran/kegiatan konselor sebaya. Pada hal 2 orang

informan kunci sekolah di wilayah yang masih binaan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Berikut pernyataan informan dari hasil triangulasi sumber data yang peneliti peroleh:

“Tidak, tidak pernah”. “Tidak tahu”. (A₁)

“Tidak ada, tidak pernah”. “Tidak tahu”. (A₂)

“Belum ada disini, tidak pernah jurhat dengan konselor sebaya”. “Tidak tahu”. (A₃)

“Tidak ada dan belum pernah”. “Tidak tahu”. (A₄)

Menurut kepala Puskesmas, sudah melatih konselor sebaya dengan fasilitator Puskesmas di 15 sekolah namun jadwal pembinaan tetap belum ada. Dimana selama ini pembinaan dilaksanakan sebanyak 2-3 kali setahun atau sesuai dengan jadwal sekolah, sehubungan dengan jumlah SDM yang sangat terbatas maka untuk pembinaan selanjutnya bekerjasama dengan guru UKS. Selanjutnya menurut kepala Puskesmas peran konselor sebaya cukup besar diantaranya remaja lebih terbuka atau jurhatnya lebih masuk. Berikut ini pernyataan informan:

“Ada kali 15 sekolah”. “Perannya cukup besar ya, biasanya mereka lebih terbuka, jurhatnya lebih masuk. Kadang-kadang dengan teman sebaya lebih terbuka itu yang sebenarnya dilatih sama kita supaya kita dapat banyak remaja dengan konselor sebaya itu”. “Ya. Untuk pembinaan konselor sebaya tergantung jadwal, ya... tapi dari kitanya turun paling nga untuk pembinaan bisa 3 kali setahun disesuaikan dengan jadwal turun di tempat lain dan jadwal sekolah karena kita SDMnya masih terbatas. Jadi untuk jadwal tetap belum ada”. (A₅)

Menurut koordinator PKPR, sudah melatih konselor sebaya dengan fasilitator Puskesmas di 10 sekolah wilayah binaan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu.

Belum ada jadwal tetap pembinaan, namun pembinaan tetap dilakukan bila bekerjasama dengan sekolah/ kalau sekolahnya yang membutuhkan, karena kalau sekolahnya tidak meminta nga bisa, jadi harus saling membutuhkan. Adapun peran konselor sebaya cukup banyak antara lain; bisa memberikan informasi, kemudian bisa mengatasi masalah teman sebayanya, dan bisa juga merujuk. Berikut ini pernyataan informan:

“Sekolah ada 10, kemudian kalau organisasi adalah BPMKB/ PLKB, dan Dinsos itu punya”. “Ya...perannya adalah; konselor sebaya bisa memberikan informasi, bisa mengatasi masalah temannya, juga merujuk. Merujuknya bisa ke guru BK atau ke Puskesmas”. “Oh ya betul.... Ada pembinaan tetap itu juga karena gini... bekerjasama dengan sekolah kalau sekolahnya yang membutuhkan, karena kadang kita merasa pengen turun kesekolah tapi sekolahnya tidak welcome juga nga bisa, memang harus saling membutuhkan”. (A₆)

Menurut guru BK jumlah konselor sebaya yang ada di sekolah binaannya sebanyak 30 orang, pembinaan dilakukan 2-3 kali setahun karena sekolah tersebut sekolah sehat. Sementara di LSM jumlah konselor sebaya 40 orang yang dibentuk oleh tim PKPR Puskesmas, namun pembinaan secara tetap belum terlaksana. Adapun peran konselor sebaya yaitu bisa membantu temannya sendiri, membina anak-anak remaja bagaimana mempersiapkan diri dalam belajar, lalu pandangan-pandangan mereka untuk kerja dll. Berikut pernyataan informan:

“Jumlah konselor sebaya 30 orang”. “Mereka hanya melayani teman-temannya sendiri. Kalau lingkup kecil mereka lumayan yach bisa membantu temannya sendiri”. “Ya, dua/tiga kali, tidak rutin tapi setahun ini agak sering karena sekolah kami sekolah sehat yach”. (A₈)

“Termasuk. Jadwal tetap tidak ada”. “Di RW sini ada 40 orang”. “Mereka mengemukakan masalahnya apa lalu bagaimana pemecahannya. Dia itu secara peran membina anak-anak remaja bagaimana mempersiapkan diri dalam belajar, lalu pandangan-pandangan mereka untuk kerja dll”. “Termasuk, jadwal tetap tidak ada”.(A₉)

Berdasarkan hasil wawancara dengan konselor sebaya, perannya sebagai konselor sebaya adalah memberikan informasi, penyuluhan, konseling, dan memberi solusi bagi remaja yang mengalami masalah. Sudah setahun menjadi konselor sebaya dan pernah dilatih, namun pembinaan secara rutin belum ada.

Berikut pernyataan informan:

“SMP kami ada 30 orang konselor sebaya”. “Ya. Memberikan informasi dan memberikan penyuluhan, konseling kepada remaja. Kalau ada masalah memberikan solusi”. “Ya, tapi tidak tetap”.(A₁₀)

Menurut peneliti, konselor sebaya adalah remaja yang mampu memberikan informasi tentang kesehatan dan memiliki minat membantu teman sebayanya untuk mampu mengenali serta mampu menyelesaikan masalahnya, yang telah terlebih dahulu diberikan pelatihan-pelatihan untuk menjadi konselor sebaya sehingga dapat memberikan bantuan baik secara individual maupun kelompok kepada teman-temannya yang bermasalah. Di samping itu dia juga berfungsi sebagai mediator yang membantu konselor dengan cara memberikan informasi tentang kondisi, perkembangan, atau masalah siswa yang perlu mendapat layanan bantuan bimbingan atau konseling. Keberadaan konselor sebaya dalam kegiatan PKPR dianggap penting karena dapat membantu petugas kesehatan dalam memberikan konseling bagi remaja sebayanya.

Penelitian yang dilakukan Crosnoe dkk. (2008); Rubin, Fredstrom, dan Bowker dalam Santrock, (2009) menemukan bahwa karakteristik teman sebaya memiliki pengaruh yang penting terhadap perkembangan remaja. Hal ini antara lain terlihat pada rata-rata prestasi belajar yang tinggi secara konsisten telah menjadi prediktor bagi prestasi sekolah yang positif. Sebaliknya, prestasi belajar yang rendah telah menjadi prediktor bagi perilaku-perilaku negatif seperti penyalahgunaan obat terlarang.

Hasil penelitian Crosnoe dkk di kuatkan oleh temuan Buhrmester dalam Santrock (2009) menunjukkan bahwa pada masa remaja kedekatan hubungan dengan teman sebaya meningkat secara drastis, dan pada saat yang bersamaan kedekatan hubungan remaja dengan orang tua menurun secara drastis.

Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh DepKes (2013), bahwa remaja cenderung mengkonsultasikan masalah mengenai permasalahan kesehatan reproduksi kepada temannya dibanding kepada orang tua dan gurunya. Teman sebaya menjadi pilihan tempat untuk menceritakan masalah. Hal tersebut dikarenakan teman sebaya mengalami kondisi yang sama pada saat itu.

KemenKes (2010), konselor sebaya adalah remaja yang mampu memberikan informasi tentang kesehatan dan membantu teman sebayanya untuk mengenali masalahnya, dan menyadari adanya kebutuhan untuk mencari pertolongan dalam rangka menyelesaikan masalahnya. Konselor sebaya bukanlah konselor ahli sehingga dalam melaksanakan tugas sebagai konselor sebaya, remaja dibimbing

oleh konselor ahli atau pengelola program kesehatan remaja di Puskesmas/fasilitas lainnya, atau pendamping (guru bimbingan konseling di sekolah, ketua atau pemimpin dari kelompok-kelompok remaja).

Adapun tugas konselor sebaya adalah: 1) membantu petugas PKPR atau pendamping untuk menemukan sedini mungkin masalah kesehatan yang dialami klien remaja. 2) Sebagai pendengar yang baik bagi curhat klien remaja. 3) Membantu menyelesaikan masalah klien remaja sesuai dengan kemampuan konselor sebaya. 4) Memberikan informasi/pengetahuan yang benar tentang kesehatan remaja. 5) Mengajak (merujuk) klien remaja ke ahli jika masalahnya di luar kemampuan konselor sebaya untuk membantunya. Remaja yang sudah mendapatkan pelatihan konseling remaja yang dilaksanakan oleh Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota atau instansi terkait, atau orientasi peningkatan wawasan konseling dengan acuan “Pedoman PKPR bagi konselor sebaya” dan pedoman teknik konseling bagi konselor sebaya yang dilaksanakan oleh sekolah sesuai pedoman dengan fasilitator dari tenaga kesehatan Puskesmas PKPR, dengan melatih konselor sebaya di sekolah minimal sebanyak 10% dari murid sekolah binaan (KemenKes, 2010).

Menurut Suranata (2013), Konselor sebaya dipandang penting karena sebagian besar remaja (siswa) lebih sering membicarakan masalah-masalah mereka dengan teman sebaya dibandingkan dengan orang tua, pembimbing, atau guru di sekolah. Untuk masalah yang dianggap sangat serius pun mereka bicarakan dengan teman sebaya (sahabat). Kalau pun terdapat remaja yang

akhirnya menceritakan masalah serius yang mereka alami kepada orang tua, pembimbing atau guru, biasanya karena sudah terpaksa (pembicaraan dan upaya pemecahan masalah bersama teman sebaya mengalami jalan buntu). Hal tersebut terjadi karena remaja memiliki ketertarikan dan komitmen serta ikatan terhadap teman sebaya yang sangat kuat. Remaja merasa bahwa orang dewasa tidak dapat memahami mereka dan mereka yakin bahwa hanya sesama merekalah remaja dapat saling memahami.

Konselor sebaya dipilih berdasarkan karakteristik-karakteristik hangat, memiliki minat untuk membantu, dapat diterima orang lain, toleran terhadap perbedaan sistem nilai, energik, secara sukarela bersedia membantu orang lain, memiliki emosi yang stabil, dan memiliki prestasi belajar yang cukup baik atau minimal rerata, serta mampu menjaga rahasia. Penguasaan terhadap kemampuan membantu diri sendiri dan kemampuan untuk membangun komunikasi interpersonal secara baik akan memungkinkan seorang remaja memiliki sahabat yang cukup (Suwarjo, 2008).

Dengan demikian, dalam penelitian ini pembentukan konselor/edukator sebaya belum optimal dimana konselor sebaya baru terdapat di sepuluh (10) sekolah dari 56 sekolah SMP/SMA/SMK binaan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, dengan jumlah 30 orang persekolah yang seharusnya melatih sebanyak 30-90 orang karena rata-rata jumlah siswa 300-900 orang persekolah. Begitu juga belum ada pembentukan atau pelatihan secara berkesinambungan maupun pembinaan secara rutin, pembinaan dilakukan bila ada permintaan dari sekolah.

Oleh karena itu, remaja kurang mengetahui peran dan keberadaan konselor sebaya. Hal ini belum sesuai dengan pedoman PKPR yang menyebutkan melayani remaja disekolah-sekolah atau disentra dimana remaja berkumpul, serta membentuk dan membina konselor sebaya sebanyak 10 % dari murid sekolah binaan.

Sehubungan dengan itu, Puskesmas sangat perlu membentuk dan melatih konselor sebaya sesuai dengan pedoman PKPR karena konselor sebaya sangat penting keberadaannya, dimana sebagian besar remaja (siswa dan mahasiswa) lebih sering membicarakan masalah-masalah mereka dengan teman sebaya dibandingkan dengan orang tua, pembimbing, atau guru di sekolah. Hal tersebut terjadi karena remaja memiliki usia, ketertarikan, komitmen, tujuan serta ikatan terhadap teman sebaya yang sangat kuat.

6.4.8 Partisipasi Masyarakat

Dari hasil wawancara terkait partisipasi masyarakat, menurut informan kunci remaja tidak datang ke PKPR Puskesmas karena mereka tidak mengetahui adanya PKPR di sana, juga malas ke Puskesmas karena harus ijin sekolah. Selanjutnya menurut informan kunci cara mendorong remaja agar mau datang dan memanfaatkan PKPR adalah melalui sosialisasi disekolah-sekolah tentang keberadaan dan manfaat PKPR, kalau bisa PKPR diadakan disekolah sehingga remaja dengan mudah konseling dan tidak perlu ijin sekolah.

“Tidak tahu adanya PKPR disini”. “Disosialisasikan di sekolah”. (A₁)

“Karena tidak tahu”. “Diinformasikan ke sekolah-sekolah”. (A₂)

“Tidak mengetahui kali ya...,atau bisa juga malas kesana karena harus ijin sekolah”. PKPRnya diadakan di sekolah aja”. (A₃)

“Tidak tahu...”. “Dikasih tahu aja bahwa di Puskesmas ada PKPR” (A₄)

Menurut kepala Puskesmas, kordinator UKS, dan guru BK respon masyarakat dan remaja positif. Mereka mau konseling jika dianjurkan petugas kesehatan. Selain itu jumlah remaja yang mengunjungi PKPR Puskesmas mulai meningkat dengan jumlah bervariasi setiap bulannya antara 8-36 orang perbulan pada tahun 2015 (matrix hal 19). Kasusnya juga bermacam-macam antara lain; hamil diluar nikah, seks diluar nikah, pacaran, konflik dengan teman, konflik dengan dirinya sendiri/tidak mempunyai tujuan dan lain-lain. Ada beberapa alasan informan mengapa remaja tidak mau datang ke PKPR yaitu: Malu, tidak ngerti, takut, pelayanan pagi bertepatan dengan jam sekolah dan kurang sosialisasi, mereka tidak mau masalahnya ketahuan sama yang lain, dan malas karena antrinya lama. Sedangkan strategi yang dapat mendorong remaja agar mau datang ke PKPR Puskesmas antara lain: Menginformasikan terus-menerus, dan buat pengumuman lewat kader, sosialisasi lewat media elektronik, dan sosialisasi dimulai dari top manajemen. Berikut triangulasi sumber data yang diperoleh:

“Kalau sejauh ini bagus ya responnya. Mereka tahu bahwa kita sudah punya konselor walaupun belum seperti yang kita harapkan. Pasien itu sudah mulai makanya kita pindah dari ruangan itu karena ternyata 2x seminggu kadang-kadang ada yang nga bisa dia minta hari lain”. “Malu kayaknya, remaja itu nga ngerti, mungkin dia juga takut, dia baru sadar ternyata setelah ada, misalnya kasusnya diluar nikah pastinya dia takut setelah itu, dia tidak tahu harus kemana, mau ngapain dia malu”. “Kalau gimananya...

memang kitakan cuman bisa informasikan terus-menerus lewat kader kalau kita punya klinik ini jadi bisa konseling, bisa untuk bertanya. Kita bisa buat pengumuman lewat kader, kaderkan lebih dekat dengan masyarakat”. (A₅)

“Masyarakat sih mau ke PKPR rata-rata senang yah, biarin aja kan anak remaja dapat informasi gitu”. “Banyak...tapi aku nga tahu pasti datanya”. “Masalah banyak, hamil di luar nikah, seks diluar nikah, pacaran, konflik dengan teman, konflik dengan dirinya sendiri/nga punya tujuan “Mungkin karena pelayanannya pagi ya, atau bisa juga karena kurang sosialisasi dengan media elektronik, coba kalau dari dinas lebih disosialisasikan”. “Sosialisasi lewat media elektronik”. (A₇)

“Masyarakat sekolah Alhamdulillah positif sih mereka mengapresiasikannya. Karena saya guru BK hampir setiap hari ada yang konseling, biasanya karena masalah belajar, konflik dengan teman, sama gurunya, sama pelajarannya”. “Pertama mungkin kurang sosialisasi, jam pelayanannya jam sekolah jadi bersamaan, mungkin aja mereka tidak mau masalahnya ketahuan sama yang lain. Puskesmas pasiennya banyak sekali gitu jadi antrinya itu loh lama banget jadi malas ke Puskesmas”. “Mungkin sosialisasinya lebih intensif. Awalnya sosialisanya ke top manajemen, selama inikan Pembina UKSnya sedangkan kepala sekolah tidak paham”. (A₈)

Sedangkan menurut koordinator PKPR, respon masyarakat/remaja kurang, karena remaja banyak ke sekolah, dan tidak banyak yang sakit. Promosi PKPR adalah salah satu cara yang dapat dilakukan agar remaja mau memanfaatkan PKPR. Beda dengan pernyataan LSM, orang tua pada prinsipnya mendukung, namun remaja itu sendiri sulit untuk dikasih tahu, begitu juga dengan RT/RW, tokoh agama kurang peduli. Berikut pernyataan informan:

“O...kurang. Sebulan lihat dilaporan tahunan aja ya”. ”Ya... satu remaja itu lebih banyak datang ke sekolah karena memang wajib sekolah, kedua adalah remaja nga banyak sakit, kemudian yang ketiga adalah dia juga nga datang ketempat lain itu aja intinya”. “Tapi pada intinya adalah bagaimana kita mampu memberikan informasi tentang pencegahan berbagai masalah, kalau remaja sudah mampu mencegah permasalahan kesehatan maka dia tidak perlu datang ke Puskesmas karena dia sudah bisa mengatasinya sendiri. Nah... bagaimana caranya supaya dia mau datang yaitu promosi

PKPR, trus yang kedua adalah memberikan pemahaman kepada remaja tentang masalah-masalah apa saja sih yang bisa dialami oleh remaja dan masalah itu harus diatasi". (A₆)

"Orang tuanya pada prinsipnya mendukung, namun anak-anak sendiri memang sulit, RT dan RW nya juga agak kurang peduli, Tokoh agamanya juga karena anak-anak remaja tidak ada kegiatan di mesjid jadi belum berhasil. Yang konsultasi kesini memang masih sedikit". "Ini memang model anak sekarang maunya mereka hura-hura, senang-senang, jadi memang karakter anak sekarang ini susah untuk menanamkan suatu kesadaran sulit sekali". "Ya itu tadi, makanya tiap bulan kita adakan bermacam-macam kegiatan bervariasi, dan kita kasih konsumsi antara 40 anak kalau mengadakan kegiatan nga mati Rp 500.000 sekali kegiatan. (A₉)

Menurut konselor sebaya, respon remaja terhadap PKPR positif, sebulan 2 orang yang konseling dengan masalah persahabatan/percintaan. Remaja tidak datang ke PKPR mungkin karena tidak nyaman, takut masalahnya tersebar, jadwal tidak sama dengan jam sekolah.

"Memberikan pengarahan, mengikuti saran dari konselor sebaya. Sebulan 2 orang. Biasanya masalah persahabatan, percintaan". "Karena kadang ada remaja yang khawatir dengan konselornya, takutnya kalau ke PKPR itu bisa tersebar, dan mungkin karena tidak nyaman. Mereka tidak datang ke Puskesmas karena jadwalnya nga bisa mereka masih disekolah". "Memberikan pelayanan yang baik dan bersifat privasi, serta memberikan kenyamanan". (A₁₀)

Dari hasil telaah dokumen buku register/buku kunjungan PKPR, jumlah remaja yang memanfaatkan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu pada tahun 2014, sebanyak 692 orang dengan kasus tertinggi adalah KTD 116 kasus, seks pranikah 65 kasus, persalinan remaja 61 kasus. Sedangkan pada tahun 2015 bulan Januari; 24 orang, Februari; 11 orang, Maret; 24 orang, April; 9 orang, Mei; 14 orang, Juni; 8 orang, Juli; 74 orang, Agustus; 18 orang, September; 36

orang. Telaah dokumen juga ditemukan interaksi remaja berupa konseling, pelayanan kesehatan, pengobatan kasus, dan rujukan kasus.

Menurut peneliti, Suksesnya suatu program dalam hal ini program PKPR, tergantung dari aktif atau tidak aktifnya partisipasi masyarakat untuk mensukseskan program tersebut. Sehingga dalam posisi ini peran aktif masyarakat sangat penting artinya bagi kelancaran dan keberhasilan program PKPR dan tercapainya tujuan secara mantap. Karena program PKPR dicanangkan dalam rangka usaha pemerintah untuk membangun manusia Indonesia yang sehat dan berkualitas. Pada dasarnya pemerintah berkeinginan untuk membuat perubahan dari suatu kondisi tertentu ke keadaan yang lebih bernilai.

Hasil penelitian Arsani (2012) terkait peranan program PKPR terhadap kesehatan reproduksi remaja di Kecamatan buleleng, menyatakan penyebab permasalahan kesehatan remaja dikarenakan kurangnya akses pelayanan kesehatan remaja, yang meliputi tidak adanya fasilitas, remaja tidak tahu jika dirinya bermasalah, remaja tidak tahu ada fasilitas, remaja tahu tapi tidak terakses (waktu, biaya, datang harus dengan orang tua), remaja tahu ada akses tapi tidak mau (waktu tunggu lama, petugas tidak friendly).

Hasil penelitian Hidayati (2010), partisipasi masyarakat umumnya dipandang sebagai suatu bentuk perilaku. Salah satu bentuk perilaku kesehatan adalah

partisipasi ibu balita dalam 104 program Posyandu, yang diwujudkan dengan membawa anaknya untuk ditimbang berat badan ke Posyandu secara teratur setiap bulan. Target yang ingin dicapai oleh Nasional adalah 80% dapat berpartisipasi dengan aktif ke Posyandu.

Partisipasi adalah keterlibatan anggota masyarakat dalam pengambilan keputusan, implementasi program, evaluasi serta memperoleh manfaat dari keterlibatannya dalam pengembangan program. Partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan yang mereka hadapi sendiri baik masalah keluarga ataupun masyarakat itu sendiri (Notoatmodjo, 2010).

Mengingat pentingnya partisipasi masyarakat atau peran serta masyarakat sehingga diatur dalam UU nomor 36 2009 Bab XVI, dicantumkan tentang peran serta masyarakat dan salah satu pasalnya yaitu pasal 174 ayat (1) yang menyatakan bahwa masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, artinya peran serta masyarakat atau partisipasi masyarakat khususnya dalam pembangunan dilindungi oleh undang-undang (Maulana, 2009).

Menurut H.A.R. Tilaar (2009:287), partisipasi merupakan suatu gejala demokrasi dimana masyarakat dan remaja dilibatkan, dan diikutsertakan dalam

perencanaan serta pelaksanaan, dan juga ikut bertanggungjawab terhadap kegiatan yang dilaksanakan.

Partisipasi dapat terwujud apabila ada rasa saling percaya antar anggota dalam masyarakat dan pihak petugas, adanya ajakan dan kesempatan bagi anggota masyarakat untuk berperan serta dalam kegiatan program, adanya manfaat yang dapat dan segera dapat dirasakan oleh masyarakat, adanya contoh dan keteladanan dari para tokoh dan pemimpin masyarakat. Sebagai unsur dalam pemberdayaan maka partisipasi harus ditumbuhkan melalui terapi pendidikan, perubahan perilaku, menambah staf, kooptasi, dan kekuatan masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Menurut DepKes (2010), bentuk partisipasi dalam PKPR yaitu remaja mendapat informasi yang jelas tentang adanya pelayanan, cara mendapatkan pelayanan, kemudian memanfaatkan dan mendukung pelaksanaannya serta menyebarkan keberadaan PKPR, remaja perlu dimotivasi menghargai hak orang lain sehingga dapat memahami haknya sendiri untuk mendapatkan fasilitas kesehatan. Remaja dilibatkan secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian pelayanan. Ide dan tindak nyata mereka akan lebih mengena dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan karena mereka mengerti kebutuhan mereka, mengerti “bahasa” mereka, serta mengerti bagaimana memotivasi sebaya mereka. Perlu dilakukan dialog dengan masyarakat tentang PKPR hingga masyarakat mengetahui keberadaan pelayanan

tersebut dan menghargai nilainya, mendukung kegiatan dan membantu meningkatkan mutu pelayanannya. (DepKes, 2010).

Dengan demikian, dalam penelitian ini partisipasi masyarakat/remaja terhadap PKPR masih kurang dimana ditemukan remaja tidak mengetahui keberadaan PKPR serta belum pernah mengikuti sosialisasi PKPR, dan juga belum pernah memanfaatkan karena pelaksanaan PKPR sesuai dengan jam sekolah. Hal ini didukung dengan telaah dokumen buku register PKPR yaitu kunjungan remaja perbulan antara 8-36 orang (matrix hal 19) yang berarti kunjungan perhari 0-3 orang atau kadang-kadang dalam sehari tidak ada kunjungan. Pada hal Keterlibatan atau dukungan masyarakat sangat penting untuk mensukseskan pelaksanaan PKPR. Oleh karena itu, hal ini belum sesuai dengan teori yang menyatakan Partisipasi dapat terwujud apabila adanya ajakan dan kesempatan bagi anggota masyarakat/remaja untuk berperan serta dalam kegiatan program, serta adanya manfaat yang dapat dan segera dapat dirasakan oleh remaja.

Sehubungan dengan itu, remaja perlu mendapatkan informasi yang jelas tentang adanya pelayanan, cara mendapatkan pelayanan, kemudian memanfaatkan dan mendukung pelaksanaannya serta menyebarkan keberadaan PKPR, remaja dilibatkan secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian pelayanan. Selain itu perlu dilakukan dialog dengan masyarakat tentang pelaksanaan PKPR hingga masyarakat mengetahui

keberadaan pelayanan PKPR dan menghargai nilainya, mendukung kegiatannya dan membantu meningkatkan mutu pelayanannya. Oleh karena itu perlu sosialisasi dan penjelasan tujuan program ke remaja, orang tua, tokoh agama, tokoh masyarakat serta melibatkan mereka dalam diskusi dengan remaja. Selain itu pelaksanaan PKPR lebih difokuskan di sekolah-sekolah agar akses untuk mendapatkan pelayanan konseling lebih mudah.

6.4.9 Manajemen Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala Puskesmas, koordinator PKPR, koordinator UKS terkait dengan manajemen kesehatan, Puskesmas sudah bekerjasama dengan LSM diantaranya, yayasan Hidup Positif dan yayasan Kusuma Mandiri, juga telah bekerjasama dengan lintas sektoral dan lintas program. Pencatatan dan pelaporan dilakukan sesuai dengan standar nasional PKPR. Monitoring berjalan minimal enam bulan sekali, sedangkan evaluasi pelaksanaan setahun sekali memakai pedoman standar nasional PKPR, tindakan yang dilakukan terkait hasil monev adalah yang kurang diperbaiki, yang belum ada diadakan. Puskesmas sudah membangun system rujukan dengan rumah sakit, LSM, P2PT2A, KPAI, polisi atau dengan instansi lain misalnya layanan hukum, sosial dan lain-lain. Berikut pernyataan informan yang berhasil diinput oleh peneliti:

“Ibu Made bekerjasama dengan LSM, saya lupa namanya. Lintas sektoral kita bekerjasama dengan tokoh masyarakat pak Lurah, pak Camat, Kader,

terutama dengan wilayahnya harus kordinasi dengan mereka”. “Kita ada laporan jadi semua kegiatan PKPR ada laporannya”. “Monev untuk ini dilakukan 3x setahun, evaluasi diakhir tahun. Tindakan evaluasi kekurangannya apa atau dibutuhkan oleh program apa ini yang akan kita laksanakan kedepan”. “Rujukan PKPR rumah sakit, rujukan hukum dan sosial ada”. (A₅)

“Ada...LSM salah satunya yayasan Hidup positif. Tapi yayasan yang menggarap HIV itu banyak sekali bisa ditanyakan sama Kepala urusan Kesmas dr.Devi ya”. “Ya ada”. “Ya...ada pencatatan dan pelaporan sesuai dengan standar nasional PKPR”. “Ya monitoringnya adalah minimal enam bulan sekali atau maksimal satu tahun sekali ada evaluasi, dengan memakai pedoman standar nasional PKPR’. “Nah... tindak lanjutnya adalah apa yang kurang diperbaiki, apa yang tidak ada diadakan kemudian apa yang belum dilakukan”. “Ya betul. Satu; dengan rumah sakit, dua; dengan LSM, tiga; dengan P2PT2A atau dengan polisi/instansi lain misalnya layanan hukum, layanan sosial dan lain-lain”. (A₆)

“Ada...ada beberapa, dengan UKS, PIKR”. “Adakan laporannya bagus kok”. “Nah karena bukan aku yang megang programnya, kalau itu ibu Made yang lebih tau. Kalau monitor, pencatatan pasti bu made sebagai penanggungjawab program”. “Rujukan pernah dibangun dengan RS Fatmawati kalau misalnya dia hamil, rujukan hukumnya ke KPAI, kalau ada kekerasan terhadap perempuan dan anak ada rujukannya P2A ada di Pulogadung”. (A₇)

Menurut guru BK, LSM, dan konselor sebaya belum melakukan pencatatan dan pelaporan, hanya dilakukan oleh koordinator PKPR dalam hal ini ibu Made, berikut pernyataan informan:

“Ada lupa namanya pernah kesini juga” “Nah untuk pencatatan saya tidak ideal mereka hanya punya daftar hadir ada penyuluhan, laporan singkat konseling yang mereka lakukan (konselor sebaya)”. “Kalau saya ada pertemuan dengan konselor sebaya setiap hari selasa, tapi kalau dari Puskesmas ketika mereka malakukan penyuluhan berarti tiap bulan. Tindak lanjutnya bermacam-macam ada pembicaraan, penyuluhan khusus, jadi ibu Made buat pertemuan khusus untuk petugasnya”. “Ya ada” (A₈)

“Ya betul bekerjasama dengan Puskesmas”, “Ya bu Made yang ada, kalau kita tidak ada”. (A₉)

“Ada”. “Belum dilaksanakan”. (A₁₀)

Menurut peneliti keberhasilan sebuah program PKPR dapat dilihat dari apa yang direncanakan dengan apa yang dilakukan, apakah hasil yang diperoleh berkesesuaian dengan hasil perencanaan yang dilakukan. Untuk dapat memperoleh implementasi rencana yang sesuai dengan apa yang direncanakan manajemen harus menyiapkan sebuah program yaitu kemitraan dengan lintas sektoral, lintas program, LSM, dan institusi pendidikan dengan adanya kemitraan masyarakat luas/remaja lebih mengetahui keberadaan PKPR. Selain itu perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan, serta monitoring. Monitoring ditujukan untuk memperoleh fakta, data dan informasi tentang pelaksanaan program, apakah proses pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Selanjutnya temuan-temuan hasil monitoring adalah informasi untuk proses evaluasi sehingga hasilnya apakah program yang ditetapkan dan dilaksanakan memperoleh hasil yang berkesesuaian atau tidak. Begitu juga dengan rujukan kasus baik dilakukan dalam pelaksanaan PKPR agar remaja yang mengalami kasus dan membutuhkan rujukan mendapatkan penanganan yang lebih intensif sesuai dengan kasus yang sedang dialami.

Hasil penelitian Lola & Erwinda (2009), terkait pemanfaatan PKPR dimana kualitas laporan masih rendah, forum kerjasama lintas sektoral belum digunakan untuk menggalang dukungan bagi terselenggaranya PKPR dan standar operasional prosedur serta standar pelayanan minimal belum tersedia.

Hal yang sama juga ditemui oleh Ingan dalam Dharmawan (2012), ditemukan kualitas pelaporan belum baik, dikarenakan belum tepat waktu pelaporan dan tidak melakukan secara rutin. Dari sisi pemanfaatan data juga baru mencapai 33% standar kualitas. Bila pencatatan dilakukan secara lengkap dan penyerahannya dilakukan tepat waktu maka gambaran status kesehatan remaja dapat dinilai sehingga setiap terjadi masalah dapat dideteksi sedini mungkin dan mendapatkan penanganan yang baik.

Manajemen Kesehatan adalah proses untuk mengatur kegiatan-kegiatan atau pelayanan kesehatan masyarakat. Dan digunakan untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Dalam hal ini yang termasuk manajemen kesehatan yaitu; kemitraan, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi, serta rujukan (Notoatmodjo, 2010).

Kemitraan adalah proses interaksi dua pihak atau lebih yang diwujudkan dalam bentuk kerjasama. Pihak-pihak yang melakukan kemitraan meliputi berbagai sektor seperti kelompok masyarakat, lembaga pemerintah dan lembaga non-pemerintah. Beberapa pihak ini bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip, dan peran masing-masing. Kemitraan di bidang kesehatan adalah kemitraan yang dikembangkan dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Untuk mengembangkan kemitraan di bidang kesehatan secara konsep terdiri 3 tahap yaitu tahap pertama adalah kemitraan lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri, tahap kedua kemitraan lintas sektor di lingkungan institusi pemerintah dan yang tahap ketiga adalah membangun kemitraan yang lebih luas, lintas program, lintas sektor. Lintas bidang dan lintas organisasi yang mencakup: Unsur pemerintah, unsur swasta atau dunia usaha, unsur lsm dan organisasi masa, unsur organisasi profesi (Sutomo, 2010).

Berdasarkan buku pedoman PKPR (DepKes, 2008), identifikasi lintas sektoral, lintas program, LSM yang mempunyai kegiatan dengan sasaran remaja di berbagai tingkatan, misalnya sekolah, LSM, UPTD pendidikan, dan lain-lain. Tujuannya adalah agar Puskesmas dapat memperoleh gambaran atau penilaian mengenai tingkat kepentingan dan pengaruh dari berbagai stakeolder terhadap program kesehatan remaja.

Pencatatan dan Pelaporan merupakan kegiatan yang harus diperhatikan oleh tenaga kesehatan dalam rangka memberikan pelayanan yang lebih baik bagi individu, keluarga dan masyarakat. Untuk dapat melakukan kegiatan pencatatan dan pelaporan dengan baik, maka dibutuhkan tata dan Informasi yang tepat dan akurat, karena tanpa adanya hal tersebut hasil kegiatan pencatatan dan pelaporan tersebut akan sangat diragukan kebenarannya.

Pencatatan dan pelaporan adalah indikator keberhasilan suatu kegiatan. Tanpa ada pencatatan dan pelaporan, kegiatan atau program apapun yang dilaksanakan tidak akan terlihat wujudnya. Output dari pencatatan dan pelaporan ini adalah sebuah data dan informasi yang berharga dan bernilai bila menggunakan metode yang tepat dan benar. Jadi, data dan informasi merupakan sebuah unsur terpenting dalam sebuah organisasi, karena data dan informasi adalah yang berbicara tentang keberhasilan atau perkembangan organisasi tersebut (Tiara, 2011).

Dalam pelaksanaan PKPR manfaat pencatatan dan pelaporan adalah untuk mendapatkan data kesehatan remaja di wilayah Puskesmas. Selain itu data juga digunakan untuk kepentingan perencanaan dan menentukan langkah-langkah perbaikan. Buku catatan kegiatan dan kunjungan sebaiknya dibuat sedemikian rupa sehingga pada saat diperlukan dapat diketahui data kegiatan PKPR dengan segera (DepKes, 2008).

Monitoring dan evaluasi merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah program yang dibuat berjalan dengan baik sebagaimana mestinya sesuai dengan yang direncanakan, adakah hambatan yang terjadi dan bagaimana para pelaksana program itu mengatasi hambatan tersebut. Monitoring terhadap sebuah hasil perencanaan yang sedang berlangsung menjadi alat pengendalian yang baik dalam seluruh proses implementasi (Tiara, 2011).

Melalui monitoring, petugas akan dibantu menemukan masalah secara dini hingga koreksi yang akan dilakukan tidak memerlukan biaya dan waktu yang banyak, dan mempercepat tercapainya PKPR yang berkualitas. Monitoring oleh tatanan administrasi yang lebih tinggi dilakukan melalui analisa laporan rutin yang dikirimkan oleh Puskesmas dikombinasikan dengan pengamatan langsung di lapangan (DepKes, 2005).

Monitoring terhadap akses dan kualitas PKPR diawali dengan melihat kepatuhan terhadap standar PKPR yang diwakili oleh pelaksanaan konseling dan kelengkapan sarana, berlanjut dengan melihat jangkauan pelayanan dari jumlah kunjungan dan kasus yang ditangani baik di dalam maupun di luar gedung. Meskipun demikian kegiatan PKPR lainnya seperti PKHS dan pelatihan calon pendidik sebaya harus dicatat, untuk melihat sejauh mana lingkup kegiatan dilaksanakan. Berikut standar dan indikator terpilih yang diperlukan untuk mengevaluasi kualitas dan akses PKPR:

Kualitas:

- 1) Kompetensi petugas: kesesuaian langkah-langkah pelaksanaan konseling dengan standar.
- 2) Sarana institusi: pemenuhan kriteria sarana untuk menjamin kerahasiaan dan kenyamanan klien.
- 3) Kepuasan klien: terhadap kualitas sarana dan kompetensi petugas.

4) Kelengkapan jaringan pelayanan rujukan

Akses:

- 1) Jumlah pelaksanaan KIE dan konseling kasus lama dan kasus baru, jumlah kunjungan klien, klien lama dan baru, di dalam gedung dan di luar gedung.
- 2) Frekuensi petugas Puskesmas berperan menjadi narasumber atau fasilitator kegiatan remaja.
- 3) Jumlah kader (pendidik/konselor) sebaya yang dilatih oleh Puskesmas.
- 4) Jumlah rujukan masuk dari masyarakat.

Sesuai kebutuhan, Puskesmas sebagai bagian dari pelayanan klinis medis, melaksanakan rujukan kasus ke pelayanan medis yang lebih tinggi. Rujukan sosial juga diperlukan dalam PKPR, sebagai contoh penyaluran kepada lembaga keterampilan kerja untuk remaja pasca penyalah-guna napza, atau penyaluran kepada lembaga tertentu agar mendapatkan program pendampingan dalam upaya rehabilitasi mental korban perkosaan. Sedangkan rujukan pranata hukum kadang diperlukan untuk memberi kekuatan hukum bagi kasus tertentu atau dukungan dalam menindaklanjuti suatu kasus. Tentu saja kerjasama ini harus diawali dengan komitmen antar institusi terkait, yang dibangun pada tahap awal sebelum PKPR dimulai (KemenKes, 2014).

Puskesmas merupakan ujung tombak sumber data kesehatan khususnya bagi dinas kesehatan kota dan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas juga merupakan fondasi dari data kesehatan. Sehingga diharapkan terciptanya

sebuah informasi yang akurat, representatif dan reliable yang dapat dijadikan pedoman dalam penyusunan perencanaan kesehatan. Setiap program akan menghasilkan data. Data yang dihasilkan perlu dicatat, dianalisis dan dibuat laporan. Data yang disajikan adalah informasi tentang pelaksanaan program dan perkembangan masalah kesehatan masyarakat. Informasi yang ada perlu dibahas, dikoordinasikan, diintegrasikan agar menjadi pengetahuan bagi semua staf puskesmas. Pencatatan harian masing-masing program Puskesmas dikombinasi menjadi laporan terpadu puskesmas atau yang disebut dengan system pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas (SP2TP) (Tiara, 2011).

Dengan demikian dalam penelitian ini pelaksanaan PKPR, kerjasama/kemitraan antara Puskesmas dengan lintas sektoral seperti Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama, Lurah, Camat, dan institusi pendidikan sudah ada, Kemitraan dengan LSM yayasan Kusuma Mandiri dan guru BK SMPN 107 yang berhasil diwawancarain peneliti, bentuk kerjasama yang dilakukan dengan Puskesmas adalah konseling remaja, pelatihan konselor sebaya, KIE, dan juga rujukan kasus kesehatan. Untuk itu, kemitraan/kerjasama antara Puskesmas dengan LSM, lintas sektoral perlu ditingkatkan dan dibina, dengan tujuan agar Puskesmas dapat memperoleh gambaran/penilaian, dan pengaruh dari stakeholder terhadap program kesehatan remaja, sehingga pelaksanaan PKPR lebih optimal.

Terkait dengan pencatatan dan pelaporan sudah terlaksana, dimana terdapat buku register kunjungan remaja baik dalam gedung maupun di luar gedung, pelaporan juga sudah dilakukan dan ada laporan tahunan PKPR, hasilnya dilaporkan ke Kepala Puskesmas, dan dinas kesehatan Jakarta Selatan. Hal ini sangat bermanfaat untuk mendapatkan data kesehatan remaja di wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, selain itu juga digunakan untuk kepentingan perencanaan dan menentukan langkah-langkah perbaikan.

Begitu juga dengan monitoring dan evaluasi sudah dilaksanakan, namun hasil evaluasi belum ada tindakan yang jelas baru sekedar yang kurang ditambah dan yang belum dikerjakan. Sehubungan dengan itu, perlu dilakukan monitoring dan evaluasi, karena petugas akan dibantu menilai apakah program berjalan dengan baik, dan bagaimana kemajuannya, serta menemukan masalah secara dini hingga koreksi yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah yang ditemukan, dan mempercepat tercapainya PKPR yang berkualitas.

Sistem rujukan yang dilakukan Puskesmas dalam pelaksanaan PKPR adalah rujukan medis, rujukan hukum, dan rujukan sosial. Adapun tujuan rujukan ini adalah pelimpahan tanggungjawab atas kasus tertentu yang dialami remaja, sehingga mendapatkan pelayanan, dukungan, dan tindak lanjut atas kasus yang dialami remaja.

6.5 Merumuskan Analisis kebijakan Operasional

Perumusan analisis kebijakan dalam penelitian ini mengacu pada konsep Patton dan Savicky yang menggunakan enam langkah dalam merumuskan

analisis kebijakan yang sering dikenal dengan *a basic policy analysis process*. Tahapan-tahapan penerapan konsep Patton dan Savicky dalam penelitian ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

6.5.1 Langkah Pertama Mendefinisikan, Verifikasi Masalah yang terjadi

Pada tahap ini, peneliti mengumpulkan beberapa masalah dan data-data terkait dengan masalah yang terjadi dalam pelaksanaan PKPR, dimana pelaksanaannya belum optimal sehingga remaja yang memanfaatkan PKPR masih terbatas.

Pada saat penelitian dilakukan, ditemukan beberapa faktor yang menyebabkan pelaksanaan PKPR belum optimal. Sehingga perlu dilakukan perbaikan untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Adapun faktor-faktor tersebut adalah;

- a. Keterbatasan Puskesmas untuk menyediakan SDM pelaksana dan terlatih PKPR.
- b. Keterbatasan Puskesmas untuk memperluas wilayah pelaksanaan PKPR
- c. Keterbatasan Puskesmas menyediakan fasilitas untuk pelaksanaan PKPR
- d. Keterbatasan Puskesmas untuk mensosialisasikan pelaksanaan PKPR.

6.5.2 Langkah ke Dua, Menetapkan atau Menentukan Kriteria Evaluasi

Selanjutnya dari empat faktor tersebut dilakukan penilaian tingkat urgensinya dengan menggunakan matrix USG sebagai berikut:

- a. *Urgency* (mendesaknya) suatu permasalahan yang harus ditangani

- b. *Serious* (tingkat keseriusan), isu tersebut perlu dibahas berdasarkan akibat yang timbul dari penundaan pemecahan masalah yang mengakibatkan isu tersebut semakin berkembang.
- c. *Growth* (kecenderungan berkembang), isu menjadi berkembang makin memburuk kalau dibiarkan.

Penilaian *urgency, serious dan growth* (USG) dimaksudkan untuk menentukan isu mana yang paling dominan untuk pemecahan masalah yang dihadapi dalam melaksanakan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Alasan ini dituangkan dalam suatu matrix untuk menghitung total nilai USG tersebut. Maka permasalahan itu dipandang sebagai isu sentral sebagaimana termuat pada tabel dibawah ini:

Tabel 6.3
Matrix USG Pemilihan Isu Aktual

No	Isu Aktual	U	S	G	Total	Ranking
1	Keterbatasan Puskesmas untuk menyediakan SDM pelaksana dan terlatih PKPR	5	5	5	15	I
2	Keterbatasan Puskesmas untuk memperluas wilayah pelaksanaan PKPR	5	5	4	14	II
3	Keterbatasan Puskesmas untuk mensosialisasikan keberadaan PKPR	4	4	4	12	IV
4	Keterbatasan Puskesmas menyediakan fasilitas untuk pelaksanaan PKPR	5	4	4	13	III

Pemilihan alternatif isu actual diatas dilakukan melalui *rating scale* (skala nilai), pemilihan ini dikonversi secara kualitatif seperti: Sangat mendesak,

mendesak, cukup mendesak, kurang mendesak, dan tidak mendesak, yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Nilai 5: Memiliki nilai keterkaitan yang sangat mendesak/gawat
- b. Nilai 4: Memiliki nilai keterkaitan yang mendesak/gawat
- c. Nilai 3: Memiliki nilai keterkaitan yang cukup mendesak/gawat
- d. Nilai 2: Memiliki nilai keterkaitan yang kurang mendesak/gawat
- e. Nilai 1: Memiliki nilai keterkaitan yang tidak mendesak/gawat

Berdasarkan hasil USG, peneliti memiliki empat masalah yang menjadi prioritas utama yaitu:

Tabel 6.4
Prioritas Masalah

No	Faktor penyebab tidak optimal pelaksanaan PKPR
1	Keterbatasan Puskesmas untuk menyediakan SDM pelaksana dan terlatih PKPR
2	Keterbatasan Puskesmas untuk memperluas wilayah pelaksanaan PKPR
3	Keterbatasan Puskesmas menyediakan fasilitas untuk pelaksanaan PKPR
4	Keterbatasan Puskesmas untuk mensosialisasikan keberadaan PKPR

Berdasarkan analisis dengan menggunakan matrix USG dengan membuat ranking dan total nilai tertinggi, maka faktor yang menjadi prioritas masalah adalah keterbatasan Puskesmas untuk menyediakan SDM pelaksana dan terlatih PKPR. Setelah peneliti mendapatkan faktor utama yang menyebabkan tidak

optimalnya pelaksanaan PKPR, maka tahap selanjutnya adalah membuat analisis SWOT.

6.5.3 Analisis SWOT

Analisis SWOT perlu dilakukan karena analisis SWOT mencocokkan “fit” antara sumber daya internal dan situasi eksternal perusahaan. Pencocokan yang baik akan memaksimalkan kekuatan dan peluang perusahaan dan meminimalkan kelemahan dan ancamannya. Asumsi sederhana ini mempunyai implikasi yang kuat untuk merancang strategi untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu. Berdasarkan hasil matrix USG, diperoleh faktor yang menjadi prioritas masalah adalah keterbatasan Puskesmas untuk menyediakan SDM pelaksana dan terlatih PKPR.

Selanjutnya mengelompokkan identifikasi masalah kedalam *strength* (kekuatan), *weaknesses* (kelemahan), *opportunity* (peluang), serta *threats* (ancaman). Kategori *strengths* (kekuatan) dan *weaknesses* (kelemahan) adalah merupakan kemampuan untuk melaksanakan atau menyelesaikan tugas dengan baik dan benar dengan memiliki sumber daya yang cukup. Pengelompokan faktor internal dan faktor eksternal seperti tabel dibawah ini:

Tabel 6.5
Identifikasi Faktor Internal

No	<i>Strength (Kekuatan)</i>	<i>Weaknesses (Kelemahan)</i>
1	Adanya kebijakan kepala Puskesmas untuk melaksanakan PKPR	Jumlah SDM rendah/kurang
2	Adanya tim PKPR	Belum tersedia ruang khusus PKPR
3	Adanya tenaga kesehatan terlatih PKPR	Alur tatalaksana PKPR belum sesuai pedoman
4	Memiliki buku pedoman pelaksanaan PKPR	Penyebaran PKPR masih terbatas
5	Adanya komitmen untuk terus melakukan pengembangan PKPR	Pembentukan konselor sebaya belum merata
6	Tersedia dana untuk pelaksanaan PKPR	Sosialisasi PKPR belum maksimal
7		Distribusi buku pedoman PKPR belum merata
8		Pelayanan KIE belum ada jadwal tetap

Tabel 6.6
Identifikasi Faktor Eksternal

No	<i>Opportunity (Peluang)</i>	<i>Threats (Ancaman)</i>
1	Didukung oleh undang-undang dan keputusan DinKes dan kepala Puskesmas	PKPR belum dikenal baik oleh masyarakat
2	Didukung oleh sumber dana APBD dan donor luar	PKPR belum kondusif akibat kurangnya koordinasi dari berbagai pihak
3	Adanya kerjasama dengan LSM	
4	Adanya kerjasama dengan institusi pendidikan	
5	Keadaan geografis yang dapat dijangkau oleh kendaraan umum	

Setelah melakukan identifikasi faktor internal dan eksternal, maka tahap selanjutnya adalah membuat analisis faktor internal/IFE (*internal factor evaluation*) dengan menggunakan matrix untuk menyimpulkan dan mengevaluasi kekuatan dan kelemahan, serta analisis faktor eksternal/EFE

(*external factor evaluation*) dengan menggunakan matrix untuk menyimpulkan dan mengevaluasi peluang dan ancaman dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) Identifikasi faktor eksternal peluang dan ancaman serta identifikasi faktor internal kekuatan dan kelemahan.
- 2) Membuat pembobotan untuk setiap faktor antara 0,0 bila tak penting dan 1,0 bila paling penting.
- 3) Membuat ranting antara 1-4 dengan arti sebagai berikut;
 - a. Satu (1) amat sedikit berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan.
 - b. Dua (2) kurang berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan.
 - c. Tiga (3) merupakan peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan.
 - d. Empat (4) sangat berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan.

Tabel 6.7
Matrix Internal Faktor Evaluation (IFE)

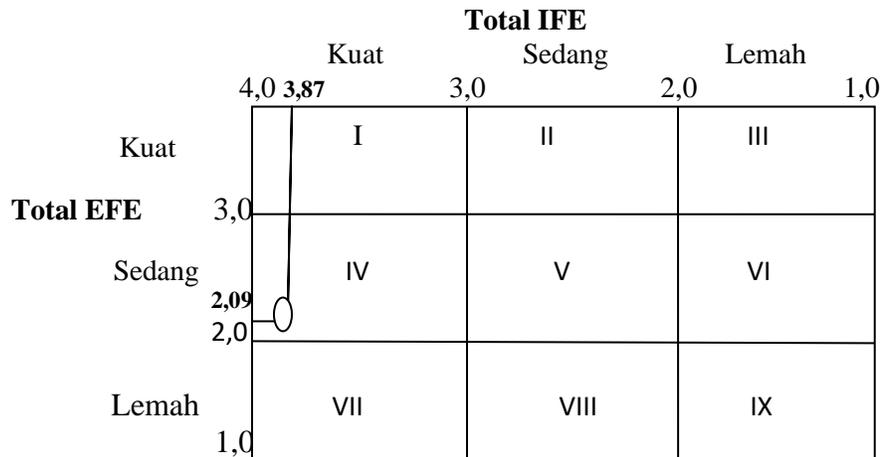
No	Kritikal faktor Sukses	Bobot	Rating	Score
1	2	3	4	5=3x4
	Kekuatan			
1	Adanya kebijakan kepala Puskesmas untuk melaksanakan PKPR	3	0,08	0,24
2	Adanya tim PKPR	3	0,09	0,27
3	Adanya tenaga kesehatan terlatih PKPR	4	0,12	0,48
4	Memiliki buku pedoman pelaksanaan PKPR	3	0,07	0,21
5	Adanya komitmen untuk terus melakukan pengembangan PKPR	3	0,08	0,24
6	Tersedia dana untuk pelaksanaan PKPR	4	0,10	0,4
				1,84
	Kelemahan			
1	Jumlah SDM masih rendah/kurang	4	0,11	0,44
2	Belum tersedia ruang khusus PKPR	3	0,08	0,24

3	Alur tatalaksana PKPR belum sesuai pedoman	2	0,09	0,18
4	Penyebaran PKPR masih terbatas	3	0,08	0,24
5	Pembentukan dan pembinaan konselor sebaya belum sesuai pedoman	3	0,09	0,27
6	Sosialisasi PKPR belum maksimal	3	0,11	0,33
7	Distribusi buku pedoman PKPR belum merata	2	0,06	0,12
8	Pelayanan KIE belum ada jadwal tetap	3	0,07	0,21
	Total jumlah			3,87

Tabel: 6.8
Matrix Eksternal Faktor Evaluation (EFE)

No	Kritikal faktor Sukses	Bobot	Rating	Score
1	2	3	4	5=3x4
	Peluang			
1	Didukung oleh undang-undang dan keputusan DinKes dan kepala Puskesmas	3	0,10	0,3
2	Didukung oleh sumber dana APBD dan donor luar	4	0,11	0,44
3	Adanya kerjasama dengan LSM	3	0,08	0,24
4	Adanya kerjasama dengan institusi pendidikan	4	0,10	0,4
5	Keadaan geografis yang dapat dijangkau dengan kendaraan umum	2	0,07	0,14
				1,52
	Ancaman			
1	PKPR belum dikenal baik oleh masyarakat	3	0,10	0,3
2	PKPR belum kondusif akibat kurangnya kordinasi dari berbagai pihak	3	0,09	0,27
	Total jumlah			2,09

Diagram 6.1
Matrix Internal dan Eksternal

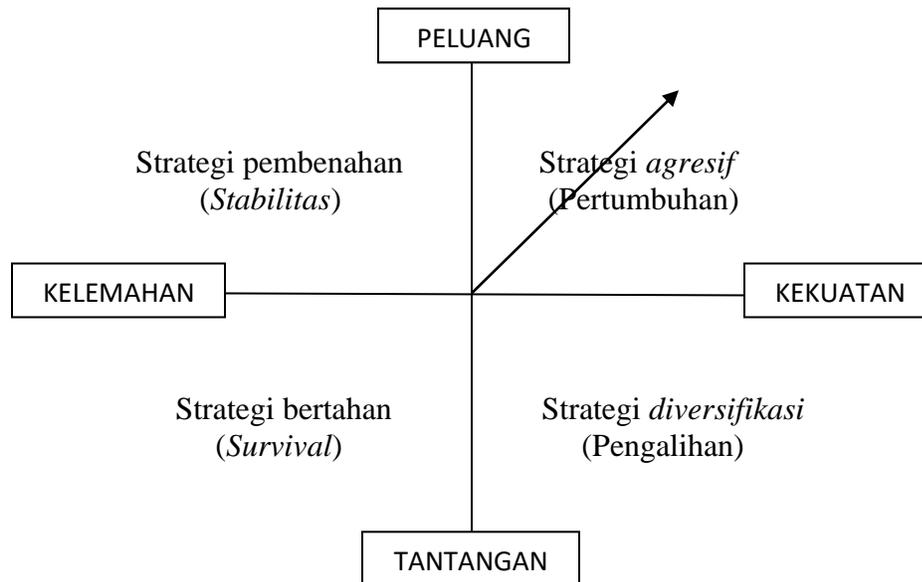


Pada diagram matrix internal dan eksternal posisi menentukan strategi dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Sel I, II dan IV strateginya adalah membangun (*built*) dan pertumbuhan (*growth*).
- 2) Sel III, V, dan VII strateginya adalah *hold* dan *maintance*.
- 3) Sel VI, VIII, dan IX strateginya adalah *harvest* dan *divest*

Dengan demikian hasil diatas menunjukkan bahwa posisi strategi berada di sel IV yang berarti strategi yang dibuat membangun (*built*) dan bertumbuh (*growth*). Setelah melakukan matrix internal dan eksternal, maka tahap selanjutnya adalah membuat diagram SWOT untuk menentukan strategi

Diagram 6.2
Diagram SWOT



Kemudian setelah melakukan diagram SWOT, maka tahap selanjutnya adalah membuat matrix SWOT untuk mendapatkan strategi alternatif dengan menggabungkan faktor eksternal dan internal secara bersamaan.

6.5.4 Langkah ke Tiga, Identifikasi Alternatif Kebijakan

Penyebab utama belum optimalnya pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu adalah kurangnya SDM pelaksana dan terlatih PKPR. Untuk mengatasi masalah tersebut maka dapat dirumuskan beberapa alternatif kebijakan guna mengoptimalkan pelaksanaan PKPR. Adapun beberapa alternatif kebijakan tersebut adalah:

1. Mengadakan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi guru BK
2. Membuat sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK)

6.5.4.1 Alternatif I: Mengadakan Pelatihan Khusus Konselor, Educator dan tentang kesehatan bagi guru BK.

Kita tahu selama ini pelaksanaan PKPR di institusi pendidikan dibawah bimbingan dan pengawasan guru BK, dan juga melayani konseling remaja dari berbagai macam masalah termasuk masalah kesehatan reproduksi. Untuk itu perlu diadakan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan agar guru BK dapat melaksanakan kegiatan PKPR disekolah seperti; Konseling, PKHS, pembentukan dan pembinaan konselor sebaya, KIE kesehatan remaja termasuk kesehatan reproduksi remaja, dan pelayanan rujukan.

Alasan peneliti mengajukan alternatif kebijakan mengadakan pelatihan khusus konselor dan educator serta tentang kesehatan bagi guru BK adalah untuk mengefektifitaskan pelaksanaan PKPR di sekolah, karena ini sistemnya berjenjang maka dilakukan trening berjenjang secara langsung dapat membantu

dan mengurangi beban kerja petugas kesehatan dari Puskesmas sehingga pelaksanaan PKPR dapat dilaksanakan disemua sekolah SMP/Mts, SMA/SMK negeri maupun swasta, dengan demikian PKPR dapat menjangkau lebih banyak remaja terutama yang disekolah. Salah satu kurikulum pelatihan materi intinya adalah:

- 1) Materi Inti 1: Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)
- 2) Materi Inti 2: Jejaring Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)
- 3) Materi Inti 3: Tumbuh Kembang Remaja
- 4) Materi Inti 4: Kesehatan Reproduksi Remaja
- 5) Materi Inti 5: Pengenalan Konsep Gender
- 6) Materi Inti VI: Infeksi Menular Seksual (I.M.S)
- 7) Materi Inti 7: HIV dan AIDS
- 8) Materi Inti 8: NAPZA
- 9) Materi Inti 9: Komunikasi dan Konseling
- 10) Materi Inti 10: Pengenalan Pendidikan Ketrampilan Hidup Sehat (PKHS)
- 11) Materi Inti 11: Cara Belajar Partisipatif

6.5.4.2 Alternatif II: Program Sekolah Remaja Siaga Kesehatan (Sekolah ReSiK)

Setelah Puskesmas mampu mengadakan pelatihan khusus konselor dan educator serta tentang kesehatan bagi guru BK, peneliti menawarkan sebuah alternatif agar penyampaian informasi kesehatan remaja sampai kesasaran dan remaja terhindar dari berbagai perilaku berisiko seperti, seks diluar nikah,

kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi, PMS dan NAPZA. Alternatif tersebut adalah program Sekolah Remaja Siaga Kesehatan (Sekolah ReSiK) yang diadakan di sekolah SMP, SMA, dan SMK terutama yang memiliki masalah kesehatan remaja yang cukup tinggi dibawah pengawasan Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagai fasilitator.

6.5.5 Langkah ke Empat, Evaluasi Alternatif Kebijakan

Setelah menyusun alternatif kebijakan untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan, langkah selanjutnya adalah mengevaluasi alternatif kebijakan yang disusun. Langkah ini khusus digunakan untuk kebijakan yang akan diambil/dipilih, dengan membuat *quantitative strategic planning matrix* (QSPM) untuk menentukan prioritas strategi alternatif dalam mengoptimalkan pelaksanaan PKPR, dengan langkah pengembangan QSPM sebagai berikut:

1. Membuat daftar peluang, ancaman, kekuatan, dan kelemahan organisasi yang di ambil dari matriks IFE dan EFE.
2. Memberi pembobotan pada masing-masing internal dan eksternal seperti yang ada pada matriks IFE dan EFE.
3. Mempelajari hasil analisis SWOT dan menulis/mengidentifikasi strategi alternatif yang pelaksanaannya harus dipertimbangkan sebelumnya oleh perusahaan.
4. Menghitung *Attractive Score* (AS), yaitu nilai yang menunjukkan keterkaitan untuk masing-masing strategi yang terpilih. Dengan cara

meneliti masing-masing eksternal dan internal faktor kunci keberhasilan, dengan pilihan nilai terdiri dari:

Nilai 1 : Berarti tidak ada keterkaitan

Nilai 2 : Berarti mungkin ada keterkaitan

Nilai 3 : Berarti ada keterkaitan

Nilai 4 : Berarti paling terkait

5. Menghitung *Total Attractiveness Score* (TAS), di dapat dari perkalian bobot dengan *Attractiveness Score* (AS) pada masing-masing baris.
6. Menghitung *Sum Total Attractiveness Score*. Jumlahkan semua TAS pada masing-masing kolom QSPM. Nilai TAS dari alternatif strategi yang tertinggi adalah yang menunjukkan bahwa alternatif strategi itulah yang menjadi pilihan utama. Nilai TAS terkecil menunjukkan bahwa alternatif strategi ini menjadi pilihan terakhir. Bentuk dasar dari QSP Matriks adalah sebagai berikut:

Tabel 6.10

Analisis QSPM (*Quantitative Strategic Planning Matrix*)

Faktor Utama		Weight	Alternatif Strategi			
			Strategi 1		Strategi 2	
			AS	TAS	AS	TAS
		(1)	(2)	(3) - (1) x (2)	(4)	(5) - (1) x (4)
Faktor Internal						
No	Kekuatan					
1	Adanya kebijakan kepala Puskesmas untuk melaksanakan PKPR	0,08	4	0,32	4	0,32
2	Adanya tim PKPR	0,09	3	0,27	3	0,27
3	Adanya tenaga kesehatan terlatih PKPR	0,12	2	0,24	3	0,36

4	Memiliki buku pedoman pelaksanaan PKPR	0,07	1	0,07	1	0,07
5	Adanya komitmen untuk terus melakukan pengembangan PKPR	0,08	3	0,24	3	0,24
6	Tersedia dana untuk pelaksanaan PKPR	0,10	3	0,3	4	0,4
Kelemahan						
1	Jumlah SDM masih rendah/kurang	0,11	4	0,44	4	0,44
2	Belum tersedia ruang khusus PKPR	0,08	3	0,24	4	0,32
3	Alur tatalaksana PKPR belum sesuai pedoman	0,09	2	0,18	2	0,18
4	Penyebaran PKPR masih terbatas	0,08	4	0,32	4	0,32
5	Pembentukan dan pembinaan konselor sebaya belum sesuai pedoman	0,09	4	0,36	4	0,36
6	Sosialisasi PKPR belum maksimal	0,11	3	0,33	3	0,33
7	Distribusi buku pedoman PKPR belum merata	0,06	2	0,12	2	0,12
8	Pelayanan KIE belum ada jadwal tetap	0,07	3	0,21	3	0,21
Faktor Eksternal						
Peluang						
1	Didukung oleh undang-undang dan keputusan DinKes dan kepala Puskesmas	0,10	3	0,3	4	0,4
2	Didukung oleh sumber dana APBD dan donor luar	0,11	3	0,33	3	0,33
3	Adanya kerjasama dengan LSM	0,08	1	0,08	1	0,08
4	Adanya kerjasama dengan institusi pendidikan	0,10	1	0,1	2	0,2
5	Keadaan geografis yang dapat dijangkau dengan kendaraan umum	0,07	1	0,07	2	0,14
Ancaman						
1	PKPR belum dikenal baik oleh masyarakat	0,10	2	0,2	4	0,4
2	PKPR belum kondusif akibat kurangnya kordinasi dari berbagai pihak	0,09	2	0,18	3	0,27
Total				4,9		5,76

Keterangan:

Strategi I ; Mengadakan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi guru BK

Strategi II; Membuat program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK)

Berdasarkan hasil pada *decision stage* dapat diketahui bahwa terdapat urutan prioritas alternatif strategi yang dapat dilakukan Puskesmas/pemerintah, yaitu:

1. Membuat program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK) dengan total TAS sebesar 5,76
2. Mengadakan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi guru BK dengan total TAS sebesar 4,9

Alternatif yang sebaiknya digunakan adalah strategi membuat program sekolah ReSiK karena strategi ini memiliki total AS sebesar 5,76. Strategi ini perlu dilakukan agar penyampaian informasi kesehatan remaja dapat menjangkau sasaran dan remaja terhindar dari berbagai perilaku berisiko yang dapat merugikan remaja itu sendiri.

6.5.6 Langkah ke Lima, Menyajikan Alternatif Kebijakan yang di Pilih

Pada tahap ini peneliti mengajukan alternatif kebijakan yang telah disusun sebelumnya yaitu membuat program sekolah Remaja Siaga Kesehatan (sekolah ReSiK). Adapun keuntungan dari program sekolah Remaja Siaga Kesehatan (sekolah ReSiK) adalah:

1. Pelayanan kesehatan peduli remaja lebih menjangkau remaja, karena sekolah merupakan pusat berkumpulnya remaja setiap hari.
2. Informasi tentang kesehatan remaja lebih mencapai sasaran sehingga remaja mengerti dan mengenali serta mampu mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan demikian remaja dapat terhindar dari perilaku berisiko.

3. Mencegah dan menurunkan angka seks diluar nikah, kehamilan yang tidak diinginkan, Aborsi, PMS, NAPZA, tauran, dan drop out pada remaja/peserta didik.
4. Membuat sekolah yang tinggi angka kriminal/masalah kesehatan remaja menjadi sekolah yang sehat.

Selain itu kemungkinan adanya hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan sekolah ReSiK seperti:

1. Kurangnya komitmen dan keseriusan dari komunitas sekolah, guru BK, pelaksana UKS, kepala sekolah dan petugas Puskesmas terhadap pelaksanaan program sekolah ReSiK. Hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah memberikan sertifikat bagi sekolah yang berhasil melaksanakan program sekolah ReSiK dengan indikator sesuai ketentuan oleh dinas pendidikan/Puskesmas, dengan demikian sekolah tersebut akan termotivasi untuk melaksanakan program sekolah ResiK.
2. Kurangnya dukungan dana untuk pelaksanaan program sekolah ReSiK. Untuk mendukung pelaksanaan sekolah ReSiK sumber dana yang dapat digunakan yaitu dengan memanfaatkan dana UKS yang dikumpulkan dari siswa tiap bulan maupun alokasi dana BLUD dari suku dinas kesehatan.
3. Kurangnya monitoring dan evaluasi dari Puskesmas dan dinas kesehatan terkait pelaksanaan program sekolah ReSiK. Agar monitoring dan evaluasi terlaksana dengan baik sesuai dengan ketentuan perlu diberikan reward berupa sertifikat/insentif bagi petugas yang berhasil membina sekolah ResiK.

Untuk itu disusunlah sebuah kebijakan program untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR yaitu suatu program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK). Bentuk kebijakan yang diusulkan seperti dibawah ini;

**DRAF USULAN KEBIJAKAN PROGRAM SEKOLAH REMAJA SIAGA
KESEHATAN (SEKOLAH ReSiK)
DI KECAMATAN PASAR MINGGU JAKARTA SELATAN**

Menimbang:

1. Bahwa masa remaja merupakan periode terjadinya pertumbuhan serta perkembangan secara dinamis dan pesat baik fisik, psikologis, intelektual, sosial, maupun seksualitas, dan memiliki proporsi sekitar 18,3 % dari jumlah seluruh penduduk.
2. Bahwa remaja sehat menjadi aset dan potensi bangsa yang sangat berharga bagi kelangsungan hidup pembangunan dimasa depan.
3. Bahwa status kesehatan remaja perlu dipelihara dan ditingkatkan agar dapat menghasilkan generasi penerus yang sehat, produktif dan mampu bersaing.
4. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada angka 1, 2, dan 3 perlu ditetapkan kebijakan tentang pelaksanaan program sekolah Remaja Siaga Kesehatan (sekolah ReSiK) terutama sekolah yang memiliki masalah kesehatan remaja yang cukup tinggi di wilayah Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan.

Mengingat:

1. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan.
2. Keputusan Presiden nomor 36 tahun 1990 ratifikasi konvensi hak-hak anak (KHA).
3. Undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak.
4. Surat keputusan bersama 4 menteri (pendidikan nasional, kesehatan, agama, dalam negeri) tahun 2003 tentang pembinaan dan pengembangan UKS.
5. Keputusan menteri kesehatan nomor 375 tahun 2009 tentang sistem kesehatan

nasional.

6. Peraturan pemerintah nomor 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi.
7. Peraturan menteri kesehatan nomor 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak.
8. Kepmenkes nomor 433 tahun 1998 tentang pembentukan komisi kesehatan reproduksi.
9. Surat keputusan Gubernur nomor 68 tahun 2003 tentang tim Pembina Usaha Kesehatan Sekolah
10. Keputusan kepala dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta nomor 1/222 tahun 2007 tentang pemberlakuan pedoman penerapan standar pelayanan minimal dinas kesehatan.
11. SK MenKes nomor 486/MENKES/SK/IV/2007 tentang rencana strategi dan kebijakan untuk penanggulangan NAPZA.
12. Strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS pada anak dan remaja, komisi penanggulangan AIDS Nasional tahun 2008.
13. Peraturan Gubernur DKI Jakarta nomor 31 tahun 2013 tentang penyelenggaraan kesehatan reproduksi remaja.
14. Keputusan kepala dinas nomor 2278 tahun 2007 tentang pelaksanaan PKPR di seluruh Puskesmas Provinsi DKI Jakarta (PKM Kec.Pasar Minggu, 2014).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: Kebijakan kepala dinas kesehatan tentang kewajiban sekolah dalam pelaksanaan program sekolah Remaja Siaga Kesehatan (sekolah ReSiK).

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam kebijakan ini yang dimaksud dengan:

1. Program Sekolah Remaja Siaga Kesehatan atau yang disebut dengan Sekolah ReSiK adalah salah upaya untuk membangun kesiapsiagaan sekolah terhadap masalah kesehatan remaja dalam rangka menggugah seluruh unsur-unsur dalam

bidang pendidikan terkait kesehatan remaja baik individu maupun kelompok di sekolah dan diluar lingkungan sekolah.

2. Remaja (*adolescent*) adalah mereka yang berusia 10-19 tahun (WHO).
3. Sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.
4. Sekolah adalah lembaga untuk belajar dan mengajar serta tempat menerima dan memberi pelajaran menurut tingkatan maupun jurusan.

BAB II

MAKSUD dan TUJUAN

Pasal 2

Kebijakan ini bermaksud untuk memberikan pedoman operasional bagi sektor terkait dalam pelaksanaan program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK) untuk menjamin hak-hak remaja dalam mendapatkan informasi kesehatan reproduksi dan upaya kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.

Penyusunan kebijakan ini bertujuan untuk:

1. Remaja mampu menjaga dirinya dan mampu menjaga kesehatan reproduksi selama 24 jam.
2. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran remaja tentang pentingnya hidup sehat dan melaksanakan PKHS kepada peserta didik.
3. Meningkatkan kapasitas institusi sekolah dan individu dalam mewujudkan tempat belajar yang lebih sehat bagi siswa.
4. Mengurangi angka seks diluar nikah, kehamilan yang tidak diinginkan, HIV/AIDS, NAPZA, tauran, drop out dan lain-lain yang banyak terjadi pada remaja yang sekolah.

BAB III

ALASAN MELAKSANAKAN PROGRAM SEKOLAH ReSiK

Pasal 3

1. Karena sekolah adalah tempat berkumpulnya remaja setiap hari selama kira-kira 7-9 jam.
2. Merupakan anggota masyarakat yang rentan terhadap perilaku berisiko karena

remaja masih dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologis, intelektual, sosial dan perilaku seksual yang dikaitkan dengan pubertas.

3. Komunitas sekolah khususnya siswa, sebagai agen sekaligus komunitas untuk menyebarluaskan pengetahuan tentang pendidikan kesehatan remaja kepada teman-teman sebayanya dilingkungannya.
4. Karena siswa merupakan suatu komunitas yang mempunyai usia, tujuan dan masalah yang sama, sehingga lebih mudah untuk menyampaikan informasi terkait kesehatan remaja.
5. Sekolah merupakan wadah untuk mempromosikan masalah kesehatan. Sehingga menjadi penting dan strategis pelaksanaan program sekolah ReSiK jauh lebih efektif dan efisien serta berdaya ungkit lebih besar.

BAB IV

PENANGGUNG JAWAB

Pasal 4

Yang bertanggungjawab dalam melakukan edukasi dan informasi mengenai kesehatan remaja, termasuk kesehatan reproduksi, agar mampu hidup sehat dan bertanggungjawab adalah:

1. Konselor sebaya; karena remaja lebih banyak menghabiskan waktunya dengan teman sebaya, demikian juga remaja lebih banyak jurhat/terbuka dengan teman sebaya tentang masalahnya dibanding dengan orang tua.
2. Anggota PMR; karena PMR sudah diberikan sebagian materi tentang kesehatan remaja maka PMR terlibat dalam hal ini.
3. Guru BK; merupakan penanggungjawab pelaksanaan PKPR di sekolah, dengan latar belakang pendidikan bimbingan konseling mengemban tugas memberikan konseling bagi peserta didik yang membutuhkan.
4. Pelaksana program UKS; yang bertanggungjawab untuk pelaksanaan UKS memiliki pengetahuan dalam memberikan informasi dan edukasi terkait kesehatan remaja termasuk kesehatan reproduksi.
5. Kepala sekolah; bertanggungjawab untuk membuat kebijakan terkait pelaksanaan program sekolah ReSiK.
6. Petugas pelaksana PKPR dari Puskesmas; Memfasilitasi ketersediaan informasi

yang aman dan bermutu, dan penanggungjawab/pelaksana program sekolah ReSiK.

BAB V STRATEGI

Pasal 5

1. Membangun kesepahaman & komitmen bersama antar anggota komunitas sekolah, guru BK, pelaksana UKS, kepala sekolah dan petugas Puskesmas.
2. Membuat rencana kegiatan bersama antara sekolah, komite sekolah, orang tua, anak didik, konselor sebaya dan UKS.
3. Lokakarya pembentukan sekolah siaga kesehatan (merumuskan kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap, draft kebijakan, dan mobilisasi sumberdaya).
4. Sosialisasi dan promosi keberadaan program sekolah ReSiK.
5. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan program sekolah ReSiK.

BAB VI SASARAN

Pasal 6

Sasaran program sekolah ReSiK adalah seluruh siswa-siswi yang berada di sekolah

BAB VII SUMBER DANA

Pasal 7

Sumber dana dalam pelaksanaan program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ResiK) adalah dari peserta didik yang dikumpulkan perbulan melalui UKS, APBD/BLUD

BAB VIII MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 8

1. Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu melakukan monitoring dan evaluasi secara

berkala terhadap pelaksanaan sekolah ReSiK untuk mengetahui apakah program tersebut berhasil atau tidak.

2. Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu melaporkan hasil evaluasi ke dinas kesehatan agar ada tindakan lanjut.
3. Puskesmas memberikan sertifikat bagi sekolah yang berhasil melaksanakan Program sekolah ReSiK dengan indikator sebagai berikut:
 1. Tauran remaja/peserta didik 0 %
 2. Kasus NAPZA 0 %
 3. Kasus HIV/AIDS 0%
 4. Kasus kehamilan yang tidak diinginkan kurang dari 0,1%
 5. Kasus peserta didik yang drop out 0%
 6. Kasus peserta didik yang pindah sekolah dengan alasan tertentu 0,5%
 7. Prestasi belajar peserta didik meningkat
 8. Tingkat kelulusan 100%.

BAB IX

KETENTUAN DAN PENUTUP

Pasal 8

1. Kebijakan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan
2. Agar setiap sekolah mengetahuinya, memerintahkan pengundangan dalam berita acara pertemuan kepala sekolah di Puskesmas.

Peneliti juga melakukan konfirmasi kepada kepala Puskesmas dan koordinator PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tentang hasil temuan faktor-faktor yang menyebabkan belum optimalnya pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu dan alternatif kebijakan yang diusulkan untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR.

6.5.6.1 Tanggapan Kepala Puskesmas dan Koordinator PKPR

Hasil temuan dengan kepala Puskesmas dan koordinator PKPR Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tentang pengajuan usulan kebijakan operasional diperoleh hasil bahwa, pada dasarnya kepala Puskesmas dan koordinator PKPR menyetujui adanya perbaikan pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Berikut pernyataannya;

Terimakasih ibu Maslan sudah melakukan penelitian terkait pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, dengan adanya hasil penelitian ini menjadi masukan bagi kami untuk melakukan perbaikan. Mudah-mudahan saran dan alternatif kebijakan yang ibu sampaikan dapat kami laksanakan untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Namun kebijakan ini perlu dikaji kembali dalam forum rapat Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu dengan menghadirkan Kepala Puskesmas, koordinator PKPR, koordinator UKS, kepala sekolah, Kepala dinas pendidikan, dinas kesehatan sekecamatan Pasar Minggu, menimbang sumber dana, monitoring dan evaluasi yang dibutuhkan nanti.

6.5.7 Langkah ke Enam, Implementasikan Kebijakan yang di Pilih

Langkah keenam konsep Patton dan Savicki belum bisa diterapkan mengingat keterbatasan waktu. Peneliti sudah mengajukan dan melakukan konfirmasi terhadap kebijakan operasional yang ditemukan dan yang akan digunakan oleh Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR.

Kegiatan implementasi, pemantauan dan evaluasi kebijakan operasional dapat digunakan sebagai materi penelitian selanjutnya untuk menilai keefektifitasan kebijakan operasional yang digunakan oleh Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu untuk mengoptimalkan pelaksanaan PKPR.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian alternatif kebijakan operasional PKPR di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2015. Dari hasil pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa kegiatan PKPR di dalam maupun di luar gedung secara umum sudah berjalan. Namun, ada beberapa kegiatan yang pelaksanaannya belum optimal yaitu; Belum tersedia ruang khusus PKPR yang bersifat privasi, alur pelaksanaan belum sesuai pedoman, KIE belum menjangkau semua remaja, PKPR baru bisa dilaksanakan di sepuluh (10) sekolah dan belum ada jadwal tetap untuk membentuk dan membina konselor sebaya. Demikian juga dengan sosialisasi belum maksimal sehingga remaja atau masyarakat tidak mengetahui keberadaan PKPR. Hal ini disebabkan oleh kurangnya SDM pelaksana dan terlatih PKPR yang diemban oleh tiga orang petugas sehingga tidak bisa menjangkau seluruh remaja di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. Untuk itu, Puskesmas perlu alternatif kebijakan operasional untuk memperbaiki pelaksanaan PKPR yaitu; Mengadakan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi

guru BK, dan membuat program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK).

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka peneliti memberikan saran kepada berbagai pihak sebagai berikut ini.

7.2.1 Bagi Sekolah

Sekolah perlu melaksanakan, meningkatkan serta melengkapi sarana dan prasarana terkait kegiatan PKPR. Selain itu perlu melakukan sosialisasi kepada seluruh siswa dan orang tua siswa terkait peran konselor sebaya untuk konseling dan keberadaan pelayanan klinik di puskesmas. Guru BK selaku koordinator PKPR disekolah seharusnya bekerjasama dengan puskesmas untuk melakukan kaderisasi konselor sebaya sehingga keberadaan konselor sebaya terus menerus ada di sekolah. Demikian juga perlu melakukan program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK) agar remaja terjaga kesehatannya selama 24 jam terutama kesehatan reproduksinya.

7.2.2 Bagi Remaja

Remaja perlu membuka diri dan tanggap terhadap pengetahuan baru tentang upaya meningkatkan kesehatan remaja, selain itu keberadaan PKPR di puskesmas, dan konselor sebaya di sekolah seharusnya dimanfaatkan sebaik mungkin agar remaja dapat mengenali dan mengatasi masalah yang sedang dihadapi.

7.2.3 Bagi Masyarakat

Diharapkan orang tua mendukung program ini dengan memanfaatkan PKPR, diantaranya pelayanan klinik dan konseling di Puskesmas maupun disekolah. Media juga kiranya ikut mensukseskan pelaksanaan program ini dengan cara meliput kegiatan dan mempromosikan melalui media sehingga seluruh remaja dan masyarakat mengetahui akan keberadaan program PKPR dan mau memanfaatkannya.

7.2.4 Bagi Puskesmas

Perlu meningkatkan kualitas pelaksanaan PKPR di dalam maupun diluar gedung seperti meningkatkan kualitas SDM, memperluas wilayah pelaksanaan PKPR, pembentukan dan pembinaan konselor sebaya secara berkesinambungan, menyediakan ruang khusus PKPR yang bersifat privasi, sosialisasi melalui media cetak maupun media elektronik. Puskesmas juga perlu memberikan reward bagi konselor sebaya dan bantuan dana pelaksanaan PKPR di sekolah maupun di LSM sehingga pelaksanaannya lebih maksimal, demikian juga perlu melakukan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi guru BK. Selain itu Puskesmas kiranya perlu membuat program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK) di SMP, SMA maupun SMK terutama yang angka kriminal/masalah kesehatan remajanya tinggi, dan memberikan sertifikat bagi sekolah yang memiliki angka kriminalnya rendah.

7.2.5 Bagi Dinas Kesehatan

DinKes seharusnya menambah SDM di puskesmas yang terlatih PKPR, dan melengkapi sarana dan prasarana di puskesmas maupun disekolah seperti brosur, leaflet, dan ruang konseling yang bersifat privasi. DinKes juga diharapkan bisa bekerjasama dengan media cetak maupun media elektronik untuk promosi program PKPR sehingga lebih diketahui oleh seluruh remaja dan seluruh lapisan masyarakat. Dinas kesehatan perlu melakukan pelatihan khusus konselor, educator dan tentang kesehatan bagi guru BK. Selain itu dinas kesehatan juga perlu membuat program sekolah remaja siaga kesehatan (sekolah ReSiK) di SMP, SMA maupun SMK terutama yang angka kriminal/masalah kesehatan remajanya tinggi, dan memberikan sertifikat bagi sekolah yang memiliki angka kriminalnya rendah.

7.2.6 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti tentang evaluasi keefektifitas alternative kebijakan operasional PKPR di wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, sehingga bisa dijadikan acuan untuk perbaikan program remaja khususnya PKPR.

Tabel 6.9
Formulasi Strategi SWOT

<p>Internal</p> <p>M A T R I X S W O T</p> <p>Eksternal</p>	<p>Kekuatan (Strength)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya kebijakan kepala Puskesmas untuk melaksanakan PKPR 2. Adanya tim PKPR 3. Adanya tenaga kesehatan terlatih 4. Memiliki buku pedoman pelaksanaan PKPR 5. Adanya komitmen untuk terus melakukan pengembangan PKPR 6. Tersedia dana untuk pelaksanaan PKPR 	<p>Kelemahan (Weakness)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah SDM masih rendah/kurang 2. Belum tersedia ruang khusus PKPR 3. Alur tatalaksana PKPR belum sesuai pedoman 4. Penyebaran PKPR masih terbatas 5. Pembentukan dan pembinaan konselor sebaya belum sesuai pedoman 6. Sosialisasi PKPR belum maksimal 7. Distribusi buku pedoman PKPR belum merata 8. Pelayanan KIE belum ada jadwal tetap
<p>Peluang (Opportunity)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Didukung oleh undang-undang dan keputusan DinKes dan kepala Puskesmas 2. Didukung oleh sumber dana APBD dan donor luar 3. Adanya kerjasama dengan LSM 4. Adanya kerjasama dengan institusi pendidikan 5. Keadaan geografis yang dapat dijangkau dengan kendaraan umum 	<p>Strategi SO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas SDM pelaksana PKPR (S: 2,3, O: 1) 2. Meningkatkan kerjasama dengan LSM dan institusi pendidikan (S: 2,3, O: 3,4) 3. Meningkatkan kualitas pelaksanaan PKPR (S:1,5, O: 1,5) 	<p>Strategi WO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menambah jumlah SDM pelaksana dan terlatih PKPR (W: 1, O: 1,2) 2. Memperbaiki sarana/prasarana (fasilitas) (W: 2, 3, 7, O: 1, 2) 3. Meningkatkan sosialisasi PKPR (W: 6, O: 3,4) 4. Meningkatkan kualitas pelaksanaan PKPR (W:4,5,8, O: 3,4,5)
<p>Ancaman (Treath)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKPR belum dikenal baik oleh masyarakat 2. PKPR belum kondusif akibat kurangnya kordinasi dari berbagai pihak 	<p>Strategi ST</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memanfaatkan SDM untuk mempromosikan PKPR ke masyarakat luas (S:2,3, T: 1) 2. Meningkatkan kerjasama antara SDM dengan lintas sektoral dan program (S: 2,3, T: 2) 	<p>Strategi WT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan efisiensi kinerja agar lebih dikenal oleh masyarakat (W: 1,4,5,8, T: 1) 2. Menyediakan fasilitas agar masyarakat mau memanfaatkan (W: 2,3, T: 1) 3. Melakukan sosialisasi PKPR agar diketahui masyarakat keberadaannya (W: 6, T: 1)

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmita, R.H. 2015. Analisis kebijakan publik. Yogyakarta: Graha ilmu
- Achmadi, U. F. 2014. Kesehatan masyarakat teori dan aplikasi. Jakarta: PT Raja grafindo persada
- Arsani, Agustina, dan Purnomo, I.K.I. 2013. Jurnal peranan program PKPR terhadap kesehatan reproduksi remaja di Kecamatan Buleleng. Fakultas olah raga dan Kksehatan, Universitas pendidikan ganesha Singaraja Indonesia. Diperoleh pada tanggal 5 Juni 2015 pukul 20.00 wib dari <http://download.portalgaruda.org/article.php%3Farticle%3D106775%26val%3D5113> jurnal ilmu sosial dan humaniora/129 ... Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR);
- Arikunto, Suharsimi. 2006. Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek. Jakarta: Rineka cipta.
- Ayuningtyas, D. 2014. Kebijakan kesehatan: Prinsip dan praktek. Edisi 1. Jakarta: PT Raja grafindo persada
- BPS (Badan Pusat Statistik) DKI Jakarta. 2012. Jumlah penduduk DKI Jakarta
- BKKBN. 2010. Pusat penelitian dan pengembangan kependudukan. Diperoleh pada tanggal 1 Juli 2015 pukul 15.30 wib dari <http://www.bkkbn.go.id/litbang/pusdu/>
- BKKBN. 2012. Laporan kesehatan reproduksi remaja. Jakarta
- BKKBN. 2013. Materi pegangan kader tentang bimbingan dan pembinaan keluarga remaja. Jakarta: Direktorat bina ketahanan remaja.
- Budiargo, D. 2015. Berkomunikasi ala net generation. Jakarta: PT Elex media komputindo Kompas Gramedia
- Budiman Chandra. 2013. Pengantar kesehatan lingkungan. Jakarta: ECG

- Bungin, B. 2007. Penelitian kualitatif komunikasi, ekonomi, kebijakan publik, dan ilmu sosial lainnya. Edisi 2. Jakarta: Prenada media group
- Bungin, B. 2010. Penelitian kualitatif komunikasi, ekonomi, kebijakan publik, dan Ilmu sosial lainnya. Jakarta: Prenada media group.
- Bungin, B. 2011. Penelitian kualitatif, komunikasi, ekonomi, kebijakan publik, dan ilmu sosial lainnya. Cetakan ke 5. Jakarta: Prenada media group.
- Creswell, Johan W. 2010. Research design pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed. Yogyakarta: Pustaka.
- DepKes, RI. 2005a. Pedoman pelayanan kesehatan peduli remaja di Puskesmas. Jakarta : Direktorat kesehatan keluarga direktorat jenderal bina kesehatan masyarakat departemen kesehatan RI.
- DepKes, RI. 2005b. Strategi nasional kesehatan remaja. Jakarta : Direktorat kesehatan keluarga direktorat jenderal bina kesehatan masyarakat departemen kesehatan RI
- DepKes, RI. 2008. Pedoman perencanaan pembentukan dan pengembangan Puskesmas PKPR di Kabupaten/Kota. Departemen Kesehatan RI.
- DepKes, RI. 2009. Materi pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR). Jakarta.
- DepKes, RI. 2012. Profik kesehatan indonesia. Diperoleh pada tanggal 2 Juli 2015 pukul 22.00 wib dari <http://www.depkes.go.id/>
- Dharmawan, Y. 2012 Kinerja petugas dalam pencatatan dan pelaporan PWS KIA di Puskesmas Duren. Fakultas kesehatan masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang 2012.
- <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=305889&val=5652&title=KINERJA%20Petugas%20dalam%20pencatatan%20dan%20%20pelaporan%20PWS%20KIA%20di%20Puskesmas%20Duren>. Diakses tgl 5 januari 2016 jam 21.00 wib

- Dumilah, A. 2014. Kebijakan kesehatan prinsip dan praktek. Jakarta: PT Raja grafindo persada.
- Dunn, William N. 2000. Pengantar analisis kebijakan publik . Yogyakarta: Gajah Mada university Press.
- Dunn, William N. 2003. Pengantar analisis kebijakan publik . Yogyakarta: Gajah Mada university Press.
- Fadhlina, D. (2012). *Pelaksanaan PKPR*.
<http://pkpr.datainformasi.net/berita-101-pelaksanaanpelayanan-kesehatan-peduliremaja-kpr.html> diperoleh tgl 10 Januari 2016 jam 10.00 wib
- Gitosudarmo, I dan Mulyono, A. 2001. Prinsip dasar manajemen. Yogyakarta: BPF
- Greity, J, W. 2015. Komunikasi informasi dan edukasi (KIE) sebagai bentuk sosialisasi program keluarga berencana (KB) di Kelurahan Tingkulu Kecamatan Wanea Manad.
<http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/actadiurna/article/download/6724/6244>
- Herdiansyah, Haris. 2010. Metodologi penelitian kualitatif untuk ilmu-ilmu sosial. Jakarta: Salemba humanika.
- Hielda Asmariva. 2015. Implementasi program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) Di Puseksmas Senapelan Kecamatan Senapelan Kota Pekanbaru jurusan adminstrasi negara
[Http://Download.Portalgaruda.Org/Article.Php%3Farticle%3D295077%26val%3D6444%26title%3dimplementasi%2520program%2520pelayanan%2520kesehatanpeduli%2520remaja%2520\(PKPR\)%2520di%2520puseksmas%2520senapelan%2520kecamatan%2520senapelan%2520kota%2520pekanbaru](Http://Download.Portalgaruda.Org/Article.Php%3Farticle%3D295077%26val%3D6444%26title%3dimplementasi%2520program%2520pelayanan%2520kesehatanpeduli%2520remaja%2520(PKPR)%2520di%2520puseksmas%2520senapelan%2520kecamatan%2520senapelan%2520kota%2520pekanbaru).
Diperoleh tgl 30 desember 2015 jam 22.40
- Howard, T.L., Marcell, A.V., Plowden, K., Watson, C. 2010. Exploring women's perceptions about their role in supporting partners' and sons' reproductive health care. *Americans journal of mens's health*; 4: 297-304.
- Hunger, J David dan Thomas, L W. 2003. Management strategis. Edisi 2. Yogyakarta: Sinox press

- IDAI. 2013. Kesehatan remaja di indonesia. Diperoleh pada tanggal 1 Juli 2015 pukul 17.00 wib dari <http://idai.or.id/public-articles/seputar-kesehatan-anak/kesehatan-remaja-di-indonesia.html>
- Indiahono, D. 2009. Kebijakan publik berbasis dynamic policy analisys. Edisi 1. Yogyakarta: Gava media
- Irianti, Herlina N. 2011. Buku ajar psikologi untuk mahasiswa kebidanan. Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Jatmiko, R.D. 2004. Manajemen strategi edisi pertama. Malang: UMM press
- Jendri, M.N. 2014. Laporan tahunan pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) puskesmas Kec. Pasar Minggu tahun 2014.
- Kebijakan dan Strategi Kementerian Kesehatan RI tentang pelayanan kesehatan peduli remaja (*PKPR*) tahun 2005.
- Kebijakan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tentang pelaksanaan PKPR di seluruh puskesmas provinsi DKI Jakarta tahun 2007.
- Kebijakan kepala puskesmas kecamatan Pasar Minggu, walikota madya Jakarta Selatan, provinsi DKI Jakarta tahun 2013, tentang pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR).
- KemenKes, 2010. Teori partisipasi masyarakat. <https://tesisdisertasi.blogspot.com/2010/09/teori-partisipasi-masyarakat.html>. Diperoleh tgl 23 desember 2015 jam 10.00 wib .
- KemenKes, RI. 2011. Prevalensi penyalahgunaan narkoba di Indonesia. Diperoleh pada tanggal 11 Juni 2015 pukul 12.00 wib dari www.depkes.go.id/
- Kemenkes, RI. 2011. Modul pelatihan pelayanan kesehatan perduli remaja (PKPR) bagi konselor sebaya. Jakarta : Dirjen bina gizi dan kesehatan ibu dan anak.
- KemenKes, RI. 2012. Profil kesehatan indonesia. Diperoleh pada tanggal 1 Juli 2015 pukul 11.00 wib dari www.depkes.go.id/...kesehatan.../profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf

KemenKes, RI. 2014. Pedoman standar nasional pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 81/Menkes/Sk/I/2004 tentang pedoman penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan di tingkat propinsi, kabupaten/kota serta rumah sakit.

<http://dinkes.ntbprov.go.id/sistem/data-dinkes/uploads/2013/10/kepmenkes81tahun-2004-ttg-pedoman-penyusunan-perencanaan-SDM.pdf>. diakses tgl 12 Januari 2016 jam 22.45 wib

Kotler, P, dan Keller, K.L. 2009. Manajemen pemasaran. Jakarta: PT Indeks.

Kristina, N.N. 2014. Pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR). Diperoleh pada tanggal 2 Juli 2015 20.00 wib dari

<file:///c:/users/user/documents/pkpr%20pelayanan%20kesehatan%20peduli%20remaja%20%28pkpr%29%20-%20dinas%20kesehatan.htm>

Kumalasari, I dan Andhyantoro,I. 2012. Kesehatan reproduksi untuk mahasiswa kebidanan dan keperawatan. Jakarta: Salemba medika.

Kurniati, A dan Efendi, F. 2012. Kajian SDM kesehatan di Indonesia. Jakarta: Salemba medika.

Kusmiran, E. 2011. Kesehatan reproduksi remaja dan wanita. Jakarta: Salemba medika.

Maulana, H. D.J. 2009. Promosi kesehatan . Jakarta: EGC

Marcell, A.V., Wibbelsman, C., Seigel, W.M. 2011. Male adolescent sexual and reproductive health care. Pediatrics; 128: 1658-1678.

Mardiya, 2015. Advokasi konseling dan pembinaan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, badan pemberdayaan masyarakat pemerintahan desa perempuan dan keluarga berencana kabupaten Kulonprogo.

<http://www.kulonprogokab.go.id/v21/getfile.php?file=Artikel%20Tantangan%20KIE%20KKB%20Tahun%202015.pdf&id=3672>. Diakses tgl 5 Januari 2016 jam 17.00 wib

- Marlinda, S. 2011. Analisis sistem perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten kepulauan Mentawai. Tesis. Unand Padang.
- Moleong, L.J. 2007. Metodologi penelitian kualitatif. Bandung: Rosdakarya offset
- Moleong, L.J. 2012. Metodologi penelitian kualitatif. Bandung: PT Remaja kosdakarya
- Mukhtar. 2013. Metode praktis penelitian deskriptif kualitatif. Jakarta: GP press group.
- Muthmainnah, 2013. Analisis stakeholder remaja terhadap implementasi program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) di kota Semarang. Departemen promosi kesehatan FKM Universitas Diponegoro. Diperoleh pada tanggal 2 Juni 2015 pukul 19.30 wib dari [http://download.portalgaruda.org/article.php%3farticle%3d160498%26val%3d1092%26title%3dstakeholder%2520analysis%2520of%2520adolescent%2520health%2520care%2520services%2520program%2520implementation%2520of%2520youth%2520\(pkpr\)%2520in%2520semarang](http://download.portalgaruda.org/article.php%3farticle%3d160498%26val%3d1092%26title%3dstakeholder%2520analysis%2520of%2520adolescent%2520health%2520care%2520services%2520program%2520implementation%2520of%2520youth%2520(pkpr)%2520in%2520semarang)
- Nilna R. I. 2009. Sumber daya manusia kesehatan. <https://catatankuliahnya.wordpress.com/2010/01/06/sumber-daya-manusia-kesehatan>. Diakses tgl 5 Januari 2016 jam 20.00 wib.
- Notoatmodjo, S. 2009. Pengembangan sumber daya manusia. Jakarta: Rineka cipta.
- Notoatmodjo, S. 2011. Kesehatan masyarakat ilmu dan seni. Jakarta: PT Rineka cipta
- Notoatmodjo, S. 2010. Promosi kesehatan teori dan aplikasinya. Jakarta: Rineka cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka cipta
- Nugroho, R.D. 2008. Publik policy. Jakarta: PT Elex media komputido

- Nugroho, R.D. 2009. Public policy. Jakarta: PT Elex media komputido
- Nugroho, R.D. 2011. Public policy dinamika kebijakan, analisis kebijakan, manajemen kebijakan. Jakarta: PT Elex media komputido.
- Nurmansyah, Badra., Yuli. 2012. Peran keluarga, masyarakat dan media sebagai sumber informasi kesehatan reproduksi pada mahasiswa role of family, society and media as a source of information on reproductive health amongst university students. Jurusan kesehatan masyarakat, fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta
- Nuzulia, Yusniwati, Masniari. 2013. Pengaruh kegiatan penyuluhan dalam pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang seks pranikah di SMAN 1 Lubuk Dalam Kabupaten Siak Sri Indrapura.
- Padmawati. 2012. Analisis implementasi program pelayanan kesehatan peduli remaja di puskesmas (studi kasus di Kabupaten Sumbawa Barat). Diperoleh pada tanggal 10 Juni 2015 21.00 wib dari [http://download.portalgaruda.org/article.php%3farticle%3d160498%26val%3d1092%26title%3dstakeholder%2520analysis%2520of%2520adolescent%2520health%2520care%2520services%2520program%2520implementation%2520of%2520youth%2520\(pkpr\)%2520in%2520semarang.](http://download.portalgaruda.org/article.php%3farticle%3d160498%26val%3d1092%26title%3dstakeholder%2520analysis%2520of%2520adolescent%2520health%2520care%2520services%2520program%2520implementation%2520of%2520youth%2520(pkpr)%2520in%2520semarang.)
- Patton V. Carl & Savicki S. David. (1993). Basic methods of policy analysis and planning, new jersey: Prentice hall.
- Patilima, H. 2007. Metode penelitian kualitatif. Bandung: Alfabeta.
- Pinem, S. 2009. Kesehatan reproduksi dan kontrasepsi. Jakarta: CV. Trans info media.
- Poerwanto, H. 2014. Pengertian anggaran, manfaat anggaran dan tujuan anggaran. [https://sites.google.com/site/penganggaranperusahaan/pengertian-definisi-manfaat-tujuan-anggaran.](https://sites.google.com/site/penganggaranperusahaan/pengertian-definisi-manfaat-tujuan-anggaran) Diakses tanggal 10 Januari jam 20.00 wib
- Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, 2013. Laporan tahunan pelayanan kesehatan peduli remaja tahun 2013.

- Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan. 2014. Laporan tahunan pelayanan kesehatan peduli remaja tahun 2014.
- Rangkuti, F. 2009. Measuring customer satisfaction, teknik mengukur dan strategi meningkatkan kepuasan pelanggan. Jakarta: PT. Gramedia pustaka utama.
- Reinke, William A. 2007. Perencanaan kesehatan untuk meningkatkan efektifitas manajemen . Yogyakarta: Gajah Mada university press.
- Riskesdas. 2013. Jumlah remaja perokok terus meningkat. Diperoleh pada tanggal 3 Juli 2015 pukul 22.00 wib dari <http://regional.kompas.com/read/2013/06/10/03431916/>
- Rohan, H.H dan Siyoto,S. 2013. buku ajar kesehatan reproduksi. Yogyakarta: Nuha medika
- Santoso, S. W. 2009. Kepercayaan diri dan kompetensi sosial remaja pedesaan dan perkotaan. Laporan penelitian . Yogyakarta: UGM
- Santrock, J.W. (2009). Life-span development. Twelfth edition. Boston : McGraw-Hill Companies.
- SDKI. 2012. Kesehatan reproduksi remaja. Diperoleh pada tanggal 1 Juli 2015 pukul 21.30 wib dari <http://www.bkkbn.go.id/litbang/pusdu/Hasil%2520Penelitian/SDKI%25202012/Laporan%2520Pendahuluan%2520REMAJA%2520SDKI%25202012.pdf>
- Siria, B. 2014. Pengaruh pengetahuan dan dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku pemanfaatan PKPR pada remaja di 3 SMA kecamatan Kapuas Sanggau. Tesis pascasarjana ilmu kesehatan masyarakat STIKIM Jakarta.
- Subarsono, AG. 2010. Analisis kebijakan publik konsep, teori dan aplikasi. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Sudjana, D. 2006. Evaluasi program pendidikan luar sekolah. Bandung: Rosdakarya.
- Suharto, E. 2014. Analisis kebijakan publik panduan praktis mengkaji masalah dan kebijakan sosial. Bandung: CV Alfabeta.
- Sugiono. 2005. Memahami penelitian kualitatif, jilid I, cetakan I. Bandung: Alfabeta.

- Sugiyono. 2010. Memahami penelitian kualitatif. Bandung: Alfabeta.
- Sugiono, 2011. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan kombinasi (mixed methods). Bandung. Alfabeta.
- Sutomo, A.H. & Machfoedz, I., Suriani & Rosmadewi, 2010. Epidemiologi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Suwarjo, (2008). Model konseling teman sebaya untuk pengembangan daya lentur (resilience): Studi pengembangan model konseling teman sebaya untuk mengembangkan daya lentur remaja panti sosial asuhan anak propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Disertasi Universitas Pendidikan Indonesia. Tidak diterbitkan.
- <http://bk-fkip.umk.ac.id/2012/09/konseling-teman-sebaya-peer-ounseling.html>. Diakses tanggal 11 januari 2016 jam 29.00 wib
- Tiara, 2011. Sistem pencatatan dan pelaporan tingkat puskesmas (SP2TP)
- <https://fadlianeukatjeh.wordpress.com/2012/01/23/sistem-pencatatan-dan-pelaporan-tingkat-puskesmas-sp2tp/> 23 Jan 2012 .. Diakses tanggal 10 januari 2016 jam 11.00wib
- Tahir, A. 2011. Kebijakan public dan transparansi penyelenggaraan pemerintah daerah. Jakarta: PT Pustaka Indonesia press.
- Tilar, H.A.R. 2009. Pengertian partisipasi.
- <http://eprints.uny.ac.id/9785/2/Bab%202%20-05101241004.pdf>
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Unicef. 2013. Adolescence vietnam. Diperoleh pada tanggal 1 Juli 2015 pukul 23.00 wib dari www.academia.edu/5131990/krr-vietnamese-kel-i
- UNFPA. 2000. Kesehatan reproduksi remaja membangun perubahan yang bermanfaat. Out look. Diperoleh pada tanggal 3 Juni 2015 pukul 20.00 wib dari www.path.orang.2000/
- UNFPA. 2013. Gadis remaja melahirkan. Diperoleh pada tanggal 2 Juli 2015 pukul 23.30 wib dari <http://internasional.kompas.com/2013/>

- Wahab, A.S. 2012. Analisis kebijakan dari formulasi ke penyusunan model-model implementasi kebijakan publik. Jakarta: PT Bumi Aksara
- WHO. 2013. *Adolescence Health*. Diperoleh pada tanggal 1 Juli 2015 pukul 22.00 wib dari [www.who.int/topic/adolescence health/](http://www.who.int/topic/adolescence_health/)
- WHO. 2012. Making health services adolescent friendly; Developing national quality standart for adolescent, friendly health services. Geneva departement of maternal, newborn, hild and adolescent health
- Widodo, J. 2010. Analisis kebijakan publik konsep dan aplikasi analisis proses kebijakan publik. Cetakan ke 6. Malang: Bayumedia publishing
- Widodo, J. 2013. Analisis kebijakan publik konsep dan aplikasi analisis proses kebijakan publik. Cetakan ke 9. Malang: Bayumedia publishing
- Widyastuti,Y, Rahmawatu,A dan Purnamaningrum,E.Y. 2009. Kesehatan reproduksi. Yogyakarta: Fitramaya.
- Winarno, B. 2007. Kebijakan publik: Teori, proses, dan studi kasus. Yogyakarta: Media pressindo.
- Yuniarsih, Suwatno. 2011. Manajemen sumber daya manusia. Teori, aplikasi dan isu penelitian. Bandung: Alfabeta.
- Yusuf, S.H. 2010. Psikologi perkembangan anak dan remaja. Bandung: PT Remaja rosdakarya.
- Yoga, P. 2013. Hubungan antara pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan sikap seksual pranikah remaja di kelurahan Danguran Kabupaten Klaten. http://eprints.ums.ac.id/24119/21/02._Naskah_Publikasi.pdf.
Diakses tgl 5 Januari 2016 jam 22.15 wib.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

IDENTITAS

Nama : Maslan Pangaribuan

Tempat Tanggal Lahir : 15 April 1971

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Kristen

Alamat : Kp Ciketing RT 03 / RW 02 no : 71 Kec Mustika
Jaya Bekasi.

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN 2 Tanding Laguboti Taput Tahun 1978-1984
2. SMPN 2 Laguboti Taput Tahun 1984-1987
3. SPK HKBP Balige Taput Tahun 1987-1990
4. PPB D I RSB Budi Kemuliaan Jakarta Tahun 1994-1995
5. DIII Kebidanan STIKES Abdi Nusantara Jakarta Tahun 2008-2011
6. DIV Kebidanan STIKES Abdi Nusantara Jakarta tahun 2011-2012
7. 2013-2016 Mahasiswa Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi STIKIM Jakarta

RIWAYAT PEKERJAAN

1. Perawat di Rumah Sakit UKI Jakarta , tahun 1991-1994
2. Bidan di RSB Budi Kemuliaan Jakarta, tahun 1995
3. Bidan Penanggungjawab di Rumah Sakit Pluit Jakarta, tahun 1996 sampai sekarang dan praktik mandiri.



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU (STIKIM)

Alamat : Gedung HZ Jl. Harapan No. 50 Lenteng Agung Jakarta 12610
Telp. (021) 78894043-46 Fax. (021) 78894045, website: stikim.ac.id, Email: stikim@stikim.ac.id

Jakarta, 18 Nopember 2015

No : /SPm/K/Prodi/S2-IKM/STIKIM/XI/2015

Lampiran : -

Hal : Permohonan izin studi pendahuluan dan penelitian mahasiswa

Yth. Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan
Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan

Dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat :

No	Nama	NPM	Judul Penelitian
1	MASLAN PANGARIBUAN	20130000014	Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015

Bermaksud akan melaksanakan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin. Demi kelancaran penelitian tersebut, kami mohon bantuan Bapak/Ibu berupa izin fasilitas alat-alat serta informasi lainnya yang memungkinkan terlaksananya penelitian tersebut.

Disamping itu, kami harapkan pula surat keterangan bahwa mahasiswa telah selesai penelitian sebagai bukti bahwa penelitian sudah dilaksanakan sebaik-baiknya.

Atas bantuan dan kerjasama yang baik ini kami mengucapkan terima kasih.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Indonesia Maju (STIKIM)
Ketua,

Dr. Dr. dr. Hafizurrachman, MPH



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN
SUKU DINAS KESEHATAN
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA SELATAN
PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU
Jl. Kebagusan Raya No. 04 Telp. 7811265-7811264
J A K A R T A

Kode Pos : 12510

Jakarta, 11 April 2016

Nomor : 1897/073.31
Sifat : Biasa
Hal : Balasan permohonan izin studi pendahuluan dan penelitian mahasiswa

Kepada Yth;
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM)
di Tempat

Dengan hormat,

Memenuhi surat saudara nomor: 4235/SPm/K/Prodi/S2-IKM/STIKIM/XI/2015 tanggal 18 Nopember 2015 perihal permohonan izin studi pendahuluan dan penelitian pada mahasiswa:

No	Nama	NPM	Judul Penelitian
1	Maslan Pangaribuan	20130000014	Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015

Dengan ini diberitahukan bahwa mahasiswa tersebut sudah melakukan penelitian di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan, mulai tanggal 21 Nopember 2015 sampai 10 Desember 2015.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

KEPALA PUSKESMAS KECAMATAN
PASAR MINGGU



drg. SUSILOWATI
NIP. 196309201994032003

SURAT PERMOHONAN MENJADI INFORMAN

Kepada Yth:

Bapak/Ibu/Saudara/i Calon Informan

Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini;

Nama : Maslan Pangaribuan

NPM : 20130000014

Adalah Mahasiswa Jurusan Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta, yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015” Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat STIKIM, sehubungan dengan hal tersebut di atas maka saya meminta kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk memberikan informasi atas pertanyaan yang diberikan oleh peneliti. Saya menjamin keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara/i tidak akan mengakibatkan kerugian apapun karena semua informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i bersedia, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang disediakan dalam lembaran ini, Atas perhatian dan kesedian Bapak/Ibu/Saudara/i saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, November 2015
Hormat saya,

(Maslan Pangaribuan)

PERSETUJUAN RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama responden (Inisial) :

Umur :

Alamat :

Setelah diberikan penjelasan oleh petugas dan memahami tujuan dari tanya jawab yang dilakukan peneliti, maka saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian tentang “Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015”. Demikian pernyataan persetujuan ini agar dapat dipergunakan dengan sebagaimana mestinya.

Jakarta, November 2015
Informan

(.....)

PANDUAN WAWANCARA UNTUK KEPALA PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU

Identifikasi

Nama responden :
Jenis kelamin :
Umur :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama bertugas pada jabatan ini :
Hari dan tanggal wawancara :

1. Pengetahuan

- 1) Apakah PKPR sangat bermanfaat? Jika ya, apasaja manfaatnya?
- 2) Menurut bapak/ibu, dimana remaja bisa memanfaatkan PKPR?

2. Kebijakan/aspek legal

- 1) Apakah pelaksanaan PKPR mempunyai legilitas/kebijakan operasional? Jika ya, kebijakan apasaja yang menjadi dasar hukum pelaksanaan PKPR yang Bapak/Ibu ketahui?
- 2) Apakah kebijakan PKPR telah bapak/ibu sosialisasikan ke semua petugas di Puskesmas? Selain di Puskesmas ini dimana PKPR disosialisasikan?
- 3) Apakah ada kendala dalam mensosialisasikan kebijakan PKPR? Jika ya, apasaja kendalanya?

3. Anggaran

- 1) Apakah ada anggaran dana untuk pelaksanaan PKPR di dalam dan di luar gedung? Jika ya, dari mana sumber dananya?
- 2) Apakah petugas kesehatan diberikan uang transport untuk pelayanan di luar Puskesmas? Dan bagaimana dengan konselor sebaya apakah diberi reward?

4. SDM Kesehatan

- 1) Apakah di Puskesmas ini telah dibentuk team PKPR? Jika ya, siapa saja team PKPR?
- 2) Berapa jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas yang terlatih PKPR? Apakah masih aktif?
- 3) Menurut bapak/ibu, SDM yang bertugas dalam pelaksanaan PKPR siapa saja? Apakah jumlah SDM sudah sesuai dengan sasaran?

- 4) Menurut bapak/ibu, apakah ada pelatihan/jenjang pendidikan petugas PKPR untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pelaksanaan PKPR?

5. Fasilitas Kesehatan

- 1) Apakah jenis pelayanan bagi remaja yang diselenggarakan didalam dan di luar gedung Puskesmas?
- 2) Apakah tersedia ruangan khusus PKPR di Puskesmas ini dan terjamin privasinya?
- 3) Kapan jadwal pelayanan klinik PKPR? Dan bagaimana alur tatalaksana PKPR di Puskesmas ini?
- 5) Menurut bapak/ibu, ada berapa sekolah atau organisasi yang dibina dan memiliki PKPR?
- 6) Bagaimana dengan konseling melalui SMS, WA? Apakah efektif? Jika tidak, mengapa?
- 7) Apakah Puskesmas memiliki buku pedoman pelaksanaan PKPR?

6. Kegiatan KIE

- 1) Menurut bapak/ibu, ada berapa sekolah/organisasi yang dilayani Puskesmas untuk pemberian KIE?
- 2) Menurut bapak/ibu, siapa saja tenaga kesehatan dari Puskesmas yang melayani KIE/penyuluhan disekolah-sekolah? Apakah jumlah SDM sudah sesuai dengan sasaran?
- 3) Adakah jadwal tetap pelayanan dan materi apasaja yang disampaikan saat KIE/penyuluhan?

7. Konselor Sebaya

- 1) Menurut bapak/ibu, apakah setahun terakhir petugas Puskesmas menjadi fasilitator dalam pelatihan konselor sebaya? Adakah jadwal pembinaan konselor sebaya?
- 2) Sekolah dan organisasi mana saja yang memiliki konselor sebaya?
- 3) Menurut bapak/ ibu, apasaja kegiatan konselor sebaya? Dan sejauh mana peranan konselor sebaya terhadap remaja?

8. Partisipasi Masyarakat

- 1) Menurut bapak/ibu, bagaimana partisipasi masyarakat terhadap PKPR? Berapa jumlah pengguna PKPR di Puskesmas setiap bulan? Jenis masalahnya apasaja?

- 2) Seperti yang kita ketahui sudah ada kebijakan PKPR dibuat oleh pemerintah, tapi mengapa remaja masih banyak yang tidak datang ke Puskesmas? (beri alasan)
- 3) Bagaimana caranya mendorong remaja/pengguna PKPR agar mau datang ke Puskesmas?

9. Manajemen Kesehatan

- 1) Menurut bapak/ibu, apakah ada kemitraan yang dilakukan petugas kesehatan dengan LSM? Antara Puskesmas dengan lintas sektoral dan lintas program untuk program kesehatan remaja?
- 2) Menurut bapak/ibu bagaimana pencatatan dan pelaporan kegiatan program PKPR?
- 3) Menurut bapak/ibu, bagaimana dengan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PKPR? Berapa kali dilakukan dan bagaimana tindak lanjut dari hasil tersebut?
- 4) Apakah Puskesmas membangun sistem rujukan dengan instansi lain? Seperti, rujukan medik, rujukan hukum, dan rujukan sosial?

**PANDUAN WAWANCARA UNTUK PETUGAS PELAKSANA
PKPR,GURU BK, LSM PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU**

Identifikasi

Nama responden :
Jenis kelamin :
Umur :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama bertugas pada jabatan ini :
Hari dan tanggal wawancara :

1. Pengetahuan

- 1) Apakah PKPR sangat bermanfaat? Jika ya, apasaja manfaatnya?
- 2) Menurut bapak/ibu, dimana remaja bisa memanfaatkan PKPR?

2. Kebijakan/aspek legal

- 1) Apakah pelaksanaan PKPR mempunyai legilitas/kebijakan operasional? Jika ya, kebijakan apasaja yang menjadi dasar hukum pelaksanaan PKPR yang Bapak/Ibu ketahui?
- 2) Apakah kebijakan PKPR telah di sosialisasikan ke semua petugas di Puskesmas? Selain di Puskesmas ini dimana PKPR disosialisasikan?
- 3) Apakah ada kendala dalam mensosialisasikan kebijakan PKPR di Puskesmas? Jika ya, apasaja kendalanya?

3. Anggaran

- 1) Apakah ada anggaran dana untuk pelaksanaan PKPR di dalam dan di luar gedung? Jika ya, dari mana sumber dananya?
- 2) Apakah bapak/ibu, diberikan uang transport untuk pelayanan di luar Puskesmas? dan bagaimana dengan konselor sebaya apakah diberi reward

4. SDM Kesehatan

- 1) Apakah di Puskesmas ini telah dibentuk team PKPR? Jika ya, siapa saja team PKPR?
- 2) Apakah bapak/ibu, terlatih PKPR? Apakah masih aktif?
- 3) Menurut bapak/ibu, SDM yang bertugas dalam pelaksanaan PKPR siapa saja? Apakah jumlah SDM sudah sesuai dengan sasaran?

- 4) Menurut bapak/ibu, apakah ada pelatihan/jenjang pendidikan petugas PKPR untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pelaksanaan PKPR?

5. Fasilitas Kesehatan

- 1) Apakah jenis pelayanan bagi remaja yang diselenggarakan didalam dan di luar gedung Puskesmas?
- 2) Apakah tersedia ruangan khusus PKPR di Puskesmas ini dan terjamin privasinya?
- 3) Kapan jadwal pelayanan klinik PKPR? Dan bagaimana alur tatalaksana PKPR di Puskesmas ini?
- 4) Menurut bapak/ibu, ada berapa sekolah atau organisasi yang dibina dan memiliki PKPR?
- 5) Bagaimana dengan konseling melalui SMS, WA? Apakah efektif? Jika tidak, mengapa?
- 6) Apakah Puskesmas memiliki buku pedoman pelaksanaan PKPR?

6. Kegiatan KIE

- 1) Menurut bapak/ibu, ada berapa sekolah/organisasi yang dilayani untuk pemberian KIE?
- 2) Menurut bapak/ibu, siapa saja tenaga kesehatan dari Puskesmas yang melayani KIE/penyuluhan disekolah-sekolah? Apakah jumlah SDM sudah sesuai dengan sasaran?
- 3) Adakah jadwal tetap pelayanan dan materi apasaja yang anda sampaikan saat KIE/penyuluhan?

7. Konselor Sebaya

- 1) Apakah bapak/ibu, menjadi fasilitator dalam pelatihan konselor sebaya? Adakah jadwal pembinaan konselor sebaya?
- 2) Sekolah dan organisasi mana saja yang memiliki konselor sebaya?
- 3) Menurut bapak/ ibu, apasaja kegiatan konselor sebaya? Dan sejauh mana peranan konselor sebaya terhadap remaja?

8. Partisipasi Masyarakat

- 1) Menurut bapak/ibu, bagaimana partisipasi masyarakat terhadap PKPR? Berapa jumlah pengguna PKPR di Puskesmas setiap bulan? Jenis masalahnya apasaja?

- 2) Seperti yang kita ketahui sudah ada kebijakan PKPR dibuat oleh pemerintah, tapi mengapa masyarakat/remaja masih banyak yang tidak datang ke Puskesmas? (beri alasan)
- 3) Bagaimana caranya mendorong remaja/pengguna PKPR agar mau datang ke Puskesmas?

9. Manajemen Kesehatan

- 1) Menurut bapak/ibu, apakah ada kemitraan yang dilakukan petugas kesehatan dengan LSM? Antara Puskesmas dengan lintas sektoral dan lintas program untuk program kesehatan remaja?
- 2) Menurut bapak/ibu, bagaimana dengan pencatatan dan pelaporan PKPR?
- 3) Menurut bapak/ibu, bagaimana dengan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PKPR? Berapa kali dilakukan dan bagaimana tindak lanjut dari hasil tersebut?
- 4) Apakah Puskesmas membangun sistem rujukan dengan instansi lain? Seperti, rujukan medik, rujukan hukum, dan rujukan sosial?

**PANDUAN WAWANCARA UNTUK REMAJA/PENGGUNA
PKPR PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU**

Identifikasi

Nama responden :
Jenis kelamin :
Umur :
Pendidikan :
Institusi :
Status/Jabatan :
Hari dan tanggal wawancara :

1. Pengetahuan

- 1) Menurut anda, apakah yang dimaksud dengan PKPR?
- 2) Apakah anda pernah memanfaatkan PKPR? Jika ya, dimana? Keluhannya apa?
- 3) Apakah PKPR sangat bermanfaat? Jika ya, apasaja manfaat yang telah anda dapatkan?
- 4) Menurut anda, dimana remaja bisa memanfaatkan PKPR?

2. Kebijakan/aspek legal

- 1) Apakah anda, pernah mengikuti sosialisasi PKPR? Jika ya, dimana?

3. SDM Kesehatan

- 1) Apakah anda pernah memanfaatkan PKPR di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu?
- 2) Siapa yang menyarankan anda untuk konseling di PKPR puskesmas ini?
- 3) Menurut anda, apakah tenaga kesehatan memiliki pengetahuan yang baik tentang berbagai masalah remaja? Apakah tenaga kesehatan membantu kamu menyelesaikan masalahmu?

4. Fasilitas Kesehatan

- 1) Apasajakah pelayanan bagi remaja yang diselenggarakan didalam dan di luar gedung Puskesmas?
- 2) Apakah tersedia ruangan khusus PKPR di Puskesmas ini dan terjamin privasinya?

- 3) Kapan jadwal pelayanan klinik PKPR di Puskesmas? Dan bagaimana alur tatalaksana PKPR di Puskesmas ini?
- 4) Apakah di sekolah tempat anda belajar ada PKPR?
- 5) Adakah hambatan yang dihadapi saat konseling? Apakah anda dilayani dengan cepat?
- 6) Apakah anda mengetahui adanya konseling melalui media sosial (SMS, WA? apakah anda pernah memanfaatkannya?

5. Kegiatan KIE

- 1) Menurut anda, apakah pernah menerima KIE dari petugas Puskesmas di sekolah? Adakah jadwal pelayanan KIE/penyuluhan disekolah anda?
- 2) Apakah anda pernah menerima KIE dari petugas Puskesmas tentang
 - a. Pertumbuhan dan perkembangan yang sehat pada aqil balik
 - b. Bahaya perilaku seksual
 - c. Bahaya penyalahgunaan Napza,rokok dan alcohol
 - d. PMS, ISR, HIV/AIDS
 - e. Akibat pernikahan dini dan kehamilan tak diinginkan.
- 3) Apakah informasi yang diberikan sangat bermanfaat untuk anda?

6. Konselor sebaya

- 1) Apakah di sekolah atau tempat tinggal anda ada konselor sebaya?
- 2) Apakah anda pernah konseling dengan konselor sebaya
- 3) Menurut anda, apa saja kegiatan konselor sebaya? Sejauh mana peran konselor sebaya terhadap remaja?

7. Partisipasi Masyarakat

- 1) Menurut anda, mengapa remaja tidak memanfaatkan PKPR
- 2) Menurut anda, bagaimana cara mendorong remaja untuk mau datang ke PKPR

**PANDUAN WAWANCARA UNTUK KONSELOR SEBAYA
PKPR PUSKESMAS KECAMATAN PASAR MINGGU**

Identifikasi

Nama responden :
Jenis kelamin :
Umur :
Pendidikan :
Institusi :
Status/Jabatan :
Hari dan tanggal wawancara :

1. Pengetahuan

- 1) Menurut anda, apakah yang dimaksud dengan PKPR?
- 2) Apakah anda pernah memanfaatkan PKPR? Jikalau ya, dimana? Keluahan/masalahnya apa?
- 3) Apakah PKPR sangat bermanfaat? Jika ya, apa saja manfaat yang telah anda dapatkan.
- 4) Menurut anda, dimana remaja bisa memanfaatkan PKPR?

2. Kebijakan/aspek legal

- 1) Apakah pelaksanaan PKPR mempunyai legilitas/kebijakan operasional? Jika ya, kebijakan apasaja yang menjadi dasar hukum pelaksanaan PKPR yang Bapak/Ibu ketahui?
- 2) Apakah anda, pernah mengikuti sosialisasi PKPR? Jika ya, dimana?

3. Anggaran

- 1) Apakah anda mendapat reward dari Puskesmas?

4. SDM Kesehatan

- 1) Apakah anda pernah memanfaatkan PKPR di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu?
- 2) Siapa yang menyarankan anda untuk konseling di PKPR puskesmas ini?
- 3) Menurut anda, apakah tenaga kesehatan memiliki pengetahuan yang baik tentang berbagai masalah remaja? Apakah tenaga kesehatan membantu kamu menyelesaikan masalahmu?

5. Fasilitas Kesehatan

- 1) Apasajakah pelayanan bagi remaja yang diselenggarakan didalam dan di luar gedung Puskesmas?
- 2) Apakah tersedia ruangan khusus PKPR di Puskesmas ini dan terjamin privasinya?
- 3) Kapan jadwal pelayanan klinik PKPR di Puskesmas? Dan bagaimana alur tatalaksana PKPR di Puskesmas ini?
- 4) Apakah di sekolah tempat anda belajar ada PKPR?
- 5) Adakah hambatan yang dihadapi saat konseling? Apakah anda dilayani dengan cepat di Puskesmas ini?
- 6) Apakah anda mengetahui adanya konseling melalui media sosial (SMS, WA? apakah anda pernah memanfaatkannya?
- 7) Apakah Puskesmas memiliki buku pedoman pelaksanaan PKPR?

6. Kegiatan KIE

- 1) Menurut anda, apakah pernah menerima KIE tentang kesehatan remaja dari petugas Puskesmas di sekolah? Adakah jadwal pelayanan KIE/penyuluhan disekolah anda?
- 2) Apakah anda pernah menerima KIE dari petugas Puskesmas tentang
 - a. Pertumbuhan dan perkembangan yang sehat pada aqil balik
 - b. Bahaya perilaku seksual
 - c. Bahaya penyalahgunaan Napza,rokok dan alcohol
 - d. PMS, ISR, HIV/AIDS
 - e. Akibat pernikahan dini dan kehamilan tak diinginkan.
- 3) Apakah informasi yang diberikan sangat bermanfaat untuk anda?

7. Konselor sebaya

- 1) Apakah anda terlatih konselor sebaya? Apasaja kegiatan yang pernah anda lakukan? Dan sejauh mana peran konselor sebaya terhadap remaja?
- 2) Apakah Puskesmas melakukan pembinaan konselor sebaya secara rutin? Jika ya, kapan jadwalnya?
- 3) Selain di sekolah, Apakah dilingkungan tempat tinggal anda ada konselor sebaya?

8. Partisipasi Masyarakat

- 1) Bagaimana partisipasi masyarakat terhadap PKPR? Berapa jumlah remaja yang konseling dengan anda setiap bulan? Masalahnya apasaja?

- 2) Seperti yang kita ketahui sudah ada kebijakan PKPR dibuat oleh pemerintah, tapi mengapa masyarakat/remaja masih banyak yang tidak datang ke Puskesmas? (beri alasan)
- 3) Bagaimana caranya mendorong pengguna PKPR agar mau datang ke Puskesmas?
- 4) Apakah anda pernah ikut merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi pelaksanaan PKPR?

9. Manajemen Kesehatan

- 1) Menurut pengalamanmu, apakah ada kemitraan yang dilakukan petugas kesehatan dengan LSM? Antara Puskesmas dengan lintas sektoral dan lintas program untuk program kesehatan remaja?
- 2) Menurut pengalamanmu, bagaimana dengan pencatatan dan pelaporan kegiatan PKPR?
- 3) Menurut pengalamanmu, bagaimana dengan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PKPR? Berapa kali dilakukan dan bagaimana tindak lanjut dari hasil tersebut?
- 4) Apakah Puskesmas membangun sistem rujukan dengan instansi lain? Seperti, rujukan medik, rujukan hukum, dan rujukan sosial?

Matrix Hasil Wawancara

No	Item	Jawaban Informan		Dokumentasi	Observasi
1	Pengetahuan Pengertian PKPR	A ₁	Tidak tahu	pelayanan kesehatan kepada remaja yang mengakses semua golongan remaja, dapat diterima, sesuai, komprehensif, efektif dan efisien	
		A ₂	Tidak tahu		
		A ₃	Pelayanan kesehatan		
		A ₄	Kesehatan tentang remaja		
		A ₁₀	Pelayanan kesehatan khusus remaja, pungsinya adalah memberikan informasi tentang remaja dan juga memberikan konseling bagi para remaja yang ada di sekolah.		
2	Memanfaatkan PKPR	A ₁	Tidak		
		A ₂	Belum pernah		
		A ₃	Belum pernah		
		A ₄	Nga pernah		
		A ₁₀	Belum		
3	Manfaat PKPR	A ₁	Bisa sharing kalau ada masalah	Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja sehingga mampu mengenali dan mengatasi masalah yang sedang dihadapi.	
		A ₂	Tidak tahu		
		A ₃	Ya bermanfaat. Bisa dilayani orang-orang yang kurang sehat dikasih tau gitu, dikasih penjelasan.		
		A ₄	Ya bermanfaat, Mungkin membuat sehat kali		
		A ₅	Sangat bermanfaat, banyak manfaatnya karena dengan adanya PKPR, paling tidak bisa sedikit mengurangi beban yang ada pada remaja itu sendiri.		
		A ₆	Banyak manfaatnya. salah satunya bisa membantu remaja itu untuk mengenali dan mengatasi masalah yang sedang dihadapi		
		A ₇	Sangat bermanfaat. Manfaatnya remaja jadi tahu dia ada masalah jadi dia bisa menyelesaikan masalahnya kalau dia ke PKPR, misalnya kalau dia gemuk atau kurus		

			dan bahaya merokok, dari tidak tahu menjadi tahu banyak hal.		
		A ₈	Ya. Membantu tugas saya sebagai guru BK menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan remaja, atinya dengan adanya PKPR ini saya memudahkan penyampaian kepada siswa tentang pengetahuan kesehatan remaja itu sendiri		
		A ₉	Ya sangat bermanfaat. anak-anak bisa tahu mengenai produksi sehat bagaimana menjaga dirinya dari hal-hal yang mengancam atau berbahaya bagi remaja misalnya: HIV/AIDS, Narkoba, dan juga pergaulan bebas atau pengaruh dari pada teknologi modern terutama HP dan warnet		
		A ₁₀	Sangat bermanfaat. Mampu memberikan informasi untuk saya sebagai remaja dan menjadikan pusat konseling bagi saya		
4	Dimana remaja bisa memanfaatkan PKPR	A ₁	Tidak tahu	Di Puskesmas, institusi pendidikan, pesantren dan tempat-tempat dimana remaja berkumpul.	Di Puskesmas Kec Pasar Minggu, di SMPN 107 Pasar Minggu, di LSM Yayasan Kususma Mandiri, di SMKN 8 pasar minggu
		A ₂	Tidak tahu		
		A ₃	Tidak tahu. Di Puskesmas ada kali		
		A ₄	Tidak tahu		
		A ₅	Kalo di sekolah bisa, karena sudah ada yang namanya a...apa yah, konselor sebaya terutama di SMP di SMA itu sudah mulai ada konselor sebaya, mereka bisa jadi wadah untuk remaja itu sendiri.		
		A ₆	Tergantung kebutuhannya apa, kalau untuk pelayanan kesehatan ya disemua pelayanan kesehatan bisa, tapi kalau khusus masalah-masalah psikososial biasanya ada di PKPR, Puskesmas, ada juga di rumah sakit.		

		A ₇	Di Puskesmas, semua Puskesmas harus bisa		
		A ₈	Disekolah kami bisa, sebenarnya di Puskesmas juga ada.		
		A ₉	Ya itu dikegiatan remaja dalam lingkungan, disini tiap bulan/2 bulan sekali kita mengadakan kegiatan remaja.		
		A ₁₀	Di PKPR sekolah dan Puskesmas.		
5	Kebijakan/Aspek legal Kebijakan operasional PKPR	A ₅	Oh ada kebijakannya.	<p>1. Kebijakan Kementerian Kesehatan RI tentang Pelayanan Kesehatan Perduli Remaja (PKPR) Menurut Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal-pasal yang berkaitan dengan pengaturan layanan pemeliharaan kesehatan remaja (Kementerian Kesehatan RI, 2014),</p> <p>2. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No: 31 tahun 2013 tentang penyelenggaraan kesehatan reproduksi remaja</p> <p>3. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta No: 2278/2007 tentang pelaksanaan</p>	
		A ₆	Oh ada, semua ada kebijakannya, antara lain peraturan pemerintah tentang kesehatan reproduksi, peraturan pemerintah tentang pelayanan kesehatan anak, kemudian ada undang-undang kesehatan dan undang-undang dasar. DKI sendiri memiliki Pergub tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja No:31 tahun 2013.		
		A ₇	Punya, ada SK Puskesmas, SK dinas. Kebijakan bahwa dimanapun dia datang dibagian gigi, dibagian BPJS remaja harus dilayani secara PKPR.		
		A ₈	Sejauh ini sih tidak ada SK dari Puskesmas kesekolah kami, pelaksanaannya aja sesuai instruksi dari Puskesmas yaitu seperti penyuluhan, pendidik sebaya Puskesmas membentuk konselor sebaya kan, itu aja yang saya kelola disini.		
		A ₉	Ya, jadi sifatnya yayasan, LK3 itu mempunyai sasaran yang sama kesitu, diman didalam LK3 justru kita membentuk sesuai dengan program		

			pemerintah sekarang yaitu PIKR (Pusat Informasi Keluarga Remaja).	PKPR di seluruh Puskesmas Provinsi DKI Jakarta	
		A ₁₀	Ada. Tata cara pelaksanaannya/urutan pelaksanaannya ada	4. Surat Keputusan Kepala Puskesmas Kec Pasar Minggu Walikota Madya Jakarta Selatan, Provinsi DKI Jakarta No: 21/082.74 tentang pelaksanaan kegiatan PKPR tahun 2013	
6	Sosialisasi PKPR	A ₁	Tidak pernah mengikuti sosialisasi PKPR		Remaja bingung saat ditanya tentang PKPR,
		A ₂	Tidak pernah		
		A ₃	Belum pernah juga		
		A ₄	Nga pernah		
		A ₅	Ya, di Puskesmas kelurahan, di sekolah dengan beberapa sekolah mungkin belum 100%.		
		A ₆	Oh sudah disosialisasikan, tetapi apakah mereka ingat atau tidak yah tergantung mereka ya, saya juga nga hafal semua kebijakan. Di sosialisasikan di lintas sector, lintas program. Lintas sector yang dimaksud adalah kepada pak camat, pak lurah, guru-guru atau lembaga institusi pendidikan.		
		A ₇	Sudah. Disekolah SMP dan SMA/SMK		
		A ₈	Ada sosialisasi dari Puskesmas. serta disosialisasikan juga ke siswa-siswi SMP 107		
		A ₉	Kita tidak mengikuti sosialisasi, namun kita bekerja sama antar PKPR dan kita sebagai LK3 mempunyai sasaran yang sama, sehingga kegiatan Puskesmas yaitu bu Made dan		

			dr.Yayu kita bekerja sama mengadakan penyuluhan, melayani konsultasi remaja dan membentuk konselor sebaya. Di sekolah-sekolah Pasar Minggu SMA dan SMK biasanya sekolah yang dipinggir yang kualitasnya kurang baik sehingga perlu mendapatkan perhatian dari kita.		
		A ₁₀	“Pernah”. Di sekolah dari sudin/pemerintah		
7	Kendala dalam sosialisasi PKPR	A ₅	Nga yah...nga ada kendala kok kita.		
		A ₆	Oh nga-nga.		
		A ₇	Kalau disekolah nga ada sih kendala, kalau di Puskesmas kendalanya mungkin ya...kita belum ada satu ruangan yang pasti gitu.		
		A ₈	Pastinya ada yach..., saya memperkenalkan timnya itu agak sulit, tapi untuk materinya mudah karena memang saya guru BK.		
		A ₉	Remaja sangat sulit dikumpulkan.		
8	Anggaran Dana pelaksanaan PKPR	A ₅	Kalau dana, sekarang semua program tahun ini kita menggunakan BLUD dengan APBD juga sih,	Berdasarkan laporan tahunan PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu tahun 2014 Pendanaan/anggaran kegiatan PKPR tahun 2014:	
		A ₆	Untuk tahun ini dana dari APBD atau BOK tidak ada, tapi kami kebetulan mendapatkan dana dari pihak luar/donor luar, jadi kami memakai dana dari donor untuk tahun ini.	1. APBD dalam bentuk UKS dan PKPR Rp 22.910.000	
		A ₇	Ada, dari APBD dananya	2. Anggaran dari BOK Rp 39.080.000	
9	Dana untuk petugas PKPR dan reward untuk konselor sebaya.	A ₅	Dana ini bukan untuk honor atau transport petugas, karena sekarang petugas sudah nga boleh. Tapi misalnya kita mengadakan sosialisasi/penyuluhan kita bisa dana itu untuk menyediakan konsumsi/snack biasanya. Tidak perlu disebut berapa jumlahnya tapi cukup		Saat peneliti mengikuti pelayanan KIE di salah satu sekolah, setelah pelayanan KIE kita disediakan snack dan air mineral.

			untuk pelaksanaan PKPR. Kalau reward khusus dari Puskesmas memang belum ada mungkin boleh diterima sarannya nanti apa berupa sertifikat.		
		A ₆	Oh...nda...nda, karena kita sudah dapat gaji dan tunjangan dari pemerintah. Dana cukup kok. Oh...untuk saat ini mereka tidak mendapatkan reward berupa materi tetapi dia mendapatkan reward satu; berbagai macam hipotesis, dua; dia bisa membantu temannya itu juga sebagai ibadah gitu.		
		A ₇	Tidak! karena TKD nya sudah cukup Ada reward, setahu saya ada reward dari ibu Made, ibu Made menganggarkan. Pernah ya... dianggarkan seperti itu, nga tahu setahun ini nanti coba ditanyakan.		
		A ₈	Kalau dana yang langsung ke PKPR sekolah dari Puskesmas dalam bentuk uang tidak ada. Tapi setiap pelaksanaan penyuluhan beberapa kali, konsumsi yang menyediakan Puskesmas bentuknya snack. Reward ya cuman motivasi aja, kalau materi tidak.		
		A ₉	Terus terang aja PKPR memang nga ada atau dari Puskesmas tidak ada, kami dari LK3 ada untuk penanganan kasus-kasus termasuk remaja itu.		
		A ₁₀	Belum....		
10	SDM Kesehatan Tim PKPR	A ₅	Sudah ada tim PKPR. Dalam satu tim itu 4 dengan ibu made.	Petugas PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu: 1. Ni Made Jendri, SKM, M.Si (Made)	Petugas PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu: 4. Ni Made Jendri, SKM, M.Si (Made)
		A ₆	Ada tim PKPR, yaitu dr.Rahel sebagai kepala YanKes, dr.Evi sebagai penanggung jawab		

			PKPR, Pelaksana PKPRnya ada saya, bu Ratih, ibu Wijayanti yang sudah terlatih	Koordinator PKPR/konselor remaja	Koordinator PKPR/konselor remaja
		A ₇	Tim PKPR yang sekarang bu Made, saya, bu Yanti baru pelatihan beberapa bulan yang lalu	2. Ratiningsih, AM Kep (Ratih) Koordinator UKS	5. Ratiningsih, AM Kep (Ratih) Koordinator UKS
		A ₈	Kalau yang saya dengar sih... sudah yaitu bu Made karena sering kesini sama bu Ratih.	3. Nizma Febriyanti (Yanti) Koordinator kesehatan Jiwa	Nizma Febriyanti (Yanti) Koordinator kesehatan Jiwa
		A ₉	Ya tahu ada timnya		
11	Terlatih PKPR	A ₅	Yang dilatih baru tiga orang sama bu made dan aktif. Mereka nga bisa dibilang khusus karena di Puskesmas kita nga bisa satu orang satu program, tetap akhirnya mereka harus multi program paling dua atau tiga program itu paling banyak jangan dilebihkan lagi. Harusnya mungkin kedepannya satu program biar fokus.	Nama petugas PKPR yang sudah terlatih PKPR yaitu; 1. Ni Made Jenri, SKM, M.Si 2. Ratiningsih, AM Kep 3. Nizma Febriyanti	
		A ₆	Ya terlatih		
		A ₇	Pernah dilatih		
		A ₈	Saya tidak pernah dilatih dari Puskesmas. Saya pernah dapat 10 tahun yang lalu dari BPNKB tentang pengenalan PIK R		
		A ₉	Kalau PKPRnya sendiri tidak/belum, tapi dulu kita ada pelatihan dari PIKR, nah itu isi materinya reproduksi sehat jadi kita selalu menyelipkan reproduksi sehat dalam kegiatan-kegiatan kita		
12	Jumlah SDM	A ₅	Belum cukup.” Sangat-sangat belum”.		
		A ₆	Yang bertugas dikonseling remaja itu ada tiga yaitu; saya, ibu Ratih, sama ibu Yanti. Jumlah SDM: sudah (sesuai dengan sasaran).		
		A ₇	Tadi yang saya sebut itukan ada bu Made, saya, dan bu Yanti. SDMnya kurang. Nah... itu dia tadi, karena kita merangkap-merangkap jadi		

			kadang-kadang ada hari yang tidak ada petugasnya. Karena harus rapat, lom kontrak akhir tahun, anggarannya semua harus terserap jadi semua ada pertemuan dari dinas, dari sudin. Terus aja program yang kita pegang bukan cuman PKPR ada program yang lain kemasyarakatan, promkes, UKS.		
		A ₈	Sejauh ini kami dapat penyuluhan itu hanya dari bu Made dan bu Ratih. Nah tinggal ngitung aja, siswa kami ada 676 orang jadi sangat kurang.		
		A ₉	Terus terang aja petugas dari Puskesmas memang bagus sekali dan cukup.		
13	Pelatihan/jenjang pendidikan petugas PKPR	A ₅	Kalau jenjang pendidikan mungkin belum ada, tapi kalau pelatihan ada dari dinas, rutin.		
		A ₆	Kalau untuk pendidikan memang teman-teman sedang menjalankan kuliah, untuk pelatihan biasanya sekali setahun di dinas kesehatan provinsi, setahun sekali di suku dinas dan setahun sekali di Puskesmas. jadi mereka dilatih tiga kali dalam setahun.		
		A ₇	Ada pelatihan untuk PKPR secara rutin dilakukan, hampir setiap tahun ada pelatihan untuk update ilmu.		
14	Memanfaatkan PKPR Puskesmas dan yang merekomendasikan	A ₁	Baru kali ini. Dokter umum/poli umum, ke klinik remaja dulu ya. Keluhan: Pusing, BAB berdarah.		
		A ₂	Sebelumnya belum pernah ini pertama kali. Dokter umum/poli umum (Disini ada pelayanan khusus remaja jadi ke PKPR dulu		

			baru balik lagi ke poli umum ya). Keluhan: Sakit telinga.		
		A ₃	Tidak pernah		
		A ₄	Belum		
		A ₁₀	Belum pernah		
15	Pengetahuan SDM	A ₁	Pengetahuan SDM cukup dan dapat membantu saya menyelesaikan masalah		Petugas PKPR sangat terampil dalam memberikan konseling pada remaja, dimana remaja merasa puas akan konseling yang diberikan
		A ₂	Pengetahuan SDM bagus. “Ya”		
		A ₁₀	“Ya” pengetahuannya baik dan membantu menyelesaikan masalah.		
16	Fasilitas Kesehatan Program PKPR	A ₁	Konsultasi/jurhat.	Program PKPR adalah	Program PKPR yang sudah dilaksanakan
		A ₂	Konsultasi.	1. Skrining masalah kesehatan	1. Skrining masalah kesehatan
		A ₃	Tidak tahu	2. KIE	2. KIE
		A ₄	Tidak tahu	3. Konseling	3. Konseling
		A ₅	Program untuk remaja sejauh ini kalau di dalam gedung belum ada yang khusus tapi kalau di luar di Poswindunya ada. Tapi kalau di dalam gedung misalnya ketemu remaja di KIA dalam batas usia 10-19 tahun, ibu Made yang langsung masuk kesitu untuk memberikan penyuluhan/pendidikan bagaimana persiapan mereka menjadi ibu terutama arahnya KB karena mereka masih terlalu remaja jadi mereka perlu pendampingan sampai mereka bisa.	4. PKHS	4. PKHS
				5. Pembentukan/pelatihan konselor sebaya	5. Pembentukan/pelatihan konselor sebaya
				6. Pelayanan rujukan	6. Pelayanan rujukan
		A ₆	Yang pertama adalah e.... skrining masalah kesehatan, konseling, KIE/penyuluhan itu di dalam gedung plus rujukan, kalau diluar gedung adalah pemberian KIE, konseling, pembentukan konselor sebaya dan pembinaan konselor sebaya untuk pendidik sebaya.		

		A ₇	Diluar gedung itu KIE disekolah-sekolah, kemudian bu made kerjasama dengan beberapa yayasan, KIE dengan penyuluhan tentang HIV/AIDS, pelatihan konselor sebaya. Kalau di dalam gedung pelayanan PKPR dan konseling.		
		A ₈	Penyuluhan, pelatihan konselor sebaya dan pendidik sebaya		
		A ₉	Ya terutama bimbingan supaya mereka itu ada kegiatan seperti olah raga, kesenian, keagamaan, dan masalah reproduksi sehat, juga bantuan pendidikan dari yayasan.		
		A ₁₀	PHBS, PKHS, informasi kesehatan, juga pelayanan konseling. Kadang ada,kadang tidak.		
17	Ruang PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu	A ₁	Tidak	Ruang PKPR tersendiri dan bersifat privasi	Ruang klinik PKPR yang ada saat belum bersifat privasi karena bersebelahan dan satu pintu dengan klinik umum, berisik petugas keluar masuk saat konseling
		A ₂	Ya		
		A ₃	Tidak tahu		
		A ₄	Tidak tahu		
		A ₅	Ruang untuk konseling kita sudah tersedia, mudah-mudahan dengan adanya yang baru, baru sih baru tahun ini, baru bulan apa yah...memang belum, tadinya bareng dengan IMS sekarang sudah punya sendiri.		
		A ₆	Tersedia, tapi untuk sebulan atau dua bulan ini ruangnya dipakai karena sedang renovasi, jadi kita nebeng diruangan lain.		

		A ₇	Ada, di lantai 2 tapi sekarang lagi dibongkar dipake untuk yang lain, jadi kita konseling bareng dengan IMS dan HIV/AIDS.		
		A ₈	Ada, saya pernah lihat plangnya yach waktu rapat di sana		
		A ₁₀	Ada		
18	Jadwal dan alur pelayanan klinik PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu	A ₁	Tidak tahu	a. Sesuai jam pelayanan Puskesmas.	Hari Senin dan Rabu atau kalau ada permintaan. Alur pelayanan PKPR belum sesuai pedoman, remaja dilayani sesuai dengan penyakitnya.
		A ₂	Tidak tahu	b. Sewaktu-waktu dengan atau tanpa perjanjian.	
		A ₃	Tidak tahu		
		A ₄	Tidak tahu		
		A ₅	Setiap hari sudah bisa buka, jam buka jam pelayanan. Kalau memang ada khusus datang untuk konseling bisa dilayani, tadinya dikasih waktu hari Senin dan Rabu. ruangnya di lantai dua. Jadi begini...ruang IMS tetap digunakan kalau ada pasien remaja dari sini, supaya dia nga pindah-pindah, kan kalau konseling pindah-pindah malas kayaknya dan kadang nga enak, artinya mereka pengen privasi. Jadi ruang konseling IMS bisa dipake nga apa-apa kalau sepi ya...Walaupun ada di lantai dua biasanya dari KIA kalau ketemu disekitar situ masuknya kesana yang di pojok poli umum dekat laboratorium, poli umumnya itu ada dua.		
		A ₆	Kalau kliniknya tidak dipakai kita tiap hari, tapi sekarang kliniknya dipakai karena renovasi jadi kami melayaninya senin dan rabu plus by permintaan/by rekues. Kalau permintaan itu setiap hari. Alurnya sekarang adalah dimana saja remaja itu membutuhkan layanan kita layani dan kalau memang perlu rujukan, dirujuk untuk konseling lebih lanjut. Nga di		

			satu poli klinik semua remaja dijadikan satu untuk saat ini belum bisa.		
		A ₇	Yah...Senin, Rabu, Jumat sebetulnya jam pelayanan sampai selesai. Alurnya dari loket kalau dia remaja langsung ke PKPR		
		A ₈	Kayaknya tiap hari deh...saya nga ngerti karena kami memang belum pernah kesana konsultasi.		
		A ₁₀	Setiap hari. Alurnya nga tau		
19	PKPR di sekolah	A ₁	Tidak tahu	Sekolah yang di bina konselor sebaya tahun 2014 yaitu: SMKN 37, SMKN 25, SMKN 57, SMPN 41, MTSN 23, SMPN 163 SMPN 227, SMPN 107 SMKN 8, SMKN 47	Yang memiliki PKPR dan konselor sebaya: SMPN 107, SMKN 8, Yayasan Kususma Mandiri
		A ₂	Tidak ada		
		A ₃	Tidak ada		
		A ₄	Tidak ada		
		A ₅	Sekolah...berapa yach... lebihlah dari 15 kalau SMP, SMA, dan SMK.		
		A ₆	Kalau yang dibina untuk KIE/penyuluhan hampir semua sekolah, , tapi untuk sekolah yang di bina khusus untuk konselor sebaya Puskesmas ini membina 10.		
		A ₇	Aku nga hafal berapa sekolah, yang pasti ada SMP/SMA ya kira-kira 10 mungkin		
		A ₈	SMP 212 dan SMP 107 yang saya tahu		
		A ₉	Saya tidak tahu apa dia punya PKPR, kita datang kesana hanya memberi penyuluhan.		

		A ₁₀	Ada		
20	Hambatan saat konseling di PKPR Puskesmas Kec pasar Minggu	A ₁	Ruang konseling risih, banyak orang, banyak suara. Tidak dilayani dengan cepat, harus antri lama		
		A ₂	Tidak ada, cepat dilayani		
		A ₁₀	Ada. Waktu, masalah belum selesai dibicarakan waktu sudah habis/selesai		
21	Konseling via SMS dan WA	A ₁	Tidak dan belum pernah		Ada bukti sms, WA di HP ibu Made dari remaja/orang tua remaja pengguna PKPR membuat perjanjian untuk konseling
		A ₂	Tidak		
		A ₃	Tidak tahu juga		
		A ₄	Tidak tahu		
		A ₆	Ya betul, bisa dilihat di SMS atau WA ku ada beberapa. jadi begitu...disini dia bisa konseling dan bisa perjanjian waktu kapan bisa konseling gitu.		
		A ₇	Setahuku belum, mungkin secara individu bisa dari WA coba nanti tanya bu made ya.		
		A ₈	Tahu ada		
		A ₁₀	Ya ada, melalui WA Ya. Lebih efektif karena lebih personal.		
22	Buku pedoman PKPR	A ₅	Pedoman pelaksanaan PKPR itu kita turunannya. Buku apa yah kalo nga salah dibu Made deh, kita tidak membuat sendiri pedomannya tapi kita mungkin mengikuti.		1. Buku pedoman standar Nasional PKPR Kementerian Kesehatan RI tahun 2014. 2. Buku pedoman perencanaan pembentukan dan pengembangan Puskesmas PKPR di Kabupaten/Kota. Departemen Kesehatan
		A ₆	Ada banyak, pertama adalah pedoman pelaksanaan PKPR di Puskesmas, pedoman pelaksanaan PKPR SuDinKes, perencanaan PKPR, modul pelatihan teknik konseling pada petugas dan pada konselor sebaya, buku tentang raport kesehatan, kesehatan reproduksi,		

			dll banyak sekali ada 31 buku tentang remaja.		
		A ₇	Ada, buku pedoman tentang PKPR...apa yach aku lupa. Selalu digunakan.		
		A ₈	Sebenarnya dari Puskesmas sih tidak, tapi kami dapat dari BKKBN dulu, karena di BKKBN itu PIKR dan di Puskesmas PKPR jadi saya pikir sama.		
		A ₉	Kalau saya memang tidak dapat dan tidak menerima, tapi saya berpedoman dengan LK3 yang punya itu yang ngirim		
		A ₁₀	Ada. Tapi tidak memiliki		
23	Kegiatan KIE Menerima KIE dari petugas Puskesmas di sekolah	A ₁	Tidak	Semua sekolah dari SD-SLTA	RI tahun 2008. 3. Buku pedoman teknik konseling bagi petugas PKPR KemenKes RI tahun 2010. 4. Buku pedoman teknik konseling kesehatan remaja bagi konselor sebaya KemenKes RI tahun 2010 5. Buku rapor Kesehatan ku untuk SMP/SMA/MA/SMK KemenKes tahun 2014.
		A ₂	Tidak pernah, tidak tahu		
		A ₃	Tidak pernah		
		A ₄	Nga pernah		
		A ₅	15 sekolah (SMP,SMA,dan SMK)		
		A ₆	Untuk KIE semua sekolah		
		A ₇	Semua SMP harusnya dapat, paling tidak semua SMP dari 24 dapat KIE.		
		A ₈	Saya kurang paham. Tapi kami mendapatkan		
		A ₁₀	Ya, ada setiap hari selasa		
24	Menerima materi KIE dari petugas Puskesmas a. Pertumbuhan dan perkembangan yang sehat pada aqil balik b. Bahaya perilaku seksual c. Bahaya	A ₁	Tidak, tahu dari guru dan baca buku		
		A ₂	Tidak pernah		
		A ₃	Belum pernah juga, dapat dari guru BK		
		A ₄	Tidak pernah, tahunya dari guru BK		
		A ₁₀	Ya pernah		

	penyalahgunaan napza, rokok, dan alcohol d. PMS, ISR, HIV/AIDS e. Akibat pernikahan dini dan kehamilan tidak diinginkan				
25	Manfaat KIE	A_1	Sangat bermanfaat		
		A_2	Pastinya bermanfaat banget		
		A_3	Sangat bermanfaat		
		A_4	Manfaat banget, jadi bisa ngebedain jenis narkoba, karena narkoba kita jadi apa gitu		
		A_{10}	Ya bermanfaat. Manfaatnya adalah mampu menjalankan hal-hal yang tidak dilarang dan mengetahui lebih detail lagi apa itu arti sehat.		
26	Jumlah SDM yang melayani KIE, jadwal dan materi KIE	A_5	Semua petugas kesehatan harus bisa, Jumlah SDM masih sangat belum cukup. Oh yah! jadwal tetapnya dalam arti kita mengikuti jamnya sekolah, Materi yang disampaikan yang berhubungan dengan remaja.	Ni Made Jendri, SKM, M.Si, Ratiningsih, AMKep Nizma Febriyanti	Ibu Made dan ibu Ratih
		A_6	Hampir semua lintas program. Program wajibnya mungkin ada enam, lima diantaranya ke sekolah contohnya; promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, gizi, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak hampir semua imunisasi dll. Semua program mempunyai sasaran anak sekolah tapi yang paling dominan adalah UKS. Oh...iya belum.Tapi! Yang dimaksud sasaran itu adalah apakah selalu siap sekolah nga, jadi kita biasanya mengatur jadwal. Tidak ada jadwal tetap. Materi yang disampaikan adalah		

			tiga materi penting kesehatan reproduksi, bahaya narkoba dan HIV/AIDS, tapi ada materi penting lainnya yaitu; gizi, kesehatan pada umumnya, PHBS.		
		A ₇	Semua petugas yang ada program melayani KIE termasuk tim PKPR itu tadi saya, bu Made dan bu Yanti. Jumlah SDM belum sesuai. Jadwalnya ada tapi pelaksanaannya berubah, kita dalam setahun satu sekolah. Materinya banyak sih kespro, IMS, HIV/AIDS materinya itu rata-rata.		
		A ₈	Biasanya dr. devi, bu Made dan bu Ratih. Kalau untuk sekolah sini cukup, tapi kalau untuk sekolah pasar minggu kurang. Ya 1 bulan sekali Jumat minggu ke dua. Tentang remaja semua dan permasalahannya.		
		A ₉	Dari Puskesmas hanya 2 orang, namun kita punya mitra-mitra yang lain dan saling bekerjasama. Materinya life skill, HIV/AIDS, narkoba, pergaulan bebas, penculikan remaja, korban-korban seksual, sodomi.		
		A ₁₀	Masih kurang		
27	Konselor sebaya Disekolah/dilingkungan tempat tinggal, konseling dengan konselor sebaya	A ₁	Tidak, tidak pernah	Sekolah yang di bina konselor sebaya tahun 2014 yaitu: 1. SMKN 37: 30 2. SMKN 25: 60 3. SMKN 57: 25 4. SMPN 41: 30 5. MTSN 23: 30 6. SMPN 163: 30	Berdasarkan buku daftar konselor sebaya di SMPN 107: jumlah konselor sebaya 30 orang ada beberapa orang belum terlatih karena baru diangkat menjadi konselor sebaya
		A ₂	Tidak ada, tidak pernah		
		A ₃	Belom ada disini, tidak pernah jurhat dengan konselor sebaya		
		A ₄	Tidak ada, dan belum pernah		
		A ₅	Ada kali 15 sekolah		
		A ₆	Sekolah ada 10, kemudian kalau organisasi adalah BPMKB/ PLKB, dan Dinsos itu punya		

		A ₇	Sekolahnya ada SMP ada beberapa aku nga pasti banget datanya. Di SMP pasti ada konselor sebaya cuman yang dibina tidak semua.	7. SMPN 227: 30 8. SMPN 107: 30 9. SMKN 8: 30 10. SMKN 47: 30	
		A ₈	SMP 107: 30 orang.		
		A ₉	Di RW sini ada 40 orang.		
		A ₁₀	SMP kami ada 30 orang konselor sebaya		
28	Peran konselor sebaya	A ₁	Tidak tahu	Sebagai agen pengubah sebayanya untuk berperilaku sehat, sebagai agen promotor keberadaan PKPR, sebagai kelompok yang siap membantu dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi PKPR.	
		A ₂	Tidak tahu		
		A ₃	Tidak tahu		
		A ₄	Tidak tahu		
		A ₅	Perannya cukup besar ya, biasanya mereka lebih terbuka, jurhatnya lebih masuk. Kadang-kadang dengan teman sebaya lebih terbuka itu yang sebenarnya dilatih sama kita supaya kita dapat banyak remaja dengan konselor sebaya itu.		
		A ₆	Ya...perannya adalah: memberikan informasi kepada temannya sekitar informasi kesehatan remaja, terima jurhat teman sebaya untuk menerima teman-teman yang bermasalah dan membantu mengatasi, juga merujuk bisa ke guru BK atau ke Puskesmas.		
		A ₇	Aku nga punya datanya, itu bu Made yang tau. Sejauh mana yah bisa peran konselor sebaya?		
		A ₈	Mereka hanya melayani teman-temannya sendiri. Kalau lingkup kecil mereka lumayan yach bisa membantu temannya sendiri.		
		A ₉	Mereka mengemukakan masalahnya apa lalu bagaimana pemecahannya. Dia itu secara peran		

			membina anak-anak remaja bagaimana mempersiapkan diri dalam belajar, lalu pandangan-pandangan mereka untuk kerja dll.		
		A ₁₀	Ya. Memberikan informasi dan memberikan penyuluhan, konseling kepada remaja. Kalau ada masalah memberikan solusi.		
29	Fasilitator dan jadwal pelatihan konselor sebaya	A ₅	Ya. Untuk pembinaan konselor sebaya tergantung jadwal, ya... tapi dari kitanya paling nga untuk pembinaan bisa 3 kali setahun disesuaikan dengan jadwal turun di tempat lain dan jadwal sekolah karena kita SDMnya masih terbatas. Jadi untuk jadwal tetap belum ada.		
		A ₆	Oh ya betul.... Ada pembinaan tetap itu kalau sekolahnya yang membutuhkan. karena kadang kita merasa pengen turun kesekolah tapi sekolahnya tidak welcome juga nga bisa, memang harus saling membutuhkan.		
		A ₇	Fasilitator konselor sebaya satu tahun terakhir ini nga. Setahu saya ada sih		
		A ₈	Ya, dua/tiga kali, tidak rutin tapi setahun ini agak sering karena sekolah kami sekolah sehat yach.		
		A ₉	Termasuk. Jadwal tetap tidak ada		
		A ₁₀	Ya, tapi tidak tetap		
30	Partisipasi masyarakat dan jumlah pengguna PKPR	A ₅	Sejauh ini bagus ya responnya. Mereka tahu bahwa kita sudah punya konselor walaupun belum seperti yang kita harapkan. Pasien itu sudah mulai makanya kita pindah dari ruangan	Sesuai dengan buku register jumlah remaja pengguna PKPR di Puskesmas Kec Pasar	Kunjungan remaja di klinik PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu antara 0-3 perhari

			itu karena ternyata 2x seminggu kadang-kadang ada yang nga bisa dia minta hari lain.	Minggu tahun 2014 sebanyak 692 orang dengan kasus tertinggi adalah KTD 116 kasus, seks pranikah 65 kasus, persalinan remaja 61 kasus. Pada tahun 2015: Januari; 24 orang Februari; 11 orang Maret; 24 orang April; 9 orang Mei; 14 orang Juni; 8 orang Juli; 74 orang Agustus; 18 orang September; 36 orang	
	A ₆		O...kurang. Sebulan lihat dilaporan tahunan aja ya...		
	A ₇		Masyarakat sih mau ke PKPR rata-rata senang yah. Banyak...tapi aku nga tahu pasti datanya Masalah banyak, ada hamil di luar nikah, seks diluar nikah, pacaran, konflik dengan teman, konflik dengan dirinya sendiri/nga punya tujuan.		
		A ₈	Masyarakat sekolah Alhamdulillah positif sih mereka mengapresiasikannya. karena saya guru BK hampir setiap hari ada yang konseling, biasanya karena masalah belajar, konplik dengan teman, sama gurunya, sama pelajarannya		
		A ₉	Orang tuanya pada prinsipnya mendukung, namun anak-anak sendiri memang sulit, RT dan RW nya juga agak kurang peduli, Tokoh agamanya juga karena anak-anak remaja tidak ada kegiatan di mesjid jadi belum berhasil. Yang konsultasi kesini memang masih sedikit		
		A ₁₀	Memberikan pengarahan, mengikuti saran dari konselor sebaya. Sebulan 2 orang. Biasanya masalah persahabatan, percintaan		

31	Mengapa remaja tidak memanfaatkan PKPR	A ₁	Tidak tahu adanya PKPR di sini		<ol style="list-style-type: none"> 1. Remaja tidak mengetahui keberadaan PKPR 2. Jadwal pelayanan sama dengan jadwal sekolah
		A ₂	Karena tidak tahu		
		A ₃	Tidak mengetahui kali ya...atau bisa juga malas kesana karena harus ijin sekolah		
		A ₄	Tidak tahu		
		A ₅	Malu kayaknya, satu; remaja itu nga ngerti, dua; mungkin dia juga takut.		
		A ₆	Ya satu remaja itu lebih banyak datang ke sekolah karena memang wajib sekolah, kedua adalah remaja nga banyak sakit, kemudian ketiga adalah dia juga nga datang ketempat lain itu aja intinya.		
		A ₇	Mungkin karena pelayanannya pagi ya, atau bisa juga karena kurang sosialisasi dengan media elektronik, coba kalau dari dinas lebih disosialisasikan.		
		A ₈	Pertama mungkin kurang sosialisasi, jam pelayanannya jam sekolah jadi bersamaan, mungkin mereka tidak mau masalahnya ketahuan sama yang lain, Puskesmas pasiennya banyak sekali jadi antrinya itu loh lama banget jadi malas ke Puskesmas.		
		A ₉	Ini memang model anak sekarang maunya mereka hura-hura, senang-senang, jadi memang karakter anak sekarang ini untuk menanamkan suatu kesadaran sulit sekali.		
		A ₁₀	Karena kadang ada remaja yang khawatir dengan konselornya, takutnya kalau ke PKPR itu bisa tersebar, dan mungkin karena tidak nyaman. Mereka nga datang ke Puskesmas		

			karena jadwalnya nga bisa mereka masih disekolah.		
32	Cara mendorong remaja untuk mau datang ke PKPR	A ₁	Disosialisasikan disekolah		1. Mengadakan sosialisasi melalui media cetak maupun media elektronik.
		A ₂	Diinformasikan ke sekolah-sekolah		
		A ₃	PKPRnya diadakan di sekolah saja		
		A ₄	Dikasih tahu aja bahwa di Puskesmas ada PKPR		
		A ₅	Kalau gimananya... memang kitakan cuman bisa memberikan informasi kalau kita punya PKPR. dan yang bisa kita informasikan terus-menerus lewat kader kalau kita punya klinik ini jadi bisa konseling, bisa untuk bertanya. Kita bisa buat pengumuman lewat kader, kaderkan lebih dekat dengan masyarakat.		
		A ₆	Nah... bagaimana caranya supaya dia mau datang yaitu promosi PKPR, trus yang kedua adalah memberikan pemahaman kepada remaja tentang masalah-masalah apa saja sih yang bisa dialami oleh remaja dan masalah itu harus diatasi.		
		A ₇	Sosialisasi lewat media elektronik.		
		A ₈	Mungkin sosialisasinya lebih intensif. Awalnya sosialisasinya ke top manajemen, selama inikan pembina UKSnya sedangkan kepala sekolah tidak paham.		
		A ₉	Ya itu tadi, makanya tiap bulan kita adakan bermacam-macam kegiatan bervariasi, dan kita kasih konsumsi antara 40 anak kalau mengadakan kegiatan nga mati Rp 500.000 sekali kegiatan.		
		A ₁₀	Memberikan pelayanan yang baik dan bersifat		

			privasi, serta memberikan kenyamanan.		
33	Manajemen kesehatan Kemitraan dengan LSM, lintas sektoral, dan lintas program	A ₅	Ibu Made bekerjasama dengan LSM, saya lupa namanya. Lintas sektoral kita bekerjasama dengan tokoh masyarakat pak Lurah, pak Camat, Kader, terutama dengan wilayahnya harus kordinasi dengan mereka.	<ol style="list-style-type: none"> 1. LSM Kesuma Jaya Mandiri (Konsultasi Kesejahteraan Keluarga) 2. Yayasan Pulih (untuk bantuan KDRT) 3. Yayasan Marga Sejahtera(kesejahteraan remaja dan keluarga miskin) 4. Yayasan Ayah Bunda Cintaku(Pendidikan dan Pelatihan remaja Berkebutuhan khusus) 5. Yayasan Putung Yapusa(Yatim Piatu) 6. Yayasan Hidup Positif(Pengendalian HIV) 7. Yayasan Kapeta(Pengendalian HIV) 8. Yayasan Srikandi Sejati (Pengendalian HIV) 9. Karang Taruna (PIK R Jalur Masyarakat) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LSM Kesuma Jaya Mandiri (Konsultasi Kesejahteraan Keluarga)
		A ₆	Ada...LSM salah satunya adalah yayasan Hidup positif. Tapi yayasan yang menggarap HIV itu banyak sekali bisa ditanyakan sama Kepala urusan Kesmas dr.Devi ya.		
		A ₇	Ada...ada beberapa, dengan UKS, dengan PIKR		
		A ₈	Ada, yang kemaren lupa namanya pernah kesini juga.		
		A ₉	Ya betul kerjasama dengan Puskesmas		
		A ₁₀	Ada		
34	Pencatatan dan pelaporan PKPR	A ₅	Semua pelayanan memang harus dicatat, semua kegiatan PKPR ada laporannya.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tersedia buku register PKPR tahun 2014-2015 ▪ Ada laporan tahunan PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu tahun 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tersedia buku register PKPR tahun 2014-2015 ▪ Ada laporan tahunan PKPR Puskesmas Kec Pasar Minggu tahun
		A ₆	Ya...ada pencatatan dan pelaporan sesuai dengan standar nasional PKPR.		

		A ₇	Adakan laporannya bagus kok	2012, 2013, dan 2014 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan PKPR tahun 2015 (triwulan) Januari-Maret, April-Juni, Juli-September 	2012, 2013, dan 2014 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan PKPR tahun 2015 (triwulan) Januari-Maret, April-Juni, Juli-September
		A ₈	Nah untuk pencatatan saya tidak ideal mereka hanya punya daftar hadir ada penyuluhan, laporan singkat konseling yang mereka lakukan (konselor sebaya)		
		A ₉	Kalau dalam hal ini saya kan dalam mitra jadi bu Made sendiri yang buat.		
		A ₁₀	Belum dilaksanakan		
35	Monitoring dan evaluasi	A ₅	Monev dilakukan 3x setahun, evaluasi diakhir tahun. Tindakan evaluasi kekurangannya apa atau dibutuhkan oleh program apa ini yang akan kita laksanakan kedepan,	Merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah program yang dibuat berjalan dengan baik sesuai yang direncanakan.	
		A ₆	Ya monitoringnya adalah minimal enam bulan sekali atau maksimal satu tahun sekali ada evaluasi dengan memakai pedoman standar nasional PKPR. Nah... tindak lanjutnya adalah apa yang kurang diperbaiki, yang tidak ada diadakan kemudian apa yang belum dilakukan		
		A ₇	Nah... karena bukan aku yang memegang programnya kalau monitor, pencatatan pasti bu made sebagai penanggungjawab program.		
		A ₈	Kalau saya ada pertemuan dengan konselor sebaya setiap hari selasa, tapi kalau dari Puskesmas ketika mereka malakukan penyuluhan berarti tiap bulan. Tindak lanjutnya bermacam-macam ada pembicaraan, ada penyuluhan khusus, jadi ibu Made buat pertemuan khusus untuk petugasnya.		
		A ₉	Ya... bu Made yang ada, kalau kita tidak ada		

		A ₁₀	Belum dilaksanakan, tapi kadang dari peminanya pasti menanyakan		
36	Rujukan dengan instansi lain	A ₅	Rujukan PKPR rumah sakit, rujukan hukum dan sosial ada.	Rujukan: 1. RS 3 orang, 1 orang a/I kehamilan yang tidak diinginkan, dan 2 orang a/I kekerasan pada anak. 2. Polisi 1 orang a/I kekerasan pada anak.	
		A ₆	Ya betul. Satu; rumah sakit, dua; LSM, tiga; P2PT2A atau dengan polisi/instansi lain misalnya layanan hukum, layanan sosial dll.		
		A ₇	Rujukan pernah dibangun dengan RS Fatmawati kalau misalnya dia hamil, rujukan hukumnya ke KPAI kalau ada kekerasan terhadap perempuan dan anak ada rujukannya P2PT2A ada di Pulogadung.		
		A ₈	Ya ada		

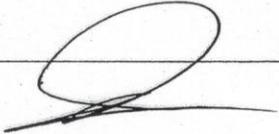
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Mei 2015	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 22/5/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Pengajuan judul tesis “ Analisis kebijakan, dan program, serta implementasi Pelayanan kesehatan Peduli remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015.	ACC Judul Tesis	
	Paraf Pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan :Juni 2015	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 19/6/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul BAB II “ Tinjauan Teori “	1. Perbaiki teori lebih terperinci dan lengkap. 1. Cantumkan kebijakan yang berhubungan dengan PKPR. 2. Dalam program Cantumkan program PKPR. 3. Buku sumber yang lengkap 4. Buat BAB I.	
	Paraf Pembimbing	

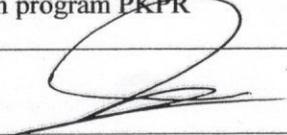
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan :Juli 2015	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 3/7/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul BAB I dan BAB II	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki BAB I dan BAB II2. Rumusan masalah dibuat sekomunikatif mungkin, laporan tahun 2013-2014 dicantumkan dalam bentuk angka.3. Tujuan dan pertanyaan diperbaiki.4. Manfaat penelitian OK5. Bab I: 14 halaman6. BAB II : 12 halaman /variabel.	
	Paraf Pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan :Juli 2015	Minggu ke :	Hari / Tgl :Sabtu 10/7/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul BAB I dan BAB II	<ol style="list-style-type: none">1. BAB I: Masih bertele-tele (buat sekomunikatif mungkin).2. BAB II:<ul style="list-style-type: none">• Tabel, judul diatas• Gambar, judul dibawah• Teori penelitian kualitatif tidak perlu• Dalam analisis kebijakan disertakan juga kebijakan DepKes, Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan program PKPR	
	Paraf Pembimbing	

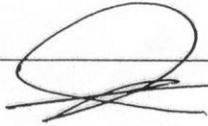
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan :Juli 2015	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 31/7/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul BAB I, II, III	1. BAB I dan BAB II OK 2. BAB III: <ul style="list-style-type: none">• Kerangka teori ditambah• Tambahkan program PKPR• Kerangka teori yang dipakai menjadi kerangka konsep diberi alasan	
	Paraf Pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan :Agustus 2015	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 14/8/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul BAB III dan BAB IV	1. Buat judul tabel definisi istilah 2. Tulisan dalam tabel 1 spasi 3. Definisi istilah adalah kata-kata sendiri 4. Penelitian kualitatif tidak perlu pakai kerangka analisis. 5. Buatlah blue print 6. buat kuisisioner	
	Paraf Pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Agustus	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 28/8/2015
Tahap Kegiatan:		Catatan Pembimbing:
1. Konsul BAB I,II,III,IV 2. Konsul panduan wawancara		1. ACC BAB I, II, III, IV 2. ACC panduan wawancara 3. ACC untuk maju siding proposal 4. Formulir pengajuan siding proposal (+)
		Paraf Pembimbing 

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan :	Minggu ke :	Hari / Tgl :
Tahap Kegiatan:		Catatan Pembimbing:
		Paraf

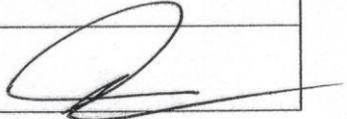
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Agustus	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 28/8/2015
Tahap Kegiatan:		Catatan Pembimbing:
1. Konsul BAB I,II,III,IV 2. Konsul panduan wawancara		1. ACC BAB I, II, III, IV 2. ACC panduan wawancara 3. ACC untuk maju sidang proposal 4. Formulir pengajuan sidang proposal (+)
		Paraf Pembimbing 

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Oktober	Minggu ke :	Hari / Tgl :Selasa 27/10/2015
Tahap Kegiatan:		Catatan Pembimbing:
1. Konsul revisi hasil sidang proposal Bab I,Bab II, Bab III, BAB IV.		1. Judul tesis di rubah menjadi Alternatif Kebijakan Operasional Pelayanan Kesehatan Perduli remaja (PKPR) di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2015. 2. Perbaiki tujuan penelitian yang bisa dilakukan, rumusan masalah ditambah problem stekman. Perbaiki kerangka konsep 3. Perbaiki Bab IV 4. Bab II tidak perlu pakai sintesa
		Paraf Pembimbing 

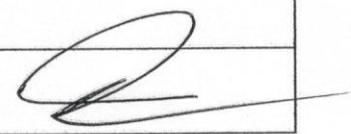
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Oktober	Minggu ke :	Hari / Tgl :Rabu 31/10/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul hasil sidang proposal untuk perbaikan Bab I, Bab II, Bab III, dan Bab IV	1. Revisi tujuan penelitian, rumusan masalah, kerangka konsep dan Bab IV.	
	Paraf Pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : November	Minggu ke :	Hari / Tgl : Jumat 11/11/2015
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul hasil sidang proposal untuk perbaikan Bab I, Bab II, Bab III, dan Bab IV	1. Bab I, Bab II, Bab III, dan Bab iv sudah ok 2. Lanjut ke penelitian	
	Paraf Pembimbing	

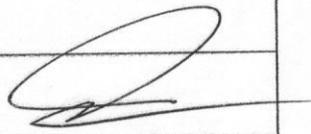
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Januari	Minggu ke :	Hari / Tgl :Jumat 8/1/2016
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul Bab V dan Bab VI	<ol style="list-style-type: none">1. Matrix hasil wawancara perhatikan penulisan2. Pembahasan tentang SDM di buat Rasio SDM3. Pembahasan ada 3 tahap yaitu; Hasil penelitian, hasil penelitian orang lain, teori dan opini peneliti.4. Untuk alternative kebijakan ditambah sekolah siaga5. Buat Bab VII Kesimpulan dan Saran	
	Paraf Pembimbing	

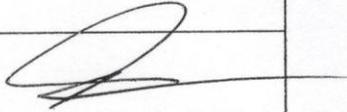
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing :Sobar Darmaja,S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Januari	Minggu ke :	Hari / Tgl : Kamis 14/1/2016
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul Bab V, Bab VI, dan Bab VII	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki Bab VI pembahasan2. Perbaiki Bab VII Kesimpulan buat 1 pragraf tapi padat dan singkat.3. Disaran untuk sekolah jangan lupa tambahkan sekolah siaga4. Persiapan untuk sidang hasil	
	Paraf Pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing : Sobar Darmaja, S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan : Januari	Minggu ke :	Hari / Tgl : Senin 18/1/2016
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
Konsul Bab VI dan Bab VII	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki alternatif kebijakan, kesimpulan dan saran.2. Persiapan untuk sidang hasil3. Form usulan seminar proposal dan sidang hasil terlampir	
	Paraf Pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa : Maslan Pangaribuan Pembimbing : Sobar Darmaja, S.Psi, MKM
NPM : 20130000014

Bulan :	Minggu ke :	Hari / Tgl :
Tahap Kegiatan:	Catatan Pembimbing:	
	Paraf Pembimbing	