



IMPLEMENTASI PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA

Aniesah Amieratunnisa [✉], Sofwan Indarjo

Administrasi Kebijakan Kesehatan, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima November 2017
Disetujui Desember 2017
Dipublikasikan Januari
2018

Keywords:

Implementation, Program,
PKPR

Abstrak

Akses remaja ke Pelayanan kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Puskesmas Bangsri I hanya sebesar 9,73%. Wilayah kerja Puskesmas Bangsri I memiliki angka kasus kehamilan remaja yang meningkat dalam 3 tahun terakhir dan pada tahun 2016 menjadi yang tertinggi di Kabupaten Jepara yaitu sebanyak 87 kasus. Tujuan penelitian ini yaitu menganalisis implementasi program PKPR. Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penentuan informan menggunakan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan komunikasi dengan remaja hanya terjadi melalui sekolah. Komunikasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara terjadi setiap tahun pada kegiatan monitoring. Pelaksana program belum mendapatkan pelatihan dari tim PKPR pusat dan pelaksana merangkap banyak program sehingga tidak dapat fokus ke PKPR. PKPR belum memiliki ruangan khusus dan alat peraga. Sumber daya finansial masih terbatas. Disposisi pelaksana sangat mendukung program PKPR, tetapi beberapa sekolah justru masih pasif dalam pelaksanaan program tersebut. SOP pelaksanaan PKPR masih disamakan dengan SOP pelayanan umum. Struktur organisasi PKPR sudah sesuai dengan pedoman. Pelaksanaan PKPR di Puskesmas Bangsri I masih belum memenuhi kriteria yang ditetapkan.

Abstract

Access of teenagers to Adolescent Friendly Health Services (PKPR) in Bangsri I health center was only 9.73%. Teenage pregnancy of the working area of health center increased in the last 3 years and in 2016 it became the highest in Jepara with 87 cases. This study was aimed to analyze the implementation of PKPR. This study used descriptive research with qualitative approach. Determination of informants used purposive sampling technique. The results showed that communication with teenagers only occurred through school. Communication with Health Office Jepara Regency occurred every year on monitoring activity. PKPR implementers had not followed training from the central PKPR team and they handle multiple programs so they could not focus on PKPR. PKPR had no room and props. Financial resources were still limited. Disposition of the implementers strongly supported, but some schools were passive. SOP of PKPR was still equated with general service. Organizational structure of PKPR was compatible with the guidelines. Implementation of PKPR at Puskesmas Bangsri I did not comply the criteria specified yet.

© 2018 Universitas Negeri Semarang

[✉] Alamat korespondensi:

Gedung F5 Lantai 2 FIK Unnes
Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, 50229
E-mail: amieratunnisa@gmail.com

PENDAHULUAN

Remaja adalah salah satu kelompok yang beresiko terhadap permasalahan kesehatan yang membutuhkan perhatian dan pelayanan khusus (Marcell, 2011). Kesehatan remaja semakin dipandang sebagai prioritas internasional yang penting karena 1,8 miliar anak muda (berusia 10 sampai 24 tahun) menyumbang 15,5% dari beban penyakit global di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Selanjutnya, diperkirakan 70% kematian orang dewasa dini disebabkan oleh perilaku tidak sehat yang sering dimulai pada masa remaja (seperti merokok, obesitas, dan aktivitas fisik) (Sawyer, 2012).

Perhatian pemerintah terhadap perkembangan dan permasalahan kesehatan remaja cukup besar. Sejak tahun 2003, pemerintah telah mengembangkan program kesehatan remaja dengan menggunakan pendekatan khusus yang dikenal sebagai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Pendekatan ini bertujuan untuk mendorong *provider* khususnya Puskesmas mampu memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, sesuai dan memenuhi kebutuhan remaja yang menginginkan *privacy*, diakui, dihargai dan dilibatkan dalam perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi kegiatan.

Layanan konseling menjadi ciri dari PKPR mengingat permasalahan remaja tidak hanya berhubungan dengan fisik tetapi juga psikososial. Upaya perjangkauan terhadap kelompok remaja juga dilakukan melalui kegiatan komunikasi informasi dan edukasi (KIE), *Focus Group Discussion* (FGD) dan penyuluhan ke sekolah-sekolah dan kelompok-kelompok remaja. Sayangnya sampai saat ini belum semua puskesmas menyediakan layanan PKPR. Berdasarkan data statistik pada tahun 2015 hanya 33,33 persen dari keseluruhan puskesmas di Indonesia yang menyediakan layanan PKPR. Dari jumlah 33,33 persen puskesmas yang melaksanakan PKPR, hanya 25 persen yang mencapai target renstra (Kemenkes RI, 2016).

Provinsi Jawa tengah dimana pada tahun 2016 terdapat 875 puskesmas dimana 285

puskesmas atau 32,57 persen yang mampu tata laksana PKPR. Kabupaten Jepara sebagai salah satu kabupaten di Jawa Tengah memiliki 21 puskesmas, tetapi hanya 10 puskesmas yang mampu tata laksana PKPR (Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, 2016). Penyebabnya diantaranya adalah masih banyak pengelola puskesmas yang beranggapan tidak perlu ada pembedaan usia untuk pelayanan kesehatan, sehingga PKPR tidak dibutuhkan. Selain itu, masih kurangnya fasilitas dan tenaga kesehatan untuk mendukung realisasi PKPR.

Berdasarkan penelitian oleh Lawrence (2009), pelayanan dan sistem kesehatan di Amerika Serikat saat ini tidak dirancang untuk membantu remaja pada masa kritis dalam hidup mereka, dan penyedia layanan seringkali tidak cukup terlatih dalam masalah remaja. Seperti halnya di bagian lain dari sistem kesehatan sebuah negara, remaja menghadapi kesenjangan dalam perawatan, layanan terfragmentasi, dan kehilangan kesempatan untuk mendapatkan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Penelitian lain yang dilakukan oleh Friskarini dan Manalu (2011) menyebutkan masalah utama implementasi PKPR adalah kegiatan PKPR masih terbatas pada penyuluhan di sekolah dengan materi kesehatan reproduksi remaja, sedangkan remaja yang datang ke Puskesmas belum mendapat pelayanan seperti alur model pelayanan PKPR.

Penelitian dari Falatansah (2016) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan peduli remaja adalah program yang mendapat perhatian pemerintah melalui program PKPR. Pelaksanaan program pelayanan kesehatan reproduksi remaja berbeda-beda di setiap Puskesmas yang dipengaruhi oleh kendala yang dialami masing-masing Puskesmas. Tidak ada perbedaan tanggung jawab antara Puskesmas yang di wilayah kerjanya terdapat lokalisasi dan Puskesmas yang di wilayah kerjanya tidak terdapat lokalisasi dalam hal pemberian layanan kesehatan reproduksi untuk para remaja.

Puskesmas Bangsri I merupakan salah satu Puskesmas di Kabupaten Jepara yang telah menjalankan program PKPR. Akses PKPR oleh

remaja di wilayah kerja Puskesmas Bangsri I masih tergolong rendah. Hal ini dapat dilihat dari laporan kunjungan oleh remaja pada layanan PKPR di Puskesmas Bangsri yang hanya mencakup 9,73% dari seluruh remaja di wilayah kerja Puskesmas Bangsri I. Salah satu faktor penyebabnya yaitu tata ruang untuk pelayanan dan sarana kesehatan yang ada di Puskesmas kurang menarik dan terkesan hanya untuk orang sakit. Selain itu, masalah lain yang dialami adalah petugas puskesmas yang saat ini menjabat sebagai pelaksana PKPR belum mendapatkan pelatihan dari tim PKPR pusat. Puskesmas Bangsri I juga belum memiliki standar operasional program PKPR sehingga masih disamakan dengan pelayanan umum.

Wilayah kerja Puskesmas Bangsri I memiliki angka kasus kehamilan remaja yang meningkat dalam 3 tahun terakhir dan pada tahun 2016 menjadi yang tertinggi di Kabupaten Jepara yaitu sebanyak 87 kasus. Kasus ini meningkat dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 66 kasus dan di tahun 2014 sebanyak 62 kasus.

Implementasi kebijakan merupakan tahapan aktivitas/kegiatan/program dalam melaksanakan keputusan kebijakan yang dilakukan oleh individu/ pejabat, kelompok pemerintah, masyarakat, dan/atau swasta dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan kebijakan yang akan mempengaruhi hasil akhir suatu kebijakan (Rosdiana, 2017). Penelitian ini akan melakukan kajian terhadap implementasi program PKPR di Puskesmas Bangsri I. Penelitian ini bertujuan untuk melihat implementasi PKPR di Puskesmas Bangsri I dengan indikator utama yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dalam implementasi program PKPR.

METODE

Penelitian ini difokuskan pada implementasi program PKPR di Puskesmas Bangsri I Kabupaten Jepara antara lain komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi pada tahap persiapan, tahap

pelaksanaan, monitoring-evaluasi dan pencatatan-pelaporan. Implementasi merupakan tahap dimana suatu kebijakan dilaksanakan secara maksimal dan dapat mencapai tujuan kebijakan itu sendiri. Tahapan implementasi menjadi begitu penting karena suatu kebijakan tidak akan berarti apa-apa jika tidak dapat dilaksanakan dengan baik dan benar. Hal ini tentu juga dipengaruhi oleh beberapa variabel yang mendukung atau mempengaruhinya, untuk itulah perlu dilakukan penelitian tentang implementasi program PKPR di Puskesmas Bangsri Kabupaten Jepara.

Jenis dan rancangan penelitian menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Jenis penelitian deskriptif kualitatif ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2017 di Puskesmas Bangsri I Kabupaten Jepara. Sumber data primer penelitian ini berasal dari informan penelitian. Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Informan dalam penelitian ini dibagi dua kategori yaitu informan utama dan informan triangulasi. Informan utama yang menjadi narasumber dalam penelitian ini antara lain 3 orang pelaksana program PKPR di Puskesmas Bangsri I. Sedangkan informan triangulasi dalam penelitian ini antara lain 1 orang kepala Puskesmas Bangsri I, 1 orang pengurus Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara dan 4 orang remaja yang pernah mendapatkan pelayanan dari PKPR Puskesmas Bangsri I. Batasan remaja dalam penelitian ini adalah 15-18 tahun. Remaja yang dipilih berdasarkan kriteria yang mewakili remaja yang pernah mendapatkan pelayanan pemeriksaan, pengobatan, konseling dan penyuluhan.

Sumber data sekunder penelitian ini terdiri dari; 1) Data cakupan PKPR di Profil Kesehatan Indonesia 2015, 2) Laporan tahunan PKPR Puskesmas Bangsri I tahun 2014-2016, 3) Laporan PKPR Puskesmas se-Kabupaten Jepara 2016, 4) Data hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang relevan.

Instrumen penelitian yang digunakan da-

lam penelitian ini adalah panduan wawancara mendalam dan catatan lapangan. Panduan wawancara berisi pertanyaan yang digunakan peneliti sebagai acuan dalam menggali informasi dari subjek penelitian. Pokok-pokok pertanyaan yang diberikan kepada remaja yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berkenaan dengan pergaulan teman dekat. Peneliti akan menanyakan hal-hal yang berfokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada remaja. Catatan lapangan digunakan untuk mencatat peristiwa atau kejadian yang diamati pada saat peneliti melakukan observasi pada subyek atau pada saat melakukan wawancara mendalam. Peneliti melakukan pencatatan setelah melakukan observasi pada subjek atau wawancara mendalam.

Teknik pengambilan data yang digunakan adalah observasi dan wawancara mendalam. Tujuan utama peneliti melakukan observasi adalah untuk memperoleh gambaran utuh subjek. Hasil observasi juga dapat dijadikan sebagai umpan balik dari jawaban yang diberikan subjek. Hasil observasi dideskripsikan berdasarkan keadaan subjek meliputi penampilan fisik, serta perilaku pada saat wawancara baik verbal maupun non verbal. Selain observasi digunakan untuk mendapatkan gambaran sehari-hari subjek penelitian, keadaan lingkungan sekitar tempat tinggal subjek penelitian dan gaya hidup subjek penelitian.

Instrumen penelitian yang digunakan saat observasi adalah kamera handphone dan alat tulis. Jenis wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini adalah guide interview atau wawancara yang terstruktur. Instrumen yang digunakan saat wawancara mendalam adalah recorder pada handphone, lembar panduan wawancara mendalam, catatan lapangan, dan alat tulis.

Prosedur penelitian yang digunakan adalah dengan memberikan gambaran tentang keseluruhan perencanaan, pelaksanaan pengumpulan data, analisis data, penafsiran data, sampai penulisan laporan. Tahap penelitian ini terdiri dari tahap pra-lapangan,

tahap pekerjaan lapangan, dan tahap analisis data.

Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi. Teknik triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber. Metode ini dilakukan dengan wawancara kepada subjek penelitian triangulasi yaitu 1 orang pengurus Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara dan 4 orang remaja yang pernah mendapatkan pelayanan dari PKPR Puskesmas Bangsri I

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan pendekatan secara kualitatif. Model analisis data ini meliputi pengolahan data dengan tahapan reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*), dan kesimpulan atau verifikasi data (*conclusion or verification*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di PKPR Puskesmas Bangsri I Kabupaten Jepara. Puskesmas Bangsri I terletak di bagian utara Kabupaten Jepara tepatnya di Jl. Wijaya Kusuma No. 2, Kecamatan Bangsri, Kabupaten Jepara. Batas wilayah Puskesmas Bangsri I yaitu sebelah timur Kecamatan Kembang, sebelah barat Kecamatan Mlonggo, sebelah utara Laut Jawa, dan sebelah selatan Kecamatan Pakis Aji.

Puskesmas Bangsri I memiliki visi yaitu "Puskesmas terdepan dalam pelayanan kesehatan yang selalu mengutamakan kualitas dan membangun kemitraan bersama untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal". Sedangkan misi Puskesmas Bangsri I antara lain; 1) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas, 2) Memberikan pelayanan prima yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan berorientasi pada kepuasan pelanggan, 3) Melakukan pengembangan dalam pelayanan kesehatan secara berkesinambungan dan cepat tanggap terhadap permasalahan dan kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan, 4)

Mendekatkan pelayanan kepada masyarakat melalui berbagai upaya kesehatan supaya lebih merata dan terjangkau, 5) Membangun kemitraan dengan lintas program dan lintas sektor yang terkait secara sinergis, 6) Mengembangkan peran serta masyarakat di bidang kesehatan dan melakukan pembinaan secara kontinyu, 7) Mendorong kemandirian keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat, 8) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan dan masyarakat beserta lingkungannya.

Tujuan dari Puskesmas Bangsri I antara lain; 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat supaya lebih optimal, 2) Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata dan terjangkau, 3) Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang di wilayah kerja puskesmas.

Jumlah tenaga di Puskesmas Bangsri I tercatat sebanyak 80 orang yang terdiri dari tenaga PNS sebanyak 51 orang, tenaga PTT 1 orang, dan tenaga kontrak sebanyak 28 orang.

Puskesmas ini memiliki 7 desa binaan dengan jumlah penduduk 62.932 jiwa dan 10.199 KK. Puskesmas Bangsri I memiliki 1 Puskesmas Pembantu (Pustu) yaitu Pustu Bondo. Puskesmas Bangsri I membina 7 desa, antara lain Desa Bangsri, Desa Bondo, Desa

Jerukwangi, Desa Kedungleper, Desa Wedelan, Desa Banjaran, dan Desa Banjaragung.

Informan utama dalam penelitian ini berjumlah 1 orang bidan, 1 orang dokter umum dan 1 orang perawat sebagai pelaksana program PKPR di Puskesmas Bangsri I. Karakteristik informan dilihat dari berbagai aspek meliputi umur, pendidikan, jabatan, dan masa kerja.

Informan triangulasi terdiri dari 4 remaja yang pernah mengakses PKPR Puskesmas Bangsri I, 1 kepala Puskesmas Bangsri I, serta 1 petugas instansi terkait yaitu staf bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. Alasan pemilihan informan triangulasi tersebut dalam penelitian ini adalah karena remaja yang mengakses PKPR di Puskesmas Bangsri I berinteraksi langsung dengan pelaksana program sehingga semua tindakan dapat diketahui secara rinci. Alasan pemilihan kepala Puskesmas Bangsri I adalah karena seluruh program Puskesmas Bangsri I mendapat pengawasan dan perizinan dari kepala puskesmas. Alasan pemilihan staf bidang Kesehatan Keluarga (Kesga) Dinkes Kabupaten Jepara adalah karena Puskesmas Bangsri I merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinkes Kabupaten Jepara sehingga semua kegiatan yang dilaksanakan Puskesmas harus diketahui dan mendapatkan pengawasan serta pendampingan oleh Dinkes Kabupaten Jepara.

Tabel 1. Karakteristik Informan Utama

No	Informan	Umur	Pendidikan	Jabatan	Masa Kerja
1	I.1	38 tahun	D4	Bidan Penyelia Lanjutan	5 tahun
2	I.2	53 tahun	S1	Perawat (Koordinator Promkes)	6 tahun
3	I.3	30 tahun	S1	Dokter Umum	2 tahun

Tabel 2. Karakteristik Informan Triangulasi

No	Informan	Unit Kerja	Umur	Pendidikan	Jabatan	Masa Kerja
1	T.1	-	16 tahun	SMP	Remaja	-
2	T.2	-	17 tahun	SMP	Remaja	-
3	T.3	-	16 tahun	SMP	Remaja	-
4	T.4	-	15 tahun	SD	Remaja	-
5	T.5	DKK Jepara	50 tahun	S1	Staf Bidang Kesga	27 tahun
6	T.6	Puskesmas Bangsri I	53 tahun	S2	Kepala Puskesmas	20 tahun

Karakteristik informan utama dan informan triangulasi dapat dilihat pada tabel 1. Pada tabel 1, informan utama berjumlah 3 orang. Satu informan berumur 38 tahun, satu informan berumur 53 tahun, dan satu informan berumur 30 tahun. Satu orang informan berlatar belakang pendidikan D4 Kebidanan, satu orang informan berlatar belakang pendidikan S1 Keperawatan, dan satu orang informan berlatar belakang pendidikan S1 Kedokteran Umum. Masa kerja informan I.1 5 tahun, I.2 6 tahun, dan I.3 2 tahun. Informan utama merupakan Bidan, Perawat dan Dokter Umum di Puskesmas Bangsri I.

Berdasarkan tabel 2, dua orang informan berumur 16 tahun, satu orang informan berumur 17 tahun, satu orang informan berumur 15 tahun, satu orang informan berumur 50 tahun, dan satu orang informan berumur 53 tahun. Tiga orang informan berlatar belakang pendidikan SMP, satu informan berlatar belakang pendidikan SD, satu orang informan berlatar belakang S1, dan satu informan berlatar belakang S2. Jabatan dua informan triangulasi yaitu Staf Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga) Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara dan Kepala Puskesmas Bangsri I Kabupaten Jepara. Masa kerja T.5 yaitu 27 tahun dan T.6 20 tahun.

Hasil dari pengambilan data penelitian mengenai implementasi program PKPR di Puskesmas Bangsri I dijabarkan dalam sub-sub

bagian antara lain; 1) Tahap Persiapan yang terdiri dari penyediaan data, advokasi, sosialisasi dan promosi, pelatihan, dan sarana dan prasarana, 2) Tahap Pelaksanaan yang terdiri dari pemeriksaan kesehatan, pengobatan, konseling dan penyuluhan, 3) Tahap Monitoring-Evaluasi, 4) Tahap Pencatatan dan Pelaporan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan mengenai penyediaan data, dapat disimpulkan bahwa komunikasi antara pelaksana dengan sasaran program pada penyediaan data dilaksanakan setiap tahun melalui sekolah, bidan desa, dokter praktek dan LSM setempat, sumber daya sudah mencukupi, dan SOP mengikuti format laporan puskesmas berdasarkan Kementerian Kesehatan. Hasil observasi peneliti juga menemukan data dasar kesehatan remaja dari tahun 2014-2016 di Puskesmas Bangsri I Jepara. Data dasar PKPR Puskesmas Bangsri I pada tahun 2016 pada tabel 3.

Berdasarkan tabel 3, jumlah remaja yang merokok yaitu sebanyak 540 orang, remaja yang memakai alkohol 259 orang, remaja yang memakai napza 4 orang, remaja yang hamil 87 orang, remaja yang bersalin 70 orang, dan remaja yang mengidap penyakit anemia sebanyak 573 orang.

Komunikasi antara pelaksana dengan *stakeholder* terkait pada kegiatan advokasi dilaksanakan setiap tahun 1-2 kali tergantung

Tabel 3. Data Dasar PKPR Puskesmas Bangsri I Tahun 2016

No.	Bulan	Remaja Merokok	Remaja memakai alkohol	Remaja memakai NAPZA	Remaja hamil	Remaja bersalin	Remaja Anemia
1	Januari	52	35	0	7	4	39
2	Februari	49	39	0	5	2	51
3	Maret	56	12	2	7	3	44
4	April	51	37	2	3	3	47
5	Mei	39	22	0	8	12	53
6	Juni	48	38	0	9	7	36
7	Juli	43	38	0	6	7	55
8	Agustus	41	16	0	11	7	41
9	September	50	16	0	8	7	53
10	Oktober	42	8	0	5	1	33
11	November	34	25	0	9	11	75
12	Desember	35	15	0	9	6	46
	JUMLAH	540	259	4	87	70	573

dari masalah remaja yang ada, sumber daya mencukupi, dan SOP menggunakan pedoman PKPR. Komunikasi pada sosialisasi terjadi pada lintas sektor sejak lama, komunikasi pada kegiatan promosi kepada remaja rutin diadakan ketika penyuluhan dan kegiatan SBH tetapi informan triangulasi yaitu remaja masih belum mengetahui program PKPR di Puskesmas Bangsri I, sumber daya manusia masih kurang sedangkan sarana dan prasarana sudah mencukupi, dan SOP menggunakan pedoman pembentukan perencanaan dan pengembangan PKPR.

Seluruh pelaksana program PKPR Puskesmas Bangsri I saat ini belum dilatih tim PKPR pusat. Hal ini terjadi karena pelaksana program PKPR yang sudah dilatih telah diganti pada tahun lalu, sedangkan pelaksana yang baru belum dilatih. Tim PKPR pusat belum mengadakan pelatihan PKPR kembali karena belum adanya anggaran dana dari DKK Jepara. Pergantian pelaksana program menjadi salah satu hambatan pada pelaksanaan program PKPR tiap puskesmas.

Komunikasi mengenai pelatihan konselor sebaya hanya dilaksanakan di dua sekolah yaitu SMA dan SMK Muhammadiyah, sedangkan sekolah lainnya beralasan tidak memiliki waktu sehingga tidak mengadakan di sekolah tersebut. Sumber daya manusia yang menjadi tenaga pelatih bersifat fleksibel, dimana tenaga yang tidak memiliki kesibukan akan diikutkan sebagai pelatih. Menurut kepala puskesmas, jumlah sumber daya manusia untuk kegiatan pelatihan konselor sebaya masih terbilang kurang, mengingat setiap tenaga puskesmas memegang berbagai program sehingga tidak bisa fokus pada program PKPR khususnya pelatihan konselor sebaya. SOP yang dipakai menggunakan pedoman PKPR dari Dinas Kesehatan.

Komunikasi mengenai sarana dan prasarana dilaksanakan setiap kegiatan evaluasi pada akhir tahun dan dengan bagian tata usaha ketika akan menggunakan sarana dan prasarana puskesmas, sarana dan prasarana selaku salah satu sumber daya program masih belum lengkap, dan SOP sarana dan prasarana bersifat

fleksibel karena masih belum sesuai dengan pedoman PKPR.

Komunikasi pada pemeriksaan kesehatan PKPR tahun ini hanya diadakan secara umum dimana remaja yang datang ke puskesmas, sumber daya manusia sudah mencukupi tetapi pelaksana tidak bisa fokus karena program yang dijalankan tidak hanya PKPR, SOP menggunakan SOP pemeriksaan umum, dan struktur organisasi dari pelaksana PKPR antara lain kepala puskesmas (Penanggung Jawab), dokter (Ketua), bidan (Koordinator Pelaksana), dokter dan perawat (Pelaksana). Komunikasi antara pelaksana dengan remaja pada pengobatan sama dengan pasien umum dimana remaja pertama diarahkan ke ruang pelayanan umum kemudian dirujuk ke pelayanan lain apabila terdapat indikasi keluhan tertentu, sumber daya manusia dan prasarana yang ada masih kurang, disposisi pelaksana PKPR sudah baik dimana pelaksana bersikap perhatian kepada remaja, dan SOP yang dipakai sama dengan SOP pengobatan pelayanan umum.

Komunikasi remaja pada kegiatan konseling masih tergolong sedikit karena beberapa remaja memilih konseling melalui aplikasi pesan, sumber daya manusianya tergantung pada kebutuhan remaja dan kualitasnya masih kurang baik karena pelaksana masih belum mendapatkan pelatihan, disposisi dari pelaksana selalu terbuka dan siap memberi solusi meskipun belum terlihat oleh kepala puskesmas dan staf Kesga DKK Jepara, dan SOP konseling menggunakan SOP pelayanan umum.

Komunikasi remaja pada kegiatan penyuluhan dilaksanakan rutin ketika MOS oleh beberapa sekolah saja karena hanya beberapa sekolah yang berkenan diadakan penyuluhan, sumber daya sudah memenuhi karena dibantu oleh bidan desa dan anggota SBH, disposisi pelaksana sangat mendukung kegiatan penyuluhan tetapi masih banyak sekolah yang belum aktif melaksanakan penyuluhan, SOP penyuluhan menggunakan pedoman promosi kesehatan, dan struktur organisasi sama dengan kegiatan lainnya tetapi dibantu oleh bidan desa dan anggota SBH.

Monitoring dari kepala puskesmas dilaksanakan setiap kegiatan PKPR, evaluasi dilaksanakan setiap akhir tahun dengan program puskesmas lain, dan monitoring dari DKK Jepara dilaksanakan setiap tahun. pencatatan dilaksanakan oleh koordinator pelaksana program dan pelaporan dilaksanakan setiap bulan ke DKK.

Komunikasi menunjukkan bahwa setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (*target group*) (Indiahono, 2009). Dua informan utama menyatakan bahwa komunikasi pada remaja dalam kegiatan penyuluhan dilaksanakan setiap kegiatan Masa Orientasi Siswa (MOS) pada awal tahun ajaran baru sekolah. Kegiatan ini rutin dilaksanakan di tiga sekolah. Informan utama menyatakan bahwa sekolah lain belum tertarik untuk mengadakan penyuluhan di sekolahnya. Informan utama lain menyatakan bahwa penyuluhan dilaksanakan berdasarkan kesepakatan antara tim PKPR puskesmas dengan sekolah. Penyuluhan bisa dilaksanakan lebih dari satu kali dalam setahun apabila sekolah meminta.

Pernyataan informan utama ini diperkuat dengan pernyataan dari informan triangulasi yaitu remaja yang menyatakan pernah mendapatkan penyuluhan mengenai gizi dan kesehatan reproduksi pada saat kegiatan pesantren kilat. Informan triangulasi lain yaitu kepala puskesmas menyatakan bahwa puskesmas sudah mengumpulkan sekolah-sekolah agar memberikan waktu untuk penyuluhan karena angka anemia pada ibu hamil semakin meningkat di wilayah kerja Puskesmas Bangsri I. Puskesmas berharap angka remaja putri yang menderita anemia dapat menurun.

Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa komunikasi dengan remaja selaku sasaran program hanya terjadi melalui beberapa sekolah yang mendukung program PKPR. Remaja hanya mengikuti kegiatan-kegiatan yang diadakan PKPR seperti pelatihan konselor sebaya, pemeriksaan kesehatan, pengobatan,

konseling, dan penyuluhan, tetapi tidak mengetahui bahwa kegiatan-kegiatan tersebut merupakan bagian dari program PKPR. Masih banyak sekolah yang belum mendukung program PKPR. Komunikasi dengan DKK Jepara rutin diadakan satu tahun sekali ketika monitoring.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian dari Winaningsih (2016) yang menyatakan bahwa masih banyak remaja belum mengetahui tentang program pelayanan khususnya para remaja yang ada di Puskesmas. Berdasarkan hasil FGD juga diketahui bahwa hanya satu peserta remaja sekolah yang mengetahui program PKPR. Hal ini dikarenakan peserta ini pernah mengikuti pelatihan pendidik sebaya di Dinas Kesehatan. Sedangkan peserta FGD remaja komunitas sama sekali belum mengetahui program ini. Peserta FGD hanya mengetahui Puskesmas sebagai layanan untuk berobat bagi orang sakit.

Hasil tersebut juga sejalan dengan penelitian Muthmainnah (2013) yang menyatakan bahwa remaja masih dikategorikan sebagai 'pemerhati', dimana berarti remaja masih belum merasa mempunyai pengaruh dan keterlibatannya pasif dalam pelaksanaan langkah strategis PKPR. Dengan demikian, perlu adanya keterlibatan remaja dalam implementasi program PKPR mulai dari perencanaan hingga evaluasi program.

Sumber daya menunjukkan bahwa setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Seluruh informan utama mengaku belum pernah mengikuti pelatihan bagi petugas puskesmas PKPR yang diadakan oleh tim PKPR pusat. Koordinator pelaksana PKPR, I.1, menyatakan bahwa beliau baru satu tahun ditunjuk sebagai pelaksana program, sedangkan pelaksana program yang lama sudah dilatih. Pernyataan informan utama tersebut didukung dengan pernyataan informan triangulasi yaitu kepala puskesmas dan staf bidang Kesga DKK Jepara yang menyatakan bahwa pelaksana program PKPR saat ini belum dilatih oleh tim PKPR pusat. T.5 selaku tim PKPR pusat menyatakan

pelatihan PKPR diadakan sesuai anggaran yang disediakan oleh DKK Jepara. Selain itu, pergantian pelaksana program PKPR di tiap puskesmas juga menjadi hambatan dalam pelaksanaan program tersebut, karena tenaga yang terlatih justru diganti dengan tenaga yang baru dan belum terlatih.

Informan utama menyatakan bahwa sarana dan prasarana PKPR Puskesmas Bangsri I hampir lengkap. Sarana dan prasarana yang belum dimiliki yaitu alat peraga dan ruang klinik PKPR. Pernyataan informan utama ini diperkuat dengan pernyataan dari informan triangulasi yaitu staf Kesga DKK Jepara yang menyatakan bahwa pelaksana program yang saat ini belum melengkapi sarana dan prasarana PKPR karena belum mendapatkan pelatihan.

Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pelaksana PKPR saat ini belum mendapatkan pelatihan dari tim PKPR pusat dan pelaksana merangkap banyak program sehingga tidak dapat fokus ke program PKPR. Sarana dan prasarana yang ada digunakan untuk seluruh program puskesmas. PKPR belum memiliki ruang khusus dan alat peraga. Sumber daya finansial terdandung pada dana yang dialokasikan puskesmas kepada setiap tenaga puskesmas, sehingga dana untuk program PKPR terbatas.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian dari Friskarini (2011) yang menyatakan bahwa belum ada alokasi dana yang cukup untuk kegiatan PKPR, bahan-bahan penyuluhan masih kurang, terbatasnya alat bantu pembelajaran edukatif dan transportasi serta ruangan pelayanan, serta pemahaman petugas tentang program masih kurang.

Berdasarkan Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) tahun 2014 (Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2013), kriteria masukan SDM kesehatan PKPR antara lain; 1) Pengelola program terlatih, terkait PKPR, yang mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan PKPR sesuai kebutuhan remaja berdasarkan pedoman, 2.) Pengelola program, terlatih dan mampu memberikan pelayanan konseling yang peduli,

peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan standar dan pedoman yang berlaku.

Disposisi menunjukkan karakteristik yang menempel erat kepada implementor kebijakan atau program. Informan utama menyatakan bahwa disposisi mereka dalam kegiatan penyuluhan sangat mendukung dengan adanya kegiatan ini, tetapi sumber daya manusia yang masih banyak merangkap program dan kurang aktifnya sekolah menjadi kendala bagi pelaksana PKPR.

Pernyataan informan utama ini diperkuat dengan pernyataan dari informan triangulasi yaitu kepala puskesmas yang menyatakan bahwa pelaksana PKPR mengelola remaja secara implisit, hal ini terjadi karena sekolah tidak menyediakan waktu bagi puskesmas untuk mengadakan program-program bagi remaja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa disposisi pelaksana PKPR sangat mendukung program PKPR dan sikap mereka positif kepada remaja, tetapi beberapa sekolah selaku *stakeholder* justru masih pasif dalam pelaksanaan program tersebut. Sekolah beralasan bahwa mereka tidak memiliki waktu untuk pelaksanaan kegiatan penyuluhan dan siswa tidak berkenan ketika PKPR menyelenggarakan pemberian Tablet Tambah Darah (TTD).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Handayani (2016) yang menyatakan bahwa menurut remaja peran petugas puskesmas sangat rendah yaitu 60% menyatakan petugas tidak aktif mensosialisasikan PKPR, sedangkan sekolah sebesar 72% remaja menyatakan sekolah tidak aktif dalam sosialisasi PKPR.

Sekolah berperan menjadi pintu masuk dari perubahan perilaku sehat (Achadi, 2010). Pengetahuan tentang perilaku sehat pada anak dan orang tua masih kurang sehingga peran sekolah menjadi sangat penting dalam merubah dan memberikan pemahaman tentang perilaku hidup sehat. Perilaku hidup sehat begitu penting untuk dikembangkan dalam dunia pendidikan sehingga dalam UU No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional yang menyatakan secara eksplisit dan tersurat bahwa tujuan

pendidikan nasional adalah untuk mencerdaskan kehidupan bangsa dan mengembangkan manusia Indonesia seutuhnya, termasuk didalamnya kesehatan jasmani dan rohani, kepribadian yang mantap dan mandiri serta rasa tanggung jawab kemasyarakatan dan kebangsaan. Kesehatan jasmani dan rohani termasuk ke dalam tujuan tersebut, dimana keduanya sangat memengaruhi terwujudnya manusia Indonesia seutuhnya.

Struktur birokrasi, menunjuk bahwa struktur birokrasi menjadi penting dalam implementasi kebijakan. Aspek struktur birokrasi ini mencakup SOP (*Standard Operating Procedure*) dan struktur organisasi. Informan utama menyatakan bahwa SOP pada pemeriksaan kesehatan PKPR masih disamakan dengan SOP pemeriksaan kesehatan pada pelayanan umum. Informan utama juga menyatakan struktur organisasi dari kegiatan pemeriksaan kesehatan yaitu dokter selaku ketua program, I.1 (bidan) selaku koordinator pelaksana, kepala puskesmas selaku penanggung jawab, dan pelaksana lain antara lain dokter, koordinator promosi kesehatan, bidan desa, dan pembina SBH.

Berdasarkan hasil observasi, peneliti melihat SOP pemeriksaan umum yang tertempel di ruang pelayanan umum. Informan utama juga memperlihatkan surat tugas yang menunjukkan bahwa seluruh informan utama merupakan bagian dari struktur organisasi pelaksana PKPR.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan pada tahap persiapan masih menggunakan SOP pedoman PKPR dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, tetapi untuk tahap pelaksanaan dan pencatatan-pelaporan masih menggunakan SOP pelayanan umum. Hal tersebut dikarenakan pada tahap pelaksanaan tidak tercantum acuan khusus dalam pedoman PKPR, sehingga masih disamakan dengan SOP pelayanan umum puskesmas. Struktur organisasi seluruh kegiatan PKPR sama, yaitu kepala puskesmas (penanggung jawab), dokter (ketua), bidan penyelia lanjutan (koordinator), dan perawat serta dokter lain (pelaksana). Koordinator

berperan sebagai pengambil keputusan dalam pelaksanaan program PKPR karena ketua program sedang mengambil cuti untuk mengambil program spesialis.

Berdasarkan Pedoman PKPR bagi Petugas Kesehatan, kriteria dari peserta pelatihan PKPR dari tim PKPR pusat antara lain kepala puskesmas dan tenaga (dokter, dokter gigi, bidan, perawat) yang berminat pada masalah kesehatan remaja, mampu berkomunikasi dengan orang lain dengan baik, setelah mengikuti pelatihan masih akan bekerja di instansinya minimal 2 tahun lagi, dan bersifat terbuka. Berdasarkan pedoman tersebut, struktur organisasi program PKPR sudah sesuai dengan kriteria yang ada, meskipun seluruh pelaksana belum mengikuti pelatihan.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa komunikasi dengan remaja hanya terjadi melalui sekolah. Komunikasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara terjadi setiap tahun pada kegiatan monitoring. Pelaksana PKPR belum mendapatkan pelatihan dari tim PKPR pusat dan merangkap banyak program sehingga tidak dapat fokus ke program PKPR. PKPR belum memiliki ruang khusus dan alat peraga. Sumber daya finansial masih terbatas. Disposisi pelaksana sangat mendukung program PKPR, tetapi beberapa sekolah masih pasif dalam pelaksanaan program tersebut. SOP pelaksanaan PKPR masih disamakan dengan SOP pelayanan umum. Struktur organisasi PKPR sudah sesuai dengan pedoman PKPR.

Saran kepada peneliti selanjutnya yaitu diharapkan dapat melakukan penelitian pada subjek dengan kasus yang lebih terbaru dan lebih mendalam agar data yang diperoleh lebih kompleks.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, E. dan Pujonarti, S. A. 2010. Sekolah Dasar Pintu Masuk Perbaikan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Gizi Seimbang Masyarakat.

- Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 5(1): 42-48.
- Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak. 2013. *Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Falatansah, L. dan Indarjo, S. 2016. Perbandingan Program Pelayanan KRR oleh Puskesmas yang di Wilayah Kerjanya Terdapat Lokalisasi dan yang Tidak Terdapat Lokalisasi. *Public Health Perspective Journal*. 1(1): 68-77.
- Friskarini, K. dan Manalu, H. S. P. 2015. Implementasi Program Kesehatan Remaja di Tingkat Puskesmas DKI Jakarta. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. 15(1): 66-75.
- Handayani, S. dan Rimawati, E., 2015. Pemanfaatan Layanan PKPR oleh Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Miroto Semarang. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*. 2(4): 93-97.
- Indiahono, D. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*. Yogyakarta: Gava Media.
- Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Marcell, A. V., Wibbelsman, C. dan Seigel, W. M. 2011. Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. *Pediatrics*, 128(6): 1658-1678.
- Muthmainnah. 2013. Analisis *Stakeholder* Remaja terhadap Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Kota Semarang. *Jurnal Promkes*. 1(2): 170-183.
- Rosdiana, A. I., Raharjo, B. B. dan Indarjo, S. 2017. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS). *HIGEIA Journal of Public Health Research and Development*. 1(3): 140-150.
- Sawyer, S. M., Affi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezech, A. C., dan Patton, G. C. 2012. Adolescence: A Foundation for Future Health. *Lancet*. 379: 1630-40