

**IMPLEMENTASI STRATEGI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN  
REPRODUKSI REMAJA DI KABUPATEN SEMARANG**

Oleh : Herni Afriyanti, Ari Subowo

**Departemen Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Diponegoro**

Jalan Profesor Haji Soedarto, Sarjana Hukum Tembalang Semarang Kotak Pos

1269 Telepon (024) 7465407 Faksimile (024) 7465405

Laman : <http://www.fisip.undip.ac.id> email [fisip@undip.ac.id](mailto:fisip@undip.ac.id)

**ABSTRAKSI**

Skema pembangunan multilateral memasukkan SRHR (*Sexual and Reproductive Health and Rights*) ke dalam indikator SDG'S (*Sustainable Development Goals*), artinya dalam segala sendi pembangunan tidak boleh mengesampingkan isu SRHR. Pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja belum mendapat perhatian serius, padahal remaja merupakan kelompok yang paling rentan mengalami berbagai resiko masalah kesehatan reproduksi. Isu-isu penting terkait kesehatan reproduksi remaja atau dengan istilah Triad KRR (seksualitas, HIV/AIDS dan napza) merupakan isu aktual dan memerlukan perhatian semua pihak. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang serta mengidentifikasi faktor apa saja yang mempengaruhi pelaksanaannya. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif deskriptif. Teknik pengumpulan data yang digunakan melalui wawancara mendalam, observasi, dan tinjauan pustaka. Penelitian ini mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 dan menggunakan model implementasi milik Grindle. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi remaja belum mendapat perhatian serius sehingga belum mencapai tujuan yang diinginkan. Hal tersebut karena belum ada koordinasi yang baik dari implementor yang terlibat, strategi yang dilaksanakan kurang efektif, serta distribusi penerima manfaat belum merata.

**Kata Kunci : Implementasi, Sexual and Reproductive Health and Rights,  
Kesehatan Reproduksi, Remaja**

## A. PENDAHULUAN

### 1. Latar Belakang

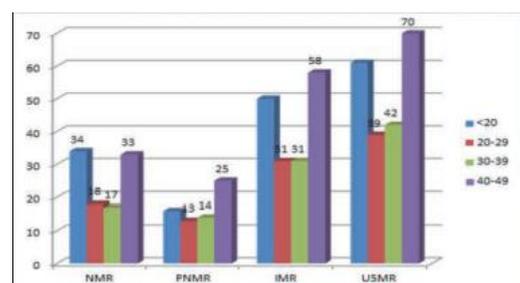
Remaja merupakan kelompok yang paling rentan mengalami berbagai resiko masalah kesehatan reproduksi. Isu-isu penting terkait Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) atau dengan istilah Triad KRR (Seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA), merupakan isu yang sangat aktual dan memerlukan perhatian serius dari semua pihak. Apabila isu-isu terkait kesehatan reproduksi remaja tidak segera ditangani dengan serius maka akan merusak masa depan remaja itu sendiri, masa depan keluarga, serta masa depan bangsa Indonesia tentunya.

Perempuan dibawah usia 20 tahun masih mengalami pertumbuhan yang sebenarnya fisik mereka belum siap untuk mengalami proses kehamilan ataupun melahirkan. Remaja putri yang berusia dibawah 20 tahun memiliki organ reproduksi yang belum kuat untuk berhubungan intim ataupun melahirkan, sehingga memiliki resiko 4 kali lipat mengalami luka serius dan meninggal akibat

melahirkan. Resiko lain yang mungkin dialami antara lain yaitu mengalami hipertensi, kelahiran prematur, keguguran, berat badan bayi lahir rendah, hingga terkena infeksi penyakit menular seksual.

Berdasarkan data yang dihimpun dari Survey Demografi dan Kependudukan tahun 2012, diketahui bahwa persalinan ibu dibawah usia 20 tahun memiliki kontribusi terkait tingginya angka kematian neonatal, angka kematian postneonatal, angka kematian bayi, dan angka kematian balita.

**Gambar 1.1 Angka Kematian Neonatal, Postneonatal, Bayi dan Balita Menurut Usia Ibu**



Keterangan :

NMR = *Neonatal Mortality Rate*, Angka Kematian Neonatal

PNMR = *Post Neonatal Mortality Rate*, Angka Kematian Post Neonatal

IMR = *Infant Mortality Rate*, Angka Kematian Bayi

USMR = *Under Five Mortality Rate*,  
Angka Kematian Balita

Sumber : Survey Dasar  
Kependudukan Indonesia, 2012

Kerentanan remaja menghadapi berbagai masalah kesehatan reproduksi mendorong pemerintah untuk melakukan upaya pelayanan kesehatan untuk remaja. Pemerintah membuat regulasi berupa Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, khususnya pasal 11-12 terkait Kesehatan Reproduksi Remaja. Dalam penerapannya dilaksanakan melalui puskesmas yang juga mengacu pada Pedoman Perencanaan, Pembentukan, dan Pengembangan Puskesmas PKPR (Pelayanan kesehatan Peduli Remaja) di Kabupaten/Kota.

Berdasarkan data BPS Kabupaten Semarang komposisi remaja usia remaja (15-24 tahun) sebanyak 157.084 (16,5%). Angka pernikahan dini Kabupaten Semarang sangat tinggi, sepanjang tahun 2015 tercatat telah terjadi 216 pernikahan yang direkomendasikan pengadilan. Data dari Dinas

Kesehatan menunjukkan bahwa pengidap HIV, sebanyak 80 orang, AIDS sebanyak 26 orang, dengan angka kematian 28 orang didominasi oleh kelompok usia muda. Selain itu angka AKI-AKB usia ibu dibawah 20 juga mengalami peningkatan di tahun 2015.

Hal tersebut menunjukkan bahwa masih banyak kasus yang terjadi menyangkut dengan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang. Berdasarkan fakta dan uraian tersebut, penulis tertarik untuk mengangkat penelitian mengenai implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang.

## **B. Rumusan Masalah**

- a. Bagaimana Implementasi Strategi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja yang dilakukan di Kabupaten Semarang ?
- b. Faktor apa saja yang mempengaruhi strategi implementasi Pelayanan

Kesehatan Reproduksi Remaja  
Kabupaten Semarang ?

### C. Tujuan Penelitian

1. Menganalisis implementasi strategi pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang.
2. Mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi strategi implementasi pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang.

### D. Kajian Pustaka

#### D.1. Administrasi Publik

Kebijakan publik menurut Chandler dan Plano dalam Keban (2014:60) didefinisikan sebagai “Pemanfaatan yang strategis terhadap sumberdaya-sumberdaya yang ada untuk memecahkan masalah-masalah publik atau pemerintah. Bahkan, Chandler dan Plano beranggapan bahwa kebijakan publik merupakan suatu bentuk intervensi yang kontinu oleh pemerintah demi kepentingan orang-orang yang tidak berdaya dalam masyarakat agar mereka dapat

hidup, dan ikut berpartisipasi dalam pemeritahan”

Dimmock, Dimmock, dan Fox dalam Keban (2014:5) mendefinisikan administrasi publik sebagai produksi barang dan jasa yang direncanakan untuk melayani kebutuhan masyarakat konsumen.

#### D.2. Implementasi Kebijakan

Implementasi menurut Lester dan Steward dalam Winarno (2007:144) mempunyai makna pelaksanaan undang-undang dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program.

Van Meter dan Van Horn dalam Winarno (2007:146) mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-

keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usah-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan..

### D.3. Model Implementasi Kebijakan

Keberhasilan implementasi kebijakan menurut Marilee S. Grindle dalam Soebarsono (2005:93) ditentukan oleh dua variabel besar, yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi (*context of implementastion*)

#### a. Variabel isi kebijakan

- 1) Kepentingan kelompok sasaran yang termuat dalam kebijakan
- 2) Manfaat yang diterima
- 3) Perubahan yang diinginkan
- 4) Kedudukan pembuat program
- 5) Implementor yang dilibatkan
- 6) Dukungan sumberdaya yang memadai

#### b. Variabel konteks

- 1) Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan
- 2) Karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa
- 3) Tingkat kepatuhan dan responsivitas implementor

Model implementasi Grindle memiliki kompleksitas karakteristik dibandingkan dengan model implementasi lainnya, karena membahas faktor yang mempengaruhi dari dua karakteristik yaitu dari dalam dan dari luar. Dari dalam maksudnya adalah dari isi kebijakan itu sendiri, dan dari luar adalah lingkungan kebijakan yang mempengaruhinya.

### E. Metodologi Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif deskriptif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam, observasi, dokumentasi, dan studi pustaka. Sumber data yang dihimpun kedalam kata-kata dan tindakan, sumber data tertulis, foto, dan statistik. Situs penelitian adalah wilayah Kabupaten Semarang,

subjek penelitiannya adalah Dinas Kesehatan, Dinas Keluarga Berencana, Perlindungan Anak, dan Perlindungan Perempuan; Puskesmas penyelenggara PKPR, PIK Remaja, Sekar Youth Center, serta 3 orang remaja sebagai target group.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **A. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang**

Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang dalam pelaksanaannya mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, serta pelayanan di puskesmas mengacu pada Pedoman Perencanaan, Pembentukan, dan Pengelolaan Puskesmas PKPR di Kabupaten/Kota. PP Nomor 61 Tahun 2014 pasal 11 dan pasal 12 bagian Kesehatan Reproduksi Remaja menjelaskan bahwa implementasi strategi kesehatan reproduksi remaja dilakukan melalui

tiga kegiatan yaitu KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi), konseling, serta tindakan klinik medis. Bagaimana implementasinya dapat dilihat pada :

#### **1. Pemberian Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)**

Pemberian KIE berkaitan dengan siapa saja implementor yang memberikan KIE, bagaimana intensitas pemberian KIE, bagaimana metode penyampaian materi, serta materi apa saja yang diberikan.

Berdasarkan indikator tersebut, pelaksanaan yang belum optimal yaitu intensitas pemberian KIE masih kurang, serta metode yang digunakan masih monoton. Karena kebijakan kesehatan reproduksi remaja menyangkut program lintas sektoral, banyak aktor yang dilibatkan dalam pemberian materi KIE, sehingga memberikan dampak positif terhadap materi yang mampu diberikan kepada target group.

Puskesmas, Dinas Kesehatan, serta Dinas KB, PP, PA tidak mampu memberikan KIE yang intensif ke sekolah-sekolah karena keterbatasan sumber daya manusia dibandingkan dengan jumlah sekolah menengah yang ada. Sekar Youth Center mengaku sudah intensif memberikan KIE, yaitu dengan bekerjasama dengan guru BK agar dapat masuk di jam BK untuk menyampaikan KIE. Namun sayangnya, sampai saat ini Sekar Youth Center baru mampu mengintervensi 4 sekolah yaitu SMK Masehi PSAK, SMK Widya Praja, SMA N 1 Tuntang, serta SMA N 2 Ungaran.

Mayoritas implementor menyampaikan KIE dengan metode ceramah dan dengan mendisplay materi ke proyektor. Cara tersebut terlalu monoton dan kurang diminati remaja. Apalagi jika diterapkan pada *audience* yang besar, mereka akan cepat bosan dan akhirnya

mencari aktivitas lain untuk memecah perhatian.

## 2. **Konseling yang diberikan**

Pemberian Konseling berkaitan dengan bagaimana mekanisme konseling dilakukan, bagaimana kemudahan akses konseling, serta kontinuitas konseling yang dilakukan.

Indikator yang dirasa kurang optimal yaitu mekanisme konseling yang dilakukan puskesmas bersifat pasif, hanya menunggu klien datang barulah dapat melaksanakan konseling. Tindakan preventif menjadi kurang optimal apabila konseling bersifat pasif.

Remaja memiliki kecenderungan membicarakan masalahnya apabila masalah membesar dan ia tidak mampu mengatasinya. Ia juga lebih nyaman membicarakan masalahnya kepada teman dekatnya yang dipercaya. Selain konseling bersifat pasif, konseling hanya dapat dilakukan di ruang PKPR dan di jam

layanan puskesmas, sehingga membatasi akses remaja karena berbenturan dengan jam sekolah. Belum lagi masalah antrean sehingga memakan waktu lebih lama, padahal mereka sedang izin di jam sekolah.

## 2. Tindakan Klinik Medis

Berbeda dengan KIE yang sifatnya lintas sektoral, tindakan klinis medis dilakukan oleh Dinas Kesehatan melalui Puskesmas PKPR di unit kerjanya. Kegiatan klinik medis yang dilakukan meliputi deteksi dini penyakit atau skrining, pengobatan dan rehabilitasi.

Upaya klinik medis tidak terlepas dari kendala, yaitu remaja yang enggan datang kembali setelah konseling padahal jadwal kontrol dan pemeriksaan sudah diberikan. Apabila remaja tidak datang artinya pengobatan yang diberikan terhenti, dikhawatirkan masalah yang dialami akan menjadi membesar dan lebih rumit.

Kesadaran remaja masih rendah dan menganggap masalah kesehatan reproduksi seperti nyeri haid, menstruasi tidak lancar, keputihan, dan masalah terkait kesehatan reproduksi lainnya adalah hal biasa dan tidak perlu dikhawatirkan.

## B. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi

Berdasarkan analisis model implementasi Merilee S. Grindle, faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di kabupaten Semarang dijelaskan sebagai berikut :

### 1. Manfaat Kebijakan dapat Dirasakan Langsung Sehingga Mendapat Penerimaan dari Masyarakat

Dalam Suwitri (2008:87), kebijakan yang memberikan manfaat secara kolektif atau terhadap banyak orang akan lebih mudah diimplementasikan karena sangat mudah untuk

memperoleh dukungan dan tingkat kepatuhan yang tinggi dari masyarakat banyak. Sebaliknya kebijakan yang bersifat partikularistik kemungkinan dapat mempertajam konflik dan persaingan diantara orang-orang yang berusaha memperoleh manfaat dari program tersebut. Program seperti itu lebih sulit untuk diimplementasikan

Kesehatan adalah kebutuhan dasar setiap manusia. Manfaat pelayanan kesehatan reproduksi remaja dapat dirasakan secara luas oleh masyarakat sehingga dukungan masyarakat lebih mudah didapat. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja mempunyai manfaat yang luas, baik dari segi pengetahuan, sosial, hingga ekonomi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan murah.

Dari segi pengetahuan dapat menambah wawasan remaja terkait KRR. Dari segi kesehatan, remaja dapat lebih memahami kesehatan

reproduksinya serta menjaganya. Dari segi sosial, remaja yang mempunyai masalah dapat berkonsultasi dan memperoleh pembinaan, sehingga remaja memiliki kesempatan kedua untuk mengatasi masalahnya. Selama ini banyak remaja yang bermasalah justru tidak mendapatkan *permission* dan justru dikucilkan masyarakat. Padahal pembinaan dan dukungan dari orang-orang sangat mereka butuhkan untuk melanjutkan hidup.

Masyarakat khususnya target group sendiri pada dasarnya menerima dan tidak ada yang merasa kepentingannya dirugikan dengan adanya kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Manfaat yang diberikan juga sudah sesuai dengan kebutuhan target group. Karena manfaat dapat dirasakan langsung oleh masyarakat luas, kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperoleh penerimaan yang baik di Kabupaten Semarang, sehingga

dalam implementasinya menjadi lebih mudah dilakukan.

## **2. Derajat Perubahan yang Diinginkan Tidak Mudah Untuk Dicapai**

Dalam Suwitri (2008:87), program yang bersifat jangka panjang dan menuntut perubahan perilaku masyarakat dan tidak secara langsung atau segera mungkin dirasakan manfaatnya cenderung lebih sulit diimplementasikan.

Perubahan yang diinginkan dari adanya kebijakan kesehatan reproduksi remaja adalah adanya perubahan sikap atau perilaku pada diri remaja. Perubahan tidak langsung yang diharapkan yaitu menekan kasus terkait Triad KRR (seksualitas, napza, dan HIV/AIDS), menekan angka pernikahan dini, mengurangi resiko AKI-AKB ibu usia dibawah 20 tahun, serta remaja menjadi generasi yang produktif.

Perubahan tersebut bukanlah hal yang mudah

dilakukan karena menyangkut aspek global dan yang ingin diubah adalah mindset dan perilaku sosial. Merubah perilaku individu bukanlah pekerjaan yang mudah.

## **3. Implementor yang Terlibat Bersifat Lintas Sektoral dan Masih Mementingkan Isu Sektoralnya Masing-Masing**

Implementor dalam kebijakan haruslah disebutkan secara jelas dan rinci untuk memudahkan proses implementasi kebijakan. Implementor dalam kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja sudah memahami bahwa mereka mempunyai peran masing-masing sesuai dengan tupoksi lembaganya.

Dinas Kesehatan dan puskesmas bertindak melakukan tindakan klinik medis, jika melakukan KIE ataupun konseling juga terkait kesehatan. Dinas KB, PP, PA bertugas untuk membentuk PIK Remaja dan memberikan orientasi agar

PIK Remaja mampu melakukan KIE dan konseling di daerahnya masing-masing. Sekar Youth Center merupakan bagian terintegrasi dari unit PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia) melakukan intervensi ke sekolah menengah juga membentuk *peer educator* di sekolah-sekolah.

Karena banyak lembaga yang memberikan KIE, maka diperlukanlah koordinasi dan komunikasi yang baik antar lembaga yang terlibat. Adanya kesamaan target yang diintervensi bisa jadi menyebabkan tumpang tindih kewenangan. Banyaknya lembaga lintas sektoral yang dilibatkan menyebabkan rawan terjadinya egosentrisme sektoral untuk lebih mengutamakan pemecahan isu strategis yang dihadapi lembaganya masing-masing. Padahal kebijakan terkait kesehatan reproduksi remaja tidak bisa dijalankan oleh satu unit lembaga saja.

Dibutuhkan kerjasama yang baik dari semua elemen yang terlibat

### **3. Dukungan Sumber Daya yang Dikerahkan Terbatas**

Kualitas sumberdaya pelaksana program dalam Suwitri (2008:88) dijelaskan dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi program. Birokrasi yang memiliki staff yang aktif, berkualitas, berkeahlian, dan berdedikasi tinggi terhadap pelaksanaan tugas akan sangat mendukung keberhasilan program.

Sumber daya yang dimaksud dalam penelitian ini dibedakan menjadi sumber daya manusia, pendanaan, serta fasilitas yang dimiliki untuk menunjang implementasi.

Dari indikator sumber daya manusia yang diteliti menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang dimiliki oleh Puskesmas Ambarawa masih kurang. Akibatnya Puskesmas Ambarawa belum mampu

menjangkau seluruh sekolah menengah di Kecamatan Ambarawa. Terkait dengan KIE, untuk satu sekolah hanya mampu dijangkau sekali atau dua kali dalam setahun. Selain Puskesmas Ambarawa, PIK Reaksi juga memiliki kekurangan sumber daya manusia karena baru setahun didirikan sehingga jumlah konselor sebaya ataupun pendidik sebaya masih sangat terbatas.

Sedangkan untuk pendanaan, baik Dinas Kesehatan, Dinas KB, PP, PA maupun Puskesmas Ambarawa tidak memiliki masalah, pendanaan yang dianggarkan sudah mencukupi untuk melaksanakan berbagai kegiatan. Berbeda dengan PIK Reaksi maupun Sekar Youth Center, karena keduanya merupakan organisasi nirlaba maka tidak ada anggaran khusus yang diberikan oleh pemerintah, semua kegiatan dilaksanakan dengan swadaya.

Terkait dengan fasilitas yang dimiliki oleh Puskesmas Ambarawa masih terbatas pada penyediaan ruang PKPR. Dalam peraturan disebutkan bahwa setiap Puskesmas PKPR harus mempunyai satu ruangan khusus untuk layanan PKPR. Namun, di Puskesmas Ambarawa layanan PKPR masih menjadi satu dengan layanan gizi. Hal tersebut dapat mengganggu aspek kerahasiaan dan kenyamanan klien yang akan melakukan konseling.

#### **4. Implementor Tanggap dalam Menjawab Kebutuhan Target Group**

Responsivitas berkenaan dengan seberapa jauh program dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Suatu organisasi dianggap gagal apabila tidak menanggapi kebutuhan aktual dari kelompok yang semestinya diuntungkan dari adanya suatu program.

Agar tujuan program dan lingkungan khusus dapat tercapai maka implementor harus tanggap terhadap kebutuhan *beneficiaries*. Tanpa daya tanggap yang cukup selama implementasi, implementor akan kehilangan informasi untuk mengevaluasi pencapaian program dan kehilangan dukungan yang penting bagi keberhasilan implementasi.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, implementor sudah tanggap terhadap kebutuhan *target group*. Upaya-upaya politis untuk memenuhi kebutuhan *target group* sudah dilakukan oleh implementor. Menanggapi terbatasnya waktu pelayanan konseling di puskesmas, Sekar Youth Center memberikan waktu yang fleksibel untuk remaja yang konseling, selain itu metode jemput bola melalui penjangkauan *peer educator* dirasa sangat efektif menarik remaja.

Baru ada lima puskesmas yang sudah menjadi Puskesmas

PKPR di Kabupaten Semarang. Menanggapi hal tersebut, Dinas Kesehatan melakukan koordinasi dengan menghimbau semua puskesmas di Kabupaten Semarang agar segera mempersiapkan administrasi yang diperlukan untuk menjadi puskesmas PKPR. Dengan semua puskesmas menjadi Puskesmas PKPR, maka jangkauan layanan akan semakin luas dan merata.

##### **5. Belum Tercipta Kepatuhan dari Remaja Sebagai Kelompok Sasaran Kebijakan**

Keberhasilan implementasi kebijakan sarat dipengaruhi oleh bagaimana kepatuhan dari kelompok sasaran kebijakan itu sendiri. Apabila kelompok sasaran mematuhi kebijakan maka akan memudahkan proses implementasi kebijakan, begitupun sebaliknya apabila tidak mematuhi maka akan menyulitkan proses implementasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas kelompok sasaran belum mematuhi, terbukti dengan masih banyaknya kasus kehamilan tidak dikehendaki, pernikahan dini, dan kasus terkait KRR lainnya. Remaja juga belum memiliki kepatuhan tinggi terhadap jadwal konseling ataupun kontrol yang diberikan petugas PKPR. Padahal keberjalanan dan kontinuitas konseling berguna untuk mencegah timbulnya masalah yang lebih besar.

Kepatuhan remaja di lingkungan PIK juga masih rendah, banyaknya undangan yang dibagikan untuk menghadiri KIE tidak menjamin banyak pula remaja yang mau hadir. Tingkat kesadaran remaja di daerah pedesaan masih rendah terkait dengan kesehatan reproduksi.

Seseorang akan termotivasi melakukan sesuatu yang merupakan ruang lingkup kebutuhannya yang belum

terpenuhi. Sebaliknya orang tidak akan termotivasi oleh hal-hal yang tidak mereka anggap sebagai kebutuhan atau menaruh perhatian kesana lagi. Nampaknya maslah kesehatan reproduksi remaja belum dianggap sebagai kebutuhan yang harus dipenuhi oleh remaja, sehingga remaja belum mematuhi pertauran yang diberikan.

## **PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

#### **1. Implementasi Strategi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja**

##### **a. KIE yang dilakukan**

Pelaksanaan strategi yang dirasa belum optimal yaitu intensitas pemberian KIE masih kurang, serta metode yang digunakan implementor masih monoton.

##### **b. Konseling**

Indikator yang dirasa kurang optimal yaitu mekanisme konseling yang dilakukan puskesmas bersifat pasif, hanya menunggu klien datang barulah dapat melaksanakan konseling. Tindakan preventif menjadi kurang optimal apabila konseling bersifat pasif.

**c. Tindakan klinik medis**

Tindakan klinis medis dilakukan oleh Dinas Kesehatan melalui Puskesmas PKPR dengan kegiatannya meliputi deteksi penyakit/skrening, pengobatan dan rehabilitasi. Upaya klinik medis terkendala remaja yang enggan datang kembali setelah konseling padahal jadwal kontrol dan pemeriksaan sudah diberikan.

**2. Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Strategi**

**a. Manfaat Kebijakan dapat Dirasakan Langsung Sehingga Mendapa Penerimaan dari Masyarakat**

Kesehatan adalah kebutuhan dasar setiap manusia. Manfaat pelayanan kesehatan reproduksi remaja dapat dirasakan secara luas oleh masyarakat sehingga dukungan masyarakat lebih mudah didapat.

**b. Derajat Perubahan yang Diinginkan Tidak Mudah Untuk Dicapai**

Perubahan yang diinginkan bukanlah hal yang mudah dilakukan karena menyangkut aspek yang luas dan yang ingin diubah adalah mindset dan perilaku sosial. Merubah perilaku individu bukanlah pekerjaan yang mudah dilakukan.

**c. Implementor yang Terlibat Bersifat Lintas Sektoral dan menimbulkan Egosentrisme untuk Mementingkan Isu Sektoral Masing-Masing**

Banyaknya lembaga lintas sektoral yang dilibatkan menyebabkan rawan terjadinya egosentrisme sektoral untuk lebih mengutamakan pemecahan

isu strategis yang dihadapi lembaganya masing-masing. Padahal kebijakan terkait kesehatan reproduksi remaja tidak bisa dijalankan oleh satu unit lembaga saja.

**d. Dukungan Sumber Daya yang Dikerahkan Terbatas**

Sumber daya dibedakan menjadi sumber daya manusia, pendanaan, serta fasilitas yang dimiliki untuk menunjang implementasi. Sumber daya yang belum optimal yaitu sumberdaya manusia di Puskesmas Ambarawa dan PIK Reaksi. Serta fasilitas ruang PKPR yang tersedia belum mampu menunjang pelayanan yang baik.

**e. Implementor Tanggap dalam Menjawab Kebutuhan Target Group**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, implementor sudah tanggap terhadap kebutuhan target group. Upaya-upaya politis untuk memenuhi

kebutuhan target group sudah dilakukan oleh implementor.

**f. Belum Tercipta Kepatuhan dari Remaja Sebagai Kelompok Sasaran Kebijakan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja belum memiliki kepatuhan tinggi terhadap jadwal konseling ataupun kontrol yang diberikan petugas PKPR. Kepatuhan remaja di lingkungan PIK juga masih rendah, banyaknya undangan yang dibagikan untuk menghadiri KIE tidak menjamin banyak pula remaja yang mau hadir.

**B. Saran**

1. KIE diberikan agar dapat lebih intensif lagi dengan melibatkan peran orang tua dalam keluarga. Keluarga merupakan lini terdekat untuk mencegah masalah Triad KRR.
2. Untuk implementor yang memberikan KIE agar menggunakan berbagai variasi metode yang kreatif dan inovatif agar diminati remaja.

3. Mengadakan pertemuan lintas sektoral dalam kurun waktu setahun sekali untuk memudahkan komunikasi dan koordinasi antar pihak yang dilibatkan.
4. Untuk kenyamanan konseling remaja di puskesmas, ruang konseling dibuat terpisah, ditambahkan buku-buku bacaan terkait kesehatan reproduksi di ruang tunggu.
5. Materi kesehatan reproduksi remaja ditetapkan sebagai bahan ajar di semua sekolah menengah dengan dimasukkan di jam BK atau ditetapkan sebagai pelajaran tambahan.

### Daftar Pustaka

- Agustino, Leo. 2014. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung : Alfabeta.
- Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan : Prinsip dan Praktik*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Dunn, N. William. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Keban, Yeremias T. 2014. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik Konsep, Teori, dan Isu*. Yogyakarta : Gava Media.
- Kusmiran, Eny. 2011. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta : Salemba Medika.
- Moelong, Lexy J. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Nugroho, Riant. 2006. *Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang*. Jakarta : PT Gramedia.
- Nugroho, Riant. 2008. *Public Policy*. Jakarta : Gramedia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pasolong, Herbani. 2012. *Metode Penelitian Administrai Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Subargus, Amin. 2011. *Promosi Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : Gosyen Publising.
- Soebarsono. 2005. *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Sugiyono.2014.*Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta

Suharno.2013. *Dasar-dasar kebijakan publik : Kajian Proses dan Analisis Kebijakan*. Yogyakarta : Ombak.

Suwitri.2008. *Konsep Dasar Kebijakan Publik*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro Semarang.

Winarno, Budi.2002.*Teori Dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Penerbit Media Pressindo.

#### Sumber Lain

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016

Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi

Pedoman Perencanaan, Pembentukan, dan Pengelolaan PKPR di Kabupaten/Kota

Dokumen Survey Dasar Kesehatan Indonesia 2012

Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan 2013

Data Strategis Kabupaten Semarang 2012

Buku Profil Dinkes Kabupaten Semarang 2015

Buku Profil Puskesmas Ambarawa Tahun 2015

#### Sumber Internet

<http://jateng.tribunnews.com/2016/01/08/romlah-prihatin-ada-216-pernikahan-dini-di-kabupaten-semarang> diakses pada 12 Februari 2017, pukul 15:10

<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs> diakses pada 15 Februari pukul 20:11

<http://rumahpengetahuan.web.id/pubertas-dini-picu-masalah-remaja> diakses pada 21 Februari 2017 pukul 21:40