

IMPLEMENTASI PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR) DI TINGKAT PUSKESMAS DKI JAKARTA

Implementation of Adolescent Friendly Health Services (AFHS) at Primary Health Care in Jakarta

Kenti Friskarini¹, Helper Sahat P Manalu¹

¹Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat

Email: friskarini@yahoo.com

Diterima: 16 Mei 2016; Direvisi: 31 Mei 2016; Disetujui: 7 Juni 2016

ABSTRACT

Care for Adolescent Health Services (PKPR) is a health care program aimed for adolescents in the health centers, which are expected to provide services in order to realize the healthy adolescents. The research method used cross-sectional and qualitative data obtained from the working area of health centers in Jakarta to know the implementation of the program PKPR in 2011. Samples were selected purposively composed of and consisted of informants' teenagers and health center personnel's. Primary and secondary data were taken by using in-depth interviews and focus group discussions (FGD) and observation service facilities. The results are PKPR activities still limited to counseling in schools with material adolescent reproductive health, adolescents who came to the health center not get services as shown by flow of PKPR models, adolescent's access to health centers constrained with learning activities, there were still health centers that have not done the training of peer counselors, there was no allocation of sufficient funds for PKPR activities, educational materials are lacking, limited educational learning tools and transportation as well as room services, also the officials' understanding of the program is still lacking. Cross-sectoral cooperation has not been used to gain support for the implementation of specific PKPR at schools. The conclusion is the implementation of the PKPR program in the health center not meet the criteria as specified adolescent services because there is insufficient financial support, infrastructure, and human resources. PKPR socialization is necessary and the full support of local governments in PKPR program in their respective working area of health centers.

Keywords: Service, adolescent, health personnel

ABSTRAK

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan program pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk remaja di puskesmas, diharapkan mampu memberikan pelayanan agar dapat mewujudkan remaja sehat. Metode penelitian dengan potong lintang dan data yang diambil untuk tulisan ini adalah kualitatif pada wilayah kerja puskesmas di Kota Jakarta untuk mengetahui implementasi program dari PKPR pada tahun 2011. Sampel dipilih secara *purposif* terdiri dari informan remaja dan petugas puskesmas. Data yang diambil sekunder dan primer yaitu wawancara mendalam dan FGD serta observasi fasilitas pelayanan. Hasil dari penelitian adalah kegiatan PKPR masih terbatas pada penyuluhan di sekolah dengan materi kesehatan reproduksi remaja, remaja yang datang ke Puskesmas belum mendapat pelayanan seperti alur model pelayanan PKPR, akses remaja ke puskesmas terbentur dengan kegiatan belajar, masih adanya Puskesmas yang belum melakukan pelatihan konselor sebaya, 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. Kerjasama lintas sektor belum digunakan untuk menggalang dukungan bagi terselenggaranya PKPR khusus bagi sekolah-sekolah. Kesimpulan adalah pelaksanaan program PKPR di Jakarta belum memenuhi kriteria pelayanan remaja seperti yang ditetapkan karena belum cukupnya dukungan dana, sarana prasarana, tenaga. Perlu perluasan sosialisasi PKPR dan dukungan penuh pemerintahan daerah dalam program PKPR di masing-masing wilayah kerja puskesmas.

Kata kunci: Pelayanan, remaja, petugas kesehatan

PENDAHULUAN

Remaja 15–24 tahun di Indonesia berdasarkan Survei Penduduk tahun 2010 berjumlah 40,75 juta (0,17%) dari seluruh penduduk yang berjumlah 237,6 juta jiwa, sementara jumlah penduduk 10 – 14 tahun berjumlah 22,7 juta (0,09%). Besarnya jumlah penduduk kelompok remaja ini akan sangat mempengaruhi pertumbuhan penduduk di masa mendatang. Penduduk kelompok umur 10 – 24 tahun ini perlu mendapat perhatian serius mengingat mereka akan memasuki angkatan kerja dan memasuki usia reproduksi (BKKBN, 2011). Pendapat lain juga mengatakan bahwa remaja adalah tunas bangsa, generasi penerus bangsa, tumpuan harapan bangsa yang akan bisa melanjutkan cita-cita bangsa menuju Indonesia yang bermartabat. Sehingga sebagai generasi penerus, kelompok remaja merupakan aset bangsa atau modal utama sumber daya manusia bagi pembangunan bangsa di masa yang akan datang. Kelompok remaja yang berkualitas memegang peranan penting dalam mencapai kelangsungan serta keberhasilan tujuan pembangunan nasional, sehingga perlu mendapat perhatian yang serius untuk meningkatkan kualitasnya (Ni Nyoman Kristina, SKM, 2011.).

Menurut Kristanti, semua remaja, baik laki-laki maupun perempuan mempunyai hak atas informasi dan akses ke pelayanan kehamilan dan persalinan yang aman termasuk pelayanan kontrasepsi yang disukai. Sedangkan pelayanan yang cocok untuk remaja adalah yang berorientasi pada prinsip hak-hak anak yaitu non diskriminasi, kepentingan terbaik bagi remaja, kelangsungan hidup dan tumbuh kembang, serta penghargaan pendapat remaja (Kristanti, 2011).

Dalam perkembangan terakhir ini, dengan permasalahan remaja yang semakin meningkat, banyak kegiatan yang sudah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan remaja, antara lain adalah telah dilakukan pelatihan tenaga kesehatan untuk melaksanakan PKPR di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Sebagai dukungan pelaksanaan Komunikasi Informasi dan Edukasi kepada remaja, Kementerian Kesehatan juga telah menerbitkan bahan

cetak yang digunakan sebagai acuan atau alat peraga oleh petugas kesehatan, umumnya berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja (KRR) dan Napsa (PTIKM, 2012). Meskipun banyak program telah dilakukan namun permasalahan remaja masih sangat memprihatinkan. Hal ini didukung dengan hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007 pada Anita (2014), remaja mengaku mempunyai teman yang pernah melakukan hubungan seksual pranikah usia 14-19 tahun (perempuan 34,7%, laki-laki 30,9%), usia 20-24 tahun (perempuan 48,6%, laki-laki 46,5%). Dengan responden remaja berusia antara 15-24 tahun menunjukkan bahwa sebanyak 1% remaja perempuan dan 6% remaja laki-laki menyatakan pernah melakukan hubungan seksual pranikah.

Selain itu ternyata kelompok sebaya juga merupakan hal yang tidak dapat dianggap enteng dalam hubungannya dengan kesehatan remaja. Pentingnya kelompok teman sebaya, karena kelompok ini merupakan dunia nyata remaja yang menyiapkan tempat remaja menguji dirinya sendiri dan orang lain. Ketika lebih banyak menghabiskan waktu di luar dari pada di dalam rumah dan sebagian besar waktu diluar rumah digunakan untuk bergaul dengan teman sebayanya dan sebagai konsekuensi adalah pengaruh kelompok teman sebaya lebih besar dari pada pengaruh dari dalam rumah. Ketika lebih banyak memiliki kelompok teman sebaya dan sering berinteraksi dengan teman sebaya akan sangat kuat merasakan kehadiran kelompoknya, sehingga tingkah laku kelompok teman sebaya akan berarti bagi dirinya (Ristianti, 2008).

Melihat kebutuhan remaja dan memperhitungkan tugas Puskesmas sebagai barisan terdepan pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat, seharusnya Puskesmas memberikan pelayanan yang layak kepada remaja sebagai salah satu kelompok masyarakat yang dilayaninya. Pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas amat strategis dan dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien mengingat ketersediaan tenaga kesehatan dan kesanggupan jangkauan Puskesmas ke segenap penjuru Indonesia seperti halnya keberadaan remaja sendiri,

dari daerah perkotaan hingga terpencil perdesaan. Beberapa tahun terakhir mulai dilaksanakan beberapa model pelayanan kesehatan remaja yang memenuhi kebutuhan dan "selera" remaja di beberapa propinsi, dan diperkenalkan dengan sebutan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja atau disingkat PKPR, adopsi dari istilah dalam bahasa Inggris, *Adolescent Friendly Health Services* (AFHS), yang sebelumnya dikenal dengan *Youth Friendly Health Services* (YFHS). Pelayanan kesehatan pada sasaran remaja sebagaimana pada kelompok umur lainnya, juga meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Sesuai permasalahannya, aspek yang perlu ditangani lebih intensif adalah aspek promotif dan preventif, tetap dengan cara "peduli remaja". Pemberian layanan pada remaja dengan model PKPR ini merupakan salah satu strategi yang penting dalam mengupayakan kesehatan yang optimal bagi remaja, karena pelayanan yang cocok untuk remaja adalah yang berorientasi pada prinsip hak-hak anak, yaitu non diskriminasi, kepentingan terbaik bagi anak, hak hidup, kelangsungan hidup dan tumbuh kembang, serta penghargaan pendapat anak.

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas telah dikembangkan sejak tahun 2003. Sejak tahun 2009 diupayakan setiap kabupaten/kota minimal memiliki 4 Puskesmas mampu tata laksana Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. Sampai dengan tahun 2012 Puskesmas PKPR berjumlah 3.191 unit (Profil Kesehatan Indonesia, 2012).

Melihat pentingnya PKPR dan hubungannya dengan kesehatan remaja, tulisan ini mengangkat tentang pelaksanaan program PKPR Kota Jakarta sebagai bagian dari Penelitian Pengembangan Model Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di 4 kota, yaitu di kota Medan, Jakarta Pusat, Surabaya, dan Bandung pada tahun 2011 (Kesehatan, 2011). Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi pelaksanaan program PKPR oleh provider di masing-masing kota, dan kendala dalam pemberian layanan tersebut.

Hasil penelitian yang telah dilaksanakan ini diharapkan dapat memberi

masukan untuk PKPR (Program Kesehatan Peduli Remaja) dan program kesehatan remaja lainnya di Jakarta sehingga pengembangan model intervensi pelayanan kesehatan reproduksi yang efektif diharapkan membantu remaja menyiapkan masa depan yaitu melakukan fungsi reproduksi dan fungsi keluarga secara berkualitas. Artikel ini sendiri membahas hasil dari bagian penelitian yang dilakukan di 4 puskesmas di kota Jakarta.

BAHAN DAN CARA

Dalam artikel ini metode penelitian yang dilakukan adalah kualitatif. Penelitian kualitatif dilakukan dengan cara wawancara mendalam dengan remaja bermasalah untuk menentukan pelayanan yang dibutuhkan remaja, serta *Fokus Grup Diskusi* (FGD) dengan kelompok remaja bermasalah di wilayah kerja puskesmas yang terpilih.

Populasi dalam penelitian ini adalah remaja bermasalah kesehatan reproduksi usia 15-24 tahun di wilayah kerja puskesmas PKPR di kota Jakarta Pusat. Puskesmas PKPR, yaitu Puskesmas Kecamatan Gambir, Senen, Cempaka Putih dan Tanah Abang terpilih ditentukan secara purposif yaitu yang sudah melaksanakan program PKPR secara maksimal menurut penilaian dari Dinas Kesehatan Kota. Untuk sampel adalah remaja bermasalah kesehatan reproduksi laki-laki dan perempuan, kelompok umur 15-24 tahun, baik dari kelompok formal maupun informal. Pengumpulan data dilakukan pada tahun 2011.

Penentuan remaja bermasalah yang akan disertakan dalam FGD dan wawancara mendalam adalah secara purposif yaitu remaja bermasalah yang bersedia diwawancarai dan diambil dari sekolah dan komunitas (baik dari Karang Taruna maupun binaan dari PKPR), yang berada di wilayah kerja puskesmas terpilih. Kelompok remaja tersebut kemudian dibagi sesuai dengan jenis kelamin yaitu kelompok laki-laki dan perempuan. Analisa data dilakukan dengan melakukan analisis konten atau isi dari hasil wawancara yang dilakukan. Untuk memenuhi etik penelitian maka setiap informan diberikan lembar persetujuan untuk ikut dalam penelitian yang sebelumnya

didahului dengan naskah penjelasan tentang penelitian, partisipasi dan kerahasiaan.

HASIL

Hasil penelitian untuk kota Jakarta didapatkan pada 4 dari 8 Puskesmas PKPR yang ada di Jakarta Pusat. Keempat puskesmas itu adalah Puskesmas Kecamatan Gambir, Senen, Cempaka Putih dan Tanah Abang. Pada Tabel 1 memperlihatkan bahwa keempat puskesmas semua mempunyai sistem informasi dengan bekerjasama dengan Dinas Pendidikan dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) sedangkan kerjasama dengan BKKBN pada Puskesmas Gambir dan Senen, hanya PKM Senen yang mempunyai kerjasama dengan universitas. Puskesmas Gambir dan Senen selain memiliki Program PKPR, juga diikuti dengan

pemeriksaan Penyakit Menular Seksual (PMS) sedangkan Puskesmas Cempaka Putih dan Tanah Abang juga dengan program Promosi Kesehatan.

Dari empat puskesmas tersebut, puskesmas Gambir dan Cempaka Putih dengan kegiatan PKPR lengkap yaitu penyuluhan, konseling, PKHS, pelatihan konselor sebaya, periksa kesehatan, pemeriksaan penunjang, pelayanan rujukan, dan adanya acara dialog atau diskusi dengan remaja. Waktu pelayanan PKPR di Puskesmas Gambir juga disesuaikan dengan keinginan remaja yaitu setiap hari, sedangkan tiga puskesmas lainnya sesuai waktu kegiatan puskesmas, tetapi dibagi dalam hari kegiatan. Puskesmas Tanah Abang mempunyai kegiatan PKPR dalam dan luar gedung, sedangkan tiga puskesmas lainnya masih terbatas pada kegiatan di dalam gedung.

Tabel 1. Kajian Kemitraan Puskesmas PKPR Berdasar Info Pelaksana Program di Puskesmas Jakarta Pusat, 2011

| Topik | PKM Gambir | PKM C.Putih | PKM T Abang | PKM Senen |
|---------------------------------------|---|--|---|---|
| Kemitraan | BKKBN, Dindiknas, LSM | Dindiknas, LSM | Dindiknas, LSM | BKKBN, Dindiknas, LSM, universitas |
| Kegiatan PKPR yang sudah dilaksanakan | Penyuluhan, konseling, PKHS, pelatihan, pendidik sebaya, pelatihan konselor sebaya, Periksa kesehatan, penunjang, pelayanan rujukan, dialog | Penyuluhan, konseling, PKHS, pelatihan pendidik sebaya, pelatihan konselor sebaya, Periksa kesehatan, penunjang, pelayanan rujukan, dialog | Penyuluhan, konseling, PKHS, Periksa kesehatan, penunjang | Penyuluhan, konseling, PKHS, pelatihan pendidik sebaya, Periksa kesehatan, penunjang, pelayanan rujukan |
| Waktu & tempat | | | | |
| Kesesuaian waktu layanan | sesuai keinginan remaja | sesuai jadwal Puskesmas | Sesuai jadwal Puskesmas | sesuai jadwal Puskesmas |
| Waktu layanan | tiap hari | 2 x per minggu | tiap hari | 1x per minggu |
| Tempat layanan | dalam gedung | dalam & luar gedung | dalam gedung | dalam gedung |

Pada Tabel 2 di bawah ini dapat dilihat kelengkapan sarana dan prasarana puskesmas yang menyediakan pelayanan PKPR. Pada Puskesmas Gambir dan

Cempaka Putih mempunyai ruangan khusus PKPR untuk melakukan konsultasi dan keempat puskesmas mempunyai ruang periksa fisik, yang tertutup dan terpisah.

Tabel 2. Kajian Sarana dan Prasarana Puskesmas PKPR Berdasarkan Info Pelaksana Program, Puskesmas Kota Jakarta Pusat, 2011

| Sarana dan prasarana | PKM Gambir | PKM C.Putih | PKM Tn Abang | PKM Senen |
|------------------------|---|---|---|------------------------------------|
| ruang konseling khusus | ada, tertutup, tidak terpisah | ada, tertutup, dan terpisah | tidak ada, bersama BP tertutup | tidak ada, tertutup, dan terpisah |
| ruang periksa fisik | ada ruang periksa fisik, tertutup, tidak terpisah | ada ruang periksa fisik, tertutup, terpisah | ada ruang periksa fisik, tertutup, tidak terpisah | ada ruang periksa fisik, tertutup, |
| materi penyuluhan | Ada | Ada | Ada | Ada |

Pada Tabel 3, dapat dilihat bahwa Puskesmas Gambir mempunyai petugas khusus PKPR dan mempunyai petugas tetap dalam melaksanakan program PKPR. Sedangkan Puskesmas Senen mempunyai jumlah tenaga kesehatan PKPR terbanyak, juga tenaga yang terlatih terbanyak, sedangkan puskesmas Tanah Abang hanya mempunyai satu tenaga terlatih PKPR. SDM PKPR belum merata pada semua puskesmas PKPR, baik dalam jumlah maupun tenaga yang terlatih.

Puskesmas Gambir dan Cempaka Putih melakukan pembinaan dalam dan luar wilayah binaan puskesmas. Sedangkan puskesmas Tanah Abang dan Senen dengan kegiatan yang masih terbatas di dalam gedung, belum ada kegiatan konseling di luar gedung. Selain program PKPR juga ada program lainnya. Kecuali puskesmas Cempaka Putih hanya dengan program PKPR. Di setiap puskesmas juga tersedia materi penyuluhan yang mendukung kegiatan PKPR yang diperoleh dari Dinas Kesehatan.

Tabel 3. Kajian Puskesmas PKPR Berdasar Info Pelaksana Program Puskesmas Di Kota Jakarta Pusat, 2011

| SDM | PKM Gambir | PKM C.Putih | PKM TAbang | PKM Senen |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|
| Petugas PKPR khusus | Ada | tidak | tidak | tidak |
| Tenaga tetap PKPR | Ada | ada | ada | ada |
| Jumlah nakes PKPR | 2 | 4 | 1 | 7 |
| Jumlah nakes terlatih PKPR | 2 | 4 | 2 | 6 |
| Jenis tenaga | dokter 1 org, perawat 2, kesmas 1 org | dokter 2 org, perawat 2 org | perawat 2 org | dokter 2, bidan 1, perawat 1, gizi 1, promkes 1 org ya |
| SDM PKPR memadai | Cukup | Ada | Tidak, karena hanya 1 yg dilatih | |

Lanjut Tabel 3. Kajian Puskesmas PKPR

| SDM | PKM Gambir | PKM C.Putih | PKM TABang | PKM Senen |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Memberi konseling dalam gedung | dokter, dokter gigi, bidan, perawat, kesehatan masyarakat, konselor, kons sebaya | dokter, perawat | dokter, perawat, petugas gizi | dokter, bidan, perawat, gizi, promkes |
| Memberi konseling luar gedung | dokter, bidan, prwt, kesmas, konselor, konselor sebaya | dokter, konselor sebaya | tidak ada | tidak ada |
| Jangkauan pelayanan PKPR | wilayah dan luar wilayah kerja PKPR | dalam dan luar wilayah kerja Puskesmas | wilayah kerja Puskesmas | wilayah kerja Puskesmas |
| Program lain selain PKPR | konsultasi Narkoba, Periksa IMS | Tidak ada | VCT, konseling Narkoba, Periksa IMS | Narkoba, Kesehatan reproduksi |

Pelatihan tenaga kesehatan pelaksana PKPR pada umumnya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota. Pada tahun 2009 saat didirikannya PKPR, ada pelatihan serempak pada 8 puskesmas PKPR dan sejak itu belum ada pelatihan lagi. Kadang-kadang ada kerjasama dengan LSM seperti *Global Fund*, Yayasan Cinta Anak Bangsa (Y CAB) untuk melakukan pelatihan yang bersifat sporadis.

Puskesmas Tanah Abang dan Senen belum mempunyai konselor remaja. Materi

kompetensi untuk konselor remaja baru diterima di Cempak Putih oleh konselor Y CAB. Materi pelatihan konselor sebaya yang diberikan meliputi bahaya merokok, narkoba, AIDS, PMS, KB, organ reprod. Oleh dokter PKM setempat. Fasilitator PKPR puskesmas Gambir yang berasal dari masyarakat adalah ketua RW dan kader kesehatan. Lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Kajian Pelatihan SDM Puskesmas PKPR Berdasar Info Pelaksana Program Puskesmas Kota Jakarta Pusat, 2011

| SDM | PKM Gambir | PKM Cempaka Putih | PKM Tanah Abang | PKM Senen |
|--------------------------|---|---|---|--|
| Nakes mendapat pelatihan | Informasi dan edukasi Dinkes Pelayanan. klinis medis: GF kemkes; konsel: GF, PKHS: Dinkes, pelatihan. konselor dan pendidik sebaya: Y CAB | Informasi dan edukasi Dinkes 2009 konsel, PKHS: Kemkes Pelatihan pendidik dan konseling sebaya: Kemkes/ LSM | In Informasi dan edukasi Dinkes 2009 Pelayanan klinis medis: GF kemkes. Konsel, PKHS: Promkes | Informasi dan edukasi Dinkes Pelayanan klinis medis: dinkes konseling: dinkes, PKHS: Dinkes, pelatihan. konselor dan pendidik sebaya: dinkes |

Lanjutan Tabel 4. Kajian Pelatihan SDM Puskesmas PKPR....

| SDM | PKM Gambir | PKM Cempaka Putih | PKM Tanah Abang | PKM Senen |
|--|----------------------------|---|-----------------|-----------|
| PKM punya konselor sebaya | Ada | ada | Tidak ada | Tidak ada |
| Konselor sebaya mendapat pelatihan Materi kompetensi | Tidak ada sejak tahun 2007 | ada | Tidak ada | Tidak ada |
| Jenis latihan | | Ambil keputusan, pemecahan masalah, berpikir kreatif, kritis, komunikasi efektif, hubungan interpersonal, kesadaran diri, empati, pengendalian emosi, atasi stres | Tidak ada | Tidak ada |

Pada Tabel 5 dapat dilihat bahwa sumber biaya untuk pelaksanaan PKPR berasal dari APBD. Namun pada Puskesmas Gambir memiliki kebijakan untuk menarik

biaya konsultasi pada remaja, untuk dibayarkan pada konselor remaja dan konselor sebaya.

Tabel 5. Kajian Pembiayaan Puskesmas PKPR Berdasar Info Pengelola Program Puskesmas Kota Jakarta Pusat, 2011

| Pembiayaan | PKM Gambir | PKM Cemp.Putih | PKM Tabang | PKM Senen |
|--------------------------|------------------------|----------------|--------------------------|-----------|
| sumber dana PKPR | APBD | APBD | APBD, Badan Layanan unit | APBD |
| Insentif konselor remaja | ya, Rp 50.000,- (APBD) | tidak | tidak | tidak |
| biaya konsultasi remaja | ya, Rp 5000,- | tidak | tidak | tidak |
| insentif konselor sebaya | Ya, Rp 30 .000,- | tidak | tidak | tidak |

Dari hasil wawancara dengan petugas pelaksana PKPR, dapat diketahui pengalaman baik positif maupun negatif selama menjalani tugas. Pengalaman positif yang didapatkan antara lain adalah : pengarahan positif siap diterima oleh remaja

bermasalah, mempunyai lebih banyak pengalaman dalam menghadapi masalah sesuai dengan norma kehidupan di masyarakat, dan dapat menggali permasalahan remaja yang dihadapi.

Pengalaman negatif pada petugas pada saat pelaksanaan PKPR juga beragam, antara lain adalah : Jumlah dan jenis SDM sangat berkurang karena mutasi, berhadapan dengan orangtua dengan emosi tinggi pada masalah remaja, belum semua sekolah mau bekerjasama dalam melaksanakan PKPR, tidak ada ruangan tersendiri sehingga sulit melakukan pelayanan terutama dalam pelaksanaan konseling (tidak konsentrasi), banyaknya pekerjaan sehingga kurang dapat fokus pada PKPR

Berangkat dari pengalaman-pengalaman tersebut di atas maka harapan pelaksana PKPR adalah perlu adanya dukungan lintas sektor yang sangat berperan dalam keberhasilan pelaksanaan program PKPR, ingin mempunyai dokter khusus untuk masalah kejiwaan atau psikolog sebagai bagian dari tim PKPR, adanya ruangan konsultasi tersendiri untuk remaja dengan gaya remaja, tersedia buku-buku kespro yang bermanfaat untuk remaja, ada pelatihan dan penyegaran bagi petugas PKPR, pembinaan sekolah secara berkala dan berkesinambungan, SDM pelaksana PKPR tidak cepat dimutasi, tersedia anggaran untuk kegiatan PKPR secara rutin dan berkesinambungan, remaja lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan peduli remaja, dan yang tidak kalah penting adalah sekolah lebih peduli dengan program PKPR

Tenaga pelaksana PKPR ini juga memiliki perencanaan untuk meningkatkan jenis pelayanan, yaitu : Penyuluhan, pelatihan dan pemeriksaan berkala (TB, BB, LILA), membentuk konselor sebaya, tersedianya laptop, CD, LCD, buku pedoman untuk konselor dan leaflet untuk pelatihan/ penyuluhan/ konseling di Karang Taruna dan sekolah

Dari hasil wawancara mendalam dan FGD kepada remaja, diketahui bahwa kebanyakan remaja tidak mengetahui tentang PKPR. Seperti yang disampaikan remaja perempuan bermasalah di Puskesmas Gambir, berikut ini :

“....Sampai sekarang kayaknya gak ada tuh sarana pelayanan remaja khusus remaja. PKPR juga tidak pernah dengar. Kalau perlu sih nggak tahu juga, mungkin aja perlu. Yah biar remaja tuh punya tempat

sendiri yang pas sama yang dibutuhin. Wah nggak tau deh benarnya gimana...”

Begitu juga pernyataan dari informan pada saat FGD pada kelompok remaja perempuan yang juga menyatakan tidak mengetahui tentang PKPR namun menganggap pelayanan kesehatan khusus untuk remaja memang diperlukan karena remaja bisa mendapat masalah yang beragam dan ingin dibantu untuk dapat mengatasi masalah mereka, seperti kutipan berikut :

“Enak juga ya kalau memang ada yang kita ajak bicara kalau ada masalah. Masalah kita kan macam-macam banget. Kalau sama teman kan belum tentu hasilnya, tapi kalau ada orang yang bisa kasih jalan keluar beda ya”

PEMBAHASAN

Salah satu upaya pemerintah dalam menangani permasalahan remaja adalah dengan pembentukan program Pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) yang merupakan program pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk remaja, dimana diharapkan mampu memberikan pelayanan kepada remaja untuk dapat mewujudkan remaja sehat. Dan jumlah puskesmas yang menyelenggarakan PKPR mengalami kenaikan namun implementasi program PKPR belum seperti yang diharapkan. Demikian informasi masalah kesehatan remaja di Kabupaten Kediri terutama HIV/AIDS pada tahun 2008 menunjukkan adanya peningkatan, sedangkan data cakupan pelayanan pada remaja adalah 65 % masih rendah dibandingkan Kabupaten/Kota lain yang mencapai 70 % dengan standar pelayanan minimal 80 %. Hal ini menunjukkan adanya masalah dalam implementasi program PKPR. Keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi (Anonim).

Sejak tahun 2003 Kementerian Kesehatan sudah mencanangkan program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) yang berbasis di Puskesmas dengan prinsip dapat terakses oleh semua golongan remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatan, serta efektif dan efisien

dalam memenuhi kebutuhan. Pada akhir 2008 tercatat 22,3 % Puskesmas diseluruh Indonesia telah melaksanakan PKPR. Jenis kegiatan dalam PKPR adalah pemberian informasi dan edukasi, pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang, konseling, pendidikan keterampilan hidup sehat, pelatihan *Peer Counselor*/Konselor sebaya dan pelayanan rujukan sosial dan medis (Fadhlina,2012). Namun hal itu belum dapat semua terpenuhi pada tempat pelayanan PKPR di Puskesmas pada lokasi penelitian seperti, belum tersedia secara merata ada tempat ruangan khusus konsultasi pelayanan remaja dan staf tenaga khusus PKPR (dokter khusus kejiwaan/psikologi) di puskesmas yang sesuai dengan keinginan remaja.

Peningkatan pengetahuan setelah kegiatan penyuluhan yang merupakan bagian dari PKPR sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo 2007, bahwa pengetahuan seseorang salah satunya dipengaruhi oleh informasi yang tersedia baik dari pendidikan formal maupun non formal (Notoatmodjo, 2007). 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.

Berdasarkan informasi dari hasil penelitian yang dilakukan di DKI Jakarta ini diketahui masih banyak remaja belum mengetahui tentang program pelayanan khususnya para remaja yang ada di Puskesmas. Data dari Riset Kesehatan Dasar (2010) juga menyebutkan bahwa usia 10-14 tahun sebanyak 86,3% merupakan kategori kelompok umur yang paling banyak belum mendapatkan penyuluhan, dan umumnya adalah anak usia sekolah menengah pertama. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2011).

Masalah lainnya yang didapatkan dari hasil penelitian dengan melihat keterbatasan dana untuk penyelenggaraan kegiatan PKPR di beberapa puskesmas yang akhirnya melakukan penarikan biaya untuk konsultasi. Hal ini sesuai dengan penelitian tentang Analisis Stakeholder Remaja Terhadap Implementasi Program Pelayanan

Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang dilakukan di Kota Semarang pada tahun 2012 bahwa, sebagian besar remaja belum mendapatkan informasi pelayanan kesehatan seperti yang dijumpai di pondok pesantren yang pada saat penelitian belum pernah dikunjungi oleh petugas kesehatan untuk memberikan informasi pelayanan kesehatan remaja karena keterbatasan alokasi dana, bahan-bahan penyuluhan masih kurang, belum ada form pelayanan, panduan konseling dan pedoman pelaksanaan, alat bantu pembelajaran edukatif dan transportasi serta ruangan pelayanan yang belum tersedia cukup untuk kegiatan PKPR (Muthmainnah, 2013).

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. Adapun kendala yang ditemui adalah kondisi tenaga pelaksana, yang hingga saat penelitian masih diemban oleh 1 orang petugas sehingga waktu dan biaya tidak sesuai dengan cakupan wilayah kerja Puskesmas, sehingga masih ada daerah yang belum mendapatkan pelayanan seperti yang dijumpai pada lokasi penelitian. Selain itu kenyataan bahwa penyampaian informasi mengenai keberadaan dan pelayanan PKPR belum mencakup seluruh remaja. Hal ini diketahui dari pernyataan dari petugas puskesmas bahwa belum semua sekolah di wilayah kerja puskesmas bekerjasama dalam pemanfaatan PKPR. Kurangnya pengetahuan remaja mengenai keberadaan PKPR ini berdampak pada tidak maksimalnya pelayanan, konseling dan penyuluhan mengenai kesehatan remaja (Ni Luh Kadek Alit Arsan, Ni Nyoman Mestri Agustini, 2013). Yang berbahaya sebetulnya juga kurangnya pengetahuan remaja dan informasi yang tepat tentang kesehatan organ reproduksi, dapat menimbulkan kurangnya tanggung jawab terhadap kesehatan organ reproduksinya (Sari, Utami, 2015.).

Masuknya program PKPR dalam program puskesmas merupakan awal dari

peranan puskesmas dalam mewujudkan remaja sehat. Penunjukan staf sebagai pemegang program PKPR sebagai langkah selanjutnya. Dengan demikian terdapat staf puskesmas yang memang khusus mendalami dan menangani kegiatan-kegiatan yang terkait dengan remaja. Mengingat kegiatan program PKPR ini sangat luas, maka tentunya tidak dapat diselesaikan hanya oleh pemegang program saja. Oleh sebab itu, penunjukan staf tersebut juga seharusnya diikuti dengan penunjukan bagian lain di Puskesmas untuk senantiasa bekerja sama dengan program ini dalam menyelesaikan tugasnya. Hal ini tentu membutuhkan regulasi yang kuat dari pemerintah daerah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelaksanaan atau implementasi PKPR di Jakarta belum memenuhi kriteria pelayanan remaja seperti yang ditetapkan karena belum cukupnya dukungan dana, sarana prasarana, tenaga. Hasil penelitian juga mendapatkan kenyataan bahwa belum maksimalnya sosialisasi PKPR kepada remaja.

Saran

Saran yang dapat disampaikan adalah perlu perluasan sosialisasi PKPR kepada remaja terutama pada sekolah-sekolah yang belum ada kerjasama, karang taruna atau organisasi remaja lainnya mengenai PKPR yang memberi pelayanan khusus untuk remaja. Diharapkan ada dukungan penuh pemerintahan daerah dalam program PKPR di masing-masing wilayah kerja puskesmas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami menyampaikan terima kasih kepada Pimpinan yang telah memberikan kepercayaan pada pelaksanaan kegiatan penelitian ini. Juga terima kasih untuk Ketua tim penelitian yang memberikan izin penulisan hasil penelitian, dan juga teman-teman peneliti yang sudah membantu dalam kegiatan penelitian dilapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anita, M., 2014. *J. Kesehat. Ilm. Nasuwakes* 7, 175–182.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2011. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010*. Jakarta.
- BKKBN, 2011, *Kajian Profil Penduduk Remaja (10 - 24 tahun), Seri I No.6/Pusdu-BKKBN/Desember 2011*. Jakarta
- Kristanti, 2011. *Pentingnya PKPR Untuk Mengakomodasi Kebutuhan Remaja, Lokakarya Pengembangan Model Intervensi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Surabaya [WWW Document]*. URL dinkes.Surabaya.go.id (accessed 2.13.15).
- Kesehatan, Pusat Penelitian Ekologi, 2012. *Laporan Hasil penelitian Pengembangan Model Intervensi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di 4 Kota di Indonesia tahun 2011*. Jakarta.
- Muthmainnah, 2013. *J. Promkes* 1, 170–183.
- Ni Luh Kadek Alit Arsan, Ni Nyoman Mestri Agustini, I.K.I.P., 2013. *J. Ilmu Sos. dan Hum.* 2.
- Ni Nyoman Kristina, SKM, M., 2011. *Modul pelatihan pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR), bagi konselor, Kemenkes RI, tahun 2011 [WWW Document]*. UPT BPKKTK Dinkes Provinsi Bali. URL <http://www.diskes.baliprov.go.id/id/PELAYANAN-KESEHATAN-PEDULI-REMAJA--PKPR-2> (accessed 4.22.15).
- Notoatmodjo, S., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Risianti, A., 2008. *J. Appl. Psychol.*
- Sari, Utami, S., 2015. *Pengaruh Peer Education Terhadap Perilaku Personal Hygiene Genitalia Dalam Pencegahan Kanker Serviks Pada Remaja Putri Di SMP Negeri 10 Denpasar [WWW Document]*. URL ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/download/10811/12681 (accessed 4.30.15).