

Analisis Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Implementation Analysis of Adolescent Health Care Service Program at Public Health Centres

Novi Afrianti¹, Mudatsir², Teuku Tahlil¹

¹Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, 23111

²Bagian Mikrobiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, 23111

Abstrak

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu program pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk remaja di puskesmas, untuk mewujudkan "remaja sehat". Tujuan Penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas. Jenis penelitian *mixed Method* (kuantitatif dan kualitatif) dengan subjek penelitian petugas PKPR di Puskesmas Kota Banda Aceh. Data dikumpulkan dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Pengolahan dan analisis data menggunakan matriks rekapitulasi dan analisis isi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan Puskesmas dalam pelaksanaan PKPR di Puskesmas kota Banda Aceh berada pada kategori minimal, dari lima standar nasional PKPR, standar jejaring dan manajemen kesehatan merupakan standar yang memiliki pencapaian terendah (minimal). Keberhasilan implementasi PKPR pada Puskesmas dengan kategori Paripurna dilatar belakangi oleh adanya kemauan dan kemampuan petugas PKPR dalam menjalankan program dengan niat membantu mengatasi permasalahan pada remaja. Diharapkan kepada pihak terkait agar lebih serius dan aktif dalam melaksanakan program PKPR dengan melakukan supervisi serta monitoring dan evaluasi terhadap program PKPR secara rutin dan berkesinambungan serta dapat mengalokasikan dana khusus untuk mendukung segala kegiatan yang ada dalam program PKPR.

Kata kunci: Analisis Implementasi Program, Pelayanan Kesehatan, Peduli, Remaja

Abstract

Adolescent health care service is intended to teenagers in public health center. It is expected to provide plenary services to teenagers to create "healthy adolescents". The objective of the study is to analyze the Implementation of Adolescent Health Care Service Program at Public Health Centre in Banda Aceh. The study used mixed method desain (Quantitative and Qualitative) with the subject of research comprised officers of PKPR at Health Center in Banda Aceh. Data were collected by using questionnaires and indepth interviews technique. Processing and data analysis used recapitulation matrix and content analysis technique. The results show that the ability of public health center in the implementation of adolescent health care service program still in the category of minimal or only 1 of 11 public health center reaching the plenary category. From five national of standards, networking standard and health management standard has the lowest achievement (minimum). The successful implementation of adolescent health care service program with the Plenary category is motivated by the willingness and ability of officers in running the program with the intention to help overcome the problems in adolescents. It is expected that the City Health Office of Banda Aceh can be more serious and active in the implementation regularly and continuously supervise, monitor the evaluation of program, and can allocate special fund to support all activities in adolescent health care service program.

Key Words: Program Implementation Analysis, Health Service, Care, Adolescent

Korespondensi:

* Novi Afrianti, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Darussalam, Banda Aceh, 23111. Email: novi.afrianti140489@gmail.com

Latar Belakang

Remaja merupakan salah satu aset bangsa yang terus mengalami peningkatan. Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010 jumlah penduduk Indonesia sebesar 237,6 juta jiwa dengan 63,4 juta diantaranya adalah remaja (BKKBN, 2011). Remaja merupakan usia peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa yang memiliki rasa keingintahuan yang besar, menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani mengambil risiko tanpa pertimbangan yang matang terhadap segala tindakan yang dilakukan (Soetjningsih, 2004). Kondisi demikian seringkali menyebabkan remaja mengalami berbagai masalah dalam kehidupannya. Masalah yang sering dikeluhkan remaja yaitu masalah kesehatan reproduksi berupa perilaku seksual pranikah atau kehamilan tidak diinginkan, aborsi, NAPZA dan HIV/AIDS (BKKBN, 2011).

Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKKRI, 2007) menunjukkan adanya remaja yang 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%). Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) tahun 2012 (Kementerian Kesehatan RI, 2014) menunjukkan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi belum memadai, dimana hanya 35,3% remaja perempuan dan 31,2% remaja laki-laki

berusia 15 tahun mengetahui bahwa perempuan dapat hamil dengan satu kali berhubungan seksual, serta hanya 9,9% remaja perempuan dan 10,6% remaja laki-laki memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV/AIDS.

Elia (2014) dalam penelitian di Aceh Barat menyimpulkan bahwa masalah kesehatan remaja masih tinggi sehingga memerlukan perhatian khusus dari berbagai pihak dan salah satunya dengan pembentukan Program Kesehatan Berbasis Sekolah. Elia (2014) juga menyebutkan 74,9% remaja tidak tahu cara menghindari penularan HIV/AIDS, 71,6% remaja mengetahui informasi kesehatan melalui media, dan hanya 22,8% remaja yang mendapat informasi kesehatan dari narasumber.

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu jenis Program kesehatan berbasis sekolah yang sedang diterapkan di Indonesia. PKPR dapat terlaksana dengan optimal apabila membentuk jejaring dan terintegrasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi swasta, dan LSM terkait kesehatan remaja (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Hasil evaluasi Kementerian Kesehatan hingga akhir 2014 terdapat 81,69% kabupaten/kota memiliki 4 Puskesmas PKPR dan 31% diantaranya dianggap mampu melaksanakan PKPR.

Dalam menilai pencapaian target tahun 2019,

Kementerian Kesehatan RI merancang pedoman Standar Nasional PKPR (SN PKPR) pada tahun 2009 lalu disosialisasikan pada tahun 2010 dan dilakukan uji coba kelayakan pada tahun 2012. Kementerian Kesehatan RI menetapkan 5 standar dalam SN PKPR yaitu Sumber Daya Manusia (SDM), fasilitas kesehatan, remaja, jejaring, dan manajemen kesehatan. Kemenkes RI (2014) juga menyatakan SN PKPR dapat digunakan sebagai panduan dalam menentukan kategori kemampuan Puskesmas dalam melaksanakan PKPR (paripurna, optimal, atau minimal), serta menjadi alat evaluasi diri guna mengetahui kelemahan serta pendukung pelaksanaan PKPR.

Pencapaian target pelaksanaan PKPR akan tercapai apabila semua pihak dapat bekerja sama dengan baik. Hasil pengambilan data awal yang dilakukan penulis pada tahun 2016 menunjukkan bahwa pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kota Banda Aceh masih kurang optimal. Penanggung jawab program PKPR Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh menyebutkan hanya 1 dari 11 Puskesmas yang dianggap sudah aktif melaksanakan kegiatan-kegiatan PKPR dengan sistem pelayanan luar gedung dimana petugas Puskesmas lebih aktif memberi pelayanan ke sekolah.

Penanggung jawab program PKPR Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh juga menyebutkan bahwa terdapat kendala dalam pelaksanaan PKPR berupa kurangnya SDM

yang benar-benar berkomitmen dalam menjalankan program PKPR, kurangnya alokasi dana, minimnya sarana prasarana yang dapat mendukung pelaksanaan PKPR sesuai standar Nasional, serta belum dilakukan pencatatan dan evaluasi sesuai standar sehingga tidak bisa ditemukan masalah-masalah yang paling menonjol guna dilakukan rencana tindak lanjut pada pelaksanaan kedepannya.

Hasil wawancara penulis dengan lima orang remaja Sekolah Menengah Atas di wilayah Kota Banda Aceh mengatakan bahwa petugas kesehatan pernah berkunjung ke sekolah untuk memberikan penyuluhan namun tidak sering dan remaja tersebut tidak mengetahui tentang program PKPR yang ada. Penulis juga menemukan bahwa remaja yang mengalami masalah dengan kesehatan pada saat berada disekolah biasanya lebih sering meminta izin pulang guna mencari pengobatan secara mandiri dengan keluarga.

PKPR yang sudah diberlakukan oleh Kementrian Kesehatan selama 13 tahun ini belum maksimal sehingga penulis tertarik untuk untuk menganalisa implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kota Banda Aceh.

Metode

Rancangan penelitian *Mixed Method* dengan desain *Sequential explanatory Design*. Populasi penelitian ini adalah petugas PKPR di Puskesmas yang berjumlah 11 orang.

Informan penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu (1) informan penelitian kualitatif berjumlah 11 orang (1 orang dari setiap puskesmas) yang dipilih menggunakan metode *purposive sampling*, (2) informan penelitian kualitatif berjumlah 1 orang yang dipilih berdasarkan skor tertinggi dari penelitian kuantitatif. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2017 di puskesmas kota Banda Aceh setelah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Prinsip etik sukarela, anonimitas, kerahasiaan, dan penghargaan diterapkan dalam penelitian ini.

Pengumpulan data pada responden dilakukan dalam 2 tahap yaitu (1) penelitian kuantitatif dilakukan dengan wawancara terbimbing dan observasi dengan instrumen penelitian berupa kuesioner baku dari Kementerian Kesehatan tahun 2014 terhadap 5 standar nasional PKPR yaitu Standar SDM, fasilitas kesehatan, remaja, jejaring, dan manajemen kesehatan, (2) penelitian kualitatif dilakukan secara wawancara mendalam untuk mengetahui penerapan PKPR di puskesmas. Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini diawali dengan melengkapi syarat administrasi kemudian melakukan pengumpulan data.

Hasil Penelitian

Karakteristik responden

Karakteristik Petugas PKPR di Puskesmas Kota Banda Aceh dapat dilihat pada Tabel 1 berikut.

Tabel 1 Karakteristik Informan Petugas PKPR di Puskesmas Kota Banda Aceh (n=11)

No	Puskesmas	JK	Variabel		
			Usia (Tahun)	Pendidikan	Jabatan
1.	Lampulo	P	36	D3 Bidan	UKS, CMHN, PKPR
2.	Kuta Alam	P	40	Ners	CMHN dan PKPR
3.	Ulee Kareng	P	50	D3 Perawat gigi	Perawat gigi dan PKPR
4.	Batoh	P	42	S1 Kesmas	P3 dan PKPR
5.	Banda Raya	P	41	S1 Kesmas	Penyuluh Kemas dan PKPR
6.	Jeulingke	P	48	S1 Kesmas	Perawat gigi dan PKPR
7.	Kopelma Darussalam	P	42	S1 Kesmas	Perawat gigi dan PKPR
8.	Meuraxa	P	37	S1 Kesmas	CMHN dan PKPR
9.	Lampaseh Kota	P	38	S1 Kesmas	UKS, PKPR
10.	Baiturrahman	P	35	S1 Kesmas	Penyuluh Kemas dan PKPR
11.	Jaya Baru	P	42	D3 Bidan	UKS, PKPR

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa petugas PKPR di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh semuanya perempuan, mayoritas berusia 40 tahun keatas, memiliki latar belakang pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dan memiliki jabatan lebih dari satu.

Capaian pelaksanaan program PKPR

Capaian pelaksanaan program PKPR di Puskesmas di Wilayah Kota Banda Aceh dapat dilihat pada Tabel 2 berikut ini.

Tabel 2 Kajian Kemampuan Puskesmas melaksanakan program PKPR (n=11)

No	Standar	Kategori	Proporsi	
			F	%
1.	SDM	Paripurna	1	9,1
		Optimal	5	45,45
		Minimal	5	45,45
2	Fasilitas Kesehatan	Paripurna	1	9,1
		Optimal	5	45,45
		Minimal	5	45,45
3	Remaja	Paripurna	1	9,1
		Optimal	2	18,2
		Minimal	8	72,7
4	Jejaring	Paripurna	0	0
		Optimal	0	0
		Minimal	11	100
5	Manajemen Kesehatan	Paripurna	0	0
		Optimal	1	9,1
		Minimal	10	90,9
6	PKPR	Paripurna	1	9,1
		Optimal	0	0
		Minimal	10	90,9

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa pencapaian PKPR untuk standar SDM sangat sedikit berada pada kategori paripurna, standar fasilitas minimal pada kategori paripurna, standar remaja dominan kategori minimal, standar jejaring dalam program PKPR dominan pada kategori minimal, dan standar manajemen kesehatan dalam program PKPR berada pada kategori paripurna (100%).

Persiapan awal yang dilakukan Puskesmas dalam menerapkan kegiatan PKPR adalah mengkaji situasi remaja dan mengikuti, pelatihan PKPR bagi petugas Puskesmas. Seperti disampaikan oleh informan N sebagai berikut:

“Saya merasa prihatin dengan keadaan remaja sekarang ini, dimana hampir setiap hari kita lihat berita tentang kenakalan remaja dan semua permasalahannya sehingga saya tergerak dan kepingin untuk membantu remaja

semampu dan sebisa saya. Saya mengikuti pelatihan di tahun 2006 yang diadakan oleh NGO di Hotel OASIS dan pelatihnya dari Amerika. Tahun 2007 saya baru mulai buka pelayanan PKPR di Puskesmas dan pada saat itu saya hanya melakukan sosialisasi ke sekolah dan ke desa dalam bentuk penyuluhan untuk memperkenalkan PKPR”.

Petugas PKPR yang ada di Puskesmas berjumlah 2 orang, dengan latar Belakang pendidikan Ners dan D3 Kebidanan. seperti yang disampaikan informan sebagai berikut:

“Kita disini bekerja berdua dengan kawan, satu lagi dari bidan dan masih d3 tapi belum pernah mendapat pelatihan”.

Pelayanan Program PKPR ditujukan untuk semua remaja usia 10-19 tahun baik di sekolah maupun di komunitas. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

“Sasaran PKPR adalah remaja usia 10-19 tahun, siapa saja yang berusia 10-19 tahun, tidak peduli dia anak sekolah, anak jalanan, pekerja seksual atau siapapun”.

Kegiatan yang dilakukan dalam program PKPR sangat banyak seperti penyuluhan, konseling, penjaringan remaja, pembinaan sekolah dan konselor sebaya, dan lainnya. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

“Kegiatan PKPR kita banyak, ada penyuluhan, konseling, pelayanan klinis, rujukan, penjaringan remaja di sekolah saat tahun ajaran baru, trus saya juga melakukan penjaringan di anak jalanan, kemudian saya juga sudah membina konselor sebaya, dan membina sekolah, sekolah yang saya bina bahkan saya

ikutkan ke perlombaan tingkat Provinsi untuk kegiatan PIK-R”

Metode pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kuta Alam sudah dilaksanakan sesuai dengan panduan yang ada di buku PKPR yaitu di dalam gedung dan luar gedung. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

di Puskesmas sudah jalan kedua metode yaitu dalam gedung dan luar gedung. Untuk dalam gedung: kegiatan yang sudah jalan konseling remaja, kalau remaja yang perlu pelayanan kita konseling, kalau yang tidak perlu pelayanan kita rujuk ke dokter. Kalau Untuk luar gedung: saya turun ke lapangan yaitu ke anak jalanan, penyuluhan ke sekolah-sekolah, konseling ke sekolah, habis itu saya pembinaan (konselor sebaya) ke sekolah.

Puskesmas dengan kategori paripurna ini juga sudah memiliki sarana prasana pendukung dalam melaksanakan kegiatan PKPR berupa ruang khusus PKPR yang dapat menjamin privasi remaja, alur pelaksanaan, dan juga pamflet yang menyatakan adanya poli PKPR di Puskesmas. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

ini ruangan khusus kita untuk pelayanan PKPR, kalau ada remaja yang perlu pelayanan biasanya kita lakukan di ruangan ini dan kalau lagi ada konseling remaja tidak boleh ada orang lain selain saya, jadi remajanya bisa terbuka.

Alur pelayanan PKPR di dalam gedung dilakukan seperti pelayanan Puskesmas pada umumnya dimulai dari pengambilan kartu sampai pengambilan obat. Puskesmas juga memberlakukan pelayanan khusus bagi remaja dengan memperbolehkan remaja

langsung menemui petugas PKPR. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

Alur pelayanan di mulai seperti biasanya yaitu dari kartu, tapi kalau remajanya sudah kenal, biasanya di kartu langsung bilang “ buk... kami mau ketemu dengan bu Nur...” lalu orang kartu menjawab “ Iya langsung aja”. Di ruang PKPR saya lakukan skrinning dulu, kalau memang sakit fisik saya yang kasi tau harus ke dokter (rujuk). Terkadang saya tanya ada apa dek? Mereka menjawab saya sakit kepala buk.. dan saya menanyakan apakah mau konseling dengan ibu atau mau ke poli umum? Kadang mereka menjawab “gak apa-apa,, saya ke dokter dulu, abis itu baru ketemu ibu lagi”. Ada juga remaja yang sudah di poli umum dan diperiksa ternyata perlu konseling jadi akan di rujuk kemari”

Dalam alur pelayanan PKPR, terkadang diperlukan modifikasi sesuai dengan kemudahan dan keefektifan. Tidak selalu alur pelaksanaan harus dilakukan sama persis seperti yang ada di panduan yaitu melakukan skrinning kebutuhan remaja di poli PKPR. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

Kami pengobatannya dulu sesuai alur yaitu remaja datang ke bagian kartu lalu mereka di arahkan ke ruang PKPR ataupun tidak usah ke kartu tapi langsung ke PKPR, nanti orang petugasnya yang dia perlukan baru datang kemari untuk melakukan pelayanan ke dia. Rupaya ternyata gak usah kita inikan kali (paksakan sesuai alur) karena remaja sudah biasa, jadi seperti pelayanan biasa aja, tergantung dia maunya seperti apa (dia mau ke poli dulu atau ke PKPR dulu, silahkan)

Pelaksanaan PKPR di luar gedung tidak memiliki jadwal tetap, namun petugas di nilai sudah cukup aktif melaksanakan kegiatan PKPR di luar gedung dengan memilih metode sesuai keperluan dan jadwal yang tersedia di sekolah. Bentuk kegiatan meliputi penyuluhan, konseling, dan pembinaan sekolah, konselor sebaya, dan penjangkaran anak jalanan. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

oh Kita gak ada jadwal. Kami di sekolah itu tidak menjadwalkan, tidak ada jadwal tetap, Saya turun ke lapangan, ke sekolah setiap minggu kadang dua kali dan kadang tiga kali untuk penyuluhan, konseling dan lainnya. Saya kelapangan bukan hanya ke sekolah tapi juga ke anak jalanan. Anak jalanan sudah kenal dengan saya dan sering di panggil "teman kak N".

Ketersediaan SDM PKPR dan sarana prasarana PKPR tidak didukung dengan adanya dana khusus untuk pelaksanaan berbagai kegiatan yang ada di dalam program PKPR, Puskesmas hanya mendapat dukungan dana dari Kepala Puskesmas yang di ambil dan di sisihkan dari program lain. Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

Tidak ada dana khusus untuk program PKPR, kita berjalan sebagaimana program umumnya. Ini saya turun ke lapangan, ke sekolah untuk penyuluhan, konseling dan lainnya setiap minggu kadang 2x – 3x. dan sangat susah untuk mendapat dana untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang ada di program ini sehingga saya kualahan mencari cara bagaimana melakukan penyuluhan supaya anak-anak tidak bosan.

Dalam berbagai keterbatasan, petugas PKPR di nilai cukup inisiatif dalam melaksanakan berbagai kegiatan yang ada di PKPR yaitu dengan cara ikut serta dalam kegiatan program lain yang ada di Puskesmas Seperti yang disampaikan informan N sebagai berikut:

Kadang-kadang ada kawan dari UKS dan GIZI mau kesekolah jadi kami numpang bersama mereka. Dan kalau ada waktu kamu masuk dan ikut penyuluhan seperti kesehatan reproduksi. Jadi kapan saja aada kawan-kawan yang turun kelapangan akan menginformasikan kepada kita. Jadi tidak meski kita sendiri saja yang selalu turun ke lapangan.

Dalam mendukung pelaksanaan PKPR, petugas sudah menjalankan kerjasama dengan bidang terkait yang dapat membantu segala hambatan yang dialami saat menjalannya kegiatan. seperti yang disampaikan oleh informan N sebagai berikut:

Puskesmas Kuta Alam sudah memiliki kerjasama lintas sektoral kerjasama jejaring dengan PP Perempuan. Kita juga sudah punya kerjasama lintas sektor dengan Puskesmas, sekolah, kepolisian, TNI, dinas agama, dinas sosial, dinas PK, dinas. KUA, KPA, dinas kesehatan Kota.

Pembahasan

Berdasarkan kajian pencapaian standar nasional PKPR dapat dilihat bahwa kategori Pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kota Banda Aceh Masih berada pada kategori Minimal (90,9%), namun pelaksanaan PKPR secara umum sudah dilaksanakan dengan baik, hal ini terlihat petugas sudah melaksanakan

pelayanan mengikuti panduan yang sudah ada, akan tetapi dalam pelaksanaannya masih belum maksimal. Pelaksanaan PKPR mengacu pada standar nasional PKPR tingkat pemenuhannya masih rendah yaitu pada standar jejaring dan manajemen kesehatan. Petugas PKPR harus memiliki kemauan dan kemampuan dalam menjalankan program PKPR sehingga dapat mengatasi masalah yang ditemui.

Puskesmas PKPR sangatlah membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, namun dalam pelaksanaannya, Dinas terkait belum terlibat secara optimal untuk mempersiapkan serta mengembangkan program PKPR. Dalam pelaksanaannya, pelayanan Program PKPR ditujukan untuk semua remaja usia 10-19 tahun baik di sekolah maupun di komunitas. Departemen Kesehatan RI (2008) menyatakan bahwa Kunci keberhasilan program PKPR salah satunya adalah adanya komitmen, kemauan dan kemampuan dari petugas untuk melaksanakan PKPR dengan iklas serta dukungan dari berbagai lintas sektor.

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa Petugas PKPR sudah memiliki komitmen yang cukup baik dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan. Pelaksanaan program PKPR di Puskesmas yang memiliki skor tertinggi dijalankan oleh petugas dengan latar Belakang pendidikan berbeda yaitu Ners.

Implementasi PKPR sudah mengalami peningkatan dari segi pelaksanaannya, Standar

Nasional PKPR yang dikeluarkan 2014 menjadi acuan dalam pelaksanaannya. Kemampuan dan motivasi petugas PKPR dalam melaksanakan program ini sudah cukup baik dilihat dari pemenuhan cakupan konselor remaja sekolah di wilayah kerja puskesmas, akan tetapi kurangnya dukungan sektor lain terkait masih mengalami kendala pelaksanaan PKPR sehingga belum berkesinambungan. Perlu adanya sosialisasi dengan sektor terkait pelaksanaan program sehingga adanya *feedback* dari pihak terkait yang mendukung keberhasilan program PKPR.

Pratiwi (2017) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa Pelaksanaan PKPR sebagai upaya optimalisasi pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas sudah berjalan tetapi belum optimal. Pelaksanaan PKPR baik di dalam gedung dan di luar gedung, masih perlu adanya perbaikan. Fasilitas kesehatan yang masih belum mendukung dalam pelaksanaan PKPR menjadi kendala sekaligus tantangan bagi petugas dalam memberikan pelayanan. Masih kurangnya sosialisasi tentang PKPR pada pihak-pihak terkait pelaksanaan program PKPR seperti sekolah yang berimbas kurang berjalannya peran konselor remaja.

Masalah lainnya dalam layanan PKPR yaitu belum terintegrasi dalam suatu alur layanan Puskesmas. Hal ini sangat jelas karena selain satu puskesmas yang sudah mencapai pelaksanaan paripurna, semua Puskesmas melakukan usaha penjangkaran pasien remaja

dengan menitipkan secara personal ke petugas-petugas di unit-unit lain. Maksud menitipkan secara personal adalah bahwa petugas PKPR menyampaikan secara lisan kepada petugas di unit-unit layanan lain dalam puskesmas untuk mengidentifikasi usia. Jika usia pasien yang datang adalah termasuk dalam kelompok remaja maka agar diminta menuju ke layanan PKPR. Hal ini menunjukkan belum tersedianya SOP layanan PKPR.

Selain itu, manajemen Kesehatan yang belum berjalan optimal dalam upaya pelaksanaan PKPR, puskesmas perlu meningkatkan komunikasi persuasif kepada semua stakeholders seperti Camat, Dinas Kesehatan Kota, sekolah, masyarakat dan lembaga lain yang menjadi sarana remaja sebagai upaya dalam membangun jaringan yang dapat mempengaruhi kebijakan publik. Hal tersebut sangat berpengaruh terhadap dukungan dan komitmen dalam pelaksanaan PKPR sehingga pelayanan kesehatan dapat menjangkau seluruh kalangan remaja. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Mauludiyah (2016) yaitu PKPR tidak berjalan secara kontinu. Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan adalah masalah yang terkait lemahnya manajemen PKPR, keterbatasan SDM, sarana, skill, dan pendanaan.

Dalam berbagai keterbatasan, petugas PKPR di nilai cukup inisiatif dalam melaksanakan kegiatan yang ada dengan cara ikut serta dalam kegiatan program lain yang ada di

Puskesmas misalnya kegiatan bidang gizi atau kesehatan masyarakat.

Hasil Pelaksanaan PKPR di Puskesmas ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya (Friskarini & Manalu, 2016) yang menyatakan bahwa kegiatan PKPR masih terbatas pada penyuluhan di sekolah, 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 kerjasama lintas sektor belum digunakan untuk menggalang dukungan bagi terselenggaranya PKPR.

Peran pelayanan kesehatan yang berbasis remaja harus dimaksimalkan untuk mengatasi hambatan yang dialami dalam pelaksanaan pelaksanaan PKPR. Pelayanan kesehatan berbasis remaja tersebut dapat diaplikasikan dengan meningkatkan peran puskesmas bidang kesehatan reproduksi dan peran perawat itu sendiri. Program Puskesmas bidang kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana (KB) adalah program puskesmas yang menjalankan PKPR.

Keberhasilan program Puskesmas bidang kesehatan reproduksi secara tidak langsung sangatlah mempengaruhi pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang ada dalam PKPR.

Petugas puskesmas seharusnya mampu memanfaatkan fungsi dan peran pokok program kesehatan reproduksi untuk mendukung terlaksananya berbagai kegiatan yang ada dalam PKPR. Pemanfaatan peran dan fungsi puskesmas tersebut dapat berupa dukungan dana dan tenaga penyuluh yang dapat dimanfaatkan dalam pelaksanaan pelayanan PKPR di dalam maupun luar gedung dalam bentuk promosi kesehatan maupun pembinaan konselor dan sekolah binaan.

Peningkatan fungsi puskesmas bidang kesehatan reproduksi haruslah diikuti dengan peningkatan peran perawat dalam *community based adolescent care*. Idealnya perawat memiliki 12 peran dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bidang kesehatan reproduksi. Peran tersebut antara lain pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, sebagai pendidik/penyuluhan kesehatan, koordinator pelayanan kesehatan, konselor keperawatan, panutan (role model), pemodifikasi lingkungan, konsultan, advokat, pengelola, peneliti dan pembaharu (inovator).

Dengan memaksimalkan peran perawat tersebut maka hambatan serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program PKPR akan dapat dihadapi. perawat yang bekerja pada program PKPR dapat memaksimalkan perannya dengan menjalankan peran sebagai edukator, konselor, kolaborator, dan peneliti. perawat juga harus memaksimalkan perannya

sebagai edukator meskipun dalam kondisi yang serba terbatas.

Hal ini diharapkan agar keluhan dan kendala dalam pemberian edukasi ataupun pendidikan kesehatan dapat berkurang. sama halnya dengan peran perawat sebagai konselor, kolaborator, dan peneliti. Peneliti diharapkan mampu menerapkan kompetensi sebagai perawat konselor dengan cara meningkatkan kompetensi konseling yang dapat diaplikasikan dalam memberikan bantuan pada remaja, sebagai kolaborator diharapkan perawat mampu melakukan kolaborasi dengan berbagai pihak dalam bentuk kerjasama lintas sektor maupun lintas program, serta sebagai peneliti diharapkan perawat dapat memanfaatkan perannya dalam mencari berbagai cara yang dapat diaplikasikan pada pelaksanaan kegiatan PKPR sehingga perawat akan mendapatkan metode ataupun cara yang lebih efektif dalam menjalankan program dengan berbagai keterbatasannya.

Dalam pelaksanaannya, masih sedikit sekali peran perawat yang sudah di jalankan dalam pelaksanaan PKPR, hal tersebut sangat dipengaruhi dengan beban kerja yang meningkat serta penanggung jawab program yang dominan berasal dari bidang ilmu yang tidak memiliki kompetensi di bidang kesehatan masyarakat khususnya promosi kesehatan dan kesehatan reproduksi. Karakteristik informan penelitian ini menunjukkan bahwa dominan petugas

memiliki tanggungjawab ganda dalam menjalankan tugasnya.

Kesimpulan

Hasil studi ini menyimpulkan bahwa Kemampuan Puskesmas dalam Pelaksanaan PKPR di Puskesmas Kota Banda Aceh Masih berada pada kategori Minimal dimana 45,45% standar SDM dan fasilitas kesehatan berada pada kategori minimal, 72,7% standar remaja berada pada kategori minimal, 100% standar jejaring remaja pada kategori minimal, dan 90.9% standar manajemen kesehatan berada pada kategori minimal.

Pelaksanaan PKPR pada Puskesmas PKPR dengan kategori paripurna sudah berusaha dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang berlaku, meskipun terdapat berbagai kendala dan hambatan seperti kurangnya petugas terlatih, kurangnya dukungan dari dinas kesehatan dalam bentuk monitoring, reward, dan dana, namun petugas PKPR memiliki kemahuan dan motivasi yang baik dalam melaksanakan program sebaik mungkin guna membantu permasalahan remaja.

Hambatan ataupun permasalahan PKPR terutama berada pada fasilitas ataupun sarana dan prasarana, kurangnya dukungan dana untuk melaksanakan kegiatan program PKPR.

References

- BKKBN. (2011). *Kajian Profil Penduduk Remaja (10-24 THN): Ada apa dengan remaja?* (Vol. 1(6), 1-4): POLICY BRIEF Puslitbang Kependudukan.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Pedoman Perencanaan Pembentukan Dan Pengembangan Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Kab/Kota*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Elia, Z. (2014). *Perbandingan Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Di MAN Meulaboh-1 Dan SMA Negeri 2 Meulaboh Kabupaten Aceh Barat Tahun 2013.*, Universitas Sumatera Utara. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Friskarini, K., & Manalu, H. S. (2016). Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (Pkpr) Di Tingkat Puskesmas DKI Jakarta. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 15(1 Jun), 66-75.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Anak DepKes RI.
- Mauludiyah. (2016). Analisis Pelaksanaan Kesehatan Peduli Remaja di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. *Jurnal STIKes Kendedes*.
- Pratiwi. (2017). *Analisa Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kota Palembang*. Program Studi Ilmu Kebidanan Program Pasca Sarjana Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
- SKKRI. (2007). Kesehatan Remaja di Indonesia. Retrieved from <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/kesehatan-remaja-di-indonesia>
- Soetjningsih. (2004). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.