

Remaja Sebagai Penggerak Utama dalam Implementasi Program Kesehatan Remaja

Pulung Siswantara, Oedojo Soedirham*, Muthmainnah**
**Faculty of Public Health, University Airlangga, Surabaya*
pulung-s@fkm.unair.ac.id

ABSTRACT

Adolescent population reach of a quarter of total population in Indonesia. According to Basic Health Research year 2010, this population is large enough and need specific program to improve the health quality in adolescent. Many studies show that adolescent face up globalization era and have potention to do the risk behavior. To resolve the adolescent health problem in Indonesia, the government needs to have multistakeholder collaboration, basic healthcare, and intervention pattern. This research used qualtitive and descriptive methods. This aim of the research was to identify adolescent perception in healthcare programme and to identify expectation and needs of adolescents in healthcare programme. The research subject consist of two groups, peer educator group and user group. The adolescent comes from various settings, student, community adolescent, adolescent loiterer. Data was collected by indepth interview and focus group discussion technique.

The result shows that there are involvement of peer educator group but they still passive because of the jobdesk just in programme implementation stage. In the next programme, the peer group wil be involved in programme planning. While, the involvement of community and loiterer adolescent also still passive, even not yet exposed the programme. Adolescent healthcare programme should involve adolescent from various backgrounds in order can be appllied based on adolescent

needed. Adolescents hope can be involved from programme planning to evaluation because adolescent is the target of adolescent healthcare programme.

Keywords: *Adolescents; Evaluation; Adolescent Healthcare Programme*

PENDAHULUAN

Menurut hasil survei di Amerika pada tahun 2017, populasi penduduk dunia hampir 7,6 miliar. ¹ Hal ini menandakan terdapat penambahan penduduk sebesar 0,5 juta selama 12 tahun terakhir. Dari 7,8 miliar penduduk tersebut, 16 % diantaranya berusia 0 sampai 14 tahun dan 46 % dengan berusia 15 hingga 24 tahun. ¹

Di Indonesia, jumlah populasi remaja sangat besar. Berdasarkan Survei Penduduk tahun 2010, remaja yang berusia 15 hingga 24 tahun sebanyak 40,75 juta (0,17%) dari seluruh penduduk yang berjumlah 237,6 juta jiwa. Sementara jumlah penduduk yang berusia antara 10 hingga 14 tahun berjumlah 22,7 juta (0,09%). ² Menurut proyeksi Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2017, jumlah populasi remaja meningkat menjadi 43,53 %. BPS menyebutkan bahwa jumlah total penduduk di Surabaya pada tahun 2017 yaitu 3,9 juta jiwa, dimana 12,74 % berada pada usia remaja. ³

Remaja adalah tunas bangsa, generasi penerus dan tumpuan harapan bangsa yang akan bisa melanjutkan cita-cita bangsa menuju Indonesia yang bermartabat. Sehingga sebagai generasi penerus, kelompok remaja merupakan aset 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.

Remaja berada dalam masa transisi/peralihan dari masa kanak-kanak untuk menjadi dewasa. Secara fisik, remaja dapat dikatakan sudah matang tetapi secara psikis atau kejiwaan belum matang. Beberapa sifat remaja yang menyebabkan tingginya resiko antara lain rasa keingintahuan yang besar tetapi kurang mempertimbangkan akibat dan suka mencoba hal-hal baru untuk mencari jati diri. Jika tidak diberikan informasi atau pelayanan remaja yang tepat dan benar, maka perilaku remaja sering mengarah kepada perilaku yang beresiko. Ada tiga risiko yang sering dihadapi oleh remaja (TRIAD KRR) yaitu risiko-risiko yang berkaitan dengan seksualitas (kehamilan tidak diinginkan, aborsi dan terinfeksi Penyakit Menular Seksual), penyalahgunaan NAPZA, dan HIV AIDS.² Sehingga diperlukan suatu program yang melibatkan remaja secara langsung yang dapat mengidentifikasi kebutuhan dan harapan remaja terhadap pelaksanaan program kesehatan remaja.

Upaya atau program yang dapat meningkatkan kualitas remaja antara lain meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) yang meliputi pemberian informasi kesehatan remaja dan pelayanan konseling. Untuk itu, kemampuan petugas kesehatan khususnya

di puskesmas dan rumah sakit dalam pelaksanaan konseling dan penyampaian informasi yang jelas, benar dan tepat mengenai PKPR perlu ditingkatkan. Sejak tahun 2000, telah dibentuk Komisi Kesehatan Reproduksi (KKR) di tingkat nasional untuk mengkoordinasi program seperti kesehatan reproduksi remaja. Program ini melibatkan lima departemen atau lembaga, yaitu Departemen Kesehatan, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, dan Departemen Sosial, serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Komisi ini seharusnya dibentuk hingga ke tingkat kabupaten untuk menghindari tumpang tindih program.⁴

Berbagai program yang dilaksanakan memungkinkan untuk saling disinkronisasikan satu sama lain. Para pengelola program dari berbagai sektor perlu mengsinkronisasikan program dan gagasan yang sudah dikelola demi pemenuhan hak informasi dan layanan bagi remaja.⁵ Meskipun demikian, faktanya program yang dilakukan masih belum terkoordinasi dan belum terevaluasi dengan efektif. Dengan kondisi yang demikian, maka evaluasi program dan *sharing information* perlu ditekankan agar masing-masing institusi dapat saling mendukung dan saling melengkapi kelebihan dan kekurangan dari program yang dijalankan.⁶

Strategi yang ditetapkan untuk melaksanakan kebijakan tersebut diantaranya adalah pelaksanaan pembinaan kesehatan remaja yang dilaksanakan melalui keterlibatan remaja secara efektif dan efisien sehingga mencapai hasil yang optimal. Pelayanan kesehatan remaja dilakukan secara proaktif melalui penerapan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).⁷

Pada tahun 2003, Kementerian Kesehatan telah mencanangkan program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR)

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. PKPR mempunyai karakteristik atau ciri dalam upaya untuk mewujudkan prinsip layanan PKPR yang diadopsi dari WHO tentang *Adolescent Friendly Health Services* (AFHS) Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah suatu model pelayanan kesehatan bagi remaja di Puskesmas yang dikembangkan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Departemen Kesehatan RI. Keberhasilan implementasi PKPR dipengaruhi oleh keterlibatan semua pihak, mulai dari pemerintah sebagai pengambil kebijakan, pelaksana program, masyarakat dan remaja.⁸

Remaja perlu dilibatkan secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian pelayanan. Ide dan tindakan nyata remaja akan lebih mengena dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan karena mereka mengerti kebutuhan mereka, mengerti “bahasa” mereka, serta mengerti bagaimana memotivasi sebaya mereka. Sebagai contoh ide tentang *interior design* dari ruang konseling yang sesuai dengan selera remaja, ide tentang cara penyampaian kegiatan pelayanan luar gedung hingga diminati remaja, atau cara rujukan praktis yang dikehendaki.

Pada penelitian tahun 2017, didapatkan hasil wawancara kepada lima orang remaja Sekolah Menengah Atas yang menyebutkan bahwa petugas kesehatan pernah berkunjung ke sekolah untuk memberikan penyuluhan namun tidak sering dan remaja tersebut tidak mengetahui tentang program PKPR yang ada. Dalam penelitian tersebut juga disebutkan bahwa remaja yang mengalami masalah dengan kesehatan pada saat berada disekolah biasanya lebih sering meminta ijin pulang

guna mencari pengobatan secara mandiri dengan keluarga.⁹

Analisis *stakeholder* remaja terhadap implementasi standar nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja dilakukan di Surabaya untuk mengetahui sejauh mana keterlibatan, harapan, dan tanggapan remaja pada suatu permasalahan kesehatan remaja yang akan membawa perubahan pada permasalahan tersebut. Informasi ini sangat diperlukan dalam perumusan strategi program layanan Kesehatan Reproduksi Remaja yang efektif dan efisien. Selain itu, upaya lain yang akan dilakukan adalah pemetaan peran remaja sebagai *prime mover* yang keterlibatannya sangat penting dalam pelaksanaan program. Pemetaan tersebut akan mengkaji persepsi remaja terhadap tingkat pengaruh kekuasaan (*power*), tingkat keterlibatan (*interest*), dan sikap (*attitude*) yang dikaitkan langkah strategis PKPR.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Subjek penelitian ini terdiri dari 2 kelompok, yaitu kelompok *peer educator* dan kelompok *user* (sasaran program). Kelompok remaja dalam penelitian berasal dari berbagai *setting* promosi kesehatan, yaitu remaja sekolah dan remaja di luar sekolah. Remaja di luar sekolah berasal dari remaja komunitas dan remaja jalanan. Pengumpulan data diperoleh langsung dari lokasi penelitian dengan menggunakan teknik wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD) yang dilakukan oleh peneliti di wilayah sekolah yang terpilih.

Populasi dalam penelitian ini adalah remaja di wilayah sekolah kota Surabaya. Sampel adalah remaja baik laki-laki dan perempuan di wilayah sekolah dan luar sekolah. Pengumpulan data dilakukan pada tahun 2018. Penentuan remaja akan disertakan dalam FGD dan wawancara mendalam secara *purposive* yaitu remaja

yang bersedia diwawancarai dan di ambil dari sekolah dan luar sekolah terpilih. Kelompok remaja tersebut kemudian di bagi sesuai dengan jenis kelamin yaitu kelompok laki- laki dan kelompok 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 di dahului dengan naskah penjelasan tentang penelitian, partisipasi dan kerahasiaan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Subjek Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan diskusi kelompok terarah (*Focuss Group Discussion*) dengan

subjek penelitian adalah *stakeholder* yang terlibat dalam implementasi Program Kesehatan Remaja di Surabaya. Adapun rancangan di dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *tool* analisis pemetaan yang diadopsi dari Lusidus Consulting Ltd dan model klasifikasi *stakeholder* dari F.J.Vos dan Marjolein C.^{10,11} *Stakeholder* dalam penelitian ini fokus pada kelompok “Remaja” yang terdiri dari Forum PIK-KRR, PIK Remaja Masjid, Perwakilan Pendidik Sebaya di Sekolah yang telah dilatih oleh Dinas Kesehatan Kota, Ketua Pendidik Sebaya Komunitas, relawan remaja jalanan, remaja sekolah, remaja komunitas, remaja pondok pesantren, dan perwakilan remaja jalanan

Dari hasil penelitian didapatkan hasil dengan karakteristik subjek sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian “Remaja” sebagai Kelompok “*peer educator*” Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Institusi, Pendidikan Terakhir, dan Pangkat/Golongan

No	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Institusi	Pendidikan Terakhir	Pangkat /golongan	Jabatan
1.	18	P	PE Komunitas	SMK	Ketua	Ketua PE Komunitas
2.	17	L	PE Sekolah	SMA	Perwakilan	Perwakilan PE yang dilatih DKK
3.	20	L	PIK Remas	S1	Ketua	Ketua PIK Remas
4.	24	P	Relawan Yayasan Anak Jalanan “X”	S1	Relawan	Relawan Yayasan Anak Jalanan “X”
5.	14	P	OSIS SMP	SMP	Ketua	Ketua Osis SMP
6.	18	L	OSIS SMA	SMA	Ketua	Ketua Osis SMA
7.	30	L	Karang Taruna Kota	SMA	Wakil Ketua	Ketua Karang Taruna Kota
8.	24	L	Remaja Jalanan	SMP	Koordinator	Koordinator Remaja Jalanan

Tabel 2. Karakteristik Subjek Penelitian “Remaja” sebagai Kelompok “User” Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Institusi, Pendidikan Terakhir, dan Pangkat/Golongan FGD Remaja Sekolah

No	Umur	Jenis Kelamin	Institusi	Pendidikan	Status/ Jabatan
1.	17	L	SMA C 1	SMA	Osis
2.	16	L	SMA C 2	SMA	Siswa
3.	17	P	SMA C 3	SMA	OSIS
4.	16	L	SMA C 4	SMA	Siswa
5.	16	P	SMA C 5	SMA	Siswa
6.	17	L	SMA C 6	SMA	Pramuka
7.	16	L	SMA C 7	SMA	Siswa
8.	16	L	SMA C 8	SMA	Osis
9.	17	P	SMA C 9	SMA	Siswa
10.	17	P	SMA C 20	SMA	Siswa

FGD Remaja Komunitas

No	Umur	Jenis Kelamin	Institusi	Pendidikan	Status/ Jabatan
1.	21	P	Kom 1	SMK	Pekerja
2.	19	P	Kom 2	SMK	Siswa
3.	16	P	Kom 3	SMK	Siswa
4.	21	P	Kom 4	SMA	Pekerja
5.	19	P	Kom 5	SMA	Pekerja
6.	16	P	Kom 6	SMA	Siswa
7.	21	P	Kom 7	SMA	Siswa

FGD Remaja Pondok Pesantren

1.	16	P	PP 1	SMA	Siswa
2.	17	P	PP 2	SMA	Siswa
3.	16	P	PP 3	SMA	Siswa
4.	16	P	PP 4	SMA	Siswa
5.	17	P	PP 5	SMA	Siswa
6.	16	L	PP 6	SMA	Siswa
7.	16	L	PP 7	SMA	Siswa
8.	16	L	PP 8	SMA	Siswa
9.	17	L	PP 9	SMA	Siswa
10.	17	L	PP 10	SMA	Siswa

Berdasarkan tabel 1 dan tabel 2, subjek penelitian berasal dari berbagai *setting* promosi kesehatan, yaitu remaja sekolah dan remaja komunitas. Kelompok remaja sebagian besar sebagai kelompok “user”. Peneliti telah melakukan diskusi kelompok (FGD) dengan kelompok remaja sebagai

user, yang dibedakan menjadi kelompok remaja sekolah. Kelompok remaja komunitas dan remaja pesantren. Sedangkan kelompok remaja sebagai “*provider*”, peneliti telah melakukan wawancara mendalam kepada 8 responden. Sebagian besar responden mempunyai rentang usia 16-17 tahun dan

pendidikannya masih sekolah SMA sedangkan pekerjaannya masih sekolah, namun ada juga remaja yang sudah bekerja

Persepsi Kelompok Remaja sebagai “peer educator” terhadap Keterlibatannya, Kebutuhan dan Harapannya dalam Program Kesehatan Remaja

Kelompok Remaja sebagai “peer educator” dalam penelitian ini terdiri dari Forum PIK Kota, PE Komunitas, PIK Remas, remaja sekolah dan Relawan Anak Jalanan Yayasan “X”. Sebagian besar responden mempunyai keterlibatan yang pasif dalam hal perencanaan dan aktif dalam hal pelaksanaan program.

Remaja di sekolah merupakan salah satu jejaring Puskesmas dalam melaksanakan program di sekolah. Pembinaan Puskesmas ke sekolah sangat diperlukan untuk mewujudkan kesehatan remaja sekolah baik melalui kegiatan UKS, penjangkaran, sosialisasi/ penyuluhan, advokasi pendidikan kesehatan reproduksi di ekstrakurikuler atau di pelajaran intrakurikuler. Berdasarkan hasil wawancara dengan sekolah di wilayah kerja Puskesmas diketahui bahwa *peer educator* di sekolah terlibat aktif dalam pelaksanaan program namun proses perencanaan dan evaluasi masih cenderung pasif.

Forum PIK Kota merupakan wadah komunikasi PIK-KRR seluruh kecamatan. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa forum ini melaksanakan layanan remaja berbasis masyarakat, meliputi layanan informasi kesehatan reproduksi, konseling, kewirausahaan. Sebenarnya forum ini terlibat aktif dalam melaksanakan identifikasi masalah di remaja dari semua kecamatan, advokasi kebijakan, koordinasi, pemberian KIE, konseling. Namun pelaksanaan monitoring dan evaluasi, pencatatan dan pelaporan forum ini masih cenderung pasif. Hal tersebut dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...sejauh ini kita ada monev tapi ya diskusi aja, kita ga mau formal, ada format laporan khusus, form kita buat sendiri, yang ngisi kita sendiri...”

“...untuk tahu hasilnya kelihatan atau tidak...aktifnya tahun ini baru tahun ini jadi belum dilakukan...kita juga ga pernah disuruh buat laporan...”

(Indept Interview Forum PIK)

Keterlibatan *peer educator* (PE) komunitas cukup aktif dalam pelaksanaan program kesehatan remaja meskipun belum dilakukan di banyak kegiatan. Grup tersebut selalu mendukung jika ada program dari pemerintah (kecamatan). Hal tersebut dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...perlu dibentuk, yang sesuai dengan karakter remaja, tau pendekatannya dengan remaja...”

“...kegiatan ditentukan sesuai sasaran, kudu gitu mbak, harus sesuai dengan maunya remaja. Misalnya band musik, baksos, periksa kesehatan gratis...fasilitasnya disesuaikan dengan remaja misalnya tempat tongkrongan, ada wifi, cafe, perpustakaan kecil untuk baca-baca”

“...prosedur layanan khusus untuk remaja perlu maunya simple, ga rumit, santai...”

(Indept Interview PE Komunitas)

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa PE komunitas berharap adanya layanan kesehatan reproduksi remaja di komunitas dengan fasilitas dan kegiatan yang dibutuhkan oleh remaja seperti kegiatan-kegiatan yang disenangi remaja (musik), tempat tongkrongan (dengan *wifi*, cafe) dan ada perpustakaan kecil. Prosedur layanan yang diharapkan adalah sederhana dan kondisinya yang santai. PE komunitas mendukung jika ada layanan informasi kesehatan reproduksi, konseling, layanan kesehatan, dan adanya pelatihan pendidik sebaya. Hal tersebut ditunjukkan dari hasil wawancara berikut :

“...perlu mbak, penyuluhan buat kasih tahu kita bahaya rokok, narkoba, *free* seks...remaja kan juga perlu periksa kesehatan, biar remaja tau periksa kesehatan penting...konseling perlu supaya remaja bisa curhat ke orang yang benar...pelatihan PE seperti kemarin penting buat kita untuk meningkatkan pengetahuan dan bisa sharing ke yang lain juga...”

(*Indept Interview* PE Komunitas)

PIK Remaja masjid (PIK Remas) merupakan wadah informasi kesehatan reproduksi remaja yang beranggotakan remaja masjid, dan binaan BKKBN. Keterlibatan kelompok ini masih cenderung pasif dalam melakukan monitoring dan evaluasi, pencatatan dan pelaporan. Identifikasi masalah dilaksanakan oleh PIK Remas untuk menggali informasi masalah remaja yang sedang *up date*. Hasil temuan ini dijadikan sebagai pertimbangan untuk merencanakan kegiatan. Ini dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...perlu, kegiatan kita sesuaikan dengan permasalahan yang lagi booming...data harus punya untuk referensi alternatif solusi...kita pernah survei masalah kesehatan remaja di sekolah-sekolah...”

(*Indept Interview* PIK Remas)

Peer educator (PE) sekolah merupakan remaja sekolah yang mendapatkan pelatihan pendidik sebaya dari Dinas Kesehatan. Keterlibatan PE sekolah belum begitu aktif dalam pelaksanaan program kesehatan remaja. Hal ini dikarenakan PE telah mengetahui dan mendukung terlaksananya program namun PE ini belum ada kegiatan rutin bahkan belum dilibatkan dalam perencanaan hingga evaluasi program. Ini dapat ditunjukkan dari hasil wawancara berikut:

“...kita teman-teman PE setelah dilatih ga pernah lagi dihubungi oleh Dinas Kesehatan, nasihatnya untuk tidak melakukan hubungan seks sebelum nikah...”

(*Indept Interview* PE Sekolah)

Relawan remaja jalanan belum mengetahui program kesehatan remaja secara keseluruhan, namun telah menyadari pentingnya program. Hal ini dikarenakan relawan telah melakukan identifikasi kondisi remaja jalanan. Ini dapat ditunjukkan dari hasil wawancara berikut ini :

“...emang perlu banget untuk kondisi remaja jalanan...”

“...kita melakukan pengamatan, anak usia 6 tahun uda kayak orang dewasa, kita pernah ketemu juga anak cewek sekitar 12 tahunan minta duit ke sopir daihatsu, dikasih tapi ada syaratnya, mau dipegang kemaluannya. Ya anak itu mau, pikirannya anak jalanan itu yang penting dapat uang...”

“...yang kita tahu remaja jalanan itu ada yang dia dengan sendirinya turun ke jalan pengen bebas karena ada masalah dengan keluarga, emang diturunkan oleh orangtuanya mungkin karena mindset orangtuanya yang cuma mengandalkan anaknya, ada yang mengkoordinir kalau uangnya kumpul dia harus nyetor...”

“...padahal penyuluhan seperti ini perlu diberikan juga ke anak jalanan, pergaulan anak jalanan riskan banget, seks bebas, malah saya pernah tau ada anak usia 4 tahun lagi gesek-gesekin alat kelamin sama temannya...”

(*Indept Interview* Relawan Remaja Jalanan)

Persepsi Kelompok Remaja sebagai “user” terhadap Keterlibatannya, Kebutuhan dan Harapannya dalam Program Kesehatan Remaja

Kelompok remaja sebagai “*user*” dalam penelitian ini terdiri dari remaja sekolah, remaja komunitas, remaja pondok pesantren dan remaja jalanan. Semua informan dalam kelompok ini mendukung dalam pelaksanaan program

tetapi keterlibatannya masih pasif. Kelompok user merupakan remaja baik dari sekolah maupun di luar sekolah, dimana peran dari *stakeholder* ini sangat penting. Hal ini dikarenakan prinsip dari program kesehatan remaja adalah keterlibatan remaja mulai dari awal hingga evaluasi.

Remaja sekolah cenderung pasif dalam kegiatan program, meliputi advokasi, koordinasi, persiapan, sosialisasi eksternal, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, pencatatan dan pelaporan program kesehatan remaja. Remaja sekolah kurang dilibatkan secara aktif dalam pelaksanaan program kesehatan remaja. Kelompok ini hanya dilibatkan sebagai sasaran program seperti dilibatkan sebagai peserta penyuluhan. Remaja sekolah mempunyai harapan, mereka dilibatkan dalam proses perencanaan program, program disesuaikan dengan kebutuhan remaja seperti medianya seharusnya audio visual. Hal tersebut ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...pernah dengar tapi ga detail. Kita ga pernah dapat sosialisasi kegiatan ini...”

“...kita pernah dapat penyuluhan dari Dinas Kesehatan tapi 2 tahun yang lalu. Harusnya kegiatan ini dilakukan secara rutin per tahun. Lumayan kan buat nambah pengetahuan...”

(*Indept Interview OSIS SMA*)

“...bentuk media penyuluhan biasanya sih PPT mbak, usul kami sih bisa dalam bentuk komik, acara TV yang mendidik...”

“...perlu ada pemerataan ke sekolah-sekolah daerah, kebetulan kalau sekolah ini pusat kota jadi sering kami dapat fasilitas dari pemerintah...”

“...kalau konseling biasanya kita ke guru BK, kita curhat masalah pelajaran, kegiatan osis, masalah pendapat ortu dan kita yang beda...”

(*Indept Interview OSIS SMP*)

Kelompok ini belum pernah dilibatkan dalam kegiatan perencanaan dan pengumpulan data kesehatan remaja di sekolah. Ini dapat diketahui dari pernyataan berikut :

“...data masalah kesehatan remaja perlu kita tahu tapi kita ga pernah dilibatkan...”

“...pengurus, bendahara semua buat laporan kegiatan osis, ekstrakurikuler. Semua kita dilibatkan karena guru percaya sama kita untuk kontrol teman-teman...”

(*Indept Interview OSIS SMP*)

(*Indept Interview OSIS SMA*)

Keterlibatan Karang Taruna masih cenderung pasif dalam melaksanakan langkah strategis program. Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...kita sih penginnya buat PIK di Karang Taruna tapi belum terlaksana sampai sekarang...”

“...kita pernah diundang pas sosialisasi HIV, setahun sekali dari PKBI...”

“...tapi kita ga pernah tau, disuruh buat evaluasi kegiatan ini. Kita kan kegiatannya pas 17 an, ada lomba futsal antar kecamatan...”

(*Indept Interview Karang Taruna*)

Remaja jalanan tidak mengetahui program kesehatan remaja dan informan juga menyatakan bahwa remaja jalanan belum pernah mendapatkan informasi kesehatan. Kegiatan remaja jalanan adalah mencari uang melalui mengamen. Berdasarkan observasi peneliti diketahui bahwa remaja jalanan tidak mempunyai akses untuk mendapatkan informasi kesehatan. Berdasarkan pengamatan peneliti, diketahui bahwa remaja jalanan mempunyai rentang usia antara 10 hingga 22 tahun. Bahkan peneliti mengetahui secara langsung perilaku berisiko yang

dilakukan oleh remaja jalanan, yaitu merokok, pacaran dengan perilaku yang berisiko, minum minuman keras.

Triangulasi dilakukan oleh peneliti melalui metode FGD dengan remaja sekolah, remaja komunitas, dan remaja pondok pesantren. Hasil FGD menunjukkan semua remaja baik di sekolah, komunitas maupun pondok pesantren membutuhkan layanan kesehatan peduli remaja mulai dari informasi kesehatan reproduksi, konseling, pendidik dan konselor sebaya, media KIE yang komunikatif, dan pemeriksaan kesehatan. Hal ini dikarenakan remaja telah menyadari dan mengetahui tingginya permasalahan remaja seperti yang ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...Hamil pas kelas 2 SMA. Ceritanya belum mens-mens trus cerita katanya uda hubungan seks berkali-kali sama pacarnya, nyewa kos untuk mereka berdua, ada usaha untuk menggururkan mulai dari nanas muda dijus dengan mrica lari-lari, lonjak-lonjak, tapi tetap ga bisa mungkin karena ketahanan bayinya kuat. Dia uda keluar dari sekolah, mengundurkan diri. Sekarang uda nikah...”

(FGD Kom 3)

“...ortunya broken teman saya jadi kupu-kupu malam (keceploran ke saya)...”

(FGD SMA C6)

“...Ada dulu di pondok saya, ketahuan ketemuan di luar...trus dia gak modok lagi ngekos...”

(FGD PP 8)

Berdasarkan pernyataan tersebut dapat diketahui bahwa remaja baik itu di sekolah, komunitas, dan pondok pesantren mengetahui permasalahan kesehatan reproduksi remaja seperti kehamilan di luar nikah, gaya pacaran yang berisiko, bahkan ada yang mengetahui teman menjadi pekerja seks. Oleh karena itu semua peserta FGD menyadari pentingnya pemberian informasi tentang kesehatan

reproduksi di sekolah, komunitas dan pondok pesantren. Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan peserta FGD sebagai berikut :

“...penjelasan tentang pencegahan, upaya mengatasinya, kalau cowok ngajak ngeseks cara nolaknya bagaimana...kesehatan reproduksi banyak yang belum tahu harusnya masyarakat perlu diberitahu juga....”

(FGD, Kom 2,5)

“...Penyuluhan itu penting Mbak, cara pakaiannya anak sekarang uda niru budaya barat, remaja kan pengen tau...”

(FGD SMA C1,8)

“...Penyuluhan ya kita butuh tapi selama ini belum kita terima disini...”

(FGD PP 1)

Berdasarkan pernyataan tersebut menyebutkan bahwa remaja membutuhkan informasi kesehatan reproduksi. Namun sebagian besar remaja belum mendapatkan informasi kesehatan reproduksi, bahkan di Pondok Pesantren belum pernah dikunjungi oleh petugas kesehatan untuk memberikan informasi kesehatan. Remaja pondok pesantren berharap adanya penyuluhan secara rutin tentang kesehatan yang diberikan setiap setahun sekali ketika penerimaan shantri baru. Ini dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...ada penyuluhan rutin pas ada santri baru setiap tahun...ada orang yang berkompeten disini yang tahu tentang masalah kesehatan...pihak Puskesmas mengundang kami untuk pemeriksaan kesehatan rutin...tempat konselingsnya tertutup...SDMnya yang tahu tentang kesehatan boleh bidan...komunikatif, ramah... cewek menangani cewek, cowok menangani cowok supaya ga malu...”

(FGD PP 1,2,3,5,8,9,10)

Berdasarkan pernyataan tersebut menunjukkan bahwa perlunya dibentuk layanan kesehatan di lingkungan pondok pesantren, meliputi pemeriksaan kesehatan, konseling, pemberian informasi kesehatan. Para shantri mengetahui bahwa seharusnya ada layanan kesehatan di Pondok pesantren seperti Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang disebut POSKESTREN (Pos Kesehatan Pesantren). Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan salah satu shantri sebagai berikut :

“...Dulu pernah diundang oleh depag kerjasama dengan Puskesmas, katanya mau diberi bantuan alat kesehatan tapi sampai sekarang gak ada tindak lanjut, rencananya mau dibuat seperti UKS di Pondok, kalau ga salah Poskestren ya ?...”

(FGD PP5)

Sebagian besar remaja telah mendapatkan informasi kesehatan reproduksi dari guru biologi dan penyuluhan tentang narkoba, HIV, kesehatan reproduksi. Penyuluhan ini didapatkan mereka pada saat sekolah. Remaja merasa kurang puas dengan penyuluhan melalui metode ceramah, harapannya metode penyuluhan sebaiknya lebih kreatif, dikemas melalui metode diskusi, permainan dan menggunakan media film, alat peraga, poster yang menarik. Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...Medianya biasanya menggunakan power point, poster, patung... Kurangnya ya ga ada alat peraga... bisa melalui forum, seminar-seminar, trus dibentuk kelompok-kelompok kecil berkelanjutan terus. Metodenya ga hanya ceramah, film, tunjukkan sebab akibatnya...”

(FGD SMA C 3, Kom 1, PP 7)

Kegiatan penyuluhan di sekolah diberikan kepada perwakilan siswa

seperti OSIS, perwakilan per kelas 2 orang, bahkan hanya diberikan kepada siswa yang mengikuti ekstrakurikuler yang berkaitan dengan pendidik sebaya. Ini dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...Puskesmas datang ke sekolah untuk penyuluhan kespro, HIV AIDS, cara pencegahan tapi OSIS sama koordinator eskul yang ikut...”

(FGD SMA C 3)

Kegiatan konseling di sekolah dilaksanakan melalui guru Bimbingan Konseling (BK), namun guru BK menurut sebagian peserta FGD belum pernah memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi. Konseling diberikan oleh guru BK ketika remaja tersebut bermasalah seperti sering tidak masuk sekolah tanpa izin, prestasi menurun, memakai seragam sekolah yang tidak sesuai dengan tata tertib sekolah. Hal ini ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...Kalau pun ada masalah curhatnya ke teman-teman...Guru BK jarang kalau gak dipanggil karena ada masalah...Kalau ada masalah pernah curhat ke guru BK tapi ga berani terbuka...kebanyakan guru BK judes, galak jadi males curhat ke dia... kalau ngoceh-ngoceh ora bar-bar, medeni...”

(FGD Kom 1,3,5,6,7)

“...guru BK lebih kreatif, pengertian, bisa ngimbangi remaja, ikut nimbrung sama kegiatan –kegiatan remaja, familiar”

(FGD SMA C8)

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa remaja mengharapkan mempunyai guru BK yang ramah, baik, komunikatif, dan pengertian. Karakteristik guru BK yang mengerti siswanya akan menjadikan siswa lebih

terbuka dan percaya untuk mengeluarkan semua yang dialami oleh siswa (dapat *sharing* semua masalah).

Semua peserta FGD menyatakan pentingnya dibentuk pendidik sebaya dan konselor sebaya. Hal ini dikarenakan remaja mempunyai karakter untuk *sharing* kepada sesama temannya. Ini dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“... sangat perlu kan untuk kasih tau ke teman-temannya...jadi guru BK untuk teman-temannya...teman kan jarang cerita ke ortunya ya ceritanya ke teman-temannya...”

(FGD SMA C3,7,9)

“...jadi tutor kesehatan...dilatih dulu”

(FGD PP 4,7)

Berdasarkan pernyataan peserta FGD diketahui bahwa 3 dari 10 orang adalah remaja komunitas, 1 dari 10 orang adalah remaja sekolah yang telah mendapatkan pelatihan pendidik sebaya. Peserta FGD menyatakan bahwa perlunya keterlibatan remaja, pemerintah, guru, dan orang tua dalam mewujudkan kesehatan remaja. Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan berikut :

“...kita sendiri, tahu mana baik dan mana yang salah...nasihat orangtua suruh kita jaga diri...pemerintah harusnya menggali dari kita kita butuhkan apa, ga usa muluk-muluk...”

(FGD PP 2,5,9)

“...remaja itu sendiri biar dia ga terpengaruh dengan teman-temannya...pengin jadi penyuluh...Kalau dilibatkan ya kita mau banget supaya remaja yang ngurus remaja juga kan yang tahu karakter remaja kan remaja itu sendiri...Kita akan aktif kalau dilibatkan...”

(FGD Kom 1,2,4,7)

“...Tanggung jawabnya ya remaja itu sendiri, orangtua kalau di rumah, sekolah ya guru-guru...ortu kasih nasihat...remaja harus tau lingkungannya...”

(FGD SMA C3,7,8)

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa semua *stakeholder* berperan dalam keberhasilan program kesehatan remaja. Selain itu remaja bersedia terlibat aktif dalam melaksanakan program kesehatan remaja, misalnya menjadi penyuluh untuk temannya.

KESIMPULAN

Kelompok remaja dalam penelitian ini terdiri dari remaja sebagai “*peer educator*” dan remaja sebagai “*user*”. Kelompok remaja tersebut tersebar di berbagai setting promosi kesehatan, yaitu remaja sekolah, remaja komunitas hingga remaja jalanan. Sebagian besar remaja yang terpapar dengan program kesehatan remaja adalah remaja sekolah bahkan ada kelompok remaja yang sama sekali belum terpapar, yaitu kelompok remaja jalanan. Selama ini remaja sebagai kelompok “*peer educator*” hanya dilibatkan sebatas konselor jika ada yang membutuhkan. Mereka mendapatkan pelatihan, namun belum ada kegiatan secara rutin setelah dilakukan pelatihan. Harapan kelompok ini dapat dilibatkan dalam proses perencanaan hingga evaluasi program. Menurut kelompok ini, kebutuhan remaja di setiap lokasi berbeda sehingga remajalah yang membuat perencanaan identifikasi masalah dan kebutuhan remaja. Keterlibatan remaja “*user*” hanya dijadikan sebagai target program seperti peserta penyuluhan. Harapannya mereka mengetahui dan aktif dalam proses perencanaan kegiatan hingga evaluasi, melalui kegiatan eskul sekolah atau kegiatan komunitas. Model kegiatannya harusnya disesuaikan dengan kebutuhan lokal di masing-masing wilayah.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada Universitas Airlangga, Dinas Pendidikan Kota Surabaya,

Dinas Kesehatan Kota Surabaya serta teman-teman di Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Universitas Airlangga

DAFTAR PUSTAKA

1. World Population Prospects: The 2017 Revision. New York: United Nations
2. BKKBN, 2011, Kajian Profil Penduduk Remaja (10-24 tahun), Seri I No.6/Pusdu-BKKBN/Desember 2011. Jakarta
3. BPS, 2017, Statistik Kesejahteraan Rakyat Kota Surabaya Tahun 2017
4. Situmorang A, A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/ Center for Communication Program, 2003, Adolescent Reproductive Health in Indonesia : Jakarta
5. Kementerian Kesehatan RI. (2014). Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Anak DepKes RI.
6. Muthmainnah, Sutopo PJ, Antono S, 2014. Stakeholder Pemerintah Sebagai Prime Mover Keberhasilan Jejaring Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 9 / No. 1 / Januari 2014
7. Direktorat Kesehatan Keluarga Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Depkes RI. 2005b. "Strategi Nasional Kesehatan Remaja".
8. Direktorat Kesehatan Keluarga Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. 2005a. Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. Jakarta.
9. Afrianti, Mudatsir, Teuku Tahlil, 2017, Analisis Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Jurnal Ilmu Keperawatan (2017) 5:2 ISSN: 2338-6371, e-ISSN 2550-018X
10. Achterkamp, Marjolein C., Vos, Janita F.J. "Investigating the Use of the Stakeholder Notion in Project
11. Muthmainnah. 2013. Analisis Stakeholder Remaja Terhadap Implementasi PKPR di Kota Semarang. Jurnal promkes vol.1 no.2 Desember 2013: 170-183