

Mengapa Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kota Magelang tidak Optimal?

Ratna Nur Pujiastuti*, Ayun Sriatmi*, Nurhasmadiar Nandini*

*Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro

Email: ratnanurpujiastuti@gmail.com

ABSTRACT

Adolescents are particularly vulnerable to a variety of health risks, especially about sexual problems and reproductive health problems. The government develops adolescent health programs in Indonesia by using the Adolescent Friendly Health Service (PKPR) at the health care level. Adolescent health programs in 2019 at Magelang city has not achieved performance targets, so that it becomes attention to optimizing the PKPR program. This research aimed to analyze the causes of the PKPR program implementation in Magelang Tengah health center which was not optimal with its influencing factors. This was qualitative research with descriptive approach. Data collected through in-depth interviews with subject selection with purposive sampling criteria. Data analysis used content analysis. Analyzed variables were communication, resources, dispositions or attitudes, and bureaucratic structure. The results showed that implementation of PKPR in health center has not been optimal because have some constraints which influenced by several factors, such as the lack of communication between PKPR teams in coordinating scheduling activities, the understanding and clarity about PKPR program owned by officers was limited, the function of public service room in health center has not been optimal to provide service to adolescent, and monitoring and evaluation was limited. Therefore, it needs to communication and coordination was scheduled regularly so that has a good team

management, and needs to monitoring and assessment of SNPKPR by Department of Health regularly in order to know the achievement and factors which influence the implementation PKPR program in the health center.

Keywords : PKPR, Health Center, Magelang

PENDAHULUAN

Remaja merupakan penduduk dalam rentang usia 10 sampai dengan 19 tahun. Masa remaja (*adolescence*) merupakan masa transisi atau peralihan dari masa kanak-kanak menuju ke masa dewasa.¹ Remaja sangat rentan terhadap berbagai ancaman resiko masalah kesehatan terutama terkait dengan masalah seksual dan masalah kesehatan reproduksi yang dapat membahayakan aspek psikososial yang menyebabkan remaja sulit berkembang dan berpotensi membawa pengaruh terhadap perilaku dan status kesehatan remaja itu sendiri.²

Pemerintah Indonesia telah memberikan perhatian terhadap perkembangan dan permasalahan kesehatan remaja sejak tahun 2003 dengan mengembangkan program kesehatan remaja di Indonesia dengan menggunakan pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di tingkat puskesmas. Pelayanan tersebut dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja untuk mengatasi masalah kesehatan remaja, baik preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif untuk semua kalangan remaja.³

Indikator yang belum mencapai target kinerja program di Kota Magelang pada tahun 2019 salah satunya yaitu program kesehatan remaja. Hal tersebut kemudian menjadi perhatian lebih bagi pemerintah Kota Magelang dalam upaya mengoptimalkan program PKPR untuk dapat menanggulangi berbagai kasus kenakalan dan masalah kesehatan yang terjadi pada remaja.

Diketahui Puskesmas Magelang Tengah menduduki peringkat pertama dalam jumlah kasus terbanyak masalah kesehatan remaja di Kota Magelang pada tahun 2019. Realisasi dari capaian kunjungan pelayanan kesehatan remaja pada tahun 2019 di Puskesmas Magelang Tengah sebesar 77,5%. Capaian tersebut diketahui belum memenuhi target sebesar 85% yang telah ditetapkan Dinas Kesehatan Kota Magelang sebagai Indikator Kinerja Kegiatan. Berdasarkan studi pendahuluan, terdapat petugas yang belum paham mengenai PKPR dan remaja tidak mengetahui mengenai keberadaan PKPR yang terdapat di puskesmas. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Tamara (2019) bahwa dalam implementasi PKPR di Puskesmas terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu penyertaan remaja yang kurang aktif dalam evaluasi dan pencatatan pelaporan, serta belum memaksimalkan mitra kerjasama dengan menambah dukungan dari berbagai pihak yang dapat mendukung dan memperkuat kegiatan PKPR.⁴

Merujuk pada program *Adolescent Friendly Health Service* (AFHS) pada WHO (2002), program PKPR diharapkan mampu menurunkan permasalahan kesehatan pada remaja dengan turut serta melibatkan remaja untuk berpartisipasi aktif dalam mendukung pelaksanaan program dengan dukungan prosedur, kebijakan, fasilitas kesehatan, petugas yang tergabung, serta remaja yang menjadi sasaran dalam program. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Magelang Tengah yang belum berjalan optimal.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif melalui metode wawancara

mendalam (*indepth interview*) dan metode observasi. Penelitian berlangsung pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2020. Lokasi penelitian berada di Puskesmas Magelang Tengah Kota Magelang. Subjek penelitian didapatkan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Informan utama terdiri dari program PKPR dan 3 anggota tim PKPR yang bertugas sebagai petugas medis, promosi kesehatan, dan penyuluh kesehatan. Informan triangulasi terdiri dari pemegang program PKPR di Dinas Kesehatan Kota Magelang, Kepala Puskesmas, dan dua remaja di wilayah kerja yang pernah dan belum pernah mengalami masalah kesehatan namun sudah mendapat pelayanan PKPR dari puskesmas. Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisa secara deskriptif isi (*content analysis*). Penelitian ini telah lolos kaji etik penelitian kesehatan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dengan nomor *ethical approval* : 194/EA/KEPK-FKM/2020.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Magelang Tengah

Pelaksanaan program PKPR diharapkan dapat menjangkau seluruh remaja di wilayah kerja baik remaja di sekolah maupun di luar sekolah seperti di masyarakat, panti asuhan, karang taruna, rumah singgah, panti asuhan, hingga remaja berkebutuhan khusus. Terdapat 6 kegiatan dalam pelaksanaan PKPR, yang terdiri dari kegiatan penyuluhan kesehatan dan pemberian Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang, screening kesehatan, konseling remaja, pembentukan dan pelatihan konselor sebaya, serta pelayanan rujukan.

Kegiatan pemberian penyuluhan kesehatan dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dilakukan bersamaan dengan kegiatan screening kesehatan. Kedua kegiatan tersebut diberikan hanya kepada remaja di sekolah wilayah kerja puskesmas, sedangkan puskesmas belum memberikan kepada remaja di luar sekolah. Puskesmas dalam pelaksanaan PKPR wajib melakukan pembinaan ke sekolah, namun hingga saat ini

puskesmas menerapkan kerjasama pembinaan rutin kepada 3 dari 13 sekolah yang berada di wilayah kerja. Hal tersebut dikarenakan puskesmas memperhitungkan efektifitas dan adanya kesesuaian dalam anggaran dana dan waktu yang dimiliki oleh puskesmas.

Bagi sekolah yang dilakukan pembinaan rutin, kegiatan penyuluhan KIE dan screening diberikan kepada seluruh siswa dengan penjadwalan yang dilakukan dalam waktu 4 kali kunjungan dalam setahun. Sedangkan untuk sekolah yang tidak dilakukan pembinaan rutin, kegiatan tersebut hanya didapat oleh siswa baru saat Masa Orientasi Siswa (MOS). Perbedaan sasaran dalam pemberian penyuluhan KIE dan screening tersebut akan membuat tidak meratanya informasi serta pelayanan PKPR yang didapatkan oleh remaja, hal tersebut berpengaruh terhadap kurangnya pengetahuan dan informasi remaja serta mengenai manfaat adanya PKPR.⁵

Kegiatan selanjutnya, yaitu pelayanan klinis medis dan konseling kepada remaja. Kunjungan remaja ke puskesmas dapat dikarenakan atas tindaklanjut dari hasil screening kesehatan yang dilakukan sebelumnya di sekolah, rujukan dari pihak guru Bimbingan Konseling (BK) dikarenakan masalah kesehatan yang dialami, maupun atas dasar keinginan pribadi untuk mendapat pelayanan kesehatan. Dalam penerimaan pasien remaja, prosedur pelayanan dilakukan sama seperti pasien lainnya di ruang pelayanan umum. Namun, tetap harus dapat menjamin dan mengutamakan adanya kerahasiaan, kenyamanan, serta privasi bagi remaja dalam memperoleh pelayanan.

Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa penggabungan pelayanan remaja di poli umum puskesmas seringkali belum menjamin adanya kerahasiaan, privasi, kenyamanan, dan kecepatan penyelenggaraan pelayanan remaja sehingga dapat berpengaruh terhadap keterbukaan remaja akan masalah dan kondisi yang sedang dihadapi.⁶ Sehingga, puskesmas dalam pemberian pelayanan kepada remaja perlu memiliki ruangan yang dapat digunakan secara multifungsi namun tetap menjamin sesuai dengan kebutuhan remaja serta petugas yang memiliki kemampuan yang bersifat *youth friendly* dan

ramah sehingga dapat menjaga hubungan baik dan menimbulkan kenyamanan bagi remaja.

Terkait dengan kegiatan pembentukan dan pelatihan konselor sebaya sudah dilakukan setiap tahun dengan mengundang perwakilan dari seluruh SMP/SMA/ sederajat di wilayah kerja dengan mengirimkan 2 perwakilan anggota Palang Merah Remaja (PMR). Konselor yang terbentuk tersebut bukan berdasarkan atas minat dalam diri untuk ingin bergabung menjadi konselor sebaya dikarenakan puskesmas tidak membuka kesempatan siswa lain untuk bergabung. Puskesmas membentuk konselor hanya bagi remaja yang tergabung dalam PMR di sekolah. Sehingga peran konselor sebaya yang seringkali belum maksimal dikarenakan masih terlibat secara pasif dan konselor tidak memiliki sikap kesungguhan dari diri sendiri maupun kurangnya komunikasi dan keaktifan antar konselor sebaya.⁷

Untuk kegiatan pelayanan rujukan, dalam PKPR mengintegrasikan rujukan dalam berbagai tujuan, diantaranya rujukan medis, rujukan hukum, maupun rujukan sosial. Namun diketahui bahwa petugas puskesmas masih belum seluruhnya mengetahui terkait dengan integrasi rujukan tersebut. Puskesmas belum melakukan rujukan selain non medis, dikarenakan terdapat penolakan dari pihak keluarga apabila memang diperlukan rujukan sosial kepada Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan lembaga terkait lainnya. Puskesmas dalam hal ini harus dapat menguatkan kerjasama antar institusi dan LSM dan menguatkan partisipasi kepercayaan dari lingkungan terdekat seperti keluarga.⁸

Pelaksanaan PKPR masih memiliki kendala permasalahan berupa belum menjangkau remaja di luar sekolah, belum maksimalnya dalam pemberian informasi dan promosi PKPR yang berdampak pada ketidaktahuan remaja akan manfaat adanya PKPR, peran konselor sebaya yang belum memiliki kesungguhan dalam menjalankan peran, serta petugas yang belum memahami proses pelaksanaan PKPR dan bagaimana cara menangani pasien remaja. Dalam penelitian ini, peneliti akan mengkaji pelaksanaan program PKPR berdasarkan teori yang dikemukakan oleh George C. Edward

III, dimana implementasi kebijakan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang meliputi komunikasi, sumber daya, sikap/disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi.

1. Komunikasi

Komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Sebuah implementasi kebijakan akan berjalan dengan baik dan lancar apabila para pelaksana mengetahui apa yang akan mereka lakukan. Koordinator mendapat informasi dari Dinas Kesehatan yang kemudian dilakukan diseminasi informasi kepada anggota tim PKPR. Diseminasi belum dilakukan dengan baik dikarenakan masih ditemukan anggota yang belum memahami program secara jelas dan akurat terkait dengan pelaksanaan PKPR. Anggota juga tidak mendapatkan solusi mengenai kendala yang dialami atas informasi yang telah diberikan koordinator. Sehingga harus mencari informasi tambahan. Kurangnya informasi sebagai unsur komunikasi dapat menyebabkan munculnya gangguan atau hambatan akibat keberagaman serta ketidakpahaman dan minimnya informasi yang diterima.

“jelas ga jelas ya mbak.. tapi kita tetep harus aktif juga mencari tahu dari internet” (IU 3)

“kurang puas karna tidak mendengar langsung, keadaan lapangan kan yang selalu menangani remaja langsung saya, tapi malah belum pernah dapat sosialisasi.” (IU 4)

Koordinasi berupa penyampaian informasi penjadwalan dalam tim PKPR dilakukan hanya saat menjelang adanya kegiatan program. Sehingga membuat petugas seringkali tidak dapat mengatur waktu dan jadwal kegiatan dengan baik. Komunikasi cenderung dilakukan melalui media grup Whatsapp karena sulit untuk melakukan koordinasi tatap muka. Tersebar nya anggota di beberapa puskesmas pembantu dan *double job* membuat komunikasi dengan grup Whatsapp lebih efektif. Keteraturan

penyampaian informasi penting dilakukan supaya tidak terjadi gap sehingga diperlukan upaya yaitu strategi yang dilakukan dengan komunikasi efektif agar petugas menjalankan tugas dan perannya dengan baik. Peranan komunikasi dalam suatu organisasi sangatlah penting, karena akan membantu terjalinnya hubungan yang baik serta koordinasi yang baik antar sesama anggota dalam mencapai tujuan organisasi.⁹

“engga pernah rutin, paling cuma koordinasi sebelum kegiatan berlangsung aja, seringnya ya lewat WA. Praktis...” (IU 3)

Terkait dengan komunikasi kepada remaja, penyampaian informasi masih belum maksimal dikarenakan hanya diperoleh saat KIE dan konseling. Puskesmas kurang melakukan komunikasi interaktif dan komunikasi dua arah kepada remaja saat pemberian penyuluhan di sekolah.¹⁰ Sehingga komunikasi yang diperoleh remaja masih belum dapat dikatakan kontinyu dan belum teratur. Remaja juga belum memiliki keterlibatan secara aktif dalam pemberian informasi. Informasi yang diperoleh remaja tidak berkelanjutan dikarenakan hanya dalam satu kali frekuensi secara singkat dengan waktu yang terbatas. Puskesmas dapat melakukan promosi PKPR dengan menggunakan strategi pengembangan.¹¹

“ya paling efektif kasih informasi pas KIE. Tapi frekuensi terbatas, jadi penyampaian masih belum maksimal, remaja yang aktif juga masih sedikit..” (IU 1)

“kalo ada sosialisasi ya aku dengerin mbak, tapi membosankan, tidak ada game jadi bikin ngantuk. Promosi tentang PKPR tidak berikan, cuma bilang kalau mau tau lebih lanjut bisa ke puskesmas.” (IU 3)

2. Sumber Daya

Sumber daya manusia sebagai penggerak sumber daya lain merupakan komponen penting dalam pelaksanaan program. Ketersediaan dari tim PKPR secara kuantitas sudah tersedia dengan cukup

sebanyak 13 petugas. Petugas PKPR tersebut memiliki peran ganda dikarenakan juga memiliki tanggung jawab dalam pelayanan puskesmas. Namun, adanya sebuah peran ganda seharusnya tidak membuat beban kerja petugas berlebih dikarenakan kegiatan PKPR dilakukan secara berkala dalam waktu tertentu. Diketahui bahwa manajemen waktu yang dimiliki oleh masing-masing petugas PKPR sendiri masih belum baik. Petugas seringkali lupa akan *jobdesk* yang telah dijadwalkan pada kegiatan PKPR. Permasalahan berada pada sistem koordinasi mengenai penjadwalan petugas yang masih belum dilakukan dengan komunikasi secara teratur. Petugas puskesmas PKPR semestinya dapat memiliki manajemen perencanaan yang baik, pengorganisasian waktu yang optimal, pergerakan dan pelaksanaan yang efektif agar pelaksanaan program menjadi maksimal dan berjalan sesuai yang direncanakan.¹²

“kadang jadwal yang dibuat tabrakan sama yang lain. Ada yang lupa juga. Beban kerja memang lebih, tp kalo dilihat tim ya ada.” (IU 1)

“dah koordinasinya sulit karna semua sibuk, kadang jadwal tabrakan sama tugas lain, bingung harus memprioritaskan mana dulu, cari pengganti dadakan juga sulit.” (IU 2)

Salah satu upaya peningkatan SDM yang perlu dilakukan adalah pemberian pelatihan. Pelatihan yang diperoleh koordinator hanya berupa *refreshing* saat awal program PKPR dilaksanakan di Kota Magelang. Orientasi dan *refreshing* internal mengenai PKPR belum pernah dilakukan oleh puskesmas dikarenakan puskesmas belum memprioritaskan pelayanan pada remaja. Dalam Standar Nasional PKPR dijelaskan Kepala Puskesmas mampu PKPR harus melakukan orientasi mengenai program agar diperoleh kesepemahaman yang sama oleh seluruh petugas.

Puskesmas juga harus memiliki petugas terlatih yang telah mendapat orientasi maupun pelatihan ToT (*Training of Trainer*). Selain itu, kemampuan tim PKPR masih kurang mengenai teknik konseling, dikarenakan

pemberian konseling membutuhkan adanya skills pendekatan kepada pasien untuk dapat memperoleh kenyamanan bagi remaja dalam menyampaikan permasalahannya. Sehingga dibutuhkan adanya pelatihan dasar yang sesuai, yang mencakup kebutuhan pendidikan pra pelayanan kepada petugas kesehatan agar dapat melakukan pelayanan pada remaja dengan sikap bersahabat, peduli, peka, dan tidak menghakimi dalam memberikan pelayanan.¹³

“pelatihan biasanya cuma buat koordinator, kalo secara internal tu belum ada sosialisasi PKPR, tapi aku kan perawat jadi tau lah kalo teknis secara umum, jadi semampu kita aja, yang susah itu kalau kasih konseling, kan pendekatannya juga beda sama pelayanan biasa” (IU 2)

“di Magelang sendiri belum ada tenaga psikolog di level puskesmas, jadi poli psikolog juga belum ada” (IT 2)

Untuk sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan PKPR, puskesmas menggunakan ruangan yang dimiliki dalam pelayanan umum untuk melakukan pelayanan kepada remaja. Ruangan pada pelayanan umum tersebut harus berfungsi sebagai fasilitas yang mendukung dan disesuaikan dengan kebutuhan remaja yang tetap memperhatikan kerahasiaan, kenyamanan, dan privasi yang diperoleh remaja. Namun, dalam pelaksanaannya ruangan tersebut belum sepenuhnya menjamin dikarenakan ruangan pemeriksaan yang tidak tertutup sehingga remaja merasa tidak memiliki kenyamanan dalam melakukan pelayanan. Sumber daya fasilitas kesehatan yang masih belum mendukung dalam pelaksanaan PKPR akan menjadi kendala sekaligus tantangan bagi petugas agar tetap memberikan pelayanan yang baik.¹⁴

“Konseling adanya terpadu, itu saja jarang digunakan karna remaja takut kalau ada perpindahan ruangan.” (IU 1)

“...kalau PKPR harus ada klinik, program lain pada meri mbak kalo ga dibikin juga, kita jadi satu di poli umum saja supaya efektif” (IT 1)

Terkait dengan media informasi sudah tersedia secara lengkap diantaranya leaflet, VCD/DVD, poster, dan brosur dengan berbagai macam materi serta lembar balik. Media yang belum dimiliki adalah kit konseling remaja. Pengadaan dan pembaharuan media informasi tersebut dilakukan pada media yang juga dapat dimanfaatkan oleh program lain, seperti leaflet dan brosur.

Selain itu, tidak ditemukan adanya penyediaan media informasi pendukung di dinding ruang tunggu pasien maupun di dalam ruangan pemeriksaan. Remaja juga menyampaikan bahwa jarang menerima adanya media informasi saat dilaksanakan KIE di sekolah. Media informasi dapat diperoleh remaja di ruang Bimbingan Konseling (BK) ataupun di ruang Unit Kesehatan Remaja (UKS). Hal tersebut menunjukkan pendistribusian media informasi PKPR masih belum dilakukan dengan baik. Media informasi berupa media cetak maupun audio visual memberikan pengaruh terhadap keterpaparan remaja dalam memperoleh informasi yang dapat mempengaruhi perilaku pada remaja.¹⁵

“Saat sosialisasi tidak ada brosur yang diberikan mbak, ada ya kalo di ruang BK, pas periksa juga, didalem gaada leaflet yang dikasih, ya cuma tanya jawab biasa aja.”

(IT 3)

Mengenai dana PKPR bersumber dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), dikatakan bahwa penerimaan dana selama ini selalu mencukupi dikarenakan rencana kegiatan yang dilakukan merupakan kegiatan luar gedung dengan sasaran remaja di masyarakat yaitu kegiatan sosialisasi penyuluhan, bukan berupa pengadaan. Terkait dengan perencanaan pengadaan fasilitas, puskesmas dapat menganggarkan melalui dana BOK maupun APBD II. Dana PKPR dapat dimanfaatkan terkait pemberian

sosialisasi dan jangkauan kepada remaja secara menyeluruh dengan media promosi yang menarik minat remaja.¹⁶

3. Sikap/Disposisi Pelaksana

Jika pelaksanaan kebijakan diharapkan dapat berlangsung efektif, maka para pelaksana harus mempunyai keinginan dan kecenderungan sikap positif untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Diketahui bahwa petugas tim PKPR memiliki sikap yang mendukung dengan adanya program PKPR. Motivasi yang dimiliki petugas juga diperoleh dari hasrat diri sendiri dikarenakan keprihatinan dalam melihat kondisi remaja saat ini. Motivasi yang dimiliki petugas erat kaitannya dengan kinerja yang diberikan, sehingga perlu dibina serta dijaga agar kinerja stabil atau bahkan dapat meningkatkan kinerja.¹⁷ Terkait dengan komitmen, petugas belum sepenuhnya memiliki kesepahaman mengenai PKPR sehingga masih belum memiliki keyakinan mengenai keberhasilan program dan cenderung hanya sekedar melakukan peran dan tugasnya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Petugas tim PKPR harus mempunyai sikap komitmen dan kemauan yang penuh yang dilengkapi dengan dimilikinya pengetahuan terkait pelayanan remaja agar dapat terbentuk dan berfungsinya program PKPR dengan baik.¹⁸

“wah kalo keberhasilan jelas kurang, butuh pengembangan yang bagus, tugas di PKPR kan tugas tambahan ya mbak, saya juga nganggep PKPR tu sama kayak pelayanan biasa” (IU 2)

“kalau remaja ini memang sangat labil dan sering coba-coba, prihatin mbak kalo lihat jaman sekarang tu” (IU 3)

“PKPR sejatinya sangat membantu, namun kalau tidak ada kerjasama dari petugas dan sasaran sama saja belum bisa berjalan baik.” (IT 2)

Dukungan dari lingkungan juga memberikan pengaruh terhadap sikap petugas. Kerjasama lintas sektor dan lintas program harus dimiliki dikarenakan PKPR merupakan program sangat kompleks. Puskesmas membutuhkan adanya kerjasama dengan pihak sekolah dalam pemberian perhatian

terkait kondisi remaja, diantaranya kepada pimpinan sekolah dan dewan guru BK.¹⁴ Puskesmas juga diketahui belum melakukan kerjasama tindak lanjut dengan LSM dan lembaga sosial lainnya yang tersedia di Kota Magelang dalam mendukung program PKPR. Padahal adanya dukungan dengan membentuk jejaring, integrasi, dan menjaga hubungan baik terhadap organisasi swasta dan LSM terkait kesehatan remaja akan berpengaruh dengan terlaksananya program PKPR secara optimal.¹⁹

Untuk dukungan berupa antusiasme dari masyarakat dan remaja belum didapatkan secara menyeluruh dalam mendukung kegiatan PKPR. Partisipasi remaja juga masih rendah dan belum berperan aktif. Dukungan belum diperoleh sepenuhnya terkait pembentukan posyandu remaja untuk mendapat keterlibatan masyarakat secara mandiri serta dalam memperluas jangkauan PKPR. Puskesmas belum melakukan kerjasama secara maksimal dengan pihak perangkat desa/kelurahan. Hal tersebut menunjukkan bahwa belum adanya komitmen dan kemauan puskesmas secara maksimal dalam menjadikan prioritas untuk pembentukan posyandu remaja. Dibentuknya posyandu remaja bertujuan agar masyarakat memiliki keterlibatan secara mandiri dalam upaya promotif serta preventif untuk memfasilitasi remaja dalam memahami permasalahan kesehatan yang dialami.²⁰

“kalau menjangkau remaja di luar susah, diundang pada nggak dateng, remaja sekarang pada cuek dan malas kalau disuruh srawung” (IU 2)

“posyandu remaja kan UKBM, dari dan untuk mereka, leadingnya lebih ke kelurahan kita sebagai tim pembina. Nah ini sulitnya, serta merta masih serba dari puskesmas. Pusing mbak kalau prinsipnya begitu” (IT 1)

Dukungan menjadi salah satu kunci dapat berjalannya suatu program dalam pelaksanaan PKPR sehingga pelayanan kesehatan dapat menjangkau seluruh kalangan remaja. Puskesmas perlu meningkatkan komunikasi persuasif kepada berbagai

stakeholders seperti perangkat desa, sekolah, masyarakat dan lembaga lain yang menjadi sarana remaja sebagai upaya dalam membangun jejaring kerja.²¹

4. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi dalam pelaksanaan program sangat mempengaruhi keberlangsungan proses pelaksanaan dikarenakan menyangkut kerjasama, koordinasi, dan prosedur atau tata kerja agar pelaksanaan program dapat berjalan efektif. Dalam pelaksanaan program PKPR, aturan pedoman yang digunakan Puskesmas Magelang Tengah bersumber dari Kementerian Kesehatan.

Penerapan program belum dapat sesuai dengan pedoman dikarenakan petugas mengalami kesulitan karena masih terdapat anggota yang belum memiliki pemahaman secara maksimal mengenai PKPR serta masih terdapat anggota yang belum pernah membaca pedoman PKPR yang tersedia. Adanya pedoman memiliki pengaruh dalam bentuk menentukan terselenggaranya kebijakan yang konsisten dan tidak menyimpang dari tujuan.²² Pelaksanaan program sesuai pedoman juga mempunyai pengaruh terhadap kualitas pelayanan.

“..tidak sedetail yang di pedoman, karna gacukup waktunya, jadi ada beberapa item belum terlaksana.” (IU2)

“Repot kalo harus sesuai persis, saya juga belum baca mbak, cuma dengerin kalau dijelasin, pakai ilmu yang saya punya saja” (IU 3)

“Pedoman dari pusat, SPM remaja kan juga belum ada, untuk pedoman atau juknis dari daerah kami juga belum ada, ya dari kami cuma adanya IKK saja mbak” (IT 2)

Terkait dengan jabatan dan pembagian tugas tim PKPR tertulis pada surat Lembar Keputusan Kepala Puskesmas Nomor 440/692/222/TAHUN 2019. Susunan Tim PKPR terdiri dari 13 petugas dengan jabatan dokter umum, perawat, analis laboratorium, penyuluh kesehatan, nutrisisionis, dan bidan. Namun pembagian kerja belum dilakukan

sesuai yang ada dikarenakan pembagian tugas berdasarkan dengan jumlah penjadwalan tugas yang diperoleh masing-masing anggota adil dan merata. Sehingga dikatakan bahwa tiap anggota harus dapat memiliki kemampuan untuk dapat menjelaskan berbagai kompetensi lain.

Dalam pelaksanaan program, dibutuhkan adanya pembagian kerja yang dituntut adanya penempatan petugas sesuai dengan kompetensi keahlian atau spesialisasi yang dimiliki dengan pekerjaan yang akan diserahkan kepadanya. Keterbatasan tenaga kesehatan yang tersedia harus dapat dikelola dengan sebaik-baiknya. Petugas PKPR puskesmas harus melakukan koordinasi secara teratur demi menunjang keterlaksanaan dan kelancaran kegiatan program PKPR agar terdapat manajemen dalam diri masing-masing pelaksana dalam perencanaan dan kesiapan diri dalam melaksanakan agenda yang dijadwalkan.²³ Sehingga tidak terjadi *miss communication* mengenai penjadwalan dan pembagian tugas yang diberikan. Koordinasi di puskesmas mengenai program PKPR juga belum berjalan dengan baik dikarenakan belum terdapat agenda koordinasi rutin pada tim PKPR. Petugas terkadang memiliki jadwal ganda dalam waktu yang bersamaan yang berakibat penjadwalan yang sudah ada tidak berjalan sesuai yang direncanakan. Tidak adanya komunikasi yang baik dalam suatu tim akan berdampak pada kekompakan yang terjadi dalam pelaksanaan program.

“Jadwal petugas saya buat menyesuaikan biar adil, sama rata ya mbak.. kalau gabisa semuanya ya asal harus ada yg isi, daripada kosong sama batal, nanti repot koordinasinya lagi.” (IU 1)

“jadwal sudah terencana, tapi kadang ya ga sesuai, suka lupa suka misscomm karna ada barengan agenda.” (IU 4)

“harus bisa saling back up ya, tenaga puskesmas memang terbatas, jadi harus pintar manajemen timnya ” (IT 2)

Untuk pelaksanaan supervisi program PKPR, Dinas Kesehatan belum melakukan penilaian dan pemantauan SNPCKPR secara rutin di Kota Magelang. Penilaian dan pemantauan SNPCKPR seharusnya dilakukan secara rutin untuk mengetahui seberapa pencapaian yang didapatkan puskesmas. Kurangnya manajemen pemantauan dan penilaian kinerja program akan menghambat pengembangan kinerja.¹⁹ Monitoring evaluasi juga dilakukan dengan kunjungan Dinas Kesehatan ke puskesmas setiap akhir tahun secara general bersamaan dengan program lain. Metode dilakukan dengan pengecekan berkas dokumen yang dibutuhkan dan tanya jawab seputar keberlangsungan program. Namun, dalam pelaksanaannya dapat dikatakan belum maksimal dikarenakan ditemukan adanya ketidaksesuaian antara berkas laporan dengan kejadian di lapangan.

Hal tersebut membuat monitoring evaluasi kurang berdampak terhadap peningkatan *output* program dan akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Kegiatan monitoring evaluasi di puskesmas seringkali tidak maksimal dikarenakan kegiatan monitoring tidak didukung dengan data instrumen yang diperlukan dan keterbukaan dan kejujuran kondisi yang ada.⁴

“monev dari Dinkes itu global untuk keseluruhan program.” (IU 1)

“wah belum ada monev internal mbak, kita sebatas koordinasi santai kekeluargaan tiap ada masalah” (IU 4)

“belum penilaian SNPCKPR mbak, karna PKPR di sini tu masih minimal semua. Cuma kunjungan saja, kadang ada yang suka nutupi permasalahan yang ada, pas ditanya berkasnya gabisa ngasih.” (IT 2)

Sedangkan untuk pelaporan dilakukan setiap bulan kepada Dinas Kesehatan berupa pemberian data laporan terkait PKPR. Dalam pelaporan tersebut, jarang dilakukan adanya tanya jawab dan penindaklanjutan kegiatan program yang belum berjalan. Pengawasan PKPR di puskesmas yang hanya berupa pemeriksaan laporan tersebut menyebabkan evaluasi mengenai berjalannya PKPR tidak

diketahui sebagai perbaikan program. Sehingga dapat dikatakan bahwa kegiatan monitoring evaluasi dalam program PKPR masih lemah. Proses monitoring evaluasi dalam pelaksanaan PKPR masih dilakukan secara belum optimal dikarenakan evaluasi program seringkali belum didukung dengan *sharing information* dengan pelaksana.⁷

KESIMPULAN

Pelaksanaan PKPR di Puskesmas Magelang Tengah tidak optimal dikarenakan masih terdapat beberapa kendala dalam serangkaian kegiatan pelaksanaan program PKPR yaitu pelaksanaan PKPR yang belum menjangkau remaja di luar sekolah, peran konselor sebaya yang belum memiliki kesungguhan dalam menjalankan peran, serta petugas yang belum memahami penanganan dalam menangani pasien remaja. Adapun faktor yang mempengaruhi tidak optimalnya pelaksanaan program PKPR di puskesmas antara lain kurangnya komunikasi antar tim PKPR dalam koordinasi penjadwalan kegiatan sehingga manajemen waktu yang dimiliki petugas belum dimiliki dengan baik, terbatasnya mengenai kesepahaman dan kejelasan terkait program PKPR yang dimiliki oleh petugas yang berakibat tidak maksimalnya dalam memberikan pelayanan kepada remaja, belum difungsikannya ruangan pelayanan umum secara maksimal dalam pemberian pelayanan kepada remaja sehingga berpengaruh dalam keterbukaan akan masalah yang dihadapi remaja, serta monitoring evaluasi yang terbatas tanpa adanya penindaklanjutan program yang belum berjalan.

Penelitian ini menyarankan agar tim PKPR melakukan penjadwalan komunikasi dan koordinasi secara teratur dan konsisten agar terbentuk manajemen tim yang baik serta diperoleh adanya kejelasan informasi dan pemahaman terkait dengan peran dan tugas masing-masing anggota. Bagi Dinas Kesehatan untuk dapat melakukan pemantauan dan penilaian SNPKPR secara rutin sehingga diketahui aspek penghambat yang mempengaruhi belum optimalnya program PKPR di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Batubara JRL. Adolescent Development (Perkembangan Remaja). Sari Pediatr. 2010;12(1):21–9.
2. Khoirun Q, Mairo N, Rahayuningsih SE, Purwara BH. Kesehatan Reproduksi Remaja Putri di Pondok Pesantren Sidoarjo Jawa Timur. MKB : Maj Kedokt Bandung. 2015;47(2):77–83.
3. Kementerian Kesehatan. Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (SNPKPR). 2nd ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2018.
4. Avilla T. Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Dupak Surabaya. J Promkes. 2019;7(1):78–87.
5. Ni Luh Kadek Alit Arsani, Ni Nyoman Mestri Agustini. Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja Di Kecamatan Buleleng. J Ilmu Sos dan Hum. 2013;2(1):129–37.
6. Rohmah IN, Tauran. Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Alun Alun Kabupaten Gresik. J Mhs Unesa. 2016:1–10.
7. Muthmainnah. Analisis Stakeholder Remaja Terhadap Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Kota Semarang. J Promosi Kesehat. 2013;1:170–83.
8. Setiasih. The Adolescent in Indonesia: Kesehatan Remaja di Tanah Air. Jakarta: Sagung Seto; 2017.
9. Polii KJ, Warouw DM., Kalesara ER. Peranan Komunikasi Organisasi Dalam Meningkatkan Motivasi Kerja. J Ilmu Komun Univ Sam Ratulangi. 2017;(7):1–13.
10. Friskarini K, Manalu HSP. Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Tingkat Puskesmas DKI Jakarta. J Ekol Kesehat. 2016;15(1):66–75.
11. Kusumawati MH. Implementasi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Pada Puskesmas Dalam Meningkatkan Kesehatan Remaja (Studi

- Kasus Pada UPTD Kesehatan Kecamatan Sukorejo Kota Blitar). *J Adm Publik*. 2014;2(11).
12. Ainurrahmah Y. Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan. *J Publik*. 2015;11(2):239–56.
 13. Rohmayanti, Rachman IT, Nisman WA. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Menurut Perspektif Remaja Di Kota Magelang. *J Kesehat Reproduksi*. 2015;2(1):12–20.
 14. Pratiwi T. Analisis Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kota Palembang. *JHeS: J Heal Stud Univ Aisyiyah Yogyakarta*. 2017;
 15. Suwarsi. Hubungan Paparan Media, Penggunaan Waktu Luang, Dan Peran Keluarga Dengan Perilaku Kenakalan Remaja Di SMA Negeri Sleman. *Ilmu Keperawatan*. 2012;
 16. Zainab, Shaluhiah Z, Widjanarko B. Pelaksanaan Program PKPR Pada Puskesmas Guntung Payung di Kota Banjarbaru. *J Promosi Kesehat Indones*. 2012;7(1):1–9.
 17. Ganta VC. Motivation in the workplace to improve the employee performance. *Int J Eng Technol Manag Appl Sci*. 2014;2(6):221–30.
 18. Messakh ST, Istiarti E, Makulua M. Implementasi Program Kesehatan Reproduksi Remaja Di Puskesmas Bancak Kabupaten Semarang. *J Kesehat Bakti Tunas Husada : J Ilmu Ilmu Keperawatan, Anal Kesehat dan Farm*. 2019;19(2):190–9.
 19. Kurniawati L. Analisis Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Kecamatan Simpang Teritip Bangka Barat. *J Ilm Dozen Glob*. 2020;2(1):11–20.
 20. Pesiwariisa PE, Messakh ST, Panuntun B. Gambaran Implementasi Program Kesehatan Reproduksi Remaja Di Puskesmas Getasan. *J Keperawatan Respati Yogyakarta*. 2019;6(2):570–4.
 21. Afrianti N, Mudatsir, Tahlil T. Analisis Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). *J Ilmu Keperawatan*. 2017;5(2):16–25.
 22. Cutia L, Padmawati RS. Implementasi Program pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas (Studi Kasus di Kabupaten Sumbawa Barat). *J BKM Univ Gadjah Mada*. 2012;
 23. Maulidia FM. Pengaruh Struktur Birokrasi terhadap Implementasi Kebijakan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). *J Ilm Kesehat Media Husada*. 2018;6(2):183–92.