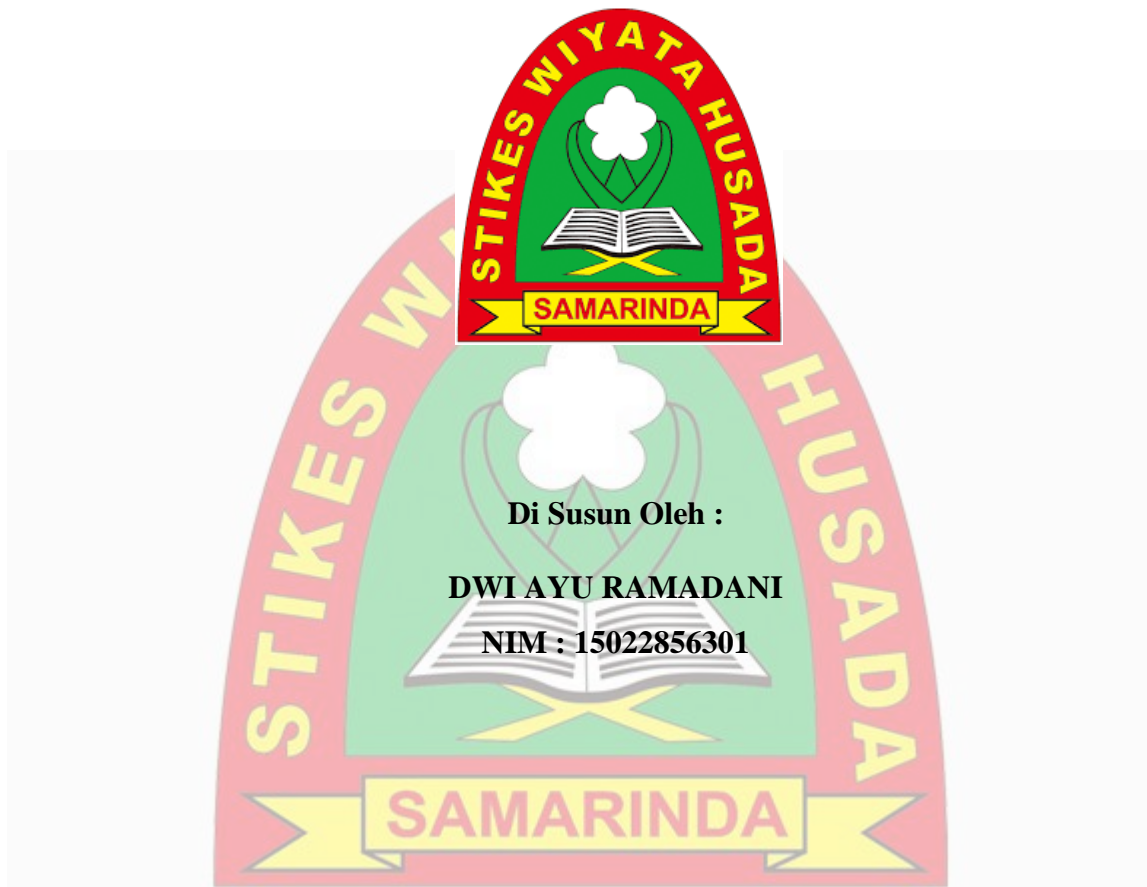


**GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA
DI SEKOLAH MENENGAH LANJUTAN
WILAYAH SAMBUTAN**

SKRIPSI

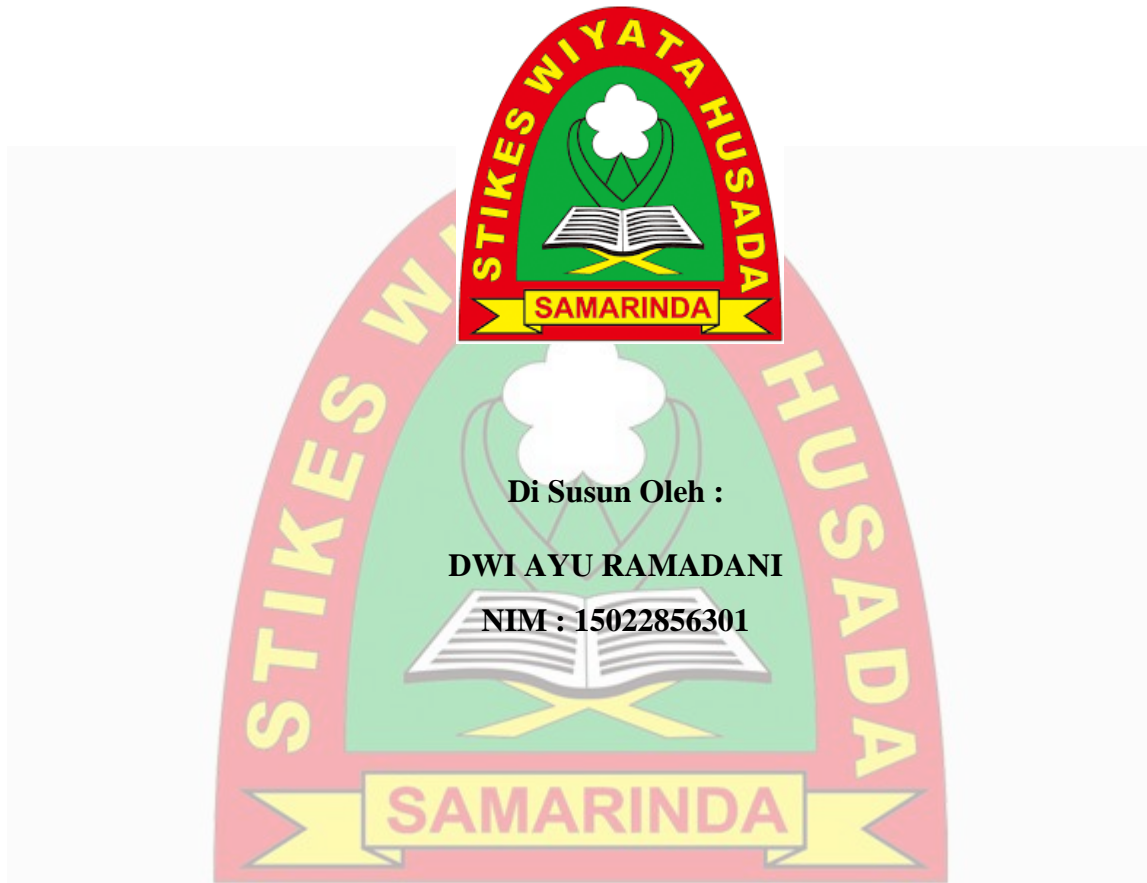


**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

**GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA
DI SEKOLAH MENENGAH LANJUTAN
WILAYAH SAMBUTAN**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana (S.Kep)



Di Susun Oleh :

DWI AYU RAMADANI

NIM : 15022856301

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA
DI SEKOLAH MENENGAH LANJUTAN
WILAYAH SAMBUTAN

SKRIPSI

Disusun Oleh:

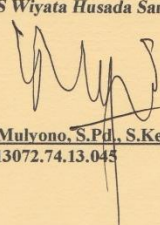

DWI AYU RAMADANI

NIM. 15.0228.563.01

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 14 Agustus 2019**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. Ns. Wahyu Dewi Sulistvarini, S.Kep., M.S (.....)
NIK. 113072.88.17.096
2. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.MB (.....)
NIK. 113072.88.16.088
3. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Kom (.....)
NIK. 113072.82.09.024
4. Ns. Zainuddin Saleh, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 19720125.199703.1.004

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
 NIK : 113072.74.13.045
Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
 NIK : 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwi Ayu Ramadani

NIM : 15.0228.563.01

Program Studi : S1 Keperawatan

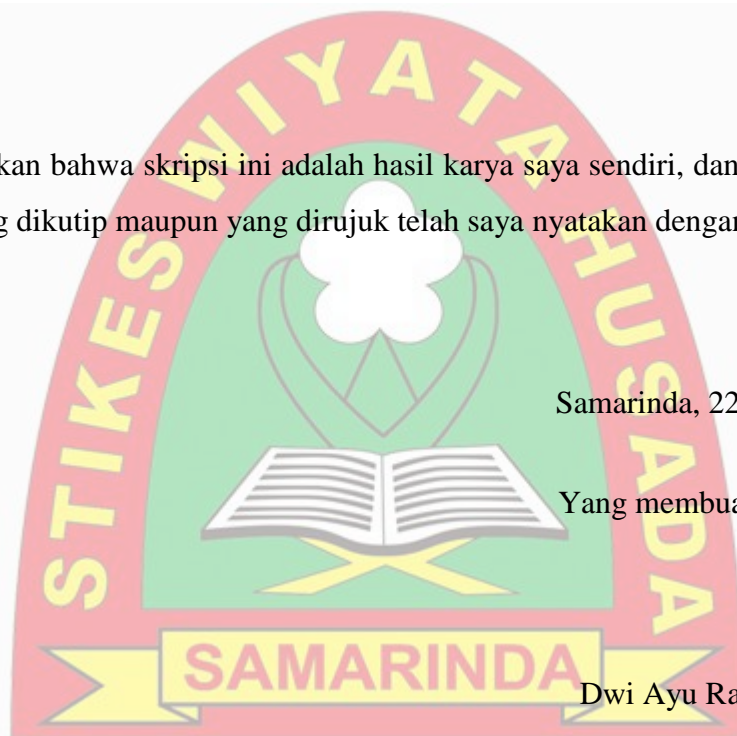
Judul Proposal Penelitian : Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan.

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, 22 Agustus 2019

Yang membuat pernyataan,

Dwi Ayu Ramadani



KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul **“Gambaran Pelayana Kesehatan Peduli Remaja Di Sekolah Menengah Wilayah Sambutan ”**, penulisan skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S.Kep) pada Progam Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda tahun akademik 2019.

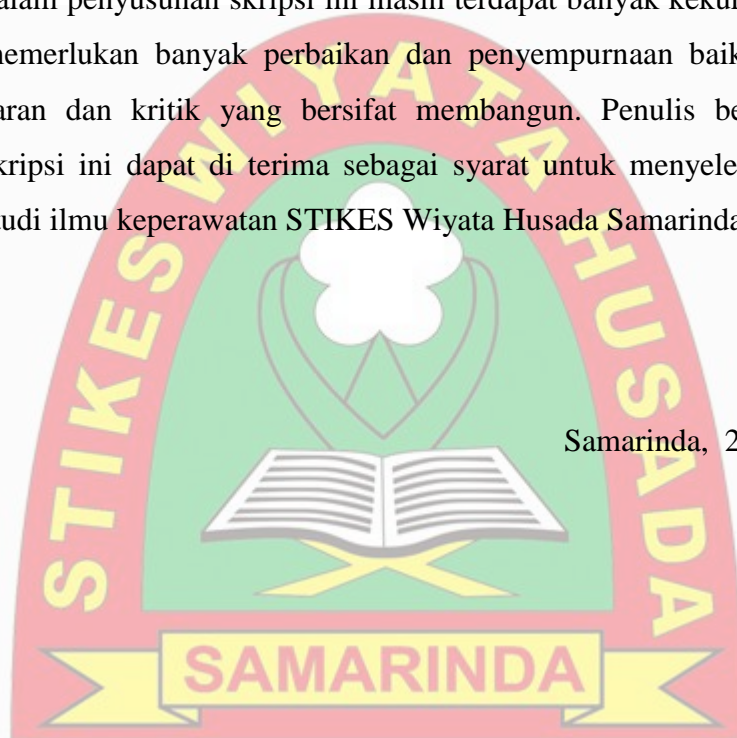
Dalam penyusunan skripsi ini, peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan dan pengalaman yang peneliti miliki. Namun berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak H.Mujito Hadi S.pd,MM selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono., S.Kep., M.Kep., S.Pd ., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Ns. Rusdi., S.Kep., M.Kep ., selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom. selaku pembimbing 1. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang diberikan kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal ini.
5. Ns. Zainudin Saleh, S.Kep., M.Kep. selaku pembimbing 2. Terima kasih atas bimbingan dan arahan yang diberikan sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal ini.
6. Kepala Sekolah Menengah Atas Negeri 11 Samarinda telah mengizinkan peneliti melakukan studi pendahuluan disekolah yang bapak pimpin.
7. Kedua Orangtua saya Ayahanda (Said) dan Ibunda (Khotimah) saya mengucapkan banyak terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada beliau yang selalu mendoakan dan memberikan tenaga ,biaya dan dukungan sehingga skripsi ini dapat terselesaikannya.

8. Bapak/Ibu beserta staf dosen yang ada di lingkungan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu serta dukungan selama proses pembelajaran .
9. Teman-teman seperjuangan Program Studi Ilmu Keperawatan khususnya angkatan 2015 STIKES Wiyata Husada Samarinda yang selalu bersama-sama selama menempuh pendidikan dan insyaallah sampai akhir memakai toga juga bersama-sama

Semoga Allah membalas kebaikan dan melimpahkan karunia serta rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga memerlukan banyak perbaikan dan penyempurnaan baik dalam bentuk saran dan kritik yang bersifat membangun. Penulis berharap laporan skripsi ini dapat di terima sebagai syarat untuk menyelesaikan program studi ilmu keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Samarinda, 22 Agustus 2019



Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwi Ayu Ramadani
NIM : 15.0228.563.01
Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya berjudul :

Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda 22 Agustus 2019

Yang menyatakan

(Dwi Ayu Ramadani)

ABSTRAK**GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA DI SEKOLAH
MENENGAH LANJUTAN WILAYAH SAMBUTAN****Dwi Ayu Ramadani¹, Siti Mukaromah², Zainuddin Saleh³**

Latar Belakang : Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu 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. **Tujuan Penelitian :** untuk mengetahui gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan di Wilayah Sambutan. **Metode Penelitian :** Penelitian ini menggunakan metode *Cross-Sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Pengambilan sampel menggunakan teknik *Consecutive Sampling* dengan jumlah sampel 30 orang tenaga pendidikan. **Hasil Penelitian :** Berdasarkan hasil analisis Univariat menunjukkan kategori baik dengan hasil SDM kesehatan 83,3%, fasilitas kesehatan 93,3%, konselor sebaya 76,6%, manajemen kesehatan 80,0%. **Kesimpulan:** pelayanan kesehatan peduli remaja di sekolah menengah lanjutan wilayah sambutan dalam kategori baik. **Saran :** Bagi sekolah perlu di tingkatkan lagi program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang lebih efektif mengenai keberadaan dan layanan yang dimiliki oleh PKPR.

Kata Kunci : *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*

^{1,2} Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Praktisi Rumah Sakit Abdul Wahab Syahrani



ABSTRACT

THE IMPLEMENTATION OF ADOLESCENT FRIENDLY HEALTH SERVICE (AFHS)
FOR HIGH-SCHOOL STUDENTS IN SAMBUTANDwi Ayu Ramadani¹, Siti Mukaromah², Zainuddin Saleh³

Background: Adolescent Friendly Health Service (AFHS) is a school-based health program that is being implemented in Indonesia. The existence of networking that is integrated with cross-programs, cross-sectors, private organizations, and non-governmental organizations (NGO) in relation with adolescent health could help AFHS program to run optimally. **Objectives:** To discover the implementation of Adolescent Friendly Health Service (AFHS) for high-school students in Sambutan. **Methods:** This research is conducted using *Cross-Sectional* method with descriptive qualitative approach. The *Consecutive Sampling* technique was used in the selection of 30 teachers as participants. **Result :** The study achieved the category of Good and was determined using univariate analysis, the results as follow: the health of the human resources 83.3%, health facility 93.3%, peer counselor 76.6%, health management 80.0% **Conclusion:** The implementation of Adolescent Friendly Health Service program in Sambutan is in the category of Good. **Suggestion:** The schools need to enhance the effectiveness from Adolescent Friendly Health Service (AFHS) program especially the available sites and services offered by it.

Keywords: *Adolescent Friendly Health Service (AFHS)*

^{1,2}Nursing Department, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Health Practitioner, Abdul Wahab Syahrani Hospital

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESEHAN.....	i
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iii
ABSTRAK.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR SKEMA.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat.....	6
E. Penelitian Terkait.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Telaah Pustaka.....	8
1. Perogram pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR).....	8
a. Pengertian PKPR.....	8
b. Ruang lingkup PKPR.....	9
c. Pelaksanaan pelayanan PKPR.....	10
d. Standar nasional PKPR.....	12
2. Konsep Kenakalan Remaja.....	14
a. Pengertian Remaja.....	14
b. Faktor-faktor Kenakalan Remaja.....	16
c. Jenos-Jenis Kenakalan Remaja.....	18
d. Ciri-Ciri Kenakalan Remaja.....	19
3. Konsep Guru.....	19
a. Pengertian Bimbingan dan Konseling.....	19
b. Tujuan dan Fungsi Bimbingan dan Konseling.....	21
c. Jenis Layanan Kegiatan.....	24
d. Kegiatan Pendukung Bimbingan dan Konseling.....	26
e. Upaya Guru Dalam Mengatasi Kenakalan Remaja.....	27
B. Kerangka Teori Penelitian.....	30
C. Kerangka Konsep.....	34
BAB III METODE PENELITIAN.....	35
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	35
B. Lokasi Penelitian.....	35
C. Populasi dan Sampel.....	35
D. Teknik Sampling.....	36
E. Variabel Penelitian.....	37
F. Definisi Oprasional.....	37
G. Instrumen Penelitian.....	38
H. Uji Validitas dan Uji Reabilitas.....	39
I. Prosedur Pengumpulan Data dan Sumber Data.....	40
J. Pengolahan dan Analisa Data.....	41

K. Etika Penelitian	45
L. Alur Penelitian.....	46
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	48
A. Gambaran umum tempat penelitian	48
B. Karakteristik responden	48
C. Hasil analisis distribusi frekuensi	49
D. Pembahasan	50
BABV PENUTUP.....	55
A. Kesimpulan	55
B. Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Oprasional	38
Tabel 3.2 Kisi-kisi Koesioner	40
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan karakteristik responden	48
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan hasil univariat.....	49



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	47
Skema 2.2 Kerangka Konsep.....	48
Skema 3.1 Alur Penelitian.....	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan penelitian

Lampiran 2 : Inform Consent

Lampiran 3 : kuesioner

Lampiran 4 : Surat ijin melakukan penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa remaja merupakan masa saat anak berada di bangku sekolah pada masa ini guru mempunyai pengaruh yang cukup besar dalam membentuk kepribadian dan karakter remaja. Remaja pada dasarnya dibagi menjadi tiga tahap, yaitu tahap remaja awal merupakan remaja yang mulai memasuki pendidikan di bangku Sekolah Menengah Pertama (SMP), sedangkan masa remaja tengah yaitu remaja yang sudah duduk di bangku Sekolah Menengah Atas (SMA), kemudian mereka yang memasuki remaja akhir adalah yang sudah lulus SMA dan memasuki perguruan tinggi (Agoes, 2011). Seorang remaja berada pada krisis identitas, hal ini yang mampu mendorong remaja untuk menemukan jati diri, dengan cara mewujudkan keinginannya agar menjadi seseorang yang sempurna secara intelektual, kepribadian dan penampilan fisik. Masa ini merupakan masa yang sulit bagi remaja karena dapat menimbulkan rasa cemas, merasa di kucilkan, bingung dan bimbang. Pada masa pencarian identitas ini remaja mudah terombang ambing, sehingga membutuhkan perhatian dan dukungan dari semua pihak. Masa remaja merupakan masa yang rentang terkena pengaruh negatif, seperti pergaulan bebas, penggunaan narkoba, tawuran, kriminal dan seks bebas (Willis, 2010)

Kenakalan remaja adalah kejadian yang sudah terjadi lama di masyarakat dan menjadi salah satu keprihatinan bersama termasuk oleh dunia pendidikan. Hal ini disebabkan karena masa remaja merupakan masa peralihan yang dianggap sulit, baik oleh remaja maupun keluarga dan lingkungannya. Perkembangan remaja perlu mendapatkan pengawasan dari orang tua, lingkungan sekolah, dan masyarakat dimana mereka berada, karena pada masa ini remaja akan mudah terpengaruh oleh lingkungannya, sehingga menunjukkan perilaku yang tidak stabil (Agoes, 2011).

Masa remaja merupakan priode terjadinya pertumbuhan dan perkembangan yang pesat baik secara fisik, psikologi maupun intelektual. Sifat khas remaja mempunyai rasa keingintahuan yang besar serta cenderung

berani menanggung resiko atas perbuatannya tanpa di dahului pertimbangan yang matang. Sifat dan perilaku beresiko pada remaja yang dapat memenuhi kebutuhan kesehatan remaja. Adapun dari permasalahan kesehatan yang ada tersebut diantaranya adalah jumlah penderita HIV-AIDS yang meningkat, infeksi menular seksual (IMS), kehamilan tidak diinginkan (KTD) dan penyalahgunaan Napza serta prilaku merokok (Kemenkes, 2015).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2014 terdapat lebih dari 200 ribu kasus baru laki-laki yang terinfeksi HIV dan lebih dari 300 ribu kasus baru pada perempuan berusia 15-24 tahun terinfeksi HIV (WHO, 2016). Di Indonesiapada tahun 2015 jumlah infeksi yang dilaporkan untuk rentang usia 15-19 tahun sebanya 1.119 kasus, dan untuk kasus AIDS, dilaporkan pada tahun 2015 terdapat sebanyak 110 kasus untuk rentang usia 15-19 tahun (Ditjen P2P, 2015). Pada tahun 2016 diestimasikan terdapat infeksi sebesar 5.007 kasus dan pada usia kurang dari 15 tahun (WHO, 2016). Pada tahun 2015 terdapat 19.081 kasus penyalahgunaan narkotika 1.729, kasus psikotropika dan 7.917 bahan adiktif lainnya. pada tahun 2012 tercatat sebanyak 132 tersangka narkoba dengan usia kurang dari 16 tahun dan sebanyak 2.106 tersangka dengan rentang usia 16-19 tahun. Juga tercatat sebanyak 54 pasien narkoba dengan rentang usia 16-19 tahun berada dirumah sakit ketergantungan obat pada tahun 2013 (Kemenkes, 2015).

Hasil data Direktorat Jenderal Penyakit Tidak Menular Kementrian Kesehatan, sebelum tahun 1995 prevalensi remaja terhadap rokok hanya terdapat 7%. Pada tahun 2010 naik menjadi 19%, remaja diatas 15 tahun 54,1% merokok, 43,3% dari jumlah keseluruhan perokok mulai merokok pada rentang usia 14-19 tahun. Jumlah perokok usia remaja semakin meningkat dan sudah mencapai tahap yang sangat mengawatirkan. Indonesia menempati peringkat kelima dunia sebagai perokok terbanyak. Akhir-akhir ini kenakalan remaja semakin tidak terkontrol banyak pelajar yang melanggar peraturan dan tata tertib sekolah serta semakin banyak pelajar yang terlibat dalam tindakan kriminal dan semakin memperburuk keadaan remaja saat ini bahkan peserta didik usia remaja cenderung terlalu bebas dalam bersikap dan

bertindak yang mengarah pada perilaku penyimpangan. Salah satu fenomena yang tinggi terjadi di Samarinda adalah merokok di kalangan remaja. Hasil survey tahun 2018 pencatatan dan laporan PKPR Puskesmas se-Kota Samarinda terdapat 88 pelajar remaja merokok dan alkohol dengan usia 14-19 tahun di kawasan sambutan (Dinkes Kota Samarinda tahun 2017). Perilaku kenakalan remaja dapat semakin memperburuk keadaan remaja saat ini, tindakan kriminal dan penggunaan zat adiktif (merokok).

Penyalahgunaan narkoba dan obat-obatan terlarang pada remaja dapat mengubah pikiran, suasana hati atau perasaan dan perilaku, menimbulkan ketergantungan fisik dan psikologis. Dampak yang ditimbulkan yaitu prestasi belajar disekolah tiba-tiba menurun drastis maupun gangguan mental dan perilaku. Sehingga mengakibatkan terganggunya pikiran, perasaan, perilaku, dan aspek sosial. Masalah menjadi lebih gawat lagi bila remaja terlibat di dalam narkoba yang pada akhirnya para remaja menularkan/tertular HIV/AIDS. Hal ini telah terbukti dari pemakaian narkoba melalui jarum suntik secara bergantian (Abidin, 2017)

Petugas kesehatan memegang peranan penting dalam upaya mencegah kenakalan remaja disekolah. Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan dapat berperan lebih aktif dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan narkoba dan penggunaan zat adiktif (merokok) di kalangan remaja. Perawat sebagai tenaga kesehatan wajib melaksanakan fungsi dan perannya sesuai standar yang telah ditetapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pihak yang ikut bertanggung jawab dalam proses pembinaan anak remaja adalah para pendidik di sekolah (Martono, 2006). Sekolah merupakan tempat penting bagi remaja dalam pembentukan karakter. Dalam Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional No 20 Tahun 2003 disebutkan bahwa pendidikan nasional berfungsi untuk mengembangkan serta membentuk watak peradaban bangsa yang bermartabat untuk mewujudkan cita-cita bangsa, yaitu mencerdaskan kehidupan bangsa serta berupaya untuk pengembangan potensi serta kemampuan peserta didik dan menjadikan mereka manusia yang beriman, berakhlak mulia, berilmu cakap, kreatif,

mandiri dan menjadi warga negara yang demokrasi serta bertanggung jawab (Risetdikti, 2018).

Salah satu usaha yang dilakukan dan terus di kembangkan adalah pelayanan kesehatan di sekolah dilaksanakan oleh tim kesehatan dari puskesmas bekerja sama dengan guru dan kader kesehatan sekolah (Kemendikbud, 2012). Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu 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 (Kemenkes, 2016). Salah satu upaya pemerintahan dalam menangani permasalahan remaja adalah dengan pembentukan program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR). Program ini dapat dilaksanakan di puskesmas, rumah sakit, atau sentra dimana remaja berkumpul. Salah satu program PKPR dengan memberikan komunikasi informasi dan edukasi kepada siswa melalui guru pembina PKPR. Tujuan dari program PKPR adalah meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, meningkatkan pemanfaatan puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan dan meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja (Arsani, 2013)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mildiana (2017) mengenai evaluasi pelaksanaan program PKPR di wilayah puskesmas Kabupaten Jombang, di dapat bahwa pelaksanaan program PKPR dikabupaten jombang masih belum sesuai pedoman yang ada seperti tenaga pelaksana memiliki beban kerja yang banyak dan belum mendapatkan pelatihan khusus PKPR, alokasi dana belum memadai, sarana dan prasarana program PKPR sebagian besar belum tersedia, perencanaan program belum dilakukan sesuai pedoman. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anggela (2013) yang dilakukan di kota padang menunjukkan bahwa SDM yang menjadi pelaksana sudah berpendidikan, sarana dan prasarana sudah memadai, iklim kerja kondusif. Sedangkan dari factor manajemen belum terlaksana karena masih

minimnya sarana untuk akses informasi kinerja pegawai dan dana yang tidak memadai dalam pelaksanaan program PKPR.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti secara langsung pada tanggal 5 sampai 6 Maret 2019, di Sekolah Menengah lanjutan wilayah Sambutan bahwa terdapat 135 guru dan tenaga pendidikan. Dari data yang di dapat bahwa dari 2.569 siswa di Sekolah Menengah Atas Negeri 11, SMK PGRI 5, SMKN 20, SMPN 9 Samarinda 70% siswa atau sekitar siswa melakukan pelanggaran di sekolah. Pelanggaran tersebut berupa merokok, keluar pada saat jam pelajaran berlangsung, membolos, perkelahian antar teman sebaya. Berdasarkan keterangan yang diberikan oleh salah satu guru bimbingan konseling tidak ada tindak lanjut dari sekolah untuk menangani kenakalan yang dilakukan oleh siswa.

B. Rumusan Masalah

Permasalahan kesehatan remaja diatas disebabkan oleh keterbatasan akses informasi bagi remaja di sekolah. Informasi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di sekolah dapat terlaksana secara optimal apabila membentuk integrasi dengan lintas program dan LSM terkait dengan kesehatan remaja. Dengan ini peneliti tertarik untuk meneliti apakah Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah lanjutan sudah sesuai dengan pedoman PKPR

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Adapun tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan di Wilayah Sambutan

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

- a. Mengidentifikasi gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan berdasarkan sumber daya manusia

- b. Mengidentifikasi gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan berdasarkan fasilitas kesehatan
- c. Mengidentifikasi gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan berdasarkan remaja
- d. Mengidentifikasi gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan berdasarkan manajemen kesehatan

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian diharapkan dapat memberi manfaat baik secara praktis dan teoritis sebagai berikut :

1. Manfaat teoritis

Adapun manfaat teoritis hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dan bahan pengembangan ilmu dalam meningkatkan materi keperawatan Komunitas dan penerapan pelaksanaan di unit terkait serta mempertimbangkan tentang peran guru dalam menangani kenakalan remaja di Sekolah Menengah lanjutan

2. Manfaat praktis

a. Bagi Peneliti

Dapat menambah pengetahuan, wawasan berpikir dan pengalaman dilapangan serta menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh dibangku kuliah, sehingga dapat menghasilkan sesuatu informasi baru dan dapat bermanfaat bagi pihak – pihak yang membutuhkan.

b. Bagi Sekolah Menengah

Sebagai bahan masukan pentingnya memperhatikan program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah.

c. Bagi Instansi Stikes WHS

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi masukan untuk memperluas ilmu dan wawasan mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda Khususnya mahasiswa ilmu keperawatan mengenai

program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan.

d. Bagi Praktik Keperawatan Komunitas

Penelitian ini diharapkan dapat sebagai bahan masukan untuk meningkatkan tindakan keperawatan mandiri dan profesionalisme perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada klien.

E. Penelitian Terkait

1. Arsani *et al* (2013). Meneliti tentang Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif. Subjek dan objek dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas, staf/petugas puskesmas dibagian PKPR, dan remaja dikecamatan Buleleng. Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah wawancara, observasi dan *focus group discussion*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peranan puskesmas dalam program PKPR adalah sebagai ujung tombak pemberi pelayanan kesehatan dimasyarakat termasuk remaja, program PKPR yang dicanangkan puskesmas buleleng sebagian besar sudah terlaksana dengan baik namun masih terdapat satu sasaran yang belum tercapai yaitu pembentukan konselor sebaya serta belum maksimalnya sosialisasi kepada remaja secara luas, PKPR dirasa memiliki peranan yang penting bagi remaja. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas yaitu tempat dilakukannya penelitian diwilayah Sambutan dengan menggunakan metode penelitian deskriptif analitik.
2. Fitriani *et al* (2017). Meneliti tentang Pencapaian Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Pada Posyandu Remaja di Surabaya. Penelitian ini menggunakan metode rancang bangun cross sectional dengan pendekatan deskriptif kualitatif. Teknik pengambilan data dengan wawancara dengan sampel 15 remaja di kota Surabaya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak semua standar terpenuhi, standar remaja dan jejaring sangat sulit untuk dipenuhi, hal ini

berhubungan dengan ketertarikan dan sosialisasi yang terselenggara dengan tidak baik. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah teknik pengambilan data dengan *consecutive sampling*. Instrumen dalam penelitian ini yaitu koesioner.

3. Novi Afrianti (2017). Meneliti tentang Analisa Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. Jenis penelitian ini yaitu *mixed method* (Kualitatif dan Kuantitatif) dengan subjek penelitian yaitu petugas PKPR Kota Banda Aceh. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan puskesmas dalam pelaksanaan PKPR di puskesmas kota banda aceh berada dalam kategori minimal, dari lima standar nasional PKPR standar jejaring dan manajemen merupakan standar yang memiliki pencapaian terendah (minimal). Keberhasilan implementasi PKPR pada puskesmas dengan kategori paripurna dilatar belakangi oleh kemauan dan kemampuan petugas PKPR dalam menjalankan program dengan niat membantu mengatasi permasalahan remaja. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas yaitu metode penelitian kuantitatif, penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara *consecutive sampling* dengan sampel yang terdiri dari Kepala sekolah, guru pembina PKPR, Guru bimbingan dan konseling di sekolah menengah lanjutan.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

a. Pengertian PKPR

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pelayanan kesehatan yang ditunjukkan dan dapat dijangkau oleh remaja serta berkesan menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai, menjaga rahasia, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatan remaja, serta efektif, efisien dan komperhensif dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Depkes, 2008). Puskesmas yang memiliki program PKPR memberikan layanan baik di dalam maupun diluar gedung yang ditunjukkan bagi kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat. Hal ini dilakukan agar layanan yang diberikan dapat menjangkau semua kelompok remaja (usia 10-18 tahun). Kriteria yang ditetapkan bagi puskesmas yang mampu melaksanakan PKPR yaitu (Kemenkes, 2016):

1. Melakukan pembinaan pada minimal satu sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dengan melaksanakan kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) di sekolah binaan minimal dua kali dalam setahun.
2. Melatih kader kesehatan remaja di sekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid disekolah binaan
3. Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.

Layanan PKPR merupakan pendekatan yang komperhensif dan menekankan pada upaya promotif/preventif berupa pembekalan kesehatan dan peningkatan keterampilan psikososial dengan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS). Layanan konseling menjadi ciri dari PKPR mengingat permasalahan remaja yang tidak hanya berhubungan dengan fisik tetapi juga psikososial. Upaya penjangkauan ter-

hadap kelompok remaja juga dilakukan melalui kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), *Focus Group Discussion* (FGD), dan penyuluhan ke sekolah-sekolah dan kelompok remaja lainnya.

Fenomena *peer groups* (kelompok sebaya) juga menjadi perhatian pada program PKPR. Oleh karena itu, program ini juga memberdayakan remaja sebagai konselor sebaya yang diharapkan mampu menjadi agen perubahan (*agent of change*) di kelompoknya. Konselor sebaya ini sangat potensial karena adanya kecenderungan pada remaja untuk memilih teman sebaya sebagai tempat diskusi dan rujukan informasi. Selain pemberian informasi, edukasi, dan kegiatan seperti disebutkan sebelumnya, pelayanan kesehatan sekolah tersebut juga meliputi pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan perkembangan kecerdasan, pemeriksaan imunisasi, penemuan kasus-kasus dini yang mungkin terjadi, pengobatan sederhana, pertolongan pertama serta rujukan bila menemukan kasus yang tidak dapat ditanggulangi di sekolah.

b. Ruang Lingkup Pelayanan PKPR

Berikut ruang lingkup pelayanan PKPR (Kemenkes, 2014)

1. Penggunaan Pelayanan PKPR

Berdasarkan UU No.23 tahun 2002 tentang perlindungan anak bahwa sasaran pengguna layanan PKPR adalah kelompok remaja usia 10-18 tahun. Walaupun demikian, mengingat batasan usia remaja menurut WHO adalah 10-19 tahun, maka Kementerian Kesehatan menetapkan sasaran pengguna layanan PKPR meliputi remaja usia 10-19 tahun tanpa memandang status pernikahan. Adapun focus sasaran layanan puskesmas PKPR adalah berbagai kelompok remaja antara lain:

- a. Remaja disekolah: sekolah umum, madrasah, pesantren, sekolah luar biasa
- b. Remaja diluar sekolah: karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja, panti yatim piatu, rehabilitasi, kelompok belajar

mengajar, organisasi remaja, rumah singgah, kelompok keagamaan

- c. Remaja putri sebagai calon ibu dan remaja hamil tanpa permasalahan status pernikahan
- d. Remaja yang rentan terhadap penularan HIV, remaja yang sudah terinfeksi HIV, remaja yang sudah terkena dampak HIV dan AIDS, remaja yang menjadi yatim/piatu karena AIDS.
- e. Remaja berkebutuhan khusus, yang meliputi kelompok remaja sebagai berikut: korban kekerasan, korban trafficking, korban eksploitasi seksual, penyandang cacat, lembaga permasyarakatan (LAPAS), anak jalanan dan remaja pekerja.

2. Paket pelayanan remaja sesuai kebutuhan

Meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative yang harus diberikan secara komprehensif di semua tempat yang akan dilakukan pelayanan remaja dengan pendekatan PKPR. Intervensi meliputi: pelayanan kesehatan reproduksi remaja (meliputi infeksi menular seksual (IMS), HIV&AIDS) termasuk seksualitas dan pubertas, pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja, pelayanan gizi (anemia kekurangan dan kelebihan gizi) termasuk konseling dan edukasi, tumbuh kembang remaja, skrining status TT pada remaja, pelayanan kesehatan jiwa remaja, meliputi masalah psikososial, gangguan jiwa dan kualitas hidup, pencegahan NAPZA, deteksi dan penanganan kekerasan pada remaja, deteksi dan penanganan tuberkulosis, serta deteksi dan penanganan kecacangan.

c. Pelaksanaan pelayanan PKPR

Pelayanan yang ada dalam program PKPR adalah sebagai berikut (Depkes, 2008)

1. Pemeriksaan kesehatan: dilaksanakan pemeriksaan kesehatan secara umum, pemeriksaan laboratorium dilakukan hanya bila diperlukan, pemeriksaan kesehatan dapat dilaksanakan sebagai berikut: dipuskesmas di setiap ru-

angan pemeriksaan gigi, KIA, KB, BP bagi setiap remaja yang dating keruangan tersebut dilakukan pemeriksaan dan anamnesa lengkap, di rumah tinggal/ ditempat-tempat berkumpul anak rema., disekolah saat penjarangan anak sekolah oleh kader dan petugas puskesmas.

2. Pengobatan : semua penyakit yang ditemukan diobati sesuai dengan penyakitnya, pengobatan dilaksanakan di puskesmas, apabila diperlukan rujukan, dapat dirujuk kerumasakit terdekat
3. Merupakan kegiatan pembinaan kepada remaja yang mempunyai kasus kesehatan reproduksi remaja atau kasus yang memerlukan dialog. Tempat konseling dapat dilaksanakan di puskesmas, sekolah, atau tempat kusus pelayanan konseling kesehatan remaja.
4. Penyuluh: penyuluh kesehatan remaja dilaksanakan pada setiap kesempatan, misalnya pada saat penerimaan nmurid baru disekolalh atau pada saat seminar remaja.

d. Jenis penyelenggaraan pelayanan/kegiatan PKPR

Pelayanan/kegiatan puskesmas dibedakan menjadi puskesmas memberikan layanan minimal dan puskesmas memberikan pelayanan paripurna (Depkes, 2008)

1. Puskesmas dengan layanan minimal, mempunyai ciri sebagai berikut: puskesmas memberikan layanan konseling, walaupun belum memberi layanan remaja secara tersendiri atau terpisah, puskesmas melakukan pemeriksaan fisik maupun laboratorium sederhana, puskesmas melaksanakan kegiatan KIE disekolah, melaksanakan survey perilaku remaja kepada sasaran remaja diwilayahnya, melaksanakan rujukan klinik medis ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi sesuai kebutuhan klien.
2. Puskesmas dengan layanan paripurna, yaitu: puskesmas dengan layanan konseling dan sudah dapat memberi pelayanan remaja secara tersendiri/terpisah,puskesmas dengan klinik kesehatan reproduksin(temasuk IMS, HIV-AIDS) yang lengkap sehingga mendukung pelaksanaan rujukan internal, puskesmas melaksanakan pelatihan konselor sebaya ditingkat sekolah lanjutan, puskesmas melaksanakan pelatihan

konselor sebaya pada kelompok remaja diluar sekolah (pramuka, karang taruna, pesantren dan institusi berbasis agama lainnya, anak jalanan, pekerja remaja, dll), puskesmas melaksanakan KIE, puskesmas melaksanakan layanan rujukan social (misalnya menyalurkan ke lembaga pelatihan keterampilan kerja, merujuk ke lembaga rehabilitasi mental). Puskesmas mengembangkan inovasi kegiatan dengan memanfaatkan sarana komunikasi atau teknologi yang ada, misalnya pelayanan konseling melalui *hot-line* service/SMS memberikan informasi melalui website atau media elektronik lainnya. Puskesmas mengembangkan lokasi kegiatan yang melibatkan remaja, misalnya pelatihan *peer Counselor*/konselor sebaya, kegiatan KIE diluar ruangan, dan lokasi-lokasi yang disukai remaja.

e. Standar Nasional PKPR

Bagian penting dari suatu pelayanan kesehatan adalah tersedia dan dipenuhinya standar, karena pelayanan kesehatan yang bermutu apabila pelayanan tersebut dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada. Suatu standar pelayanan harus valid, karena ada kaitan yang kuat antara standar dengan hasil yang diinginkan. Apabila standar terpenuhi maka hasil yang diinginkan akan tercapai. Standar harus ditulis dengan jelas sehingga petugas tidak salah menerjemahkannya di dalam pelayanan. Pa yang tercantum dalam standar pelayanan harus reliatis, artinya tidak terlalu sulit untuk dilaksanakan oleh petugas (Bustami, 2011).

Pengertian standar menurut slee adalah rumusan tentang penampilan atau nilai yang diinginkan mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan. Sedangkan menurut clinical practica, guideline pengertian standar adalah keadaan ideal atau tingkat pencapaian tinggi dan sempurna yang digunakan sebagai batas penerimaan minimal. Berdasarkan pernyataan tersebut, dapat disimpulkan bahwa standar menunjuk pada tingkat ketercapaian ideal yang diinginkan dan merupakan tujuan yang ingin divapai (Buatami, 2011)

1. Standar masukan: standar masukkan (*input* atau *structure*) dapat berupa tenaga, peralatan, fasilitas, sumber dana, bahan dan organisasi

2. Standar proses: standar proses berfokus pada interaksi profesi dengan pasien atau masyarakat dan digunakan untuk menilai pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan merupakan kinerja pelayanan kesehatan. Standar proses biasanya dinyatakan sebagai kebijaksanaan atau prosedur kerja.
3. Standar keluaran: standar keluaran merupakan ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan. Karena menunjuk pada hasil keluaran maka standar keluaran sering juga disebut dengan standar penampilan.
4. Standar hasil: standar hasil merupakan ukuran hasil intervensi pelayanan kesehatan terhadap pasien atau masyarakat. Standar hasil biasanya ditentukan oleh pihak ke tiga, bukan oleh pemberi layanan atau sarana pelayanan kesehatan.

Standar nasional PKPR adalah dokumen tertulis yang berisi berbagai persyaratan mutu PKPR yang meliputi persyaratan mutu masukan (*Input*), proses, maupun luaran (*output*). Standar nasional PKPR dikembangkan untuk digunakan sebagai pedoman dalam mengarahkan dan menilai mutu PKPR. Standar nasional PKPR adalah pedoman pengendalian mutu yang digunakan oleh fasilitas kesehatan untuk meningkatkan dan menjamin mutu PKPR yang telah dilaksanakan. Untuk dapat menggunakan standar tersebut, fasilitas kesehatan harus terlebih dahulu mampu dalam melaksanakan pelayanan/kegiatan PKPR. Adapun kriteria puskesmas mampu melaksanakan pelayanan atau kegiatan PKPR sebagai berikut (Kemenkes, 2014).

- a. Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling dan kontak dengan petugas PKPR
- b. Melakukan pembinaan pada minimal 1 sekolah dalam satu tahun disekolah umum atau sekolah berbasis agama, dengan minimal melakukan kegiatan KIE disekolah binaan minimal 2 kali dalam setahun
- c. Melatih konselor sebaya disekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid disekolah binaan

Selanjutnya untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan PKPR, Puskesmas harus meningkatkan mutu masukan dan proses kegiatannya. Terdapat 5 komponen atau aspek pokok yang diatur dalam standar nasional PKPR yang berkaitan dengan penyelenggaraannya yaitu: 1). Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan,

2) Fasilitas Kesehatan, 3) Remaja, 4) Jejaring, 5) Manajemen Puskesmas. Berikut komponen dasar PKPR:

1. Standar 1 SDM Kesehatan: pengetahuan dan kompetensi petugas, pelayanan konseling remaja
2. Standar 2 Fasilitas Kesehatan: paket pelayanan kesehatan, prosedur, tatalaksana dan alur pelayanan
3. Standar 3 Remaja: kegiatan pemberian informasi (pelayanan KIE), kegiatan konselor sebaya
4. Standar 4 Jejaring: pemetaan pemangku kepentingan, peningkatan partisipasi remaja
5. Standar 5 Manajemen Kesehatan: kegiatan advokasi, kegiatan supervise, pemantauan dan evaluasi, system rujukan.

Sedangkan untuk hasil penilaian, diinterpretasikan dalam tiga tingkat pemenuhan SN-PKPR, yaitu: Paripurna: mencapai $\geq 80\%$, Optimal mencapai 60%-79,99%, Minimal $< 60\%$. Setelah diperoleh tingkat pemenuhan standar nasional PKPR Puskesmas dengan bimbingan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota membuat rencana aksi upaya perbaikan terhadap komponen-komponen yang tidak memenuhi standar. Implementasi standar nasional PKPR merupakan tanggung jawab berbagai pihak yang terkait pada berbagai tingkat administrasi di lingkungan sector kesehatan (Kemenkes, 2014)

2. Konsep Kenakalan Remaja

a. Pengertian Remaja

Masa remaja (*adolescence*) adalah masa peralihan dari masa anak-anak menjadi dewasa. Menurut WHO (*World Health Organisation*) remaja memiliki rentang usia 10-19 tahun. Menurut peraturan menteri kesehatan RI No. 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dengan rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) rentan usia remaja adala 10-24 tahun serta belum menikah. Kelompok usia remaja dalam data BAPENAS, BPS, dan BKKBN tahun 2013 jumlah remaja indonesia sebanyak 64,0 juta jiwa atau sekitar 27,6% dari jumlah penduduk indonesia. Didunia diperkirakan kelompok usia

remaja berjumlah 1,8 milyar atau 25% dari jumlah penduduk dunia (WHO, 2014).

Istilah *Adolescanse* berasal dari kata *adolescere* yang berarti remaja atau bertumbuh menjadi dewasa (Hurlock, 2015). Remaja adalah individu yang sedang mengalami masa pertumbuhan atau peralihan dari masa kanak-kanak menuju ke masa dewasa, yang pada masa tersebut akan terjadi perkembangan baik fisik, psikologis, dan sosial. Hal tersebut juga dikemukakan oleh Atkinson (1991) bahwa masa remaja adalah masa transisi atau masa peralihan dari masa kanak-kanak menjadi masa dewasa.

Psikologis masa remaja adalah usia saat individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa, usia dimana anak-anak tidak lagi merasa di bawah tingkat orang-orang yang lebih tua, melainkan berada dalam tingkat yang sama, sekurang-kurangnya dalam masalah hak. Remaja tidak dapat dan tidak mau diperlakukan sebagai kanak-kanak karena mereka sekarang hidup dengan orang dewasa, dimana di dalam masyarakat remaja menuntut penyesuaian dengan orang dewasa (Hurlock, 2015). Remaja adalah individu yang menjalani masa transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, yang berlangsung dari umur 12 tahun sampai 21 tahun, dengan pembagian 12 sampai 12 tahun adalah remaja awal, 15 sampai 18 tahun adalah masa remaja pertengahan, dan 18 sampai 21 tahun adalah masa remaja akhir. Masa remaja awal berfokus pada perubahan pubertas, masa remaja pertengahan yaitu mengeksplorasi identitas secara mendalam sering kali terjadi kebingungan identitas yang terbentuk pada masa remaja pertengahan. Fenomena perilaku menyimpang remaja sering kali terjadi pada masa remaja pertengahan dalam rentang usia 15 sampai 18 tahun. (Lidya Sayidatun Nisa, 2012).

1) Kartono: Kenakalan remaja atau lebih dikenal dengan istilah *juvenile delinquency* merupakan perilaku negatif atau kenakalan anak-anak muda, merupakan gejala sakit (patologis) secara sosial pada anak-anak dan remaja yang di sebabkan oleh suatu bentuk pengabaian sosial, sehingga mereka mengembangkan perilaku menyimpang. Istilah remaja mengacu pada suatu rentang yang luas, dari tingkah laku yang tidak

dapat diterima sosial sampai pelanggaran status hingga tindakan kriminal (Kartono K. , 2010).

- 2) Santrock: Kenakalan remaja merupakan kumpulan dari berbagai perilaku remaja yang tidak dapat diterima secara sosial sehingga dapat menyebabkan terjadinya tindakan kriminal (Santrock, 2017)

b. Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya kenakalan remaja

Banyak sekali faktor yang menyebabkan kenakalan remaja maupun kelainan perilaku remaja pada umumnya (Sarwono S. W., 2010). Beberapa teori mencoba menjelaskan penyebab terjadinya kenakalan remaja, yang dapat digolongkan sebagai berikut:

- 1) *Rational choic*: Teori ini mengutamakan faktor individu dari pada faktor lingkungan. Kenakalan yang dilakukan adalah atas pilihan atau kemauannya sendiri. Contohnya seperti remaja yang dianggap sebagai kurang beriman maka remaja tersebut akan di masukkan ke pesantren, dan yang lain menganggap remaja nakal dan kurang disiplin sehingga diberikan latihan militer.
- 2) *Social disorganization*: Teori ini lebih mengutamakan faktor budaya. Kenakalan remaja dapat disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya peran antar masyarakat yang selama ini menjaga keseimbangan dan harmoni di masyarakat. Kurangnya fungsi keluarga dan guru disekolah menjadi faktor penyebab kenakalan remaja
- 3) *Strain*: Terori ini dikemukakan oleh marton yang intinya adalah bahwa tekanan yang besar dalam masyarakat contohnya kemiskinan, menyebabkan sebagian anggota masyarakat yang memilih jalan *rebellion* melakukan kejahatan atau kenakalan remaja
- 4) *Deifferential association*: Menurut teori ini kenakalan remaja yang disebabkan oleh salah pergaulan. Kenakalan remaja biasanya terjadi karena anak nakal bergaul dengan anak yang nakal juga. Paham ini banyak dianut oleh orang tua di Indonesia. Orang tua biasanya melarang anaknya bergaul dengan teman yang dianggap nakal dan orang tua lebih menyuruh anaknya berteman dengan anak yang pandai dan rajin beajar.

5) *Labelling*: Teori ini mengungkapkan bahwa anaknakal akan dicap (diberi *label*) nakal.

Beberapa faktor yang menyebabkan kenakalan remaja adalah sebagai berikut (Santrock, 2017)

- 1) Identitas: Remaja yang gagal dalam memenuhi tuntutan peran sosial akan memiliki perkembangan identitas yang negatif.
- 2) Kontrol diri: Remaja tidak mampu membedakan tingkah laku yang dapat diterima dan tingkah laku yang tidak dapat diterima. Kurangnya kemampuan remaja mengembangkan kontrol diri yang sudah dimiliki selama proses pertumbuhan.
- 3) Usia: Munculnya tingkah laku anti sosial pada usia remaja sehingga menjadi tingkah laku kenakalan remaja
- 4) Jenis kelamin: Berdasarkan jenis kelamin remaja laki-laki lebih cenderung melakukan kenakalan remaja di bandingkan dengan remaja perempuan.
- 5) Harapan terhadap pendidikan dan nilai-nilai di sekolah: Remaja yang menjadi pelaku kenakalan memiliki harapan dan motivasi yang rendah terhadap pendidikan di sekolah.
- 6) Proses keluarga: Kurangnya dukungan keluarga seperti dukungan orang tua kepada aktivitas anak, kurangnya penerapan disiplin yang efektif dan kurangnya kasih sayang orang tua dapat memicu kenakalan remaja. Faktor keluarga merupakan faktor utama karena keluarga merupakan awal pendidikan non formal bagi remaja
- 7) Pengaruh teman sebaya: Memiliki teman sebaya yang melakukan kenakalan maka meningkatkan resiko remaja menjadi nakal.
- 8) Kelas sosial ekonomi: Ada kecenderungan bahwa pelaku kenakalan remaja lebih banyak berasal dari kelas sosial ekonomi yang lebih rendah.
- 9) Kualitas lingkungan sekitar tempat tinggal: Masyarakat juga dapat berperan serta dalam memunculkan kenakalan remaja. Masyarakat dengan tingkat kriminalitas yang tinggi memungkinkan remaja untuk mengamati berbagai aktivitas kriminal dan memperoleh hasil atau penghargaan atas aktivitas kriminal mereka

Kartono mengungkapkan faktor-faktor kenakalan remaja yaitu kurangnya kasih sayang dari orang tua, kurangnya pengawasan dari orang tua, pergaulan dengan teman yang tidak sebaya, penggunaan dari teknologi yang ke arah yang negatif, tidak ada bimbingan kepribadian dari sekolah, pengetahuan ilmu agama yang kurang, tidak adanya media penyalur bakat dan hobi, pergaulan bebas, dan masalah yang tidak terselsaikan (Kartono K. , 2010).

c. Jenis-jenis kenakalan remaja

Kenakalan remaja adalah suatu keadaan yang kurang menyenangkan dalam kehidupan sosial yang di sebabkan oleh beberapa hal. Beberapa masalah kenakalan remaja yaitu masalah material atau kebendaan dan masalah kenakalan remaja psikologis seperti: tercemarnya nama baik, harga diri dan kenakalan remaja dalam kehidupan sosial, seperti melanggar norma-norma sosial dan adat yang berlaku di masyarakat (Basri, 2014)

Kenakalan remaja dapat di bagi dalam beberapa jenis. Menurut Wright yang dikutip oleh Drs. Hasan Basri dalam bukunya membagi jenis-jenis kenakalan remaja sebagai berikut

- 1) *Neurotic delinquent: Neurotic delinquency* adalah kenakalan seorang remaja ataupun siswa yang memiliki sifat pemalu, terlalu perasa, suka menyendiri, gelisah, dan mempunyai perasaan rendah diri. Dalam hal ini sisiwa mempunyai dorongan yang kuat untuk melakukan sebuah kenakalan, seperti: mencuri, dan melakukan tindakan agresif secara tiba-tiba tanpa alasan karena dikuasai oleh fantasi dan khayalannya sendiri.
- 2) *Unsocialized delinquent: Unsocialized delinquency* merupakan suatu sikap kenaklaan remaja atau siswa yang suka melawan kekuasaan seseorang, rasa permusuhan dan pendendam dan pujian tidak berguna bagi remaja tersebut, mereka tidak pernah merasa bersalah dan menyesali terhadap perbuatan yang telah mereka lakukan. Sering menyerahkan tanggung jawab dan kselahannya kepada orang lain. Untuk mendapatkan keseganan dan ketakutan dari orang lain mereka sering kali melakukan tindakan-tindakan yang penuh keberanian.

3) *Pseudo sicial delinquent*: *Pseudo social delinquent* adalah kenakalan remaja atau siswa yang mempunyai loyalitas yang tinggi kepada kelompok atau geng, sehingga tampak patuh dan kesetiakawanan yang baik. Jika melakukan kenakalan bukan bukan atas dasar kemauan sendiri yang baik tetapi karena didasari oleh suatu kewajiban kelompok yang telah diikutinya, meskipun kelompok tersebut tidak bisa diterima baik oleh masyarakat karena tindakan dan kegiatannya yang sering meresahkan masyarakat.

d. Ciri-ciri kenakalan remaja

Beberapa ciri-ciri kenakalan remaja adalah (Sarwono S. W., 2013) yaitu: melakukan kebut-kebutan di jalan raya yang membahayakan diri sendiri dan orang lain serta mengganggu keamanan lalu lintas, mengganggu keamanan dan ketenteraman masyarakat sekitar, melakukan tawuran antar pelajar, antar geng dan kadang dapat menimbulkan korban jiwa, membolos sekolah pada saat jam pelajaran berlangsung, melakukan tindakan kriminal seperti memeras dan mengancam. Kartono (2010) juga menambahkan ciri-ciri kenakalan remaja dapat berupa:berpesta dan mebuk-mabukan, melakukan hubungan seks bebas, penyalahgunaan obat-obatan dan narkoba, melakukan tindakan asusila, melakukan perjudian dan dalam bentuk permainan yang menggunakan taruhan.

Bentuk kenakalan remaja menurut para ahli di atas dapat di golongkan menjadi dua macam yaitu: kenakalan remaja yang di golongkan pelanggaran atau kejahatan yang telah diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) atau dalam undang-undang lainnya, kenakalan remaja yang digolongkan dalam pelanggaran norma sosial dan norma lainnya, tetapi tidak diatur dalam KUHP dan undang-undang lainnya tetapi tingkah laku remaja yang menyulitkan masyarakat dan orang tua.

3. Konsep Guru

a. Pengertian Guru

Dalam undang-undang No. 14 Tahun 2003 tentang guru dan dosen yang terdapat dalam bab 1 pasal 1 menjelaskan guru adalah pendidik profesional yang bertugas untuk mendidik, mengajar, membimbing, mengarahkan, melatih, memberikan, menilai mengevaluasi peserta didik dalam pendidikan anak usia dini jalur pendidikan formal, pendidikan dasar, dan pendidikan menengah. Guru adalah semua orang yang bertanggung jawab untuk membimbing serta membina anak didik baik di lingkungan sekolah maupun diluar sekolah. (Syaiful Bahri, 2005).

Guru adalah orang yang bekerja dalam bidang pendidikan dan pengajaran yang ikut bertanggung jawab dalam membantu anak-anak mencapai kedewasaan masing-masing. Pengertian guru tidak hanya sebagai pengajar namun sekaligus pembimbing yang memberikan pengarahan dan menuntun siswa dalam belajar. Membimbing dalam hal ini dapat dikatakan sebagai kegiatan menuntuk anak didik dalam perkembangannya dengan jalan memberikan lingkungan dan arah yang sesuai dengan tujuan pendidikan dan harus menuntun anak didik sesuai dengan kaidah yang baik dan mengarahkan perkembangan anak didik sesuai dengan tujuan yang dicita-citakan. Dengan demikian diharapkan dapat menciptakan perkembangan yang lebih baik pada diri siswa, baik perkembangan fisik maupun mental (Wahyudi, 2012)

Sehubungan dengan perannya sebagai pembimbing maka seorang guru harus: mengumpulkan data tentang siswa, mengamati tingkah laku siswa dalam situasi sehari-hari, mengenal para siswa yang memerlukan bantuan khusus, mengadakan pertemuan atau hubungan dengan orang tua siswa, baik secara individual maupun secara kelompok, untuk memperoleh saling pengertian tentang pendidikan anak, bekerjasama dengan masyarakat dan lembaga-lembaga lainnya untuk membantu memecahkan masalah siswa, menyelenggarakan bimbingan kelompok dan individu, bekerjasama dengan petugas-petugas bimbingan lainnya untuk membantu memecahkan masalah siswa, meneliti kemajuan siswa baik di sekolah maupun diluar sekolah. Dengan demikian peran guru baik pengajar maupun pemimbing, pada hakikatnya saling berhubungan satu dengan yang lain menuju perkembangan yang maksimal (Wahyudi, 2012).

Guru bimbingan konseling adalah guru yang telah menempuh pendidikan secara profesional di perguruan tinggi yang mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh dalam pelaksanaan kegiatan bimbingan dan konseling serta memiliki kompetensi khusus untuk membantu peserta didik dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi sehingga dapat mencapai perkembangan yang optimal (Dominika, 2014). Guru bimbingan konseling adalah guru yang membantu mengembangkan potensi peserta didiknya. Salah satunya potensi yang harus berkembang yaitu kemandirian dalam mengambil keputusan penting yang berkaitan dengan pendidikan. Pelayanan bimbingan konseling berfokus kepada upaya membantu peserta didik dalam mengembangkan kemampuan untuk itu diperlukan kolaborasi antara guru bimbingan konseling dengan guru bidang studi/ mata pelajaran keterampilan (Rahma, 2010).

Menurut Undang-Undang RI No. 10 tahun 2003 pasal 1 butir 6 tentang sistem pensisipan nasional menyatakan bahwa “pendidik adalah tenaga kependidikan yang berkualifikasi sebagai guru, dosen, konselor, pamong belajar, widyaiswara, tutor, instruktur, dan fasilitator, dan sebutan lain yang sesuai dengan kekhususannya, serta berpartisipasi dalam penyelenggaraan pendidikan”. Keberadaan guru bimbingan dan konseling atau konselor dinyatakan sebagai kualifikasi seorang pendidik sejajar dengan kualifikasi guru. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 35 Tahun 2010 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jabatan Fungsional Guru dan Angka Kreditnya menyebutkan bahwa “guru bimbingan konseling atau konselor adalah guru yang mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh dalam kegiatan bimbingan dan konseling terhadap sejumlah peserta didik” (Dominika, 2014)

b. Tujuan dan Fungsi Guru

Peran guru yaitu melaksanakan tugasnya sebagai pendidik dan seorang guru harus memiliki ilmu keguruan. Berikut adalah kompetensi guru menurut hasil kongres PGRI XIII yaitu : guru berbakti membimbing anak didik seutuhnya untuk membentuk manusia pembangunan yang ber-

pancasila, guru memiliki kejujuran profesional dalam menerapkan kurikulum sesuai dengan kebutuhan anak didik masing-masing, guru mengadakan komunikasi, terutama dalam memperoleh informasi tentang anak didik, tetapi menghindarkan diri dari segala bentuk penyalahgunaan, guru menciptakan suasana kehidupan sekolah dan memelihara hubungan dengan orang tua murid dengan sebaik-baiknya bagi kepentingan anak didik, guru memelihara hubungan baik dengan masyarakat disekitar sekolah maupun masyarakat yang lebih luas untuk kepentingan pendidikan, guru secara sendiri dan/atau bersama-sama berusaha mengembangkan dan meningkatkan mutu profesi, guru menciptakan dan memelihara hubungan antara sesama guru baik berdasarkan lingkungan kerja maupun didalam hubungan keseluruhan, guru secara bersama-sama memelihara, membina dan meningkatkan mutu organisasi guru profesional sebagai sarana pengabdian, guru melaksanakan segala ketentuan yang merupakan kebijaksanaan pemerintah dalam bidang pendidikan.

Sedangkan menurut Achmad Patoni bahwa kode etik dan tugas-tugas guru atau pendidik adalah sebagai berikut: kasih sayang kepada peserta didik dan memperlakukannya sebagaimana anaknya sendiri, meneladani Rasulullah, sehingga jangan menuntut upah, imbalan, maupun penghargaan, tidak memberikan predikat pada peserta didik yang belum pantas dan kompeten untuk menyandangnya, dan jangan memberi ilmu yang samar sebelum tuntas ilmu yang jelas, guru atau pendidik yang memegang bidang studi menyajikan pelajaran pada peserta didik sesuai dengan taraf kemampuan mereka (Ahmad Patoni, 2004).

Menurut Asmani fungsi dan tugas guru antara lain (Asmani, 2013):

- 1) *Educator* (pendidik): Tugas pertama guru adalah mendidik murid-murid sesuai dengan materi pelajaran yang diiberikan kepadanya. Sebagai seorang educator, ilmu adalah syarat utama. Membaca, menulis, berdiskusi, mengikuti informasi dan responsif terhadap masalah kekinian sangat menunjang peningkatan kualitas ilmu guru
- 2) *Leader* (pemimpin): Guru juga seorang pemimpin kelas karena itu dia harus bisa menguasai, mengendalikan, dan mengarahkan kelas menuju

tercapainya tujuan pembelajaran yang berkualitas. Sebagai seorang pemimpin guru harus terbuka, demokratis, egaliter, dan menghindari cara-cara kekerasan.

- 3) Fasilitator: Sebagai fasilitator guru bertugas memfasilitasi murid untuk menemukan dan mengembangkan bakat secara pesat. Menemukan bakat anak didik bukan persoalan mudah, siswa membutuhkan ekspresi mental maksimal, latihan terus menerus dan evaluasi rutin.
- 4) Motivator: Sebagai seorang motivator, seorang guru harus mampu membangkitkan semangat dan mengubur kelemahan anak didik.

Tujuan guru bimbingan konseling adalah untuk membantu siswa mengembangkan diri sesuai dengan tahap perkembangan, kemampuan dasar dan bakatnya, serta dukungan keluarga pendidikan, sosial ekonomi, dan lingkungan yang positif (Prayitno, 2008). Fungsi pelayanan bimbingan dan konseling di sekolah adalah sebagai berikut:

- 1) Fungsi pencegahan: Fungsi pencegahan adalah fungsi yang berkaitan dengan upaya guru bimbingan konseling untuk selalu mengantisipasi berbagai masalah yang mungkin terjadi dan berupaya untuk mencegah agar tidak dialami oleh siswa. Menghasilkan pencegahan atau terhindarnya peserta didik/siswa dari berbagai masalah yang timbul dan menghambat proses perkembangan (Salahudin, 2010).
- 2) Fungsi pemahaman: Fungsi pemahaman yaitu fungsi bimbingan dan konseling yang membantu siswa agar memiliki pemahaman terhadap diri (potensinya) dan lingkungannya (pendidikan, pekerjaan dan norma agama). Berdasarkan pemahaman ini bimbingan konseling diharapkan mampu mengembangkan potensi diri secara optimal dan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan. Fungsi pemahaman yang dimaksud yaitu bimbingan konseling yang akan menghasilkan pemahaman tentang sesuatu oleh pihak-pihak tertentu sesuai dengan keperluan pemahaman siswa. Pemahaman ini mencakup pemahaman tentang diri siswa, pemahaman tentang lingkungan siswa (termasuk lingkungan keluarga dan sekolah), pemahaman tentang lingkungan yang lebih luas (Iska, 2008).

- 3) Fungsi perbaikan: Fungsi perbaikan yaitu fungsi bimbingan dan konseling dalam membantu siswa sehingga dapat memperbaiki kesalahan dalam berfikir, berperasaan dan bertindak. Guru bimbingan konseling melakukan intervensi kepada siswa agar memiliki pola berfikir yang sehat, rasional dan memiliki perasaan yang tepat sehingga dapat mengantarkan mereka kepada tindakan atau kehendak yang produktif dan normatif (Sukardi, 2008).
- 4) Fungsi pemeliharaan: Fungsi pemeliharaan yaitu fungsi bimbingan dan konseling untuk membantu siswa agar dapat menjaga diri dan mempertahankan situasi kondusif yang telah tercipta dalam dirinya. Bimbingan konseling memfasilitasi siswa agar terhindar dari kondisi-kondisi yang akan menyebabkan penurunan produktifitas siswa (Salahudin, 2010).
- 5) Fungsi pengembangan: Fungsi pengembangan yaitu layanan bimbingan konseling yang diberikan kepada siswa untuk membantu dan mengembangkan seluruh potensi secara lebih terarah. Konselor dan siswa sekolah secara sinergi membentuk tim bekerjasama dan berkolaborasi merencanakan dan melaksanakan program bimbingan secara sistematis dan berkesinambungan dalam upaya membantu siswa mencapai tugas-tugas perkembangannya (Tohirin, 2011).

c. Jenis layanan kegiatan

Jenis jenis layanan bimbingan konseling mencakup delapan jenis layanan yaitu (Prayitno, 2008):

1. Layanan orientasi: Layanan orientasi yaitu layanan konseling yang memungkinkan siswa memahami lingkungan yang baru dimasuki untuk mempermudah dan memperlancar berperannya siswa dalam lingkungan barunya.
2. Layanan informasi: Layanan informasi yaitu layanan konseling yang memungkinkan individu menerima dan memahami berbagai informasi yang dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dan mengambil keputusan untuk kepentingan klien.

3. Layanan penempatan dan penyaluran: Layanan penempatan dan penyaluran yaitu layanan konseling yang memungkinkan siswa untuk memperoleh penempatan dan penyaluran yang sesuai dengan bakat dan kemampuan masing-masing.
4. Layanan bimbingan belajar: Layanan bimbingan belajar yakni layanan konseling yang memungkinkan siswa mengembangkan diri yang sesuai dengan sikap dan kebiasaan belajar yang baik, materi pelajaran yang sesuai dengan kecepatan dan kesulitan belajarnya, serta berbagai aspek tujuan dan kegiatan belajar lainnya.
5. Layanan konseling individual: Konseling individual adalah proses belajar melalui hubungan khusus secara pribadi dalam wawancara antara seorang konselor dan seorang konseli/siswa. Konseli/siswa mengalami masalah pribadi yang tidak dapat dipecahkan sendiri, dan kemudian meminta bantuan konselor sebagai petugas yang profesional dalam jabatannya dengan pengetahuan dan keahlian psikologi.
6. Layanan bimbingan kelompok: Layanan kelompok dimaksudkan untuk mencegah bertambah besarnya masalah atau kesulitan pada diri siswa. Isi kegiatan bimbingan kelompok terdiri atas penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pribadi, dan masalah sosial yang tidak disajikan dalam bentuk pelajaran.
7. Layanan konseling kelompok: Layanan berikutnya dalam program bimbingan konseling yaitu konseling kelompok. Konseling kelompok merupakan upaya bantuan kepada peserta didik dalam rangka memberikan kemudahan pada tahap perkembangan dan pertumbuhannya. Selain bersifat pencegahan konseling kelompok juga dapat bersifat penyembuhan.
8. Layanan mediasi: Layanan mediasi yaitu layanan konseling yang memungkinkan permasalahan atau perselisihan yang dialami siswa dengan pihak lain dapat teratasi dengan konselor sebagai mediator.

Layanan bimbingan dan konseling di sekolah merupakan usaha membantu dan memfasilitasi pengembangan peserta didik dalam mengatasi kelemahan dan hambatan serta masalah yang dihadapi peserta didik, dan

membantu siswa agar dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan sosial psikologis peserta didik, merealisasikan keinginan serta mengembangkan kemampuan dan potensin siswa (Prayitno, 2008).

d. kegiatan pendukung bimbingan dan konseling

Layanan bimbingan dan konseling disekolah lebih efektif untuk mencapai hasil yang di rencanakan, maka harus didukung oleh kegiatan-kegiatan pendukung pelayanan bimbingan dan konseling. Adapun kegiatan pendukung bimbingan dan konseling di sekolah, meliputi aplikasi instrumen, penyelenggaraan himpunan data, konferensi kasus, kunjungan rumah, dan alihan kasus (Tohirin, 2011).

1. Aplikasi instrumen: Aplikasi instrumen adalah upaya pengungkapan melalui pengukuran dengan alat ukur tertentu untuk mengumpulkan data dan keterangan tentang kondisi tertentu dari siswa/klien. Kondisi tentang lingkungan peserta didik dan lingkungan yang lebih luas (Iska, 2008).
2. Himpunan data: Layanan himpunan data adalah upaya konselor untuk menghimpun, di golong-golongkan dan di kemas dalam bentuk tertentu. Himpunan data mencakup semua usaha untuk memperoleh data tentang siswa, menganalisis serta menyimpan data (Winkel, 2009). Penyelenggaraan himpunan data adalah kegiatan penghimpunan data yang relevan dengan pengembangan siswa, yang diselenggarakan secara berkelanjutan, sistematis, komperhensif, terpadu dan bersifat rahasia (Salahudin, 2010).
3. Konferensi kasus: Konferensi kasus yaitu kegiatan membahas masalah siswa dalam pertemuan khusus yang dihadiri oleh pihak-pihak yang dapat memberikan data, kemudahan dan komitmen bagi terselsaikannya masalah peserta didik yang bersifat terbatas dan tertutup. Tujuan dari konferensi kasus yaitu mengembangkan dan pemeliharaan potensi-potensi individu (siswa) atau pihak yang terkait dengan permasalahan yang dibahas dalam konferensi kasus (Salahudin, 2010).
4. Kunjungan rumah: Kunjungan rumah adalah kegiatan pendukung dalam bimbingan dan konseling untuk memperoleh data, keterangan, kemudahan

dan komitmen untuk terselsaikannya masalah peserta didik melalui kunjungan kerumahnya (Sukardi, 2008). Kunjungan rumah (home visit) adalah upaya yang dilakukan konselor untuk menseteksi kondisi keluarga dalam kaitan dengan permasalahan anak/individu agar mendapat berbagai informasi yang dapat digunakan lebih efektif (Winkel, 2009)

5. Alih tangan kasus: Alih tangan kasus adalah kegiatan pendukung bimbingan dan konseling, untuk mendapatkan penanganan yang lebih tepat dan tuntas atas masalah yang dialami peserta didik dengan memindahkan penanganan kasus dari satu pihak ke pihak yang lain yang lebih berwenang dalam hal pengentasan (Dewa Ketut, 2008).

f. Upaya guru dalam mengatasi kenakalan remaja

Upaya untuk mencegah agar tidak terjadi kenakalan remaja di kalangan masyarakat secara umum dan siswa secara khusus dapat dilakukan dalam lingkungan keluarga dan lingkungan tempat tinggal. Selain itu, saat ini selain keluarga dan lingkungan sekitar termasuk lingkungan sekolah, peran media massa juga ikut memengaruhi seseorang untuk mencegahnya berperilaku menyimpang (Willis, 2010).

Adapun upaya pencegahan terjadinya kenakalan remaja dapat dilakukan melalui beberapa pendekatan yaitu (Fattah, 2010): Guru memahami aspek-aspek psikis siswa, mengintensifkan pelajaran agama dan mengadakan tenaga guru yang ahli dan berwibawa serta mampu bergaul secara harmonis dengan guru-guru lainnya, mengintensifkan bagian bimbingan dan konseling disekolah dengan cara mengadakan tenaga ahli dan menata guru-guru untuk mengelola bagian ini.

Berikut upaya guru dalam mengatasi kenakalan remaja dapat dilakukan dengan hal sebagai berikut (Alfiana, 2017)

1. Upaya memberikan peringatan kepada siswa: Bentuk peringatan yang diberikan kepada siswa ada dua macam yaitu peringatan lisan dan peringatan tertulis. Jadi, keduanya saling melengkapi. Peringatan yang harus diberikan secara tertulis ini antara lain berisi informasi tentang terjadinya suatu pelanggaran dan sanksi yang akan diperoleh. Sedangkan

peringatan lisan itu berisi tentang kata-kata, ini merupakan yang paling umum digunakan oleh guru. Bentuk peringatan ini juga lebih efektif bila dilakukan dengan kontak mata antara guru dan siswa.

2. Upaya memberikan bimbingan secara individu: Upaya ini dapat membantu menumbuhkan pemahaman pada diri individuatas permasalahannya, sehingga individu tersebut dapat mengembangkan persepsinya ke arah positif. Bimbingan perorangan yang diberikan oleh guru kepada siswa dilakukan secara kondisional. Dalam artian bahwa layanan diberikan apabila terdapat siswa yang mengalami permasalahan tertentu. Jika memang diperlukan, guru juga melakukan kunjungan ke rumah siswa untuk melakukan komunikasi dengan orang tua siswa mengenai permasalahan siswa saat di sekolah. Kunjungan rumah dapat memberikan informasi yang lebih aktual tentang kondisi anak saat di rumah dan komunikasi dengan orang tua siswa terjalin dengan baik.
3. Upaya memberikan bimbingan secara kelompok: Bimbingan kelompok diberikan guru secara kondisional, yaitu ketika terdapat suatu kelompok siswa yang memiliki permasalahan yang sama. Dalam hal ini guru harus menguasai metode khusus dalam mengelompokkan masalah-msalah yang dihadapi siswa, selanjutnya dari masalah tersebut guru perlu memprioritaskan masalah mana yang harus dipecahkan sesegera mungkin. Menurut Kemendikbud bahwa konseling kelompok termasuk kedalam cara pemberian layanan konseling secara langsung. Konseling kelompok dapat memberikan anak-anak kesempatan untuk pengembangan keterampilan, mengevaluasi diri mereka sendiri, dan mencapai hubungan yang memungkinkan mereka untuk lebih siap dari kelompok besar yang belajar dari pengalaman.
4. Upaya memberikan hukuman yang bersifat mendidik kepada siswa: Memberikan hukuman merupakan metode terburuk, tetapi dalam kondisi tertentu harus digunakan. Hukuman digunakan apabila upaya atau metode lain tidak berhasil untuk memperbaiki peserta didik. Oleh sebab itu harus diperhatikan dalam memeberi hukuman

g. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Untuk meningkatkan status kesehatan remaja yang bersekolah maupun tidak bersekolah, Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang menekankan kepada petugas peduli remaja, menerima remaja dengan tangan terbuka dan menyenangkan, lokasi pelayanan yang mudah dijangkau, aman, menjaga kerahasiaan, kenyamanan dan privasi serta tidak ada stigma. PKPR adalah pelayanan kesehatan peduli remaja yang melayani semua remaja dalam bentuk konseling dan berbagai hal yang berhubungan dengan kesehatan remaja. Disini remaja tidak perlu ragu dan khawatir untuk berbagi/konseling, mendapatkan informasi yang benar dan tepat untuk berbagi hal yang perlu diketahui. Pelayanan kesehatan peduli remaja dilayani di Puskesmas yang menerapkan PKPR ((Direktorat Bina Kesehatan Anak, 2011).

a. Dasar Hukum

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang tertuang dalam Pasal 136 Ayat

1. Upaya pemeliharaan kesehatan remaja harus ditunjukkan untuk mempersiapkan menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif baik sosial maupun ekonomi
2. Upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) termasuk untuk reproduksi remaja dilakukan agar terbebas dari 7 berbagai gangguan kesehatan yang dapat menghambat kemampuan menjalani kehidupan reproduksi secara sehat.
3. Upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat.

Pasal 136 Ayat

1. Pemerintah berkewajiban menjamin agar remaja dapat memperoleh edukasi, informasi dan layanan mengenai kesehatan remaja agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab
2. Ketentuan mengenai kewajiban pemerintah dalam menjamin agar remaja memperoleh edukasi, informasi dan layanan mengenai kesehatan

sebagaimana dimaksud pasal 1 dilaksanakan sesuai pertimbangan moral nilai agama dan berdasarkan ketentuan dan peraturan perundang-undangan

b. Kriteria Puskesmas Mampu Tatalaksana PKPR

Memberi pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling, melakukan pembinaan pada minimal 1 sekolah dengan melakukan kegiatan KIE kesehatan reproduksi minimal dua kali dalam setahun, melatih kader kesehatan remaja disekolah minimal 10% dari jumlah murid disekolah binaan. Layanan PKPR merupakan pendekatan yang komperhensif dan menekankan pada upaya promotif/preventif berupa pembekalan kesehatan dan peningkatan keterampilan psikososial dengan pendidikan keterampilan hidup sehat. Layanan konseling menjadi ciri dari PKPR mengingat permasalahan remaja yang tidak hanya berhubungan dengan fisik tetapi juga psikososial. Upaya penjangkauan terhadap kelompok remaja juga dilakukan melalui kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) dan penyuluhan ke sekolah-sekolah dan kelompok remaja lainnya.

Selanjutnya, untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan PKPR, puskesmas harus meningkatkan mutu masukan dan proses kegiatannya sebagaimana dinyatakan dalam Dokumen Standar PKPR. Standar Nasional PKPR mengtur 5 aspek yang berkaitan dengan penyelenggaraan PKPR yaitu: SDM kesehatan, fasilitas kesehatan, remaja, jejaring, manajemen kesehatan

c. Manfaat PKPR

Ada beberapa manfaat dari Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) menurut Fadhlina (2012) diantaranya: menambah wawasan dan teman melalui kegiatan-kegiatan penyuluhan, dialog interaktif, focus group discussion (FGD), seminar dll, konseling/berbagi masalah kesehatan dan berbagi masalah remaja lainnya (dan kerahasiaannya dijamin), remaja dapat menjadi peer counselor/ kader kesehatan remaja agar dapat ikut membantu teman yang sedang mempunyai masalah.

B. Kerangka Teori

Teori Dukungan Menurut Jean Watson (Alligood,2017) yaitu:

Dari Kerangka Teori Caring bagan yang akan ditarik untuk membentuk kerangka konsep penelitian “Dukungan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kenakalan remaja” adalah caring. Berdasarkan teori caring Menurut Watson (2017), manusia menggunakan istilah manusia, orang, kehidupan dan diri sendiri secara bergantian. Ia memandang seseorang sebagai suatu kesatuan dari pikiran, tubuh, jiwa dan alam. Peran perawat dalam lingkungan adalah memberikan lingkungan mental, fisik, sosial dan spiritual yang mendukung, melindungi dan memperbaiki. Proses caring bukan hanya untuk memelihara kemanusiaan saja melainkan keterkaitan pada pandangan dan kehidupan itu sendiri. Perilaku caring yang di tampilkan oleh perawat adalah dengan memberikan rasa nyaman, perhatian, kasih sayang, peduli, pemeliharaan kesehatan, memberi dorongan, empati, cinta percaya, melindungi, mendukung, memberi sentuhan, dan siap membantu serta mengunjungi klien, termasuk dalam menanamkan kepekaan terhadap orang lain, Menggunakan Metode Pemecahan Masalah secara Sistematis untuk Pengambilan Keputusan, Menyediakan lingkungan Psikologis, fisik, Sosial Budaya dan Spiritual yang Mendukung, Melindungi dan Memperbaiki. Dari indikator caring yang akan ditarik ke kerangka konsep untuk diteiti adalah Dukungan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kenakalan remaja.

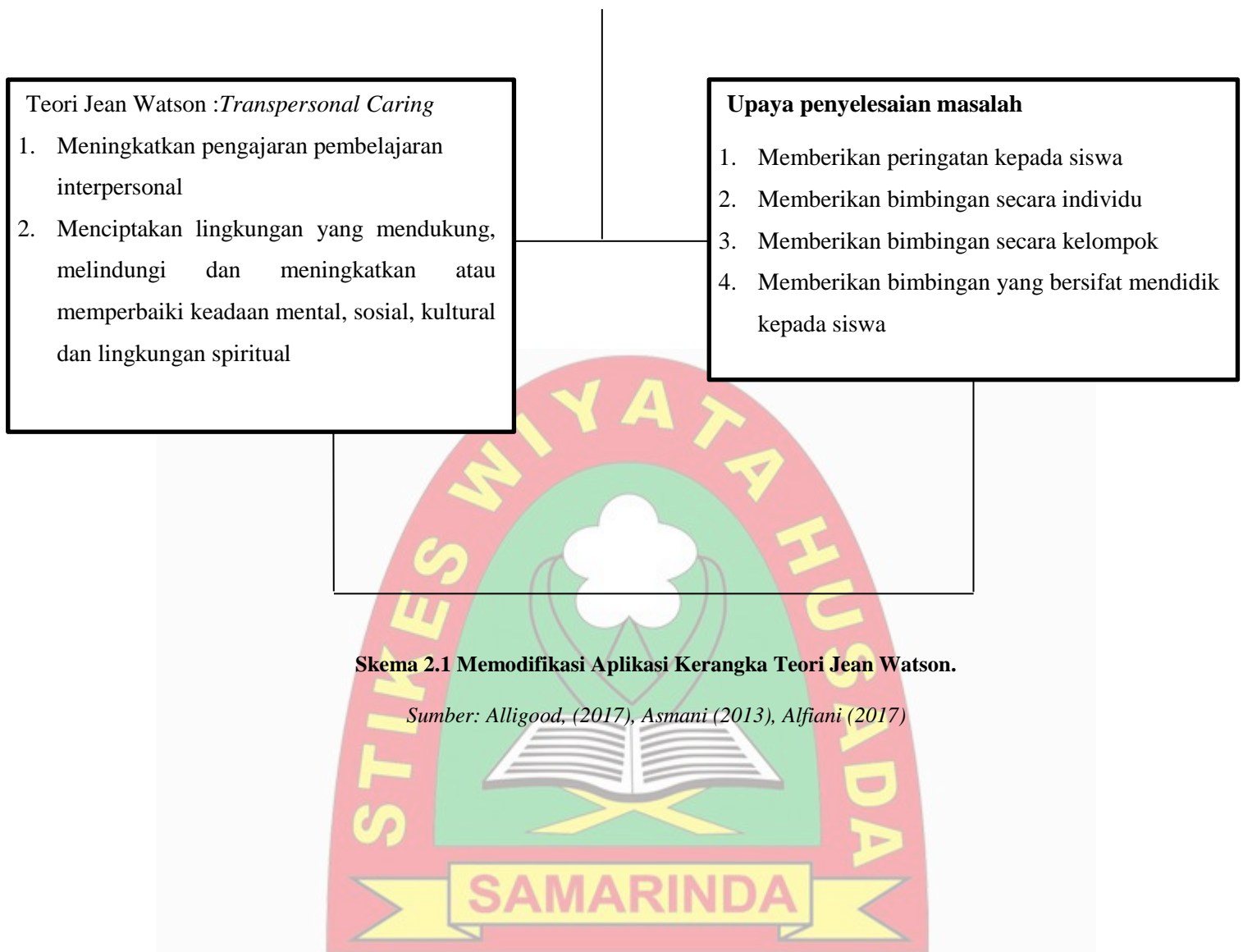
Watson percaya bahwa perawat memiliki tanggung jawab untuk melakukan lebih dari 10 faktor karatif tersebut dan membantu pasien dalam area promosi kesehatan melalui tindakan preventif. Tujuan ini dapat dicapai dengan mengajarkan pasien perubahan diri untuk meningkatkan kesehatan, memberikan dukungan sesuai situasi, mengajarkan cara menyelesaikan masalah, dan mengetahui kemampuan adaptasi dan koping terhadap kehilangan. Membentuk Sistem Nilai Humanistik, penanaman melalui pendidikan harapan dan keyakinan, mengembangkan dan menanamkan sensitivitas kepada diri sendiri dan orang lain, mengembangkan Hubungan Membantu Hubungan Rasa Percaya, meningkatkan dan Menerima Ungkapan perasaan positif dan Negatif, menggunakan Metode Pemecahan Masalah secara Sistematis untuk Pengambilan Keputusan, meningkatkan Pengajaran

Pembelajaran Interpersonal, menciptakan lingkungan yang mendukung (*supportif*), melindungi (*protektif*) dan meningkatkan atau memperbaiki keadaan mental, sosial, kultural dan lingkungan spiritual, membantu Pemenuhan Kebutuhan Manusia, mengizinkan Kekuatan Eksistensial-Fenomenologis



Pelayanan Kesehatan peduli remaja di Sekolah

1. SDM Kesehatan
2. Fasilitas Kesehatan
3. Konselor Sebaya
4. Manajemen Kesehatan



Skema 2.1 Memodifikasi Aplikasi Kerangka Teori Jean Watson.

Sumber: Alligood, (2017), Asmani (2013), Alfiani (2017)

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan bagian hubungan antara variabel yang akan diteliti dan memberikan arahan penelitian dalam menentukan hipotesis. Hipotesis merupakan pedoman penelitian dalam mencari hubungan antara

Variabel Independen

variabel independent dan variabel dependent (Sugiyono,2013). Berikut adalah kerangka konsep penelitian

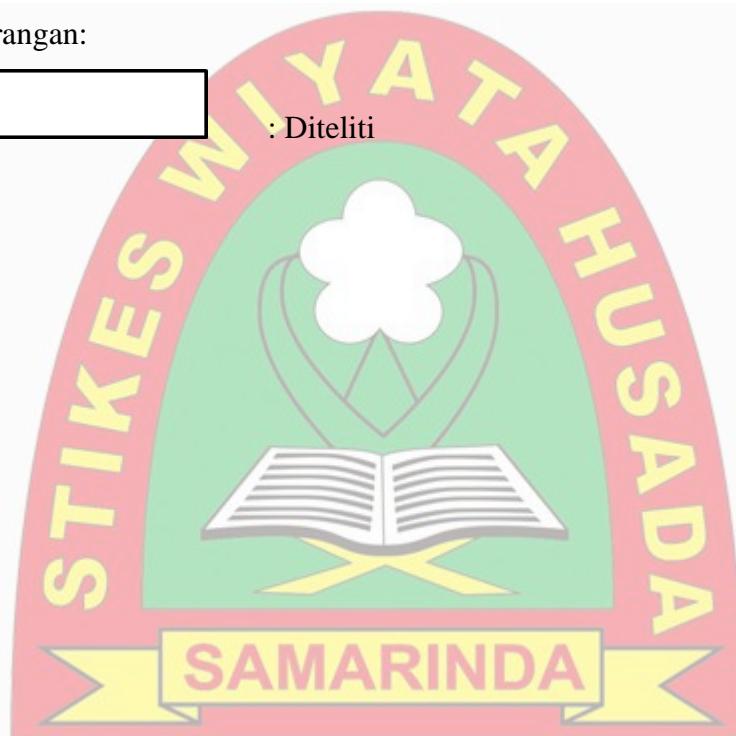
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

Skema 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan:



: Diteliti



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *deskriptif analitik* yaitu suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran tentang objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul. Dengan menggunakan desain penelitian *Cross-Sectional Study* yaitu dimana peneliti menekankan waktu pengukuran/observasi data baik variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Tentunya tidak semua subjek penelitian harus diobservasi pada hari atau waktu yang sama akan tetapi variabel dependen dan variabel independen dinilai hanya satu kali saja (Nursalam, 2017).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Sekolah Menengah Lanjutan yang ada di wilayah Sambutan yaitu SMKN 20, SMPN 32, SMPN 23, SMPN 41, SMAN15, SMPN 17

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan 28 Juli sampai 05 Agustus 2019

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

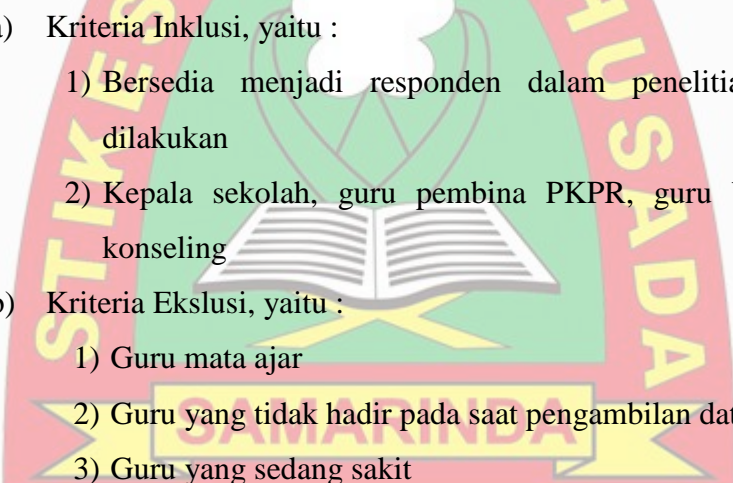
Populasi adalah seluruh data yang menjadi perhatian peneliti dalam suatu ruang lingkup, dan waktu yang sudah ditentukan (Kasmadi, 2014). Populasi adalah wilayah generalisasi yang memenuhi kriteria dan mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013). Adapun populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Sekolah Menengah lanjutan di Wilayah Sambutan.

2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.

Bila populasi besar dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, karena keterbatasan dana, tenaga, dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi tersebut (Sugiyono, 2013).

Dalam penelitian keperawatan ini, sampel yang digunakan adalah kriteria sampel dapat meliputi kriteria inklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat tidaknya sampel digunakan, sedangkan kriteria eksklusi merupakan kriteria dari subjek peneliti yang tidak boleh ada dan jika ada subjek yang mempunyai kriteria eksklusi maka subjek tersebut harus dikeluarkan dari penelitian (Riyanto, 2011). Sampel dari penelitian ini adalah Kepala Sekolah dan Pembina Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Guru Bimbingan dan Konseling di Sekolah Menengah lanjutan Samarinda. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian yang akan dilakukan adalah sebagai berikut :

- 
- a) Kriteria Inklusi, yaitu :
 - 1) Bersedia menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan
 - 2) Kepala sekolah, guru pembina PKPR, guru bimbingan dan konseling
 - b) Kriteria Eksklusi, yaitu :
 - 1) Guru mata ajar
 - 2) Guru yang tidak hadir pada saat pengambilan data dilakukan
 - 3) Guru yang sedang sakit

D. Teknik Sampling

Teknik pengambilan data atau teknik sampling merupakan cara-cara yang digunakan dalam penelitian untuk mendapatkan sampel atau subjek penelitian yang mewakili keseluruhan populasi (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini menggunakan *Consecutive sampling*, pemilihan sampel dengan *consecutive* (berurutan) adalah pemilihan sampel dengan penetapan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi.

E. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013).

1. Variabel Independen (variabel bebas)

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (variabel terikat). Variabel independen didalam penelitian ini adalah “Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja”

2. Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat adanya variabel bebas. Variabel dependen didalam penelitian ini adalah “Sekolah Menengah Lanjutan”

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007).

Tabel 3.1 Definisi Oprasional

Variabel penelitian	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
PKPR	Standar pelayanan kesehatan peduli remaja di sekolah	Menggunakan kuesioner Pedoman PKPR dengan skala guttman Ya = 1 Tidak= 0	Hasil ukur menggunakan cut of point pada kuesioner PKPR baik jika skor \geq nilai median 35,50 PKPR kurang baik jika skor \leq nilai median 35,50	Ordinal

G. Instrumen Penelitian Dan Sumber Data

1. Sumber data

Sumber data penelitian ini menggunakan sumber data primer yaitu sumber data yang berlangsung memberikan data kepada pengumpul data

(Sugiyono, 2012). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner. Data sekunder didapatkan dari sekolah itu sendiri.

2. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner, yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden yang akan dilakukan penelitian (Arikunto, 2013). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner.

1. Bagian A

Data demografi responden yang dibuat sendiri oleh peneliti yang terdiri dari 4 pertanyaan yang meliputi, jenis kelamin, pendidikan, umur, lama bekerja

2. Bagian B

Menjelaskan program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Samarinda. Kuesioner ini menggunakan *skala guttman* karena skala pengukuran dengan tipe ini akan di dapat jawaban yang tegas yaitu: ya, tidak dengan skor 0: tidak dan 1: ya. Kuesioner ini menggunakan bentuk *checklist* (√) untuk menjawab sesuai dengan pendapat.

Tabel 3.2 kisi-kisi kuesioner PKPR di Sekolah

Variabel	Indikator	Nomor Item Pertanyaan	Jumlah	
			Favourable	Unvafavourable
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah	SDM Kesehatan,	1,2,3,4,5,6,7,8,9	10	10

	Fasilitas			
	Kesehatan	1,2,3,4,5,6,7,8,10	9	10
	Remaja			
	Manajemen	1,4,5,6,7,8,9,10	2,3	10
	Kesehatan	1,2,4,5,7,8,9,10	3,6	10
Jumlah		34	6	40

H. Uji Validitas dan Reabilitas

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoadmodjo, 2012). Sebuah instrumen dikatakan valid apabila dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang validitas yang dimaksud (Arikunto, 2010).

Uji validitas dalam penelitian ini yaitu dengan *Point Biserial* dengan menggunakan rumus umum sebagai berikut.

$$Y_{pbi} = \frac{M_{pt} - M_t}{S_t} \sqrt{p_i / Q_i}$$

Keterangan :

Y_{pbi} = koefisien korelasi biserial

M_{pt} = rerata skor subjek yang menjawab benar

M_t = rerata skor total

S_t = standar deviasi skor total

P_i = peluang menjawab benar

Q_i = peluang menjawab salah

Kriteria reabilitasnya adalah jika " $r_{hitung} > t_{tabel}$ "

Pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang diuji validitas yang dilakukan di Sekolah Menengah Atas Negeri 9 Samarinda, sebanyak 40 item pertanyaan melalui 30 sampel dengan nilai t tabel 2,05 berdasarkan tabel *Product moment* di dapat 9 item yang tidak valid pada nomor 7,9,10,21,24,31,36,38,39 yang nilainya dibawah t tabel. Sehingga tidak

dimasukkan di dalam penelitian. Item yang tidak valid dibuang karena pertanyaan dari kuesioner sudah mewakili pertanyaan dari item tersebut.

Tabel 3.3 kuesioner valid

Variabel	Indikator	Nomor Item Pertanyaan		Jumlah Item
		Valid	Tidak Valid	
Pelayanan	SDM	1,2,3,4,5,6,8,	7,9,10	10
Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah	Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Remaja Manajemen Kesehatan	11,12,13,14,15,16,17,18,19,20 22,23,25,26,27,28,29,30 ,32,33,34,35,36,37,40	0 21,24 31,36,38,39	10 10 10
Jumlah		31	9	40

2. Uji Reabilitas

Reabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya. Hal ini menunjukkan berarti sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali bahkan berulang-ulang kali terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo,2012). Instrumen yang dipakai Rumus KR20:

$$KR20 = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{st^2} \right)$$

Keterangan :

K = banyak item

Sx2 = varian skor total

P = proporsi subyek yang menjawab benar

Tabel 3.4 Reliabelitas Kuesioner

Variabel	Jumlah	Reliabilitas	Kesimpulan
SDM Kesehatan	10	0,5	Reliabel
Fasilitas Kesehatan	10	0,8	Reliabel
Konselor Sebaya	10	0,7	Reliabel

Manajemen Kesehatan	10	0,3	Reliabel
---------------------	----	-----	----------

Hasil uji reabilitas pada kuesioner PKPR disekolah di dapat nilai KR-20 adalah 0,8 nilai KR-20 \geq konstanta 0,6 maka kuesioner dinyatakan reliabel

3. Prosedur Pengumpulan Data

- 1) Peneliti melakukan studi pendahuluan ke Dinas Kesehatan Kota Samarinda tentang kenakalan remaja
- 2) Peneliti melakukan studi pendahuluan di Sekolah Menengah Atas Negeri 9 Samarinda tentang angka kenakalan remaja
- 3) Setelah proposal disetujui oleh dosen pembimbing dan dosen penguji, peneliti mengajukan perijinan ke Sekolah Menengah Atas Negeri 9 Samarinda untuk melakukan uji validitas
- 4) Setelah uji validitas dilakukan peneliti mengajukan perijinan kepada Sekolah Menengah Atas Negeri Samarinda sebagai tempat dilakukannya penelitian
- 5) Setelah mendapatkan perijinan peneliti menemui setiap guru kemudian menjelaskan mengenai tujuan manfaat serta cara pengambilan data.
- 6) Peneliti meminta kesediaan kepada guru untuk menjadi responden dengan mengisi *inform consent*
- 7) Kemudian peneliti melakukan pengambilan data dengan cara memberikan kuesioner kepada responden untuk diisi
- 8) Setelah responden selesai mengisi kuesioner, peneliti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner
- 9) Setelah data terkumpul, peneliti melanjutkan ketahap berikutnya yaitu pengolahan data dan analisa data.

I. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Menurut Notoatmojdo (2012) data yang terkumpul dalam tahap pengelompokkan data perlu diolah dahulu. Tujuannya adalah untuk menyederhanakan seluruh data yang terkumpul, menyajikannya dalam

susunan yang baik dan rapi. Pengolahan data dalam penelitian dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

a. *Editing* (memeriksa)

Kuesioner dari penelitian harus dilakukan pemeriksaan (*editing*) terlebih dahulu yaitu kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner penelitian.

b. *Coding* (memberi kode)

Setelah semua kuesioner di edit atau di periksa, selanjutnya dilakukan pengkodean atau memberikan kode, yakni mengubah data berbentuk kaliat atau huruf menjadi angka atau bilangan. *Coding* atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (*data entry*). Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan *coding* yakni mengolah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan 1,2,3 dan 4 dan berguna dalam memasukan data. Adapun kode yang diberikan :

- 1) Untuk responden berdasarkan kode 1 untuk umur <30 tahun, kode 2 untuk umur 31-40 tahun, dan kode 3 untuk umur >50 tahun.
- 2) Jenis kelamin berdasarkan kode 1 untuk laki-laki dan kode 2 untuk perempuan
- 3) Masa kerja responden berdasarkan kode 1 untuk < 1 tahun, kode 2 untuk 1-5 tahun, dan kode 3 untuk > 5 tahun.
- 4) Pendidikan responden berdasarkan kode 1 untuk S1 Pendidikan, kode 2 untuk S2 Pendidikan.
- 5) Pendapat responden berdasarkan kode 1 untuk ya kode 0 untuk tidak.

c. *Processing*

Data, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruh) dimasukkan kedalam program atau “*software*” komputer. Salah satu dari paket program

yang paling sering digunakan untuk “entri data” penelitian adalah paket program SPSS for Windows

d. *Tabulating*

Tabulating merupakan usaha untuk menyajikan data, terutama pengolahan data yang akan menjurus ke analisa kuantitatif. Biasanya pengolahan data seperti menggunakan tabel, baik tabel distribusi frekuensi maupun tabel silang.

2. Analisa Data

a. Normalitas data

Uji normalitas data dilakukan untuk mengetahui apakah data tersebut mengikuti distribusi normal atau tidak. Uji normalitas merupakan bagian dari persyaratan analisis statistik asumsi dasar. Penelitian ini dalam uji normalitas yang digunakan uji Shapiro-wilk uji ini digunakan jika sampel yang digunakan kurang dari 50 (Dahlan, 2014). Data dari hasil Shapiro-wilk di dapatkan 0,03. Dalam penelitian ini data tidak normal sehingga menggunakan cut of point. Cut of point dalam penelitian ini menggunakan median dengan nilai 35,50. Jika hasil kurang dari 35,50 maka termasuk didalam kategori kurang baik namun jika lebih dari 35,50 maka termasuk dalam kategori baik.

b. Analisis univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisa univariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data yang bersifat numeric digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi (Notoadmodjo, 2012). Analisa ini mempunyai tujuan mendeskripsikan bagaimana peran guru dengan kejadian kenakalan remaja di Sekolah Menengah Lnajutan Samarinda. Pengambilan data menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{N} \times 100$$

Keterangan :

P = Presentase yang dicari (%)

F = Frekuensi responden untuk setiap pertanyaan yang ada

N = Jumlah responden

K. Etika Penelitian

Menurut Dahlan (2014) etika penelitian menjelaskan masalah etika penelitian yang merupakan hal penting dalam suatu penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus di perhatikan :

1. *Informed consent*

Sebelum melakukan penelitian responden diberikan informasi tentang Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan. Jika responden bersedia diteliti maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, namun jika responden menolak untuk diteliti oleh peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya. Responen yang bersedia diteliti menandatangani lembar persetujuan, pada penelitian ini ada responden yang menolak untuk diteliti.

2. *Anonimity*(tanpa nama)

Kerahasiaan responden akan tetap terjaga, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya berupa inisial dari nama responden.

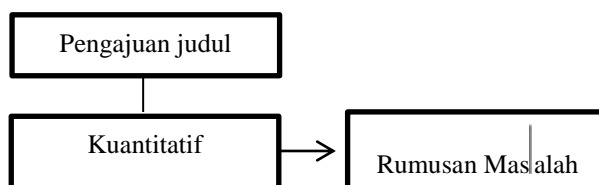
3. *Confidentiality*(kerahasiaan)

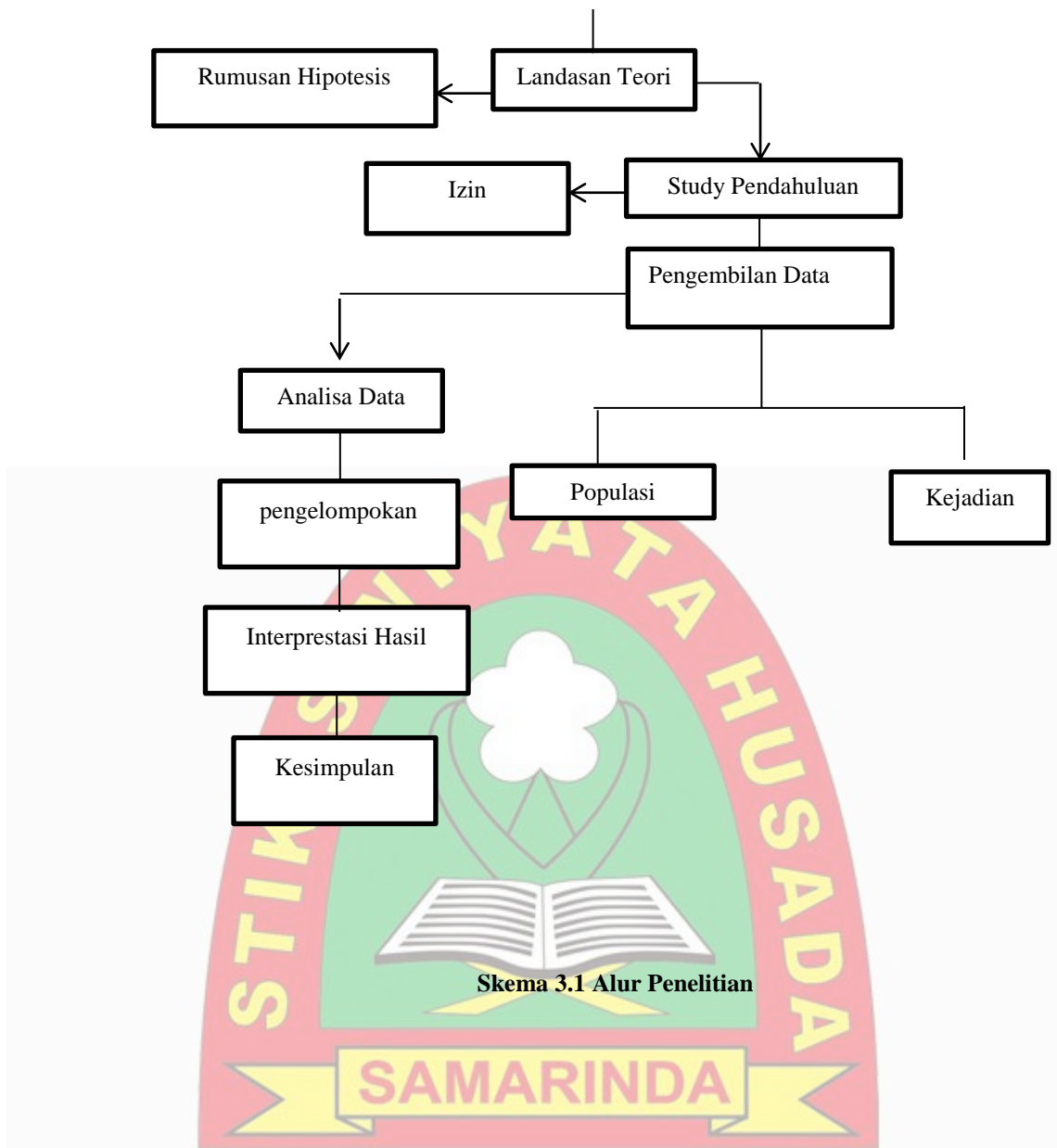
Merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil peneliti baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).



J. Alur Penelitian

Alur dalam penelitian Gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan di Wilayah Sambutan.





BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Kecamatan Sambutan

Sambutan adalah salah satu kecamatan di Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur, Indonesia. Sambutan merupakan hasil pemekaran dari kecamatan samarinda ilir. Terdiri dari 5 desa yaitu Pulau Atas, Sungai Kapih,

Sindang Sari, Makroman, Sambutan. Terdiri dari 5 Sekolah Menengah Pertama Negeri yaitu SMPN 17, 23, 32, 9 dan 41 samarinda dan terdiri dari 2 sekolah menengah atas negeri yaitu SMAN 11,15 Samarinda 1 sekolah menengah kejuruan yaitu SMKN 20 samarinda,

B. Karakteristik Responden

Penelitian mengenai gambaran pelayanan kesehatan peduli remaja di sekolah menengah lanjutan di wilayah sambutan dilaksanakan pada bulan Juni sampai agustus 2019 dengan jumlah sampel 30 yaitu kepala sekolah, guru pembina PKPR dan guru bimbingan konseling di sekolah menengah lanjutan. Adapun karakteristik responden yaitu sebagai berikut:

Tabel 4,1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Masa Kerja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan, n=30

Data Demografi	Kategori	Frekuensi	Persentase
Umur	20-30 tahun	3	10,0%
	31-40 tahun	13	43,3%
	41-50 tahun	6	20,0%
	51-60 tahun	8	26,7%
	Total		100%
Jenis Kelamin	Laki-laki	14	46,7%
	Perempuan	16	53,3%
	Total		100%
Pendidikan	S1	21	70,0%
	S2	9	30,0%
	Total		100%
Masa Kerja	Lebih dari 5 tahun	30	100%
Total			100%

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui guru disekolah menengah lanjutan mayoritas berumur antara 31-40 tahun, yaitu sebanyak 13 responden (43.3%). Jenis kelamin pada guru disekolah menengah lanjutan wilayah sambutan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut: Berdasarkan tabel diatas, diketahui guru di sekolah menengah lanjutan wilayah sambutan mayoritas perempuan yaitu sebanyak 16 responden (53,3%). Berdasarkan tabel di atas, diketahui guru di

Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan mayoritas berpendidikan S1 yaitu sebanyak 21 responden (70.0%). Berdasarkan tabel di atas, diketahui seluruh guru di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan (100%) memiliki masa bekerja lebih dari 5 tahun.

C. Hasil Analisis Distribusi Frekuensi Untuk Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan berdasarkan Sumber daya manusia, Fasilitas Kesehatan, Konselor Sebaya, Manajemen Kesehatan

No	Domain PKPR	Kategori	Frekuensi	Persentase
1	SDM Kesehatan	Baik	25	83,3 %
		Kurang Baik	5	16,7%
2	Fasilitas Kesehatan	Baik	28	93.3%
		Kurang Baik	2	6.7%
3	Konselor Sebaya	Baik	23	76.7 %
		Kurang Baik	7	23.3%
4	Manajemen Kesehatan	Baik	24	80.0 %
		Kurang Baik	6	20.0%
Total			30	100%

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.2 diatas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa sumber daya manusia kesehatan pelayanan konseling di sekolah menengah lanjutan sudah baik yaitu sebanyak 25 responden (83.3%) Berdasarkan tabel di atas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan disekolah menengah lanjutan wilayah sambutan sudah baik yaitu sebanyak 28 responden (93.9%). Berdasarkan tabel di atas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa KIE konselor sebaya di sekolah menengah lanjutan wilayah sambutan sudah baik yaitu sebanyak 23 responden (76.7%) Berdasarkan tabel di atas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa manajemen kesehatan di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan sudah baik yaitu sebanyak 24 responden (80.0%)

D. Pembahasan

Pada bab ini akan membahas tentang hasil pengolahan data yang diperoleh setelah dianalisis dengan menggunakan analisis Univariat Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

a. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan berdasarkan Sumber daya manusia

Hasil analisis univariate pada tabel 4.5 di dapatkan hasil baik sebanyak 25 responden (83,3%). Hasil penelitian ini sependapat dengan pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang menyatakan bahwa pengolahan program terkait PKPR yang mempunyai sikap, pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan PKPR sesuai kebutuhan remaja berdasarkan pedoman. Pengolahan program memberikan pelayanan konseling yang peduli, peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan standard dan pedoman yang berlaku (Pedoman PKPR, 2014).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohmah (2016) mengenai sumber daya manusia dan informasi, diketahui bahwa informasi yang diterima oleh petugas yang mendapatkan pelatihan terkait PKPR, juga diberikan kepada seluruh petugas puskesmas yang lain melalui program minilokakarya yang diadakan setiap bulan. Selain itu dalam indikator kewenangan, tidak ada kewenangan khusus yang diberikan untuk salah satu petugas PKPR, hal ini dinyatakan dengan pemberian materi PKPR dalam proses penyuluhan, walaupun petugas tidak memiliki background dalam bidang HIV namun petugas tersebut dapat memberikan penyuluhan tentang HIV juga (Rohmah, 2016).

Pelayanan yang baik dibutuhkan remaja agar mereka mau memanfaatkan sarana pelayanan yang ada. Penyuluhan dan pelatihan serta pemeriksaan klinis medis yang angung menjangkau remaja diharapkan dapat memanfaatkan berbagai media teknologi informasi/multimedia dan sosial media serta pelayanan yang nyama, materi KIE (Komunikasi Informasi Edukasi) perlu disediakan leaflet yang dibawa pulang tentang berbagai tips atau informasi kesehatan remaja, hal ini berguna untuk memberikan pengetahuan melalui bahan bacaan dan promosi adanya PKPR kepada sebaya yang ikut membacanya (Depkes, 2015).

b. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan Berdasarkan Fasilitas Kesehatan

Hasil analisis univariate pada tabel 4.2 adalah 28 responden (93.3%). Tersedianya paket pelayanan kesehatan komperhensif sesuai dengan kebutuhan remaja tanpa membedakan karakteristik social dan ekonomi pada setiap jenjang pelayanan kesehatan baik didalam maupun diluar gedung, berdasarkan standar pedoman yang berlaku. Tersedianya prosedur tata laksana dan alur pelayanan yang mampu mencegah terjadinya *missed opportunity* dan menjamin kerahasiaan privasi, kenyamanan dan kecepatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan komperhensif bagi remaja, baik di dalam maupun di luar gedung fasilitas kesehatan (Pedoman PKPR, 2014).

Menurut hasil penelitian di Dalal *et al* (2015) bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja sangat penting mengutamakan kerahasiaan, privasi dan ruang tunggu yang tidak sesuai dengan sebagaimana mestinya untuk membuat layanan yang ramah. Jika kerahasiaan dan privasi tidak terjamin maka remaja akan ragu untuk memanfaatkan layanan. Kriteria untuk fungsi efektif klinik PKPR adalah untuk memisahkan dari pelayanan kesehatan umum dengan pelayanan kesehatan remaja Dalal *et al* (2015).

c. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan Berdasarkan Konselor Sebaya

Hasil univariate pada tabel 4.2 adalah 23 responden (76.7%). Tersedianya mekanisme, mekanisme dan sumber daya penyelenggaraan kegiatan pemberian informasi atau pelayanan KIE yang memenuhi selera dan kebutuhan berbagai kelompok remaja berdasarkan standar/ pedoman yang berlaku. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani Putri Eka Ningsih (2018) penilaian dalam standara remaja meliputi penilaian terhadap kegiatan jimunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang dijalankan dan penilaian terhadap konselor sebaya. Konselor sebaya merupakan remaja aktif yang telah di latih untuk melakukan kegiatan konseling bagi teman sebayanya. Remaja yang telah terlatih konselor remaja akan dapat mendeteksi

secara dini ketika terdapat masalah baik yang dialami sendiri maupun yang dialami oleh temannya. Kemampuan mendeteksi tersebut membuat remaja mampu melakukan laporan dan penyampaian kepada tenaga kesehatan yang ada, sehingga permasalahan bisa segera teratasi.

Dalam penelitian Kenti Friskarini (2016) menjelaskan ternyata kelompok teman sebaya juga merupakan hal yang tidak dapat dianggap enteng dalam hubungannya dengan kesehatan remaja. Pentingnya kelompok teman sebaya karena kelompok ini merupakan dunia nyata remaja yang menyiapkan tempat remaja menguji dirinya sendiri dan orang lain. Ketika banyak menghabiskan waktu diluar dari pada di dalam rumah dan sebagian besar waktu diluar rumah digunakan untuk bergaul dengan teman sebayanya dan sebagai konsekuensi adalah pengaruh kelompok teman sebaya lebih besar dari pada pengaruh dari dalam rumah. Ketika memiliki kelompok teman sebaya dan sering berinteraksi dengan teman sebaya akan sangat kuat merasakan kehadiran kelompoknya, sehingga tingkah laku kelompok teman sebaya akan berarti dalam dirinya (Ristianti, 2008).

Didukung pula dari hasil penelitian Rohmayanti *et al* (2015) bahwa untuk meningkatkan peran konselor sebaya agar dapat melakukan konseling pada remaja sebayanya perlu pelatihan konselor remaja yang diberikan oleh puskesmas. Remaja seharusnya menjadi pelopor program kesehatan remaja (dari oleh dan untuk remaja) sehingga remaja perlu menyampaikan kepada stakeholder bahwa ada permasalahan remaja baik yang dialami secara pribadi maupun pengalaman orang lain, kebutuhan akan program kesehatan remaja, ketersediaan remaja untuk terlibat aktif dalam pelaksanaan program PKPR. Sikap atau perilaku yang diharapkan oleh remaja ditunjukkan oleh petugas kesehatan yaitu mereka yang peduli, banyak senyum, ramah, maupun berkomunikasi seperti sahabat memahami karakter remaja sehingga dapat member ikan pelayanan kesehatan peduli remaja. Berdasarkan pedoman WHO penyedia layanan kesehatan ramah remaja adalah teknisi yang berkompetensi dalam bidang khusus masalah remaja. Menurut (Rohmah, 2016) untuk meningkatkan produktivitas pelayanan remaja maka yang pertama diperlukan intervensi mencakup Pendidikan pra pelayanan, petugas kesehatan

melakukan pelatihan sebelum melakukan pelayanan pada remaja, kemudian melakukan pengawasan dan memiliki manajemen yang mendukung, disediakan materi Pendidikan yang cukup, menyederhanakan birokrasi atau administrasi, menunjuk staf atau tim khusus remaja (Rohmah, 2016).

d. Kesehatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan Berdasarkan manajemen kesehatan

Hasil analisis univariate pada tabel 4.2 manajemen kesehatan yaitu 24 responden (80.0%). Tersedianya berbagai dokumen yang dibutuhkan untuk advokasi terhadap penentuan kebijakan/pengambilan keputusan pada tingkat administrative, dengan tujuan untuk memastikan ketersediaan sumberdaya bagi pelaksanaan PKPR. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohmah (2016) kejelasan informasi terkait pelaksanaan program PKPR telah berjalan dengan cukup baik. Hal ini dikarenakan bahwa para petugas telah memahami program, ditambah dengan adanya buku pedoman sebagai bekal pelaksanaan program. kejelasan informasi juga terjadi dalam proses penyuluhan maupun pelatihan, dimana remaja yang mendapatkan penyuluhan dan pelatihan telah memahami materi dari PKPR tersebut. Selain dari remaja yang mendapatkan pelatihan dan penyuluhan, kejelasan informasi juga diterima oleh pasien terkait alur pelayanan program. Untuk indikator konsistensi para petugas yang mendapatkan pelatihan, mendapat materi yang sama walaupun ada tambahan sedikit. Pedoman yang digunakan dalam melaksanakan kebijakan juga konsisten yakni Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja tahun (Arsani, 2013)

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Indarji (2016) bahwa sasaran dari PKPR adalah semua remaja dimana saja berada baik disekolah ataupun diluar sekolah seperti karang taruna, pemuda masjid, gereja, vihara, pure pondok pesantren asrama dan kelompok remaja lainnya. Jenis kegiatan dalam PKPR adalah pemberian informasi dan edukasi, pelayanan kliniis medis termasuk pemeriksaan penunjang, konseling, pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS) penyuluhan kesehatan, pelatihan peer counselor/ konselor sebaya dan pelayanan rujukan sosial dan medis. Pelayanan kesehatan sekolah ini meliputi pemeriksaan

kesehatan, pemeriksaan tumbuh kembang kecerdasan, pemberian imunisasi, penemuan kasus-kasus dini yang mungkin terjadi, pengobatan sederhana, pertolongan pertama, serta rujukan bila menemukan kasus yang tidak dapat ditanggulangi di sekolah

E. Keterbatasan Penelitian

Pada saat penelitian terdapat beberapa kelemahan dan kesulitan penelitian. Hasil penelitian mungkin akan berpengaruh akibat kelemahan dan kesulitan yang tidak bisa dihindari ini. Adapun kelemahan dan kesulitan penelitian adalah sebagai berikut :

1. Kelemahan Penelitian

- a. Desain penelitian dengan menggunakan *cross sectional study* dimana waktu pengukuran/observasi data baik variabel dependen dan maupun variabel independen dinilai hanya satu kali pada suatu saat walaupun tidak semua subjek penelitian pada hari dan waktu yang sama tetapi variabelnya hanya dinilai satu kali saja. Kesulitan dalam menentukan sebab akibat karena hanya mencari keterikatan yang menggambarkan suatu hubungan antara variabel dependen dan variabel independen.
- b. Instrumen Penelitian kesehatan spiritual ini merupakan hasil dari modifikasi penelitian lain. Walaupun ada beberapa item yang dihilangkan karena tidak valid namun untuk dijadikan alur perlu disempurnakan lagi sehingga validitas dan reliabilitasnya semakin baik.

2. Kesulitan penelitian

- a. Pada saat penelitian dalam pengisian kuesioner peneliti selalu mendampingi responden.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan analisis dan hasil pembahasan data, penulis memperoleh kesimpulan yang dapat di ambil dari penelitian mengenai Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan sebagai berikut:.

1. Diketahui Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan kategori baik sebanyak 25 responden (83,3%)
2. Diketahui Fasilitas Kesehatan kategori baik sebanyak 28 responden (93,3%)
3. Diketahui konselor sebaya baik sebanyak 23 responden (76,7%)
4. Diketahui Manajemen Kesehatan kategori baik sebanyak 24 responden (80,0%)

B. Saran

1. Institusi Pendidikan Keperawatan
Institusi pendidikan keperawatan diharapkan dapat berkontribusi dalam meningkatkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah.
2. Sekolah
Perlu di kembangkan lagi cara sosialisasi program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang lebih efektif mengenai keberadaan dan layanan yang dimiliki oleh PKPR.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan agar memperluas topik dan fokus penelitian pada Pelayanan kesehatan peduli remaja, serta memperkaya teori-teori pendukung yang dapat menunjang keakuratan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, A. (2017). *Narkotika Membawa Malapetaka Bagi Kesehatan*. Bandung: Sinergi Pustaka Indonesia.
- Agoes, D. (2011). *Psikologi Perkembangan Anak*. Bogor Selatan: Ghalia Indonesia.
- Alfiana, Z. (2017). Peran Guru Kelas Sebagai Pelaksana Bimbingan Konseling Bagi Peserta Didik. *Jurnal Pendidikan*, 8.
- Arifin, M. (2005). *Pedoman Pelaksanaan Bimbingan dan Penyuluhan Agama*. Jakarta: PT.Golden Tereyon Press.
- Arikunto, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arsani, N. L. (2013). Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*.
- Asmani, J. M. (2013). *Tips Menjadi Guru Inspiratif, Kreatif, dan Inovatif*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Basri, H. (2014). *Remaja Berkualitas (Problametika Remaja dan Solusinya)*. Yogyakarta: Pustaka Belajar .
- Depkes. (2015). *Direktoral Bina Kesehatan Masyarakat Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewa Ketut, d. N. (2008). *Proses Bimbingan dan Konseling di Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta.
- dkk, N. D. (2017). Hubungan Partisipasi Remaja Dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Dengan Mengetahui Dan Persepsi Mengenai Kesehatan Reproduksi Di Sekolah Menengah Pertama Wilayah Kerja Puskesmas Lebdosari. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal)*, 5 Nomor 5. Retrieved from <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>
- dkk, N. L. (2013). Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*, 2. Retrieved from <http://www.neliti.com/id/publication>
- dkk, R. (2015). Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Menurut Perspektif Remaja di Kota Magelang. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 2. Retrieved from <http://jurnal.ugm.ac.id/jkr/article/download/6900/5390>
- Dominika. (2014). *Pemahaman Keterampilan Guru Bimbingan dan Konseling*. Yogyakarta.

- Fattah, H. (2010). *Psikologi Sosial Suatu Pengantar*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Ferry Efendi, & M. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hikmawati, F. (2012). *Bimbingan Konseling*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- Hurlock, & M. (2015). *Perkembangan Anak* (Ed. 6 ed.). Bandung: Erlangga.
- Indarji, S. d. (2016). Perbandingan Program Pelayanan KRR Oleh Puskesmas Yang di Wilayah Kerjanya Terdapat Lokalisasi Dan Tidak Terdapat Lokalisasi. *Public Health Perspective Journal*. Retrieved from <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/phpj>
- Iska, Z. N. (2008). *Bimbingan dan Konseling: Pengantar Pengembangan Diri dan Masalah Peserta Didik/Klien*. Jakarta.
- Kartono. (2009). *Kepribadian: Siapakah Saya*. Jakarta: cv rajawali.
- Kartono, K. (2010). *Patologi Sosial 2. Kenakalan Remaja*. Jakarta: CV. Rajawali Expres.
- Kasmadi, & N. (2014). *Panduan Modern Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Kemendikbud. (2012). *Pedoman Pelaksanaan UKS di Sekolah*. Jakarta.
- Lidya Sayidatun Nisa, & D. (2012). Religiusitas, Kecerdasan Emosional dan Kenakalan Remaja. *Jurnal Psikologi*, 562-584.
- Martono, L. J. (2006). *Penvegahan dan Penanggulangan Narkoba di Sekolah*. Jakarta: PT Rosda Karya.
- Mubarak, W. I. (2015). *Pengantar Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Musbikin, I. (2013). *Mengatasi Kenakalan Siswa Remaja, Solusi Pencegahan Tawuran Pelajar, Siswa Bolos Sekolah Hingga Minum-Minum Keras dan Penyalahgunaan Narkoba*. Pekanbaru Riau: Zanafa Publising.
- Ningsih, F. E. (2018, Januari - juni). Pencapaian Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Pada Posyandu Remaja di Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6 Nomor 1. Retrieved from <http://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/view/4940>
- Notoadmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2017). Jakarta.

- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (Edisi 4 ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Prayitno, & E. (2008). *Dasar Dasar Bimbingan dan Konseling*. Jakarta: PT. Renika Cipta.
- Rahma, U. (2010). *Bimbingan Karier Siswa*. Malang.
- Riyanto, A. (2011). *Buku Ajar Metodologi Penelitian*. Jakarta: EGC.
- Rohmah, I. N. (2016). Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Alun Alun Kabupaten Gresik. *Jurnal Kesehatan*, 6-7.
- Salahudin, A. (2010). *Bimbingan dan Konseling*. Bandung.
- Santrock, J. W. (2017). *Perkembangan Remaja*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sarwono, S. W. (2010). *Psikologi Remaja Edisi Revisi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sarwono, S. W. (2013). *Psikologi Remaja* (Ed Revisi ed.). Jakarta: Rajawali Pers.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif. Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardono, E. (1994). *Teori Peran Konsep, Derivasi dan Implikasinya*. Jakarta.
- Sukardi, D. K. (2008). *Proses Bimbingan dan Konseling di Sekolah* (Vol. 1). Jakarta: Rineka Cipta.
- Tohirin. (2011). *Bimbingan dan Konseling di Sekolah dan Madrasah*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Wahyudi, I. (2012). *Mengejar Profesionalisme Guru Strategi Praktis Mewujudkan Citra Guru Profesional*. Jakarta: Pustakaraya.
- Willis, S. S. (2010). *Remaja dan Permasalahannya*. Bandung: Alfabeta.
- Winkel. (2009). *Psikologi Pengajaran*. Jakarta: Gramedia pustaka tama.

LAMPIRAN





**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS PENDIDIKAN
UPT SMP NEGERI 41 SAMARINDA**

Jl. Pelita 7 Komplek Perum Sambutan Idaman Permai Kecamatan Sambutan
Samarinda 75115 Telp. (0541) 4116094 e-mail : didin_emre@yahoo.com

NIS : 201040

NSS : 201066002213

NPSN : 30405607

Terakreditasi : B

SURAT KETERANGAN

No : 421 / 91 / 100.01.A41

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPT SMP Negeri 41 Samarinda dengan ini menerangkan :

Nama : **DWI AYU RAMADANI**
NIM : 15.0228.563.01
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan.**

Bahwa yang bersangkutan tersebut telah melaksanakan penelitian dalam rangka penulisan Karya Tulis Ilmiah/Skripsi dari tanggal 30 Juli 2019 – 1 Agustus 2019

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 13 Agustus 2019

Kepala,



Ismi Anyar, M.Pd

23.A41.10690323 199903 1 005



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS PENDIDIKAN
UPT SMP NEGERI 32 SAMARINDA
NSS : 20.1.16.60.08.004 NIS : 200280 NPSN : 30401038
Jl. Olah Bebaya Kel. Pulau Atas Kec. Sambutan ☎ (0541) 6242760 : e-mail smpn32_smd@yahoo.com



SURAT KETERANGAN
No. 423.6/11/100.01.A32

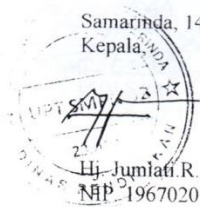
Berdasarkan surat No. 1147/STIKES-WHS/LT/2019 dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala SMP Negeri 32 Samarinda memberikan ijin kepada:

Nama : Dwi Ayu Ramadani
NIM : 15022856301
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jurusan : Keperawatan
Program : Ilmu Keperawatan
Jenjang Studi : S-I (Strata Satu)

Yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian di SMP Negeri 32 Samarinda untuk pengumpulan data dalam memenuhi tugas akhir tentang : **"Gambaran Pelayanan Kesehatan Remaja Di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan"**. Mulai tanggal 31 Juli 2019 sampai dengan tanggal 5 Agustus 2019.

Demikian surat ijin penelitian ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 14 Agustus 2019
Kepala,



Hj. Jumlati R., MM
NIP. 19670205 199103 2 007

PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS PENDIDIKAN
UPT SMP NEGERI 23 SAMARINDA

Alamat : Jalan Pembangunan RT.18 No.54 Samarinda Kode Pos .75381
Telepon:08115554903 Faks : Email:Smpn23.makroman@gmail
NSS :20.1.16.60.02.087 NPSN : 30401028

No : 422/ 073 / 100.01 A23
Lampiran : -
Perihal : Melaksanakan Penelitian

Yang Bertanda Tangan Dibawah ini Kepala SMP Negeri 23 Samarinda

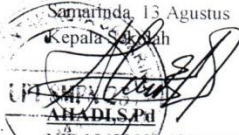
Nama : AHADLS.Pd
NIP : 19630503 198702 1 003
Pangkat Golongan : Pembina /IVa
Unit Kerja : SMP Negeri 23 Samarinda


Dengan ini menerangkan bahwa:





Nama : DWI AYU RAMADANI
NIM : 15.0228.563.01
Jenjang Studi : Strata Satu (S1)
Program Studi : Ilmu Keperawatan


Bahwasanya nama tersebut diatas sudah melaksanakan Penelitian tentang **Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan** pada Guru SMP Negeri 23 Samarinda

Demikian Surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Samarinda, 13 Agustus 2019
Kepala Sekolah

AHADLS.Pd
NIP.19630503 198702 1 003



	<p style="text-align: center;">PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR DINAS PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN SMA NEGERI 15 SAMARINDA</p> <p style="text-align: center;">Terakreditasi BAN-S/M Nomor: 309/BAP-SM/HK/X/2015 Tanggal 31 Oktober 2015 NIS : 300870 NPSN : 30404551 Jln. Kalan Luas RT.13 Kel. Makroman Kec. Sambutan Kota Samarinda Telp. 0811 5571 705 Email : sman15.smd@gmail.com</p>	
Nomor	: 421.3/216 /SMAN.15/VII/2019	
Lampiran	: -	
Perihal	: Surat Ijin Penelitian	
<p>Berdasarkan surat nomor : 1433/SIHKES-WHS/LL/2019, perihal izin melakukan penelitian di SMA Negeri 15 Samarinda maka bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa yang berketerangan di bawah ini:</p> <p>Nama : Dwi Ayu Ramadani NIM : 15 0228 563.01 Program Studi : Ilmu Keperawatan</p> <p>Telah melakukan penelitian untuk menyelesaikan tugas akhir/skripsi dengan judul "Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan".</p> <p>Demikian surat ini kami buat, agar dapat di pergunakan sebagaimana mestinya dan atas perhatiannya di ucapkan terimakasih.</p>		
<p>Samarinda, 30 Juli 2019 Kepala Sekolah</p> <p> IDZUAR, S.Pd, M.Si NIP 19610311 198702 1 003</p> <p></p>		

**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA**
DINAS PENDIDIKAN
UPT SMP NEGERI 17 SAMARINDA

NSS:201166008002 NPSN: 30401010
Alamat: Jl. Tatako Sei Kapih RT. 24 No. 104 Kel. Sungai Kapih Kec. Sambutan, Kode Pos 75011 Samarinda Kal- Tim
Web: smpn17samarinda.sch.id Email: smpn17smd@gmail.com


SURAT KETERANGAN
No :421/ 231 /100.01.A17

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala SMP Negeri 17 Samarinda, menerangkan bahwa:

Nama : Dwi Ayu Ramadani
NIM : 15.0228.563.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan.

Yang bersangkutan telah melaksanakan Penelitian di SMP Negeri 17 Samarinda mulai tanggal 29 Juli 2019 s.d 31 Juli 2019

Demikian surat ini dibuat, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 31 Juli 2019
Kepala UPT

Ruslan M.Pd.
NIP.19650206 199003 1 008



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
SMK NEGERI 20 SAMARINDA

Alamat: Jalan Tatako, Sungaiapoh 105, RT 24, Sambutan, Samarinda 75114

NSS: 401166001051

Posel: smkn20smd@gmail.com

NPSN: 30404180

SURAT KETERANGAN

Nomor: 455.5 / 155 / SMK N 20 / VII / 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anda Supanda, S.Pd, M.Pd
NIP : 19750520 199802 1 001
Pangkat / Golongan : Pembina Tingkat I IV b
Jabatan : Kepala Sekolah SMK Negeri 20 Samarinda

Dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Dwi Ayu Ramadani
NIM : 15022856301
Universitas : Stikes Wiyata Husada
Jenjang Studi : Strata Satu (S1)
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : "Gambaran pelayanan kesehatan peduli remaja di sekolah menengah lanjutan wilayah sambutan"

Mahasiswa yang bersangkutan telah SELESAI melaksanakan penelitian di SMK Negeri 20 Samarinda yang di mulai dari tanggal 26 s.d 29 Juli 2019

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Samarinda, 29 Juli 2019



Anda Supanda, S.Pd, M.Pd

NIP. 19750520 199802 1 001

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Bapak/Ibu yang saya hormati

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Dwi Ayu Ramadani

Nim : 15.0228.563.01

Prodi : Ilmu Keperawatan

Saya adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda jurusan Keperawatan yang akan melakukan penelitian yang berjudul “*Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana peran guru dalam mengatasi kenakalan siswadisekolah.

Dengan ini saya mengharap kesediaan Bapak/Ibu sekalian untuk turut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan dan bersedia mengisi pertanyaan-pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner. Isilah setiap pertanyaan yang berikan sesuai dengan pengetahuan Bapak/Ibu. Jawaban yang diberikan dijamin kerahasiannya dan hanya digunakan untuk penelitian.

Demikian saya sampaikan atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu semua dalam membantu kelancaran dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Dwi Ayu Ramadani

Lampiran 2

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan menandatangani lembar ini saya:

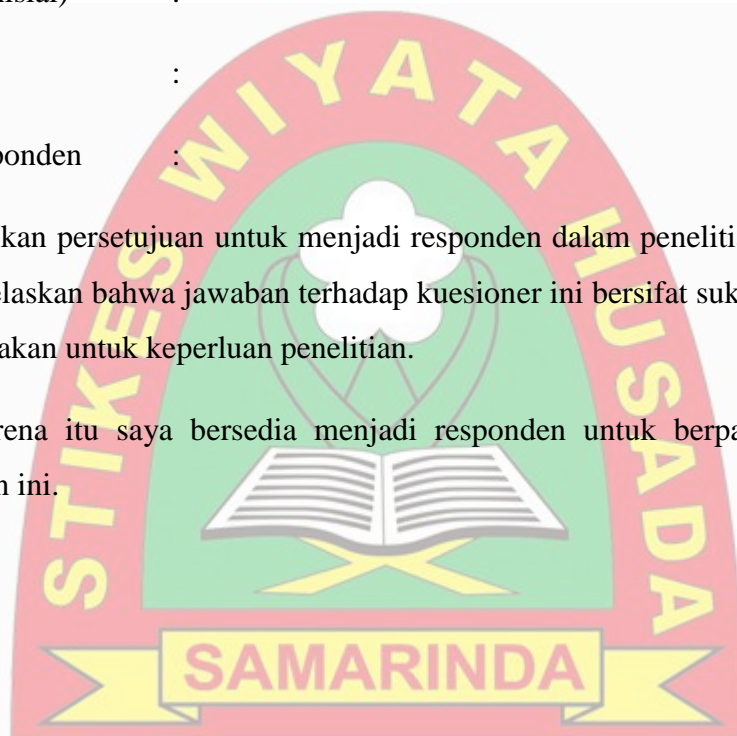
Nama (Inisial) :

Tanggal :

No. Reaponden :

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini, dan saya telah dijelaskan bahwa jawaban terhadap kuesioner ini bersifat sukarela dan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian.

Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.



Hormat Saya

Responden

Lampiran

KUESIONER A
PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA DI SEKOLAH

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Tanggal :

No. Responden :

Petunjuk Pengisian

Bapak/Ibu/Saudara

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti sebelum mengisi.
2. Beri tanda (✓) pada kolom pernyataan dibawah ini. Jawablah pernyataan ini dengan jujur dan jawaban akan terjaga kerahasiannya.
3. Isilah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan identitas anda.

IDENTITAS	
Nama	(inisial)
Umur	Tahun
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> : Laki-Laki <input type="checkbox"/> : Perempuan
Pendidikan	<input type="checkbox"/> : S1 <input type="checkbox"/> : S2
Masa Kerja	<input type="checkbox"/> : < 1 Tahun <input type="checkbox"/> : 1-5 Tahun <input type="checkbox"/> : > 5 Tahun

Lampiran

KUEISONER B

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti sebelum mengisi.
2. Beri tanda (✓) pada kolom pernyataan dibawah ini. Jawablah pernyataan ini dengan jujur dan jawaban akan terjaga kerahasiannya.

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK	Ket
A.	SDM KESEHATAN: Pelayanan konseling			
1.	apakah ada tenaga kesehatan/staf guru di sekolah yang terlatih konseling remaja (misalnya yang mencakup dalam pelatihan PKPR, pelatihan konselor sebaya atau pelatihan pelatihan konseling remaja lainnya			
2.	apakah ada tenaga kesehatan/staf guru yang menyediakan pelayanan konseling bagi remaja di dalam sekolah			
3.	Apakah anda/staf guru terlatih PKPR			
4.	Apakah ada tenaga kesehatan/staf guru yang menyediakan pelayanan konseling di dalam gedung			
5.	Apakah ada tenaga kesehatan/staf guru yang menyediakan pelayanan konseling di luar gedung			
6.	Apakah disekolah tersedia alat bantu audio-visual (misalnya, leaflet, poster, lembar balik, phantom) yang memadai/cukup untuk digunakan dalam memberikan pelayanan konseling remaja			
7.	Apakah disekolah tersedia pedoman untuk memerikan pelayanan konseling bagi remaja			
B.	FASILITAS KESEHATAN: Pelayanan Kesehatan Remaja			
1.	Apakah ada pelayanan kesehatan bagi remaja yang tersedia di Sekolah			
2.	Apakah pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan napza tersedia di Sekolah			
3.	Apakah pelayanan pencegahan dan penanggulangan kekerasan tersedia di Sekolah			
4.	Apakah pelayanan Pencegahan, deteksi dan penanggulangan ISR, IMS tersedia di Sekolah			
5.	Apakah pelayanan Pencegahan, deteksi dan penanggulangan HIV/AIDS tersedia di Sekolah			
6.	Apakah pelayanan Pencegahan, deteksi dan penanggulangan tuberkulosis tersedia di Sekolah			
7.	Apakah pelayanan Pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja tersedia di Sekolah			

8.	Apakah tersedia pedoman untuk menyelenggarakan berbagai pelayanan tersebut			
9.	Apakah pedoman tersebut tidak digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi remaja			
10.	Apakah tersedia ruangan untuk melayani remaja yang menjamin privasinya (yaitu tidak terlihat dan terdengar oleh pihak-pihak yang tidak berkepentingan			
C.	REMAJA: KIE, konselor sebaya			
1.	Apakah tidak tersedia materi, bahan-bahan dan alat bantu audio-visual yang digunakan sesuai fase tumbuh kembang remaja dalam menyelenggarakan pelayanan KIE.			
2.	Apakah penyelenggaraan pelayanan KIE tidak menggunakan berbagai metode sesuai dengan kebutuhan remaja			
3.	Apakah dalam setahun terakhir anda pernah menjadi fasilitator dalam pelatihan/orientasi konselor sebaya			
4.	Apakah anda membina konselor sebaya secara rutin			
5.	apakah anda membina melaksanakan diskusi dengan teman sebaya untuk menyebarluaskan informasi			
6.	apakah anda membina dan menemukan kasus dalam melakukan konseling			
7.	apakah anda membina kegiatan memotivasi teman sebaya yang memiliki masalah untuk mencari pertolongan kepada pihak-pihak yang lebih kompeten			
8.	Apakah sekolah ini membina orang yang bertugas sebagai pendamping/Pembina konselor sebaya secara rutin			
D.	MANAJEMEN KESEHATAN: Advokasi			
1.	Apakah dihasilkan komitmen dari kegiatan advokasi tersebut ((Misalnya dana, bantuan teknis, sarana dan prasarana, obat-obatan, jadwal pelaksanaan, dll)			
2.	Apakah disekolah ini tidak tersedia pedoman/petunjuk pelaksanaan untuk melakukan kegiatan advokasi			
3.	Apakah dalam sekolah ini tersedia dokumen yang dapat digunakan dalam melakukan kegiatan advokasi			
4.	Apakah sudah tersedia pencatatan dan pelaporan			
5.	Apakah sudah menggunakan format pencatatan dan pelaporan sesuai format			
6.	Apakah sekolah ini membangun system rujukan dengan institusi/instansi lain			

SDM_Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	25	83.3	83.3	83.3
Valid 2.00	5	16.7	16.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

fasilitas_kesehatan

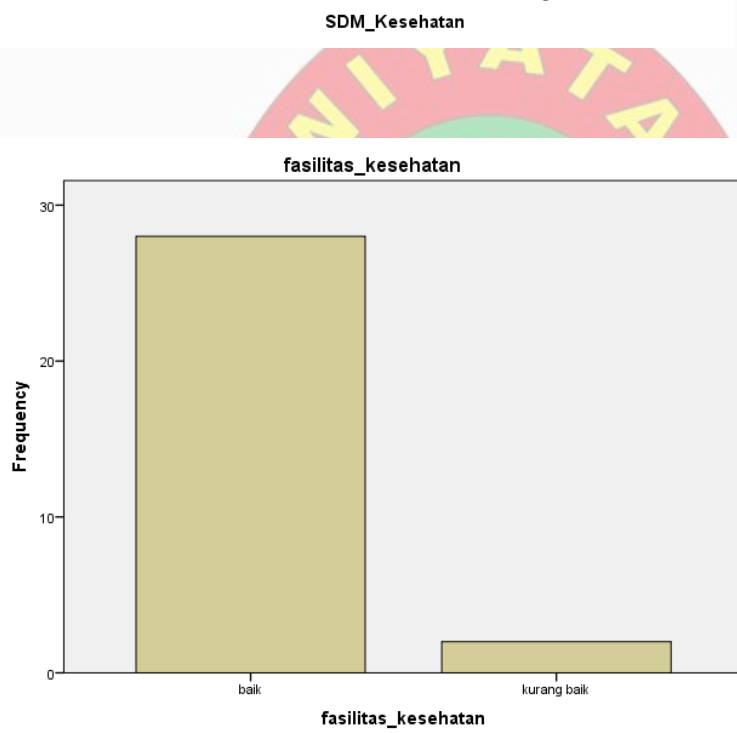
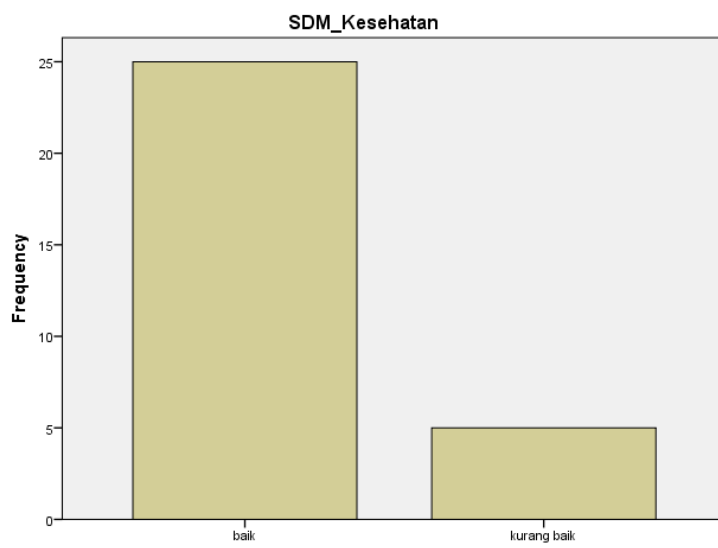
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	28	93.3	93.3	93.3
Valid 2.00	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

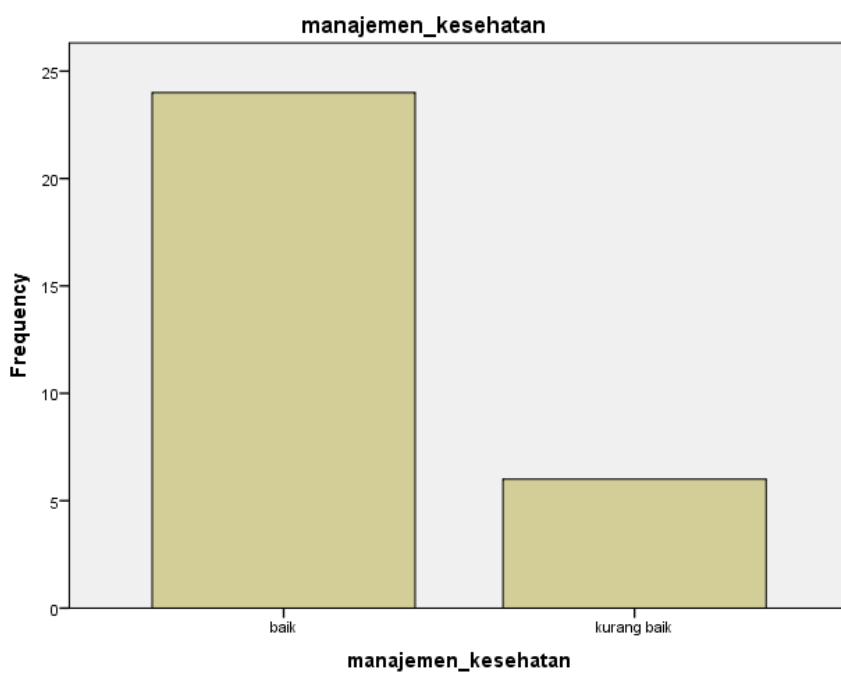
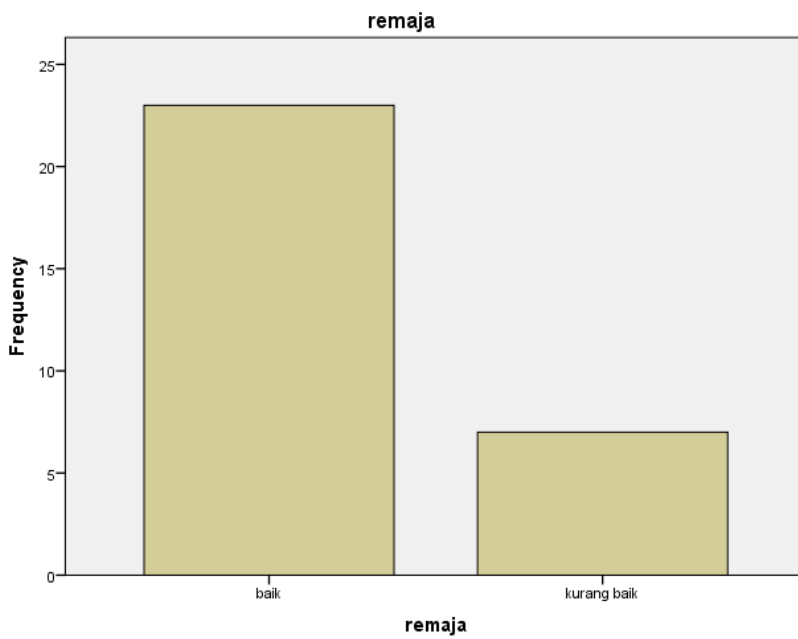
remaja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	23	76.7	76.7	76.7
Valid 2.00	7	23.3	23.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

manajemen_kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	24	80.0	80.0	80.0
Valid 2.00	6	20.0	20.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	





PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan masa saat anak berada di bangku sekolah pada masa ini guru mempunyai pengaruh yang cukup besar dalam membentuk kepribadian dan karakter remaja. Remaja pada dasarnya dibagi menjadi tiga tahap, yaitu tahap remaja awal merupakan remaja yang mulai memasuki pendidikan di bangku Sekolah Menengah Pertama (SMP), sedangkan masa remaja tengah yaitu remaja yang sudah duduk di bangku Sekolah Menengah Atas (SMA), kemudian mereka yang memasuki remaja akhir adalah yang sudah lulus SMA dan memasuki perguruan tinggi (Agoes, 2011). Seorang remaja berada pada krisis identitas, hal ini yang mampu mendorong remaja untuk menemukan jati diri, dengan cara mewujudkan keinginannya agar menjadi seseorang yang sempurna secara intelektual, kepribadian dan penampilan fisik. Masa ini merupakan masa yang sulit bagi remaja karena dapat menimbulkan rasa cemas, merasa di kucilkan, bingung dan bimbang. Pada masa pencarian identitas ini remaja mudah

terombang ambing, sehingga membutuhkan perhatian dan dukungan dari semua pihak. Masa remaja merupakan masa yang rentang terkena pengaruh negatif, seperti pergaulan bebas, penggunaan narkoba, tawuran, kriminal dan seks bebas (Willis, 2010).

Masa remaja merupakan periode terjadinya pertumbuhan dan perkembangan yang pesat baik secara fisik, psikologi maupun intelektual. Sifat khas remaja mempunyai rasa keingintahuan yang besar serta cenderung berani menanggung resiko atas perbuatannya tanpa di dahului pertimbangan yang matang. Sifat dan perilaku beresiko pada remaja yang dapat memenuhi kebutuhan kesehatan remaja. Adapun dari permasalahan kesehatan yang ada tersebut diantaranya adalah jumlah penderita HIV-AIDS yang meningkat, infeksi menular seksual (IMS), kehamilan tidak diinginkan (KTD) dan penyalahgunaan Napza serta perilaku merokok (Kemenkes, 2015).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2014 terdapat lebih dari 200 ribu kasus baru laki-laki yang terinfeksi HIV dan lebih dari 300 ribu kasus baru pada perempuan berusia 15-24 tahun terinfeksi HIV (WHO, 2016). Di Indonesiapada tahun 2015 jumlah infeksi yang dilaporkan untuk rentang usia 15-19 tahun sebanyak 1.119 kasus, dan untuk kasus AIDS, dilaporkan pada tahun 2015 terdapat sebanyak 110 kasus untuk rentang usia 15-19 tahun (Ditjen P2P, 2015). Pada tahun 2016 diestimasikan terdapat infeksi sebesar 5.007 kasus dan pada usia kurang dari 15 tahun (WHO, 2016). Pada tahun 2015 terdapat 19.081 kasus penyalahgunaan narkoba 1.729, kasus psikotropika dan 7.917 bahan adiktif lainnya.pada tahun 2012 tercatat sebanyak 132 tersangka narkoba dengan usia kurang dari 16 tahun dan sebanyak 2.106 tersangka dengan rentang usia 16-19 tahun. Juga tercatat sebanyak 54 pasien narkoba dengan rentang usia 16-19 tahun berada dirumah sakit ketergantungan obat pada tahun 2013 (Kemenkes, 2015).

Hasil data Direktorat Jendral Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan, sebelum tahun 1995 prevalensi remaja terhadap rokok hanya terdapat 7%. Pada tahun 2010 naik menjadi 19%, remaja diatas 15 tahun 54,1% merokok, 43,3% dari jumlah keseluruhan perokok mulai merokok pada rentang usia 14-19 tahun. Jumlah perokok usia remaja semakin meningkat dan sudah mencapai tahap yang sangat mengawatirkan. Indonesia menempati peringkat kelima dunia sebagai perokok terbanyak.Akhir-akhir ini kenakalan remaja semakin tidak terkontrol banyak pelajar yang melanggar peraturan dan tata tertib sekolah serta semakin banyak pelajar yang terlibat dalam tindakan kriminal dan semakin memperburuk keadaan remaja saat ini bahkan peserta didik usia remaja cenderung terlalu bebas dalam bersikap dan bertindak yang mengarah pada perilaku penyimpangan. Salah satu fenomena yang tinggi terjadi di samarinda adalah merokok di kalangan remaja. Hasil survey tahun 2018 pencatatan dan laporan PKPR Puskesmas se-Kota samarinda terdapat 88 pelajar remaja merokok dan alkohol dengan

usia 14-19 tahun di kawasan sambutan (Dinkes Kota Samarinda tahun 2017). Perilaku kenakalan remaja dapat semakin memperburuk keadaan remaja saat ini, tindakan kriminal dan penggunaan zat adiktif (merokok).

Penyalahgunaan narkotika dan obat-obatan terlarang pada remaja dapat mengubah pikiran, suasana hati atau perasaan dan perilaku, menimbulkan ketergantungan fisik dan psikologis. Dampak yang ditimbulkan yaitu prestasi belajar disekolah tiba-tiba menurun drastis maupun gangguan mental dan perilaku. Sehingga mengakibatkan terganggunya pikiran, perasaan, perilaku, dan aspek sosial. Masalah menjadi lebih gawat lagi bila remaja terlibat di dalam narkoba yang pada akhirnya para remaja menularkan/tertular HIV/AIDS. Hal ini telah terbukti dari pemakaian narkoba melalui jarum suntik secara bergantian (Abidin, 2017)

Petugas kesehatan memegang peranan penting dalam upaya mencegah kenakalan remaja disekolah. Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan dapat berperan lebih aktif dalam upaya

penanggulangan penyalahgunaan narkoba dan penggunaan zat adiktif (merokok) di kalangan remaja. Perawat sebagai tenaga kesehatan wajib melaksanakan fungsi dan perannya sesuai standar yang telah ditetapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pihak yang ikut bertanggung jawab dalam proses pembinaan anak remaja adalah para pendidik di sekolah (Martono, 2006). Sekolah merupakan tempat penting bagi remaja dalam pembentukan karakter. Dalam Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional No 20 Tahun 2003 disebutkan bahwa pendidikan nasional berfungsi untuk mengembangkan serta membentuk watak peradaban bangsa yang bermartabat untuk mewujudkan cita-cita bangsa, yaitu mencerdaskan kehidupan bangsa serta berupaya untuk pengembangan potensi serta kemampuan peserta didik dan menjadikan mereka manusia yang beriman, berakhlak mulia, berilmu cakap, kreatif, mandiri dan menjadi warga negara yang demokrasi serta bertanggung jawab (Risetdikti, 2018).

Salah satu usaha yang dilakukan dan terus di kembangkan adalah pelayanan kesehatan di sekolah dilaksanakan oleh tim kesehatan dari puskesmas bekerja sama dengan guru dan kader kesehatan sekolah (Kemendikbud, 2012). Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu 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 (Kemenkes, 2016). Salah satu upaya pemerintahan dalam menangani permasalahan remaja adalah dengan pembentukan program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR). Program ini dapat dilaksanakan di puskesmas, rumah sakit, atau sentra dimana remaja berkumpul. Salah satu program PKPR dengan memberikan komunikasi informasi dan edukasi kepada siswa melalui guru pembina PKPR. Tujuan dari program PKPR adalah meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, meningkatkan

pemanfaatan puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan dan meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja (Arsani, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mildiana (2017) mengenai evaluasi pelaksanaan program PKPR di wilayah puskesmas Kabupaten Jombang, di dapat bahwa pelaksanaan program PKPR di kabupaten jombang masih belum sesuai pedoman yang ada seperti tenaga pelaksana memiliki beban kerja yang banyak dan belum mendapatkan pelatihan khusus PKPR, alokasi dana belum memadai, sarana dan prasarana program PKPR sebagian besar belum tersedia, perencanaan program belum dilakukan sesuai pedoman. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anggela (2013) yang dilakukan di kota padang menunjukkan bahwa SDM yang menjadi pelaksana sudah berpendidikan, sarana dan prasarana

sudah memadai, iklim kerja kondusif. Sedangkan dari factor manajemen belum terlaksana karena masih minimnya sarana untuk akses informasi kinerja pegawai dan dana yang tidak memadai dalam pelaksanaan program PKPR.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti secara langsung pada tanggal 5 sampai 6 Maret 2019, di Sekolah Menengah lanjutan wilayah Sambutan bahwa terdapat 135 guru dan tenaga pendidikan. Dari data yang di dapat bahwa dari 2.569 siswa di Sekolah Menengah Atas Negeri 11, SMK PGRI 5, SMKN 20, SMPN 9 Samarinda 70% siswa atau sekitar siswa melakukan pelanggaran di sekolah. Pelanggaran tersebut berupa merokok, keluar pada saat jam pelajaran berlangsung, membolos, perkelahian antar teman sebaya.

Berdasarkan keterangan yang diberikan oleh salah satu guru bimbingan konseling tidak ada tindak lanjut dari sekolah untuk menangani kenakalan yang dilakukan oleh siswa.

TUJUAN

Adapun tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan di Wilayah Sambutan

METODE

Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *deskriptif analitik* yaitu suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran tentang objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul (Nursalan, 2017) dengan jumlah sampel 30 responden pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner

HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Karakteristik Responden Penelitian

Penelitian mengenai gambaran pelayanan kesehatan peduli remaja di sekolah menengah lanjutan di wilayah sambutan dilaksanakan pada bulan Juni sampai agustus 2019 dengan jumlah sampel 30 yaitu kepala sekolah, guru pembina PKPR dan guru bimbingan

konseling di sekolah menengah lanjutan. Adapun karakteristik responden yaitu sebagai berikut

Tabel 4.1 Data demografi karakteristik responden

No	Data Demografi	Kategori	Frekuensi
1	Umur	20-30 tahun	3
		31-40 tahun	13
		41-50 tahun	6
		51-60 tahun	8
	Total		20
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	14
		Perempuan	16
	Total		30
3	Pendidikan	S1	21
		S2	9
		Total	30
4	Masa Kerja	Lebih dari 5 tahun	30
		Total	30

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui guru disekolah menengah lanjutan mayoritas berumur antara 31-40 tahun, yaitu sebanyak 13 responden (43.3%). Jenis kelamin pada guru disekolah menengah lanjutan wilayah sambutan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut: Berdasarkan tabel diatas, diketahui guru di sekolah menengah lanjutan wilayah sambutan mayoritas perempuan yaitu sebanyak 16 responden (53,3%). Berdasarkan tabel di atas, diketahui guru di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan mayoritas berpendidikan S1 yaitu sebanyak 21 responden (70.0%). Berdasarkan tabel di atas, diketahui seluruh guru di Sekolah Menengah Lanjutan

Wilayah Sambutan (100%) memiliki masa bekerja lebih dari 5 tahun.

2. Hasil Analisis Distribusi Frekuensi Untuk Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

Domain PKPR	Kategori	Frekuensi	Persentase
SDM Kesehatan	Baik	25	83,3 %
	Kurang Baik	5	16,7%
Fasilitas Kesehatan	Baik	28	93.3%
	Kurang Baik	2	6.7%
Konselor Sebaya	Baik	23	76.7 %
	Kurang Baik	7	23.3%
Manajemen Kesehatan	Baik	24	80.0 %
	Kurang Baik	6	20.0%

Berdasarkan tabel 4.5 diatas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa sumber daya manusia kesehatan pelayanan konseling di sekolah menengah lanjutan sudah baik yaitu sebanyak 25 responden (83.3%) Berdasarkan tabel di atas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan disekolah menengah lanjutan wilayah sambutan sudah baik yaitu sebanyak 28 responden (93.9%). Berdasarkan tabel di atas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa KIE konselor sebaya di sekolah menengah lanjutan wilayah

sambutan sudah baik yaitu sebanyak 23 responden (76.7%) Berdasarkan tabel di atas, diketahui mayoritas responden menyatakan bahwa manajemen kesehatan di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan sudah baik yaitu sebanyak 24 responden (80.0%).

PEMBAHASAN

a. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan berdasarkan Sumber daya manusia

Hasil analisis univariate pada tabel 4.2 di dapatkan hasil baik sebanyak 25 responden (83,3%). Hasil penelitian ini sependapat dengan pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang menyatakan bahwa pengolahan program terkait PKPR yang mempunyai sikap, pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan PKPR sesuai kebutuhan remaja berdasarkan pedoman. Pengolahan program memberikan pelayanan konseling yang peduli, peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan standard dan pedoman yang berlaku (Pedoman

PKPR, 2014). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohmah (2016) mengenai sumber daya manusia dan informasi, diketahui bahwa informasi yang diterima oleh petugas yang mendapatkan pelatihan terkait PKPR, juga diberikan kepada seluruh petugas puskesmas yang lain melalui program minilokakarya yang diadakan setiap bulan. Selain itu dalam indikator kewenangan, tidak ada kewenangan khusus yang diberikan untuk salah satu petugas PKPR, hal ini dinyatakan dengan pemberian materi PKPR dalam proses penyuluhan, walaupun petugas tidak memiliki background dalam bidang HIV namun petugas tersebut dapat memberikan penyuluhan tentang HIV juga (Rohmah, 2016). Pelayanan yang baik dibutuhkan remaja agar mereka mau memanfaatkan sarana pelayanan yang ada. Penyuluhan dan pelatihan serta pemeriksaan klinis medis yang angung menjangkau remaja diharapkan dapat memanfaatkan berbagai media teknologi informasi/multimedia dan sosial media serta pelayanan yang nyama, materi KIE (Komunikasi Informasi

Edukasi) perlu disediakan leaflet yang dibawa pulang tentang berbagai tips atau informasi kesehatan remaja, hal ini berguna untuk memberikan pengetahuan melalui bahan bacaan dan promosi adanya PKPR kepada sebaya yang ikut membacanya (Depkes, 2015).

b. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan Berdasarkan Fasilitas Kesehatan

Hasil analisis univariate pada tabel 4.2 adalah 28 responden (93.3%). Tersedianya paket pelayanan kesehatan komprehensif sesuai dengan kebutuhan remaja tanpa membedakan karakteristik sosial dan ekonomi pada setiap jenjang pelayanan kesehatan baik didalam maupun diluar gedung, berdasarkan standar pedoman yang berlaku. Tersedianya prosedur tata laksana dan alur pelayanan yang mampu mencegah terjadinya *missed opportunity* dan menjamin kerahasiaan privasi, kenyamanan dan kecepatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif bagi remaja, baik di dalam maupun di luar gedung fasilitas kesehatan (Pedoman PKPR, 2014). Menurut

hasil penelitian di Dalal *et al* (2015) bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja sangat penting mengutamakan kerahasiaan, privasi dan ruang tunggu yang tidak sesuai dengan sebagaimana mestinya untuk membuat layanan yang ramah. Jika kerahasiaan dan privasi tidak terjamin maka remaja akan ragu untuk memanfaatkan layanan. Kriteria untuk fungsi efektif klinik PKPR adalah untuk memisahkan dari pelayanan kesehatan umum dengan pelayanan kesehatan remaja Dalal *et al* (2015).

c. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan Berdasarkan Konselor Sebaya

Hasil univariate pada tabel 4.2 adalah 23 responden (76.7%). Tersedianya mekanisme, mekanisme dan sumber daya penyelenggaraan kegiatan pemberian informasi atau pelayanan KIE yang memenuhi selera dan kebutuhan berbagai kelompok remaja berdasarkan standar/pedoman yang berlaku. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani Putri Eka Ningsih (2018) penilaian dalam standara

remaja meliputi penilaian terhadap kegiatan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang dijalankan dan penilaian terhadap konselor sebaya. Konselor sebaya merupakan remaja aktif yang telah di latih untuk melakukan kegiatan konseling bagi teman sebayanya. Remaja yang telah terlatih konselor remaja akan dapat mendeteksi secara dini ketika terdapat masalah baik yang dialami sendiri maupun yang dialami oleh temannya. Kemampuan mendeteksi tersebut membuat remaja mampu melakukan laporan dan penyampaian kepada tenaga kesehatan yang ada, sehingga permasalahan bisa segera teratasi. Dalam penelitian Kenti Friskarini (2016) menjelaskan ternyata kelompok teman sebaya juga merupakan hal yang tidak dapat dianggap enteng dalam hubungannya dengan kesehatan remaja. Pentingnya kelompok teman sebaya karena kelompok ini merupakan dunia nyata remaja yang menyiapkan tempat remaja menguji dirinya sendiri dan orang lain. Ketika banyak menghabiskan waktu diluar dari pada di dalam rumah dan sebagian besar waktu diluar rumah

digunakan untuk bergaul dengan teman sebayanya dan sebagai konsekuensi adalah pengaruh kelompok teman sebaya lebih besar dari pada pengaruh dari dalam rumah. Ketika memiliki kelompok teman sebaya dan sering berinteraksi dengan teman sebaya akan sangat kuat merasakan kehadiran kelompoknya, sehingga tingkah laku kelompok teman sebaya akan berarti dalam dirinya (Ristianti, 2008). Didukung pula dari hasil penelitian Rohmayanti *et al* (2015) bahwa untuk meningkatkan peran konselor sebaya agar dapat melakukan konseling pada remaja sebayanya perlu pelatihan konselor remaja yang diberikan oleh puskesmas. Remaja seharusnya menjadi pelopor program kesehatan remaja (dari oleh dan untuk remaja) sehingga remaja perlu menyampaikan kepada stakeholder bahwa ada permasalahan remaja baik yang dialami secara pribadi maupun pengalaman orang lain, kebutuhan akan program kesehatan remaja, ketersediaan remaja untuk terlibat aktif dalam pelaksanaan program PKPR. Sikap atau perilaku yang

diharapkan oleh remaja ditunjukkan oleh petugas kesehatan yaitu mereka yang peduli, banyak senyum, ramah, maupun berkomunikasi seperti sahabat memahami karakter remaja sehingga dapat member ikan pelayanan kesehatan peduli remaja. Berdasarkan pedoman WHO penyedia layanan kesehatan ramah remaja adalah teknisi yang berkompotensi dalam bidang khusus masalah remaja. Menurut (Rohmah, 2016) untuk meningkatkan produktivitas pelayanan remaja maka yang pertama diperlukan intervensi mencakup Pendidikan pra pelayanan, petugas kesehatan melakukan pelatihan sebelum melakukan pelayanan pada remaja, kemudian melakukan pengawasan dan memiliki manajemen yang mendukung, disediakan materi Pendidikan yang cukup, menyederhanakan birokrasi atau administrasi, menunjuk staf atau tim khusus remaja (Rohmah, 2016).

d. Kesehatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan Berdasarkan manajemen kesehatan

Hasil analisis univariate pada tabel 4.2 manajemen kesehatan yaitu 24 responden (80.0%). Tersedianya berbagai dokumen yang dibutuhkan untuk advokasi terhadap penentuan kebijakan/pengambilan keputusan pada tingkat administrative, dengan tujuan untuk memastikan ketersediaan sumberdaya bagi pelaksanaan PKPR. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohmah (2016) kejelasan informasi terkait pelaksanaan program PKPR telah berjalan dengan cukup baik. Hal ini dikarenakan bahwa para petugas telah memahami program, ditambah dengan adanya buku pedoman sebagai bekal pelaksanaan program.kejelasan informasi juga terjadi dalam proses penyuluhan maupun pelatihan, dimana remaja yang mendapatkan penyuluhan dan pelatihan telah memahami materi dari PKPR tersebut. Selain dari remaja yang mendapatkan pelatihan dan penyuluhan, kejelasan informasi juga diterima oleh pasien terkait alur pelayanan program. Untuk indikator konsistensi para petugas yang mendapatkan pelatihan,

mendapat materi yang sama walaupun ada tambahan sedikit. Pedoman yang digunakan dalam melaksanakan kebijakan juga konsisten yakni Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja tahun (Arsani, 2013). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Indarji (2016) bahwa sasaran dari PKPR adalah semua remaja dimana saja berada baik disekolah ataupun diluar sekolah seperti karang taruna, pemuda masjid, gereja, vihara, pure pondok pesantren asrama dan kelompok remaja lainnya. Jenis kegiatan dalam PKPR adalah pemberian informasi dan edukasi, pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang, konseling, pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS) penyuluhan kesehatan, pelatihan peer counselor/konselor sebaya dan pelayanan rujukan sosial dan medis. Pelayanan kesehatan sekolah ini meliputi pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan tumbuh kembang kecerdasar, pemberian imunisasi, penemuan kasus-kasus dini yang mungkin terjadi, pengobatan sederhana, pertolongan pertama, serta rujukan bila menemukan kasus

yang tidak dapat ditanggulangi disekolah

KESIMPULAN

Berdasarkan analisis dan hasil pembahasan data, penulis memperoleh kesimpulan yang dapat di ambil dari penelitian mengenai Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah Lanjutan Wilayah Sambutan sebagai berikut:.

5. Diketahui Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan kategori baik sebanyak 25 responden (83,3%)
6. Diketahui Fasilitas Kesehatan kategori baik sebanyak 28 responden (93,3%)
7. Diketahui konselor sebaya baik sebanyak 23 responden (76,7%)
- Diketahui Manajemen Kesehatan kategori baik sebanyak 24 responden (80,0%)

SARAN

1. Institusi Pendidikan Keperawatan
Institusi pendidikan keperawatan diharapkan dapat berkontribusi dalam meningkatkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah Menengah.
2. Sekolah

- Perlu di kembangkan lagi cara sosialisasi program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang lebih efektif mengenai keberadaan dan layanan yang dimiliki oleh PKPR.
3. Bagi peneliti selanjutnya
- Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan agar memperluas topik dan fokus penelitian pada Pelayanan kesehatan peduli remaja, serta memperkaya teori-teori pendukung yang dapat menunjang keakuratan penelitian.
- DAFTAR PUSTAKA**
- Abidin, A. (2017). *Narkotika Membawa Malapetaka Bagi Kesehatan*. Bandung: Sinergi Pustaka Indonesia.
- Agoes, D. (2011). *Psikologi Perkembangan Anak*. Bogor Selatan: Ghalia Indonesia.
- Alfiana, Z. (2017). Peran Guru Kelas Sebagai Pelaksana Bimbingan Konseling Bagi Peserta Didik. *Jurnal Pendidikan*, 8.
- Arifin, M. (2005). *Pedoman Pelaksanaan Bimbingan dan Penyuluhan Agama*. Jakarta: PT.Golden Tereyon Press.
- Arikunto, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arsani, N. L. (2013). Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*.
- Asmani, J. M. (2013). *Tips Menjadi Guru Inspiratif, Kreatif, dan Inovatif*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Basri, H. (2014). *Remaja Berkualitas (Problametika Remaja dan Solusinya)*. Yogyakarta: Pustaka Belajar .
- Depkes. (2015). *Direktoral Bina Kesehatan Masyarakat Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewa Ketut, d. N. (2008). *Proses Bimbingan dan Konseling di Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta.
- dkk, N. D. (2017). Hubungan Partisipasi Remaja Dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Dengan Mengetahui Dan Persepsi Mengenai Kesehatan Reproduksi Di Sekolah Menengah Pertama Wilayah Kerja Puskesmas Lebdosari. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal)*, 5 Nomor 5. Retrieved from <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>
- dkk, N. L. (2013). Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Di Kecamatan Buleleng. *Jurnal*

- Ilmu Sosial dan Humaniora*, 2. Retrieved from <http://www.neliti.com/id/publication>
- dkk, R. (2015). Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Menurut Perspektif Remaja di Kota Magelang. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 2. Retrieved from <http://jurnal.ugm.ac.id/jkr/article/download/6900/5390>
- Dominika. (2014). *Pemahaman Keterampilan Guru Bimbingan dan Konseling*. Yogyakarta.
- Fattah, H. (2010). *Psikologi Sosial Suatu Pengantar*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Ferry Efendi, & M. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hikmawati, F. (2012). *Bimbingan Konseling*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- Hurlock, & M. (2015). *Perkembangan Anak* (Ed. 6 ed.). Bandung: Erlangga.
- Indarji, S. d. (2016). Perbandingan Program Pelayanan KRR Oleh Puskesmas Yang di Wilayah Kerjanya Terdapat Lokalisasi Dan Tidak Terdapat Lokalisasi. *Public Health Perspective Journal*. Retrieved from <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/phpj>
- Iska, Z. N. (2008). *Bimbingan dan Konseling: Pengantar Pengembangan Diri dan Masalah Peserta Didik/Klien*. Jakarta.
- Kartono. (2009). *Kepribadian: Siapakah Saya*. Jakarta: cv rajawali.
- Kartono, K. (2010). *Patologi Sosial 2. Kenakalan Remaja*. Jakarta: CV. Rajawali Expres.
- Kasmadi, & N. (2014). *Panduan Modern Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Kemendikbud. (2012). *Pedoman Pelaksanaan UKS di Sekolah*. Jakarta.
- Lidya Sayidatun Nisa, & D. (2012). Religiusitas, Kecerdasan Emosional dan Kenakalan Remaja. *Jurnal Psikologi*, 562-584.
- Martono, L. J. (2006). *Penvegahan dan Penanggulangan Narkoba di Sekolah*. Jakarta: PT Rosda Karya.
- Mubarak, W. I. (2015). *Pengantar Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Musbikin, I. (2013). *Mengatasi Kenakalan Siswa Remaja, Solusi Pencegahan Tawuran Pelajar, Siswa Bolos Sekolah Hingga Minum-Minuman Keras dan Penyalahgunaan Narkoba*. Pekanbaru Riau: Zanafa Publising.
- Ningsih, F. E. (2018, Januari - juni). Pencapaian Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Pada Posyandu Remaja di Surabaya. *Jurnal*

- Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6 Nomor 1. Retrieved from <http://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/view/4940>
- Notoadmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2017). Jakarta.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (Edisi 4 ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Prayitno, & E. (2008). *Dasar Dasar Bimbingan dan Konseling*. Jakarta: PT. Renika Cipta.
- Rahma, U. (2010). *Bimbingan Karier Siswa*. Malang.
- Riyanto, A. (2011). *Buku Ajar Metodologi Penelitian*. Jakarta: EGC.
- Rohmah, I. N. (2016). Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Alun Alun Kabupaten Gresik. *Jurnal Kesehatan*, 6-7.
- Salahudin, A. (2010). *Bimbingan dan Konseling*. Bandung.
- Santrock, J. W. (2017). *Perkembangan Remaja*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sarwono, S. W. (2010). *Psikologi Remaja Edisi Revisi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sarwono, S. W. (2013). *Psikologi Remaja* (Ed Revisi ed.). Jakarta: Rajawali Pers.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif. Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardono, E. (1994). *Teori Peran Konsep, Derivasi dan Implikasinya*. Jakarta.
- Sukardi, D. K. (2008). *Proses Bimbingan dan Konseling di Sekolah* (Vol. 1). Jakarta: Rineka Cipta.
- Tohirin. (2011). *Bimbingan dan Konseling di Sekolah dan Madrasah*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Wahyudi, I. (2012). *Mengejar Profesionalisme Guru Strategi Praktis Mewujudkan Citra Guru Profesional*. Jakarta: Pustakaraya.
- Willis, S. S. (2010). *Remaja dan Permasalahannya*. Bandung: Alfabeta.
- Winkel. (2009). *Psikologi Pengajaran*. Jakarta: Gramedia pustaka tama

