

**STUDI FENOMENOLOGI: PELAKSANAAN PROGRAM PELAYANAN
KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR)
SMA/SMK DI KOTA SAMARINDA**

SKRIPSI



Di Susun Oleh:

REFY SUKIDAWATI PUTRI

NIM: 15. 0200. 535. 01

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

2019

**STUDI FENOMENOLOGI: PELAKSANAAN PROGRAM PELAYANAN
KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR)
SMA/SMK DI KOTA SAMARINDA**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana (S.Kep)



NIM : 15.0200.535.01

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

2019

HALAMAN PENGESAHAN

STUDI FENOMENOLOGI : PELAKSANAAN PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN
PEDULI REMAJA (PKPR) SMA/SMK DI KOTA SAMARINDA

SKRIPSI

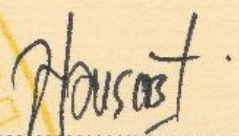
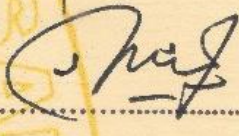
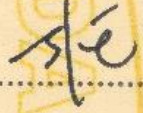

Disusun Oleh:

REFY SUKIDAWATI PUTRI

NIM. 15.0200.535.01

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 09 Agustus 2019

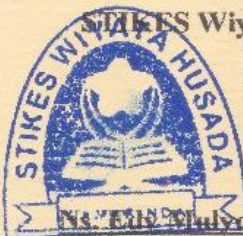
SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Yusnita Sirait, S.Kep., M.Kep (.....) 
NIP. 19800623.200803.2.001
2. Hj. Sumiati, SKM., M.Kes (.....) 
NIP. 19690510.199403.2.002
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.MB (.....) 
NIK. 113072.88.16.088
4. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Kom (.....) 
NIK. 113072.82.09.024

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Eka Sulisno, 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 : Refy Sukidawati Putri

NIM : 15.0200.535.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

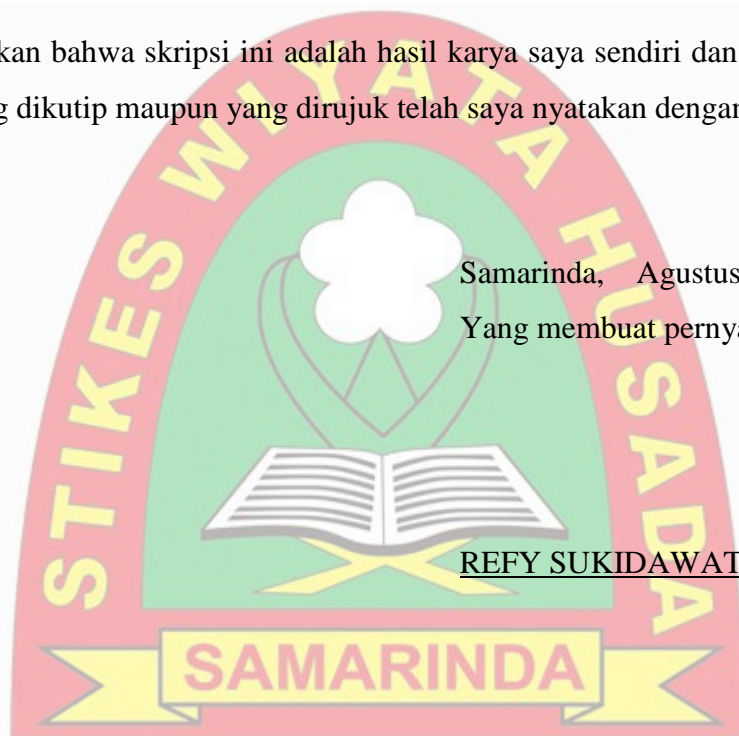
Judul Proposal : Studi Fenomenologi: Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) SMA/SMK Di Kota Samarinda

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

Samarinda, Agustus 2019

Yang membuat pernyataan,

REFY SUKIDAWATI PUTRI



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Studi Fenomenologi: Pelaksanaan Program PKPR SMA Di Kota Samarinda”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda tahun akademik 2018/2019 dengan tepat waktu.

Pada kesempatan ini tidak lupa saya mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini baik dari segi moril maupun materil. Adapun penghargaan ini saya berikan kepada :

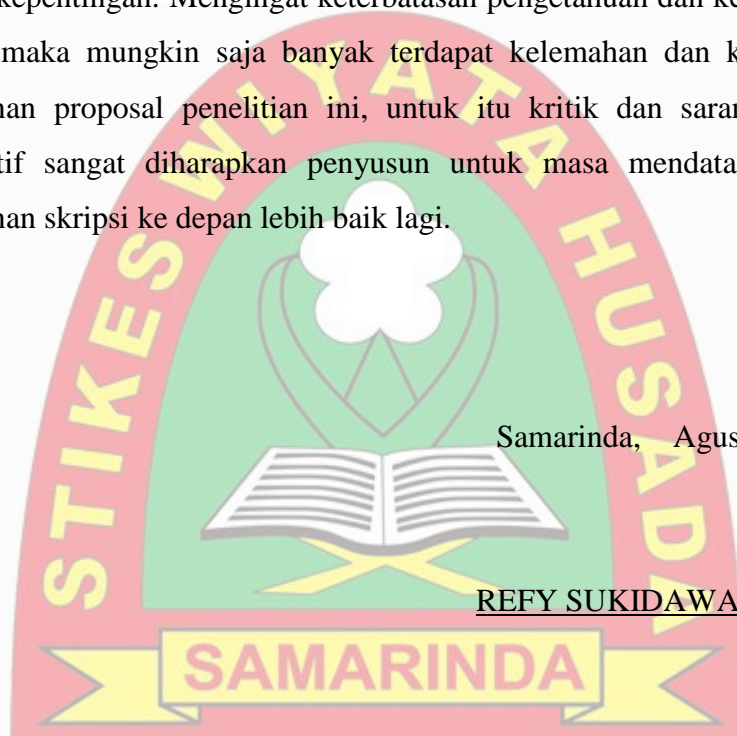
1. H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda
2. Ns. Edy Mulyono, M.Kep, selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku Pembimbing I yang telah banyak membantu dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai.
5. Ns. Siti Mukaromah, M.Kep., Sp.Kom, selaku Pembimbing II yang telah banyak membantu dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai.
6. Ns. Yusnita Sirait, M.Kep., selaku Penguji I yang telah banyak membantu dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai.
7. Hj. Sumiati, M.Kes., selaku Penguji II yang telah banyak membantu dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai.
8. Kepala Puskesmas Palaran yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
9. Kepala SMA Negeri 6 Samarinda, Kepala SMK Negeri 19 dan Kepala SMK Negeri 11 Samarinda yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.

10. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan pengarahan serta bimbingan yang bermanfaat kepada saya.
11. Orang tua beserta saudara-saudara saya yang telah begitu banyak memberikan pengertian dan dukungan pada saya.
12. Rekan-rekan seperjuangan (Muhammad Guntur dan Evalina Prastika Putri) di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang senantiasa selalu mendukung dan memotivasi satu sama lain.

Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat yang positif bagi semua pihak yang berkepentingan. Mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki maka mungkin saja banyak terdapat kelemahan dan kekurangan dari penyusunan proposal penelitian ini, untuk itu kritik dan saran yang bersifat konstruktif sangat diharapkan penyusun untuk masa mendatang agar dalam penyusunan skripsi ke depan lebih baik lagi.

Samarinda, Agustus 2019

REFY SUKIDAWATI PUTRI



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Refy Sukidawati Putri

NIM : 15.0200.535.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

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

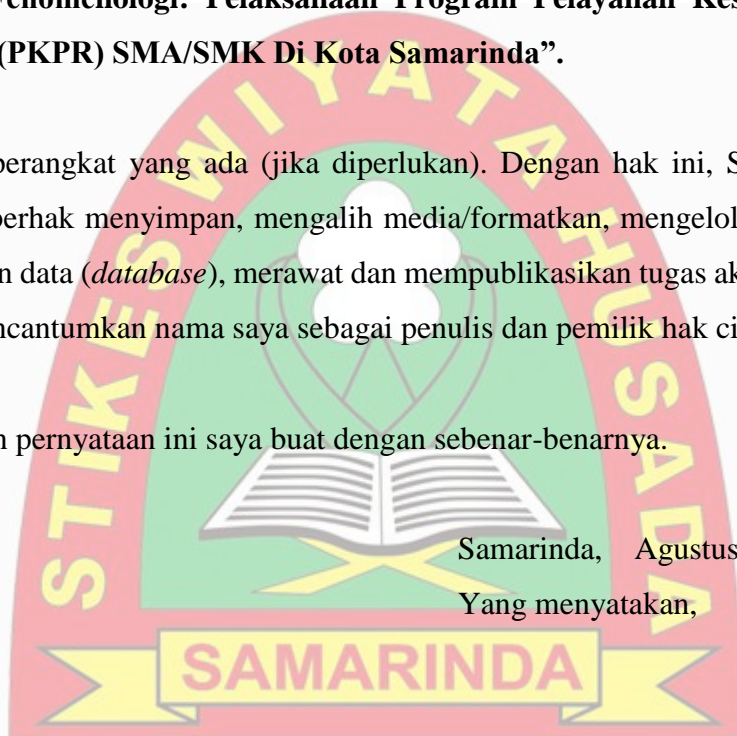
“Studi Fenomenologi: Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) SMA/SMK Di Kota Samarinda”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalih media/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, Agustus 2019

Yang menyatakan,



REFY SUKIDAWATI PUTRI

Studi Fenomenologi: Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) SMA/SMK Di Kota Samarinda

Refy Sukidawati Putri¹, Kiki Hardiansyah Safitri², Siti Mukaromah³

ABSTRAK

Latar Belakang: Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu program Puskesmas yang bekerja sama dengan sekolah dan program lain, di sekolah tidak berjalan maksimal karena sumber daya manusia (SDM) dan dana kurang serta monitoring evaluasi kurang efektif. **Tujuan:** Mengeksplorasi pengalaman penanggung jawab program PKPR di sekolah dalam melaksanakan program PKPR. **Metode:** Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Partisipan ditentukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, jumlah partisipan empat orang pemegang program PKPR di sekolah. **Hasil:** Didapatkan lima tema yaitu (1) pemahaman guru terhadap program PKPR di sekolah meliputi pengertian PKPR, kegiatan PKPR di sekolah dan sumber inisiasi PKPR di sekolah, (2) perencanaan program PKPR di sekolah dilakukan satu tahun sekali dan jenis kegiatan PKPR di sekolah, (3) gambaran pelaksanaan program PKPR di sekolah meliputi SDM yang kurang memadai, dukungan Puskesmas minimal dan sistem monitoring evaluasi kurang efektif, (4) program PKPR di sekolah terlaksana dan pelaksanaan program (konselor sebaya) tidak maksimal di sekolah (5) masalah kesehatan remaja meliputi faktor perilaku (remaja yang merokok, tidak sempat sarapan sebelum berangkat sekolah, pola makan kurang baik dan kebiasaan tidur tengah malam) dan faktor fisik (pusing dan sakit maag). **Kesimpulan:** Program PKPR telah dipahami cukup oleh penjalan program PKPR di sekolah, perencanaan dilakukan setiap satu tahun sekali setiap sekolah seperti merencanakan kegiatan konseling antar teman sebaya yang belum terlaksana karena SDM yang kurang selanjutnya diperlukan evaluasi dan monitoring berkala dari puskesmas.

Kata Kunci: pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR), remaja, sekolah

1-3 Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Penelitian Terkait.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Telaah Pustaka.....	8
1. Konsep Remaja.....	8
2. Konsep Kesehatan Reproduksi.....	10
3. Program Kesehatan Reproduksi Remaja.....	12
B. Kerangka Teori.....	24
BAB III METODE PENELITIAN.....	27
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	27
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	28
C. Partisipan.....	28
D. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	29
E. Teknik Pengumpulan Data.....	29
F. Prosedur Pengumpulan Data.....	30
G. Analisa Data.....	32
H. Keabsahan Data.....	33
I. Etika Penelitian.....	34
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Hasil Penelitian.....	36
B. Pembahasan.....	57
BAB V PENUTUP.....	69
A. Kesimpulan.....	69
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	

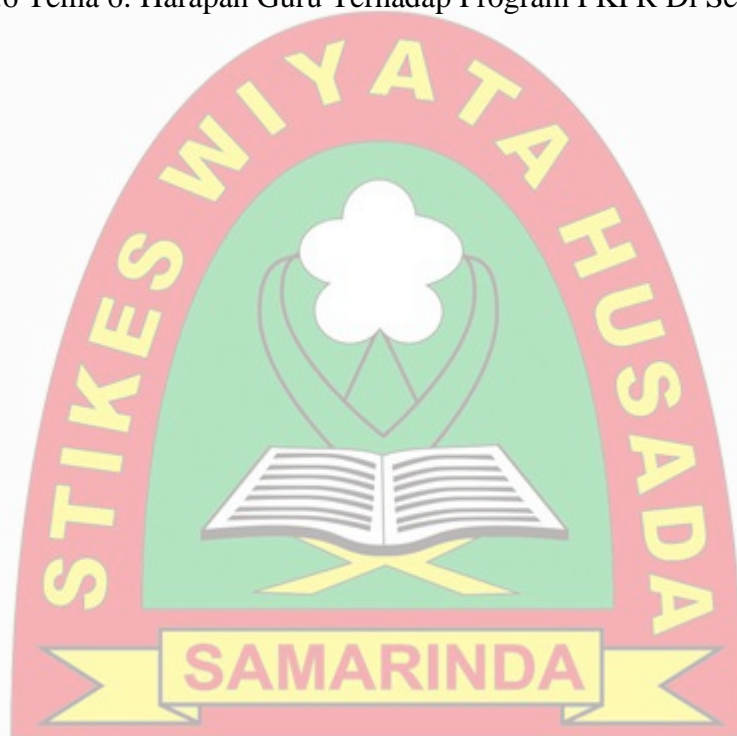
DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan	37
------------------------------------------	----



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Model Konsep Interaksi Sistem Menurut Imogene King	25
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian	26
Skema 4.1 Tema 1: Pengetahuan Cukup Guru Terhadap Program PKPR	42
Skema 4.2 Tema 2: Perencanaan Program PKPR Di Sekolah	45
Skema 4.3 Tema 3: Pelaksanaan Program PKPR Disekolah Tidak Maksimal ..	48
Skema 4.4 Tema 4: Program PKPR di sekolah	51
Skema 4.5 Tema 5: Masalah Kesehatan Yang Sering Terjadi	54
Skema 4.6 Tema 6: Harapan Guru Terhadap Program PKPR Di Sekolah	56



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Timeline Kegiatan
Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Penelitian
Lampiran 4 : Lembar Permohonan Menjadi Partisipan
Lampiran 5 : Pedoman Wawancara
Lampiran 6 : Verbatim Partisipan Setiap Tema
Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian
Lampiran 8 : Surat Balasan Penelitian



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan reproduksi remaja semakin lama semakin meningkat. Peningkatan permasalahan remaja terjadi karena kurang informasi dan kurangnya kesadaran remaja untuk hidup sehat serta kurang dalam menjaga kesehatan reproduksi. Masalah kesehatan reproduksi remaja dapat terjadi karena terdapat perubahan seksualitas remaja baik secara biologis, psikologis dan sosiologis. Perubahan seksualitas remaja secara biologis terjadi pada perubahan hormonal pada laki-laki seperti memproduksi sperma, mulai tumbuh gairah seksual, mulai tumbuh jakun, sedangkan pada wanita mengalami menstruasi, mempunyai kemampuan untuk hamil, dan menyusui, dalam aspek sosiologis laki-laki atau perempuan mengekspresikan keinginan melakukan hubungan seksual sedangkan dalam aspek psikologis bagaimana seseorang mendapatkan kepuasan psikologis perilaku seksual (Kusmiran, Eny, 2012). Masalah yang terjadi pada kesehatan reproduksi remaja seperti seks pra nikah, putus sekolah karena hamil, pasangan tidak bertanggung jawab, penggunaan alat kontrasepsi, aborsi, HIV/AIDS, penyakit infeksi menular seksual dan mengkonsumsi obat-obat terlarang (Ernawati, 2018).

Hasil survei penduduk tahun 2015 di Indonesia terdapat jumlah penduduk dengan rentang usia 15-24 tahun mencapai 42.061,2 juta atau 16,5 persen dari total penduduk di Indonesia (UI, 2017). Jumlah penyakit infeksi tahun 2015 di Indonesia dengan rentang usia 15-19 tahun sebanyak 1.119 kasus dan pada tahun 2015, kasus AIDS dilaporkan sebanyak 110 kasus dengan rentang usia 15-19 tahun (Dirjen, 2015). Jumlah penyakit infeksi tahun 2016 dengan usia 0-14 tahun sebanyak 5.007 kasus dan pada usia lebih dari 15 tahun sebanyak 68.857 kasus (NAC, 2014).

Salah satu upaya pemerintah dalam menangani masalah pada remaja adalah dengan membentuk suatu program yang dapat menanggulangi permasalahan pada remaja. Program pemerintahan ini disebut sebagai Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Program ini bertujuan sebagai

upaya untuk meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, serta upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam proses suatu pencegahan masalah kesehatan remaja. Program PKPR merupakan salah satu program Puskesmas dalam mewujudkan remaja yang sehat dan berkualitas serta dalam menyelesaikan tugasnya, Puskesmas bekerja sama dengan sekolah dan program lain. Di sekolah terdapat Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) sedangkan di program lain terdapat Pendidikan Kesehatan Masyarakat (PKM), Program Kesehatan Gigi, program Kesehatan Ibu dan Anak/ Keluarga Berencana (KIA/KB), pelayanan poliklinik khususnya pelayanan Infeksi Menular Seks (IMS) dan HIV/AIDS, pelayanan laboratorium dan Pencegahan Penyakit Menular (P2M) (Arsani, 2013).

Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK Remaja) merupakan salah satu program dari PKPR. PKPR dilaksanakan di Puskesmas karena Puskesmas merupakan tempat pusat pelayanan kesehatan dasar sehingga dapat di jangkau oleh masyarakat termasuk remaja dan terdapat tenaga kesehatan. Kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja terdapat dalam program Generasi Berencana (GenRe) yang diselenggarakan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN). Program GenRe dilaksanakan melalui dua pendekatan yakni pendekatan kepada remaja dan pendekatan kepada keluarga. Pendekatan pada remaja dilakukan melalui PIK Remaja sedangkan pendekatan kepada keluarga dilakukan melalui Bina Ketahanan Remaja (BKR) (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

PIK Remaja disekolah adalah suatu tempat yang dikembangkan dalam program GenRe yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja yang bertujuan untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling pendewasaan usia perkawinan, delapan fungsi keluarga, Tiga Ancaman Dasar Kesehatan Reproduksi Remaja (TRIAD KRR) meliputi seksualitas, HIV/AIDS dan Napza, keterampilan hidup, gender dan keterampilan advokasi dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE). KIE merupakan suatu kegiatan PIK Remaja dalam proses penyampaian informasi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan remaja, sikap dan perilaku individu, keluarga serta masyarakat dalam program Kependudukan dan Keluarga Berencana. Program PIK Remaja meliputi pembentukan PIK Remaja

di lingkungan remaja sehingga dapat memudahkan untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling, melakukan promosi dan sosialisasi PIK Remaja, menyiapkan SDM untuk dapat mengelola program GenRe, melaksanakan konsultasi dan fasilitasi dalam pengelolaan PIK Remaja. Adanya program PIK Remaja di lingkungan remaja khususnya di sekolah sangat penting karena dapat membantu remaja untuk mendapatkan informasi dan pelayanan konseling kehidupan keluarga bagi remaja (BKKBN, 2012). PIK Remaja yang tidak terlaksana akan berdampak pada remaja mudah terjebak dalam penyalahgunaan Napza, melakukan seks bebas dengan remaja sebaya yang berujung pada Penyakit (IMS) dan HIV/AIDS serta kehamilan yang tidak diinginkan.

Remaja yang memiliki perilaku seksual yang menyimpang akan berdampak pada terjadinya resiko penularan penyakit seksual dan kehamilan tidak diinginkan sehingga akan berujung pada tindakan aborsi. Jumlah remaja yang melakukan aborsi di Indonesia sangat tinggi yakni sebanyak 2,4 juta pertahun. Berdasarkan data dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) mengatakan bahwa di Indonesia aborsi mengalami peningkatan 15% pertahunnya dan mencapai angka 800.000 kasus kebanyakan yang melakukan adalah remaja yang masih berstatus sebagai pelajar (BKKBN, 2014). Jumlah kasus AIDS di Indonesia tahun 2017 mencapai angka 673 orang dengan kelompok usia tertinggi 20-29 tahun mencapai 31,4% dan terendah dengan kelompok usia 15-19 tahun mencapai 2,7% sedangkan jumlah kasus HIV di Indonesia tahun 2017 mencapai 10.376 orang dengan kelompok usia tertinggi 25-49 tahun mencapai 69,6%, kelompok usia 20-24 tahun mencapai 17,6% dan kelompok usia > 50 tahun mencapai 6,7%. (P2P, 2017).

Data kasus HIV di Kota Samarinda pada tahun 2016 melaporkan bahwa terjadi peningkatan 7,1% jumlah kasus HIV positif dibandingkan pada tahun 2015, jumlah kasus HIV positif pada tahun 2016 terdapat 378 kasus yang terdiri dari 277 ditemukan kasus pada laki-laki dan 106 ditemukan kasus pada perempuan, sedangkan kasus AIDS pada tahun 2016 terjadi penurunan dibandingkan dengan tahun 2015, akan tetapi pada tahun 2016 terdapat jumlah peningkatan angka kematian akibat AIDS. Kasus AIDS pada kota Samarinda

pada tahun 2016 terdapat 118 jumlah kasus AIDS (Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2016).

Data dari Dinas Kesehatan Kota Samarinda tahun 2017 didapatkan bahwa kejadian masalah seks pranikah di Kota Samarinda tertinggi terjadi di wilayah Puskesmas Lempake dan Bengkuring, masalah kehamilan tidak diinginkan di Kota Samarinda tertinggi terjadi di wilayah Puskesmas Sempaja, masalah persalinan remaja di Kota Samarinda tertinggi di wilayah Puskesmas Sempaja, masalah abortus remaja di Kota Samarinda tertinggi di wilayah Puskesmas Sempaja, masalah infeksi menular seks pada remaja tertinggi di Puskesmas Remaja, masalah HIV remaja di Kota Samarinda tertinggi di Puskesmas Segiri, masalah infeksi saluran reproduksi tertinggi di Puskesmas Trauma Center dan di Puskesmas Sempaja. Salah satu Puskesmas di Samarinda yang memiliki Klinik Remaja adalah Puskesmas Palaran.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Palaran pada Kamis, 18 April 2019 di dapatkan bahwa program PKPR di Puskesmas Palaran berjalan sejak tahun 2015–sekarang. Pembinaan yang dilakukan adalah Pembinaan Konselor Sebaya/ Kader Kesehatan yang dilakukan satu tahun sekali dan tidak rutin karena terhambat oleh dana. Program PKPR di sekolah tidak berjalan karena remaja seharusnya di rujuk oleh UKS ke Puskesmas tetapi remaja biasanya langsung datang ke Puskesmas tanpa di rujuk oleh UKS. Tidak terdapat evaluasi program PKPR dan evaluasi UKS hanya sebatas program kerja UKS dan sebatas pembinaan UKS.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di SMA Negeri 1 Samarinda pada hari Rabu, 29 Mei 2019 didapatkan bahwa PKPR di sekolah tersebut di sosialisasikan pertama kali sejak tahun 2016 dan UKS berdiri sejak awal SMA Negeri 1 berdiri. Terdapat anggota UKS kurang lebih 100 siswa dan terdapat masalah kesehatan siswa antara lain maag, asma, tipes dan gangguan haid serta jika terdapat penyakit parah yang tidak dapat di tangani oleh pihak sekolah maka siswa tersebut di rujuk ke Puskesmas. Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh sekolah meliputi tinggi badan dan berat badan ideal. Pelaksanaan program PKPR berjalan sesuai program pemerintah dan terdapat kendala dalam pelaksanaan program PKPR di sekolah adalah terkendala oleh biaya.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di SMA Negeri 6 Samarinda pada hari Sabtu, 13 April 2019 didapatkan bahwa Pembina UKS kurang mengetahui sejak kapan PKPR di sosialisasikan dan UKS berdiri sejak awal SMA Negeri 6 berdiri. Terdapat anggota UKS kurang lebih 50 orang dan 5 konselor sebaya. Masalah kesehatan yang terjadi pada siswa SMA Negeri 6 Samarinda adalah pingsan, gangguan haid, maag, DBD dan tipes serta apabila terdapat siswa yang sakit sehingga tidak sanggup mengikuti proses pembelajaran maka siswa tersebut di pulangkan dan jika penyakitnya parah biasanya dirujuk ke Puskesmas. Pemeriksaan fisik yang dilakukan sekolah berupa pemeriksaan kuku, rambut, tinggi badan dan berat badan. Pelaksanaan program PKPR di sekolah sudah sesuai program pemerintah dan terdapat kendala dalam pelaksanaan program PKPR di sekolah yakni kurangnya biaya dalam pelaksanaan program PKPR.

Berdasarkan fenomena ini pelaksanaan program yang menurun dapat menimbulkan dampak negatif untuk upaya pencegahan seks bebas pada remaja. Hal ini perlu kajian lebih mendalam tentang pengalaman pelaksanaan program PKPR SMA di Kota Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Masalah kesehatan reproduksi remaja semakin lama semakin meningkat. Masalah kesehatan reproduksi remaja terjadi karena adanya perubahan seksualitas pada remaja yang akan berdampak pada seks bebas yang dilakukan oleh remaja. Pemerintah mempunyai cara dalam mencegah masalah di kalangan remaja. Salah satu cara adalah dengan membentuk PKPR. Program PKPR dilaksanakan oleh Puskesmas dalam mewujudkan remaja yang berkualitas. Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas dan untuk meningkatkan pengetahuan serta keterampilan remaja dalam proses pencegahan masalah kesehatan remaja. Program pelayanan kesehatan remaja tidak hanya di Puskesmas tetapi ada di sekolah juga. PIK Remaja di sekolah merupakan program pemerintah untuk mewujudkan remaja yang berkualitas dengan upaya meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan berupa konseling remaja dan meningkatkan pengetahuan

serta keterampilan remaja dalam proses pencegahan masalah kesehatan reproduksi remaja. Pelaksanaan program PIK Remaja di sekolah yang menurun akan berdampak pada pencegahan seks bebas di kalangan remaja. Untuk mengetahui pelaksanaan program PIK Remaja berjalan dengan baik maka peneliti merumuskan masalah “Studi Fenomenologi: Pelaksanaan Program PKPR SMA di Kota Samarinda”.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman sekolah dalam pelaksanaan program PKPR SMA di Kota Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi saran atau masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan terutama keperawatan reproduksi pada remaja.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Sekolah

Sumber informasi bagi sekolah tentang pelaksanaan program kesehatan reproduksi remaja disekolah

b. Bagi Institusi Lahan Penelitian

Menjadi dasar acuan dalam upaya meningkatkan pelaksanaan program kesehatan reproduksi remaja di sekolah.

E. Penelitian Terkait

1. Fadzilla, Vichi & Sitti Nur Djannah. (2019). Faktor -faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan Pusat Informasi dan Konseling remaja (PIK R) Pada Remaja di SMAN 1 Sanden. Jenis penelitian ini penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* dengan jumlah responden 75 anggota PIK Remaja disekolah dan menggunakan pengukuran variable menggunakan kuesioner dan diuji menggunakan chi

square. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran pendidik sebaya memiliki hubungan signifikan dengan pemanfaatan PIK Remaja ($p= 0.008$), tidak ada hubungan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi ($p= 0.072$) dan pemanfaatan PIK Remaja. Variabel peran pendidik sebaya (95%) memiliki lebih dari angka 1 artinya peran pendidik sebaya merupakan faktor resiko. Persamaan dalam penelitian ini pada bab 1 menjelaskan tentang PIK Remaja. Perbedaan dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian *cross sectional*, sedangkan dalam penelitian saya menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi dan lebih berfokus kepada pengalaman pelaksanaan program PIK Remaja SMA di Kota Samarinda.

2. Arsani, Ni Luh Kadek & Ni Nyoman Mestri Agustini etc. (2013). Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng. Jenis penelitian ini deskriptif kualitatif dengan menggunakan teknik pengumpulan data wawancara, observasi dan *focus group discussion* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peranan Puskesmas dalam melaksanakan program PKPR merupakan sasaran dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya remaja, PKPR mempunyai peranan penting pada kesehatan reproduksi remaja. Persamaan metode penelitian menggunakan kualitatif dan menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Pada Bab I saya menjelaskan upaya pemerintah dalam menangani permasalahan remaja dengan membentuk program PKPR. Perbedaan dalam penelitian ini menggunakan *focus group discussion* dan lebih berfokus pada peran Puskesmas dalam program PKPR sedangkan dalam penelitian saya menggunakan pendekatan fenomenologi dan lebih berfokus kepada pengalaman pelaksanaan program PKPR Remaja SMA di Kota Samarinda.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Remaja

a) Pengertian Remaja

Remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Masa remaja terdiri dari masa remaja awal (10-14 tahun), masa remaja pertengahan (14-17 tahun) dan masa remaja akhir (17-19 tahun). Masa remaja awal (*early adolescence*) merupakan masa dimana terjadi perubahan tumbuh yang cepat dan remaja mulai mencari identitas diri, sedangkan masa remaja menengah (*middle adolescence*) merupakan masa pencarian identitas diri dimana remaja mulai ingin “bebas” meniru gaya teman sebayanya dan terjadi perubahan bentuk tubuh remaja yang sudah menyerupai bentuk tubuh orang dewasa sehingga sering kali berperilaku seperti orang dewasa. Pada masa remaja akhir (*late adolescence*) merupakan masa yang ditandai dengan mulai melambatnya pertumbuhan pada remaja akan tetapi masih berlangsung di tempat-tempat lain, remaja pada masa ini sudah mulai stabil emosi, minat, konsentrasi dan cara berpikir serta sudah mulai bisa menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi remaja (Kusmiran, Eny, 2012).

b) Ciri-ciri Masa Remaja

Adapun ciri-ciri masa remaja yang di kemukakan oleh Hurlock (1994 dalam Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I 2012) sebagai berikut:

- 1) Masa remaja adalah masa peralihan; Masa dimana remaja bukan lagi anak-anak dan bukan seorang dewasa serta masa dimana remaja membentuk gaya hidup dan menentukan perilaku, nilai serta sifat yang diinginkan remaja itu sendiri.
- 2) Masa remaja adalah masa terjadi perubahan; Masa dimana terjadi perubahan fisik yang pesat berupa terjadi perubahan perilaku dan sikap perkembangan. Terdapat empat perubahan besar yang terjadi pada remaja antara lain emosi yang berubah, peran, minat, perilaku (perubahan sikap menjadi ambivalen).

- 3) Masa remaja adalah masa yang penuh masalah; Masa dimana remaja memiliki masalah dan sulit untuk diatasi. Terjadi karena remaja belum siap dan belum terbiasa dalam menyelesaikan masalahnya sendiri.
- 4) Masa remaja adalah masa mencari identitas; Masa remaja dimana remaja mencari identitas diri seperti tentang siapa dirinya dan peran apa dirinya di masyarakat, biasanya remaja merasa tidak puas dengan dirinya dan biasanya remaja ingin memperlihatkan bahwa remaja bisa berdiri sendiri tanpa orang lain.
- 5) Masa remaja sebagai masa yang menimbulkan kekuatan; Terdapat stigma yang terjadi di masyarakat bahwa remaja merupakan anak yang tidak rapi, tidak bisa dipercaya, mempunyai perilaku merusak sehingga membutuhkan bimbingan dari orang yang lebih tua untuk dapat membimbing serta mengawasi gaya hidup remaja sehingga menyusahkan remaja untuk menjadi dewasa karena orang tua yang mempunyai anggapan seperti ini akan selalu curiga terhadap remaja sehingga remaja akan membuat jarak antara orang tua dan anak.
- 6) Masa remaja sebagai masa yang tidak realistis; Pada masa ini remaja melihat kehidupannya maupun melihat orang lain dengan kacamata sendiri akan tetapi remaja belum melihat dirinya apa adanya dan masih menginginkan sebagaimana yang diharapkan remaja.
- 7) Masa remaja adalah ambang masa dewasa; Masa dimana remaja berkembang semakin matang dan berusaha menjadi orang dewasa sehingga remaja akan memusatkan perilaku yang berhubungan dengan status orang dewasa contohnya dalam berpakaian dan bertindak.

c) Perubahan Fisik Pada Remaja

Adapun perubahan fisik pada remaja antara lain adalah terdapat tanda-tanda seks primer seperti remaja putri yang mengalami haid pertama (*menarche*) dan mimpi basah pada remaja putra sedangkan tanda-tanda seks sekunder seperti pada remaja putra terjadi perubahan yang di tandai dengan tumbuhnya jakun, buah zakar yang bertambah besar, mengalami ereksi dan ejakulasi, suara bertambah besar, tumbuh kumis diatas bibir, tumbuhnya rambut diarea ketiak dan sekitar kemaluan,

sedangkan pada remaja putri terjadi perubahan yang ditandai dengan pinggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, tumbuh rambut di ketiak dan area sekitar kemaluan, payudara membesar (I, Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta, 2012).

d) Karakteristik Perkembangan Remaja

Adapun karakteristik perkembangan normal pada remaja yaitu remaja berhasil mencapai identitas diri seperti dapat menilai diri sendiri secara objektif dan merencanakan untuk mengaktualisasikan kemampuannya sehingga remaja akan menilai rasa identitas pribadi, dapat meningkatkan ketertarikan dengan lawan jenis, dapat menggabungkan perubahan seks ke dalam citra tubuh, mulai melakukan perumusan tujuan, dan dapat melakukan pemisahan diri dari otoritas keluarga (I, Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta, 2012).

2. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja

a) Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi ditetapkan dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development/ ICPD*) merupakan suatu keadaan sejahtera secara fisik, mental dan sosial yang utuh tidak hanya kondisi bebas dari penyakit atau kelemahan akan tetapi semua yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (I, Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta, 2012). Kesehatan reproduksi sangat penting bagi laki-laki maupun perempuan. Bagi remaja, kesehatan reproduksi sangat penting apalagi akhir-akhir ini semakin marak diperbincangkan masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Masalah yang terjadi pada kesehatan reproduksi remaja adalah adanya seks bebas sebelum menikah, mengonsumsi obat-obat terlarang (narkoba), hamil di luar nikah, aborsi, terinfeksi penyakit menular seksual sampai mengidap penyakit HIV/AIDS.

Tujuan dari pelayanan kesehatan reproduksi remaja adalah dapat mempersiapkan remaja yang memiliki kesehatan reproduksi yang sehat baik fisik, mental dan social sehingga dapat menikah dan menjadi orang tua di usia yang matang, serta dapat mencegah dari perilaku remaja yang beresiko seperti

mengonsumsi obat-obatan terlarang serta mencegah terjadinya perilaku seksual beresiko pada remaja seperti melakukan hubungan seksual sebelum menikah yang mengakibatkan hamil di luar nikah atau kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga dapat terjadinya aborsi, serta perilaku beresiko terinfeksi penyakit menular seksual termasuk HIV. Remaja harus sadar tentang kesehatan reproduksinya karena memiliki peranan penting dalam kehidupannya. Remaja yang acuh dengan kesehatan reproduksi akan berdampak buruk bagi dirinya sendiri.

b) Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Adapun masalah kesehatan yang sering terjadi adalah aborsi pada kalangan remaja biasanya aborsi dilakukan karena tidak kesiapan untuk menjadi orang tua dan remaja yang tidak bertanggung jawab, kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit menular seksual karena sering berganti-ganti pasangan yang akan menyebabkan infeksi dan berujung pada HIV/AIDS (I, Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta, 2012).

c) Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

Hak-hak reproduksi adalah hak pria dan wanita dalam memperoleh informasi dan akses dalam metode keluarga berencana yang aman, dan efektif serta tidak bertentangan dengan hukum dan perundang-undangan. Hak-hak ini mencakup hak mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi, hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi, hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk seperti pemerkosaan, pelecehan seksual, kekerasan dan penyiksaan (Kusmiran, Eny, 2012).

d) Perawatan Kesehatan Reproduksi

Perawatan kesehatan reproduksi merupakan metode, teknik dan pelayanan pendukung kesehatan reproduksi untuk pencegahan dan penanganan masalah kesehatan reproduksi. Perawatan kesehatan reproduksi dilaksanakan pada perawatan kesehatan primer yang mencakup dalam bimbingan dalam pelaksanaan

keluarga dengan memberikan pendidikan, komunikasi, informasi, konseling dan pelayanan kontrasepsi, pendidikan dan pelayanan perawatan prenatal, pencegahan dan pengobatan yang memadai terhadap kemandulan, penanganan masalah aborsi, pengobatan infeksi saluran reproduksi, penyakit yang ditularkan secara seksual seperti HIV/AIDS dan kanker alat reproduksi serta pemberian informasi pendidikan dan konseling tentang seksualitas sesuai umur dan pengetahuan reproduksi pada remaja sehingga dapat menjadi orang tua yang bertanggung jawab (Kusmiran, Eny, 2012).

e) Indikator Kesehatan Reproduksi

Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat indikator kesehatan reproduksi secara global yaitu *total fertility rate* (TFR), prevalensi kontrasepsi, rasio kematian ibu, presentase wanita yang berkunjung minimal satu kali selama kehamilan ke pelayanan kesehatan sehubungan dengan kehamilan, presentase kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan profesional, jumlah fasilitas yang berfungsi sebagai pelayanan obstetri esensial komprehensif per 500.000 penduduk, angka kematian perinatal, presentase kelahiran bayi hidup dengan berat lahir rendah, prevalensi tes serologi positif pada ibu hamil yang berkunjung ke *prenatal care*, laporan insidensi urethritis pada pria usia 15-49 tahun dan prevalensi HIV pada wanita hamil (Kusmiran, Eny, 2012).

3. Program Kesehatan Reproduksi Remaja

a) Program Pemerintah dalam Menunjang Kesehatan Reproduksi Remaja

Adapun program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan reproduksi remaja di sekolah, pemerintah membentuk suatu Program Pelayanan Kesehatan Remaja (PKPR) yang bertujuan agar penyediaan pelayanan kesehatan remaja menjadi meningkat dan lebih berkualitas serta meningkatkan pemanfaatan dan pelayanan di Puskesmas sehingga remaja dapat mencegah masalah-masalah kesehatan serta remaja dilibatkan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan. Program PKPR itu sendiri merupakan suatu pelayanan kesehatan khusus untuk remaja yang

bersifat menyenangkan, dapat menerima remaja, menghargai remaja, menjaga privasi/ atau kerahasiaan remaja, serta peka terhadap kebutuhan kesehatan remaja (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2014).

b) Tujuan dari Program PKPR

Adapun tujuan dari program PKPR adalah untuk meningkatkan sediaan layanan kesehatan remaja, untuk meningkatkan pemanfaatan Puskesmas bagi remaja agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, untuk meningkatkan wawasan remaja dalam pencegahan masalah-masalah kesehatan, dan melibatkan remaja dalam proses perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi dalam melakukan pelayanan kesehatan remaja (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2014).

c) Ruang Lingkup Pelayanan PKPR

1) Penggunaan Pelayanan PKPR

Adapun sasaran penggunaan layanan PKPR adalah remaja dengan usia 10-18 tahun. Terdapat fokus sasaran dalam layanan puskesmas PKPR adalah remaja yang sekolah baik di sekolah negeri, umum, pesantren, madrasah maupun sekolah luar biasa, remaja di luar sekolah seperti karang taruna, remaja putri yang akan menjadi calon ibu atau dan remaja yang sedang hamil dan tidak mempermasalahkan status pernikahannya, remaja yang rentan terkena penularan HIV, sudah terkena HIV, yang menjadi dampak AIDS bahkan remaja yatim/piatu yang disebabkan oleh AIDS dan remaja dengan kebutuhan khusus seperti korban kekerasan, penyandang cacat, anak jalanan, korban pemerkosaan.

2) Pelayanan Kesehatan Sesuai Dengan Kebutuhan Remaja

Adapun pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan remaja meliputi promosi, preventif, kuratif serta rehabilitatif. Pelayanan tersebut diberikan kepada remaja secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan PKPR (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2014).

d) Langkah-langkah dalam Pengembangan dan Pemanfaatan PKPR

Adapun langkah-langkah dalam proses pengembangan dan pemanfaatan PKPR adalah dengan melakukan pengembangan pemahaman bersama, melakukan penentuan dampak dari pelayanan kesehatan remaja, melakukan identifikasi tempat pelayanan kesehatan remaja, merumuskan pernyataan masalah kesehatan dengan melakukan membandingkan keadaan sekarang dengan keadaan ideal yang diinginkan, merumuskan pernyataan standar dengan melihat keadaan yang diinginkan apakah sudah berhasil atau belum dan pemilihan kriteria. Kriteria dibagi menjadi tiga yaitu kriteria input (masukan) dimana harus tersedia di puskesmas serta tempat pelayanan kesehatan, kriteria proses dimana pada kriteria ini terdapat proses interaksi antara petugas dengan masyarakat/ atau orang tua di tempat pelayanan kesehatan, dan kriteria output (luaran) dimana terdapat hasil yang diinginkan pada remaja dan masyarakat/ atau orang tua selama pelayanan terjadi (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2014).

e) Strategi Pelaksanaan dan Pengembangan PKPR di Puskesmas

Adapun strategi pelaksanaan dan pengembangan PKPR di Puskesmas adalah sebagai berikut: membangun kerjasama kemitraan atau jejaring kerja. PKPR di Puskesmas dapat dengan mudah dipromosikan oleh pihak lain sehingga masyarakat dapat mengenal dan mendukung program tersebut serta dapat memudahkan kegiatan diluar gedung yang berupa KIE dan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat/ PKHS seperti ceramah, diskusi, role play, serta konseling yang dilakukan oleh petugas yang terlatih, terdapat sarana dan prasarana dapat terpenuhi yang dilakukan secara bertahap, melibatkan remaja secara aktif sehingga remaja dapat dengan aktif mengikuti semua aspek pelayanan, terdapat biaya yang rendah sehingga dapat membantu pelaksanaan kegiatan program tersebut, kegiatan dilaksanakan secara minimal, pemberian KIE, konseling dan pelayanan klinis medis laboratorium serta rujukan yang dilaksanakan harus lengkap mulai dari awal pelaksanaan PKPR, harus tepat dalam menentukan prioritas sasaran misalnya remaja sekolah, anak jalanan, karang taruna, dan lain sebagainya, tepat dalam mengembangkan jenis kegiatan. Kegiatan tersebut dilakukan sesuai dengan

masalah dan kebutuhan setempat serta kemampuan Puskesmas seperti PKHS yang dilakukan dengan *focus group discussion* (diskusi kelompok) yang terarah dengan menyebarkan slogan “bagaimana bilang tidak” untuk seks pra-nikah dan memonitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Puskesmas sebagai upaya peningkatan mutu dan kualitas PKPR (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2014).

f) Langkah-langkah Pembentukan dan Pelaksanaan PKPR di Puskesmas

- 1) Mengidentifikasi masalah; jumlah remaja, pendidikan remaja, perilaku beresiko (seperti seks pranikah, narkoba, rokok dan lain-lain), masalah kesehatan remaja (seperti HIV/AIDS, masalah gizi, dan lain sebagainya). Mengidentifikasi remaja tentang sikap yang berhubungan dengan perilaku beresiko, keingintahuan tentang masalah kesehatan yang dialami, dan pelayanan yang dilakukan serta mengidentifikasi jenis upaya kesehatan remaja dan sarana dan prasarana yang ada.
- 2) Advokasi Kebijakan Publik; advokasi kebijakan publik dengan diharapkan dapat menghasilkan tim di wilayah kerja agar dapat bekerjasama dalam membantu mendapatkan dukungan dari semua pihak sehingga dapat mempercepat keberhasilan dan pelaksanaan PKPR.
- 3) Persiapan pelaksanaan PKPR di Puskesmas; terdapat urutan dalam persiapan pelaksanaan PKPR di Puskesmas yaitu yang pertama sosialisasi internal, tujuan dari sosialisasi ini adalah untuk mendapatkan kesepakatan staf Puskesmas dalam penyelenggaraan PKPR di Puskesmas tersebut, yang kedua menunjuk petugas peduli remaja, syarat utama petugas PKPR adalah harus memiliki minat untuk membantu remaja dengan menggunakan teknik berkomunikasi, teknik konseling dan materi penunjang yang lain, yang ke tiga membentuk Tim yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, petugas UKS, petugas penyuluhan, petugas gizi dan petugas lainnya, yang ke empat pelatihan petugas PKPR yang dilatih oleh dokter Puskesmas yang sudah terlebih dahulu terlatih dalam program tersebut dan kemudian ikut dalam pelatihan resmi, yang ke lima menentukan jenis kegiatan dan pelayanan serta sasaran. Jenis kegiatan yang dilakukan yaitu KIE, konseling dan

pelayanan klinis medis serta rujukan, yang ke enam sarana dan prasarana yang terpenuhi seperti dapat menjaga privasi, memberikan kenyamanan, suasana yang menarik dan fasilitas yang baik serta terdapat ruangan khusus untuk konsultasi sehingga remaja merasa privasinya terjaga, yang ke tujuh menentukan prosedur pelayanan seperti penentuan biaya pelayanan, waktu pelayanan, penentuan desain dan proses pemberian serta penyimpanan kartu, register, dan catatan medis/ konseling serta menentukan alur pelayanan.

- 4) Sosialisasi eksternal; Sosialisasi eksternal dapat dilakukan di sekolah, karang taruna, sanggar seni dalam bentuk poster, selebaran, leaflet atau ceramah /KIE yang berkaitan dengan masalah remaja.
- 5) Pelaksanaan PKPR; Pelaksanaan PKPR di Puskesmas harus segera dilaksanakan walaupun dengan keterbatasan sarana dan prasarana. Meningkatkan kegiatan KIE di dalam dan di luar gedung dan pelayanan medis serta konseling (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2014).

g) Jenis-jenis Kegiatan PKPR

Adapun jenis kegiatan PKPR sebagai berikut:

- 1) Memberikan informasi dan edukasi; dalam memberikan informasi dan edukasi dapat dilaksanakan di dalam maupun di luar gedung. Pemberian informasi dan edukasi dilaksanakan dengan menggunakan metode ceramah, *focus discussion group* (FGD) yang dilakukan oleh guru atau pendidik sebaya yang telah terlatih dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh remaja dan menggunakan alat bantu berupa media cetak atau media elektronik.
- 2) Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukan; adapun yang perlu diperhatikan dalam melayani remaja saat remaja berkunjung ke Puskesmas yakni: klien dengan penyakit tertentu tetap dilayani dengan menggunakan prosedur penanganan penyakit tersebut, terdapat petugas yakni BP umum, BP Gigi, KIA, dll yang menangani atau menggali masalah psikososial klien remaja, jika terdapat remaja yang

memiliki masalah khusus akan dirujuk ke ruang konseling jika diperlukan, terdapat petugas penunjang seperti loket dan laboratorium harus menjaga privasi klien remaja dan dapat memenuhi kriteria peduli remaja dan petugas PKPR dapat menjaga kelangsungan pelayanan dan mencatat hasil rujukan per kasus.

- 3) **Konseling**; konseling merupakan suatu kegiatan saling membantu untuk mendapatkan informasi dan komunikasi yang baik antara konselor dengan klien sehingga konselor dapat memberikan dukungan, keahlian dan pengetahuan kepada klien sehingga klien paham tentang masalah yang sedang dihadapi dan menyikapi masalah tersebut dengan baik. Dalam PKPR konseling bertujuan untuk membantu klien mengenali masalah dan membantu klien dalam mengambil keputusan serta memberikan pengetahuan dan keterampilan agar dapat membantu klien dalam menghadapi rasa cemas yang berlebih, depresi atau masalah kesehatan mental lain. Terdapat konseling khusus pemeriksaan laboratorium untuk HIV/AIDS atas dasar sukarela yakni *Voluntary Counseling and Testing for HIV/AIDS* (VCT). VCT dilakukan oleh petugas terlatih khusus untuk menangani HIV/AIDS dan memerlukan keterampilan dan sarana yang khusus.
- 4) **Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)**; PKHS merupakan *life skills education* (LSE) atau keterampilan hidup. Keterampilan hidup merupakan kemampuan psikososial seseorang di bidang kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah yang dihadapi. Peran keterampilan tersebut memiliki peranan penting yang cukup luas dalam promosi kesehatan yaitu kesehatan fisik, mental dan sosial. PKHS diberikan secara berkelompok dan dapat diberikan dimana saja baik disekolah, Puskesmas, rumah singgah dan sebagainya. Terdapat 10 aspek keterampilan dalam kompetensi psikososial antara lain:
 - a. Pengambilan keputusan pada remaja; peran dalam pengambilan keputusan adalah memperbaiki penyelesaian masalah yang sedang dihadapinya dan dalam pengambilan keputusan harus tepat apabila

tidak tepat atau salah maka akan berdampak negatif pada masa depannya.

- b. Pemecahan masalah; kurangnya keterampilan dalam pengambilan keputusan akan menyebabkan masalah yang dihadapi tidak terselesaikan.
- c. Berfikir kreatif; peran dalam berfikir kreatif sangat membantu dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah, dengan berfikir kreatif klien remaja dapat mempertimbangkan sisi baik dan buruk dari tindakan yang akan diambil.
- d. Berfikir kritis; berfikir kritis merupakan pemikiran yang dapat diterima oleh akal yang difokuskan pada pembuatan suatu keputusan yang akan dilakukan sehingga dapat membantu dalam menilai serta mengenali factor yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku.
- e. Komunikasi efektif; komunikasi efektif dapat membuat remaja bebas mengekspresikan dirinya baik verbal maupun non verbal sehingga dapat memudahkan remaja untuk mencari solusi dari permasalahan yang sedang dihadapi.
- f. Hubungan Interpersonal; hubungan interpersonal dapat membantu meningkatkan hubungan saling percaya antara satu dengan yang lain sehingga memudahkan remaja untuk dapat bersosialisasi dengan teman-temannya.
- g. Kesadaran diri; kesadaran diri merupakan tahap pengenalan terhadap diri sendiri baik yang disukai maupun dibenci. Kesadaran diri dapat menciptakan komunikasi dan hubungan interpersonal yang baik serta dapat mengembangkan empati terhadap orang lain.
- h. Empati; dengan adanya empati remaja akan terlatih untuk dapat mengerti, memahami dan menerima orang lain yang berbeda dengan dirinya.
- i. Mengendalikan emosi; mengendalikan emosi sangat diperlukan jika emosi meluap atau mencapai puncaknya maka akan dapat menimbulkan dampak yang negative dan dapat menimbulkan masalah kesehatan apabila tidak menyikapi dengan baik.

- j. Mengatasi stress; mengontrol stress sangat diperlukan agar terhindar dari masalah kesehatan yang serius.
- 5) Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya; Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya merupakan syarat keberhasilan PKPR karena dalam pelatihan ini remaja diikut sertakan dalam pelatihan tersebut. Pendidik sebaya merupakan remaja yang dilatih untuk menjadi kader kesehatan sehingga remaja mendapatkan keuntungan dari pelatihan tersebut. Keuntungannya adalah memiliki peran sebagai agen pengubah perilaku kawan sebayanya untuk menjadi pribadi yang lebih baik lagi, sebagai agen promosi dengan adanya program PKPR dan dapat membantu dalam proses perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi dari program PKPR. Remaja yang sudah mengikuti pelatihan pendidik sebaya dan sering menjadi tempat “curhat” teman seusianya biasanya diberikan pelatihan tambahan sehingga dapat memperdalam keterampilan remaja yang bersifat *interpersonal relationship* dan konseling sehingga remaja dapat berperan sebagai konselor sebaya.
 - 6) Pelayanan Rujukan; Puskesmas yang melaksanakan rujukan kasus ke pelayanan medis yang lebih tinggi. Rujukan dibagi menjadi dua yaitu rujukan sosial dan rujukan pranata hukum. Rujukan sosial contohnya seperti remaja dengan masalah korban pemerkosaan dapat di rujuk ke lembaga yang mendapatkan program pendampingan, sedangkan rujukan pranata hukum merupakan rujukan yang memberikan kekuatan hukum bagi remaja yang memiliki masalah khusus atau masalah yang sedang di tindaklanjuti.
 - 7) Monitoring dan evaluasi; Monitoring di Puskesmas dilakukan oleh pihak lain dari luar puskesmas dan bisa dilakukan oleh pihak puskesmas itu sendiri. Dengan adanya monitoring dapat membantu petugas dalam menemukan masalah secara dini sehingga saat melakukan koreksi tentang masalah tersebut tidak memerlukan biaya dan waktu yang banyak dan dapat mendapatkan Program PKPR yang berkualitas dapat cepat tercapai. Terdapat perbedaan antara monitoring dengan evaluasi yaitu dari segi pengumpulan data dan sasarannya serta terdapat tahapan dalam melakukan monitoring antara lain adalah memutuskan informasi yang akan

dikumpulkan, mengumpulkan data dan menganalisis data, dan memberikan umpan balik terhadap hasil mentoring.

Terdapat standar dan indikator dalam melakukan evaluasi kualitas dan akses PKPR yaitu:

- a. Kualitas seperti kompetensi petugas, dilihat dari kesesuaian petugas dalam melaksanakan konseling dengan standar, kemudian sarana institusi: kriteria dan sarana yang memadai sehingga kerahasiaan dan kenyamanan klien terjamin, terdapat kepuasan klien: kepuasan klien dilihat pada kualitas sarana dan kompetensi petugas dan jaringan pelayanan rujukan yang lengkap.
 - b. Akses; jumlah pelaksanaan KIE dan konseling baik kasus lama maupun kasus yang baru, jumlah kunjungan klien baik klien lama dan baru dan dilaksanakan digedung atau diluar gedung, terdapat jumlah frekuensi petugas puskesmas yang memiliki peran sebagai fasilitator dalam kegiatan remaja, terdapat kader (pendidik/konselor) sebaya yang di latih oleh Puskesmas dan jumlah rujukan masuk dari masyarakat.
- 8) Pencatatan dan Pelaporan

Dalam pencatatan dan pelaporan kegiatan PKPR tidak diwajibkan untuk melaporkan ke tingkat Pusat tetapi perlu dilakukan untuk mencatat hal-hal yang mendasar. Terdapat manfaat dalam pencatatan dan pelaporan kegiatan yaitu untuk memperoleh data kesehatan remaja di wilayah Puskesmas dan memudahkan untuk melakukan perencanaan dan menentukan langkah-langkah perbaikan. (Depkes RI, 2008)

h) Program PKPR di Sekolah

Dalam melaksanakan program PKPR yang baik dan berkualitas tidak hanya dijalankan oleh Puskesmas akan tetapi terdapat staf yang membantu dalam program pelayanan kesehatan ini. Staf yang membantu dalam proses berlangsungnya program PKPR yang bertujuan untuk melancarkan program PKPR adalah program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), program Pendidikan Kesehatan Masyarakat (PKM), program kesehatan gigi, program Kesehatan Ibu dan Anak/Keluarga Berencana (KIA/KB), klinik khusus pelayanan penyakit Infeksi Menular Seksual

(IMS) dan HIV/AIDS, pelayanan laboratorium dan Pencegahan Penyakit Menular (P2M). Sekolah-sekolah di Indonesia sudah memiliki UKS. UKS adalah usaha yang dilakukan oleh puskesmas yang dilaksanakan oleh siswa di lingkungan sekolah sebagai sasaran utama yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan sehingga siswa dapat menjaga kebersihan diri, mengobati luka serta dapat memperoleh pendidikan seks di sekolah. Program ini dilakukan oleh siswa dengan penanggung jawab Puskesmas (Arsani, Ni Luh Kadek Alit & Ni Nyoman Mestri Agustini, etc, 2013).

i) Pelaksanaan UKS Di Sekolah

Pedoman pelaksanaan tiga program pokok UKS yang bertujuan untuk upaya dalam meningkatkan kemampuan hidup sehat dan meningkatkan derajat kesehatan remaja dalam menanamkan prinsip hidup sehat melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah/madrasah sehat yang biasa disebut sebagai tiga program pokok UKS (TRIAS UKS).

- 1) Pendidikan Kesehatan, upaya dalam memberikan bimbingan berupa pengetahuan tentang seluruh aspek kesehatan pribadi (baik secara fisik, mental dan social) kepada remaja agar kepribadian remaja dapat tumbuh dan berkembang dengan baik melalui kegiatan ekstrakurikuler dan intrakurikuler. Pendidikan kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kesehatan dan cara hidup sehat, meningkatkan nilai sikap positif terhadap prinsip hidup sehat, meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), meningkatkan prinsip-prinsip dalam mencegah suatu penyakit, menjauhkan diri dari pengaruh buruk dari luar seperti narkoba, dan gaya hidup yang tidak sehat serta meningkatkan kemampuan remaja dalam melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan perawatan, dan pertolongan serta memelihara kesehatan.
- 2) Pelayanan Kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam melakukan hidup sehat sehingga dapat membentuk perilaku hidup sehat kepada setiap pribadi masing-masing remaja, meningkatkan daya tahan tubuh remaja terhadap penyakit dan mencegah terjadinya penyakit, kelainan dan cacat serta dapat menghentikan penyakit dengan melakukan

pencegahan komplikasi akibat penyakit, kelainan, pengembalian fungsi dan peningkatan kemampuan remaja yang cedera/cacat agar dapat berfungsi optimal. Pelayanan kesehatan sekolah dilaksanakan oleh Tim Kesehatan dari Puskesmas yang bekerjasama dengan guru dan kader kesehatan sekolah, biasanya pelayanan kesehatan dilaksanakan secara komprehensif dengan memprioritaskan kegiatan promotif dan preventif serta mendapatkan dukungan kegiatan kuratif dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal.

- a. Kegiatan Peningkatan (Promotif), kegiatan ini dilaksanakan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan dan latihan keterampilan yang dilaksanakan dalam kegiatan ekstrakurikuler meliputi latihan keterampilan dalam memelihara kesehatan dan membentuk peran aktif dalam pelayanan kesehatan seperti dokter kecil, kader kesehatan remaja, palang merah remaja, dan saka bakti remaja, serta melakukan pembinaan dalam lingkungan sehat seperti pembinaan kantin sehat, pembinaan lingkungan sekolah sehat dan pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
 - b. Kegiatan pencegahan (preventif), dilakukan dalam kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan mencegah dalam penularan penyakit dan kegiatan dalam menghentikan penyakit secara dini dengan memelihara kesehatan, dilakukannya penjarangan kesehatan (*screening*) bagi anak yang baru sekolah, melakukan pemeriksaan berkala setiap 6 bulan, melakukan monitoring pertumbuhan remaja, melakukan imunisasi, usaha dalam melakukan pencegahan pada penularan penyakit dan konseling kesehatan remaja di sekolah.
 - c. Kegiatan penyembuhan dan pemulihan (kuratif dan rehabilitatif), kegiatan ini dilakukan untuk mencegah komplikasi dan kecacatan akibat proses penyakit melalui diagnose dini, pengobatan ringan dan pertolongan pertama pada kecelakaan serta pada penyakit dan rujukan medik.
- 3) Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat, yang bertujuan untuk menciptakan lingkungan sekolah yang sehat sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan bagi remaja dan warga sekolah. Pelaksanaan pembinaan lingkungan sekolah sehat meliputi kegiatan identifikasi masalah seperti melakukan pengamatan visual dengan menggunakan instrumen pengamatan dan dilakukan pengukuran

lapangan serta laboratorium, kemudian kegiatan perencanaan dimana dalam kegiatan ini dilakukan upaya dalam mengatasi masalah resiko kesehatan lingkungan, perencanaan kegiatan dilaksanakan dengan rinci volume kegiatan, besarnya biaya, sumber biaya, waktu pelaksanaan, pelaksana dan penanggung jawab sehingga rencana kegiatan dalam upaya mengatasi masalah atau menurunkan risiko menjadi tanggung jawab bersama maka dalam menyusun perencanaan hendaknya melibatkan masyarakat sekolah (peserta didik, guru, kepala sekolah/madrasah, orang tua peserta didik/ komite sekolah, penjaja makanan di kantin sekolah, instansi terkait, Tim Pembina UKS). Kegiatan intervensi dilakukan untuk mengintervensi faktor resiko lingkungan dan perilaku melalui tiga kegiatan yaitu penyuluhan, perbaikan sarana dan pengendalian.

f) Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan

- 1) **Monitoring**, dilakukan oleh Tim Pelaksana UKS pada setiap jenjang dan jenis pendidikan serta pelaksanaan monitoring yang dilakukan oleh kepala sekolah selaku ketua tim pelaksana UKS dengan melakukan monitoring dalam pelaksanaan TRIAS UKS, dan penjarangan data serta informasi yang dilakukan dengan cara melakukan wawancara dan pengamatan sehingga dapat dicatat pada instrumen monitoring dan dilaksanakan oleh Pembina UKS.
- 2) **Evaluasi**, bertujuan untuk memberikan umpan balik dalam proses penyempurnaan kegiatan program binaan dan pengembangan, dan mengukur tingkat keberhasilan program yang dilakukan pada akhir kegiatan. Beberapa hal yang perlu dievaluasi yaitu perubahan tingkat pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan, perubahan sikap terhadap prinsip dan pola hidup bersih dan sehat, perubahan tingkah laku dalam kebiasaan hidup sehari-hari dan keterampilan dalam melaksanakan prinsip pola hidup bersih dan sehat termasuk pencegahan dalam pengaruh buruk dari kebiasaan merokok, penyalahgunaan narkoba, serta kepekaan terhadap kebersihan lingkungan, kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan yang telah terjadi pada remaja karena adanya pelayanan kesehatan di sekolah/madrasah, perubahan keadaan lingkungan khususnya lingkungan sekolah/madrasah dan lingkungan tempat tinggal yang meliputi, tingkat kebersihan, sanitasi, keindahan, keamanan,

ketertiban dan sebagainya dan tingkat keberhasilan maupun ketidakberhasilan kegiatan pembinaan dan pengelolaan program UKS.

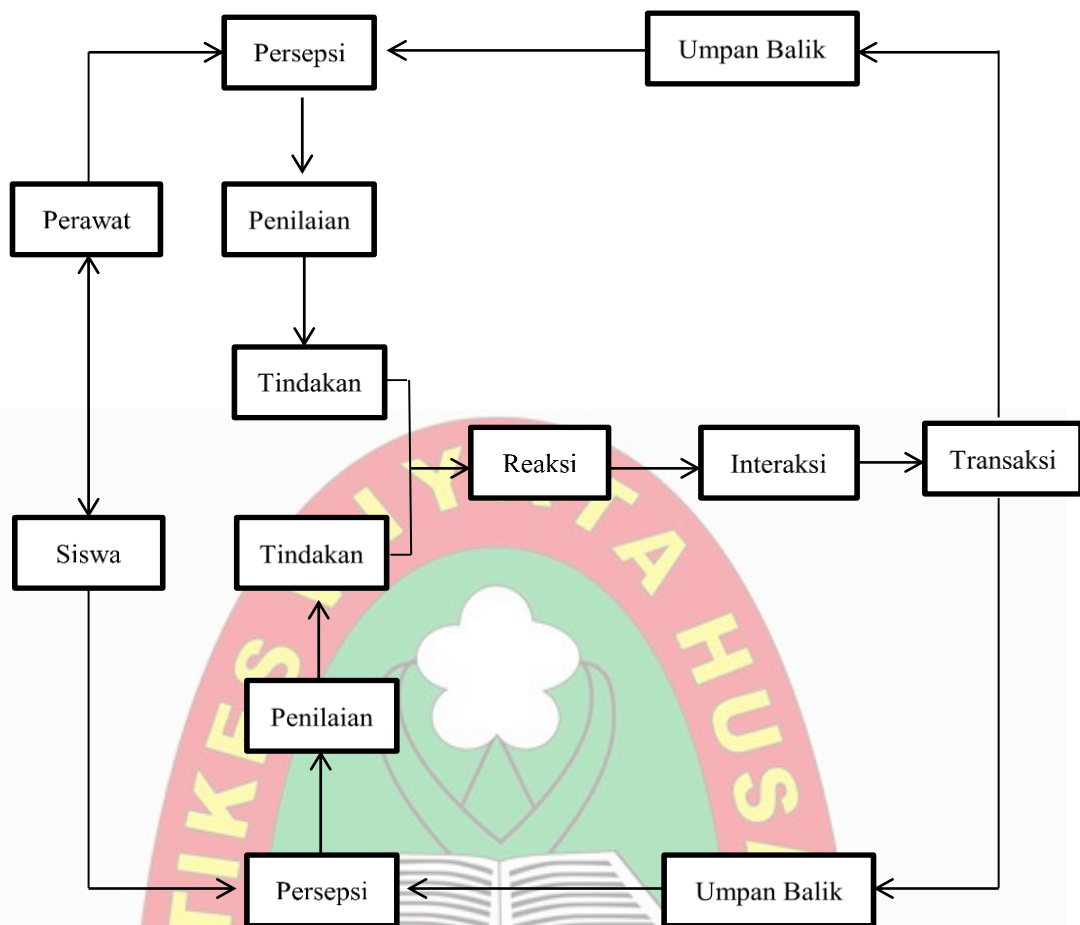
- 3) **Pelaporan**, bertujuan untuk melaporkan kegiatan pelaksanaan UKS sehingga dapat mengetahui hasil dari program, ketepatan program dan penyimpangan yang mungkin terjadi saat waktu pelaksanaan program. Pelaporan biasanya dilakukan dua kali dalam setahun yaitu Laporan Tengah Tahunan yang disampaikan pada bulan Januari dan Laporan Tahunan di sampaikan pada bulan Juli. Hal-hal yang dilaporkan adalah kegiatan TRIAS UKS, dampak pelaksanaan UKS terhadap remaja, pengelolaan UKS, dan jalur pelaporan.

4. Konsep Teori Keperawatan Imogene King

King memahami bahwa model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan sistem terbuka salah satu cara dalam mempelajari manusia berinteraksi dengan lingkungannya sehingga King mengemukakan dalam konsep Interaksi Sistem. King mengemukakan bahwa proses interaksi manusia dapat membentuk dasar untuk dapat merancang sebuah model transaksi dengan menggambarkan pengetahuan perawat untuk dapat membantu individu atau kelompok dalam pencapaian tujuan. King mengemukakan konsep kerja dalam melakukan pencapaian hubungan interaksi yang meliputi sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial yang memiliki hubungan antara satu dengan yang lainnya.



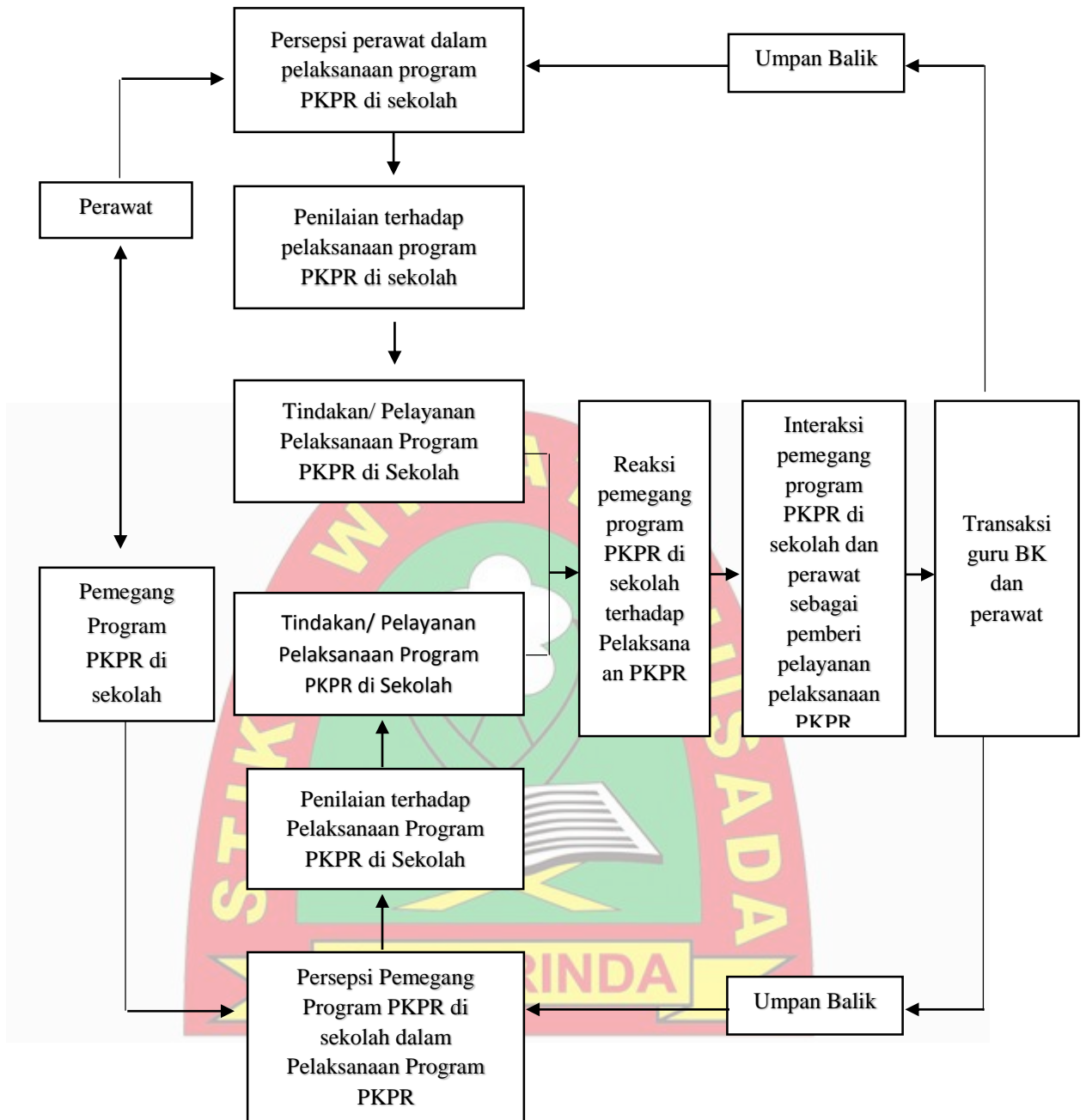
Skema model konsep Interaksi Sistem menurut Imogene King sebagai berikut;



**Skema 2.1 Model Konsep Interaksi Sistem Menurut Imogene King
(Teori King)**

Sumber: (Alligood, Martha Raile, 2017)

5. Kerangka Teori



Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: (Alligood, Martha Raile, 2017)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang menjelaskan dan memberikan pemahaman serta interpretasi mengenai perilaku dan pengalaman manusia dalam berbagai bentuk (Afiyati, 2014). Penelitian kualitatif bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistic dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata atau bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Iskandar, 2008). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan penelitian kualitatif karena peneliti ingin mengeksplorasi atau menggali pengalaman sekolah dalam pelaksanaan program PKPR SMA di Kota Samarinda.

Pendekatan kualitatif dalam penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif dengan mengeksplorasi secara langsung pengalaman partisipan dalam pelaksanaan program PKPR SMA dan menganalisis dan mendeskripsikan fenomena. Pendekatan fenomenologi adalah pengalaman yang bersifat universal yang dialami oleh seorang individu terhadap suatu fenomena yang dialaminya dalam kehidupan sehari-hari (Afiyati, 2014). Menurut Polit & Beck (2012) menyatakan bahwa fenomenologi deskriptif terdiri dari empat tahap yaitu *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing*. Tahap *Bracketing* merupakan tahap pertama pada pendekatan fenomenologi deskriptif dimana peneliti telah mencoba untuk membatasi asumsi dan pengetahuan tentang fenomena pengalaman pelaksanaan program PKPR SMA, tahap *intuiting* merupakan tahap dimana peneliti benar-benar mencoba untuk masuk ke dalam fenomena yang diteliti (*emerge*) dengan melihat, mendengar serta peka pada fenomena yang diteliti. Pada tahap *intuiting* peneliti mengawali dengan studi pendahuluan sebelum melaksanakan penelitian, mempelajari dan memahami literatur serta peneliti terlibat langsung dalam penelitian sebagai instrumen penelitian, kemudian pada tahap selanjutnya peneliti melakukan

analyzing dengan mengidentifikasi, menganalisis data yang diperoleh dari partisipan dan setelah melakukan *analyzing* peneliti menuliskan deskripsi dan interpretasi data secara keseluruhan mengenai pengalaman pelaksanaan program PKPR SMA serta pembahasannya (*describing*).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di sekolah menengah atas dan sekolah menengah kejuruan wilayah binaan Puskesmas Palaran.

2. Waktu Penelitian

Kegiatan penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Mei 2019.

C. Partisipan

Penentuan informasi dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* untuk memperluas subjek penelitian. *Purposive sampling* adalah metode pengambilan sampel yang menggunakan kriteria tujuan sebagai syarat menjadi partisipan sehingga siapa saja yang memenuhi kriteria dapat dijadikan partisipan. Cara pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* yang dilakukan dengan menetapkan terlebih dahulu kriteria partisipan yang telah ditetapkan sebelumnya (Afiyanti, 2014). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut:

1. Pembina UKS.
2. Sekolah yang memiliki program PKPR yang sedang berjalan/ aktif sampai sekarang.
3. Pemegang Program PKPR di Puskesmas.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut:

1. Sekolah yang terdapat guru Pembina UKS dan tidak memiliki program PKPR di sekolah tersebut.
2. Sekolah yang tidak terdapat guru Pembina UKS dan tidak memiliki program PKPR di sekolah tersebut.

D. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

Sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya merupakan suatu data tambahan seperti dokumentasi dan lain sebagainya (Maleong, 2005).

2. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian merupakan peneliti itu sendiri sehingga peneliti juga harus divalidasi. Validasi terhadap penelitian kualitatif meliputi: pemahaman tentang metode kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian baik secara akademik maupun logikanya (Sugiono, 2009). Dalam penelitian ini peneliti memakai alat bantu untuk dapat melakukan pengumpulan data yakni pedoman wawancara, catatan lapangan, dan alat perekam suara *tape recorder* sebelum melakukan penelitian, peneliti mencoba menggunakan alat perekam suara *tape recorder* yang bertujuan untuk mencoba keakuratan alat perekam yang akan digunakan dan melakukan validasi pedoman wawancara dalam menggali informasi dari partisipan sesuai dengan tujuan penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan percakapan antara peneliti dengan partisipan yang diarahkan pada suatu masalah tertentu dan terdapat proses tanya jawab sehingga peneliti mendapatkan jawaban-jawaban dari partisipan dan peneliti mencatat dan merekam jawaban dari responden (Hasan, 2002). Pertanyaan yang diajukan seputar pelaksanaan program PKPR SMA di Kota Samarinda.

2. Observasi

Menurut (Sugiono, 2009), observasi adalah teknik pengumpulan data dalam penelitian yang dilakukan dengan pengamatan terhadap suatu objek yang diteliti baik secara langsung maupun tidak langsung. Dalam penelitian ini peneliti melakukan observasi mengenai pelaksanaan program PKPR SMA di Kota Samarinda. Peneliti mengamati secara langsung pelaksanaan Program PKPR SMA di Kota Samarinda dengan pengamatan terhadap kegiatan, aktivitas, dan tindakan dalam proses pelaksanaan program PKPR SMA di Kota Samarinda.

3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu catatan yang berupa suatu peristiwa atau masalah tertentu yang telah berlalu dalam bentuk tulisan, gambar atau karya monumental dari seseorang (Sugiono, 2009). Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode wawancara dan observasi. Data dokumentasi yang berkaitan dengan penelitian ini adalah berupa gambar peneliti saat melakukan wawancara dan sesudah melakukan wawancara. Hasil penelitian dari wawancara dan observasi akan semakin sah dan dapat dipercaya apabila didukung dengan hasil dokumentasi.

F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

Pengumpulan data diawali dengan kontak yang dilakukan peneliti dengan salah satu partisipan di SMA Kota Samarinda yang bertujuan untuk mendapatkan data terkait jumlah partisipan. Kemudian peneliti mengunjungi partisipan untuk dapat membina hubungan saling percaya antara peneliti dengan partisipan. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan serta menanyakan ketersediaan partisipan untuk dapat mengikuti penelitian ini, kontrak waktu serta memberikan *informed consent*. *Informed consent* merupakan persetujuan yang disepakati dan ditanda tangani oleh partisipan sebelum partisipan menyatakan untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian. Selain menjelaskan maksud dan tujuan, peneliti juga menjelaskan proses penelitian yaitu dilakukan wawancara dengan menggunakan alat rekam suara *tape recorder* selama 45-60

menit dan bertemu partisipan 2-3 kali atau sampai tidak ada hasil temuan yang baru serta menjelaskan hak-hak partisipan untuk dapat menolak atau mengundurkan diri sewaktu-waktu ketika proses penelitian telah berlangsung tanpa dikenakan sanksi kemudian setelah partisipan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, partisipan diminta untuk menanda tangani *informed consent* yang telah disediakan.

2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti melakukan wawancara mendalam dengan partisipan. Wawancara yang dilakukan dengan tiga fase yaitu:

a) Fase Orientasi

Peneliti memulai dengan melakukan *informed consent* dengan partisipan, jika pasien sudah setuju dan menandatangani *informed consent*, peneliti menyiapkan suasana lingkungan rumah partisipan menjadi nyaman dan peneliti mempersiapkan *tape recorder* untuk merekam pembicaraan antara peneliti dengan partisipan. Peneliti meletakkan *tape recorder* di tempat terbuka dengan jarak kurang lebih 30-50 cm dari partisipan.

b) Fase Kerja

Peneliti memulai wawancara dengan memberikan pertanyaan semi standard dalam bentuk pertanyaan terbuka yang bertujuan untuk memberikan kebebasan pada partisipan untuk menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang telah dialami oleh partisipan. Peneliti dapat menggunakan pedoman wawancara sebagai pemandu wawancara peneliti dalam mengajukan pertanyaan untuk partisipan. Jika wawancara telah selesai dapat dilakukan analisis hasil wawancara yang selanjutnya akan dibuat dalam bentuk transkrip.

c) Fase Terminasi

Fase terminasi dilakukan setelah semua pertanyaan yang ditanya oleh peneliti sudah selesai. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas kerjasamanya dalam penelitian yang sedang dilakukan. Peneliti kemudian membuat kontrak waktu kembali dengan partisipan untuk pertemuan selanjutnya yaitu untuk melakukan validasi data penelitian.

G. Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini didasarkan pada pendekatan fenomenologi menggunakan analisis Colaizzi (1978) dengan pertimbangan pada bagian akhir dari proses analisis data peneliti kembali kepada partisipan untuk mengklarifikasi kembali terhadap tema-tema yang telah didapatkan kepada partisipan sehingga diperoleh hasil yang benar-benar akurat (Polit & Beck, 2012). Colaizzi (1978) mengatakan bahwa terdapat tujuh tahapan dalam analisis data yaitu sebagai berikut:

1. Peneliti membaca secara berulang-ulang transkrip naratif dari partisipan untuk mendapatkan inti pengalaman partisipan untuk dapat memahami pengalamannya.
2. Peneliti melakukan ekstraksi terhadap kata dan kalimat yang berhubungan dengan pengalaman pelaksanaan program PKPR SMA.
3. Peneliti kemudian memformulasi makna dari pernyataan yang signifikan dari partisipan dalam bentuk kata kunci, mengumpulkan pernyataan-pernyataan sejenis untuk dikategorisasi, setelah itu mengumpulkan dalam sub tema sehingga menjadi tema-tema.
4. Peneliti mengulang proses ini terhadap setiap deskripsi atau pernyataan partisipan dan menyusun ke dalam kluster tema-tema, (a) peneliti merujuk kembali tema-tema yang ada ke dalam deskripsi aslinya atau pernyataan apa yang sedang diajukan saat itu untuk melakukan validasi, (b) mengkaji jika terdapat tema-tema yang tidak relevan dengan yang lain.
5. Peneliti kemudian mendeskripsikan fenomena-fenomena atau tema serta membahasnya.
6. Peneliti kemudian melakukan reduksi terhadap tema-tema yang sudah ada untuk menjawab tujuan khusus dari penelitian.
7. Tahap akhir peneliti kembali ke partisipan untuk melakukan wawancara lanjutan atau mengkonfirmasi tema dan jika ingin mendapatkan tambahan data dari partisipan.

H. Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji kredibilitas (kepercayaan), transferebilitas (keteralihan), dependibilitas (ketergantungan) dan konfirmabilitas (objektivitas) (Afiyanti, 2014).

1. Uji Kredibilitas

Uji kredibilitas data atau ketepatan data dan keakurasian data yang dihasilkan oleh studi kualitatif yang menjelaskan derajat nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data dari penelitian yang dilakukan. Kredibilitas hasil penelitian ini dapat dicapai melalui upaya peneliti dalam mengklarifikasi hasil-hasil temuan dari informan. Pada penelitian ini peneliti melakukan dengan cara merekam hasil wawancara dan mendengarkan secara berulang-ulang kali hasil wawancara kemudian hasil rekaman menjadi bukti keabsahan yang diteliti dan bukan merupakan hasil rekayasa peneliti. Wawancara sebagai upaya untuk mengkonstruksikan kejadian yang dialami informan dengan melakukan observasi memungkinkan upaya untuk memperoleh keyakinan mengenai keabsahan data peneliti tercapai.

2. Uji Transferabilitas

Uji transferabilitas yang menyatakan seberapa mampu hasil penelitian kualitatif yang di aplikasikan dan dialihkan oleh peneliti dalam keadaan atau kelompok atau partisipan lainnya yang dapat merupakan suatu pertanyaan untuk dapat menilai suatu tingkat keteralihan atau transferabilitas. Dalam penelitian ini peneliti menguraikan secara rinci hasil temuan yang didapat dan kemudian dibuat penjelasan tentang hasil wawancara dalam bentuk naratif yang menceritakan rekaman wawancara dan catatan lapangan dan kemudian dilakukan pembahasan terhadap hasil penelitian yang didapat oleh peneliti.

3. Uji Dependabilitas

Suatu pertanyaan mendasar untuk dapat memperoleh nilai dependabilitas dan reabilitas dari studi kualitatif adalah bagaimana studi yang sama dapat

diulang pada saat yang berbeda dengan menggunakan metode yang sama, partisipan yang sama, dan dalam konteks yang sama. Dalam hal ini peneliti melakukan peneliti melakukan *auditing* (pemeriksaan) dengan pembimbing penelitian.

4. Uji Konfirmabilitas

Suatu uji objektivitas dari hasil penelitian. Objektif atau tidak tergantung pada persetujuan beberapa orang terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Dapat dikatakan bahwa pengalaman seseorang itu subjektif jika disepakati oleh beberapa orang atau banyak orang dapat dikatakan objektif. Jadi objektifitas-subjektifitasnya suatu hal tergantung pada seseorang.

I. Etik Penelitian

Etik dalam penelitian merupakan sesuatu yang sangat penting dalam penelitian keperawatan dimana penelitian ini merupakan penelitian yang berhubungan langsung dengan manusia.

1. *Beneficence* (manfaat)

Peneliti melakukan yang terbaik dalam melakukan tindakan penelitian berupa wawancara, tetapi dalam hal ini peneliti pun menekankan pada partisipan untuk menyampaikan pada peneliti apabila merasa tidak aman dan tidak nyaman selama proses penelitian sehingga menimbulkan rasa kelelahan maka akan dihentikan penelitiannya.

2. *Respect for person* (menghormati orang lain)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian.

3. *Justice* (keadilan)

Merupakan prinsip keadilan yang harus terbuka dan adil untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, professional,berprikemanusiaan, kecermatan. Lingkungan penelitian juga

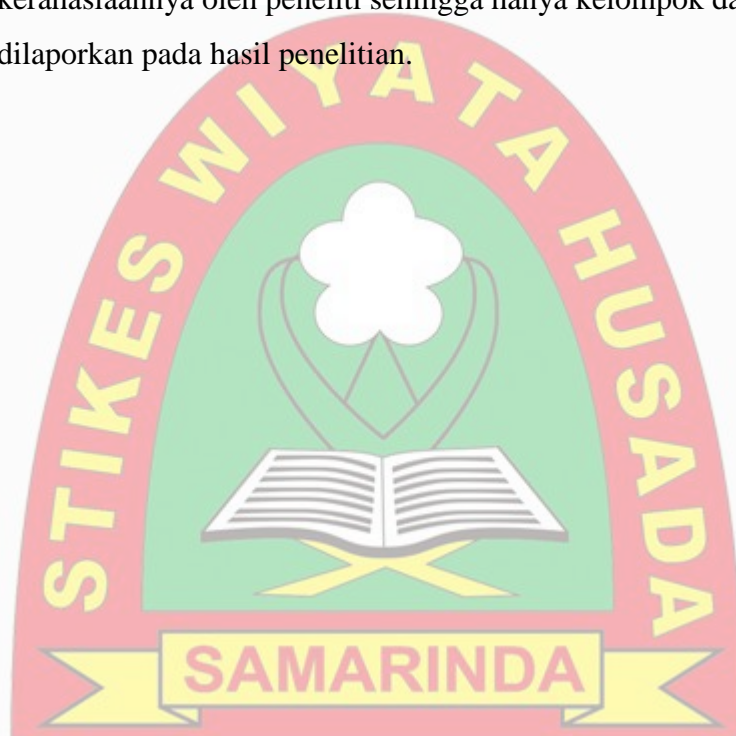
harus dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian.

4. *Anonymity* (tanpa nama)

Anonymity adalah etika dalam penelitian keperawatan yang dilakukan dengan cara tidak mencantumkan nama informan pada lembar penelitian sehingga peneliti hanya dapat menulis inisial/kode dalam lembar pengumpulan data.

5. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informan yang terlibat dalam kegiatan penelitian ini dijamin kerahasiaannya oleh peneliti sehingga hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti untuk menjawab penelitian “Studi Fenomenologi: Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Sekolah”. Hasil penelitian ini dibagi menjadi tiga bagian yaitu bagian pertama menceritakan secara singkat tentang gambaran lokasi penelitian, bagian kedua mengenai karakteristik partisipan serta pada bagian ketiga membahas mengenai tema-tema yang didapatkan pada penelitian ini.

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini dilaksanakan di sekolah menengah atas di kota Samarinda tepatnya di sekolah binaan wilayah Puskesmas Palaran. Penelitian ini dilakukan di sekolah binaan Puskesmas Palaran karena di Puskesmas tersebut sudah terdapat klinik remajanya. Wilayah Puskesmas Palaran memiliki 6 Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan 6 Sekolah Menengah Atas/ Kejuruan (SMA/SMK) yang di bina. Puskesmas Palaran terdapat program pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) sejak tahun 2016 dan baru di laksanakan pada tahun 2017. Seluruh wilayah sekolah binaan Puskesmas Palaran sudah menerima sosialisasi mengenai program PKPR dari Puskesmas dan program PKPR sudah berjalan di sekolah tersebut.

Seluruh sekolah binaan Puskesmas Palaran sudah di lakukan penjangingan setiap tahunnya, pemeriksaan kesehatan dan sudah dilakukan pelatihan konselor sebaya di Puskesmas Palaran. Konselor sebaya sudah ada di sekolah-sekolah wilayah binaan Puskesmas Palaran dan masing-masing sekolah binaan terdapat guru Pembina UKS.

2. Gambaran Karakteristik Partisipan

Partisipan pada penelitian ini berjumlah 4 orang, yang kemudian disebut sebagai partisipan merupakan sekolah yang memiliki Pembina UKS dan memiliki program PKPR di sekolah tersebut. Karakteristik partisipan dalam penelitian terdapat pada tabel berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

No.	Kode Partisipan	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Lama menjadi pemegang program PKPR
1.	<i>P1</i>	34	Laki-laki	S1	Guru	1 tahun
2.	<i>P2</i>	23	Perempuan	S1	Guru	1 tahun
3.	<i>P3</i>	47	Perempuan	S1	Guru	6 tahun
4.	<i>P4</i>	32	Perempuan	S1	PromKes Puskesmas	7 tahun

a. Profil Partisipan Satu

Partisipan satu merupakan Pembina UKS di salah satu Sekolah Menengah Atas Negeri di Palaran dan merupakan guru di sekolah tersebut. Sekolah tersebut sudah disosialisasikan tentang program PKPR oleh Puskesmas Palaran. Partisipan satu mengetahui program PKPR yang ada di sekolah dan sudah berjalan aktif di sekolah serta di sekolah sudah terdapat konselor sebaya dan partisipan baru satu tahun menjabat sebagai Pembina UKS.

Pertemuan pertama dilakukan partisipan pada hari Sabtu, 13 April 2019 pada pukul 10.00 WITA, peneliti bertemu partisipan di ruang UKS. Sebelum wawancara dilaksanakan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan atas kedatangan peneliti serta menjalin bina hubungan saling percaya (BHSP) dan menjelaskan secara singkat terkait wawancara yang akan dilakukan dan peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas partisipan dan mengharapkan semua jawaban yang diberikan partisipan merupakan jawaban yang benar mengenai pengalaman yang benar-benar dialami oleh

partisipan. Partisipan bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian peneliti dan partisipan mengisi dan tanda tangan kesediaan partisipan pada lembar *informed consent*. Partisipan dan peneliti mengatur waktu kembali untuk melakukan wawancara terkait penelitian peneliti dikarenakan pada saat itu partisipan sedang sibuk.

Pertemuan kedua dilakukan partisipan pada hari Senin, 15 April 2019 pada pukul 11.45 WITA. Peneliti datang kembali untuk melakukan wawancara sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara peneliti dan partisipan, peneliti bertemu partisipan di ruang UKS. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan secara singkat, dilanjutkan dengan kegiatan wawancara, wawancara berjalan dengan lancar dan lingkungan nyaman karena berada di ruang UKS.

b. Partisipan Kedua

Partisipan dua merupakan guru dan Pembina UKS di salah satu Sekolah Menengah Kejuruan Negeri di Palaran dan di sekolah tersebut sudah disosialisasikan dan sedang berjalan mengenai program PKPR di sekolah. Partisipan mengatakan mengetahui program PKPR di sekolah. Partisipan baru satu tahun menjabat sebagai Pembina UKS.

Pertemuan pertama dilakukan peneliti pada Kamis, 25 April 2019 pada pukul 10.00 WITA. Peneliti bertemu partisipan, bertemu di depan ruang guru. Sebelum wawancara dilaksanakan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan atas kedatangan peneliti serta menjalin bina hubungan saling percaya (BHSP) dan menjelaskan secara singkat terkait wawancara yang akan dilakukan dan peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas partisipan dan mengharapkan semua jawaban yang diberikan partisipan merupakan jawaban yang benar mengenai pengalaman yang benar-benar dialami oleh partisipan. Partisipan bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian peneliti dan partisipan mengisi dan tanda tangan kesediaan partisipan pada lembar *informed consent*. Partisipan dan peneliti mengatur waktu kembali untuk melakukan wawancara terkait penelitian peneliti dikarenakan pada saat itu partisipan sedang persiapan mengajar di kelas.

Pertemuan kedua dilakukan peneliti pada Senin, 29 April 2019 pada pukul 12.15 WITA. Peneliti datang kembali untuk melakukan wawancara sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara peneliti dan partisipan, peneliti bertemu partisipan di ruang UKS. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan secara singkat, dilanjutkan dengan kegiatan wawancara, wawancara berjalan dengan lancar dan lingkungan nyaman karena berada di ruang UKS.

Pertemuan ketiga dilakukan peneliti pada Rabu, 22 Mei 2019 pada pukul 09.45 WITA. Peneliti datang kembali untuk mewawancarai partisipan sesuai kontrak waktu dan kesepakatan antara peneliti dan partisipan untuk menambah data yang kurang terdapat pada pertemuan kedua. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan secara singkat, dilanjutkan dengan kegiatan wawancara, wawancara berjalan dengan lancar dan lingkungan nyaman karena berada di ruang Perpustakaan.

c. Profil Partisipan Tiga

Partisipan tiga adalah seorang guru dan Pembina UKS di salah satu Sekolah Menengah Kejuruan Negeri di Palaran. Sekolah tersebut sudah mendapatkan sosialisasi tentang program PKPR oleh Puskesmas Palaran. Partisipan tiga mengetahui program PKPR yang ada di sekolah dan kurang berjalan maksimal karena terkendala oleh kurangnya partisipasi antar anggota serta di sekolah tersebut belum terlaksana konselor sebaya. Partisipan sudah enam tahun menjabat sebagai Pembina UKS.

Pertemuan pertama dilakukan partisipan pada hari Kamis, 9 Mei 2019 pada pukul 12.30 WITA, peneliti bertemu partisipan, bertemu di ruang Perpustakaan. Sebelum wawancara dilaksanakan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan atas kedatangan peneliti serta menjalin bina hubungan saling percaya (BHSP) dan menjelaskan secara singkat terkait wawancara yang akan dilakukan dan peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas partisipan dan mengharapkan semua jawaban yang diberikan partisipan merupakan jawaban yang benar mengenai pengalaman yang benar-benar dialami oleh partisipan. Partisipan bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian peneliti dan partisipan mengisi dan tanda tangan kesediaan partisipan pada lembar *informed*

consent. Partisipan dan peneliti mengatur waktu kembali untuk melakukan wawancara terkait penelitian dikarenakan pada saat itu partisipan sedang ingin mengajar.

Pertemuan kedua dilakukan peneliti pada Sabtu, 15 Mei 2019 pada pukul 16.00 WITA. Peneliti datang kembali untuk melakukan wawancara sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara peneliti dan partisipan, peneliti bertemu partisipan di kediaman partisipan. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan secara singkat, dilanjutkan dengan kegiatan wawancara, wawancara berjalan dengan lancar dan lingkungan nyaman karena berada di ruang tamu kediaman partisipan.

d. Profil Partisipan Empat

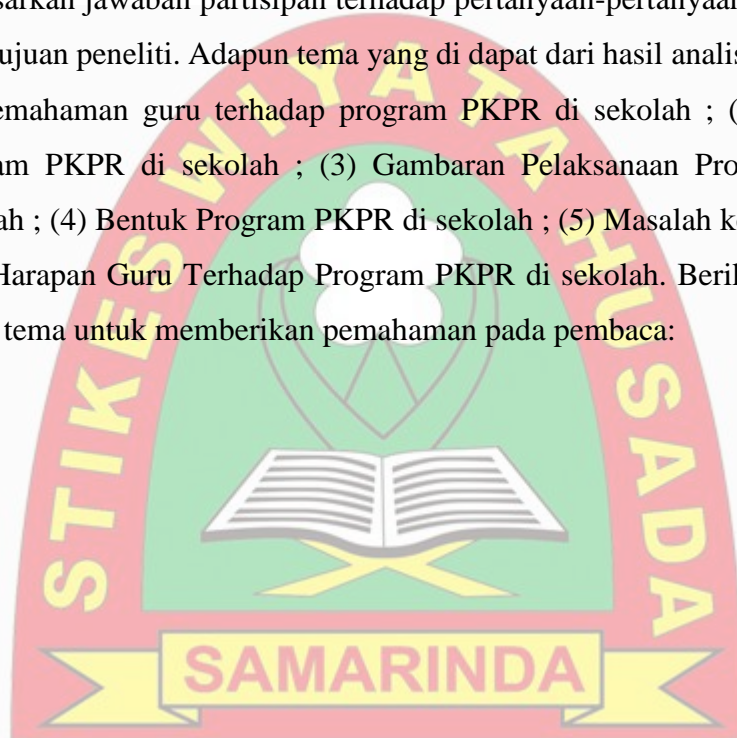
Partisipan empat adalah seorang pegawai di Puskesmas Palaran. Puskesmas Palaran terdapat klinik remaja dan sudah melaksanakan program PKPR di Puskesmas maupun di sekolah binaan Puskesmas Palaran. PKPR di Puskesmas sudah berdiri sejak 2016 dan baru dilaksanakan pada tahun 2017. Partisipan empat bekerja di Puskesmas Palaran dibagian Promosi Kesehatan (PromKes) dan sudah tujuh tahun memegang program UKS.

Pertemuan pertama dilakukan partisipan pada hari Senin, 22 April 2019 pada pukul 12.30 WITA, peneliti bertemu partisipan, bertemu partisipan di salah satu ruangan di Puskesmas Palaran. Sebelum wawancara dilaksanakan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan atas kedatangan peneliti serta menjalin bina hubungan saling percaya (BHSP) dan menjelaskan secara singkat terkait wawancara yang akan dilakukan dan peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas partisipan dan mengharapkan semua jawaban yang diberikan partisipan merupakan jawaban yang benar mengenai pengalaman yang benar-benar dialami oleh partisipan. Partisipan bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian peneliti dan partisipan mengisi dan tanda tangan kesediaan partisipan pada lembar *informed consent*. Partisipan dan peneliti mengatur waktu kembali untuk melakukan wawancara terkait penelitian dikarenakan pada saat itu partisipan sedang sibuk karena menyiapkan berkas untuk akreditasi Puskesmas.

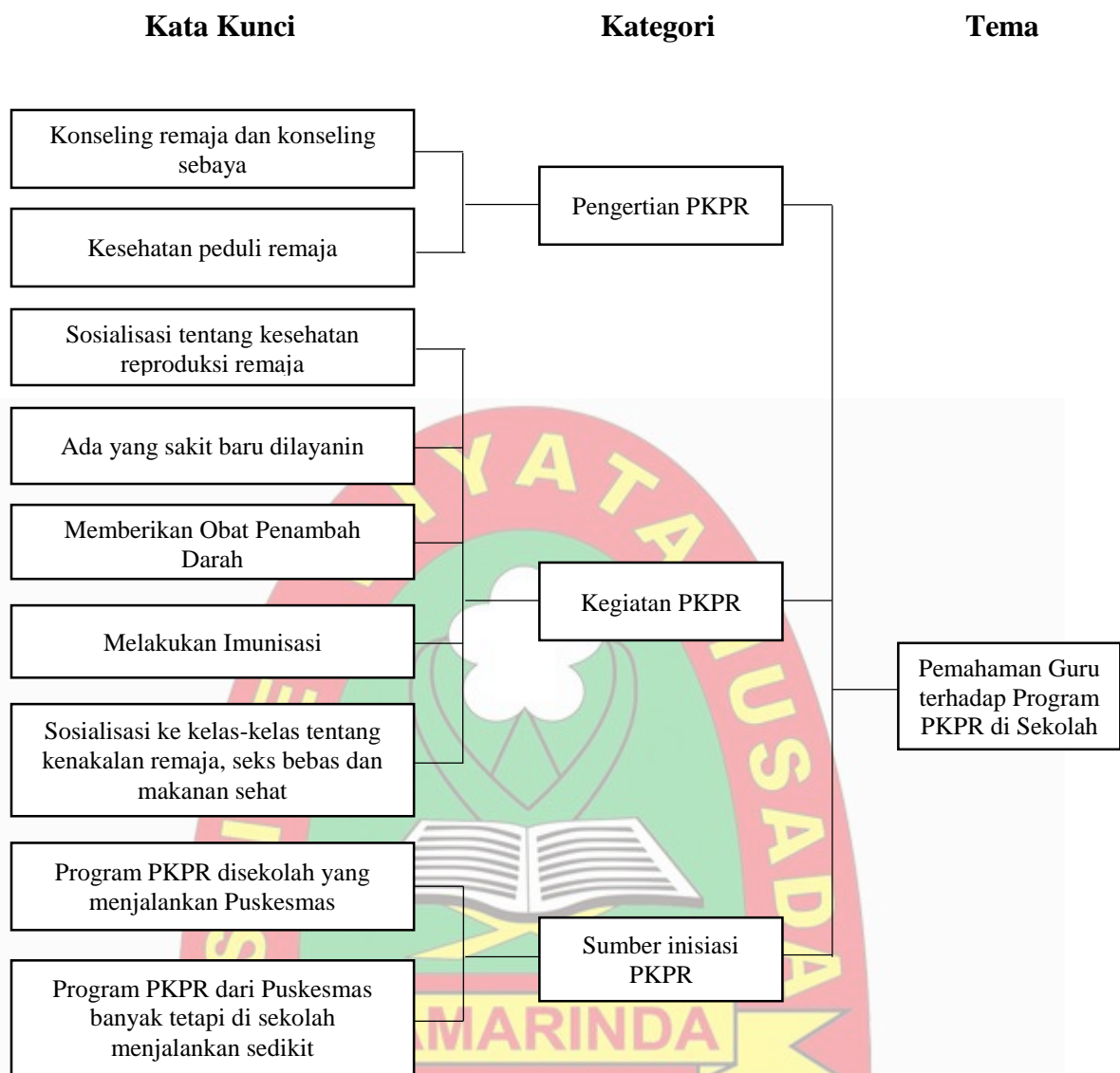
Pertemuan kedua dilakukan peneliti pada Senin, 27 Mei 2019 pada pukul 10.00 WITA. Peneliti datang kembali untuk melakukan wawancara sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara peneliti dan partisipan, peneliti bertemu partisipan diruang promkes Puskesmas Palaran. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan secara singkat, dilanjutkan dengan kegiatan wawancara, wawancara berjalan dengan lancar dan lingkungan nyaman karena berada diruangan.

3. Tema Hasil Analisis Penelitian

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan peneliti. Adapun tema yang di dapat dari hasil analisis peneliti yaitu (1) Pemahaman guru terhadap program PKPR di sekolah ; (2) Perencanaan program PKPR di sekolah ; (3) Gambaran Pelaksanaan Program PKPR di Sekolah ; (4) Bentuk Program PKPR di sekolah ; (5) Masalah kesehatan remaja ; (6) Harapan Guru Terhadap Program PKPR di sekolah. Berikut pembahasan setiap tema untuk memberikan pemahaman pada pembaca:



a. Tema Pertama: Pemahaman Guru terhadap Program PKPR di Sekolah



Skema 4.1 Pemahaman Guru Terhadap Program PKPR di Sekolah

Tema pertama Pemahaman Guru terhadap program PKPR di Sekolah di dapatkan dari 3 kategori yaitu (1) Pengertian PKPR, (2) Kegiatan PKPR dan (3) Sumber inisiasi PKPR.

1) Kategori Pertama: Pengertian PKPR

Hasil wawancara di dapatkan kategori pertama yaitu pengertian PKPR yang diperoleh dari pernyataan tiga partisipan mengetahui tentang program PKPR yang ada di sekolah dengan pertanyaan “Apakah yang Bapak/Ibu ketahui mengenai program PKPR di sekolah?” dan ditambah dari beberapa *probing*

yang muncul saat penelitian yang memiliki makna pemahaman pemegang program PKPR terkait kegiatan program PKPR disekolah. Partisipan kedua menyampaikan bahwa program PKPR di sekolah merupakan kesehatan peduli remaja dimana biasanya remaja diberikan penyuluhan sosialisasi tentang kesehatan reproduksi dan pelayanan kesehatan di sekolah baru sebatas apabila ada yang sakit baru di tangani oleh anak-anak PMR. Partisipan ketiga menyampaikan bahwa Puskesmas membuat konseling sebaya tetapi di sekolah tersebut belum terlaksana terkendala oleh dukungan dari anggota. Partisipan keempat menyampaikan bahwa pelaksanaan program PKPR baru sebatas pelaksanaan konseling sebaya dan konseling remaja. Berikut merupakan jawaban dari partisipan yaitu:

“Program PKPR itu pelayanan kesehatan peduli remaja disekolah ya tentang kesehatan peduli remaja biasanya tentang penyuluhan sosialisasi tentang ee kesehatan reproduksi kayak gitu-gitu tentang kesehatan remaja..... (P2 line 8 dan 9)”

“.....kayak konseling tapi anak-anak PMR sendiri, jadi mereka buat curhat, buat masalah mereka, tu mereka sendiri yang nangani tetapi ini belum terlaksana na itu.. (P3 line 11 dan 12)”

“.....Pelaksanaan konseling remaja sama konseling sebaya, emm kalau untuk konseling sebaya dan pemeriksaan tentang kesehatan remaja ada di poli remaja.. (P4 line 16)”

2) Kategori Kedua: Kegiatan PKPR

Hasil wawancara di dapatkan kategori pertama yaitu pengertian PKPR yang diperoleh dari tiga partisipan mengetahui tentang program PKPR yang ada di sekolah dengan pertanyaan “Apakah yang Bapak/Ibu ketahui mengenai program PKPR di sekolah?” dan ditambah dari beberapa *probing* yang muncul saat penelitian yang memiliki makna pemahaman pemegang program PKPR terkait kegiatan program PKPR disekolah. Partisipan pertama menyampaikan bahwa setiap seminggu sekali di bagikan obat penambah darah khusus untuk remaja putri dan biasanya anak-anak PMR melakukan sosialisasi ke kelas-kelas mengenai kenakalan remaja, seks bebas dan makanan sehat. Partisipan ketiga menyampaikan bahwa Puskesmas setiap satu tahun terdapat tiga kali Puskesmas melakukan kunjungan serta melakukan vaksin kepada remaja yang ada di sekolah. Partisipan kedua menyampaikan bahwa kegiatan PKPR berupa

sosialisasi penyuluhan kesehatan reproduksi remaja. Berikut merupakan jawaban dari partisipan yaitu:

“.....ada pembagian obat penambah darah wajib di bagikan setiap hari sabtu dan cuman khusus perempuannya saja sih yang minum obat itu terus minumnya juga harus di sekolah.... (P1 line 19)”

“.....biasanya dari Puskesmas sendiri ada menambahkan tambahan kegiatan.... dadakan gitu, kayak di kasih buku gitu, nanti anak anak PMR harus peljarin, nanti mereka sosialisasi ke kelas kelas tentang makanan sehat, kenakalan remaja, seks bebas gitu gitu(P1 line 40 dan 41)”

“Mengenai pelayanan kesehatan yang ada di SMK Negeri 19 ini dia em apa, sebatas kayak em misalnya kayak ada yang sakit baru di layanin itu dari PMRnya sendiri kecuali kalok ada yang enggak bisa di tangani baru di buat surat rujukan ke Puskesmas kayak gitu.. (P2 line 8 dan 9)”

“....Terutama yang kemaren paksin ya, paksin itu rasanya agak sering ke sekolahan. Tapi yang ada setahun paling banyak itu tiga.. (P3 line 55)”

“Program PKPR itu pelayanan kesehatan peduli remaja disekolah ya tentang kesehatan peduli remaja biasanya tentang penyuluhan sosialisasi tentang ee kesehatan reproduksi kayak gitu-gitu tentang kesehatan remaja.... (P2 line 8 dan 9)”

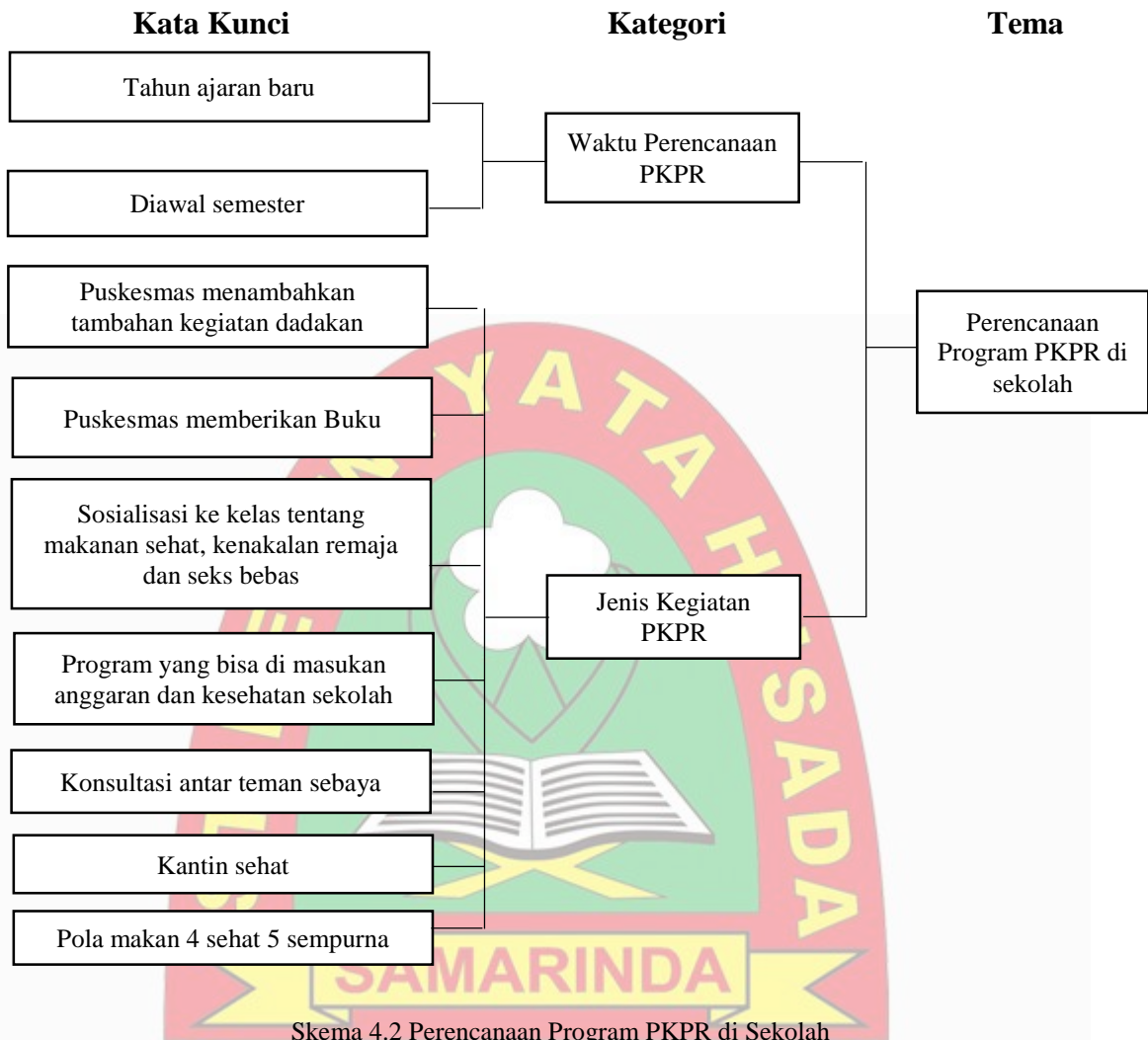
3) Kategori Ketiga: Sumber Inisiasi PKPR

Hasil wawancara didapatkan hasil kategori ketiga yaitu sumber inisiasi PKPR yang diperoleh dari pernyataan dua partisipan menyatakan bahwa mengetahui program PKPR merupakan program dari Puskesmas yang di lakukan di sekolah dengan pertanyaan “Apakah yang Bapak/Ibu ketahui mengenai program PKPR di sekolah?” dan ditambah dari beberapa *probing* yang muncul saat penelitian yang memiliki makna pemahaman pemegang program PKPR terkait kegiatan program PKPR disekolah. Partisipan ke dua menyampaikan bahwa program PKPR di sekolah yang menjalankan adalah Puskesmas jadi selain sekolah tetapi Puskesmas juga menjalankan program PKPR di sekolah. Partisipan ketiga menyampaikan bahwa program yang diberikan oleh Puskesmas itu banyak tetapi yang di jalankan oleh sekolah masih sedikit kurang lebih 60% yang sudah di laksanakan. Berikut merupakan jawaban dari partisipan yaitu:

“Program PKPR disekolah kan yang menjalankan juga dari Puskesmas ya.. (P2 line 13)”

“Program PKPR itu yaitu program kesehatan siswa ya kan, yang di sekolah ya kan, (ee) kemudian (ee) program dari apa (em) Puskesmas itu banyak, cuman sebagian yang saya lakukan disekolah hanya sedikit.... (P3 line 11 dan 12)

b. Tema Kedua: Perencanaan Program PKPR di sekolah



Tema kedua perencanaan program PKPR di sekolah di dapatkan dari dua kategori yaitu (1) waktu perencanaan PKPR dan (2) jenis kegiatan PKPR.

1) Kategori Pertama: Waktu Perencanaan

Hasil wawancara didapatkan kategori pertama yaitu waktu perencanaan yang diperoleh dari tiga partisipan menyatakan perencanaan dilakukan di tahun ajaran baru setiap awal semester dengan pertanyaan “Bagaimana kegiatan perencanaan program PKPR di sekolah Anda?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna perencanaan program PKPR di

sekolah. Partisipan mengatakan perencanaan dilakukan setiap tahun ajaran baru dan rencananya akan membuat konseling sebaya di sekolah tersebut karna konseling sebaya di sekolah tersebut tidak terlaksana di sebabkan oleh partisipasi siswanya yang kurang. Dua partisipan lainnya mengatakan bahwa perencanaan di lakukan di awal semester, biasanya sekolah tersebut sudah membuat perencanaan kegiatan untuk satu tahun dan dibantu oleh anggota PMR dalam menyusun laporan kegiatan, partisipan kedua mengatakan bahwa dalam membuat perencanaan kegiatan akan dirundingkan dengan guru bidang kesiswaan. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“Tahun ajaran baru. Kalok ini kan sudah mau habis nih jadi kegiatan yang lain gak bisa sudah berjalan lagi pengennya bikin program yang baru dan nanti sama Pak Toni saya bikin (P3 line 76)”

“(Aa) diawal semester, ya jadi di awal semester itu jadi saya sama beberapa anggota PMR itu kerjasama untuk menyusun laporan program kegiatan.. (P1 line 44)”

“Kegiatan perencanaan program mungkin tahun depan tahun ajaran baru berikutnya masih mau dirundingkan dulu sama Pak Wawan (Guru bagian Kesiswaan).. (P2 line 32)”

2) Kategori Kedua: Jenis Kegiatan PKPR

Hasil wawancara yang didapatkan kategori kedua yaitu jenis kegiatan PKPR yang diperoleh dari empat partisipan menyatakan bahwa terdapat kegiatan tambahan yang diberikan oleh Puskesmas dengan pertanyaan “Bagaimana kegiatan perencanaan program PKPR di sekolah Anda?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna perencanaan program PKPR di sekolah. Partisipan satu menyampaikan bahwa terdapat kegiatan dadakan dari Puskesmas, biasanya Puskesmas memberikan buku untuk di pelajari oleh anggota PMR dan kemudian di sosialisasikan ke kelas-kelas, biasanya sosialisasinya tentang kenakalan remaja, seksbebas dan makanan sehat. Partisipan empat menyampaikan bahwa biasanya kegiatan tambahan dilakukan oleh sekolah yang meminta saran dari pihak Puskesmas untuk menambahkan kegiatan yang bisa dimasukkan ke anggaran dan kesehatan sekolah, partisipan selanjutnya menyampaikan bahwa kegiatan yang direncanakan adalah membentuk konselor sebaya di sekolah mereka dan

partisipan dua menyampaikan bahwa kegiatan yang direncanakan adalah membuat kantin sehat dan melaksanakan pola makan 4 sehat 5 sempurna..

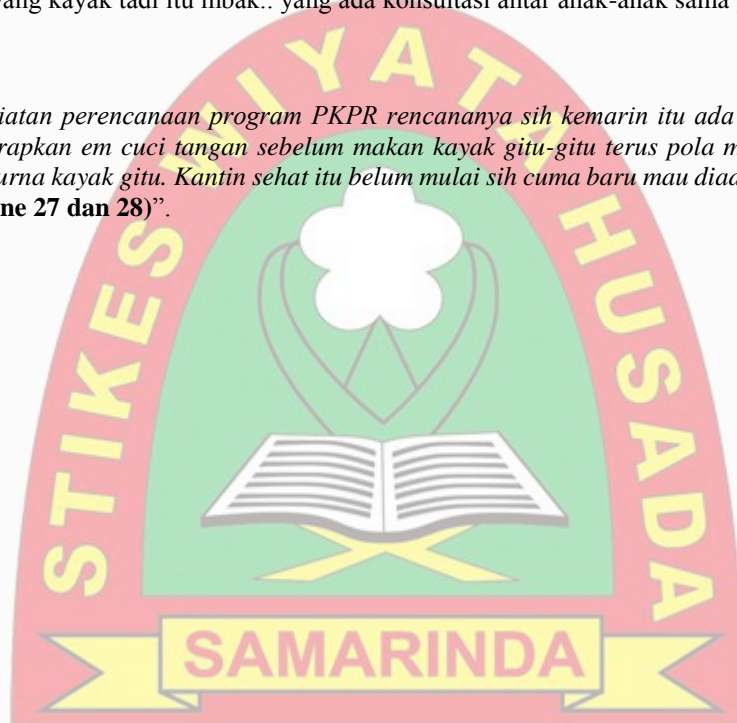
Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“Karena biasanya dari Puskesmas sendiri ada menambahkan tambahan kegiatan (aa) dadakan gitu, kayak di kasih buku gitu, nanti anak anak PMR harus peljarin, nanti mereka sosialisasi ke kelas kelas tentang makanan sehat, kenakalan remaja, seks bebas gitu gitu..... (P1 line 25)”.

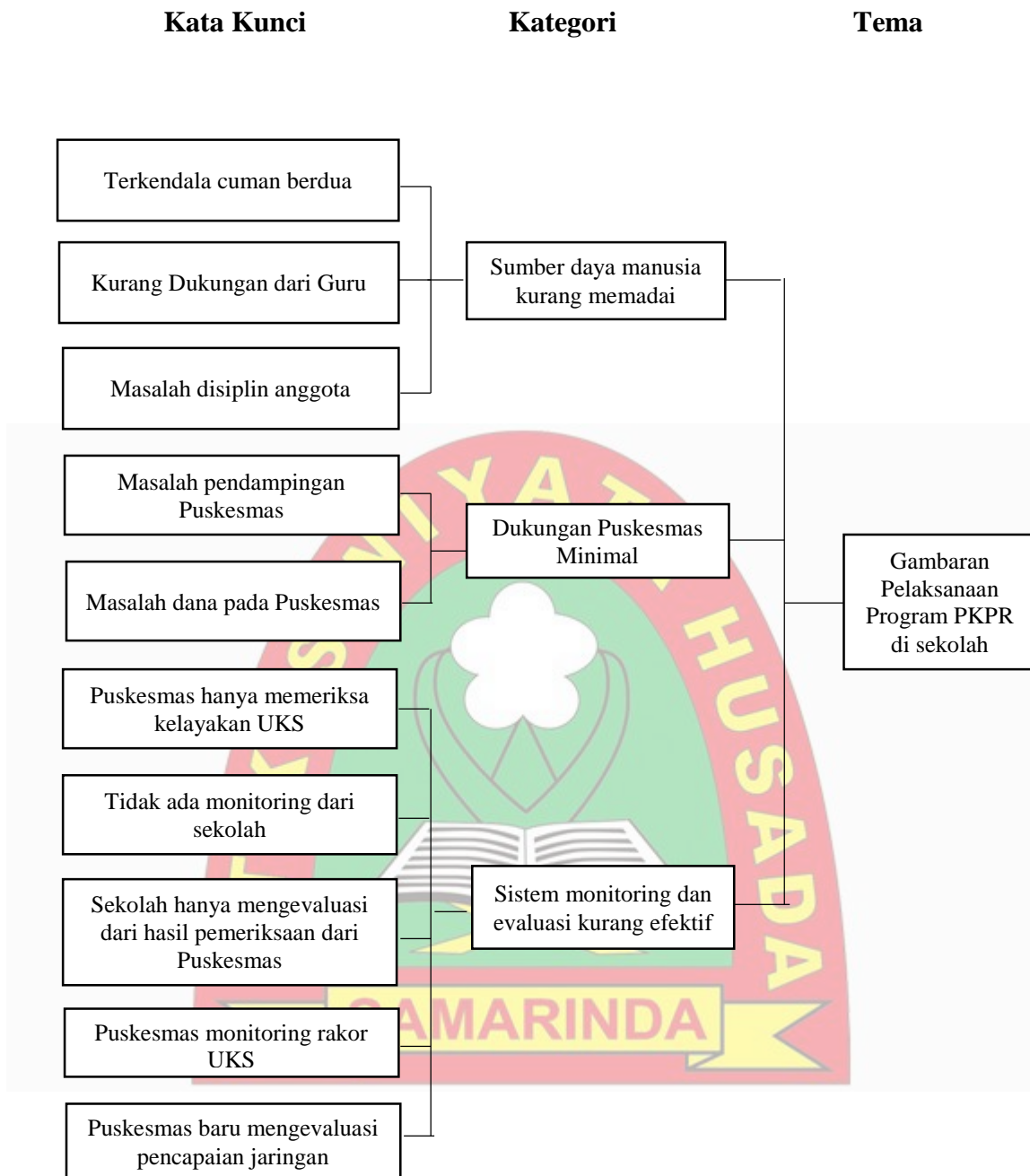
“Biasanya dia tanya program perencanaan yang bisa di masukkan ke anggaran sama program kegiatan kesehatan sekolah yang di jadikan satu.. (P4 line 134)”.

“Ya yang kayak tadi itu mbak.. yang ada konsultasi antar anak-anak sama yang tadi.. (P3 line 82)”.

“Kegiatan perencanaan program PKPR rencananya sih kemarin itu ada apa ya.. pokoknya menerapkan em cuci tangan sebelum makan kayak gitu-gitu terus pola makannya 4 sehat 5 sempurna kayak gitu. Kantin sehat itu belum mulai sih cuma baru mau diadakan kantin sehat.. (P2 line 27 dan 28)”.



c. Tema Ketiga: Gambaran Pelaksanaan Program PKPR Di Sekolah



Skema 4.3 Pelaksanaan Tidak Maksimal

Tema ketiga pelaksanaan program PKPR disekolah tidak maksimal didapatkan dari 3 kategori yaitu (1) sumber daya manusia kurang memadai, (2) dukungan puskesmas minimal (3) sistem monitoring dan evaluasi kurang efektif.

1) Kategori Pertama: Sumber Daya Manusia Kurang Memadai

Hasil wawancara didapatkan kategori pertama yaitu sumber daya manusia kurang memadai yang diperoleh dari dua partisipan dengan pertanyaan “Apa kendala dalam melaksanakan PKPR?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna gambaran pelaksanaan program PKPR di sekolah. Dua partisipan menyatakan bahwa pelaksanaan program PKPR disekolah tidak maksimal karena sumber daya manusia kurang memadai berupa pengurus hanya berdua dan tidak ada dukungan dari guru lain dan siswa. Partisipan lainnya menyatakan bahwa Biasanya kendalanya karena kurang disiplinnya anggota sehingga membuat kegiatannya terhambat. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“tidak maksimal (pelaksanaan program). Dengan program itu ya yang di sesuaikan dengan program Puskesmas pemerintah dengan sekolah nah itu tidak maksimal ya karna ya itu terkendalanya saya cuman berdua..... (P3 line 116 dan 117)”.

“Kendalanya itu partisipasi yang kurang ya, dukungan maksudnya. Dukungan bukan ke siswa juga tapi ke gurunya juga yang kurang. (P3 line 275)”.

“.....Kadang juga ada kendala, terutama masalah (aa) disiplin anggota ya aa jadi kegiatan kita sebenarnya rencananya cukup baik cuman pada saat pelaksanaan yaitu tadi aa ada beberapa siswa anggota PMR..... (P1 line 54)”.

2) Kategori kedua: Dukungan Puskesmas Minimal

Hasil wawancara didapatkan kategori kedua yaitu dukungan puskesmas minimal yang diperoleh dari satu partisipan dengan pertanyaan “Apa kendala dalam melaksanakan PKPR?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna gambaran pelaksanaan program PKPR di sekolah. Satu partisipan menyatakan dalam pelaksanaannya terkadang Puskesmas mengalami keterlambatan dalam pengiriman obat penambah darah atau pemeriksaan kesehatan yang di lakukan di sekolah sehingga terjadi masalah pendampingan oleh Puskesmas, keterlambatan tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor terutama karena masalah dana sehingga pelaksanaannya jadi terlambat. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“Dalam pelaksanaannya Puskesmas mengalami keterlambatan dalam seperti pengiriman obat atau mau mengadakan pemeriksaan kesehatan tapi Puskesmas (amm) apa namanya, terlambat atau bahkan tidak pernah melakukan sama sekali, ya tapi juga itu sebenarnya reaksi bruntun

karena dari Puskesmas sendiri mungkin ada permasalahan dana dan lain sebagainya, (emm) jadi kendalanya berupa itu sih.. (P1 line 25 dan 26)”.

3) Kategori ketiga: Sistem monitoring dan evaluasi kurang efektif

Hasil wawancara didapatkan kategori ketiga yaitu sistem monitoring dan evaluasi kurang efektif yang diperoleh empat partisipan yang menjawab pertanyaan “Bagaimana monitoring dan evaluasi program PKPR?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna gambaran pelaksanaan program PKPR di sekolah. Empat partisipan menyatakan monitoring dan evaluasi dari Puskesmas sejauh ini hanya tentang kelayakan UKS dan penilaian UKS. Partisipan pertama menyampaikan bahwa monitoring dan evaluasi dari Puskesmas hanya sebatas kelayakan UKS. Partisipan dua menyampaikan bahwa monitoring dan evaluasi dari sekolah tidak ada, adanya dari Puskesmas tentang hasil dari pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas. Partisipan keempat menyampaikan bahwa monitoring dan evaluasi sejauh ini hanya memonitoring lewat rakor UKS dan evaluasi pencapaian penjangkaran dan belum ada evaluasi mengenai konselor sebaya. Partisipan ketiga menyampaikan bahwa monitoring dan evaluasi dari Puskesmas tentang kantin sehat dan kelayakan UKS. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu

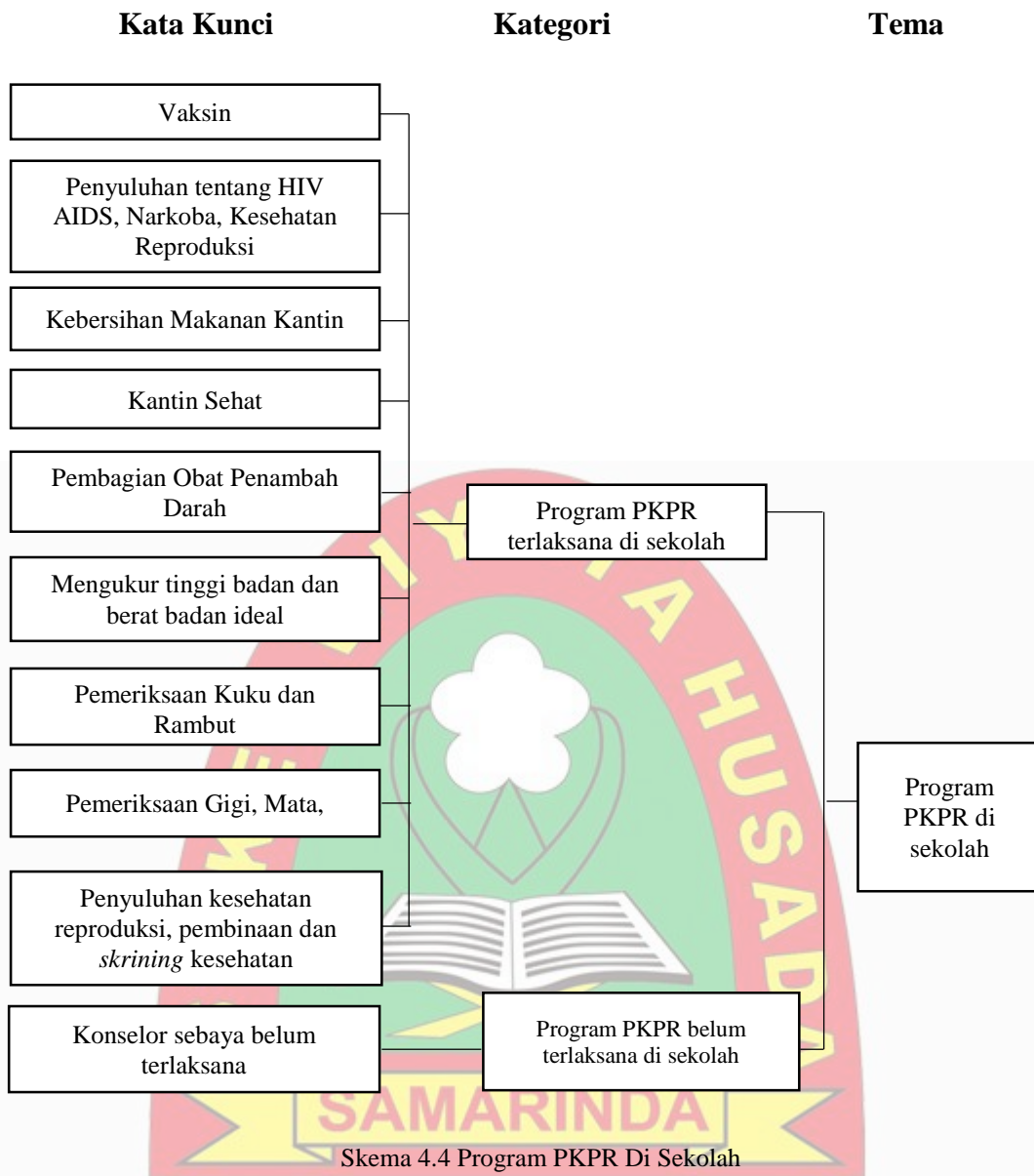
“Monitoring itu ada yang monitoring dari Puskesmas, kemudian juga kalau yang Adiwiyata juga ada monitoring dari adiwiyata ya untuk sekolah sehat, jadi kalau Puskesmas dia memeriksa kelayakan UKS ada pemberian nilai juga..... (P1 line 157)”.

“Evaluasi program PKPR ya setiap tahunnya sebenarnya kalok evaluasi ini cuman hasil pemeriksaannya aja biasanya kalok ditinjau balik itu ke siswanya ya masing-masing ke siswanya itu gak ada sih cumak datanya aja yang disimpan gitu.. (P2 line 139)”.

“Kami enggak melaksanakan, cuman ada rakor UKS, di monitoringnya ya lewat rakor UKSnya itu aja.. (P4 line 135)”.

“Kalau Puskesmasnya ada, dia tentang tempat uks nya layak atau tidak layak sama ke kantin makanan sehat. Waktu itu kantin enggak boleh di kasih tau kalok mau monitoring kantin sama we sih itu aja.. (P3 line 356)”.

d. Tema Keempat: Program PKPR Di Sekolah



Tema keempat Program PKPR di sekolah didapatkan dari 2 kategori yaitu (1) program PKPR terlaksana di sekolah dan (2) program PKPR belum terlaksana di sekolah.

1) Kategori pertama: Program PKPR terlaksana di sekolah

Hasil wawancara didapatkan kategori pertama yaitu program PKPR terlaksana di sekolah yang diperoleh dari empat partisipan yang menjawab pertanyaan “Apa saja kegiatan PKPR?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna program PKPR di sekolah. Empat partisipan menyatakan Puskesmas melakukan imunisasi di sekolah. Partisipan

juga mengatakan bahwa imunisasi merupakan program dari puskesmas yang di jalankan di sekolah, selanjutnya dua partisipan menyatakan Puskesmas melakukan sosialisasi berupa penyuluhan kesehatan tentang kenakalan remaja, seks bebas, HIV AIDS dan kesehatan reproduksi, satu partisipan lainnya menyatakan di sekolah menerapkan kantin sehat dan makanan sehat serta makanan harus mengikuti anjuran dari Puskesmas. Selanjutnya satu partisipan menyatakan sekolah mendapatkan obat penambah darah dari Puskesmas, biasanya obat penambah darah diberikan pada hari sabtu dan diberikan khusus remaja putri saja serta di minum di sekolah dan obat penambah tidak boleh di bawa pulang dan pengukuran tinggi badan dan berat badan di lakukan oleh sekolah namun Pembina yang melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan sudah di latih Puskesmas serta sekolah juga biasanya melakukan pengecekan kuku dan rambut guna menjaga kebersihan diri masing-masing siswa. partisipan lainnya juga menyatakan bahwa Puskesmas melakukan pemeriksaan rutin setiap satu tahun sekali, pemeriksaannya meliputi gigi, gigi, tinggi badan dan berat badan, selanjutnya satu partisipan lainnya menyatakan yang baru dilakukan oleh Puskesmas adalah penyuluhan kesehatan, pembinaan dan *skrining* kesehatan. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“Kunjungan itu kalok gak salah setahun itu ada tiga, terutama yang kemaren paksin ya, paksin itu rasanya agak sering ke sekolahan. Tapi yang ada setahun paling banyak itu tiga.. (P3 line 55)”.

“Biasanya tentang HIV AIDS, Narkoba, Kesehatan Reproduksi gitu-gitu.. (P3 line 209)”

“Edukasinya tentang HIV AIDS kayak gitu, terus kesehatan reproduksi penyuluhan itu terus apalagi yah em kebersihan sama pola makan apa sih, (em) pola makan makanan yang sehat.. (P2 line 86 dan 87)”.

“Kegiatannya ya itu tadi seperti tadi kerjabakti, sosialisasi tentang abate, kebersihan lingkungan sekolah, (emm) sama kantin sehat tadi.....(P3 line 43)”.

“Kalau sesuai program sebenarnya sudah sesuai program emm jadi kalau sesuai program pemerintah itu biasanya sudah dari Puskesmas, jadi yang terbaru ini itu (em), ada pembagian obat penambah darah wajib di bagikan setiap hari sabtu dan cuman khusus perempuannya saja sih yang minum obat itu..... (P1 line 19)”

“Kalau saya sebagai Pembina itu latihannya lebih ke arah kesehatan sih seperti makanan sehat kemudian seperti bagaimana caranya mengukur tinggi badan, berat badan ideal kemudian juga olahraga ringan yang praktis dilakukan pokoknya yang berhubungan dengan kesehatan tapi kalau anak PMR itu latihannya mereka lebih ke arah pertolongan pertama dan lain-lain.. (P1 line 114)”.

“Selain kegiatan rutin setiap hari senin kami juga punya kegiatan rutin (aa) dua minggu sekali itu pemeriksaan kuku, rambut, jadi kami akan memberikan peringatan kepada siswa yang melakukan pelanggaran seperti rambutnya panjang dan lain sebagainya jika tidak di indahkan biasanya akan di tindak oleh pihak BK.....(P1 line 87)

“Biasanya kayak pemeriksaan mata, gigi, tinggi badan, berat badan gitu sih, tapi kalok untuk tahun ajaran baru ini enggak tau, mungkin sama.. (P2 line 48)”.

“Baru penyuluhan kesehatan reproduksi, pembinaan sama skrining kesehatan saja.. (P4 line 40)”.

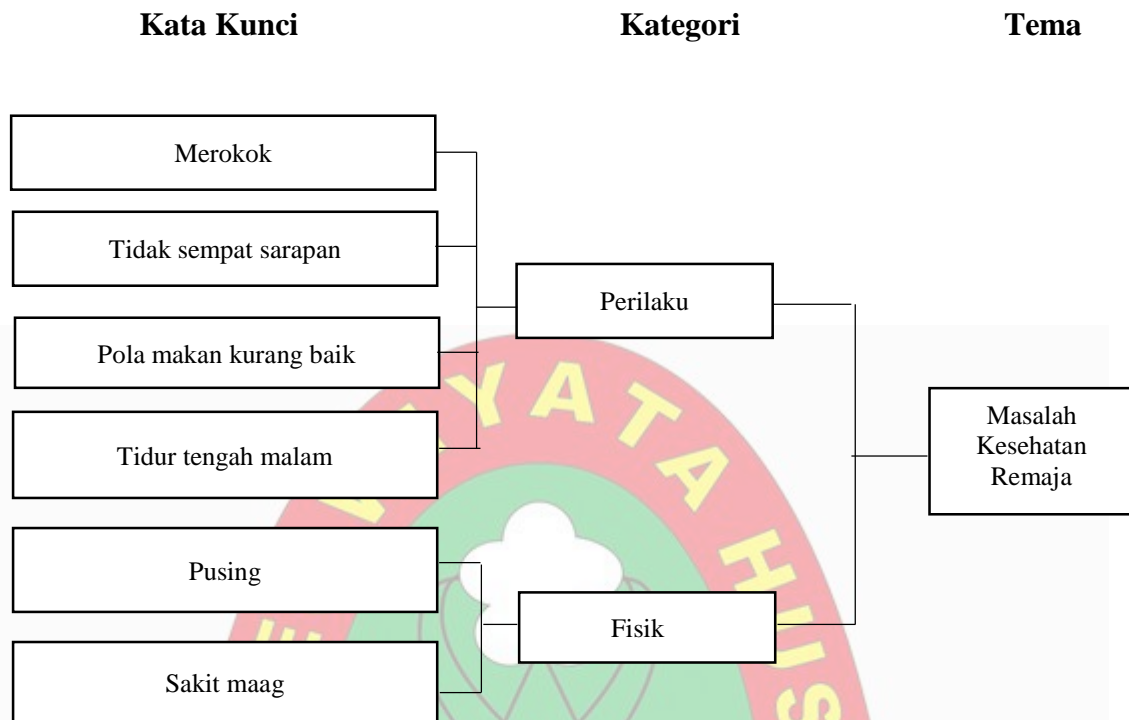
2) Kategori kedua: Program PKPR belum terlaksana di sekolah

Hasil wawancara didapatkan kategori pertama yaitu program PKPR terlaksana di sekolah yang diperoleh dari dua partisipan yang menjawab pertanyaan “Apa saja kegiatan PKPR?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna program PKPR di sekolah. Partisipan menyatakan Puskesmas kurang paham secara pasti mengapa konselor sebayanya belum berjalan di sekolah tersebut. Partisipan selanjutnya menyampaikan bahwa konselor sebayanya belum terlaksana karena kurangnya dukungan dari siswa serta dulu pernah di coba membuat konselor sebayanya cuman satu orang anggota PMR saja yang menjadi konselor sebayanya tetapi gagal karena anggota tersebut merasa kewalahan menjalankan tugasnya sebagai konselor sebayanya seorang diri, selanjutnya partisipan keempat menyatakan salah satu factor tidak terlaksananya konselor sebayanya disebabkan oleh anggota PMR lebih fokus belajar dan sibuk dengan tugas-tugas yang diberikan oleh guru di sekolah. Berikut ini pernyataan dari partisipan:

“Berjalan, cuman konselor sebayanya itu belum berjalan, karna temen-temennya juga, ya masih, em kurang paham sih saya kenapa konselor sebayanya itu belum jalan, itu di anunya (di tangani) sih sama Bu Winda kalau remaja, karna kami punya poli remaja sendiri kan.. (P4 line 88)”.

“Dan disitu juga ada waktu itu dari Puskesmas untuk memberi membuat apa ya namanya (emm) kayak konseling tapi anak-anak PMR sendiri, jadi mereka buat curhat, buat masalah mereka, tu mereka sendiri yang nangani tetapi ini belum terlaksana na itu.. (P3 line 10)”.

e. Tema Kelima: Masalah Kesehatan Remaja



4.5 Masalah Kesehatan Remaja

Tema kelima didapatkan dari 2 kategori yaitu (1) perilaku dan, (2) fisik.

1) Kategori pertama: perilaku

Hasil wawancara didapatkan kategori pertama yaitu perilaku diperoleh dari tiga partisipan yang menjawab pertanyaan “Masalah kesehatan apa yang dialami oleh siswa?” dan ditambahkan dengan beberapa *probing* pada saat penelitian diperoleh makna masalah kesehatan remaja. Partisipan menyatakan bahwa satu partisipan menyatakan masalah kesehatan remaja tidak ada yang melapor ke Puskesmas, di Puskesmas sendiri masalah kesehatan paling banyak ditemui adalah kasus merokok. Partisipan selanjutnya menyatakan kebanyakan remaja mengalami sakit maag yang disebabkan oleh jadwal masuk sekolah terlalu pagi sehingga membuat remaja tidak sempat untuk sarapan, partisipan ketiga menyatakan bahwa kebanyakan remaja mengalami maag karena tidak teraturnya pola makan, remaja kurang memperdulikan pola makan yang baik, selain maag remaja juga menderita pusing, kebanyakan remaja tidur terlarut

malam sehingga menyebabkan pusing keesokan harinya. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“Kalau selama ini mereka engga ada ngelapor, em maksudnya mereka enggak ada yang melaporkan terbuka ke kami sih, cuman dapat laporan laporan kayak gitu kan, ya paling banyak sih merokok.. (P4 line 54)”.

“.....Kalok di tanya kenapa, jam berapa tidurnya, dan mereka tengah malam biasanya tidurnya nah terus enggak usah di kasih obat suruh tidur aja gitu kan.. (P3 line 213,214, 215 dan 216)”.

“.....itu kayak maag atau apa gitu kan gak tau juga cuman pas ditanya sama dokternya makannya apa ini itu sudah ya pola makannya tidak teratur gitu.. (P3 line 227)”

“.....Apa mungkin karena masuk sekolah kepagian, jadi gak sempat sarapan sebelum berangkat sekolah.. (P1 line 123 dan 124)”.

2) Kategori kedua: fisik

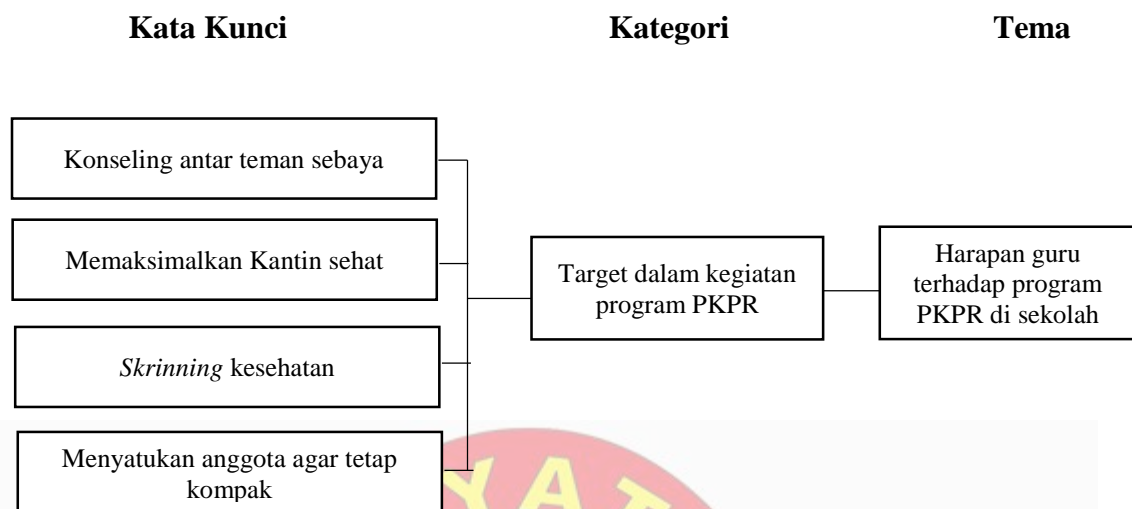
Hasil wawancara didapatkan kategori kedua yaitu fisik yang diperoleh dari dua partisipan yang menjawab pertanyaan “Masalah kesehatan apa yang dialami oleh siswa?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang diperoleh makna masalah kesehatan pada remaja. Dua partisipan menyatakan bahwa masalah kesehatan remaja paling banyak di sekolah adalah penyakit maag karena pola makan siswa yang tidak teratur dan pusing karena tidur terlarut malam. Partisipan satu menyampaikan bahwa kebanyakan siswa menderita sakit maag karena tidak sempat sarapan di rumah karena masuk sekolah yang terlalu pagi. Partisipan kedua menyampaikan bahwa siswa yang menderita sakit maag biasanya kurang menjaga pola makannya dan selain penyakit maag, partisipan juga menyampaikan bahwa terdapat siswa yang menderita pusing dikarenakan tidur larut malam. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“Nah ini penyakit yang paling sering terjadi disini, itu sakit maag, jadi banyak banget anak-anak yang datang kesini karna sakit maag kebanyakan itu sih, apa mungkin karena masuk sekolah kepagian, jadi gak sempat sarapan sebelum berangkat sekolah.. (P1 line 123 dan 124)”.

“Enggak, itu kayak magh atau apa gitu kan gak tau juga cuman pas di tanya sama dokternya makannya apa ini ini itu sudah ya pola makannya tidak teratur gitu.. (P3 line 227)”.

“Pusing. Biasanya itu pusing gitu.....tapi itu sedikit aja yang banyak itu pusing kalok di tanya kenapa, jam berapa tidurnya, dan mereka tengah malam biasanya tidurnya nah terus enggak usah di kasih obat suruh tidur aja gitu kan.. (P3 line 213,214, 215 dan 216)”.

f. Harapan Guru Terhadap Program PKPR di Sekolah



Skema 4.6 Harapan Guru Terhadap Program PKPR di sekolah

Tema keenam Harapan guru terhadap program PKPR di sekolah didapatkan dari satu kategori yaitu (1) target dalam kegiatan program PKPR.

1) Target dalam kegiatan program PKPR

Hasil wawancara yang didapatkan kategori ketiga yaitu target dalam kegiatan PKPR yang diperoleh dari empat partisipan menyatakan bahwa terdapat target untuk dapat melaksanakan kegiatan PKPR di sekolah dengan pertanyaan “Apakah ada target kedepannya untuk program PKPR di sekolah?” dan ditambahkan beberapa *probing* saat penelitian yang memiliki makna harapan guru terhadap program PKPR di sekolah. Partisipan satu menyampaikan bahwa terdapat target dalam melaksanakan program PKPR di sekolah adalah memperoleh cara untuk dapat mempersatukan anggota-anggota agar terjalin kekompakan satu dengan yang lain. Partisipan empat menyampaikan bahwa tahun ini targetnya adalah *skrinning* kesehatan yang diharapkan dapat membantu program PKPR dapat lebih maju lagi, partisipan selanjutnya menyampaikan bahwa target kegiatan program PKPR membentuk konselor sebaya di sekolah mereka dan partisipan dua menyampaikan bahwa targetnya untuk dapat membuat kantin sehat. Berikut merupakan jawaban dari partisipan, yaitu:

“.....jadi targetnya ya paling karena target intinya sudah tercapai ya tinggal bagaimana cara menyatukan anggota aja jadi supaya PMRnya lebih baik jadi bukan hanya sebagai ekskul tapi juga sebagai organisasi disekolah jadi baik didalam sekolah maupun di luar sekolah itu bisa seimbang agar bisa menggapai prestasinya itu aja harapannya. (P1 line 207, 208, 209, 210)”

“target kami tahun ini hanya skrinning aja sih, sama itu, PKPRnya tu bisa bantu kegiatan Puskesmas, jadi enggak cuman konselor sebaya, kalok ada penjangingan bisa ukur berat badan, tinggi badan, isi KMS kayak gitu... (P4 line 174, 175)”

“Mungkin yang konseling anak ke temennya gitu kan selama ini belum ada.... (P3 line 285)”

“Target sih ada yang tadi tentang kantin sehat..... (P2 line 180)”

B. Pembahasan

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah salah satu jenis program kesehatan remaja yang berbasis sekolah dan sedang terlaksana serta sedang diterapkan di Indonesia sampai sekarang. PKPR dapat terlaksana dengan optimal apabila terbentuknya jejaring dan terintegrasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi swasta, dan LSM terkait dengan kesehatan remaja. Terdapat Standar Nasional PKPR yang dirancang oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2009, selanjutnya di sosialisasikan pada tahun 2010 dan diuji kelayakannya pada tahun 2012. Standar Nasional PKPR digunakan oleh Puskesmas sebagai panduan dalam melaksanakan program PKPR (paripurna, optimal atau minimal) dan menjadi alat evaluasi diri dalam mengetahui kelemahan, kelebihan atau pendukung dalam pelaksanaan program PKPR (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Setelah dilakukannya wawancara penelitian pada partisipan yang terdapat program PKPR di sekolahnya, peneliti memperoleh lima tema yang dapat menggambarkan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian ini. Berikut ini merupakan uraian berdasarkan tema-tema yang telah didapatkan :

1. Tema Pertama : Pemahaman Guru Terhadap Program PKPR di Sekolah

Pengetahuan guru terhadap program PKPR di sekolah sangat penting, guru harus dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mereka tentang program PKPR di sekolah sehingga program PKPR di sekolah dapat berjalan dengan baik. Pengetahuan yang di dapatkan oleh guru dapat berguna untuk membantu meningkatkan pelaksanaan program PKPR di sekolah dan memperkecil resiko memperluasnya kejadian kenakalan remaja. Menurut Agustina Situmorang (2011) terdapat upaya dalam menyebarkan informasi

dengan memfokuskan pada kegiatan usaha kesehatan sekolah (UKS) sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan yang bertanggungjawab, baik terhadap program UKS, guru BP, maupun kader kesehatan sekolah seperti Palang Merah Remaja (PMR) dan Saka Bhakti Husada (SBH).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, tidak semua partisipan mengetahui tentang program PKPR di sekolah seperti kegiatan-kegiatan program PKPR yang dilakukan Puskesmas ke sekolah guna untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja. Kegiatan-kegiatan program PKPR yang dilakukan oleh Puskesmas seperti pemeriksaan kesehatan, pemberian obat penambah darah, penyuluhan kesehatan, dan penjangkaran kesehatan. Terdapat satu partisipan yang mengetahui bahwa Puskesmas memberikan obat penambah darah kepada sekolah untuk dibagikan ke remaja putri, obat tersebut di minum khusus untuk remaja putri dan diminum pada satu minggu sekali yaitu pada hari sabtu saja dan diminum di sekolah dengan didampingi oleh guru Pembina UKS untuk memastikan bahwa obat tersebut diminum oleh remaja putri, obat penambah darah berfungsi sebagai mencegah terjadinya anemia pada remaja putri. Tujuannya adalah untuk meningkatkan wawasan pada remaja tentang pencegahan masalah-masalah kesehatan sehingga dapat menjauhkan dirinya dari hal yang negative yang dapat merugikan dirinya sendiri (Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak, 2014).

2. Tema Kedua : Perencanaan Program PKPR di sekolah

Perencanaan program PKPR di sekolah dilaksanakan untuk memudahkan dalam melaksanakan program PKPR sehingga tercapai target-target kegiatan program PKPR. Perencanaan dilaksanakan setiap tahun ajaran baru yang dilakukan oleh partisipan untuk mendapatkan hasil yang maksimal dan program PKPR berjalan dengan baik di sekolah mereka, selain perencanaan yang dilakukan setiap tahun ajaran baru, terdapat kegiatan-kegiatan di luar rencana yang dapat membantu partisipan dalam meningkatkan pelaksanaan program PKPR di sekolah. Adapun kegiatan-kegiatan yang di rencanakan

sekolah dalam melaksanakan program PKPR sehingga sekolah dapat memenuhi target dan program PKPR di sekolah berjalan maksimal. Terdapat jenis-jenis kegiatan program PKPR antara lain memberikan informasi dan edukasi baik di dalam gedung maupun di luar gedung, pelayanan klinis medis berupa pemeriksaan penunjang dan rujukan, konseling yang dilakukan untuk membantu dalam mendapatkan informasi dan komunikasi yang baik antara konselor dengan klien, Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS), Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya, dan Pelayanan Rujukan (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, partisipan menyampaikan bahwa perencanaan program PKPR sudah dilaksanakan. Tiga partisipan menyampaikan bahwa perencanaan program PKPR dilakukan setiap tahun ajaran baru dan dilakukan satu tahun sekali yaitu di awal semester, perencanaan ini biasanya dilakukan oleh Pembina UKS dan salah satu rekan kerjanya. Selanjutnya dua partisipan menyampaikan bahwa terdapat kegiatan tambahan di luar rencana, satu partisipan menyampaikan bahwa biasanya puskesmas menambahkan kegiatan dadakan berupa pemberian buku untuk dapat di pelajari oleh anggota PMR sehingga anggota PMR dapat mensosialisasikan ke kelas-kelas tentang kenakalan remaja, seks bebas dan makanan sehat. Satu partisipan lainnya menyampaikan bahwa puskesmas memberikan masukan kepada sekolah yang meminta saran kepada Puskesmas untuk menambahkan kegiatan perencanaan yang dapat dimasukkan dalam anggaran kegiatan dan kesehatan sekolah, biasanya hanya beberapa sekolah saja yang meminta saran kepada puskesmas. Dua partisipan menyampaikan bahwa terdapat kegiatan yang direncanakan, satu partisipan menyampaikan bahwa kegiatan yang direncanakan di sekolah partisipan yaitu membuat konselor sebaya, dimana konselor sebaya dapat membantu remaja dalam mengatasi masalah kesehatan remaja dan remaja dapat bercerita/ curhat dengan konselor sebaya serta konselor sebaya menjamin kerahasiaannya. Satu partisipan selanjutnya menyampaikan bahwa kegiatan yang direncanakan di sekolahnya yaitu mewujudkan kantin sehat dan membiasakan pola makan 4

sehat lima sempurna, sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya penyakit maag karena makan makanan yang tidak sehat.

3. Tema Ketiga : Gambaran Pelaksanaan Program PKPR

Pelaksanaan program PKPR tidak maksimal dibagi menjadi tiga kategori yaitu Sumber Daya Manusia (SDM), Fasilitas dan Monitoring dan Evaluasi tidak maksimal.

Kategori pertama yaitu Sumber Daya Manusia (SDM) yang kurang memadai. Sumber daya manusia disini adalah adanya tim PKPR yang kompeten dimana tim PKPR yang mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan sehingga dapat melaksanakan program PKPR sesuai dengan standar dan pedoman yang berlaku. Tim PKPR antara lain adalah Tim yang mengelola penyelenggaraan PKPR di Puskesmas yang dapat mampu melaksanakan program PKPR, terdiri dari tenaga kesehatan yang mengelola program terkait remaja antara lain UKS, gizi, KIA, IMS dan HIV, NAPZA, promkes, dan program lainnya yang dibutuhkan serta adanya SK Pembentukan Tim PKPR oleh Kepala Puskesmas atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hasil wawancara yang dilakukan pada saat penelitian, partisipan menyampaikan bahwa terdapat SDM yang kurang memadai. SDM yang dimaksud disini adalah sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan program PKPR disekolah seperti guru yang ada disekolah dan remaja. SDM yang kurang disebabkan oleh kurangnya partisipasi dan dukungan dari guru dan remaja dalam pelaksanaan program PKPR di sekolah serta kurangnya waktu guru dalam melaksanakan program PKPR di sekolah karena padatnyajadwal kegiatan guru sehingga hanya sedikit guru yang berpartisipasi dalam pelaksanaan program PKPR di sekolah dan kurangnya waktu remaja karena remaja memfokuskan dirinya untuk belajar di sekolah dan kurangnya disiplin antar anggota remaja dalam organisasi mengakibatkan pelaksanaan program di sekolah tidak maksimal.

Kategori kedua adalah dukungan puskesmas minimal. Dukungan puskesmas minimal berupa fasilitas kesehatan, fasilitas kesehatan adalah

fasilitas yang tersedia dan berfungsi sehingga mampu dalam melaksanakan program PKPR dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan remaja, prosedur dan tata laksana remaja. Remaja juga mendapatkan dukungan fasilitas kesehatan berupa sarana dan prasarana, termasuk peralatan dan obat-obatan yang memadai (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, partisipan menyampaikan bahwa terdapat fasilitas yang kurang maksimal sehingga dapat menyebabkan pelaksanaan program tidak maksimal. Fasilitas yang dimaksud adalah Dana, dana yang kurang menyebabkan pelaksanaan program PKPR menjadi terhambat seperti yang di sampaikan partisipan bahwa keterbatasan dana menyebabkan kegiatan pemberian obat penambah darah menjadi terhambat sehingga dalam pelaksanaan program PKPR di sekolah menjadi kurang maksimal. Apabila pendanaannya tidak maksimal mengakibatkan fasilitas pelayanannya juga tidak maksimal sedangkan dalam komponen standar nasional PKPR terdapat beberapa aspek yang berkaitan dengan penyelenggaraan program PKPR yaitu, Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, Remaja, Jejaring dan Manajemen Puskesmas (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2014).

Kategori ketiga yaitu sistem monitoring dan evaluasi kurang efektif. Monitoring dan evaluasi sangat berperan penting dalam pelaksanaan program PKPR, monitoring dan evaluasi dilakukan bukan hanya di Puskesmas tetapi di sekolah juga sehingga program PKPR di sekolah dapat berjalan maksimal setiap tahunnya dan memudahkan Puskesmas dalam menjalankan dan mengembangkan program PKPR yang ada di sekolah. Monitoring di Puskesmas dilakukan oleh pihak lain dari luar puskesmas dan bisa dilakukan oleh pihak puskesmas itu sendiri dengan adanya monitoring dapat membantu petugas dalam menemukan masalah secara dini sehingga saat melakukan koreksi tentang masalah tersebut sehingga tidak memerlukan biaya dan tidak menghabiskan banyak waktu serta dapat mewujudkan Program PKPR yang berkualitas dan dapat cepat tercapai. Terdapat standar dan indikator dalam melakukan evaluasi kualitas dan akses yaitu, Evaluasi Kualitas seperti kompetensi petugas dalam melakukan konseling dan sarana institusi yang

terdapat kriteria dan sarana yang memadai sehingga kerahasiaan dan kenyamanan klien terjamin serta kepuasan klien dapat dilihat dari sarana dan kompetensi petugas serta jaringan pelayanan rujukan yang lengkap. Evaluasi akses seperti jumlah pelaksanaan KIE dan konseling, jumlah kunjungan klien baik klien lama dan baru dan dilaksanakan digedung atau diluar gedung, terdapat jumlah frekuensi petugas puskesmas yang memiliki peran sebagai fasilitator dalam kegiatan remaja, terdapat kader (pendidik/konselor) sebaya yang di latih oleh Puskesmas dan jumlah rujukan masuk dari masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, partisipan menyampaikan bahwa terdapat kendala dalam melakukan monitoring dan evaluasi yaitu tidak adanya waktu guru Pembina UKS dalam melakukan monitoring dan evaluasi sehingga monitoring dan evaluasi di sekolah tidak maksimal. Partisipan juga menyampaikan bahwa monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Puskesmas hanya sebatas penilaian kelayakan UKS sedangkan untuk monitoring dan evaluasi program PKPR baru sebatas monitoring dan evaluasi penjangkaran kesehatan di sekolah dan konseling antar teman sebayanya belum dilakukan monitoring dan evaluasi. Terdapat perbedaan antara monitoring dengan evaluasi yaitu dari segi pengumpulan data dan sasarannya serta terdapat tahapan dalam melakukan monitoring antara lain adalah memutuskan informasi yang akan dikumpulkan, mengumpulkan data dan menganalisis data, dan memberikan umpan balik terhadap hasil mentoring, dengan adanya monitoring dan evaluasi dapat memudahkan petugas kesehatan dalam melakukan koreksi tentang masalah-masalah yang terjadi selama pelaksanaan program PKPR (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Monitoring dilakukan oleh kepala sekolah selaku ketua tim pelaksana UKS dengan melakukan monitoring pelaksanaan TRIAS UKS dan penjangkaran data serta mendapatkan informasi dengan melakukan wawancara dan pengamatan sehingga dapat di catat oleh Pembina UKS dan beberapa hal yang perlu di evaluasi yaitu perubahan tingkat pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan, perubahan sikap terhadap prinsip dan pola hidup bersih dan sehat, perubahan tingkah laku dalam kebiasaan hidup sehari-hari dan keterampilan

dalam melaksanakan prinsip pola hidup bersih dan sehat termasuk pencegahan dalam pengaruh buruk dari kebiasaan merokok, penyalahgunaan narkoba, serta kepekaan terhadap kebersihan lingkungan, kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan yang telah terjadi pada remaja karena adanya pelayanan kesehatan di sekolah/madrasah, perubahan keadaan lingkungan khususnya lingkungan sekolah/madrasah dan lingkungan tempat tinggal yang meliputi, tingkat kebersihan, sanitasi, keindahan, keamanan, ketertiban dan sebagainya dan tingkat keberhasilan maupun ketidakberhasilan kegiatan pembinaan dan pengelolaan program UKS (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jendral Pendidikan Dasar, 2012).

4. Tema Keempat : Program PKPR Di Sekolah

Program PKPR di sekolah dibagi menjadi dua kategori yaitu program PKPR yang terlaksana di sekolah dan program PKPR tidak terlaksana di sekolah.

Kategori pertama yaitu program PKPR yang terlaksana di sekolah. Pelayanan Program PKPR meliputi pelayanan kesehatan reproduksi remaja (seperti Infeksi Menular Seksual/IMS, HIV/AIDS) dan seksualitas serta pubertas, pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja, pelayanan gizi (seperti anemia, kekurangan dan kelebihan gizi) serta konseling dan edukasi, tumbuh kembang remaja, skrining status TT pada remaja, *skinning* status TT pada remaja, pelayanan kesehatan jiwa remaja antara lain masalah psikososial, gangguan jiwa dan kualitas hidup, pencegahan dan penanggulangan NAPZA, deteksi dan penanganan kekerasan terhadap remaja, deteksi dan penanggulangan tuberculosis, deteksi dan penanganan kecacangan. Terdapat jenis-jenis kegiatan program PKPR antara lain memberikan informasi dan edukasi baik di dalam gedung maupun di luar gedung, pelayanan klinis medis berupa pemeriksaan penunjang dan rujukan, konseling yang dilakukan untuk membantu dalam mendapatkan informasi dan komunikasi yang baik antara konselor dengan klien, Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS), Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya, dan Pelayanan Rujukan (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, partisipan menyampaikan bahwa terdapat program PKPR yang terlaksana antara lain jenis-jenis kegiatan program PKPR di sekolah seperti imunisasi, sosialisasi, gizi, obat penambah darah, pengukuran tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan mata dan gigi, pembinaan dan *skinning* kesehatan. Kegiatan program PKPR ini dilakukan oleh Puskesmas di sekolah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja, sedangkan pihak sekolah hanya boleh melakukan pemeriksaan tinggi badan dan berat badan serta petugas dari sekolah yang memeriksa harus sudah di latih oleh pihak Puskesmas.

Kategori kedua yaitu Pelaksanaan program PKPR belum maksimal terlaksana di sekolah. Program PKPR dikatakan maksimal apabila kegiatan-kegiatan program PKPR telah terlaksana semua. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2014) jenis-jenis kegiatan program PKPR terbagi menjadi kegiatan penyuluhan kesehatan, pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang, konseling, pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS), pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya serta pelayanan rujukan. (Kementerian RI, 2014).

Hasil dari wawancara penelitian, satu partisipan menyampaikan bahwa terdapat program PKPR yang belum terlaksana antara lain adalah Konseling Antar Teman Sebaya, konseling antar teman sebaya belum terlaksana secara maksimal dikarenakan konselor sebaya di sekolah tersebut hanya satu dan konselor sebaya merasa kewalahan karena menangani masalah-masalah temannya sehingga kegiatan konseling antar teman sebaya menjadi tidak maksimal terlaksana dan partisipan juga menyampaikan bahwa ingin membuat konseling antar teman sebaya pada tahun ajaran baru selanjutnya dan masih didiskusikan dengan rekan kerja yang membantu partisipan dalam menangani program PKPR di sekolah. Partisipan selanjutnya menyampaikan bahwa program PKPR belum terlaksana maksimal karena remaja di sekolah terlalu sibuk dengan proses belajar yang ada di sekolah, remaja tidak dapat meluangkan banyak waktunya untuk melaksanakan program tersebut dengan baik sehingga menyebabkan program tersebut tidak dapat berjalan dengan maksimal. Remaja yang memiliki pemahaman mengenai program PKPR yang

dapat menyebabkan remaja memiliki pandangan dan penilaian tersendiri terhadap pentingnya atau tidak dalam pelayanan kesehatan remaja. Dalam penelitian Afrima (2011) menyatakan bahwa siswa/remaja yang dapat menerima adanya PIK-KRR (Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja) dan remaja tersebut mempunyai sikap yang positif mengenai kesehatan reproduksi yang akan dapat meningkatkan pemanfaatan PIK-KRR sebanyak 1,4 kali dibandingkan siswa yang tidak menerima PIK-KRR (Afrima Arie, 2011 ; Rohmayanti *et al*, 2015).

5. Tema Kelima : Masalah Kesehatan Remaja

Masalah kesehatan yang sering terjadi pada remaja adalah sakit maag karena tidak menjaga pola makan, merokok dan pusing karena tidur larut malam. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan penyakit maag dibedakan atas faktor internal yakni terdapat kondisi yang dapat memicu terjadinya pengeluaran asam lambung yang berlebihan yang dapat menyebabkan iritasi dan infeksi, terdapat pula faktor resiko terjadinya penyakit maag biasanya penggunaan obat aspirin atau anti radang secara berlebihan, mempunyai kebiasaan minum-minuman keras/ alkohol, mempunyai kebiasaan merokok, sering mengalami stress, kebiasaan makan makanan pedas dan asam (Purnomo, 2010). Penyebab penyakit maag yang sering terjadi adalah pola makan yang tidak teratur sehingga asam lambung menjadi meningkat dan lambung menjadi mudah sensitif. Pasien dengan penyakit maag memerlukan pengaturan makanan sebagai upaya untuk memperbaiki kondisi pencernaan baik dalam susunan jenis maupun jumlah makanan yang dikonsumsi pada waktu tertentu (Baliwati, 2009).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, partisipan menyampaikan bahwa terdapat masalah kesehatan yang sering terjadi pada remaja yang dapat mengganggu aktivitas remaja terutama dalam hal belajar. Terdapat satu partisipan yang menyampaikan bahwa remaja yang datang ke Puskesmas kebanyakan dengan masalah merokok, remaja yang merokok tidak memikirkan dampak yang akan terjadi kedepannya apabila remaja tersebut merokok, merokok di jadikan remaja sebagai perbuatan yang dapat membuat

remaja itu sendiri merasa gaul dan hebat. Selanjutnya, dua partisipan yang menyampaikan bahwa kebanyakan remaja memiliki masalah kesehatan seperti penyakit maag karena kurangnya menjaga pola makan yang kurang sehat dan tidak sarapan pagi karena waktu yang tidak cukup untuk sarapan pagi karena harus turun ke sekolah tepat waktu serta makan makanan yang tidak sehat. Kurangnya kepedulian remaja terhadap pola makan menyebabkan timbulnya penyakit maag sehingga mengganggu remaja dalam proses belajar disekolah sehingga remaja menjadi tidak fokus dalam belajar. Selain penyakit maag, dua partisipan yang lainnya juga menyampaikan bahwa terdapat masalah kesehatan remaja berupa sakit kepala yang menimbulkan pusing pada remaja, biasanya remaja mengeluh sakit kepala dan pusing karena disebabkan oleh kurangnya waktu tidur pada malam hari, kebanyakan remaja tidur larut malam karena bermain *handphone* akibatnya remaja menjadi tidak fokus dalam proses belajar di sekolah karena timbulnya rasa mengantuk yang sangat tinggi dan mengeluh sakit kepala sehingga mengharuskan remaja untuk beristirahat di ruang UKS dan meninggalkan pelajaran di kelas, sehingga tidak banyak materi pelajaran yang ditinggalkan remaja yang dapat merugikan remaja itu sendiri, Gejala-gejala sakit maag yaitu nyeri di daerah ulu hati, mual muntah, lemas, kembung dan terasa sesak, nafsu makan menurun, wajah pucat, suhu badan naik, keringat dingin, pusing, dan bersendawa serta pada pasien dengan kondisi yang parah biasanya sampai muntah darah (Wijoyo, 2009).

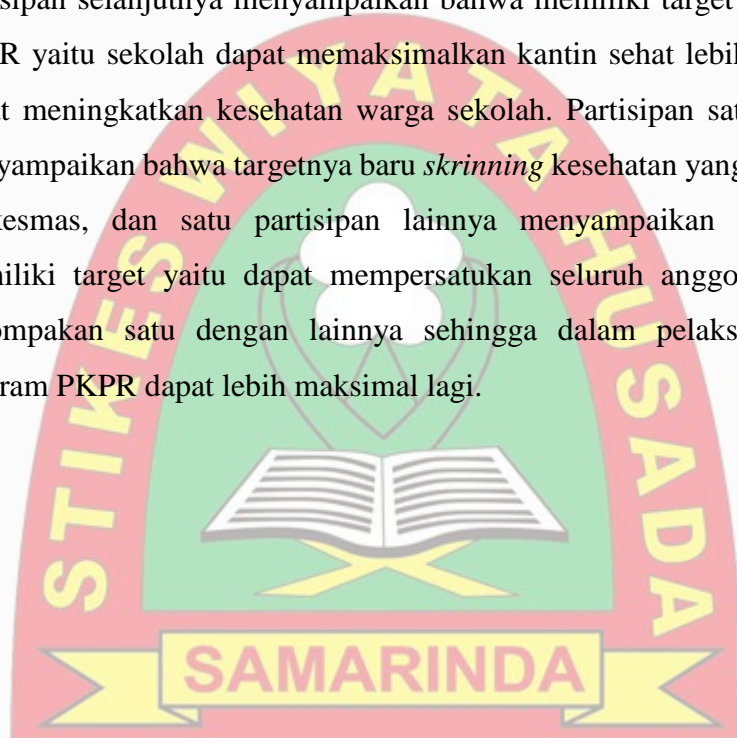
6. Harapan Guru Terhadap Program PKPR di sekolah

Harapan guru terhadap program PKPR di sekolah didapatkan satu kategori yaitu target dalam kegiatan PKPR di sekolah.

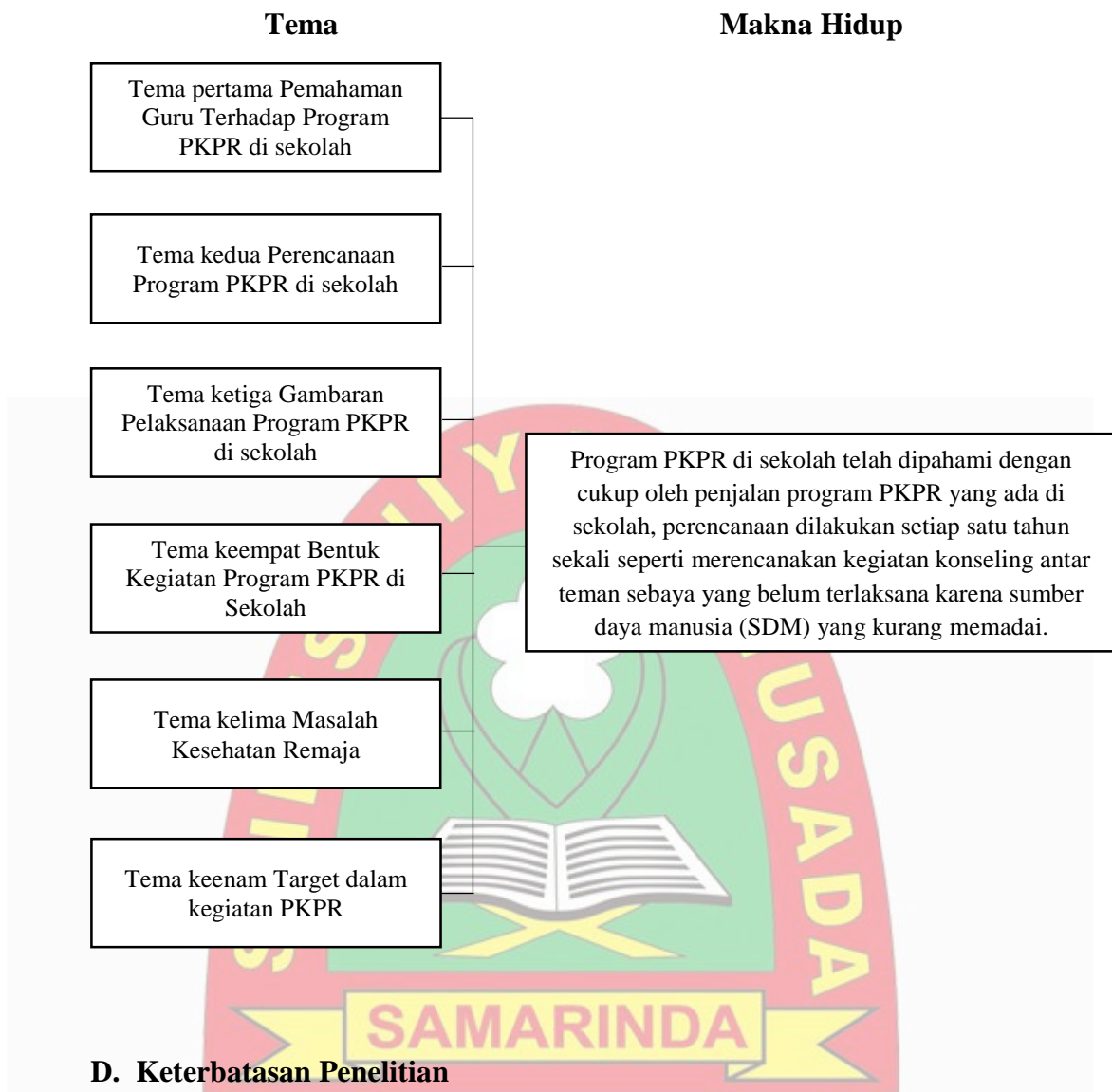
Kategori pertama yaitu target dalam kegiatan PKPR di sekolah. Setiap sekolah memiliki target masing-masing dalam melaksanakan program PKPR di sekolah. Pencapaian target dalam melaksanakan program PKPR di sekolah akan berjalan dengan maksimal apabila semua pihak dapat bekerja sama. Kementerian Kesehatan RI merancang pedoman standar nasional PKPR (SN PKPR) dalam menilai pencapaian target. Kementerian Kesehatan RI menyatakan bahwa SN PKPR dirancang untuk dapat digunakan sebagai

pedoman dalam menentukan kategori kemampuan Puskesmas dalam melaksanakan program PKPR dan sebagai alat evaluasi yang bertujuan untuk mengetahui kelemahan dan pendukung dalam pelaksanaan program PKPR (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hasil wawancara yang dilakukan pada saat penelitian, partisipan menyampaikan bahwa sekolah memiliki target yang harus dipenuhi dan di jalankan yang bertujuan untuk dapat memaksimalkan dalam pelaksanaan program PKPR di sekolah. Satu partisipan menyampaikan bahwa di sekolah mereka memiliki target yaitu membuat konseling antar teman sebaya, partisipan selanjutnya menyampaikan bahwa memiliki target dalam kegiatan PKPR yaitu sekolah dapat memaksimalkan kantin sehat lebih baik lagi agar dapat meningkatkan kesehatan warga sekolah. Partisipan satu yang lainnya menyampaikan bahwa targetnya baru *skrinning* kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas, dan satu partisipan lainnya menyampaikan bahwa sekolah memiliki target yaitu dapat mempersatukan seluruh anggota agar terjalin kekompakan satu dengan lainnya sehingga dalam pelaksanaan kegiatan program PKPR dapat lebih maksimal lagi.



C. Makna Hidup



D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti mengalami keterbatasan dalam menemui partisipan dan menyesuaikan jadwal partisipan karena partisipan sangat sibuk. Peneliti mengalami keterbatasan dalam mencari artikel, jurnal atau *literature online* yang mendukung dalam penelitian ini.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini mendapatkan lima tema yaitu tema (1) pemahaman guru terhadap program PKPR di sekolah, (2) perencanaan program PKPR di sekolah, (3) gambaran pelaksanaan program PKPR di sekolah, (4) program PKPR di sekolah, (5) masalah kesehatan remaja dan (6) harapan guru terhadap program PKPR di sekolah.

Tema ini mendapatkan lima tema yang menggambarkan makna hidup partisipan, program PKPR di sekolah telah dipahami dengan cukup oleh penjalan program PKPR yang ada di sekolah, perencanaan dilakukan setiap satu tahun sekali seperti merencanakan kegiatan konseling antar teman sebaya yang belum terlaksana karena sumber daya manusia (SDM) yang kurang.

B. Saran

1. Bagi Instansi Pendidikan

Pada instansi pendidikan diharapkan dapat melaksanakan kegiatan program PKPR lebih maksimal sehingga dapat menurunkan tingkat resiko kenakalan remaja dan seks bebas serta dapat memonitoring dan mengevaluasi kegiatan PKPR setiap tahun sehingga dapat menemukan masalah secara dini sehingga masalah tersebut dapat diatasi dengan cepat tanpa memerlukan biaya dan waktu yang banyak sehingga dapat mewujudkan program PKPR yang berkualitas.

2. Bagi Pemegang Program PKPR di sekolah

Pada pemegang program PKPR di sekolah diharapkan dapat menambah pengetahuan mengenai program PKPR di sekolah dan melakukan pelaporan hasil kegiatan program PKPR di sekolah.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Pada tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan pemahaman dan pengetahuan yang lebih tentang program PKPR pemegang program PKPR

di sekolah dan dapat mengevaluasi dan memonitoring semua kegiatan terkait program PKPR di sekolah.

4. Bagi Puskesmas

Pada Puskesmas diharapkan melakukan evaluasi dan monitoring program PKPR di sekolah secara berkala.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat lebih memfokuskan pengetahuan remaja terhadap program PKPR di sekolah karena pada penelitian ini hanya sedikit remaja yang faham terkait program PKPR di sekolah.



DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Alligood, Martha Raile. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Singapore: ELSEVIER.
- Arsani, N. L. (2013). *Peran Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi di Kecamatan Buleleng*. Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora. Volume 1. No 1. April 2013. 129-137. Tersedia dalam: <https://media.neliti.com/media/publications/22870-ID-perananprogram-pkpr-pelayanan-kesehatan-peduli-remaja-terhadap-kesehatan-reprod.pdf> (Diakses 27 September 2018)
- Baliwati, Y. F. (2009). *Pengantar Pangan dan Gizi*. Cetakan I. Jakarta: Penerbit Swadaya
- BKKBN. (2012). *Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa (PIK Remaja/ Mahasiswa)*. Jakarta: Direktorat Bina Ketahanan Remaja.
- BKKBN. (2014). *Evaluasi Komunikasi Informasi Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*.
- Depkes RI. (2008). *Pedoman Perencanaan Pembentukan dan Pengembangan Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Depkes.
- Dinas Kesehatan Kota Samarinda. (2016). *Profil Kesehatan Kota Samarinda Tahun 2016*. Samarinda
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. (2013). *Buku Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Ernawati, H. (2018). *Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Daerah Pedesaan*. Indonesian Journal for Health Sciences, 2(1), 58-64.
- I, Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta. (2012). *Kesehatan Remaja: Problem dan Solusinya*. Jakarta: Salemba medika.

- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *INFODATIN Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja 29 Juni- Dalam Rangka Hari Keluarga Nasional*. Tersedia dalam <http://www.depkes.go.id> (Diakses pada 7 April 2019)
- Kementrian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak. (2014). *Buku Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar. (2012). *Pedoman Pelaksanaan UKS Di Sekolah*. Tersedia dalam: <https://spmsleman.files.wordpress.com/2015/02/pedoman-pelaksanaan-uks-di-sekolah-final-1.pdf&ved=1ahUKEwjw IKFw5DkAhXKfisKHYPKANgQFjAQegQIBxAB&usg=AOvVaw2CwhePRQQ4CLx 4-2koakH> (Diakses 10 Agustus 2019)
- Kusmiran, Eny. (2012). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maleong. (2005). *Metodologi Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- NAC. (2014). *Global AIDS Response Progress Reporting: Indonesia Country Progress Report 2014 Reporting Periode 2012-2013*. Indonesian National AIDS Commision
- P2P, Dirjen. (2017). *Laporan Situasi Perkembangan Hiv-Aids & Pims Di Indonesia Januari-Maret 2017*. Kementrian Kesehatan RI.
- Pollit, & Beck. (2012). *Resource Manual for Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9 ed.). USA: Lippincott.
- Rohmayanti *et al.* (2015). *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Menurut Perspektif Remaja di Kota Magelang*. Volume 2. Jurnal Kesehatan Reproduksi Tersedia dalam: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkr/article/view/6900/5390> (Diakses 01 Juli 2019)
- Sugiono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.

- Situmorang, Agustina. (2011). *Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja Di Puskesmas: Isi dan Tantangan*. Jakarta: PPK LIPI
- UI, B. N. (2017). *Ringkasan Studi: Prioritaskan Kesehatan Reproduksi Remaja Untuk Menikmati Bonus Demografi*. Tersedia dalam: <http://www.ldfebui.org> (Diakses 7 Agustus 2018).
- Wijoyo, P.M. (2009). *15 Ramuan Penyembuhan Maag*. Jakarta : Bee Media Indonesia.



