

EVALUASI PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA DALAM PENANGANAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA YANG BERORIENTASI PADA KESETARAAN DAN KeadILAN GENDER DI PUSKESMAS GAMPING I

Siswi Utami^{1*}, Elli Nur Hayati², Luluk Rosyida³

¹Akademi Kebidanan Permata Husada Samarinda

²Fakultas Psikologi, Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

³Program Studi Ilmu Kebidanan, Universitas Aisyiyah Yogyakarta

Email Korespondensi: siswi282910@gmail.com

Disubmit: 10 Desember 2024

Diterima: 26 Juni 2025

Diterbitkan: 01 Juli 2025

Doi: <https://doi.org/10.33024/mahesa.v5i7.18692>

ABSTRACT

The Youth Care Health Service (PKPR) is a health service program aimed at youth in Primary Health Centers, which are expected to be able to provide services in order to achieve healthy youths. There is still a gender-neutral assumption that men and women are treated the same because they both have the same needs and problems. While gender equality is that men and women have different reproductive functions; however, they both are socially and culturally assumed to have the same reproductive health needs. Therefore, the PKPR program evaluation essential in handling gender-equality-and-justice oriented youth reproductive health issues. To evaluate the PKPR program in handling gender-equality-and-justice oriented youth reproductive health issues at the Gamping I Public Health Center using the CIPP model. This research was qualitative research with a case study approach; it employed a embedded single-case design with a purposive sampling technique that utilized sampling technique with specific criteria. The number of participants in this study was 12 informants. The performance of PKPR had partially fulfilled the gender equality substance, namely, in terms of Context, Input, Process, and Product, although in its implementation, its assumption was more gender-neutral. The government budget was still limited so that the needs of a program could not be fulfilled, and there was a lack of parental participation in the PKPR.

Keywords: PKPR, Reproductive Health, Youth, Gender, Qualitative Study

ABSTRAK

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan program pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada remaja di Puskesmas, yang diharapkan mampu memberikan pelayanan dalam rangka mewujudkan remaja yang sehat. Masih terdapat anggapan yang netral gender bahwa laki-laki dan perempuan diperlakukan sama karena keduanya memiliki kebutuhan dan permasalahan yang sama. Sedangkan kesetaraan gender adalah laki-laki dan perempuan memiliki fungsi reproduksi yang berbeda, namun secara sosial dan kultural keduanya dianggap memiliki kebutuhan kesehatan reproduksi yang sama. Oleh karena itu,

evaluasi program PKPR penting dilakukan dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi remaja yang berorientasi pada kesetaraan dan keadilan gender. Untuk mengevaluasi program PKPR dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi remaja yang berorientasi pada kesetaraan dan keadilan gender di Puskesmas Gamping I menggunakan model CIPP. Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus, menggunakan embedded single case design dengan teknik purposive sampling yaitu teknik pengambilan sampel dengan kriteria tertentu. Jumlah partisipan dalam penelitian ini sebanyak 12 orang informan. Pelaksanaan PKPR sebagian telah memenuhi substansi kesetaraan gender, yaitu dari segi Konteks, Input, Proses, dan Produk, meskipun dalam pelaksanaannya diasumsikan lebih netral gender. Anggaran pemerintah masih terbatas sehingga kebutuhan program belum dapat terpenuhi, dan masih kurangnya partisipasi orang tua dalam PKPR.

Kata Kunci: PKPR, Kesehatan Reproduksi, Remaja, Gender, Studi Kualitatif

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia misalnya masalah inses yang terjadi pada masa anak-anak dirumah, masalah pergaulan bebas, kehamilan remaja. Perempuan lebih rentan dalam menghadapi resiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, melahirkan, aborsi tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksi yang rentan secara sosial atau biologis terhadap penularan IMS (Infeksi Menular Seksual) termasuk HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*) & AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*). Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisah dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun keterlibatan, motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kespro dewasa ini sangat kurang. Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khususnya berkaitan dengan IMS, HIV & AIDS. Karena itu dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kesehatan reproduksi harus dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab laki-laki (PKBI., 2018).

Ketidak-setaraan gender merupakan keadaan diskriminatif (sebagai akibat dari perbedaan jenis

kelamin) dalam memperoleh kesempatan, pembagian sumber-sumber dan hasil pembangunan, serta akses terhadap pelayanan (Ivateh., 2015). Ketidakadilan gender termanifestasikan dalam berbagai bentuk ketidakadilan yakni: marginalisasi atau proses pemiskinan ekonomi, *subordinasi* atau anggapan tidak penting dalam keputusan publik, pembentukan *stereotype* atau melalui pelabelan negatif, kekerasan (*violence*), beban kerja lebih panjang dan lebih banyak (*burden*), serta sosialisasi ideologi nilai peran gender (Zuhrah dkk., 2014).

Salah satu negara berkembang yang beresiko tinggi mengalami ketidaksetaraan gender adalah negara Nepal yang merupakan negara berpenghasilan rendah, data menunjukkan bahwa remaja yang berpenghasilan rendah dan menengah beresiko tinggi mengalami ketidaksetaraan gender, pernikahan anak dan kekerasan dalam rumah tangga, yang membuat mereka lebih rentan terhadap kehamilan yang tidak diinginkan dan IMS. Pemerintah komitmen untuk meningkatkan kesehatan seksual dan reproduksi remaja, status perempuan dan anak perempuan

masih rendah karena tradisi patriarkal yang mendalam, yang mengarah ke diskriminasi ekonomi, pendidikan, sosial dan politik, serta untuk ada tidak ada efektif pengamanan peradilan untuk melindungi hak-hak perempuan (Mattebo *et al.*, 2019).

Di Indonesia sendiri masalah kesehatan remaja tentang kesetaraan dan keadilan gender masih tinggi, data SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) 2012 menunjukkan bahwa 28% remaja perempuan dan 24% remaja laki-laki meminum minuman beralkohol pada usia sebelum 15 tahun. Sekitar 2,8% remaja 15-19 tahun terlibat penyalahgunaan NAPZA (Narkoba dan Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya), dan 0,7 % perempuan dan 4,5% laki-laki umur 15-19 tahun melakukan hubungan seks pra-nikah. Hasil SDKI tahun 2012 menunjukkan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi belum memadai, hanya 35,3% remaja perempuan dan 31,2% remaja laki-laki umur 15-19 tahun yang mengetahui bahwa perempuan dapat hamil dengan satu kali berhubungan seksual. Sebanyak 41,2% perempuan dan 55,3% laki-laki umur 15-19 tahun mengetahui bahwa cara penularan HIV-AIDS dapat dikurangi jika berhubungan seks hanya dengan seseorang yang tidak memiliki pasangan lain. Untuk pengetahuan remaja terdapat presentasi 46% perempuan dan 60,8 % laki-laki umur 15-19 tahun mengetahui bahwa penularan HIV-AIDS dapat dikurangi dengan menggunakan kondom. Hanya 9,9% perempuan dan 10,6% laki-laki umur 15-19 tahun memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV-AIDS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2014).

Upaya pemerintah dalam upaya preventif mendapatkan perhatian khusus dari Kementerian

Kesehatan RI terhadap perkembangan dan permasalahan kesehatan remaja cukup besar. Sejak tahun 2003, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan program kesehatan remaja dengan menggunakan pendekatan khusus yang dikenal sebagai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Pendekatan ini bertujuan untuk mendorong *provider* khususnya Puskesmas yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, sesuai dan memenuhi kebutuhan remaja yang menginginkan *privacy*, diakui, dihargai dan dilibatkan dalam perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi kegiatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2014).

Namun menurut Yanti dalam penelitiannya mengatakan bahwasanya strategi pembinaan pelayanan kesehatan remaja di kota Pekanbaru khususnya di Dinas Kesehatan, diarahkan untuk menyiapkan remaja yang memiliki pengetahuan, sikap dan perilaku yang baik dan benar tentang kesehatan remaja Dinas Kesehatan telah merealisasikan usaha untuk mengatasi masalah remaja dalam bentuk Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang telah dimulai dari tahun 2006. Namun, dalam pelaksanaannya hingga tahun 2012, hasil analisis pelaksanaan manajemen PKPR didapat bahwa belum terlaksana secara utuh baik dari *input*, *procces* sehingga *output* yang dicapai belum mencapai hasil yang optimal, sehingga perlu perbaikan dan penataan kembali (Yanti., 2014) . Di Daerah Istimewa Yogyakarta pelaksanaan PKPR sudah dilakukan namun kurang maksimal, dikarenakan ada beberapa hambatan yaitu belum adanya *support* secara penuh dari kepala Puskesmas, untuk pembagian tugas pokok dan fungsi belum jelas antar tim PKPR, serta

tahapan pencatatan dan pelaporan program PKPR yang cukup panjang (Utami dan Dahlan., 2019).

Bagaimanakah melakukan evaluasi program PKPR dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi pada remaja yang berorientasi pada kesetaraan dan keadilan gender di Puskesmas Gamping I menggunakan model CIPP.

TINJAUAN PUSTAKA

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Dida, 2019).

Menurut monks dalam (Drs. Suyahman, 2021) memberi batasan usia remaja yaitu diantara 12-21 tahun dimana 12-15 tahun merupakan masa remaja awal, 15-18 tahun remaja pertengahan, selanjutnya 18-21 masa remaja akhir. Sedangkan menurut Hurlock ia membagi masa remaja menjadi dua bagian, yaitu masa remaja awal antara 13-16 tahun dan masa remaja akhir 17- 18 tahun.

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu. Didalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada

dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan *Case Study*. Desain yang digunakan dalam *case study* ini menurut Yin (2018) adalah *embedded single case* atau desain kasus tunggal terjalin yaitu kasus yang menyatakan kasus penting dalam menguji suatu teori yang telah disusun dengan baik. Desain *embedded single case* disini mengenai program PKPR yang ada di Puskesmas Gamping I. Ruang lingkup studi kasus yang digunakan dalam penelitian ketika studi kasus menyelidiki fenomena konteks kehidupan terutama ketika batasan antara fenomena dan konteks tidak dapat dipisahkan dengan jelas. Kedua, penyelidikan studi kasus berhubungan dengan situasi yang khas dimana banyak variabel yang menarik, bergantung pada banyaknya sumber bukti atau sumber data dengan data yang membutuhkan triangulasi dan pengecekan dengan hasil lainnya. Preposisi teoritis sebelumnya memberikan manfaat untuk memandu pengumpulan data dan analisis (Yin., 2018).

Sebelum melakukan pengumpulan data, *ethical approval* telah didapatkan melalui Komisi Etik Penelitian Unisa Yogyakarta dengan nomor referensi 389.3/FIKES/PL/XII/2019. Semua calon partisipan mendapatkan information sheets tentang penelitian ini yang meliputi tujuan penelitian, peran dari peneliti, data confidentiality, hak untuk mundur dalam penelitian dan lama interview. Sebelum calon partisipan di interview, mereka harus terlebih dahulu menandatangani informed consent.

Penelitian dilakukan di sebuah Puskesmas wilayah DIY. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. *Sampling purposif* yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah pengambilan sampel Kriteria, yaitu memilih informan dengan kriteria tertentu yang sesuai dengan pertanyaan penelitian (Poerwandari, 2007). *Sampel* ini memungkinkan bagi peneliti untuk *me-review* dan mempelajari semua kasus yang memenuhi kriteria penting tertentu yang telah ditetapkan guna menjawab pertanyaan penelitian. Kriteria inklusi penelitian ini adalah Bagi *provider* yang sudah mendapatkan SK dari Pimpinan Puskesmas atau perintah dari Pimpinan Puskesmas Gamping I, bagi remaja yang berkunjung dan telah mendapatkan pelayanan di Puskesmas Gamping I dengan kasus kesehatan reproduksi, *provider* dan remaja yang mampu berkomunikasi dengan baik, *provider* dan remaja yang menyetujui untuk menjadi informan. Jumlah total informan adalah 12 informan meliputi 8 petugas kesehatan dan 4 pengguna pelayanan kesehatan. Penelitian ini dilakukan dari bulan Januari 2020 sampai Maret 2020.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dengan wawancara mendalam (*in depth interviews guide*), studi

dokumentasi yang terkait dengan PKPR dan observasi langsung pada saat petugas kesehatan melakukan pelayanan. Panduan wawancara dalam penelitian ini bisa dilihat di Table 1. Probing juga dilakukan untuk mendapatkan data yang lebih dalam dan kaya. Table 2. Probing observasi langsung terhadap layanan yang diberikan petugas ke pasien remaja.

Setiap informan di interview maksimal 2 kali. Total jumlah data interview yang didapatkan adalah 27 set interview, dikarenakan terdapat 12 informan yang diwawancarai 2 kali untuk memperoleh data yang lebih mendalam ada 3 informan yang di wawancarai 3 kali. Interview dilakukan di Puskesmas pada ruangan private, direkam dengan menggunakan audio recorder dalam Bahasa Indonesia dan setiap wawancara berlangsung maksimal 60 menit. Pada pasien yang diobservasi adalah pasien yang pada saat penelitian melakukan pelayanan, informan yang dilakukan observasi sebanyak 4 remaja terdiri dari 3 remaja perempuan dan 1 remaja laki-laki.

Analisis data menggunakan analisis tematik dengan menggunakan mengadopsi model Miles dan Huberman (2014), yang terdiri dari kodifikasi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

HASIL PENELITIAN

Table 1. Karakteristik Informan

No	Umur	Kode	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Jabatan	Kelompok
1	35 tahun	IP1	Perempuan	S1	Ahli Gizi	<i>Provider</i>
2	51 tahun	IP2	Perempuan	D-III Analis	Laboran	<i>Provider</i>
3	33 tahun	II1	Perempuan	S2 Psikologi	Psikolog	<i>Provider</i>

4	28 tahun	IP3	Perempuan	SI Apoteker	Apoteker	Provider
5	52 tahun	II2	Perempuan	D-III Kebidanan	Kepala Puskesmas	Provider
6	25 tahun	IP4	Perempuan	D-III Kebidanan	Promosi Kesehatan	Provider
7	52 tahun	II3	Perempuan	D-III Kebidanan	Penanggungjawab Kesehatan Reproduksi	Provider
8	55 tahun	II4	Perempuan	D-III Kebidanan	Dokter Umum	Provider
9	16 tahun	II5	Perempuan	SMP	Siswi	Remaja
10	17 tahun	II6	Laki-laki	SMP	Siswa	Remaja
11	18 tahun	II7	Perempuan	SMU	Siswi	Remaja
12	16 tahun	II8	Perempuan	SMP	Siswi	Remaja

Tema dan subtema

Tujuan penelitian adalah melakukan evaluasi program PKPR dalam penanganan masalah

kehatan reproduksi pada remaja yang berorientasi pada kesetaraan dan keadilan gender di Puskesmas Gamping I menggunakan model CIPP.

Tabel 2. Ringkasan Evaluasi CIPP

No	Aspek Goals	Field / Bidang	Temuan Evaluasi	
			Implementasi	Substansi Kesetaraan Gender
1	<i>Context</i>	Pogram	a. PKPR kurang aktif b. Sistem pelaporan kurang maksimal c. Program pemerintah kurang aktif	Secara substantif tidak ada masalah kesetaraan gender, walaupun implementasi program tidak maksimal.
		Target <i>Beneficiary</i> (Penerima Manfaat: Remaja)	d. Cakupan kasus yang ditangani	Telah menerapkan kesetaraan gender (KTA, KTD, GO, Caten, NAPZA).
			e. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Remaja laki-laki dan perempuan memiliki akses yang sama terhadap layanan PKPR.
2	<i>Input</i>	Target <i>Beneficiary</i> (Penerima Manfaat: Remaja)	a. Animo remaja laki-laki dan perempuan positif (keduanya)	Secara substantif telah menerapkan kesetaraan gender dalam menentukan penerima manfaat.

No	Aspek Goals	Field / Bidang	Temuan Evaluasi	
			Implementasi	Substansi Kesetaraan Gender
			bersedia menjadi target group program)	
			b. <i>Deliverability</i> topik/ materi	Secara substantif topik/ materi yang diberikan tidak diskriminatif kepada target <i>beneficiary</i> .
		SDM pelayanan kesehatan	c. <i>Knowledge</i> tentang PKPR rendah	Secara substansi hal ini rawan bagi implementasi kesetaraan gender dalam program PKPR.
			d. <i>Attitude</i> dalam pelayanan	Telah melaksanakan kesetaraan gender dimana tidak terjadi diskriminasi kepada pasien remaja laki-laki dan perempuan.
3	<i>Process</i>	Fasilitas	a. SOP kurang lengkap	Rawan terhadap terjadinya pelanggaran kesetaraan gender karena tidak ada standar baku layanan.
			b. Jenis pelayanan didalam dan di luar gedung	Secara substantif telah melaksanakan kesetaraan gender dimana yang terlibat semua tim sesuai dengan ranahnya.
			c. Manfaat positif bagi <i>Target Beneficiary</i> (Penerima Manfaat: Remaja)	Secara substantif telah melaksanakan kesetaraan gender dimana remaja laki-laki dan perempuan mendapatkan manfaat.
		Hambatan	d. Peran orang tua kurang	Secara substantif tidak ada melanggar prinsip kesetaraan gender, namun Program PKPR pemerintah kurang terintegrasi (via puskesmas) kepada remaja dan keluarganya, sehingga terkesan pengetahuan KRR adalah tanggung jawab pemerintah

No	Aspek Goals	Field / Bidang	Temuan Evaluasi	
			Implementasi	Substansi Kesetaraan Gender
				(Puskesmas saja) serta para remajanya, tetapi orang tua menolak untuk terlibat dalam mendidik PKPR.
4	<i>Product</i>	Harapan	a. Penambahan sarana dan prasarana (tidak memadai untuk menjaga <i>privacy</i> pasien)	Secara substansif ini adalah untuk memenuhi prinsip kesetaraan gender, agar proses layanan kespro remaja tidak melanggar hak <i>privacy</i> pasien remaja.
			b. Sistem pelaporan/ <i>monitoring</i> evaluasi belum lengkap	Secara substansi tidak melanggar kesetaraan gender, tetapi sistem pelaporan kurang lengkap sehingga sulit untuk dijadikan dokumen rujukan <i>follow up</i> antara remaja yang sudah di PKPR dan yang belum.
			c. Orang tua terlibat dalam PKPR	Secara substansi tidak melanggar prinsip kesetaraan gender, namun penolakan orang tua untuk terlibat dalam program PKPR menjadi catatan penting bagi Puskesmas tentang partisipasi orang tua sebagai pendukung utama program PKPR.
		Hambatan	d. Anggaran terbatas	Kurangnya dana dari pemerintah dan masih berlangsungnya prinsip netral gender dalam sistem penganggaran ini tidak mendukung bagi berlangsungnya kesetaraan gender, karena netral gender mengasumsikan bahwa laki-laki & perempuan itu sama saja fungsi reproduksinya serta

No	Aspek Goals	Field / Bidang	Temuan Evaluasi	
			Implementasi	Substansi Kesetaraan Gender
				kebutuhan layanan kespronya.

a. *Contexs* pelaksanaan PKPR

Contexs pelaksanaan PKPR di evaluasi melalui 2 hal yaitu pengguna dalam hal ini remaja dan pelaksana program. Hasil evaluasi *Contexs* PKPR didapatkan bahwa terdapat 2 hal yang masih belum berjalan yaitu dari sisi program dan dari sisi pengguna dari sisi program didapatkan hasil bahwa “PKPR kurang aktif”, *program pemerintah kurang aktif*” dan “*sistem pelaporan kurang maksimal*”sedangkan dari pengguna didapatkan bahwa “*kasus remaja banyak*”, dan “*data remaja kasus perempuan lebih banyak*”.

Program PKPR di Puskesmas Gamping I masih *kurang aktif* ini karena selama ini program ini tidak banyak melakukan kegiatan atau memunculkan inovasi atau pengembangan program hal ini disampaikan oleh petugas psikolog dan Dokter Umum yang menjadi provider di Puskesmas Gamping I :

“*baik sebelumnya mungkin untuk program PKPRnya sendiri mungkin tidak terlalu aktif sebenarnya, tidak terlalu banyak kegiatan kalau untuk saat-saat ini*”(II1, 33 tahun, Provider).

“*oh iya disini memang sudah dimulai ya tetapi belum menjadi program inovasi sih cuman semua Puskesmas kan memang harus menjalankan, cuman belum dibuat inovasi nek (kalau) disini*” dan “*masih berjalan secara rutinitas gitu*” (II4, 55 tahun, Provider).

Pernyataan ini juga diperkuat oleh *provider* Pemegang program Kesehatan Reproduksi Puskesmas Gamping I yang menyatakan bahwa kegiatan cenderung monoton.

“*kalau kegiatan PKPR di Puskesmas Gamping 1 sebenarnya ee..sudah berjalan lama nggeh cuman kegiatannya ya meng monoton seperti itu saja*”(II3, 52 tahun, Provider).

Pada program pemerintah PKPR mendiskripsikan bahwa selama ini program hanya berjalan sesuai perintah dari pemerintah hanya menjalankan sesuai yang dianjurkan seperti yang disampaikan oleh petugas psikolog yang bertugas sebagai *provider* di Puskesmas Gamping I :

“*setau saya ya sih mungkin juga kebutuhan dari pemerintah kemudian diberikan tugas ke puskesmas masing-masing*” (II1, 33 tahun, Provider).

Asumsi tentang PKPR tersebut ditekankan oleh petugas pemegang program kesehatan reproduksi bahwa program PKPR dari dinas kesehatan dan semua Puskesmas wajib menjalankannya tetapi karena belum ada SK wajib dari dinas terkait maka setiap Puskesmas menjalankan kegiatan sesuai dengan versinya masing-masing :

“*pertama kan pemerintah itu dari dinas kesehatan itu lho (sambil bersandar dikursi) kan kita dulu dibuatkan juga pedoman PKPR itu lho mbak jadi istilahe kan kayak program modul itu kan awal - awalnya di*

tahun 2015 ya, lha awal - awalnya kan itu kayak program jadi disetiap puskesmas paling gak kan melaksanakan kegiatan itu (sambil mengubah posisi duduk), Cuma kan kadang-kadang ada yang jalan ada yang tidak itu tadi" (II3, 52 tahun, Provider).

"istilaha lek kewajiban kan lek dulu ada belum istilaha ada SK harus wajib dilaksanakan gitu lho mbak (pause) soalnya laporan kayak gini kan belum masuk SPM mbak (pause) jadi seng kegiatan masuk SPM itu memang wajib harus tapi kalau yang PKPR ini gak (pause) jadi nek misale yo memang alangkah himbuan alangkah baiknya emang dilakukan atau diselenggarakan di Puskesmas jadi berhubung istilaha tidak ada wajib tadi (pause) makane ada kegiatan yang jalan dan ada yang gak atau yang jalan versi ya sendiri-sendiri ya gitu" (II3, 52 tahun, Provider).

Pada sistem pelaporan PKPR mendiskripsikan bahwa belum ada tindak lanjut dari pelaporan kegiatan yang telah dikumpulkan oleh pihak Puskesmas atau evaluasi selama program dijalankan karena program PKPR belum masuk dalam SPM 12 indikator dan belum menjadi fokus utama :

"dulu itukan memang ada pelaporan yang ada standar pelayanan ee...(sambil berfikir) apa namanya semacam standar format pelaksanaan PKPR yang 6 bulan itu ada di 2015. 2016 2017 2018 sampai sekarang belum ada lagi terus dari Dinas juga tidak ngaruhke ayo-ayo dikumpul jadi semua pada nggak ngumpulkan. Cuma kegiatan pelaporan yang seharuse setiap bulan itu juga setiap Pukesmas tetep buat akhir tahun cuman

diminta laporannya ahkir tahun cuma gitu aja" (II3, 52 tahun, Provider).

"(sambil tersenyum) kenapa seperti itu saya juga enggak tahu (sambil tertawa) apa mungkin dirasa kegiatan itu dirasa kurang nganu apa ya? Ya betul juga kurang maksimal juga apa dirasa kurang penting jadi kan ya soale yang diutamakan biasanya yang SPM 12 indikator to, tapi gak tahu rencana yang pertemuan 2019 yang Pjnya di dinas katanya mau menggiatkan lagi di 2020 tapi ya kurang tahu. Kita juga gak pernah ketemuan untuk membahas ini mbak" (II3, 52 tahun, Provider).

Pada pelaksanaan PKPR dilihat dari segi pengguna pada kasus remaja banyak di deskripsikan bahwa dalam segi pengguna kasus remaja meliputi KTD, KTP dan KTA, kekerasan pada perempuan dan anak disampaikan oleh Kepala Puskesmas yang bertugas sebagai provider di Puskesmas Gamping I :

"kalau sini KTD ee. Sekarang diganti mbak kan ada sendiri KTP dan KTA, kekerasan pada perempuan dan kekerasan pada anak" (II2, 52 tahun, Provider).

"kasus-kasus pergaulan bebasnya KTDnya itu kan tetep setiap bulannya hampir masih ada"(II3, 52 tahun, Provider)

"kalau diKIA itu ditanya-tanya tentang kenapa mau nikah, kok nikah muda? Kan karena isi itu (raut muka tampak malu)" (II5, 16 tahun, Remaja)

Pada pelaksanaan PKPR dilihat dari segi pengguna pada subtema data remaja kasus perempuan lebih banyak dideskripsikan bahwa pada kunjungan laki-laki dan perempuan di Puskesmas

Gamping I paling banyak yang berkunjung adalah perempuan tetapi ada data pada bulan Agustus - November data laki-laki lebih banyak dikarenakan itu merupakan kegiatan di luar gedung yang disampaikan oleh petugas psikolog yang bertugas sebagai provider di Puskesmas Gamping I :

“baik kalau untuk keterkaitan dengan PKPR mungkin kalau remaja jelas paling banyak kalau perbandingan antara gender laki-laki dan perempuan pasti yang paling banyak berkunjung adalah perempuan” (II1, 33 tahun, Provider).

“O iya di dalam ee.. data memang banyak laki-laki tapi itu dilakukan biasanya pada bulan Agustus sampai November (sambil menunjukkan data di komputer) pokoknya kalau ada data banyak itu dilakukan di luar gedung disekolah atau ee.. rujukan dari sekolah seperti merokok alkohol” (II1, 33 tahun, Provider)

“kalau untuk PKPR dengan kasus yang paling banyak kunjungannya terutama di saya di Poli KIA adalah perempuan mbak (sambil membuka data) kalau laki-laki bisanya langsung ke psikolog yang lebih faham bu Arum mbak” (II3, 52 tahun, Provider).

”kalau untuk jenis kasusnya laki-laki malah saya kurang tahu sih” (IP4, 25 tahun, Provider).

b. *Input Pelaksanaan PKPR*

Pada *input* pelaksanaan PKPR dievaluasi melalui 2 hal yaitu remaja sebagai pengguna dan SDM sebagai *provider*. Hasil evaluasi tersebut yaitu “*respon remaja responsif*” dan “*pengetahuan remaja saat berkunjung ke Puskesmas*” dan “*pengetahuan petugas kurang*”,

“*jumlah petugas kurang*” dan “*sikap petugas netral gender*”.

Pada *input* pelaksanaan PKPR dilihat dari segi pengguna bahwa selama ini respon remaja responsif mendeskripsikan bahwa respon remaja selama ini setelah diberikan penyuluhan sangat menerima antusias dengan memberikan tanggapan yang responsif seperti yang dijelaskan pada petugas laboratorium yang bertugas sebagai provider di Puskesmas Gamping I :

“kalau selama ini program saya Alhamdulillah sangat respon sangat menerima karena itu kan program yang benar - benar fungsinya banyak ya saya juga pernah ngasih penyuluhan juga yang disini maupun kelengkapan tanggapannya sangat responsif sekali mereka sangat antusias dengan program itu walaupun memang ada 1 2 yang buat apa sih minum kayak gitu kan itu berproses ya untuk mengedukasi seseorang kan susah untuk mengubah perilaku tapi pada umumnya mereka menerima kok dengan program tersebut”(IP1, 35 tahun, Provider).

”kalau di dalam gedung ee.. materi saya rasa, materinya itu yang punya saya sudah usang/ aus saya sebenarnya pengennya apa namanya ada materi yang istilahnya simple mengena biar tidak bosan. Kalau selama ini saya terbatas sampai saat ini terus terang untuk sarana edukasi ke siswa hanya itu-itu saja cuma diedit - edit saja, siswanya jenuh seperti itu. Kadang -kadang mungkin siswanya juga sudah mengerti jadi mereka sibuk sendiri dengan kegiatannya sendiri jadi susah”(II3, 52 tahun, Provider).
”ee..biasanya sih kalau untuk remaja itu karena gitu ya tidak

fokus, tidak fokusnya ketika mungkin karena misalnya kayak hamil tidak didinginkan ya ketika dikasih tahu dikasih edukasi penggunaan obatnya mungkin agak malu gimana suka tidak perhatian gitu lho”(IP4, 28 tahun, Provider).

”sakjane aku yo isin tak omongne (sebenarnya saja ya malu saya bicarakan) (Sambil tertawa) (pause) sesuai masalahnya dengan yang saya hadapi maksudnya gitu”(II6, 17 tahun, Remaja).

Pada subtema *pengetahuan remaja saat berkunjung ke Puskesmas* dideskripsikan bahwa remaja sudah faham apabila dirujuk ke Puskesmas oleh pihak sekolah seperti yang disampaikan oleh petugas psikolog yang bertugas sebagai *provider* di Puskesmas Gamping I :

”gak ada sich selama ini belum ada hambatan maksudnya untuk kasus laki-laki maupun yang perempuan ketika mereka masuknya ke kliniknya atau ke PKPR mereka sudah faham mereka ini mau ngapain gitu misalkan saya pernah dapet rujukan dari sekolah mereka sudah faham kesini mau ngapain walaupun mereka tidak faham paling mereka disuruh oleh guru gitu minimal kita sudah tahu apa yang harus kita gali kita tanyakan buat anak.”(II1, 33 tahun, Provider).

Dilihat dari segi *provider* pada tema SDM terdapat tiga subtema yaitu “ *pengetahuan petugas kurang*”, “*jumlah petugas kurang*” dan “*sikap petugas netral gender*”.

Dari segi *provider Pengetahuan Petugas Kurang* dideskripsikan bahwa program PKPR selama ini sudah bagus untuk penanganan awal remaja

yang mengalami anemia seperti yang disampaikan oleh petugas laboran yang bertugas sebagai *provider* di Puskesmas Gamping I :

”menurut saya apa ya bagus untuk penanganan awal terutama untuk anemia atau apa”(IP2, 51 tahun, Provider).

Akan tetapi selama ini *provider* dalam menjalankan program belum pernah membaca SOP hanya pemegang dan petugas yang ikut langsung menangani kasus remaja seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas yang bertugas sebagai *provider* di Puskesmas Gamping I :

”SOPnya sendiri kalau saya sendiri belum pernah baca mbak, tentunya nanti di psikolog jadi kalau dia butuh pendampingan apa nanti dia ada SOP”(II2, 52 tahun, Provider).

”kesesuaiannya sebentar-sebentar (Sambil tertawa) malah saya belum pernah membaca buku panduannya PKPRnya yang dari Puskesmas (sambil menghadap ke tembok) karena pernah ada buku panduannya tapi (sambil menggrenyitkan dahi) dibawa mbak Arum buk untuk buku panduannya, jadi untuk kesesuaian atau tidak sih selama itu masih kayak SOP yang ada diprogamer kespro saya rasa sih sesuai”(IP4, 25 tahun, Provider).

Pada subtema *Pengetahuan Petugas Kurang* didapatkan bahwa pada pengetahuan terkait pemeriksaan petugas sudah bagus tetapi dalam pengetahuan tentang aturan, buku panduan, SOP hanya beberapa petugas yang mengetahuinya sehingga

pelayanan yang diberikan selama ini bersifat netral gender. Petugas kesehatan sudah melaksanakan program tanpa mengetahui bagaimana buku panduan program, SOP yang harus dijalankan jadi program berjalan sesuai penyedia layanan masing-masing. Upaya pemerintah dalam sosialisasi ke penyedia layanan kurang maksimal sehingga penyedia layanan kurang begitu faham dalam menjalankan program.

Pada subtema *jumlah petugas kurang* di deskripsikan bahwa tim PKPR selama ini masih kurang belum lengkap seperti yang disampaikan oleh petugas psikolog yang bertugas sebagai *provider* Puskesmas Gamping I :

"ok mungkin dari tahun-tahun sebelumnya itu yang belum karena kami kan PKPR baru mulai jalan lagi istilahnya seperti itu, kalau kemaren ketidaksesuaian adalah belum adanya tim PKPR gitu jadi PKPR itu jalan paling banter itu hanya paling hanya saya, bu Pratiwi sebagai PJ PKPR dan promkes biasanya yang membantu penyuluhan jadi yang kerja kebanyakan yang kerja paling hanya kami bertiga gitu, sedangkan sekarang kita menjalani PKPR ternyata lingkungannya lebih luas ni gitu jadi makanya kami mulai bikin tim lha itu mungkin bu Pratiwi yang lebih paham"(II1, 33 tahun, Provider).

"saya rasa formasi kurang efektif gitu ya"(II3, 52 tahun, Provider).

Petugas kesehatan yang terlibat dalam PKPR selama ini semua perempuan seperti yang disampaikan oleh pengguna

layanan remaja yang berkunjung ke Puskesmas :

"petugasnya cewek semua kalau cowok hanya dipendaftaran doang"(II8, 18 tahun, Remaja).

Pada subtema *sikap petugas netral gender* dideskripsikan bahwa selama ini petugas bisa menyelesaikan kasus yang dialami oleh remaja dengan menggali pertanyaan yang bisa membuat remaja tersebut menjawab pertanyaan dari pihak petugas seperti yang disampaikan oleh petugas psikolog yang bertugas sebagai *provider* di Puskesmas Gamping I :

"gak ada (sambil tertawa) saya rasa semua pasien yang masuk ke poli psikologi rata-rata semua pasti cerita itu pasti susah jadi kitanya saja yang pinter - pinter gali gitu, kalau awal malu kayak misalkan kasus yang ini dech kehamilan tidak diinginkan gitu padahal kita butuh data ee.. dilakukannya kapan diman kita mempunyai data seperti itu mau gak mau kita kan harus nanya jadi kita harus pinter - pinternya saja seperti itu"(II1, 33 tahun, Provider).

Asumsi tersebut juga dibuktikan pada waktu memberikan pelayanan ke remaja dilihat dari segi *stereotype* pada informan remaja 9,10 dan 11 tidak datang sendiri melainkan dengan calon pengantin dan calon mertua, petugas kesehatan dalam memberikan layanan tidak merendahkan atau meremehkan remaja.

Dari segi *subordinasi* petugas kesehatan memberikan layanan sesuai dengan antrian, sesuai dengan kasus remaja, memberikan alternatif pilihan,

tidak bersikap menyalahkan dan tidak mempersulit remaja dalam mengakses layanan seperti pernyataan informan 9, 10 dan 11 :

"tidak ada hambatan kalau antri banyak itu sudah maklum"(II5, 16 tahun, Remaja).

"ya bagus penjelasannya sudah jelas bisa membantu (sambil tersenyum dan menyatukan tangan)" (II5, 16 tahun, Remaja).

"nunggunya lama (Sambil tertawa)"(II6, 17 tahun, Remaja)

"ngantrinya, tapi alhamdulillah hari kedua saya langsung ke psikolog tapi di psikolog juga ngantri (sambil tertawa)"(II7, 18 tahun, Remaja).

"oke sesuai sesuai semua kalau saya gemes di psikolog gak logis, misal pertanyaan kemaren sudah serius sudah mantep (sambil tertawa) kalau gak serius mantep ngapain diurus(Sambil tertawa)" (II7, 18 tahun, Remaja).

Dari segi *marginalisasi* petugas tidak memprioritaskan antara laki-laki dan perempuan, petugas *care/ peduli/ empati* pada saat memberikan layanan, selama memberikan layanan petugas tidak mengerjakan pekerjaan lain fokus memberikan layanan ada remaja tersebut, petugas tidak merendahkan dan meremehkan remaja seperti yang disampaikan oleh remaja 11 :

"oke sesuai sesuai semua kalau saya gemes di psikolog gak logis, misal pertanyaan kemaren sudah serius sudah mantep (sambil tertawa) kalau gak serius mantep ngapain diurus(Sambil tertawa)" (I7, 18 tahun, Remaja).

Dari segi *violence* selama pelayanan remaja tidak mendapatkan perlakuan kasar secara fisik, seksual, psikologi dan verbal. Petugas juga tidak memaksa dalam memberikan layanan yang diberikan dan tidak memberikan ancaman kepada remaja seperti yang disampaikan informan 9, 10 dan 11 :

"baik trus penjelasannya jelas gak marah trus ya gak suka jelek-jelekin" (II5, 16 tahun, Remaja).

"sikapnya ya lembut baik ya dah itu (pause) gak kasar (Sambil tersenyum)"(II6, 17 tahun, Remaja).

"sikapnya baik aku sukanya ramah senyum murah senyum Cuma menurutku bahasanya terlalu cepet kurang pelan"(II7, 18 tahun, Remaja).

Pada saat menemukan kasus oleh informan remaja menyatakan bahwa sikap petugas selama ini baik ramah dan bahasa yang digunakan mudah dipahami :

"baik trus penjelasannya jelas gak marah trus ya gak suka jelek-jelekin"(II5, 16 tahun, Remaja).

"petugasnya ramah, baik (paise)opo ya mlemu kae aku mek ono seng takon kono nyauri yo apik (apa ya yang masuk dia saya Cuma ada yang tanya saya jawab ya bagus)(sambil tersenyum)" (II6, 17 tahun, Remaja).

"gimana ya, aku sukanya kalau ditanya gak pake emosi kalau ditanya jawabnya santai itu ya sambil senyumnya lah sambil gimana karena saya benci orang yang emosian jutek galak sukanya itu gak pakai emosi terus jelasin misalkan kita belum paham tanya lagi juga

gak sebel tetep dijelasin pelan”(II7, 18 tahun, Remaja).

c. *Process pelaksanaan PKPR*

Pada *process* pelaksanaan PKPR dapat dievaluasi melalui 2 hal yaitu fasilitas kurang dan hambatan. Hasil evaluasi yaitu “*jenis pelayanan diluar gedung dan di dalam gedung*”, “*Satuan Operasional Prosedur (SOP) kurang lengkap*” dan “*peran orang tua kurang*”.

Dilihat dari tema fasilitas pada subtema jenis pelayanan di dalam dan diluar gedung dideskripsikan jenis pelayanan program PKPR ada dua yaitu dalam program dan luar program, dimana di dalam program adalah kolaborasi antar program, kasus rujukan, konsultasi dan distribusi obat, penanganan konseling psikolog, cek laboratorium, gangguan jiwa dan layanan *maternitas*. Sedangkan di luar gedung edukasi remaja, kerjasama lintas sektor, layanan *home visit* ibu hamil, *peer educator* untuk siswa SMP dan SMU.

Untuk memberikan layanan terbaik ke pengguna yang di dalam gedung salah satunya adalah melakukan saling mendukung antar satu program dengan yang lainnya seperti yang disampaikan oleh petugas gizi yang bertugas sebagai *provider* di Puskesmas Gamping I:

“iya tetep mendukung... keterkaitan program satu dengan yang lainnya” (IP1, 35 tahun, Provider).

“untuk laboratnya kita kan Cuma rujukan kalau penanganan lanjut ada di KIA dan psikologi” (IP2j, 51 tahun, Provider).

”kalau diKIA itu ditanya - tanya tentang kenapa mau nikah, kok nikah muda? Kan karena isi itu

(raut muka tampak malu) , (pause) kalau di poli gigi di cek buat syarat nikah itu, kalau di gizi itu kayak ee..kesehatan sama nanya - nanya tentang kesehatan, kalau psikologi ditanya ya tentang pernikahan itu tadi” (II5, 16 tahun, Provider).

Jenis pelayanan di luar gedung salah satunya adalah mengedukasi remaja yang merupakan fungsi awal dari PKPR seperti yang disampaikan oleh petugas gizi yang bertugas sebagai *provider* di Puskesmas Gamping I :

“kalau PKPR itu kan fungsinya dari awal kan mengedukasi masyarakat ya sebenarnya kesetaraan gender laki-laki dan perempuan itu ada terus jangan kayaknya sudah ada ini kegiatan program PKPR ini juga semakin terbukalah melek jadi masalah kekerasan masalah itu kan lebih terekspos lagi”(IP1, 35 tahun, Provider).

”untuk kegiatannya ya kegiatan pertama yang berhubungan dengan remaja itu kan untuk kegiatan dalam gedung dan luar gedung itu saja. Jadi kalau dalam gedung pelayanannya meliputi yang klinis tadi itu mbak kemudian kolaborasi dengan psikologi terus untuk kegiatan yang luar gedung kita biasanya Cuma itu Cuma sebatas edukasi di sekolah - sekolah yang rutin kita laksanakan”(II3, 52 tahun, Provider).

Untuk mendukung program tersebut pihak Puskesmas juga bekerjasama dengan lintas sektor dimana satu dengan yang lainnya saling terkait seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas yang bertugas sebagai *provider* :

“kalau sini KTD ee. Sekarang diganti mbak kan ada sendiri KTP dan KTA, kekerasan pada perempuan dan kekerasan pada anak gitu ya tentunya kita menggandeng lintas sektor ada pihak kecamatan laporan KTP dan KTA nah itu didinas itu dibawah ee.. HBM itu apa ya namanya P2A3KB ya disitu, disini program - programnya psikolog jadi melakukan pendampingan kepada anak-anak yang apa mendapatkan itu tadi anak-anak dan perempuan tentunya” (II2, 52 tahun, Provider).

Untuk kerjasama antar program di lingkungan Puskesmas dilakukan dengan PHN dimana untuk melakukan evaluasi kasus remaja terutama kehamilan tidak diinginkan dan kunjungan rumah seperti yang disampaikan oleh pemegang program yang bertugas sebagai provider :

“Biasanya kita nanti kan evaluasinya dengan kunjungan rumah misalkan PHN (Public health Nurse) itu lho PHN pada sasarannya khususnya di remaja yang hamil”(II3, 52 tahun, Provider).

“tidak ada target cuman ee.. kita paling dak minimalah ngaruhke setelah itu lho sehabis dia priksa terus kemudian mendekati persalinan kan persalinan dan setelah persalinan” (II3, 52 tahun, Provider).

Pada subtema SOP kurang lengkap terdapat SOP pelayanan pemeriksaan yang setiap petugas mempunyai SOP sendiri tidak dijadikan satu dengan SOP PKPR pada saat melakukan pelayanan semuanya sesuai

dengan kebutuhan masing-masing petugas seperti yang dilakukan di poli gizi SOP yang digunakan secara umum seperti yang disampaikan oleh petugas gizi :

“kalau digizi (sambil menghadap ke atas) kita pelayanan umum konseling umum aja mungkin yang punya psikolog yang punya SOP yang khusus masalah kalau di gizi kita kan yang umum ya layanannya penyakit yang umum ya caten seperti itu, kalau SOP yang menunjuk layanan laki-laki dan perempuan itu di psikolog kayaknya ada karena dia lebih banyak yang pasien seperti itu kalau kita kan pasien umum - umum saja pasiennya” (IP1, 35 tahun, Provider).

“ada pemberian konsultasinya juga sesuai dengan petunjuk teknis yang dari Puskesmas punya itu SOP pemberian pelayanan”(IP1, 35 tahun, Provider).

Selama ini untuk SOP PKPR berada di psikolog sesuai yang disampaikan oleh dokter umum yang bertugas di Puskesmas Gamping I :

“untuk SOPnya belum ada kita SOPnya langsung ke pemeriksaan kehamilan nek untuk kasus yang apa yang namanya ee.. menikah mungkin yang punya SOPnya psikolog karena disitu kan lebih banyak apa namanya psikisnya to masalah psikisnya lebih banyak biasanya kalau yang kita sih penanganannya SOPnya ikut SOPnya PMS gitu (sambil tersenyum) jadi judulnya SOPnya nek remaja gitu (sambil tertawa) kasus remaja memang belum kita buat kan” (II4, 55 tahun, Provider).

Untuk SOP disesuaikan dengan jenis layanan yang akan diberikan oleh petugas kesehatan seperti yang disampaikan oleh petugas laboran yang bertugas sebagai *provider* dengan SOP pemeriksaan Haemoglobin :
"iya cuman ini SOPnya untuk pemeriksaan kalau untuk penanganan kalau disini tidak ada"(IP2, 51 tahun, *Provider*).

Hal ini berbanding terbalik yang disampaikan oleh pemegang program Kesehatan Reproduksi yang bertugas sebagai *provider* bahwa untuk SOP PKPR yang ada adalah SOP pelaksanaan konselor sebaya dan FGD dan yang tertera di laporan selama ini :

"Terus namanya SOPnya ya seperti biasa ee..kayak pelaksanaan konselor sebaya, FGD seperti itu"(II3, 52 tahun, *Provider*).

"SOP rujukan belum buat saya (pause), cuman istilahnya rujukan kan kita ikut rujukan yang internal ini lho (pause) maksudnya belum diikuti dengan SOPnya, saya nyari-nyari yang pegang kemaren memang belum ada, selama saya pegang ini terus terang saya belum buat Cuma kalau yang ee..yang di pemegang lama saya belum lihat lagi"(II3, 52 tahun, *Provider*)

" iya tapi pelaksanaane tetep misalkan ee.. kasusnya pertama kali ditemukan KIA (pause) ataupun di BP umum kita langsung rujukan internalnya ee.. sudah apa mbak istilaha sudah (pause) dilaksanakan"(II3, 52 tahun, *Provider*)

Pada subtema *manfaat positif bagi pengguna* yaitu remaja dari pelayanan yang

diberikan oleh petugas kesehatan remaja mendapatkan manfaat sesuai yang diharapkan seperti yang disampaikan oleh remaja yang telah mendapatkan layanan didalam gedung :

"o iya diberikan surat (pause) hanya tanda tangan dan langsung disuruh nimbang lagi trus dikasih surat"(II5, 16 tahun, *Provider*).

"membantu apa syarat-syarat (sambil tertawa) catin"(II5, 17 tahun, *Provider*).

Dilihat dari tema hambatan pada subtema *peran serta orang tua kurang* di deskripsikan bahwa pada waktu mengantarkan anaknya ke Puskesmas orang tua mereka tergesa - gesa seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Gamping I :

"itu ada yang positif itu ya mereka mau, tapi ada yang mereka dianter orang tuanya seng wong tuane kesusu lah (orang tuanya tergesa - gesa lah) kayak giti loh (sambil tertawa) biasa itu buk kan saya masih ada pekerjaan seperti ini-ini dan mereka usia segitu kan biasanya dianter "(II2, 52 tahun, *Provider*).

"misalnya gini ini dikonsultasikan ke PKPRnya usianya sekian sampai sekian..wah habis ini saya mau masih mengerjakan apa-apa itu ada beberapa yang seperti itu..lha kalau si anak sendiri kan sakjane manut to mbak (sebenarnya nurut saja) heheh..(sambil tertawa) kayak gitu kan anaknya manut (nurut)ibuknya ok mau kesana gitu ya mau di PKPR, kalau PKPR sama orang tuanya juga to, jadi orang tuanya juga ngerti o

ternyata permasalahan remaja itu sekarang seperti ini nah kita sebagai orang tua sendiri kadang-kadang kan ee.. sekolah itu ya bagiannya sekolah tanggung jawab sekolah, kan ya enggak sekolah itu Cuma berapa jam to selebihnya kan di keluarga gitu, yang sekarang kasus-kasus kayak gitu kan ternyata mbak terungkap. Ada yang usia SMP berapa tahun banyak banget yang dibawah 17 tahun itu banyak banget kemaren itu terakhir ada usia anak SD coba kasihan juga orang tuanya, makanya saya kalau PKPR itu sama orang tua gitu dia bisa apa ya aware (terbuka)sama naknya gitu. Bukan hanya melulu kamu saya cukupi sekolahnya saya cukupi hpne kadang-kadang orang tua itu bangga dengan anaknya membawa hp yang canggih (ada penekanan) gitu lho tapi bagaimana memonitor manfaat penggunaan hp gitu loh" (II2, 52 tahun, Provider).

"ya tadi mbak yang saya sampaikan ke ibunya ini loh usianya harus di PKPR tapi ibunya saya gak bisa sih hari ini mungkin mau jemput adiknya lah apalah jadi akhirnya si anak kan tinggal ikutin orang tuanya aja gitu mbak " (II2, 52 tahun, Provider).

d. Product pelaksanaan PKPR

Pada product pelaksanaan PKPR yang dievaluasi tiga hal yaitu harapan, hambatan dan fasilitas selama pelaksanaan PKPR. Hasil evaluasinya yaitu "penambahan sarana prasarana", "sistem pelaporan/monitoring evaluasi diperbaiki" "orang tua terlibat dalam PKPR", Anggaran terbatas dan penambahan SOP.

Pada subtema penambahan sarana prasarana di deskripsikan bahwa perlunya penambahan ruang konseling seperti yang dideskripsikan petugas dokter umum sebagai provider :

"ruang khususnya nek (kalau) PKPR kayaknya harus adanya ruang konseling bagi remaja"(II4, 55 tahun, Provider).

"sebenarnya gini untuk PKPR sendiri harusnya berdiri sendiri gitu sedangkan poli psikologi ini kan pelayanan di dalam gedung seharusnya tidak digabung seharusnya gitu karekan misalnya saya harus ngonsul untuk pasien dewasa itu tidak masuk dalam wilayah PKPR, ketika ada kunjungan PKPR seharusnya punya pelayanan sendiri misalkan oh bearti bu Pratiwi ini yang seharusnya jaga tenda"(II1, 33 tahun, Provider).

Pada subtema sistem pelaporan / monitoring evaluasi diperbaiki di deskripsikan bahwa belum ada data mengenai remaja yang sudah di berikan edukasi merupakan remaja yang mengalami kasus atau Follow up monitoring evaluasi seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas dan pemegang program yang bertugas sebagai provider di Puskesmas Gamping I :

"kalau dampaknya ee..gini saya gak tahu persis bahwa yang sudah di PKPR itu akan tidak bermasalah karena tidak ada datanya ya, why? Ini sudah di PKPR nich apakah kemudian dia tidak bermasalah gitu ya yang jelas ee..(sambil menggerakkan jari tangan) kita juga punya data yang bermasalah banyak yang apa ee..hamil di luar nikah itu banyak banget tapi apakah

itu juga termasuk dalam pasien yang sudah kita PKPR yang kita itu belum nggatumke (mencocokkan) gitu lho mbak datanya gitu”(II2, 52 tahun, Provider).

“evaluasinya belum jadi ee. apakah itu yang priksa kesini yang misalnya ada masalah gitu ya,.. gak kehamilan juga misalnya ada masalah apa, konsultasi ke psikolog misalnya, apakah itu kemaren remaja yang diawal sebelumnya sudah di PKPR atau belum gitu, jadi belum ada komparasi ya (sambil menggenggam tangan) belum sampai segitu sich kayaknya””(II2, 52 tahun, Provider).

“ lha jadi saya kurang kurang bisa memonitor untuk ee.. apa namanya ee.. khusus ke pasiennya sendiri bagaimana setelah dilakukan apa namanya ee..pelayanan PKPR itu”(II3, 52 tahun, Provider).

Pada subtema orang tua terlibat PKPR dideskripsikan bahwa orang tua seharusnya ikut dalam pelayanan program, orang tua meluangkan waktu untuk ikut pelayanan seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Gamping I :

”misalnya gini ini dikonsultasikan ke PKPRnya usianya sekian sampai sekian..wah habis ini saya mau masih mengerjakan apa-apa itu ada beberapa yang seperti itu..lha kalau si anak sendiri kan sakjane manut to mbak (sebenarnya nurut saja) heheh..(sambil tertawa) kayak gitu kan anaknya manut (nurut)ibuknya ok mau kesana gitu ya mau di PKPR, kalau PKPR sama orangtuanya juga to, jadi orangtuanya juga ngerti o

ternyata permasalahan remaja itu sekarang seperti ini nah kita sebagai orang tua sendiri kadang-kadang kan ee.. sekolah itu ya bagiannya sekolah tanggung jawab sekolah, kan ya enggak sekolah itu Cuma berapa jam to selebihnya kan di keluarga gitu, yang sekarang kasus-kasus kayak gitu kan ternyata mbak terungkap.(II2, 52 tahun, Provider).

Pada tema hambatan dengan subtema anggaran terbatas dideskripsikan bahwa hambatannya adalah adanya pasien yang BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) dan non BPJS sehingga kalau yang tidak BPJS otomatis per poli harus membayar pelayanan yang sudah diberikan oleh petugas seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Puskesmas Gamping I :

“tapi disini ya kembali ee..lagi kan karena tidak semua pasien BPJS, kalau gak BPJS ada konsekuensinya to dia harus bayar sesuai dengan Perda itu yang agak susah, tapi kalau yang BPJS-BPJS kan gampang kita pecah-pecah” (II2, 52 tahun, Provider).

“tapi hambatannya ya itu tadi kendalanya biayanya, per poli kan bayarnya itu kendalanya, tapi kalau pasien BPJS mereka bersedia belum tentu juga nanti kalau dia kekeh (mau) mau konsultasi PKPR langsung dilayani mungkin butuh antri disitu gitu”(II2, 52 tahun, Provider).

“cuma kalau misalkan yang di kegiatan kita tidak hanya PKPR saja mbak. Contohnya sarana masalah anggaran itu ya kita kan terbatas tidak semua alokasi bisa digunakan pada

tahun itu, jadine dibatasi misalkan ini berapa kali yang ini berapa kali gitu”(II3, 52 tahun, Provider).

PEMBAHASAN

Context

Evaluasi *context* untuk program PKPR terdiri dari segi program dan pengguna, dimana temuan evaluasi menunjukkan bahwa dari segi program, PKPR kurang aktif, dan sistem pelaporan kurang maksimal; sedangkan segi pengguna, kasus remaja putri lebih banyak dibanding kasus remaja laki-laki.

Pada penelitian ini menemukan bahwa pihak pemerintah sudah membuat kebijakan program PKPR mengenai kesehatan reproduksi remaja. Program PKPR sudah berjalan tetapi dalam pelaksanaannya selama ini belum ada tindak lanjut *monitoring* evaluasi dari pemerintah. Program di Puskesmas Gamping I PKPR masih kurang aktif dikarenakan hanya untuk memenuhi gugur kewajiban agar laporan tetap ada sesuai instruksi dari pemerintah. Tetapi dalam menjalankan program, Puskesmas Gamping I tidak melanggar substansi kesetaraan dan keadilan gender dikarenakan target program adalah remaja laki-laki dan perempuan yang sudah sesuai dengan mandat PKPR. Pihak Puskesmas selama ini sudah menjalankan program PKPR ke remaja laki-laki dan perempuan meskipun kegiatannya belum begitu banyak.

Hasil penelitian di atas sejalan dengan penelitian yang mengemukakan bahwa implementasi kebijakan merupakan tahapan aktivitas/ kegiatan/ program dalam melaksanakan keputusan kebijakan yang dilakukan oleh individu/ pejabat, kelompok pemerintah,

masyarakat, dan atau swasta dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan kebijakan yang akan mempengaruhi hasil akhir suatu kebijakan (Rosdiana dan Raharjo, B. B, 2017). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemerintah sudah berupaya untuk mewujudkan kesehatan reproduksi remaja melalui program PKPR di Puskesmas sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 61 Tahun 2014 pasal 5 yang menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab terhadap penyusunan kebijakan upaya kesehatan reproduksi dalam lingkup nasional dan lintas provinsi. Hal ini sejalan dengan penelitian (Jati dkk., 2014) mengemukakan bahwa keterlibatan *stakeholder* mulai dari pengambil kebijakan, pelaksana kebijakan hingga sasaran kebijakan, di dalam PKPR sangat penting untuk keberhasilan pelaksanaan PKPR.

Netral gender adalah asumsi bahwa perempuan maupun laki-laki memiliki kebutuhan dan akses yang sama dalam semua hal, sehingga menafikkan fakta bahwa perempuan dan laki-laki memiliki kebutuhan gender yang berbeda (Kabeer., 2003). Asumsi netral gender ini banyak ditemukan dalam program dan kebijakan pemerintah yang sesungguhnya “berbahaya” karena beranggapan dari asumsi yang “buta gender” atau menutup mata dari kebutuhan gender yang spesifik perempuan dan laki-laki di banyak sektor kehidupan (Kabeer., 2003). Hal ini dapat dilihat dari cara berpikir pengelola Puskesmas yang melihat bahwa yang penting program PKPR sudah ditujukan dan diakses

oleh remaja perempuan dan laki-laki. Pemerintah memberikan program ke pihak Puskesmas tidak disertakan dengan SK yang mewajibkan dilaksanakannya program PKPR secara berkesinambungan dari tahun ke tahun. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa *Stakeholder* pemerintah sebagai *prime mover* jejaring PKPR dimana pemerintah dapat menjadi penggerak/ inisiator/ fasilitator/ motor dari suatu forum sehingga forum dapat mencapai tujuannya (Jati dkk, 2014).

Dilihat dari segi *contexs*, hal yang terkait dengan program, secara substansi tidak ada pelanggaran atas prinsip kesetaraan dan keadilan gender, tetapi bahwa program tidak berkesinambungan dan tidak diupayakan kesinambungannya (*sustainabilitynya*), itu merupakan pelanggaran HAM karena pemerintah membiarkan masyarakatnya terhalang mendapatkan informasi tentang keadilan gender yang merupakan kewajiban negara untuk menyelenggarakannya. Padahal pemerintah memiliki UU No.7 tahun 1984 tentang Konvensi Penghapusan Segala bentuk Diskriminasi terhadap perempuan (*Convention on the Elimination of Discrimination Against Women/CEDAW*) yang mencantumkan hak-hak asasi warga negara, khususnya perempuan, untuk berhak memperoleh informasi edukatif yang berkaitan dengan hak reproduksinya, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi meliputi hak memperoleh informasi, pendidikan dan sarana-sarana yang berkaitan dengan hak reproduksi (Respati., 2011).

Beberapa penelitian di Indonesia menemukan fakta bahwa remaja kita kekurangan akses informasi tentang kesehatan reproduksi (Respati., 2011;

Nurmansyah, AL-Aula, and Amran., 2013; Kurniasih and Komariah., 2017). Menurut O'Connell & Zampas (2019), hal itu sejalan dengan penelitian lain yang menjelaskan bahwa *stereotip* gender merupakan praktik yang menganggap atribut-atribut individu, yang menimbulkan tantangan signifikan terhadap realisasi praktis hak asasi manusia. *Stereotip* gender seringkali dibentuk untuk melakukan kontrol terhadap perempuan atau orang yang tidak patuh dengan norma gender tradisional. Keduanya merupakan akar penyebab dan konsekuensi dari diskriminasi, dan faktor yang berkontribusi terhadap berbagai pelanggaran hak asasi manusia, termasuk di dalamnya konteks perawatan kesehatan (O'Connell and Zampas 2019).

Input

Terkait dengan evaluasi *input*, dari segi pengguna dapat dilihat dari respon remaja yang responsif dan pengetahuan remaja saat berkunjung ke Puskesmas, sedangkan dari segi *provider* yaitu pengetahuan petugas, jumlah petugas kurang, serta sikap petugas yang netral gender.

Respon remaja yang responsif pada saat dilakukan penyuluhan menunjukkan sudah ada substansi kesetaraan gender dimana baik remaja laki-laki ataupun perempuan, keduanya mendapat perlakuan yang sama dalam memahami penyuluhan kesehatan reproduksi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa remaja laki-laki dan perempuan yang memahami program PKPR sebagai pelayanan yang peduli kepada mereka, karena menghadirkan ahli yang memberikan penyuluhan tentang kesehatan fisik dan psikologinya secara luas. (Rohmayanti, Rahman, and Nisman., 2015). Hal ini memang amanah yang

harus dijalankan oleh PKPR, dimana Depkes RI memandatkan PKPR sebagai pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan dan menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan dengan kesehatannya secara efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Depkes., 2005).

Temuan dari segi *provider* menunjukkan petugas memiliki pengetahuan yang kurang terkait program, dikarenakan tidak membaca aturan, buku panduan, dan SOP saat menjalankan tugas. Hal ini menimbulkan sifat netral gender dimana pelayanan yang diberikan ke remaja laki-laki dan perempuan adalah sama. Temuan ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan hasil wawancara dengan remaja diperoleh informasi bahwa petugas kesehatan memiliki penguasaan materi yang kurang pada saat penyuluhan/ pelatihan kesehatan (Rohmayanti, Rahman, and Nisman 2015). Selanjutnya diperoleh informasi dari hasil wawancara dengan pemegang program PKPR yaitu petugas sudah mendapatkan pelatihan konselor remaja dan petugas lainnya mendapatkan *refreshing* materi. Namun dalam pelaksanaan kegiatan, mereka memiliki hambatan dalam hal sumber daya manusia yang terbatas jumlahnya. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya dimana hambatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan remaja adalah adanya tugas yang banyak dan tidak kompatibel dengan pelatihan dasar mereka, kurang optimalnya supervisi dan manajemen, terlalu sedikit waktu untuk pasien, kurangnya privasi dan ketepatan bahan untuk edukasi dan konseling serta kurangnya

kesempatan untuk pendidikan lanjut (Alizadeth et al., 2009).

Seperti penelitian yang menyatakan bahwa sumber daya manusia yang menjadi tenaga pelatih bersifat fleksibel, dimana tenaga yang tidak memiliki kesibukan akan diikutkan sebagai pelatih. Menurut kepala puskesmas, jumlah sumber daya manusia untuk kegiatan pelatihan konselor sebaya masih terbilang kurang, mengingat setiap tenaga puskesmas memegang berbagai program sehingga tidak bisa fokus pada program PKPR khususnya pelatihan konselor sebaya. SOP yang dipakai menggunakan pedoman PKPR dari Dinas Kesehatan (Jati dkk, 2014).

Process

Terkait dengan evaluasi *process* dari segi fasilitas yaitu jenis pelayanan didalam dan diluar gedung, SOP kurang lengkap dan manfaat positif bagi pengguna, sedangkan dari segi hambatan yaitu peran serta orang tua kurang.

Temuan dari segi fasilitas menunjukkan jenis pelayanan di dalam dan di luar gedung sudah mempunyai subtansi kesetaraan dan keadilan gender, dimana pihak yang terlibat adalah semua tim laki-laki dan perempuan sesuai ranahnya masing-masing. Pihak Puskesmas melakukan kerjasama lintas sektor dengan pihak masyarakat, kecamatan dan kepolisian sesuai dengan kasus yang ditemukan di lapangan. Sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa perlu dilakukan penguatan kembali pada Komisi Kesehatan Reproduksi sebagai upaya untuk membentuk jejaring PKPR lintas sektor. Kemudian melalui komisi ini juga dapat dirumuskan pembagian tugas pokok, fungsi dan kewenangan sesuai dengan kapasitas dari masing-masing sektor. Selain itu komisi ini dapat memperjelas pola hubungan

kerja dan komunikasi sehingga terbentuk sistem koordinasi yang lebih efektif dan menjamin keterlibatan berbagai *stakeholder* yang terkait (Jati dkk, 2014).

Sejalan dengan penelitian di Uganda Utara yang menyatakan keterlibatan badan-badan PBB (Perserikatan Bangsa-Bangsa) dan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) dapat berkontribusi untuk memperkuat kapasitas pemerintah nasional dan daerah dan sistem kesehatan untuk memberikan tanggapan yang efektif dan akses yang setara ke layanan perawatan kesehatan. Selain itu, penggunaan program radio untuk menyebarkan informasi sangat penting untuk memberdayakan hak pemegang untuk mencari intervensi perawatan kesehatan yang tepat dan menuntut hak-hak mereka dari pengembalian tugas (Orach et al., 2009).

Dilihat dari segi hambatan didapatkan bahwa kurangnya pemahaman peran orang tua pada kesetaraan gender remaja laki-laki dan perempuan. Kesibukan orang tua dan pandangan orang tua yang menimbulkan anggapan akan tanggung jawab kesehatan reproduksi merupakan tanggung jawab sekolah. Hal ini sejalan dengan penelitian dimana orang tua sendiri memiliki komunikasi yang kurang baik dengan anak-anak remajanya. Komunikasi orang tua dengan remaja memegang peranan penting dalam membina hubungan dengan anak sehingga kegagalan berkomunikasi dengan anak akan menimbulkan konflik yang berdampak pada perilaku seksual remaja (Ismail, Sumarni, and Wanufika., 2017).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa secara khusus kesehatan reproduksi memang tidak dipelajari di sekolah sebagai bagian dari kurikulum. Sedangkan di rumah dan di

lingkungan, mungkin juga tidak banyak informasi terbuka mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi secara benar. Sampai saat ini pun masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja putri masih cukup banyak. Selain dua kasus di awal, masih ada aborsi tidak aman (*unsafety abortion*), kematian karena melahirkan pada usia muda, ketidakwaspadaan terhadap penyakit menular seksual, kasus HIV/AIDS yang terus meningkat, serta diskriminasi gender yang seringkali meminggirkan dalam banyak hal, baik dalam pendidikan (wawasan), pelayanan kesehatan, dan lainnya (Respati., 2011).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa sebagian besar orang tua di Indonesia enggan atau malu berbicara mengenai seks dengan anaknya. Sebagian masyarakat bahkan menganggap tabu bagi orang tua untuk membahas seks dengan anaknya, apalagi yang belum menikah. Selain itu, tidak sedikit orang tua yang juga mempunyai pemahaman yang terbatas mengenai seks. Banyak orang tua yang beranggapan bahwa remaja sudah mendapatkan informasi mengenai kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi dari sekolah (Situmorang, 2011). Selain itu kurangnya dukungan orang tua bagi remaja untuk mengakses layanan kesehatan remaja. Adanya rasa takut, orang tua remaja akan menghukum mereka jika mereka tahu bahwa mengunjungi layanan kesehatan. Adanya persepsi negatif bagi remaja yang mengunjungi layanan kesehatan. Pengaruh teman sebaya terutama laki-laki yang tidak membolehkan remaja perempuan untuk datang ke layanan kesehatan (Abuosi et al, 2019).

Hal ini menunjukkan kurang adanya integrasi program PKPR

pemerintah (Puskesmas) kepada remaja (dan keluarga). Sehingga terkesan pengetahuan KRR (Kesehatan Reproduksi Remaja) adalah tanggung jawab pemerintah (Puskesmas) dan remajanya, tetapi fungsi orang tua tidak dilibatkan dalam program PKPR atau memang orang tua dilibatkan tetapi mereka tidak mau karena alasan sibuk. Hal ini sejalan dengan penelitian yang mengemukakan bahwa perlunya keterlibatan laki-laki dalam strategi perubahan untuk menyamakan *stereotype* gender. Selain melibatkan remaja laki-laki, strategi pelayanan kesehatan reproduksi remaja juga melibatkan keluarga (Kato-Wallace et al. 2016) .

Product

Terkait dengan evaluasi *product* dari segi harapan yaitu penambahan sarana prasarana, sistem pelaporan/ *monitoring* evaluasi diperbaiki dan orang tua terlibat PKPR, dari segi hambatan yaitu anggaran terbatas.

Dari hasil penelitian dari segi harapan penambahan sarana dan prasarana didapatkan bahwa kurangnya ruangan mengakibatkan pelayanan yang diberikan oleh tim petugas kurang maksimal karena dijadikan satu dengan pasien dewasa. Sehingga pelayanan yang diberikan netral gender antara laki-laki dan perempuan yaitu ruang yang dimiliki terbatas namun untuk pelayanan telah dibuat jadwal yang berbeda untuk laki-laki dan perempuan agar dalam memberikan pelayanan tidak terjadi bentrok.

Hal tersebut dikarenakan karena keterbatasan ruangan yang ada di Puskesmas. Keterbatasan ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa beberapa Puskesmas PKPR belum memiliki ruangan khusus untuk pelayanan remaja dikarenakan keterbatasan lahan di Puskesmas (Utami dkk,

2016). Ruangan yang tidak memenuhi privasi remaja hal ini mengakibatkan remaja tidak mengakses layanan kesehatan karena privasi mereka tidak terjamin (Nair et al., 2015). Seperti penelitian lain yang menyatakan harapan remaja agar PKPR terlaksana secara optimal yaitu penyuluhan dan pelatihan serta pemeriksaan klinis medis yang langsung menjangkau remaja diharapkan dapat menggunakan berbagai media yang inovatif yaitu: media yang disesuaikan dengan kebutuhan remaja, penggunaan teknologi informasi melalui media sosial maupun pesan singkat yang mudah diakses remaja, pelayanan pada remaja difokuskan dengan membentuk tim khusus yang menangani remaja (Rohmayanti dkk, 2015).

Dari hasil penelitian bahwa sistem pelaporan yang dilakukan oleh Puskesmas sudah baik sudah mengandung unsur kesetaraan gender dimana sistem pelaporannya sudah ada tercantum laporan antara laki-laki dan perempuan tetapi belum lengkap dimana belum ada data *follow up* antara remaja yang sudah di PKPR dan mendapatkan kasus sudah pernah di PKPR atau belum.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan untuk mencapai tujuan rekam medis diperlukan upaya peningkatan mutu rekam medis oleh Unit Kerja Rekam Medis, dimana upaya peningkatan mutu tersebut sangat tergantung dari tersedianya data dan informasi yang jelas, akurat, terpercaya, dan penyajiannya yang tepat waktu. Data dan informasi kesehatan yang tercantum dalam berkas rekam medis sangat berguna bagi manajemen institusi pelayanan kesehatan untuk menilai pelayanannya, apakah bermutu, efisien, dan efektif (Hakam., 2018).

Hal ini sejalan dengan pernyataan kesetaraan gender, kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan serta hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan politik, hukum, ekonomi, sosial budaya, pendidikan dan pertahanan & keamanan nasional (Hankamnas) serta kesamaan dalam menikmati hasil pembangunan. Keadilan gender suatu perlakuan adil terhadap perempuan dan laki-laki. Perbedaan biologis tidak bisa dijadikan dasar untuk terjadinya diskriminasi mengenai hak sosial, budaya, hukum dan politik terhadap satu jenis kelamin tertentu (Warliah., 2017).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan didapatkan simpulan bahwa kinerja PKPR sudah sebagian memenuhi substansi kesetaraan gender yaitu dalam hal *Context, Input, Proses* dan *Product*. Namun demikian, masih banyak hal lain seperti *Input, Proses* dan *Product* yang implementasinya lebih berasumsi netral gender, artinya diasumsikan bahwa laki-laki dan perempuan diperlakukan sama karena keduanya memiliki kebutuhan dan masalah yang sama. Sementara kesetaraan itu berangkat dari indikator akan adanya ‘akses, partisipasi, kontrol dan manfaat’ (APKM) dalam penerapan program PKPR, ada sebagian (belum secara keseluruhan) prinsip kesetaraan gender (APKM) diterapkan dalam keseluruhan alur program PKPR adalah karena belum dilatihnya pengelola program tentang kesetaraan gender sehingga akibatnya pengelola program tidak memahami bagaimana menerapkan prinsip kesetaraan gender.

Hal ini terbukti dari temuan bahwa kesetaraan gender hanya terlaksana dalam hal kesamaan akses dan partisipasi, tetapi dalam hal manfaat dan kontrol program PKPR belum merata bagi perempuan dan laki-laki, baik secara pelaksana maupun penerima manfaat. Adanya fakta bahwa laki-laki dan perempuan itu memiliki fungsi reproduksi yang berbeda namun secara sosial budaya keduanya diasumsikan memiliki kebutuhan kesehatan reproduksi yang sama sehingga mengakibatkan perlakuan diskriminatif terhadap laki-laki dan perempuan dalam layanan kesehatan. Itulah sebabnya diperlukan penyikapan dan perlakuan yang berkesetaraan dan responsif gender dari petugas Puskesmas dalam merancang dan mengimplementasikan program layanan kesehatan reproduksi, dalam hal ini bagi kaum remaja.

Hambatan dalam membangun prinsip layanan berkesetaraan gender dikontribusikan oleh kurangnya pelatihan, pembekalan dan monitoring dari Pemerintah kepada para petugas Puskesmas yang terkait dengan wawasan seputar gender dan implementasinya dalam mengelola organisasi dan menjalankan program layanan kesehatan. Masih terbatasnya anggaran dari pemerintah sehingga kebutuhan suatu program tidak dapat dicukupi adalah salah satu bentuk lemahnya monitoring pemerintah terhadap program PKPR yang dimandatkan kepada Puskesmas. Kurangnya partisipasi orang tua dalam PKPR adalah salah satu contoh kurangnya terobosan program PKPR dalam melibatkan orang tua remaja dalam ikut mengusung wawasan kesehatan reproduksi bagi para remajanya.

Ucapan Terima Kasih

Semua informan yang bersedia memberikan informasi dan Magister Kebidanan UNISA Yogyakarta yang memberikan fasilitas dalam melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abuosi Aaron Asibi, and Anaba Emmanuel Anongeba. (2019). 'Barriers on Access to and Use of Adolescent Health Services in Ghana'. *Journal of Health Research* 33 (3): 197-207. <https://doi.org/10.1108/JHR-10-2018-0119>.
- Afrizal. (2016). *Metode Penelitian Kualitatif*. PT. Raja Grafindo Persada.
- Akbar, H., KM, S., Epid, M., Qasim, N. M., Hidayani, W. R., KM, S., ... & KM, S. (2021). *Teori kesehatan reproduksi*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Al-Attar, Ghada, Sara De Meyer, Omaima El-Gibaly, Kristien Michielsen, Lydia H. Animos, and Kristin Mmari. (2017). "A Boy Would Be Friends With Boys ... and a Girl ... With Girls": Gender Norms in Early Adolescent Friendships in Egypt and Belgium'. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 61 (4S): S30-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.013>.
- Dagnew, T, F Tessema, and D Hiko. (2015). 'Health Service Utilization and Reported Satisfaction among Adolescents in Dejen District, Ethiopia: A Cross-Sectional Study'. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 25 (1): 17. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v25i1.4>.
- Depkes, R. I. (2005). Pedoman pelayanan kesehatan peduli remaja di puskesmas. *Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta*.
- Dessie, Y., Berhane, Y., & Worku, A. (2015). Parent-adolescent sexual and reproductive health communication is very limited and associated with adolescent poor behavioral beliefs and subjective norms: evidence from a community based cross-sectional study in eastern Ethiopia. *PloS one*, 10(7), e0129941.
- Dida, S., Lukman, S., Sono, S., Herison, F., Priyatna, C. C., Zaidan, A. R., & Prihyugiaro, T. Y. (2019). Pemetaan Prilaku Penggunaan Media Informasi Dalam Mengakses Informasi Kesehatan Reproduksi Di Kalangan Pelajar Di Jawa Barat. *Jurnal Keluarga Berencana*, 4(2), 32-46.
- Hakam, F. (2018). Analisis Penyediaan Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) Di Puskesmas X. *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan*, 1(1).
- Hanapi, N. N., Daud, M. N., & Mansor, M. (2019). Gender Differences in Risk-Taking Attitudes Among Adolescents. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*, 4(4), 71-75.
- Hasan, A., Yasin, S. N. T. M., & Yunus, M. F. M. (2015). A conceptual framework for mechatronics curriculum using Stufflebeam CIPP Evaluation Model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 195, 844-849.

- Hasanah, H. (2016). Pemahaman kesehatan reproduksi bagi perempuan: Sebuah strategi mencegah berbagai resiko masalah reproduksi remaja. *Sawwa: Jurnal Studi Gender*, 11(2), 229-252.
- Hidayat, Anwar. 2012. *Besar Sampel Dalam Penelitian*.
- Hukum, K., HAM, K. P. P., & Indonesia, P. A. R. K. dalam NRI (2012). *Parameter Kesetaraan Gender dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan*.
- Ivateh. 2015. 'CIPP Evaluation Model'. <https://ivanteh-runningman.blogspot.com>.
- Jaffer, Y Bint Ahmad, and M Afifi. 2005. 'Adolescents' Attitudes toward Gender Roles and Women's Empowerment in Oman'. *Eastern Mediterranean Health Journal* 11 (4): 14.
- Jannah Miftahul. (2016). 'Remaja Dan Tugas-Tugas Perkembangannya Dalam Islam'. *Jurnal Psikoislamedia*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta.
- Kurniasih, N, and N Komariah. (2017). *Peta Pencarian Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja Kota Bandung Berdasarkan Jenis Kelamin, Latar Belakang Pendidikan, Status Sosial Dan Ekonomi*.
- Landry, Megan, Amita Vyas, Gayatri Malhotra, and Nitasha Nagaraj. (2019). 'Adolescents' Development of Gender Equity Attitudes in India'. *International Journal of Adolescence and Youth*, April, 1-10. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590852>.
- Leonardi, Mathew, Helena Frecker, Ayden I. Scheim, and Sari Kives. (2018). 'Reproductive Health Considerations in Sexual and/or Gender Minority Adolescents'. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, October. <https://doi.org/10.1016/j.jpaa.2018.09.010>.
- Machfoedz Ircham. (2018). *Metodologi Penelitian (Kuantitatif & Kualitatif) Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran Disertai Contoh KTI, Skripsi, Tesis*. Fitramaya.
- Nurmansyah, M.I, B AL-Aula, and Y Powell, Brent, and Eric Conrad. (2015). 'Utilizing the CIPP Model as a Means to Develop an Integrated Service-Learning Component in a University Health Course', 12.
- Rosdiana, A. I., and Indarjo Raharjo, B. B S. n.d. 'Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS)'. *HIGEIA Journal of Public Health Research and Development*. 1(3): 140-150.
- UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs. (2017). 'Sustainable Development Goals Report 2017'. <https://www.un.org/development/desa/publications/sdg-report-2017.html>.
- Yin, Robert K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. Sixth edition. Los Angeles: SAGE.