

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Remaja

a. Pengertian

Masa remaja sering disebut masa pergantian dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, dimana masa yang telah meliputi semua perkembangan yang dialami sebagai persiapan memasuki masa dewasa. Perubahan perkembangan meliputi banyak aspek yaitu aspek fisik, psikis dan psikososial. Remaja ialah masa perubahan atau peralihan dari anak-anak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologis, perubahan psikologis, dan perubahan sosial (Sofia & Adiyanti, 2013)

Menurut WHO, remaja adalah penduduk yang berusia 10-19 tahun, sedangkan menurut Permenkes Nomor 25 tahun 2014 tertulis bahwa remaja adalah penduduk berusia 10-18 tahun.

b. Perubahan sosial pada masa remaja

Dalam perkembangan remaja hal yang menjadi paling sulit yaitu yang berhubungan dengan penyesuaian sosial. Pada masa ini remaja berusaha untuk menyesuaikan diri dengan lawan jenis, karena pada masa kanak-kanak sebelumnya belum pernah ada sehingga menyesuaikan diri dengan orang dewasa lain diluar lingkungan keluarga dan sekolah. Remaja lebih banyak menghabiskan waktunya bersama dengan teman-teman, maka

pengaruh teman-teman sebaya pada sikap, pembicaraan, minat, penampilan, dan perilaku lebih besar dari pada pengaruh keluarga. Seperti misalnya kesempatan untuk diterima menjadi anggota kelompok lebih besar jika sebagian besar dari remaja mengetahui bahwa mereka menggunakan model pakaian yang sama dengan anggota kelompok yang populer (Nasution, 2007). Kelompok sosial yang sering terjadi pada remaja (Hurlock, 1999 dalam Nasution, 2007):

1) Teman dekat

Teman dekat dapat diartikan sahabat karib. Teman dekat bisa menjadi saling berpengaruh satu sama lain, maka untuk menjadi sahabat karib biasanya mereka terdiri dari jenis kelamin yang sama, minat yang sama dan kemampuan yang sama.

2) Kelompok kecil

Kelompok kecil bisa dimaksud kelompok yang terdiri dari teman-teman dekat. Kelompok kecil biasanya terbentuk karena jenis kelamin yang sama, tetapi kemudian meliputi kedua jenis kelamin.

3) Kelompok besar

Kelompok besar terdiri dari kumpulan kelompok kecil dan kelompok teman dekat. Terdapat jarak antara sosial yang lebih besar di antara mereka.

4) Kelompok yang terorganisasi

Kelompok yang terorganisasi maksudnya adalah kelompok yang dibina orang dewasa, serta dibentuk oleh sekolah dan organisasi masyarakat dengan tujuan memenuhi kebutuhan sosial para remaja yang tidak mempunyai kelompok besar.

5) Kelompok geng

Remaja yang tidak termasuk dalam kelompok kecil atau kelompok besar dan merasa tidak cocok dengan kelompok yang terorganisasi biasanya akan mengikuti kelompok geng. Anggota kelompok geng biasanya terdiri dari anak-anak sejenis dan minat utama mereka biasanya untuk menghadapi penolakan teman-teman melalui perilaku anti sosial.

2. Permasalahan Kesehatan Remaja

a. Kecukupan gizi

Gizi merupakan suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, serta menghasilkan energi (Susilowati & Kuspriyanto, 2016)

Angka Kecukupan Gizi (AKG) merupakan kecukupan pada tingkat konsumsi sedangkan pada tingkat produksi dan penyediaan perlu diperhitungkan kehilangan dan penggunaan lainnya dari tingkat produksi sampai tingkat konsumsi (Pritasari et al., 2017)

b. Kesehatan reproduksi

World Health Organization (WHO) memaparkan bahwa kesehatan

reproduksi merupakan suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Peraturan pemerintah No 61 tahun 2014 menyebutkan bahwa Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses produksi.

c. Pernikahan usia dini

Pernikahan usia dini (*early marriage*) merupakan suatu pernikahan formal atau tidak formal yang dilakukan dibawah usia 18 tahun (UNICEF, 2014). Dalam melangsungkan pernikahan tidak ada ukuran pasti untuk menentukan usia, namun untuk menentukan usia yang ideal dalam pernikahan dapat dikemukakan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan yaitu:

- 1) Kematangan Fisiologis atau Kejasmanian
- 2) Kematangan Psikologis
- 3) Kematangan Sosial
- 4) Tinjauan Masa Depan
- 5) Perbedaan Antara Perkembangan Pria dan Wanita

d. Kesehatan Mental/Jiwa

1) Pengertian

Kesehatan mental yang ditekankan oleh WHO sebagaimana

tertuang dalam konstitusinya bahwa kesehatan adalah keadaan yang lengkap kesejahteraan fisik, mental dan sosial dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Menurut WHO (2003), kesehatan mental meliputi kesejahteraan, self efficacy yang dirasakan, kompetensi dan pengakuan untuk mewujudkan potensi intelektual dan emosional.

2) Faktor yang menyebabkan gangguan mental pada remaja

Menurut (Mubasyiroh et al., 2017), faktor penyebab gangguan mental emosional pada remaja ditimbulkan dari banyak hal, seperti banyaknya tekanan dan kurangnya support sistem dari keluarga, pergaulan yang menyimpang pengaruh dari teman, tekanan dari tuntutan pelajaran disekolah yang diberikan guru kepada siswa. Gangguan mental relatif terjadi pada remaja perempuan dikarenakan banyaknya tindakan pelecehan yang terjadi pada perempuan, tidak dapat mencerna dengan positif hal hal yang ada dalam kehidupan. Remaja yang terindikasi mengkonsumsi narkoba juga dapat berisiko lebih besar mengalami gangguan mental emosional.

e. Penyalahgunaan Narkoba

1) Pengertian

Narkoba (singkatan dari Narkotika, Psikotropika, dan Bahan Adiktif lainnya) adalah bahan/zat yang jika dimasukkan ke dalam tubuh manusia, baik secara diminum, dihirup, maupun disuntikan

(Kusmaryani, 2009). Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) narkoba adalah obat yang dapat membuat tenang syaraf, mengurangi dan menghilangkan rasa sakit. Menurut istilah kedokteran, narkoba ialah obat yang dapat menghilangkan rasa sakit dan nyeri di sekitar rongga dada dan rongga perut, dan dapat menimbulkan adiksi atau kecanduan.

2) Jenis-jenis Narkoba

Menurut Hidayati (2017), Narkoba terbagi menjadi tiga jenis dan terbagi menjadi beberapa kelompok, yaitu:

a) Narkotika

Narkotika zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun bukan sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran dan hilangnya rasa. Zat ini dapat mengurangi dan menghilangkan rasa nyeri yang dapat menimbulkan ketergantungan. Narkotika dapat menyebabkan adiksi (ketagihan) yang sangat berat.

b) Psikotropika

Psikotropika adalah obat yang digunakan oleh dokter untuk mengobati seseorang yang mengalami gangguan jiwa. Golongan adiktif lainnya yaitu zat selain narkotika dan psikotropika yang dapat menimbulkan ketergantungan. Contohnya seperti:

- i. Rokok
- ii. Kelompok alkohol dan minuman lain yang memabukkan dan menimbulkan ketagihan
- iii. Thinner dan zat-zat lain, seperti lem kayu, penghapus cair, aseton, cat, bensin, yang bila dihisap, dihirup, dan dicium dapat memabukkan (Partodiharjo et al., 2007)

3) Dampak Penyalahgunaan Narkoba

Menurut (Hidayati, 2017b), penyalahgunaan narkoba bisa berdampak sebagai berikut:

- a) Terhadap kondisi fisik
- b) Terhadap kehidupan mental emosional
- c) Terhadap kehidupan sosial
- d) Ketergantungan Fisik
- e) Ketergantungan Psikologis

f. Perilaku Seksual Remaja

Perilaku seksual ialah segala bentuk tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenisnya ataupun dengan sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bisa bermacam-macam, mulai dari membaca buku porno, nonton film porno, perasaan tertarik sampai tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama (Hidayati, 2017b).

g. Penyakit Menular (PM)

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja yang marak terjadi di Indonesia diantaranya adalah seks bebas, hamil diluar nikah (KTD), pengguguran secara paksa dan kehamilan usia dini yang bisa menyebabkan penyakit infeksi menular seksual (IMS).

Infeksi menular seksual merupakan istilah umum yang penyebabnya tinggal dalam darah atau cairan tubuh, seperti virus, mikroplasma, bakteri, jamur, dan parasit-parasit kecil (misalnya: scabies).

h. Penyakit Tidak Menular (PTM)

Penyakit tidak menular (PTM) adalah salah satu atau masalah kesehatan yang sampai saat ini tetap menjadi perhatian dalam dunia kesehatan karena merupakan salah satu penyebab dari kematian (Ticoalu & Samodra, 2012). PTM juga dikenal sebagai penyakit kronis dan tidak ditularkan dari orang ke orang, PTM umumnya memiliki durasi yang panjang dan pada umumnya berkembang secara lambat (Riskesdas, 2013).

3. Perilaku

Perilaku merupakan respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Sering tidak

disadari bahwa interaksi tersebut amat kompleks sehingga kadang-kadang kita tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu. Karena itu amat penting untuk dapat menelaah alasan dibalik perilaku individu, sebelum ia mampu mengubah perilaku tersebut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Notoatmodjo (1993) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong dan kekuatan-kekuatan penahan, perilaku itu dapat berubah apabila ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang. Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (1997), mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang dan tanggapan juga respon.

4. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku

Setiap individu memiliki perilakunya sendiri yang berbeda dengan individu lain, termasuk pada kembar identik sekalipun. Perilaku tidak selalu mengikuti urutan tertentu sehingga terbentuknya perilaku positif tidak selalu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap positif. Menurut Lawrence Green (1980) perilaku manusia dipengaruhi oleh 3 faktor utama, diantaranya:

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor predisposing merupakan faktor yang menjadi dasar motivasi atau niat seseorang melakukan sesuatu. Faktor pendorong meliputi

pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai dan persepsi, tradisi, dan unsure lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor *enabling* merupakan faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Faktor pemungkin meliputi sarana dan prasarana atau fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*)

Faktor *reinforcing* merupakan faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.

5. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

a. Pengertian PKPR

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan agar mudah dijangkau oleh remaja serta dapat berkesan menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai, menjaga rahasia, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatan remaja, serta efektif, efisien dan komprehensif dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Kementerian Kesehatan, 2018). Dalam program PKPR, pelayanan kesehatan yang diberikan petugas kesehatan ditujukan agar mendeteksi, mengatasinya, dan mencegah masalah kesehatan pada

remaja. Hal ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan memiliki peran penting dalam perkembangan dan kesehatan remaja. Petugas kesehatan sebagai penyedia layanan kesehatan berkontribusi dalam membantu remaja menjaga kesehatan dan membantu remaja yang sakit menjadi sehat kembali (WHO, 2012).

Pemerintah Indonesia telah memberikan perhatian terhadap perkembangan dan permasalahan kesehatan remaja sejak tahun 2003 dengan mengembangkan program kesehatan remaja di Indonesia dengan menggunakan pendekatan PKPR di tingkat puskesmas. Pelayanan tersebut dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja untuk mengatasi masalah kesehatan remaja, baik preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif untuk semua kalangan remaja. Pendekatan ini bertujuan untuk mendorong provider khususnya Puskesmas mampu memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, sesuai dan memenuhi kebutuhan remaja yang menginginkan privacy, diakui, dihargai dan dilibatkan dalam perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi kegiatan.

b. Tujuan PKPR

Terselenggaranya PKPR berkualitas di Puskesmas dan tempat pelayanan remaja lainnya, yang mampu menghargai dan memenuhi hak-hak serta kebutuhan remaja sebagai individu, dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan, pertumbuhan dan

perkembangan yang optimal bagi remaja sesuai dengan potensi yang dimiliki.

c. Pengguna Pelayanan PKPR

Kementerian Kesehatan menetapkan sasaran pengguna layanan PKPR meliputi remaja berusia 10 sampai 19 tahun, tanpa memandang status pernikahan. Petugas yang melayani PKPR bisa dari seorang dokter, bidan atau perawat yang telah terlatih. Pelayanan yang diberikan antara lain adalah pemeriksaan kesehatan, pengobatan penyakit, konseling atau curhat, penyuluhan kesehatan, dan diskusi serta berdialog.

Fokus sasaran layanan puskesmas PKPR adalah berbagai kelompok remaja, antara lain:

- 1) Remaja sekolah, meliputi sekolah umum, madrasah, pesantren, dan sekolah luar biasa.
- 2) Remaja di luar sekolah, meliputi karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja, panti yatim piatu atau rehailitasi, kelompok belajar mengajar, organisasi remaja, rumah singgah, dan kelompok keagamaan.
- 3) Remaja putri sebagai calon ibu dan remaja hamil tanpa mememasalahkan status pernikahan.
- 4) Remaja yang rentan terhadap penularan HIV, remaja yang sudah terinfeksi HIV, remaja yang terkena dampak HIV dan AIDS, remaja yang menjadi yatim/piatu karena AIDS.

5) Remaja berkebutuhan khusus, yang meliputi kelompok remaja korban kekerasan, korban trafficking (perdagangan), korban eksploitasi seksual, penyandang cacat di lembaga permasyarakatan (LAPAS), anak jalanan, dan remaja pekerja serta remaja di daerah konflik (pengungsian) dan daerah terpencil.

d. Paket Pelayanan Remaja yang Sesuai dengan Kebutuhan

Paket pelayanan kesehatan remaja yang sesuai kebutuhan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang harus diberikan secara komprehensif di semua tempat yang akan melakukan pelayanan remaja dengan pendekatan PKPR.

Intervensi meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja (meliputi infeksi menular seksual/IMS, HIV&AIDS) termasuk seksualitas dan pubertas.
- 2) Pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja.
- 3) Pelayanan gizi (anemia, kekurangan dan kelebihan gizi) termasuk konseling dan edukasi.
- 4) Tumbuh kembang remaja
- 5) Skrining status TT (Tetanus Toksoid) pada remaja
- 6) Pelayanan kesehatan jiwa remaja, meliputi masalah psikososial, gangguan jiwa, dan kualitas hidup
- 7) Pencegahan dan penanggulangan NAPZA (Narkotika,

Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya)

- 8) Deteksi dan penanganan kekerasan terhadap remaja
- 9) Deteksi dan penanganan tuberkulosis
- 10) Deteksi dan penanganan kecacingan

6. Standar Nasional PKPR

Menurut buku pedoman Standart Nasional PKPR (2014) menyatakan bahwa Standar Nasional PKPR adalah dokumen tertulis yang berisi berbagai persyaratan mutu PKPR, yang meliputi persyaratan mutu masukan (input), proses, maupun luaran (output). Standar Nasional PKPR dapat dikembangkan dengan tujuan sebagai pedoman dalam mengarahkan dan menilai mutu PKPR. Jadi pada dasarnya Standar Nasional PKPR adalah pedoman pengendalian mutu yang digunakan oleh fasilitas kesehatan untuk meningkatkan dan menjamin mutu PKPR yang telah dilaksanakan. Dalam penggunaan standar ini, fasilitas kesehatan menjadi yang pertama dan harus lebih dulu mampu melaksanakan PKPR.

Kriteria puskesmas yang mampu melaksanakan PKPR sebagai berikut:

- a. Semua remaja yang memerlukan konseling dengan kontak petugas PKPR diberikan pelayanan konseling.
- b. Dilakukan pembinaan pada minimal 1 (satu) sekolah dalam 1 (satu) tahun di sekolah umum atau sekolah berbasis agama, dengan minimal melaksanakan kegiatan KIE di sekolah binaan minimal 2 kali dalam setahun.

c. Konselor sebaya dilatih di sekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid sekolah binaan.

Selanjutnya, kualitas peningkatan penyelenggaraan PKPR, Puskesmas harus meningkatkan proses kegiatan dan mutu masukan sebagaimana dinyatakan di dalam dokumen Standar Nasional PKPR ini. Standar Nasional PKPR ini mengatur 5 aspek yang berkaitan dengan penyelenggaraan PKPR, yaitu:

a) SDM kesehatan

Terbentuk dan berfungsinya tim PKPR yang kompeten (mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan) untuk melaksanakan PKPR sesuai dengan standar dan pedoman yang berlaku.

Tabel 2. 1 Standart 1 SDM Kesehatan

STANDAR 1. SDM KESEHATAN Terbentuk dan berfungsinya tim PKPR yang kompeten (mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan) untuk melaksanakan PKPR sesuai dengan Standar dan pedoman yang berlaku.		
Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
I.1.1. Pengelola program terlatih, terkait PKPR, yang mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan PKPR sesuai kebutuhan remaja berdasarkan pedoman.	P.1.1. Pengelola program melaksanakan pelayanan terhadap remaja sesuai dengan Standar dan pedoman yang berlaku dan dikukuhkan dengan Surat Keputusan.	Terbentuk dan berfungsinya tim PKPR yang kompeten (mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan) untuk melaksanakan PKPR sesuai dengan Standar dan pedoman yang berlaku.
I.1.2. Pengelola program, terlatih dan mampu memberikan pelayanan konseling yang peduli, peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan Standar dan pedoman yang berlaku.	P.1.2. Pengelola program memberikan pelayanan konseling yang peduli, peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan Standar dan pedoman yang berlaku.	

Semua kriteria masukan dan proses terpilih untuk Pemantauan Terbatas.

Sumber: Buku Pedoman Standart Nasional PKPR (2014)

b) Fasilitas kesehatan

Tersedianya dan berfungsinya fasilitas kesehatan mampu melaksanakan PKPR dengan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan remaja, prosedur, dan tata laksana yang ramah remaja, serta didukung sarana, prasarana, termasuk peralatan dan obat-obatan yang memadai.

Tabel 2. 2 Standart 2 Fasilitas Kesehatan

STANDAR 2. FASILITAS KESEHATAN		
Tersedia dan berfungsinya fasilitas kesehatan mampu laksana PKPR dengan pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan remaja, prosedur dan tata laksana yang ramah remaja, serta didukung sarana, prasarana, termasuk peralatan dan obat-obatan yang memadai		
Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
I.2.1. Tersedianya paket pelayanan kesehatan komprehensif sesuai dengan kebutuhan remaja tanpa membedakan karakteristik sosial dan ekonomi pada setiap jenjang pelayanan kesehatan, baik di dalam maupun di luar gedung, berdasarkan Standar dan pedoman yang berlaku.	P.2.1. Pengelola program menyelenggarakan paket pelayanan kesehatan komprehensif, sesuai Standar dan pedoman untuk memenuhi kebutuhan remaja tanpa membedakan karakteristik sosial dan ekonomi, baik di dalam maupun di luar gedung.	Tersedia dan berfungsinya fasilitas kesehatan mampu laksana PKPR dengan pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan remaja, prosedur dan tata laksana yang ramah remaja, serta didukung sarana, prasarana, termasuk peralatan dan obat-obatan yang memadai.
I.2.2. Tersedianya prasarana dan sarana yang diperlukan sesuai Standar dan pedoman untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif yang memenuhi selera remaja, baik di dalam maupun di luar gedung.	P.2.2. Pengelola program memanfaatkan prasarana dan sarana yang tersedia untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif yang sesuai dengan kebutuhan remaja tanpa membedakan karakteristik sosial dan ekonomi, baik di dalam maupun di luar gedung.	
I.2.3. Tersedianya prosedur, tata laksana dan alur pelayanan yang mampu mencegah terjadinya <i>missed opportunity</i> dan menjamin kerahasiaan, privasi, kenyamanan dan kecepatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif bagi remaja, baik di dalam maupun di luar gedung faskes.	P.2.3. Pengelola program menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi remaja dengan prosedur dan tata laksana yang mampu mencegah terjadinya <i>missed opportunity</i> dan menjamin kerahasiaan, privasi, kenyamanan dan kecepatan, baik di dalam maupun di luar gedung.	

Kriteria yang terpilih untuk Pemantauan Terbatas adalah I.2.1, P.2.1, I.2.3 dan P.2.3.

Sumber: Buku Pedoman Standart Nasional PKPR (2014)

c) Remaja

Remaja memperoleh informasi yang dibutuhkan sehingga mampu memahami kebutuhan untuk hidup sehat dan produktif, serta dapat memanfaatkan berbagai jenis dan tempat layanan kesehatan sesuai kebutuhan.

Tabel 2. 3 Standart 3 Remaja

STANDAR 3. REMAJA		
Remaja memperoleh informasi yang dibutuhkan sehingga memahami kebutuhan mereka untuk hidup sehat dan produktif, dan dapat memanfaatkan berbagai jenis dan tempat layanan kesehatan sesuai kebutuhan mereka		
Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
I.3.1. Tersedianya mekanisme, prosedur dan sumber daya penyelenggaraan kegiatan pemberian informasi / pelayanan KIE yang memenuhi selera dan kebutuhan berbagai kelompok remaja berdasarkan Standar/pedoman yang berlaku, oleh berbagai pihak terkait sesuai dengan kewenangan masing-masing.	P.3.1. Terselenggaranya kegiatan pemberian informasi kepada remaja/ pelayanan KIE yang memenuhi selera dan kebutuhan berbagai kelompok remaja berdasarkan Standar/pedoman yang berlaku, oleh berbagai pihak terkait sesuai dengan kewenangan masing-masing.	Remaja memperoleh informasi yang dibutuhkan sehingga mampu memahami kebutuhan untuk hidup sehat dan produktif, serta dapat memanfaatkan berbagai jenis dan tempat layanan kesehatan sesuai kebutuhan.
I.3.2. Tersedianya berbagai alat bantu audio-visual untuk kegiatan pemberian informasi/pelayanan KIE, yang memenuhi selera dan kebutuhan berbagai kelompok remaja dan masyarakat terkait.	P.3.2. Diselenggarakannya kegiatan pemberian informasi/pelayanan KIE yang memenuhi selera dan kebutuhan berbagai kelompok remaja dan masyarakat terkait, menggunakan berbagai metode dan alat bantu audio-visual.	
I.3.3. Adanya pedoman tentang peran, hak, tanggung jawab, dan ruang lingkup kegiatan konselor sebaya pendamping konselor sebaya.	P.3.3. Konselor sebaya dan pendamping konselor sebaya melaksanakan peran, hak, tanggung jawab serta kegiatan sesuai pedoman.	

Kriteria yang terpilih untuk Pemantauan Terbatas adalah I.3.2, P.3.2, I.3.3 dan P.3.3.

Sumber: Buku Pedoman Standart Nasional PKPR (2014)

d) Jejaring

Terbentuk dan berfungsinya jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas program, lintas sektor terkait, dan lembaga swadaya masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan PKPR.

Tabel 2. 4 Standart 4 Jejaring

STANDAR 4. JEJARING Terbentuk dan berfungsinya jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas program, lintas sektor terkait, dan lembaga swadaya masyarakat, dalam penyediaan dan pemanfaatan PKPR.		
Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
I.4.1. Tersedianya metode dan instrumen untuk melakukan pemetaan peran, kegiatan dan produk berbagai pemangku kepentingan dalam pembinaan kesehatan remaja (<i>duty bearer analysis</i>).	P.4.1. Terlaksananya pemetaan dan tersedianya peta peran, kegiatan dan produk berbagai pemangku kepentingan dalam pembinaan kesehatan remaja.	Terbentuk dan berfungsinya jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas program, lintas sektor terkait, dan lembaga swadaya masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan PKPR.
I.4.2. Tersedianya mekanisme pembentukan jejaring/forum antar pemangku kepentingan, kejelasan peran, tanggung jawab, dan fungsi pembinaan dari setiap organisasi dalam pembinaan kesehatan remaja.	P.4.2. Terlaksananya mekanisme pembentukan jejaring/forum antar pemangku kepentingan, adanya kejelasan peran, tanggung jawab, dan fungsi pembinaan dari setiap organisasi dalam pembinaan kesehatan remaja.	
I.4.3. Tersedianya mekanisme pembinaan berbagai kelompok masyarakat untuk mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja.	P.4.3. Berbagai kelompok masyarakat melaksanakan kegiatan yang mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja.	
I.4.4. Tersedianya mekanisme pembinaan, penguatan peran, dan tanggung jawab organisasi remaja yang memperjuangkan kepentingan remaja.	P.4.4. Terlaksananya pembentukan, pembinaan penguatan peran, dan tanggung jawab organisasi remaja yang memperjuangkan kepentingan remaja.	
I.4.5. Tersedianya mekanisme untuk meningkatkan partisipasi remaja dalam pembinaan kesehatan remaja.	P.4.5. Remaja didorong untuk berpartisipasi aktif dalam merencanakan, melaksanakan, memantau dan menilai kegiatan pembinaan kesehatan remaja.	

Kriteria yang terpilih untuk Pemantauan Terbatas adalah I.4.1, P.4.1, I.4.5 dan P.4.5.

Sumber: Buku Pedoman Standart Nasional PKPR (2014)

e) Manajemen Kesehatan

Adanya kebijakan dan sistem manajemen yang mampu menjamin peningkatan kualitas PKPR.

Tabel 2. 5 Standart 5 Manajemen Kesehatan

STANDAR 5. MANAJEMEN KESEHATAN Adanya kebijakan dan sistem manajemen yang mampu menjamin dan meningkatkan kualitas PKPR		
Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
I.5.1. Tersedianya berbagai dokumen yang dibutuhkan untuk advokasi terhadap penentu kebijakan/pengambil keputusan pada berbagai tingkat administratif, dengan tujuan untuk memastikan ketersediaan sumber daya bagi pelaksanaan PKPR.	P.5.1. Terlaksananya kegiatan advokasi PKPR dengan menggunakan berbagai dokumen terkait pada berbagai tingkat administratif untuk mendukung lahirnya kebijakan pelaksanaan PKPR.	Adanya kebijakan dan sistem manajemen yang mampu menjamin peningkatan kualitas PKPR.
I.5.2. Tersedianya Standar, pedoman, dan rencana aksi untuk penyelenggaraan PKPR.	P.5.2. Terselenggaranya PKPR sesuai dengan Standar, pedoman, dan rencana aksi.	
I.5.3. Tersedianya sistem pencatatan dan pelaporan program PKPR.	P.5.3. Terselenggaranya pencatatan dan pelaporan program PKPR.	
I.5.4. Tersedianya metode dan instrumen untuk melaksanakan evaluasi diri, supervisi fasilitatif dan pemantauan terhadap penyelenggaraan PKPR.	P.5.4. Terlaksananya kegiatan evaluasi diri, supervisi fasilitatif dan pemantauan terhadap penyelenggaraan PKPR.	
I.5.5. Adanya sistem rujukan medik untuk pelayanan kesehatan remaja, yang terintegrasi dengan rujukan sosial maupun rujukan hukum.	P.5.5. Terlaksananya layanan rujukan dan rujukan balik medik untuk pelayanan kesehatan remaja, dan berfungsinya rujukan sosial maupun rujukan hukum.	

Kriteria yang terpilih untuk Pemantauan Terbatas adalah 5.1, 5.3, 5.4 dan 5.5

Sumber: Buku Pedoman Standart Nasional PKPR (2014)

7. Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan program PKPR

Menurut Anderson (1960) ada tiga kategori utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu karakteristik predisposisi, karakteristik pemungkin, dan faktor kebutuhan.

a. Umur

Menurut WHO, remaja merupakan penduduk dengan usia 10-19 tahun, sedangkan menurut Peraturan Menkes Nomor 25 tahun 2014 menjelaskan bahwa remaja adalah penduduk dengan usia 10-18 tahun.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) menyebutkan bahwa remaja berada pada rentang usia 10-24 tahun dengan status yang belum menikah (Diananda, 2018).

Dalam penjelasan (Diananda, 2018) menyebutkan beberapa fase remaja yang dijelaskan sebagai berikut:

1) Masa remaja awal (Pra Remaja) umur 11/12 tahun hingga 14 tahun

Fase ini merupakan fase remaja yang sangat pendek. Pada fase ini remaja akan terlihat lebih tertutup dengan orang tua dan orang lain disekitar..

2) Masa remaja pertengahan (Remaja Awal) umur 13/14 tahun hingga 17 tahun

Fase ini merupakan fase dimana banyak perubahan yang terjadi dalam diri remaja. Pada saat fase ini remaja mulai mencari jati diri dan mencoba mandiri dengan keputusan yang diambil.

3) Masa Remaja terakhir umur (Remaja Lanjut) 17-20 atau 21 tahun

Pada fase ini remaja ingin menonjolkan diri, mereka ingin menjadi pusat perhatian dan sudah memiliki cita-cita yang jelas.

b. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan ialah hasil dari penginderaan manusia terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Sebagian dari pengetahuan seseorang dapat diperoleh melalui indera pendengaran dan indera penglihatan.

Berdasarkan teori *Stimulus-Organism-Response* (S-O-R), pengetahuan termasuk ke dalam respon tertutup suatu organisme setelah menerima stimulus. Respon tersebut belum dapat diamati orang lain secara jelas. Oleh sebab itu, untuk mengukur pengetahuan yaitu dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket.

c. Kepemilikan Asuransi

Menurut istilah berdasarkan Badan Pusat Statistik (2015), asuransi ialah perjanjian antara dua pihak maupun lebih, dimana pihak dari penanggung mengikatkan diri kepada pihak yang tertanggung dengan menerima premi asuransi dengan tujuan memberi penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, ataupun kehilangan yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul untuk memberikan pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Asuransi kesehatan merupakan instrumen sosial untuk menjamin seseorang dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi pada waktu terjadinya kebutuhan pelayanan kesehatan.

d. Aksesibilitas menuju pelayanan

Menurut Prajalani & Himawanto (2017) aksesibilitas memiliki definisi yaitu memfasilitasi kemudahan yang pengadaannya ditunjukkan bagi penyandang cacat dengan penerapannya secara optimal agar tercapai kesamaan kesempatan dalam mengakses berbagai kegiatan sehingga terwujud pemerataan pelayanan dalam aspek kehidupan mengikuti aksesibilitas dan pelayanan fasilitas.

Aksesibilitas adalah ukuran kemudahan lokasi untuk dijangkau dari lokasi lainnya melalui sistem transportasi. Ukuran aksesibilitas atau keterjangkauan dapat meliputi kemudahan waktu, biaya, dan usaha dalam melaksanakan perpindahan antar tempat atau kawasan.

e. Ketersediaan tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan juga memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai

investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Tenaga kesehatan memiliki banyak petugas yang dalam kerjanya saling berkaitan yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan ketenagaan medis lainnya (Peraturan Pemerintah No 32 Tahun 1996).

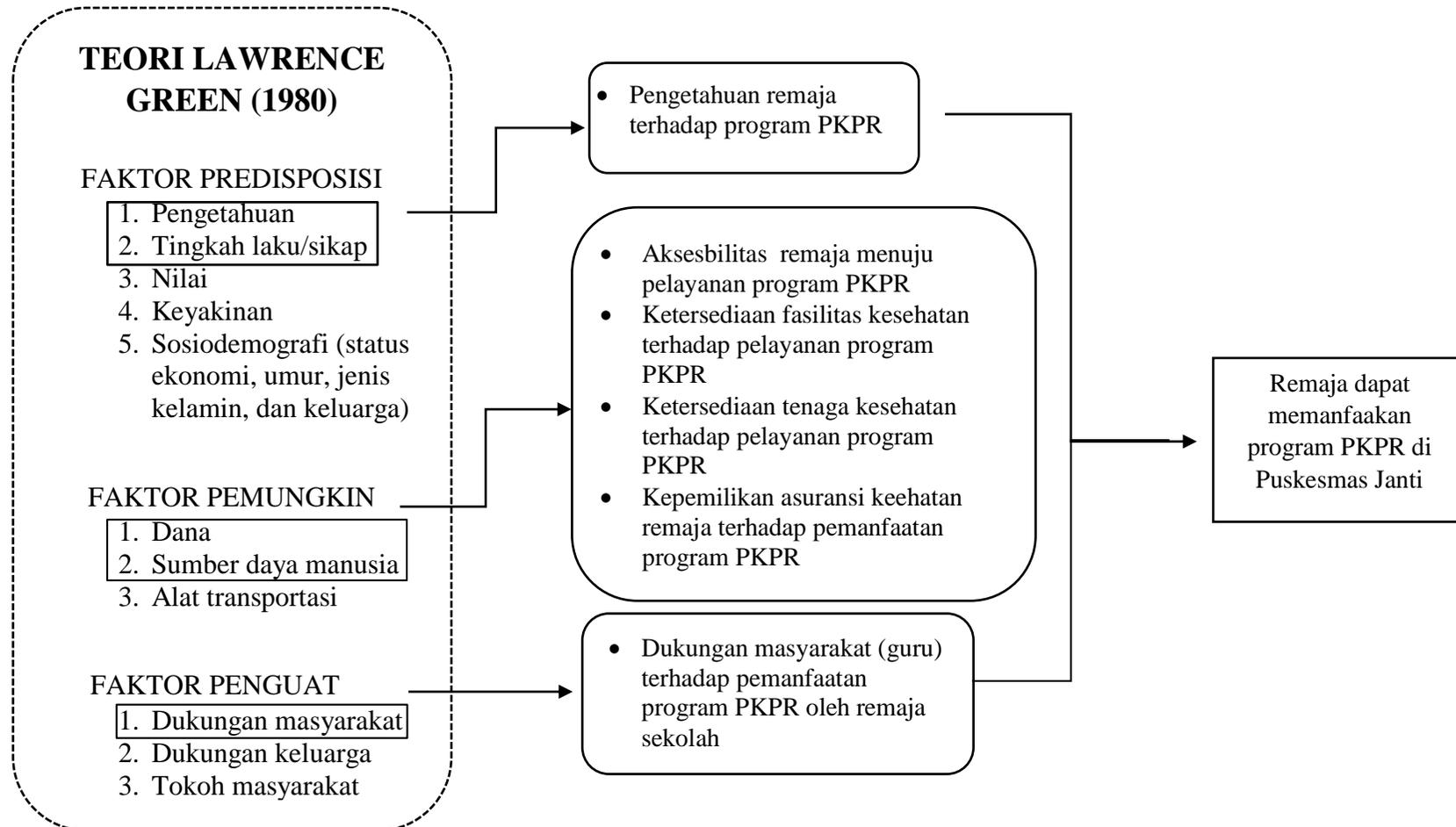
f. Ketersediaan fasilitas kesehatan

Sesuai Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan berupa upaya promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang harus dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

8. Kebijakan

Kebijakan merupakan suatu usaha untuk mencapai tujuan tertentu dalam upaya pemecahan masalah dengan menggunakan sarana tertentu. Kebijakan kesehatan merupakan suatu tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang pedumali terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Anisah, 2020).

B. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Perilaku Remaja terhadap program PKPR

Berdasarkan kerangka teori yang telah disajikan, penelitian ini menggunakan teori Lawrence Green yaitu perilaku remaja dalam pemanfaatan program PKPR dapat dibentuk oleh tiga faktor antara lain faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Dalam penelitian ini faktor predisposisi yang akan diambil adalah pengetahuan remaja mengenai program PKPR, faktor pendukung diantaranya adalah 1) Aksesibilitas remaja menuju pelayanan program PKPR, 2) Ketersediaan fasilitas kesehatan terhadap pelayanan program PKPR, 3) Ketersediaan tenaga kesehatan terhadap pelayanan program PKPR, 4) Kepemilikan asuransi kesehatan remaja terhadap pemanfaatan program PKPR, serta faktor pendorong yang akan diambil adalah dukungan masyarakat (guru) terhadap pemanfaatan program PKPR oleh remaja sekolah.