



**FAKTOR- FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PARTISIPASI
REMAJA DALAM KEGIATAN PELAYANAN KESEHATAN
PEDULI REMAJA (PKPR) WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BANDARHARJO SEMARANG**

SKRIPSI

Disusun sabagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:

Aris Sandi

NIM 6411414017

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

ABSTRAK

Aris Sandi

Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang

XX + 103 halaman + 18 tabel + 2 gambar + 10 lampiran

Di Puskesmas Bandarharjo Semarang, tercatat jumlah cakupan pelayanan PKPR masih dibawa target (80%) yaitu 67,40%. Hal ini menyebabkan petugas kesehatan kesulitan untuk melakukan deteksi dini atau tindakan preventif. Jenis penelitian ini adalah observasional, menggunakan rancangan *Cross Sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dan sampel adalah seluruh remaja yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang. Jumlah sampel 97 responden, teknik pengambilan sampel adalah *Proportional Random Sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ($p=0,000$), sikap ($p= 0,019$), keterampilan tenaga kerja ($p= 0,030$), tanggapan pemegang program ($p= 0,032$) dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dan tidak ada hubungan antara kepercayaan ($p = 0,314$), sumber informasi ($p =0,451$), dukungan sekolah ($p =0,154$) dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo.

Saran penelitian ini adalah lebih mengoptimalkan publikasi terkait keberadaan dan manfaat PKPR di Puskesmas Bandarharjo Semarang sebagai pemberi pelayanan kesehatan untuk remaja baik melalui media massa dan sebagainya.

Kata kunci: PKPR, Partisipasi, Remaja, Faktor- faktor

Kepustakaan: 32 (2006-2018)

Public Health Science Department
Faculty of Sport Science
Semarang State University
October 2018

ABSTRACT

Aris Sandi

Factors Affecting Youth Participation in PKPR (Youth Care Health Care) Activities in the Bandarharjo Health Center Work Area Semarang

XVII + 103 pages + 18 table + 2 image + 10 attachments

In the Bandarharjo Community Health Center Semarang, the number of PKPR service coverage was still taken by the target (80%), which was 67.40%. This makes it difficult for health workers to carry out early detection or preventive measures. This type of research is observational, using the Cross Sectional design with a quantitative approach. The population and sample are all adolescents who reside in the working area of the Bandarharjo Community Health Center Semarang. The number of samples is 97 respondents, the sampling technique is Proportional Random Sampling. The instrument used was a questionnaire. Data were analyzed by univariate and bivariate using Chi Square test.

The results showed that there was a relationship between knowledge ($p = 0,000$), attitude ($p = 0,019$), workforce skills ($p = 0,030$), program holder responses ($p = 0,032$) with youth participation in PKPR activities at Bandarharjo Health Center, and not there is a relationship between trust ($p = 0.314$), source of information ($p = 0.451$), school support ($p = 0.154$) with youth participation in PKPR activities at Bandarharjo Health Center.

The suggestion of this research is to optimize the publication related to the existence and benefits of PKPR in Bandarharjo Semarang Health Center as a health service provider for adolescents both through the mass media and so on.

Keywords: PKPR, Participation, Youth, Factors

Literature: 32 (2006-2018)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam pustaka.

Semarang, 7 Januari 2019

Penulis,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Aris Sandi', with a long horizontal stroke extending to the right.

Aris Sandi

NIM 6411414017

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang” yang disusun oleh Aris Sandi, NIM 6411414017 telah dipertahankan di hadapan panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Jumat, 21 Desember 2018

tempat : Ruang Ujian Skripsi IKM A

Panitia Ujian


Ketua
UNIP
Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Sekretaris,



Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid)
NIP. 197512172005011003

Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I




7/1

Dr. Bambang BudiRaharjo, M.Si.
NIP. 196012171986011001

.....

Penguji II



8/1 - 2019

Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.
NIP. 196006101987031002

.....

Penguji III



8/1 - 2019

dr. Fitri Indrawati, M.P.H.
NIP. 198307112008012008

.....

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Berhenti kutuki kegelapan, dan mulailah menyalakan lilin.
2. Memayu hayuning pribadi, kaluwarga, sesama- memayu hayuning bawana
(berbuat baik pada diri sendiri, keluarga, sesama manusia, dan seluruh dunia).

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapak Jasman dan Alm. Ibu Sulasi
2. Kakak-kakakku
3. Teman- temanku
4. Almamaterku

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan kasih sayang dan petunjuk-Nya sehingga proposal skripsi yang berjudul “Faktor- faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Remaja dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian proposal skripsi dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan agar memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Keberhasilan tersusunnya proposal skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, dengan rendah hati disampaikan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas ijin penelitian yang diberikan.
2. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Setya Rahayu, M.S., atas izin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.KM, M.Kes, atas persetujuan penelitian.
4. Pembimbing skripsi, dr. Fitir Indrawati, M.P.H atas bimbingan, arahan, dan motivasinya dalam penyusunan proposal skripsi ini.
5. Bapak dan ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan.
6. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan seluruh staf TU FIK Unnes yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.

7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang beserta jajaran stafnya atas pemberian izin dan bantuan dalam penelitian ini.
8. Kepala Puskesmas Bandarharjo Semarang beserta jajaran stafnya atas pemberian izin, arahan, dan bantuan dalam penelitian ini.
9. Alm. Ibu Sulasi, Bapak Jasman dan semua keluarga tercinta yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan proposal skripsi ini.
10. Sahabat-sahabatku atas dukungan dan motivasi yang telah diberikan selama penyusunan proposal skripsi ini.
11. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2014 atas bantuan dan motivasi dalam penyusunan proposal skripsi ini.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Pada proposal skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan proposal skripsi ini. Semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, 7 Januari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	i
RINGKASAN	ii
PERSETUJUAN	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	5
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Penelitian Umum	7
1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Bagi Pengembangan Keilmuan.....	7
1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang	7
1.4.3 Bagi Peneliti	8

1.5 Keaslian Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Landasan Teori	11
2.1.1 Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	11
2.1.1.1 Pengertian	11
2.1.1.2 Puskesmas Penyelenggara PKPR	11
2.1.1.3 Tujuan PKPR di Puskesmas	12
2.1.1.4 Pengguna Pelayanan PKPR	13
2.1.1.5 Ciri Khas atau Karakteristik PKPR	14
2.1.1.6 Jenis kegiatan dalam PKPR.....	16
2.1.2 Remaja	25
2.1.2.1 Pengertian Remaja dan Baatasan Usia	25
2.1.2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja	26
2.1.3 Partisipasi PKPR	29
2.1.3.1 Pengertian Partisipasi	29
2.1.3.2 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi PKPR	30
2.2 Kerangka Teori	31
BAB III METODE PENELITIAN	33

3.1 Kerangka Konsep	33
3.2 Variabel Penelitian	34
3.2.1 Variabel Bebas	34
3.2.2 Variabel Terikat	34
3.3 Hipotesis Penelitian	35
3.3.1 Hipotesis Mayor	35
3.3.2 Hipotesis Minor	35
3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	36
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	38
3.5.1 Jenis Penelitian	38
3.5.2 Rancangan Penelitian	39
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	39
3.6.1 Populasi	39
3.6.2 Sampel	39
3.7 Sumber Data	41
3.7.1 Sumber Data Primer	41
3.7.2 Sumber Data Sekunder	42
3.8. Instrumen Penelitian Dan Teknik Pengambilan Data	42
3.8.1. Instrumen Penelitian	42
3.8.2. Teknik Pengambilan Data	44
3.9. Prosedur Penelitian.....	44
3.10. Teknik Analisis Data	45

3.10.1. Teknik Analisis Data	45
3.10.1.1. Analisis Univariat	45
3.10.1.2. Analisis Bivariat	45
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	46
4.1 Gambaran Umum	46
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	46
4.1.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian.....	47
4.1.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	47
4.1.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	48
4.1.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tempat Tinggal	48
4.2 Hasil Penelitian	49
4.2.1 Analisis Univariat	49
4.2.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan	49
4.2.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kepercayaan	49
4.2.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap	50
4.2.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Keterampilan Tenaga Kesehatan	51
4.2.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Tanggapan Pemegang Program	51
4.2.1.6 Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Informasi	52
4.2.1.7 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Sekolah	52
4.2.1.8 Distribusi Responden Berdasarkan Partisipasi	53
4.2.2 Analisis Bivariat	53

4.2.2.1 Hubungan antara Pengetahuan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	54
4.2.2.2 Hubungan antara Kepercayaan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	55
4.2.2.3 Hubungan antara Sikap dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR berdasarkan hasil pengujian hubungan antara sikap dengan partisipasi remaja	56
4.2.2.4 Hubungan antara Keterampilan Tenaga Kesehatan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	57
4.2.2.5 Hubungan antara Tanggapan Pemegang Program dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	58
4.2.2.6 Hubungan antara Sumber Informasi dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	59
4.2.2.7 Hubungan antara Dukungan Sekolah dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	60
BAB V PEMBAHASAN	61
5.1 Pembahasan	61
5.1.1 Hubungan antara Pengetahuan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	61
5.1.2 Hubungan antara Kepercayaan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	62
5.1.3 Hubungan antara Sikap dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR ..	63

5.1.4 Hubungan antara Keterampilan Tenaga Kesehatan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	64
5.1.5 Hubungan antara Tanggapan Pemegang Program dengan Partisipasi	66
5.1.6 Hubungan antara Sumber Informasi dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR.....	67
5.1.7 Hubungan antara Dukungan Sekolah dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	69
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	72
6.1 Simpulan	72
6.2 Saran	73
6.2.1 Bagi Puskesmas Bandarharjo	73
6.2.2 Bagi Peneliti Lainnya	73
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN	77

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 3.4. Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran Variabel	34
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	47
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	48
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tempat Tinggal	48
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan	49
Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Kepercayaan	50
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap	50
Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Keterampilan Tenaga Kesehatan	51
Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Tanggapan Pemegang Program	51
Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Tanggapan Pemegang Program	52
Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Sekolah	53
Tabel 4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Partisipasi	53
Tabel 4.12 Crosstab Hubungan antara Pengetahuan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	54
Tabel 4.13 Crosstab Hubungan antara Kepercayaan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	55
Tabel 4.14 Crosstab Hubungan antara Sikap dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	56

Tabel 4.15 Crosstab Hubungan antara Keterampilan Tenaga Kesehatan dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	57
Tabel 4.16 Crosstab Hubungan antara Tanggapan Pemegang Program dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR.....	58
Tabel 4.17 Crosstab Hubungan antara Sikap dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	59
Tabel 4.18 Crosstab Hubungan antara Dukungan Sekolah dengan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan PKPR	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Kerangka Teori	31
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing	78
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas	79
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang	80
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari Puskesmas Bandarharjo	81
Lampiran 5. <i>Ethical Clearance</i>	82
Lampiran 6. Surat Keterangan Sudah Melakukan Penelitian	83
Lampiran 7. Kuesioner	84
Lampiran 8. Hasil uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	88
Lampiran 9. Data Hasil Penelitian	95
Lampiran 10. Hasil Uji Statistik	99
Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian	110

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Remaja merupakan tahap transisi antara masa kanak-kanak dengan dewasa yang memiliki batas usia yaitu dari umur 12 hingga 21 tahun (Monks, 2013). Masalah kesehatan terkait perilaku berisiko pada remaja adalah perilaku seksual berisiko, merokok, mengkonsumsi alkohol dan narkoba, serta pola hidup yang tidak sehat. Seks bebas dan narkoba merupakan dua masalah utama yang sering menghinggapi remaja (Andika, 2010). Menurut data BAPPENAS, UNFPA, dan BKKBN diketahui bahwa separuh dari 63 juta jiwa remaja berusia 10 sampai 19 tahun di Indonesia rentan berperilaku tidak sehat.

Oleh karena adanya perilaku tersebut, maka masalah kesehatan yang dihadapi remaja di Indonesia antara lain meningkatnya jumlah remaja dengan Infeksi Menular Seksual (IMS), dan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD). Perilaku seksual berisiko pada remaja, berawal dari hubungan berpacaran pada remaja yang tergolong pada usia yang masih sangat muda. Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI tahun 2015, pada remaja usia 10-19 tahun, proporsi terbesar berpacaran pertama kali pada usia 13-16 tahun, sekitar 33,3% remaja perempuan dan 34,5% pada remaja laki-laki. Minisurvei yang dilakukan PILAR (Pusat Informasi Layanan Remaja) PKBI (Persatuan Keluarga Berencana Indonesia) Jawa Tengah pada 2843 remaja di SMP di Kota dan Kabupaten Semarang ditahun 2015 menunjukkan bahwa sekitar 39,

remaja mempunyai status pacaran dan paling banyak usia pertama kali pacaran adalah sekitar usia 13-16 tahun dan ketika remaja masih SMP yaitu sekitar 73,3%. Pada usia tersebut dikhawatirkan belum memiliki keterampilan hidup (*life skill*) yang memadai, sehingga mereka berisiko memiliki perilaku pacaran yang tidak sehat, seperti melakukan hubungan seks pra nikah (Puskesmas, 2018).

Perilaku seksual berisiko pada remaja di Kota Semarang terus mengalami peningkatan. Dari data hasil mini survei PILAR PKBI Jawa Tengah tahun 2015 diperoleh 26,8% remaja di Kota Semarang sudah melakukan ciuman, 41,7% pernah melakukan berpelukan, 10,9% sudah saling memegang organ reproduksi pasangan dan 11,6% remaja sudah mempunyai keinginan untuk melakukan hubungan seksual. Di tahun 2017, dari 2843 remaja di SMP di Kota dan Kabupaten Semarang, hampir 50% remaja sudah melakukan perilaku seks pra nikah.

Menyadari arti penting remaja sebagai aset bangsa dalam pembangunan di masa mendatang, di bidang kesehatan Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI mengembangkan model pelayanan kesehatan remaja yang disebut dengan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) sejak tahun 2003. Di Kota Semarang menurut Laporan Program Kesehatan Remaja Dinas Kesehatan Kota Semarang ditahun 2013, dari 37 puskesmas 26 puskesmas sudah menyelenggarakan PKPR. Jumlah ini meningkat di tahun 2014, 2015 dan 2017. Ditahun 2014 sebanyak 31 puskesmas dan tahun 2015 sebanyak 33 puskesmas, ditahun 2016 jumlah puskesmas dengan PKPR tetap, yaitu sebanyak 33 puskesmas serta ditahun 2017 kembali meningkat yaitu sebanyak 34 puskesmas.

Berdasarkan Laporan Program Kesehatan Remaja tahun 2017, di Puskesmas Bandarharjo terdapat peningkatan permasalahan akibat perilaku seksual beresiko di kalangan remaja. Pada tahun 2015 dan 2016 tidak terdapat kasus remaja yang KTD (Kehamilan Tidak Diinginkan) sedangkan pada tahun 2017 terjadi kemunculan jumlah remaja hamil dengan umur kurang dari 20 tahun dengan kasus KTD tercatat yaitu sebanyak 108 orang. Pasien IMS tahun 2017 di Puskesmas Bandarharjo juga tercatat sebanyak 4 orang. Walaupun program PKPR sudah berjalan cukup lama, sosialisasi telah dilaksanakan, sarana prasarana dan petugas PKPR terlatih sudah ada, namun cakupan pelayanan PKPR masih dibawa target (80%) yaitu 67,40%. Seperti cakupan jumlah remaja yang dilayani oleh Puskesmas Bandarharjo adalah 4860 orang dari 9409 orang. Hal ini menyebabkan petugas kesehatan kesulitan untuk melakukan deteksi dini atau tindakan preventif. Karakteristik PKPR merujuk WHO (2003) yaitu *Adolescents Friendly Health Services* (AFHS). Program ini diharapkan mampu menurunkan permasalahan remaja dan remaja dilibatkan untuk berpartisipasi aktif.

Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Budiasih (2016), menunjukkan rendahnya pemanfaatan PKPR karena kurangnya pengetahuan remaja terhadap PKPR dan keberadaan PKPR, tidak meratanya pembentukan konselor sebaya, sikap remaja yang memilih konseling kepada teman dan orang tua, minimnya sarana dan prasarana yang menunjang kegiatan PKPR dan tindak koordinasi antara pihak sekolah dan puskesmas dalam pelaksanaan program PKPR. Perlu dilakukan sosialisasi dan inovasi bentuk kegiatan PKPR untuk meningkatkan partisipasi remaja dalam pemanfaatan PKPR.

Menurut penelitian Mahmudah et al. (2016), rendahnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan kontrol dari orangtua dapat membuat remaja berperilaku yang tidak sehat. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi perilaku tidak sehat remaja. Perilaku seksual remaja di Kota Padang dipengaruhi oleh jenis kelamin laki-laki, paparan tinggi dengan sumber informasi seksual dan sikap negatif terhadap berbagai perilaku seksual.

Selain itu, Nina dan Dian (2017) menyatakan Semakin tinggi pengetahuan tentang kesehatan reproduksi maka semakin baik perilaku seksualnya. Terdapat Pengaruh Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi, Media Infomasi dan Self-Esteem Terhadap Perilaku Seksual Remaja diharapkan adanya kerjasama lintas sektoral dalam pemberian materi kesehatan reproduksi dalam upaya mencegah peningkatan perilaku seksual yang berisiko.

Berdasarkan penjelasan diatas, maka perlu dilakukan penelitian lebih mendalam dengan penelitian yang berjudul, Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Remaja Dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.2. RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, rumusan masalah penelitian ini adalah faktor- faktor yang mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah faktor pengetahuan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang?
2. Apakah faktor kepercayaan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang?
3. Apakah faktor sikap mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang ?
4. Apakah faktor keterampilan tenaga kesehatan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang ?
5. Apakah faktor tanggapan pemegang program mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang ?
6. Apakah faktor sumber informasi (media) mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang ?
7. Apakah faktor dukungan sekolah mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang ?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui apa saja faktor- faktor yang mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Membuktikan apakah faktor pengetahuan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
2. Membuktikan apakah faktor kepercayaan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
3. Membuktikan apakah faktor sikap mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
4. Membuktikan apakah faktor keterampilan tenaga kesehatan mempengaruhi partisipasi PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
5. Membuktikan apakah faktor tanggapan pemegang program mempengaruhi partisipasi PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
6. Membuktikan apakah faktor sumber informasi (media) mempengaruhi partisipasi PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
7. Membuktikan apakah faktor dukungan sekolah mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Pengemban Keilmuan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi terhadap pengetahuan mengenai faktor- faktor yang mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Dari penelitian ini dapat diperoleh informasi sehingga dapat menjadi bahan evaluasi terkait pelaksanaan program serta sebagai bahan dalam peningkatan pelaksanaan kegiatan PKPR di puskesmas.

1.4.3 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan wawasan bagi peneliti serta mampu menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama studi di bangku perkuliahan.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1	Ni Kadek Budiasih	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Wilayah Upt Kesmas Gianyar I Tahun 2016	Kualitatif	Pengetahuan remaja terhadap PKPR, Keberadaan PKPR, Pembentukan Konselor Sebaya, Sikap remaja dan sarana prasarana	Rendahnya pemanfaatan PKPR karena kurangnya pengetahuan remaja terhadap PKPR dan keberadaan PKPR, tidak meratanya pembentukan konselor sebaya, sikap remaja yang memilih konseling kepada teman dan orang tua, minimnya sarana dan prasarana yang menunjang kegiatan PKPR dan tidak koordinasi antara pihak sekolah dan puskesmas dalam pelaksanaan program PKPR.

2	Mahmuda, Yaslinda Yaunin, Yuniar Lestari	Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Padang	Cross sectional	Variabel terikat : Perilaku seksual remaja di Kota Padang Variabel bebas: Jenis kelamin, usia pubertas, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, paparan dengan sumber informasi seksual dan sikap terhadap berbagai perilaku seksual remaja di Kota Padang.	Didapatkan nilai nilai $p=0,047$, artinya ada hubungan bermakna antara paparan dengan sumber informasi seksual dengan perilaku seksual remaja dan $p=0,039$, artinya ada hubungan bermakna antara sikap terhadap berbagai perilaku seksual dengan perilaku seksual remaja di Kota Padang ($p<0,05$).
3	Nina Nirmaya Mariani dan Dian Fitriani Arsy	Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Di Smp Negeri 15 Kota Cirebon Tahun 2017	Cross sectional	<u>Variabel</u> <u>bebas:</u> Pengetahuan Kespro, Penggunaan media informasi, Self Esteem <u>Variabel</u> <u>Terikat:</u>	Nilai value yang sama yaitu 0,000 dengan tingkat kemaknaan = 0,05, maka value sebesar $0,000 < 0,05$, sehingga H_0 diterima artinya ada pengaruh antara pengetahuan kesehatan reproduksi, penggunaan media informasi dan self

<u>Perilaku</u> <u>seksual</u> <u>remaja</u>	esteem terhadap perilaku seksual remaja SMP Negeri 15 Kota Cirebon.
--	--

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Adanya variable sikap, kepercayaan, sumber informasi dan tanggapan pemegang program yang belum diteliti pada penelitian sebelumnya.
2. Lokasi penelitian berfokus pada wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang dan dilakukan pada tahun 2018.
3. Penelitian ini menggunakan judul yang belum pernah diteliti sebelumnya.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian adalah wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilakukan pada tahun 2018.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam penelitian bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya partisipasi remaja dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

2.1.1.1. Pengertian

PKPR adalah suatu program yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, sebagai upaya untuk meningkatkan status kesehatan remaja yang menekankan kepada Puskesmas. Pengertian PKPR sendiri adalah suatu pelayanan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, peka akan kebutuhan terkait kesehatannya, dapat menjaga rahasia, efektif dan efisien dalam memnuhi kebutuhan tersebut. Singkatnya, PKPR adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk remaja, dimana pelayanannya dapat diakses oleh semua golongan remaja, dapat diterima, sesuai, komprehensif, efektif dan efisien. Program ini dalam pelaksanaannya, diharapkan petugas Puskesmas mempunyai kepedulian yang tinggi, mau menerima remaja dengan permasalahannya dan dapat menciptakan suasana konseling yang menyenangkan tanpa adanya stigma dan diskriminasi terhadap remaja tersebut. Lokasi pelayanan PKPR harus mudah dijangkau, nyaman, aman, kerahasiaan remaja dijaga tanpa ada diskriminasi dan stigma (Pedoman Standar Nasional PKPR, 2014).

2.1.1.2. Puskesmas Penyelenggara PKPR

Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan dasar yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat termasuk remaja dan tersedianya tenaga

kesehatan, maka PKPR sangat potensial untuk dilaksanakan di Puskesmas. Adapun kriteria Puskesmas mampu melaksanakan PKPR sebagai berikut ini (Pedoman Standar Nasional PKPR, 2014).

1. Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.
2. Melakukan pembinaan pada minimal 1 (satu) tahun di sekolah umum atau sekolah berbasis agama, dengan minimal melaksanakan kegiatan KIE di sekolah binaan minimal 2 kali dalam setahun.
3. Melatih konselor sebaya di sekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid sekolah binaan.

2.1.1.3. Tujuan PKPR di Puskesmas

Secara umum, program PKPR memiliki tujuan mengoptimisasi pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas. Sedangkan tujuan khusus dari program PKPR antara lain :

1. Meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas.
2. Meningkatkan pemanfaatan Puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
3. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan khusus pada remaja.
4. Meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja.

2.1.1.4. Pengguna Pelayanan PKPR

Berdasarkan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak bahwa sasaran pengguna layanan PKPR adalah kelompok remaja usia 10-18 tahun. Walaupun demikian, mengingat batasan usia remaja menurut WHO adalah usia 10-19 tahun, maka Kementerian Kesehatan menetapkan sasaran pengguna layanan PKPR meliputi remaja berusia 10 sampai 19 tahun, tanpa memandang status pernikahan (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Fokus sasaran layanan puskesmas PKPR adalah berbagai kelompok remaja, antara lain (Kementerian Kesehatan RI, 2013):

1. Remaja di sekolah: sekolah umum, madrasah, pesantren, sekolah luar biasa.
2. Remaja di luar sekolah: karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja, panti yatim piatu/rehabilitasi, kelompok belajar mengajar, organisasi remaja, rumah singgah, kelompok keagamaan.
3. Remaja putri sebagai calon ibu dan remaja hamil tanpa mempermasalahkan 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 sebagai berikut:
 - 1) Korban kekerasan, korban *trafficking*, korban eksploitasi seksual.

- 2) Penyandang cacat, di lembaga pemasayarakatan (LAPAS), anak jalanan, dan remaja pekerja.
- 3) Di daerah konflik (pengungsian) dan di daerah terpencil.

2.1.1.5.Ciri Khas atau Karakteristik PKPR

Berikut ini karakteristik PKPR diadop dari WHO (2003) yang menyebutkan agar AFHS dapat terakses kepada semua golongan remaja, layak, dapat diterima, komprehensif, efektif, dan efisien, memerlukan :

1. Kebijakan yang peduli remaja

Kebijakan yang peduli remaja ini bertujuan untuk :

- 1) Memenuhi hak remaja
Pemenuhan hak ini sesuai dengan kesepakatan internasional.
- 2) Mengakomodasi segmen populasi remaja yang beragam, termasuk kelompok yang rapuh dan rawan.
- 3) Tidak membatasi pelayanan karena kecacatan, etnik, rentang usia, dan status.
- 4) Memberikan perhatian pada keadilan dan kesetaraan gender dalam menyediakan pelayanan.
- 5) Menjamin kerahasiaan

Kebijakan dan pusat tentang perlunya PKPR harus diikuti dengan pengadaan biaya, penyediaan ruangan oleh pemerintah daerah karena dengan adanya ruang tersebut, privasi dan kerahasiaan akan lebih terjamin. Kebijakan lokal di tempat pelayanan dapat pula menjaminkerahasiaan,

misalnya: larangan bagi petugas lain agar tidak mondar-mandir dalam ruangan konseling.

6) Mempromosikan kemandirian remaja, tidak mensyaratkan persetujuan orang tua, dan memberikan kebebasan berkunjung.

7) Menjamin biaya yang terjangkau/gratis.

2. Proserdur pelayanan yang peduli remaja

1) Pendaftaran dan pengambilan kartu yang mudah dan dijamin kerahasiaannya.

2) Waktu tunggu yang pendek.

3) Dapat berkunjung sewaktu-waktu dengan atau tanpa perjanjian terlebih dahulu. Bila petugas PKPR masih merangkap tugas lain, berkunjung dengan perjanjian akan lebih baik, mencegah kekecewaan remaja yang datang tanpa bisa bertemu dengan petugas yang dikehendaki. Perjanjian ini dapat dilakukan pada akhir kunjungan, melalui telepon, SMS atau email bagi yang sudah mempunyai fasilitas internet.

3. Fasilitas kesehatan yang peduli remaja

1) Lingkungan yang aman

Lingkungan aman disini berarti bebas dari ancaman dan tekanan dari orang lain terhadap kunjungannya sehingga menimbulkan rasa tenang dan membuat remaja tidak segan berkunjung kembali.

2) Lokasi pelayanan yang nyaman dan mudah dicapai

Lokasi ruang konseling tersendiri, mudah dicapai tanpa perlu melalui ruang tunggu umum atau ruang-ruang lain sehingga menghilangkan kakhawatiran akan bertemu seseorang yang mungkin beranggapan buruk tentang kunjungannya (stigma).

3) Fasilitas yang baik menjamin privasi dan kerahasiaan

Fasilitas yang tidak memadai akan menurunkan penilaian remaja terhadap pelayanan tersebut, dan sebaliknya. Contohnya ruangan dengan ventilasi yang tidak memadai namun tidak dilengkapi dengan kipas angin, akan membuat remaja tidak tahan berlama-lama di ruang konseling dan ingin segera mengakhirinya. Suasana semarak berselera muda dan bukan muram, dari depan gedung sampai ke lingkungan ruang pelayanan, merupakan daya tarik tersendiri bagi remaja agar berkunjung. Hal lain adalah adanya kebebasan pribadi (privasi) di ruang pemeriksaan, ruang konsultasi dan ruang tunggu, di pintu masuk dan keluar, serta jaminan kerahasiaan. Pintu dalam keadaan tertutup pada waktu pelayanan dan tidak ada orang lain bebas keluar masuk ruangan. Kerahasiaan dijamin pula melalui penyimpanan kartu status dan catatan konseling di lemari yang terkunci, ruangan yang kedap suara, pintu masuk keluar tersendiri, ruang tunggu tersendiri, petugas tidak berteriak memanggil namanya atau menanyakan identitas dengan suara keras.

4) Jam kerja yang nyaman

Umumnya waktu pelayanan yang sama dengan jam sekolah menjadi salah satu faktor penghambat terhadap akses pelayanan. Jam pelayanan yang menyesuaikan waktu luang remaja menjadikan konseling dapat dilaksanakan dengan santai, tidak terburu-buru, dan konsentrasi terhadap pemecahan masalah dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

5) Tidak adanya stigma

Pemberian KIE kepada semua pihak akan meniadakan stigma misalnya tentang kedatangan remaja ke puskesmas yang semula dianggap pasti mempunyai masalah seksual atau penyalahgunaan Napza.

6) Tersedianya materi KIE

Materi KIE perlu disediakan baik di ruang tunggu maupun di ruang konseling. Perlu disediakan leaflet yang boleh dibawa pulang tentang berbagai tips atau informasi kesehatan remaja. Hal ini selain berguna untuk memberikan pengetahuan melalui bahan bacaan juga merupakan promosi tentang adanya PKPR kepada sebayanya yang ikut membaca brosur tersebut.

2.1.1.7 Jenis kegiatan dalam PKPR

Kegiatan dalam PKPR sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya, dilaksanakan di dalam gedung atau di luar gedung, untuk sasaran perorangan atau kelompok,

dilaksanakan oleh petugas Puskesmas atau petugas lain di institusi atau masyarakat, berdasarkan kemitraan. Jenis kegiatan meliputi :

1. Pemberian Informasi Dan Edukasi

- a) Dilaksanakan di dalam gedung atau di luar gedung, secara perorangan atau berkelompok.
- b) Dapat dilaksanakan oleh guru, pendidik sebaya yang terlatih dari sekolah atau dari lintas sektor terkait dengan menggunakan materi dari (atau sepengetahuan) puskesmas.
- c) Menggunakan metoda ceramah tanya jawab, *FGD (Focus Group Discussion)*, diskusi interaktif, yang dilengkapi dengan alat bantu media cetak atau media elektronik (radio, email, dan telepon/*hotline*, pesan singkat.
- d) Menggunakan sarana KIE yang lengkap, dengan bahasa yang sesuai dengan bahasa sasaran (remaja, orang tua, guru) dan mudah dimengerti. Khusus untuk remaja perlu diingat untuk bersikap tidak menggurui serta perlu bersikap santai.

2. Pelayanan Klinis Medis Termasuk Pemeriksaan Penunjang dan Rujukannya

Hal yang perlu diperhatikan dalam melayani remaja yang smas adalah:

- a) Bagi klien yang menderita penyakit tertentu tetap dilayani dengan mengacu pada prosedur tetap penanganan penyakit tersebut.
- b) Petugas dari BP umum, BP gigi, KIA dll dalam menghadapi klien remaja yang datang, diharapkan dapat menggali masalah psikososial

atau yang berpotensi menjadi masalah khusus remaja, untuk kemudian bila ada, menyalurkannya ke ruang konseling bila diperlukan.

- c) Petugas yang menjaring remaja dari ruang lain tersebut dan juga petugas penunjang seperti loket dan laboratorium seperti halnya petugas khusus PKPS juga harus menjaga kerahasiaan klien remaja, dan memenuhi kriteria peduli remaja.
- d) Petugas PKPR harus menjaga kelangsungan pelayanan dan mencatat hasil rujukan kasus per kasus.

3. Konseling

Konseling adalah hubungan yang saling membantu antara konselor dan klien hingga tercapai komunikasi yang baik, dan pada saatnya konselor dapat menawarkan dukungan, keahlian dan pengetahuan secara berkesinambungan hingga klien dapat mengerti dan mengenali dirinya sendiri serta permasalahan yang dihadapinya dengan lebih baik dan selanjutnya menolong dirinya sendiri dengan bantuan beberapa aspek dari kehidupannya.

1. Tujuan konseling dalam PKPR adalah:

- a) Membantu klien untuk dapat mengenali masalahnya dan membantunya agar dapat mengambil keputusan dengan mantap tentang apa yang harus dilakukannya untuk mengatasi masalah tersebut.
- b) Memberikan pengetahuan, keterampilan, penggalian potensi dan sumber daya secara berkesinambungan hingga dapat membantu klien

dalam: mengatasi kecemasan, depresi atau masalah kesehatan mental lain.

- c) Meningkatkan kewaspadaan terhadap isu masalah yang mungkin terjadi pada dirinya.
- d) Mempunyai motivasi untuk mencari bantuan bila menghadapi masalah.
- e) Konseling merupakan kegiatan yang dapat mewakili PKPR. Sebab itu langkah pelaksanaannya perlu dijadikan standar dalam menilai kualitas pelaksanaan PKPR.

4. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

Dalam menangani kesehatan remaja perlu tetap diingat dengan optimisme bahwa bila remaja dibekali dengan keterampilan hidup sehat maka remaja akan sanggup menangkal pengaruh yang merugikan bagi kesehatannya. PKHS merupakan adaptasi dari *Life Skills Education(LSE)*. *Life skills* atau keterampilan hidup adalah kemampuan psikososial seseorang untuk memenuhi kebuahidupan se-hari-hari secara efektif. Keterampilan ini mempunyai peran penting dalam promosi kesehatan dalam lingkup yang luas yaitu kesehatan fisik, mental dan sosial. Contoh yang jelas bahwa peningkatan keterampilan psikososial ini dapat member kontribusi yang berarti dalam kehidupan keseharian adalah keterampilan mengatasi masalah perilaku yang berkaitan dengan ketidak sanggupannya mengatasi stres dan tekanan dalam hidup dengan baik. Keterampilan psikososial di bidang kesehatan dikenal dengan istilah

PKHS. PKHS dapat diberikan secara berkelompok di mana saja, di sekolah, Puskesmas, sanggar, rumah singgah dan sebagainya.

a) Kompetensi psikososial tersebut meliputi 10 aspek keterampilan, yaitu:

a. Pengambilan keputusan

Pada remaja keterampilan pengambilan keputusan ini berperan konstruktif dalam menyelesaikan masalah berkaitan dengan hidupnya. Keputusan yang salah tak jarang mengakibatkan masa depan menjadi suram.

b. Pemecahan masalah

Masalah yang tak terselesaikan yang terjadi karena kurangnya keterampilan pengambilan keputusan akan menyebabkan stres dan ketegangan fisik.

c. Berpikir kreatif

Membantu pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Berpikir kreatif terealisasi karena adanya kesanggupan untuk menggali alternatif yang ada dan mempertimbangkan sisi baik dan buruk dari tindakan yang akan diambil. Meski tanpa ada keputusan, berpikir kreatif akan membantu cara merespons segala situasi dalam keseharian hidup secara fleksibel.

d. Berpikir kritis

Merupakan kesanggupan untuk menganalisa informasi dan pengalaman secara objektif, dengan demikian akan membantu

mengenal dan menilai faktor yang mempengaruhi sikap dan perilaku misalnya tata-nilai, tekanan teman sebaya, dan media.

e. Mengatasi stress

Pengenalan stres dan mengetahui bagaimana pengaruhnya terhadap tubuh membantu mengontrol stres dan mengurangi sumber penyebabnya. Misalnya membuat perubahan di lingkungan sekitar atau merubah cara hidup (*lifestyle*), diajarkan pula bagaimana bersikap santai sehingga tekanan yang terjadi oleh stress yang tak terhindarkan tidak berkembang menjadi masalah kesehatan yang serius. PKHS dapat dilaksanakan dalam bentuk drama, main-peran (*role play*), diskusi dll. Contoh aplikasi keterampilan ini dalam kehidupan sehari-hari adalah cara menolak ajakan atau tekanan teman sebaya untuk melakukan perbuatan berisiko, dan menolak ajakan melakukan hubungan seksual di luar nikah.

Dengan menerapkan ajaran PKHS, remaja dapat mengambil keputusan segera untuk menolak ajakan tersebut, merasa yakin akan kemampuannya menolak ajakan tersebut, berpikir kreatif untuk mencari cara penolakan agar tidak menyakiti hati temannya dan mengerahkan kemampuan berkomunikasi secara efektif dan mengendalikan emosi, sehingga penolakan akan berhasil dilaksanakan dengan mulus.

Pelaksanaan PKHS di Puskesmas disamping meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup sehat dapat juga menimbulkan rasa gembira bagi remaja sehingga dapat menjadi daya tarik untuk berkunjung kali berikut, serta mendorong melakukan promosi tentang adanya PKPR di Puskesmas kepada temannya dan menjadi sumber penular pengetahuan dan keterampilan hidup sehat kepada teman-temannya.

3. Pelatihan Pendidik Sebaya dan Konselor Sebaya

Pelatihan ini merupakan salah satu upaya nyata mengikut sertakan remaja sebagai salah satu syarat keberhasilan PKPR. Dengan melatih remaja menjadi kader kesehatan remaja yang lazim disebut pendidik sebaya, beberapa keuntungan diperoleh yaitu pendidik sebaya ini akan berperan sebagai agen pengubah sebayanya untuk berperilaku sehat, sebagai agen promotor keberadaan PKPR, dan sebagai kelompok yang siap membantu dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi PKPR. Pendidik sebaya yang berminat, berbakat, dan sering menjadi tempat “curhat” bagi teman yang membutuhkannya dapat diberikan pelatihan tambahan untuk memperdalam keterampilan *interpersonal relationship* dan konseling, sehingga dapat berperan sebagai konselor remaja.

5. Pelayanan Rujukan

Sesuai kebutuhan, puskesmas sebagai bagian dari pelayanan klinis medis, melaksanakan rujukan kasus ke pelayanan medis yang lebih tinggi. Rujukan sosial juga diperlukan dalam PKPR, sebagai contoh penyaluran kepada lembaga keterampilan kerja untuk remaja pasca penyalah-guna napza, atau penyaluran kepada lembaga tertentu agar mendapatkan program pendampingan dalam upaya rehabilitasi mental korban perkosaan. Sedangkan rujukan pranata hukum kadang diperlukan untuk memberi kekuatan hukum bagi kasus tertentu atau dukungan dalam menindaklanjuti suatu kasus. Tentu saja kerjasama ini harus diawali dengan komitmen antar institusi terkait, yang dibangun pada tahap awal sebelum PKPR dimulai.

6. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring PKPR di puskesmas berdasarkan buku pedoman pelayanan PKPR tahun 2008, dilakukan oleh pihak lain di luar puskesmas perlu dilakukan oleh puskesmas sendiri. Melalui monitoring, petugas akan dibantu menemukan masalah secara dini hingga koreksi yang akan dilakukan tidak memerlukan biaya dan waktu yang banyak, dan mempercepat tercapainya PKPR yang berkualitas.

- a) Monitoring oleh tatanan administrasi yang lebih tinggi dilakukan melalui analisa laporan rutin yang dikirimkan oleh Puskesmas dikombinasikan dengan pengamatan langsung di lapangan. Sistem monitoring adalah proses

pengumpulan dan analisa secara teratur dari seperangkat indikator. Sistem akan menyuguhkan data yang dapat digunakan untuk menilai:

- a. Apakah program berjalan dengan benar, dan bagaimana kemajuannya, adakah penyimpangan atau masalah.
- b. Apakah input dan proses yang dilakukan menghasilkan perbaikan ke arah target yang direncanakan.
- c. Apakah umpan balik tentang *output* dan proses dikaitkan dengan input.
- d. Adakah faktor lingkungan atau eksternal (masyarakat, geografis, kebijakan setempat, dll) dan faktor internal (*provider*, saran, dll) yang mempengaruhi pelaksanaan PKPR.

7. Pencatatan dan Pelaporan

Meskipun kegiatan pencatatan dan pelaporan dalam PKPR ini tidak diwajibkan untuk dilaporkan ke tingkat pusat, tetap perlu dilakukan untuk mencatat hal-hal mendasar. Manfaatnya adalah untuk mendapatkan data kesehatan remaja di wilayah puskesmas. Selain itu data juga digunakan untuk kepentingan perencanaan dan menentukan langkah-langkah perbaikan. Register kunjungan sebaiknya dicatat dan disimpan khusus di ruang pelayanan remaja, demikian juga status kesehatan serta catatan konseling untuk menjaga kerahasiaannya.

Pada tahap awal pelaksanaan PKPR pendaftaran dapat dilakukan di tempat kunjungan umum namun catatan medis/catatan konseling tetap disimpan tersendiri, contoh rekapitulasi catatan konseling terlampir. Buku catatan

kegiatan dan kunjungan sebaiknya dibuat sedemikian rupa sehingga pada saat diperlukan dapat diketahui data kegiatan PKPR dengan segera. Format standar pencatatan kegiatan PKPR dan kewajiban untuk melaporkannya sebaiknya perlu disepakati dan disusun setempat secara bersama antara pihak Dinas Kesehatan Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta perwakilan Puskesmas (Depkes RI, 2008).

2.1.2 Remaja

2.1.2.1 Pengertian Remaja dan Batasan Usia

Masa remaja adalah masa terjadinya peralihan terhadap perubahan secara fisik dan psikologis dari masa anak-anak ke masa dewasa (Hurlock, 2013). Perubahan psikologis yang terjadi pada remaja meliputi intelektual, kehidupan emosi, dan kehidupan sosial. Perubahan fisik mencakup organ seksual yaitu alat-alat reproduksi sudah mencapai kematangan dan mulai berfungsi dengan baik (Sarwono, 2015).

Remaja adalah fase peralihan dari masa anak-anak menuju dewasa, dimana mulai timbul ciri-ciri seks skunder, terjadi pacu tumbuh, tercapainya fertilitas dan terjadinya perubahan-perubahan kognitif dan psikologik. Remaja sebenarnya berada diantara masa anak-anak dan masa dewasa sehingga berada dalam tempat yang tidak jelas, oleh karena itu masa remaja sering disebut masa pencarian jati diri (Rohan & Siyoto, 2013).

Remaja dapat diartikan sebagai masa peralihan dari perkembangan antara masa anak dan masa dewasa yang mencakup perkembangan biologis, kognitif, sosial dan mental-emosional (Santrock, 2013). Monks (2014) menyebutkan, yang dimaksud

dengan usia remaja yaitu antara usia 12 sampai usia 21 tahun. Menurut Menteri Kesehatan RI (2010), batasan usia remaja adalah antara usia 10 sampai 19 tahun dan belum kawin. Remaja dibagi menjadi tiga tahap yaitu masa remaja awal (usia 10-13 tahun), masa remaja tengah yaitu (usia 14-16 tahun) dan remaja akhir (usia 17-19 tahun) (Rohan & Sayito, 2013). Masa remaja menurut Santrock (2013), yaitu usia 10-13 tahun dan berakhir saat menginjak usia 18-22 tahun.

2.1.2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Saat memasuki masa remaja akan diawali dengan perubahan fisik dulu kemudian diikuti perubahan psikis pada remaja. Perubahan yang mencolok pada remaja laki-laki dan perempuan umumnya terjadi saat usia 9-19 tahun. Perubahan yang terjadi bukan hanya bertambah tinggi dan besar saja, tetapi juga terjadi perubahan organ reproduksi sehingga mereka bisa menghasilkan keturunan. Perubahan tersebut dikenal dengan istilah pubertas yaitu perubahan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Remaja perempuan ditandai dengan datangnya menstruasi, sedangkan pada remaja laki-laki ditandai dengan mimpi basah. Remaja laki-laki juga mengalami ejakulasi yaitu keluarnya sperma melalui penis, dan kejadian ini dapat disengaja maupun tidak disengaja yaitu melalui mimpi basah.

Proses menstruasi terjadi karena luruhnya lapisan pada dinding rahim yang mengandung pembuluh darah tempat sel telur yang tidak dibuahi menempel, biasanya terjadi antara tiga sampai tujuh hari. Siklus haid masing-masing remaja berbeda, yaitu dua puluh tujuh hari atau tiga puluh lima hari. Perubahan Alat reproduksi pada perempuan terjadi pada *labia minora* atau bibir luar, *clitoris* atau kelentit, rambut

kemaluan, lubang *vagina, uterus, servik*, sel telur, indung telur. Perubahan alat reproduksi laki-laki terjadi pada zakar, buah zakar, saluran kencing (*uretra*), saluran sperma, skrotum, kelenjar prostat, kandung kencing (Yuliani, 2010).

Perkembangan secara psikis juga melewati beberapa tahap yang mungkin dipengaruhi oleh kontak dengan lingkungan sekitarnya. Fase remaja di bagi dalam beberapa tahap perkembangan remaja diantaranya :

1. Fase remaja awal (usia 10-13 tahun)

Pada fase ini remaja merasa dan tampak lebih dekat dengan teman sebaya, menginginkan kebebasan, mulai tampak berfikir khayal terhadap bentuk tubuh.

2. Fase remaja tengah (usia 14-16 tahun)

Pada masa ini remaja mulai mencari jati diri, ada ketertarikan terhadap lawan jenis, ingin berkencan, mulai merasakan cinta yang mendalam kemampuan berfikir abstraknya semakin berkembang, dan berimajinasi tentang seksual.

3. Fase remaja akhir (usia 17-19 tahun)

Remaja pada fase ini mulai menampakkan kebebasan dirinya, lebih selektif dalam mencari teman, mulai memiliki citra diri (gambaran, keadaan dan peran) terhadap dirinya, mampu untuk mengungkapkan perasaan cintanya, mempunyai kemampuan yang baik untuk berfikir abstrak atau khayal.

Remaja seharusnya mengetahui informasi yang benar tentang kesehatan reproduksi dan hal-hal lain yang menyebabkan permasalahan remaja, supaya remaja mempunyai sikap dan perilaku yang baik terhadap hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan

reproduksi mereka sehingga bisa terhindar dari permasalahan remaja (Nursalam, 2013).

2.1.2.2.1 Perkembangan Fisik pada Masa Remaja

Pertumbuhan fisik berlangsung sangat pesat. Dalam perkembangan seksualitas remaja, ditandai dengan dua ciri yaitu ciri-ciri seks primer dan ciri-ciri seks sekunder. Berikut ini adalah uraian lebih lanjut mengenai kedua hal tersebut

a. Ciri-ciri seks primer Dalam modul kesehatan reproduksi remaja (Depkes, 2002)

disebutkan bahwa ciri-ciri seks primer pada remaja adalah:

a) Remaja laki-laki Remaja laki-laki sudah bisa melakukan fungsi reproduksi bila telah mengalami mimpi basah. Mimpi basah biasanya terjadi pada remaja laki-laki usia antara 10-15 tahun.

b) Remaja perempuan Jika remaja perempuan sudah mengalami menarche (menstruasi), menstruasi adalah peristiwa keluarnya cairan darah dari alat 10 kelamin perempuan berupa luruhnya lapisan dinding dalam rahim yang banyak mengandung darah.

b. Ciri-ciri seks sekunder menurut (Agustin & Arsani, 2014). Ciri-ciri seks sekunder pada masa remaja adalah sebagai berikut :

a) Remaja laki-laki

1. Bahu melebar, pinggul menyempit
2. Pertumbuhan rambut disekitar alat kelamin, ketiak, dada, tangan, dan kaki
3. Kulit menjadi lebih kasar dan tebal

4. Produksi keringat menjadi lebih banyak

b) Remaja perempuan

1. Pinggul lebar, bulat, dan membesar, puting susu membesar dan menonjol, serta berkembangnya kelenjar susu, payudara menjadi lebih besar dan lebih bulat.
2. Kulit menjadi lebih kasar, lebih tebal, agak pucat, lubang pori-pori bertambah besar, kelenjar lemak dan kelenjar keringat menjadi lebih aktif.
3. Otot semakin besar dan semakin kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan, dan tungkai.
4. Suara menjadi lebih penuh dan semakin merdu.

2.1.3 Partisipasi PKPR

2.1.3.1 Pengertian Partisipasi

Banyak pengertian partisipasi telah dikemukakan oleh para ahli, namun pada hakekatnya memiliki makna yang sama. Partisipasi berasal dari bahasa Inggris *participate* yang artinya mengikutsertakan, ikut mengambil bagian (Willie, 2014). Pengertian yang sederhana tentang partisipasi dikemukakan oleh Howard (2013), dimana partisipasi dapat juga berarti bahwa pembuat keputusan menyarankan kelompok atau masyarakat ikut terlibat dalam bentuk penyampaian saran dan pendapat, barang, keterampilan, bahan dan jasa. Partisipasi juga berarti bahwa kelompok

mengenal masalah mereka sendiri, mengkaji pilihan mereka, membuat keputusan, dan memecahkan masalahnya.

2.1.3.2 Faktor – Faktor yang mempengaruhi Partisipasi PKPR

Faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pada remaja meliputi kepribadian, jenis kelamin, latar belakang budaya dan agama faktor ras, sikap keluarga, dan pendidikan seksual dan program pencegahan. Faktor kepribadian telah ditemukan terkait dengan perilaku seksual, seperti tingkat pengambilan risiko. Tingkat yang lebih tinggi impulsif yang berhubungan dengan usia yang muda pada pengalaman pertama hubungan seksual; jumlah yang lebih tinggi dari pasangan seksual; hubungan seksual tanpa menggunakan kontrasepsi, termasuk kondom; dan riwayat penyakit menular seksual (Sarwono, 2013).

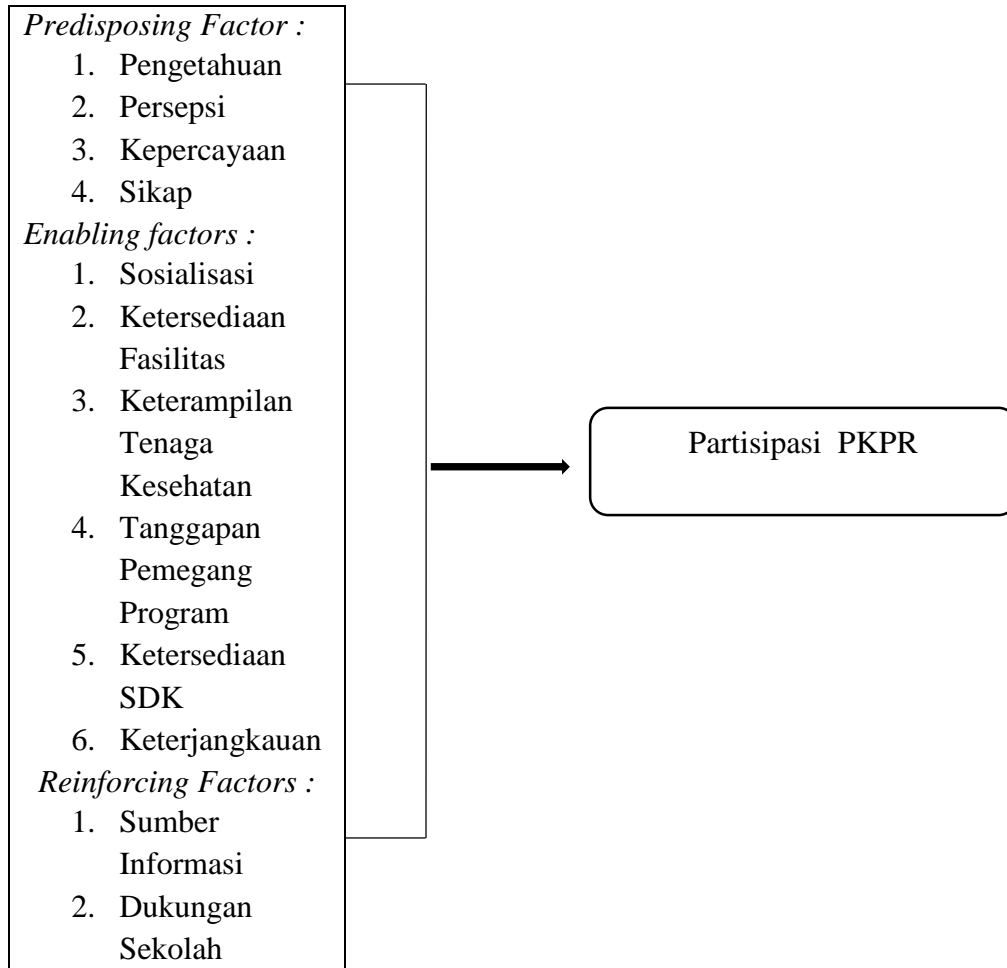
Secara historis, remaja laki-laki telah melakukan hubungan seksual pada usia yang lebih muda dari remaja perempuan. Semakin muda seorang gadis remaja ketika dia berhubungan seks untuk pertama kalinya, semakin besar kemungkinan dia memiliki hubungan seks yang tidak diinginkan atau *nonvoluntary*. Empat dari sepuluh gadis yang memiliki hubungan seksual pertama pada usia 13 atau 14 tahun dilaporkan alasan melakukan *intercourse* dengan tidak sukarela atau tidak diinginkan. Tiga dari empat anak perempuan dan lebih dari setengah dari anak laki-laki melaporkan bahwa perempuan yang berhubungan seks melakukannya karena pacar mereka ingin mereka. Secara umum, remaja yang melakukan hubungan seksual di usia muda juga lebih mungkin untuk memiliki lebih banyak memiliki pasangan seksual (Friskarini & Pamalu, 2016).

Menurut Sarri D. Et all (2017), faktor–faktor yang mempengaruhi terbentuknya partisipasi PKPR antara lain :

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor–faktor yang mendahului perilaku yang memberikan dasar rasional atau motivasi untuk perilaku tersebut antara lain terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pemudah (*enabling factors*) yaitu faktor–faktor yang mendahului perilaku yang memungkinkan sebuah motivasi untuk direalisasikan, yaitu antara lain: ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, dan ketrampilan tenaga kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu faktor–faktor yang mengikuti sebuah perilaku yang memberikan pengaruh berkelanjutan terhadap perilaku tersebut, dan berkontribusi terhadap persistensi atau penanggulangan perilaku tersebut.

2.2 KERANGKA TEORI

Berdasarkan uraian tinjauan pustaka, maka disusun kerangka teori mengenai Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Remaja dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang. Penelitian ini menggunakan teori Lawrence Green yang dibentuk oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendorong dan faktor pendukung. Kerangka teori penelitian ini disajikan pada gambar berikut:

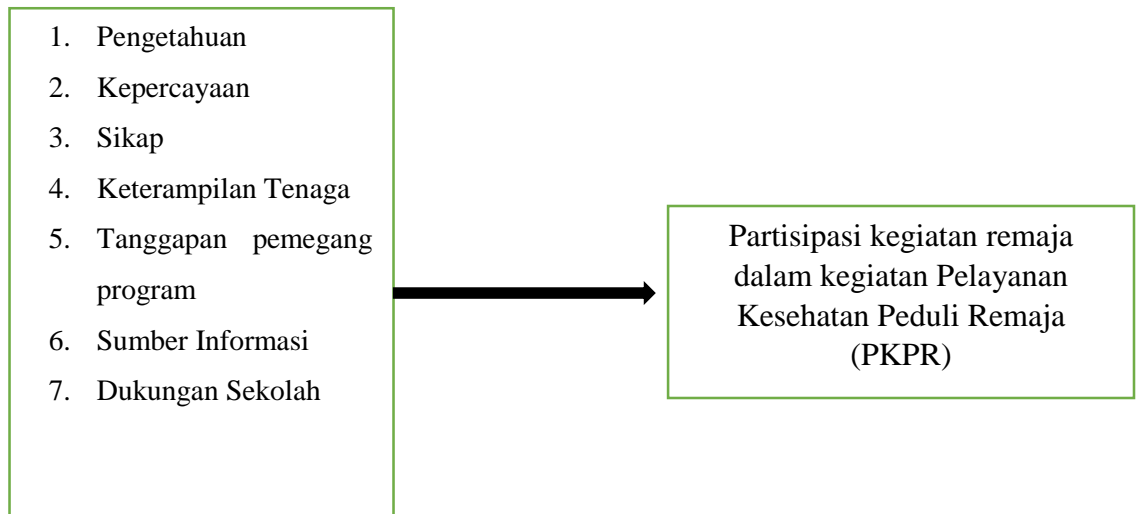


Gambar 2.2 Kerangka Teori
Sumber: Teori Lawrence Gree

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP

Variabel Bebas Variabel Terikat



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Faktor-faktor yang akan diamati berdasarkan kerangka konsep tersebut adalah: pengetahuan, kepercayaan, sikap, keterampilan tenaga kesehatan, tanggapan pemegang program, sumber informasi, dan dukungan sekolah sebagai variabel bebas dan partisipasi kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) sebagai variabel terikat. Penelitian ini akan membuktikan pengaruh dari tiap-tiap variabel bebas terhadap variabel terikat.

Variabel dalam kerangka teori tidak semuanya diteliti dalam penelitian ini, variable tidak diteliti dalam penelian ini yaitu ketersediaan SDK dan keterjangkauan SDK. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Bandarharjo sudah ada dan menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang kecukupan tenaga kesehatan PKPR sudah memenuhi syarat dan wilayah Puskesmas Bandarhajo memiliki akses yang stategis sehingga faktor ketersediaan SDK dan keterjangkauan SDK tidak perlu diteliti. Selain itu, ada beberapa variabel yang memiliki makna yang sama sehingga variabel tersebut tidak diteliti secara terpisah.

3.2 VARIABEL PENELITIAN

3.2.1. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang apabila berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain (Ismael, 2011). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, keterlibatan remaja, kepercayaan, sikap, keterampilan tenaga kesehatan, sumber informasi, dan dukungan sosial.

3.2.2. Variabel Terikat

Variabel terikat adalah suatu variabel yang terikat atau bergantung dengan variabel lain, atau disebut juga dengan konsekuensi (Munif, 2010). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah partisipasi kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) diwilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

3.3. HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis di dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari dua hipotesis, yaitu hipotesis mayor dan hipotesis minor.

3.3.1. Hipotesis Mayor

Hipotesis mayor yaitu hipotesis yang menjadi sumber dari hipotesis-hipotesis yang lain (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis mayor dalam penelitian ini adalah faktor yang mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, ketersediaan fasilitas, keterampilan tenaga kesehatan, sumber informasi, dan dukungan sekolah.

3.3.2. Hipotesis Minor

Hipotesis minor, yaitu hipotesis yang dijabarkan dari hipotesis mayor (Notoatmodjo, 2010). Berikut ini hipotesis-hipotesis minor dalam penelitian ini. Berdasarkan tujuan khusus dari penelitian ini, maka peneliti merumuskan hipotesis sebagai berikut:

1. Faktor pengetahuan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
2. Faktor kepercayaan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

3. Faktor sikap mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
4. Faktor keterampilan tenaga kesehatan mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
5. Faktor tanggapan pemegang program mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
6. Faktor sumber informasi mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.
7. Faktor dukungan sekolah mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

3.4.DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Definisi operasional adalah batasan variabel-variabel yang ada dalam penelitian yang didefinisikan dalam istilah yang operasional sehingga tidak ada makna ganda dari istilah yang digunakan dalam penelitian tersebut. Skala pengukuran merupakan kesepakatan yang digunakan sebagai acuan untuk menentukan panjang pendeknya interval yang ada dalam alat ukur, sehingga alat ukur tersebut bila digunakan dalam pengukuran akan menghasilkan data kuantitatif (Sugiyono, 2015).

Definisi operasional dan skala pengukuran variabel-variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut ini:

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala Data
1	Pengetahuan	Kemampuan remaja dalam memahami tentang PKPR	Kuisisioner	a. Tinggi: jika skor ≥ 3 b. Rendah : jika skor < 3	Nominal
2	Kepercayaan	Tingkat keyakinan pada remaja yang mempengaruhi perilaku kesehatannya	Kuisisioner	a. Baik: jika skor ≥ 3 b. Kurang : jika skor < 3	Nominal
3	Sikap	Perilaku yang dilakukan remaja dalam menanggapi masalah kesehatan	Kuisisioner	a. Baik: jika skor ≥ 3 b. Tidak Baik : jika skor < 3	Nominal
4	Keterampilan Tenaga Kesehatan	Kemampuan petugas pemegang program PKPR dalam penyampaian hingga penguasaan materi mengenai PKPR	Kuisisioner	a. Memenuhi: jika skor ≥ 2 b. Tidak Memenuhi: jika skor < 2	Nominal
5	Tanggapan Pemegang Program	Respon dari pemegang program PKPR pada saat pelaksanaan kegiatan PKPR	Kuisisioner	a. Positif, jika skor ≥ 2 b. Negatif, jika skor = 1	Nominal
6	Sumber Informasi	Paparan responden terhadap media informasi seperti media cetak dan elektronik.	Kuisisioner	a. Tersedia: jika skor ≥ 3 b. Tidak Tersedia : jika skor < 3	Nominal
7	Dukungan Sekolah	Usaha dari sekolah yang dilakukan	Kuisisioner	a. Banyak, jika skor ≥ 2	Nominal

dalam hal
 mengasuh, komunik
 asi, mendidik,
 membimbing,
 mendisiplinkan,
 dan mengontrol
 anak dalam
 berperilaku di
 lingkungan sekolah

b. Sedikit, jika
 skor < 2

3.5. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

3.5.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan studi deskriptif korelasional, dimana peneliti mengkaji hubungan antar variabel. Penelitian korelasional adalah studi yang mempelajari hubungan dua variabel atau lebih dimana variabel satu dan variabel yang lain saling berhubungan. Penelitian korelasional bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antar variabel. Variabel yang digunakan adalah variabel independen dan dependen. Metode *cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan hanya pada satu waktu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

3.5.2. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian dengan metode pendekatan *cross sectional* yang merupakan suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi

antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo, 2010).

3.6. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1. Populasi

Populasi adalah sekelompok individu atau obyek yang memiliki karakteristik yang sama, yang mungkin diamati (Munif, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

3.6.2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik sampling yang dilakukan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan probability sampling, yaitu dengan simple random sampling teknik pengambilan sampel ini setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Nursalam, 2008). Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan:

N : Besar populasi

n : Besar sampel

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan yaitu sebesar 10% atau 0,1

Berdasarkan teknik pengambilan sampel, sampel yang digunakan yaitu 97 responden

$$n = \frac{4860}{1 + 4860 (0,1 \times 0,1)}$$

$$n = 97$$

Dalam pengambilan sampel, dilakukan pengategorian berdasarkan kategori eksklusi dan inklusi sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum dari subjek penelitian yang layak untuk dilakukan penelitian atau dijadikan responden. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Remaja laki-laki maupun perempuan
- b. Berusia 10-19 tahun yang berada diwilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang
- c. Bersedia menjadi subjek penelitian atau menjadi responden

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan subjek penelitian yang tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Tidak termasuk jenis kelamin laki-laki maupun perempuan
- b. Anak-anak dan orang tua yang usianya kurang dari 10 tahun dan lebih dari 19 tahun.

- c. Remaja yang bersekolah di luar wilayah kerja Puskesmas Bandarhajo Semarang
- d. Tidak bersedia menjadi subjek penelitian atau menjadi responden

3.7. SUMBER DATA

3.7.1. Data Primer

Data primer adalah data yang didapat secara langsung dari sumber utama baik dari individu maupun perorangan bisa diperoleh dengan melakukan wawancara kepada responden menggunakan kuesioner terstruktur yang biasa dilakukan oleh peneliti. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui observasi dan wawancara dengan kuesioner meliputi faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) a wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang.

3.7.2. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut oleh pengumpul data primer atau pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel atau diagram. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Pusat Layanan Informasi Remaja (PILAR) PKBI Jawa Tengah.

3.8. INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati, instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini untuk memperoleh data yang dibutuhkan yaitu kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengambilan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015). Kuesioner yang disediakan berisi tentang identitas responden (nama, jenis kelamin, umur), pengetahuan, kepercayaan, sikap, keterampilan tenaga kesehatan, tanggapan, pemegang program, sumber informasi, dan dukungan sekolah. Sebelum kuesioner diujikan dilakukan uji coba terlebih dahulu untuk mencegah terjadinya kesalahan. Pada kuesioner akan dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya terhadap 15 responden.

3.8.1.1 Uji Validitas Instrumen

Validitas merupakan pernyataan tentang sejauh mana alat ukur dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Jenis validitas yang digunakan pada penelitian ini adalah validitas konstruk, yaitu jika instrumen dapat digunakan untuk mengukur gejala sesuai dengan yang di definisikan (Sugiyono, 2015). Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini menggunakan program SPSS, dimana hasil akhirnya (r hasil) dibandingkan dengan nilai r tabel. Dasar pengambilan keputusan dari uji validitas tersebut yaitu jika r hasil $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut valid dan sebaliknya.

Hasil akhir (r hasil) dibandingkan dengan r tabel dengan $N=15$ taraf signifikansi 5% diketahui r tabel (0,339), dari 34 butir pertanyaan yang diujikan terdapat 2 butir pertanyaan yang tidak valid yaitu pada item 1 pertanyaan variabel pengetahuan, item 2 variabel sikap (r hasil $<$ r tabel) sehingga terdapat 32 butir pertanyaan yang digunakan sebagai instrumen penelitian.

3.8.1.2 Uji Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas instrumen merupakan sejauh mana sebuah alat ukur yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2015). Pengujian reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan uji statistik Cronbach's Alpha pada program pengolahan data SPSS, dengan $N=15$ taraf signifikansi 5% diketahui r tabel (0,339) item pertanyaan dikatakan reliabel jika r Alpha $>$ r tabel (0,339). Berdasarkan uji reliabilitas didapatkan r Alpha lebih besar dibandingkan dengan nilai konstanta (0,339), maka dari 32 item pertanyaan di dalam kuesioner penelitian reliabel dan dapat digunakan sebagai alat untuk pengumpulan data.

3.8.2. Teknik Pengambilan Data

Pengambilan data pada penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data gabungan antara observasi dan wawancara. Proses observasi akan dilakukan dengan cara observasi nonpartisipan, yaitu peneliti tidak terlibat dan hanya sebagai pengamat independen (Sugiyono, 2015). Observasi dilakukan secara terstruktur, yaitu observasi yang telah dirancang secara sistematis, tentang apa yang akan diamati, kapan dan dimana tempatnya (Sugiyono, 2015).

3.9. PROSEDUR PENELITIAN

Prosedur pelaksanaan penelitian yaitu:

1. Penelitian dimulai dengan mengidentifikasi responden.
2. Peneliti mewawancarai serta mengamati sasaran pengamatan sesuai lembar kuesioner yang sudah disusun.
3. Peneliti melakukan dokumentasi pada variabel yang diteliti.
4. Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan pengolahan dan analisis data secara univariat, bivariat, dan multivariat berdasarkan pengaruh variabel-variabel yang diteliti.

3.10. TEKNIK ANALISIS DATA

3.10.1. Teknik Analisis Data

3.10.1.1. Analisis Univariat

Analisis univariate bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010).

3.10.1.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariate dalam penelitian ini menggunakan uji Chi-Square dengan Confidence Interval (CI) sebesar 95% ($\alpha= 0,05$). Menggunakan uji Chi-Square karena skala pengukuran variabel yang diteliti merupakan skala nominal. Uji ChiSquare digunakan untuk menguji hipotesis asosiasi/komparasi kelompok sampel tidak

berpasangan pada 2 kelompok sampel atau lebih dari 2 kelompok sampel dengan skala pengukuran variabel kategorik (ordinal atau nominal). Aturan pengambilan keputusan:

1. Jika $p \text{ value} \geq \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima atau tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik.
2. Jika $p \text{ value} \leq \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak atau ada hubungan yang bermakna secara statistik.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang, dapat disimpulkan bahwa:

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan partisipasi remaja dalam PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dengan nilai $p=0,00$
2. Tidak ada hubungan antara kepercayaan dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dengan nilai $p = 0,314$
3. Ada hubungan antara sikap dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dengan nilai $p= 0,019$
4. Ada hubungan antara keterampilan tenaga kerja dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dengan nilai $p= 0,030$
5. Ada hubungan antara tanggapan pemegang program dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dengan nilai $p= 0,032$
6. Tidak ada hubungan antara sumber informasi dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dengan nilai $p =0,4$

7. Tidak ada hubungan antara dukungan sekolah dengan partisipasi remaja dalam kegiatan PKPR di Puskesmas Bandarharjo, dengan nilai $p = 0,15$

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Puskesmas Bandarharjo

Lebih mengoptimalkan publikasi terkait keberadaan PKPR baik melalui media massa atau melalui penyampaian materi secara langsung guna menambah pengetahuan remaja terkait PKPR yang ada di Puskesmas Bandarharjo Semarang, sehingga remaja terdorong untuk memanfaatkan atau berpartisipasi dalam kegiatan PKPR.

6.2.2 Bagi Peneliti Lainnya

Apabila ada peneliti yang ingin melakukan penelitian sejenis, disarankan untuk melakukan penelitian dengan variabel lainnya yang belum ada dalam penelitian ini dan menggunakan metode yang berbeda untuk menggali lebih dalam sehingga dapat diketahui faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi remaja dalam partisipasi kegiatan PKPR.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, M, & Arsani, A. 2013. *Remaja Sehat Melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Ditingkat Puskesmas*. Jurnal Kesehatan Masyarakat.
- Andika, (2010). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Indonesia: Departemen Kesehatan RI.
- Budiasih, (2016). Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*.
- Deni Witari, N.L.P. Suariyani, & Nyoman, M. 2014. *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Tegallalang I*. Semarang
- Friskarini, K. & Pamalu, P. 2016. *Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (Pkpr) Di Tingkat Puskesmas Dki Jakarta*. Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat.
- Handayani, S, & Rimawati, E. 2016. *Pemanfaatan Layanan PKPR Oleh Remaja Di Wilayah Kerja Puskesmas Miroto Semarang*. Cendekia Utama.
- Howard, T.L., Marcell, A.V., Plowden, K., Watson, C.2010. *Exploring Women's Perceptions About Their Role in Supporting Partners' and Sons' Reproductive Health Care*. *Americans Journal of Mens's Health*.
- Hurlock, V. C., & Lopez, D. J. (2015). *Documenting Good Practices: Scaling Up The Youth Friendly Health Model in Colombia*. Reproductive Health.
- Ismael, S. S. (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Junaidi, H., & Yunita, A. 2015. *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Masyarakat dengan Pemanfaatan Puskesmas Guguk Panjang oleh Masyarakat di Kelurahan*

Bukik Cangang Kr Bukitinggi. 'Afiyah, 2(2)

- Kemenkes 2013. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Puskesmas*, Jakarta, Kemenkes Ri.
- Kawulur, M. M., Kolibu, F. K., & Tucunan, A. A. T. 2018. *Hubungan antara Pendidikan, Pekerjaan, dan Jarak Tempuh dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Teling Atas Manado*. *Kesmas*, 7(2): 9-16
- Kementrian, K. R. (2014). *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*.
- Kementrian, K. R. (2014). *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*.
- Mahmudah, H. (2016). *Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Sanapelan Kecamatan Sanapelan Kota Pekanbaru*. Jom FISIP.
- Marcell, A.V., Wibbelsman, C., Seigel, W.M. 2011. *Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. Pediatrics*. Moreno, L.A. 2008. *Design and implementation of the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence Cross-Sectional Study*. *International Journal of Obesity*.
- Monks, F.J., & Knoers, A.M. 2013. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Gadjah Mada University Press. Alih bahasa oleh : Siti Rahayu Hadinoyo.
- Munif, S. (2016). *Measuring Adolescent Friendly Health Service in India: A Scoping Review of Evaluations*. *Reproductive Health*.
- Notoatmodjo, S. 2011. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, D. P. (2013). *Faktor Predisposing, Pendukung dan Pendorong Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Kuta Selatan*. *Public Health and Preventive Medicine Archive*.

- Pedoman Standar Nasional PKPR. (2014). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Puskesmas, M. 2014. *Laporan Pemanfaatan Pkpr Oleh Remaja Tahun 2014*. Puskesmas Bandarharjo.
- Rohan, I., Siyoto. (2013). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Seksual Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja dalam Upaya Pencegahan Penularan HIV/AIDS di Kodia Yogyakarta*. Berita Kedokteran Masyarakat: UGM Yogyakarta.
- Rohmayanti, R., Rahman, I. T. & Nisman, W. A. 2015. *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Menurut Perspektif Remaja Di Kota Magelang*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*.
- Sari, D, Musthofa, B, & Widjanako, B. 2017. *Hubungan Partisipasi Remaja Dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (Pkpr) Dengan Pengetahuan Dan Persepsi Mengenai Kesehatan Reproduksi Di Sekolah Menengah Pertama Wilayah Kerja Puskesmas Lebdosari*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Sarwono W.S. 2013. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Grafindo Persada
- Susanti, N., & Mitra. 2011. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Posyandu Lansia. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1(3): 155-162
- Weng, F.L. 2014. *Risk factors for low serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in otherwise healthy children and adolescents*. *Am J Clin Nutr*.
- Willie, Venkatraman., & Bloem, Paul. (2013). Standardizing and Scaling Up Quality Adolescent Friendly Health Service in Tanzania. *BMC Public Health*.
- World Health Organization, Maternal, Newborn Child, and Adolescent Health. 2017. *Epidemiology Lescence*.
- Yuliani, C. I. 2010. *Analisis Keberhasilan Dalam Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (Pkpr) Ditinjau Dari Fungsi Manajemen Di Uptd Puskesmas Kendal 01 Kabupaten Kendal Tahun 2010*. Skripsi, Fakultas Kesehatan.