



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFISIENSI BLAYA
PROGRAM INTERVENSI KESEHATAN REMAJA
DI KOTA SUKABUMI DAN KOTA BOGOR
TAHUN 2009**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh :
MARINA DAMAJANTI
NPM 0706189021

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

PENGESAHAN

Tesis ini telah diajukan oleh

Nama : Marina Damajanti
NPM : 0706189021
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan
Judul : Efisiensi Biaya Program Intervensi Pelayanan Kesehatan Remaja di Kota Sukabumi dan Kota Bogor Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Drg. Mardiaty Nadjib, M.Sc (.....)

Penguji : dr. Mieke Savitri, M.Kes (.....)

Penguji : Pujiyanto, SKM, M.Kes (.....)

Penguji : dr. Sri Pinantari, M.Kes (.....)

Penguji : dr. Bagus Satria Budi, M.Kes (.....)

Di tetapkan di : Depok
Tanggal : 30 Juni 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan atas segala rahmat dan karunia-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul:

“Efisiensi Biaya Program Intervensi Kesehatan Remaja Di Kota Sukabumi dan Kota Bogor Tahun 2009”

Terima kasih penulis sampaikan dengan penuh rasa hormat kepada Ibu DR. drg. Mardiaty Nadjib, MS selaku pembimbing yang dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu kepada penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan penulis untuk perbaikan tesis ini, walaupun tesis ini masih jauh dari harapan beliau. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu dr. Mieke Savitri, M.Kes selaku penguji dalam seminar proposal, seminar hasil dan ujian sidang yang sangat banyak memberikan arahan kepada penulis bukan hanya dalam perbaikan tesis ini, tetapi juga hal lain yang sangat berarti.
2. Bapak Pujiyanto, SKM, M.Kes selaku penguji sidang thesis ini
3. Bapak dr. Bagus Satriya Budi, M.Kes dan Ibu dr. Sri Pinantari Hanum, M.Kes yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk hadir sebagai penguji luar pada ujian tesis dan telah memberikan saran, bimbingan pada sidang serta untuk perbaikan tesis ini.

4. Seluruh Pengajar Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis sehingga memperkaya wawasan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Ibu dr. Ina Hernawati, MPH selaku Plh. Direktorat Bina Kesehatan Anak pada tahun 2007 yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
6. Ibu dr. Hj. Fatni Sulani DTMH, Msi selaku Direktur Bina Kesehatan Anak beserta seluruh staf yang telah mendukung kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Sukabumi dan Kota Bogor terutama Kepala Puskesmas Sela Batu dan Kepala Puskesmas Karang Tengah Kota Sukabumi serta Kepala Puskesmas Bogor Timur dan Kepala Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor yang telah memberikan ijin kepada penulis mengambil data untuk penelitian.
8. Sahabat-sahabatku tercinta staf Subdit Bina Kesehatan Anak Remaja yang turut membantu dalam pengambilan data, tetap bekerja dengan penuh semangat dan kembangkan terus kreativitas.
9. Rasa hormat dan terima kasih bagi Alm. ayahanda tercinta Ir. H. Wartaman Wangsadinata dan ibunda tercinta, yang selama hidupnya telah mendidik penulis agar tetap tegar dan tidak pernah menyerah dalam menjalani kehidupan, terima kasih bapak.

10. Para pengelola program kesehatan remaja seluruh puskesmas di Kota Sukabumi dan Kota bogor yang telah bersedia menjadi responden dan sangat besar artinya bagi penulis dalam rangka penyelesaian tesis
11. Kenedy, Lukman, dan Rani yang telah bersedia menjadi oponen pada saat ujian proposal maupun ujian hasil, masukan-masukannya sangat berarti bagi penulis
12. Teman-teman, terutama mbak Ibet, Linda, Prima, Amir terima kasih dukungan dan bantuannya
13. Anak-anakku terkasih, sang kriboku Ranggalaswara, sang ayuku Larasayu dan sang bungsuku Sekar juga kakak tercinta Hani yang dengan segala dukungannya sampai tersusun tesis ini.
14. Dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tak mungkin disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Juni 2009

Penulis

Marina Damajanti

PERNYATAAN PERSETUJUAN


Tesis dengan judul

**EFISIENSI BIAYA
PROGRAM INTERVENSI KESEHATAN REMAJA
DI KOTA SUKABUMI DAN KOTA BOGOR
TAHUN 2009**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, Juni 2009

Pembimbing Tesis



(DR drg Mardiaty Nadjib MS)

ABSTRAK

Nama : Marina Damajanti
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Efisiensi Biaya Program Intervensi Kesehatan Remaja di Kota Sukabumi dan Kota Bogor tahun 2009

Menurut WHO remaja adalah kelompok usia 10-19 tahun. Kelompok ini merupakan populasi yang besar yaitu sekitar 20% dari jumlah penduduk. Kelompok ini memberikan kontribusi ibermakna dalam pencapaian *MDG's* 2015, yaitu AKP 50/1.000 KH, AKB 56/1.000 KH dan Prevalensi BBLR tertinggi (>8%) terjadi pada kelompok ibu < 20 tahun. (SDKI 2007). Juga ditemukan kontribusi tidak langsung pada kelompok remaja yang memberi kontribusi pada risiko kematian bayi antara lain 8,3% hipertensi mulai dijumpai pada usia muda (15-17 tahun), 16,3% anemia (15-24 tahun), dan masalah perilaku seperti kebiasaan merokok (33%) terjadi pada umur < 20 tahun, serta persentasi kumulatif tertinggi (54,76%) kasus AIDS terjadi pada kelompok umur 20-29 tahun.

Kebanyakan kelompok ini ada di sekolah formal, informal dan non formal. Menjadi penting untuk mendidik mereka agar menjadi lebih baik di masa datang. Departemen Kesehatan mengembangkan puskesmas sebagai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) sebagai upaya strategik untuk menjangkau kelompok ini.

Pada tahun 2008, di Kota Sukabumi ditemukan 0,78% siswa anemia, 8,2% gizi lebih dan 32% Hb < 12 gr%. Sedangkan berdasarkan pelaporan PKPR tahun 2008 di kota Bogor ditemukan 1.009 kasus gizi, 570 gangguan belajar dan 329 kasus gangguan haid.

Kota Sukabumi di kenal sebagai kota juara dalam perlombaan UKS dan Bogor pada tahun 2003 implementasi PKPR, pada tahun 2006 semua puskesmas sudah PKPR. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan mana yang lebih efisien. Disain penelitian dengan cross sectional dan analisis biaya minimisasi. Perhitungan biaya menggunakan ABC (Activity Based Costing). Hasil studi ini adalah PKPR lebih efisien. Sehingga perlu penguatan PKPR dan menjadikan PKPR sebagai prioritas Departemen Kesehatan untuk mencapai MDG's

Kata Kunci :

Efisiensi Biaya, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR),

ABSTRACT

Name : Marina Damajanti
Majority : Health Community Sciens
Title : Cost Efficiency, Adolescent Health Services Intervention Programme in Sukabumi and Bogor, 2009

Adolescent according to WHO is a group of teenager between 10 to 19 years old. This group is a large population (20%) of the total population in Indonesia. This group contributes a significant influence to reach the MDG's 2015 goals, where Perinatal Mortality Rate (PMR) is 50/1,000 KH, Infant Mortality Rate (IMR) is 56/1,000 and the high Low Birth Weight Rate (>80%) in a group of mothers age below 20 years (IDHS 2007). It was also found indirect contribution to the risk of infant death. For example 8.3% hypertension cases were found in young ages (15 to 17 years), as well as 16.3% of anemia (15 to 24 years), and behavior problems such as smoking habit (33%). The highest cumulative percentage (54.76%) of AIDS' cases is also found in a group of adolescent ages between 20 to 29 years.

Most of them are attending formal school, informal as well as non formal education. It is important educate this group for a better future. The Ministry of Health (MOH) uses the Health Centre as Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) or Adolescent Friendly health services (AFHS) as a strategic approach to reach the adolescent group by health workers.

In 2008, it was found that in Sukabumi 0.78% student was having anemia, 8.2% with obesity and 32% was having Hb < 12gr%. On the other hand, based on AFHS analysis year 2008 in Bogor, it was found 1,009 cases with obesity, 570 cases with problems in study and 329 cases related with menstruation problems.

Sukabumi is known as a champion city for variety of UKS national championship, and Bogor in the year of 2003 implemented a trial on AFHS and since 2006 all Puskesmas have been transformed to AFHS. The objective of this study is to describe which intervention is more efficient. We employed a cross sectional design and Cost Minimization Analysis (CMA). Costing for each intervention was done using Activity Based Costing (ABC) approach. The finding of the study revealed that AFHS is more efficient. It is recommended to strengthen AFHS as one priority in the Ministry of Health to achieve MDG's target.

Key word: Cost Efficiency, School Health Promotion (SHP), Adolescent Friendly Health Services (AFHS)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan.....	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Manfaat Aplikatif.....	7
1.5.2 Manfaat Kajian.....	7
1.6 Ruang Lingkup.....	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Remaja.....	9
2.1.1. Definisi dan Permasalahan	9
2.2.2. Ciri Khas Remaja	9
2.2.3. Kebijakan Departemen Kesehatan	10
2.2 Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).....	11
2.2.1. Latar Belakang	11
2.2.2. Ruang Lingkup Kegiatan.....	11
2.2.3. Kader Kesehatan Remaja (KKR)	12
2.2.4. Lomba sekolah sehat (LSS) Tingkat Nasional	13
2.3 Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja	13
2.3.1. Pengertian.....	13
2.3.2. Konsep PKPR.....	13
2.3.3. Konselor Sebaya.....	15
2.4 Perilaku Individu.....	16
2.5 Efektivitas Organisasi.....	17
2.6 Konsep Biaya	17
2.6.1. Definisi.....	17
2.6.2. Klasifikasi Biaya	18
2.6.2.1. Berdasarkan tingkat penelusuran.....	18
2.6.2.2. Berdasarkan perilaku terhadap volume produksi	19
2.6.2.3. Berdasarkan input/fungsi.....	19
2.6.2.4. Biaya total dan biaya rata-rata.....	20
2.7 Evaluasi Ekonomi.....	20
2.7.1. Teknik Evaluasi Ekonomi	22
2.7.1.1. Analisis Minimisasi Biaya.....	22

2.7.1.2. Analisis Efektivitas Biaya	23
2.7.1.3. Analisis Biaya Manfaat	25
2.7.1.4. Analisis Biaya Nilai Guna.....	26
2.8 Pengukuran dampak	27
2.8.1. Efektivitas.....	27
2.8.2. Kualitas Hidup.....	28
2.8.3. Nilai Guna	28
2.8.4. Manfaat dalam nilai moneter.....	29
2.9. Distribusi Biaya.....	29
2.9.1. Metode Distribusi Sederhana	29
2.9.2. Metode Distribusi Anak Tangga/jenjang	30
2.9.3. Metode Distribusi Ganda.....	30
2.9.4. Metode Distribusi Multipel/Berulang	30
2.9.5. ABC (Activity Based Costing) Sistim	31
2.9.5.1. Tahapan ABC	31
2.10 Efisiensi Biaya	32
2.10.1. Konsep Efisiensi.....	33
2.10.2. Peningkatan Efisiensi	33
3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Konsep	35
3.2. Definisi Operasional.....	37
4. METODOLOGI PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian.....	46
4.2. Lokasi Penelitian	46
4.3. Waktu Penelitian	46
4.4. Populasi dan Sampel Penelitian	47
4.4.1. Populasi dan sampel	48
4.5. Jenis dan Sumber Data	48
4.6. Instrumen Penelitian.....	49
4.7. Teknis Pengumpulan Data.....	49
4.8. Pengolahan Data dan Analisis Data	51
5. HASIL PENELITIAN	
5.1 Aktifitas Progran UKS dan PKPR	52
5.1.1. Proporsi Kader.....	52
5.2 Aktifitas KKR pada program UKS dan KS pada program PKPR	52
5.2.1. Aktifitas Pra Interfensi	52
5.2.1.1. Aktifitas Perencanaan.....	52
5.2.1.2. Aktifitas Monitoring.....	53
5.2.2. Aktifitas Interfensi.....	54
5.2.2.1. Aktifitas Pelatihan	54
5.2.2.2. Aktifitas Penyuluhan	56
5.2.2.3. Aktifitas Penjaringan	56
5.2.2.4. Aktivitas Pemeriksaan Berkala	58
5.2.2.5. Aktivitas Konseling.....	59
5.2.2.6. Frekwensi Pembinaan Kader.....	60

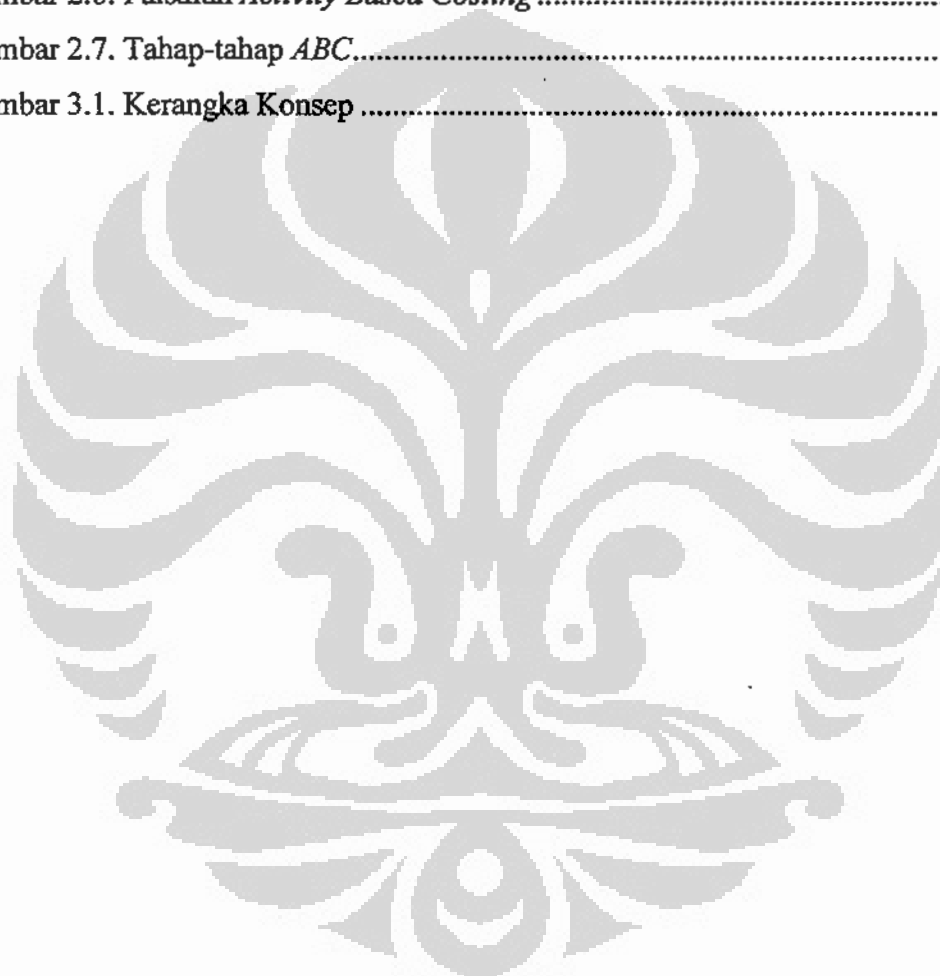
5.2.2.7. Sekolah Tingkat Lanjutan Binaan	61
5.2.2.8. Kader Aktif.....	62
5.2.3. Aktivitas Pasca Interfensi.....	62
5.2.3.1. Penyuluhan Oleh Kader.....	62
5.2.3.2. Konseling Oleh Kader	63
5.3. Perhitungan Output.....	64
5.4. Hasil Analisis Biaya	64
5.4.1. Perhitungan Biaya	65
5.4.2. Pengelompokan Biaya Berdasarkan Struktur Biaya dan Aktivitas	65
5.4.2.1. Biaya Investasi	65
5.4.2.2. Biaya Operasional	69
5.4.2.3. Biaya Pemeliharaan.....	75
5.4.3. Proporsi Alokasi Biaya dengan UKS dan PKPR	77
5.4.4. Biaya per satuan Output	78
6. PEMBAHASAN	
6.1. Keterbatasan Peneliti.....	79
6.1.1. Keterbatasan Desain Penelitian	79
6.2. Aktivitas Pra Interfensi.....	79
6.2.1. Aktivitas Perencanaan	79
6.2.2. Aktivitas Monitoring	79
6.3. Aktivitas Interfensi	80
6.3.1. Aktivitas Pelatihan	80
6.3.2. Aktivitas Penyuluhan	80
6.3.3. Aktivitas Penjaringan	80
6.3.4. Aktivitas Pemeriksaan Berkala	81
6.3.5. Aktivitas Konseling.....	81
6.3.6. Aktivitas Pembinaan.....	82
6.4. Aktivitas Pasca Interfensi.....	82
6.4.1. Aktivitas Penyuluhan Oleh Kader.....	82
6.4.2. Aktivitas Konseling Oleh Kader	82
6.5. Analisis Biaya.....	84
6.5.1. Biaya Investasi	84
6.5.2. Biaya Operasional	85
6.5.3. Biaya Pemeliharaan.....	85
6.6. Analisis Efisiensi.....	86
6.6.1. Biaya Satuan.....	86
6.6.2. Efisiensi Biaya.....	86
7. KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	87
7.2 Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Alokasi Anggaran Kesehatan Perkapita di kota Sukabumi Tahun. 2007 dan 2008	4
Tabel 1.2 Alokasi Anggaran Kesehatan Perkapita di Kota Bogor, Tahun 2007 dan 2008	4
Tabel 2.1 Pengukuran biaya dan konsekuensi dalam evaluasi ekonomi	26
Tabel 4.1 Distribusi jumlah rujukan dari program UKS dan puskesmas PKPR.	47
Tabel 5.1 Distribusi puskesmas Menurut Perencanaan dan Penganggaran Pelayanan Kesehatan Remaja terhadap UKS dan PKPR dan tahun 2009	53
Tabel 5.2 Distribusi Monitoring terhadap UKS dan PKPR pada tahun 2009	54
Tabel 5.3 Distribusi Puskesmas Memberikan Pelatihan/ Pembekalan ilmu KKR terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	55
Tabel 5.4 Distribusi Puskesmas Memberikan penyuluhan terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	56
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Penjaringan oleh Sekolah terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	57
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Berkala oleh Sekolah terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	58
Tabel 5.7 Distribusi Aktivitas Waktu Konseling terhadap UKS dan PKPR pada tahun 2009	59
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Pembinaan Kader terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	60
Tabel 5.9 Distribusi Jumlah Sekolah Tingkat Lanjutan yang Dibina pada terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	61
Tabel 5.10 Distribusi Jumlah Kader Aktif terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	62
Tabel 5.11 Distribusi frekuensi penyuluhan oleh kader terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	63
Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Konseling terhadap UKS dan PKPR tahun 2009	64
Tabel 5.13 Biaya investasi/satuan <i>output</i> pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008	67
Tabel 5.14 Biaya operasional langsung/satuan <i>output</i> pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008	70
Tabel 5.15 Biaya operasional tidak langsung pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008	74
Tabel 5.16 Biaya operasional langsung/ satuan <i>output</i> dan tidak langsung/ satuan <i>output</i> pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008	75
Tabel 5.17 Biaya pemeliharaan langsung dan tidak langsung/ satuan <i>output</i> pelayanan kesehatan remaja Dengan UKS dan PKPR tahun 2008	76
Tabel 5.18.1 Proporsi Biaya per Satuan <i>Output</i> Pelayanan Kesehatan Remaja Dengan Program UKS dan PKPR	77
Tabel 5.19 Biaya per Satuan <i>Output</i> Pelayanan Kesehatan Remaja Dengan Program UKS dan PKPR	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Hubungan Variabel Efektivitas Organisasi	17
Gambar 2.2. Komponen Evaluasi Ekonomi	21
Gambar 2.3. Layanan Kesehatan Sebagai Sebuah Proses.....	21
Gambar 2.4. Karakteristik Evaluasi Ekonomi.....	22
Gambar 2.5. <i>Incremental Cost Effectiveness Ratio</i>	25
Gambar 2.6. Falsafah <i>Activity Based Costing</i>	31
Gambar 2.7. Tahap-tahap <i>ABC</i>	32
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	36



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Jumlah remaja di seluruh dunia saat ini lebih dari 1,1 milyar, artinya satu dari setiap lima orang di dunia berusia antara 10 dan 19 tahun. Sekitar 1,5 milyar populasi dunia saat ini adalah orang muda antara 10 dan 24 tahun; 85% diantaranya tinggal di negara-negara berkembang. Secara demografi di Indonesia, kaum remaja sekitar 20% dari populasi, berbentuk piramida lebih klasik yaitu dengan dasar yang lebih besar pada usia termuda (10-14 tahun), dan meruncing ke atas sesuai dengan meningkatnya usia (15-19 tahun). Indikator kematian pada kelompok ini bukan merupakan tolok ukur kesehatan yang tepat, karena tidak mencerminkan resiko tingkah laku dan aktifitas mereka di masa mendatang. Kelompok ini mempunyai dua hal penting yaitu prospek potensial besar menjadi positif bila ditangani dengan baik, dan sebaliknya prospek potensial besar menjadi negatif bila tidak tepat ditangani.

Kelompok ini adalah yang paling sehat, anak-anak yang berumur 10 tahun umumnya memiliki harapan sebesar 97% untuk mencapai usia 25 tahun. Ditinjau dari aspek kesehatan, pemberdayaan untuk berperilaku preventif kelompok ini akan berdaya ungkit yang sangat besar pada pencapaian *MDGs*. Upaya kesehatan Ibu dan Anak terutama peningkatan kesehatan maternal dan perinatal termasuk sebagai tujuan ke lima *MDGs*. Tujuan ke lima ini untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Kemudian tujuan ke empat *MDGs* merupakan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Balita (AKABA) yang di dalamnya termasuk Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Upaya program pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) berkorelasi positif dengan upaya program pelayanan kesehatan usia remaja. Sampai sekarang upaya penurunan AKI dan AKB belum memperhatikan secara khusus status kesehatan saat masih remaja. Hal ini menyebabkan upaya-upaya program KIA

belum memberi hasil yang memuaskan terbukti dalam 5 tahun tidak terjadi penurunan yang signifikan yaitu AKB dari 35/1000 KH (SDKI 2002) menjadi 34/1000 KH (SDKI 2007) dan AKI dari 307/ 100.000 KH (SDKI 2002) menjadi 228/ 100.000 KH (SDKI 2007), bahkan Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap yaitu 20/1000 KH. Sasaran RPJMN 2004-2009 pencapaian terhadap target AKB 25/1000 KH tidak mungkin dicapai walaupun pencapaian AKI sudah mendekati target yaitu 226/ 100.000 KH. Kejadian resiko tinggi pada maternal dan perinatal merupakan rentetan dari persiapan saat usia remaja yang kurang mendapat prioritas. Kejadian risiko tinggi maternal dan perinatal sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap dan perilaku di usia remaja.

Kejadian risiko tinggi maternal dan perinatal yang langsung disumbang remaja adalah *Infant Mortality Rate* tertinggi (56/ 1000 KH) dan kematian perinatal (50/ 1000 KH) terjadi pada ibu yang melahirkan di bawah umur 20 tahun (Susenas 2007). SDKI 2007 mendukung pernyataan di atas bahwa 56 dari 1000 bayi yang dilahirkan oleh ibu berumur 15-19 tahun tidak mencapai usia 1 tahun. Prevalensi BBLR tertinggi (> 8%) terjadi pada ibu berumur kurang dari 20 tahun. Hasil survei SDKI tahun 2002-2003 dan 2007, secara umum menunjukkan perilaku hubungan seks yang berakibat meningkatnya angka kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun. Remaja Putra (Rematra) lebih cenderung melakukan hubungan seks pertama kali di umur < 20 tahun dibanding Remaja Putri (Rematri). Satu persen Rematri dan 4% Rematra pernah melakukan hubungan seks pada usia 15-19 tahun. Distribusi remaja berusia 15-19 tahun pernah melahirkan, sebanyak 20,9% terjadi pada usia 19 tahun.

Peningkatan angka risiko tinggi pada kesehatan maternal perinatal yang tidak langsung atau terjadinya pada usia ideal kehamilan sangat mungkin disumbang oleh perilaku saat remaja (Riskesdas 2006-2007), adanya penyakit degeneratif, seperti; hipertensi mulai banyak dijumpai (8,3%) pada kelompok usia muda (15-17 tahun), akibat perilaku makan yang salah terjadi obesitas sentral 8,0%, kurus serta anemia (16,3%) juga ditemukan pada usia muda (15-24 tahun). Masalah kesehatan yang lain terkait perilaku, seperti; kebiasaan merokok mulai pada usia < 20 tahun (33%), persentasi tertinggi perokok berada pada usia sekolah 15-19 tahun (Susenas 2004). Dalam 5 tahun umur pertama kali merokok

pada usia <13 tahun meningkat dari 23,3% (SKRRI 2002–2003) menjadi 26%, pada Rematri. Disamping itu adanya kebiasaan minum alkohol yaitu mulai pertama kali bagi yang pernah minum alkohol pada umur < 14 tahun (Rematra 10% & Rematri 9%),

Kondisi ini terkait erat dengan tingkat pengetahuan dan keterampilan remaja dalam Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) yang rendah. Para remaja dapat dengan mudah terjerumus kepada masalah kesehatan yang merugikan masa depannya. Laporan Dit P₂ML Desember 2006 menunjukkan, akibat kurangnya pendidikan dan pembinaan keterampilan psikososial tersebut adalah munculnya kasus AIDS. Persentasi kumulatif HIV tertinggi terjadi pada kelompok umur 20-29 tahun (54,76%), artinya menurut masa inkubasi penularan HIV telah terjadi 5 sampai 10 tahun yang lalu yaitu saat masa remaja, dan cara penularan terbanyak yaitu melalui *IDU's* (50,3%). Masalah terkait pengetahuan nutrisi (gizi) yang ada pada remaja, hanya 14% Rematri/Rematra yang mengetahui benar arti anemia, juga yang terkait pengetahuan Kesehatan Reproduksi (Kespro) tentang penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) sangat rendah (Rematra 70%, Rematri 60% tidak tahu gejala IMS). Kegemaran remaja dalam mencari sumber informasi Kespro pada Rematri/Rematra diperoleh dari teman sebayanya (Rematra 44%, Rematri 48%) dan dari media (Rematra 16%, Rematri 8%). Hampir separuh Rematri dan 40% Rematra membahas haid/mimpi basah sebelum pubertas juga dengan teman.

Laporan PNBAI (Bappenas), Angka Partisipasi Murni (APM) 63,7% remaja tinggal di perkotaan dan 43,7% di pedesaan. Kegiatan sebagian besar remaja berusia 15-19 tahun (86,4%) hanya ada di sekolah, madrasah, atau pondok pesantren dan hanya sebagian kecil (8,8%) yang diluar sekolah termasuk tempat bekerja. Sehingga meningkatkan program pembinaan dan pelayanan kesehatan remaja di sekolah merupakan upaya strategis dan sistematis dalam mempercepat pencapaian *MDG's*. Akan tetapi belum ada komitmen yang kuat dan konsisten dari semua sektor terkait dalam program kesehatan remaja.

Melihat situasi di atas, maka dukungan pemangku kebijakan sebagai pemrakarsa utama sektor kesehatan sangat penting. Sektor kesehatan harus lebih proaktif dan intensif menggalang dukungan dari lintas sektor, agar upaya program

kesehatan remaja menjadi prioritas sehingga penurunan AKI dan AKB menjadi lebih baik. Departemen Kesehatan telah berupaya dalam pelayanan kesehatan kelompok usia remaja melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) sejak 1974 dan memperkenalkan Program Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) tahun 2003 di puskesmas. Kedua pendekatan ini ditujukan untuk pemberdayaan siswa sebagai kader dibidang kesehatan. Sampai saat ini alokasi anggaran kesehatan remaja melalui program UKS dan PKPR di kedua tempat penelitian masih rendah, seperti terlihat dalam tabel di bawah:

Tabel 1.1
Alokasi Anggaran Kesehatan Perkapita di kota Sukabumi
Tahun 2007 dan 2008

	2007	2008
Anggaran Kesehatan	Rp86.385.706.400,000	Rp127.400.000.000,000
Populasi	278.654	280.647
Per kapita	Rp310.010,645	Rp453.951,049
Anggaran UKS	Rp20.320.000,000	Rp162.050.000,000
Anggaran PKPR	Rp3.000.000,000	Rp57.425.000,000
Populasi Remaja	53.781	54.165
Per kapita UKS	Rp377,-	Rp2.991,-
Per kapita PKPR	Rp55,-	Rp1.060,-

Tabel 1.2
Alokasi Anggaran Kesehatan Perkapita di Kota Bogor,
Tahun 2007 dan 2008

	2007	2008
Anggaran Kesehatan	Rp21.204.838.109,000	Rp22.442.623.000,000
Populasi	905.132	942.204
Per kapita	Rp23.427,343	Rp23.819,282
Anggaran UKS	Rp134.498.000,000	Rp179.503.700,000
Anggaran PKPR	Rp99.506.000,000	Rp112.874.400,000
Populasi Remaja	170.132	170.854
Per kapita UKS	Rp790,-	Rp1.050,-
Per kapita PKPR	Rp584,-	Rp660,-

Dalam Peta Kapasitas Fiskal Kabupaten/Kota Departemen Keuangan RI 2008, Kota Sukabumi sebesar Rp 2.569.956.000,- (urutan ke 96) dan Kota Bogor Rp 1.474.373.000,- (urutan ke 148), keduanya tergolong dalam kabupaten/kota dengan berkapasitas fiskal sedang. Kota Sukabumi, jumlah puskesmas 15, dengan jumlah tenaga medis (dokter + dokter gigi) 103, tenaga perawat 83 dan bidan 45. Dari 11.350 siswa SMP/SMA (2007) pencapaian penjangkaran pada siswa SMP/SMA mencapai 10.096 siswa (88,95%). Dari hasil penjangkaran tahun 2007 dari 2803 siswa kelas 1, antara lain; ditemukan status gizi kurang 22 siswa (0,78%), gizi lebih 229 siswa (8,2%), Hb < 12 gr% 896 siswa (32%) dan 27 siswa (1%) menderita penyakit kardiovaskuler. Data kehamilan < 20 tahun ditemukan 232 kasus. Puskesmas dengan pendekatan PKPR baru disosialisasikan di 2 puskesmas yaitu puskesmas Tipar dan Limusnunggal tahun 2007, tetapi anggaran

PKPR dari APBD I dan APBN untuk tahun 2008 (Rp57.425.000,000) tidak dapat dilaksanakan karena belum ada persiapan dan masih lebih memilih peningkatan program UKS. Kota Sukabumi dikenal dengan kota juara karena prestasi- prestasi yang telah diraih sejak tahun 1996 dalam berbagai perlombaan baik di tingkat provinsi ataupun nasional, prestasi yang diraih dalam lomba untuk tingkat sekolah menengah antara lain juara I Lomba Tingkat Nasional Wawasan Wyatamandala (1997), juara I Lomba Individu KKR jenjang pendidikan SMP/MTs Tingkat Nasional (2007), juara I Lomba Individu KKR jenjang pendidikan SMK Tingkat Nasional (2007), juara I Lomba Tingkat Nasional Wawasan Wyatamandala (1997), juara I lomba cepat tepat Tim Pembina UKS tingkat Nasional mewakili provinsi Jawa Barat (2007), juara I Lomba Individu KKR jenjang pendidikan SMP/MTs Tingkat provinsi (2008), juara harapan I Lomba Individu KKR jenjang pendidikan SMP/MTs Tingkat provinsi (2008), juara I Lomba Individu KKR jenjang pendidikan SMA/MA/SMK Tingkat Provinsi (2008), dan mewakili provinsi Jawa Barat dalam Lomba Sekolah Sehat (LSS) tingkat nasional untuk jenjang SMP/MTs tahun 2009.

Berbeda dengan kebijakan Kota Bogor dalam menjangkau remaja terintegrasi dengan program UKS, program UKS di sekolah tingkat lanjutan dinyatakan belum tercapai jika tanpa PKPR. Menjangkau usia remaja melalui puskesmas PKPR dimulai sejak tahun 2003 berupa sosialisasi Tim Pembina UKS Kota Bogor dan ditindaklanjuti dengan pelatihan PKPR 5 kepala puskesmas dan 200 Konselor Sebaya (KS) dengan dana APBD II, pada tahun 2006 semua puskesmas sudah melaksanakan PKPR dengan pemberdayaan siswa sebagai KS. Tahun 2008 anggaran PKPR dari APBD I dan APBN (Rp112.874.400,000) dilaksanakan di semua Puskesmas. Jumlah puskesmas Kota Bogor 24, dengan jumlah tenaga medis (dokter + dokter gigi) 103, tenaga perawat 128 dan bidan 92. Tiga kasus baru teratas yang ditemukan adalah 1.009 kasus gizi, 570 orang gangguan belajar dan 329 kasus gangguan haid.

Program Usaha Kesehatan Sekolah telah berjalan, dan sebagai sarana pembinaan dan pengembangan UKS diselenggarakan Lomba Sekolah Sehat (LSS) tingkat Nasional. Pemberdayaan siswa pada program UKS disebut Kader Kesehatan Remaja (KKR). Kota Bogor sebagai salah satu kabupaten/kota uji coba

pendekatan PKPR di Indonesia, dengan pemberdayaan siswa sebagai kader yang disebut Konselor Sebaya (KS). Mengingat belum adanya informasi tentang tingkat efisiensi dari program program intervensi pelayanan kesehatan remaja di sekolah, maka perlu dilakukan evaluasi secara ekonomi untuk mengetahui mana yang lebih efisien dari kedua intervensi tersebut agar dapat dipilih model intervensi pelayanan yang paling tepat dan langsung mencapai sasaran yaitu kelompok remaja.

1.2. Perumusan Masalah

Permasalahan kesehatan remaja dalam sekolah di Kota Sukabumi ditemukan kasus status gizi kurang 22 siswa (0,78%), gizi lebih 229 siswa (8,2%), Hb < 12 gr% 896 siswa (32%) dan 27 siswa (1%) menderita penyakit kardiovaskuler, merupakan kota dengan prestasi UKS. Di kota Bogor ditemukan 1.009 siswa dengan kasus gizi, 570 siswa kasus gangguan belajar dan 329 siswa kasus gangguan haid. Program UKS memberdayakan siswa sebagai kader sekolah dengan Kader Kesehatan Remaja, sedangkan PKPR dengan Konselor Sebaya. Alokasi anggaran pelayanan kesehatan remaja pada tahun 2007 dan 2008 cenderung meningkat, pada tahun 2008 total alokasi di Kota Sukabumi Rp 4.051,- per kapita yang lebih tinggi dibanding Kota Bogor Rp 1.710,- per kapita. Sedangkan berdasarkan laporan DKK tahun 2008 di kedua kota penelitian, rujukan yang berasal dari KKR dalam program UKS berjumlah 8 siswa dan dari KS dalam program PKPR berjumlah 1.952 siswa. Pemberdayaan KKR dengan program UKS mendapat alokasi biaya lebih tinggi tetapi jumlah rujukan lebih sedikit sebaliknya dengan KS dengan program PKPR alokasi biaya lebih rendah rujuannya lebih banyak.

1.3. Pertanyaan penelitian

- 1.3.1. Berapa biaya per satuan *output* UKS ?
- 1.3.2. Berapa biaya per satuan *output* PKPR ?
- 1.3.3. Metode intervensi mana yang lebih efisien di antara kedua program pelayanan kesehatan remaja ?

1.4. Tujuan

1.4.1. Umum

Untuk mengetahui intervensi yang lebih efisien secara ekonomi antara pemberdayaan siswa sebagai Kader Kesehatan Remaja (KKR) melalui program UKS dan siswa sebagai Konselor Sebaya (KS) melalui pendekatan program PKPR di puskesmas.

1.4.2. Khusus.

1.4.2.1. Diketahui biaya/satuan *output* program intervensi kesehatan remaja melalui program UKS

1.4.2.2. Diketahui biaya/satuan *output* program intervensi kesehatan remaja melalui PKPR

1.4.2.3. Menilai di antara kedua intervensi yang lebih efisien

1.5. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dari masing-masing pihak yang terkait serta pihak yang berkepentingan lainnya.

1.5.1. Manfaat Aplikatif

- **Institusi Pemerintah:**

Merupakan bahan masukan bagi penentu kebijakan dalam membuat perencanaan dan alokasi anggaran dalam program intervensi kesehatan remaja.

- **Remaja:**

Menciptakan lingkungan aman dan kondusif untuk memperkuat faktor pendukung dan mengurangi faktor risiko yang mempengaruhi perilaku kesehatan remaja.

1.5.2. Manfaat Kajian

Melakukan penelitian lanjutan terhadap berbagai pemberdayaan siswa yang berbasis pada perilaku remaja yang lebih spesifik.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan di Kota Sukabumi dan Kota Bogor. Dari 15 puskesmas di Kota Sukabumi yang melaksanakan program UKS, sudah ada 2

puskesmas yang telah melaksanakan PKPR, sedangkan dari 24 puskesmas di Kota Bogor semua telah melaksanakan PKPR.

Intervensi kesehatan remaja di Kota Sukabumi melalui program UKS dengan pemberdayaan siswa sebagai kader kesehatan remaja, sedangkan di Kota Bogor pemberdayaan kader sebagai konselor sebaya. Penemuan kasus diambil berdasarkan data penjangkaran pada program UKS dan laporan PKPR pada kegiatan PKPR. Penilaian *output* pada penelitian di kedua intervensi ini dibatasi sampai pada jumlah rujukan kasus oleh kader sekolah. Rujukan kasus ini sebagai hasil pemberdayaan siswa setelah dilakukan kedua aktivitas intervensi, karena merupakan luaran yang dicapai dalam peningkatan kesadaran, deteksi dini dan melakukan rujukan dalam kelompok sebaya. Rujukan kasus seluruhnya dihitung tidak membedakan kejadian kasus akibat dipengaruhi oleh hal-hal tertentu. Penelitian ini akan menganalisis biaya-biaya satu tahun dari seluruh aktivitas pada kedua intervensi pada anggaran tahun 2008. Kedua kota yang akan dibandingkan ini dipilih yang mempunyai karakteristik wilayah bersosial, ekonomi dan budaya yang sama atau mirip, serta tingkat aktifitas dalam pelaksanaan program juga sama.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Remaja

2.1.1. Definisi dan permasalahan

Menurut definisi Undang-undang Perlindungan Anak No 23 Tahun 2002, definisi anak adalah sejak dikandung sampai belum berusia 18 tahun, dan kelompok remaja adalah kelompok individu yang berusia 10-18 tahun. Sedangkan menurut *WHO* definisi remaja adalah kelompok individu yang berusia 10-19 tahun dan dibagi menjadi 3 tahap, yaitu masa remaja awal adalah berusia 10-13 tahun, remaja tengah adalah berusia 14-16 tahun dan remaja akhir adalah yang berusia 17-19 tahun. Istilah lain yang dikenal adalah *youth* bagi kelompok yang berusia 15-24 tahun, sedangkan kelompok berusia 10-24 tahun disebut sebagai *young people*. Pada usia ini, mereka memasuki masa transisi yang disebut sebagai masa pubertas, yaitu masa kritis kedua dimana terjadi proses pematangan organ seks sekunder dan perubahan perilaku yang pesat. Melihat siklus hidup manusia, masa remaja merupakan masa yang paling penting dalam menyiapkan masa kehamilan, persalinan dan menyusui.

2.1.2. Ciri khas remaja

Dimanapun kelompok remaja ini berada, mereka mempunyai ciri khas yang sama yaitu mempunyai rasa ingin tahu yang besar, senang mencoba-coba, senang berpetualang, ingin hidup bebas, mencari jati diri, mudah terpengaruh lingkungan dan cenderung tidak memikirkan matang-matang keputusannya serta yang unik hidup berkelompok dengan sebayanya. Permasalahan yang dialami remajapun juga khas yaitu masalah perilaku dan berbagai masalah ikutan terkait perilaku.

Masalah perilaku gaya hidup remaja disebabkan 5 faktor yaitu 1) faktor biogenetik, 2) lingkungan sosial, 3) lingkungan kepribadian, 4) keluarga dan 5) perilaku dasar yang dimiliki. Setiap faktor mengandung unsur faktor risiko (FR) dan faktor pendukung (FP), sehingga upaya yang perlu dilakukan oleh semua sektor terkait kesehatan remaja adalah menurunkan faktor risiko dan

meningkatkan faktor pendukung. Kelima faktor tersebut saling mempengaruhi, beberapa contoh FR pada faktor Biologigenetik (riwayat alkoholism di keluarga), faktor Lingkungan Sosial (kemiskinan, kelainan normatif, diskriminasi), faktor Lingkungan Keluarga (model perilaku menyimpang dari orangtua), faktor Kepribadian (kurang menghargai diri sendiri), faktor Perilaku (bermasalah dengan miras) akan mempengaruhi kearah pembentukan karakter berperilaku negatif. Sedangkan FP pada faktor Biologigenetik (kecerdasan), faktor Lingkungan Sosial (perundang-undangan/ kebijakan yang mendukung), faktor Lingkungan Keluarga (ikatan keluarga), faktor Kepribadian (menghargai kesehatan), faktor Perilaku (keterlibatan ekskul/ aktif) mempengaruhi kearah karakter berperilaku positif.

2.1.3. Kebijakan Departemen Kesehatan

Melalui Kepmenkes no 1575/ Menkes/Per/XI/2005, di lingkungan Dit Bina Kesehatan Anak-Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat-Departemen Kesehatan, menentukan kegiatan pokok yang terdiri atas: 1) penurunan angka kematian BBL, Bayi dan Balita dan, 2) peningkatan kualitas hidup anak. Sasaran kelompok kesehatan remaja bukan merupakan kegiatan prioritas pertama, dan pelayanan pada kelompok remaja ditangani oleh 2 Subdirektorat yaitu Subdit Anak Usia Sekolah (Subdit III) melalui program UKS, dan Subdit Usia Anak Remaja (Subdit IV) melalui program PKPR. Strategi intervensi pelayanan kesehatan remaja dengan pemberdayaan siswa melalui Kader Kesehatan Remaja (KKR) pada program UKS dan Konselor Sebaya (KS) pada program PKPR. Salah satu peran dari KKR atau KS adalah sebagai promotor dan motivator kesehatan. Dari kedua model tersebut yang berbeda hanya pada PKPR adalah penyertaan remaja secara aktif dalam pengelolaan pelayanan dan sebagai tempat 'curhat'/konseling bagi sebayanya, disamping penyediaan layanan konseling oleh tenaga kesehatan untuk menerima pelayanan kasus rujukan dari semua sektor pemerhati remaja. Pelayanan pada kelompok remaja pada program PKPR dimulai dengan analisa masalah perilaku berisiko berdasarkan survei cepat, sedangkan sasaran kegiatan kelompok remaja termasuk anak diluar sekolah. Kebijaksanaan operasional untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan remaja yaitu 1) meningkatkan kemampuan puskesmas dalam pembinaan kesehatan siswa sekolah lanjutan

melalui pelatihan, 2) meningkatkan peran aktif sektor terkait, 3) menyelenggarakan pertolongan dan pengayoman siswa terhadap gangguan kesehatan fisik dan mental, 4) meningkatkan peran serta aktif siswa, dan 5) melaksanakan fungsi rujukan dalam menaggulangi masalah kesehatan remaja. Indikator *output* kedua metode intervensi tersebut adalah 1) jumlah rujukan kasus oleh kader-kader remaja, 2) Orangtua/masyarakat yang melapor masalah khusus kesehatan remaja, 3) adanya jejaring kerja kesehatan remaja yang berfungsi, dan 4) jumlah kunjungan remaja.

2.2. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Merupakan upaya kesehatan usia bagi siswa sekolah yang dilakukan di dalam lingkungan sekolah.

2.2.1. Latar Belakang

Berlandaskan hukum No 2/P/SKB/2003 dan No. 4415-404 Tahun 2003 tentang Pembina UKS Pusat yang merupakan ketegasan hukum SKB empat menteri yang telah dilaksanakan sejak tahun 1974, untuk melakukan kerja sama dalam menciptakan sekolah sehat. Definisi sekolah sehat adalah upaya meningkatkan kemampuan peserta didik, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah untuk mandiri dalam mencegah penyakit, memelihara kesehatan, menciptakan dan memelihara lingkungan sehat, serta terciptanya kebijakan sekolah sehat, serta berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat sekitarnya. Sesuai konsep WHO, pengembangan *Health Promoting School (HPS)* dapat dilakukan dengan mengoptimalkan kegiatan UKS. Menanamkan kesadaran hidup sehat pada anak-anak di sekolah merupakan langkah yang baik. Menanamkan sedini mungkin tentang PHBS, agar anak menjadi agen perubahan perilaku untuk promosi PHBS.

2.2.2. Ruang lingkup kegiatan:

Program UKS dapat digambarkan dalam bentuk pelayanan yang dikenal sebagai Trias UKS, yaitu:

- 1) Pendidikan kesehatan, baik intra atau ekstrakurikuler yang dilaksanakan oleh siswa, guru, OSIS berupa bimbingan hidup bersih dan sehat (PHBS) serta penyuluhan kesehatan dan latihan keterampilan

Pelayanan kesehatan, secara komprehensif meliputi promotif (pendidikan dan penyuluhan), preventif (penjaringan, pemeriksaan berkala dan imunisasi), kuratif (pengobatan dan pencegahan komplikasi akibat penularan penyakit dan kecacatan akibat penyakit) dan rehabilitatif (meningkatkan kemampuan siswa yang cacat/cidera agar dapat berfungsi normal). Penjaringan dilakukan setahun sekali setiap awal tahun pada siswa kelas 1, dan pemeriksaan berkala dilakukan pada siswa selain kelas 1, dengan dibantu oleh kader. Tindaklanjut dari aktivitas ini setelah penemuan kasus yaitu diobservasi, pengobatan, rujuk, dan rehabilitasi

- 2) Pembinaan Lingkungan Kehidupan Sekolah Sehat, menciptakan institusi pendidikan yang dapat menjamin proses belajar mengajar menjalankan prinsip hidup sehat. Mencakup bina lingkungan fisik dan bina lingkungan mental-sosial.

Puskesmas dapat menjangkau semua sekolah dalam wilayah kerjanya berdasarkan standar pelayanan tertentu yang ditetapkan secara berjenjang sesuai kemampuan dan daya jangkau puskesmas atas dasar jenis kegiatan, yaitu 1) standar minimal beberapa kegiatan antara lain; penyuluhan kesehatan, pembinaan lingkungan sekolah sehat, kegiatan kader kesehatan sekolah, P3K dan P3P, penjaringan dan pemeriksaan kesehatan dan pengawasan warung sekolah, 2) standar optimal, antara lain; konseling kesehatan keluarga, kebun sekolah, siswa sehat, 3) standar paripurna berupa standar optimal ditambah dengan memantau kesegaran jasmani. Pada puskesmas yang belum dapat mencapai standar minimal dan baru dapat melaksanakan sebagian dari paket minimal dikategorikan ke dalam standar sub-minimal.

2.2.3. Kader Kesehatan Remaja (KKR)

Adalah siswa/i yang dibekali pengetahuan dan keterampilan kesehatan oleh guru/petugas kesehatan sehingga dapat melaksanakan sebagian upaya pemeliharaan kesehatan diri, keluarga, teman-teman dan masyarakat sekitar.

Materi pelatihan Kader Kesehatan Remaja terdiri dari konsep sehat, program UKS, teknik dan cara penyuluhan, kesehatan pribadi, kebersihan lingkungan, kesehatan reproduksi, kesehatan jiwa remaja, gizi, pencegahan penyakit, pertolongan pertama pada kecelakaan dan penyakit, penyalahgunaan obat, narkotik, rokok dan alkohol. Kegiatan yang dilakukan di sekolah adalah sebagai a) promotor dan motivator, b) piket ruang UKS, dan c) piket warung sekolah. Diharapkan para kader mampu melakukan rujukan kasus kepada petugas kesehatan.

2.2.4. Lomba Sekolah Sehat (LSS) Tingkat Nasional

Merupakan sarana/ instrumen dalam pembinaan dan pengembangan UKS di semua jenjang pendidikan s/d jenjang sekolah lanjutan tingkat atas. Peserta LSS tingkat nasional adalah juara I provinsi tahun sebelumnya. Sudah dilaksanakan selama 18 tahun sejak tahun 1991 untuk tingkat Sekolah dasar sederajat. Untuk jenjang sekolah lanjutan tingkat atas baru di mulai sejak tahun 2004 dan baru diikuti beberapa provinsi di Jawa Barat kecuali Banten, Sumatera dan Nusa Tenggara barat. Materi penilaian terhadap: 1) Tim Pembina UKS, meliputi: organisasi, kegiatan dan sarana penunjang TP UKS dan, 2) Langsung terhadap sekolah meliputi: 1) Sarana fisik: kebersihan dan ventilasi ruangan, standar ruang kelas, perlengkapan ruang UKS, kantin/warung sekolah, kamar mandi/WC/ peturasan/tempat cuci tangan, 2) Pendidikan Kesehatan, 3) Pelayanan Kesehatan antara lain Kader Kesehatan Remaja dan rujukan, 4) Pembinaan Lingkungan serta manajemen dan, 5) Peran Sera Masyarakat

2.3. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Merupakan upaya kesehatan kelompok usia remaja yang dilakukan baik di dalam sekolah maupun di luar sekolah.

2.3.1. Pengertian

Adalah pelayanan kesehatan kepada remaja yang mengakses semua golongan remaja, dapat diterima, sesuai, komprehensif baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, efektif dan efisien baik di dalam atau di luar gedung serta

memberikan konseling baik oleh tenaga puskesmas atau partisipasi aktif remaja sendiri sebagai konselor sebaya yang telah dibekali oleh petugas puskesmas PKPR dengan pengetahuan kesehatan remaja. Konselor sebaya merupakan agen pengubah agar dapat meningkatkan pengetahuan bahkan mampu merubah perilaku sehat teman sebayanya. Pengembangan PKPR tidak akan terlaksana dengan optimal tanpa peran sektor terkait, seperti diknas, LSM/NGO. Sasaran adalah remaja baik dalam sekolah dan luar sekolah.

2.3.2. Konsep PKPR

PKPR diadaptasi sejak tahun 2003 dari *World Health Organisation (WHO)* dengan istilah *Adolescent Friendly Health Services (AFHS)* yang sebelumnya dikenal dengan *Youth Friendly Health Services (YFHS)*. Karakteristik PKPR memerlukan 10 poin kriteria yang peduli remaja yaitu, 1) kebijakan, 2) prosedur pelayanan, 3) petugas khusus, 4) petugas pendukung, 5) fasilitas kesehatan, 6) partisipasi/keterlibatan remaja, 7) keterlibatan masyarakat, 8) berbasis masyarakat, menjangkau keluar gedung serta mengupayakan pelayanan sebaya, 9) pelayanan yang sesuai dan komprehensif, 10) pelayanan yang efektif dan efisien.

Untuk membedakan dengan pelayanan kesehatan remaja sebelumnya melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di mana sudah dilakukan pelayanan medis dan KIE, maka yang berbeda yaitu adanya penyediaan sarana dan prasarana yang peduli remaja serta pelayanan konseling baik yang dilakukan oleh petugas kesehatan dan atau partisipasi/keterlibatan langsung remaja sebagai konselor sebaya. Sebagai agen promotor PKPR, konselor sebaya turut berperan aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian pelayanan dalam PKPR. Untuk menjadi konselor sebaya diperlukan pelatihan yang diadakan oleh institusi pemerintah melalui Departemen Kesehatan secara nasional. Adapun intervensi yang harus dilakukan adalah pembekalan pengetahuan serta perubahan perilaku untuk bereproduksi sehat dengan materi kesehatan reproduksi remaja (KRR), Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) dan masalah GIZI. Persiapan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pembekalan petugas puskesmas dalam pelatihan PKPR dan pembekalan remaja dengan

pelatihan konselor sebaya setiap tahun, yang materinya meliputi: Tumbuh Kembang Remaja, Kesehatan Reproduksi Remaja, Pengenalan Konsep Gender, IMS/ISR, HIV/AIDS, Penyalahgunaan NAPZA, Komunikasi dan Konseling, dan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

2.3.3. Konselor sebaya

Sebelum menjadi konselor sebaya, remaja dilatih dahulu dengan pemberian materi dan keterampilan tertentu sehingga memahami masalah kesehatan remaja. Bagi kader yang berminat, berbakat dan sering menjadi tempat 'curhat' teman sebayanya akan diberikan pelatihan untuk memperdalam keterampilan *interpersonal relationship* dan konseling sehingga mampu memberikan informasi dan dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatan pada teman sebayanya. Konseling (Departemen Kesehatan) adalah hubungan yang saling membantu antara konselor dengan klien sehingga 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. Tujuan konseling dalam PKPR adalah, 1) membantu klien agar mengenali permasalahannya dan memberikan beberapa alternatif dalam menyelesaikan permasalahan tersebut, sehingga klien dapat mengambil keputusan dengan penuh keyakinan, 2) Membantu klien dengan kaidah konseling sehingga klien dapat mengatasi masalah kejiwaan serta meningkatkan kewaspadaan akan perilaku berisiko yang akan merugikan. Konseling remaja berbeda dengan konseling pada umumnya. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan yaitu remaja mempunyai norma dan nilai-nilai spesifik. Oleh karena itu seorang konselor dalam konseling dengan remaja harus dapat memahami kebutuhan remaja, memahami bahwa remaja menyukai tantangan sehingga membutuhkan pengetahuan dan keterampilan hidup (*life skills*) dan juga memahami perkembangan kejiwaan remaja.

Konselor (Wikipedia) adalah seseorang yang mempunyai kemampuan/keahlian untuk konseling. Ciri konselor yang baik menurut Departemen

Kesehatan adalah dapat memahami dan peduli pada klien juga memberikan kepercayaan pada klien, memberikan informasi yang akurat dan berguna bagi klien, dapat membantu klien untuk mengambil keputusan sendiri dengan informasi yang jelas sesuai dengan perasaan, situasi dan kebutuhan klien serta dapat membantu klien untuk menggali potensinya sehingga tahu dan mampu apa yang harus dilakukan selanjutnya. Menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) syarat konselor sebaya adalah berpengalaman sebagai pendidik sebaya, mempunyai minat yang sungguh-sungguh untuk membantu klien, terbuka pada pendapat orang lain, menghargai dan menghormati klien, peka terhadap perasaan orang dan mampu berempati, dapat dipercaya dan mampu memegang rahasia, perasaan stabil dan kontrol diri yang kuat, memiliki pengetahuan luas, memiliki keterampilan komunikasi interpersonal dan konseling.

2.4. Perilaku Individu

Beberapa teori dilakukan pengkajian untuk mengetahui determinan yang mempengaruhi perilaku. Gibson (1987), menganalisa beberapa variabel yang menjelaskan perilaku dan prestasi kerja individu. Ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku yaitu; 1) variabel individu, terdiri dari sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang tingkat sosial dan keluarga serta demografi. Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku. Sedangkan demografi berpengaruh tidak langsung terhadap perilaku; 2) variabel psikologik, merupakan hal yang kompleks dan sulit untuk dikr, terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel psikologik banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja dan demografis; 3) variabel organisasi dikelompokkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Sub variabel imbalan (*reward*) berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada hakekatnya akan meningkatkan kinerja secara langsung.

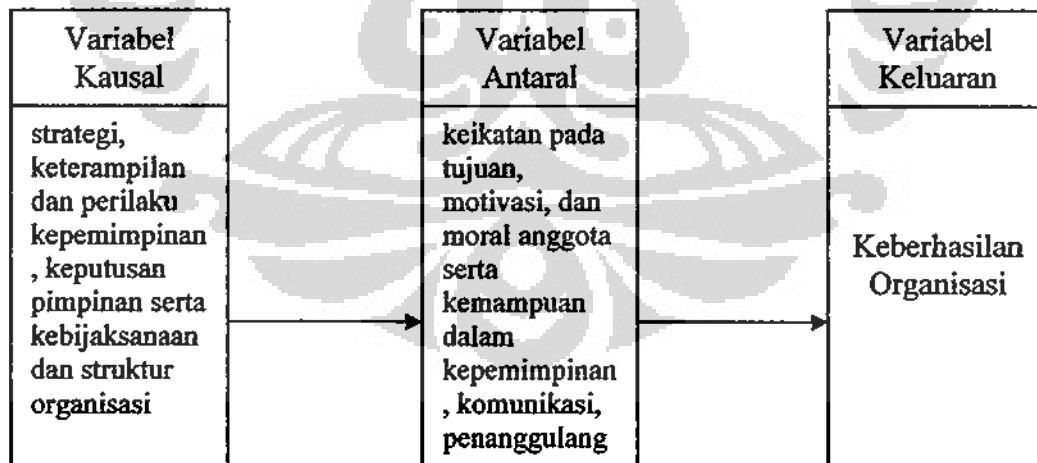
Umumnya untuk memudahkan pengukuran perilaku, digunakan tiga domain yang diukur yaitu tingkat pengetahuan, sikap dan praktek. Begitu pula dengan penatalaksanaan UKS/KKR dan PKPR/KS, yaitu remaja mengaplikasikan

pengetahuan, sikap dan praktek yang diperoleh pada saat pelatihan ke dalam penatalaksanaan UKS/KKR dan PKPR/KS dilingkungannya.

2.5. Efektifitas Organisasi

Identifikasi efektivitas organisasi selama periode waktu tertentu dipengaruhi oleh 3 variabel (Rensis Likert). Ketiga variabel itu adalah 1) variabel kausal, 2) variabel antara, dan variabel keluaran. Variabel kausal adalah faktor yang mempengaruhi arah perkembangan di dalam organisasi dan hasilnya. Faktor ini dapat diubah oleh organisasi dan manajemen, di mana faktor tersebut ada di dalam kendali organisasi, seperti : strategi, keterampilan dan perilaku kepemimpinan, keputusan pimpinan serta kebijaksanaan dan struktur organisasi. Variabel antara, adalah faktor-faktor yang mewakili kondisi keadaan internal organisasi pada saat sekarang. Unsur yang termasuk dalam variabel ini tercermin dalam keikatan pada tujuan, motivasi, dan moral anggota serta kemampuan dalam kepemimpinan, komunikasi, penanggulangan konflik, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah. Sedangkan variabel keluaran adalah variabel yang menggambarkan keberhasilan organisasi.

Hubungan antara ketiga variabel tergambar pada 2.1. sebagai berikut.



2.6. Konsep Biaya

2.6.1. Definisi:

"Cost is foregoing measured in monetary terms incurred or potentially to be incurred to achieve a specific objective" (The Commite on Cost Concepts and

Standards of The American Accounting Association), berarti biaya merupakan pengeluaran-pengeluaran yang diukur secara terus-menerus dalam uang atau yang potensial harus dikeluarkan untuk mencapai suatu tujuan. Pendapat lain, biaya (*cost*) adalah sumberdaya yang dikorbankan untuk mencapai suatu tujuan. Biaya diukur dalam nilai moneter yang harus dibayarkan untuk barang atau pelayanan (Hongren, 1991). Biaya adalah pengorbanan dari penggunaan sumber daya pada pemilihan alternatif terbaik (Drummond, 1980). Biaya adalah nilai sumberdaya yang biasanya dinyatakan dalam nilai moneter (Wonderling, D, 2005). Istilah-istilah dan konsep dalam menghitung biaya digunakan dalam pengertian yang berbeda-beda, oleh karena tergantung dari kondisi, tujuan dan pihak yang akan menggunakannya (Adikoesumah, 1982).

Dalam arti luas biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi, yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu. Bentuk pengorbanan dapat berupa uang, tenaga, barang, kenyamanan, waktu/kesempatan, dll (diukur dengan nilai moneter). Jadi ada 4 (empat) unsur pokok dalam biaya, yaitu 1) biaya merupakan pengorbanan sumber ekonomi, 2) diukur dalam satuan uang, 3) yang telah terjadi atau yang secara potensial akan terjadi, dan 4) pengorbanan tersebut untuk tujuan tertentu

2.6.2. Klasifikasi Biaya

Dalam perhitungan biaya khususnya bidang kesehatan ,ada beberapa klasifikasi biaya yang sering digunakan. Beberapa klasifikasi biaya yang perlu diutarakan disini adalah:

2.6.2.1 Berdasarkan tingkat penelusurannya (*traceability*) terdiri dari

a. Biaya langsung (*direct cost*)

Adalah biaya yang langsung dapat ditelusuri ke objek biaya. Biaya langsung ini dikeluarkan/digunakan langsung dalam menghasilkan produk. Contoh biaya langsung : biaya investasi gedung; investasi alat (biaya deperesiasi), biaya gaji, biaya bahan, biaya pemeliharaan.

b. Biaya tidak langsung (*indirect cost*)

Adalah biaya tidak langsung adalah biaya tidak bisa langsung dilacak ke objek biaya. Yang dikeluarkan/ digunakan secara tidak langsung dalam

c. Biaya pemeliharaan (*Maintenance cost*)

Biaya Pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan/ diperlukan untuk menjaga atau mempertahankan kapasitas barang investasi. Contoh biaya operasional : biaya pemeliharaan gedung, biaya pemeliharaan peralatan medis (biaya service/ kalibrasi alat) dan medis, biaya pemeliharaan SDM (*training*).

2.6.2.4 Biaya total dan biaya rata-rata

a. Biaya total (*Total Cost*)

Biaya total adalah biaya yang sering digunakan untuk menghasilkan sejumlah *output*

b. Biaya rata-rata (*Average Cost*)

Adalah biaya rata-rata per unit output. TC / Q (*total cost / Quantity of output*)

2.7. Evaluasi Ekonomi

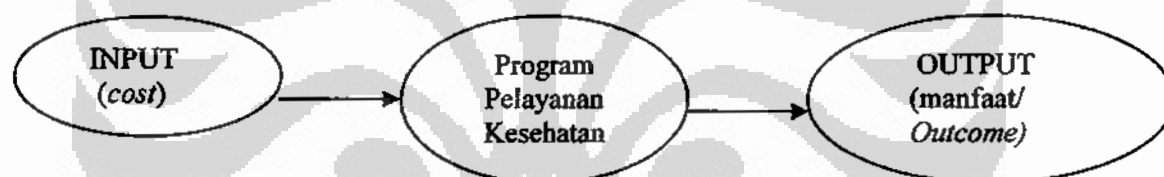
Metode yang paling umum digunakan untuk menganalisa ekonomi kesehatan (Torrance-1986) dibagi menjadi 2 bagian pokok, yakni analisis ekonomi partial (*partial economics analysis*) dan analisis ekonomi menyeluruh (*full economics analysis*). Analisis ekonomi partial merupakan analisis yang diterapkan hanya pada sisi *input/output* saja dan bukannya kepada keduanya sekaligus. Sedangkan metode analisis ekonomi menyeluruh merupakan analisis kesehatan yang merangkum sekaligus masalah *input/output* program tersebut.

Analisis ekonomi partial yang umum digunakan terutama yang membahas analisis biaya dan analisis efektifitas program. Analisis biaya menekankan pembahasannya kepada masalah struktur biaya serta komposisi struktur tersebut. Sedangkan analisis efektifitas lebih menekankan kepada sejauh mana teknis (medis) kesehatan tersebut dapat diandalkan keberhasilannya. Analisis ekonomi menyeluruh dibagi 3 kelompok besar yang meliputi analisis minimalisasi biaya (*cost minimalization analysis*), analisis efektifitas biaya (*cost effectifitas analysis*) dan analisis biaya manfaat (*cost benefit analysis*) (Priyono t,1994). Menurut Drummon (1997), Evaluasi ekonomi merupakan bagian dari ilmu ekonomi yang menganalisis perbandingan dari berberapa alternatif intervensi yang menyangkut biaya dan konsekuensi dari masing-masing alternatif intervensi tersebut. Jadi

fungsi evaluasi ekonomi adalah mengidentifikasi, mengukur, menilai dan membandingkan konsekuensi dari beberapa alternatif intervensi. Evaluasi ekonomi dalam bidang kesehatan merupakan ilmu yang membandingkan biaya dan manfaat dari 2 atau lebih alternatif intervensi atau pelayanan kesehatan. Jadi ada 2 komponen yaitu biaya dan manfaat. Sumber daya yang digunakan dalam proses layanan kesehatan berarti biaya yang berhubungan dengan setiap intervensi. Identifikasi biaya secara benar, pengukuran dan penilaian terhadap biaya yang timbul merupakan hal penting dalam ekonomi kesehatan (Elliot R, 2005)

Evaluasi ekonomi dapat dipahami dalam bentuk *input* (biaya) dan *output* (manfaat atau *outcome*) dari suatu intervensi layanan kesehatan (gambar 2.1). Evaluasi ekonomi membutuhkan identifikasi yang sistematis dari biaya dan konsekuensi dari intervensi layanan kesehatan yang dibandingkan.

Gambar 2.2. Komponen Evaluasi Ekonomi



Sumber: Elliot R, essentials of Economics Evaluation in healthcare, 2005

Gambar 2.3. Layanan kesehatan sebagai sebuah proses



Sumber: Elliot R, essentials of Economics Evaluation in healthcare, 2005

Karakteristik evaluasi ekonomi dalam bentuk *input* dan *output* atau sering disebut juga dengan biaya dan konsekuensi dapat digambarkan dalam matriks di bawah ini:

Gambar 2.4. Karakteristik Evaluasi Ekonomi

		Apakah baik biaya (<i>input</i>) maupun konsekuensi (<i>output</i>) dari alternatif dihitung ?		
		TIDAK	YA	
Apakah membandingkan 2 atau lebih alternatif	TIDAK	Hanya memperhitungkan konsekuensi	Hanya memperhitungkan biaya	
		1A. EVALUASI SEBAGIAN. 1B		2. EVALUASI SEBAGIAN
		Diskripsi Luaran	Diskripsi Biaya	Diskripsi biaya luaran
	YA	3A. EVALUASI SEBAGIAN. 3B		4. EVALUASI EKONOMI LENGKAP
		Evaluasi efektivitas dan kecukupan	Analisis biaya	Cost-Minimization Analysis Cost-Effectiveness Analysis Cost-Utility Analysis Cost-Benefit Analysis

Sumber: M>F Drummond, Method for Economic Evaluation of Health Care programmes, 1997

Evaluasi Ekonomi adalah suatu analisis secara kuantitatif dari apa yang diharapkan/ diinginkan oleh masyarakat dalam melakukan investasi pada beberapa alternatif proyek/ program, dimana harapan/keinginan tadi dinilai dari segi biaya dan konsekuensinya (Anne Milils & Lucy Gilson, 1990)

2.7.1 Teknik Evaluasi Ekonomi

Ada beberapa teknik evaluasi yang sering digunakan dalam penelitian bidang ekonomi, antara lain :

2.7.1.1. Analisis Minimisasi Biaya (*Cost Minimization Analysis*)

Merupakan teknik evaluasi ekonomi yang digunakan untuk menentukan intervensi mana yang lebih murah biayanya untuk menghasilkan *output* yang sama (NICHSR,2007). Dalam CMA *outcome* dari intervensi yang dibandingkan adalah sama. Setelah dipastikan *outcome* dari intervensi tersebut adalah sama, maka pendekatan selanjutnya adalah memperkirakan biaya yang paling murah dari alternatif intervensi.

2.7.1.2. Analisis Efektivitas Biaya (*Cost Effectiveness Analysis/CEA*)

Merupakan teknik evaluasi penuh dimana biaya (*cost*) dan konsekuensi dari program kesehatan atau pengobatan dinilai (Drummond,1997). Teknik evaluasi ekonomi ini membandingkan biaya dalam nilai moneter dan konsekuensinya secara kuantitatif tidak dalam nilai moneter (NICHSR,2007). Apabila *outcome* dari intervensi yang berbeda diukur dalam unit dasar (natural unit) yang sama tetapi berbeda derajat efektifitasnya maka *cost effectiveness analysis* merupakan pilihan yang tepat. Dalam *CEA*, ukuran *outcome* adalah umum untuk kedua alternatif tetapi berbeda dalam derajat yang bisa dicapai oleh kedua alternatif, misalnya usia harapan hidup untuk tindakan transplantasi (Robinson,1993 dalam Elliot 2005). Sebagai contoh evaluasi ekonomi untuk melihat efektifitas penanganan penyakit jantung koroner dengan Coronary artery bypass graft (CABG) dengan terapi hanya dengan obat-obatan. *Outcome* diukur dalam angka kematian dalam 10 tahun untuk kedua alternatif, dan membuktikan angka kematian pada CABG lebih rendah dibandingkan terapi hanya dengan obat (efektivitas kedua alternatif berbeda).

Di negara berkembang penggunaan *CEA* dalam mengevaluasi program kesehatan ,masih sangat terbatas, kebanyakan dipergunakan mengevaluasi kegiatan program penyakit menular. Padahal di negara maju penggunaan *CEA* sudah sangat luas. *CEA* dipakai untuk membandingkan dua atau lebih peralatan medis atau membandingkan prosedurnya (Gani,A,1990).

Cost Effectiveness Ratio (CER)

Perhitungan utama yang digunakan dalam *CER* adalah *cost effectiveness ratio*. Secara implisit *CER* merupakan perbandingan dua alternatif. *CER* merupakan perbandingan biaya dan perbedaan biaya dan perbedaan *output* kedua alternatif. *CER* secara mendasar merupakan perbedaan (*incremental*) harga untuk memperoleh 1 unit *output/efektivitas* dari alternatif intervensi yang dibandingkan (Gold,M,R.ct.al,1996). *CER* merupakan metode sistematis untuk melihat perbedaan (*increment*) dalam hal biaya dan *outcome* dari dua intervensi.

Perbedaan biaya dari kedua intervensi dan perbedaan *outcome* dari kedua intervensi, dapat dijawab dalam *Incremental Cost Effectiveness Ratio (ICER)*. *ICER* dapat digambarkan dalam persamaan dibawah ini:

$$\frac{\text{Cost 1} - \text{Cost 2}}{\text{Outcome 1} - \text{Outcome 2}}$$

Keterangan :

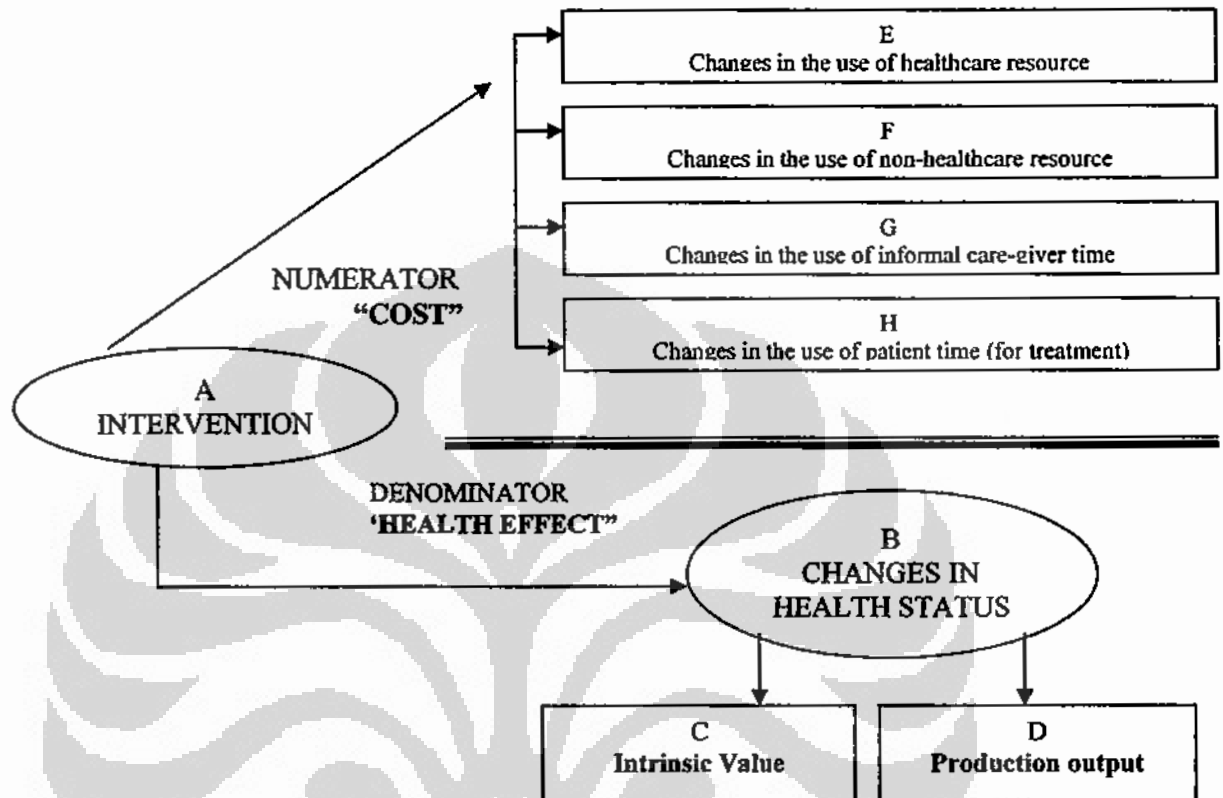
- Outcome 1* : adalah jumlah penderita yang berhasil diobati dengan intervensi 1
- Outcome 2* : adalah jumlah penderita yang berhasil diobati dengan intervensi 2
- Cost 1* : adalah biaya yang diperlukan untuk menangani penderita dengan intervensi 1
- Cost 2* : adalah biaya yang diperlukan untuk menangani penderita dengan intervensi 2

ICER menggambarkan biaya yang diperlukan untuk mendapatkan ekstra unit dari *outcome*. *ICER* menggambarkan biaya per unit *outcome*. Bisa dalam bentuk biaya per tambahan usia hidup, biaya per kasus yang berhasil didiagnosa atau berhasil diobati, biaya per mmHg penurunan tekanan darah, dan sebagainya. Makin besar *ICER* makin banyak biaya yang dibutuhkan untuk menghasilkan 1 unit *outcome*.

Dengan demikian semakin besar *ICER*, suatu intervensi dikatakan kurang *cost* efektif (Elliot,2005). Semakin kecil *ICER* suatu produk atau mendekati nilai nol, semakin *cost* efektif produk tersebut (Trotter,J.F,1995). Dalam perhitungan CER yang ideal untuk CEA dilakukan dengan mengidentifikasi konsekuensi/efek dari suatu intervensi (B) sebagai denominator, termasuk juga penggunaan seluruh sumber daya seperti direct health cost (e) dan direct non health care cost (F-H) sebagai nominator (Gold,1996)

penggunaan seluruh sumber daya seperti direct health cost (e) dan direct non health care cost (F-H) sebagai nominator (Gold,1996)

Gambar 2.5. Incremental Cost Effectiveness Ratio



Penilaian *cost effectiveness* = overall cost+effectiveness (Trotter,J.F,1995).

Overall cost (biaya keseluruhan) adalah biaya keseluruhan dari masing-masing alternatif intervensi pada periode terapi sampai diperoleh *output* yang diharapkan.

2.7.1.3. Cost Benefit Analysis/CBA (Analisis Biaya Manfaat)

Dalam *Cost-Benefit Analysis outcome* dari kedua alternatif intervensi diukur dalam nilai moneter sehingga nilai uang dikaitkan erat dengan status kesehatan yang dihasilkan oleh dua intervensi. Tidak mudah menyatakan *outcome* dalam nilai uang seperti kematian, kecacatan,dan sebagainya (Drummond,1997). *Cost Benefit Analysis* berbeda dengan *Cost Effectiveness Analysis* atau *Cost Utiliry Analysis* karena *input* dan *outputnya* diukur dalam unit yang sama. *CBA* mempunyai tujuan serupa dengan *CUA*. Bisa digunakan untuk membandingkan dua intervensi tanpa membanding *outcome* nya dan membantu memutuskan bagaimana mengalokasikan sumber daya untuk kedua intervensi tersebut.

2.7.1.4. Cost Utility Analysis/CUA (Analisis Biaya Nilai Guna)

CUA merupakan penilaian ekonomis yang menitik beratkan perhatian pada kualitas dari *outcome* yang disebabkan atau dapat dicegah oleh suatu program kesehatan atau pengobatan. CUA memiliki kemiripan dengan CEA. Pada CEA perbedaan biaya dibandingkan dengan perbedaan efek dari suatu program/intervensi, dan efeknya diukur dalam unit dasar (natural unit) yang berhubungan dengan tujuan program seperti mmHg pada penurunan tekanan darah, jumlah kasus yang ditemukan atau diobati atau dicegah dengan suatu program, dan sebagainya. Hasilnya biasanya dinyatakan dalam 'cost per unit efek'. Sedangkan pada CUS perbedaan biaya (*increment cost*) dibandingkan dengan keadaan kesehatan yang biasanya dinyatakan dengan pencapaian *Quality Adjusted Life Years (QALYs)*. Hasil biasanya dinyatakan dalam *cost per QALYs* (Drummond, 1987). Perbedaan karakteristik keempat metode evaluasi ekonomi tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1 Pengukuran biaya dan konsekuensi dalam evaluasi ekonomi

<i>Type of study</i>	<i>Measurement/valuation of cost in both alternatives</i>	<i>Identification of consequences</i>	<i>Measurement/valuation of consequences</i>
<i>Cost-minimization analysis</i>	<i>Dollars</i>	<i>Identical in all relevant respect</i>	<i>None</i>
<i>Cost-effectiveness analysis</i>	<i>Dollars</i>	<i>Single effect of interest, common to both alternatives, but achieved to different degrees</i>	<i>Natural units (e.g, life gains, disability-days saved, point of blood pressure reduction, etc)</i>
<i>Cost-benefit analysis</i>	<i>Dollars</i>	<i>Single or multiple effect, not necessarily common to both alternatives, and common effect may achieved to different degrees by alternatives</i>	<i>Dollars</i>
<i>Cost-utility analysis</i>	<i>Dollars</i>	<i>Single or multiple effect, not necessarily common to both alternatives, and common effect may achieved to different degrees by alternatives</i>	<i>Health days or (more often) quality adjusted life years QALYs</i>

Sumber : M.F Drummond, *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programme* , 1987

2.8. Pengukuran Dampak (*outcome/output*)

Untuk menyimpulkan manfaat dari suatu layanan kesehatan, identifikasi dan pengukuran dampak pada penderita merupakan hal mendasar dalam evaluasi ekonomi. Dalam *Cost Effectiveness Analysis* pengukuran dampak ini bisa dalam Bentuk *intermediate outcome* sampai ke dampak jangka panjang (*long term outcome*) seperti *life years saved/gained, QALYs* (Macones, G.A.et.al,1999). Manfaat yang diukur dapat dikategorikan dalam efektifitas (*effectiveness*), kualitas hidup (*QoL*), nilai guna (*utility*) dan manfaat yang diukur dalam nilai moneter (Elliot,2005).

Output dari suatu layanan kesehatan atau intervensi dapat dinyatakan sebagai (Kobekt,2002):

- Ukuran penyakit (*disease measures*) misal keadaan sakit yang bisa dihindari atau ditunda (fraktur yang bisa dihindari pada osteoporosis), penderita yang berhasil diobati (jumlah penderita kanker yang sembuh sempurna), pengukuran fisiologis (mmHg dalam kasus hipertensi)
- Ukuran kehidupan (*survival measures*) : *life years saved / LYS, %-years survival rate*
- Kualitas: *quality adjusted life years/QALYs*
- Nilai moneter, merupakan kemauan membayar (*willingness to pay*) atas manfaat yang diperoleh

2.8.1. Efektifitas (*effectiveness*) (Elliot 2005:Drummond 1989)

Efektifitas merupakan manfaat dari sebuah intervensi atau pengobatan yang diukur dalam unit dasar. Pengukuran manfaat bisa dinyatakan dalam bentuk 1) Kasus yang berhasil didiagnosis, 2) Kasus yang berhasil ditangani/diobati, 3) Usia yang bisa dicapai (*life years gained*) misal terapi gagal ginjal kronis, 4) Pertambahan usia hidup (*life years saved*), dan 5) Kematian (*mortality*), misalnya jumlah kematian dalam 1 tahun dan 10 tahun dengan intervensi A dan B. Selain itu bisa juga diukur dalam indikator klinis seperti, 1) jumlah serangan asma yang bisa dihindari, 2) jumlah hari bebas dari penyakit, 3) perubahan *infection rate*, 4)

presentase penurunan tekanan darah, dan 5) efek pada rasa mual dan frekuensi muntah.

Dalam membandingkan efektifitas dari dua alternatif pengobatan sejumlah indikator suksesnya suatu intervensi bisa dinyatakan dalam 1) indikator jangka pendek (*immediate indicators*) seperti *Case Fatality Rate*, *Complication Rate*, 2) indikator jangka panjang (*long term indicators*) seperti *5-Years Survival Rate*, *Recurrence Rate*. Pengukuran seperti ini sederhana dan sering digunakan dalam evaluasi ekonomi. Pengukuran dampak atau manfaat seperti di atas sering disebut sebagai pengukuran dampak *intermediate*. Keterbatasan dalam pengukuran efektifitas adalah hanya mengukur satu bagian manfaat atau dampak, tidak mengukur dampak keseluruhan suatu intervensi yaitu dalam hal kualitas hidup penderita.

2.8.2. Kualitas Hidup (*Quality Of Life/QOL*)

Adanya keterbatasan dalam pengukujan efektifitas membuat para peneliti mengembangkan cara untuk mengukur dampak yang lebih menyeluruh dari suatu intervensi terhadap kualitas hidup penderita. Pengukuran kualitas hidup (*QoL*) lebih kompleks. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang seperti faktor fungsional, sosial, psikologis, kognitif, subyektif. Alat yang digunakan secara luas untuk pengukuran ini adalah yang disebut *Short Form (SF) 36 Health Survey* yang melihat 1) fungsi fisik, 2) fungsi fisiologis, 3) rasa nyeri, 4) status kesehatan umum, 5) fungsi sosial, 6) emosi, 7) keschatan mental, dan 8) vitalitas. Dengan menggunakan pengukuran semacam ini lebih memakan waktu dibandingkan dengan pengukuran efektifitas tetapi lebih baik dalam memperlihatkan dampak suatu intervensi terhadap kualitas hidup seseorang.

2.8.3. Nilai Guna (*Utility*) (Drummond 2001:Elliot 2005)

Nilai guna dipakai untuk mengukur status seseorang dalam nilai numerik. Penilaian terhadap nilai guna ini dapat menggunakan beberapa metode yaitu *standard gamble*, *time trade-off*, atau *rating scale*. Skor yang didapat dari pengukuran tersebut digunakan untuk menghitung *Quality-Adjuster Life Year (QALY)*. *QALY* menggambarkan masa hidup (kuantitas kehidupan) dengan nilai

status kesehatan(kualitas kehidupan). Nilai *QALY* berkisar dari 0 (meninggal) sampai dengan 1 (sehat seutuhnya/*fullhealth*). *QALY* diukur dalam skala interval misalnya satu *QALY* bisa berarti 1 tahun berada dalam status kesehatan sempurna, atau 2,5 tahun dalam status kesehatan sempurna. Selain *QALY* alternatif lain yang dipakai adalah dengan menggunakan *healthy years equivalent (HYE)*. *HYE* dihasilkan dari penilaian status kesehatan dengan menggunakan metode *time trade-off*.

2.8.4. Manfaat dalam Nilai Moneter

Metode lain dalam mengukur manfaat dari suatu intervensi atau pengobatan adalah dengan mengkonversikan manfaat ke dalam nilai moneter.

2.9. Distribusi Biaya

Dalam melakukan pendistribusian biaya, perlu dilakukan dua langkah penting yaitu :

- Melakukan identifikasi hubungan/kaitan antar unit penunjang dan antara unit penunjang dengan unit produksi.
- Menentukan ukuran dasar alokasi yang akan digunakan, artinya kalau ingin mengalokasikan biaya dari bagian administrasi ke unit lainya, maka harus ditentukan lebih dahulu ukuran dasar yang akan dipakai, dalam hal ini biasanya digunakan jumlah pegawai. Dengan demikian setiap alokasi biaya investasi (investasi dan operasional), dari bagian administarasi akan dibagikan/dialokasikan dengan menggunakan jumlah seluruh pegawai rumah sakit sebagai penyebut dan jumlah pegawai di unit yang bersangkutan sebagai pembilangnya. Metode yang sering digunakan dalam melakukan distribusi biaya adalah (Gani. A, 1995) :

2.9.1. Metode Distribusi Sederhana (*Simple Distribution Method*).

Metode ini adalah yang paling sederhana pelaksanaan perhitungannya. Metode ini mengabaikan adanya kemungkinan kaitan antara unit penunjang dengan unit produksi. Dengan demikian hanya terjadi alokasi biaya dari unit penunjang ke unit produksi dengan menggunakan dasar alokasi yang sesuai dengan unit

penunjang masing-masing. Karena biaya satuan didalam setiap departemen penunjang bukanlah merupakan biaya keseluruhan, maka hasilnya belum tentu akurat.

2.9.2. Metode Distribusi Anak Tangga/Jenjang (*Step Down Distribution Method*)

Perbedaan mendasar metode ini dengan metode pembagian sederhana yaitu adanya pengakuan terhadap kaitan antara sesama unit penunjang itu sendiri. Dengan demikian maka dalam pelaksanaannya akan lebih kompleks. Kaitan antar sesama unit penunjang dan antara unit penunjang dengan unit produksi, harus ditentukan lebih dahulu, yaitu unit penunjang yang paling banyak memberikan kontribusi kepada sesama unit penunjang dan kepada unit produksi, diletakan pada urutan terdepan dalam susunan untuk alokasi biaya. Sedangkan yang paling kecil diletakan pada urutan paling belakang dari kelompok unit penunjang.

2.9.3. Metode Distribusi Ganda (*Double Distribution Method*)

Secara garis besar metode ini hampir sama dengan metode pembagian berjenjang hanya berbeda pada cara alokasi biaya, yaitu dilakukan dalam dua tahap. Pada tahap pertama, tidak dapat dilakukan penutupan unit penunjang yang telah mengalami alokasi biaya aslinya. Dengan demikian maka unit penunjang tersebut mempunyai kemungkinan mendapat biaya alokasi dari unit penunjang yang lain.

Pada tahap kedua, seluruh biaya alokasi yang ada di unit penunjang dipindahkan (realokasi) ke seluruh unit produksi terkait untuk mendapatkan biaya (total) di akhir unit-unit produksi. Metode ini memang sangat kompleks, tetapi dengan bantuan komputer hal ini akan lebih mudah.

2.9.4. Metode Distribusi Multipel / Berulang (*Multiple Distribution Method*).

Metode ini mengalokasikan biaya secara berulang, termasuk alokasi diantara sesama unit produksi hasilnya sangat akurat, tetapi sangat kompleks dan tepat guna, karena ternyata setelah empat kali sebaran distribusi, perbedaan yang terjadi tidak banyak, maka metode ini jarang digunakan.

2.9.4. Metode Distribusi Multipel / Berulang (*Multiple Distribution Method*).

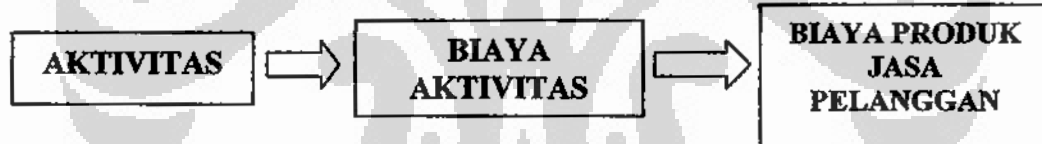
Metode ini mengalokasikan biaya secara berulang, termasuk alokasi diantara sesama unit produksi hasilnya sangat akurat, tetapi sangat kompleks dan tepat guna, karena ternyata setelah empat kali sebaran distribusi, perbedaan yang terjadi tidak banyak, maka metode ini jarang digunakan.

2.9.5. ABC (*Activity Based Costing*) System

Definisi

Adalah sistem biaya yang difokuskan pada aktivitas yang berhubungan dengan objek biaya. Objek biaya adalah segala sesuatu yang membutuhkan perhitungan biaya. Aktivitas adalah kejadian, pekerjaan atau unit kegiatan dengan tujuan tertentu misalnya mendesain produk, menyetel peralatan mesin, mengoperasikan mesin. *ABC* sistem menghitung objek biaya berupa produk atau jasa atas dasar aktivitas yang dibutuhkan untuk menghasilkan produk atau jasa tersebut (Hongren, 1991).

Gambar 2.6. Falsafah yang mendasari *ABC* sistem adalah sebagai berikut :



Setiap aktivitas menggunakan sumber daya yang menyebabkan timbulnya biaya. Produk atau jasa dihasilkan dari aktivitas tersebut.

2.9.5.1. Tahapan *ABC*

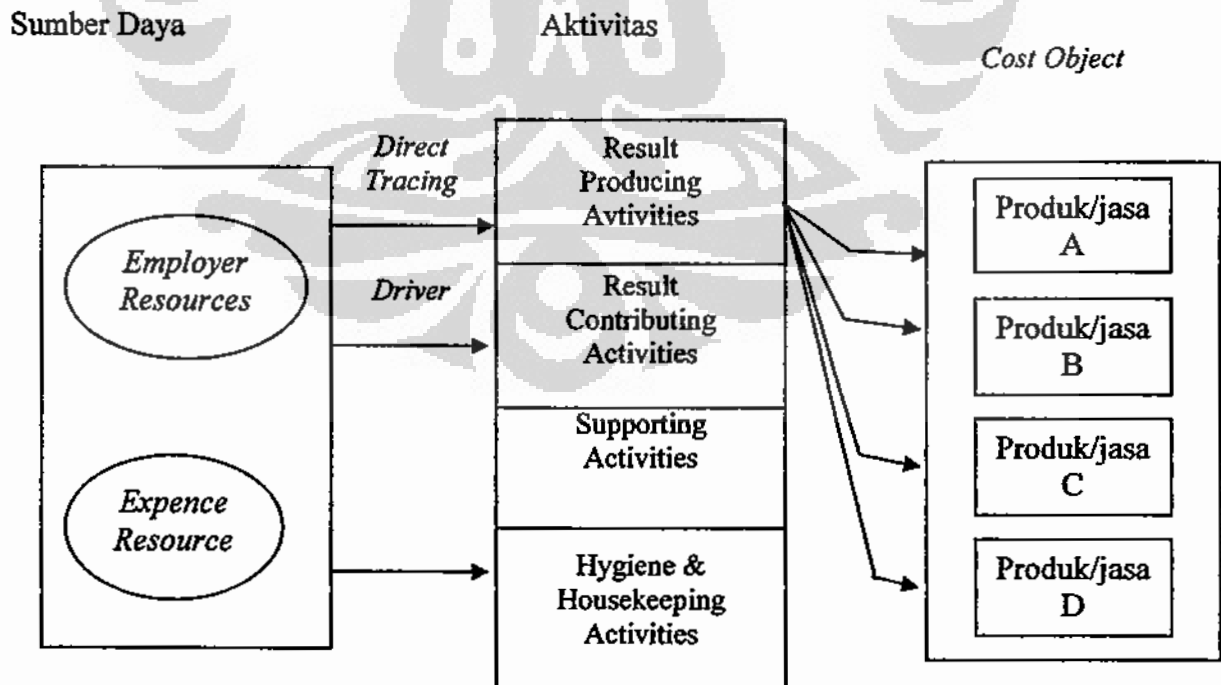
ABC sistem ini bisa terlihat secara lebih detail bagaimana suatu organisasi menggunakan sumber daya dengan mengidentifikasi setiap aktivitas dan biaya yang dihasilkan oleh setiap aktivitas tersebut (Hongren, 1991).Langkah-langkah dalam *ABC* adalah sebagai berikut , 1) Identifikasi produk yang dipilih sebagai objek biaya, 2) identifikasi biaya langsung (*direct cost*) dari produk, 3) memilih dasar alokasi biaya yang digunakan untuk mengalokasikan biaya tidak langsung (*indirect cost*) ke produk, 4) identifikasi biaya tidak langsung yang berhubungan dengan masing-masing dasar alokasi biaya tersebut, 5) menghitung *rate per unit* masing-masing dasar alokasi biaya untuk mengalokasikan biaya tidak langsung ke

produk, 6) menghitung biaya tidak langsung yang dialokasikan ke produk, dan 6) menghitung total biaya (*total cost*) produk dengan menjumlahkan biaya langsung dan tak langsung.

Dalam desain ABC ada 3 tahap yang dilakukan yaitu : (Mulyadi, 2003)

- Tahap Pertama adalah *business Process Analysis (BPA)* yang bertujuan memetakan aktivitas yang digunakan untuk menghasilkan produk (jasa dan desain sistem informasi yang berkaitan dengan aktivitas)
- Tahap Kedua adalah *Activity Based Process Costing* setelah langkah tersebut di atas dilakukan proses pengolahan data berbagai informasi untuk membebankan sumber daya ke aktivitas
- Tahap Ketiga adalah desain *Activity Based Object Costing* yaitu bagaimana /menghasilkan informasi biaya produk yang akurat, meliputi :

Gambar 2.7. Tahap-tahap ABC (*Activity Based Costing*)



2.10.1. Konsep efisiensi

Efisiensi atau daya guna dapat dipahami sebagai tingkat biaya yang dikeluarkan untuk melaksanakan suatu kegiatan atau memperoleh sesuatu dan bila untuk menilai apakah suatu kegiatan telah dijalankan secara efisien atau tidak maka kita dapat mendeteksi dengan pertanyaan "*apakah suatu kegiatan dilaksanakan dengan cara yang terbaik tanpa memerlukan tambahan biaya?*" Bila memperoleh jawaban "ya" maka dapat dikatakan kegiatan tersebut telah dilaksanakan secara efisien. Pengertian efisiensi dijelaskan dengan konsep *input-output* maka efisiensi adalah merupakan rasio dari output/input atau dapat dinyatakan dalam formula berikut:

$$E = \frac{O}{I}$$

Efisiensi memperhatikan segi output (keluaran) maupun segi input (masukan). Kegiatan dikatakan telah dikerjakan secara efisien jika pelaksanaan kegiatan tersebut telah mencapai sasaran (output) dengan pengorbanan biaya (input) yang terendah atau sebaliknya dengan pengorbanan biaya (input) yang minimal diperoleh hasil (output) yang diinginkan. (Setyawan, 1998). Apabila hasil perbandingan output (O): input (I) $\Rightarrow 1$, maka dapat disebut efisien. Semakin besar nilai O:I maka dapat dikatakan efisiensi semakin tinggi. (Kusmiadi, 1997).

Pengertian efisien tidak harus selalu sama dengan hemat, sekalipun dalam efisiensi ada upaya penghematan, karena efisiensi selalu dikaitkan dengan pencapaian tujuan. Efisien juga sering dikaitkan dengan efektif yang berarti bahwa tujuan tercapai secara tepat (sesuai rencana) dengan pengalokasian sumber daya organisasi yang optimal. (Abdurrahman, 1973).

2.10.2. Peningkatan efisiensi

Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud antara lain:

Standar minimal pelayanan

Tujuan Standar Minimal Pelayanan (minimum standard) untuk menghindar pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal yang dipergunakan yakni:

- a. standar minimal sarana, contohnya standar minimal Rumah Sakit dan standar minimal laboratorium
- b. standar minimal tindakan, contohnya adalah tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obatan esensial. (Azwar,1996)

Dengan adanya standar minimal pelayanan ini, bukan saja pemborosan dapat dihindari dan dengan demikian akan dapat ditingkatkan efisiensinya, tetapi juga sekaligus dapat pula dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

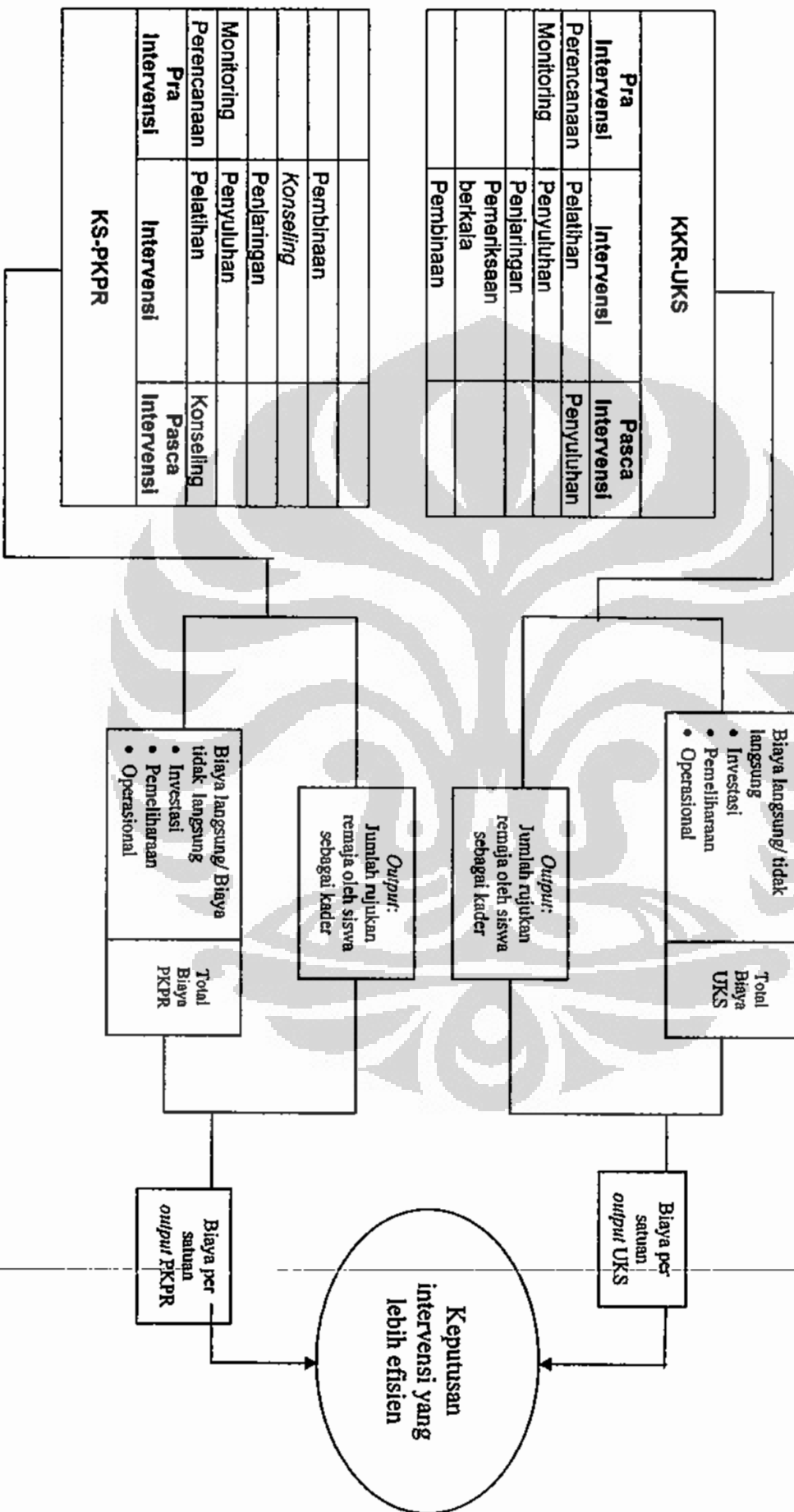
3.1. Kerangka Konsep

Dasar penelitian ini adalah peran siswa sebagai kader sekolah pada kedua metode intervensi. Aktivitas pra-intervensi program UKS/PKPR yang diputuskan berupa perencanaan dan monitoring. Perencanaan dan Monitoring merupakan kegiatan manajemen secara timbal balik untuk menetapkan intervensi yang tepat. Aktivitas intervensi sesuai dengan dokumen DPA SKPD berupa kegiatan pelatihan kader, penyuluhan, penjangkaran, pemeriksaan berkala, pelayanan rujukan, pelayanan konseling dan pembinaan. Aktivitas pasca-intervensi tugas KKR melakukan penyuluhan, meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kesadaran siswa akan masalah kesehatan untuk menjadi motivator atau konselor sehingga mampu merujuk.

Aktivitas-aktivitas ini memerlukan alokasi dana baik yang langsung dan tidak langsung yang dikelompokkan dalam biaya investasi, operasional dan pemeliharaan. Setelah menghitung alokasi biaya berdasarkan semua aktivitas di kedua intervensi, dihitung biaya total di DKK kemudian membagi biaya total/ jumlah *output* untuk mendapatkan biaya/ satuan *output*. Dari hasil perhitungan tersebut ditentukan biaya terkecil untuk melihat intervensi yang lebih efisien (gambar 3.1)

3.1 Kerangka Konsep

AB III



Definisi Operasional

Aktivitas pelayanan kesehatan remaja

1) Kader Kesehatan Remaja (KKR)

Adalah siswa sekolah lanjutan atas/ sederajat yang dipilih/dilatih/mendapat pembekalan ilmu materi KKR oleh puskesmas melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) untuk menjadi kader pada tahun 2008.

Cara ukur : Membuktikan melalui pendataan siswa sebagai KKR di puskesmas tahun 2008

Alat ukur : Format 2. Kuasioner

Hasil ukur : Jumlah kader

2) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan di sekolah lanjutan atas/ sederajat sesuai trias UKS (pendidikan, pelayanan dan pembinaan lingkungan sehat) dan melakukan pembinaan pada kader kesehatan remaja. Sekolah binaan program UKS mempunyai kader yang disebut Kader Kesehatan Remaja yang mampu mencegah, menemukan kasus/deteksi dini kasus, dan melakukan rujukan dari kelompok sebayanya.

Cara ukur : Membuktikan puskesmas melaksanakan UKS

Alat ukur : Format 2. Kuasioner

Hasil ukur : Puskesmas melaksanakan program UKS

3) Konselor Sebaya (KS)

Adalah siswa sekolah lanjutan atas /sederajat yang dipilih sekolah dan dilatih menjadi kader pada tahun 2008 oleh puskesmas dengan pendekatan PKPR

Cara ukur : Membuktikan melalui pendataan siswa sebagai KS di puskesmas tahun 2008

Alat ukur : Format 2. Kuasioner

Hasil ukur : Jumlah kader

4) Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Puskesmas PKPR adalah puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan remaja di sekolah lanjutan atas yang telah dilatih sesuai dengan 11 karakteristik PKPR yaitu: 1) kebijakan, 2) prosedur pelayanan, 3) petugas khusus, 4) petugas pendukung, 5) fasilitas kesehatan, 6) partisipasi/keterlibatan remaja, 7) keterlibatan masyarakat, 8) berbasis masyarakat, menjangkau keluar gedung serta mengupayakan pelayanan sebaya, 9) pelayanan yang sesuai dan komprehensif, 10) pelayanan yang efektif dan efisien. Disebut melaksanakan pendekatan PKPR merupakan pengembangan puskesmas dan mengikuti pelatihan PKPR. Sekolah binaan PKPR mempunyai kader yang disebut Konselor Sebaya yang mampu mencegah, menemukan kasus/deteksi dini, dan melakukan rujukan dari kelompok sebayanya.

yang mampu menemukan kasus, deteksi dini, konseling kasus dan melakukan rujukan.

Cara ukur : Membuktikan puskesmas yang melaksanakan PKPR

Alat ukur : Format 2. Kuasioner

Hasil ukur : Puskesmas PKPR

Aktifitas Pra Intervensi

5) Perencanaan

Adalah aktivitas dalam penyusunan dan penganggaran pelayanan kesehatan remaja melalui program UKS di kota Sukabumi dan UKS+PKPR di kota Bogor yang tertuang dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) tahun 2008.

Cara ukur : Analisis kuasioner

Alat ukur : Format 2. Kuasioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = ada di TA 2007 atau 2008, dan 2 = ada di TA 2008

6) Monitoring

Adalah aktivitas supervisi fasilitatif yang telah dilaporkan dalam instrumen monitoring melalui program UKS di kota Sukabumi dan PKPR di kota Bogor.

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = ada di TA 2007 atau 2008, dan 2 = ada di TA 2008

Aktifitas Intervensi

7) Pelatihan

Adalah pelatihan/pembekalan ilmu materi KKR oleh puskesmas melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan atau dilatih menjadi KS melalui PKPR

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = satu kali di tahun 2007 atau 2008, dan 2 = satu kali di tahun 2007 dan 2008

8) Penyuluhan

Adanya pemberian materi kesehatan remaja yang dilakukan oleh tenaga kesehatan minimal 2 kali/ tahun pada tahun 2008.

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = pada saat tertentu, dan 2 = Ya, rutin \geq 2 kali/ tahun

9) Penjaringan

Adanya penjaringan siswa kelas 1 dan pemeriksaan berkala pada murid selain kelas 1 oleh petugas kesehatan dengan bantuan siswa pada program UKS dan PKPR minimal 1 kali/tahun pada 2008.

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = satu kali/2 tahun, dan 2 = satu kali/
tahun

10) Pemeriksaan Berkala

Adanya penjaringan siswa selain kelas 1 oleh petugas kesehatan dengan bantuan siswa pada program UKS minimal 1 kali/tahun pada 2008.

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = satu kali/ tahun, dan 2 = dua kali/ tahun

11) Konseling

Adalah aktivitas layanan petugas kesehatan sebagai tempat 'curhat' yang memenuhi kaedah konselor pada siswa/siawi baik bertatap muka langsung di dalam gedung puskesmas dan tidak langsung seperti melalui *hp/internet* pada tahun 2008.

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = waktu tertentu, dan 2 = setiap waktu

12) **Pembinaan**

Adalah aktivitas yang dilakukan petugas kesehatan terhadap aspek manajemen dan KIE bagi sekolah, guru dan kader pada tahun 2008

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = satu kali/ tahun, dan 2 = \geq dua kali/ tahun

Aktivitas Pasca Intervensi13) **Penyuluhan oleh kader**

Adalah aktivitas yang dilakukan oleh kader terlatih program kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR, dengan memberikan materi kesehatan sehingga dapat memotivasi kelompoknya agar sadar dan mengenali masalah kesehatan pada kelompok sebayanya, sehingga dapat melakukan rujukan.

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = satu kali/ tahun, dan 2 = \geq 2 kali/ tahun

14) **Konseling oleh kader**

Adalah aktivitas yang dilakukan oleh kader terlatih program kesehatan remaja, dengan memberikan layanan konseling sebagai konselor sebaya untuk memotivasi kelompoknya agar sadar dan mengenali masalah kesehatan pada kelompok sebayanya dan melakukan rujukan kepuskesmas.

Cara ukur : Analisis kuisioner

Alat ukur : Format 2. Kuisioner

Hasil ukur : 0= Tidak ada , 1 = $<$ 10 kali/ tahun, dan 2 = \geq 10 kali/ tahun

Data keuangan pelayan kesehatan remaja

- 15) **Biaya Investasi Langsung (UKS)**
 Adalah biaya barang modal yang disetahunkan, terdiri dari sarana fisik (ruangan, meubeler), sarana pelayanan (UKS *kit*, stetoskop, PKPR *kit*), dan sarana komunikasi (*hp* dan telepon) di puskesmas dengan masa pakai 1 tahun atau lebih berdasarkan kwitansi, alokasi DKK atau asumsi harga rata-rata pasar di tahun 2008
- Cara ukur : Menghitung jumlah biaya investasi di puskesmas
- Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
- Hasil ukur : Jumlah uang dalam Rupiah
- 16) **Biaya Investasi Langsung (PKPR)**
 Adalah biaya barang modal yang disetahunkan, terdiri dari sarana fisik (ruangan, meubeler), sarana pelayanan (UKS *kit*, stetoskop, PKPR *kit*), dan sarana komunikasi (*hp* dan telepon) di puskesmas dengan masa pakai 1 tahun atau lebih berdasarkan kwitansi, alokasi DKK atau asumsi harga rata-rata pasar di tahun 2008
- Cara ukur : Menghitung jumlah biaya investasi
- Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
- Hasil ukur : Jumlah uang dalam Rupiah
- 17) **Biaya Operasional langsung (UKS)**
 Adalah biaya yang digunakan dalam pelaksanaan aktivitas praintervensi, intervensi dan pascaintervensi pelayanan kesehatan remaja di kota Sukabumi yang dilaksanakan oleh petugas puskesmas ke sekolah. Biaya yang dihitung berupa biaya personal (gaji, transpor, dan ATK) di tahun 2008
- Cara ukur : Menghitung seluruh biaya operasional
- Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
- Hasil ukur : Rupiah

18) Biaya Operasional tidak langsung (UKS)

Adalah biaya yang digunakan dalam pelaksanaan aktivitas praintervensi (perencanaan seperti pertemuan linsek, sosialisasi), intervensi (pembinaan seperti kegiatan bintek, lomba TP UKS kecamatan, lomba KKR tahap I dan II serta pembinaan sekolah sehat) dan pascaintervensi yang dilaksanakan oleh pengelola program UKS DKK Sukabumi

Cara ukur : Menghitung seluruh biaya operasional

Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*

Hasil ukur : Rupiah

19) Biaya Operasional langsung (PKPR)

Adalah biaya yang digunakan dalam pelaksanaan aktivitas praintervensi, intervensi dan pascaintervensi pelayanan kesehatan remaja di kota Bogor yang dilaksanakan oleh petugas puskesmas terhadap sekolah. Biaya yang dihitung berupa biaya personal (gaji, transpor, dan ATK) di tahun 2008

Cara ukur : Menghitung seluruh biaya operasional langsung

Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*

Hasil ukur : Rupiah

20) Biaya Operasional tidak langsung (PKPR)

Adalah biaya yang digunakan dalam pelaksanaan aktivitas praintervensi (perencanaan seperti pertemuan linsek, sosialisasi), intervensi (pembinaan seperti kegiatan bintek termasuk pembinaan pada guru BK dan konselor sebaya, lomba TP UKS kecamatan) dan pasintervensi pelayanan kesehatan remaja di kota Bogor yang dilaksanakan oleh pengelola program UKS DKK Bogor bagi puskesmas dan sekolah. Biaya yang dihitung berupa biaya personal (gaji, transpor, dan ATK) di tahun 2008, berdasarkan DPA SKPD Kota.

Cara ukur : Menghitung seluruh biaya operasional tidak langsung
 Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
 Hasil ukur : Rupiah

21) Biaya Pemeliharaan Langsung (PKPR)

Adalah biaya pemeliharaan sarana (fisik, pelayanan dan komunikasi), serta peningkatan kualitas sdm (pelatihan kader) yang dialokasikan oleh puskesmas di tahun 2008

Cara ukur : Menghitung seluruh biaya pemeliharaan
 Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
 Hasil ukur : Rupiah
 Skala ukur : Rasio

22) Biaya Pemeliharaan tidak langsung (UKS /PKPR)

Adalah biaya yang dialokasikan untuk peningkatan kualitas sdm (pelatihan kader) yang dialokasikan dan dilaksanakan oleh pengelola program kesehatan remaja DKK di tahun 2008

Cara ukur : Menghitung seluruh biaya pemeliharaan tidak langsung
 Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
 Hasil ukur : Rupiah
 Skala ukur : Rasio

23) Biaya Total (UKS dan PKPR)

Adalah biaya yang menghasilkan sejumlah *output* terdiri dari biaya investasi, operasional dan pemeliharaan dari masing-masing intervensi

Cara ukur : Menghitung biaya total dari masing-masing intervensi
 Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
 Hasil ukur : Rupiah

24) *Output*

Adalah jumlah rujukan siswa sekolah, dari penjangkaran yang dilakukan dengan dibantu oleh KKR dengan program UKS dan dari hasil layanan konseling oleh KS dengan PKPR. Rujukan kader merupakan upaya strategis agar remaja terakses dengan pelayanan kesehatan di puskesmas. Cara pengumpulan data sekunder melalui laporan puskesmas di DKK.

25) *Biaya/ satuan output (UKS dan PKPR)*

Adalah biaya total aktivitas intervensi kesehatan remaja per jumlah *output* di tahun 2008 dari masing-masing intervensi

- Cara ukur : Menghitung biaya/ satuan *output* dari masing-masing intervensi
 Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
 Hasil ukur : Rupiah
 Skala ukur : Rasio

26) *Intervensi yang lebih efisien*

Melakukan analisis dengan membandingkan hasil perhitungan antara biaya/ satuan *output* kedua metode intervensi dan menentukan mana yang lebih rendah sebagai intervensi yang lebih efisien.

- Cara ukur : Membandingkan biaya/ satuan *output* intervensi melalui UKS dengan biaya/ satuan *output* PKPR.
 Alat ukur : Format isian dan *spreadsheet software*
 Hasil ukur : Angka
 Skala ukur : Rasio

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan analisis kuantitatif dan kualitatif. Analisis kuantitatif dengan desain studi *cross sectional* dengan tujuan mengetahui perbandingan biaya/ unit *output* intervensi kesehatan remaja melalui KKR pada program UKS dengan KS pada pendekatan PKPR pada tahun 2008. Unit analisis adalah Dinas Kesehatan Kota tentang data keuangan yang secara proporsional dihitung berasal dari aktivitas pelayanan kesehatan remaja di puskesmas sampel sesuai dengan kriteria puskesmas “baik” dan “kurang”. Evaluasi ekonomi yang dilakukan berupa *Cost Minimization Analysis (CMA)* dengan menghitung intervensi yang lebih efisien. Data sekunder berupa analisis biaya dengan metode *Activity Based Costing (ABC)* untuk mendapatkan biaya /unit *output* per aktivitas, evaluasi pelaksanaan program UKS dan PKPR serta *output* penelitian yaitu jumlah rujukan remaja oleh siswa sebagai kader di sekolah dari kedua intervensi. Data primer berupa analisis kualitatif dengan metode wawancara mendalam dengan kasubdin/ kasi pengelola pelayanan kesehatan remaja kabupaten/kota untuk lebih mendalami faktor yang mempengaruhi intervensi puskesmas dalam meningkatkan partisipasi siswa sebagai kader di sekolah dalam rujukan kasus dan *focus group discussion (FGD)* kader remaja binaan puskesmas untuk mengetahui lebih dalam kebutuhan remaja dalam pelayanan kesehatan. Dari kedua intervensi tersebut dapat ditentukan intervensi mana yang menggunakan biaya paling efisien.

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Sukabumi untuk program UKS dan Kota Bogor untuk PKPR. Pengambilan data diambil dari laporan tahunan UKS di kota Sukabumi dan PKPR di kota Bogor pada tahun anggaran 2008.

4.3. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dibagi menjadi 4 tahap/kegiatan dalam kurang lebih 2 kali tiga bulan yaitu :

Tahap persiapan (bulan Januari s/d Maret 2009), kegiatan ini meliputi :

- 1). Penyusunan instrumen struktur biaya selama 1 bulan
- 2) Format 1: Pedoman wawancara; Format 2: Evaluasi Puskesmas, Format 3: Pedoman *FGD* dan tabel 1. Klasifikasi biaya Aktifitas Kader

2). Sosialisasi proposal dan instrumen selama 1 minggu

3). Penyempurnaan selama 1 hari

Tahap Pelaksanaan (Maret s/d Mei 2009)

Pelaksanaan penelitian kuantitatif dilakukan selama 1 kali tiga bulan. Pengumpulan data melalui data sekunder di tingkat kota dalam hal alokasi anggaran melalui APBN dan APBD provinsi/kabupaten untuk kegiatan Kader Kesehatan Remaja- UKS, dan kegiatan Konselor Sebaya-PKPR. *Output* dari kedua intervensi tersebut melalui data sekunder jumlah kasus rujukan kesehatan remaja di wilayah kerja Kota Bogor dan Kota Sukabumi tahun 2008. Penelitian kualitatif dilaksanakan pada akhir Mei, setelah pelaksanaan penelitian kuantitatif.

Tahap Pengolahan hasil dan penyusunan (Juni 2009)

Waktu perhitungan biaya berdasarkan data sekunder dan validasi data primer, dilakukan selama 2 minggu.

4.4. Populasi dan Sampel Penelitian

4.4.1. Populasi dan Sampel:

Unit analisis adalah kabupaten, dari sejumlah 13 puskesmas di kota Sukabumi dan 24 puskesmas di kota Bogor ditentukan sampel untuk mewakili estimasi biaya puskesmas 'baik' dan 'kurang'. Sampel puskesmas penelitian ini masing-masing 2 puskesmas di tiap kabupaten/ kota, dilakukan secara purposif atas pertimbangan dan keputusan Kasubdin pengelola program kesehatan remaja dinas kesehatan kota, dengan kriteria 'baik' yang memenuhi minimal 3 kriteria yaitu : jumlah rujukan di atas mean dan di bawah mean, melaksanakan kegiatan intervensi kesehatan remaja secara aktif dan rutin melalui UKS (Sukabumi) dan PKPR (Bogor), bukan daerah pemekaran dan mempunyai pelaporan kegiatan tahun 2008 yang paling lengkap. Kriteria 'kurang' adalah puskesmas yang tidak memenuhi kriteria tersebut.

Tabel 4.1. Distribusi jumlah rujukan dari program UKS dan puskesmas PKPR

Program UKS	:	0,0,0,0,0,1,0,0,7,0,0,0,dan 0
PKPR	:	61,112,272,1,23,9,291,0,111,0,77,516,0,2,0,0,71,38, 69,0,0,0, 48, dan 251

Catatan:

Sukabumi: Jumlah rujukan 'baik' adalah 2 puskesmas; 'kurang' adalah 11 puskesmas

Bogor: Jumlah rujukan 'baik' adalah 6 puskesmas; 'kurang' adalah 18 puskesmas

Data tabel 5.1. terlihat total rujukan program UKS adalah 8, terlihat hanya 2 puskesmas yang melaporkan rujukan yaitu puskesmas Sela Batu 1 orang,

puskesmas Pabuaran 7 orang. Pemilihan sampel puskesmas "baik" ditentukan puskesmas Sela Batu atas pertimbangan pelaksanaan UKS berjalan aktif dan rutin serta pencapaian prestasi dalam lomba-lomba antara lain dalam LSS adalah menjadi Juara 1 tingkat Nasional (SD) pada tahun 2003, dan juara harapan tingkat Nasional (SMP), dan puskesmas "kurang" adalah puskesmas Karang Tengah. Kegiatan UKS yang dilaksanakan adalah monitoring, pelatihan dalam bentuk pembekalan kader, penjangkaran, pemeriksaan berkala, pembinaan oleh tenaga kesehatan sedangkan kegiatan kader adalah penyuluhan yang dilakukan secara rutin setiap minggu pada puskesmas "baik", kecuali pada puskesmas "kurang" dilakukan 1 kali/ bulan, sehingga dalam 1 tahun dilakukan penyuluhan oleh kader sebanyak 58 kali.

Pengumpulan data pelayanan kesehatan remaja pada program UKS di kota Sukabumi dilaksanakan pada tanggal 5 s/d 6 Mei 2009 di puskesmas Sela Batu dan Karang Tengah. Dipilih kedua puskesmas tersebut merupakan keputusan Dinas Kesehatan Kota Sukabumi berdasarkan laporan puskesmas jumlah kasus rujukan penjangkaran tahun 2008 di DT II sesuai kriteria. Pelayanan kesehatan remaja pada PKPR dilaksanakan di Kota Bogor pada tanggal 25 s/d 26 Maret 2009 di DKK Bogor, puskesmas Bogor Timur dan Tanah Sereal. Dipilih kedua puskesmas tersebut merupakan keputusan Dinas Kesehatan Kota Bogor berdasarkan puskesmas dengan jumlah asal kasus rujukan dari kader sekolah di atas mean dan di bawah mean. Data laporan PKPR tahun 2008, total rujukan 1.952. Semua puskesmas di Kota Bogor melaksanakan UKS dengan KKR dan mempertajam peran KKR sebagai KS melalui pendekatan PKPR.

4.5. Jenis dan Sumber Data

Pengumpulan data berdasarkan data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif berupa data sekunder yang diperoleh dari pengelola program UKS (kota Sukabumi) dan PKPR (kota Bogor) berupa 1) biaya investasi yaitu sarana UKS/PKPR (fisik, pelayanan kesehatan, dan komunikasi), 2) biaya operasional yaitu yang dialokasikan pada setiap tahapan aktivitas praintervensi (perencanaan, monitoring), intervensi (penyuluhan, penjangkaran, pemeriksaan berkala, konseling, pembinaan) serta 3) biaya pemeliharaan (sarana UKS/ PKPR,

pelatihan kader) serta jumlah kasus rujukan dari sekolah binaan UKS dan PKPR yang diambil dari laporan tahunan UKS dan PKPR di puskesmas tahun 2008. Aktivitas pos-intervensi (penyuluhan oleh kader, konseling oleh kader) tidak dihitung biaya karena merupakan aktivitas dari dan untuk siswa oleh sehingga tidak ada alokasi biaya. Evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan remaja diperoleh melalui pengisian kuisioner (Format 2. Evaluasi Puskesmas) oleh kepala/ pengelola program di puskesmas. Data kualitatif berupa telaah dokumen, wawancara dengan kasubdin/ kasi pengelola pelayanan kesehatan remaja kabupaten/kota (Format 1. Pedoman wawancara) dan *focus group discussion (FGD)* (Format 3. Pedoman *FGD*) dengan kader remaja binaan puskesmas sebagai pembuktian sesuai kerangka konsep yang mempengaruhi *output* penelitian.

4.6. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang akan dipergunakan untuk pengumpulan data primer adalah telaah dokumen, wawancara dengan Format 1. Pedoman wawancara; Manajemen Pelayanan Kesehatan Remaja di Dinas Kesehatan Kota/ Kabupaten; Format 2. Evaluasi Puskesmas dan Format 3. *focus group discussion (FGD)* serta alat perekam. Pengumpulan data sekunder adalah Tabel 1: Aktifitas dan Klasifikasi Biaya program intervensi kesehatan remaja di Puskesmas untuk puskesmas sampel.

4.7. Teknis pengumpulan data

Langkah-langkah pengumpulan data

1) Data sekunder

Secara retrospektif pada tahun anggaran 2008. Peneliti dibantu oleh 1 orang dari DKK, sebelum turun lapangan dilakukan pelatihan dalam menguasai teknik pengisian tabel 1. Untuk identifikasi sumber daya yang digunakan dalam tiap intervensi di masing-masing objek biaya yang terkait di puskesmas yang terdiri dari biaya langsung dan tidak langsung. Untuk menghitung distribusi biaya dipakai metode *ABC (Activity Based Costing)* karena metode ini selain mengukur biaya, juga kinerja kegiatan, sumber biaya dan obyek biaya, dimana sumber-

sumber daya dibebankan pada kegiatan (*activities*), lalu kegiatan dibebankan pada proyek biaya (*cost objects*) dan menggunakan aktivitas sebagai titik pusat untuk mempertanggung jawabkan biaya. Pada sistem ini dikenal adanya hubungan sebab akibat antara pemicu biaya (*cost driver*) dengan kegiatan (*activities*). Capaian *output* kedua pelayanan diambil berdasarkan format pencatatan dan pelaporan Dinkes Kota Sukabumi dan Kota Bogor. Dalam penelitian ini capaian *output* difokuskan pada jumlah rujukan UKS dan PKPR.

2) Data primer

Dengan telaah dokumen, wawancara dan *focus group discussion (FGD)* yang dilakukan oleh peneliti sendiri dengan informan serta pengisian kuisioner untuk mengetahui pelaksanaan program UKS dan PKPR untuk mendukung pembuktian, memperjelas dan klarifikasi data sekunder dalam pencapaian *output*. Informan adalah pengelola program kesehatan remaja di tingkat Dinkes Kota (Format 1) dan kader sekolah binaan puskesmas (Format 2). Data yang dikumpulkan akan dikelompokkan, dipilah dan dianalisa.

3) Untuk menghitung biaya investasi maka barang-barang investasi yang digunakan dalam pelaksanaan kedua intervensi dilakukan perhitungan AIC (Biaya investasi yang disetahunkan), adapun rumus AIC yang digunakan adalah :

$$AIC = \frac{IIC (1+r)^t}{L}$$

Keterangan:

- *AIC* = *Annualized Investmen Cost*
- *IIC* = *Intial Investment Cost* (Nilai investasi awal)
- R = laju inflasi
- t = masa pakai
- L = Perkiraan masa hidup (*life time*) barang investasi

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dan juga dibantu oleh dua orang pengelola program yang sudah dilatih dan diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian serta format penelitian. Pada penelitian ini data-data yang tidak jelas atau tidak lengkap dilakukan klarifikasi dengan pelaksana program intervensi.

Setelah dihitung dan menghasilkan biaya rata-rata/ puskesmas, maka dibandingkan di antara keduanya sehingga didapat hasil intervensi mana yang lebih efisien.

4.8. Pengolahan Data dan Analisis data

Pengolahan data biaya dilakukan secara manual dan komputerisasi dengan program *Excel*. Hasil perhitungan pengolahan dan analisis data akan disajikan secara sistematis tabel agar mudah diketahui. Analisa data sekunder dilakukan terhadap 3 komponen biaya yaitu biaya investasi, operasional dan pemeliharaan. Hasil kuisioner mengenai evaluasi puskesmas akan dianalisis dengan uji statistik univariat, dan bivariat. Data hasil wawancara dan *FGD* dikumpulkan dalam matriks dan di kelompokkan berdasarkan pertanyaan, kemudian dianalisa dengan metode triangulasi, yaitu:

1. Triangulasi Sumber, menggali dari Dinas Kesehatan dan puskesmas.
2. Triangulasi Metode, menggunakan berbagai metode pengumpulan data yaitu wawancara serta pengamatan dokumen sesuai kerangka konsep
3. Triangulasi Data, dilakukan oleh lebih dari satu orang, yaitu oleh peneliti serta meminta pendapat ahli tentang interpretasi dan analisis yang dilakukan untuk mendapat masukan, koreksi atas kesalahan dan menghindari subyektifitas peneliti dalam menganalisa data.

Hasil penelitian ini akan menggambarkan pelaksanaan UKS dan PKPR, sehingga dapat dibuktikan secara statistik mana yang lebih efektif. Efisiensi biaya dapat dilihat dari hasil perhitungan masing-masing biaya dari kedua sampel penelitian.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Aktivitas program UKS dan PKPR

5.1.1. Proporsi kader

Kader pada UKS terdiri dari putri (69,5%) lebih banyak dari putra (30,5%), dan kota Bogor jumlah kader PKPR putri (62,25%) juga lebih banyak dari putra (37,75%).

5.2. Aktivitas KKR pada program UKS dan KS pada program PKPR

Dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data aktifitas pra intervensi, intervensi sampai kepada pasca intervensi.

5.2.1. Aktivitas Pra intervensi

Pada pengambilan data primer untuk pra intervensi ditemukan dua kegiatan yang disusun yaitu Perencanaan dan Monitoring. Perencanaan yang disusun dalam DPA SKPD berdasarkan hasil monitoring untuk melakukan aktivitas pelayanan kesehatan remaja. Untuk program UKS terdiri dari aktivitas pelatihan, penyuluhan, penjangingan, pemeriksaan berkala, dan pembinaan. Untuk program PKPR, aktivitas berupa pelatihan kader, penyuluhan, penjangingan, pelayanan konseling dan pembinaan.

Dalam program UKS monitoring yang dilakukan berupa kunjungan sekolah untuk memantau pelaksanaan UKS sesuai trias UKS dan peran siswa sebagai Kader Kesehatan Remaja. Sedangkan PKPR, disamping pelaksanaan trias UKS juga memantau pelaksanaan pemberdayaan siswa sebagai konselor sebaya.

5.2.1.1. Aktivitas Perencanaan

Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan perencanaan dan penganggaran pelayanan kesehatan remaja terhadap UKS dan PKPR.

Tabel 5.1
Distribusi puskesmas Menurut Perencanaan dan Penganggaran Pelayanan Kesehatan Remaja terhadap UKS dan PKPR dan tahun 2009

Perencanaan dan Penganggaran	UKS N =13	PKPR N =24	<i>P- value</i>
Tidak ada	3 (23,1%)	7 (29,2%)	0,627
Ada di tahun 2007 atau 2008	3 (23,1%)	8 (33,2%)	
Ada di tahun 2007 dan 2008	7 (53,8)	9 (37,6%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Hasil uji statistik diperoleh *p-value* 0,627. Hasil analisis hubungan menurut Perencanaan dan Penganggaran Pelayanan Kesehatan Remaja terhadap UKS dan PKPR tidak berbeda bermakna terhadap kegiatan pelayanan kesehatan remaja. Jika diperhatikan tidak ada perbedaan proporsi untuk yang tidak ada untuk UKS 23.1% dan PKPR 29.2%, yang ada di TA 2007 atau 2008 untuk UKS 23.1% dan PKPR 33.3%, yang ada di tahun anggaran 2007 dan 2008 UKS 53.8% dan PKPR 37.5%.

a) Program UKS

Perencanaan dan penganggaran program UKS untuk kesehatan remaja setiap tahun anggaran selalu ada. Program UKS dalam perencanaannya terdiri dari; penjangkaran, pemeriksaan berkala, pelayanan rujukan serta pembinaan yang diutamakan pada persiapan-persiapan perlombaan tingkat lokal ataupun nasional.

b) Program PKPR

Pelayanan kesehatan remaja dengan program PKPR mulai dikembangkan sejak tahun 2003, perencanaan dan penganggaran berupa pelatihan kader, penjangkaran, penyuluhan, pelayanan konseling, dan pembinaan.

5.2.1.2. Aktivitas Monitoring

Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan monitoring pelayanan kesehatan remaja terhadap UKS dan PKPR.

Tabel 5.2
Distribusi Monitoring terhadap UKS dan PKPR pada tahun 2009

Monitoring	UKS N =13	PKPR N =24	<i>P- value</i>
Tidak ada	10 (76.9%)	13 (54.2%)	0,269
Setiap bulan	3 (23.1%)	8 (33.3%)	
Setiap bulan dilaporkan	0 (0%)	3 (12.5%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.269, yang berarti bahwa aktivitas monitoring tidak berbeda bermakna terhadap jenis pelayanan kesehatan.

a) Program UKS

Pada program UKS terdapat 3 (23,1%) yang melakukan aktivitas monitoring keaktifan kader, hal ini disebabkan pembinaan kader sebagai kader kesehatan sekolah lebih diutamakan pada persiapan-perlombaan-perlombaan.

b) Program PKPR

Pada program PKPR terdapat 8 (33,3%) yang melakukan aktivitas monitoring keaktifan kader.

5.2.2. Aktivitas Intervensi

Pada pengambilan data primer untuk intervensi ditemukan kegiatan yang disusun yaitu program UKS terdiri dari aktivitas pelatihan, penyuluhan, penjangkaran, pemeriksaan berkala, dan pembinaan. Untuk program PKPR, aktivitas berupa pelatihan kader, penyuluhan, penjangkaran, pelayanan konseling dan pembinaan.

5.2.2.1. Aktivitas Pelatihan

Aktivitas pelatihan diselenggarakan untuk memberi bekal pengetahuan dan keterampilan kesehatan remaja bagi kader. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan pelatihan kesehatan remaja terhadap UKS dan PKPR.

Tabel 5.3
Distribusi Puskesmas Memberikan Pelatihan/ Pembekalan ilmu KKR
terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Pelatihan/ pembekalan ilmu KKR	UKS N =13	PKPR N =24	<i>P- value</i>
Tidak ada	13 (100%)	4 (16.67%)	0,000
Ada di tahun 2007 atau 2008	0 (0%)	17 (70.83%)	
Ada di tahun 2007 dan 2008	0 (0%)	3 (12.5%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0,000. Hasil analisis hubungan menurut pelatihan/ pembekalan ilmu KKR terhadap UKS dan PKPR bahwa aktivitas pelatihan berpengaruh terhadap jenis intervensi puskesmas. Jika diperhatikan untuk UKS mayoritas tidak memberikan pelatihan 100% sedangkan untuk PKPR mayoritas memberikan pelatihan di tahun 2008.

a) Program UKS

Pada program UKS tidak dilakukan pelatihan tetapi ada upaya pembekalan pengetahuan kader UKS yang dikelompokkan dalam aktivitas pembinaan. Sesuai dengan hasil FGD:

"... petugas kesehatan datang beberapa kali ke sekolah untuk mengajar materi KKR pada kita...waktu diatur aja dengan sekolah biasanya kalo kita-kita gak sibuk.."

b) Program PKPR

Pelatihan pada PKPR dilaksanakan selama 3 hari di sekolah dengan alokasi biaya dalam pelatihan terdiri dari biaya pemeliharaan baik langsung dan tidak langsung, hal ini diperkuat hasil FGD dengan KS:

"... kita dilatih selama 3 hari, dengan persetujuan sekolah.. jadi dalam 3 hari itu kita diajarin bahan PKPR..."

5.2.2.2. Aktivitas Penyuluhan

Aktivitas penyuluhan materi terkait kesehatan remaja oleh petugas puskesmas bagi siswa. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan penyuluhan kesehatan remaja terhadap UKS dan PKPR.

Tabel 5.4
Distribusi Puskesmas Memberikan penyuluhan
terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Pelatihan/ pembekalan ilmu KKR	UKS N=13	PKPR N=24	<i>P- value</i>
Tidak ada	13 (100%)	0 (0%)	0,000
Saat tertentu	0 (0%)	4 (16,7%)	
Rutin ≥ 2 x per tahun	0 (0%)	20(83,3%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0,000. Hasil analisis hubungan menurut penyuluhan oleh petugas terhadap UKS dan PKPR bahwa aktivitas penyuluhan berbeda bermakna terhadap jenis intervensi puskesmas. Jika diperhatikan ada perbedaan proporsi untuk UKS semuanya 100% tidak ada penyuluhan oleh petugas, sedangkan PKPR semuanya ada penyuluhan, hanya penyuluhan yang pada waktu tertentu ada 16.7% dan yang lebih dari dua kali setahun ada 83.3%.

a. Program UKS

Aktivitas ini pada program UKS tidak dilakukan penyuluhan pada siswa.

b. Program PKPR

Aktivitas ini dilaksanakan pada program PKPR berupa penyuluhan ketika Masa Orientasi Siswa (MOS) untuk mengenalkan program PKPR dan materi kesehatan remaja.

5.2.2.3. Aktivitas penjangkaran

Kegiatan ini merupakan pelaksanaan Trias UKS dalam pelayanan kesehatan murid kelas 1. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi*

square bagi UKS dan PKPR adalah hubungan penjarangan kesehatan remaja terhadap UKS dan PKPR.

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Penjarangan oleh Sekolah terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Frekuensi Penjarangan	UKS N=13	PKPR N=24	<i>P-value</i>
Tidak ada	0 (0%)	1 (4.2%)	0,564
2 tahun sekali	0 (0%)	1 (4.2%)	
1 tahun sekali	13 (100%)	22 (91.7%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.564, yang berarti bahwa aktivitas penjarangan tidak berbeda bermakna dengan jenis intervensi pelayanan di program UKS maupun PKPR di sekolah oleh puskesmas. Jika diperhatikan untuk UKS dan PKPR mayoritas melakukan penjarangan di sekolah oleh puskesmas satu kali setahun, untuk UKS 100% dan PKPR 91.7%

a) Program UKS

Aktivitas ini membutuhkan waktu 3 hari dengan 5 tenaga puskesmas (dokter/ dokter gigi, perawat/ perawat gigi, petugas laboratorium, petugas gizi) di tiap sekolah dimana dengan ditemukan kasus dini dapat dirujuk untuk dilakukan pengobatan dini. Dengan penjarangan sebagai cara untuk deteksi dini penemuan kasus, tetapi karena dilakukan setahun sekali dan pemeriksaan pada semua murid kelas satu terlihat tidak efektif dalam penemuan kasus. Rekapitulasi dari penjarangan ditemukan siswa pada tahun 2008 adalah gizi kurang 37, gizi lebih 303 dan Hb < 12 g% 984, ini merupakan kasus yang harus dirujuk tetapi dari hasil penjarangan hanya merujuk sejumlah 8 sehingga aktivitas menjadi inefisien.

Penanganan pada kasus yang ditemukan lebih banyak dilakukan berupa observasi dan pengobatan tanpa melakukan rujukan untuk konsultasi masalah yang lebih penting misalnya mengenai pola makan dll. Pada program UKS tidak ada aktivitas yang khusus ditujukan untuk penemuan kasus.

b) Program PKPR

Pada PKPR, penjarangan juga dilaksanakan setiap tahun, tetapi untuk penemuan kasus selain dengan penjarangan juga dilakukan melalui pemberdayaan konselor sebaya untuk penemuan kasus yang berhubungan dengan perilaku berisiko.

5.2.2.4. Aktivitas pemeriksaan berkala

Kegiatan ini merupakan pelaksanaan Trias UKS dalam pemeriksaan berkala pada murid selain kelas 1. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan pemeriksaan berkala kesehatan remaja terhadap UKS dan PKPR.

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Berkala oleh Sekolah terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Frekuensi Penjarangan	UKS N=13	PKPR N=24	<i>P- value</i>
Tidak ada	0 (100%)	24 (100%)	0,000
1kali/ tahun	11 (84,6%)	0 (0%)	
2 kali/ tahun	2 (15,4%)	0 (0%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.000, yang berarti bahwa aktivitas pemeriksaan berkala berbeda bermakna dengan di program UKS maupun PKPR. Jika diperhatikan ada perbedaan proporsi yang signifikan untuk UKS yang yang satu tahun sekali ada 84.6% dan lebih dari satu kali setahun ada 15.4%. Untuk PKPR semuanya tidak ada pemeriksaan berkala 100%.

a) Program UKS

Aktivitas ini membutuhkan waktu 3 hari dengan 5 tenaga puskesmas (dokter/ dokter gigi, perawat/ perawat gigi, petugas laboratorium, petugas gizi) di tiap sekolah dimana dengan ditemukan kasus dini dapat dirujuk untuk dilakukan pengobatan dini. Dengan penjarangan sebagai cara untuk deteksi dini penemuan kasus, tetapi karena dilakukan setahun sekali dan pemeriksaan pada semua murid kelas satu terlihat tidak efektif dalam penemuan kasus.

Penanganan pada kasus yang ditemukan lebih banyak dilakukan berupa observasi dan pengobatan tanpa melakukan rujukan untuk konsultasi masalah yang lebih penting misalnya mengenai pola makan dll. Pada program UKS tidak ada aktivitas yang khusus ditujukan untuk penemuan kasus.

b) Program PKPR

Pada PKPR, penjangkaran juga dilaksanakan setiap tahun, tetapi untuk penemuan kasus selain dengan penjangkaran juga dilakukan melalui pemberdayaan konselor sebaya untuk penemuan kasus yang berhubungan dengan perilaku berisiko.

5.2.2.5. Aktivitas Konseling

Adalah waktu pelayanan konseling oleh petugas kesehatan bagi siswa untuk membantu remaja menyelesaikan masalah terutama berkaitan dengan perilaku berisiko. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan waktu konseling terhadap UKS dan PKPR

Tabel 5.7

Distribusi Aktivitas Waktu Konseling terhadap UKS dan PKPR pada tahun 2009

Waktu Konseling	UKS N=13	PKPR N=24	<i>P- value</i>
Tidak ada	2 (15.4%)	2 (8.3%)	0,061
Waktu tertentu	11 (84.6%)	14 (58.3%)	
Setiap waktu	0 (0%)	8 (33.3%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.061, yang berarti bahwa jenis intervensi pelayanan tidak berpengaruh terhadap waktu konseling. Jika diperhatikan untuk UKS dan PKPR mayoritas mengadakan konseling pada waktu tertentu saja.

a) Program UKS

Pada program UKS, layanan kesehatan remaja melakukan konseling pada waktu tertentu (84,6%). Konseling yang dilakukan merupakan pelayanan petugas kesehatan dengan penekanan pada masalah fisik.

b) Program PKPR

Pada program PKPR, konseling merupakan layanan yang berbeda dalam menangani masalah yang berkaitan dengan perilaku.

5.2.2.6. Hubungan Frekuensi Pembinaan Kader terhadap UKS dan PKPR

Aktivitas pembinaan dilakukan petugas kesehatan terhadap aspek manajemen dan KIE bagi sekolah, guru dan kader. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan frekuensi pembinaan kader terhadap UKS dan PKPR

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Pembinaan Kader terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Frekuensi Pembinaan Kader	UKS N=13	PKPR N=24	<i>P- value</i>
Tidak ada	2 (15.4%)	1 (4.2%)	0,089
1x setahun	9 (69.2%)	11 (45.8%)	
2x setahun	2 (15.4%)	12 (50%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.089, yang berarti bahwa frekuensi pembinaan kader tidak berbeda bermakna terhadap jenis intervensi pelayanan. Jika diperhatikan untuk program UKS mayoritas satu tahun sekali 69.2% namun yang PKPR yang setahun sekali ada 45.8%. Untuk PKPR mayoritas dua kali setahun ada 50% dan UKS yang dua kali setahun ada 15.4%.

a) Program UKS

Telah diuraikan pada aktivitas pelatihan, dengan program UKS pembekalan materi KKR dilakukan dalam bentuk *FGD* di sekolah. Pada tahun 2008 dilakukan *FGD* sebanyak 3 kali pada puskesmas kriteria 'baik' tetapi pada puskesmas 'kurang' tidak dilaksanakan. Hal ini sesuai dengan hasil *FGD* dengan KKR:

"... petugas kesehatan datang beberapa kali ke sekolah untuk mengajar materi KKR pada kita...waktu diatur aja dengan sekolah biasanya kalo kita-kita gak sibuk.."

Pembinaan untuk pembekalan materi KKR diberikan oleh petugas kesehatan ke sekolah, disamping itu juga mendapat pembekalan-pembekalan materi oleh pengelola program DKK untuk mempersiapkan berbagai perlombaan seperti lomba TP UKS, lomba sekolah sehat dan lomba KKR. Kota Sukabumi dikenal dengan kota juara sehingga pelayanan kesehatan remaja melalui UKS menjadi komitmen pemda setempat untuk mempertahankan prestasi tersebut.

b) Program PKPR

Sedangkan dengan PKPR, pembinaan oleh petugas kesehatan berupa *FGD* di sekolah yang dilakukan sebanyak 24 kali. Pembinaan dari pengelola program di dinas kesehatan kota berupa pertemuan oleh pengelola program dengan guru BK, dan sosialisasi PKPR. Aktivitas ini merupakan upaya dalam meningkatkan partisipasi dan peran PKPR dengan mitra terkait sehingga dukungan akan lebih kuat.

5.2.2.7. Jumlah Sekolah Tingkat Lanjutan yang Dibina terhadap UKS dan PKPR

Adalah jumlah sekolah lanjutan atas/ sederajat yang dibina. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan jumlah sekolah lanjutan yang dibina terhadap UKS dan PKPR

Tabel 5.9

Distribusi Jumlah Sekolah Tingkat Lanjutan yang Dibina pada terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Jumlah Sekolah Tingkat Lanjutan yang Dibina	UKS N=13	PKPR N=24	<i>P-value</i>
Tidak ada	13 (100%)	5 (20.8%)	0,000
Sebagian sekolah	0 (0%)	14 (58.4%)	
Semua sekolah	0 (0%)	5 (20.8%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.000, yang berarti bahwa jenis intervensi pelayanan berpengaruh terhadap jumlah sekolah tingkat lanjutan yang dibina. Jika diperhatikan untuk UKS mayoritas belum ada 100%

sedangkan PKPR mayoritas sudah membina sebagian sekolah lanjutan yang ada 58.3% dan yang sudah membina semua sekolah 20.8%.

5.2.2.8. Jumlah Kader Aktif terhadap UKS dan PKPR

Adalah kader aktif di sekolah yang telah dilatih. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan jumlah kader aktif terhadap UKS dan PKPR

Tabel 5.3

Distribusi Jumlah Kader Aktif terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Jumlah Kader Aktif	UKS N =13	PKPR N =24	<i>P- value</i>
Belum ada	8 (61.5%)	3 (12.5%)	0,004
Kurang dari 10 orang	3(23.1%)	6 (25%)	
Lebih dari 10 orang	2(15.4%)	15 (62.5%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.004, yang berarti bahwa jenis intervensi pelayanan berpengaruh terhadap jumlah kader aktif. Jika diperhatikan untuk UKS mayoritas belum ada kader aktif 61.5% sedangkan PKPR mayoritas sudah ada lebih dari 10 orang 62.5%.

5.2.3. Aktivitas Pasca Intervensi

Aktivitas ini merupakan hasil akhir dari intervensi pelayanan kesehatan remaja..

5.2.3.1. Penyuluhan oleh kader

Adalah penyuluhan kesehatan remaja yang dilakukan oleh kader sebagai motivator dalam kelompoknya pada program UKS dan PKPR. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan penyuluhan oleh kader terhadap UKS dan PKPR.

Tabel 5.11. Distribusi frekuensi penyuluhan oleh kader terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Frekuensi Penyuluhan	UKS N =13	PKPR N =24	<i>P- value</i>
Tidak ada	7(53.8%)	2 (8.3%)	0,005
1x setahun	4 (30.8%)	8 (33.3%)	
2x setahun	2 (15.4%)	14 (58.3%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.005, yang berarti bahwa frekuensi penyuluhan oleh kader berbeda bermakna terhadap jenis intervensi pelayanan. Jika diperhatikan untuk UKS mayoritas tidak ada penyuluhan oleh kader 53.8% dan untuk PKPR mayoritas lebih dari 2 kali setahun penyuluhan oleh kader 58.3%.

a) Program UKS

Aktivitas penyuluhan tidak dilakukan (53,8%) oleh kader kesehatan remaja program UKS di semua puskesmas. Penyuluhan oleh kader ini bertujuan agar kader menjadi motivator untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan siswa agar mampu hidup bersih dan sehat (PHBS), dan mencegah/ deteksi dini kelainan-kelainan fisik, pengobatan sederhana dan merujuk. Tetapi peran kader kurang menekankan pada solidaritas dalam kelompok sebayanya.

b) Program PKPR

Sedangkan konselor sebaya, selain hal tersebut diperluas dengan kemampuan untuk menemukan masalah perilaku pada kelompok sebayanya. Setiap tahun, kader mengadakan penyuluhan bagi kelompoknya di beberapa kegiatan, agar meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perilaku kesehatan siswa.

5.2.3.2. Konseling oleh kader

Adalah layanan konseling oleh kader bagi kebutuhan dalam kelompok sebayanyaan PKPR. Uji statistik memakai metode uji tabulasi silang atau *chi square* bagi UKS dan PKPR adalah hubungan konseling oleh kader terhadap UKS dan PKPR

Tabel 5.12
Distribusi Frekuensi Konseling terhadap UKS dan PKPR tahun 2009

Frekuensi Konseling	UKS N=13	PKPR N=24	<i>P-value</i>
Tidak ada	9 (69.2%)	1 (4.2%)	0,000
Kurang dari 10x setahun	3 (23.1%)	15 (62.5%)	
Lebih dari 10x setahun	1 (7.7%)	8 (33.3%)	
	13 (100%)	24 (100%)	

Dari hasil analisa *Chi-square* didapat nilai *P-value* 0.000, yang berarti bahwa frekuensi konseling berbeda bermakna terhadap jenis intervensi pelayanan. Jika diperhatikan untuk UKS mayoritas tidak melakukan konseling 69.2% dan PKPR mayoritas melakukan konseling namun frekuensinya kurang dari 10 kali setahun 62.5%.

a) Program UKS

Aktivitas konseling pada program UKS sebagian besar (69,2%) tidak melakukan karena belum melaksanakan PKPR. Konseling oleh kader yang dilakukan bukan merupakan tempat 'curhat' seperti pada PKPR

b) Program PKPR

Konseling oleh kader merupakan ciri khas pada PKPR, disamping melakukan tugas KKR jug adapat sebagai tempat 'curhat'. Konselor sebaya sudah dibekali materi dan keterampilan dalam melakukan konseling sederhana. Cara ini merupakan upaya strategis agar kader dapat menemukan kasus untuk merujuk, sehingga remaja dapat terakses dengan puskesmas.

5.3. Perhitungan output

Adalah jumlah rujukan siswa sekolah, dari penjangkaran yang dilakukan dengan dibantu oleh KKR dengan program UKS dan dari hasil layanan konseling oleh KS dengan PKPR.. Cara pengumpulan data sekunder melalui laporan puskesmas di DKK.

5.4. Hasil Analisis Biaya

Biaya intervensi kesehatan remaja berdasarkan biaya investasi, operasional langsung dan tidak langsung serta biaya pemeliharaan langsung dan tidak

langsung yang dilihat per aktivitas pra-intervensi, intervensi sedangkan pasca intervensi (penyuluhan dan konseling oleh kader tidak memerlukan biaya karena aktivitas ini dilakukan oleh kader sekolah)

5.4.1. Perhitungan biaya

Perhitungan biaya dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu:

- 1) Menghitung biaya total dari puskesmas 'baik' dan 'kurang' yang terdiri dari biaya investasi, biaya operasional langsung/ tidak langsung dan biaya pemeliharaan langsung/ tidak langsung.
- 2) Mengalikan masing-masing biaya total dengan jumlah total *output* rujukan
- 3) Ekstrapolasi biaya program UKS dan PKPR di masing-masing kabupaten berdasarkan hasil perhitungan tersebut dan melakukan analisis.

Pengelompokan biaya investasi berupa investasi langsung karena sarana fisik, sarana pelayanan dan sarana komunikasi dihitung berdasarkan biaya yang dikeluarkan oleh puskesmas. Sedangkan biaya operasional langsung/ tidak langsung dan biaya pemeliharaan langsung/ tidak langsung, selain biaya puskesmas juga biaya dari dinas kesehatan kota.

Pengelompokan puskesmas program UKS di kota Sukabumi terdiri dari 2 puskesmas 'baik' dan 11 puskesmas 'kurang', dan dengan PKPR di kota Bogor terdiri dari 6 puskesmas 'baik' dan 18 puskesmas 'kurang'.

5.4.2. Pengelompokan Biaya Berdasarkan Struktur Biaya dan Aktivitas

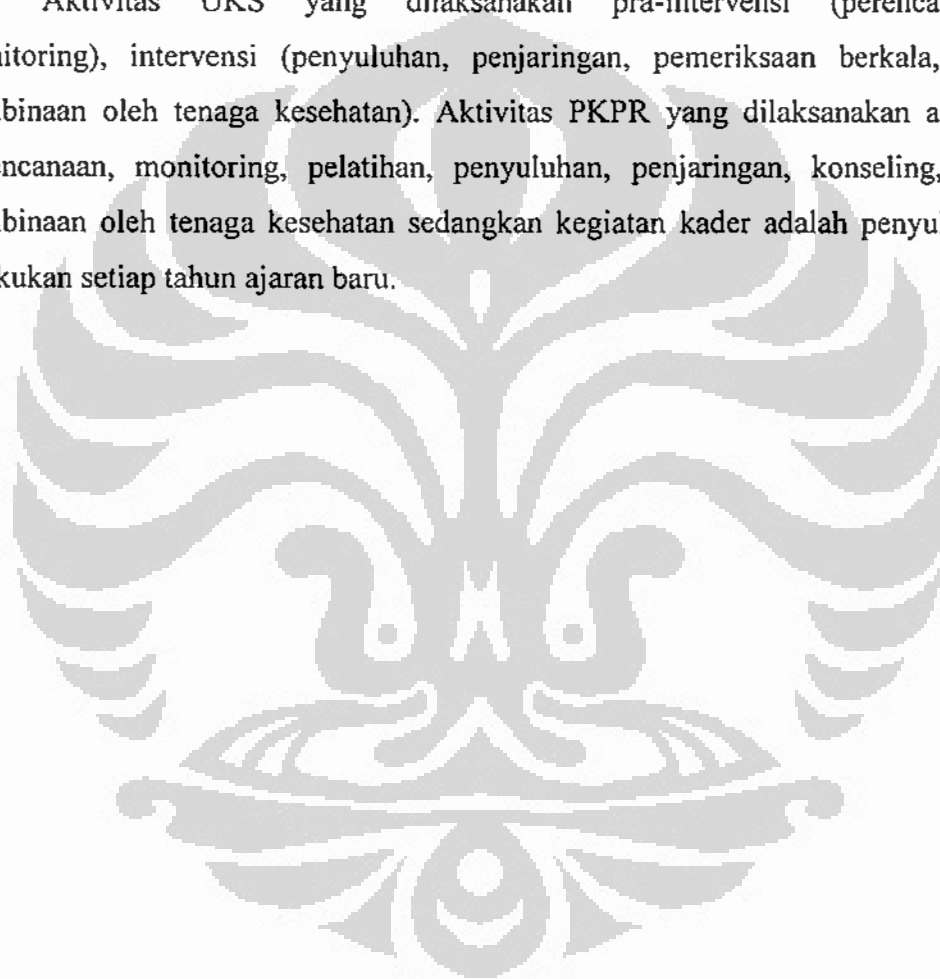
Pengelompokan ini berdasar struktur biaya yaitu investasi, operasional dan pemeliharaan, sedangkan aktivitas sesuai dengan yang tercantum pada kerangka konsep.

5.4.2.1. Biaya Investasi

Perhitungan biaya investasi yang disetahunkan menggunakan rumus *Annualized Investment Cost (AIC)* untuk mendapatkan biaya tahun 2008 dengan melihat biaya saat pembelian, tahun pembelian, laju inflasi yang berfluktuasi maka diambil rata-rata selama 5 tahun terakhir berdasarkan data Biro Pusat

Statistik yaitu 8,64 % dan perkiraan masa manfaat barang sesuai dengan standar akutansi keuangan 2007, dimana untuk alat kantor dan meubeler, komputer adalah 5 tahun. Ruangan dihitung berdasarkan nilai sewa ruang 3x4 m (12m²) untuk ruang pendaftaran/pelayanan/konseling yaitu Rp 500.000,-/bulan (tahun 2008) karena tidak ditemukan data pembangunan gedung puskesmas dikedua kota penelitian dan diasumsikan nilainya sama karena letaknya berdekatan dan di wilayah Jawa Barat.

Aktivitas UKS yang dilaksanakan pra-intervensi (perencanaan, monitoring), intervensi (penyuluhan, penjangingan, pemeriksaan berkala, dan pembinaan oleh tenaga kesehatan). Aktivitas PKPR yang dilaksanakan adalah perencanaan, monitoring, pelatihan, penyuluhan, penjangingan, konseling, dan pembinaan oleh tenaga kesehatan sedangkan kegiatan kader adalah penyuluhan dilakukan setiap tahun ajaran baru.



Hasil perhitungan biaya investasi UKS dan PKPR adalah sebagai berikut:

Tabel 5.13
Biaya investasi/satuan *output* pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008

No	Aktivitas	Biaya Investasi Langsung (Rp)			
		UKS		PKPR	
		Ruangan	Sarana pelayanan/komunikasi	Ruangan	Sarana pelayanan/komunikasi
1	Perencanaan	1.086.976	0	10.990 (10%)	0
2	Pelatihan	0	0	0	900 (10%)
3	Penyuluhan	0	0	0	900 (10%)
4	Penjaringan	0	41.887 (35%)	0	2.249 (25%)
5	Pemeriksaan berkala	0	53.855 (45%)	0	0
6	Pemeriksaan/ Konseling	0	11.968 (10%)	65.941 (60%)	3.598 (40%)
7	Penyuluhan kader	0	11.968 (10%)	0	450 (5%)
8	Konseling kader	0	0	32.970 (30%)	900 (10%)
	Total pemanfaatan	1.086.976 (10%)	119.677 (100%)	109.901 (100%)	8.997 (100%)
	Sub Total	1.086.976 (10%)	119.677 (100%)	109.901 (100%)	8.997 (100%)
	Total	10.989.437		118.898	

Komponen biaya investasi pada pemberdayaan kader kesehatan remaja (KKR) dengan program UKS meliputi pemanfaatan ruang pelayanan, sarana pelayanan dan sarana komunikasi.

a) Perencanaan

Program UKS tidak memanfaatkan ruang yang ada di puskesmas untuk pelayanan kesehatan remaja secara khusus hanya dipergunakan dalam aktivitas pra-intervensi yaitu penyusunan perencanaan pelayanan kesehatan

remaja sebesar Rp 1.086.976,- (10% dari total biaya UKS) Pemanfaatan sarana pelayanan dan komunikasi tidak menggunakan biaya.

Program PKPR, pemanfaatan ruangan sebesar Rp 10.990 (10% dari total biaya PKPR), sedangkan sarana pelayanan dan komunikasi tidak ada alokasi biaya Rp 0,-

b) Monitoring

Aktivitas ini tidak memanfaatkan biaya investasi (ruangan, sarana pelayanan/komunikasi) baik program UKS maupun PKPR

c) Pelatihan

Program UKS tidak memanfaatkan biaya investasi untuk pelatihan

Program PKPR memanfaatkan sarana pelayanan/komunikasi untuk pelatihan sebesar Rp 900,- (10% dari total biaya UKS)

d) Penyuluhan

Program UKS tidak memanfaatkan biaya investasi untuk penyuluhan

Program PKPR memanfaatkan sarana pelayanan/komunikasi untuk penyuluhan sebesar Rp 900,- (10% dari total biaya PKPR)

e) Penjaringan

Program UKS, memanfaatkan sarana pelayanan (UKS *kit*) dan komunikasi sebesar Rp 41.887,- (35%), pemeriksaan di BP Rp 11.968,-(45% dari total biaya UKS)

Program PKPR memanfaatkan sarana pelayanan/komunikasi untuk penjaringan sebesar Rp 2.249,- (25% dari total biaya PKPR)

f) Pemeriksaan Berkala

Program UKS, memanfaatkan sarana pelayanan (UKS *kit*) dan komunikasi sebesar Rp 53.855,-(45% dari total biaya UKS),

Program PKPR memanfaatkan sarana pelayanan/komunikasi untuk pemeriksaan berkala karena tidak melakukan pemeriksaan berkala

g) Konseling

Program UKS tidak memanfaatkan ruangan untuk konseling tetapi ada pemanfaatan

ruangan sebagai ruang pemeriksaan di BP Rp 11.968,-(45% dari total biaya UKS)

Program PKPR memanfaatkan ruangan sebesar Rp 65.941,- (60% dari total biaya PKPR)

h) Pembinaan

Program UKS dan PKPR tidak memanfaatkan ruangan untuk pembinaan karena dilakukan di sekolah

5.4.2.2. Biaya Operasional

Biaya operasional terdiri dari biaya langsung dan tidak langsung.

- a. Biaya operasional langsung adalah gaji petugas, transpor petugas, ATK (termasuk pulsa *hp*) di tiap tahapan aktivitas pelayanan kesehatan remaja yaitu pra-intervensi (perencanaan, monitoring), intervensi (pelatihan kader, penyuluhan, penjangkauan/ pemeriksaan berkala, pelayanan rujukan/konseling) dan pasca-intervensi (penyuluhan oleh kader dan konseling oleh kader) tidak ada biaya karena dilakukan oleh kader. Perhitungan gaji berdasarkan, hari pelaksanaan di masing-masing Dengan hasil perhitungan di atas terlihat biaya investasi/satuan *output* PKPR lebih rendah dibandingkan program UKS aktivitas dan asumsi 30% gaji petugas untuk pelayanan konseling pada PKPR.

Tabel 5.14. Biaya operasional langsung/satuan *output* pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008

	Aktivitas	Biaya Operasional langsung (Rp)					
		UKS			PKPR		
		Gaji	Transpor	ATK	Gaji	Transpor	ATK
1	Perencanaan	4.533.789	468.750	468.750	57.081	5.902	2.416
2	Monitoring	13.441.759	2.762.500	1.401.250	160.541	16.598	16.598
3	Penyuluhan	0	0	0	35.676	1.844	369
4	Penjaringan	67.273.622	6.600.000	2.530.000	294.238	27.664	5.533
5	Pemeriksaan berkala	66.475.911	6.325.000	1.290.000	0	0	0
6	Konseling	0	0	0	1.541.191	0	265.574 (pulsa)
7	Pembinaan	145.081	15.000	15.000	428.109	24.344	4.426
	Sub total	151.870.162	16.171.250	5.705.000	2.516.836	76.352	294.916
	Total	173.746.412			2.888.104		

a.1) Komponen biaya pada biaya pemberdayaan kader kesehatan remaja (KKR) dengan program UKS meliputi program UKS sebesar Rp 173.746.412,-. Yang terdiri dari:

Aktivitas Praintervensi

- a) Perencanaan pelayanan kesehatan remaja sebesar Rp 5.471.289,- (3% dari total biaya UKS), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas. Proporsi yang kecil ini berkaitan dengan alasan bahwa kegiatan ini tidak masuk dalam Standar pelayanan Minimal sehingga belum dilaksanakan sesuai pedoman, seperti hasil wawancara dengan kasubdin Yankes DKK Sukabumi:

"terlalu banyak program yang harus dilaksanakan di puskesmas .. sasaran kelompok remaja melalui PKPR tidak tertuang dalam SPM, untuk program yang ada dalam SPM sudah sangat menyibukkan sehingga alokasi danapun sulit untuk menjadi prioritas ..."

- b) Monitoring Rp 17.605.509,- (10% dari total biaya UKS) perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas

Aktivitas Intervensi

- a) Penyuluhan Rp 0,- karena tidak dilakukan penyuluhan oleh tenaga kesehatan,
 b) Penjaringan Rp 76.403.622,- (44% dari total biaya UKS), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas
 c) Pemeriksaan berkala Rp 74.090.911,-(43% dari total biaya UKS), pemeriksaan di BP Rp 0,- karena tidak ada layanan rujukan dari sekolah
 d) Konseling tidak dilakukan, hal ini tidak sesuai dengan harapan kader, seperti pada *FGD*:

'.. tempat dimana aja, bisa di sekolah atau puskesmas tapi ada tempat khusus dan ada dokter yang ngerti masalah dan bisa bantu menyelesaikan..'

- e) Pembinaan sebesar Rp 175.081,- ,(0,10% dari total biaya UKS), yang dialokasikan oleh petugas puskesmas untuk membekali kader, hal ini sesuai dengan hasil *FGD* dengan KKR:

"... petugas kesehatan datang beberapa kali ke sekolah untuk mengajar materi KKR pada kita...waktu diatur aja dengan sekolah biasanya kalo kita-kita gak sibuk.."

Aktivitas pascaintervensi

- a) Penyuluhan oleh kader juga Rp 0,- karena dilakukan oleh kader kesehatan remaja. (KKR).

b) Konseling oleh kader juga Rp 0,- karena dilakukan oleh kader kesehatan remaja. (KKR).

a.2) Komponen biaya pada biaya pemberdayaan konselor sebaya (KS) dengan PKPR sebesar Rp 2.888.104,-

Aktivitas Pra-intervensi

- a) Perencanaan pelayanan kesehatan remaja sebesar Rp 65.399,- (2% dari total biaya PKPR), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas.
- b) Monitoring Rp 193.737,- (7% dari total biaya PKPR), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas

Aktivitas intervensi

- c) Penyuluhan Rp 37.889,0,- (1% dari total biaya PKPR), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas
- d) Penjaringan Rp 327.434,- (11% dari total biaya PKPR), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas
- e) Pemeriksaan berkala Rp 0,- karena tidak dilakukan,
- f) Pelayanan konseling di ruang PKPR Rp 1.806.765,- (63% dari total biaya PKPR), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas. Alokasi konseling berupa gaji petugas yang diasumsikan 30% untuk layanan konseling dan penggantian pulsa. Konseling di ruang PKPR merupakan tempat yang diminati remaja seperti pada hasil *FGD*:

".. enak punya ruang ini puskesmas, tempatnya dingin .. bebas untuk ngobrol-ngobrol dan bisa nyelesaikan tugas-tugas ..", "... kalo ada temen yang mau "curhat" gak malu-malu, lagian ada alat peragu disini .."

Layanan konseling di dalam ruang khusus remaja dan dilayani oleh tenaga profesional merupakan daya tarik dalam menangani kesehatan remaja, dan efisien untuk mengakses remaja dalam meningkatkan penemuan kasus, seperti pada hasil *FGD*:

"... kalo kita mau diskusi atau ada temen yang mau 'curhat' gak malu-malu, lagian ada alat peraga disini ..kalo gak bisa nolong masalah temen bisa tanya dokter disini ..."

g) Pembinaan Rp 456.879,- (16% dari total biaya PKPR)

Aktivitas pascaintervensi

Konseling oleh kader juga Rp 0,- perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas karena dilakukan oleh konselor sebaya (KS). Peran KS merupakan strategi DKK Bogor agar remaja tetap dapat terakses dengan petugas kesehatan, sesuai dengan hasil wawancara:

" ..konseling oleh konselor sebaya merupakan upaya keberhasilan puskesmas dalam membina remaja, bila konseling masih ada berarti remaja terakses oleh petugas kesehatan .."

b) Biaya operasional tidak langsung:

Biaya operasional tidak langsung adalah ATK, honor dan perjalanan dinas yang dilakukan oleh pengelola program kesehatan remaja di DKK.

Tabel 5.15. Biaya operasional tidak langsung pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008

No	Aktivitas	Biaya operasional tidak langsung (Rp)					
		UKS			PKPR		
		ATK	Honor	Perjalanan Dinas	ATK	Honor	Perjalanan Dinas
1	Penjaringan	0	58.047	744.766			2.369
2	Pembinaan	287.391	1.243.125	24.375	925	8.079	0
	Sub total	287.391	1.301.172	769.141	925	8.079	2.369
	TOTAL		2.357.704			11.373	

b.1) Komponen biaya operasional tidak langsung pada program UKS sebesar Rp 2.357.704,-.

Aktivitas Pra Intervensi

Tidak ada pada aktivitas praintervensi yaitu perencanaan dan monitoring pelayanan kesehatan remaja dan pasca intervensi.

Aktivitas intervensi

- a) Penjaringan Rp 802.813,- (34% dari total biaya UKS), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas
- b) Pembinaan sebesar Rp 1.554.891,- (66% dari total biaya UKS), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas.

b.2) Komponen biaya operasional tidak langsung pada biaya program PKPR sebesar Rp 11.373,-.

Aktivitas Pra Intervensi

Tidak ada pada aktivitas praintervensi yaitu perencanaan dan monitoring pelayanan kesehatan remaja dan pasca intervensi.

Aktivitas pascaintervensi

- a) Penjaringan sebesar Rp 2.369,- (21% dari total biaya PKPR), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas
- b) Pembinaan sebesar Rp 9.004 (79% dari total biaya PKPR), perhitungan ini berdasarkan pengamatan data dan keterangan dari petugas puskesmas

c. Total Biaya Operasional

Merupakan hasil penjumlahan biaya operasional langsung dan tidak langsung

Tabel 5.16. Biaya operasional langsung/ satuan *output* dan tidak langsung/ satuan *output* pelayanan kesehatan remaja dengan UKS dan PKPR tahun 2008

NO	Intervensi	Biaya operasional (Rp)		
		Biaya Langsung	Biaya Tidak langsung	Total
1	UKS	173.746.4	2.357.704	176.104.116
		12		
2	PKPR	2.888.104	11.373	2.899.477

5.3.2.3. Biaya Pemeliharaan

Biaya pemeliharaan terdiri dari pemeliharaan langsung dan tidak langsung. Biaya pemeliharaan langsung, pada UKS dan PKPR meliputi biaya pemeliharaan ruangan yang dihitung pembelian-pembelian bahan berdasarkan kwitansi, dan biaya pemeliharaan dalam aktivitas pelatihan kader yang dihitung transpor, gaji, dan lain bagi petugas puskesmas.

Tabel 5.17. Biaya pemeliharaan langsung dan tidak langsung/ satuan *output* pelayanan kesehatan remaja Dengan UKS dan PKPR tahun 2008

	Aktivitas	Biaya Pemeliharaan (Rp)									
		Biaya Langsung								Biaya tidak langsung	
		UKS				PKPR				PKPR	
		Ruang	Pelatihan kader			Ruang	Pelatihan kader			Pelatihan kader	
trans	gaji		lain	transp	gaji		lain	ATK	honor		
1	Pelatihan	3.648	0	0	0	3.648	4.841	10.713	57.172	1.932	13.115
	Total	Rp 3.648,-				Rp 76.364,-				15.047	

Dari tabel 5.5, terlihat biaya pemeliharaan ruangan di kedua kota sama sebesar Rp 3.648, tetapi biaya dalam mempertahankan kualitas kader dalam aktivitas pelatihan PKPR sebesar Rp 72.716,- (90,9%) dari biaya total pemeliharaan langsung Rp 76.364,-. Biaya tidak langsung/ satuan *output*, dialokasikan pada PKPR berupa honor fasilitator untuk pelatihan konselor sebaya dan dokter, perawat dan guru BK sebesar Rp 13.115,- dan ATK sebesar Rp 1.932,- dari DKK. Hal ini menggambarkan keseriusan kota Bogor dalam meningkatkan pemberdayaan masyarakat dan menjaga kualitas sumber daya manusia, hal ini diperkuat hasil *FGD* dengan KS:

"... kita dilatih selama 3 hari, dengan persetujuan sekolah.. jadi dalam 3 hari itu kita diajarin bahan PKPR..."

Biaya pemeliharaan tidak langsung, meliputi biaya ATK, honor dan perjalanan dinas yang dilakukan oleh pengelola program kesehatan remaja DKK untuk setiap aktivitas. Dari tabel 5.5. terlihat pada program UKS tidak ada alokasi dana untuk pemeliharaan pelayanan kesehatan remaja, berbeda dengan PKPR untuk mempertahankan kualitas dan kompetensi tenaga kesehatan dalam pelayanan

dilaksanakan pelatihan dengan alokasi ATK sebesar Rp 1.932,- dan honor fasilitator Rp 13.115,-.

5.4.3. Proporsi Alokasi biaya dengan UKS dan PKPR

Berdasarkan perhitungan analisis biaya, diperoleh masing-masing biaya berdasarkan proporsi biaya per satuan *output* adalah sebagai berikut:

Tabel 5.18
Proporsi Biaya per Satuan *Output* Pelayanan Kesehatan Remaja Dengan Program UKS dan PKPR

Aktivitas	Biaya		
	Investasi (%)	Operasional (%)	Pemeliharaan (%)
UKS	5.9	94	0.1
PKPR	3.8	93	3,2

Hasil perhitungan biaya investasi, operasional dan pemeliharaan di kedua intervensi menunjukkan bahwa proporsi masing-masing adalah sebagai berikut:

1. Biaya investasi:
Pada program UKS 5,9% lebih besar dibandingkan dengan program PKPR (3,8%)
2. Biaya Operasional:
Pada program UKS (94%) berimbang dengan program PKPR (93%)
3. Biaya Pemeliharaan:
Pada program UKS (0,1%) lebih kecil dibandingkan dengan program PKPR (3,2%)
Pada UKS
Pada PKPR, komitmen Dinas Kesehatan Kota baik untuk meningkatkan program kesehatan remaja, sesuai dengan hasil wawancara dengan kasubdin Kesehatan Keluarga kota Bogor:

"pelayanan kesehatan remaja yang sudah lama dilakukan melalui UKS, sasaran remaja dalam sekolah merupakan bagian dari PKPR, ... UKS belum dianggap berjalan sebelum puskesmas mengembangkan PKPR"

5.4.4. Biaya per satuan *output*:

Untuk menghitung biaya per satuan *output* adalah dengan menjumlahkan seluruh biaya aktivitas (investasi, operasional dan pemeliharaan) dibagi dengan *output* berupa rujukan oleh kader pada masing-masing program UKS dan PKPR.

Tabel 5.19
Biaya per Satuan *Output* Pelayanan Kesehatan Remaja Dengan Program UKS dan PKPR

Variabel	Biaya Investasi (Rp)	Biaya Operasional (Rp)	Biaya Pemeliharaan (Rp)	Total (Rp)
UKS	173.746.412	176.104.116	3.648,-	349.854.176
PKPR	2.888.104	2.899.477	91.411	5.878.992

Biaya per satuan *output* PKPR sebesar Rp 5.878.992,- lebih kecil (59,5 kali) dibandingkan dengan UKS sebesar Rp 349.854.176,-

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam mengkomparasi efisiensi biaya antara intervensi pelayanan kesehatan remaja melalui UKS dan PKPR, ada beberapa pembatasan yaitu:

- Alokasi anggaran yang tertuang dalam DPA-SKPD tidak sesuai seluruhnya dilaksanakan, ada mata anggaran yang dilaksanakan di puskesmas yang disesuaikan dengan kondisi setempat.
- Diperlukan waktu yang cukup lama untuk mengumpulkan bukti-bukti pengeluaran biaya sehingga diperoleh data yang tepat, hal inipun masih belum mendapatkan seluruh bukti pengeluaran biaya.
- Dalam penelitian ini tidak termasuk menghitung biaya yang digunakan oleh petugas dari Departemen Kesehatan Pusat dan Dinas Kesehatan Provinsi untuk membina UKS dan PKPR, karena sifat pembinaannya hanya sampai tingkat Dinas Kabupaten/Kota tidak sampai kepada puskesmas.
- Tidak menghitung biaya dari sektor terkait seperti Departemen Pendidikan baik dari Pusat maupun sampai sekolah di Kabupaten/Kota.

6.2. Aktivitas Pra-Intervensi

6.2.1. Aktivitas perencanaan

Dari hasil uji statistik kedua jenis metode pelayanan kesehatan remaja tidak berbeda bermakna ($p= 0,627$) yang berarti keaktifan untuk membuat perencanaan seimbang antara UKS dan PKPR. Dengan demikian bahwa antara Kota Sukabumi dan Kota Bogor sama-sama berkomitmen untuk membuat kegiatan pelayanan kesehatan remaja untuk mencapai hasil yang terbaik.

6.2.2. Aktivitas Monitoring

Dari hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatan remaja tidak berbeda bermakna dengan hasil ($p= 0,269$) yang berarti keaktifan untuk melakukan monitoring seimbang antara UKS dan PKPR. Dengan demikian

bahwa antara Kota Sukabumi dan Kota Bogor sama-sama menganggap pengawasan sebagai kegiatan yang penting.

6.3. Aktivitas Intervensi

6.3.1 Aktivitas Pelatihan

Pada kegiatan pelatihan hasil uji statistik kedua metode pelayanan ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,000$) yang berarti bahwa keaktifan untuk melakukan pelatihan tidak sama. Untuk program UKS ternyata tidak melakukan pelatihan secara formal akan tetapi berupa bimbingan teknis pembekalan materi kesehatan remaja. Hal ini diyakini oleh Kota Sukabumi sebagai upaya yang paling mudah dan hasilnya maksimal.

Untuk program PKPR ternyata pelatihan dilakukan secara formal diselenggarakan menggunakan modul pelatihan yang sudah baku. Kota Bogor memahami bahwa pelatihan merupakan bentuk intervensi yang dapat merubah karakter dan perilaku untuk keterampilan hidup sehat.

6.3.2 Aktivitas Penyuluhan

Pada kegiatan penyuluhan hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatan remaja ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,000$) yang berarti bahwa keaktifan petugas melakukan penyuluhan tidak sama. Untuk program UKS seluruh puskesmas (yang berjumlah 13 buah) ternyata tidak melakukan penyuluhan. Kota Sukabumi mempunyai kebijakan bahwa pemberian materi kesehatan sudah cukup melalui pembinaan. Sedangkan untuk program PKPR penyuluhan dilakukan secara periodik oleh seluruh puskesmas (yang berjumlah 24 buah), terutama pada Masa Orientasi Siswa (MOS). Kota Bogor mempunyai kebijakan penyuluhan ini penting sebagai kegiatan tersendiri.

6.3.3. Aktivitas Penjaringan

Pada kegiatan penjaringan hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatann remaja tidak ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,564$) yang

berarti bahwa keaktifan petugas yang dibantu siswa untuk menemukan kasus dan termasuk melakukan rujukan adalah sama. Untuk program UKS di Kota Sukabumi petugas dibantu kader (KKR) melakukan pemeriksaan dan pengobatan serta bila perlu merujuk kasus yang tidak tertangani. Di Kota Sukabumi hasil pemeriksaan dan rujukan lebih kearah penyakit bersifat fisik.

Untuk program PKPR di Kota Bogor petugas melakukan pemeriksaan dan pengobatan kasus yang bersifat kelainan fisik. Kader konselor sebaya membantu penemuan kasus selain penjangingan juga melalui peran sebagai konselor sebaya untuk menemukan kasus fisik maupun masalah perilaku berisiko dan merujuk ke puskesmas.

6.3.4. Pemeriksaan Berkala

Pada kegiatan pemeriksaan berkala hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatan remaja ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,000$) yang berarti bahwa keaktifan petugas melakukan pemeriksaan kesehatan pada siswa selain kelas I untuk menemukan kasus dan termasuk melakukan rujukan adalah tidak sama. Pada program UKS di Kota Sukabumi kegiatan ini berjalan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan. Kebijakan di Kota Sukabumi mengangga pemeriksaan berkala sebagai lanjutan dari penjangingan terutama untuk kasus-kasus yang menjadi kronis.

Sedangkan pada program PKPR di Kota Bogor penemuan kasus dan rujukan baik yang fisik maupun perilaku berisiko selanjutnya melalui peran siswa konselor sebaya sebagai tempat konseling "curhat".

6.3.5. Aktivitas Konseling

Pada kegiatan konseling oleh petugas dari hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatan remaja ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,000$) yang berarti bahwa keaktifan petugas melakukan konseling adalah tidak sama. Pada Program UKS di Kota Sukabumi ternyata tidak ada kegiatan konseling yang dilakukan oleh petugas. Kebijakan daerah Kota Sukabumi konseling oleh petugas bukanlah pilihan yang tepat untuk meningkatkan prestasi siswa dalam kegiatan ekstrakurikuler UKS untuk mencapai juara di tingkat nasional.

Sedangkan pada program PKPR di Kota Bogor kegiatan ekstrakurikuler konseling kesehatan oleh petugas menjadi pilihan yang tepat, karena sangat efektif untuk menyelesaikan masalah remaja terutama yang berperilaku berisiko.

6.3.6. Aktivitas Pembinaan

Pada kegiatan pembinaan dari hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatan remaja tidak ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,089$) yang berarti keaktifan kegiatan pembinaan dapat dikatakan sama. Pada program UKS di Kota Sukabumi mempersiapkan petugas dan kader dalam perlombaan baik tingkat lokal maupun nasional. Sedangkan pada program PKPR kegiatan pembinaan lebih ditujukan pada peran serta sektor terkait, seperti; koselor sebaya, guru BK dan pihak lain terkait.

6.4. Aktivitas Pasca Intervensi

6.4.1. Aktivitas Penyuluhan oleh kader

Pada kegiatan pembinaan dari hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatan remaja ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,005$) yang berarti keaktifan kegiatan pembinaan dapat dikatakan berbeda. Kegiatan ini merupakan peran pemberdayaan yang diharapkan untuk seorang kader menjadi motivator dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk mengenal gejala penyakit, pengobatan sederhana dan melakukan rujukan. Pada program UKS penyuluhan ini menjadi penting sebagai pilihan kebijakan di Kota Sukabumi karena dapat mendeteksi secara efektif penyakit fisik baik akut maupun kronis. Pada program PKPR di kota Bogor juga dilakukan penyuluhan oleh kader namun peran tersebut diperkuat dengan penemuan kasus perilaku

6.4.2. Aktivitas Konseling oleh Kader

Pada kegiatan pembinaan dari hasil uji statistik kedua metode pelayanan kesehatan remaja ada perbedaan bermakna dengan nilai ($p=0,000$) yang berarti keaktifan kegiatan pembinaan dapat dikatakan berbeda. Konseling merupakan aktivitas pemberdayaan siswa sebagai tempat 'curhat' sekaligus untuk penemuan kasus perilaku dalam kelompok sebaya. Pada program UKS aktivitas ini bukan

suatu kebijakan yang dipilih karena lebih diprioritaskan pada keterampilan untuk mengikuti perlombaan yang kriteria penilaian terdiri dari pendidikan, pelayanan kesehatan dan kebersihan lingkungan sekolah. Pada program PKPR aktivitas ini merupakan kegiatan utama yang menjadi ciri program yaitu menjadi tempat konseling dan teman 'curhat' bagi kelompok sebayanya sehingga dapat ditemukan kasus perilaku berisiko yang menjadi *trend* di kalangan remaja.

6.5 Perhitungan *Output*

Dalam menghitung *output* rujukan dengan program UKS dilihat berdasarkan hasil penjangkaran karena ini merupakan aktivitas yang melibatkan kader kesehatan remaja, tugas kader sebagai motivator dalam perilaku hidup sehat termasuk mengenali beberapa penyakit dan tindaklanjutnya. Rekapitulasi Penjangkaran Kesehatan Anak di Sekolah adalah status gizi, status Hb, tes kesegaran jasmani dan pemeriksaan kesehatan untuk 10 penyakit yang ditemukan yaitu penyakit gigi mulut, penyakit infeksi saluran pernafasan, penyakit sistim syaraf & anggota gerak, penyakit kulit & kelamin, penyakit THT, anemia gizi, penyakit mata, penyakit diare/gastritis, penyakit kardiovaskuler, dan penyakit kecacangan. Tindaklanjut penjangkaran adalah dilakukan observasi, pengobatan, rujuk ke spesialis dan rehabilitasi. Sehingga dengan rangkaian aktivitas UKS, KKR dapat membantu petugas kesehatan melalui penjangkaran dapat menemukan kasus dan melakukan rujukan. Melihat dari hasil penjangkaran DKK Sukabumi dari 5 siswa diperiksa, ditemukan siswa dengan gizi kurang 37, gizi lebih 303 dan Hb < 12 g% 984, ini merupakan kasus yang harus dirujuk tetapi dari hasil penjangkaran hanya merujuk sejumlah 8 siswa. Sedangkan rujukan PKPR dilihat berdasarkan hasil penemuan kasus yang berasal dari konselor sebaya, karena ini merupakan aktivitas yang melibatkan kader sebagai konselor sebaya. Dari laporan PKPR pada tahun 2008 dicapai jumlah rujukan *peer counselor* 1.952 kasus. Rujukan kader merupakan upaya strategis agar remaja terakses dengan pelayanan kesehatan di puskesmas

6.5. Analisis Biaya

Dalam analisa biaya semua struktur biaya dibandingkan diantara kedua metode pelayanan kesehatan remaja dengan menggunakan biaya per satuan out put.

6.5.1. Biaya Investasi

Biaya investasi per satuan out put dari kedua metode pelayanan kesehatan remaja jauh berbeda sampai 92 kali. Biaya investasi hanya menghitung biaya langsung karena adanya ruangan berdasarkan sewa, sarana pelayanan dan komunikasi diadakan oleh puskesmas.

Pada program UKS (Rp.10.989.437,-) pemanfaatan ruang pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas tidak dimanfaatkan secara optimal, karena hampir semua aktifitas dilaksanakann di luar gedung puskesmas. Sarana pelayanan dimanfaatkan hanya untuk penjangingan, pemeriksaan dan penyuluhan oleh kader

Sedangkan pada program PKPR (Rp.118.898,-) pemanfaatan ruangan cukup efektif karena berfungsi sebagai konseling baik oleh petugas maupun kader serta digunakan sebagai tempat berkumpul peer konselor. Pemanfaatan sarana dan komunikasi untuk semua aktifitas seperti; pelatihan, penyuluhan, penjangingan, layanan konseling dan penyuluhan/konseling baik oleh petugas maupun kader.

Dengan demikian terjadi inefisiensi 92,4 kali pemanfaat oleh program UKS dibanding PKPR karena out put UKS jauh lebih sedikit dibanding PKPR.

6.5.2. Biaya Operasional

Analisa biaya operasional dibagi menjadi biaya langsung dan tidak langsung. Yang dimaksud biaya langsung karena dana berasal dari Puskesmas. Sedangkan biayya tidak langsung karena dana berasal dari Dinas Kesehatan Kota. Pada program UKS biaya langsung per satuan out put (Rp.173.746.412,-) digunakan untuk kegiatan Perencanaan (2,9%), Monitoring (19%), penjangingan (44%), pemeriksaan berkala (43%) dan pembinaan (0,1%). Hal ini menunjukkan bahwa alokasi tertinggi lebih banyak pada penjangingan dan pemeriksaan berkala. Sebenarnya proporsi ini menunjukkan cara alokasi yang sudah baik, tetapi menjadi

tidak efisien karena aktivitas disini yang menunjukkan hasil atau out put yang besar.

Sedangkan pada program PKPR biaya langsung per satuan out put (Rp.3.888.104,-) digunakan untuk kegiatan Perencanaan (2%), Monitoring (7%), penjangingan (11%), penyuluhan (1%), konseling (63%) dan pembinaan (16%). Dari perhitungan di atas, alokasi dana tertinggi pada konseling, yang terbukti menyebabkan hasil atau output yang besar.

Dengan demikian aktifitas PKPR ini dapat dinyatakan sebagai yang lebih efisien 60,2 kali dibanding dengan UKS.

Pada Program UKS biaya operasional tidak langsung per satuan out put sebesar (Rp.2.357.704,-) yang digunakan untuk Penjangingan (34%) dan Pembinaan (66%). Dari perhitungan ini tertinggi pada kegiatan pembinaan yang sebenarnya merupakan alokasi yang baik untuk sebuah kegiatan manajemen. Sedangkan program PKPR biaya operasional tidak langsung per satuan out put sebesar (Rp.11.373,-) yang digunakan untuk Penjangingan (21%) dan Pembinaan (79%). Dari perhitungan proporsi ini tertinggi pada pembinaan, hal ini juga merupakan alokasi yang baik untuk kegiatan secara manajemen.

Dengan demikian karena perbedaan output yang besar aktifitas program PKPR akan juga menjadi lebih efisien 207 kali dibanding UKS.

6.5.3. Biaya Pemeliharaan

Biaya pemeliharaan terbagi menjadi biaya langsung dan tidak langsung. Yang dimaksud biaya pemeliharaan langsung adalah untuk pemeliharaan ruangan yang berasal dari puskesmas. Yang dimaksud biaya pemeliharaan tidak langsung adalah alokasi anggaran berasal dari Dinas Kesehatan Kota.

Pada program UKS biaya pemeliharaan langsung sebesar (Rp.3.648,-) untuk ruangan (100%). Pada program PKPR biaya pemeliharaan langsung sebesar (Rp.76.364,-) untuk ruangan (4,7%) dan pelatihan kader (95,3%) Pada program UKS biaya pemeliharaan tidak langsung tidak ada. Pada program PKPR biaya pemeliharaan tidak langsung sebesar (Rp.15.047,-) untuk pelatihan kader (100%) Dengan demikian dalam perhitungan ini program UKS lebih efisien 25 kali dibanding dengan PKPR.

6.6 Analisis Efisiensi Biaya

Untuk mendapatkan perhitungan hasil efisiensi biaya dimulai dengan perhitungan total biaya seluruh kegiatan program pelayanan kesehatan remaja pada masing-masing intervensi. Kemudian hasil masing-masing total biaya di bagi dengan out put nya.

6.6.1. Biaya Satuan

Untuk menghitung biaya satuan maka dilakukan penjumlahan struktur biaya setiap intervensi dibagi dengan out put nya..

Program UKS total biaya per satuan out put nya adalah Investasi Rp.173.746.412,- + Operasional Rp.176.104.116,- + Pemeliharaan Rp.3.648,- = Rp.349.854.176,-

Program PKPR total biaya per satuan out put nya adalah Investasi Rp.2.888.104,- + Operasional Rp.2.899.477,- + Pemeliharaan Rp.91.141,- = Rp.5.878.992,-

6.6.2 Efisiensi Bia.ya

Hasil perhitungan biaya satuan per unit *out put* PKPR Rp.5.878.992,- lebih efisien 59,5 kali dibanding dengan UKS Rp.349.854.176,-

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Pelayanan kesehatan remaja dengan program UKS dan PKPR
 - Hasil perhitungan biaya satuan per unit out put PKPR Rp.5.878.992,- lebih efisien 59,5 kali dibanding dengan UKS Rp.349.854.176,-
 - Proporsi alokasi biaya operasional sebanding, tetapi biaya investasi UKS (5,9%) lebih besar dari PKPR (3,8%) sedangkan biaya program UKS kurang rasional dalam aplikasi program karena biaya pemeliharaan sangat kecil (0,1%) berbeda dengan PKPR lebih rasional terutama dalam biaya pemeliharaan (3,2%)
 - Kegiatan praintervensi berupa perencanaan dan penganggaran tidak ada perbedaan, pada aktivitas Intervensi terjadi perbedaan PKPR menggunakan konselor sebaya dan UKS dengan kader kesehatan remaja, pascaintervensi *output* PKPR lebih besar dibanding UKS.
 - Biaya Investasi dan biaya operasional dengan UKS lebih besar dibandingkan PKPR, tetapi biaya pemeliharaan UKS lebih kecil karena dengan UKS tidak ada aktivitas untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan ataupun kader sekolah
 - Instrumen penjangkangan program UKS belum menampung masalah perilaku terkait kesehatan remaja.

- 2) Pelayanan kesehatan remaja sudah menjadi komitmen di kedua kota penelitian, atas dasar:
 - Wawancara dengan informan petugas mengatakan bahwa baik di kota Sukabumi maupun Bogor, keduanya berkomitmen untuk mendukung program kesehatan remaja melalui UKS. Namun kebijakan yang diambil dari kedua kota tersebut berbeda. Untuk kota Sukabumi lebih kepada prestasi yang bersifat individu yaitu pemenangan lomba keterampilan perorangan remaja, seperti LSS untuk mengangkat nama daerah. Sedang

kota Bogor lebih kepada peran sosial kader di sekolah yang menuntut keaktifan dalam kelompok.

3) Peran kader di kedua intervensi:

- o Kader pada program UKS (KKR) lebih cocok untuk keterampilan individu, sedang kader PKPR (KS) untuk menciptakan solidaritas.
- o KKR lebih kepada untuk mendeteksi kelainan fisik individu dengan keterampilan pengukuran-pengukuran, sedang KS lebih untuk mengajak dan membangunkan potensi setiap individu remaja agar berperilaku positif disamping keterampilan pengukuran secukupnya.
- o Aktivitas pelayanan kesehatan remaja dengan UKS lebih memprioritaskan menjadi juara dalam perlombaan-perlombaan, pencarian kasus melalui deteksi dini, memberikan pemecahan masalah dan rujukan yang merupakan peran kader sekolah tidak dilaksanakan sehingga perlu meningkatkan peran kader sebagai konselor sebaya dengan puskesmas PKPR.

7.2. Saran

Untuk mengurangi beban pemerintah dalam upaya pencapaian *MDG's* sertaantisipasi terhadap kecenderungan biaya operasional yang akan meningkat kesehatan remaja dengan pengembangan puskesmas PKPR yang memperkuat program UKS, dengan beberapa alternatif pemecahan masalah yaitu :

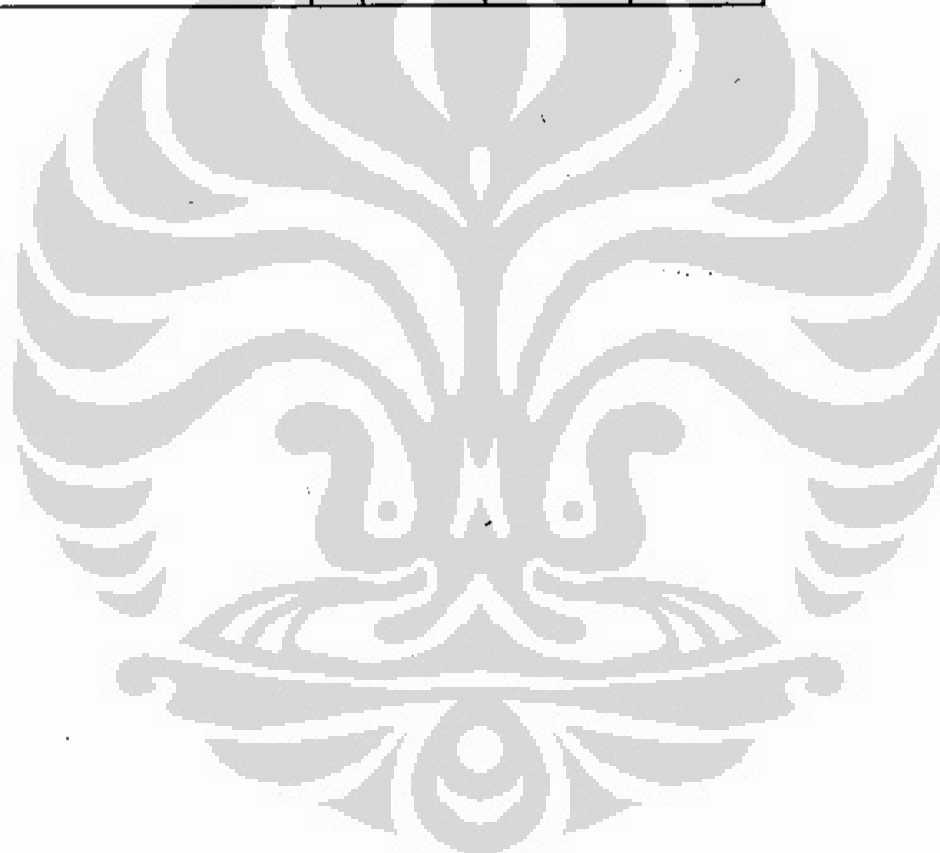
- Kebijakan pemerintah yang mendukung agar pelayanan kesehatan remaja melalui pengembangan puskesmas PKPR masuk dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan sebagai upaya **prioritas**.
- Dalam pencapaian *MDG's* dalam penurunan AKB dan Kesehatan Ibu, perlu melihat rujukan oleh kader sebagai indikator dalam pelayanan kesehatan remaja.
- Melengkapi sarana berupa ruangan konseling yang dapat dimanfaatkan dengan optimal merupakan pengorbanan biaya yang efisien karena dapat mengajak remaja datang ke puskesmas. Kelengkapan ruang konseling perlu dilengkapi setiap tahun berupa buku-buku dan sarana KIE

DAFTAR PUSTAKA

- B.R. Luce A.Elixhauser, 1990, *Standards for The Socioeconomic Evaluation of Health Care Services*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- Depkes, RI. 2003, *Usaha Kesehatan Sekolah di Tingkat Sekolah Lanjutan, Pedoman untuk Tenaga Kesehatan*
- Depkes, RI. 1995, *Pedoman Pelayanan Kesehatan untuk Sekolah di Tingkat Sekolah Lanjutan*
- Depkes, RI. 1995, *Pedoman Pelatihan Kader Kesehatan Remaja di Sekolah Tingkat Lanjutan*
- Depkes, RI. 1995, *Pedoman Pelayanan dan Modul Konseling Kesehatan Remaja*
- Departemen Pendidikan Nasional, RI.2003, *Usaha Kesehatan Sekolah, Budayakan Hidup bersih dan Sehat*
- Drummond, M.F. 1987, *Methods for The economic Evaluation of Health Carel Programmes, Second Edition, Oxford University Press, New York*
- Gibson (1987), *Organisasi: perilaku, struktur dan proses*. Erlangga, Jakarta.
- Kertonegoro, Senatoe (1994).*Manajemen Organisasi*. Widya Press Jakarta.
- Mills, A & Gilson,L, 1990. *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-negara sedang Berkembang, Dian rakyat, Jakarta:182 hlm*
- Mulyadi, 2003, *Activity Based Costing, Sistem Informasi Biaya untuk Pengurangan Biaya*, Universitas Gajah Mada
- Paul Hersey, Kenneth H.Blanchard, Erlangga 1994," *Manajemen Perilaku Organisasi: pendayagunaan Sumber daya Manusia*
- Samuelson, PA, 1994. *Ekonomi*, Erlangga, Jakarta : xxvi + 686 hlm
- Singa Rimbun, Masri (1995).*Metode Penelitian*. LP3S
- WHO, 2002, *Lesson from eight countries. Growing in Confidance. programming for adolescent health and development*

BOGOR
Bogor Pemeliharaan TL

	Belanja Pegawai					
	Honor PNS					
	Fasilitator Metode VIPP PKPR bagi dokter dan perawat	16	100.000	1.600.000		820
	Fasilitator pelatihan kader remaja SMP & SMA	240	100.000	24.000.000		12.295 13.115
	Bahan habis pakai			0		0
	Fasilitator pelatihan kader remaja SMP & SMA					0
	. ATK			3.771.429		1.932
				29.371.429		15.047



INVENTARISASI SARANA 2008 PUSKESMAS BOGOR

Berang	IIC	(+/-)	L	Dibestuhunkan	Ramz2 (BP dan R.Kon)	Dibestuhunkan n 2007	1	2008	Dibestuhunkan n 2008	SKBM	SKBM	BP dan R.Kon BGR
Sarana Fisik												
Ruangan												
AC (hadiah)	2.875.000	1.066	6			624.460	2	1.176.966	678.153	6.000.000	6.000.000	sendiri
Komputer	5.200.000	1.066	6			1.128.446	2	1.179.996	1.228.672			678.153 sendiri
Laptop (3 sekal)	1.850.000	1.066	6	592.000	197.333	692.000	2	1.176.996	436.377			1.228.672 sendiri
Imbucus (BOP)	480.000	1.066	6	113.222	66.611	113.222	2	1.176.996	113.222			145.459 3 sekal
Lemari	1.850.000	1.066	6			436.377	3	1.280.624	473.905	473.905	473.905	97.741 3 sekal
Mula (hadiah)	600.000	1.066	6	141.528	84.828	161.828	3	1.280.624	163.809	163.809	163.809	473.905 sendiri
3 Kursi (hadiah)	240.000	1.066	6	56.611	24.877	64.611	3	1.280.624	61.480	61.480	61.480	163.809 sendiri
Sofa (hadiah)	2.000.000	1.066	6	471.758	848.968	471.758	3	1.280.624	512.330	512.330	512.330	61.480 sendiri
Dispenser/teglon (hadiah)	270.000	1.066	6			83.867	3	1.280.624	88.184	88.184	88.184	512.330 sendiri
Lain-lain (porden, Karpel, banyu)	1.160.000	1.066	6			271.261	3	1.280.624	294.090	294.090	294.090	88.184 sendiri
Sarana pelayanan												
Alat ukur TB (DTI)	25.000	1.066	6	6.897	2.948	6.897	3	1.280.624	6.404	3.202	3.202	BP + R.Kon
Alat Timbang BB (DT II)	75.000	1.066	6	17.891	8.846	17.891	3	1.280.624	19.212	9.606	9.606	BP + R.Kon
Tensimeter (DT II)	300.000	1.066	6	70.764	35.382	70.764	3	1.280.624	76.649	38.426	38.426	BP + R.Kon
Stetoskop (DT II)	150.000	1.066	6	35.382	17.691	35.382	3	1.280.624	38.425	19.212	19.212	BP + R.Kon
O. Snelten (DT II)	25.000	1.066	6	6.897	2.948	6.897	3	1.280.624	6.404	3.202	3.202	BP + R.Kon
Fenotom (hadiah)	225.000	1.066	6	48.970	72.000	44.970	2	1.179.996	63.073	63.073	63.073	BP + R.Kon sendiri
Celentek (hadiah)	100.000	1.066	6		32.000		2	1.179.996	23.598	23.598	23.598	sendiri
Puzzle												
Sarana Komunikasi												
Telepon (BOP) -> 10%	200.000	1.066	6	61.233	6.123	61.233	4	1.300.676	66.639			6.664 10%
F/A (pribadi) -> 50%	2.050.000	1.066	6	625.138	282.689	625.138	4	1.300.676	670.300	73.847	285.160	50%
				2.135.990	1.198.872			10.869.384				10.094.113

9.653.091
6.223.660

441.022

10.094.113

SKBM	11 pkm	2 pkm	18 pkm	BGR
10.888.760	73.579.917	13.378.167	173.755.639	109.901
110.877	810.121	147.295	7.838.398	6.422
10.889.437			5.232.846	3.674
			161.894.033	118.998
			109.901	109.901
			6.422	6.422
			3.674	3.674
			118.998	118.998

Matriks focus group discussion (FGD)

	Bahasan	Hasil Diskusi
1	Bagaimana proses pembentukan kader ?	<p>UKS, dipilih oleh guru tidak dilakukan pelatihan tetapi berupa pembekalan materi UKS <i>"...saya dipilih oleh guru karena aktif di pramuka, gak pernah ada pelatihan cuman dikasih buku –buku puskesmas dan kadang-kadang petugas puskesmas dateng nerangin ..tapi gak ada materi konseling.."</i> PKPR, kader berasal siswa yang dilatih menjadi konselor sebaya. <i>".. saya dajak oleh temen-temen karena saya punya banyak temen, oleh bu guru disuruh ikut pelatihan.. selama 3 hari di sekolah dan yang melatih dokter puskesmas.. asik karenadijarin jadi konselor .."</i></p>
2	Bentuk pelayanan kesehatan apa yang tepat dalam memberi pelayanan kesehatan pada kelompok remaja ?	<p>UKS, kader ingin mempunyai tempat khusus dan petugas kesehatan yang secara profesional mampu mengatasi permasalahan. <i>".. tempat dimana aja, bisa di sekolah atau puskesmas tapi ada tempat khusus dan ada dokter yang ngerti masalah dan bisa bantu menyelesaikan .."</i></p> <p>PKPR, ruang khusus yang disediakan di puskesmas nyaman dengan petugas yang peduli remaja. <i>".. enak punya ruang ini di puskesmas, tempatnya dingin .. bebas untuk ngobrol-ngobrol dan bisa nyeleseikan tugas-tugas ..", "... kalo ada temen yang mau "curhat" gak malu-malu, lagian ada alat peraga disini ..kalo gak bisa nolong masalah temen bisa tanya dokter disini ..."</i></p>
3	Apakah ada sarana yang memberikan pelayanan kesehatan remaja ?	<p>UKS, siswa tidak merasa ada tempat yang memberikan pelayanan kesehatan remaja <i>"...gak tau, belum pernah denger ada tempat untuk curhat, .. tapi suka juga buka-buka internet nyari-nyari berita remaja ..."</i></p> <p>PKPR, kader sudah mempunyai tempat yang memberikan pelayanan kesehatan remaja di puskesmas <i>"... kita punya "mabes teco" yang buka sampai sore, kalo ada yang mau curhat bisa ke sini aja, mau curhat yang bener ya disini .. kalo perlu dokter juga ada .."</i></p>
4	Apa peran puskesmas yang diharapkan ?	<p>UKS, siswa membutuhkan dokter yang ada di puskesmas menjadi orang yang mampu membantu masalahnya <i>"... puskesmas kan bisa ngobatin kita, ada dokternya .. kalo dokter mengerti kita dan mau dengerin kita, kita mau dateng ke puskesmas .."</i></p>

Matriks Wawancara

Informan :

Kasubdin Pelayanan Kesehatan DKK kota Sukabumi (UKS)

Kasubdin Kesehatan Keluarga/ kasi remaja dan lansia DKK kota Bogor (PKPR)

	Bahasan	Hasil Diskusi
1	Apa faktor pendukung pelayanan kesehatan remaja ?	<p>UKS, Kota Sukabumi selalu berprestasi dalam perlombaan sehingga akan terus mempertahankan.</p> <p><i>" .. UKS di Sukabumi sudah berprestasi sampai tingkat nasional dan ini harus dipertahankan ..Juara LSS bukan hanya di tingkat SD tetapi juga tingkat sekolah lanjut, kita mendapat dukungan dari pemma untuk mempertahankan prestasi ini .."</i></p> <p><i>".. pelayanan kesehatan remaja dalam sekolah merupakan bagian dari UKS yang dinamakan kelompok PKHS, sehingga pelayanan kesehatan remaja ada dalam koordinasi seksi yang sama... dengan prestasi yang diraih UKS kegiatan ini akan terus menjadi perhatian ...dan mendapat alokasi anggaran untuk persiapan perlomban..."</i></p> <p>PKPR, Kota Bogor mendapat dukungan baik dari pemma untuk melaksanakan PKPR.</p> <p><i>".. UKS belum berjalan bila puskesmasnya belum PKPR, .. dengan adanya survei cepat didapat analisis masalah di setiap sekolah dan hal ini yang menyebabkan pihak sekolah merasa harus dilakukan pelatihan konselor sebaya.. setelah tahun ketiga bapak walikota meresmikan kelompok konselor sebaya ..."</i></p>
2	Apa faktor penghambat pelayanan kesehatan remaja ?	<p>UKS, pelayanan kesehatan remaja tidak masuk dalam SPM sehingga kurang menjadi prioritas. <i>".. terjadi ego program, tetapi yang menjadi prioritas adalah yang ada dalam SPM karena beban SPM sudah sangat tinggi sehingga tidak semua program dapat menjadi prioritas ...UKS di Sukabumi sudah berprestasi samapi tingkat nasional dan ini harus dipertahankan .."</i></p> <p>PKPR, ruang khusus yang disediakan di puskesmas nyaman dengan petugas yang peduli remaja.</p> <p><i>".. enak punya ruang ini di puskesmas, tempatnya dingin .. bebas untuk ngobrol-ngobrol dan bisa nyeleseikan tugas-tugas ..", "... kalo ada temen yang mau "curhat" gak malu-malu, lagian ada alat peraga disini ..kalo gak bisa nolong masalah temen bisa tanya dokter disini ..."</i></p>
3	Alokasi anggaran pelayanan kesehatan remaja dengan kegiatan apa ?	<p>UKS, aktivitas kegiatan pada penjarangan dan pemeriksaan berkala juga persiapan-persiapan dalam perlombaan</p>

	<p><i>"...prestasi yang dicapai kota Sukabumi dalam UKS untuk meningkatkan kesehatan remaja sudah lama dicapai sehingga setiap tahun pasti muncul pembinaan dalam mengikuti perlombaan ..."</i></p> <p>PKPR, aktivitas kegiatan pelayanan kesehatan remaja sesuai dengan pedoman PKPR</p> <p><i>"... aktivitas puskesmas mulai dengan penyuluhan oleh kader ketika MOS untuk memperkenalkan peer counselor, survei cepat dilakukan, pembinaan dan konseling pada remaja yang ingin curhat"</i></p>
--	--

