



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ASPEK KERAHASIAAN PADA PELAYANAN KESEHATAN  
PEDULI REMAJA (PKPR) DI PUSKESMAS  
JAKARTA SELATAN TAHUN 2009**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**JULIE ROSTINA  
0706307840**

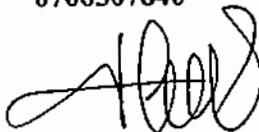
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
DEPOK  
DESEMBER 2009**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : JULIE ROSTINA**

**NPM : 0706307840**

**Tanda Tangan :** 

**Tanggal : 26 Desember 2009**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : JULIE ROSTINA

NPM : 0706307840

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Aspek Kerahasiaan Pada Pelayanan Kesehatan Peduli  
Remaja (PKPR) Di Puskesmas Jakarta Selatan 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. Drs. Tri Krianto, MKes

(.....)

Pembimbing: Dadan Erwandi, SPsi, MSi

(.....)

Penguji : Ninuk Widyantoro, Dra. Psi

(.....)

Penguji : Erlina P. Mahadewi, SE, MM, MBL

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 26 Desember 2009

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas seizin-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini, yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program pascasarjana (S2) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang berjudul "Aspek Kerahasiaan Pada Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Jakarta Selatan Tahun 2009".

Dalam penyusunan tesis ini, penulis menyadari adanya kekurangan dan masih jauh dari sempurna baik dari isi, bentuk maupun penyajiannya. Namun berkat dorongan, motivasi, bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak maka tesis ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Untuk itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Ibu Dra. Ninuk Widyantoro, Psi, selaku penguji luar pada pelaksanaan sidang tesis sekaligus guru yang telah memberikan bimbingan, masukan dan ilmunya yang berharga dari penyusunan proposal hingga tahap perbaikan tesis.
2. Ibu Erlina P. Mahadewi, SE, MM, MBL selaku penguji luar pada pelaksanaan sidang tesis serta masukan-masukannya yang berharga pada penulis.
3. Ibu DR. Drg. Ella N. Hadi, MKes, selaku Kepala Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil studi di PKIP dan memberikan motivasi dan dukungannya untuk menyelesaikan tepat waktu..
4. Bapak DR. Drs. Tri Krianto, MKes, selaku pembimbing akademik sekaligus pembimbing dalam penulisan tugas akhir yang telah banyak membantu dan memotivasi sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan tepat pada waktunya.
5. Bapak Dadan Erwandi, SPsi, MSi, selaku pembimbing dalam seminar proposal, seminar hasil, dan sidang tesis yang telah banyak memberikan masukan yang berharga kepada penulis dalam penulisan tugas akhir.

6. Teman-teman Angkatan Genap 2007, Mba Mitri; Mba Titien; Mba Tika; Bu Nina; Wynda; Mba Nancy; Mba Intan; Mba Fetty; Jamil, terima kasih atas *support*, persaudaraanya serta keceriaannya selama perkuliahan.
7. Kakak angkatanku yang baik yang selalu mensupport dan membantu baik secara langsung dan tidak langsung dan mendoakan, Nila; Mba Rika; Mba Ika; Emil; Mba Reny dan Mba Inda, terima kasih banyak atas supportnya yang tidak pernah putus dan keceriaannya..
8. Raihana Alkaff, Falah dan LC *my best friends* yang tak pernah berhenti memberikan semangat dan memberikan masukan.
9. Keluarga besar di Bandung, Ibu dan Bapak yang telah banyak memberikan doa, motivasi, support dan cintanya. Kakak dan adik yang telah mendoakan dan memotivasi untuk terus bersemangat.
10. Rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, khususnya Peminatan PKIP; Pak Ikbal terima kasih atas masukan, kritiknya serta bantuannya; Ochi; Bu Nita; Mba Widya; P'Hanny; Aan terima kasih atas kebersamaan, keceriaan dan dukungannya.
11. Teman-teman di Mitra INTI terima kasih atas bantuan dan supportnya Mercy, Dette dan Jaka; Ozzy yang telah memberikan hadiah gambar yang unik untuk sidang.
12. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, namun telah banyak membantu hingga terselesaikannya pendidikan saya.

Semoga amal dan segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan yang berlipat dari Allah SWT. Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan untuk perbaikan yang akan datang. Semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya untuk menambah pengetahuan dalam bidang kesehatan.

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : JULIE ROSTINA

NPM : 0706307840

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Aspek Kerahasiaan pada Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Jakarta Selatan Tahun 2009.**

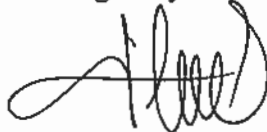
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 26 Desember 2009

Yang menyatakan



JULIE ROSTINA

## ABSTRAK

Nama : JULIE ROSTINA

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul : Aspek Kerahasiaan Pada Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Jakarta Selatan Tahun 2009

Penelitian ini menggunakan desain *Rapid Assesment Procedures* (RAP) dengan menerapkan metoda pendekatan kualitatif yang bertujuan mendapatkan informasi yang mendalam mengenai gambaran konfidensialitas yang ada di puskesmas PKPR "Y" dan "X" Jakarta Selatan. Penelitian melibatkan remaja sebagai klien PKPR dan provider serta para pembuat kebijakan dari pusat hingga tingkat puskesmas. Terdapat kesenjangan pengetahuan mengenai sehat, kesehatan reproduksi dan kesehatan reproduksi, akses informasi PKPR, hukum yang melindungi hak-hak klien, serta pemahaman kerahasiaan di antara remaja, provider dan pembuat kebijakan selain itu ada perbedaan persepsi mengenai konfidensialitas di PKPR menurut remaja, provider, dan pembuat kebijakan. Terjadi kesenjangan antara standar pelayanan dengan implementasi di lapangan dalam pelaksanaan prinsip-prinsip kerahasiaan di PKPR. Disarankan kepada Kepala Departemen Kesehatan untuk: 1) membuat buku panduan pelayanan kesehatan remaja yang dapat menjamin kerahasiaan di PKPR. 2) Bekerja sama dan berkoordinasi dengan departemen terkait seperti Depdagri, Dep, dan Depag dalam sosialisasi PKPR. 3) Menjadikan program *peer educator* dan *peer counselor* sebagai salah satu media dan strategi penyebaran informasi. Kepada Sudinkes dan Dinas Kesehatan terkait: 1) Menjadikan program *peer educator* dan *peer counselor* sebagai salah satu media dan strategi penyebaran informasi mengenai kesehatan reproduksi, 2) Mengevaluasi dan monitoring PKPR secara rutin, 3) Melakukan pelatihan mengenai konfidensialitas pada semua tim PKPR oleh ahli dan praktisi konseling. Bagi Puskesmas PKPR: 1) Membuat standar pelayanan yang memasukkan sikap dan etika petugas selama pelayanan kesehatan remaja, 2) Membuat jadwal yang ramah remaja. Kepada LSM: Bekerja sama dengan puskesmas PKPR dalam sosialisasi kesehatan reproduksi pada remaja dan maupun menjadi sarana rujukan PKPR. Organisasi Profesi: Menyusun dan memperbaharui standar pelaksanaan profesi yang terkait dengan pelayanan kesehatan yang konfidensial pada remaja. Bagi Peneliti lain: Perlu dilakukan lebih dalam lagi mengenai pengaruh dan dampak konfidensialitas dalam pelayanan remaja.

Kata kunci:

Kerahasiaan, konfidensialitas, Puskesmas, Remaja, Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja, PKPR.

## ABSTRACT

Name : JULIE ROSTINA

Study Program : Public Health Science

Title : Confidentiality at Adolescent Friendly Health Services in Primary Health Care in South Jakarta in 2009.

The study used qualitative method which the objective is to gain information deeply on confidentiality at Adolescent Friendly Health Services (AFHS) in Primary Health Care "Y" and "X" South Jakarta. This study involved Adolescent who had treated in AFHS as an informant and providers and policy makers as key informants. There are still lacking knowledge on health, reproductive health, adolescent reproductive health, access of information on AFHS, client's rights, policy of client's rights and also definition of confidentiality among clients, providers, and decision makers. Beside there is a different perception on confidentiality among them. Still lacking between standard and implementation on confidentiality at AFHS. Suggestion for Ministry of Health: 1) Developing guideline confidentiality services at AFHS. 2) Collaboration with Ministry of Home Affairs, the Ministry of National Education of Indonesia, and *Department of Religious Affairs* for socialization on AFHS and reproductive health. District Level Health Office: 1) Monitoring and evaluation periodically, 2) attempting training on confidentiality at adolescent services for AFHS workers by an expert. For Primary Health Care Services: 1) Provide standard of services which include ethics and attitude on AFHS services, 2) provide friendly schedule for adolescents. NGOs: collaboration with primary health care which provides AFHS on socialization reproductive health and for referral services. Professional organization: developing and refresh guideline of professional services on confidentiality for adolescent services. Others researcher: needs for following up research on impact of confidentiality on adolescent services.

### Key Words:

Confidentiality, Primary Health Care, Adolescent, Adolescent Friendly Health Services, AFHS,



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN ORSINILITAS .....	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian .....	6
1.3 Pernyataan Penelitian .....	6
1.4 Tujuan Penelitian .....	6
1.5 Manfaat Penelitian .....	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) .....	9
2.2 Kualitas Pelayanan Kesehatan .....	30
2.3 Konfidensialitas/Kerahasiaan .....	34
2.4 Remaja .....	41
2.5 Konsep Kesehatan Reproduksi .....	43
2.6 Persepsi .....	45
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH .....</b>	<b>48</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	48
3.2 Definisi Istilah .....	50
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>52</b>
4.1 Rancangan Penelitian .....	52
4.2 Lokasi Penelitian .....	52
4.3 Informan .....	52
4.4 Pengumpulan Data dan Instrumen Pengumpulan Data .....	55
4.5 Pengolahan dan Analisis Data .....	57
4.6 Validitas Data .....	57

4.6 Validitas Data .....	57
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>58</b>
5.1 Gambaran Wilayah.....	58
5.2 Kerakteristik informan .....	68
5.3 Faktor Internal .....	70
5.4 Faktor Eksternal .....	80
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>	<b>91</b>
6.1 Kekuatan dan Kelemahan Penelitian .....	91
6.2 Gambaran Informan .....	91
6.3 Analisis hasil Penelitian .....	94
6.4 Analisis Faktor Institusi .....	
6.5 Analisis Konfidensialitas Menurut Remaja, provider dan Pembuat Kebijakan.....	98
6.6 Kerahasiaan menurut Standar Pelayanan dan yang Tersedia .....	100
<b>Bab 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>115</b>
7.1 Kesimpulan .....	115
7.2 Saran .....	115
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>117</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Jumlah Informan Penelitian oleh Remaja di "X" PKPR Kecamatan "Y" dan "X" di Jakarta Selatan Tahun 2009 .....	53
Tabel 4.2	Jumlah Informan Kunci Penelitian oleh Remaja di Puskesmas PKPR Kecamatan "Y" dan "X" di Kota Jakarta Selatan Tahun 2009.....	53
Tabel 4.3	Sumber Informasi, Metode, Jumlah Informan, Kriteria dan Tempat Pengumpulan Data.....	54
Tabel 5.1	Pembagian Wilayah Kecamatan "X".....	59
Tabel 5.2	Pembagian Wilayah Kecamatan "Y".....	64
Tabel 5.3	Tingkat Pendidikan Berdasarkan Kelurahan di Kecamatan "Y".....	64
Tabel 5.4	Kelompok Usia Penduduk Kecamatan "Y" didasarkan atas Jenis Kelamin tahun 2008.....	65
Tabel 5.5	Pekerjaan Penduduk di Kecamatan "Y" didasarkan atas Kelurahan tahun 2008.....	65
Tabel 5.6	Karakteristik informan Klien Remaja, Provider dan Pembuat Kebijakan menurut Umur .....	68
Tabel 5.7	Pelayanan PKPR Standar dan Pelayanan yang Tersedia.....	80
Tabel 6.1	Matriks Perbandingan Pengetahuan Remaja terhadap faktor Internal di "X" dan "Y".....	94
Tabel 6.2	Matriks Perbandingan Faktor Internal Provider di "X" dan "Y" dan Pembuat Kebijakan.....	96

## DAFTAR GAMBAR/GRAFIK

Gambar 2.1	Alur dan Langkah Pelaksanaan PKPR pada Klien.....	12
Gambar 2.2	Alur Pelayanan Remaja yang telah Seksual Aktif.....	13
Gambar 2.3	Kualitas Pelayanan dan Dampaknya.....	32
Gambar 2.4	Siklus Kehidupan Kesehatan Reproduksi.....	44
Gambar 2.5	Persepsi dan Faktor yang Mempengaruhinya.....	47
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Kualitas Pelayanan Kesehatan Bruce and Bertrand .....	48
Gambar 3.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan.....	48
Gambar 3.3	Kerangka Konsep Penelitian.....	49
Gambar 5.1	Peta Wilayah Kecamatan Pasar Minggu.....	58
Gambar 5.2	Alur PKPR Pasar Minggu.....	62
Gambar 5.3	Peta Wilayah Kecamatan Tebet.....	63
Gambar 5.4	Alur PKPR Puskesmas Tebet.....	67
Gambar 5.5	Tren Masalah Remaja di Poli KKR tahun 2002-2006 di Puskesmas Tebet.....	69
Gambar 5.6	Alur Pelayanan yang Konfidensial menurut Remaja.....	77
Gambar 6.1	Model Internal Hubungan Orangtua, Orang Dewasa dan Anak ( <i>transactional Analysis</i> ).....	107

## DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

AATA	: <i>American Art Therapy Association</i>
AFHS	: <i>Adolescent Friendly Health Services</i>
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndromes</i>
AMA	: <i>American Medical Association</i>
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
Depag	: Departemen Agama
Depdagri	: Departemen Dalam Negeri
Depdiknas	: Departemen Pendidikan Nasional
Depkes	: Departemen Kesehatan
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
HIV	: <i>Human Immuno-Deficiency Virus</i>
ICPD	: <i>International Conference of Population and Development</i>
IDUs	: <i>Injection Drugs Users</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
ISR	: Infeksi saluran reproduksi
IPPF	: <i>International Planned Parenthood Foundation</i>
KB	: Keluarga Berencana
Kespro	: Kesehatan Reproduksi
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KK	: Kepala Keluarga
KRR	: Kesehatan reproduksi remaja
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
PKBI	: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PKHS	: Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat
PKPR	: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
WHO	: <i>The World Health Organization</i>
SKRRI	: Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SOP	: <i>Standard Operating Procedures</i>

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Daftar Pertanyaan Klien
Lampiran 2	Daftar Pertanyaan Provider
Lampiran 3	Daftar Pertanyaan Pembuat Kebijakan
Lampiran 4	Daftar Observasi PKPR



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Masa remaja merupakan periode transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, yang ditandai dengan munculnya pubertas (Atkinson, 1983; Agampodi, 2008). Pada masa ini, remaja mengalami perkembangan yang sangat cepat menuju kematangan biologis, emosional, sosial dan fisik (Hurlock, 1994) serta kematangan seksual. Munculnya tanda-tanda pubertas berupa perubahan tampilan fisik, fungsi reproduksi, psikologi maupun kognisi transisi sosial yang berkaitan dengan hak, keistimewaan dan tanggung jawab yang memantapkan identitas dirinya sebagai individu (Agampodi, 2008). Selama masa remaja, pembentukan pola perilaku menjadi sangat penting karena akan berdampak serius pada masa hidup selanjutnya (Gutierrez & Bertozzi, 2004).

Pada masa remaja, mereka menghadapi banyak tantangan dan dianggap sebagai masa yang rawan. Jika remaja tidak tersedia cukup informasi dan pelayanan yang adekuat dihubungkan dengan tingginya dampak buruk terkait aktivitas seksual seperti Infeksi Menular Seksual (IMS) dan kehamilan yang tidak diinginkan (Kolencerry, 2004), komplikasi yang tak aman, kekurangan gizi (Tadesse, 2007).

Meningkatnya jumlah perempuan muda yang berstatus belum menikah meningkatkan risiko seks pranikah dan berdampak pula pada tingginya risiko terhadap kehamilan tidak diinginkan dan aborsi. BPS (2008) mendata sekitar 8 persen perempuan dan 6 persen laki-laki pernah mendengar temannya mengalami kehamilan tidak diinginkan (total 42,4 juta remaja (BPS, 2007)). Sedangkan hasil studi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) di 9 kota tahun 2000-2003 terdata 23 persen remaja usia kurang 25 tahun pernah meminta pelayanan aborsi (PKBI, 2004).

Prevalensi HIV kalangan remaja juga menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun. Akhir 2006 tercatat 7.714 kasus pada kelompok usia kurang 30 tahun, 10.243 kasus tahun 2007, di tahun 2008 terdapat 13.333 kasus dan hingga Juni 2009 sejumlah 14.363 kasus diantaranya disebabkan karena pertukaran jarum suntik (*Injection Drug Users/ IDUs*) (Spiritia, 2006; Spiritia, 2007; Spiritia, 2008; Spiritia, 2009).

Dalam Kolencerry (2004), Mann dan Taratola menyebutkan bahwa secara umum, kesehatan remaja masih belum menjadi prioritas dan cenderung diabaikan. Remaja dianggap sebagai kelompok yang terpinggirkan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut semakin memperparah saat dikaitkan dengan masalah seksual dan kesehatan reproduksi. Sebagian besar remaja memasuki masa kematangan seksualnya tanpa dibekali upaya promosi kesehatan berupa informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi.

Kondisi kesehatan reproduksi remaja yang memprihatinkan tersebut mendorong Dunia untuk peduli terhadap kesehatan remaja melalui beberapa kesepakatan internasional (Depkes, 2005). Kepedulian tersebut diwujudkan dalam bentuk kesepakatan Konferensi Kependudukan dan Pembangunan Internasional (*International Conference of Population and Development/ICPD*) di Kairo tahun 1994 menghasilkan jaminan atas akses pelayanan universal kesehatan reproduksi (Kespro) untuk semua orang di semua negara yang akan dicapai 2015 (Alcala, 1995; Djaja, 2002; Abrejo, 2008). Kemudian dipertegas dalam Konferensi Sedunia IV tentang Perempuan tahun 1995 di Beijing, Cina yang menetapkan beberapa cakupan hak kesehatan reproduksi, termasuk pada kelompok remaja (Djaja, 2002).

Melihat besarnya kebutuhan dan pentingnya masalah remaja serta mempertimbangkan peran sentral puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan terdepan kepada masyarakat, maka pada beberapa tahun terakhir ini mulai dikembangkan model pelayanan kesehatan remaja yang "ramah" terhadap remaja. Pelayanan tersebut dikenal sebagai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

Universitas Indonesia



(PKPR) yang dijadikan sebagai salah satu strategi dalam mengupayakan kesehatan remaja yang optimal (Depkes, 2005).

PKPR merupakan adopsi dari program pelayanan yang dikembangkan oleh World Health Organization (WHO) yakni *Adolescent Friendly Health Services (AFHS)*. Pelayanan yang disediakan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan cara penyampaian yang ramah remaja (Depkes, 2005). Pelayanan kesehatan yang ramah terhadap remaja diharapkan sensitif dan efektif serta mampu memenuhi kebutuhan remaja sesuai dengan karakteristik dan keunikan mereka (WHO, 2002).

Tahun 2007, Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta mengeluarkan Surat Keputusan (SK) tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di seluruh Puskesmas Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Turunnya SK tersebut sebagai bentuk kepedulian dan harapan pemerintah agar didapatkan remaja yang sehat, tangguh dan produktif (Dinkes DKI, 2007).

Hingga Desember 2008, tercatat 1.611 PKPR yang tersebar di dua puluh enam provinsi. Artinya hanya 23,4 persen saja dari total 8114 puskesmas yang ada yang telah menyelenggarakan PKPR (Laporan Puskesmas PKPR, 2008). Di Provinsi DKI Jakarta dengan total Puskesmas 341 puskesmas, namun baru 6 puskesmas saja yang dilaporkan telah menjadi Puskesmas PKPR. Dari jumlah PKPR tersebut, 4 diantaranya berada di Jakarta Selatan, yakni: Puskesmas "Y", "X", Cilandak yang merupakan puskesmas kecamatan dan Pondok Labu sebagai puskesmas kelurahan.

Beberapa studi memperlihatkan bahwa pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh remaja sangat rendah. Menurut Cernada; Klein et al, Berker and Rich; Hawkins and Meshesha, Nabil et al; WHO dan Arjona dalam Kolencherry (2004), akses remaja terhadap pelayanan kesehatan reproduksi baik di negara maju maupun berkembang sangat terbatas. Bahkan meskipun pelayanan untuk remaja sudah tersedia, remaja biasanya tidak mau menggunakannya. Selain itu, informasi dan

pelayanan kesehatan tidak bisa diakses oleh sebagian besar remaja dikarenakan berbagai faktor.

Tidak teraksesnya pelayanan kesehatan kepada remaja terjadi karena adanya hambatan dalam pengadaan sarana dan pemberian pelayanan atau adanya hambatan dalam pemanfaatannya. Banyak faktor penting yang mempengaruhi remaja tidak memaksimalkan penggunaan pelayanan kesehatan reproduksi yang ditujukan bagi mereka. Seperti faktor ekonomi (biaya), geografi (lokasi), struktur fasilitas/sarana pelayanan, dan aspek psikososial (stigma dan sikap petugas) (Depkes a, 2005), sosial budaya, minimnya informasi tentang seksual dan kesehatan reproduksi, sikap negatif yang dimiliki oleh tenaga kesehatan, pelayanan yang tidak ramah terhadap remaja (Kolencherry, 2004).

Sedangkan, Lawrence (2008) menyebutkan bahwa faktor lain yang mempengaruhi penggunaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja seperti faktor genetik, *income* (pendapatan). Minimnya privasi dan kerahasiaan (konfidensialitas) serta sikap menghakimi (judgmental) di kalangan penyedia pelayanan kesehatan serta ruangan pelayanan yang kurang nyaman sehingga kerahasiaannya (*confidentiality*) kurang terjamin dianggap mempengaruhi minimnya penggunaan pelayanan kesehatan oleh remaja. Bahkan WHO dan Departemen Kesehatan memasukkan konfidensialitas sebagai salah satu ciri khas/karakteristik dan juga indikator kualitas dari sebuah pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) (WHO, 2003; Depkes, 2005).

Menurut Akinbami (2008), remaja akan mencari pemberi pelayanan kesehatan yang mampu memberikan jaminan konfidensialitas. Konfidensialitas/kerahasiaan adalah kondisi yang menjamin pelayanan dan informasi yang diterima dari klien PKPR dilindungi secara hukum dan etika (ACOG, 2009).

Didasarkan atas *the American Medicine Association* (AMA) konfidensialitas dianggap penting karena menyebabkan klien bebas untuk menyampaikan masalah yang dialaminya secara jujur tanpa ditutup-tutupi. Dengan demikian, informasi

yang jujur dan tanpa ditutup-tutupi memungkinkan provider kesehatan memberikan diagnosa dengan tepat dan memberikan tindakan yang tepat pula.

Sedangkan menurut kajian analisis ekonomi yang dilakukan terhadap data Departemen Kesehatan dan klinik KB di wilayah bagian Texas Amerika, dampak dari ketiadaan kerahasiaan/konfidensialitas di pelayanan kesehatan menyebabkan pemerintah harus menderita kerugian 44 juta dollar atau sekitar 440 miliar rupiah karena biaya medis melahirkan dan aborsi. Sedangkan jika remaja gagal mendapatkan pelayanan dan tidak mampu mendapatkan pengobatan IMS, konsekuensi kerugian setara dengan 7 miliar rupiah (Hollander, 2005).

Berdasarkan laporan Departemen Kesehatan, meskipun di Jakarta Selatan telah memiliki 4 puskesmas PKPR, dimana dua diantaranya (Puskesmas "Y" dan "X") merupakan Puskesmas perintis program kesehatan reproduksi remaja sejak tahun 1997-1998 dan kini menjadi puskesmas PKPR. Namun demikian berdasarkan laporan kunjungan PKPR di "Y" dan "X", tingkat pemanfaatannya oleh remaja masih sangat rendah hanya 0-3 kunjungan per hari saja. Fakta tersebut sangat bertolak belakang dengan kondisi remaja saat ini, dimana remaja memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang minim, sikap negatif terhadap perilaku berisiko serta meningkatnya perilaku berisiko.

Berdasarkan SKKRI 2007, di Provinsi DKI Jakarta menunjukkan hanya 2 persen remaja perempuan yang mengetahui definisi anemia dengan benar. Selain itu 16,2 persen perempuan dan 5,5 persen laki-laki saja yang mengetahui dengan benar masa subur seorang perempuan. Bahkan hanya 45,8 persen remaja perempuan dan 69,4 persen laki-laki beranggapan berhubungan seks sekali menyebabkan kehamilan, selebihnya tidak menyebabkan kehamilan (BPS, 2008).

Sementara itu, hasil survey pada Puskesmas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKPR) di sepuluh Puskesmas Kecamatan di Jakarta Selatan tahun 2007 menunjukkan hasil yang hampir sama dengan kondisi nasional dan provinsi. Remaja lebih banyak mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari

guru dibandingkan yang diterima dari tenaga kesehatan dan orangtua. Laki-laki mempunyai pengetahuan kesehatan reproduksi lebih minim (39 persen) daripada remaja perempuan (50 persen). Sebanyak 3 persen remaja menyetujui perilaku seks bebas dan premarital seks. Selain itu, 2 persen remaja mengakui pernah berhubungan seks serta rata-rata melakukannya saat SMP (45 persen) dan bahkan 14 persen diantaranya ketika sekolah dasar. Pacar merupakan orang yang paling banyak dijadikan pasangan saat berhubungan seks, dan 0,2 persen remaja terdata pernah melakukan aborsi (Sudinkes Jaksel, 2009).

Didasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Puskesmas "X" dan "Y" bahwa pemanfaatan PKPR di rendah dan hal ini juga terkait dengan faktor kerahasiaan yang didukung dengan jadwal pelayanan PKPR yang beroperasi pada jam sekolah remaja, sarana dan prasarana PKPR yang kurang menunjang seperti ketiadaan ruangan khusus PKPR.

### **1.2 Rumusan Masalah**

Puskesmas dengan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang disediakan oleh Pemerintahpun masih kurang dimanfaatkan oleh remaja. Menurut laporan di dua Puskesmas Kecamatan "Y" dan "X" Jakarta Selatan sebagai Puskesmas perintis kesehatan reproduksi remaja dan PKPR menunjukkan jumlah rata-rata kunjungan remaja ke PKPR masih minim hanya 0-3 kunjungan per hari saja. Minimnya pemanfaatan fasilitas pelayanan ini dikaitkan dengan faktor kerahasiaan sebagai salah satu faktor penghambat pemanfaatan PKPR dan juga sebagai salah satu indikator kualitas sebuah PKPR yang ramah remaja.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Bagaimana aspek kerahasiaan pelayanan kesehatan reproduksi di Puskesmas PKPR "Y" dan "X" Jakarta Selatan tahun 2009?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mendapatkan informasi yang mendalam mengenai gambaran kerahasiaan/konfidensialitas yang ada di puskesmas PKPR "Y" dan "X" Jakarta Selatan tahun 2009.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Memperoleh informasi mendalam mengenai pengetahuan remaja terhadap sehat, kesehatan reproduksi, KRR, aksesibilitas PKPR, hak-hak pasien, hukum yang melindungi hak-hak pasien dan definisi kerahasiaan/konfidensialitas menurut remaja, provider dan pembuat kebijakan.
2. Memperoleh informasi yang mendalam mengenai kerahasiaan/konfidensialitas puskesmas PKPR menurut persepsi remaja, provider dan pembuat kebijakan.
3. Mengidentifikasi kesesuaian dalam hal kerahasiaan/konfidensialitas antara kebutuhan dan pelayanan remaja (PKPR) yang tersedia.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Departemen Kesehatan**

Menjadi bahan masukan dalam pembuatan kebijakan, perencanaan, pembuatan prosedur pelaksanaan PKPR khususnya dalam menjamin dan menciptakan pelayanan kesehatan yang kerahasiaan/konfidensial.

### **1.5.2 Bagi Suku Dinas dan Dinas Kesehatan terkait**

Sebagai sumber informasi dan masukan dalam pembuatan, perencanaan dan pengambilan kebijakan untuk menyediakan pelayanan yang menjamin kerahasiaan/konfidensialitas dalam pelayanan kesehatan remaja di PKPR Jakarta Selatan.

### **1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat memperkaya informasi dan pembelajaran baru mengenai ilmu perilaku dan promosi kesehatan khususnya tentang kerahasiaan/konfidensialitas dalam pelayanan kesehatan remaja yang ramah dan peduli remaja.

#### 1.5.4 Bagi Puskesmas PKPR

Memberikan masukan kerahasiaan sebagai salah satu unsur penting dalam pelayanan remaja sehingga bisa membantu memaksimalkan pemanfaatan PKPR.

#### 1.5.5 Bagi Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

Dapat menjadi masukan dan kesempatan untuk bekerja sama dengan institusi pemerintah dalam pelayanan kesehatan remaja yang konfidensial.

#### 1.5.6 Bagi Organisasi Profesi

Memberikan masukan dalam penyusunan standar pelaksanaan profesi yang terkait dengan pelayanan kesehatan khususnya dalam pelayanan kesehatan remaja.

#### 1.5.7 Bagi Peneliti

Sebagai pembelajaran dan pengalaman dalam mengaplikasikan teori yang didapat melalui penelitian ilmiah.

#### 1.5.8 Bagi Peneliti lain

Dapat dijadikan sebagai *baseline* data untuk penelitian selanjutnya untuk mengetahui melihat pengaruh konfidensialitas dalam pelayanan remaja, cakupan program kebijakan program remaja.

### 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas PKPR "Y" dan "X" di wilayah Kotamadya Jakarta Selatan dari awal November hingga awal Desember 2009, mulai dari pengumpulan data awal, pembuatan proposal, pengumpulan data, pengolahan data dan pembuatan laporan penelitian. Penelitian dilakukan dengan metode kualitatif. Metode pengumpulan data pada penelitian menggunakan wawancara mendalam dan observasi. Informan pada penelitian ini adalah siswa usia 15-19 tahun kelas II dan III setingkat pendidikan lanjutan atas yang berkunjung pada periode tahun 2009, Pejabat Puskesmas dan tenaga kesehatan PKPR, pejabat Dinkes/Sudinkes program PKPR di Jakarta Selatan, Pejabat Subdit Remaja Depkes RI dan Pakar konseling.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang diambil dari istilah aslinya *Adolescent Friendly Health Services* adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut (RI, 2005).

##### **2.1.2 Tujuan PKPR di Puskesmas**

Tujuan Umum:

Optimalisasi pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan oleh remaja yang berkualitas
2. Meningkatkan pemanfaatan puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
3. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan khusus pada remaja
4. Meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja (RI, 2009).

##### **2.1.3 Karakteristik PKPR**

Dalam WHO (2009), disebutkan ada 5 karakteristik yang dapat memenuhi tujuan pelayanan kesehatan remaja yang responsif, yaitu:

1. *Accessible/dapat dijangkau.* kebijakan dan prosedur yang dapat memastikan bahwa pelayanan dapat diakses secara luas.

2. *Acceptable/dapat diterima*. Kebijakan dan prosedur sesuai dengan budaya, dan iklim masyarakat setempat.
3. *Appropriate/tepat*. Pelayanan kesehatan dapat memenuhi kebutuhan remaja
4. *Effective/efektif*. Pelayanan mencerminkan standar pelayanan yang berbasis data dan petunjuk pelaksanaan yang profesional.
5. *Equitable/kesetaraan*. Kebijakan dan prosedur memperlakukan semua orang sama tanpa memandang status ekonomi, sosial dan lainnya.

Sedangkan menurut Depkes (2005) bahwa terdapat karakteristik dari sebuah PKPR, yaitu:

1. Kebijakan yang peduli remaja, bertujuan:
  - Memenuhi hak remaja
  - Mengakomodasi segmen populasi remaja yang beragam
  - Tidak membatasi pelayanan karena kecacatan, etnik, rentang usia dan status
  - Memberikan perhatian pada keadilan dan kesetaraan gender dalam menyediakan pelayanan
  - Menjamin *privacy* dan kerahasiaan/konfidensialitas.
  - Mempromosikan kemandirian remaja, tidak mensyaratkan persetujuan orangtua, dan memberikan kebebasan berkunjung
  - Menjamin biaya yang terjangkau dan gratis
2. Prosedur pelayanan yang peduli remaja
  - Pendaftaran dan pengambilan kartu yang mudah dan dijamin kerahasiaannya
  - Waktu tunggu yang pendek
  - Dapat berkunjung sewaktu-waktu dengan atau tanpa perjanjian dulu
3. Petugas khusus yang peduli remaja
  - Mempunyai perhatian dan peduli, baik budi dan penuh pengertian, bersahabat, memiliki kompetensi teknis dalam memberikan pelayanan khusus kepada remaja
  - Termotivasi bekerja sama dengan remaja



- Tidak menghakimi, tidak bersikap dan berkomentar tidak menyenangkan atau merendahkan
  - Dapat dipercaya, dapat menjaga kerahasiaan
  - Mampu dan mau mengorbankan waktu sesuai kebutuhan
  - Dapat ditemui pada kunjungan ulang
  - Menunjukkan sikap menghargai kepada semua remaja dan tidak membedakannya
  - Memberikan informasi dan dukungan yang cukup
4. Petugas pendukung yang peduli remaja
- Menunjukkan sikap menghargai kepada semua remaja dan tidak membedakannya
  - Memiliki kompetensi sesuai bidangnya masing-masing
  - Mempunyai motivasi untuk menolong dan mendukung pada remaja
5. Fasilitas kesehatan yang peduli remaja
- Lingkungan aman
  - Lokasi pelayanan nyaman dan mudah dicapai
  - Fasilitas yang baik, menjamin privasi dan kerahasiaan
  - Jam kerja yang nyaman
  - Tidak ada stigma
  - Tersedia materi KIE
6. Partisipasi/keterlibatan remaja
- Remaja mendapatkan informasi yang jelas tentang adanya pelayanan
  - Remaja perlu dilibatkan secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian pelayanan
7. Keterlibatan masyarakat
- Mengetahui tentang keberadaan pelayanan tersebut dan menghargai nilainya
  - Mendukung kegiatannya dan meningkatkan mutu pelayanannya
8. Berbasis masyarakat, menjangkau ke luar gedung, serta mengupayakan pelayanan sebaya
9. Pelayanan sesuai dan komprehensif

Meliputi kebutuhan tumbuh kembang dan kesehatan fisik, psikologis dan sosial.

#### 10. Pelayanan efektif

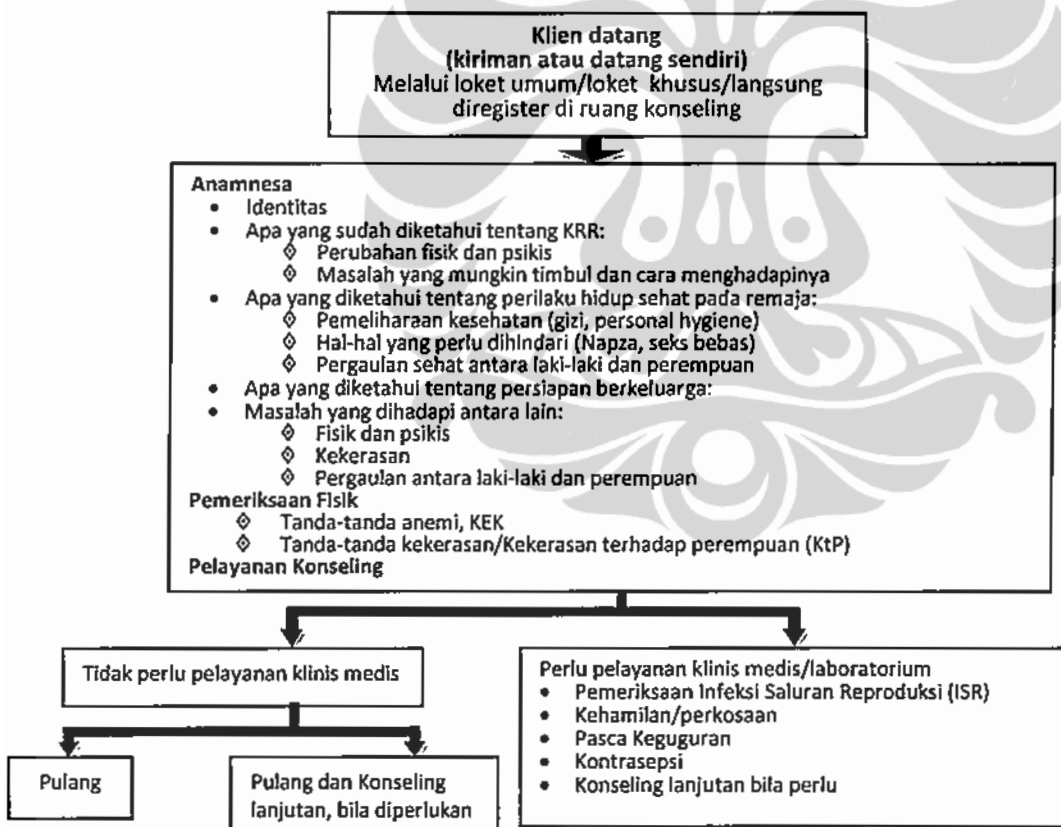
- Dipandu oleh pedoman dan prosedur tetap penatalaksanaan yang sudah teruji
- Memiliki sarana prasarana cukup untuk melaksanakan pelayanan esensial
- Mempunyai sistem jaminan mutu pelayanannya

#### 11. Pelayanan efisien

Mempunyai Sistem Informasi Manajemen (SIM) (RI, 2005)

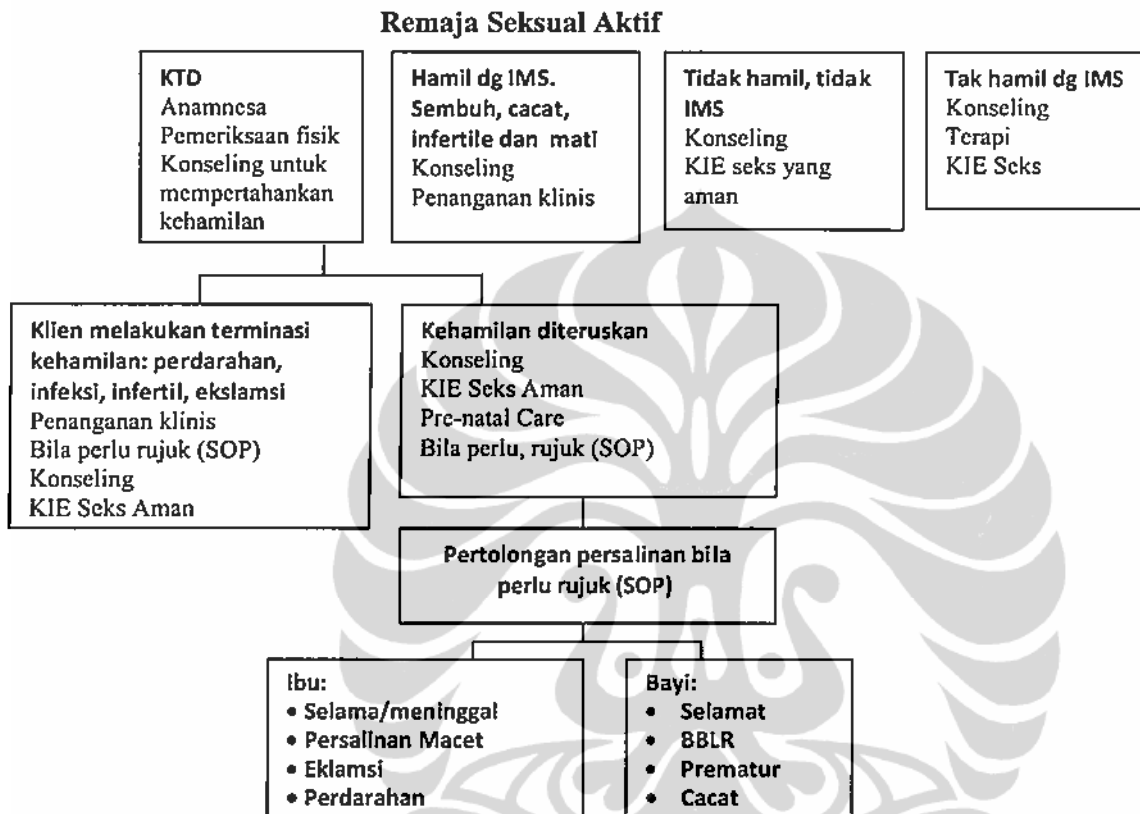
### 2.1.4 Alur dan Langkah Pelaksanaan PKPR

Tahapan pelayanan terhadap remaja diberikan secara komprehensif, dapat digambarkan seperti berikut ini:



Gambar 2.1 Alur dan Langkah Pelaksanaan PKPR pada Klien

Terkait dengan alur pelayanan komprehensif, maka petugas kesehatan perlu untuk selalu bisa menganalisa setiap kasus yang terjadi dengan pemikiran yang komprehensif. Berikut adalah contoh penanganan kasus pada remaja yang seksual aktif.



Gambar 2.2 Alur Pelayanan Remaja yang telah Seksual Aktif

### 2.1.5 Jenis Kegiatan PKPR Strategi

Pelaksanaan kegiatan PKPR dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan. Oleh karenanya kegiatan dilakukan di dalam maupun di luar gedung, baik dengan sasaran individu maupun kelompok.

Didasarkan atas jenis kegiatannya, PKPR terdiri dari:

#### 1. Pemberian informasi dan edukasi

- Dilaksanakan di dalam gedung atau di luar gedung secara perorangan maupun berkelompok.

- Dapat dilaksanakan oleh guru, pendidik sebaya yang terlatih dari sekolah atau lintas sektoral terkait dengan menggunakan materi dari (atau sepengetahuan) puskesmas.
- Menggunakan metode ceramah tanya jawab, FGD, diskusi interaktif yang dilengkapi dengan alat bantu media cetak atau media elektronik (radio, e-mail, telepon/hotline, SMS).
- Menggunakan sarana KIE yang lengkap, dengan bahasa yang sesuai dengan bahasa sasaran (remaja, orangtua, guru) dan mudah dimengerti. Khusus untuk remaja perlu diingat untuk bersikap tidak menggurui serta bersikap santai.

## 2. Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya

Beberapa hal yang harus diperhatikan selama melayani remaja di Puskesmas:

- Bagi klien yang menderita penyakit tertentu tetap dilayani dengan mengacu pada prosedur tetap penanganan penyakit tersebut.
- Petugas dari BP umum, BP Gigi, KIA dan lainnya diharapkan dapat menggali masalah psikososial pada remaja.
- Petugas yang menjaring remaja dari ruang lain seperti loket, laboratorium tetap harus menjaga kerahasiaan remaja serta memenuhi kriteria puskesmas peduli remaja.
- Petugas PKPR harus menjaga kelangsungan pelayanan dan mencatat hasil rujukan kasus per kasus.

### ▪ **Konseling**

Kerr (1992) mendefinisikan konseling sebagai proses pemberian bantuan, dimana seorang konselor berusaha sebaik/semaksimal mungkin untuk memberdayakan klien agar ia mampu mengambil keputusan sendiri mencoba usaha gigih seseorang untuk memberdayakan klien membuat keputusannya sendiri (YPKP, 2006).

Selain itu, konseling merupakan interaksi dua arah antara klien dan konselor menilai dan memusatkan perhatian pada masalah pengetahuan, dan kebutuhan

kesehatan reproduksi dan seksual klien, tanpa menghiraukan dalam layanan kesehatan apa si petugas kesehatan bekerja atau pelayannya yang seperti apa yang klien minta (YPKP, 2006).

Tujuan konseling dalam PKPR, yaitu:

- a. Membantu klien untuk dapat mengenali masalahnya dan membantunya agar dapat mengambil keputusan dengan mantap untuk mengatasi masalah tersebut.
- b. Memberikan pengetahuan, keterampilan, penggalan potensi dan sumber daya secara berkesinambungan hingga klien berdaya.

#### a. Prinsip Konseling

Beberapa prinsip yang harus dipenuhi dalam proses konseling, yakni:

1. Kerahasiaan dan kebebasan  
Tempat yang dijadikan ruang konseling merupakan tempat pribadi/tersendiri, sehingga orang lain tidak dapat mendengar atau melihat. Informasi klien terjamin kerahasiaannya (YPKP, 2006).
2. Menghormati klien
3. Dorongan untuk klien
4. Informasi yang cukup  
Memberikan informasi dengan bahasa yang sederhana, dan mencek kepada klien untuk memastikan apa yang disampaikan dimengerti dengan baik (YPKP, 2006).

#### b. Karakteristik Konselor

Seorang konselor yang baik memiliki ciri seperti berikut ini:

1. kepribadian: harus hangat, penuh rasa hormat, ramah terhadap klien, tidak menghakimi, memiliki motivasi diri yang kuat untuk menolong orang lain, empat, berpikiran terbuka dan luas, dan mau belajar
2. pengetahuan: menguasai isu yang berkaitan dengan fungsi kesehatan reproduksi dan seksual, proses (misalnya: kehamilan) dan isu lainnya,

termasuk tentang undang-undang/kebijakan kesehatan reproduksi dan nilai-nilai sosial dan mitos-mitos yang mempengaruhi perilaku dan sikap

3. Keahlian: kemampuan bersosialisasi sangat penting dalam menyediakan jasa konseling. Cara suatu informasi disampaikan dan sikap perilaku selama konseling akan berdampak serius terhadap keseluruhan layanan dapat berdampak positif atau negatif.

### c. Hak Klien selama Konseling

Seorang konselor perlu memahami bahwa seorang klien memiliki hak yang harus dipenuhi seperti:

1. Harga diri: dengan memperlakukannya secara sopan, perhatian dan rasa hormat
2. Informasi: mengetahui nama orang yang melayani mereka, mempelajari kesehatan reproduksi, dan menjawab pertanyaan mereka dengan jujur dan akurat
3. Akses: mendapatkan pelayanan tanpa memandang jenis kelamin, keyakinan, status perkawinan, suku, atau usia
4. Keamanan
5. Kebebasan: mendapatkan konseling di tempat dimana orang lain tidak mendengar atau menginterupsi
6. Kerahasiaan: informasi pribadi tidak dibocorkan kepada orang lain.
7. Kenyamanan perasaan tenang
8. Kesenambungan: menerima pelayanan dan kesediaan selama dibutuhkan
9. Pendapat: mengekspresikan pandangan dan perasaan mereka tentang pelayanan tersebut
10. Pilihan: dapat memutuskan pilihan tanpa perasaan tertekan (YPKP, 2006).

#### ▪ Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

PKHS merupakan adaptasi dari *life skill education*. *Life skill education* atau keterampilan hidup adalah kemampuan psikososial seseorang untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari secara efektif.

- **Pelatihan pendidik/konselor sebaya (*peer educator/counselor*)**

Kegiatan ini sebagai bentuk pelibatan remaja agar turut serta secara aktif dalam program PKPR. Dengan pelibatan remaja dengan menjadikan mereka sebagai pendidik sebaya maka diharapkan remaja menjadi agen perubah agar remaja berperilaku sehat. Selain itu pendidik sebaya bisa sekaligus sebagai duta promosi kegiatan PKPR di kalangan remaja.

- **Pelayanan rujukan sosial dan pranata hukum**

Sebagai bagian dari pelayanan klinis medis, puskesmas melakukan kegiatan rujukan untuk mendapatkan pelayanan yang lebih tinggi, seperti: mendapatkan program pendampingan dalam upaya rehabilitasi mental korban perkosaan. Sedangkan rujukan pranata hukum untuk memberikan kekuatan hukum bagi kasus-kasus tertentu.

#### 2.1.6 Standar dan Indikator Evaluasi Kualitas PKPR

Untuk mencapai PKPR yang berkualitas maka dilakukan monitoring dan evaluasi yang dilakukan pihak luar dan puskesmas itu sendiri.

Ada beberapa standar dan indikator yang digunakan dalam mengevaluasi kualitas PKPR, yakni:

- a. Kompetensi petugas: kesesuaian langkah-langkah pelaksanaan konseling dengan standar.
- b. Sarana institusi: pemenuhan kriteria sarana untuk menjamin kerahasiaan dan kenyamanan klien.
- c. Kepuasan klien terhadap kualitas sarana dan kompetensi petugas
- d. Kelengkapan jaringan pelayanan rujukan

#### 2.1.7 Fakta Pelayanan Kesehatan Remaja

Menurut Lawrance (2008), didasarkan atas beberapa literatur, ditemukan bahwa meskipun pelayanan kesehatan remaja telah tersedia namun faktanya pelayanan puskesmas tersebut:

- Tidak dapat dijangkau

- Tidak menawarkan pelayanan yang komunikatif dan sensitif
- Tidak tersedianya tenaga kesehatan yang terampil
- Minim program promosi kesehatan yang dapat mencegah perilaku berisiko

Sedangkan pelayanan yang khusus remaja, fakta menunjukkan:

- Sebagian besar tidak bisa diakses oleh remaja, walaupun dapat diakses tidak dapat memenuhi masalah yang sensitif (kesehatan seksual dan penyalahgunaan obat terlarang)
- Minim tenaga kesehatan yang terlatih
- Waktu pelayanan terbatas
- Minim kualitas dan akses terutama bagi mereka yang berisiko tinggi

### **2.1.8 Faktor yang Mempengaruhi dan Menghambat Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Remaja**

Didasarkan literatur review yang dilakukan Barker (2007), pencarian pengobatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja dipengaruhi oleh faktor individu; faktor luar, faktor kebutuhan khusus; dan program serta kebijakan pemerintah:

#### **2.1.8.1 Faktor Individu**

##### **a. Keyakinan individu tentang pencarian pengobatan (motivasi individu)**

Kurangnya pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja menyebabkan mereka tidak percaya diri untuk mendiskusikan permasalahannya (Agampodi, 2008).

##### **b. Persepsi mengenai kebutuhan**

Secara emosional, ada rasa ego atau bangga untuk tidak mencari pengobatan bagi laki-laki karena dianggap tindakan yang kurang jantan (Provencher, 2007).

##### **c. Gender**

Remaja laki-laki kurang mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan dengan perempuan (Joshi, 2006). Laki-laki mendapatkan informasi yang lebih sedikit mengenai informasi kesehatan reproduksi dari sekolah, orangtua, atau pelayanan kesehatan (Koster, 2001). Perlu dihilangkan *image* bahwa pelayanan klinik hanya untuk perempuan (Provencher, 2007).



b. Rasa Malu

De Bolmente (2000) dan (Barhane, 2005) menyatakan bahwa remaja mengaku malu, merasa bersalah saat mengakses pelayanan. Laki-laki didera malu dan rasa takut saat harus menceritakan permasalahan mereka, terutama kepada provider perempuan.

**2.1.8.2 Faktor luar, termasuk keberadaan dukungan sosial**

a. Hukum dan kebijakan

Minimnya kebijakan pemerintah yang mendukung pelayanan kesehatan remaja (De Bolmente, 2000).

b. Fasilitas Kesehatan

▪ Ketersediaan pelayanan

Remaja memiliki pengetahuan yang minim mengenai keberadaan fasilitas kesehatan remaja (Agampodi, 2008).

▪ Aksesibilitas pelayanan kesehatan

Barhane (2005) menyebutkan pelayanan yang tersedia tidak bisa diakses remaja.

▪ Karakteristik tenaga dan lingkungan layanan remaja

Remaja berharap dokter/provider kesehatan yang memberikan pelayanan kepada mereka mampu memberikan kenyamanan dan masukan kepada mereka (Haller et al, 2007). Dalam Bethel (2002), Shaw (2009), De Bolmonte (2000), Agampodi (2008), Koster (2001), Akinbami (2008), faktor konfidensialitas menjadi sangat penting saat remaja mengakses pelayanan kesehatan. Hal tersebut dianggap menjadi faktor penghambat bagi laki-laki (Koster, 2009). Dan hampir di setiap praktek pelayanan kesehatan memiliki tingkat konfidensialitas yang rendah (Akinbami, 2008). Long e al (2003) menambahkan perlunya memasukkan perlindungan konfidensialitas remaja dalam kurikulum pendidikan profesional kesehatan dan menyediakan panduan implementasi kebijakan dan dasar praktek *confidentiality*.

Faktor adanya privasi mendorong remaja untuk menjangkau pelayanan kesehatan (Shaw, 2009). Bethel (2001) mengemukakan bahwa provider kesehatan diharapkan memiliki kemampuan untuk mendengarkan permasalahan remaja dengan seksama terutama masalah yang penting.

Menurut Dickson (2007) dan Shaw (2009), kriteria pelayanan yang ramah remaja tidak bersikap menghakimi (*judgmental*). Sedangkan Depkes (2005) mengakui bahwa aspek psiko sosial seperti stigma dan sikap petugas menjadi faktor penghambat remaja. Pelayanan yang ramah terhadap remaja yang tidak judgmental memiliki penilaian pelayanan kesehatan yang lebih baik (Dikson, 2007).

Petugas kesehatan dirasakan kurang mengetahui kebutuhan remaja secara spesifik dan minimnya tenaga terlatih (De Bolmente, 2000). Sedangkan menurut Tu et al (2004), petugas memiliki sikap mendua dalam memenuhi dan konservatif dalam memberikan pelayanan (Koster, 2001).

Mereka membutuhkan keahlian khusus mengenai cara berkomunikasi dengan remaja (Haller et al, 2007). Selain itu petugas bersikap kurang bersahabat dan kurang simpatik (Koster, 2001).

- **Biaya rujukan**  
Tarif yang tinggi menjadi masalah bagi remaja dalam membiayai layanan kesehatan (De Bolmonte, 2000).
- **Petunjuk pelayanan kesehatan**  
Tidak ada petunjuk pelaksanaan yang standar (De Bolmente, 2000).
- **Lama pelayanan**  
Hanya 40% remaja yang mengaku memiliki waktu yang cukup dengan provider kesehatan (Bethell, 2001).
- **Jadwal Pelayanan**  
Layanan yang paling diminati oleh remaja yakni yang sesuai dengan jadwal remaja (Berhane, 2005).

- Waktu tunggu

Perlu meminimalisir waktu tunggu selama pelayanan (Provencher, 2007).

### 2.1.8.3 Pencarian bantuan untuk kebutuhan khusus

Seperti masalah seksual dan kesehatan reproduksi, HIV/AIDS, kesehatan mental termasuk bunuh diri, tersedianya informasi yang mengajarkan bagaimana jika remaja menjadi orangtua. Joshi (2006) masalah yang dihadapi remaja seperti masalah menstruasi, HIV/AIDS, mimpi basah, masalah psikologis, sedangkan masalah keputihan merupakan masalah yang paling sering dihadapi perempuan.

### 2.1.8.4 Program dan kebijakan promosi kesehatan remaja

#### 1. Kampanye, hotline dan pusat informasi

Remaja yang terpapar kampanye (program promosi kesehatan) lebih banyak memiliki kesempatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan remaja yang tidak terpapar (JHU, 1997). Sosial marketing dibutuhkan sebagai cara promosi kesehatan (Provencher, 2007).

#### 2. Pelayanan terpadu/terintegrasi

Pelayanan yang telah mengintegrasikan pelayanan ramah remaja memiliki penilaian yang tinggi dibandingkan dengan pelayanan yang belum terintegrasi (Dikson, 2007).

### 2.1.9 Hasil Penelitian yang terkait dengan Pencarian Pengobatan dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja

Beberapa hasil penelitian yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi dan hambatan-hambatan yang didapati oleh remaja dalam mengakses pelayanan kesehatan tersebut:

#### 1. Joshi (2006) mengenai 'Masalah Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Pencarian Pengobatan Remaja di Wilayah Perkotaan India'

Studi kuantitatif pada anak sekolah (11-14 tahun) yang dilakukan secara random dimaksudkan untuk menggali permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi serta perilaku pencarian pengobatan pada mereka.

Dilaporkan sebanyak 72% perempuan dan 56% remaja laki-laki pada saat penelitian mengalami masalah kesehatan. Namun, hanya 43% perempuan dan 35% remaja laki-laki saja yang melakukan pencarian pengobatan secara sukarela, sedangkan seperlimanya melakukan pengobatan di klinik.

Menstruasi, HIV/AIDS, mimpi basah serta seksual intercourse menjadi masalah psikologis yang mendominasi mereka. Sedangkan masalah gangguan menstruasi, keputihan serta gangguan saat kencing merupakan masalah yang paling sering dihadapi anak perempuan.

2. Bethell (2001) tentang 'Penilaian Sistem Pelayanan Pencegahan Remaja: Survei Pelayanan Kesehatan Remaja'.

Survei yang dilakukan pada 4060 remaja di Amerika Serikat tahun 2001 yang bertujuan untuk menyusun metode yang reliabel, valid dan feasible yang digunakan untuk dalam petunjuk penatalaksanaan pelayanan konseling dan skrining pencegahan. Meskipun penelitian ini tidak untuk mengukur efektifitas upaya pelayanan pencegahan untuk remaja, namun hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan yang terjaga kerahasiaan (kepercayaan) serta menjaga privasi klien secara signifikan dapat meningkatkan upaya pelayanan berupa konseling dan skrining.

Provider kesehatan diharapkan mampu mendengarkan permasalahan remaja dengan seksama terutama pada permasalahan-permasalahan yang penting. Pelayanan tidak hanya bisa diberikan pada sebagian remaja saja, namun juga di kepada semua remaja diharapkan mampu meningkatkan pelayanan.

3. Brindis et al dalam Pelayanan Terintegrasi dan Bersahabat untuk Remaja sebuah Penilaian Program Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual untuk Remaja.

Penelitian yang dilakukan di 10 klinik pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual di Negara bagian Alameda, California yang mengintegrasikan model pelayanan remaja bertujuan untuk melihat hubungan antara program integrasi

dengan bersahabat terhadap remaja. Didapatkan bahwa konseling HIV sangat minim dalam pengintegrasian tersebut. Sedangkan hubungan bersahabat terhadap remaja dalam program itu negatif meski tidak terlalu signifikan.

4. Shaw (2009) dalam Akses terhadap Kesehatan Reproduksi dan Seksual untuk Remaja antara Hak dan Fakta.

Pelayanan yang ramah remaja memerlukan confidentialitas, privasi, menjauhkan dari sikap-sikap yang menghakimi (judgemental) serta menghargai hak-hak yang dimiliki oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan-pelayanan tersebut.

5. John Hopkins University (1997): kebutuhan Pelayanan Kesehatan Ramah Remaja di Zimbabwe.

Dewan Nasional Keluarga Berencana Nasional Zimbabwe (*Zimbabwe's National Family Planning Council*) melakukan proyek Kampanye Promosi Remaja yang Bertanggung jawab di beberapa wilayah perdesaan dan satu kota. Metode Quasi-experimental dan disertai dengan base line survei yang menyertakan 1.400 remaja perempuan berusia 10-24 tahun sebagai repondennya. Data memperlihatkan bahwa sebagian besar remaja (72 persen) memilih teman sebagai teman berdiskusi mengenai kesehatan reproduksi, diikuti berdiskusi dengan saudara sekandung, orangtua, serta guru (34 persen). Remaja yang terpapar dengan kampanye lebih banyak memiliki kesempatan untuk memanfaatkan pelayanan remaja (34 persen) dibandingkan dengan yang tidak terpapar (hanya 9 persen). Ditambah lagi, remaja terpapar kampanye lebih banyak untuk berdiskusi dengan pendidik sebaya (32 persen) dibandingkan yang tidak.

6. De Bolmonte et al (2000) tentang Hambatan Remaja dalam Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Tiga Kota Bolivia.

Didasarkan atas rendahnya remaja yang mengakses pelayanan dan informasi kesehatan reproduksi maka dilakukan penelitian untuk mengetahui hambatan remaja dalam memanfaatkan pelayanan. Hambatan fisik: karena penelitian di

kota besar mengakses secara fisik fasilitas pelayanan tidak menjadi isu penting, hanya maka hanya 20 persen saja yang mengaku tidak mengetahui keberadaan fasilitas layanan tersebut di masyarakat. Layanan penting seperti penyediaan skrining IMS sangat minim.

Hambatan secara ekonomi, yakni masalah tarif yang dirasakan cukup tinggi hingga remaja tidak mampu membayar layanan. Masalah administratif seperti minimnya kebijakan pemerintah yang mendukung pelayanan kesehatan remaja. Selain itu sebagian besar provider kesehatan tidak mengetahui secara spesifik kebutuhan dalam pelayanan kesehatan remaja. Ketiadaan petunjuk pelaksanaan yang standar serta kurangnya tenaga kesehatan terlatih khusus dalam melayani remaja. Adanya rasa malu, gugup, perasaan bersalah saat mengakses pelayanan juga menjadi hambatan psikososial. Disamping itu, ketiadaan konfidensialitas menjadi faktor yang penting dalam menghambat remaja dalam memanfaatkan layanan.

7. Agampodi (2008) mengenai Persepsi Remaja terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Sri Lanka.

Studi Kualitatif pada 32 remaja usia 17-19 tahun bertujuan untuk mengetahui perilaku pencarian pengobatan, pengetahuan keberadaan dan hambatan-hambatan yang dihadapi remaja dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan. Stress menghadapi pada saat menstruasi serta masturbasi merupakan masalah yang umumnya dihadapi oleh remaja. Sebagian besar remaja putri tidak mengetahui keberadaan pelayanan bahkan semua remaja laki-laki tak satupun yang menyadari adanya fasilitas tersebut.

Minimnya pengetahuan remaja mengenai keberadaan fasilitas, menjadi masalah utama ketidakmampuan mengakses layanan. Selain itu, kurangnya pengetahuan remaja dalam kesehatan reproduksi menyebabkan mereka tidak percaya diri untuk mendiskusikan permasalahannya. Hambatan lain, minimnya konfidensialitas, layanan yang kurang bersahabat. Oleh karena itu,

remaja lebih memilih klinik swasta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi dibandingkan pelayanan yang disediakan oleh pemerintah.

8. Haller, M.H. et al (2007) dalam "Menuju Pelayanan Ramah Remaja: Survei Pelayanan Remaja di Pelayanan Dasar".

Penelitian potong lintang terhadap 501 remaja (16-24 tahun) di Australia mendapati bahwa remaja berharap dokter keluarga/provider kesehatan yang memberikan pelayanan terhadap mereka mampu memberikan kenyamanan dan masukan bagi mereka. Dokter keluarga pun memiliki peran penting dalam memberikan petunjuk/guidence dan masukan pada remaja mengenai cara pencarian pengobatan serta mengatasi ketakutan masalah-masalah yang mereka hadapi. Ditekankan pula perlu keahlian khusus yang diperoleh melalui pelatihan dalam berkomunikasi dengan remaja.

9. Berhane tahun 2005 dalam 'Pola dan yang Paling Diminati Remaja dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan : Konsultasi Masalah Kesehatan Reproduksi dan Stress'

Survei *cross sectional* di 13 sekolah lanjut pada 2.647 siswa di Adis Ababa, Ethiopia menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan remaja yang tersedia, tidak dapat diakses (30,5 persen), tarif layanan dianggap mahal (20,2 persen dan tidak dapat diterima oleh mereka (24,2 persen). Hambatan utama yang remaja hadapi dalam memanfaatkan pelayanan tersebut karena adanya rasa malu, takut jika diketahui oleh orang yang dikenal atau orangtua (67,8 persen). Sedangkan layanan yang paling diminati oleh remaja yakni jadwal yang disesuaikan dengan jadwal mereka (70,1 persen) serta menyediakan potongan harga dan bila memungkinkan pelayanan tersebut bersifat gratis (80,0%). Remaja pada saat memiliki masalah terkait kesehatan reproduksi justru kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

10. Koster (2001), 'Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi oleh Remaja Laki-laki di Bagian Timur Ghana'

Studi kualitatif yang dimaksudkan untuk mengetahui penyebab rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan reproduksi oleh remaja pria. Didapatkan bahwa mereka mendapatkan informasi yang minim mengenai kesehatan reproduksi dari sekolah, orangtua, atau pelayanan kesehatan. Hambatan berupa adanya batasan usia serta sikap petugas yang kurang simpatik dan kurang bersahabat dalam pemberian pelayanan.

Disamping itu, merkapun didera rasa malu dan takut saat harus menceritakan permasalahan yang terkait kesehatan reproduksinya kepada provider kesehatan, terutama pada provider perempuan. Ketiadaan *privacy* dan konfidensialitas di pelayanan umum kesehatan dirasakan oleh remaja laki-laki sebagai hambatan mereka untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan.

11. Santelli et al (2002) dalam 'Realibilitas pelaporan Konseling Klinis, Penggunaan perawatan kesehatan, dan perilaku kesehatan remaja' Survei terhadap 253 siswa SMA yang bertujuan untuk menilai reliabilitas tes-tes dan faktor-faktor yang berhubungan dengan reliabilitas laporan remaja dalam konseling klinis, pelayanan pencegahan kesehatan, dan perilaku kesehatannya.

Perilaku kesehatan individu menunjukkan skor reliabilitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan pertanyaan tentang konselor, penerimaan pelayanan kesehatan.

Regresi multivariat memperlihatkan demografi (umur, etnis) tidak menjadi prediktor sedangkan perempuan lebih reliabel sebagai pelapor dibandingkan laki-laki. Gender dihubungkan dengan realibilitas perilaku dan penggunaan pelayanan kesehatan.

12. Agarwal (2008) berjudul 'Promosi Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual yang Bersahabat'.



Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi dan Seksual sebagai salah satu dimisi kesehatan perdesaan di India bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi 230 juta remaja (10-19 tahun).

13. Choi (2004) dalam 'Perubahan Paradigma Pemberian Pelayanan Kesehatan Remaja'

Selama sepuluh tahun penelitian longitudinal dimaksudkan untuk mengembangkan tool untuk mengidentifikasi risiko-risiko potensial yang dipunyai remaja baik berupa gangguan mental maupun perilaku sehingga nantinya dapat mempermudah program pencegahan. Diketahui bahwa para pemberi pelayanan kesehatan dapat langsung menjangkau masyarakat serta memenuhi kebutuhan remaja yang belum mampu mencari pengobatan sendiri. Terjadinya perubahan paradigma konseling yang tadinya hanya melalui pendekatan individu dan berubah kepada pendekatan sistem.

14. Kumar (2008) pada penelitian berjudul 'Perilaku Pencarian Pengobatan Remaja: Perbandingan 2 Model Pemberian Pelayanan'.

Suvei terhadap 360 siswa bertujuan melihat persepsi remaja terhadap pencarian pengobatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja dengan membandingkan pelayanan berbasis sekolah dan klinik kesehatan remaja dilakukan di Kota Chandigarh. Selama 3 bulan terakhir mayoritas remaja (81 persen) mengalami permasalahan kesehatan, dimana 60 persen diantaranya masalah psikologis dan perilaku. Dalam mengatasi permasalahan yang dihadapinya, sebagian besar laki-laki cenderung memilih teman sebayanya untuk menyelesaikan masalah (43 persen), sedangkan 63 persen anak perempuan berkonsultasi dengan ibu mereka. Pemanfaatan pelayanan kesehatan di klinik lebih tinggi dibandingkan dengan pelayanan berbasis sekolah, dimana permasalahan psikologis atau masalah perilaku memiliki proporsi yang signifikan.

15. Dikson (2007), dalam 'Apakah Pembuatan Standar Pelayanan Ramah Remaja Meningkatkan Kualitas Pelayanan Klinik? Sebuah Bukti dari Afrika Selatan.

Evaluasi program dengan menggunakan *quasi-experimental* desain kasus kontrol terhadap 11 klinik yang melakukan program pelayanan ramah remaja melalui *the National Adolescent Friendly Clinics Initiative* (NFCI) dan 11 klinik lainnya sebagai kontrol. Evaluasi menggunakan kriteria-kriteria tertentu, hasilnya memperlihatkan klinik yang telah lama mengimplementasikan NFCI memiliki nilai lebih tinggi dibandingkan dengan klinik lainnya dan selanjutnya dapat direkomendasikan menjadi klinik ramah remaja. Klinik-klinik NFCI mempunyai tampilan lebih baik pada kriteria pelayanan ramah remaja yang memasukkan pengetahuan remaja serta sikap yang tidak menghakimi (*judgemental*) pada staf-staf klinik dibandingkan dengan klinik kontrol.

16. Akinbami tahun 2008 dalam 'Ketersediaan Pelayanan Kesehatan dan Praktek Pelayanan di Tingkat Dasar yang Konfidensial bagi Remaja'. Penelitian di Washington, DC berupa survei melalui telepon terhadap 372 dokter anak, dokter internal dan dokter keluarga pada praktek-praktek dokter yakni 86 persen dari jumlah total yang dikontak. Penelitian bertujuan untuk melihat dan mengukur ketersediaan pelayanan yang terbuka terhadap remaja serta menyediakan pelayanan perjanjian yang bersifat konfidensial pada remaja di pelayanan dasar dan membandingkannya terhadap respon medis.

Hasilnya dokter anak kurang membuka pelayanan terhadap remaja dibandingkan dokter keluarga dan dokter internal. Semua tipe praktek memiliki tingkat konfidensialitas yang rendah. Pelayanan medis yang terbuka bagi remaja dan memiliki konfidensialitas, sangat terbatas. Diantara staf pelayanan dan tenaga medis, memiliki ketidaksetujuan dalam hal penyediaan pelayanan konfidensial bagi remaja. Remaja yang menggunakan perjanjian lewat telepon kurang mendapatkan informasi yang akurat tentang kebijakan yang bersifat rahasia.

17. Provencher (2007) dalam 'Hambatan-hambatan bagi Remaja dan Remaja Laki-laki Mengakses Pelayanan Kesehatan Reproduksi'.

Manfaat yang ingin dicapai dari penelitian kualitatif di Houston, Texas ini untuk mengidentifikasi kebutuhan dan hambatan-hambatan yang dihadapi oleh remaja dalam mengakses pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keluarga berencana, selain itu diharapkan dapat mendapatkan pelayanan yang bisa menarik remaja pria untuk memanfaatkan klinik pelayanan.

Masalah Infeksi Menular Seksual (IMS), kesehatan jiwa serta narkoba menjadi masalah utama yang dihadapi oleh remaja. Sedangkan hambatan, para remaja laki-laki mengaku bahwa mencari pengobatan dianggap kurang jantan, secara emosional ada rasa ego atau bangga untuk tidak memeriksakan ke tenaga medis, lokasi klinik menjadi faktor penyebab lain.

Ada beberapa saran yang diberikan untuk perbaikan pelayanan, termasuk meminimalisir waktu tunggu, menghilangkan image klinik hanya untuk pelayanan perempuan, tambahan tenaga perawat serta meminta agar remaja diperlakukan dengan rasa hormat. *Social marketing* dibutuhkan sebagai cara promosi kesehatan di klinik sekolah, masyarakat, serta lewat media. Format dan desain klinik juga perlu diubah agar sesuai dengan jiwa muda mereka.

18. Kennedy dan Mcphee (2006) dalam "Akses terhadap Konfidensialitas di Pelayanan kesehatan Seksual"

Penelitian kualitatif ini dilakukan pada remaja perempuan di pelayanan kesehatan remaja sekolah-sekolah maritim di daerah perkotaan dan perdesaan. Hasil studi memperlihatkan bahwa pelayanan kesehatan yang tradisional kurang menjaga unsur konfidensialitas dan sering melaporkan kasus kepada orangtua mereka. Penelitian ini menyarankan bahwa remaja perempuan mempunyai kebutuhan absolut untuk menjaga pandangan yang positif dari orangtua mereka dengan tidak membuka mengenai aktivitas seksual remaja.

19. Long et al (2003) dalam "Akses Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja: Hambatan Keuangan dan Struktural" yang dilakukan di Inggris, Amerika Serikat, dan Negara-negara Eropa Barat, menyebutkan perlunya memasukkan perlindungan konfidensialitas remaja dalam kurikulum pendidikan profesional kesehatan dan menyediakan panduan implementasi kebijakan dan dasar praktek konfidensialitas.
20. Jaruseviciene, L., Lavasseur, G., Liljestrand, J. 2006, 'Konfidensialitas bagi Remaja yang Mencari Pelayanan Kesehatan: Persepsi Dokter-dokter Praktek', *Reproductive Health Matter* 2006;14 (27): 129-137.
- Penelitian ini dimaksudkan untuk mengukur faktor yang menyebabkan dokter praktek menghormati konfidensialitas/kerahasiaan bagi remaja usia kurang 18 tahun. Sebanyak 20 wawancara mendalam dilakukan secara purposif pada para dokter praktek. Menghormati kerahasiaan dipengaruhi oleh faktor eksternal, termasuk legislatif, sikap masyarakat terhadap seksualitas remaja, elemen fasilitas klinik seperti: kehadiran perawat pada saat konsultasi, cara pengisian rekam medis, faktor individu misalnya hubungan provider dengan remaja, keluarga, sikap mereka terhadap isu seksual dan kesehatan reproduksi.

Ditemukan menggambarkan pentingnya kebijakan komprehensif untuk memastikan hak konfidensialitas remaja di puskesmas termasuk reformasi legislasi, perubahan institusi, petunjuk profesional, aturan, perubahan dalam training medis dan keberlanjutan pendidikan.

## **2.2 Kualitas Pelayanan Kesehatan**

### **2.2.1 Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan bermanfaat karena akan mampu mendorong para pengguna/masyarakat mengaksesnya dan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan (Creel, 2002). Mutu pelayanan yang berkualitas adalah bila dalam kontak antara provider dan klien, klien merasa puas (Iskandar, 1994). Sedangkan Donabedian dalam bukunya "Definition of Quality and

Approaches to its Assessment” yang dikutip Wijono (1999) mengatakan bahwa ”mutu adalah suatu sifat yang dimiliki dan merupakan keputusan terhadap unit pelayanan tertentu dan bahwa pelayanan dibagi ke dalam paling sedikit dua bagian: teknik dan interpersonal.

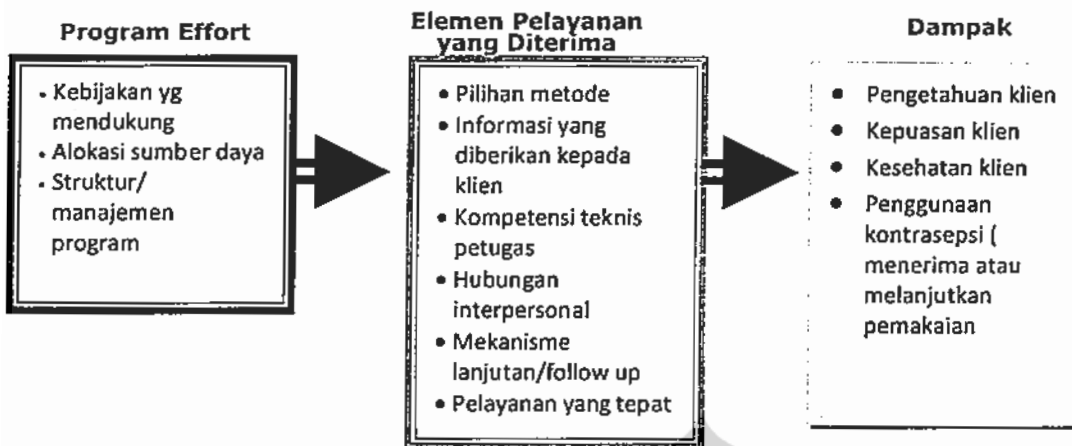
Namun didasarkan atas prioritasnya, kualitas pelayanan kesehatan meliputi aspek berikut:

- Klien: seorang yang persepsinya dipengaruhi oleh struktur sosial dan budaya, yang secara signifikan menekankan sisi kemanusiaan pelayanan.
- Provider/tenaga kesehatan: umumnya mereka sangat stres dengan tuntutan kebutuhan akan kemampuan teknis, dan juga infrastruktur dan logistik fasilitas pelayanan.
- Manager program memfokuskan pada sistem yang mendukung dan penyimpanan rekam medis.
- Pembuat kebijakan serta donor secara menyeluruh memfokuskan pada biaya, efisiensi, dan dampak investasi kesehatan (Creel, 2002).

Menurut BKKBN dan Population Council dalam Iskandar (1994) disebutkan penilaian kualitas dapat dikategorikan dalam 3 perspektif, yakni perspektif klien, perspektif petugas dan perspektif manager program. Menurut perspektif klien, kualitas sebagai *quality is services that meet the needs of clients in achieving their reproductive goals* atau menurut Wijono (1999) mutu pelayanan berarti empati, respek dan tanggap akan kebutuhannya, pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan mereka (Iskandar, 1994).

### 2.2.2 Kerangka Kerja Pelayanan Kesehatan

Bruce dan Anrudh memperkenalkan *Quality of Care* atau kualitas pandang klien yang didasarkan atas pengalaman klien sebagai penerima pelayanan (Iskandar, 1994). Creel (2002) mendefinisikan kualitas sebagai cara seseorang dan klien diperlakukan oleh sistem yang melayani mereka. Hipotes hubungan antara upaya program, kualitas pelayanan dan dampaknya dapat digambarkan seperti framework berikut ini:



Gambar 2.3 Kualitas Pelayanan dan Dampaknya (Bruce, 1990)

Bertrand dalam Creel (2002) menjelaskan bahwa kerangka kualitas pelayanan ini kemudian dimodifikasi dan diperluas kembali, dengan menambahkan:

- Memasukkan aspek kesehatan reproduksi lain seperti pencegahan dan pengobatan ISR/IMS, pelayanan maternal, skimming, konseling dan pelayanan rujukan
- Struktur kesehatan termasuk memasukkan mekanisme keberlanjutan
- *Incentif* dan disentif bagi perempuan yang melakukan sterilisasi
- Memasukkan unsur gender
- Memasukkan standar kualitas pelayanan yang dikeluarkan oleh pihak yang berwenang seperti departemen kesehatan, organisasi profesional atau fasilitas kesehatan yang bersangkutan.
- Mempertimbangkan akses klien terhadap pelayanan lainnya, seperti: jarak, biaya, sikap provider/tenaga kesehatan.

Modifikasi kerangka kualitas pelayanan kesehatan semakin menempatkan klien sebagai bagian yang penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang harus mereka dapatkan.

### 2.2.3 Hak-hak Klien

Untuk memastikan *quality of care*, *International Planned Parenthood Foundation* (IPPF) mengeluarkan sepuluh hak-hak klien dan provider kesehatan. Hak tersebut meliputi hak untuk mendapatkan informasi yang tepat, hak untuk dapat menjangkau pelayanan, hak untuk mendapatkan pilihan-pilihan metode, keamanan, keamanan, pelayanan yang menghormati dan serta nyaman, *privacy* dan *confidentialitas*, keberlanjutan pelayanan, dan beropini (IPPF, 2009); mendapatkan pelayanan oleh provider profesional yang kompeten, pemberian informasi dan konseling, jadwal pelayanan yang nyaman, waktu tunggu yang dapat diterima, dan harga dapat dijangkau (Creel, 2002).

### 2.2.4 Pengukuran Kualitas Pelayanan

Pengukuran kualitas pelayanan menandakan sesuatu yang penting, memonitor apa yang terjadi, dan nantinya dimaksudkan agar bisa menempatkan program yang tepat sesuai kebutuhan. Selain itu, manfaat lain yang didapat adalah bisa menyediakan informasi untuk program ke depan yang lebih strategis dan bisa menjadi dasar untuk membuat standar *performance* provider (Creel, 2002).

Berikut beberapa yang bisa dijadikan indikator untuk kualitas pelayanan kesehatan:

#### *Provider*

- Memperlihatkan kemampuan praktek konseling yang baik
- Memastikan adanya jaminan *confidentialitas* bagi klien
- Menanyakan mengenai masalah yang terkait dengan kesehatan reproduksinya
- Berdiskusi dengan klien menggunakan cara/metode yang disukai klien
- Menyebutkan (inisiatif klien atau merespon) topik kesehatan reproduksi seperti HIV/AIDS, pencegahan IMS/ISR
- Memperlakukan klien dengan hormat
- Memberikan informasi yang akurat mengenai topik-topik kesehatan yang disampaikan
- Memberitahu klien kapan harus kembali ke pelayanan kesehatan

- Melakukan tindakan klinis sesuai dengan panduan yang ada.

#### *Staf*

- Memperlakukan klien dengan hormat dan menjaga harga dirinya

#### *Klien*

- Berpartisipasi dengan aktif selama diskusi
- Menerima informasi yang sesuai dengan tepat
- Mempercayai bahwa provider akan menjaga rahasia informasi yang diberikan

#### *Fasilitas*

- Memiliki mekanisme yang fleksibel sesuai saran/masukan dari pasien
- Memiliki jadwal monitoring pelayanan yang rutin
- Mengikuti aturan yang dikeluarkan oleh pihak berwenang setempat
- Memiliki waktu tunggu yang dapat diterima (Creel, 2002)

### **2.3 Konfidensialitas/Kerahasiaan**

Hubungan antara pasien dan provider yang berkualitas merupakan gambaran keberhasilan sebuah pelayanan kesehatan (Johnson, 2000). Dokter dan tenaga kesehatan lainnya memiliki kewajiban terhadap pelayanan dan kewajiban untuk melaksanakan konfidensialitas pada setiap pasien, termasuk pada remaja (*Departement of Health, 2004*). Didasarkan atas *the American Medicine Association* (AMA) konfidensialitas dianggap penting karena menyebabkan klien bebas untuk menyampaikan masalah yang dialaminya secara jujur tanpa ditutup-tutupi. Dengan demikian, informasi yang jujur dan tanpa ditutup-tutupi memungkinkan provider kesehatan memberikan diagnosa dengan tepat dan memberikan tindakan yang tepat pula. Konfidensialitas atau dalam istilah kita disebut sebagai kerahasiaan, sangat berpengaruh terhadap pemenuhan kualitas pelayanan dan keberlanjutan pelayanan klien (Jaruseviciene, 2006).

#### **2.3.1 Definisi Kerahasiaan/Konfidensialitas**

Secara umum, informasi yang terkait dengan kesehatan, psikiatri dan penyalahgunaan obat terlarang merupakan informasi yang bersifat rahasia.



Ada beberapa pengertian kerahasiaan/konfidensialitas, yakni:

1. *Confidentiality is the assurance that information about identifiable persons, the release of which would constitute an invasion of privacy for any individual, will not be disclosed without consent except as allowed by law* (Yasnoff, Oregon Health Division, p.4).
2. *Confidentiality is ensuring that information is accessible only to those authorized to have access (only with the permission of the client)* (Ninuk Widyantoro, Pakar Konseling).
3. *Confidentiality is to have the information confined between the client and confidant/provider* (SEARO-WHO, 2006, p. 6).
4. *Confidentiality refers to protection of the privileged and private nature of information shared during a health care encounter and other information and records about the encounter* (ACOG, 2009, p. 3).
5. *Confidentiality is defined as the privilege and private nature of information provided during the health center care transaction* (Elster and Kuznets dalam Kamau (2006)).
6. Konfidensialitas merujuk pada kewajiban hukum dan etika yang berkaitan dengan informasi yang kita terima dari orang lain. Penerima informasi memiliki kewajiban untuk tidak menggunakan informasi tersebut untuk urusan/manfaat lain (Dunbabin, 2002).

Dari definisi di atas, maka konfidensialitas/kerahasiaan dapat diartikan sebagai kondisi istimewa serta khusus yang memastikan informasi yang disampaikan klien selama pelayanan kesehatan terjaga dan informasi tersebut hanya bisa diakses oleh pihak-pihak yang memiliki otoritas untuk mengaksesnya (hanya jika diijinkan oleh klien) serta dilindungi secara hukum dan etika.

Adanya konfidensialitas selalu disandingkan dengan adanya *privacy*. *Privacy* berasal dari kata *privatus* yang didefinisikan sebagai "separated from the rest" (Ninuk Widyantoro, Pakar Konseling). Selain itu Yasnoff dari Oregon Health

Division menyebutkan Privacy sebagai “the right of individuals to hold information about themselves in secret, free from the knowledge of others”.

Konfidensialitas terkait dengan tanggung jawab untuk aturan batasan pengeluaran informasi, termasuk tanggung jawab untuk membuka dan menghasilkan informasi pengetahuan dan dan *consent*. Artinya informasi yang diterima oleh provider tidak diberitahukan kepada orang lain tanpa adanya *consent*, artinya provider dilarang:

- 1) berbicara kepada kolega dan asisten
- 2) berbicara kepada anggota keluarga
- 3) berbicara kepada staf lain (Lane)

### 2.3.2 Prinsip Etika Dasar Konfidensialitas

Ada beberapa yang menjadi dasar etika dalam pelaksanaan prinsip konfidensialitas, yaitu:

- *Autonom*: seorang konselor berlaku menghormati dan mengedepankan hak pasien untuk memiliki keputusannya sendiri.
- *Non-maleficence*- tidak membahayakan “do no harm.”
- *Beneficence*- seorang konselor bekerja membantu orang dan menjadikannya lebih baik.
- Adil (fairness) seorang konselor memastikan pelayanan diberikan kepada semua bersifat adil bagi semua.
- *Fidelity*- konselor membuat persetujuan dan memulai memberikan kepercayaan selama proses persetujuan.
- *Veracity*- (*truthfulness*) tanpa rasa percaya, konselor tidak akan dapat membangun hubungan kerjasama dengan klien.

### 2.3.3 Dasar Hukum Kerahasiaan/Konfidensialitas

Perlindungan atas hak profesi dan pasien (klien) sebagai pengguna sarana pelayanan kesehatan di Indonesia dijamin oleh hukum. Berikut adalah dasar-dasar hukum yang mendukung dijaminnya kerahasiaan/konfidensialitas pasien.

1. Undang-undang RI No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

2. Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang standar profesi dan keawajiban hukum, bahwa tenaga kesehatan jenis tertentu melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk membuat dan memelihara rekam medis, sebagai sumber informasi utama pasien.
3. Undang-undang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE) No. 11 Tahun 2008 tentang informasi dan transaksi elektronik

#### 2.3.4 Konfidensialitas pada Remaja

Baik remaja maupun orang dewasa memiliki hak untuk mendapatkan kerahasiaan, oleh karena itu semua pelayanan baik berupa pemberian nasehat/*advice* dan pemberian tindakan dalam masalah kontrasepsi, seksual dan kesehatan reproduksi harus memasukkan konfidensialitas sebagai kebijakan dengan panduan yang jelas (*Departement of Health, 2004*).

Menurut *American Academy of Pediatrics* dalam *the Guttmacher report (2005)*, tenaga profesional kesehatan berkewajiban menyediakan pelayanan yang terbaik sebisa mungkin untuk mengakomodasi kebutuhan pasien usia remaja. Kewajiban tersebut termasuk menjamin kerahasiaan (konfidensialitas). Sedangkan menurut *American Academy Family Physicians*, dengan adanya jaminan kerahasiaan akan mampu mendorong remaja untuk mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan dan memudahkan komunikasi yang lebih terbuka antara pasien dan provider (*the Guttmacher, 2005*).

Dalam Etika dan Kode Kedokteran Asosiasi Dokter Amerika (*American Medical Association/AMA*) disebutkan bahwa dokter wajib menjaga konfidensialitas/kerahasiaan pasien. Artinya dokter dituntut agar mampu melindungi kerahasiaan semua informasi yang dia terima dari pasien. Hal tersebut dimaksudkan agar pasien merasa bebas dalam menyampaikan permasalahannya secara utuh dan jujur (*Morreale, 2005*). Dengan informasi yang utuh tersebut, dokter dapat memberikan diagnosa dan pengobatan kesehatan secara tepat dan akurat ([www.advocatesforyouth.org](http://www.advocatesforyouth.org)).

### 2.3.5 Urgensi Konfidensialitas Remaja

Selama hampir beberapa dekade, isu konfidensialitas di pelayanan kesehatan diakui menjadi alasan bagi sebagian remaja untuk menggunakan atau menunda mengunjungi ke fasilitas kesehatan. Selain itu penelitian terkini memperlihatkan bahwa faktor privasi mempengaruhi pilihan remaja dalam pemilihan provider dan tempat layanan (Morreale, 2005).

Persatuan Dokter Amerika menyatakan peran penting sebuah konfidensialitas atau kerahasiaan. Berikut beberapa urgensi kerahasiaan, yaitu:

- Melindungi kerahasiaan pada pasien merupakan komponen dasar dari etika praktek profesional
- Kerahasiaan dan privasi merupakan hal penting untuk menciptakan komunikasi yang terbuka, jujur dan tepat antara provider dan pasien di pelayanan kesehatan.
- Komunikasi yang menjamin kerahasiaan merupakan faktor esensial untuk sebuah keefektifan pengobatan dan/atau penyediaan pelayanan terbaik yang dapat disediakan.
- Kerahasiaan dapat meningkatkan kesempatan pasien mendapatkan pelayanan yang tepat.
- Jaminan kerahasiaan meningkatkan harga diri dan/atau otonomi pasien
- Pelajaran membentuk keputusan pelayanan kesehatan yang tepat merupakan tugas penting. Seperti juga orang dewasa, remaja juga bertanggung jawab atas kesehatan dan keputusan medisnya.
- Remaja cenderung kurang menggunakan pelayanan kesehatan. Kepedulian terhadap faktor kerahasiaan pasien bermakna merepresentasikan hambatan yang signifikan terhadap pelayanan kesehatan remaja.
- Kerahasiaan pasien berperan penting dalam mencegah diskriminasi (Morreale, 2005).

Ada beberapa tips yang dapat melindungi konfidensialitas pasien (Adolescent Health Working group, 2003):

- Tidak membicarakan kasus/informasi pasien di jalan, lorong klinik, ruang tunggu, lift, tangga dan lainnya.
- Tidak menanyakan dan mengisi rekam medis remaja di area terbuka karena akan menyebabkan remaja merasa malu
- Remaja dapat memberikan nomor yang bisa dihubungi oleh provider atau setidaknya provider dapat meninggalkan pesan bagi mereka
- Tidak mengirimkan surat ke rumah remaja secara langsung dikhawatirkan mereka akan merasa tidak nyaman
- Pastikan ruangan dan pintu tertutup saat membicarakan topik yang sensitif seperti seksualitas, berat badan, penggunaan obat terlarang
- Ruang pengisian formulir yang aman dan menjaga privasi
- Pastikan leaflet/brosur yang ada di klinik tidak menyebabkan mereka merasa malu, misalnya memasang leaflet dan poster besar IMS.
- Sejak awal pemberian pelayanan, provider dituntut untuk terus menjaga kerahasiaan dan yakinkan klien bahwa informasi yang disampaikan selama konsultasi dan tindakan akan dijaga
- Memberikan alternatif pilihan klinik yang menjamin kerahasiaan dengan harga murah jika diharuskan melakukan tes khusus.
- Membuat cara perlindungan rekam medis pasien agar tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berkepentingan

### 2.3.6 Kebijakan dan Prosedur Perlindungan Kerahasiaan Pasien

Menurut Loxterman (1997), Petunjuk Pelayanan Pencegahan untuk Remaja yang dikeluarkan oleh Asosiasi Dokter Amerika (AMA) merekomendasikan bahwa provider diharuskan membuat kebijakan terkait kerahasiaan dalam pelayanan bagi remaja dan kesertaan orangtua dalam pelayanan. Dalam petunjuk tersebut direkomendasikan pula bahwa pelayanan kesehatan harus disesuaikan dengan remaja dan informasi yang diceritakan selama kunjungan pelayanan bersifat rahasia.

Kerahasiaan/konfidensialitas pelayanan kesehatan biasanya dibatasi oleh hukum setempat. Terbatasnya kerahasiaan hanya akan semakin menutup kesempatan

remaja menjangkau pelayanan pencegahan dan konseling sebelum masalah kesehatan terjadi. Oleh sebab itu, promosi kesehatan remaja, harus diikuti dengan dikembangkannya konfidensialitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan yang sensitif terhadap kebutuhan mereka dan keluarganya (Loxterman, 1997).

Dalam pelaksanaan kerahasiaan di pelayanan kesehatan dibutuhkan jaminan perlindungan berupa kebijakan dari institusi dan prosedur pelaksanaan. Ada delapan elemen pendukung untuk memastikan adanya jaminan kerahasiaan, yaitu:

1. Kebijakan dan prosedur  
 Provider kesehatan harus menerbitkan kebijakan dan prosedur yang dapat memastikan kerahasiaan tetap terjaga.
2. Rekam medis  
 Rekam medis baik yang berbentuk tertulis dan elektronik dapat terpelihara, tersimpan, tereproduksi, tertransfer dengan metode/cara yang baik sehingga kerahasiaan tetap terjaga (Morreale, 2005). Konselor memberikan akses kepada klien untuk mendapatkan salinan rekam medis mereka. Pada saat melibatkan pihak ketiga, konselor meminta ijin kepada klien. Jika klien meminta salinan rekam medis, konselor menyediakan konsultasi untuk interpretasi rekaman konseling (Barnett, 2005).
3. *Protocol*/protap pelaksanaan  
 Dibuat *protocol* pelaksanaan bagi tenaga kesehatan, pasien, dan orangtua ketika kerahasiaan harus diabaikan, ketika informasi terbuka, petunjuk *reimbursement*, akses terhadap rekam medis, dan/atau jadwal *appointment*.
4. Tenaga kesehatan yang terlatih  
 Provider/tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan kesehatan terhadap remaja harus terlatih dan terampil sesuai dengan kebijakan dan prosedur jaminan kerahasiaan.
5. Pelatihan/training jaminan kerahasiaan  
 Setiap tenaga kesehatan harus mendapatkan pendidikan dan training sehingga mereka dapat memahami regulasi/aturan dan kebijakan dalam hal *consent* dan kerahasiaan. untuk remaja.

## 6. *Provision*

Kebijakan institusi

## 7. Rujukan

Provider kesehatan yang tidak dapat menyediakan dan menjaga jaminan kerahasiaan harus/bisa merujuk pasien ke tempat pelayanan yang menyediakan kerahasiaan (Morreale, 2005).

## 8. Ekonomi

Pelaksanaan kerahasiaan juga harus mempertimbangkan faktor ekonomi atau biaya (Morreale, 2005). Barnet mengutip dalam Etika Dokumen *the American Art Therapy Association (AATA)* tahun 2003 disebutkan bahwa besarnya biaya yang dikenakan untuk konseling beralasan dapat diterima.

## 9. *Co-payment* (Morreale, 2005).

## 2.4 Remaja

### 2.4.1 Definisi Remaja

Remaja merupakan periode peralihan, pertumbuhan, eksplorasi dan kesempatan. Pada masa ini ditandai dengan perubahan fisik dari masa anak-anak kematangan secara fisik (UMM, 2003).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1974 mendefinisikan menuju remaja sebagai atau pemuda belasan tahun sebagai kurun waktu dimana seseorang secara bertahap menunjukkan karakteristik seks sekundernya hingga menuju perkembangan ke arah kematangan seksual, jiwanya berkembang dari anak menjadi dewasa, memantapkan identitas sebagai individu yang terpisah dari keluarganya dan keadaan sosio-ekonominya beralih dari ketergantungan menjadi relatif bebas. Hoffman (1994) menyebutkan masa remaja sebagai masa perubahan semua aspek dalam kehidupan seorang.

WHO mendefinisikan anak muda sebagai orang yang berusia 10-19 tahun (WHO, 2002). Namun WHO kemudian mengelompokkan remaja ke dalam beberapa kategori, yakni sebagai berikut:

- *Adolescent* (remaja), memiliki usia 10-19 tahun

- *Youth* (pemuda), memiliki usia 15-24 tahun
- *Young people* (anak muda), usia 10-24 tahun (Djaja, 2002)

#### 2.4.2 Ciri-ciri Masa Remaja

Seperti halnya dengan semua periode yang penting selama proses kehidupan, masa remaja memiliki ciri-ciri tertentu yang membedakannya dengan periode sebelum dan sesudahnya. Menurut ciri perkembangannya dibedakan dalam tiga tahap (WHO, 2002; Hoffman, 1994):

1. Masa remaja awal (10-13 tahun), memiliki ciri:
  - a. Munculnya masa pubertas
  - b. Masa pertumbuhan dan mulai menuju kematangan seksual
  - c. Ingin bebas
  - d. Mulai berpikir abstrak
  - e. Dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya
  - f. Lebih senang bergaul dengan teman sebaya dibandingkan dengan keluarga
  - g. Mengalami pertumbuhan tinggi yang sangat cepat dan mengalami puncaknya pada usia 12 tahun.
2. Masa remaja tengah (14-15 tahun), ciri-cirinya antara lain:
  - a. Perubahan secara fisik telah lengkap
  - b. Mencari identitas diri
  - c. Lebih dekat dengan teman sebayanya
  - d. Mempunyai rasa cinta yang mendalam
  - e. Mengembangkan kemampuan berpikir abstrak
  - f. Berkhayal tentang aktivitas seks
3. Masa remaja akhir (16-19 tahun)
  - a. Bentuk fisik sudah menyerupai orang dewasa
  - b. Selektif dalam mencari teman sebaya
  - c. Memiliki pendapat dan ide yang lebih matang
  - d. Membangun identitas diri lebih



### **2.4.3 Masa Remaja sebagai Periode yang Penting**

Masa remaja merupakan periode transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, yang ditandai dengan munculnya pubertas (Hoffman, 1994; Agampodi, 2008). Masa ini, remaja mengalami perkembangan yang sangat cepat menuju kematangan biologis, emosional, sosial dan fisik (Hurlock, 1994) serta kematangan seksual. Munculnya tanda-tanda pubertas berupa perubahan tampilan fisik, fungsi reproduksi, psikologi maupun kognisi transisi sosial yang berkaitan dengan hak, keistimewaan dan tanggung jawab yang memantapkan identitas dirinya sebagai individu (Agampodi, 2008).

Selain itu, periode remaja juga memberikan kesempatan untuk mencegah penyakit dan perilaku yang berdampak pada dirinya maupun pada lingkungannya. Kehidupan remaja yang unik yang disertai dengan perkembangan dan pertumbuhan yang sangat signifikan (English et al, 2009). Selama masa remaja, pembentukan pola perilaku menjadi sangat penting karena akan berdampak serius pada masa hidup selanjutnya (Gutierrez & Bertozzi, 2004). Pada masa pencarian identitas bersinggungan dengan pengalaman dan perilaku yang buruk seperti merokok, minum alkohol, narkoba, diet yang keliru, premarital seks yang berdampak buruk pada kesehatan (English et al, 2009).

Remaja bisa menempatkan dirinya pada hal yang berisiko tanpa berpikir akan akibat yang ditimbulkannya, memiliki rasa ingin tahu yang besar, penuh optimisme, namun terkadang diikuti dengan sifat panic dan depresi (WHO, 2002).

Pada saat ini pula, pelayanan kesehatan dapat berperan penting dalam pencegahan masalah-masalah kesehatan dan kesehatan mereka untuk mendapatkan kesehatan yang efektif (English, 2009).

## **2.5 Konsep Kesehatan Reproduksi**

### **2.5.1 Definisi Sehat**

Sehat didefinisikan sebagai “Keadaan sejahtera fisik, mental & sosial yang utuh bukan semata-mata hanya terbebas dari penyakit dan kecacatan” (WHO, 1992).

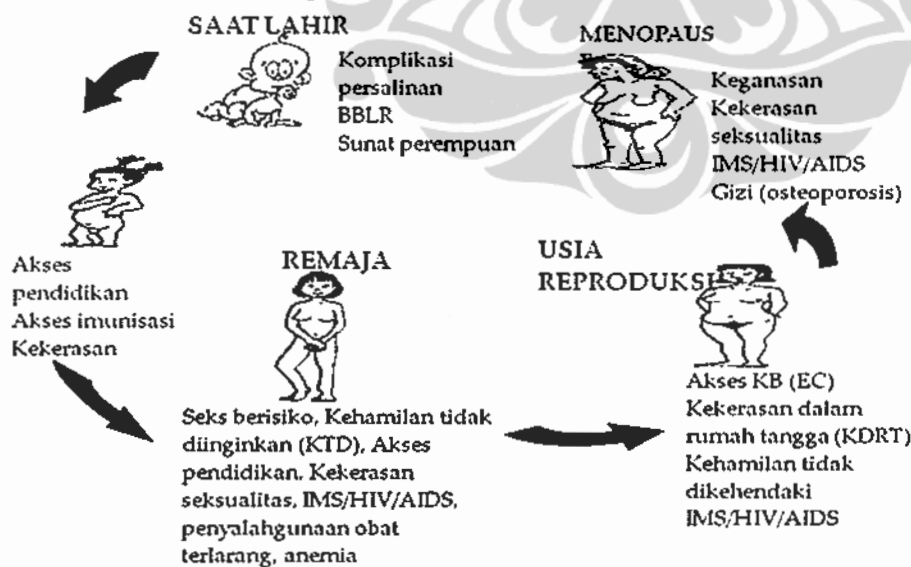
### 2.5.2 Definisi Kesehatan Reproduksi

Definisi "Kesehatan Reproduksi" menurut WHO (1992); Alcalá (1995); Depkes (1996) adalah "Keadaan sejahtera fisik, mental & sosial yang utuh bukan hanya semata-mata terbebas dari penyakit dan kecacatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksinya". Oleh karenanya, sesuai dengan definisi tersebut "pelayanan kesehatan reproduksi" diartikan sebagai konstelasi metode, teknik dan pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dengan cara mencegah dan memecahkan masalah kesehatan reproduksi (Depkes, 1996).

### 2.5.3 Definisi Kesehatan Reproduksi Remaja

Sedangkan definisi Kesehatan Reproduksi Remaja yakni "Suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi maupun proses reproduksi pada remaja itu sendiri" (WHO, 1992; Alcalá, 1995; Depkes, 1996).

### 2.5.4 Ruang Lingkup Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja Menggunakan Pendekatan Siklus Kehidupan



Gambar 2.4 Siklus Kehidupan Kesehatan Reproduksi

Dibandingkan kelompok umur lainnya, kesehatan remaja memiliki masalah yang lebih kompleks didasarkan atas faktor-faktor yang mempengaruhinya. Permasalahan remaja tidak hanya masalah fisik, namun juga masalah psikososial (Depkes a, 2005).

Didasarkan atas faktor fisik dan psikososial, masalah yang sering dihadapi remaja seperti berikut:

- a. Kesehatan secara umum
- b. Masalah menstruasi
- c. Gangguan gizi
- d. Peningkatan penyalahgunaan Napza
- e. Infeksi Menular Seksual termasuk HIV dan AIDS
- f. Premarital seks, kehamilan tak diinginkan dan aborsi
- g. Sunat perempuan
- h. Kecelakaan
- i. Premarital seks, kehamilan tak diinginkan dan aborsi
- j. Kecelakaan
- k. Kenakalan remaja
- l. Pelecehan seksual
- m. Kekerasan terhadap perempuan
- n. Kesehatan mental
- o. Gangguan makan (Depkes a, 2005; WHO, 2002)

## 2.6 Persepsi

### 2.6.1 Pengertian Persepsi

Menurut Robbins, persepsi diartikan sebagai suatu proses dimana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indra mereka agar memberi makna bagi lingkungan mereka (Robbins, 1996: 124). Sedangkan Gibson (1985) mendefinisikan persepsi sebagai proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya. Persepsi meliputi penerimaan stimulus, pengorganisasian dan penafsiran stimulus yang telah

diorganisasi dengan cara yang dapat mempengaruhi perilaku dan pembentukan sikap.

Menurut Thoha, dalam Sudibyo (2001), pada hakikatnya persepsi merupakan proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, dan penciuman. Kunci memahami persepsi terletak pada pengenalan bahwa persepsi merupakan penafsiran yang unik terhadap situasi, dan bukannya suatu pencatatan yang benar terhadap situasi. Sedangkan menurut Kossen, persepsi adalah cara memandang suatu situasi tertentu (Kossen, 1983: 33).

### 2.6.2 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Menurut Damayanti dalam Notoatmodjo (2005), faktor yang mempengaruhi terbagi menjadi dua bagian, yakni: faktor eksternal dan internal.

Faktor-faktor eksternal meliputi:

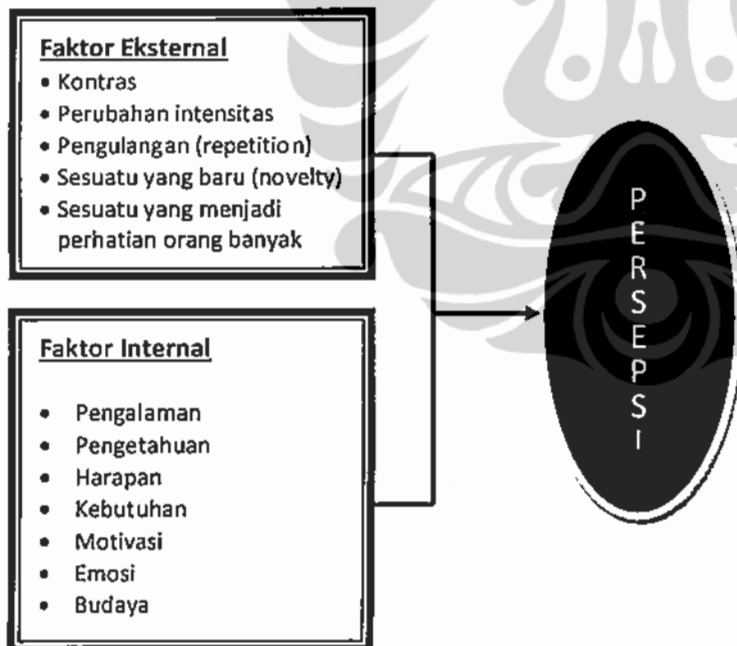
1. Kontras
2. Perubahan intensitas
3. Pengulangan (*repetition*)
4. Sesuatu yang baru (*novelty*)
5. Sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak.

Sedangkan faktor internal pada seseorang akan mempengaruhi bagaimana seseorang menginterpretasikan rangsangan/stimulus yang dilihatnya. Faktor internal, seperti berikut:

- Pengetahuan dan pengalaman  
Pengalaman atau pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan rangsangan yang kita peroleh. Pengetahuan merupakan hal-hal yang diketahui oleh seseorang. Sedangkan pengalaman masa lalu akan menyebabkan terjadinya perubahan interpretasi. Apa yang dilihat dapat mempengaruhi apa yang akan dirasakan (Notoatmodjo, 2005).
- Harapan yakni keinginan supaya menjadi kenyataan (KBBI, 1995)

- **Kebutuhan**  
Kebutuhan akan menyebabkan rangsangan tersebut dapat masuk dalam rentang perhatian seseorang.
- **Motivasi**  
Adalah dorongan dari dalam diri manusia yang mengarahkannya untuk melakukan tindakan atau keinginan yang perlu dipenuhi (Notoatmodjo, 2007).
- **Emosi**  
Emosi yang dimiliki seseorang berpengaruh pada persepsi terhadap stimulus yang ada.
- **Budaya**  
Budaya dan latarbelakang seseorang akan mempengaruhi cara pandang terhadap stimulus ada.

Jika digambarkan, maka persepsi atas faktor yang mempengaruhinya seperti berikut:



Gambar 2.5 Persepsi dan Faktor yang Mempengaruhinya

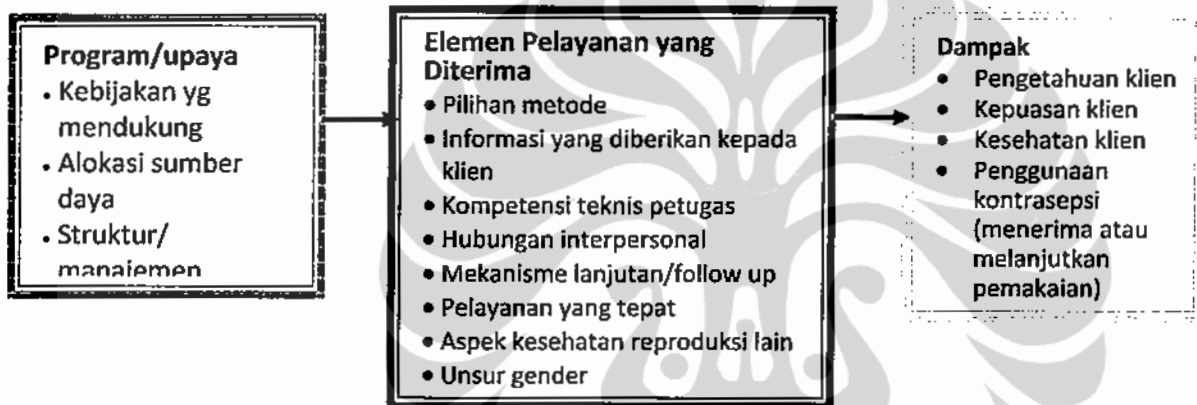
Sumber. Notoatmodjo (2005)

### BAB 3

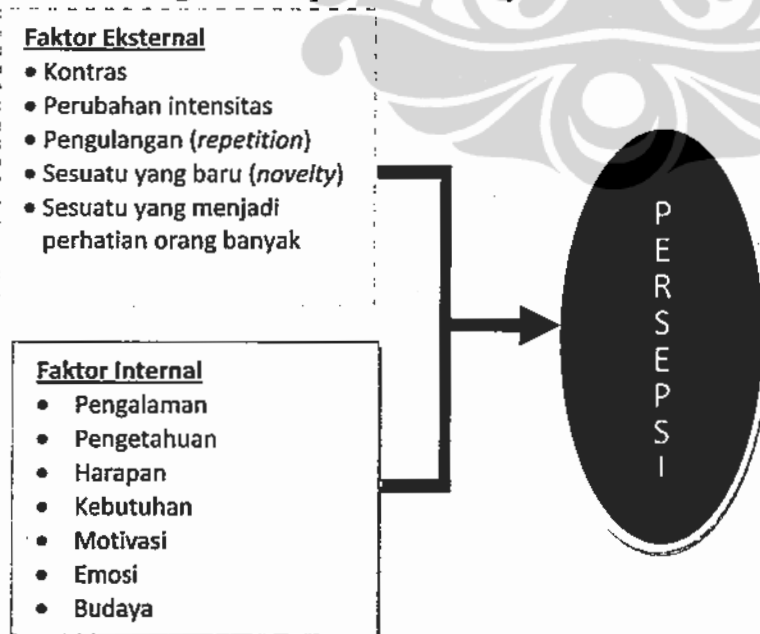
## KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

### 3.1 Kerangka Konsep

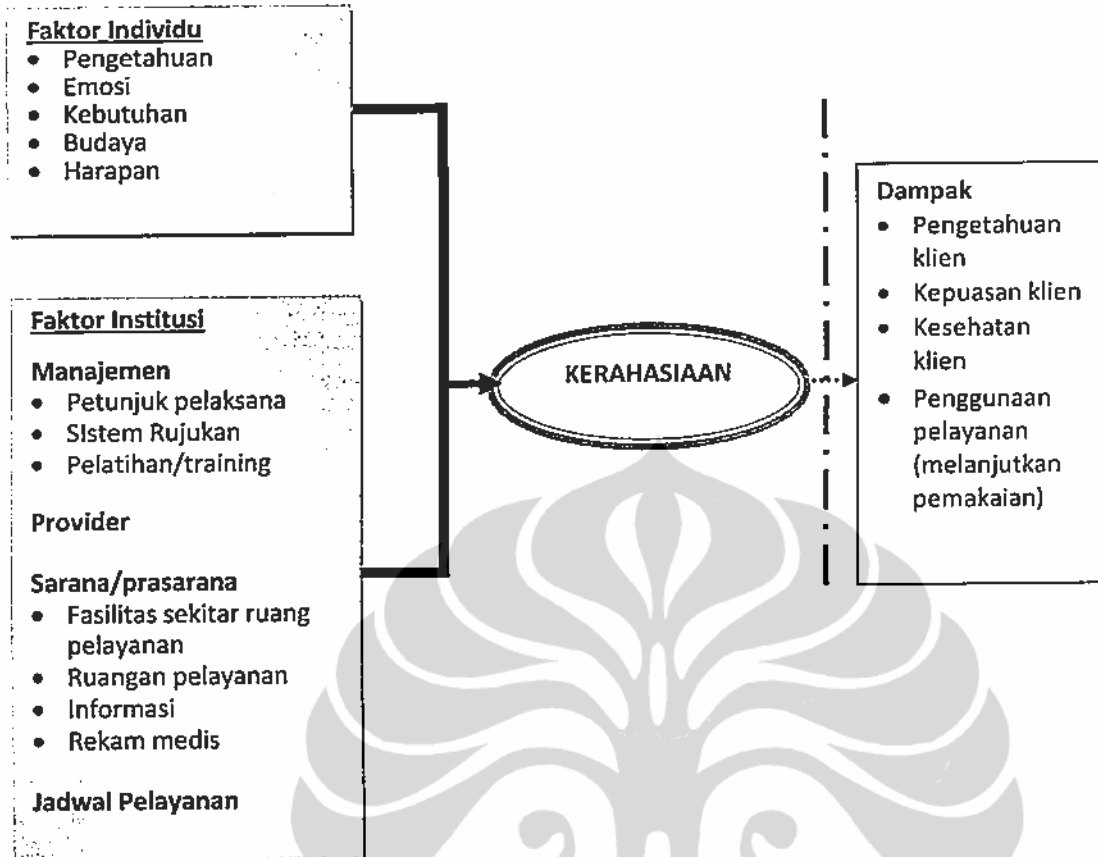
Berdasarkan kerangka kerja Bruce dan Anrudh (1990) mengenai kualitas pelayanan menurut persepsi klien yang dimodifikasi oleh Bertrand dalam Creel (2002). Kerangka tersebut mengidentifikasi bahwa ada 10 elemen dasar yang berkaitan dengan peningkatan pelayanan kualitas di program kesehatan reproduksi, seperti berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Kualitas Pelayanan Kesehatan Bruce&Bertrand.



Gambar 3.2 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan



Gambar 3.3 Kerangka Konsep Penelitian

Catatan:

Garis putus-putus merupakan batas dari lingkup penelitian yang tidak diteliti, dalam hal ini dampak pelayanan.

### 3.2 Definisi Istilah

**Kerahasiaan/Konfidensialitas** adalah kondisi yang memastikan informasi yang disampaikan klien PKPR selama pelayanan terjaga dan informasi tersebut hanya bisa diakses oleh pihak-pihak yang memiliki otoritas untuk mengaksesnya (hanya jika diijinkan oleh klien) serta dilindungi secara hukum dan etika.

#### A. Faktor Individu

- **Pengetahuan** adalah pemahaman informan mengenai sehat, kesehatan reproduksi, kesehatan reproduksi remaja, ketersediaan dan keterjangkauan puskesmas PKPR, hak-hak pasien dan hukum yang melindungi hak tersebut, serta konfidensialitas dalam pelayanan kesehatan reproduksi di Puskesmas PKPR.
- **Emosi** adalah perasaan yang dirasakan informan selama pelayanan PKPR berlangsung.
- **Kebutuhan** adalah hal-hal yang penting yang harus dipenuhi pada pelayanan kesehatan reproduksi di Puskesmas PKPR.
- **Budaya** adalah cara pandang dan norma-norma yang dianut oleh informan dan masyarakat tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja.
- **Harapan** adalah keinginan yang menjadi kenyataan informan dalam penyediaan Puskesmas PKPR (KBBI, 1995)

#### B. Faktor Institusi

##### B.1 Manajemen

- **Petunjuk Pelaksana** adalah protap pelaksanaan bagi tenaga kesehatan, pasien, dan orangtua yang juga memuat ketika kerahasiaan harus diabaikan, ketika informasi terbuka, petunjuk *reimbursement*, akses terhadap rekam medis, dan/atau jadwal *appointment*.
- **Rujukan** adalah sistem pelayanan yang mengatur penyediaan ketika pelayanan setempat tidak dapat menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien ke tempat pelayanan yang lengkap.
- **Pelatihan** adalah pendidikan dan training yang diberikan kepada provider kesehatan yang bertugas di PKPR sehingga mereka dapat memahami



pelayanan kesehatan pada remaja, aturan dan kebijakan dalam hal *consent* dan kerahasiaan.

**B.2 Provider** adalah tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan terhadap remaja yang terlatih dalam pelayanan remaja dan terampil dalam konseling dengan prinsip-prinsip yang harus dipenuhi termasuk kemampuan interpersonal (Morreale, 2005).

### **B.3 Sarana/prasarana**

- **Fasilitas Sekitar ruangan pelayanan** adalah situasi yang berada di sekitar ruangan pelayanan remaja mencakup ruang tunggu, ruangan-ruangan sekitar pelayanan, setting
- **Ruangan** adalah tempat khusus yang disediakan untuk pelayanan PKPR beserta tatanan yang mendukung pelayanan termasuk lemari, poster, gambar, dan lainnya.
- **Informasi** adalah hal-hal yang disampaikan dan diberikan provider kepada klien (Morreale, 2005)
- **Rekam medis** adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien baik yang tertulis maupun dalam bentuk elektronik yang terpelihara, tersimpan, tereproduksi, tertransfer dengan metode/cara yang baik.

**B.4 Jadwal pelayanan** adalah waktu pelaksanaan pemberian pelayanan PKPR (Morreale, 2005).

## BAB 4 METODE PENELITIAN

### 4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah *Rapid Assesment Procedures* (RAP) dengan menerapkan suatu metoda pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam, observasi serta telaah dokumen.

Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti. Wawancara mendalam pada informan serta informan-informan kunci serta proses observasi dilakukan oleh peneliti sendiri yang sekaligus berperan sebagai instrumen penelitian.

### 4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas PKPR “Y” dan “X” di wilayah Kotamadya Jakarta Selatan, tempat yang telah melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Pengambilan dan pengumpulan data dilakukan selama 4 minggu pada November-Desember 2009.

### 4.3. Informan

Teknik pengambilan sampel/informan menggunakan *purposive sampling*. Jumlah informan dalam penelitian ini mengacu pada azas dan prinsip kesesuaian (*appropriatness*) dan kecukupan (*adequacy*). Prinsip kesesuaian, artinya informan dipilih didasarkan atas pengetahuannya mengenai pelayanan puskesmas PKPR serta dianggap dapat memberikan informasi yang sesuai dengan penelitian. Kecukupan artinya sampel yang dipilih disesuaikan dengan jenis kedalaman informasi yang dibutuhkan peneliti.

Informan pada penelitian ini dikategorisasikan menjadi dua, yakni informan dan informan kunci. Informan pada penelitian ini adalah siswa SMA usia 15-19 tahun yang berkunjung ke Puskesmas “Y” dan “X” pada periode tahun 2009.

Sedangkan informan kunci adalah Kepala Puskesmas, penanggung jawab PKPR, Staf PKPR, pejabat Dinkes dan Sudinkes yang mengurus program PKPR di Jakarta Selatan, Pejabat Subdit Remaja Depkes RI, serta praktisi dan pakar konseling di Indonesia.

Jumlah informan didasarkan pada prinsip kesesuaian dan kecukupan. Jumlah informan dan informan kunci dalam penelitian ini sebagai berikut :

**Tabel 4.1. Jumlah Informan Penelitian oleh Remaja di Puskesmas PKPR Kecamatan "Y" dan "X" di Jakarta Selatan Tahun 2009**

Informan	Jenis Kelamin	Jumlah Informan (orang)
Pasien PKPR "Y"	Laki-laki	2
	Perempuan	2
Pasien PKPR "X"	Laki-laki	2
	Perempuan	2
<b>Total</b>		<b>8</b>

**Tabel 4.2. Jumlah Informan Kunci Penelitian oleh Remaja di Puskesmas PKPR Kecamatan "Y" dan "X" di Kota Jakarta Selatan Tahun 2009**

Informan Kunci	Jumlah Informan (orang)
Kepala Urusan Kesehatan Masyarakat dan Pelayanan Kesehatan	2
Koordinator program PKPR	2
Staf PKPR	2
Pejabat Dinkes program PKPR Jaksel	1
Pejabat Sudinkes program PKPR Jaksel	1
Kepala Subdit Remaja Depkes RI	1
Praktisi dan pakar konseling	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

Pada penelitian ini, tempat penelitian yaitu dua puskesmas yang dianggap oleh Departemen Kesehatan (Depkes) dan Sudinkes yang dianggap telah melaksanakan program PKPR. Pada awalnya, pengambilan data akan dilakukan di seluruh (empat) Puskesmas yang dianggap Depkes telah menjalankan program PKPR. Namun setelah disurvei dan dilakukan cek ulang terhadap keempat puskesmas tersebut, ternyata satu puskesmas menyatakan baru akan memulai dan satu puskesmas lainnya merasa belum menjadi Puskesmas PKPR. Dengan alasan tersebut akhirnya diputuskan Puskesmas "Y" dan "X" sebagai tempat penelitian.

Informan berasal dari dua puskesmas yang berbeda. Informan merupakan pasien/klien yang datang ke pelayanan PKPR yang berusia 15-19 tahun, yang berada pada pendidikan lanjutan tingkat atas pada saat mendapatkan pelayanan di tahun 2009.

Pada tabel berikut dapat dilihat sumber informasi, metode, jumlah informan, dan tempat pengumpulan data.

Tabel 4.3 Sumber Informasi, Metode, Jumlah Informan, Kriteria dan Tempat Pengumpulan Data

Sumber	Metode	Jumlah	Kriteria	Tempat
<b>Informan</b>				
Pasien remaja dari 2 puskesmas yang berbeda	Wawancara Mendalam (WM)	8 orang pasien @ 2 orang pasien laki-laki/ puskesmas @ 2 orang perempuan/ puskesmas  Informan berusia 17-19 tahun dan bersekolah di SMK (Sekolah Menengah Kejuruan) dan Sekolah Menengah Atas (SMA)	Remaja yang datang dan mendapatkan pelayanan PKPR selama periode tahun 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mushola sekolah</li> <li>• Restoran dan <i>food corner</i></li> <li>• Rumah pasien</li> </ul>
<b>Informan Kunci</b>				
Kepala Urusan Kesehatan Masyarakat	WM	Urusan Kesehatan Masyarakat		Puskesmas
Kepala Urusan Pelayanan	WM	Urusan Pelayanan Kesehatan		Puskesmas

Kesehatan Koordinator program PKPR	WM	Dokter yang bertanggung jawab dalam program PKPR	Telepon dan Puskesmas
Staf PKPR	WM	Bertugas di pelayanan PKPR	Puskesmas dan Telepon
Pejabat Dinkes program PKPR Jaksel	WM	Petugas yang bertanggung jawab pada urusan Kesehatan Keluarga (Kesga)	Kantor Dinkes dan Telepon
Pejabat Sudinkes Jaksel	WM	Petugas yang menjabat Koordinator Kesehatan Sekolah dan Remaja yang memiliki tugas dan fungsi melakukan bimbingan, pengawasan dan pengendalian. Menjabat koordinator sejak tahun 2003 hingga sekarang.	Kantor Sudinkes
Pejabat Subdit Remaja Depkes RI	WM	Pihak yang memiliki kebijakan dan perencanaan PKPR di Indonesia. Bertugas sebagai Kasubdit Remaja sejak tahun 2006	Kantor Depkes
Praktisi dan pakar konseling	WM	Pemerhati dan aktivis kesehatan reproduksi yang berpengalaman menjadi konselor selama puluhan tahun.	Kantor dan Telepon
<b>Total</b>		<b>18 orang</b>	

#### 4.4. Pengumpulan Data dan Instrumen Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam karena setiap informan memiliki karakteristik yang berbeda, sehingga dibutuhkan metode dan tempat khusus untuk bisa menggali informasi pada mereka.

Penelitian ini menggunakan metoda pengumpulan data berupa wawancara mendalam dan observasi untuk menggali informasi tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh remaja. Wawancara mendalam dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui secara lebih terinci mengenai kebijakan dengan alasan informan menggunakan fasilitas PKPR, mengenai kerahasiaan yang dialami selama pelayanan. Selain itu wawancara mendalam juga dilakukan untuk mengetahui secara mendalam tentang pemahaman kesehatan reproduksi yang dimiliki oleh masing-masing informan. Sebelum wawancara dilakukan, kepada para informan akan ditanyakan kesediaannya untuk diwawancarai dan izin untuk merekam

wawancara. Sedangkan observasi ditujukan untuk melihat dan mengkonfirmasi informasi yang diterima dan kondisi pelayanan yang sebenarnya.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara untuk metoda wawancara mendalam, pedoman observasi, alat perekam, dan buku catatan lapangan. Uji coba instrumen dilakukan kepada remaja yang pernah datang ke pelayanan, untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan telah menjawab apa yang menjadi pertanyaan dalam penelitian, serta untuk penyempurnaan instrumen penelitian.

Pengumpul data adalah peneliti sendiri dan proses pengumpulan data melalui telaah dokumen dilakukan dimanapun sesuai kebutuhan. Data yang ditelaah adalah buku data status dan rekam medis pasien, profil Puskesmas "Y", laporan pemaparan PKPR "Y", laporan PKPR "X", Laporan Puskesmas "X".

#### **4.5.1 Tahap Persiapan Pengumpulan Data**

Mengajukan permohonan ijin pengambilan data penelitian di Puskesmas Jakarta Selatan ke Sudinkes Jakarta Selatan, melaporkan surat persetujuan penelitian Sudinkes Jaksel ke Puskesmas "Y" dan "X" sekaligus berkenalan dengan para pengelola program dan mengambil data-data dasar. Selanjutnya memberikan surat ijin turun lapangan Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Indonesia ke Puskesmas "Y" dan "X".

#### **4.5.2 Tahap Pelaksanaan Pengumpulan Data**

Meminta ijin untuk melihat data remaja yang datang ke pelayanan PKPR di masing-masing pasien kepada Koordinator Program PKPR. *Me-list* pasien yang berusia 15-19 tahun yang bersekolah di sekolah setingkat lanjutan atas. Kemudian mengkonfirmasi data tersebut kepada bidan/kader kelurahan setempat, atau melalui langsung telepon ke remaja/keluarga berada.

Proses wawancara pada informan di "X" melalui sistem perjanjian dan menentukan tempat yang menurut informan merasa nyaman, yang didahului

proses pengenalan pendahuluan untuk membuat rapport yang baik. Sedangkan di “Y”, peneliti mendatangi informan dengan bantuan bidan, kader setempat maupun teman klien.

#### **4.5. Pengolahan dan Analisis Data**

Data kualitatif didapat dari hasil rekaman wawancara mendalam yang sudah dicatat kembali dalam bentuk kata per kata dan hasil observasi proses pelayanan remaja dan situasi di sekitar ruangan pelayanan. Hasil wawancara dibuat dalam satu transkrip. Segera setelah tiap wawancara mendalam berakhir, dilakukan analisis awal untuk mendata semua informasi yang penting. Seluruh daftar hal yang penting tersebut kemudian dikumpulkan dalam suatu matriks sehingga dapat dilakukan suatu perbandingan yang konstan.

Analisis data dilakukan dengan membandingkan jawaban-jawaban informan dan mencoba persamaan dan perbedaannya, menghubungkan temuan-temuan penelitian di dua puskesmas tersebut dan kemudian mengambil kesimpulan.

#### **4.6. Validitas Penelitian**

Untuk menjamin kesahihan data penelitian, dilakukan triangulasi sumber, triangulasi metoda dan triangulasi data. Triangulasi sumber yang digunakan adalah informan remaja dengan provider. Untuk jawaban mengenai kebijakan dan pelaksanaan pelayanan PKPR, triangulasi sumber antara provider, Kepala Urusan Kesmas dan Yankes, Pejabat Sudinkes, Pejabat Dinkes, dan Pejabat Subdit Depkes. Triangulasi metode yang digunakan adalah wawancara mendalam dan observasi. Serta triangulasi data yang dilakukan dengan cara mengkonfirmasi ulang dari informan terhadap hasil dengan tujuan sebagai umpan balik sehingga dapat memperbaiki hasil disamping diperkuat dengan telaah dokumen. Serta dilakukan analisa data bersama seorang yang telah berpengalaman dalam melakukan analisa kualitatif.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

##### 5.1.1 Kecamatan "X"

Wilayah Kecamatan "X" terletak di bagian Selatan Ibu Kota Provinsi DKI Jakarta. Ketinggian wilayah Kecamatan "X" sekitar 26 M di atas permukaan laut dengan dibatasi oleh dua buah sungai yaitu Sungai Ciliwing di sebelah Timur dan Sungai Krukut di sebelah Barat (Puskesmas "X", 2009).

Batasan wilayah Kecamatan "X" meliputi: di sebelah utara dibatasi oleh Jalan Empang Tiga, Jalan H. Samali dan Jalan Pulo Kecamatan Pancoran. Sementara sebelah Barat, Kali Krukut Kecamatan Cilandak, di Timur Kali Ciliwing Kecamatan Kramat Jati dan Kecamatan Jagakarsa (Puskesmas "X", 2009).



Gambar 5.1 Peta Wilayah Kecamatan "X"



Wilayah kecamatan ini terbagi atas tujuh kelurahan dengan 65 Rukun Warga (RW), 725 Rukun Tetangga (RT) dengan 54.590 Kepala Keluarga (KK) dan 247.553 jiwa dengan kepadatan 11.257 jiwa perkilometer. Berikut rincian pembagian wilayah tersebut sebagai berikut:

Tabel 5.1 Pembagian Wilayah Kecamatan "X"

Kelurahan	Luas Wilayah (Ha)	RW	RT	Jiwa	KK
"X"	278,68	10	110	29.347	6.425
Kebagusan	226,00	8	87	38.318	13.108
Jati Padang	249,80	10	101	33.736	5.561
Ragunan	504,74	11	108	36.133	6.259
Cilandak Timur	352,66	7	73	29.897	5.830
Pejaten Barat	289,79	8	100	34.089	8.961
Pejaten Timur	287,41	11	146	46.033	8.446
<b>Kecamatan</b>	<b>2.189,08</b>	<b>65</b>	<b>725</b>	<b>247.553</b>	<b>54.590</b>

Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Kec. "X" Tahun 2008

## 5.1.2 Puskesmas "X"

### 5.1.2.1 Gambaran umum

Puskesmas Kecamatan "X" dibangun pada tahun 1972 di atas tanah Provinsi DKI Jakarta, yang terletak di Jalan Raya Kebagusan. Luas puskesmas berlantai dua tersebut seluas 587 M<sup>2</sup> di atas tanah 1.250 M<sup>2</sup>. Pada tahun 1986, Puskesmas Kecamatan "X" mengalami pemekaran menjadi dua puskesmas, yakni Puskesmas Jagakarsa sebagai Puskesmas Perwakilan 5 kelurahan dan Puskesmas Kecamatan "X" dengan tujuh kelurahan yang beralamat di Jalan Raya Kebagusan "X", Jakarta Selatan.

### 5.1.2.2 PKPR

#### A. Profil PKPR “X”

Sebelum menjadi program PKPR, program pelayanan kesehatan pada remaja dikenal dengan program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang dimulai pada 1 April 1998. Program tersebut merupakan kerjasama antara Departemen Kesehatan, *the World Health Organization* (WHO) dan Perinasia. Pada awalnya kegiatan yang dilakukan melalui pelatihan terhadap 12 orang yang terdiri dari enam dokter dan enam tenaga paramedis.

Sasaran program adalah remaja yang berusia 10-19 tahun dimana tahun 2008 diperkirakan terdapat 37.343 remaja atau setara 15 persen dari total penduduk Kecamatan “X” (247.553 jiwa).

Sejak tahun 2007 sesuai dengan SK Kepala Dinas Kesehatan No. 2278/2007 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di seluruh Puskesmas Provinsi DKI Jakarta, program KRR berubah menjadi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Kegiatan Poli PKPR meliputi:

1. Penyuluhan di dalam gedung dan luar gedung
2. Pelayanan kesehatan

PKPR dilakukan setiap hari Rabu dari jam 08.30-12.00. Jenis pelayanan yang diberikan seperti: pemeriksaan fisik, skrining dan konseling pada remaja yang berusia 10-19 tahun yang berasal dari umum, jamsostek, askes dan gakin.

Di hari-hari lainnya ruang PKPR juga digunakan sebagai ruang untuk Poli *Diabetes Mellitus* dan Jiwa.

#### B. Alur Pelayanan PKPR

Para klien Puskesmas “X”, yang ingin mendapatkan pelayanan di Poli Umum, THT, Kulit, IMS, Paru, Anak, Gizi dan Laboratorium harus menuju lantai 2 untuk melakukan pendaftaran. Meja registrasi terbagi menjadi beberapa bagian loket, yakni jalur umum, jalur klien yang menggunakan asuransi kesehatan (askes,

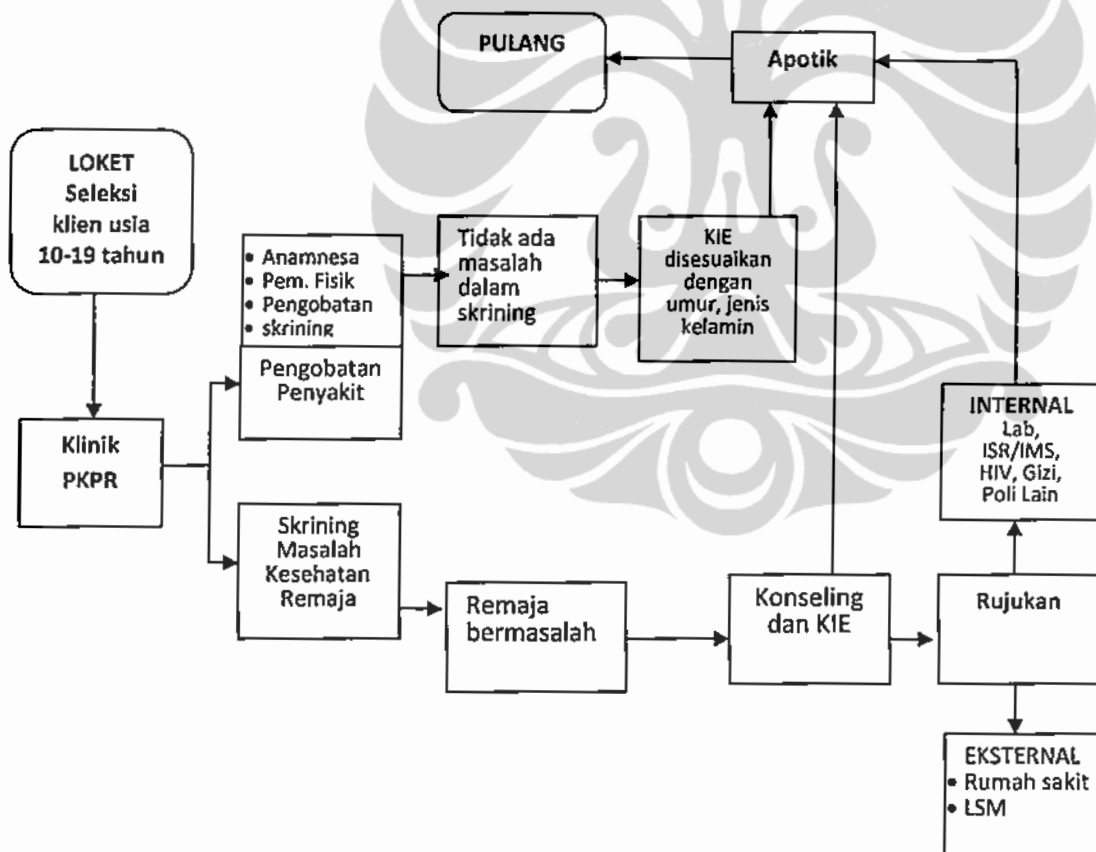
jamsostek), serta loket pembayaran. Di depan loket registrasi, klien disediakan kursi tunggu yang cukup nyaman dan diantaranya masih terbilang baru di sekitar ruangan tunggu terdapat kipas angin yang di sekitar ruangan tunggu terdapat kipas angin yang membantu memberikan kesejukan kepada para penunggu layanan. Akan tetapi, terkadang jika jumlah klien yang datang "membludak", kursi tunggu menjadi kurang mencukupi. Jadwal pendaftaran untuk semua pasien pagi dimulai jam 08.00 -11.00 siang.

Setiap hari Rabu, klien yang datang melakukan pendaftaran ke loket ke Puskesmas setelah mengisi formulir kecil yang meliputi nama dan usia. Jika klien memiliki usia dan masuk dalam kategori remaja (berusia 10-19 tahun), dengan keluhan kesehatan apapun maka petugas loket akan segera meminta klien untuk segera ke loket pembayaran dan meminta untuk langsung menunggu di ruang tunggu Kamar 15 yang merupakan tempat pemeriksaan untuk PKPR dimana dokter atau petugas PKPR lainnya akan melayani para remaja. Kamar 15 berada di pojok kiri puskesmas yang berada persis di samping balkon dan laboratorium. Klien akan dikenakan biaya sebesar 5 ribu rupiah. Biasanya untuk pendaftaran umum saja, klien hanya dibebani 2 ribu rupiah.

Jika remaja telah masuk ke klinik PKPR, maka selanjutnya dia akan mendapatkan pengobatan penyakit umum terdahulu. Semua pasien akan mendapatkan pelayanan berupa timbang badan dan tinggi badan untuk mengukur dan melihat kesesuaian gizi seseorang. Lalu dilakukan proses skrining melalui penggalan masalah seputar remaja dimana sebagian besar mengenai masalah kesehatan reproduksi seperti: organ reproduksi, fungsi-fungsi organ reproduksinya, menstruasi, rokok, napza, masalah gizi dan lainnya. Skrining menggunakan lembar formulir PKPR tambahan yang berisi nama, usia, sekolah, keluhan/masalah kespro, pengetahuan remaja tentang kespro dan tindakan yang dilakukan petugas kepada klien. Jika dalam skrining klien tidak mengalami masalah, maka petugas akan memberikan KIE disesuaikan umur dan jenis kelamin klien. Setelah itu jika ada obat yang harus diambil, klien akan diminta ke

apotek yang berada di lantai 1 yang menghadap ke lapangan parkir Puskesmas kemudian pulang.

Bagi remaja yang mengalami masalah pada saat skrining, maka akan diberikan *treatment* disesuaikan dengan tingkat keparahan masalahnya. Jika masalahnya ringan maka cukup diberikan KIE yang terkait masalahnya. Jika mengalami masalah pada gizinya, dia akan dirujuk ke poli gizi persis di ruang sebelah PKPR. Sedangkan jika masalahnya cukup besar dan parah maka petugas akan memberikan konseling dan melakukan rujukan baik secara rujukan internal (pelayanan masih dilakukan di puskesmas) maupun rujukan eksternal ke rumah sakit tertentu maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Bila pasien hanya dirujuk internal, maka dia selanjutnya akan ke apotek (jika ada obat) kemudian pulang. Berikut alur PKPR "X":



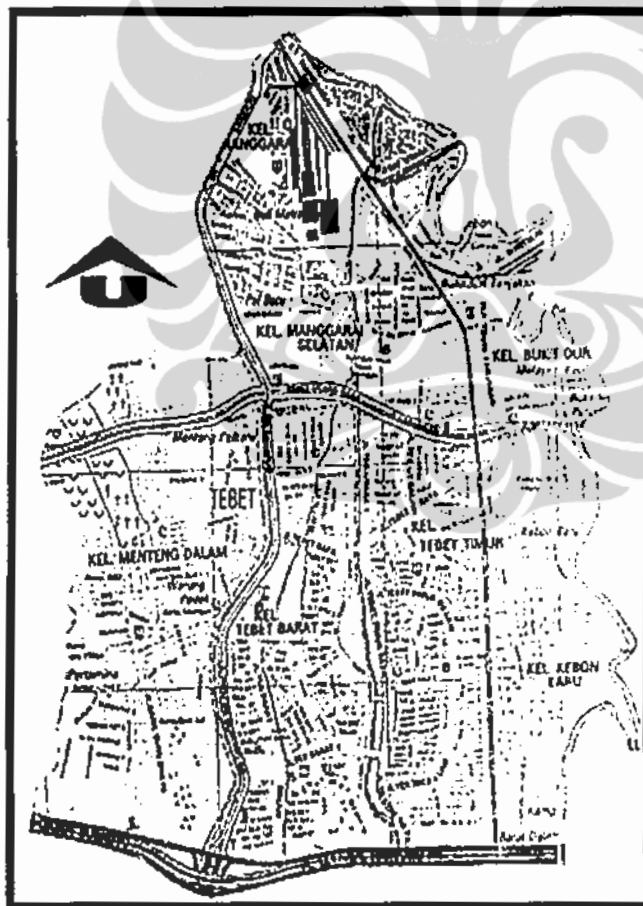
Gambar 5.2 Alur PKPR "X"

### 5.1.2 Kecamatan “Y”

Kecamatan “Y” memiliki aktivitas ekonomi yang sangat tinggi terutama bidang jasa, industri, dan perdagangan. Wilayah ini secara geografis terletak dipinggir selatan kota Jakarta dan merupakan wilayah pendukung dan resapan serta daerah pemukiman di Kotamadya Jakarta Selatan.

Secara geografis Kecamatan “Y” berbatasan dengan:

- Sebelah Utara : Kali Ciliwung dan Kali Malang
- Sebelah Timur : Kali Ciliwung dan Kali Cikini / Terusan
- Sebelah Selatan : Jln. Gatot Subroto dan Jln. MT. Haryono
- Sebelah Barat : Kali Cideng, Jln. Dr. Saharjo dari Jembatan Merah sampai Jln. Minangkabau.



Gambar 5.3 Peta Wilayah Kecamatan “Y”

Kecamatan "Y" terletak pada  $106^{\circ} 46^{\circ}$  Bujur Timur dan  $6^{\circ} 14^{\circ}$  Lintang Selatan. Wilayah ini memiliki luas 905,10 Ha, yang terdiri dari tujuh kelurahan, 80 Rukun Warga (RW), dengan 949 Rukun Tetangga (RT). Hampir 75 persen dari wilayahnya merupakan wilayah yang padat penduduknya (kepadatan penduduk 25.029 / Km).

Tabel 5.2 Pembagian Wilayah Kecamatan "Y"

KELURAHAN	LUAS(ha)	RW	RT
Manggarai	95,3	12	164
Manggarai Selatan	51,4	10	131
Bukit Duri	107,7	12	151
Menteng Dalam	210,6	14	139
"Y" Timur	138,9	11	110
"Y" Barat	171,6	8	102
Kebon Baru	129,6	14	153
<b>TOTAL</b>	<b>905,1</b>	<b>80</b>	<b>949</b>

Sumber: Profil Puskesmas "Y" 2008

Tabel 5.3 Tingkat Pendidikan Berdasarkan Kelurahan di Kecamatan "Y"

KELURAHAN	Tidak tamat SD	Tamat SD	Tamat SLTP	Tamat SLTA	Academy/ Perguruan Tinggi
Menteng dalam	570	1417	3887	17480	5107
"Y" Barat	1249	3469	3240	6232	4875
Tebt Timur	512	4251	4121	2210	1257
Kebon Baru	635	4585	3880	15327	2513
Bukit duri	643	7403	5032	8631	1847
Mangg. Selatan	317	11334	7053	5341	787
Manggarai	513	5128	6168	9333	468
<b>TOTAL</b>	<b>4439</b>	<b>32459</b>	<b>33381</b>	<b>64554</b>	<b>16855</b>

Sumber: Profil Puskesmas "Y" 2008

Tabel 5.4 Kelompok Usia Penduduk Kecamatan "Y" didasarkan atas Jenis Kelamin Tahun 2008

Kelompok Umur (tahun)	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	%
< 1	2.179	2.380	4.559	1,89
1-4	7.356	8.156	15.512	6,42
5-9	5.468	6.148	11.616	4,81
10-14	9.203	10.609	19.812	8,2
15-19	6.021	8.022	1.4043	5,82
20-24	7.789	6.534	1.4323	5,93
25-29	8.388	8.786	1.7174	7,11
30-34	8.215	9.924	1.8139	7,51
35-39	8.776	8.578	1.7354	7,19
40-44	8.182	6.977	1.5159	6,28
45-49	8.554	8.373	16.927	7,01
50-54	7.527	7.625	15.152	6,28
55-59	8.071	7.279	15.350	6,36
60-64	8.679	8.447	17.126	7,09
65-69	7.941	8.827	16.768	6,94
70-74	3.312	3.177	6.489	2,69
> 75	2.189	3.773	5.962	2,47
Jumlah	117.850	123.615	5.662	2,47

Sumber: Profil Puskesmas "Y" 2008

Tabel 5.5 Pekerjaan Penduduk di Kecamatan "Y" didasarkan atas Kelurahan Tahun 2008

KELURAHAN	PNS	Swasta	ABRI	Pedagang	Buruh	Jasa
Menteng dalam	1168	3022	543	420	2640	297
"Y" Barat	3288	23087	39	7358	6858	480
Tebt Timur	4327	7041	481	3215	643	771
Kebon Baru	736	3205	42	2605	2756	889
Bukit duri	1360	3963	367	13616	2018	317
Mangg. Selatan	870	2676	78	3689	261	75
Manggarai	4700	1939	129	3650	2578	721
TOTAL	16.449	44933	1670	38340	177540	3350

Sumber: Profil Kecamatan Puskesmas "Y"

### 5.1.2.1 Puskesmas “Y”

Puskesmas kecamatan “Y” berdiri tahun 1967 dengan nama “ Klinik Kesehatan“ yang beralamat di jalan “Y” Barat IX / 64. Pada tahun 1972 didirikan puskesmas kecamatan yang baru di jalan Prof. Soepomo SH No. 54 yang kemudian di-rehab tahun 1989 menjadi 3 lantai. Yang kemudian menjadi puskesmas kecamatan “Y” hingga hari ini, sedangkan puskesmas yang berada di jalan “Y” Barat IX / 64 menjadi puskesmas kelurahan “Y” Barat. Puskesmas kecamatan mempunyai luas 1.500 m<sup>2</sup>.

### 5.1.2.2 PKPR “Y”

#### A. Profil PKPR “Y”

Sebelum menjadi program PKPR, program pelayanan kesehatan pada remaja dikenal dengan program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang dimulai sekitar tahun 1997-1998. Program tersebut pada awalnya merupakan kerjasama antara Departemen Kesehatan, Puskesmas “Y”, *the World Health Organization* (WHO) dan Perinasia. Hingga kini program remaja tersebut masuk dalam Poli Konsultasi Keluarga Remaja (KKR). Kegiatan poli KKR PKM “Y” berupa:

1. Pemberian Informasi dan Edukasi
  - Didalam Gedung meliputi Standar minimal : KIE, Konseling, Pelayanan Medis, Rujukan dan Pelayanan lain
  - Diluar Gedung, melalui Usaha Kesehatan Sekolah dan Puskesmas Keliling (Pusling)
2. Pelayanan Klinis
3. Konseling
4. Rujukan.

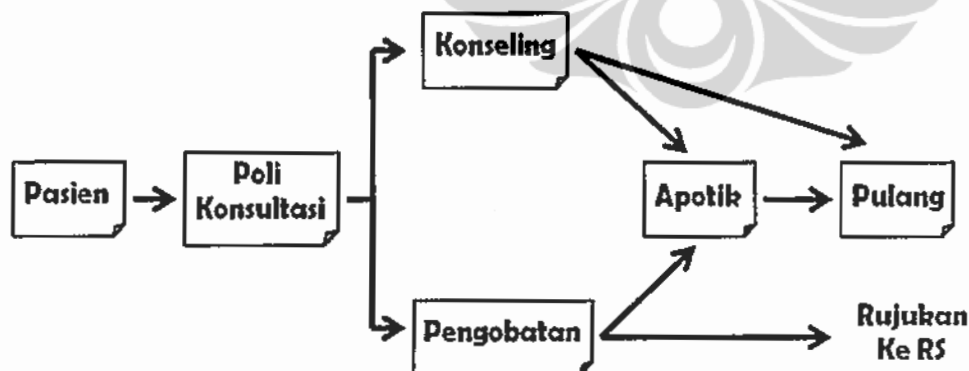
Poli KKR beroperasi setiap hari dari jam 07.30-13.00, namun pada saat bersamaan ruangan dan tenaga kesehatan juga melayani program kesehatan jiwa dan Napza.



### B. Alur Layanan Poli Konsultasi Keluarga dan Remaja

Pasien remaja (usia 10-19 tahun) yang memiliki masalah terkait remaja (baik itu kesehatan reproduksinya, perkembangan fisik dan psikis) yang datang ke PKPR (Puskesmas "Y" menyebutnya Poli Konsultasi Keluarga Remaja (KKR)) tidak melalui loket pendaftaran bersama pasien-pasien umum lainnya. Mereka akan menunggu langsung di depan ruang Poli Konsultasi dimana dokter dan petugas memberikan pelayanan. Poli Konsultasi berada di lantai 2 Puskesmas, di samping kiri poli kulit dan klinik methadone (mulai Mei 2007 dan kini dipindahkan ke Menteng Dalam), sedangkan di belakang ruangan konsultasi adalah ruangan untuk poli anak. Ruang poli konsultasi menghadap ke udara terbuka, sehingga sirkulasi udara sangat lancar. Di depan ruangan tersedia kursi tunggu yang berbagi dengan poli di sekitarnya.

Klien akan mendapatkan pelayanan disesuaikan dengan kebutuhannya, seperti jika dia hanya cukup diberikan konseling maka setelah dilakukan konseling selanjutnya mereka akan menuju ke loket obat (apotek) kemudian pulang. Sedangkan jika klien PKPR membutuhkan pengobatan, maka setelah diberikan pengobatan maka mereka diminta untuk segera ke apotek kemudian pulang. Jika pada saat proses pemeriksaan dibutuhkan pelayanan yang tingkatannya lebih tinggi di tempat pelayanan lain, maka pasien akan dirujuk ke RS. Di bawah ini adalah alur penyelenggaraan PKPR Puskesmas "Y":



Gambar 5.4 Alur PKPR Puskesmas "Y"

## 5.2 Karakteristik Informan

### 5.2.1 Umur

Umur informan remaja yang datang ke pelayanan PKPR yang paling muda berusia 17 tahun dan sedangkan yang tertua berumur 19 tahun.

Sedangkan usia informan kunci sangat beragam, dari yang paling muda usia 39 tahun hingga usia 56 tahun.

Tabel 5.6 Karakteristik informan Klien Remaja, Provider dan Pembuat Kebijakan menurut Umur

Informan Kunci	Jumlah Informan (Orang)	Kisaran Umur (Tahun)	Rata-rata Umur (Tahun)
Remaja yang datang ke PKPR	8	17-19 tahun	17,5
Kepala Urusan Kesehatan Masyarakat dan Pelayanan Kesehatan	2	54	54
Koordinator program PKPR	2	50-54	54
Staf PKPR	2	39-44	41,5
Pejabat Dinkes program PKPR Jaksel	1	50	
Pejabat Sudinkes program PKPR Jaksel	1	52	
Subdit Remaja Depkes RI	1	48	
Praktisi dan pakar konseling	1	56	
<b>Jumlah</b>	<b>18</b>		

### 5.2.2 Pendidikan

Sepuluh informan sedang menjalani pendidikan di kelas dua, sisanya kelas tiga. Mereka menjalani pendidikan di Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan SMA. Hampir semua informan kunci memiliki pendidikan tinggi, yakni 8 dari 10 informan berpendidikan strata 1 Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat, sedangkan lainnya Diploma III dan strata 2.

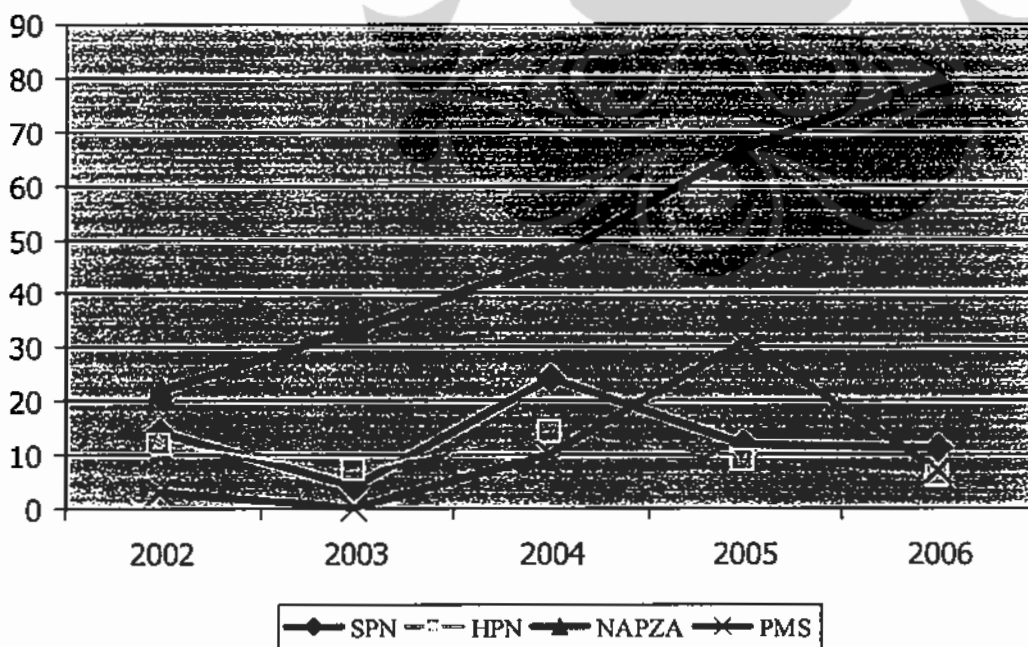
### 5.2.3 Status pernikahan

Dua dari delapan klien remaja berstatus belum menikah sedangkan lainnya belum menikah. Kedua remaja yang berstatus menikah memiliki riwayat hamil pra nikah (HPN) berasal dari kecamatan "Y". Sedangkan semua provider dan pembuat kebijakan berstatus menikah.

### 5.2.4 Masalah yang Dihadapi

Berdasarkan laporan evaluasi PKPR "X" tahun 2008-2009, masalah yang dihadapi remaja meliputi: kekurangan energi kronik (gizi kurang)/ KEK sebesar 35,9 % (dari total pasien 178 klien remaja), diikuti seks pra nikah (SPN) sebesar 16,3%); gangguan menstruasi, dan lainnya.

Sedangkan di "Y", remaja yang datang ke PKPR sebagian besar remaja kurang pengetahuannya tentang kesehatan reproduksi, narkoba HIV/AIDS karena narkoba suntik, hamil pranikah, seks pra nikah dan lainnya (laporan Kegiatan PKPR "Y").



Gambar 5.5 Tren Masalah Remaja di PKPR tahun 2002-2006 di Puskesmas "Y"

### 5.3 Faktor internal

#### 5.3.1 Pengetahuan

##### 5.3.1.1 Pengetahuan tentang Pengertian Sehat

Tak satupun dari 8 klien remaja yang dapat menjawab pengertian sehat dengan tepat. Secara umum, remaja mendefinisikan sehat secara sederhana dan lebih mengarah pada kondisi fisik semata yakni sehat artinya beraktivitas, tidak pucat, bisa makan, gagah, bersemangat dan bisa berjalan. Sebagaimana ungkapan berikut ini:

*"Sehat itu, Bisa ngapain aja, bisa jalan-jalan, bisa makan yang enak-enak.."(RX2)*

*"Badannya sehat, gak pucet, sering berolahraga.. makanan yang gak kayak makanan tahu tahu aja, bukan yang lain.."(RX3)*

Sedangkan baik provider dan pembuat kebijakan dapat memberikan respon jawaban yang lebih lebih baik seperti pernyataan berikut:

*Seimbang, fisik, psikis dan sosial tidak ada gangguan dan tidak ada penyakit (PRX3)*

*Sehat fisik dan mental bukan hanya badannya tapi juga jiwanya juga termasuk sosial dan ekonominya (PRX1).*

##### 5.3.1.2 Pengetahuan tentang Pengertian Kesehatan Reproduksi

Sepuluh klien remaja mengaku belum pernah mendengar istilah kesehatan reproduksi sama sekali bahkan 1 di antaranya, tidak pernah mendengar kespro karena tidak menyukai mata ajaran biologi. Seperti kutipan berikut:

*"Gak pernah denger, gak suka biologi..." (RX6).*

Sedangkan klien responden lainnya pernah mendengar namun kesehatan reproduksi hanya dipandang secara sempit hanya dari organnya saja ataupun kurang memahaminya bahkan hanya tahu sedikit nama-nama organ reproduksinya. Sebagaimana ungkapan berikut:

*"..Pernah, di puskesmas "X". Kesehatan reproduksi itu, kesehatan di dalam bagian dalam tubuh manusia, cuma alat-alat-alat reproduksi manusia aja. Rahim, vagina..." (RX1).*

*"Pernah, kesehatan yang harus dijaga.. jaga kemaluan laki-laki dan perempuan..." (RX2)*

Pada tataran provider dan pembuat kebijakan, hanya sebagian kecil yang tidak menyebutkan definisi secara tepat dan lengkap dari kesehatan reproduksi, terutama bahwa fungsi dan prosesnya tetapi ada juga yang bisa menyebutkan secara lengkap. Namun demikian, pengetahuan dan pemahaman provider dan pembuat kebijakan sangat jauh perbedaannya dengan remaja dan lebih tepat. Seperti ungkapan berikut:

*"Definisinya kesehatan reproduksi secara fisik, psikis dan sosial serta dia bertanggung jawab terhadap reproduksinya. Jai dia gak hamil, gak seks bebas, gak berperilaku berisiko. Sesuai dengan definisi kespro. Menjaga kebersihan organ reproduksi reprodüksinya (DMX5)".*

Namun satu provider menyebutkan definisi dengan tepat, seperti kutipan berikut ini:

*"Ya kesehatan yang berhubungan dengan organ reproduksi, proses reproduksi segalanya yang terkait dengan reproduksinya, dan yang berkaitan dengan prosesnya dan semua, kesehatan reproduksi itu dan semua yang meliputinya..."(PRX3).*

### **5.3.1.3 Pengetahuan tentang Pengertian Kesehatan Reproduksi Remaja**

Hanya 3 dari 8 klien remaja yang pernah mendengar Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), sedangkan lainnya menyatakan belum pernah mendengar baik istilah KRR maupun Kesehatan Reproduksi Remaja. Seperti ungkapan berikut:

*"Gak tahu, lupa..."(RX4)*

*"...Pernah tahu, dah lama belajarnya tapi gak tahu lupa..STM gak ada biologi, IPA gak ada..alat kelamin laki-laki, perempuan, alat pembuangan zat racun gituh dalam tubuh.. kalo organ laki-laki ...testis, penis sama apalagi ya..? kalo perempuan, vagina sama..."(RX3).*

Pada provider dan pembuat kebijakan, definisi KRR dapat disebutkan bahwa KRR sama dengan Kespro namun ditujukan pada remaja, meski sebagian dari mereka menjawab kurang lengkap. Seperti cuplikan berikut:

*"Kespro Itu penting, justru anak-anak harus tahu nih bahwa dia punya alat namanya alat kesehatan reproduksi. Kita diciptakan itu kita itu harus bertanggung jawab .. Alat untuk berkembang biak untuk melanjutkan generasi..."*

#### 5.3.1.4 Tempat Sharing Remaja Masalah Kesehatan Reproduksi

Dibandingkan cerita ke provider, lebih dari separuh klien remaja mengaku memilih teman untuk menjadi tempat sharing mereka. Namun bagi 2 dari 4 klien remaja putri memilih ibu dan 1 remaja laki-laki memilih orangtua sebagai tempat curhat mereka.

*" cerita sama ibu.. kurang percaya sama orang lain.. "(RX5)*

*". gak kenapa-kenapa.. kalo ke dokter ya gitu deh (galak-red) kadang ke temen..."(RX2)*

Sedangkan 3 dari 4 informan remaja tidak satupun yang menjadikan orangtua sebagai tempat sharing mereka. Seperti ungkapan berikut:

*"Pas mimpi basah, cerita sama temen-temen.. karena mereka temen main kita.. gak perlu malu.. tiap hari ketemu" (RX6)*

#### 5.3.1.5 Akses terhadap Puskesmas PKPR

Lebih dari separuh klien remaja menyatakan lokasi pelayanan (puskesmas) mudah dijangkau dan tidak mengalami kesulitan mencapainya. Begitupula disampaikan oleh provider dan oleh salah satu pembuat kebijakan puskesmas.

*"Gampang Cuma naik 1 kali. Kalo gak macet, 15-20 menit.. kalo macet 25 menit.. dimaklumin.. karena Jakarta macet". (RX1)*

*"Oh strategis sekali lokasi puskesmas kami, mudah dijangkau"(DMX2)*

Namun salah satu kebijakan puskesmas lainnya, menyatakan kunjungan remaja menurun mungkin karena lokasi puskesmas mereka berada jauh, di daerah kampung.

#### 5.3.1.6 Akses Informasi tentang PKPR

Hampir semua klien remaja tidak pernah mendengar istilah PKPR, sedangkan anak yang mengetahui adanya PKPR di Puskesmas mengaku mendapat informasi dari kakaknya dan neneknya yang seringkali berobat ke puskesmas tersebut. Seperti ungkapan berikut:

*"Pernah.. yang kasih tahu kakak..." (RX6)*

*"ke puskesmas diajak nenek..."(RX8)*

Sedangkan menurut provider dan pembuat kebijakan di puskesmas "Y", kegiatan mereka untuk sosialisasi tidak mengalami hambatan. Mereka menyatakan puskesmasnya cukup dikenal di wilayahnya, sehingga pada saat akan melakukan sosialisasi di sekolah-sekolah, mereka dapat masuk dengan mudah.

#### 5.3.1.7 Pengetahuan mengenai Hak-hak pasien

Klien menyatakan bahwa mereka memiliki hak saat ke pelayanan kesehatan. Semua remaja menyatakan mereka memiliki hak mendapatkan informasi, terjaga kerahasiaannya, mendapatkan pelayanan serta mendapatkan kenyamanan.

*"...Dapat pelayanan yang bagus, informasinya. dijaga kerahasiaannya"  
(RX2)*

Namun ada 1 diantaranya yang mengaku bahwa menunggu merupakan hak baginya sebagai seorang pasien. Seperti kutipan berikut:

*"Punya. Hak menunggu, dapat obat..."(RX4)*

Provider dan Pembuat kebijakan dapat menyebutkan hak klien/pasien yang jauh lebih lengkap dibandingkan dengan klien, seperti diungkapkan sebagai berikut:

*"Hak mendapatkan pengobatan, mendapatkan jawaban yang benar dan informasi yang benar. Bukan mendapatkan informasi dari orang yang tidak berkompeten. Tenaga kesehatan kan sudah bertanggung jawab atas ilmunya, Informasi yang benar, pelayanan yang baik, mereka tidak dicuekin. Rahasia bisa dipegang. Terus mereka, rahasia itu yang penting, petugas tidak ember. Tiga itu yang paling utama"(DMX2).*

### 5.3.1.8 Pengetahuan mengenai Hukum yang Melindungi Hak-hak pasien

Meskipun sumber yang mereka sebutkan masing-masing beragam dan kurang lengkap, namun baik provider dan pengambil kebijakan meyakini dan mengetahui bahwa ada hukum dan Undang-Undang yang melindungi hak-hak klien yang dilayani di pelayanan kesehatan.

*"Ada kode etika kedokteran.."(PRX1)*

*"di Undang-undang kesehatan..."(PRX4)*

Namun ironis, tak satupun klien remaja mengetahui benar hukum yang melindungi mereka sebagai klien di pelayanan kesehatan. Sebagian memang menyebutkan mempunyai hak, namun sumbernya mereka tidak bisa menyebutkan. Seperti berikut:

*"Ada peraturan.. harus ada..Cuma gak tahu persisnya..." (RX1)*

### 5.3.1.9 Pengetahuan mengenai Definisi Kerahasiaan

Ada sedikit kesamaan persepsi kerahasiaan menurut remaja di kedua puskesmas, provider dan pembuat kebijakan. Definisi yang serupa antara remaja dan provider yakni bahwa informasi klien terjaga. Akan tetapi remaja memiliki definisi kerahasiaan yang lebih bervariasi. Menurut remaja, kerahasiaan berarti "tidak ada orang lain; tidak ada orang mondar-mandir, pintu agak terbuka; pertanyaan yang menurutnya bersifat sensitif". Lebih dari separuh informan remaja menyatakan setuju bahwa kerahasiaan berarti tidak ada orang lain di ruang pemeriksaan selain dokter/staf yang bertugas. Seperti pernyataan mereka berikut:



*"Kalo ada orang yang gak nyelonong, gak bebas aja.. jangan ada orang bolak-balik, terganggu hanya berdua aja.. gak ada yang ganggu.."* (RX6)

*"Pas ditanya pacar, malu.. secara itu pribadi.. kalo dibilang rahasia ya rahasia.. bener-bener rahasia itu misalnya, masih perawan atau enggak.. yang boleh tapi malu-malu dan gak enak.. Pintu agak terbuka, kalo misalnya yang pribadi agak ngeri-ngeri gimana-gimana.. nanti kasih ke orang-orang nyebar.. Rahasia itu hanya boleh diperdengarkan oleh dokter.. informasi nama, no. Telpon.. Informasi hanya diketahui sama kliendan dokter dokter..."* (RX1)

Salah satu provider di "Y", menyebutkan gambaran definisi konfidensialitas dengan lebih komprehensif, bahwa kerahasiaan tidak hanya informasi dari pasien bersifat rahasia dan harus dijaga namun suasana dan ruanganpun harus mendukung ke arah itu. Berikut kutipannya:

*"Jadi apa ya? Situasi dimana antara konselor dan klien itu terjaga baik dari segi sarana misal tempat, kerahasiaan yang dibahas hanya klien dan konselor. Terjaga kerahasiaannya kecuali atas izin klien. Sarana membuat klien merasa yakin, apa yang dibahasnya terjaminlah, sehingga orang lain tidak tahu. Sarananya itu tempat yang memang khusus. Hmmm biasanya untuk ruangan kesehatan biasanya ada perawat atau tenaga medis. Tempat menjadi satu point, bahwa informasi itu terjaga..."* (PRX4).

#### 5.4 Emosi

Separuh remaja memiliki perasaan takut maupun khawatir saat pelayanan berlangsung dan berinteraksi dengan dokter. Perasaan tersebut berlawanan dengan perasaan yang dirasakan oleh provider yang dirinya merasa senang. Lebih dari separuh remaja menyatakan perasaan yang negatif saat akan masuk pelayanan serta selama pelayanan, seperti diungkapkan yang berikut ini:

*"Deg-degan.. dokternya serem aja.. pasti dokternya galak.. eh bener, di bentak-bentak..."* (RX3)

*"Khawatir awalnya.. dokternya kayak apa gitu ya.. setelah tahu dokternya ternyata dokternya enak "*. (RX6)

Sedangkan lainnya merasa nyaman, pernyataan berikut:

*"Nyaman, jadi ibarat kata ibu banget deh.. Bilang kalo butuh ibu, telpon ibu.. Kasih tahu waktu yang bisa dihubungi"*. (RX7)

*"Nyaman, kayak sahabat sendiri.. ngasih solusi yang baik.. Dikasih cerita tentang kenakalan remaja" (RX8).*

Perasaan berbeda jauh dengan yang dirasakan oleh para provider. Hampir semua menyatakan ada perasaan senang dan empati ketika pelayanan remaja itu berlangsung, seperti ungkapan berikut:

*"Pertama kali, menghadapi remaja, lebih empati, atau peduli, ada keinginan untuk menolong, aku menempatkan posisi kepada remaja daripada orangtua. Mencegah diskriminasi, menghakimi/judgemental, misalnya jika menghadapi keputihan, dijelaskan sebab-sebabnya dan teorinya, ditanyakan kamu masuk yang mana? Jadi tidak menghakimi bahwa dia jorok atau yg lainnya.." (PRX2).*

Namun adapula salah satu provider di "Y" mengaku perasaannya tergantung kasus jadi kadang perasaannya sedikit campur aduk, seperti perasaan empati, sedih kadang adapula rasa marah pada keadaan.

### 5.3.3 Kebutuhan

#### 5.3.3.1 Kebutuhan terhadap Pelayanan yang Konfidensialitas

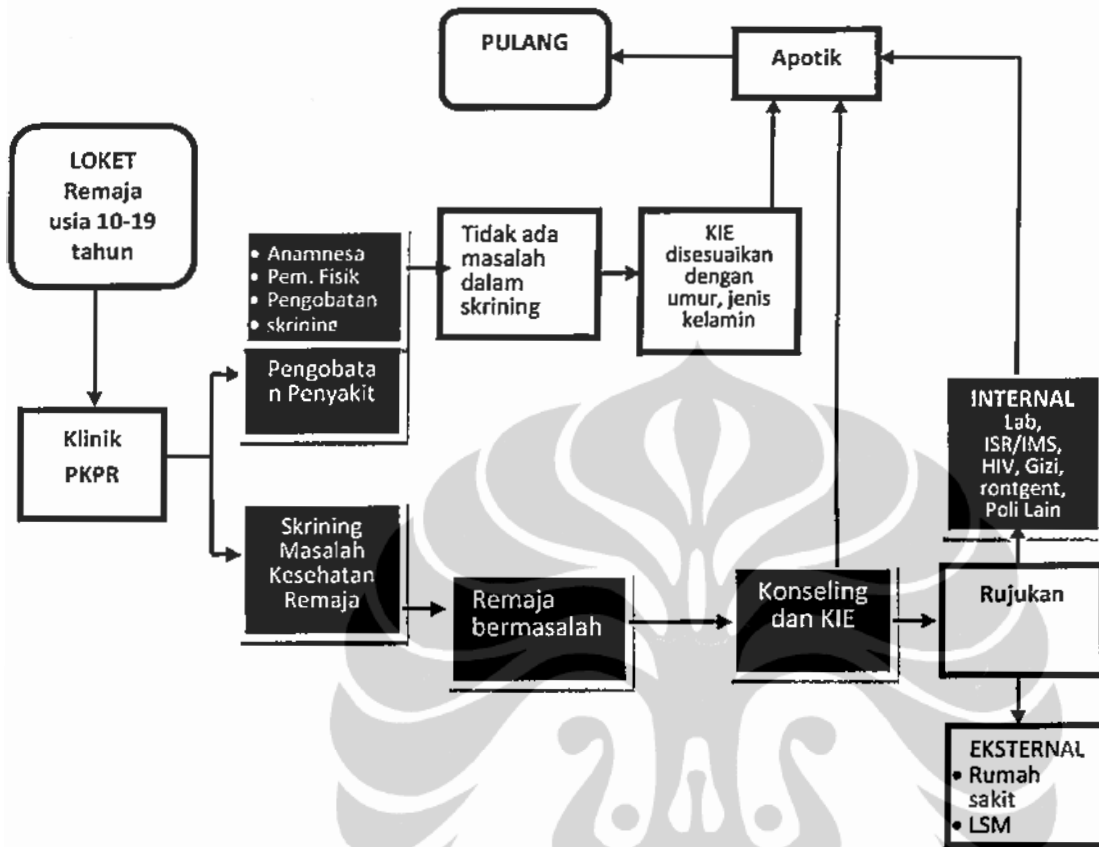
Menurut remaja, pelayanan yang konfidensialitas harus dimulai saat mereka ditanyakan mengenai riwayat penyakit dan data-data yang bersifat pribadi, karena mereka khawatir informasi yang mereka miliki dapat didengar orang lain. Seperti kutipan berikut:

*"Saat di ruang dokter, pas ditanya-tanya sama dokter.." (RX3)*

*"Pas konsultasi sama dokternya.. pas dokter periksa kita, sakit apa.. misal kita punya penyakit parah kayak penyakit kelamin.. kan kalo orang lain denger. apa gak diledek orang.." (RX5).*

Menurut klien remaja, terdapat pelayanan-pelayanan di PKPR yang membutuhkan kerahasiaan/konfidensialitas.

Berikut alur pelayanan PKPR yang dianggap remaja memerlukan konfidensialitas/kerahasiaan dengan latar belakang hitam:



Gambar 5.6 Alur Pelayanan Kesehatan yang Konfidensial bagi Remaja

Sedangkan menurut beberapa provider dan pembuat keputusan, penekanan konfidensialitas itu dimulai saat proses konseling, seperti kutipan berikut:

*"Saat konseling, kalo dia sudah menjurus, kayak hamil di luar nikah, ganti-ganti pacar, coitus berulang, penyakit seksual... penulisan dan penyimpanan status"(DMX1).*

Namun dua dari pembuat kebijakan dan menyebutkan bahwa proses kerahasiaan harus sudah dimulai dari awal, mulai anamnesa, termasuk masalah identitas seperti nama, seperti kutipan berikut:

*"kalo kita dokter, kalo melakukan pelayanan, dari mulai keluhan, sampe nama ,dianosa sudah mulai dari anamnesa . Termasuk nama.. Medical*

*record itu confident.. Hanya orang yang terlibat, yang mengetahui” (DMX4).*

Begitu juga diungkapkan oleh salah satu provider di puskesmas ”Y”, yakni:

*”Semua pelayanan yang terkait mereka itu rahasia. Itu di poli, soal pendaftaran di ”Y” gak perlu karena kita sudah pisahkan pendaftarannya. Baiknya sudah dipisah. Konfidensialitas itu hanya di pelayanan itu saja karena di loket kita sudah pisahkan...” (PRX4).*

#### 5.3.4 Budaya

Meskipun isu kesehatan reproduksi sudah cukup lama, namun ternyata membicarakan masalah tersebut masih dianggap sesuatu yang risih dan menimbulkan rasa malu di masyarakat termasuk di keluarga (orangtua) terkadang bahkan remaja mengalami penolakan dari orangtua. Oleh karenanya remaja memilih tidak bercerita mengenai permasalahan yang terkait dengan kesehatan reproduksi mereka. Seperti diungkapkan sebagai berikut:

*”Gak pernah cerita-cerita kayak gitu.. takut aja, takut marah, tar bahasnya kemana-mana.. kayak masalah rumah, masalah lalu diungkit-ungkit...Gak nyaman..karena tar gak boleh kenalan sama cowok.. takut aja dilarang pacaran..Dulu pacaran back street” (RX2).*

*”Dulu waktu kecil, SMP pernah nanya sama bapak tentang kenapa bisa ada bayi.. ehk bapak malah bilang, ah kamu anak kecil pengen tahu aja.. tanya aja ama emak lu..”(RX6).*

Hal di atas ditegaskan oleh 1 provider dan 3 pembuat kebijakan bahwa budaya tabu yang menganggap kesehatan reproduksi masih menjadi sensitif cukup menghalangi sosialisasi kepada masyarakat termasuk remaja. Akan tetapi sebagian besar provider menanggapi hal tersebut dikarenakan orangtua memiliki informasi yang minim mengenai kesehatan reproduksi disamping itu mereka kesulitan menjelaskan kepada anak-anak mereka. Sebagian orangtua adapula yang mengaku masalah kesehatan reproduksi bukan sesuatu yang penting untuk dibahas. Seperti kutipan berikut:

*”Justru ehkk.. ehkk.. kalo aku cerita tentang kespro, sangat menarik, masyarakat antusiasnya sangat tinggi justru mereka minta agar anak-anaknya mendapatkan kesehatan reproduksi. Rata-rata mereka tidak mampu. Mereka gak tahu untuk memulai. Pikiran mereka masih apa yah, ehk tabu sih gak, tapi karena mereka gak ngerti kespro atau kalau*

*istilahnya seks education gitu.. Kemarin terakhir diundang di taman matahari oleh salah satu kelurahan, saya memperkenalkan diri saya memegang kespro di puskesmas. Fenomena sangat sulit bagi masyarakat atau orang tua untuk membicarakan kesehatan reproduksi. Terus saya pancing, dan tanyakan kesalah satu bapak-bapak tentang salah satu organ reproduksi, ehh dia bilang gak ngerti malah bilang jantung .. mereka gak bilang bicara organ reproduksi itu porno kok.. sehingga kalo kita membicarakan ttg kespro, karena mereka gak tahu dan tidak mampu.. banyak yang jarang sekali orangtua yang membicarakan kespro, itu mungkin perlu diteliti.. Bagaimana mereka bisa membicarakan kespro kepada anak.. "(PRX2).*

### 5.3.5 Harapan

Pelayanan kesehatan remaja yang menjadi harapan bagi para klien adalah pelayanan yang memberikan kenyamanan (termasuk fasilitas pendingin ruangan, kursi tunggu, sumber bacaan, panorama yang ada di sekitar ruangan pelayanan), provider yang ramah serta mengerti dunia remaja termasuk menggunakan bahasa bahasa dimengerti oleh remaja. Seperti kutipan berikut:

*"Keibuan, gak canggung bisa menyesuaikan sama remaja.. agak gaul.. ngomongnya yang bahasa sehari-hari yang dimengerti, gak bahasa ilmiah.. Kalo bisa nerangin pake.. bukunya sudah sobek perlu dimusiumkan.. diganti pake alat peraga yang lebih bagus kayak patung, OHP, transparan.. warna warni" (RX1)*

*"Pelayanan yang enak, dokternya tahu masalah, cara ngomongnya enak, bahasanya nyante...Biasanya kalo ke dokter gak enak diajak ngobrol.. galak, tampangnya judes banget.. "(RX2)*

Sedangkan provider dan pengambil keputusan, menyatakan:

*"Remaja punya tempat pelayanan sendiri dan bisa berdaya"(PRX3)*

*"Memiliki anggaran tersendiri"(DMX4).*

#### 5.4 Faktor Eksternal

Berdasarkan hasil studi baik melalui observasi, wawancara, dan telaah literatur mengenai kerahasiaan dalam pelayanan remaja, dapat digambarkan melalui hasil observasi dan penilaian melalui tabel sebagai berikut:

Tabel 5.7 Pelayanan PKPR Standar dan Pelayanan yang Tersedia

Pelayanan Standar	Pelayanan Tersedia	
	"X"	"Y"
Ada prosedur pelayanan kesehatan konfidensial pada remaja	Tidak ada	Tidak ada
Situasi sekitar ruangan PKPR (ruang tunggu dan lokasi) yang kondusif	Tidak mendukung	Kurang mendukung
Ruangan PKPR khusus	Tidak ada	Tidak ada
Ruang pelayanan PKPR	Kurang luas tapi berbagi dengan pelayanan lain	Cukup luas namun berbagi dengan pelayanan lain
Tersedia Ruang konseling	Tidak ada	Tidak ada
Provider <i>skillful dan capable</i>	<p>Dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki kemampuan yang baik</li> <li>• Memiliki motivasi dan keinginan untuk menolong yang tinggi</li> <li>• Rela berkorban</li> <li>• Memiliki empati yang baik</li> <li>• Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>• Bersikap hangat (keibuan)</li> </ul> <p>Staf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki kemampuan dan pengalaman cukup lama sebagai konselor</li> <li>• Memiliki motivasi dan keinginan untuk menolong yang tinggi</li> <li>• Memiliki empati yang baik</li> <li>• Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul>	<p>Dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memiliki pengalaman dan skillful</li> <li>• Memiliki motivasi dan keinginan untuk menolong yang tinggi</li> <li>• Rela berkorban</li> <li>• Punya <i>interpersonal communication</i> yang cukup baik</li> <li>• Memiliki empati yang baik</li> <li>• Luwes</li> <li>• Komunikasi verbal yang baik</li> <li>• Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Staf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki motivasi dan keinginan</li> <li>• Memiliki empati yang baik</li> </ul>
Pelatihan rutin	Baru dilakukan setelah program berjalan	Baru dilakukan setelah program berjalan
Tersedia Informasi yang cukup	Materi cukup banyak dan disesuaikan dengan kebutuhan remaja	Materi cukup banyak dan disesuaikan dengan kebutuhan remaja
Tersedia Rekam medis dan tempat penyimpanan aman	Tersedia	Tersedia
Media informasi beragam	Cukup beragam	Terbatas
Jadwal Pelayanan yang ramah remaja	Kurang bisa terakses	Terakses

#### 5.4.4 Petunjuk pelaksana

Hampir semua provider dan pembuat kebijakan menyatakan belum ada petunjuk pelaksanaan yang secara khusus untuk pelayanan kesehatan remaja yang konfidensial. Konfidensial itu ada namun tidak masuk secara khusus.

Bahkan salah satu provider menyatakan bahwa dia tidak mengetahuinya, seperti kutipan berikut:

*"Kayaknya untuk yang kayak gitu tanyakan sama dokternya.. saye tidak berani mengungkapkan yang saya tidak tahu.. " (PRX3)*

Dari tingkat pusat (Depkes) pun menyatakan demikian bahwa belum ada prosedur yang secara khusus mengenai prosedur pelaksanaan pelayanan kesehatan konfidensialitas bagi remaja. Mereka baru akan memulai membuatnya.

#### 5.4.5 Sistem rujukan

Sistem rujukan sudah dimulai dari klien yang datang dari puskesmas kelurahan, klien yang datang langsung ke poli dan kemudian poli tersebut merujuk ke PKPR. Jika PKPR tidak melayani biasanya merujuk ke RS Fatmawati yang sudah bermitra dan bekerja sama dengan puskesmas PKPR lainnya. Namun sayangnya, ternyata rujukan tersebut dikenakan biaya padahal sebelumnya diberitahukan ke tingkat bawah bahwa pelayanan rujukan gratis, bahkan untuk konselingpun harus mengeluarkan biaya. Selain itu, klien yang dirujuk tidak melanjutkan ke tempat pelayanan yang dirujuk.

*"...Kita ngomongin di Fatmawati (rumah sakit – red) gratis, ternyata klien yang kita kirim itu, mereka harus bayar. Padahal kita sudah bilang ke teman-teman puskesmas gratis ternyata kirim, mereka harus bayar, konseling juga harus bayar..." (DMX3).*

Sedangkan menurut salah satu provider di "Y" menyebutkan untuk rujukan, mereka merujuk pasien ke tempat yang sesuai dia inginkan.

#### 5.4.6 Pelatihan

##### 5.4.6.1 Pelatihan Persiapan Pelaksanaan PKPR

Dua dari 3 provider menyatakan mereka menjalankan program PKPR tanpa diberikan pelatihan PKPR sebelumnya. Menurut mereka pelatihan, baru diberikan pada September 2009 meskipun program PKPR sudah dimulai 2007. Akan tetapi dua dari provider merupakan angkatan pertama proyek pilot KRR di Indonesia jadi mereka sempat mendapatkan pelatihan tentang KRR termasuk konseling.

*"Baru diberikan pelatihan September tahun 2009 tentang PKPR.."*

*(PRX1)*

##### 5.4.6.2 Pelatihan Konseling

Seorang provider menyatakan mendapatkan pelatihan konseling saat program KRR – WHO dulu dan pernah bekerja di bagian konseling di salah satu LSM selama 10 tahun. Namun demikian menurutnya diperlukan pelatihan penyegaran mengenai hal itu.

*"Sebelum saya kerja di Jakarta saya bekerja di PKBI selama 10 tahun di bagian konseling remaja. Begitu pindah ke Jakarta, ada program PKPR, ada pelatihan depkes dan Perinasia selama 3 bulan, meliputi teori dan praktek di puskesmas, termasuk konseling tahun 1998 oleh psikolog UI..."*

*(PRX2)*

Sedangkan 1 provider lainnya mengaku dirinya mendapatkan pelatihan konseling saat mengikuti pelatihan VCT (*Voluntary, Counseling and Testing*) HIV oleh salah satu LSM di Jakarta.

*"Pelatihan kita yg dnanai kan YPI, saya ditunjuk ikut ke pelatihan dan saya dianggap pegawai YPI padahal bukan. Selama 1 minggu di RS Kanker Darmais.."*

*(PRX3)*

Sedangkan pelatihan khusus mengenai pelayanan yang konfidensialitas terutama bagi remaja, semua provider mereka mengaku tidak pernah mendapatkannya.



Mereka menyatakan bahwa masalah konfidensialitas hanya menjadi salah satu materi dalam penjelasan mengenai konseling.

Seperti ungkapan seperti berikut:

*"ikut pelatihan KRR masa awal mulai dari KRR tahun 1997-1998. Dulu hanya pernah pelatihan tentang sosialisasi PKPR. Pelatihan tentang konfidensialitas gak pernah. Cuma konfidensialitas masuk ke dalam materi pelatihan konseling. Saya pernah ikut pelatihan konseling, dilatih sama "X". Kita diberikan pelatihan konseling umum. Jadi saya agak ketawa-ketawa, karena saya praktek dulu (telah memberikan pelayanan terhadap remaja terlebih dahulu), baru kita dapet teori dilatih sama pasar minggu. Jadi dilatih sambil jalan.."* (PRX4).

#### 5.4.7 Provider

##### 5.4.7.1 Kemampuan berkomunikasi

Lebih dari separuh klien remaja (6 dari 8 remaja) dari 2 puskesmas yang berbeda menilai kemampuan *interpersonal skill* para providernya dalam melayani mereka menyatakan penilaian yang positif. Tiga dari remaja "Y" menyatakan provider dianggap bisa memberikan kenyamanan kepada remaja, penjelasan dengan bahasa yang dimudah dimengerti karena menggunakan bahasa sehari-hari. Hasil observasi pun menunjukkan bahwa salah satu provider di "Y" memiliki kemampuan dalam berkomunikasi yang sangat baik, menggunakan bahasa remaja, sedikit gaul. Dia mampu menggali masalah remaja lebih banyak dengan cara-cara yang mudah pahami remaja.

*"Nyaman, kayak sahabat sendiri.. ngasih solusi yang baik..Dikasih cerita tentang kenakalan"* (RX8).

*"Dokternya enak.. gampang dimengerti.."* (RX5)

Para provider memiliki keinginan yang kuat dalam memberikan pelayanan kepada remaja. Meski mereka memiliki tanggung jawab pada tugas lain, mereka tetap bersemangat dan berdedikasi tinggi meskipun sudah cukup lelah namun tetap melayani mereka.

Namun ada juga yang menyatakan masih ada provider di salah satu puskesmas yang dinilai remaja bersikap dan berlaku negatif. Seorang klien menyatakan dokter bersikap tidak ramah (judes) dan istilah yang digunakan saat memberikan penjelasan terlalu ilmiah .

*"Kebanyakan pake bahasanya ilmiah..yang sedikit dimengerti sama orang awam"(RX1)*

*"Enak sih, Cuma tegas.. jadi takut aja.. gimana ya? Takut ditanya-tanya lagi gituh.., karena judes gituh.."(RX3)*

Hasil observasi pun menunjukkan kadang tanpa disadari provider menyatakan ungkapan yang mengecilkan kemampuan klien atau menimbulkan anggapan orang negatif bagi yang mendengarnya, meskipun tidak sering namun. Seperti berikut:

*"Ah masa yang gini gak pernah belajar..." (PRX1)*

#### 5.4.7.2 Upaya Memastikan Konfidensialitas

Sebagian provider melakukan upaya untuk memastikan *privacy* dan konfidensialitas klien terjaga dengan meminta keluar orangtua/orang bersama klien saat akan riwayat penyakit dan konsultasi maupun menutup rapat pintu pemeriksaan, seperti:

*"Ya, biasanya si orangtua diminta keluar.. karena kalo dibarengin yang ada dimarah-marahin sama orangtuanya"(PRX1)*

Namun dari hasil observasi, terkadang provider lupa memastikan pintu tertutup rapat selain itu sering keluar masuknya orang baik itu petugas, pasien maupun petugas kebersihan ke ruang pelayanan sehingga cukup mengganggu remaja saat proses pelayanan kesehatan. Seperti ungkapan berikut:

*"Ibu disuruh keluar dulu...Pintunya dibuka dikit"(RX2)*

*"Ada cleaning service masuk. malu.. mengganggu.. jadi grogi.. terganggu kalo mo ngomong.."(RX4).*

### 5.4.7.3 Masalah-masalah yang Membolehkan Konfidensialitas Dibuka

Bagi semua klien remaja ternyata tidak semua masalah yang mereka miliki harus dijaga kerahasiaannya oleh mereka dan provider. Pada kondisi penyakit tertentu mereka menyatakan orangtua harus tahu kondisi mereka. Kondisi tersebut seperti hamil di luar nikah, infeksi menular seksual, serta penyakit berat lainnya yang membutuhkan transfusi darah. Seperti pernyataan ini:

*"Hamil di luar nikah, ..penyakit kelamin takutnya anaknya kenapa-  
nana, gimana coba"(RX1).*

Sedangkan provider menyatakan mereka akan membuka kerahasiaan pasien jika telah mendapatkan ijin dari pasien, seperti kutipan berikut:

*"Tergantung situasi, misal pasien itu gak mau kita suruh kamu gak  
boleh begini begini tapi dia melanggar..tapi misalnya pasien dengan  
org HIV gak boleh berhubungan dnegan orang, kemudia melanggar..  
kita perlu juga, biasanya kita tanya pasiennya dulu.. kalo perlu  
dibicarakan mau apa gak atau boleh gak" (PRX4).*

## 5.4.8 Sarana/prasarana

### 5.4.8.1 Fasilitas Sekitar ruangan pelayanan

Semua klien menyatakan situasi di sekitar pelayanan terlalu ramai, yang menunggu sehingga tempat duduk yang tersedia kadang kurang memadai. Di salah satu puskesmas ("X"), lokasi pelayanan PKPR berada di depan laboratorium, pelayanan konsultasi gizi, penyakit kulit dan umum sehingga banyak orang lalu lalang dan sangat padat. Seperti kutipan berikut:

*"Ruang tungguanya kurang enak, kan ada ruang 14(lab) dan 15(PKPR)..  
gak bisa ukurin yang nunggu berapa orang.. Jangan ditumpuk.. Ruang  
tunggu gabung" (RX7).*

*"Rame, banyak ibu-ibu sama anak-anak kecil.."(RX2)*

Ada juga 1 responden dari "X" yang menyebutkan merasa ngeri saat menunggu PKPR karena harus melihat orang yang akan diambil darah karena di depannya adalah ruang laboratorium:

*"Ngeri sebenarnya siii kalo ngelihat darah, ngilu..". geli serem.. takut-takut.."* (RX1).

Selain itu jarak antara kursi duduk dengan yang dihadapannya kurang lebar hanya sekitar kurang lebih 1 meter ditunjang pula jarak lantai ke plafon atas kurang tinggi jika dibandingkan dengan "Y" sehingga mengesankan area menjadi sempit. Akan tetapi sedikit terobati dengan adanya kipas dan sedengkan di puskesmas lain memiliki sirkulasi udara yang cukup.

*"Ruang tunggu nyamanlah ...ada kipas angin biar gak panas"* (RX6)

Di "Y", ruang tunggu yang menghadap udara luar cukup memungkinkan orang memiliki sirkulasi udara segar yang lebih baik.

#### 5.4.8.2 Ruangan pelayanan

Hampir semua remaja menyatakan menyatakan ruang pelayanan dianggap cukup nyaman dan udara dingin. Namun seorang klien dari Puskesmas "X" mengungkapkan ruangan pelayanan terlalu padat dengan lemari, sehingga dia merasa tatanan ruangan yang "aneh".

*"Gak bebas, sempit, ada lemari ada gambar-gambar anak-anak tuna wisma.. maksudnya gini, biar kalo dibenerin.. lemarinya jangan banyak-banyak.. lemarinya sekalian yang besar sekalian.. kalo kecil-kecil jadi ribet..."* (RX1).

Didasarkan hasil observasi dan wawancara, ruang PKPR "X" merupakan 1 ruangan yang kemudian harus dibagi menjadi ruang konsultasi gizi antar ruang tersebut tidak dipisahkan oleh pintu namun terbuka seukuran dengan ukuran pintu, sehingga jika pasien masuk ke ruangan maka dari pintu masuk sudah terlihat isi ruang sebelahnya. Menurut salah satu provider, hal itu didasarkan atas efisiensi kerja dokter penanggung jawab PKPR yang menangani Poli Diabetes Mellitus

(DM) yang seringkali membutuhkan konsultasi gizi. Dengan kondisi satu ruangan maka akan memudahkan pasien DM berkonsultasi ke poli gizi. Perlu diketahui selain dijadikan ruang PKPR, ruang tersebut di hari-hari lain melayani pelayanan jiwa, DM, dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Adanya penyekatan ruangan yang kurang sempurna dirasa oleh seorang remaja mengganggu dan membuat tidak nyaman karena takut informasinya terdengar:

*"Ada pasien di ruang sebelah, cukup mengganggu.. gak nyamanlah takut kedengaran.."(RX2)*

Baik di "X" dan "Y", Gambar-gambar/poster yang terkait kesehatan reproduksi terpajang, yang tersedia di kedua puskesmas dinilai cukup menarik tapi karena ruangan PKPR digabung dengan kesehatan jiwa, seorang klien menyatakan ada rasa takut karena khawatir orang lain menilai seperti itu (sakit jiwa), seperti berikut:

*".. (tulisan kesehatan jiwa) gak nyaman, takut aja kayak gitu.. kayak yang dibacaan (sakit jiwa)..takut aja sama diri sendiri.."(RX2)*

Selain itu, berdasarkan hasil observasi ruangan pelayanan di salah satu PKPR ("X") ruangan pemeriksaan/PKPR sekaligus ruang konseling remaja bergabung dengan pelayanan konsultasi gizi dan hanya dibatasi dengan dinding kayu dan sekat itupun tidak sampai menutup ke batas plafon atas. Oleh karena itu terkadang perbincangan di ruang sebelah terdengar dan pernah peneliti melihat klien gizi seperti anak-anak kecil ataupun orangtuanya masuk tiba-tiba ke ruangan pelayanan remaja. Menurut beberapa remaja, kondisi tersebut membuat mereka tidak nyaman, dan takut untuk berbicara dengan dokter.

Namun salah seorang provider menyatakan, kondisi tersebut tidak menjadi masalah bagi remaja. Seperti ungkapan sebagai berikut:

*"Memang kalo mau menerapkan konfidensialitas sama sekli tidak memenuhi syarat.. hal itu belum diperhatikan.. sebenarnya ada di lantai atas, Cuma jadi tergantung pada kesibukan petugas, karena mereka cukup sibuk dengan tugas-tugasnya.. belum sempet diperhatikan."*

*Menurut saya tidak menjadi masalah dengan adanya satu ruangan yang terbagi dua..”(PRX2)*

Baik di Puskesmas “Y” maupun “X”, petugas maupun pasien lain masuk ke ruangan PKPR tanpa mengetuk pintu. Ketika terjadi dialog tanya jawab dokter dan pasien terinterupsi oleh kehadiran petugas.

#### **5.4.8.3 Informasi**

Informasi yang diberikan kepada remaja oleh provider cukup beragam mulai dari organ reproduksi, informasi penyakit-penyakit kelamin, kenakalan remaja, tentang kehamilan, gizi serta kenakalan remaja. Seperti pernyataan berikut:

*”Ditanya-tanya, ditunjukin jenis makanannya kayak wortel, vitaminnya seperti apa.. Informasi tentang rokok, akibatnya rokok.. ditanya, ngerokok apa gak” (RX3).*

Sedangkan menurut provider di kedua puskesmas informasi yang mereka berikan kepada remaja yang datang ke PKPR disesuaikan dengan kebutuhan mereka. Tidak hanya masalah kesehatan reproduksi atau masalah remaja saja, akan tetapi juga memberikan informasi lain seperti informasi penyakit yang mungkin terkait dengan kesehatan remaja tersebut. Seperti kutipan berikut:

*”Informasi ke remaja, sesuai dengan permasalahan yang ditemukan di remaja itu, jika kurang gizi, diberi penyuluhan gizi, juga diberikan informasi lain, organ reproduksi dan fungsinya. Kalau yang datang kurus diberi info tentang tbc, atau diare atau prestasi belajar, d berikan info ttg materi masalah tidak harus kespro” (PRX2).*

Media yang digunakan dalam penyampaian informasi pun cukup bermacam-macam, baik berupa leaflet, lembar balik, maupun penjelasan secara langsung. Seorang remaja putri dari “X” menyatakan bahwa menurutnya lembar balik sudah cukup usang (karena sudah robek) sedangkan seorang putri lainnya, penyampaian informasi harus lebih variatif dan lebih *colourful*,

#### **5.4.8.4 Rekam medis**

Semua provider menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan mereka memiliki sistem rekam medis dan ruang penyimpanan khusus rekam medis.

*"Filing kabinet.. dikunci.. Cuma kadang gak dikunci" (PRX1)*

Dari pengamatan di lapangan di salah satu puskesmas, rekam medis tambahan bagi pelayanan remaja yang berisi masalah dan penilaian pengetahuan remaja terhadap kesehatan reproduksi hanya berupa kertas selebar tanpa sampul, sehingga kondisi tersebut berisiko sobek, terbaca oleh orang lain.

Ruang penyimpanan rekam medis di "Y" berupa lemari kaca yang terdiri dari beberapa rak, sehingga akan terlihat susunan rekam medis pasien dan menurut petugas diakhir pelayanan dikunci.

Di "X", penyimpanan rekam medis berupa *filing cabinet*, yang kadang dikunci. Namun menurut salah satu provider, hal itu terjaga dan tidak ada orang yang bisa akses kesana.

#### 5.4.9 Jadwal Pelayanan

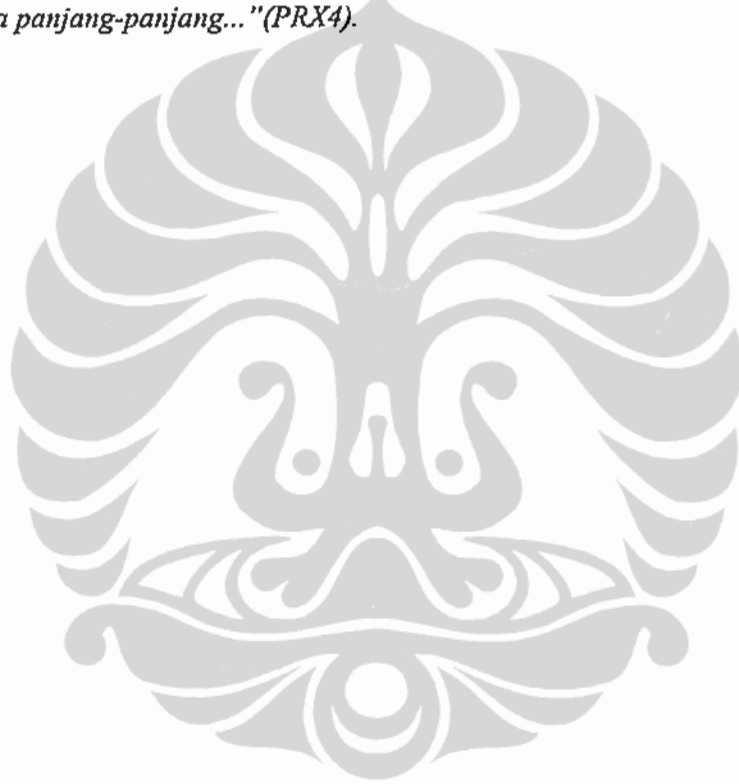
Kedua PKPR memiliki karakteristik jadwal pelayanan yang sangat berbeda. Puskesmas "X" menerapkan jadwal pelayanan hanya satu hari pelayanan yakni pada hari Rabu dari jam 08.00-12.30. Dimana pendaftaran pasien dibatasi hanya sampai jam 11 saja. Sedangkan lainnya menerapkan jadwal pelayanan setiap hari namun digabungkan jam pelayanan lainnya seperti jiwa, pelayanan ARV, dan poli anak.

Hasil observasi, karena remaja yang datang menurut skrining usia dan dalam pelayanan PKPR diberikan KIE itu membutuhkan waktu, maka waktu tunggu yang dibutuhkan oleh setiap pasien cukup lama sekitar 20-30 menit.

Sedangkan Puskesmas lainnya menerapkan jadwal setiap hari dan pada saat bersamaan melayani Poli Jiwa dan Poli Konsultasi (anak). Remaja yang datang ke

pelayanan pagi harus bersaing dan menunggu dengan pasien poli lainnya. Bagi remaja dengan rujukan dari sekolah maupun yang datang dari luar wilayah terkadang mereka datang pagi. Sedangkan untuk remaja yang berada di wilayahnya biasanya datang dengan perjanjian. Seperti ungkapan berikut:

*"Jika datang pagi, itu karena rujukan dari sekolah atau datang dari wilayah lain. Tapi kalo yang dalam wilayah biasanya dengan perjanjian. Tahun 1997 sudah terpikir untuk memiliki ruangan sendiri karena kita gak punya lahan lagi. 2010 kami akan membuat layanan remaja di bawah dan dikembangkan di sekolah-sekolah. Misalnya karena adanya pelayanan methadone mereka gak mau datang. Terus mereka akhirnya pake sms, smsnya panjang-panjang..."(PRX4).*





## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Kekuatan dan Kelemahan Penelitian**

##### **6.1.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan triangulasi, yakni triangulasi sumber, metode dan triangulasi data. Metode pengambilan data menggunakan wawancara mendalam dan sebagai konfirmasi digunakan metode observasi untuk meng*cross-check* informasi yang didapat. Sehingga dengan demikian diharapkan bisa meminimalisir dan melengkapi informasi yang bias yang didapatkan dari informan.

##### **6.1.2 Informan penelitian**

Informan pada penelitian ini adalah remaja-remaja yang sedang duduk dikelas yang setara dengan sekolah lanjutan pendidikan atas. Di Puskesmas "X", didapatkan dari data rekam medis pasien yang datang ke PKPR pada hari Rabu. Di "Y" data didapatkan dari buku registrasi poli konsultasi yang isinya digabung dengan poli jiwa, Napza dan anak.

Alamat-alamat responden yang kurang jelas, responden tinggal di tempat sanak famili lain dan berpendidikan di daerah lain (pesantren) dan alamat yang diberikan bukan yang sebenarnya. Oleh karena itu penelitian ini terbatas pada remaja-remaja yang bisa dihubungi dan alamatnya bisa ditemukan saja.

#### **6.2 Gambaran informan**

##### **6.2.1 Umur**

Informan berusia rata-rata 17,5 tahun; dilihat dari laporan kunjungan PKPR di "X" kebanyakan remaja yang datang di bawah usia tersebut.

### 6.2.2 Pendidikan

Hampir semua remaja yang menjadi informan sedang melanjutkan pendidikan lanjut atas kelas II dan II di Sekolah menengah Kejuruan (SMK) dan hanya satu orang yang sedang berselolah di Sekolah Menengah Atas (SMA). Remaja-remaja yang bersekolah di SMK jurusan tehnik dan Pariwisata memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi lebih sedikit dibandingkan dengan anak SMA. Hal ini karena sejak masuk SMK, mata ajaran Biologi yang biasanya mengajarkan ilmu mengenai kesehatan tubuh termasuk kesehatan reproduksi tidak masuk dalam mata ajaran dan kurikulum sekolah mereka. Sehingga sangat disayangkan mereka tidak mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksinya sebagai bekal kesehatan mereka kelak.

### 6.2.3 Status Pernikahan

Dua dari delapan klien remaja berstatus menikah sedangkan lainnya belum menikah. Keduanya merupakan remaja dengan riwayat hamil pra nikah (HPN). Mereka datang dari poli KIA, dikarenakan usianya masih remaja langsung dirujuk ke klinik PKPR dan mendapatkan pelayanan konseling oleh dokter PKPR. Menurut kader dan bidan setempat, mereka akhirnya menikah setelah keduanya hamil terlebih dahulu. Suami merekapun masih usia sekolah.

### 6.2.4 Masalah yang Dihadapi

Dikarenakan pola dan sistem yang diterapkan oleh kedua puskesmas berbeda sehingga menyebabkan puskesmas menerapkan saringan usia saat registrasi dimana usia 10-19 tahun pada jadwal PKPR harus menjalani pelayanan di PKPR meskipun dengan keluhan umum. Biasanya bagi remaja perempuan, masalah yang sering dihadapi seperti gangguan menstruasi dan keputihan. Agampodi (2008) menyatakan bahwa umumnya masalah yang dihadapi oleh remaja perempuan yaitu gangguan menstruasi. Sedangkan menurut Joshi et al (2006) selain masalah menstruasi, remaja mengalami keluhan keputihan sedangkan pada laki-laki mengenai mimpi basah.

Sedangkan di Puskesmas yang tidak menerapkan sistem saringan seperti di atas, biasanya mereka menerima rujukan pasien dari poli yang umumnya sudah berperilaku berisiko hamil pra nikah (HPN), seks pranikah, ataupun mereka yang menggunakan narkoba dan HIV. Provider dan pembuat kebijakan setempat mengungkapkan bila menerapkan sistem skrining, maka pasien akan membludak dan tidak bisa ditangani karena keterbatasan tenaga dan ruangan.

Fakta di atas sama dengan studi yang dilakukan oleh Depkes, (2005); WHO (2002) yakni masalah lain yang dihadapi remaja seperti seks pranikah, hamil di luar nikah, HIV/AIDS, narkoba, kenakalan remaja dan lainnya.



**Universitas Indonesia**

### 6.3 Analisa Hasil Penelitian

Tabel 6.1 Matriks Perbandingan Pengetahuan Remaja terhadap Kespro, KRR, Hak dan Konfidensialitas di "X" dan "Y"

Variabel	Remaja	
	"X"	"Y"
Pengetahuan		
Defini Sehat	Sehat fisik bisa jalan-jalan, ngapain (3 dari 4 sehat fisik); Sehat jasmani rohani fisik dan mental	sehat secara fisik, psikis (Gagah, stabil); sosial (gak ada beban); jauh dari penyakit
Definisi Kesehatan reproduksi	alat dalam; kesehatan di dalam bagian tubuh manusia, -alat-alat reproduksi manusia aja. Rahim, vagina, penyakit kelamin; 2 dari 4 tidak pernah mendengar istilah kesehatan reproduksi	tidak pernah mendengar dan sudah lupa
Definisi Kesehatan remaja	Dua orang menyatakan pernah mendengar hanya menyebutkan sebagian alat-alat reproduksi	Semua informan belum pernah mendengar istilah KRR atau Kesehatan reproduksi remaja
Rujukan sumber informasi	Teman; orangtua; guru; saudara	Teman; orangtua; guru; guru ngaji
Pernah mendengar PKPR	Semua informan belum pernah mendengar istilah PKPR maupun Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja	Hanya 1 informan yang pernah mendengar istilah PKPR maupun Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
Kegiatan PKPR	semua menyatakan tidak tahu	Semua menyatakan tidak tahu
Hak-hak pasien	Mendapatkan pelayanan yang baik; sembuh	Mendapatkan pelayanan yang baik; Mendapatkan informasi; menunggu
Hukum/aturan tentang Hak Pasien	Tidak ada satupun yang tahu	Tidak ada satupun yang tahu
Defini Kerahasiaan	Tidak ada orang lain saat pemeriksaan; hanya dokter yang tahu; tidak ada orang mandiri-mandiri; terhindar dari pertanyaan yang sensitif; pintu terbuka sedikit	informasi terjaga hanya dokter yang tahu; tidak ada orang lain saat pemeriksaan; tidak ada orang mandiri-mandiri

Tabel 6.1 Matriks Perbandingan Faktor Internal dan Eksternal Remaja di "X" dan "Y"

Variabel	Remaja	
	"X"	"Y"
Emosi	Aneh; takut; nyaman	Nyaman; khawatir akhirnya nyaman
Kebutuhan: pelayanan kesehatan remaja	informasi yang cukup; fasilitas yang sesuai dengan selera remaja; ruang khusus remaja; tempat curhat	informasi yang cukup; ruang khusus remaja; tempat curhat; butuh informasi tentang rokok
Budaya: membicarakan kesehatan reproduksi dengan orangtua dan di masyarakat	membicarakan kespro dengan ibu (2 dari 4 responden); sisanya mengaku malu dan takut khawatir dituduh	membicarakan kespro dengan ibu (2 informan putri); laki-laki sharing dengan teman atau dipendam sendiri
Harapan	Pelayanan yang nyaman dengan fasilitas yang sesuai selera remaja; dokternya yang pengertian dan ramah	Pelayanan yang nyaman; sopan; dokternya yang pengertian dan ramah
Provider	baik, menjelaskan enak-pelan-pelan; keibuan; pakai bahasa ilmiah	Pengertian, menjelaskan enak; bahasa sehari-hari seperti teman; keibuan
Sarana/prasarana		
Fasilitas sekitar ruang pelayanan	Terlalu ramai; kursi tunggu kurang cukup; ruang tunggu bagus	Ramai, ruang tunggu nyaman
Ruangan pelayanan	nyaman; kurang luas	Nyaman, kurang luas; bau obat
Informasi	Beragam informasi; kurang cukup waktunya	Kenakalan remaja, kehamilan,
Jadwal Pelayanan	Waktunya kurang; pelayanan setelah pulang sekolah	Waktunya kurang; pelayanan setelah pulang sekolah

Tabel 6.2 Matriks Perbandingan Faktor Internal Provider di "X" dan "Y" dan Pembuat Kebijakan

Variabel	Provider		Pembuat Kebijakan
	"X"	"Y"	
Pengetahuan			
Defini Sehat	sehat fisik, psikis dan secara sosial	sehat jasmani, rohani, psikis dan secara sosial; serta produktif	definisinya kesehatan fisik, psikis dan sosial; definisi WHO
Definisi Kesehatan reproduksi	Dipandang dari segi fisik, organ reproduksi, secara psikis, secara sosial serta organnya yang berfungsi	Dipandang dari segi fisik, organ reproduksi, secara psikis, secara sosial	definisinya kesehatan fisik, psikis dan sosial; sesuai definisi WHO (tapi disebutkan detail)
Definisi Kesehatan remaja	alat reproduksi; organ reproduksi berfungsi; bertanggung jawab thd reproduksinya	kaitannya berhubungan dengan kesehatan reproduksinya remaja; alat dan fungsinya	intinya kesehatan reproduksi tapi pada remaja; alat dan fungsi reproduksi
Sosialisasi PKPR	Penyuluhan ke sekolah; training remaja; <i>peer educator</i>	Penyuluhan ke sekolah; talkshow; UKS	
Kegiatan PKPR	Penyuluhan di dalam gedung dan luar gedung; Pelayanan kesehatan	Pemberian Informasi dan Edukasi, pelayanan klinis, rujukan, konseling	
Hak-hak pasien	Mendapatkan pelayanan yang baik; Mendapatkan informasi; Informasi terjaga kerahasiaannya	Mendapatkan pelayanan yang baik; Mendapatkan informasi; Informasi terjaga kerahasiaannya	Mendapatkan informasi; terjaga kerahasiaannya; mendapatkan pelayanan yang baik, mendapatkan <i>second opinion</i>
Hukum/aturan tentang Hak Pasien	Kode etik; SOP pelayanan Puskesmas	Kode etik	
Defini Kerahasiaan	Informasi terjaga, tidak ember	Informasi terjaga	Tidak ember; informasi terjaga kerahasiaannya

Tabel 6.2 Matriks Perbandingan Faktor Internal dan Faktor Eksternal Provider di "X" dan "Y" dan Pembuat Kebijakan

Variabel	Provider		Pembuat Kebijakan
	"X"	"Y"	
Emosi	Senang, simpati	Senang, simpati, campur aduk	
Kebutuhan: pelayanan kesehatan remaja	peer counselor; ruang khusus; kerjasama dengan pihak sekolah, bisa masuk ke remaja	Ruang khusus	ruangan khusus; anggaran; dukungan
Budaya	Malu; tertarik; dianggap kurang penting; biasa	Dianggap kurang penting; biasa	Tabu dan gak terlalu tabu; risih; cuek
Harapan	Memiliki ruangan khusus, bisa meluaskan jejaring, bisa fokus kepada remaja	Remaja berdaya; memiliki ruangan khusus yang nyaman bagi remaja, bisa meluaskan jejaring	Buka jadwal full; punya anggaran khusus; ruangan khusus
Manajemen			
Petunjuk pelaksana khusus pelayanan kesehatan remaja yang konfidensial	Belum ada petunjuk pelaksanaan khusus untuk pelayanan kesehatan remaja yang konfidensial; dimasukkan dalam bagian SOP	Belum ada petunjuk pelaksanaan khusus untuk pelayanan kesehatan remaja yang konfidensial	Belum ada
Sistem Rujukan	Ada, kerjasama dengan RS	Ada, kerjasama dengan RS dan LSM	Ada, kerjasama dengan RS
Pelatihan/training	separuh mendapatkan konseling saat awal KRR dan lainnya baru mendapatkan pada September 2009	separuh mendapatkan konseling saat awal KRR dan lainnya baru mendapatkan pada September 2009	Ada pelatihan saat jadi pilot Project KRR; pelatihan PKPR 2009; Pelatihan dilakukan berjenjang dari pusat sampai kabupaten
Ruangan pelayanan	Harus berbagi dengan pelayanan lain	Harus berbagi dengan pelayanan lain	Belum ada ruang khusus
Informasi	beragam informasi disesuaikan kebutuhan	beragam informasi disesuaikan kebutuhan	
Rekam medis	Tersedia rekam medis (berupa lembar khusus) dan tersedia tempat penyimpanannya	Tersedia rekam medis dan tersedia tempat penyimpanannya	
Jadwal Pelayanan	disesuaikan dengan jadwal dan beban dokter, kontak di waktu lain	disesuaikan dengan jadwal; kontak di waktu lain	PKPR bisa dilakukan dengan kondisi terbatas; jadwal kurang

### 6.3.1 Analisa Faktor Internal

#### 6.3.1.1 Faktor Pengetahuan dan Akses Informasi

Didasarkan pada faktor pengetahuan di 2 PKPR, tidak ada perbedaan pengetahuan dan pemahaman yang dimiliki remaja. Mereka masih memiliki pengetahuan yang masih minim mengenai kesehatannya, baik sehat secara umum, kespro dan KRR. Secara umum, remaja masih menganggap sehat lebih mengarah pada kondisi fisik semata yakni sehat artinya beraktivitas, tidak pucat, bisa makan, gagah, bersemangat dan bisa berjalan. Dua diantaranya menyebutkan bahwa sehat sebagai kondisi jauh dari penyakit serta sehat jasmani rohani (fisik dan mental), serta tidak ada beban diberi omelan orang (sebagai sehat sosial) serta hidup bersih.

Kesehatan reproduksi hanya dipandang secara sempit hanya dari organnya saja bahkan diantara mereka ada yang lupa nama-nama organ reproduksinya. Remaja menganggap organ reproduksi hanya pada organ primer saja, namun tidak memasukkan payudara sebagai organ reproduksi sekunder. Kondisi miris ini juga ditegaskan oleh hasil penelitian beberapa studi yang menyebutkan remaja Indonesia memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang rendah. Begitupula menurut Agampodi (2008) menegaskan bahwa remaja memiliki pengetahuan dan informasi yang minim mengenai kesehatan reproduksi, dan karena kurangnya kesadarannya menggiring mereka untuk tidak menyelesaikan masalahnya.

Di sisi lain, remaja menghadapi masalah-masalah di sekitarnya yang mengarah pada perilaku berisiko. Sebagian besar informan mengaku pernah mendengar temannya menggunakan narkoba, seks pranikah, hingga hamil di luar nikah.

Bahkan dua dari 8 responden mengalami seks pra nikah yang berakibat kehamilan yang tidak diinginkan meskipun akhirnya mereka berlanjut pada pernikahan. Sedangkan 1 responden menderita kecanduan narkoba dan sekarang menjalani terapi *harm reduction methadone*. Jika dilihat dari faktor lingkungan dimana mereka tempat tinggal, menurut bidan di puskesmas kelurahan dan kader setempat

Universitas Indonesia



daerah tersebut memang daerah lingkup narkoba. Bahkan menurut bidan tersebut, akhir-akhir ini banyak anak-anak mudanya yang meninggal di usia yang masih sangat muda karena narkoba dan sakit HIV/AIDS. Dari hasil observasi di daerah "Y", memang merupakan kawasan yang sangat padat sekali. Merujuk hasil penelusuran peneliti narkoba juga tidak hanya dilakukan oleh para remaja tapi juga pada ibu-ibu dengan luka-luka bekas sayatan-sayatan di tangan.

Masalah kasus HPNpun menurut mereka cukup banyak terjadi, meski awalnya tidak terlihat dan tidak terdeteksi oleh mereka namun akhirnya terdeteksi pada saat akan menjelang lahiran.

Hasil temuan diperkuat oleh Notoatmodjo (2007) bahwa faktor pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Menurut teori Bloom yang telah dimodifikasi dalam Notoatmodjo (2007) disebutkan bahwa perilaku seseorang memiliki domain penting, yakni: 1. Pengetahuan (*knowledge*), 2. Sikap (*attitude*), dan 3. Praktik (*practice*). Jadi jika pengetahuan remaja yang dimiliki minim maka bisa mengarahkan mereka kepada perilaku berisiko.

Kenyataan di atas berbeda dengan provider dan pembuat kebijakan. Meski mereka tidak semuanya menyebutkan definisi secara lengkap, namun hal ini menyebabkan kesenjangan. Dapat diasumsikan bahwa selama ini konsep teori sehat yang sebenarnya masih berada pada level pembuat kebijakan.

Kenyataan di atas menjadi tanya besar, setelah 15 tahun disepakatinya *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 dan Konferensi Perempuan Beijing yang memayungi kesehatan reproduksi dan ditambah lagi hampir sepuluh tahun pemerintah Indonesia berkomitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi nyatanya istilah kesehatan reproduksi masih belum dikenal oleh masyarakat terutama remaja. Program sosialisasi kesehatan reproduksi harus terus digiatkan agar mendorong masyarakat

Universitas Indonesia

mampu memahami kesehatan reproduksi dengan benar (Alcala, 1995; Depkes, 2005).

Masing-masing puskesmas menyatakan telah terlibat dalam KRR sejak tahun 1997. Namun baik di “Y” dan “X”, hampir semua klien remaja tidak pernah mendengar istilah PKPR dan keberadaan PKPR. Agampodi (2008) menyatakan bahwa remaja memiliki pengetahuan yang sangat rendah terhadap keberadaan pelayanan. Mereka sama sekali tidak menyadari adanya fasilitas yang disediakan bagi kebutuhan kesehatan reproduksi mereka. Kamau (2006) menjelaskan bahwa remaja memiliki kesadaran yang minim mengenai keberadaan pelayanan kesehatan bagi mereka

Argumen di atas bisa dikaitkan dengan seberapa besar usaha kegiatan sosialisasi untuk memperkenalkan PKPR ke masyarakat maupun institusi pendidikan yang dilakukan oleh Puskesmas dan bagaimana dukungan yang diberikan oleh pihak-pihak yang berwenang dan terkait. Jika dilihat dari beban kerja yang dipegang oleh masing-masing petugas PKPR yang tumpang tindih maka alokasi waktu untuk sosialisasi ke remaja menjadi sangat minim. Ada ketidakseimbangan antara kebutuhan remaja yang ada dengan ketersediaan tenaga dan waktu untuk bisa dilakukan sosialisasi PKPR dan kesehatan reproduksi.

Fakta di atas dikuatkan pula oleh penelitian yang dilakukan John Hopkins (1997) bahwa remaja yang terpapar dengan kampanye lebih banyak memiliki kesempatan untuk memanfaatkan pelayanan remaja (34 persen) dibandingkan dengan yang tidak terpapar (hanya 9 persen). Ditambah lagi, remaja terpapar kampanye lebih banyak untuk berdiskusi dengan pendidik sebaya (32 persen) dibandingkan yang tidak terpapar kampanye atau sosialisasi pelayanan kesehatan remaja.

Dari penuturan dua provider dari salah satu puskesmas mengaku sulit untuk bisa masuk ke sekolah-sekolah baik karena birokrasi maupun karena para pejabat sekolah belum memahami pentingnya kesehatan reproduksi bagi anak didiknya.

**Universitas Indonesia**

Di sisi lain, Puskesmas “Y” mengaku tidak mengalami kesulitan sosialisasi ke sekolah-sekolah. Menurut salah seorang pejabat di Puskesmas tersebut, puskesmasnya cukup dikenal oleh sekolah-sekolah sekitar. Akan tetapi dari hasil observasi dan telaah data laporan yang ada, dengan besarnya permasalahan yang dihadapi remaja, serta minimnya tenaga dan waktu yang dimiliki maka terjadi kesenjangan cakupan penyebaran informasi. Jika dihitung, dengan jumlah sekolah lebih dari 40 sekolah di Kecamatan “Y” (SMP dan SMA), maka jika dalam setahun (52 minggu) harus dilakukan sosialisasi ke sekolah maka jatah setiap sekolah hanya 1 kali per tahun. Selain itu cakupan jumlah peserta setiap sosialisasipun terbatas tidak akan melebihi 100 orang. Maka efektifitas dan efisiensi sosialisasi oleh tenaga kesehatan yang hanya jumlahnya sedikit makin terbatas belum lagi tenaga kesehatan harus mengikuti berbagai pelatihan dan tugas lain yang cukup menyita waktu.

Menurut hasil penelitian di Srilanka, minimnya pengetahuan remaja mengenai keberadaan fasilitas, menjadi masalah utama ketidakmampuan mengakses layanan. Selain itu, kurangnya pengetahuan remaja dalam kesehatan reproduksi menyebabkan mereka tidak percaya diri untuk mendiskusikan permasalahannya. Oleh karenanya dibutuhkan program yang strategis untuk peningkatan kesadaran dalam kesehatan reproduksi di masyarakat sehingga mereka memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan optimal (Agampodi, 2008).

### **6.3.3 Analisis Faktor Hak, Hukum dan definisi Kerahasiaan**

Seperi pada umumnya, masyarakat termasuk remaja cenderung kurang mengetahui hak-hak yang harus didapatkannya dipelayanan. Namun demikian salah satu hak pasie yakni mendapatkan jaminan akan kerahasiaan, sebagai sesuatu yang penting.

Dari matriks di atas dapat dilihat ada sedikit kesenjangan antara definisi dan kondisi yang mengancam kerahasiaan dari sisi klien, provider dan pembuat kebijakan. Remaja menanggapi bahwa tidak ada orang lain saat pemeriksaan

(termasuk perawat sehingga hanya dokter yang tahu); tidak ada orang mendampingi; terhindar dari pertanyaan yang sensitif; pintu terbuka sedikit mengakibatkan perasaan takut dan khawatir informasi klien beriklan menjadi kurang terjaga. Hal ini juga dikemukakan oleh Jaruseviciene (2006), bahwa dengan kehadiran perawat, para dokter setuju jika berbicara masalah yang sangat intim dengan klien akan membuang waktu karena remaja tidak akan sepenuhnya jujur atas informasi yang mereka sampaikan.

Para klien, provider dan pembuat menyatakan bahwa kerahasiaan itu penting. Minimnya privasi dan kerahasiaan (konfidensialitas) serta ruangan pelayanan yang kurang nyaman sehingga kerahasiaannya (*confidentiality*) kurang terjamin dianggap mempengaruhi minimnya penggunaan pelayanan kesehatan oleh remaja. Selain itu, didasarkan atas *the American Medicine Association* (AMA) konfidensialitas dianggap penting karena menyebabkan klien bebas untuk menyampaikan masalah yang dialaminya secara jujur tanpa ditutup-tutupi. Dengan demikian, informasi yang jujur dan tanpa ditutup-tutupi memungkinkan provider kesehatan memberikan diagnosa dengan tepat dan memberikan tindakan yang tepat pula. Oleh karenanya, WHO (2003) dan Depkes (2005) menjadikan faktor konfidensialitas merupakan salah satu indikator evaluasi dari sebuah pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) yang memiliki tujuan menjadikan remaja yang sehat.

SEARO-WHO (2006) menegaskan perlunya para provider kesehatan memahami dengan jelas dan benar mengenai hak-hak pasien termasuk masalah *informed consent* dan mengenali pentingnya kerahasiaan dan *privacy* bagi klien.

#### **6.3.4 Analisis Emosi, Pelatihan dan Provider**

Sepuluh provider baik di "Y" dan "X", menyebutkan mereka melakukan tugas PKPR tanpa dibekali pelatihan terlebih dahulu, baik pelatihan konseling maupun dan pelaksanaan PKPR. Hal ini juga dikemukakan oleh pembuat kebijakan bahwa

pelatihan PKPR baru dilakukan pada September 2009, padahal pelaksanaan PKPR sudah dimulai tahun 2006an.

Seluruh remaja "Y" mengaku merasa nyaman berinteraksi dengan provider. Didapati bahwa provider lama bekerja di dunia remaja dan telah banyak pelatihan-pelatihan seperti pelatihan konseling sejak tahun 1990an, pelatihan KRR. Sehingga dengan pengalamannya, mampu membangun hubungan dengan para klien.

Menurut Bethell (2001), provider kesehatan diharapkan mampu mendengarkan permasalahan remaja dengan seksama terutama pada permasalahan-permasalahan yang penting. Remaja adalah kelompok yang sedang mengalami masa perkembangan transisi dan memiliki karakter unik serta kebutuhan yang berbeda dengan orang dewasa lainnya (WHO, 1993). Oleh karena itu dibutuhkan *skill* melalui pelatihan khusus dan praktek yang terus menerus. Dalam Haller et al (2007) ditekankan perlu keahlian khusus yang diperoleh melalui pelatihan dalam berkomunikasi dengan remaja (Haller et al, 2007).

Menurut penuturan Ninuk Widyantoro, kesehatan reproduksi yang di dalamnya menyangkut aspek dan masalah-masalah yang masih dianggap sensitif. Aspek-aspek kesehatan reproduksi itu termasuk membicarakan alat-alat yang biasa ditabukan oleh masyarakat di Indonesia. Terlebih lagi jika hal tersebut menimpa remaja. Oleh karenanya kerahasiaan/kepercayaan dalam penanganan permasalahannya, termasuk pada remaja sangat penting karena menyangkut hal-hal yang sangat rahasia, dan malu untuk dibicarakan secara terbuka.

Didasarkan atas hal tersebut di atas, maka dibutuhkan pelatihan khusus pelayanan kesehatan yang kerahasiaan pada remaja bagi para provider dan tenaga kesehatan. Tidak hanya diajarkan bagaimana pelayanan secara fisik saja, namun juga menyangkut bagaimana berkomunikasi dengan remaja yang efektif tanpa terkesan menggurui, namun juga bagaimana membangun situasi dan kondisi yang

Universitas Indonesia

mampu menciptakan kerahasiaan itu terjaga. Pelatihan tidak hanya sekali atau dua kali saja, namun dibutuhkan pelatihan yang terus menerus. Pelatihan harus diberikan oleh orang yang tepat dan ahli yang memang berkecimpung langsung dengan dunia konseling. Jadi tidak hanya sekedar teori tapi juga perlu ditekankan prakteknya (Ninuk Widyantoro, wawancara).

### **6.3.5 Analisa Budaya dan Tempat Sharing Kespro bagi Remaja**

Seperti juga hasil-hasil penelitian lainnya, ternyata pada masalah kesehatan reproduksi remaja lebih banyak memilih teman sebagai teman sharing dibandingkan dengan orangtua dan provider kesehatan untuk berdiskusi atau bila ada masalah (BPS, 2003). Penelitian di Zimbabwe (1997) menunjukkan sebagian besar remaja (72 persen) memilih teman sebagai teman berdiskusi mengenai kesehatan reproduksi, diikuti berdiskusi dengan saudara sekandung, orangtua, serta guru (34 persen). Hal ini bisa dipahami bahwa pada masa perkembangannya, remaja dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya. Dan pada masa itu mereka lebih senang bergaul dengan teman sebaya dibandingkan dengan keluarga (WHO, 2002; Hoffman, 1994)

Remaja perempuan hanya membicarakan kesehatan reproduksi tertentu pada ibunya, seperti masalah menstruasi pertama maupun pacaran akan tetapi remaja laki-laki, tak satupun mau membicarakan kejadian mimpi basah mereka kepada orangtua. Ternyata membicarakan masalah tersebut masih dianggap sesuatu yang risih dan menimbulkan rasa malu di masyarakat termasuk di keluarga (orangtua). Mereka mengaku risih, malu, serta khawatir ditolak bahkan dimarahi oleh orangtua mereka.

Fakta di atas sejalan dengan penelitian Kumar (2008) di Kota Chandigarh tentang 'Perilaku Pencarian Pengobatan Remaja: Perbandingan 2 Model Pemberian Pelayanan'. Dimana hasilnya menggambarkan bahwa remaja dalam mengatasi permasalahan yang dihadapinya, sebagian besar laki-laki cenderung memilih

teman sebayanya untuk menyelesaikan masalah (43 persen), sedangkan 63 persen anak perempuan berkonsultasi dengan ibu mereka.

Meskipun isu kesehatan reproduksi sudah cukup lama, namun ternyata membicarakan masalah tersebut masih dianggap sesuatu yang risih dan tabu serta sensitif. Studi yang dilakukan oleh PPSW dan Ford Foundation tahun 2002 di masyarakat menguatkan bukti di atas. Berbicara organ kesehatan reproduksi oleh ibu-ibu dianggap sesuatu yang jorok, porno, bahkan untuk menyebutkannya pun mereka malu. Menurut ajaran yang orangtuanya, mereka mengaku merasa berdosa jika harus menyebutkan alat kelamin secara terbuka.

Menurut Ninuk Widyantoro salah satu pakar konseling di Indonesia dari Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP), sebenarnya sekarang ada pergeseran bahwa membicarakan kesehatan reproduksi tidak menjadi tabu seperti dulu, namun situasi di atas dikarenakan banyak orangtua yang belum memiliki pengetahuan jadi mereka bersikap kaku atau kikuk. Sikap kikuk didasarkan karena ketidaktahuan dan ketidaksiapan untuk menangani itu jadi anak-anak itu merasa risih atau kikuk untuk membicarakan dengan orangtuanya, ada ketakutan-ketakutan yang tidak perlu. Karena ketakutan ditolak oleh orangtuanya maka anak lebih menghindari membicarakan masalah kesehatannya dengan orangtua. Hal ini dikuatkan oleh salah seorang provider menyatakan pengalamannya di lapangan bahwa ada sebagian orangtua yang tertarik mengenai kesehatan reproduksi dan ingin sekali menyampaikannya kepada buah hatinya. Namun mereka memiliki kendala dalam hal pemahaman dan kemampuan menyampaikan ke anak mereka.

Sejalan yang disampaikan oleh Bu Ninuk, Provider di "X" dan "Y" menyatakan hal yang sama bahwa masalah sekarang dikarenakan orangtua kurang atau bahkan tidak memiliki pengetahuan dan informasi yang cukup mengenai kesehatan reproduksi. Selain dari sisi pengetahuan yang minim, mereka pun didera ketidakmampuan untuk menyampaikan kepada anak-anak mereka sehingga ada

Universitas Indonesia

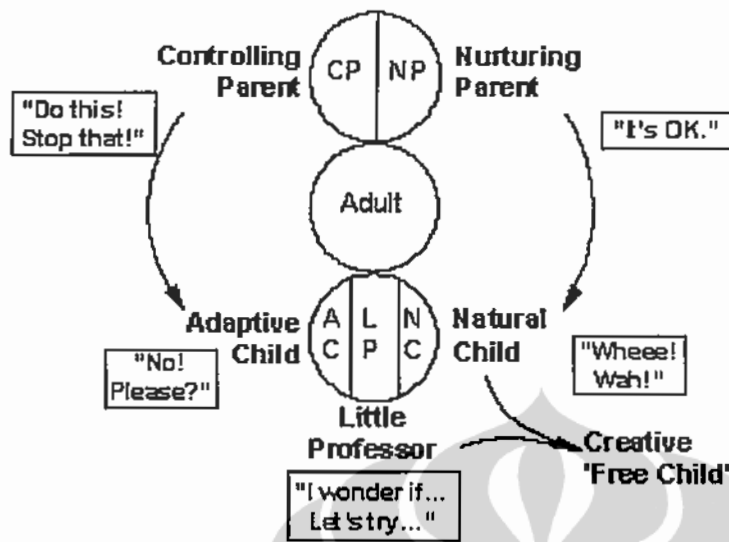
perasaan malu atau rikuh untuk menyampaikan hal tersebut kepada anak-anaknya. Jadi bukan masalah tabu lagi.

Pernyataan di atas menekankan pada hambatan psikososial yang dihadapi oleh remaja dimana remaja merasa takut dan khawatir *dijudge* negatif bila menanyakan hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Bahkan salah seorang responden, mengungkapkan jika dia membicarakan masalah kesehatan reproduksinya dia merasakan ketakutan dihakimi sebagai anak yang berbuat "macam-macam". Menurut Ahlberg dalam Kamau (2006) menyebutkan bahwa masalah seksualitas masih menjadi isu tabu dan dikaitkan dengan masalah moral.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dibandingkan perempuan, laki-laki cenderung kurang terbuka dan lebih banyak *sharing* informasi dengan temannya dibandingkan mendapatkan dari orang tuanya. Hal ini ditegaskan oleh Koster (2001) yang menyebutkan laki-laki mendapatkan informasi yang lebih sedikit mengenai informasi kesehatan reproduksi dari sekolah, orangtua, atau pelayanan kesehatan.

Dari sisi psikologis, rasa malu dan rasa takut remaja untuk membicarakan permasalahan kesehatan reproduksinya kepada orangtua mereka didasarkan pula adanya rasa ego orangtua dan anak. Hal ini dijelaskan dalam teori *transactional analysis* yaitu model hubungan manusia yang dikembangkan Dr. Eric Berne di tahun 1960an, terdapat 3 jenis ego . Ketiga ego tersebut meliputi ego peran sebagai parent (orangtua), child (anak) dan adult (dewasa). Ketiga ego tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:





Gambar 6.1 Model Internal Hubungan Orangtua, Orang Dewasa dan Anak  
(*transactional Analysis*)

Sumber: <http://changingminds.org/explanations/behaviors/ta.htm>

Sensitifnya masalah kesehatan reproduksi di masyarakat kita, terutama jika itu menyangkut remaja. Hal ini terlebih lagi masalah kesehatan reproduksi seringkali dihubungkan dengan moralitas dan stigma yang negatif terhadap seseorang. Mereka sering membandingkannya dengan tradisi keluarga mereka dan kondisi yang ideal menurut zaman mereka dulu (<http://www.transactionalanalysis.eu/the-ego-state-or-parent-adult-child-pac-model>). Oleh karena itu, sebagian orangtua yang belum memahami pentingnya kesehatan reproduksi memandang jika anak berbicara masalah kesehatan reproduksi mereka dengan pandangan negatif. Ego orangtua langsung menggunakan perannya sebagai pihak pengontrol (*critical*), sehingga menuntut anak (remaja) untuk mengikuti nilai atau apa yang orangtua inginkan (<http://changingminds.org/explanations/behaviors/ta.htm>). Sedangkan disisi remaja yang jika dilihat perkembangannya memiliki ciri rasa ingin tahu yang besar dan cenderung secara alami bersifat bebas atau beradaptasi dengan lingkungannya (<http://www.transactionalanalysis.eu/the-ego-state-or-parent-adult-child-pac-model>).

Ketidaksesuaian antara ego orangtua dan anak menyebabkan terjadinya konflik. Dimana ada ketidaksamaan level mengenai cara pandang dan ego yang dimainkan, ego sebagai orangtua sebagai pengontrol dan ego anak yang dianggap adaptif.

Pada akhirnya anak tidak berani membicarakan masalah ke orangtua karena khawatir dituduh yang macam-macam seperti yang diungkapkan oleh remaja di "X" yang memilih tidak membicarakan masalah kesehatan reproduksi dan lainnya karena ketakutan adanya tuduhan/*prejudice* dari orangtuanya dan kemudian memilih teman sebayanya yang menurut mereka lebih memahami mereka.

Sebaiknya komunikasi yang baik, adalah yang dibangun bukan secara ego orangtua dan anak, namun memosisikan sebagai komunikasi orang dewasa dengan orang dewasa (<http://changingminds.org/explanations/behaviors/ta.htm>).

#### **6.4 Analisa Faktor Eksternal**

Hingga saat ini baik menurut provider di kedua tempat dan pembuat kebijakan, belum menerbitkan prosedur pelaksanaan khusus untuk pelayanan kesehatan remaja yang konfidensial. Petunjuk pelaksanaan pelayanan konfidensialitas hanya didasarkan pada SOP yang didalamnya memuat unsur tersebut, yang juga sebagai salah satu indikator pelayanan remaja yang "friendly".

Sepuluh provider baik di "Y" dan "X", menyebutkan mereka melakukan tugas PKPR tanpa dibekali pelatihan terlebih dahulu, baik pelatihan konseling maupun dan pelaksanaan PKPR. Hal ini juga dikemukakan oleh pembuat kebijakan bahwa pelatihan PKPR baru dilakukan pada September 2009, padahal pelaksanaan PKPR sudah dimulai tahun 2006an.

Selain itu, di sisi jadwal pelayanan Kedua PKPR memiliki jadwal pelayanan yang sangat berbeda. Salah satu pelayanan menerapkan hanya satu hari pelayanan.

Universitas Indonesia

Sedangkan lainnya menerapkan setiap hari namun digabungkan jam pelayanannya dengan poli lain seperti jiwa, pelayanan ARV, dan poli anak.

Menurut semua klien remaja jadwal yang disediakan baik yang hanya melayani remaja jadwal 1 hari/minggu maupun yang setiap hari dirasakan kurang dan kurang maksimal. Hal ini juga diperkuat oleh pernyataan provider yang menegaskan bahwa jadwal bagi remaja masih kurang untuk memenuhi kebutuhan namun demikian mereka mengaku beban mereka terlalu banyak.

Selain itu, jadwal pelayanan yang beroperasi dilakukan pada pagi hingga siang hari, yakni berkisar jam 08.00-13.00. jam tersebut tentunya bersamaan dengan jadwal sekolah remaja yang lebih banyak bersekolah pada pagi hingga siang hari. Oleh karenanya, sulit bagi remaja untuk menjangkau pelayanan.

Menurut Hocklong dalam Kamau (2006), masalah ketidaknyamanan jadwal pelayanan bagi remaja juga berperan dalam pemanfaatan pelayanan dan pendukung unsur kerahasiaan terjadi. Dalam Barhane (2005), hampir 70 persen remaja menyatakan rasa minat mereka terhadap jadwal pelayanan kesehatan yang sesuai dengan jadwal mereka.

Sebagai jalan semua provider memberikan no. telpon/kontak mereka bagi remaja yang membutuhkan mereka ataupun memberikan alternatif pelayanan setelah mereka pulang sekolah. Akan tetapi berdasarkan penuturan salah satu responden, provider sulit sekali dihubungi, baik melalui hp maupun langsung ke rumah. Nada sibuk dan provider tidak berada di tempat cukup membuat kecewa bagi remaja yang membutuhkannya. Namun menurut Akinbami (2008), perjanjian melalui telepon kurang mendapatkan informasi yang akurat.

Namun provider "Y" juga untuk memberikan akses yang lebih besar pada remaja yang bersekolah pagi atau malu datang pada pagi, menerima kunjungan siang dan sore untuk datang ke pelayanan. Biasanya mereka datang melalui perjanjian.

Universitas Indonesia

Selain salah satu provider “Y” menyediakan waktu bagi remaja yang akan berkonsultasi lewat SMS atau telpon. Menurutnya, setelah pesatnya perkembangan dunia *mobile phone* dia mengaku banyak menerima keluhan, pertanyaan dan permintaan dari melalui telpon. Masalah-masalah yang disampaikan remajapun sangat “luar biasa” dan cenderung berperilaku berisiko.

## 6.5 Analisis Kerahasiaan/konfidensialitas

### 6.5.1 Persepsi konfidensialitas menurut klien, provider dan Pembuat Kebijakan

Persepsi remaja mengenai konfidensialitas oleh remaja bervariasi dan namun mereka memiliki gambaran yang sederhana. Cara berkomunikasi provider dengan klien remaja menjadi proses *trust* mereka dimulai untuk akhirnya bisa menggali permasalahan remaja hingga dasar. Pertanyaan-pertanyaan yang diungkapkan oleh provider yang mengandung masalah yang sensitif misal pertanyaan sudah punya pacar atau belum atau membuat remaja merasa tidak enak. Meskipun demikian cara berbicara dan nada suara provider bisa membuat sebuah pernyataan menjadi mengarah ke arah sensitif atau tidak atau nyaman atau tidak. Begitu pula, masalah pintu ruang pelayanan yang sedikit terbuka oleh provider membuat remaja merasa kurang nyaman dan merasa ketakutan orang lain akan mendengar apa yang mereka bicarakan. Dalam Kamau (2006) provider menyatakan hubungan provider dan klien harus memiliki kepedulian terhadap privasi dan kerahasiaan selain itu juga perlu memikirkan kesensitifan.

Dari hasil penelitian terlihat bahwa hal yang menurut provider dan pembuat kebijakan sebagai tempat yang tidak harus terjaga kerahasiaannya, ternyata bagi remaja sangat penting, begitu pula dengan kondisi ada orang lain dan orang yang lalu lalang dan masuk ke ruang PKPR.

Begitupula ruangan yang bercampur dengan pelayanan yang dianggap provider tidak menjadi masalah dalam kerahasiaan pasien, ternyata remaja mengaku merasa tidak nyaman.

Bagi remaja pelayanan yang konfidensialitas harus dimulai saat mereka ditanyakan mengenai riwayat penyakit dan data-data yang bersifat pribadi, karena mereka khawatir informasi yang mereka miliki dapat didengar orang lain.

Selain itu, menurut semua provider pelayanan yang ada bagi remaja masih dari harapan mereka. Keseibukan dan ketimpangtindihan tugas mereka menjadi salah satu penyebab kurang maksimalnya program PKPR disamping faktor lain

Berikut persepsi kerahasiaan, didasarkan atas:

1. Persepsi remaja

Menurut remaja, kerahasiaan itu artinya informasi mereka terjaga kerahasiannya, dan pada saat pemeriksaan dan berkonsultasi diharapkan tidak ada orang lain saat pemeriksaan, tidak ada orang mondari-mandir; pastikan pintu ruangan tertutup rapat dan pada saat interaksi dokter dan pasien menghindarkan diri dari pertanyaan yang sensitif. Kerahasiaan menurut remaja perlu didukung oleh hal-hal yang mungkin dianggap sepele atau kecil namun ternyata mangaku hal itu sangat penting bagi mereka.

2. Persepsi provider

Kerahasiaan menurut persepsi provider bahwa informasi yang diberikan oleh klien terjaga kerahasiannya, dan juga situasi yang mendukung kerahasiaan tersebut terjadi.

3. Persepsi pembuat kebijakan

Sedangkan kerahasiaan menurut persepsi provider bahwa informasi yang diberikan oleh klien terjaga kerahasiannya.

### 6.5.2 Alur Konfidensialitas menurut Pasien

Dari hasil analisa yang didapatkan dari informan, bahwa sebagian besar dari mereka mengaku bahwa kerahasiaan harus dimulai dari awal berinteraksi dengan dokter merupakan saat-saat yang sangat membutuhkan kerahasiaan lebih. Karena pada saat itu mulai menggali identitas pribadi dan permasalahan mereka. Oleh karenanya hampir separuh dari mereka menyatakan keberatan jika ada orang lain selain dokter yang memeriksa mereka hadir dan mendengarkan informasi pribadi mereka.

Oleh karenanya, sejak awal pemberian pelayanan, provider dituntut untuk terus menjaga konfidensialitas dan yakinkan klien bahwa informasi yang disampaikan selama konsultasi dan tindakan akan dijaga (Adolescent Health Working group, 2003). Dengan dimulai dibangunnya konfidensialitas dari awal maka menyebabkan klien bebas untuk menyampaikan masalah yang dialaminya secara jujur tanpa ditutup-tutupi. Dengan demikian, informasi yang jujur dan tanpa ditutup-tutupi memungkinkan provider kesehatan memberikan diagnosa dengan tepat dan memberikan tindakan yang tepat pula (*the American Medicine Association/AMA*).

### 6.6 Kerahasiaan menurut Standar Pelayanan dan yang Tersedia

Menurut Depkes (2005) salah satu ciri khas dan indikator kualitas pelayanan dan akses PKPR adalah terpenuhinya syarat-syarat sarana yang dapat menjamin kerahasiaan dan kenyamanan klien.

Program PKPR sudah diadopsi oleh Indonesia sejak tahun 2005 dan di Jakarta Selatan dilaksanakan tahun 2006. Program dikuatkan dengan adanya SK Dinas Kesehatan Jakarta. Dari tabel di atas terlihat bahwa banyak faktor yang kurang mendukung terciptanya situasi yang konfidensial bagi pelayanan remaja. Masih terdapat kesenjangan antara kondisi pelayanan yang diharapkan dan sesuai dengan karakteristik PKPR yang menjamin kerahasiaan dengan yang ada di lapangan.

Universitas Indonesia

Para provider memiliki semangat dan motivasi yang tinggi dalam memberikan pelayanan pada remaja. Mereka menyatakan bahwa mereka sangat ingin untuk fokus pada PKPR dan bisa memiliki ruangan tersendiri dan jadwal yang ramah serta sesuai remaja. Namun, mereka menghadapi kendala bahwa mereka juga mempunyai beban tugas yang cukup menyita waktu mereka.

Ketiadaan ruangan yang khusus bagi pelayanan, menunjukkan bahwa program PKPR tidak sepenuhnya didukung oleh pembuat kebijakan setempat maupun pusat. Menurut salah satu pembuat kebijakan di salah satu Puskesmas menyatakan bahwa pusat sangat mudah memerintahkan dan membuat program di puskesmas. Namun pembuat kebijakan pusat terkadang kurang melihat kendala yang dihadapi oleh bawah. Di awal pelaksanaan PKPR, diakui oleh dua provider di salah satu puskesmas bahwa mereka menjalankan program PKPR entah apakah sesuai dengan yang seharusnya atau tidak. Mereka mengaku minimnya monitoring. Namun baru pertengahan tahun ini dilakukan supervisi dan monitoring PKPR oleh Pusat dan daerah.

Jadwal pelayanan di "X" kurang bersifat ramah terhadap kebutuhan remaja. Waktu yang terbatas, diakui oleh pembuat kebijakan di Puskesmas tersebut karena waktu itulah yang tersedia, karena alokasi waktu yang lain sudah digunakan untuk jadwal pelayanan lain. Selain itu, minimnya jadwal pelayanan perminggunya juga didukung pendaftaran hanya sampai jam 11. Tentu saja jadwal ini kurang bisa diakses oleh remaja yang sebagian besar bersekolah pagi dan memiliki kesempatan menjangkaunya pada siang setelah sekolah.

Hasil survey yang dilakukan oleh Berhane tahun 2005 dalam 'Pola dan yang Paling Diminati Remaja dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan : Konsultasi Masalah Kesehatan Reproduksi dan Stress' di di Adis Ababa, Ethiopia menunjukkan bahwa layanan yang paling diminati oleh remaja yakni jadwal yang disesuaikan dengan jadwal mereka (70,1 persen).

Kondisi yang kurang menunjang terciptanya pelayanan menjamin kerahasiaan (konfidensialitas) dianggap mempengaruhi minimnya penggunaan pelayanan kesehatan oleh remaja. Pelayanan yang terjaga konfidensialitas (kerahasiaan) serta menjaga privasi klien secara signifikan dapat meningkatkan upaya pelayanan berupa konseling dan skrining (Bethell, 2001).

Menurut Akinbami (2008), remaja akan mencari pemberi pelayanan kesehatan yang mampu memberikan jaminan konfidensialitas. Yakni kondisi yang memastikan informasi yang disampaikan klien PKPR selama pelayanan terjaga dan informasi tersebut hanya bisa diakses oleh pihak-pihak yang memiliki otoritas untuk mengaksesnya (hanya jika diijinkan oleh klien) serta dilindungi secara hukum dan etika.

Sehingga dengan demikian, remaja akan bisa menyampaikan masalahnya tanpa ada rasa takut, khawatir dan ditutupi. Dengan demikian informasi yang diberikan akan mampu menjadi dasar diberikannya pelayanan dan tindakan yang tepat dan akurat sesuai dengan masalah yang terjadi.



## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Ada beberapa simpulan dari studi ini:

1. Terdapat kesenjangan pengetahuan mengenai sehat, kesehatan reproduksi dan kesehatan reproduksi, akses informasi PKPR, hukum yang melindungi hak-hak klien, serta pemahaman kerahasiaan diantara remaja, provider dan pembuat kebijakan.
2. Terdapat perbedaan persepsi mengenai konfidensialitas di PKPR menurut remaja, provider, dan pembuat kebijakan
3. Masih terjadi kesenjangan antara standar pelayanan dengan implementasi di lapangan dalam pelaksanaan prinsip-prinsip kerahasiaan di PKPR.

#### **7.2 Saran**

##### **7.2.1 Kepada Departemen Kesehatan**

- Membuat buku panduan pelayanan kesehatan remaja yang dapat menjamin serta mengkondisikan terjaminnya kerahasiaan sebagai salah satu indikator kualitas PKPR.
- Bekerja sama dan berkoordinasi dengan departemen terkait seperti Departemen Dalam Negeri, Departemen Pendidikan Nasional dan Departemen Agama dalam sosialisasi PKPR.

##### **7.2.2 Kepada Sudinkes dan Dinas Kesehatan terkait**

- Mengevaluasi dan monitoring PKPR secara rutin
- Melakukan pelatihan mengenai konfidensialitas pada semua provider dan tenaga kesehatan dalam tim PKPR yang dilakukan oleh ahli dan praktisi konseling dan dilatih mengenai komunikasi interpersonal.

##### **7.2.3 Bagi Puskesmas PKPR**

- Membuat standar pelayanan yang memasukkan sikap dan etika petugas selama pelayanan kesehatan remaja.
- Membuat jadwal yang ramah remaja dengan tetap menjamin jadwal yang dapat menjamin konfidensial bagi remaja.

#### **7.2.4 Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)**

- Bekerja sama dengan puskesmas PKPR dalam sosialisasi kesehatan reproduksi pada remaja dan maupun menjadi sarana rujukan PKPR.
- Mendorong Depkes maupun dengan Dinkes/Sudinkes setempat dalam penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang konfidensial.

#### **7.2.5 Bagi Organisasi Profesi**

- Menyusun dan memperbaharui standar pelaksanaan profesi yang terkait dengan pelayanan kesehatan yang konfidensial pada remaja.

#### **7.2.6 Bagi Peneliti lain**

- Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai berapa persen klien remaja yang datang ke PKPR karena keinginan sendiri bukan karena faktor rujukan.
- Perlu dilakukan lebih dalam lagi mengenai pengaruh dan dampak konfidensialitas dalam pelayanan remaja.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abrejo, F.G., Shaikh, B.T., & Saleem S. 2008, 'ICPD to MDGs: Missing links and Common Grounds', *Jurnal BioMed Central. Reproductive Health*, [online]. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/5/1/4> [19 Jun 2009].
- Adolescent health. 2003,' Tips for Protecting Youth Confidentiality', [online] [www.adolescenthealth.org/AM/Template.cfm?Section](http://www.adolescenthealth.org/AM/Template.cfm?Section) [14 November 2009]
- Agampodi, S.B., Agampodi, T.C, & Piyaseeli, UKD. 2008, 'Adolescent Perception of Reproductive Health Care Services in Sri Lanka', *BMC Health Services Research*, [online]. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/98> [16 May 2009].
- Akinbami, L.J, Gandhi, H., Cheng, T.L. 2003,'Availability of Adolescent Health Services and Confidentiality in Primary Care Services', *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 111;394-401, [online] <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/2/394> [akses 17 Juni 2009].
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*. 2009, 'Confidentiality in Adolescent Health Care', Tool Kit for Teen Care second edition, [online] <http://www.advocatesforyouth.org/PUBLICATIONS/iag/confhlth.htm> [11 November 2009].
- American Medicine Association (AMA)*. 'Patients Confidentiality'. [online] [ama-assn.org/ama/pub/category/4610.html](http://ama-assn.org/ama/pub/category/4610.html) [13 September 2009]
- Badan Pusat Statistik (BPS) and ORC Macro. 2004. 'Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey 2002-2003 (IYARHS)'. Calverton, Mary Land, USA: BPS-Statistic Indonesia and ORC Macro.
- Badan Pusat Statistik (BPS) and ORC Macro. 2008. 'Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey 2007 (IYARHS)'. Calverton, Mary Land, USA: BPS-Statistic Indonesia and ORC Macro.
- Badan Pusat Statistik (BPS). 2007, 'Beberapa Indikator Utama Sosial-Ekonomi Indonesia', Subdirektorat Layanan Statistik, Jakarta.
- Bappeda Jakarta. 2009. [online] <http://www.bappedajakarta.go.id/inkjkt selatan.asp> [20 Desember 2009].
- Barhane, F., Berhane, Y.& Fantahun, M. 2005,'Adolescents' Health Service Utilization Pattern and Preferences: Consultation for Reproductive Health Problems and Mental Stress are Less Likely', *Ethiopian Journal of Health Development*, 19 (1): 29-36, [online] <http://www.popline.org/docs/1670/298891.html> [1 Juli 2009].

- Barker, G. 2007, '*Adolescents, Social Support and Help Seeking Behavior*'. WHO: Geneva.
- Barnet, J., Zur, O., 2002, 'Ethics Codes on Confidentiality in Psychotherapy and Counseling', [online] <http://www.zurinstitute.com/ethicsofconfidentiality.html>, [10 Oktober 2009].
- Berhane, F. Berhane, Y and Fantahun, M. 2005. 'Adolescents' Health Services Utilization Pattern and Preferences: Consultation for Reproductive Health Problem and Mental Stress are less Likely', *Ethiopian Journal of Health Development*, 2005; 19 (1) 29-36, [online] <http://www.popline.org/docs/1670/298891.html> [9 Agustus 2009].
- Bethell, C., Klein, J. & Peek, C. 2001. 'Assesing Health System Provision of Adolescent Services: The Young Adult Health Care Survey', *JSTOR Medical Care*, Vol. 39, No. 5 (May, 2001). pp. 478-490 . [online]. <http://www.jstor.org/stabel/3768118> [11 July 2009].
- Brindis, C. et al. 2005, 'Service Integration and Teen Friendliness in Practice: A Program of Assessment of Sexual and Reproductive Health Services for Adolescent', *Journal of Adolescent Health*, Vol. 37, Issues 2, pp.155-162, [online] <http://www.popline.org/docs/1623/288869.htm> [2 Juni 2009] .
- Bruce, J. 1990, 'Quality of Care Fundamental Elements of the Quality of Care: a Simple Framework', *Studies in Family Planning*, Vol. 21, No. 2 March/April, pp-91, [online] <http://www.popcouncil.org/qoc/qocfundamentals> [25 October 2009].
- Budiharsana, M. 2005. 'Hak-Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Gender'. Dipresentasikan pada Seminar Sehari Dies Natalis Prodi Kebidanan Cipto Mangunkusumo Auditorium RSPAD Gatot Subroto Lt. 6, 5 February 2005.
- Changing minds.* 2009, 'Transactional Analysis', [online] <http://changingminds.org/explanations/behaviors/ta.htm> [26 Desember 2009].
- Choi, Y.W. 2004, 'Paradigm Shift in Adolescent Health Service Delivery', *Hongkong Journal Pediatric*, Vol. 9, pp. 303-306, [online] <http://hkjpaed.org/pdf/2004:303-306.pdf> [15 Juni 2009].
- Creel, L.C., Sass, J.V., and Yinger, N.V., 'Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definition and Measurements of Quality', *New Perspectives on Quality of Care: No. 1, Population Council and Population Reference Bureau* [online] <http://www.prb.org/en/Publications/PolicyBriefs/OverviewofQualityofCareinReproductiveHealthDefinitionsandMeasurements.aspx> [26 October 2009].
- De Bolmonte, L.R. et al. 2000, 'Barriers to Adolescents' Use of Reproductive Health Services in Three Bolivian Cities', *Focus on Young Adult/Pathfinder*, Washington DC.

- Departemen Kesehatan. 2005, *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*, Direktorat Kesehatan Keluarga, Jakarta.
- Departemen Kesehatan. 2005, *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*. Jakarta: Depkes
- Dickson, K.E., Ashton, J., & Smith, J.M. 2007, 'Does Setting Adolescent-Friendly Standards Improve the Quality of Care in Clinics? Evidence from South Africa', *International Journal for Quality in Health Care*, pp.1-10, [online] <http://intqhc.oxfordjournal.org/cgi/content/full/19/2/80> [30 May 2009].
- Djaja, S. Surjadi, C. & Susilawati, C. 2002, *Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi: untuk Anggota Legislatif di Jakarta, Bandung, Surabaya dan Mataram*. Jaringan Epidemiologi Nasional (JEN), Jakarta.
- Damayanti, R., 2005, 'Persepsi dalam Promosi Kesehatan', dalam Notoatmodjo "Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi", Rineka Cipta.
- Dunbabin, J. 2002, 'Ethics and Confidentiality', Research Officer, NSW Rural Doctors Network, July, [online] [http://www.nswrdn.com.au/client\\_images/6174.pdf](http://www.nswrdn.com.au/client_images/6174.pdf) [24 October 2009].
- Family Care International (FCI). 2008. 'Women Deliver: Facts sheet on Young in Asia'. [online] [www.womendeliver.org/youth/pdi/Asia.pdf](http://www.womendeliver.org/youth/pdi/Asia.pdf) [April 5<sup>th</sup>, 2008].
- Gutierrez, J.P & Bertozzi, S.M. 2006, 'Sexual Risk Behavior among Adolescents: the Role of Socioeconomic and Demographic Household Characteristics', *BMC Public Health*. [online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1409781/> [3 Juni 2008].
- Haller, M.D. et al. 2007, 'Toward Youth Friendly Services: A Survey of Young People in Primary Health Care', *Journal of General Internal Medicine*, [online] <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2219862> [10 Juli 2009].
- Hoffman L, Paris S, Hall E, 1994. *Developmental Psychological Today*. Sixth Edition. McGraw-Hill, Inc.
- Hollander, D. 2005, 'Cost of No Confidentiality', Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Academic Research Library, pg. 5. [online] [www.thefreelibrary.com/Perspectives+on+Sexual+and.../2005](http://www.thefreelibrary.com/Perspectives+on+Sexual+and.../2005) [3 November 2009]
- Indonesia matters. 2007, 'Premarital Sex', [online] <http://www.indonesiamatters.com/1096/pre-marital-sex/> [5 September 2008].
- International Women's Health Coalition (IWHC), 2007, 'Overlooked and Uninformed: Young Adolescents' Sexual and Reproductive Health And RightS', *on Health and Rights*, IWCH, New York.

- John Hopkins University (JHU). 2002, 'Appeal to Youth with Friendly Centers Services', dalam *Working Paper Youth Project Center for Communication Programs 1995-2000*.
- Joseph. 2009, 'The Ego-State (or Parent-Adult-Child, PAC) Model' [online] <http://www.transactionalanalysis.eu/the-ego-state-or-parent-adult-child-pac-model> [26 Desember 2009]
- Joshi, B.N. et al. 2006, 'Reproductive Health Problems and Help Seeking Behavior among Adolescents in Urban India', *India Journal of Pediatrics*, Vol. 73, pp. 509-513, [online] <http://medind.nic.in/icb/t06/i6/icbt06i6p509.pdf> . [22 Juli 2009].
- Kamau, A.W., 2006, *Factors Influences Access and Utilisation of Preventive Reproductive Health Services by Adolescents in Kenya, A Case Study of Murang'a District*, [dissertation] Faculty of Public Health Sciences, School of Public Health, University of Bielefeld, German. [online] [http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=980773407&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=980773407.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=980773407&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=980773407.pdf) [12 Oktober 2009].
- Kolenchery, S. 2004, 'Sexual and Reproductive Health Needs of Young People: a Study Examining the Fit between Needs and Current Programming Responses in India', [dissertation] University of Bielefeld, Faculty of Health Sciences School of Public Health,
- Khan, A.D. et al. 1995. *Age at Menarche and Nutritional Supplementation*. In the Effects of Improved Nutrition in Early Childhood: The Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP) follow-up study. Supplement Volume 125 Number 4S. [online] <http://www.unu.edu/unupress/food2/uid02e/uid02e0p.htm>. [ September 4th, 2008].
- Koster, A. Kemp, J., Offei, A. 2001, 'Utilization of Reproductive Health Services by Adolescents' Boy in the Eastern Region of Ghana', *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 5, No. 1, pp.40-49, [online] <http://www.jstor.org/stable/3583196> [1 Juli 2009].
- Kumar, R., Prinja, S., Laksmi, P.V.M. 2008, 'Health Care Seeking Behavior of Adolescent : Comparative Study of Two Service Delivery Models', *Indian Journal of Pediatrics*, Vol. 75, pp. 895, [online] <http://www.springerlink.com/content/006540261004164/> [7 Mei 2009].
- Lawrence, R.S, Gootman, J.A, and Sim, L.J. 2008, *Adolescent Health Services: Missing Opportunities*, the National Academies, Washington DC, [online] <http://www.nap.edu/catalog/12063.html> [June 2009].
- Lane, F.L., 'Ethics and Confidentiality', [online] [www.onestoptoolkit.org/Downloads/ethicsconfidentiality.ppt](http://www.onestoptoolkit.org/Downloads/ethicsconfidentiality.ppt). [24 October 2009].

- Long, L.H., et al. 2003, 'Access to Adolescent Reproductive Health Services: Financial and Structural barriers to Care- Viewpoint', Perspective on Adolescent on Sexual and Reproductive Health, May-June, [online] [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0NNR/is\\_3\\_35/ai\\_104970630/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0NNR/is_3_35/ai_104970630/) [7 juni 2009].
- Loxterman, J.D. 1997, 'Adolescent Access to Confidential Health Services', [online] [http://www.advocatesforyouth.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=516&Itemid=336](http://www.advocatesforyouth.org/index.php?option=com_content&task=view&id=516&Itemid=336) [august 2009].
- Morreale, M. C., Stinnett, A.J, Dowling, E.C. 2005, 'Policy Compendium on Confidential Health Services for Adolescents', 2<sup>nd</sup> Edition, Center for Adolescent Health and The Law. in Collaboration AMA National Coalition and Adolescent Health and the AMA Educational Forum on Adolescent Health.
- Murugesan, P., and Srinivasan, S., 2001, 'Adolescent Fertility and Reproductive Health in Some Asian Countries', [online] [http://www.iussp.org/Brazil2001/s80/S85\\_P07\\_srinivasan.pdf](http://www.iussp.org/Brazil2001/s80/S85_P07_srinivasan.pdf) [May 2008].
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. PT. Asdi Mahasatya. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). 2004. *Pemulihan Haid Alternatif Pencegahan Aborsi Tak Aman: Studi Restrospektif di Sembilan Kota Di Indonesia Data Tahun 2000-2003*. Jakarta: PKBI.
- Program Appropriate Technology in Health (PATH). 'Kesehatan Reproduksi Remaja: Membangun Perubahan yang Bermakna'. dalam Outlook Vol. 16 tahun 2000.
- Program Appropriate Technology in Health (PATH). 2004. 'Adolescent Reproductive Health. PATH'. [online] [http://www.unescobkk.org/fileadmin/user\\_upload/arsh/Catalogues/catalogue\\_03\\_no3.pdf](http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/arsh/Catalogues/catalogue_03_no3.pdf) [9 September 2009].
- Provencher, J.S. 2007, *Barriers to Adolescent and Young Men's Access of Reproductive Health Care*, the University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, Texas.
- Purdy, C.H., 2006, *Fruity, Fun and Sex: Creating a Youth Condom Brand in Indonesia*. London: Reproductive Health Matters.
- Puskesmas Ps. Minggu, 2009, 'Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Tahun 2008', Jakarta.

- Puskesmas Tebet. 2008. *Profil Puskesmas Tebet*.
- Robbins, 1996. *Perilaku Organisasi, Konsep, Kontroversi*. Aplikasi, Jilid I, edisi Bahasa Indonesia, PT Prenhallindo, Jakarta, xiv+ 349 halaman.
- SEARO-WHO. 2006. '*Consent and Confidentiality: Increasing Adolescent's Access to Health Services and Sexual and Reproductive Health*'. Report for the Regional Consultation. New Delhi, 25-27 July 2006. [online] [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Meetings\\_SEA-AHD-12.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Meetings_SEA-AHD-12.pdf) [15 Oktober 2009].
- SEARO-WHO. 2007. *Adolescent Health in Indonesia*. In *Adolescent at a Glance in South-East Asia Region 2007*. New Delhi: WHO.
- Shaw, D. 2009, 'Access to Sexual and Reproductive Health for Young People: Bridging the Disconnect between Rights and Reality', [online] <http://www.sciencedirect.com> [16 Juni 2009].
- Spiritia. 2008. 'Cases of HIV/AIDS in Indonesia'. [online] <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.xls>. [4 September, 2008].
- Spiritia. 2007. 'Cases of HIV/AIDS in Indonesia'. [online] <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.xls>. [4 September, 2008].
- Spiritia. 2006. 'Cases of HIV/AIDS in Indonesia'. [online] <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.xls> [4 September, 2008].
- UNESCO , 1998. *Understanding the adolescents and their reproductive and sexual health: guide to better educational strategies, Handbook for educating on adolescent reproductive and sexual health Book One*, Bangkok: UNESCO PROAP.
- University of Maryland Medical Center (UMM). 2003. 'Adolescent development'. [online] [www.umm.edu/ency/article/002003.htm](http://www.umm.edu/ency/article/002003.htm). [August 14th, 2008].
- University of Michigan (UM). 'Adolescents and Peer Pressure'. [online] [http://sitemaker.umich.edu/356.darnell/peer\\_pressure](http://sitemaker.umich.edu/356.darnell/peer_pressure). [August 15th, 2008].
- Widyantoro, Ninuk. (2009, Desember 28). Personal Interview.
- WHO-Regional Office for the Western. 2002. Smoking Statistics. [online] [http://www.wpro.who.int/media\\_centre/fact\\_sheets/fs\\_20020528.htm](http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20020528.htm) [September 11th, 2008].
- World Bank. 2002. *Adolescent Health: Why address the health and development of young people*. [online] [www.worldbank.org/hnp](http://www.worldbank.org/hnp). [June 4th, 2008].



- Yasnoff, A.W. 2009, 'Confidentiality, Privacy, and Security', Oregon Health Division, [online] <http://faculty.washington.edu/ocarroll/infrmatc/database/confiden/> [27 Desember 2009].
- Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan (YPKP). 2006. *Modul Konseling*. 2006. Jakarta.
- Zulminarni, N. 2002, 'Menguak Tabu: Pengalaman Lapang PPSW Menyoal Hak dan Kesehatan Reproduksi Perempuan', PPSW dan the Ford Foundation, Jakarta.



Universitas Indonesia

## Lampiran 1:Daftar pertanyaan klien remaja

### Identitas Diri

Nama :  
Usia :  
Alamat :  
Pendidikan :

### A. Faktor Individu

#### 1. Pengetahuan

- Menurut kamu apa yang dimaksud dengan sehat?
- Menurut kamu apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi?
- Lalu bagaimana dengan kesehatan reproduksi remaja?
- Kira-kira apa saja cakupan permasalahan KRR?
- Bisakah kamu ceritakan kepada kami, permasalahan kesehatan reproduksi yang sering kamu alami?
- Kira-kira apa yang menyebabkan masalah tersebut?
- Biasanya dimana kamu mendapatkan informasi kesehatan reproduksi?
- Menurut kamu, apakah kesehatan reproduksi itu penting? Maksudnya apa jadi prioritas? Apa yang kamu lakukan kalau ada keluhan yang berkaitan dengan organ reproduksimu?
- Siapa saja yang biasanya jadi rujukan untuk informasi mendapatkan kesehatan reproduksi dan seksualitas?
- Media apa saja yang kamu gunakan untuk mendapatkannya?
- Bisa disharing, bagaimana kamu tahu pelayanan remaja di puskesmas ini? Dari mana kamu tahu?
- Bagaimana kamu bisa sampai ke pelayanan ini?
- Pernah kamu mendengar PKPR? Bila ya, bisa diceritakan dariman.
- Apa saja kegiatan PKPR yang kamu ketahui?
- menurut kamu, apa saja hak kamu sebagai pasien?
- Adakah aturan/hukum yang melindungi hak-hak pasien tersebut? Jika ada, sebutkan?
- Menurut kamu apa yang dimaksud dengan kerahasiaan/konfidensialitas?

#### 2. Kebutuhan

- Apakah menurut kamu dibutuhkan ruangan tertentu untuk pelayanan remaja?
- informasi apa yang menurut kamu dibutuhkan bagi seorang remaja?
- Menurut kamu, jenis pelayanan apa saja yang harus terjaga kerahasiaannya? Jelaskan.
- Kerahasiaan seperti yang kamu harapkan dalam pelayanan bagi remaja?
- kira-kira kasus-kasus apa saja yang harus bersifat konfidensial/ rahasia?

#### 3. Emosi

- Bisa diceritakan bagaimana perasaan kamu saat elaskan.
- Bisa diceritakan bagaimana perasaanmu saat datang puskesmas ini?
- Lalu perasaanmu seperti apa dirasakan saat berbincang dengan dokter/staf kesehatan?
- Bagaimana sikap mereka dalam memperlakukanmu?
- Setelah selesai pemeriksaan (PKPR), bagaimana perasaanmu?
- Bagaimana menurut kamu dengan pelayanan tersebut?

#### 4. Budaya

- Bagaimana reaksi keluarga atau orangtuamu jika kamu menanyakan masalah kesehatan reproduksi? jika menolak, apa alasan mereka membicarakannya?
- Jika kamu tidak mendapatkan jawabannya, kemudian apa yang kamu lakukan untuk mendapatkan jawabannya?
- Apakah kalian memberitahu orangtuamu mengenai masalah kesehatan reproduksimu?
- Lalu bagaimana penilaian dan reaksi masyarakat/lingkungan sekitarmu jika berbicara/berdiskusi hal yang sama?

#### 5. Harapan

- Jika kamu akan ke pelayanan kesehatan, bisa diceritakan kira-kira impian pelayanan seperti apa yang kamu inginkan?
- Perlakuan apakah yang kamu harapkan dari pelayanan ini? (provider dll)

#### 4. Faktor Institusi

##### B.2 Provider.

- Bagaimana bahasa yang mereka gunakan untuk memberikan informasi kepadamu bisa dimengerti olehmu?
- Menjelaskan prosedur dan arahan dengan cara yang mudah dimengerti remaja
- Bagaimana penilaian kamu mengenai provider (sikap dan kemampuan mereka berkomunikasi dengan kamu)? Adakah ada sikap judgemental, cap buruk/stigma?
- Apakah provider memberikan kesempatan kamu untuk bertanya dan klarifikasi?
- Apakah mereka memberikan pilihan-pilihan sebelum kamu mendapatkan tindakan?
- Apakah kamu diberikan informed consent (formulir persetujuan saat akan dilakukan tindakan)
- Memastikan dan mengecek ruangan agar terjaga privasinya
- Adakah sikap judgemental dan stigma
- Apakah menyediakan no. Kontak selain pelayanan di puskesmas

##### B.3 Sarana/prasarana

###### Lingkungan

- Apa sajakah yang ada di sekitar ruang tunggu pelayanan remaja?
- Bagaimana suasananya di sekitar tunggu? Bagaimana perasaan kamu ?
- Bisa diceritakan, apa saja yang ada di ruang tunggu?

###### Ruangan

- Bagaimana menurut kamu ruangan pelayanan yang kamu datangi?
- Bagaimana situasi ruangan pelayanan (gambar, poster, wallpaper, majalah yang mereflesikan dunia remaja)
- Adakah bahan-bahan pendidikan kesehatan yang menggunakan bahasa remaja
- Adakah bahan-bahan bacaan kesehatan di ruang tunggu, ruang pemeriksaan, dimana kamu bisa merasa nyaman membaca dan menunggu.
- Selama berkonsultasi apakah ada orang lalu lalang atau gangguan (misal: staf masuk/pasien masuk tanpa meminta ijin)?

###### Informasi

- Informasi apa saja yang diberikan?
- Apakah ada alat bantu dalam menyampaikan informasi?
- Apakah mereka menyediakan leaflet atau brosur untuk kamu baca dan bawa pulang?

##### B.4 Waktu

###### Jadwal pelayanan

- Apakah menurutmu jadwal yang disediakan sudah cukup untuk bisa memenuhi masalah dan kebutuhanmu?
- Jika belum cukup, apa saranmu agar lebih baik?

## Lampiran 2: Daftar Pertanyaan Provider

### Identitas Diri

Nama :  
Usia :  
Alamat :  
Status pernikahan:  
Pendidikan :  
Jabatan :

**Pengetahuan:** mencakup pengetahuan tentang pengertian sehat, kesehatan reproduksi, KRR, permasalahan kespro yang sering alami, pengertian PKPR, kegiatan PKPR, hak pasien, pengertian konfidensialitas, avabilitas dan aksesibilitas ke pelayanan)

- Menurut ibu, apa yang dimaksud dengan sehat?
- Dan apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi?
- Bisa dijelaskan apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi remaja?
- Bisa Ibu jelaskan, apa saja cakupan permasalahan KRR?
- Bisa ibu jelaskan mengenai PKPR? Apa saja kegiatan PKPR di institusi ibu?
- menurut ibu, apakah lokasi puskesmas ini cukup strategis dan mudah dijangkau oleh remaja yang membutuhkan? Jelaskan.
- Di institusi ibu/PKPR ini, biasanya media apa saja yang menjadi penyebaran informasi KRR bagi remaja? Bentuk publikasi apa yang digunakan?
- Bagaimana usaha Puskesmas untuk mensosialisasi PKPR kepada remaja dan masyarakat program PKPR?
- Apakah ada hambatan dalam mensosialisasikannya?
- Bagaimana dukungan institusi, sudinkes, dinkes dan pusat terhadap sosialisasi tersebut?
- Sebagai klien, apa saja hak-hak remaja sebagai pasien?
- Menurut ibu, apakah yang dimaksud dengan konfidensialitas/kerahasiaan?
- Adakah peraturan yang memayungi/melindungi hal tersebut? Jika ya, bisa ibu sebutkan?

### Kebutuhan:

- Apakah pelayanan yang ibu/PKPR ini berikan sudah cukup memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan permasalahan KRR? Jika tidak, mengapa? Jelaskan.
- Apakah Pelayanan apa saja bagi remaja yang seharusnya bersifat rahasia? Sebutkan dan jelaskan?
- Menurut ibu, jenis pelayanan apa saja yang harus terjaga kerahasiaannya? Apakah semua pelayanan? Jelaskan?
- Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan yang menjamin kerahasiaan, apa saran kamu untuk memperbaiki pelayanan kesehatanmu selanjutnya?

### Emosi

- Bisa diceritakan bagaimana perasaan ibu saat memberikan pelayanan pada remaja di PKPR?

### Budaya

- menurut ibu, apa anggapan masyarakat jika membicarakan masalah kesehatan reproduksi dan seks, terutama pada remaja?
- Kira-kira mengapa mereka anggap demikian? Jelaskan?
- Bagaimana sikap ibu?

### Harapan

- Menurut ibu, apakah pelayanan yang diberikan sudah memenuhi harapan remaja? jika tidak, apa yang harus dilakukan?
- Apa harapan ibu untuk sebuah pelayanan remaja yang baik?
- Apa saran ibu untuk mewujudkannya?
- Siapa yang harus terlibat untuk mewujudkannya?

### Institusi

#### Petunjuk Pelaksana

- adakah pelayanan PKPR ini menggunakan petunjuk pelaksana? jika ya, dari mana sumbernya?
- Berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan konfidensialitas pada remaja, apakah ada petunjuk khusus berupa prosedur pelaksanaan pelayanan remaja yang konfidensial? jika tidak, bisa disebutkan alasannya?

(Lanjutan)

- Berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan kerahasiaan pada remaja, apakah ada petunjuk khusus berupa prosedur pelaksanaan pelayanan remaja yang kerahasiaan? jika tidak, bisa disebutkan alasannya?

#### **Sistem Rujukan**

- Bisa diceritakan bagaimana sistem rujukan dalam pelayanan PKPR ini?
- Bisa disebutkan kasus-kasus apa saja dalam PKPR ini dirujuk? Jika ya, kemana biasanya?

#### **Pelatihan**

- Bisa diceritakan pelatihan apa saja yang diberikan sebelum ibu melakukan program PKPR ini?
- Apakah ibu juga mendapatkan pelatihan konseling?
- Pelatihan-pelatihan tersebut juga apakah ibu juga mendapatkan pelatihan bagi pelayanan remaja secara periodik, teratur untuk meningkatkan kapasitas ibu?
- Apakah ibu juga mendapatkan pendidikan khusus mengenai hukum yang juga di dalamnya diajarkan mengenai pengaturan mengenai hak-hak yang dimiliki remaja menerima pelayanan tanpa ijin dari orangtua atau wali?

#### **Ruangan**

- Fasilitas apa saja yang disediakan adakah ruangan khusus untuk pelayanan remaja?
- Apakah tersedia fasilitas konseling? Jika terpisah, bagaimana ibu memastikan jaminan kerahasiaan?
- Bagaimana ibu mensiasati lingkungan yang nyaman dan mendukung terciptanya jaminan kerahasiaan? Apa saja upaya yang dilakukan.

#### **Informasi**

- Jika remaja datang, informasi apa saja yang ibu diberikan?
- Media apa saja yang membantu penyampaian informasi tersebut?
- Adakah ibu mendisplay atau menawarkan bahan-bahan kesehatan dan kerahasiaan untuk pasien dan orangtuanya?
- Apakah ibu juga memberikan kontak yang bisa remaja hubungi sewaktu-waktu?
- Dan apakah juga menanyakan kesediaan/kenyamanan mereka untuk mendapatkan informasi dari anda dan orangtua mereka?

#### **Jadwal Pelayanan**

- Bisa disebutkan jadwal yang disediakan untuk program PKPR?
- Menurut ibu jadwal pelayanan sudah cukup melayani mereka?
- Apakah jadwal tersebut sesuai dengan jadwal mereka? Jika tidak, kira-kira menurut ibu bagaimana agar pelayanan menjadi lebih baik?

## Lampiran 3: Daftar pertanyaan pembuat kebijakan

### Identitas Diri

Nama :  
Usia :  
Alamat :  
Pendidikan :  
Jabatan :

### Pengetahuan

- Menurut ibu, apa yang dimaksud dengan sehat?
- Dan apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi?
- Bisa dijelaskan apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi remaja?
- Bisa ibu jelaskan, apa saja cakupan permasalahan KRR?
- Bisa ibu jelaskan mengenai PKPR? Apa saja kegiatan PKPR di institusi ibu?
- menurut ibu, apakah lokasi puskesmas ini cukup strategis dan mudah dijangkau oleh remaja yang membutuhkan? Jelaskan.
- Di institusi ibu/PKPR ini, biasanya media apa saja yang menjadi penyebaran informasi KRR bagi remaja? Bentuk publikasi apa yang digunakan?
- Bagaimana usaha Puskesmas untuk mensosialisasi PKPR kepada remaja dan masyarakat program PKPR?
- Apakah ada hambatan dalam mensosialisasikannya?
- Bagaimana dukungan institusi, sudinkes, dinkes dan pusat terhadap sosialisasi tersebut?
- Sebagai klien, apa saja hak-hak remaja sebagai pasien?
- Menurut ibu, apakah yang dimaksud dengan kerahasiaan/konfidensialitas?
- Adakah peraturan yang memayungi/melindungi hal tersebut? Jika ya, bisa ibu sebutkan?

### Kebutuhan:

- Apakah pelayanan yang ibu/PKPR ini berikan sudah cukup memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan permasalahan KRR? Jika tidak, mengapa? Jelaskan.
- Apakah Pelayanan apa saja bagi remaja yang seharusnya bersifat rahasia? Sebutkan dan jelaskan?
- Menurut ibu, jenis pelayanan apa saja yang harus terjaga kerahasiaannya? Apakah semua pelayanan? Jelaskan?
- Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan yang menjamin kerahasiaan, apa saran kamu untuk memperbaiki pelayanan kesehatanmu selanjutnya?

### Budaya

- menurut ibu, apa anggapan masyarakat jika membicarakan masalah kesehatan reproduksi dan seksualitas, terutama pada remaja?
- Kira-kira mengapa mereka anggap demikian? Jelaskan?
- Bagaimana sikap ibu?

### Harapan

- Menurut ibu, apakah pelayanan yang diberikan sudah memenuhi harapan remaja? jika tidak, apa yang harus dilakukan?
- Apa harapan ibu untuk sebuah pelayanan remaja yang baik?
  - Apa saran ibu untuk mewujudkannya?
- Siapa yang harus terlibat untuk mewujudkannya?

### Institusi

#### Petunjuk Pelaksana

- adakah pelayanan PKPR ini menggunakan petunjuk pelaksana? jika ya, dari mana sumbernya?
- Berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan kerahasiaan pada remaja, apakah ada petunjuk khusus?

#### Pelatihan

- Bisa diceritakan pelatihan apa saja yang diberikan kepada para tenaga kesehatan yang terlibat di PKPR?
- apakah pelatihan yang dilakukan bagi pelayanan remaja secara periodik, teratur untuk meningkatkan kapasitas ibu?
- Dalam pelatihan di atas, apakah memuat mengenai hukum yang juga di dalamnya diajarkan mengenai pengaturan mengenai hak-hak yang dimiliki remaja?

## Lampiran 4: Daftar observasi PKPR

### Provider

- Apakah menyapa remaja dengan ramah
- Memiliki pengetahuan yang up to date mengenai hukum *consent dan konfidensialitas*
- Merasa enjoy melayani remaja dan keluarganya
- Memiliki prinsip dan kompetensi dalam berkomunikasi
- Memastikan dan mengecek ruangan agar terjaga privasinya
- Menjelaskan pemeriksaan yang akan remaja terima
- Bertanya dengan sopan
- Menjelaskan fungsi, biaya, prosedur dan rujukan pelayanan kesehatan
- Menanyakan klarifikasi penjelasan
- Menyediakan staf lain atau rujukan informasi lain sebagai alternatif, jika menunda appointment

### Sarana dan Prasarana

#### Fasilitas di sekitar ruangan pelayanan

- Apa sajakah yang ada di sekitar ruang tunggu pelayanan remaja?
- Bagaimana suasananya? Apakah kamu merasa nyaman?
- Apakah ada media bacaan seperti majalah, buku, leaflet di ruang tunggu?

#### Ruangan pelayanan

- Bagaimana dengan sarana/prasarana PKPR, lokasi konseling dan pemeriksaan mudah dijangkau?
- Memiliki ruangan tersendiri?
- Selama berkonsultasi apakah ada orang lalu lalang atau gangguan (misal: staf masuk/pasien masuk tanpa meminta ijin)?
- Meja dan tempat duduk yang nyaman di ruang tunggu dan pelayanan
- Tersedia ruangan khusus/privat untuk berdiskusi masalah remaja
- Dekorasi yang merefleksikan budaya, seks, gender dan orientasi seks

#### Informasi

- Apakah ada alat bantu dalam menyampaikan informasi?
- Apakah mereka menyediakan leaflet atau brosur untuk kamu baca dan bawa pulang?

#### Rekam medis

- Apakah ada rekam medis khusus PKPR?
- Bagaimana cara penyimpanan rekaman?
- Siapa saja yang dapat mengakses rekam medis tersebut?