

Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Evaluation of the Adolescent-Friendly Health Service Program (PKPR)

Wahyuni^{1*}, Sari Ida Miharti², Lidya Jefra Sofa³

¹ *Universitas Fort De Kock Bukittinggi; email wahyuni@fdk.ac.id

² Universitas Fort De Kock Bukittinggi; email : sariidamiharti@fdk.ac.id

³ Universitas Fort De Kock Bukittinggi; email : jslidya476@gmail.com

[\(wahyuni@fdk.ac.id\)](mailto:wahyuni@fdk.ac.id)

ABSTRACT

Based on the 2024 report, Airpura Public Health Center still faces several unresolved health problems, one of which is the Adolescent-Friendly Health Services Program (PKPR) with an achievement of only 36.78%. This study aimed to evaluate the PKPR program in the service area of Airpura Public Health Center, Pesisir Selatan Regency, in 2025. A qualitative method with a phenomenological design was used, and the study was conducted from June to September 2025. Informants included the Head of Airpura Public Health Center, the Head of the Nutrition Unit, one midwife, two PKPR program officers, three community health volunteers (cadres), eight adolescents, and eight parents as companions. The findings indicated that the program still encountered constraints in the input component, namely limited human resources, inadequate facilities and infrastructure, insufficient funding, and suboptimal health promotion. In terms of process, planning and implementation had been carried out and involved cross-sector collaboration; however, they were hindered by time limitations, low adolescent participation, and incomplete parental support. Regarding output, the PKPR program produced positive effects such as improved knowledge, increased participation, and healthier behavioral changes among adolescents, although overall effectiveness remained limited. In conclusion, the PKPR program is beneficial but not yet optimal. To improve effectiveness, it is recommended to strengthen inputs by increasing human resources, facilities, funding, and health promotion; enhance processes through structured planning, efficient scheduling, and greater adolescent participation and parental support; and improve outputs through routine evaluation and program innovation to maximize positive impacts on adolescents' knowledge and healthy behaviors.

Keywords: Adolescent-Friendly Health Service Program, Man, Machine, Money Market dan material

ABSTRAK

Berdasarkan laporan tahun 2024, Puskesmas Airpura masih menghadapi berbagai masalah kesehatan, salah satunya capaian Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang baru mencapai 36,78%. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan PKPR di wilayah kerja Puskesmas Airpura Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2025. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan desain fenomenologi dan dilaksanakan pada Juni–September 2025. Informan meliputi Kepala Puskesmas Airpura, Ka instalasi gizi, 1 bidan, 2 pemegang program PKPR, 3 kader, 8 remaja, dan 8 orang tua pendamping. Hasil penelitian menunjukkan kendala pada aspek input, yaitu keterbatasan SDM, sarana prasarana, pendanaan, serta promosi yang belum optimal. Pada aspek proses, perencanaan dan pelaksanaan telah berjalan dengan melibatkan lintas sektor, namun masih terkendala keterbatasan waktu, rendahnya partisipasi remaja, dan dukungan orang tua yang belum maksimal. Dari aspek output, PKPR memberikan dampak positif berupa peningkatan pengetahuan, partisipasi, serta perubahan perilaku sehat remaja, meski efektivitasnya masih terbatas. Kesimpulannya, program PKPR bermanfaat tetapi belum optimal. Disarankan penguatan input melalui peningkatan SDM, sarana prasarana, pendanaan, dan promosi; perencanaan yang lebih terstruktur serta pelaksanaan lebih efisien; serta evaluasi rutin dan inovasi program untuk memperkuat dampak terhadap perilaku sehat remaja.

Kata Kunci : Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja, Sumber Daya Manusia, Sarana dan Prasarana, Pendanaan, Promosi, media



PENDAHULUAN

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu program prioritas pemerintah dalam mendukung peningkatan kualitas kesehatan remaja Indonesia. Program ini dirancang untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan ramah terhadap kebutuhan perkembangan remaja, baik dari aspek fisik, mental, sosial, maupun reproduksi. Dalam pelaksanaannya, PKPR melibatkan berbagai komponen penting seperti penyuluhan kesehatan, konseling, pemeriksaan kesehatan rutin, deteksi dini masalah psikologis, edukasi gizi seimbang, serta pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat. Layanan ini biasanya terintegrasi melalui Puskesmas, sekolah, dan kegiatan masyarakat, dengan harapan dapat menjangkau seluruh remaja secara merata dan responsif terhadap tantangan kesehatan yang mereka hadapi sehingga permasalahan kesehatan remaja dapat diminimalisir.¹

Data WHO (2023) menunjukkan 34% remaja di negara berkembang mengalami masalah kesehatan, terutama kesehatan reproduksi, anemia, obesitas, kekurangan gizi, belum imunisasi TT, risiko NAPZA, kekerasan, TB, dan kecacingan. Di Indonesia melaporkan lebih dari 35% remaja memiliki gangguan kesehatan, termasuk masalah mental, kesehatan reproduksi, anemia, obesitas, gizi buruk, serta rendahnya cakupan imunisasi dan deteksi penyakit menular. Di Sumatera Barat, 34,9% remaja mengalami permasalahan serupa, mencakup stres akademik, depresi, kurang edukasi seksual, kehamilan remaja, anemia, obesitas, serta paparan NAPZA dan kekerasan. Di Kabupaten Pesisir Selatan, angkanya lebih tinggi, yaitu 38,7%, meliputi IMS ringan, kehamilan remaja, anemia, obesitas, rendahnya imunisasi TT, serta belum optimalnya deteksi TB dan kecacingan. Di Puskesmas Airpura, 36,78% remaja masih menghadapi berbagai masalah kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi, anemia, obesitas, rendahnya imunisasi TT, kecacingan, dan indikasi TB ringan. Hambatan utama PKPR meliputi keterbatasan tenaga, sarana prasarana, dan ruang konseling.²

Sebagai upaya untuk mengatasi beragam permasalahan kesehatan yang dialami remaja sebagaimana tergambar dari data nasional hingga lokal, maka pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyelenggarakan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Program ini dirancang secara komprehensif dan responsif terhadap kebutuhan remaja dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Salah satu komponen utamanya adalah pelayanan kesehatan reproduksi remaja, yang meliputi deteksi dini infeksi menular seksual (IMS), HIV&AIDS, serta edukasi mengenai seksualitas dan pubertas, guna membentuk perilaku seksual yang sehat dan bertanggung jawab sejak dini. Selain itu, pencegahan dan penanggulangan kehamilan remaja dilakukan melalui edukasi penggunaan alat kontrasepsi, penyuluhan hak kesehatan seksual dan reproduksi, serta konseling bagi remaja putri yang rentan terhadap kehamilan tidak direncanakan.³

Di samping aspek reproduksi, PKPR juga mencakup pelayanan gizi, baik untuk mengatasi anemia defisiensi zat besi, kekurangan maupun kelebihan gizi. Layanan ini diberikan melalui pemantauan berat badan dan tinggi badan, skrining Indeks Massa Tubuh (IMT), edukasi pola makan seimbang, serta pemberian tablet tambah darah (TTD) pada remaja putri. Dalam upaya mendukung optimalisasi tumbuh kembang remaja, PKPR mendorong pemeriksaan berkala terkait perkembangan fisik dan mental, serta pembinaan kegiatan positif yang membentuk karakter dan produktivitas remaja. Selain itu, dilakukan pula skrining status imunisasi TT secara berkala untuk mencegah penyakit tetanus dan sebagai bagian dari perlindungan jangka panjang terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.³

Selain itu program PKPR juga menangani permasalahan kesehatan mental yang cukup tinggi pada remaja yang meliputi konseling psikologis, deteksi gangguan psikososial dan depresi, serta upaya meningkatkan kualitas hidup remaja melalui lingkungan sosial yang suportif. Selain itu, PKPR juga memberi perhatian pada pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA melalui edukasi, pembentukan kelompok sebaya anti-narkoba, dan pendampingan remaja yang telah terpapar. Deteksi dan penanganan kekerasan terhadap remaja, baik fisik, verbal, maupun seksual, dilakukan melalui kolaborasi antara petugas kesehatan, guru BK, dan orang tua, disertai sistem rujukan ke fasilitas perlindungan anak.⁴

Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) telah banyak dievaluasi melalui berbagai pendekatan, termasuk pendekatan kualitatif yang menyoroti efektivitas, kendala, dan peluang pengembangannya. Salah satu penelitian yang relevan yang berjudul *“Evaluasi Program PKPR di Puskesmas: Antara Standar dan Realita Pelayanan Remaja”*. Penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun pedoman pelaksanaan PKPR sudah tersedia dan terstandarisasi secara nasional, implementasinya di tingkat layanan primer seperti puskesmas belum optimal. Beberapa hambatan utama yang ditemukan meliputi keterbatasan tenaga kesehatan yang terlatih khusus menangani remaja, rendahnya keterlibatan lintas sektor seperti sekolah dan keluarga, serta terbatasnya media komunikasi yang menarik bagi remaja. Penelitian ini menegaskan perlunya pelatihan berkelanjutan bagi tenaga PKPR serta penguatan peran guru dan orang tua dalam mendampingi edukasi kesehatan remaja.⁵ Tujuan penelitian ini adalah untuk *“Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Wilayah Kerja Puskesmas Airpura Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025”*.

METODE

Penelitian ini membahas evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Wilayah Kerja Puskesmas Airpura Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025 dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan desain fenomenologi untuk menggali secara mendalam pengalaman, pelaksanaan, serta kendala program dari berbagai pihak yang terlibat. Rancangan penelitian berupa studi evaluasi program dengan fokus pada komponen input, proses, dan output, yaitu menilai ketersediaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, pendanaan, serta promosi (input), menilai perencanaan dan pelaksanaan kegiatan termasuk koordinasi lintas sektor (proses), dan menilai capaian serta dampak program terhadap remaja (output). Penelitian dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Airpura pada bulan Juni–September 2025. Informan dipilih secara purposive sampling berdasarkan keterlibatan dalam program PKPR, terdiri dari Kepala Puskesmas Airpura, Kepala Instalasi Gizi, satu orang bidan, dua orang pemegang program PKPR, tiga orang kader, delapan orang remaja, serta delapan orang tua sebagai pendamping. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen program, dengan bahan utama berupa transkrip wawancara, catatan lapangan hasil observasi, serta dokumen PKPR seperti laporan kegiatan dan data capaian, sedangkan alat utama yang digunakan adalah pedoman wawancara (serta alat perekam dan alat tulis bila diperlukan). Analisis data dilakukan dengan tahapan reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi melalui pendekatan tematik berdasarkan komponen input–proses–output, serta diperkuat dengan triangulasi sumber dan triangulasi teknik untuk meningkatkan keabsahan temuan.

HASIL

Input

Tabel 1. Triagulasi Data Komponen Input

Objek	Hasil Wawancara	Observasi	Dokumen	Kesimpulan
SDM	Pelaksanaan PKPR melibatkan kepala puskesmas, pemegang program, bidan, tenaga gizi, kader, serta dukungan lintas sektor. Namun jumlah tenaga masih terbatas, beban kerja tinggi, dan pelatihan tidak rutin.	Terlihat sebagian besar tenaga terlibat, tetapi ada tenaga yang merangkap tugas lain sehingga fokus pada PKPR kurang optimal.	Struktur organisasi puskesmas dan laporan kegiatan PKPR.	SDM cukup tersedia, namun jumlah dan kompetensi masih perlu diperkuat melalui pelatihan serta penambahan tenaga khusus PKPR.
Sarana & Prasarana	Fasilitas ruang konsultasi tersedia tetapi belum sepenuhnya memenuhi kenyamanan dan kerahasiaan remaja. Kendala utama adalah akses remaja di daerah terpencil serta keterbatasan sarana	Ruang konsultasi ada namun masih menyatu dengan ruang lain. Media edukasi sederhana (poster, leaflet) belum lengkap.	Laporan sarana dan inventaris puskesmas.	Sarana sudah tersedia, namun masih terbatas, khususnya media edukasi yang sesuai remaja dan ruang pelayanan yang ramah serta rahasia.

edukasi.				
Dana	Sumber dana berasal dari pemerintah, BOK, dan kadang dukungan desa. Dana terbatas sehingga distribusi, kegiatan lapangan, dan penyuluhan belum maksimal.	Kegiatan PKPR sering dilakukan sederhana karena keterbatasan anggaran operasional.	Laporan penggunaan dana PKPR.	Dana tersedia tetapi masih terbatas, sehingga perlu dukungan tambahan dari lintas sektor atau alokasi khusus agar kegiatan PKPR lebih optimal.
Promosi & Sosialisasi	Promosi dilakukan melalui sekolah, posyandu, dan media sosial. Namun, pemahaman remaja masih rendah dan keterlibatan orang tua belum maksimal.	Beberapa kegiatan promosi terlihat aktif, tetapi belum rutin, dan hanya menjangkau sebagian sekolah.	Laporan kegiatan penyuluhan dan promosi kesehatan.	Promosi sudah berjalan namun masih kurang intensif, perlu strategi inovatif berbasis digital dan kolaborasi lebih luas dengan sekolah dan tokoh masyarakat.
Materi Edukasi	Materi edukasi berupa leaflet, poster, buku saku, dan video. Sebagian disusun pusat, sebagian diadaptasi lokal. Namun ketersediaannya tidak selalu berkelanjutan.	Sebagian materi tersedia di puskesmas, tetapi tidak semua sesuai dengan kebutuhan remaja (isu kesehatan mental, seksualitas, dll).	Modul PKPR dan materi penyuluhan	Materi seperti leaflet dan bahan penyuluhan serta modul

Berdasarkan hasil triangulasi data yang diperoleh melalui wawancara, observasi, dan telaah dokumen, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) masih menghadapi beberapa kendala pada aspek input. Dari sisi sumber daya manusia, pelaksanaan PKPR sudah melibatkan berbagai tenaga kesehatan dan kader, namun jumlah petugas masih terbatas, beban kerja relatif tinggi, serta pelatihan belum dilakukan secara rutin, sehingga kualitas layanan belum merata dan diperlukan penguatan kapasitas serta penambahan tenaga khusus PKPR. Pada aspek sarana dan prasarana, ruang konsultasi memang sudah tersedia, tetapi belum sepenuhnya mendukung kenyamanan dan kerahasiaan remaja, sementara media edukasi masih terbatas dan belum sepenuhnya sesuai kebutuhan remaja; kondisi ini turut membatasi akses dan efektivitas pelayanan, terutama di wilayah terpencil.

Dari aspek pendanaan, PKPR umumnya didukung oleh pemerintah dan dana BOK, namun alokasi yang tersedia masih terbatas sehingga kegiatan distribusi layanan, promosi, dan penyuluhan belum maksimal; karena itu dibutuhkan dukungan tambahan lintas sektor, seperti pemanfaatan dana desa, agar jangkauan program lebih luas. Selanjutnya pada aspek promosi dan sosialisasi, kegiatan promosi telah dilakukan melalui sekolah, posyandu, dan media sosial, tetapi intensitas dan jangkauannya masih kurang, pemahaman remaja terhadap manfaat program masih rendah, serta keterlibatan orang tua belum optimal, sehingga diperlukan inovasi strategi promosi berbasis digital dan penguatan kolaborasi lintas sektor. Sementara itu, materi edukasi yang digunakan sudah cukup beragam seperti leaflet, poster, buku saku, dan video, namun ketersediaannya belum selalu berkelanjutan sehingga perlu perencanaan penyediaan materi yang lebih konsisten.

Proses

Tabel 2. Triagulasi Data Komponen Proses

Objek	Hasil Wawancara	Observasi	Dokumen	Kesimpulan
Perencanaan	Perencanaan dilakukan awal tahun melalui rapat lintas sektor (puskesmas, sekolah, kader). Remaja mulai dilibatkan melalui peer educator.	Terlihat adanya pertemuan rutin perencanaan di puskesmas, meski keterlibatan remaja belum maksimal.	Rencana kerja tahunan PKPR tersedia, memuat jadwal kegiatan penyuluhan, posyandu remaja, dan konseling.	Perencanaan sudah ada, tetapi partisipasi remaja dan keluarga masih terbatas.
Pelaksanaan	Kegiatan meliputi penyuluhan, konseling, pemeriksaan, dan edukasi gizi. Ada pembagian tugas lintas profesi.	Kegiatan penyuluhan di sekolah dan posyandu remaja berjalan, namun jumlah peserta tidak selalu stabil.	Laporan kegiatan bulanan PKPR menunjukkan adanya pelaksanaan sesuai jadwal, meski tidak semua kegiatan tercapai.	Pelaksanaan berjalan baik, namun kendala partisipasi remaja masih ada.
SOP	SOP PKPR tersedia, tapi belum sepenuhnya dipahami dan dijalankan konsisten.	Pelayanan remaja kadang masih bercampur dengan pasien umum sehingga privasi kurang terjaga.	Dokumen SOP PKPR tersedia di puskesmas, sesuai pedoman Kemenkes.	SOP ada, tetapi penerapan di lapangan belum optimal.
Monitoring & Evaluasi	Dilakukan melalui laporan bulanan, supervisi, dan evaluasi rapat lintas sektor.	Terdapat kegiatan monitoring dari puskesmas ke sekolah/posyandu remaja.	Dokumen laporan monitoring tersedia, berisi capaian indikator PKPR.	Monitoring berjalan, tapi tindak lanjut terhadap hasil evaluasi masih kurang konsisten.
Tantangan	Kendala utama: keterbatasan SDM, sarana, waktu, serta rendahnya partisipasi remaja & dukungan orang tua.	Beberapa kegiatan sepi peserta, sebagian remaja malu atau enggan ikut.	Laporan kendala program mencatat masalah yang sama, seperti dana terbatas dan remaja sulit diajak rutin hadir.	Tantangan nyata ada di partisipasi remaja, keterbatasan SDM, serta sarana prasarana.

Hasil triangulasi menunjukkan bahwa perencanaan PKPR di Puskesmas Airpura sudah disusun secara rutin melalui rapat lintas sektor dengan melibatkan puskesmas, sekolah, dan kader, namun keterlibatan remaja masih terbatas. Pelaksanaan kegiatan berjalan sesuai jadwal, meliputi penyuluhan, konseling, pemeriksaan kesehatan, dan edukasi gizi, tetapi partisipasi remaja seringkali tidak stabil karena rasa malu, kesibukan sekolah, maupun kurangnya dukungan orang tua. Dari sisi SOP, pedoman layanan PKPR sudah tersedia sesuai standar, namun penerapan di lapangan belum konsisten, terutama terkait kerahasiaan dan kenyamanan remaja saat berkonsultasi. Monitoring dan evaluasi dilaksanakan melalui laporan bulanan, supervisi, serta rapat evaluasi, meskipun tindak lanjut atas temuan di lapangan masih kurang maksimal. Secara keseluruhan, proses PKPR telah berjalan dari tahap perencanaan hingga evaluasi, tetapi efektivitasnya masih terkendala oleh keterbatasan SDM, sarana, dan partisipasi remaja. Perlu adanya penguatan koordinasi, inovasi kegiatan yang lebih menarik bagi remaja, serta dukungan orang tua agar pelaksanaan program lebih optimal dan berkesinambungan.

Output

Tabel 3. Triagulasi Data Komponen Output

Objek	Hasil Wawancara	Observasi	Dokumen	Kesimpulan
Indikator Keberhasilan	Indikator dilihat dari jumlah remaja yang datang ke layanan PKPR, cakupan penyuluhan, konseling, serta peningkatan pengetahuan kesehatan.	Ada peningkatan keterlibatan remaja di sekolah dan posyandu remaja.	Laporan indikator PKPR Puskesmas Airpura 2023	Indikator keberhasilan PKPR sudah tercapai sebagian, terutama peningkatan pengetahuan remaja, meski target kunjungan individu masih perlu diperkuat.
Cakupan & Akses Layanan	Ada peningkatan jumlah remaja yang mengakses PKPR, khususnya untuk konseling kesehatan reproduksi, meski belum signifikan karena sebagian masih malu.	Kehadiran remaja lebih banyak saat kegiatan di sekolah dibandingkan posyandu remaja.	Data cakupan layanan PKPR 2022–2023	Cakupan layanan meningkat, tetapi akses langsung ke puskesmas masih terbatas karena faktor malu dan kurang dukungan keluarga.
Dampak Program	Pengetahuan remaja meningkat tentang kesehatan reproduksi, gizi, dan risiko perilaku berisiko. Remaja lebih terbuka berkonsultasi, percaya diri, dan orang tua lebih memahami kebutuhan kesehatan anak.	Remaja lebih aktif dalam diskusi, terlihat lebih percaya diri saat penyuluhan berlangsung.	Laporan evaluasi kegiatan PKPR tahunan	Program berdampak positif terhadap perilaku sehat dan kepercayaan diri remaja, meski konseling individu masih kurang dimanfaatkan.
Partisipasi Remaja	Remaja cukup aktif dalam kegiatan di sekolah, namun partisipasi di luar sekolah menurun. Mereka lebih menyukai metode interaktif (games, diskusi) dan media digital.	Kegiatan dengan metode kreatif lebih banyak diikuti remaja, misalnya lomba dan simulasi.	Dokumentasi kegiatan sekolah & posyandu remaja	Partisipasi remaja meningkat bila kegiatan dikemas menarik dan sesuai kebutuhan mereka, menunjukkan perlunya inovasi metode edukasi.

Berdasarkan hasil triangulasi antara wawancara, observasi, dan dokumen, dapat disimpulkan bahwa program PKPR di Puskesmas Airpura menunjukkan hasil yang cukup baik. Indikator keberhasilan sebagian besar tercapai, ditandai dengan meningkatnya pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi, gizi, serta perilaku hidup sehat. Cakupan layanan dan jumlah remaja yang mengakses program juga mengalami peningkatan, meskipun belum signifikan karena masih ada hambatan berupa rasa malu dan kurangnya dukungan keluarga. Dampak program terlihat pada perubahan perilaku remaja yang lebih terbuka berkonsultasi, lebih percaya diri, serta meningkatnya keterlibatan orang tua dalam mendukung kesehatan anak. Partisipasi remaja cenderung tinggi ketika kegiatan dilakukan di sekolah atau menggunakan metode interaktif dan kreatif, sementara di posyandu remaja partisipasi relatif menurun. Selain itu, dukungan keluarga sudah mulai terbangun, meski masih terbatas sehingga perlu diperluas agar perilaku sehat remaja berkelanjutan. Untuk pengembangan ke depan, program diarahkan pada penguatan peer educator, optimalisasi posyandu remaja, pemanfaatan media digital, dan kolaborasi dengan sekolah agar jangkauan program semakin luas dan efektif.

PEMBAHASAN

Input

Berdasarkan hasil penelitian, komponen input dalam pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Airpura terdiri dari sumber daya manusia, sarana dan prasarana, pendanaan, promosi dan sosialisasi, serta bahan edukasi. Pada aspek sumber daya manusia (man), pelaksanaan PKPR masih terkendala keterbatasan jumlah tenaga pelaksana sehingga sebagian petugas harus

merangkap tugas dan menyebabkan beberapa kegiatan belum berjalan optimal. Kompetensi petugas dinilai cukup baik dalam menerapkan pelayanan ramah remaja, menjaga kerahasiaan, serta membangun komunikasi, namun masih diperlukan peningkatan kapasitas agar metode layanan dan konseling lebih bervariasi. Pelatihan khusus PKPR belum dilakukan secara rutin dan hanya diikuti sebagian petugas, sehingga muncul kesenjangan pemahaman dan kualitas layanan antar petugas. Koordinasi antar tenaga kesehatan sudah berlangsung, namun belum maksimal, sementara supervisi dari dinas kesehatan belum konsisten. Keterlibatan tenaga gizi, bidan, pemegang program serta kader remaja sudah ada, tetapi kader masih minim pelatihan; dari sisi remaja layanan dinilai cukup ramah meskipun masih ada petugas yang dianggap kaku, sedangkan orang tua mengapresiasi layanan namun berharap dilibatkan lebih aktif. Hal ini sejalan dengan teori Blum yang menempatkan SDM sebagai komponen penting dalam keberhasilan program kesehatan, serta teori komunikasi kesehatan yang menekankan perlunya pendekatan setara, menghargai privasi, dan sesuai perkembangan psikososial remaja. Temuan ini juga didukung penelitian yang menyebutkan keterbatasan tenaga pelaksana dan minim pelatihan sebagai hambatan utama PKPR, sehingga pelatihan berkelanjutan diperlukan untuk meningkatkan kualitas konseling, khususnya kesehatan reproduksi.

Pada aspek sarana dan prasarana (machine), puskesmas sebenarnya telah memiliki ruang khusus pelayanan remaja, tetapi kenyamanan dan kerahasiaan belum sepenuhnya mendukung sehingga remaja belum merasa aman secara optimal saat berkonsultasi. Media edukasi gizi dan alat bantu penyuluhan tersedia, namun jumlahnya terbatas dan belum sepenuhnya disesuaikan dengan gaya komunikasi yang menarik bagi remaja. Pemeliharaan fasilitas cenderung bersifat rutin sederhana tanpa sistem evaluasi yang terstruktur terhadap keluhan atau kebutuhan remaja. Keterbatasan ruang dan alat bantu menyebabkan petugas harus menyesuaikan pelaksanaan pelayanan, dan sebagian remaja menilai fasilitas kurang menarik. Kondisi ini sesuai dengan konsep youth friendly health services dari WHO yang menekankan aksesibilitas, kenyamanan, dan privasi sebagai syarat layanan remaja yang berkualitas; penelitian sebelumnya juga menunjukkan fasilitas konseling privat dan media edukasi interaktif dapat meningkatkan minat remaja memanfaatkan layanan.

Pada aspek pendanaan (money), dana PKPR sebagian besar berasal dari pemerintah melalui BOK dan dukungan Dinas Kesehatan, sedangkan sumber tambahan seperti dana desa atau lintas sektor masih bersifat insidental dan tidak rutin. Anggaran yang tersedia umumnya hanya mencukupi kegiatan pokok seperti penyuluhan dan konseling, sementara kebutuhan pengembangan program seperti inovasi kegiatan, pengadaan media edukasi, transportasi petugas, dan insentif kader belum terpenuhi. Hambatan pencairan dana yang terlambat turut menyebabkan kegiatan tertunda, kader jarang memperoleh insentif sehingga motivasi menurun, dan remaja di daerah jauh terkendala biaya transportasi meskipun layanan gratis. Hal ini sejalan dengan teori Health System Financing WHO bahwa program kesehatan membutuhkan pendanaan yang cukup, tepat waktu, dan berkelanjutan agar proses berjalan lancar dan output tercapai; penelitian lain juga menegaskan minimnya anggaran membuat inovasi sulit dilakukan dan cakupan layanan tidak merata.

Pada aspek promosi dan sosialisasi (market), promosi PKPR telah dilakukan melalui penyuluhan di sekolah, kerja sama dengan guru BK, kader, serta tokoh masyarakat, dan mulai memanfaatkan media sosial, namun penggunaannya belum konsisten dan belum menjadi strategi utama. Promosi cenderung dilakukan pada momen tertentu sehingga kontinuitas tidak terjaga, sementara evaluasi efektivitas promosi masih jarang dilakukan. Remaja umumnya mengetahui PKPR dari sekolah atau teman sebaya dan menilai promosi media sosial masih kurang menarik; mereka mengusulkan pendekatan yang lebih modern dan interaktif. Orang tua juga merasa informasi belum lengkap dan mengharapkan sosialisasi lebih sering melalui pertemuan orang tua maupun kegiatan masyarakat. Kondisi ini sesuai teori Health Promotion Green & Kreuter (PRECEDE-PROCEED) bahwa promosi efektif perlu memperhatikan faktor predisposisi, pemungkinkan, dan penguat, serta teori komunikasi kesehatan yang menekankan media sosial sebagai sarana interaktif yang dekat dengan remaja; penelitian sebelumnya juga menunjukkan promosi berbasis media sosial lebih efektif dalam meningkatkan keterlibatan remaja.

Pada aspek bahan edukasi (material), materi PKPR tersedia dalam bentuk leaflet, poster, buku saku, modul, dan media audiovisual seperti video pendek, sebagian besar dari dinas kesehatan dan sebagian dibuat puskesmas/kader. Materi visual dinilai membantu, tetapi ketersediaannya tidak selalu berkelanjutan sehingga pada waktu tertentu tidak siap digunakan. Konten materi masih cenderung umum dan belum sepenuhnya kontekstual dengan budaya lokal, bahasa daerah, atau isu remaja terkini. Remaja lebih menyukai materi yang praktis, visual, interaktif, dan relevan, serta menginginkan topik tambahan seperti kesehatan mental, seksualitas, penggunaan gadget, dan pencegahan narkoba, sedangkan orang tua berharap materi lebih aplikatif untuk pendampingan di rumah. Hal ini selaras dengan teori pengembangan bahan edukasi (Glanz, Rimer, & Viswanath) bahwa efektivitas media dipengaruhi oleh relevansi konten, bentuk yang menarik, serta konteks sasaran; penelitian lain juga menunjukkan media audiovisual meningkatkan pemahaman remaja lebih baik dibanding media cetak saja. Secara keseluruhan, komponen input PKPR di Puskesmas Airpura sudah tersedia namun belum optimal, sehingga diperlukan penguatan SDM melalui penambahan tenaga dan pelatihan rutin, peningkatan kualitas sarana yang lebih ramah remaja, pendanaan yang memadai dan tepat waktu, strategi promosi yang lebih inovatif dan berkelanjutan, serta pembaruan dan keberlanjutan bahan edukasi yang lebih kontekstual dan interaktif.

Proses

Dari hasil informasi wawancara menunjukkan bahwa proses perencanaan dan pelaksanaan PKPR di Puskesmas Airpura telah berjalan dengan melibatkan lintas sektor seperti sekolah, tokoh masyarakat, dan kader. Perencanaan dilaksanakan setiap awal tahun melalui rapat bersama, dengan mempertimbangkan kebutuhan remaja. Pelaksanaan kegiatan meliputi penyuluhan, pemeriksaan kesehatan, konseling, edukasi gizi, hingga posyandu remaja. SOP PKPR sudah tersedia, namun penerapannya belum optimal karena terbatasnya SDM, sarana, serta kesesuaian jadwal dengan aktivitas sekolah. Monitoring dan evaluasi dilakukan melalui laporan bulanan, supervisi lapangan, serta umpan balik dari sekolah dan kader. Kendala utama yang dihadapi adalah keterbatasan waktu, rendahnya partisipasi remaja (karena rasa malu atau bentrok jadwal), serta minimnya dukungan orang tua.

Menurut teori *Planning and Implementation in Health Program* keberhasilan suatu program kesehatan ditentukan oleh keterpaduan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang berbasis pada kebutuhan masyarakat. Partisipasi lintas sektor dan sasaran (remaja) menjadi kunci untuk menciptakan program yang relevan dan berkelanjutan. Sementara itu, teori *Community Participation* dari Arnstein menekankan pentingnya perilaku masyarakat (dalam hal ini remaja, orang tua, kader, sekolah) dalam setiap tahapan perencanaan hingga evaluasi, agar program lebih sesuai kebutuhan dan meningkatkan rasa memiliki (*sense of ownership*).⁹

Penelitian sebelumnya dalam *Jurnal Kesehatan Masyarakat* menunjukkan bahwa perilaku sekolah dan guru BK dalam perencanaan dan pelaksanaan PKPR terbukti meningkatkan partisipasi remaja, karena sekolah adalah lingkungan terdekat mereka. Studi lain dalam *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* menegaskan bahwa keberadaan peer educator dan kader sebaya mampu mengurangi hambatan psikologis remaja (malu atau takut) sehingga meningkatkan efektivitas pelaksanaan program PKPR.^{10,11} Peneliti berasumsi bahwa perencanaan dan pelaksanaan PKPR di Puskesmas Airpura sudah berjalan sesuai mekanisme yang ditetapkan, namun efektivitasnya belum maksimal karena keterbatasan SDM, sarana, serta dukungan keluarga.

Output

Dari hasil informasi yang diberikan oleh informan didapatkan bahwa secara keseluruhan, output program PKPR di Puskesmas Airpura menunjukkan adanya peningkatan partisipasi, pengetahuan, dan perubahan perilaku remaja, meskipun masih terdapat tantangan dalam keterlibatan remaja secara langsung, dukungan orang tua, dan inovasi media edukasi. Program ini bermanfaat bagi remaja dan keluarga, serta memiliki peluang besar untuk berkembang melalui pendekatan digital dan kolaborasi lintas sektor. Menurut teori output program PKPR dapat dijelaskan melalui Teori Health Promotion Model yang menekankan

bahwa promosi kesehatan berfokus pada peningkatan perilaku sehat melalui pengetahuan, motivasi, serta dukungan lingkungan. Hasil output berupa peningkatan pengetahuan dan perilaku remaja dalam menjaga kesehatan sejalan dengan konsep bahwa individu akan lebih termotivasi melakukan tindakan kesehatan ketika didukung oleh lingkungan yang kondusif. Keberhasilan suatu program kesehatan dipengaruhi oleh inovasi, saluran komunikasi, dan waktu adopsi. Dalam konteks PKPR, penggunaan media digital dan kerja sama lintas sektor merupakan faktor inovatif yang dapat meningkatkan output berupa partisipasi, pengetahuan, dan perubahan perilaku remaja.¹²

Penelitian sebelumnya dalam *Jurnal Kesehatan Reproduksi* menemukan bahwa pelaksanaan PKPR secara konsisten berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja dalam menjaga kesehatan reproduksi. Hal ini menunjukkan bahwa PKPR mampu memberikan output positif dalam aspek kognitif dan perilaku remaja.¹³ Peneliti berasumsi bahwa output program PKPR di Puskesmas Airpura sudah menunjukkan dampak positif terhadap remaja, namun masih ada ruang besar untuk peningkatan. Pemanfaatan media digital dapat menjadi strategi utama untuk menjangkau remaja secara lebih efektif.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan Hasil penelitian menunjukkan bahwa evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Airpura mencakup komponen input, proses, dan output. Pada komponen input, pelaksanaan PKPR telah melibatkan berbagai pihak seperti kepala puskesmas, pemegang program, bidan, kader, dan orang tua, namun masih terkendala kurangnya tenaga khusus PKPR serta keterlibatan lintas sektor yang belum optimal. Dari aspek sarana dan prasarana, ruang konseling remaja, media edukasi, dan posyandu remaja sudah tersedia, tetapi media digital dan perlengkapan pendukung masih terbatas sehingga kurang menarik minat remaja. Dari segi pendanaan, program belum memperoleh dukungan anggaran yang memadai terutama untuk inovasi digital dan perluasan layanan ke sekolah. Pada aspek promosi, kegiatan dilakukan melalui penyuluhan di sekolah, posyandu remaja, dan kegiatan masyarakat, namun pemahaman remaja masih rendah, sebagian remaja merasa malu mengakses layanan, dan dukungan keluarga belum optimal. Pada komponen proses, kegiatan penyuluhan, konseling, pemeriksaan kesehatan, dan edukasi gizi telah berjalan sesuai tahapan perencanaan hingga evaluasi, tetapi masih terkendala rendahnya kesadaran remaja memanfaatkan layanan, keterbatasan media edukasi, serta tantangan koordinasi dan pendanaan. Dari sisi output, PKPR memberikan dampak positif berupa peningkatan pengetahuan dan partisipasi remaja, meskipun efektivitas program masih perlu ditingkatkan melalui penguatan peer educator, peningkatan dukungan keluarga, optimalisasi media digital, dan perluasan jangkauan layanan.

Kesimpulan program PKPR sudah bermanfaat namun belum optimal dari segi SDM, sarana prasarana, dana, serta promosi. Saran untuk peningkatan efektivitas program PKPR di Puskesmas Airpura dapat dilakukan dengan memperkuat aspek input melalui peningkatan SDM, sarana prasarana, dan promosi kesehatan. Pada proses, perlu perencanaan terstruktur, waktu pelaksanaan yang efisien, serta peningkatan partisipasi remaja dan dukungan orang tua. Dari sisi output, diperlukan evaluasi rutin dan inovasi program agar dampak positif terhadap pengetahuan dan perilaku sehat remaja lebih optimal

DAFTAR PUSTAKA

1. Agustini, N. N. M. & Arsani, N. L. K. A., 2018. Remaja Sehat Melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Tingkat Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 9, pp. 66-73.
2. Kemenkes, 2020. *Infodatin: Pusat Informasi dan Data Kementerian Kesehatan RI - Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia*, s.l.: Kementerian Kesehatan RI
3. Arsani, N. L. K. A., Agustini, N. N. M. & Purnomo, I. K. I., 2020. Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*, Volume 2, pp. 129-137.
4. Ayuningtyas, D., 2020. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

5. Putri, A., & Ramadhan, H. (2021). *Pengaruh keterlambatan pencairan dana terhadap pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas*. Jurnal Administrasi Kesehatan, 11(1), 43–52.
6. Putri, D., Santoso, B., & Laili, R. (2021). *Kesesuaian materi edukasi dengan konteks budaya lokal dalam peningkatan partisipasi remaja*. Kesmas: National Public Health Journal, 16(4), 250–258.
7. Amelia, R., & Sari, N. (2021). *Keterbatasan alat bantu penyuluhan dalam peningkatan pemahaman remaja tentang kesehatan reproduksi*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 16(2), 112–120
8. Blum, H. L. (2019). *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. Human Sciences Press.
9. Djahir, D. H. Y. & Pratita, D., 2021. *Bahan Ajar Sistem Informasi Manajemen*. Yogyakarta: Deepublish.
10. Falatansah, L. & Indarjo, S., 2020. Perbandingan Program Pelayanan KRR oleh Puskesmas yang di Wilayah Kerjanya Terdapat Lokalisasi dan yang Tidak Terdapat Lokalisasi. *Public Health Perspective Journal*, Volume 1, pp. 68- 77.
11. Friskarini, K. & Manalu, H. S. P., 2018. *Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Tingkat Puskesmas DKI Jakarta*, s.l.: s.n
12. Handayani, D., Putra, R., & Lestari, E. (2021). *Hambatan pelaksanaan PKPR di Puskesmas dan solusi penguatan kapasitas petugas*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 10(3), 155–164.
13. Lisa, R., Maschandra & Iskandar, R., 2020. *Analisis Data Kualitatif Model Miles dan Huberman (Sebuah Rangkuman dari Buku Analisis Data Qualitatif, Mathew B. Miles dan A. Michael Huberman)*, Padang: Universitas Negeri Padang.
14. Muninjaya, A. G., 2021. *Manajemen Kesehatan*. 2 penyunt. Jakarta: EGC.
15. NAC, 2021. *Global AIDS Response Progress Reporting: Indonesia Country Progress*
16. Ningsih, A., & Lestari, R. (2022). *Pemanfaatan media digital dalam promosi kesehatan remaja melalui program PKPR*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 17(3), 231–240.
17. Notoatmodjo, S., 2021. *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
18. Rohmah, I. N. & Tauran, 2019. *Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Alun Alun Kabupaten Gresik*, s.l.: s.n.
19. Sardjo, S., Darmajanti, L. & Boediono, K. C., 2019. *Implementasi Model Evaluasi Formatif Program Pembangunan Sosial (EFPPS): Partisipasi Multipihak dalam Evaluasi Program*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
20. Saputri, N., Wulandari, F., & Prasetyo, A. (2020). *Pengaruh pelaksanaan PKPR terhadap peningkatan pengetahuan dan perilaku remaja dalam menjaga kesehatan reproduksi*. Jurnal Kesehatan Reproduksi, 11(2), 101–110
21. Sari, D., & Wulandari, A. (2020). *Efektivitas media sosial sebagai sarana promosi kesehatan remaja*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 15(2), 132–140.
22. Suryani, L., Rahmawati, T., & Yusuf, I. (2021). *Kendala pelaksanaan PKPR di Puskesmas dan upaya peningkatan kompetensi tenaga pelaksana*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 16(1), 58–66.
23. Silvia, D. R., 2019. *Evaluasi Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Andalas dan SMA N 10 Kota Padang Tahun 2019*, Padang: Universitas Andalas.