

## **Model CIPP dalam Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Kota Bandung**

### ***CIPP Model of Youth Care Health Service in Bandung City***

**Rosita<sup>1\*</sup>, Merry Wijaya<sup>2</sup>, Panji Fortuna<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, STIKes Dharma Husada Bandung, Jawa Barat, Indonesia

<sup>2</sup>Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjajaran, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

\*Korespondensi penulis : [rositasdhb@gmail.com](mailto:rositasdhb@gmail.com)

No. Kontak : 0812 2079 3264

Penyerahan : 30-11-2020, Perbaikan 11-07-2021, Diterima 22-08-2021

#### **ABSTRACT**

*The evaluation of the Youth Care Health Service Program is expected to provide results that can be used as input for decision makers in determining policy alternatives in the sustainability of program activities. By using the CIPP (Context, Input, Process, Product) model the resulting evaluation will be more comprehensive. This study aims to analyze and evaluate program implementation. The research method used is qualitative with a case study approach. There are three groups of resource persons consisting of every representative of public health service center capable of PKPR. The first group is officers holding the PKPR program, the second group is the head of the public health service center and the third group is youth as recipients of PKPR services. The results of the study refer to the CIPP model, namely in the context evaluation, several important themes were obtained, including the initial formation of the program in each community health center. Input evaluation obtained is limited human resources, inadequate infrastructure and funding sources from health operational costs. The process evaluation obtained was that the implementation of the PKPR program in the field was appropriate, community participation supported, and the absence of a visit by the Health Office as an effort to monitor the achievement of the PKPR National Standard. The product evaluation obtained was the number of visits that increased, the impact on adolescents both behavior change and disease control. It is hoped that there will be an increase in the quality of services both from human resources, health media and the supervision system implemented by the health department in order to maximize services to adolescents.*

*Keyword : CIPP models ; Youth Care Health Service*

#### **ABSTRAK**

Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) diharapkan menyajikan hasil yang dapat digunakan sebagai masukan bagi pengambil keputusan dalam menentukan alternatif kebijakan dalam keberlanjutan kegiatan program. Dengan menggunakan model CIPP (*Context, Input, Process, Product*) evaluasi yang dihasilkan akan lebih komprehensif. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mengevaluasi terhadap pelaksanaan program. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Terdapat tiga kelompok narasumber yang terdiri dari setiap perwakilan puskesmas

mampu PKPR. Kelompok pertama merupakan petugas pemegang program PKPR, kelompok kedua merupakan kepala puskesmas dan kelompok ketiga adalah remaja sebagai penerima pelayanan PKPR. Hasil evaluasi *context* didapatkan beberapa tema penting diantaranya awal pembentukan program di tiap puskesmas berbeda-beda, hal ini dikarenakan kesiapan tiap masing-masing puskesmas berbeda, tujuan pembentukan program karena permasalahan pada remaja semakin meningkat terutama di wilayah kerja Puskesmas. Evaluasi *Input* yang didapatkan adalah keterbatasan SDM, sarana prasarana yang tidak memadai dan keterbatasan sumber pendanaan dari biaya operasional kesehatan. Evaluasi *process* yang didapatkan adalah pelaksanaan program PKPR di lapangan sudah sesuai, partisipasi masyarakat mendukung, dan belum adanya kunjungan oleh Dinas Kesehatan sebagai upaya pemantauan pencapaian Standar Nasional PKPR. Evaluasi *product* yang didapatkan adalah jumlah kunjungan yang meningkat, dampak bagi remaja baik perubahan perilaku dan pengendalian penyakit. Saran dalam penelitian ini diharapkan adanya peningkatan kualitas pelayanan baik dari sumber daya manusia, media kesehatan dan sistem supervisi yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan agar dapat memaksimalkan pelayanan pada remaja.

**Kata Kunci :** Model CIPP; Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

## **PENDAHULUAN**

Hasil survey Badan Pusat Statistik (BPS), Bappenas dan UNFPA tahun 2010, sebagian dari 63 juta jiwa remaja di Indonesia rentan berperilaku tidak sehat (Afiandi, 2017). Sebanyak 56% remaja pernah melakukan hubungan seksual, 5,7% menderita HIV/AIDS adalah remaja dengan penularan terbesar melalui jarum suntik, penggunaan narkoba sekitar 43%, penyakit menular seksual 3,7%, merokok 63%, dan alkohol 6%. Dari kasus tersebut hanya 12,1% yang ditangani oleh puskesmas Kota Bandung pada tahun 2012 (SDKI, 2012). Hal ini yang akan menimbulkan permasalahan di masa akan datang, dan hal ini dapat merugikan baik individu, masyarakat dan negara (Ariani, 2010; Irianto, 2015)

Melihat berbagai permasalahan sebagaimana diuraikan diatas, maka sudah seharusnya pembinaan kesehatan remaja dijadikan sebagai

bagian dari program prioritas pemerintah. Departemen Kesehatan RI memperkenalkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di puskesmas yang diadopsi dari WHO sejak tahun 2003. Jenis kegiatan dalam PKPR adalah pemberian informasi dan edukasi, pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang, konseling, pendidikan keterampilan hidup sehat, pelatihan *peer counselor/konselor* sebaya dan pelayanan rujukan sosial dan medis (Kemenkes, 2013)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2014 mengeluarkan pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (SNPKPR), sebagai acuan bagi penanggung jawab program baik di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota khususnya bagi pengelola program PKPR di puskesmas (Kemenkes, 2016) Penilaian PKPR berdasarkan SNPKPR dilakukan dengan menilai tiga komponen yaitu

komponen input, proses, dan output yang ada dalam rangkaian kegiatan PKPR (kemenkes, 2013). Berdasarkan SNPKPR yang ditetapkan oleh Kemenkes tahun 2017, dari 30 Puskesmas PKPR di Kota Bandung 3 diantaranya dinyatakan berkualitas paripurna, 20 optimal dan 7 minimal. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandung pada tahun 2017 rata-rata kunjungan remaja ke puskesmas PKPR tiap tahunnya hanya 15%, dengan keluhan terbesar adalah masalah rokok dan anemia (Dinkes Kota Bandung, 2016; Masunah, 2011).

Evaluasi program PKPR sangat penting untuk dilakukan, dengan melakukan evaluasi program dapat diketahui kekurangan dan kelebihan program tersebut, yang akhirnya dapat menentukan apakah program yang telah dilaksanakan dapat mencapai hasil yang sudah ditentukan. Hal ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pengambil keputusan dalam menentukan alternatif kebijakan (Muryadi, 2015). Salah satunya dengan menggunakan model *contexts, input, proses* dan *product* (CIPP). Kelebihan dari model ini dapat membantu proses pengambilan keputusan yang berguna bagi kepentingan lembaga dalam hal ini lembaga kesehatan (Warju, 2016). Sedangkan kekurangannya dibandingkan dengan SNPKPR dari Kemenkes RI model ini terlalu mementingkan bagaimana proses seharusnya daripada kenyataan dilapangan dan terkesan terlalu *top down* dengan sifat manajerial dalam pendekatannya. Dalam penelitian ini diharapkan memiliki wawasan yang

komprehensif sebagai landasan untuk menghasilkan sebuah kebijakan dan perbaikan yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan bagi remaja.

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan studi kasus hal ini bertujuan untuk menyelidiki secara cermat pelaksanaan program PKPR di Kota Bandung. Dengan menggunakan pendekatan *case study*, dalam penelitian ini terdapat beberapa komponen yang diteliti yaitu *context, input, proses, product*. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah peneliti berinteraksi langsung dengan informan melalui teknik FGD, *indepth interview* dan studi dokumen. Diambil tiga grup yang terdiri dari petugas PKPR, kepala puskesmas dan remaja di puskesmas mampu PKPR di Kota Bandung dengan kualitas paripurna, optimal dan minimal untuk membandingkan tiap-tiap komponen untuk menghasilkan informasi tentang pelaksanaan program PKPR. Masing-masing narasumber memberikan hasil pendapat dan pengalamannya masing-masing selama melaksanakan tugas menjadi petugas PKPR, kepala puskesmas mampu PKPR dan penerima hasil layanan PKPR yaitu remaja.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Context** : Dalam komponen ini terdapat tema penting diantaranya terbentuknya program PKPR, dan tujuan pelaksanaan program PKPR. Para puskesmas membentuk program PKPR terbentuk setelah pukesmas merasa siap dengan segala

pemenuhan dan kebutuhannya, baik dari para petugas yang sudah melaksanakan pelatihan PKPR dan sarana prasarana yang sudah memadai. Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan Program Kesehatan Remaja di Indonesia dengan menggunakan pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) sejak tahun 2003 (Kemenkes, 2013). Sosialisasi pembentukan program PKPR sudah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung cukup lama, hanya saja setiap puskesmas merasa belum mampu melaksanakan program tersebut karena kendala petugas yang belum terlatih dan penyediaan sarana prasarana yang menunjang. Diharapkan dengan pembentukan program PKPR yang baik akan meningkatkan kualitas remaja sehat dan penanganan kasus remaja yang terjadi pada saat ini.

Sedangkan untuk tujuan pelaksanaan program PKPR berdasarkan hasil wawancara dan diskusi dapat disimpulkan remaja memerlukan pendampingan khusus yang diawasi oleh orang yang terampil, tentu saja petugas yang kompeten dalam program PKPR. Para petugas seringkali menemukan berbagai kasus yang menimbulkan risiko yang besar bagi remaja. Hal ini menimbulkan keresahan bagi masyarakat terutama orang tua yang mempunyai anak remaja yang mungkin rentan terpapar hal-hal tersebut. Tentu saja tidak hanya puskesmas tapi berbagai pihak turun tangan untuk menangani kasus tersebut. Salah satu langkah preventif pihak puskesmas melakukan pembinaan bagi siswa-siswa dan

remaja tentang kesehatan reproduksi. Hasil SKRRI 2002 - 2003 menunjukkan bahwa sekitar 6 dari 10 remaja laki-laki merokok setiap hari, sedangkan 8% pernah menggunakan narkoba. Ancaman HIV/AIDS menyebabkan perilaku seksual dan kesehatan reproduksi remaja muncul ke permukaan, diperkirakan 20 - 25% dari semua infeksi HIV di dunia terjadi pada remaja. Demikian pula dengan kejadian PMS, yang tertinggi adalah remaja khususnya remaja perempuan (Depkes RI, 2015 ; Aryani, 2010)

Melihat besaran berbagai permasalahan sebagaimana diuraikan di atas, seharusnya pembinaan kesehatan remaja dijadikan sebagai bagian dari program prioritas pemerintah. Namun di lapangan jenis informasi yang sering diperoleh remaja hanya bahaya penyalahgunaan NAPZA, bahaya minum minuman beralkohol dan tentang HIV-AIDS termasuk penggunaan kondom untuk pencegahan penularannya (Kusmiran, 2012).

**Input** : Hasil penelitian, dalam komponen input didapatkan beberapa tema diantaranya sumber daya manusia, sarana prasarana dan sumber pendanaan. Belum tercukupinya tenaga untuk melaksanakan program PKPR menjadi salah satu masalah pelaksanaan program PKPR. Dengan perencanaan dan tujuan yang baik tentu saja akan berpengaruh pada aspek yang lain, pada tahap input akan terlihat kesiapan tenaga pelaksana program PKPR untuk melaksanakan program tersebut. sebagian besar para petugas kesehatan merasakan kurangnya SDM yang tersedia bagi program PKPR,

karena memegang beberapa program yang lainnya yang secara umum jauh lebih penting. Seperti contohnya salah satu petugas puskesmas selain memegang program PKPR, petugas tersebut juga harus bertugas sebagai bidan jaga di PONEB.

Hal inilah yang menjadi salah satu kendala para petugas untuk dapat melaksanakan pelayanan remaja secara optimal. Kompetensi petugas PKPR dapat diperoleh dari pelatihan yang terakreditasi terkait SN PKPR oleh Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes, 2013) Tujuan evaluasi yang dicapai yaitu informasi tentang metode baru untuk memecahkan masalah, bahwa pelatihan merupakan hal terpenting yang harus dilaksanakan untuk memenuhi kompetensi pengelola program dalam melaksanakan pelayanan kesehatan remaja sesuai SNPDKPR sehingga bermanfaat untuk keberlangsungan program (Marshall, 2005 ; Muryadi, 2015). Diharapkan terbentuklah masukan bagi puskesmas agar pengelola program PKPR, yang mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan layanan PKPR sesuai kebutuhan remaja berdasarkan pedoman menjadi pengelola program yang terlatih dan mampu memberikan pelayanan konseling yang peduli, peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan standar dan pedoman yang berlaku.

Dalam tema sarana prasarana, dalam penggunaan ruangan beberapa puskesmas masih secara bergantian dalam penggunaannya, dan belum ada ruangan khusus pelayanan PKPR. Penyediaan media promosi masih

sangat terbatas dan petugas PKPR yang membuat dan menyediakan sendiri jika ingin menggunakan media. Dinas Kesehatan sendiri tidak menyediakan media yang dapat menunjang kegiatan PKPR. Masih kurangnya media yang menarik untuk dapat dimanfaatkan oleh petugas ataupun puskesmas sebagai sarana penyuluhan dan promosi kesehatan bagi remaja. Sementara untuk sumber dana yang digunakan dalam kegiatan PKPR, puskesmas masih memanfaatkan dana yang dialokasikan dari pemerintah atau pengeloan anggaran internal puskesmas. Apabila dari anggaran yang tersedia tidak mencukupi maka puskesmas akan bekerjasama dengan program lain untuk pelaksanaan kegiatan yang belum dilaksanakan. Dalam kenyataannya anggaran PKPR tidak dapat mengcover semua kegiatan yang memang sudah direncanakan sebelumnya.

**Process** : Dalam komponen ini terdapat tema jenis layanan, partisipasi masyarakat dan sekolah, dan pemantauan Oleh Dinas Kesehatan. Secara keseluruhan pelayanan yang diberikan sudah berjalan dengan baik. Hanya saja petugas merasa belum dapat melayani remaja setiap hari. Remaja yang harus menyesuaikan waktunya dengan petugas, sedangkan permasalahan remaja bisa datang kapanpun, sedangkan remaja rata-rata mempunyai waktu panjang hanya di akhir pekan saja. Mayoritas remaja datang dikarenakan ada permasalahan yang serius mengenai kesehatan reproduksi atau ada perilaku yang menyimpang. Remaja menganggap

bahwa puskesmas sebagai tempat berobat, mereka belum memahami bahwa PKPR memberikan pemberian informasi mengenai seputar kesehatan remaja. Pelayanan kesehatan remaja merupakan pelayanan yang komprehensif, melibatkan lintas program dan lintas sektoral.

Dalam hal pemantauan oleh dinas kesehatan selama kegiatan PKPR berlangsung para Kepala Puskesmas menyatakan hal yang sama bahwa belum ada kunjungan dari pihak Dinas Kesehatan ataupun puskesmas lain yang datang untuk melakukan supervisi. Implementasi Standar Nasional PKPR perlu terus menerus dipantau dan dinilai. Pemantauan dan penilaian yang dilakukan secara sistematis dan terencana akan menjamin terpenuhinya standar tersebut dan terselenggaranya PKPR dengan mutu yang tetap dan merata di seluruh wilayah Republik Indonesia (Kemenkes, 2013).

**Product** : Dalam komponen ini didapatkan tema penting diantaranya adalah hasil pelaksanaan meliputi kunjungan remaja dan dampak pada remaja. Rata-rata kunjungan remaja ke puskesmas meningkat terutama jumlah remaja yang mendapat KIE (perorangan, dalam kelompok, luar ruangan, dalam gedung).

Konseling dapat dilakukan secara individual ataupun kelompok. Konseling kelompok melibatkan lebih dari 1 klien (biasanya 6 – 12 orang) yang memiliki kesamaan tema, tingkat permasalahan, tujuan dan usia/kematangan. Konseling kelompok bisa dilakukan dalam bentuk fokus grup diskusi, hal tersebut dapat didukung oleh kebijakan dan prosedur

pelayanan yang peduli remaja, mengingat karakteristik PKPR merujuk WHO yang menyebutkan agar *Adolescent Friendly Health Services (AFHS)* dapat terakses kepada semua golongan remaja, layak, dapat diterima, komprehensif, efektif dan efisien (Kemenkes, 2013). Dalam hal tersebut memerlukan kebijakan peduli remaja yang memenuhi hak remaja, mengakomodasi remaja yang beragam termasuk kelompok yang rapuh dan rawan, tidak membatasi pelayanan karena kecatatan, etnik, rentang usia, dan status, selanjutnya memberikan perhatian pada keadilan dan kesetaraan gender dalam menyediakan pelayanan, menjamin privasi dan kerahasiaan, mempromosikan kemandirian remaja, tidak mensyaratkan persetujuan orang tua, dan memberikan kebebasan berkunjung, dan menjamin biaya yang terjangkau/gratis. Perlu kebijakan pemerintah daerah misalnya pembebasan biaya untuk kunjungan remaja.

Sedangkan untuk dampak pada remaja, hampir rata-rata menyatakan bahwa dengan adanya program ini menunjukkan adanya perubahan yang baik, dilihat dari sisi kemandirian dan juga perubahan perilaku. Kesadaran akan perubahan atau masalah yang terjadi pada remaja, mereka sudah mau bertanya dan datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Kunjungan remaja ke puskesmas bertambah tetapi bukan spesifik mengenai permasalahan kesehatan reproduksinya, melainkan kunjungan gangguan penyakit secara umum. Dampak bagi remaja akan sangat

dipengaruhi oleh layanan yang diberikan oleh petugas, semakin aktif dan berkolaboratif petugas maka semakin banyak remaja yang dapat terjaring dalam kegiatan PKPR (Pratiwi, 2017).

### **KESIMPULAN**

Perilaku remaja salah satunya dipengaruhi oleh pengetahuan yang baik. Jika para petugas dan pihak sekolah terus menerus memaparkan tentang pentingnya menjaga kesehatan reproduksi, maka semakin meningkatnya pengetahuan dan berubahnya perilaku remaja tersebut.

### **SARAN**

Diharapkan pelayanan kesehatan remaja menjadi peluang untuk menciptakan generasi penerus bangsa yang berkualitas (Friskarini, 2016). Kualitas generasi yang akan datang ditentukan oleh peran semua sektor pemerhati remaja pada saat ini, tentu dengan intervensi yang tepat. Dengan melakukan Upaya Pelayanan Kesehatan Remaja kita telah berinvestasi terhadap aset bangsa.

**Aspek Etik Penelitian :** Aspek etik penelitian ini telah dinilai oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung dan ditandai dengan dikeluarkannya surat keterangan persetujuan etik dengan nomor : 1109/UN6.KEP/EC/2018.

**Keterbatasan Penelitian :** 1) Tidak dilakukannya wawancara pada pihak pemangku kebijakan seperti Dinas Kesehatan khususnya pemegang program PKPR. 2) Informan remaja

masih merasa ragu untuk menyampaikan pendapatnya, hal ini bisa menjadi bias karena informasi yang didapatkan terbatas. 3) Metode penelitian menggunakan kualitatif, data yang diperoleh akan semakin baik jika menggunakan metode *mixs metode*.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Afandi Thohir. Bonus Demografi 2030 - 2040 : Strategi Indonesia terkait kerengakerjaan dan pendidikan Kementerian. Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas. Jakarta; 2017
- Aryani. Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya. Jakarta; Salemba Medika. 2010.
- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan RI. Survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI). Jakarta: Depkes RI; 2012.
- Depkes RI, UNFPA, BKKBN, Depsos, Depdiknas. Menteri Negara pemberdayaan perempuan. Jakarta: Departemen Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi Indonesia; 2015.
- Friskarini K, Manalu H, Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Tingkat Puskesmas DKI Jakarta. J Ekologi Kesehatan Vol. 15 No 1, Juni 2016:66-75. 2016
- Irianto K. Kesehatan Reproduksi, Teori dan Praktikum. Bandung ; Alfabeta. 2015.
- Kementrian Kesehatan RI. Pedoman standar nasional pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR).

- Jakarta: Kementerian kesehatan RI. 2013
- Kusmiran E. Kesehatan reproduksi remaja dan wanita. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
- Marshall, W. Kreuter. Health Program Planning An Education on Ecological Approach. Rollins Scholl of Public Health of Emory University 2005.
- Masunah J. Profil Pendidikan, Kesehatan, dan Sosial Remaja Kota Bandung : Masalah dan Alternatif Solusinya. Policy Brief Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan. 2011.
- Muryadi D Agustinaco. Model evaluasi program dalam penelitian evaluasi. J tunas pembangunan kesehatan. 2015
- Pratiwi. Analisa Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kota Palembang. J Aisyiyah Yogyakarta. 2017
- Profil Kesehatan Kota Bandung In: Bandung DKK, editor.: Dinkes Kota Bandung; 2016.
- Warju. Educational program evaluation using CIPP model. J Innovation of vocational technology education. 2016;XXI:1;36 - 42