



SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN SEKOLAH DENGAN
PERILAKU REMAJA KE PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR)
DI SMU X WILAYAH PUSKESMAS KECAMATAN
KEBAYORAN LAMA
TAHUN 2012**

**Oleh
DYAH TUTIASIH
NPM 02.10.000.515**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KESEHATAN REPRODUKSI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU
JAKARTA
2012**



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN SEKOLAH DENGAN
PERILAKU REMAJA KE PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR)
DI SMU X WILAYAH PUSKESMAS KECAMATAN
KEBAYORAN LAMA
TAHUN 2012**

**Laporan ini di ajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Pendidikan di Program Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan Kesehatan Reproduksi**

**Oleh
DYAH TUTIASIH
NPM 02.10.000.515**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KESEHATAN REPRODUKSI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU
JAKARTA
2012**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

**Skripsi ini telah disetujui oleh Pembimbing Skripsi dan Pembimbing Lapangan
Skripsi Mahasiswa Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan Kesehatan Reproduksi
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju**

**Jakarta, 17 Juli 2012
Pembimbing Akademik**

Astrid Novita, SKM, MKM

**Pembimbing Lapangan
Koordinator Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama**

Fitriyesi, Am. Kep

LEMBAR PENGESAHAN
Skripsi ini telah Diujikan Dan Disyahkan
Di depan Tim Penguji

Jakarta, 18 Juli 2012

Judul : HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN SEKOLAH
DENGAN PERILAKU REMAJA KE PELAYANAN KESEHATAN PEDULI
REMAJA (PKPR) DI SMU X WILAYAH PUSKESMAS KECAMATAN
KEBAYORAN LAMA
TAHUN 2012

Penulis : Dyah Tutiasih
NPM : 02.10.000.515

MENGESAHKAN :
PENGUJI 1

(Hidayani, SKM, MKM)

Penguji II

(Astrid Novita, SKM, MKM)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dyah Tutiasih
Alamat : Jl. Bulak Kelapa Rt 06 Rw 04
Jurang Mangu Barat Pondok Aren
Tangerang Selatan
Tempat & Tanggal Lahir : Wangon, 23 Desember 1970
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan :

- SD N Windunegara I Tahun 1977 - 1984
- SMP N Wangon Tahun 1984 -1987
- SPK “ Kardinah” Tegal Tahun 1987 -1990
- PPB “ Kardinah” Tegal Tahun 1990 – 1991
- Akbid “Bakti Pertiwi Tahun 2005 – 2008

Riwayat Pekerjaan :

- Puskesmas Cilongok II Banyumas Tahun 1991 - 1992
- Puskesmas Pemurus Dalam Banjarmasin Tahun 1993 - 1996
- Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 1997 - Sekarang

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
SKRIPSI, 2012**

**DYAH TUTIASIH
NPM 02.10.000.515**

**HUBUNGAN FAKTOR PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN SEKOLAH
DENGAN PERILAKU REMAJA KE PELAYANAN KESEHATAN PEDULI
REMAJA (PKPR) DI PUSKESMAS KECAMATAN KEBAYORAN LAMA
TAHUN 2012**

75 halaman + 8 tabel + 5 lampiran

ABSTRAK

Masih rendahnya jumlah remaja yang mengunjungi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang kemungkinan dikarenakan oleh faktor ketidaktahuan tentang pentingnya PKPR, informasi, sikap, pendidikan, dan dukungan keluarga/sekolah telah melatarbelakangi perlunya dilakukannya penelitian ini. Rumusan masalah penelitian adalah adanya kesenjangan cakupan PKPR di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama. Dengan penelitian ini diharapkan dapat diketahui hubungan faktor pengetahuan, sikap, dan dukungan sekolah terhadap perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama tahun 2012.

Penelitian ini bersifat deskriptif. Dengan menggunakan desain studi *crosssectional*. Data yang diambil adalah data primer. Responden penelitian ini adalah remaja yang bersekolah di sebuah SMU di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama yang duduk kelas II berjumlah 78 orang.

Berdasarkan hasil analisis dari ketiga variable independen didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara Pengetahuan Responden dengan Perilaku PKPR (nilai p value sebesar 1,000), ada hubungan antara Sikap Responden dengan Perilaku PKPR (nilai p value sebesar 0,001 dan OR sebesar 6,654 yang artinya responden yang sikapnya negatif mempunyai peluang 6,654 kali memiliki perilaku PKPR tidak baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap positif), dan tidak ada hubungan antara Dukungan Sekolah Responden dengan Perilaku PKPR (nilai p value sebesar 0,100)

Kesimpulannya adalah dari tiga variable independen terdapat satu variable yang berhubungan yaitu sikap dengan perilaku PKPR dengan nilai p value 0,001.

Saran untuk Puskesmas adalah agar Puskesmas meningkatkan program penyuluhan kepada remaja, khususnya masalah perilaku remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama.

Kata kunci : Pengetahuan, Sikap, Sekolah, Perilaku, PKPR
Daftar bacaan : 23 (2003 -2010)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kelompok remaja, yaitu penduduk dalam rentang usia 10 – 19 tahun yang di Indonesia mencapai proporsi kurang lebih 1/5 dari jumlah penduduk. Ini sesuai dengan proporsi remaja di dunia di mana jumlah remaja diperkirakan 1,2 miliar atau sekitar 1/5 dari jumlah penduduk dunia (WHO, 2003).

Masa remaja merupakan periode terjadinya pertumbuhan dan perkembangan pesat baik fisik, psikologis maupun intelektual. Pola karakteristik pesatnya tumbuh kembang ini menyebabkan remaja di manapun berada mempunyai sifat khas yang sama yaitu mempunyai rasa keingintahuan yang besar, menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani menanggung risiko atas perbuatannya tanpa didahului dengan pertimbangan yang matang. Sifat tersebut dihadapkan pada ketersediaan sarana di sekitarnya yang dapat memenuhi keingintahuan tersebut. Keadaan ini sering kali mendatangkan konflik batin dalam dirinya. Apabila keputusan yang diambil dalam menghadapi konflik tidak tepat, mereka akan jatuh ke dalam perilaku berrisiko dan mungkin harus menanggung akibat lanjutannya dalam

bentuk berbagai masalah kesehatan fisik dan psikososial, yang bahkan mungkin harus ditanggung seumur hidupnya (Depkes RI, 2009).

Pada awal dekade yang lalu, penyalahgunaan Napza (narkotik, psikotropik, dan zat adiktif lainnya) pada remaja belum semarak seperti saat ini dan infeksi HIV/AIDS masih sangat langka. Demikian pula perilaku seksual berisiko di kalangan remaja belum terungkap dalam angka yang mengkhawatirkan. Dapat dimengerti bahwa kesehatan remaja pada masa itu belumlah menjadi prioritas. Tetapi keadaan tersebut berangsur berubah dan terdapat tendensi peningkatan perilaku tidak sehat pada remaja (Depkes RI 2009).

Remaja di Indonesia sebagaimana diungkapkan melalui berbagai survei dan laporan mengalami masalah kesehatan terkait perilaku berisiko. Berdasarkan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007, perempuan dan laki-laki yang tidak menikah, berusia antara 15-19 tahun yang menjadi perokok aktif mencapai 0,7% untuk perempuan dan 47,0% untuk laki-laki; peminum alkohol aktif mencapai 3,7% pada perempuan dan 15,5% pada laki-laki; laki-laki pengguna obat napza mencapai 3,9%; perempuan pacaran pada umur sebelum 17 tahun mencapai 67,1% dan melakukan petting pada saat pacaran 6,5%; pada perempuan dan laki-laki yang berumur 15-24 tahun telah melakukan hubungan seks belum menikah untuk pertama kalinya, pada perempuan yang tertinggi alasannya adalah karena atas dasar suka sama suka (38,4%), dipaksa oleh pasangannya (21,2%). Sementara pada laki-laki yang menjadi alasan tertinggi adalah karena ingin tahu (51,3%), dan karena atas dasar suka sama suka (25,8%); 1% dari responden (84 orang) pernah mengalami

kehamilan tidak diinginkan (KTD), 60% di antaranya mengalami atau melakukan aborsi.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2007, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur 15 tahun ke atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*) menurut karakteristik responden 15-24 tahun adalah 8,7%; prevalensi anemi menurut kelompok umur 5-14 tahun adalah 9,4%, 15-24 tahun 6,9%. Prevalensi kurang aktivitas fisik penduduk 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden umur 10-14 tahun adalah 66,9%, umur 15-24 tahun sebesar 52% dan menurut karakteristik jenis kelamin laki-laki sebesar 41,4% dan perempuan sebesar 54,5%.

Menurut laporan triwulanan Ditjen P2PL Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sampai dengan 31 Maret 2009 presentasi kumulatif kasus AIDS berdasarkan kelompok umur 15-19 tahun adalah 3,08% dan umur 20-29 tahun 50,50%; sementara kasus AIDS berdasarkan cara penularannya pengguna jarum suntik 42%, heteroseksual 48,4%, dan homoseksual 3,7%. Presentase kasus AIDS pada pengguna napza suntik di Indonesia berdasarkan jenis kelamin, yaitu: laki-laki 91,8%, perempuan 7,5%, tidak diketahui 0,7%. Persentase kumulatif kasus AIDS pada pengguna Napza suntik di Indonesia berdasarkan golongan umur, yaitu: 15-19 tahun sebanyak 1,7% dan 20-29 tahun sebanyak 64,7% (Depkes RI 2009).

Dapat disimpulkan bahwa remaja bukanlah kelompok masyarakat yang selalu sehat. Perilaku berrisiko yang dijalani akibat tidak tepatnya keputusan yang diambil pada masa yang merupakan resultante dari sifat khas remaja, pengetahuan remaja

tentang kesehatan, nilai moral yang di anut serta pengaruh lingkungan yang mempunyai faktor resiko ini menghadapkan remaja pada masalah kesehatan (Depkes RI 2009).

Tingginya perilaku berisiko pada remaja yang ditunjukkan dalam data di atas merupakan *resultante* dari sifat khas remaja, pengetahuan remaja tentang kesehatan, nilai moral yang dianut serta ada tidaknya kondisi lingkungan yang kondusif. Perilaku menyimpang remaja sudah menjadi sangat masif di masyarakat. Kondisi seperti digambarkan sebelumnya menunjukkan betapa tinggi penyimpangan remaja, baik terkait penyimpangan seksual, kebiasaan merokok, pembiaran penyakit, dan kenakalan remaja lainnya.

Epidemiologi HIV DAN AIDS di dunia menurut laporan terakhir dari UNAIDS tahun 2008, didapatkan data sebagai berikut : Jumlah ODHA 2008 Anaka < 15 tahun 2,5 juta menderita HIV dan baru terinfeksi HIV 420 000 orang, sedangkan kematian yang disebabkan AIDS sebanyak 330 000 orang. Setiap hari di dunia orang muda terinfeksi HIV setiap 15 detik, yang termasuk dalam resiko penularan HIV adalah pasangan muda dari pengguna Napza suntik yang tak menyadari telah tertular HIV (UNAIDS, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian Annisa Foundtion pada tahun 2006 yang melibatkan siswa SMP dan SMA di Cianjur terungkap 42,3 persen pelajar telah melakukan hubungan seks yang pertama saat duduk di bangku sekolah. Beberapa dari siswa mengungkapkan, dia melakukan hubungan seks tersebut berdasarkan suka dan tanpa paksaan. Menurut Depkes 14.628 kasus HIV/AIDS di Indonesia, 242 kasus di

antaranya adalah anak muda berusia 15 – 19 tahun (98 kasus karena penggunaan narkoba suntik), 4.884 kasus terjadi pada remaja 20 – 29 tahun (3.089 kasus karena pengguna narkoba suntik). Ini artinya 1 dari 2 (50%) penderita HIV/AIDS adalah remaja usia 15 – 29 tahun (Jamcela, 2007).

Berkaitan dengan banyaknya masalah kesehatan pada remaja, pelaksanaan UKS di SLTP dan SMU lebih difokuskan pada pencegahan perilaku beresiko yang biasanya sering dilakukan remaja sesuai dengan ciri dan karakteristiknya yang selalu ingin tahu, suka tantangan dan ingin coba coba sesuatu hal yang baru serta penanganan akibatnya. Untuk mengantisipasi hal tersebut, sejak beberapa tahun terakhir Departemen Kesehatan telah memberikan perhatian khusus terhadap masalah kesehatan remaja antara lain dengan mengembangkan konsep “Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja” (PKPR) yang secara proaktif mendorong dan meningkatkan keterlibatan dan kemandirian remaja dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatannya (Triwahyuni, 2006).

Untuk membina para remaja, kegiatan UKS harus dibina oleh Puskesmas yang melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). PKPR di Puskesmas dijadikan salah satu program unggulan dalam pengembangan kesehatan remaja. Saat ini ada sekitar 20 Provinsi telah menerapkan PKPR dan secara bertahap berkembang ke seluruh Indonesia. PKPR merupakan wadah untuk mengatasi salah satu kasus tersebut, khususnya terkait penanganan masalah kesehatan remaja. Banyaknya perilaku remaja yang menyimpang seperti, remaja putus sekolah, kegemaran seks bebas, hamil di luar nikah serta penyalah gunaan narkoba disinyalir

akibat kurangnya pengetahuan remaja tentang perilaku dan reproduksi sehat (Depkes 2006).

Observasi pendahuluan yang dilakukan di salah satu SMU di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama terhadap 25 orang ditemukan 1 orang sudah pernah melakukan hubungan seks pranikah, 5 orang berciuman bibir, dan meraba daerah vital dan sebagian besar sudah melihat film porno.

Salah satu penyebab timbulnya masalah pada remaja adalah karena faktor ketidaktahuan, karena remaja tidak mendapat informasi yang jelas, benar, dan tepat mengenai masalah kesehatan yang dihadapi. Pengetahuan merupakan domain yang sangat mungkin untuk terbentuknya sikap seseorang dan sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki, dengan pengetahuan yang kurang dapat terjerumus kedalam masalah – masalah kesehatan seperti masalah kesehatan reproduksi, penyalahgunaan napza, merokok, minuman keras, seks pranikah dan lain - lain. Oleh karena itu perlu adanya informasi yang benar dan realistis agar terhindar dari pengaruh – pengaruh yang kurang baik (Atmojo, 2003).

Diharapkan dengan adanya PKPR ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja dan siswa dapat mengoptimalisasikan pelayanan kesehatan remaja baik di sekolah maupun di Puskesmas sehingga dapat meningkatkan pemanfaatan Puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Sekolah merupakan perpanjangan tangan Puskesmas karena merupakan salah satu kegiatan PKPR yaitu membentuk konselor remaja di sekolah dengan kriteria mampu meningkatkan kewaspadaan akan isu masalah yang dapat terjadi pada dirinya maupun teman-teman di sekolahnya, mempunyai dorongan untuk mempraktekan perilaku hidup sehat, serta mampu memberikan konseling pada teman-teman sebaya, apabila konselor remaja mempunyai kendala dalam menghadapi masalah dapat merujuk ke Puskesmas untuk diberikan pelayanan kesehatan dan konseling pada remaja yang bermasalah tersebut oleh tenaga kesehatan (Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes, 2009).

Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama telah dimulai sejak 2010 pada tujuh SMP dan SMU. Pada tahun 2011 telah ditunjuk dan dilatih sebanyak 150 orang konselor dan tahun 2012 sebanyak 50 orang konselor.

Pelayanan kesehatan peduli remaja di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Pelayanan dilaksanakan setiap hari Rabu setiap pekan. Jumlah pasien yang memanfaatkan klinik PKPR masih rendah dilihat dari hasil kunjungan pasien pada bulan Januari 16 pasien, Februari 18 pasien, Maret 11 pasien, April 16 pasien, dan Mei 20 pasien. Dilihat dari hasil kunjungan menunjukkan masih rendahnya pengguna PKPR di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama, dilihat dari frekuensi kunjungan masih jauh dari target nasional sehingga menjadi alasan mengapa penelitian dilaksanakan di sana.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan, masih rendahnya jumlah remaja yang mengunjungi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) kemungkinan dikarenakan oleh berbagai faktor antara lain ketidaktahuan tentang pentingnya PKPR, informasi, sikap, pendidikan, dukungan keluarga/sekolah. Berbagai uraian di atas telah melatarbelakangi perlunya dilakukan penelitian karena belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya, maka yang menjadi rumusan masalah penelitian adalah adanya kesenjangan cakupan PKPR di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Apakah ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan dukungan sekolah terhadap perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di salah satu SMU di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2012.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini bermanfaat:

1. Bagi institusi Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama untuk dijadikan dasar program kegiatan promotif dan preventif melalui pelayanan kesehatan peduli remaja.
2. Bagi institusi pendidikan kesehatan masyarakat untuk menambah perbendaharaan ilmu pengetahuan tentang kesehatan remaja melalui PKPR.
3. Bagi Peneliti
 - a) Menambah wawasan serta mengaplikasikan ilmu yang didapat selama kuliah.
 - b) Menambah pengetahuan peneliti baik mengenai materi maupun metode penelitian.
 - c) Memberikan sumbangan untuk mengembangkan kerangka berfikir ilmiah.

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, dan dukungan sekolah terhadap perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama 2012.

1.5.2 Tujuan Khusus

Terdapat setidaknya tiga tujuan khusus, yaitu:

1. Mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dukungan sekolah dan perilaku remaja ke PKPR di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama 2012.

2. Mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama 2012.
3. Mengetahui hubungan dukungan sekolah dengan perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama 2012.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui adakah hubungan pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga dengan perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama 2012 dengan cara membagikan kuesioner kepada para responden. Sasarannya adalah remaja yang bersekolah di sebuah SMU di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama yang duduk kelas II berjumlah 78 orang. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni tahun 2012.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

1.1. Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh karena itu semua makhluk hidup mempunyai aktivitas masing masing.

Skinner(1938) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses : stimulus -----> Organisme -----> Respons, sehingga teori skiner ini disebut teori “S-O-R” (Notoatmodjo 2010)

Berdasarkan teori “ S-O-R” tersebut, maka perilaku manusia dapat di kelompokkan menjadi dua, yakni :

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk “ *unobservabbe behavior* “ atau “ *covert behavior*” yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Contoh : remaja tahu pentingnya PKPR untuk kesehatan dirinya adalah merupakan pengetahuan kemudian remaja bertanya pada temannya dimana PKPR itu bisa dia ikut adalah sebuah kecenderungan untuk melakukan memanfaatkan PKPR yang selanjutnya di sebut sikap

2. Perilaku terbuka

Perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau “*observable behavior*” Contoh : Seorang remaja berkunjung ke PKPR , contoh tersebut adalah bentuk tindakan nyata, dalam bentuk kegiatan atau dalam bentuk praktek (Notoatmodjo 2010)

1.2 Perilaku Kesehatan

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner maka perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Notoatmodjo (2010) .

Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari kesembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Oleh sebab itu perilaku kesehatan ini pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku sehat (*healthy behavior*), yang mencakup perilaku-perilaku

dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah/penyebab masalah kesehatan dan perilaku dalam upaya meningkatkan kesehatan. Contoh : makan dengan gizi seimbang, olahraga teratur, tidak merokok dan minum minuman keras, menghindari gigitan nyamuk, menggosok gigi setelah makan, cuci tangan pakai sabun sebelum makan dan sebagainya.

2. Perilaku orang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang akan diambil seseorang manakala sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan. Tempat pencarian kesembuhan adalah tempat atau fasilitas kesehatan, baik fasilitas atau pelayanan kesehatan tradisional maupun modern/profesional.

Becker (1979) membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan dan membedakannya menjadi tiga, yaitu :

1. Perilaku sehat, yaitu perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan kesehatan.
2. Perilaku sakit, yaitu perilaku yang berhubungan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau teratasi masalah kesehatan yang lain.
3. Perilaku peran orang sakit yang dari segi sosiologi orang yang sedang sakit mempunyai peran yang mencakup hak-haknya dan kewajibannya sebagai orang

sakit. Menurut Becker hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit.

Perilaku peran orang sakit antara lain:

1. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
2. Tindakan untuk mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat.
3. Melakukan kewajibannya sebagai pasien.
4. Tidak melakukan hal-hal yang merugikan dirinya.
5. Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya.

2.2 Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan seseorang dipengaruhi melalui indra pendengaran dan indra penglihatan (*Notoatmodjo, 2010*).

2.2.1 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan psikis dalam menumbuhkan diri maupun dorongan sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulus terhadap tindakan seseorang. Apabila penerimaan perilaku baru

atau adopsi perilaku melalui poroes seperti ini, di mana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama. Menurut *Notoatmodjo* (2010) pengetahuan mencakup 6 (enam) tingkatan dalam domain kognitif, yaitu

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan dalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau dari rangsangan yang telah diterima. Karena itulah “tahu” merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan berkaitan satu sama lain.

5. Sintetis (*synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, atau dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kinerja yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi empat kelompok besar, yaitu:

1. Materi

Materi atau hal yang dipelajari, yang ikut menentukan proses dan hasil belajar. Misalnya, belajar pengetahuan dan belajar sikap atau keterampilan, akan menentukan perbedaan proses belajar.

2. Lingkungan

Faktor lingkungan dikelompokkan menjadi 2 (dua), yaitu lingkungan fisik yang terdiri dari suhu, kelembaban udara dan kondisi tempat belajar. Sedangkan faktor yang kedua adalah lingkungan sosial, yaitu manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian, atau kegaduhan, lalu lintas, pasar dan sebagainya.

3. Instrumental

Faktor ini terdiri dari perangkat keras (*hardware*) seperti perlengkapan belajar dan alat-alat peraga, dan perangkat lunak (*software*) seperti kurikulum, pengajar, atau fasilitator belajar serta metode belajar mengajar. Untuk memperoleh hasil belajar yang efektif, faktor instrumental ini dirancang sedemikian rupa sehingga sesuai materi dan subyek belajar. Misalnya metode untuk belajar pengetahuan menggunakan metode ceramah, sedangkan untuk belajar sikap, tindakan keterampilan atau perilaku digunakan metode diskusi atau demonstrasi.

4. Individu

Faktor ini dibedakan dalam kondisi fisiologis dan psikologis. Kedua hal tersebut akan mempengaruhi penilaian seseorang terhadap suatu objek. Contoh kondisi fisiologis seperti status gizi dan kondisi panca indera (terutama penglihatan dan

pendengaran), sedangkan kondisi psikologis seperti pengamatan, intelegensi, daya ingat, daya tangkap, motivasi dan sebagainya

Purwanto (2007) umur mempengaruhi pengetahuan dari sisi perbedaan sikap dan sifatnya sangat menentukan dalam mendapatkan pengetahuan, maka akan mendapatkan pengetahuan tertentu sesuai dengan yang dipelajarinya dimana pengetahuan yang di miliki seseorang memainkan peranan penting di dalam pekerjaan/jabatannya dalam cara-cara penerimaan dan penyesuaian sosialnya, pergaulannya, dan sebagainya. Belajar dan pengalaman, keduanya merupakan suatu proses yang dapat merubah sikap, perilaku, dan pengetahuan kita akan tetapi, belajar dan memperoleh pengalaman adalah berbeda. Mengalami sesuatu belum tentu merupakan belajar.

Contoh pengalaman yang bukan belajar ialah: karena mengalami sesuatu yang menyedihkan dapat menimbulkan apatis dan putus asa pada seseorang, contoh lain karena bodohnya, pengalaman-pengalaman tidak digunakan untuk belajar; tidak digunakan untuk menambah pengalaman yang baru. Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi pengetahuan, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya (Notoatmodjo, 2010).

Sosial ekonomi juga menentukan sejauh mana pengetahuan yang dialami dan dicapai, termasuk tersedia tidaknya fasilitas untuk menempuh pendidikan, ada tidaknya fasilitas jauh dekatnya fasilitas mempengaruhi kesempatan memperoleh pengetahuan (Purwanto, 2007). Menurut Soekanto (2003) pengetahuan memberikan

nilai-nilai tertentu bagi manusia terutama dalam dalam membuka pikirannya serta menerima hal-hal baru dan juga bagaimana cara berfikir ilmiah.

2.2.3. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang ingin kita ukur atau kita ketahui dapat kita sesuaikan dengan tingkatan tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2010).

2.2.4. Pengetahuan mendasari terjadinya perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, di mana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama.

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia.

Secara lebih terinci, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan dalam menentukan perilaku karena dipengaruhi oleh faktor lainnya yaitu antara lain faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosiobudaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya pengetahuan dan perilaku ini dapat dipahami seperti yang di kemukakan sesuai teori Green Lawrence (1980) dalam Notoatmodjo (2007), secara garis besar dipengaruhi oleh 2 faktor, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor-faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

2. Faktor pendukung (*Enabling factor*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan seperti air bersih, tempat pembuangan sampah, jamban, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, puskesmas, rumah sakit, poliklinik maupun posyandu.

3. Faktor pendorong (*Reinforcing factor*)

Yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku seseorang.

Disimpulkan bahwa pengetahuan dan perilaku seseorang ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari seseorang. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya pengetahuan dan perilaku.

2.3. Remaja

Remaja atau *adolescence* (inggris), berasal dari bahasa latin *adolescere* yang berarti tumbuh kearah kematangan. Kematangan yang dimaksud adalah bukan hanya kematangan fisik saja, tetapi juga kematangan sosial dan psikologis. (Yani widiastruti, Kesehatan Reproduksi, 2009)

Masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi, dan psikis. Masa remaja, yakni antara usia 10 – 19 tahun, adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut pubertas. Masa remaja adalah periode peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa.

Pada masa remaja tersebut terjadilah perubahan organ–organ fisik secara cepat dan tidak seimbang dengan perubahan kejiwaan (mental – emosional). Terjadinya perubahan besar ini umumnya membingungkan remaja yang mengalaminya.

2.4. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

2.4.1. Pengertian

Pedoman PKPR di Puskesmas yang diterbitkan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan (2009) menyatakan bahwa Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Singkatnya, PKPR adalah pelayanan kesehatan kepada remaja yang mengakses semua golongan remaja, dapat diterima, sesuai, komprehensif, efektif dan efisien.

2.4.2. Tujuan PKPR di Puskesmas

Tujuan umum PKPR adalah untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

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

2.4.3. Ciri Khas atau Karakteristik PKPR

Berikut ini karakteristik PKPR diadopsi dari WHO (2003) yang menyebutkan agar *Adolescent Friendly Health Service* (AFHS) dapat diakses pada semua golongan remaja, layak, dapat diterima, komprehensif, efektif dan efisien memerlukan:

1. Kebijakan yang peduli remaja

Kebijakan peduli remaja ini bertujuan untuk:

- a. Memenuhi hak remaja (pemenuhan hak ini sesuai dengan kesepakatan internasional)
- b. Mengakomodasi segmen populasi remaja yang beragam, termasuk kelompok yang rapuh dan rawan
- c. Tidak membatasi pelayanan karena kecacatan, etnik, rentang usia dan status
- d. Memberikan perhatian pada keadilan dan kesetaraan gender dalam menyediakan pelayanan..
- e. Menjamin privasi dan kerahasiaan

Kebijakan dari pusat tentang perlunya PKPR harus diikuti dengan pengalokasian biaya, penyediaan ruangan oleh pemerintah daerah karena dengan adanya ruang tersebut, privasi dan kerahasiaan akan lebih terjamin. Kebijakan lokal di tempat pelayanan dapat pula menjamin kerahasiaan, misalnya: larangan bagi petugas lain agar tidak mondar mandir dalam ruangan konseling

- f. Mempromosikan kemandirian remaja, tidak mensyaratkan persetujuan orang tua, dan memberikan kebebasan berkunjung

g. Menjamin biaya yang terjangkau atau gratis.

Perlu kebijakan pemerintah daerah misalnya pembebasan perda untuk kunjungan remaja.

2. Prosedur pelayanan yang peduli remaja.

a. Pendaftaran dan pengambilan kartu yang mudah dan dijamin kerahasiaannya

b. Waktu tunggu yang pendek

c. Dapat berkunjung pada hari Rabu atau sewaktu waktu dengan tanpa perjanjian terlebih dahulu karena petugas PKPR masih merangkap tugas lain. Berkunjung dengan perjanjian akan lebih baik untuk mencegah kekecewaan remaja yang datang tanpa bisa bertemu dengan petugas yang telah dikehendaki. Perjanjian ini dapat dilakukan pada akhir kunjungan melalui telepon, sms atau email bagi yang sudah mempunyai fasilitas internet.

3. Petugas khusus yang peduli remaja

a. Mempunyai perhatian dan peduli, baik budi dan penuh pengertian, bersahabat, memiliki kompetensi teknis dalam memberikan pelayanan khusus kepada remaja, mempunyai keterampilan komunikasi interpersonal dan konseling.

b. Termotivasinya bekerja sama dengan remaja

c. Tidak menghakimi, tidak bersikap dan berkomentar tidak menyenangkan atau merendahkan

d. Dapat dipercaya, dapat menjaga rahasia

e. Mampu dan mau mengorbankan waktu sesuai kebutuhan

f. Dapat ditemui pada kunjungan ulang

- g. Menunjukkan sikap menghargai kepada semua remaja dan tidak membedakannya.
 - h. Memberikan informasi dan dukungan yang cukup hingga remaja dapat memutuskan pilihan yang tepat untuk mengatasi masalahnya atau memenuhi kebutuhannya.
4. Petugas pendukung yang peduli remaja

Bagi petugas lain yang berhubungan pula dengan remaja, misalnya petugas loket, laboratorium dan unit pelayanan lain juga perlu:

- a. Menunjukkan sikap menghargai kepada semua remaja dan tidak membedakannya
 - b. Mempunyai kompetensi sesuai bidangnya masing-masing
 - c. Mempunyai motivasi untuk menolong dan memberikan dukungan pada remaja.
5. Fasilitas kesehatan yang peduli remaja.

- a. Lingkungan yang aman.

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

- b. Lokasai pelayanan yang aman dan mudah dicapai.

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

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

d. Jam kerja yang nyaman.

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

e. Tidak ada stigma

Pemberian KIE pada semua pihak, misalnya tentang kedatangan remaja ke puskesmas yang dianggap pasti mempunyai masalah seksual atau penyalahgunaan napza.

f. Tersedia Materi KIE

Materi KIE disediakan di ruang tunggu maupun di tempat konseling. Juga disediakan leaflet yang bisa dibawa pulang tentang berbagai tips atau informasi kesehatan remaja.

6. Partisipasi atau keterlibatan remaja

- a. Remaja mendapat informasi yang jelas tentang adanya pelayanan, cara mendapatkan pelayanan, memanfaatkan dan mendukung pelaksanaan serta menyebar luaskan.
- b. Remaja mendapat motivasi sehingga dapat memahami haknya sendiri dan menghargai hak orang lain untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Remaja dilibatkan secara aktif dalam perencanaan dan pelaksanaan serta penilaian pelayanan.

7. Keterlibatan Masyarakat

Mengadakan dialog dengan masyarakat tentang PKPR sehingga masyarakat mengetahui tentang keberadaan pelayanan di Puskesmas dan mendukung kegiatan tersebut.

8. Berbasis Masyarakat, Menjangkau Keluar Gedung Serta Mengutamakan Pelayanan Sebaya. Pelayanan sebaya adalah KIE dan Konseling Remaja serta

Rujukannya oleh teman sebayanya yang terlatih menjadi pendidik sebaya atau konselor sebaya.

9. Pelayanan sesuai dan komprehensif

- a. Menyediakan paket komprehensi dan rujukan ke pelayanan terkait
- b. Menyederhanakan proses pelayanan
- c. Meniadakan prosedur yang tidak penting.

10. Pelayanan yang efektif

- a. Berusaha untuk memiliki sarana prasarana cukup untuk melaksanakan pelayanan esensial.
- b. Mempunyai sistem jaminan mutu pelayanan

11. Pelayanan yang Efisien

Mempunyai sistem informasi manajemen termasuk informasi tentang biaya dan mempunyai sistem agar informasi tersebut dapat dimanfaatkan.

2.4.4. Strategi Pelaksanaan dan Pengembangan PKPR di Puskesmas

Mempertimbangkan berbagai keterbatasan Puskesmas dalam menghadapi hambatan untuk dapat memenuhi elemen karakteristik tersebut di atas, maka perlu digunakan strategi demi keberhasilan dalam pengembangan PKPR di Puskesmas, sebagai berikut.

1. Penggalangan kemitraan, dengan membangun kerjasama atau jejaring kerja.

Meskipun keempat aspek upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) menjadi tugas keseharian Puskesmas, namun melihat kompleks dan

luasnya masalah kesehatan remaja, kemitraan merupakan suatu hal yang esensial khususnya untuk upaya promotif dan preventif. Penggalangan kemitraan didahului dengan advokasi kebijakan publik sehingga adanya PKPR di Puskesmas dapat juga dipromosikan pihak lain, dan selanjutnya dikenal dan didukung oleh masyarakat. Selain itu, kegiatan di luar gedung, yang menjadi bagian dari kegiatan PKPR, amat memerlukan kemitraan dengan pihak di luar kesehatan. Kegiatan berupa KIE, serta pendidikan ketrampilan hidup sehat/PKHS (life skill education) seperti ceramah, diskusi, *role play*, sebagaimana halnya konseling dapat dilakukan oleh peetugas terlatih di luar sektor kesehatan dan LSM.

2. Pemenuhan sarana dan prasarana dilakukan secara bertahap.

Strategi penahapan ini penting, memperhatikan urgensi dilaksanakannya PKPR dan keterbatasan kemampuan pemerintah, sehingga PKPR dapat segera dilaksanakan, sambil dilakukan penyempurnaan dalam memenuhi kelengkapan sarana dan prasarana.

3. Penyertaan remaja secara aktif.

Dalam semua aspek pelayanan mulai perencanaan, pelaksanaan, pelayanan dan evaluasi, remaja secara aktif diikut sertakan. Dalam menyertakan remaja dianjurkan dipilih kelompok remaja laki-laki dan perempuan yang dapat “bersuara” mewakili Puskesmas untuk informasi peyediaan pelayanan kepada sebaya dan sebaliknya mewakili sebaya meneruskan keinginan, kebutuhan, dan harapannya berkaitan dengan penyediaan pelayanan. Selain itu, dengan

keterlibatan remaja ini, informasi pelayanan dapat cepat meluas, menjangkau baik remaja laki-laki maupun perempuan serta memperkenalkan lebih awal konsep keadilan dan kesetaraan gender.

4. Penentuan Biaya pelayanan serendah mungkin.

Pada awal pelaksanaan diupayakan biaya pelayanan serendah mungkin, bahkan kalau mungkin gratis.

5. Dilaksanakannya kegiatan minimal

Pemberian KIE, pelaksanaan konseling serta pelayanan klinis medis termasuk laboratorium dan rujukan harus lengkap dilaksanakan secara bersamaandari sejak awal dilaksanakannya PKPR. Tanpa koseling, pelayanan tidak akann disebut PKPR, malainkan pelayanan kesehatan remaja seperti sebelum dikenalnya PKPR.

6. Ketepatan penentuan priorotas sasaran.

Keberhasilan pelayanan ditentukan antara lain oleh ketepatan penetapan sasaran, sesuai dengan hasil kajian sederhana sebelum pelayanan dimulai. Sasaran ini misalnya ramaja sekolah, anak jalanan, karang taruna, buruh pabrik, dan pekerja seks komersial dan sebagainya.

7. Ketepatan pengembangan jenis PKPR

Perluasan kegiatan minimal PKPR ditentukan sesuai dengan masalah dan kebutuhan setempat serta sesuai dengan kemampuan Puskesmas, misalnya pelaksanaan PKHS dengan pilihan kegiatan mengadakan *focus group discussion*/diskusi kelompok terarah (FGD) di antara remaja tentang seks

pranikah didukung dengan penyebarluasan slogan dan keterampilan “bagaimana bilang tidak” untuk seks pranikah.

8. Pelembagaan monitoring dan evaluasi internal.

Monitoring dan evaluasi secara periodik yang dilakukan oleh tim jaminan mutu

Puskesmas merupakan bagian dari upaya peningkatan akses dan kualitas PKPR.

2.4.5. Langkah-langkah penentuan dan pelaksanaan PKPR di Puskesmas

Langkah langkah ini dilaksanakan dalam tahap sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah melalui kajian sederhana

a. Gambaran remaja di wilayah kerja, meliputi :

1) Jumlah ramaja, pendidikan dan pekerjaan

2) Perilaku berisiko: seks pra nikah, rokok, tawuran dan kekerasan lainnya.

3) Masalah kesehatan: kehamilan remaja, gizi, HIV/AIDS, dan penyalahgunaan napza.

b. Identifikasi sudut pandang remaja tentang sikap dan tata nilai yang berhubungan dengan perilaku berisiko, masalah kesehatan yang ingin diketahui, dan pelayanan apa yang di kehendaki.

c. Jenis upaya kesehatan remaja yang ada.

d. Identifikasi kebutuhan sarana dan prasaran termasuk buku-buku pedoman tentang kesehatan remaja.

2.4.6. Jenis-jenis kegiatan PKPR

1. Pemberian informasi dan edukasi

- a. dilaksanakan di dalam gedung atau di luar gedung secara perorangan atau kelompok.
- b. Dapat dilaksanakan oleh guru, pendidik sebaya yang terlatih dari sekolah atau dari lintas sector terkait dengan menggunakan materi dari puskesmas
- c. menggunakan metode ceramah dan Tanya jawab, diskusi yang dilengkapi dengan alat bantu.
- d. Menggunakan sarana KIE dengan bahasa yang sesuai dengan bahasa sasaran.

2. Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukan

Hal yang perlu diperhatikan dalam melayani remaja yang berkunjung ke Puskesmas:

- a. Klien yang menderita penyakit tertentu tetap dilayani dengan mengacu pada prosedur penanganan penyakit tersebut.
- b. Petugas dari BP Umum, BP Gigi dan BP KIA dan lain-lain dalam menghadapi klien remaja berupaya menggali masalah psikososial atau yang berpotensi menjadi masalah khusus remaja dan bila ditemukan merujuk ke ruang konseling.
- c. Petugas yang menjaring dari ruang lain harus menjaga kerahasiaan klien remaja.
- d. Petugas PKPR menjaga kelangsungan pelayanan dan mencatat hasil rujukan.

3. Konseling

- a. Membantu klien untuk dapat menggali masalahnya.
- b. Memberikan pengetahuan, ketrampilan, menggali potensi dan sumber daya sehingga klien mampu mengatasi kecemasan, depresi atau masalah kesehatan lainnya serta meningkatkan kewaspadaan terhadap masalah yang menimpa dirinya sehingga mempunyai motivasi dan dorongan untuk mempraktikkan perilaku hidup sehat.

4. Pendidikan Ketrampilan Hidup Sehat

Ketrampilan hidup sehat adalah kemampuan psikososial seseorang untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari secara efektif. Contohnya dalam kehidupan keseharian dapat mengatasi masalah perilaku yang berkaitan dengan ketidakmampuan mengatasi stres dan tekanan dalam hidup dengan baik.

5. Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya

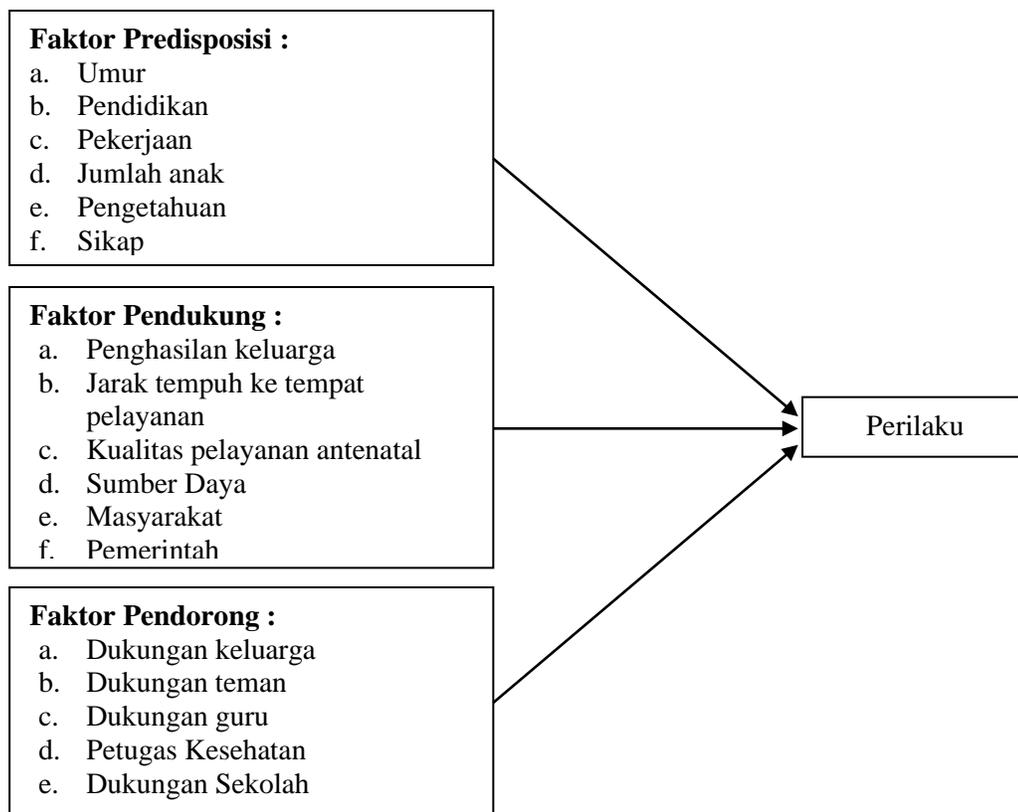
Pelatihan ini bertujuan untuk melatih remaja menjadi kader kesehatan remaja yang akan berperan sebagai agen pengubah untuk berperilaku sehat dan juga sebagai promotor keberadaan PKPR.

6. Layanan Rujukan

Sesuai dengan kebutuhan, Puskesmas sebagai bagian dari pelayanan klinis medis, melaksanakan rujukan kasus ke pelayanan yang lebih tinggi.

2.5. Kerangka Teori

Mengacu kepada kerangka teori Green (2005), ada 3 (tiga) komponen mempengaruhi tindakan seseorang untuk memanfaatkan PKPR, yaitu komponen *predisposing*, komponen *enabling*, serta komponen *reinforcing*. Komponen tersebut diduga kuat mempunyai hubungan dengan kunjungan remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. Kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.4 Kerangka Teori Green, 2005

Sumber : Lawrence W. Green and M.W. Kreuter, *Health Program Planning An Educational And Ecological Approach, Fourth Edition, 2005, p.149*

BAB 3

AREA PENELITIAN

Gambaran umum tempat dilakukannya penelitian adalah sebagai berikut.

3.1. Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama

3.1.1 Keadaan Wilayah.

Luas Wilayah Kecamatan Kebayoran Lama adalah 1.932,79 Ha. Secara Administratif wilayah Kecamatan Kebayoran Lama terbagi menjadi 6 Kelurahan, 77 RW, 858 RT dan 76.818 KK (Data Kependudukan & Capil Kecamatan Kebayoran Lama) serta 1 Puskesmas Kecamatan dan 8 Puskesmas Kelurahan.

3.1.2 Batas Wilayah.

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Kebon Jeruk Jakarta Barat, Jl. Palmerah Barat.
2. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan, Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan, dan Kali Grogol
3. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan, Kecamatan Ciputat Dati II Tangerang, dan Jl. Raya Pasar Jumat
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Pasangrahan Jakarta Selatan, Kecamatan Kebon Jeruk Jakarta Barat, dan Kali Pesangrahan.

3.1.3 Demografi Kecamatan Kebayoran Lama

Berdasarkan data seksi Kependudukan dan Catatan Sipil yang ada di kantor Kecamatan Kebayoran Lama jumlah penduduk wilayah Kecamatan Kebayoran Lama adalah sebanyak 301.793 orang terdiri dari 156.036 laki-laki dan 145.757 perempuan. Jumlah KK di Kecamatan Kebayoran Lama adalah 76.818 dengan rata-rata jumlah anggota keluarga (family size) adalah 3 - 5 jiwa. Dengan jumlah RT 858 dan jumlah RW 77, maka rata-rata RT terdiri dari 89 KK. Tingkat kepadatan penduduk mencapai 156 orang/Ha.

Sedangkan data dari Badan Pusat Statistik DKI Jakarta (hasil SUPAS 2010) penduduk wilayah Kecamatan Kebayoran Lama adalah sebanyak 293.646 orang terdiri dari 148.291 laki-laki dan 145.355 perempuan. Dilihat dari komposisi penduduk antara laki - laki dan perempuan terlihat bahwa di Jakarta Selatan lebih banyak penduduk laki - laki dibandingkan dengan perempuan dengan sex ratio 100 yang berarti rata - rata setiap 100 perempuan terdapat 100 laki - laki.

Menurut proyeksi BPS penduduk wilayah Kecamatan Kebayoran Lama adalah sebanyak 312.691 orang terdiri dari 157.142 laki-laki dan 155.549 perempuan. Tingkat kepadatan penduduk mencapai 162 orang/Ha dengan kepadatan tertinggi di Kelurahan Kebayoran Lama Utara mencapai 312 orang/Ha dan terendah di Kelurahan Pondok Pinang hanya mencapai 140 orang/Ha

Angka pertambahan penduduk terdiri dari :

- Lahir : 127
- Meninggal : 103
- Datang : 486
- Pindah : 560

Data penduduk Kecamatan Kebayoran Lama dapat dikelompokkan menurut kebutuhannya di bidang kesehatan (BPS, SP 2010), adalah sebagai berikut:

- usia balita (0-4 tahun) : 24.377 orang (8.30%)
- usia sekolah (7-12 tahun) : 26.221 orang (8,92%)
- usia kerja/produktif (15-64 tahun) : 215.940 orang (73,53%)
- usia lanjut (≥ 60 tahun) : 17.110 orang (5,82%)
- wanita usia subur (15-49 tahun) : 184.957 orang (62,98%)

Penduduk Kecamatan Kebayoran Lama beragama cukup beragam, terdiri dari (Seksi Pemerintahan Kecamatan Kebayoran Lama):

- beragama Islam : 199.468 orang (66,09%)
- beragama Kristen Katholik : 10.679 orang (3,53%)
- beragama Kristen Protestan : 12.990 orang (4,30%)
- beragama Hindu : 1.769 orang (0,58%)

- beragama Budha : 2.018 orang (0,66 %)

Jumlah Murid di Kecamatan Kebayoran Lama apabila digolongkan menurut pendidikannya adalah sebagai berikut :

- Jumlah Murid TK / RA : 3.962 / 0 Siswa

- Jumlah Murid SD / MI : 27.641 / 3.196 Siswa

- Jumlah Murid SMP / MTs : 10.971 / 1.677 Siswa

- Jumlah Murid SMA / MA : 11.151 / 1.139 Siswa

- Jumlah Murid SLB : 130 Siswa

Kepala Keluarga di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama mempunyai mata pencaharian sebagai berikut (Seksi Pemerintahan Kecamatan Kebayoran Lama).

- PNS : 22.245 orang (7,37 %)

- ABRI : 6.050 orang (2 %)

- Swasta : 23.368 orang (7,74%)

- Industri / Buruh : 34.511 orang (11,43%)

- Lain-lain : 215.619 orang (71,44%)

3.1.2 Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Fasilitas lain yang terkait di Kecamatan

Kebayoran Lama

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama :

- Jumlah Rumah Sakit Negeri/Swasta	: 4	Buah
- Jumlah Puskesmas	: 9	Buah
- Jumlah Balkesmas / BP Swasta	: 17	Buah
- Jumlah Lab. Klinik	: 12	Buah
- Jumlah Klinik Rontgen	: 1	Buah
- Jumlah R.B. Negeri termasuk Swasta	: 5	Buah
- Jumlah Apotik	: 16	Buah

2. Sumber Daya Tenaga Kesehatan di Wilayah Kecamatan Kebayoran Lama :

- Dr. Umum dan Dr. Spesialis Praktek	: 79	Orang
- Drg. Praktek	: 103	Orang
- Dr. Praktek Bersama	: 3	Orang
- Praktek dokter 24 jam	: 2	Orang

- Bidan Swasta : 69 Orang
- Dukun Bayi : 5 Orang

3. Fasilitas lain yang terkait :

a. Pendidikan.

- T.K / R.A : 74 / 0
- SD / MI : 99 / 14
- SLTP / M.Ts : 20 / 5
- SLTA / M.A. : 21 / 2
- Perguruan Tinggi : 1 (Universitas Satya Lencana)
- Pondok Pesantren : -
- SLB : 2

b. Peribadatan

- Mesjid : 84
- Musholah : 163
- Gereja : 17

- Kelenteng : 0
- Pura : 0
- Vihara : 3

c. Olah-raga dan rekreasi

- Lapangan sepak bola : 5
- Lapangan bulutangkis : 90
- Lapangan tenis : 16
- Lapangan voli : 30
- Lapangan Basket : 29
- Lapangan tenis meja : 18
- Perkumpulan olah raga bela diri : 2
- Sanggar senam / Fitness : 7
- Kolam renang : 4

4. Status Kesehatan di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama

a. Kelahiran.

- CBR = angka kelahiran kasar : 4,6% (per 1000 penduduk)
- TFR = angka kesuburan : ...

a. Kematian.

- CDR = angka kematian kasar : 3,8 % (per 1000 penduduk)
- IMR = angka kematian bayi : 0,2% (per 1000 penduduk)
- MMR = angka kemati an ibu : -

b. Pola Penyakit

10 penyakit terbanyak yang ditemukan di Puskesmas Wilayah Kec.
Kebayoran Lama adalah sbb:

NO	KODE PENYAKIT	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	
			ABSOL UT	PERSEN (%)
1	1302	Infeksi akut lain pd. saluran pernafasan bgn atas	23.125	41,90
2	1502	Penyakit Pulpa & Jaringan Periapikal	6.286	11,39
3	1303	Penyakit lain pd. saluran pernafasan bgn atas	4.383	7,94
4	2100	Penyakit pada sistim otot & Jar. Pengikat	4.109	7,45
5	1301	Tonsilitis	3.471	6,29
6	1200	Penyakit Darah Tinggi	3.410	6,18
7	0102	Diare (Termasuk tersangka Kolera)	2.804	5,08
8	1503	Gingivitis & Peny. Periodental	2.793	5,06

9	2002	Penyakit kulit alergi	2.607	4,72
10	2001	Penyakit kulit infeksi	2.197	3,98
JUMLAH			55.185	100

c. Status Gizi :

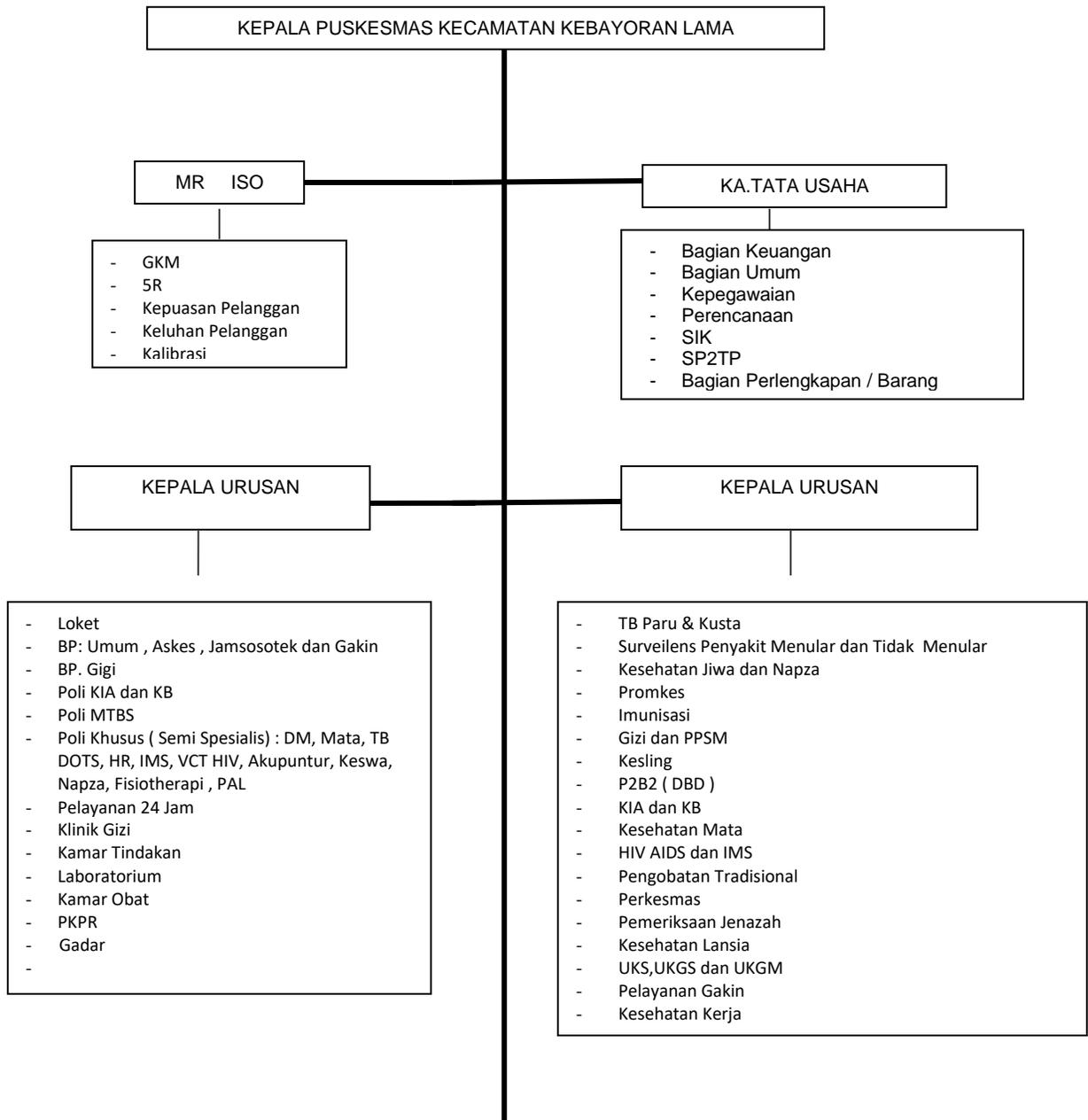
- Balita dengan status gizi normal/Baik : 16.865 Orang (99,01%)
- Balita dengan status gizi Kurang : 57 Orang (0,33%)
- Balita dengan status gizi Buruk : 11 Orang (0,06%)
- Balita dengan status gizi Lebih : 98 Orang (0,58%)

d. Peran serta masyarakat di bidang kesehatan.

- Jumlah kader yang ada : 902
- Jumlah kader yang aktif : 902
- Jumlah kader yang terlatih : 764
- Jumlah kader yang belum terlatih : 138
- Jumlah Posyandu : 122
- Jumlah Balita (0 – 4 tahun) : 24.377
- Jumlah RW Siaga : 48 RW

3.2. Gambaran Umum Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama

3.2.1. Organogram.



KEPALA PUSKESMAS KELURAHAN

3.2.2. Sumber Daya Manusia

Jumlah tenaga di puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama sampai dengan Desember 2011 berjumlah 186 orang, Terdiri dari PNS = 126 orang, CPNS= 14 orang , Honorer = 19 orang dan tenaga Outsourcing = 27 orang

Tenaga Medis :

Dokter Spesialis Anak	: 0	Orang
Dokter Spesialis Kebidanan	: 1 Orang	
Dokter Umum	: 15	Orang
Dokter Umum Kontrak	: 1 Orang	
Dokter Gigi	: 16 Orang	

Tenaga Lainnya :

- Apoteker : 2 Orang
- Sarjana Non Kesehatan : 4 Orang(1 tenaga honorer)
- Sarjana Kesehatan Masyarakat : 3 Orang
- Bidan : 21 Orang
- Akademi Kebidanan : 12 Orang (6 orang honorer)
- Akademi Perawat : 17 Orang
- Perawat : 11 Orang
- Perawat Gigi : 8 Orang
- Tehniker Gigi : 2 Orang
- Analis Kesehatan : 2 Orang
- Akademi Gizi : 3 Orang
- Pekarya Kesehatan : 8 Orang
- Pekarya
- Akademi Fisioterapi : 1 Orang (tenaga honorer)

3.2.3. Sarana dan Prasarana

Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama dibangun tahun 1974, menempati gedung yang berukuran relatif kecil belum sesuai dengan standar puskesmas kecamatan di DKI Jakarta, dengan riwayat rehab berat (perbaikan atap) pada tahun 1992. Adapun data lainnya yaitu ;

- Luas tanah : 942 m²
- Luas bangunan : 418 m²
- Listrik : 147.000 Kw
- Penyediaan air bersih : PAM dan Jet Pump
- Telepon / faksimili : 2 buah / 1 buah
- Alat pendingin ruangan (AC) : ± 25 buah
- Transportasi : 1 buah Mobil Ambulance
1 buah Mobil Pusling
1 buah Mobil Kepala Puskesmas
16 Unit Kendaraan Dinas Operasional
roda dua (Sekecamatan)
- Peralatan kantor : relatif cukup
- Alat kesehatan : masih kurang secara spesifik

Pada bulan Oktober 2010 sampai dengan Januari 2011 telah dilakukan Rehab total gedung Puskesmas Kec. Kebayoran Lama .

3.2.4. Sumber Anggaran

Sumber anggaran yang diterima pada tahun anggaran 2011 adalah sebesar :

1. APBD (Subsidi)	Rp. 5.921.492.457,-
2. Swadana	Rp. 1.485.000.000,-
J u m l a h	<hr/> Rp 7.406.492.457,-
3. APBN (BOK)	Rp 569.000.000,-

3.2.5. Manajemen Puskesmas

Manajemen puskesmas meliputi 3 langkah manajemen praktis sebagai berikut:

1. Perencanaan:
 - Identifikasi keadaan dan masalah
 - Penyusunan usulan kegiatan
 - Pengajuan usulan kegiatan
 - Penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan
2. Pelaksanaan dan Pengendalian
 - Pengorganisasian
 - Penyelenggaraan kegiatan
 - Pemantauan
 - Penilaian

3. Pengawasan dan Pertanggung jawaban

- Pengawasan internal dan eksternal
- Pertanggungjawaban

Kegiatan upaya kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas adalah meliputi 16 upaya yaitu :

1. Upaya Promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan
3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak
4. Upaya Pelayanan Keluarga Berencana
5. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
6. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
7. Upaya Pengobatan termasuk pelayanan gawat darurat
8. Upaya Usaha Kesehatan Sekolah
9. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
10. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
11. Upaya Pelayanan Kesehatan Mata
12. Upaya Pembinaan Kesehatan Jiwa
13. Upaya Kesehatan Olah-raga
14. Upaya Kesehatan Usia Lanjut
15. Upaya Kesehatan Kerja

16. Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

3.2.6. Visi dan Misi

a. Visi Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama

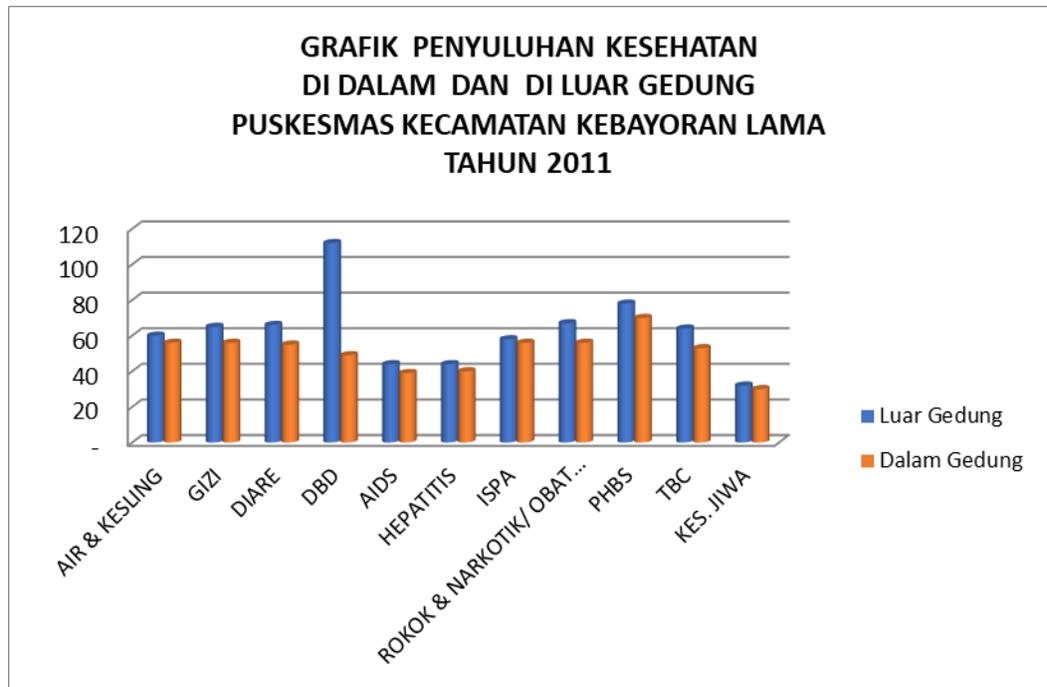
Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama menjadi pusat pelayanan kesehatan yang profesional dan menjadi pilihan utama dalam mengatasi masalah kesehatan

b. Misi Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama

1. Memberdayakan sumber daya manusia di puskesmas dan masyarakat
2. Mengembangkan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan
3. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima dan paripurna kepada seluruh lapisan masyarakat
4. Menggalang kemitraan dengan institusi dan lembaga terkait
5. Menjalankan fungsi sosial puskesmas.

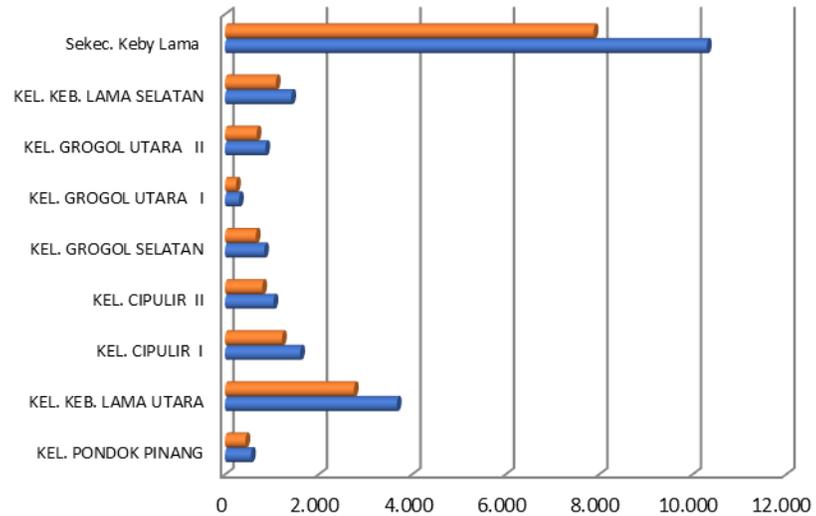
3.3. Data dan Fakta Upaya Kesehatan

3.3.1. Upaya Promosi Kesehatan



Upaya penyuluhan kesehatan terbanyak adalah mengenai DBD, PHBS dan Rokok karena dasar untuk mencapai sehat adalah PHBS dan kesehatan lingkungan.

**JUMLAH RUMAH TANGGA BER PHBS
DI WILAYAH KECAMATAN KEBAYORAN LAMA
TAHUN 2011**



	KEL. PONDOK PINANG	KEL. KEB. LAMA UTARA	KEL. CIPULIR I	KEL. CIPULIR II	KEL. GROGOL SELATAN	KEL. GROGOL UTARA I	KEL. GROGOL UTARA II	KEL. KEB. LAMA SELATAN	Sekec. Keby Lama
■ JUMLAH RUMAH TANGGA BER- PHBS	440	2.760	1.222	800	660	238	680	1.090	7.890
■ JUMLAH RUMAH TANGGA YANG DI PANTAU	558	3.676	1.610	1.040	840	302	865	1.420	10.311

Pengumpulan data Rumah Tangga Ber PHBS dengan mengisi kuesioner 10 indikator sebagai alat ukur didapatkan 10.331 rumah tangga didapatkan 7.890 rumah tangga ber PHBS sehingga dapat disimpulkan 76,52% rumah tangga ber- PHBS, ada kenaikan cakupan dibandingkan dengan tahun 2010 yaitu sebesar 76,14% . (target DKI yaitu: 65 % rumah tangga ber- PHBS)

Sedangkan untuk hasil pendataan PHBS dari 10 indikator; yang tertinggi adalah Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (100%) dan terendah

adalah Tidak merokok di dalam rumah (68%) dan Memberikan ASI eksklusif (67%) (Tidak mencapai ; Target 80% bayi yang mendapat ASI eksklusif)

3.3.2. UPAYA KESEHATAN LINGKUNGAN

Target untuk Program Kesling adalah :

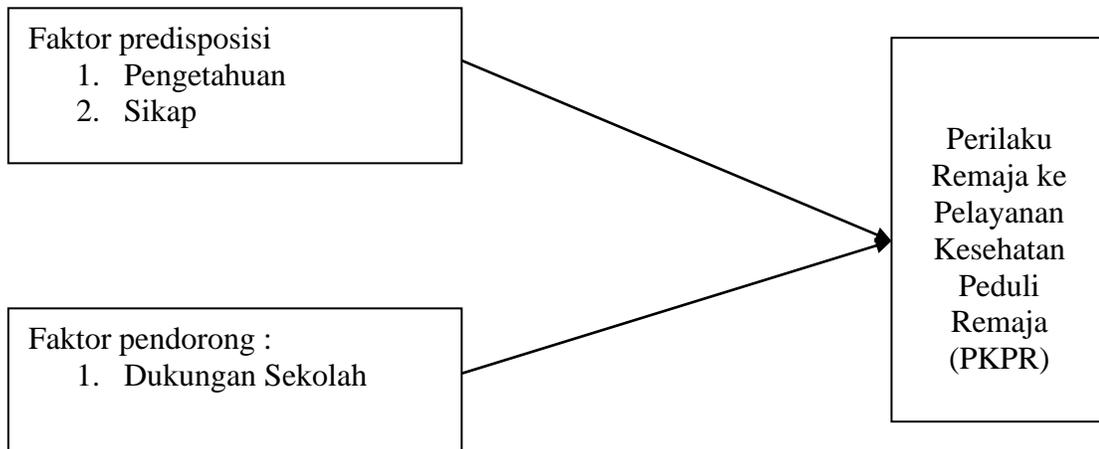
1. Institusi yang dibina : 70%
2. Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes : >95%
3. TTU yang memenuhi syarat : 85%
4. Rumah Tangga sehat : 65%

BAB 4

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

4.1. Kerangka Konsep

Mengacu kepada kerangka teori Green (2005) pada bab sebelumnya, ada 3 (tiga) komponen yang akan diteliti, yaitu komponen *pengetahuan*, komponen *sikap*, serta komponen *dukungan sekolah*. Komponen tersebut diduga kuat mempunyai hubungan dengan Perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja., sehingga kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4.1
Kerangka Konsep Penelitian Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Remaja Ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2012

4.2 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	<u>Dependen</u> Perilaku Remaja ke PKPR	kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan.ke Pelayanan kesehatan Pedul remaja yang mengakses semua golongan remaja, dapat diterima, sesuai, komprehensif, efektif dan efisien. Faktor yang akan diteliti terutama menyangkut kegiatan pemberian informasi dan edukasi serta kegiatan konseling. (Notoatmodjo 2010) .	kuisisioner	Kuisisioner	1. Tidak pernah 2. pernah	Nominal
2.	<u>Independen</u> Pengeahuan	Hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). pengetahuan remaja tentang Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). (Kemenkes, 2009	Kuisisioner	Kuisisioner	1. Rendah Jika skor < 2 2. tinggi Jika skor =2	Ordinal

3.	Sikap	Tanggapan reaksi responden terhadap pelayanan PKPR yang diukur dengan menilai jawaban terhadap pertanyaan positif dan negative	kuisisioner	Kuisisioner	1. Negatif Jika < 3 2. Positif Jika ≥ 3 point	Ordinal
4.	Dukungan sekolah	dukungan sekolah merupakan salah satu penguat (<i>reinforcing</i>) bagi remaja untuk memanfaatkan PKPR.	kuisisioner	Kuisisioner	1. Negatif jika responden menjawab Tidak 2. Positif jika responden menjawab Ya	Ordinal

4.3. Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara faktor pengetahuan, sikap dan dukungan sekolah terhadap perilaku remaja ke PKPR

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan mengungkap hubungan korelasi antar variabel. Penelitian dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan dan menguji berdasarkan teori yang sudah ada (Nursalam, 2003).

Penelitian deskriptif dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama tahun 2012. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* dimana variabel bebas dan variable terikat yang terjadi pada objek diukur satu kali saat pengamatan dan dikumpulkan secara simultan dalam waktu yang bersamaan (Hidayat, 2007).

5.2. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Menurut Sugiyono (2006) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Adapun populasi dalam penelitian ini adalah remaja yang bersekolah di sebuah SMU X di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama yang duduk kelas II berjumlah 78 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti dan dianggap dapat mewakili seluruh populasi melalui metode sampling.

Dalam penelitian ini tidak menggunakan sampel sehingga populasi akan digunakan seluruhnya dalam penelitian, yaitu remaja yang bersekolah di sebuah SMU X di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama yang duduk kelas II berjumlah 78 orang.

5.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di sebuah SMU X di wilayah Kecamatan Kebayoran Lama pada bulan Juni 2012.

5.4. Alat pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan adalah data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner, sehingga alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah suatu alat pengumpul data mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum/orang banyak (Notoatmodjo, 2005). Jenis kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup yaitu kuesioner yang jawabannya sudah disediakan sehingga responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan pendapatnya (Arikunto, 2006).

Kuesioner tersebut dibuat sendiri oleh peneliti yang disusun secara terstruktur berdasarkan konsep teoritisnya yang diisi oleh responden. Pertanyaan terdiri dari 4 bagian yaitu bagian A mengenai perilaku responden ke PKPR

memuat 1 pertanyaan yang memuat 5 pilihan jawaban dengan kriteria jawaban pernah bila salah satu jawaban terpilih skor 1 dan tidak pernah skor 0 apabila kelima pilihan jawaban itu belum pernah sama sekali. Bagian B tentang pengetahuan remaja terdiri dari 10 soal. Bagian C tentang sikap terdiri dari 6 pertanyaan dan bagian D tentang dukungan keluarga terdiri dari 1 pertanyaan.

5.5. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

1. Peneliti mengajukan ijin penelitian ke Puskesmas Kecamatan keb. Lama yang dilanjutkan ke pihak sekolah
2. Setelah diberikan ijin oleh pihak yang bersangkutan, maka peneliti akan mengidentifikasi calon responden dan menetapkan sasaran penelitian.
3. Peneliti akan mengadakan pendekatan kepada calon responden untuk memberikan penjelasan dan membuat kesepakatan bahwa calon responden bersedia menjadi responden.
4. Responden bersedia mengisi kuesioner sesuai format pertanyaan.
5. Kepada responden diminta dan diarahkan untuk mengisi semua pertanyaan dan setelah selesai responden diminta mengembalikan kepada peneliti dan disimpan dalam file tertutup.

5.7. Etika Penelitian

Penelitian akan dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari institusi pendidikan kemudian mengajukan permohonan izin kepada tempat penelitian dan setelah mendapat persetujuan baru melaksanakan penelitian. Kuesioner diberikan kepada responden dengan menekankan masalah etik yang meliputi:

1. *Informed Consent* (Lembar persetujuan menjadi responden)

Sebelum dilakukan pengambilan data penelitian, calon responden diberi penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan. Apabila calon responden bersedia untuk diteliti maka calon responden harus mendatangi lembar persetujuan tersebut, dan jika calon responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormatinya. Jika di tengah pengisian kuesioner responden ingin mengundurkan diri maka diperbolehkan mengundurkan diri, dan kuesioner yang telah diisi tidak akan diikutkan dalam pengolahan data.

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam pengolahan data penelitian. Peneliti akan menggunakan nomor atau kode responden.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi yang diberikan oleh responden serta semua data yang terkumpul dijamin kerahasiannya oleh peneliti. Hasil kuesioner setelah selesai digunakan akan dimusnahkan dengan cara dibakar (Hidayat, 2007).

5.8. Pengolahan Data

Dalam penelitian ini dilakukan pengolahan data dengan tahap sebagai berikut:

1. *Editing*

Pada tahap ini peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan jawaban kuesioner dari responden. Hal ini dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga bila ada kekurangan segera dapat dilengkapi.

2. *Coding*

Peneliti melakukan pemberian kode pada data untuk memudahkan pengelompokan dan klasifikasi. *Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori, kemudian dimasukkan ke dalam lembaran tabel kerja untuk memudahkan dalam pengolahan data. Setiap item jawaban pada lembar kuesioner diberi kode sesuai dengan karakter masing-masing.

Pada penelitian terdiri 4 kuesioner yaitu kuesioner A untuk mengukur tingkat perilaku remaja ke PKPR, dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kategori perilaku remaja ke PKPR berdasarkan nilai tersebut adalah:

Nilai Tetinggi : 2

Nilai Terendah : 1

Kuesioner B untuk mengukur tingkat pengetahuan responden, terdiri dari 2 pertanyaan dengan skor 2 untuk benar, 1 untuk salah. Kriteria pengetahuan kesehatan remaja rendah jika skor 2 ke bawah. Kriteria tinggi jika sama dengan 2.

Kuisisioner C untuk mengukur sikap responden terdiri dari 6 pertanyaan. Sikap positif dengan skor 18 ke atas. Sikap negative dengan skor di bawah 18.

Kuisisioner D untuk mengukur dukungan sekolah, terdiri dari 2 pertanyaan. Nilai 2 jika sekolah mendukung dan 1 untuk sebaliknya.

3. *Entry Data*

Proses memasukkan data ke dalam komputer melalui program SPSS. Sebelum dilakukan analisa dengan komputer pengecekan ulang terhadap data.

4. *Tabulating.*

Kegiatan memasukkan data hasil penelitian ke dalam tabel, kemudian diolah dengan bantuan komputer di mana tabel tersebut sudah terlampir.

5. *Cleansing*

Merupakan proses pemeriksaan data yang telah dimasukkan apakah sudah benar atau lengkap.

5.9. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel penelitian secara individu. Pada penelitian ini, analisis univariat akan menghasilkan distribusi frekuensi yang memberi gambaran mengenai jumlah dan presentase.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel secara bersama-sama. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang sedang diteliti. Sedangkan dalam penelitian ini, analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan kesehatan remaja, sikap dan dukungan sekolah dengan perilaku ke PKPR. Penggambaran mengenai hubungan tersebut dilakukan dengan mentabulasi data secara *cross sectional* dan menggunakan uji korelasi dengan menggunakan uji statistik *Chi-square*. Peneliti menggunakan uji ini karena kedua variabel dependen dan independen merupakan variabel kategorik dan untuk mengetahui hubungan kedua variabel tersebut sehingga uji yang cocok untuk

penelitian ini adalah uji beda proporsi yaitu *chi-square* untuk melihat ada tidaknya hubungan diantara kedua variabel.

$$\text{Uji } \chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E} \quad \text{df} = (k-1)(b-1)$$

Keterangan :

O = Nilai Observed

E = Nilai Expectasi (harapan)

k = Jumlah responden

b = Jumlah Baris

Berdasarkan rumus di atas dapat diketahui kemaknaan statistik hubungan antara variabel bebas dengan perilaku remaja ke PKPR. Untuk uji kemaknaan digunakan batas kemaknaan $\alpha = 0,05$. Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan $P = \alpha (0,05)$, sehingga apabila hasil penelitian statistik menunjukkan $P \text{ value} < P\alpha (0,05)$, maka dikatakan (H_0) ditolak artinya kedua variabel secara statistik terdapat hubungan yang bermakna. Sedangkan apabila $P \text{ value} > P\alpha (0,05)$ maka dikatakan (H_0) gagal ditolak artinya kedua variabel secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Berikut ini disajikan data hasil penelitian dengan membahas masing-masing variabel kemudian menyajikan dalam bentuk tabel distribusi, distribusi proporsi dan narasi.

6.1 Analisis Univariat

Distribusi Frekuensi Perilaku PKPR, Pengetahuan, Sikap, dan Dukungan Sekolah.

Tabel 6.1.1

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Perilaku PKPR Di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2012

No	Perilaku PKPR	Jumlah	%
1	Tidak Pernah	20	25.6
2	Pernah	58	74.4
Jumlah		78	100

Hasil analisis dari 78 responden yang diteliti ada sebanyak 20 (25.6 %) yang mempunyai Perilaku tidak pernah, sedangkan yang memiliki Perilaku pernah ada sebanyak 58 (74.4%).

Tabel 6.1.2

**Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan Responden Di Puskesmas Kecamatan
Kebayoran Lama Tahun 2012**

No	Pengetahuan	Jumlah	%
1	Rendah	46	59.0
2	Tinggi	32	41.0
Jumlah		78	100.0

Hasil analisis dari 78 responden yang diteliti ada sebanyak 46 (59.0 %) yang mempunyai Pengetahuan rendah, sedangkan yang memiliki Pengetahuan tinggi ada sebanyak 32 (41.0%).

Tabel 6.1.3

**Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sikap Responden Di Puskesmas Kecamatan
Kebayoran Lama Tahun 2012**

No	Sikap	Jumlah	%
1	Negatif	20	25.6
2	Positif	58	74.4
Jumlah		78	100

Hasil analisis dari 78 responden yang diteliti ada sebanyak 20 (25.6 %) yang mempunyai Sikap negatif, sedangkan yang memiliki Sikap positif ada sebanyak 58 (74.4%).

Tabel 6.1.4

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Dukungan Sekolah Responden Di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2012

No	Dukungan Sekolah	Jumlah	%
1	Negatif	29	37.2
2	Positif	49	62.8
Jumlah		78	100

Hasil analisis dari 78 responden yang diteliti ada sebanyak 29 (37.2 %) yang mempunyai Dukungan Sekolah negatif, sedangkan yang memiliki Dukungan Sekolah positif ada sebanyak 49 (62.8%).

6.2 Analisa Bivariat

1. Hubungan Antara Pengetahuan Responden dengan Perilaku PKPR

Tabel 6.2.1

Hubungan Pengetahuan Responden dengan Perilaku PKPR Di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2012

Pengetahuan	Perilaku PKPR				Jumlah		OR	P Value
	Tidak Pernah		Pernah					
	n	%	N	%	n	%		
Rendah	12	26.1	34	73.9	46	100	1.059	1.000
Tinggi	8	25.0	24	75.0	32	100		
Jumlah	20	25.6	58	74.4	78	100		

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan responden dengan Perilaku PKPR Responden diperoleh bahwa ada sebanyak 12 (26.1%) memiliki pengetahuan rendah dan berperilaku tidak pernah. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan tinggi ada sebanyak 24 (75.0 %) berperilaku PKPR baik. Hasil uji statistik di peroleh nilai p value = 1.000 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan Perilaku PKPR responden.

2. Hubungan Antara Sikap Dengan Perilaku PKPR Responden

Tabel 6.2.2
Hubungan Sikap Responden Dengan Perilaku PKPR Di Puskesmas
Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2012

Sikap	Perilaku PKPR				Jumlah		OR	P Value
	Tidak Pernah		Pernah					
	n	%	N	%	n	%		
Negatif	11	55.0	9	45.0	20	100	6.654	0.001
Positif	9	15.5	49	84.5	58	100		
Jumlah	20	25.6	58	74.4	78	100		

Hasil analisis hubungan antara sikap responden dengan Perilaku PKPR Responden diperoleh bahwa ada sebanyak 11 (55.0%) memiliki Sikap negatif dan berperilaku tidak pernah. Sedangkan responden yang memiliki sikap positif ada sebanyak 49 (84.5 %) berperilaku PKPR baik. Hasil uji statistik di peroleh nilai p value = 0. 001 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara sikap responden dengan Perilaku PKPR responden.

Dari hasil analisis diperoleh nilai OR 6.654 artinya responden yang sikapnya negatif mempunyai peluang 6.654 kali memiliki perilaku PKPR tidak pernah dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap positif.

3. Hubungan Antara Dukungan Sekolah Dengan Perilaku PKPR Responden

Tabel 6.2.2
Hubungan Dukungan Sekolah Responden dengan Perilaku PKPR Di
Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2012

Dukungan Sekolah	Perilaku PKPR				Jumlah		OR	P Value
	Tidak Pernah		Pernah					
	n	%	N	%	n	%		
Negatif	11	37.9	18	62.1	29	100	2.716	0.100
Positif	9	18.4	40	81.6	49	100		
Jumlah	20	25.6	58	74.4	78	100		

Hasil analisis hubungan antara Dukungan Sekolah responden dengan Perilaku PKPR Responden diperoleh bahwa ada sebanyak 11 (37.9%) memiliki

Dukungan Sekolah negatif dan berperilaku tidak pernah. Sedangkan responden yang memiliki Dukungan Sekolah positif ada sebanyak 40 (81.6 %) berperilaku PKPR pernah. Hasil uji statistik di peroleh nilai p value = 1.00 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara Dukungan Sekolah responden dengan Perilaku PKPR responden.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah design penelitian cross sectional (potong lintang) semua variabel indenpenden dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan, sehingga memiliki kelemahan yaitu tidak terpenuhinya urutan waktu dimana penyebab harus mendahului akibat.

7.2 Pembahasan Hasil Penelitian

1. Hubungan Antara Pengetahuan Responden dengan Perilaku PKPR

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan responden dengan Perilaku PKPR Responden diperoleh bahwa ada sebanyak 12 (26.1%) memiliki pengetahuan rendah dan berperilaku tidak pernah. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan tinggi ada sebanyak 24 (75.0 %) berperilaku PKPR baik. Hasil uji statistik di peroleh nilai p value = 1.000 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan Perilaku PKPR responden

Penelitian ini tidak sejalan dengan teori Notoatmodjo (2010) yang menjelaskan bahwa, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, di mana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan

bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama.

Penelitian tersebut di atas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arde (2007) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku remaja terhadap pelayanan kesehatan. penelitiannya juga mengungkapkan bahwa proporsi remaja yang berpengetahuan tinggi maupun rendah dapat saja memiliki perilaku tidak baik terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.

Peneliti berpendapat bahwa pengetahuan remaja tidak mempengaruhi perilaku remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja, karna baik remaja yang mempunyai pengetahuan rendah ataupun tinggi bisa saja mempunyai perilaku tidak baik.

2. Hubungan Antara Sikap Dengan Perilaku PKPR Responden

Hasil analisis hubungan antara sikap responden dengan Perilaku PKPR Responden diperoleh bahwa ada sebanyak 11 (55.0%) memiliki Sikap negatif dan berperilaku tidak pernah. Sedangkan responden yang memiliki sikap positif ada sebanyak 49 (84.5 %) berperilaku PKPR pernah. Hasil uji statistik di peroleh nilai p value = 0.001 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara sikap responden dengan Perilaku PKPR responden.

Dari hasil analisis diperoleh nilai OR 6.654 artinya responden yang sikapnya negatif mempunyai peluang 6.654 kali memiliki perilaku PKPR tidak baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap positif.

Penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2005) yaitu Sikap melibatkan pikiran perasaan, perhatian gejala kejiwaan yang lainnya . Keberhasilan yang seimbangan kembali menunjukkan adanya perubahan sikap dan akhirnya akan menjadi perubahan perilaku. Sehingga peneliti dapat menyimpulkan bahwa sikap seseorang tersebut dapat mempengaruhi perubahan perilaku.

Hal ini juga sejalan dengan Disertasi Damayanti (2007) yang menyatakan ada hubungan antara sikap dengan perilaku, sesuai dengan teori perilaku klasik yang menyebutkan bahwa sikap yang positif akan menyebabkan perilaku yang positif pula.

Penulis berpendapat bahwa Sikap positif responden memang dapat mempengaruhi perilaku remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja pun akan positif, hal ini di karenakan sikap dapat diawali dengan persepsi yang positif sehingga dapat mempengaruhi konsistensi perilaku yang positif pula.

3. Hubungan Antara Dukungan Sekolah Dengan Perilaku PKPR Responden

Hasil analisis hubungan antara Dukungan Sekolah responden dengan Perilaku PKPR Responden diperoleh bahwa ada sebanyak 11 (37.9%) memiliki Dukungan Sekolah negatif dan berperilaku tidak pernah. Sedangkan responden yang memiliki Dukungan Sekolah positif ada sebanyak 40 (81.6 %) berperilaku PKPR pernah. Hasil uji statistik di peroleh nilai p value = 0.100 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara Dukungan Sekolah responden dengan Perilaku PKPR responden.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh A.F Muchtar (2005) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan sekolah, dukungan keluarga, dan dukungan teman terhadap perilaku remaja, karena secara psikososial. Soetjiningsih (2004) mengungkapkan bahwa pada periode masa keterikatan remaja dengan keluarga terutama orangtua mulai melemah.

Peneliti berpendapat bahwa dukungan sekolah memang tidak secara langsung mempengaruhi perilaku remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja, hal ini dimungkinkan karena banyak factor lain yang membuat remaja tidak menggunakan PKPR misalnya : peran teman sebaya, dukungan orang tua, dan lain – lain yang lebih berperan dibandingkan dukungan sekolah.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Dari analisa hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil analisis univariat didapatkan hasil distribusi frekuensi Perilaku PKPR ada sebanyak 20 (25.6 %) yang mempunyai Perilaku tidak pernah, sedangkan yang memiliki Perilaku pernah ada sebanyak 58 (74.4%), Pengetahuan ada sebanyak 46 (59.0 %) yang mempunyai Pengetahuan rendah, sedangkan yang memiliki Pengetahuan tinggi ada sebanyak 32 (41.0%), Sikap ada sebanyak 20 (25.6 %) yang mempunyai Sikap negatif, sedangkan yang memiliki Sikap positif ada sebanyak 58 (74.4%), dan Dukungan Sekolah ada sebanyak 29 (37.2 %) yang mempunyai Dukungan Sekolah negatif, sedangkan yang memiliki Dukungan Sekolah positif ada sebanyak 49 (62.8%).
2. Berdasarkan hasil analisis didapatkan nilai p value sebesar 1.000 yang artinya tidak ada hubungan antara Pengetahuan Responden dengan Perilaku Remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja.
3. Berdasarkan hasil analisis didapatkan nilai p value sebesar 0.001 yang artinya ada hubungan antara Sikap Responden dengan Perilaku Remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja, dengan OR sebesar 6.654 yang artinya responden yang sikapnya negatif mempunyai peluang 6.654 kali memiliki perilaku PKPR tidak baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap positif
4. Berdasarkan hasil analisis didapatkan nilai p value sebesar 0.100 yang artinya tidak ada hubungan antara Dukungan Sekolah Responden dengan Perilaku Remaja ke Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

8.2

Saran

Memperhatikan adanya beberapa keterbatasan seperti yang telah disampaikan maka bagi penelitian selanjutnya perlu memperhatikan beberapa saran berikut ini:

8.2.1

Bagi Institusi

Diharapkan agar pihak Di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama dapat meningkatkan program penyuluhan kepada remaja, khususnya masalah perilaku remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja di wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama, sehingga ilmu pengetahuan dan sikap positif remaja tentang pelayanan kesehatan peduli remaja dapat meningkat dan tetap konsisten.

8.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar pihak Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) dapat menyediakan dan meningkatkan lebih banyak lagi buku-buku sumber, terutama buku-buku untuk menunjang penelitian kesehatan, dan diharapkan agar mata kuliah tentang penelitian kesehatan lebih ditingkatkan lagi baik kualitas maupun kuantitasnya.

8.2.3 Penelitian Selanjutnya

Menganalisa lebih dalam dengan menambahkan variabel-variabel independen lainnya, sehingga dapat dilihat factor – factor apa saja yang berhubungan dengan perilaku remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Depkes, Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta
- Green, Lawrence W. And M.W. Kreuter.(2005). *Health Program Planning An Educational And Ecological Approach, (4 th ed)*.
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Machfoedz, I. (2006). *Pendidikan Kesehatan bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Nursalam (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.

Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama. *Profil Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama* Jakarta, 2010

Purwanto, Ngalm. (2007). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: PT Remaja Rosdakarya

Siswono. (2001). *Merawat Organ Reproduksi Cewek*. Diperoleh 22 September 2001, dari: <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/>

Soekanto, S. (2003). *Sosiologi Sebagai Pengantar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Sugiyono. (2006). *Statistika untuk Penelitian*. Jawa Barat: Alfabeta

Surjadi, Charles. (2001). *Kespro*. Edisi pertama. Jakarta: Jaringan Epidemiologi Nasional, Badan LITBANGKES DEPKES RI.

Triswan. (2000). *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Diperoleh Januari 2000, dari: <http://www.unfpa.org/ICPD/Reportrtl.htm>

Wahyudi. (2008). *Remaja Perempuan: Resiko Reproduksi dan Kesetaraan Gender*. Diperoleh 2 Desember 2008, dari: <http://dirayma.wordpress.com/>

Widyastuti, Yani. (2009). *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Fitramaya.

WHO, *Adolescent Friendly Health Service, An Agenda For Change*, 2003

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis ucapkan atas kasih dan karunia Allah SWT yang telah memberikan perlindungan serta Anugerah – Nya, Sholawat serta salam tak lupa kupanjatkan kepada suri tauladan terbaik bagi umat manusia Nabi Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, para syuhada. Sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan judul : **“Hubungan pengetahuan, Sikap dan Dukungan Sekolah dengan Perilaku Remaja ke PKPR Tahun 2012”**. Penelitian ini merupakan syarat untuk menyelesaikan program Sarjana Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta.

Penulis telah berusaha sebaik mungkin dalam menyusun penelitian ini, namun penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu penulis menerima segala kritik dan saran yang dapat berguna dalam penyempurnaan penelitian ini.

Kelancaran penulisan ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan yang penulis terima dari berbagai pihak. Untuk itu penulis tidak lupa mengucapkan rasa terima

kasih yang sebesar – besarnya kepada pihak – pihak yang telah membantu dalam memberikan data – data, petunjuk dan bimbingan dalam penyelesaian riset ini kepada :

1. Dr.Dr.dr.HM.Hafizurrachman, MPH selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Kesehatan Indonesia Maju Jakarta.
2. Rindu, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Kesehatan Indonesia Maju Jakarta
3. Astrid Novita SKM, MKM yang telah membimbing, mengarahkan, membantu, dan memberikan masukan kepada penulis dalam penelitian ini.
4. Fitriyesi selaku dosen pembimbing lapangan yang telah memberikan waktu dan tenaganya untuk membimbing, mengarahkan, membantu dan memberikan masukan kepada penulis dalam penyusunan penelitian ini.
5. Dosen dan para karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta yang telah banyak memberikan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
6. Kepala Puskesmas dan staf Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama yang telah membantu dalam proses penyusunan penelitian ini.
7. Suami dan Anak – anaku tersayang yang telah mengorbankan waktu dan masa kebersamaannya selama penyusunan penelitaian ini
8. Teman - teman seperjuangan khususnya program Studi Kesehatan Masyarakat Ekstensi angkatan 2010.

Akhir kata penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya serta pembaca pada umumnya.

Jakarta, ... Juni 2012

Penulis

Dyah Tutiasih

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iii

DAFTAR TABEL..... viii

DAFTAR LAMPIRAN..... ix

BAB I : PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Perumusan Masalah 8

1.3 Pertanyaan Penelitian 8

1.4 Manfaat Penelitian 8

1.5 Tujuan Penelitian 9

1.6 Ruang Lingkup Penelitian 10

BAB II	: TINJAUAN PUSTAKA.....	11
1.1	Perilaku	11
1.2	Perilaku Kesehatan.....	12
2.2	Pengetahuan	14
2.1.1	Tingkat Pengetahuan.....	14
2.2.2	Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	16
2.2.3.	Pengukuran pengetahuan.....	19
2.2.4.	Pengetahuan mendasari terjadinya perilaku.....	19
2.3	Remaja.....	21
2.4	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja	22
2.4.1	Pengertian.....	22
2.4.2	Tujuan PKPR	22
2.4.3.	ciri khas atau karakter PKPR.....	23
2.4.4.	Strategi Pelaksanaan dan Pengembangan PKPR.....	28
2.4.5.	Langkah – langkah penentuan dan pelaksanaan PKPR...31	
2.4.6.	Jenis Kegiatan PKPR.....	32
2.5.	Kerangka Teori.....	34
BAB III	: AREA PENELITIAN	35
3.1	Wilayah kerja puskesmas	35
3.1.1	Keadaan wilayah.....	35
3.1.2	Batas Wilayah	35

3.1.3 Demografi	36
3.2 Gambaran Umum Puskesmas	44
3.2.1 Organogram.....	44
3.2.2 Sumber Daya Masnusia.....	45
3.2.3 Sarana Prasarana	46
3.2.4 Sumber Anggaran.....	47
3.2.5 Manajemen Puskesmas	47
3.2.6 Visi, Misi.....	49
3.3 Data dan Fakta Upaya Kesaehatan.....	51
3.3.1 Upaya Promosi Kesehatan	51
3.3.2 Upaya Kesehatan Lingkungan	53
BAB IV : KERANGKA KONSEP	54
4.1 Kerangka Konsep	54
4.2 Definisi Operasional.....	55
BAB V : METODE PENELITIAN.....	57
5.1 Desain Penelitian	57
5.2 Populasi dan Sample	57
5.3 Tempat dan waktu penelitian	58
5.4 Alat pengumpulan data	58
5.5 Metode Pengumpulan data.....	59
5.7 Etika peneltiaan.....	60

5.8 Pengolahan data	61
5.9 Analisa data	63
BAB VI : HASIL PENELITIAN	66
6.1 Analisis Univariat.....	66
6.2 Analisis Bivariat.....	68
BAB VII : PEMBAHASAN	71
7.1 Keterbatasan Peneliti.....	71
7.2 Pembahasan Hasil Penelitian	71
BAB VIII : KESIMPULAN DAN SARAN	74
8.1 Kesimpulan	74
8.2 Saran.....	75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 4.3	Definisi Operasional.....	52
Tabel 6.1.1	Distribusi frekuensi menurut perilaku PKPR.....	66
Tabel 6.1.2	Distribusi frekuensi menurut Pengetahuan	67
Tabel 6.1.3	Distribusi frekuensi menurut Sikap.....	67
Tabel 6.1.4	Distribusi frekuensi menurut dukungan sekolah.....	68
Tabel 6.2.1	Hubungan pengetahuan responden dengan perilaku.....	68
Tabel 6.2.2.	Hubungan Sikap dengan perilaku	69
Tabel 6.2.3	Hubungan Dukungan Sekolah dengan perilaku	70

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Ijin Pengambilan data di Puskesmas Kecamatan
Kebayoran Lama Tahun 2012.
2. Kuisiener.
3. Entry data responden
4. Hasil univariat
5. Hasil Bivariat

Kuisiener penelitian tentang Pelayanan kesehatan peduli remaja

Data responden

Bagian A.

1. Apakah Anda pernah mengikuti kegiatan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) ?
Pilih jawaban yang sesuai dengan kondisi Anda (pilihan bisa lebih dari 1)

- a. Sosialisasi PKPR
- b. Pelayanan Ke PKPR
- c. Pendidikan Ketrampilan Hidup Sehat
- d. Temu kader PKPR
- e. Menggunakan layanan Konselor Sebaya
- f. Tidak pernah

Bagian B.

Pertanyaan pengetahuan tentang kesehatan remaja:

1 Apakah kepanjangan dari PKPR ?

- a. Program Kesehatan Peduli Remaja
- b. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
- c. Pelaksanaan Kesehatan Peduli Remaja
- d. Pendidikan Kesehatan Pada Remaja

2 Di bawah ini adalah jenis-jenis kegiatan PKPR, kecuali :

- a. Informasi dan edukasi
- b. Konseling
- c. Konselor sebaya
- d. Pengobatan

Bagian C.

Pertanyaan tentang sikap remaja terhadap PKPR

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya memanfaatkan PKPR dengan sukarela				
2.	Saya merasa malu memanfaatkan PKPR				
3.	Saya ke PKPR hanya sekedar ingin tahu bukan ingin berkunjung				
4.	Saya pernah memberitahu teman tentang PKPR				
5.	Saya member I tahu manfaat PKPR ke teman				
6.	Manfaat PKPR merubah Perilaku sehat Pada diri saya				

Bagian D.

Pertanyaan tentang dukungan sekolah terhadap PKPR

No.	Pernyataan	YA	Tidak
1.	Adakah Peran sekolah dan orang tua dalam memanfaatkan kegiatan PKPR		

CROSSTABS

/TABLES=Pengetahuan Sikap Dukungan_Sekolah BY Perilaku

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ RISK

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created	15-Jul-2012 20:18:41
Comments	
Input	Active Dataset DataSet0
	Filter <none>
	Weight <none>
	Split File <none>
	N of Rows in Working Data File 78
Missing Value Handling	Definition of Missing User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax	<p>CROSSTABS</p> <p> /TABLES=Pengetahuan Sikap Dukungan_Sekolah BY Perilaku</p> <p> /FORMAT=AVALUE TABLES</p> <p> /STATISTICS=CHISQ RISK</p> <p> /CELLS=COUNT ROW</p> <p> /COUNT ROUND CELL.</p>
Resources	Processor Time 00:00:00.047

Elapsed Time	00:00:00.047
Dimensions Requested	2
Cells Available	174762

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Perilaku	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
Sikap * Perilaku	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
Dukungan_Sekolah * Perilaku	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%

Dukungan_Sekolah * Perilaku

Crosstab

			Perilaku		Total
			Tidak Baik	Baik	
Dukungan_Sekolah	Negatif	Count	11	18	29
		% within Dukungan_Sekolah	37.9%	62.1%	100.0%
	Positif	Count	9	40	49
		% within Dukungan_Sekolah	18.4%	81.6%	100.0%
Total		Count	20	58	78
		% within Dukungan_Sekolah	25.6%	74.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.657 ^a	1	.056		
Continuity Correction ^b	2.703	1	.100		
Likelihood Ratio	3.572	1	.059		
Fisher's Exact Test				.066	.051
Linear-by-Linear Association	3.610	1	.057		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.44.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan_Sekolah (Negatif / Positif)	2.716	.958	7.699
For cohort Perilaku = Tidak Baik	2.065	.974	4.380
For cohort Perilaku = Baik	.760	.555	1.041
N of Valid Cases	78		

CROSSTABS

/TABLES=Sikap BY Perilaku

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ RISK

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created		17-Jul-2012 10:42:58
Comments		
Input	Data	F:\skripsi perilaku\Entry Data Penelitian.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	78
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.

Syntax	CROSSTABS		
	/TABLES=Sikap BY Perilaku		
	/FORMAT=AVALUE TABLES		
	/STATISTICS=CHISQ RISK		
	/CELLS=COUNT ROW		
	/COUNT ROUND CELL.		
Resources	Processor Time		00:00:00.047
	Elapsed Time		00:00:00.046
	Dimensions Requested		2
	Cells Available		174762

[DataSet1] F:\skripsi perilaku\Entry Data Penelitian.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Perilaku	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%

Sikap * Perilaku Crosstabulation

			Perilaku		Total
			Tidak Pernah	Pernah	
Sikap	Negatif	Count	11	9	20
		% within Sikap	55.0%	45.0%	100.0%
	Positif	Count	9	49	58
		% within Sikap	15.5%	84.5%	100.0%
Total	Count		20	58	78
	% within Sikap		25.6%	74.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	12.159 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	10.177	1	.001		
Likelihood Ratio	11.217	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	12.003	1	.001		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Negatif / Positif)	6.654	2.145	20.639
For cohort Perilaku = Tidak Pernah	3.544	1.726	7.279
For cohort Perilaku = Pernah	.533	.324	.875
N of Valid Cases	78		

CROSSTABS

/TABLES=Pengetahuan_ok BY Perilaku_ok

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ RISK

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

Notes

Output Created		27-Jul-2012 10:35:51
Comments		
Input	Data	E:\fajar data\skripsi perilaku\Entry Data Penelitian.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	78
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.

Syntax	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.	
		CROSSTABS / TABLES=Pengetahuan_ok BY Perilaku_ok / FORMAT=AVALUE TABLES / STATISTICS=CHISQ RISK / CELLS=COUNT ROW / COUNT ROUND CELL.	
Resources	Processor Time		00:00:00.000
	Elapsed Time		00:00:00.032
	Dimensions Requested		2
	Cells Available		174762

Pengetahuan_ok * Perilaku_ok Crosstabulation

			Perilaku_ok		Total
			1	2	
Pengetahuan_ok	1	Count	12	34	46
		% within Pengetahuan_ok	26.1%	73.9%	100.0%

2	Count	8	24	32
	% within Pengetahuan_ok	25.0%	75.0%	100.0%
Total	Count	20	58	78
	% within Pengetahuan_ok	25.6%	74.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.012 ^a	1	.914		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.012	1	.914		
Fisher's Exact Test				1.000	.565
Linear-by-Linear Association	.012	1	.914		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.21.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval

		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan_ok (1 / 2)	1.059	.376	2.984
For cohort Perilaku_ok = 1	1.043	.482	2.259
For cohort Perilaku_ok = 2	.986	.757	1.283
N of Valid Cases	78		

FREQUENCIES VARIABLES=Perilaku Pengetahuan Sikap Dukungan_Sekolah

/STATISTICS=MEAN

/PIECHART FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

		Perilaku	Pengetahuan	Sikap	Dukungan_Sekolah
N	Valid	78	78	78	78
	Missing	0	0	0	0
Mean		.74	.60	.77	.63

Frequency Table

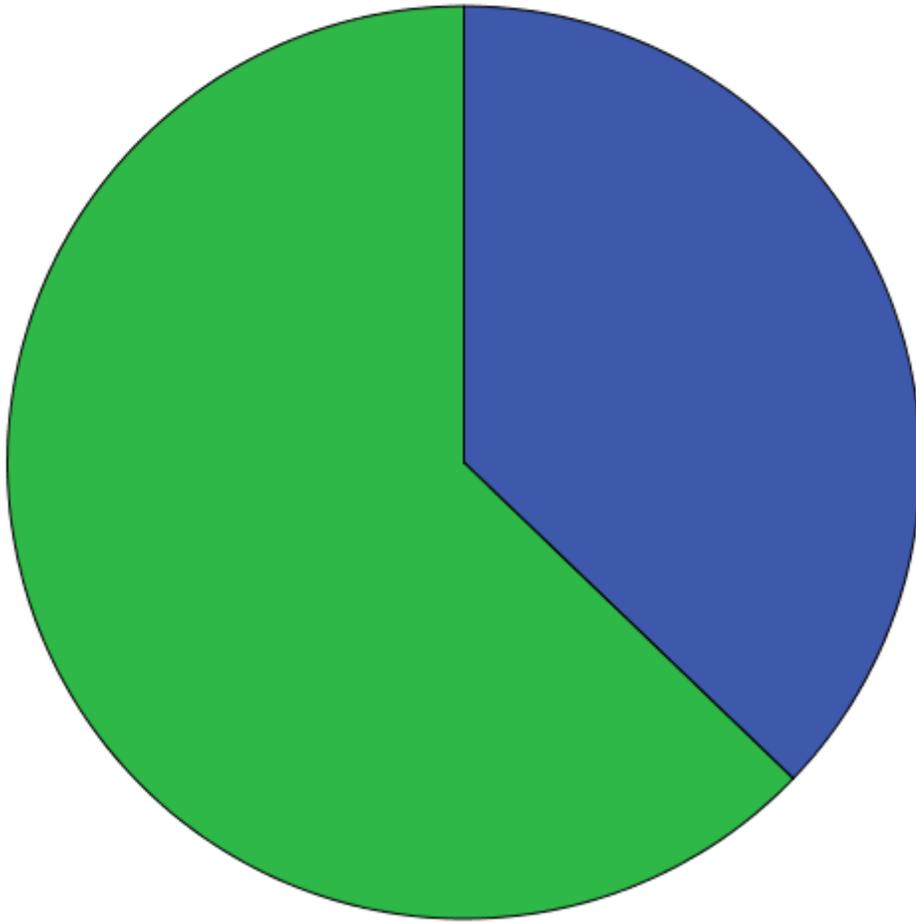
Dukungan_Sekolah

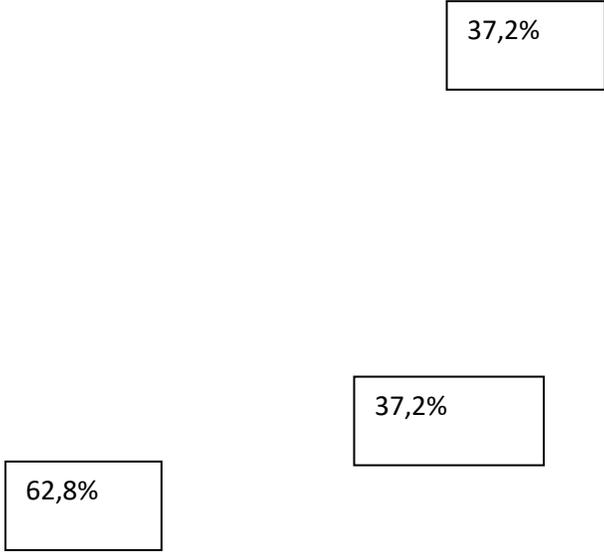
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	29	37.2	37.2	37.2
	Positif	49	62.8	62.8	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

Pie Chart

Dukungan_Sekolah

■ Negatif
■ Positif





FREQUENCIES VARIABLES=Perilaku Sikap

/STATISTICS=MEAN

/PIECHART FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet1] F:\skripsi perilaku\Entry Data Penelitian.sav

Statistics

		Perilaku	Sikap
N	Valid	78	78
	Missing	0	0
Mean		.74	.74

Frequency Table

Perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	20	25.6	25.6	25.6

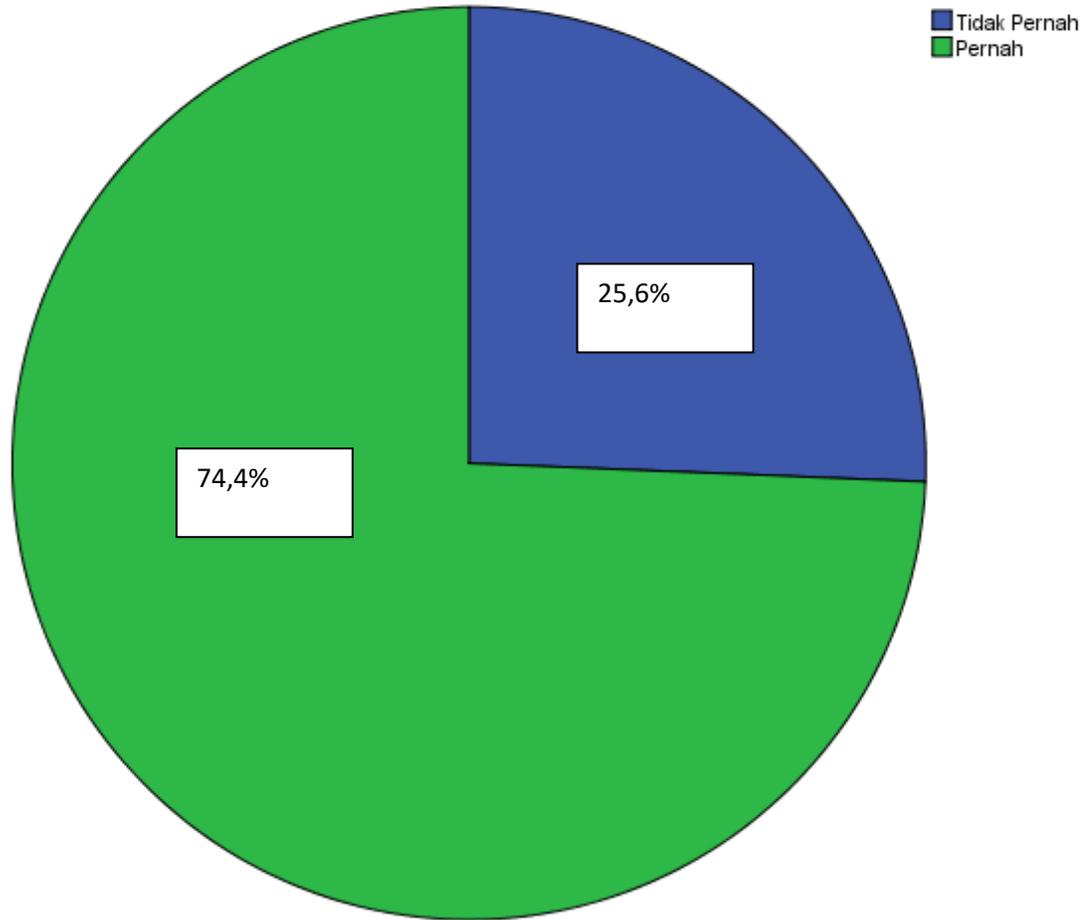
Pernah	58	74.4	74.4	100.0
Total	78	100.0	100.0	

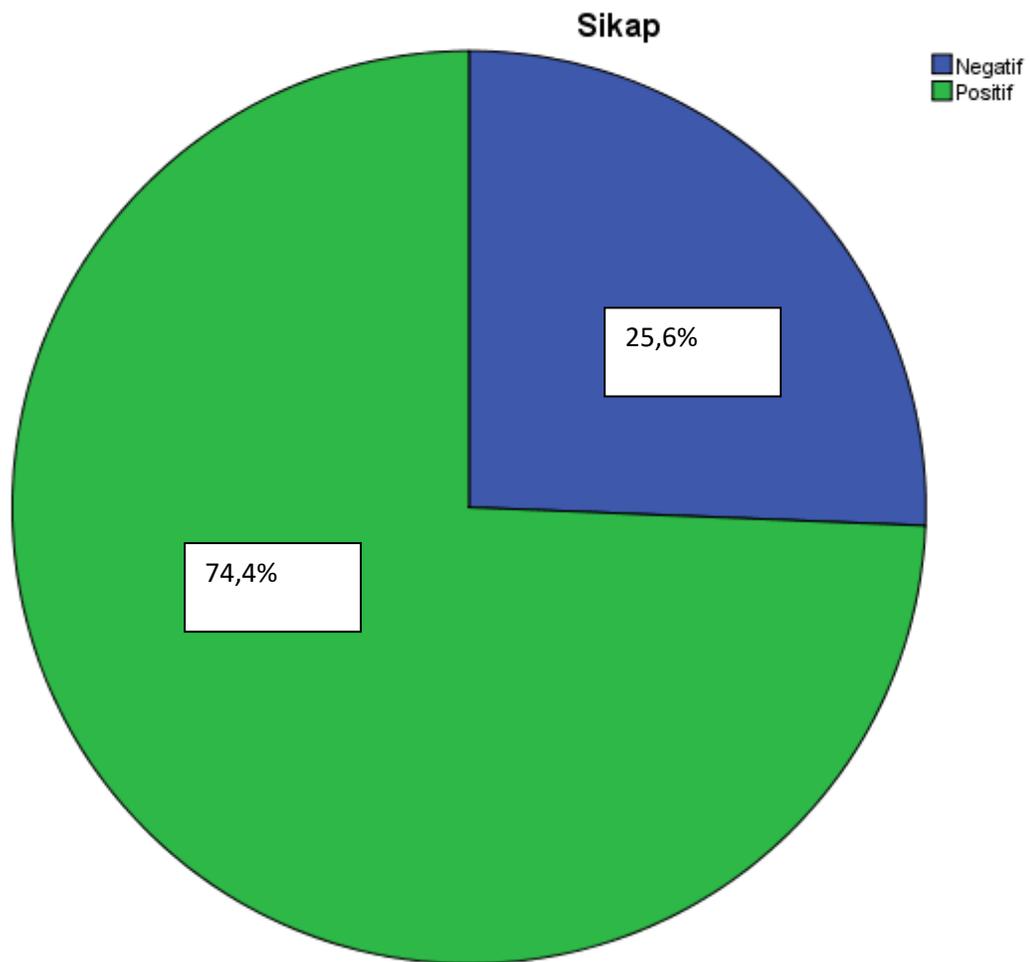
Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	20	25.6	25.6	25.6
	Positif	58	74.4	74.4	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

Pie Chart

Perilaku





FREQUENCIES VARIABLES=Pengetahuan_ok

/PIECHART FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

```
FREQUENCIES VARIABLES=Pengetahuan_ok
```

```
/PIECHART FREQ
```

```
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

[DataSet1] E:\fajar data\skripsi perilaku\Entry Data Penelitian.sav

Statistics

Pengetahuan_ok

N	Valid	78
	Missing	0

Pengetahuan_ok

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	46	59.0	59.0	59.0
2	32	41.0	41.0	100.0
Total	78	100.0	100.0	

