

EVALUASI PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN RAMAH REMAJA (PKRR) DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA AWAL

¹Grhasta Dian Perestroika, ²Dewi Andang Prastika, ³Nawang Swastika Raras,

⁴Rosiana Alfa Risqi, ⁵Riadini Wahyu Utami, ⁶Sinta Rosita Sari

¹Universitas Sebelas Maret Surakarta

²Poltekkes Kemenkes Semarang

³Poltekkes Permata Indonesia Yogyakarta

⁴Dinkes Provinsi DKI Jakarta

⁵STIKes AKBIDYO Yogyakarta

⁶RSUD Kabupaten Karanganyar

Email korespondensi: grhastadian@staff.uns.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Di Indonesia upaya pencegahan perilaku seks berisiko di antaranya adalah dengan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi. Salah satu program yang bekerja sama dengan sekolah dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi adalah pelayanan kesehatan ramah remaja (PKRR) yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan melalui Puskesmas. Namun, studi evaluasi program PKRR di kalangan remaja awal di Indonesia belum banyak diteliti.

Metode: Studi kualitatif dilakukan kepada 14 remaja awal (10-14 tahun), 1 penyelenggara dan 1 pelaksana pendidikan kesehatan reproduksi PKRR pada November 2019-Februari 2020. Data dikumpulkan melalui focussed group discussin (FGD) dan wawancara semi terstruktur menggunakan kerangka kerja RE-AIM. Data dianalisis dengan metode Stevick-Colaizzi-Keen melalui soft ware Nvivo 12.

Hasil: Program PKRR dirancang untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan remaja. Pelaksanaannya sesuai dengan perencanaan dan telah diterima oleh remaja melalui sekolah. Keunggulan program ini adalah mampu menjangkau sasaran remaja awal di sekolah. Kelemahannya adalah penyelenggaraan yang berupa sosialisasi di sekolah menyebabkan keterbatasan waktu untuk menyampaikan materi. Selain itu, kelemahan lain adalah penyelenggaraan yang dilakukan di tingkat masyarakat berupa posyandu remaja dan konseling di puskesmas dinilai kurang dapat menjangkau remaja, sebab remaja enggan mendatangi tempat layanan.

Kesimpulan: Evaluasi yang dilakukan pada pendidikan kesehatan reproduksi dari PKRR berhasil mengungkap kebutuhan remaja akan informasi kesehatan reproduksi, yaitu keinginan remaja untuk mempelajari kesehatan reproduksi yang mendalam. Implikasi dari evaluasi ini adalah diperlukan perbaikan dalam penyelenggaraan program PKRR berupa peningkatan materi pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif, kerja sama lintas sektor dan kaderisasi dalam menyiapkan pelaksana-pelaksana muda untuk pelaksanaan yang lebih baik.

Kata Kunci: Evaluasi, Remaja Awal, PKRR, Pendidikan Kesehatan Reproduksi, RE-AIM.

EVALUATION OF PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN RAMAH REMAJA (PKRR) IN PROVIDING REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION AMONG EARLY ADOLESCENT

ABSTRACT

Introduction: In Indonesia, one of the efforts to prevent risky sexual behavior is to provide reproductive health education among adolescents. One of the programs that collaborate with schools in providing reproductive health education is the pelayanan kesehatan ramah remaja (PKRR) organized by the Dinas Kesehatan. However, studies on the evaluation of the PKRR program among early adolescents in Indonesia have not been widely studied.

Methods: A qualitative study was conducted on 14 early adolescents, 1 provider and 1 practitioner PKRR in November 2019-February 2020. Data were collected by Focused Group Discussion (FGD) and semi-structured interviews using the RE-AIM framework. Data was analyzed using Stevick-Colaizzi-Keen method in Nvivo 12 software.

Result: The advantage of this program is that it can reach the target of early adolescents in the school. One of the weaknesses of this program is the limited time when socialization was carried out in schools. In addition, another weakness is the implementation at the community level, in the form of Posyandu remaja and counseling. It is difficult to reach early adolescents in the community level, because there is a feeling of shame to come to the place of services.

Conclusion: This evaluation succeeded in revealing the needs of adolescents for reproductive health information, including the desire of adolescents to better understand reproductive health. The implication of this study is that there is a need for improvement in the implementation of the PKRR program. Improvements include the addition of comprehensive sexual education, cross-sectoral collaboration and the regeneration of young implementers for better implementation.

Keywords: Evaluation, Early Adolescents, PKRR, Reproductive Health Education, RE-AIM.

Pendahuluan

Remaja adalah masa perubahan dari fase anak menjadi individu yang lebih matang dalam lingkup reproduksi, psikologis, perilaku, sosial, biologis, kognitif, emosi fisiologis dan hormonal (1,2).

Dalam Undang-undang Nomor 4 Tahun 1979, remaja didefinisikan sebagai seseorang yang berusia di bawah 21 tahun dan belum menikah (3). Untuk lebih spesifik dalam mengungkap hal-hal terkait dengan peristiwa seksual, perkawinan, dan reproduksi, remaja perlu dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu; usia 10-14 tahun dikategorikan sebagai kelompok remaja awal, usia 15-17 tahun dikategorikan sebagai kelompok remaja pertengahan dan usia 18-19 tahun dikategorikan sebagai kelompok remaja akhir (4).

Perilaku *premarital sex* pada masa remaja awal menjadi masalah di dunia dan negara berkembang termasuk Indonesia. Dampak dari *premarital sex* di antaranya adalah kehamilan yang tidak diinginkan, persalinan pada remaja, aborsi yang

tidak aman, kematian, HIV dan infeksi menular seksual (5). Di dunia, 11% kelahiran berasal dari ibu usia remaja. Dari kelahiran tersebut, 95% berasal dari negara dengan pendapatan menengah dan rendah (6).

Perilaku *premarital sex* di Indonesia dipengaruhi oleh pengetahuan mengenai seksual dan kesehatan reproduksi yang rendah, lingkungan keluarga yang kurang berperan dalam perkembangan perilaku seksual remaja, pengaruh negatif dari teman sebaya, paparan media informasi usia pasangan yang lebih tua, lemahnya monitoring orang tua, sikap seksual dan norma subjektif yang permisif terhadap perilaku *premarital sex*, niat berperilaku dan paparan media pornografi (7-9). Faktor-faktor tersebut sesuai dengan teori ekologi perkembangan anak dari Bronfenbrenner yang menyebutkan bahwa perkembangan anak dipengaruhi oleh konteks lingkungan, keluarga, teman sebaya, sekolah dan lingkungan tempat tinggal (10). Terdapat interaksi langsung remaja dengan agen yang memengaruhi perilaku mereka.

Dalam proses interaksi tersebut remaja turut aktif membentuk dan membangun setting mikrosistem. Setiap remaja mendapatkan pengalaman dari setiap aktivitas, dan memiliki peranan dalam membangun hubungan interpersonal dengan lingkungan mikrosistemnya. Metode penyampaian dan materi yang disampaikan menjadi salah satu penentu keberhasilan perubahan perilaku remaja.

Beberapa upaya dapat dilakukan untuk mencegah perilaku berisiko pada remaja. Pendidikan seks berbasis sekolah merupakan sarana yang sangat menjanjikan untuk menjangkau remaja di bawah usia 15 tahun ⁽¹¹⁾. Namun, dalam review sistematis yang diungkapkan bahwa walaupun pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah memiliki dampak positif, tetapi di beberapa negara hal ini tidak berdampak secara signifikan ⁽¹²⁾. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat perbedaan terkait dengan pengaruh pendidikan seks berbasis sekolah terhadap penundaan perilaku seks berisiko pada remaja, sehingga masih perlu dilakukan penelitian.

Semarang merupakan salah satu kota metropolitan di Indonesia. Perkembangan teknologi dan komunikasi yang begitu pesat membuat penduduknya mudah mengakses informasi, termasuk akses informasi mengenai seksualitas yang dilakukan oleh remaja. Namun, informasi yang dicari oleh remaja dapat mengarahkan mereka untuk berperilaku berisiko jika kebenaran informasi tersebut tidak dapat dipertanggungjawabkan. Salah satu bukti adanya perilaku berisiko yang dilakukan oleh remaja Semarang

adalah ditemukannya kejadian kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Belum diketahui secara pasti jumlah kejadian KTD di kalangan remaja. Namun, data dari Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Jawa Tengah menunjukkan bahwa selama empat tahun, yaitu sejak tahun 2010-2014, ditemukan 65-85 kasus KTD pada usia 15-18 tahun. Angka ini diperoleh dari mereka yang berkonsultasi dengan keluhan KTD kepada pihak PKBI, sedangkan yang tidak berkonsultasi tidak diketahui jumlahnya ⁽¹³⁾.

Di Indonesia upaya pencegahan perilaku seks berisiko di antaranya adalah dengan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi. Salah satu program yang bekerja sama dengan sekolah dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi adalah pelayanan kesehatan ramah remaja (PKRR) yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan melalui Puskesmas. Mengevaluasi efektivitas program dengan studi kualitatif dapat mengidentifikasi bagian yang perlu ditingkatkan dan dapat memberikan masukan tentang cara untuk memperbaiki program tersebut ⁽¹⁴⁾. Evaluasi dengan kerangka dimensi pengukuran, yaitu; reach, effectiveness, adoption, implementation, dan maintenance (RE-AIM), telah dikembangkan untuk mengevaluasi intervensi kesehatan masyarakat ⁽¹⁵⁾. Kerangka kerja RE-AIM dalam mengevaluasi pendidikan kesehatan reproduksi diharapkan dapat digunakan untuk mendeskripsikan dan menilai intervensi program PKRR secara lebih komprehensif. Dengan demikian, yang

menjadi perhatian dalam penelitian ini adalah evaluasi program pendidikan kesehatan reproduksi yang dilakukan oleh PKRR dengan kerangka kerja RE-AIM.

Metode

Penelitian ini dilakukan secara purposive sampling di Kota Semarang pada bulan November 2019-Februari 2020 dengan metode kualitatif. Penelitian telah mendapat izin dari Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan FK-KMK UGM Yogyakarta (Nomor protokol: KE/0355/03/2019) dan Kesbangpol Kota Semarang (Nomor rekomendasi: 070/1739/IV/2019). Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan dari orang tua (*consent*) dan responden (*assent*).

Data dikumpulkan melalui focussed group discussin (FGD) dan wawancara semi terstruktur menggunakan kerangka kerja RE-AIM. Peserta FGD adalah 14 remaja awal yang memenuhi kriteria sebagai berikut: 1) Pernah mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi dari puskesmas yang diselenggarakan di sekolah dan 2) Berusia 10-14 tahun. Peserta wawancara semi terstruktur adalah 1 penyelenggara PKRR dan 1 pelaksana PKRR.

Variabel dalam penelitian ini meliputi: 1) *Reach* (keterjangkauan), 2) *Reaction* (kepuasan), 3) *Efectiveness* (dampak), 4) *Adoption* (dukungan dari lingkungan), 5) *Implementation* (pelaksanaannya), 6) *Maintenance* (kelanjutannya). Definisi operasional variabel dijabarkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Definisi operasional variabel dalam melakukan evaluasi program PKRR

Dimensi	Definisi operasional
<i>Reach</i> (keterjangkauan)	<ul style="list-style-type: none">• Materi-materi yang diperoleh oleh remaja yang mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi dari sumber PKRR.• Dikatakan terjangkau jika responden mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi.• Informasi diperoleh dari responden remaja dan responden penyelenggara.
<i>Efectiveness</i> (dampak)	<ul style="list-style-type: none">• Dikatakan berperilaku kesehatan reproduksi baik jika remaja bisa menjaga kebersihan dan merawat organ reproduksinya.• Informasi diperoleh dari remaja
<i>Adoption</i> (dukungan dari sekolah)	<ul style="list-style-type: none">• Dukungan dari lingkungan penyelenggara• Lingkungan dikatakan mendukung jika ada sarana dan prasarana untuk penyampaian materi pendidikan kesehatan reproduksi.• Informasi diperoleh dari responden remaja, pelaksana dan penyelenggara.
<i>Implementation</i> (pelaksanaannya)	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi, kesan pelaksana dalam menyampaikan materi dan kesan penyelenggara.• Pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi dikatakan sesuai dalam menyampaikan materi jika materi yang disampaikan oleh pelaksana sesuai dengan materi arahan dari penyelenggara.• Informasi diperoleh dari responden pelaksana dan penyelenggara

Maintenance
(kelanjutannya)

- Kelanjutan program pendidikan kesehatan reproduksi terstruktur pada remaja apakah perlu diteruskan atau tidak.
- Urgensi penyelenggaraan pendidikan di masa yang akan datang dan perbaikan yang diperlukan menurut pelaksana, penyelenggara dan remaja
- Informasi diperoleh dari responden remaja, pelaksana dan penyelenggara

Data dianalisis dengan metode Stevick-Colaizzi-Keen⁽¹⁶⁾. Analisis data dilakukan dengan komputerisasi menggunakan *soft ware* Nvivo versi 12⁽¹⁷⁾. Kredibilitas data dijaga dengan melakukan investigator triangulasi⁽¹⁸⁾. Cara yang dilakukan adalah dengan

Hasil dan Diskusi

Pada domain *reach*, remaja mengungkapkan pernah terpapar topik kesehatan reproduksi. Sebagian besar remaja mendapatkan informasi kesehatan reproduksi dari mata pelajaran di sekolah dan petugas puskesmas atau PKRR yang meliputi; menjaga kesucian (virginitas), larangan dan peringatan terhadap perilaku berisiko, HIV, kehamilan, pencegahan kehamilan di luar nikah, perkembangbiakan manusia dan pubertas. Remaja merasa kurang puas dan ingin tahu lebih jauh lagi tentang kesehatan reproduksi seperti penjelasan tentang pencegahan seks bebas dan penyakit reproduksi. Dari sudut pandang penyelenggara dan pelaksana program, PKRR memang memberikan beberapa topik pendidikan kesehatan reproduksi. Topik yang disampaikan meliputi: gizi remaja, kesehatan reproduksi remaja, perilaku seks dan kehamilan sebelum menikah. Hal ini sesuai dengan keterjangkauan remaja yaitu PKRR menjadi salah satu

menganalisis hasil FGD dan wawancara oleh tiga penganalisa data, mulai dari tahap menelaah transkrip, indexing, coding, dan interpretasi hasil analisis. Hal ini ditujukan untuk mendapatkan persepsi yang benar dari masing-masing penganalisa data. sumber informasi kesehatan reproduksi bagi remaja.

Pada dimensi *effectiveness* atau dari dimensi dampak yang dirasakan oleh remaja setelah mendapatkan pendidikan dengan topik-topik tentang kesehatan reproduksi, remaja merasakan adanya manfaat setelah mendapatkan pendidikan tersebut, diantaranya; peningkatan wawasan dan pengetahuan, kemampuan merawat kebersihan diri khususnya kebersihan organ genital, menjaga pergaulan dan menghargai lawan jenis.

Pada dimensi *adoption*, ditemukan adanya faktor pendukung dan penghambat pada keikutsertaan remaja dalam mengikuti pendidikan kesehatan reproduksi. Dukungan yang dirasakan remaja secara umum diperoleh dari segi topik kesehatan reproduksi itu sendiri yang memiliki daya tarik bagi remaja. Selain itu, pemberi materi yang dapat membawa suasana menjadi menyenangkan juga menjadi dukungan bagi remaja. Namun, pemberi materi juga bisa menjadi penghambat bagi remaja jika topik yang disampaikan dijadikan

bahan candaan dan pembawaan yang terkesan galak. Hambatan juga ditemukan dalam diri remaja, yaitu perasaan malu dan canggung dalam mengikuti proses pendidikan. Dari sudut pandang pelaksana program, dukungan dan diperoleh dari anggaran puskesmas dan dari dinas kesehatan. Namun, dana yang tersedia dinilai belum bisa mencukupi operasional pelaksanaan program, sehingga hal ini menjadi penghambat terselenggaranya program dengan baik. Selain hal tersebut, penerimaan pendidikan kesehatan reproduksi di masyarakat juga menjadi kendala dalam pelaksanaan program. Masih ada beberapa kalangan masyarakat yang menolak untuk mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi, misalnya sekolah yang berbasis pesantren.

Pada dimensi *implementation*, pelaksanaan program dilakukan dalam tiga wilayah sasaran, yaitu; di sekolah, di masyarakat (dalam bentuk posyandu) dan di puskesmas (dalam bentuk konseling). Dari ketiga wilayah sasaran tersebut pelaksana merasa lebih mudah untuk menjangkau remaja di sekolah. Namun, waktu untuk menyampaikan materi di sekolah terbatas karena sifatnya sosialisasi, bukan mata pelajaran ini. Hanya sedikit remaja yang mengikuti program yang dilaksanakan di masyarakat dalam bentuk posyandu dan di puskesmas dalam bentuk konseling. Hal ini disebabkan karena adanya rasa malu untuk mendatangi tempat pelayanan dengan anggapan masyarakat yang menilai bahwa remaja yang datang ke tempat layanan adalah remaja yang bermasalah dengan reproduksinya

Pada dimensi *maintenance*, remaja merasa perlu untuk mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi dengan perbaikan-perbaikan dari berbagai hal, di antaranya: 1) Waktu/usia yang tepat untuk mendapatkan pendidikan, 2) Metode yang mudah dipahami dalam penyampaian materi, seperti video 3) Peningkatan kualitas pemberi materi dan 4) Topik-topik yang diperlukan oleh remaja antara lain; mengutamakan hal-hal yang dilarang untuk dilakukan di masa remaja, Pencegahan kehamilan, cara menjaga kebersihan organ reproduksi, dan penyakit pada organ reproduksi. Dari sudut pandang penyelenggara PKRR, penyelenggara merasa perlu melanjutkan program ini untuk menghapus pandangan tabu terhadap pendidikan kesehatan reproduksi, menekan masalah kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja, dan karena masih banyak orang tua dan guru yang tidak terbuka dengan pendidikan kesehatan reproduksi. Beberapa perbaikan yang diperlukan untuk pelaksanaan selanjutnya adalah perlu meningkatkan kerja sama lintas sektor. Pelaksana juga merasa perlu adanya kaderisasi untuk menyiapkan pelaksana-pelaksana muda.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa program PKRR dirancang untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan remaja. Pelaksanaan program ini sesuai dengan perencanaan dan telah diterima oleh remaja melalui sekolah. Dalam pelaksanaannya, kurangnya dana untuk biaya operasional program menjadi penghambat penyelenggaraan. Selama ini

kekurangan dana disiasati dengan pengambilan dana dari sumber lain. Diperlukan kerja sama lintas sektor dan kaderisasi dalam menyiapkan pelaksana-pelaksana muda untuk pelaksanaan yang lebih baik.

Program PKRR dirancang untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan remaja dapat menjangkau sasaran target yaitu remaja awal. Sebagaimana disebutkan dalam penelitian sebelumnya bahwa peningkatan pengetahuan mengenai seksual dan kesehatan reproduksi dapat membantu remaja untuk terhindar dari perilaku berisiko khususnya *premarital sex* ⁽⁷⁻⁹⁾. Dengan peningkatan pengetahuan dan perilaku kesehatan remaja oleh program PKRR, remaja diharapkan dapat memperoleh kesejahteraan dan kesehatan reproduksi. Namun, ada ketidakpuasan remaja dalam menerima materi, mereka ingin tahu lebih jauh lagi tentang kesehatan reproduksi. Harapan remaja ini sejalan dengan temuan penelitian yang mengungkapkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan reproduksi yang berdampak baik dalam perubahan perilaku penundaan *premarital sexual* adalah pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan secara komprehensif ⁽¹⁹⁾.

Berbagai hambatan yang dihadapi PKRR tidak memupus harapan penyelenggara program untuk melanjutkan program tersebut. Penyelenggara dan pelaksana

memandang implementasi program ini dapat berlanjut dengan perbaikan di bidang kerja sama lintas sektor dan kaderisasi dalam menyiapkan pelaksana-pelaksana muda untuk pelaksanaan yang lebih baik.

Simpulan

Evaluasi yang dilakukan pada pendidikan kesehatan reproduksi dari PKRR berhasil mengungkap kebutuhan remaja akan informasi kesehatan reproduksi, yaitu keinginan remaja untuk mempelajari kesehatan reproduksi yang mendalam. Keunggulan program ini mampu menjangkau sasaran remaja awal di sekolah. Kelemahan pendidikan kesehatan reproduksi dari PKRR adalah penyelenggaraan yang berupa sosialisasi disekolah menyebabkan keterbatasan waktu untuk menyampaikan materi. Selain itu, kelemahan lain adalah penyelenggaraan yang dilakukan di tingkat masyarakat berupa posyandu remaja dan konseling di puskesmas dinilai kurang dapat menjangkau remaja, sebab remaja enggan mendatangi tempat layanan.

Implikasi dari evaluasi ini adalah diperlukan perbaikan dalam penyelenggaraan program PKRR berupa peningkatan materi pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif, kerja sama lintas sektor dan kaderisasi dalam menyiapkan pelaksana-pelaksana muda untuk pelaksanaan yang lebih baik.

Referensi

1. Sanfilippo JS, Lara-Torre E. Clinical pediatric and adolescent gynecology. 2008;
2. Santrock JW. Life-Span Development: McGraw-Hill Boston, MA. 2009. 40–46 p.
3. RI M k. Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 265/Menkes/SK/II/2010 Tentang Pedoman Komunikasi Otak Untuk meningkatkan Intelegensia Pada Remaja. 2010;
4. Dixon-Mueller R. How young is “too young”? Comparative perspectives on adolescent sexual, marital, and reproductive transitions. *Stud Fam Plann.* 2008;39(4):247–62.
5. Utomo ID, Utomo A. Adolescent pregnancy in Indonesia: A literature review. *Aust Demogr Soc Res Inst Aust Natl Univ.* 2013;
6. WHO. Early Marriages, Adolescent And Young Pregnancies. Geneva: World Health Organization. 2012.
7. Destariyani E, Dewi R. Faktor–faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja Smp Negeri 1 Talang Empat Kabupaten Bengkulu Tengah Tahun 2015. *IKESMA.* 2015;11(2).
8. Rahyani Y, Utarini A, Wilopo SA, Hakimi M. Predictors of premarital sexual initiation on adolescents in Bali: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1.
9. Suwarni L, Selviana S. Inisiasi seks pranikah remaja dan faktor yang mempengaruhi. *KEMAS J Kesehat Masy.* 2015;10(2):169–77.
10. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard university press; 1979.
11. Bankole A, Biddlecom A, Singh S, Guiella G, Zulu E. Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four sub-Saharan African countries. *Afr J Reprod Health.* 2007;11(3):28–43.
12. Lee RLT, Yuen Loke A, Hung TTM, Sobel H. A systematic review on identifying risk factors associated with early sexual debut and coerced sex among adolescents and young people in communities. *J Clin Nurs.* 2018;27(3–4):478–501.
13. Widyastuti ESA. Kehamilan Tidak Dikehendaki Pada Remaja [Internet]. 2015. Available from: <http://pkbijateng.or.id/tag/ktd/>.
14. Rohmah RA, Prabandari YS, Lestari LA. Using the RE-AIM framework to evaluate safe food village development programme through the food safety movement in village in the Special Region of Yogyakarta, Indonesia. In: *BIO Web of Conferences. EDP Sciences*; 2020. p. 5004.
15. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1322–7.
16. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Sage publications; 2016.
17. Kespro-UGM PS. NVivo (Version 12) [Internet]. 2018. Available from: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>.

18. Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. In: Oncology nursing forum. 2014. p. 545.
19. Bonett S, Petsis D, Dowshen N, Bauermeister J, Wood SM. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexually Transmitted Infection/Human Immunodeficiency Virus Testing among Adolescents in a Large Pediatric Primary Care Network. Sex Transm Dis. 2021;48(7): e91–3.

Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Ramah Remaja (Pkrr) Dalam
Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Awal