



OPTIMALISASI PERAN PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR) DALAM UPAYA PENCEGAHAN PERILAKU BERISIKO PADA REMAJA DI DKI JAKARTA

Ariani Shinta Azzahra¹, Diara Oktania², Nani Handayani³, Andang Evrilianto⁴, Susanna Muthmainnah⁵, Robbiyani Ilma⁶, Masyitoh⁷

^{1,2,3,4,5,6,7}Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
ariani.shinta@ui.ac.id

Abstrak

Masa remaja rentan terhadap berbagai perilaku berisiko, termasuk kekerasan. Meskipun Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) telah dikembangkan sejak tahun 2003 dan diimplementasikan di 44 Puskesmas DKI Jakarta. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi PKPR di tengah lonjakan kasus kekerasan remaja untuk merumuskan upaya optimalisasi perannya. Untuk menganalisis implementasi dan mengidentifikasi tantangan PKPR di DKI Jakarta, serta merumuskan strategi optimalisasi peran PKPR dalam menekan lonjakan kasus kekerasan dan perilaku berisiko lainnya pada remaja. Penelitian ini menggunakan desain studi *mixed-methods sequential exploratory*, yang berlokasi di Puskesmas DKI Jakarta. Sumber data penelitian ini berasal dari data primer (kuisisioner terstruktur) dan data sekunder dari dokumen resmi Dinas Kesehatan. Ditemukan lonjakan signifikan total kasus kekerasan di DKI Jakarta pada tahun 2024 (2084 kasus), meningkat 215.8% dari tahun 2023. Korban usia 13-17 tahun menjadi kelompok tertinggi (552 korban), dengan pelaku Pacar/Teman mengalami lonjakan 312.7% (326 kasus). Hal ini menguatkan bahwa PKPR belum mampu mengatasi masalah klasik implementasi terkait dukungan dana, sarana, dan tenaga. Diperlukan optimalisasi peran PKPR untuk mengatasi masalah klasik implementasi dan beradaptasi pada penanganan kasus kekerasan psikososial. Saran utama meliputi peningkatan pelatihan SDM kesehatan, penyediaan fasilitas yang menjamin privasi dan kenyamanan remaja, serta penguatan jejaring dengan sekolah dan organisasi pemuda.

Kata Kunci: DKI Jakarta, Kekerasan Remaja, Mixed-Methods, Optimalisasi PKPR, Perilaku Berisiko

Abstract

Adolescents are vulnerable to various risky behaviors, including violence. Although the Adolescent Health Care Program (PKPR) has been developed since 2003 and implemented in 44 community health centers in DKI Jakarta, this study aims to analyze the implementation of PKPR amid the surge in cases of adolescent violence to formulate efforts to optimize its role. To analyze the implementation and identify the challenges of PKPR in DKI Jakarta, as well as to formulate strategies to optimize the role of PKPR in reducing the surge in cases of violence and other risky behaviors among adolescents. This study uses a sequential exploratory mixed-methods study design, located at the DKI Jakarta Community Health Center. The data sources for this study come from primary data (structured questionnaires) and secondary data from official documents from the Health Office. A significant spike in the total number of violence cases was found in DKI Jakarta in 2024 (2084 cases), an increase of 215.8% from 2023. Victims aged 13-17 years were the highest group (552 victims), with boyfriends/girlfriends/friends experiencing a 312.7% spike (326 cases). This reinforces that PKPR has not been able to overcome classic implementation problems related to funding, facilities, and personnel. It is necessary to optimize the role of PKPR to overcome classic implementation problems and adapt to the handling of psychosocial violence cases. Key recommendations include improving health personnel training, providing facilities that ensure privacy and comfort for adolescents, and strengthening networks with schools and youth organizations.

Keywords: DKI Jakarta, Adolescents Violence, Mixed-Methods, PKPR Optimalization, Risky Behaviour

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2026

* Corresponding author :

Address : Jakarta Barat

Email : ariani.shinta@ui.ac.id

Phone : 085939232326

PENDAHULUAN

Masa remaja ialah salah satu fase dalam tahapan perkembangan manusia. Pada periode ini, terjadi berbagai perubahan dari masa kanak-kanak menuju dewasa, termasuk perubahan biologis, psikologis, serta sosial. Berlandaskan UU Perlindungan anak, "Remaja ialah individu yang berusia 10 hingga 18 tahun. Namun, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyebutkan kategori usia remaja meliputi rentang usia 10 hingga 24 tahun serta belum menikah". Masa remaja dibagi menjadi tiga tahap, yakni remaja awal yang berkisar antara usia 10-13 tahun, remaja pertengahan dengan rentang usia 14-16 tahun, serta remaja akhir dengan usia antara 17-19 tahun (Siyoto, 2013).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Tahun 2025, jumlah penduduk Indonesia tercatat 284.438,8 juta jiwa, dimana jumlah penduduk yang berada dalam usia 10 - 19 tahun dengan jumlah 44.111,8 ribu jiwa. Sebaran populasi remaja tertinggi di Indonesia adalah di Jawa Barat dengan persentase 18%, lalu Jawa Timur dengan 16%, Jawa Tengah dengan 14%, Sumatera Utara dengan 5%, Banten dengan 4,6%, dan DKI Jakarta dengan 4,1%. Dengan jumlah populasi remaja yang cukup banyak, hal ini harus menjadi perhatian lebih dikarenakan para remaja saat ini yang akan menjadi generasi penerus selanjutnya. Remaja dengan permasalahan-permasalahan terkait seksualitas yang cenderung tinggi ini perlu mendapat perhatian yang serius supaya remaja tidak salah mengambil tindakan yang akan menimbulkan risiko bagi masa depannya.

Perhatian yang serius perlu diberikan pada remaja sebab mereka masih berada pada kategori usia sekolah serta usia kerja (10-24 tahun). Kondisi ini membuat remaja rentan terhadap berbagai masalah kesehatan reproduksi, termasuk perilaku seksual pranikah, napza, serta HIV/AIDS (Rahma, 2011). Hal ini perlu diberikan pada remaja sebab pada masa ini mereka mempunyai dorongan yang kuat untuk mengeksplorasi serta mencoba berbagai hal, termasuk terlibat pada hubungan percintaan (BPS, 2009). Berdasarkan survei mengenai Kesehatan Reproduksi Remaja menyebutkan bahwa "sekitar 33,3% remaja perempuan serta 34,5% remaja laki-laki yang berusia 15-19 tahun mulai terlibat pacaran sebelum usia mereka mencapai 15 tahun". Pada usia ini, terdapat kekhawatiran bahwa remaja belum mempunyai keterampilan hidup yang cukup, sehingga mereka rentan terhadap hubungan percintaan yang tidak sehat serta perilaku seksual pranikah (Kemenkes, 2019).

Perilaku berpacaran yang mengarah ke perilaku seksual berisiko dapat menyebabkan berbagai masalah dan dapat berdampak pada Kesehatan (Putri, 2022). Berlandaskan data dari WHO, sebanyak 40% remaja berusia 18 tahun telah terlibat dalam hubungan seks pranikah (UNESCO, 2018). Berdasarkan data dari BKKBN tahun 2021,

angka kehamilan tidak diinginkan pada remaja usia 15 – 19 tahun di Indonesia sekitar 6,5% - 8% dari total kehamilan di kelompok usia tersebut serta hal itu mengakibatkan mereka melakukan tindak aborsi. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Yayasan Pusat Kajian dan Perlindungan Anak dan Remaja pada tahun 2023, sekitar 18% - 22% pelajar SMA di DKI Jakarta mengaku sudah pernah melakukan hubungan seksual pertama kali, dan data ini lebih tinggi dari rata-rata nasional.

Pengetahuan seksualitas terhadap remaja masih perlu diberikan pada remaja melalui pendidikan kesehatan reproduksi yang berupa pengenalan perubahan sistem dan fungsi mengenai organ reproduksi supaya remaja dapat memahami perubahan pada dirinya (Manuaba, 2018). Pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi yang buruk dapat mempengaruhi perilaku seksual seperti mencium bibir, necking, petting, dan berhubungan seksual pranikah (Silitonga, 2019). Masalah pengetahuan remaja tentang seks yang masih kurang, sehingga meningkatnya minat seksual membuat remaja selalu berusaha mencari lebih banyak informasi mengenai seks. Hanya sedikit remaja yang memperoleh informasi tentang seksual dari orang tuannya. Oleh karena itu, mereka selalu terdorong untuk mencari informasi seks melalui buku-buku seks dari temannya, internet, mengadakan eksperimen seksual, masturbasi, bercumbu, atau melakukan senggama (Seli dkk, 2025). Remaja merupakan individu yang masih sangat labil sehingga mudah terpengaruh oleh lingkungan pergaulan dan mudah terjerumus dalam pergaulan bebas (Lestyani dkk, 2025).

Melihat besaran berbagai permasalahan sebagaimana diuraikan diatas, maka sudah seharusnya pembinaan kesehatan remaja dijadikan sebagai bagian dari program prioritas pemerintah. Pemerintah Indonesia juga memberikan perhatian khusus terhadap hal ini, sebagaimana terlihat dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2023 tentang Kesehatan terutama pada Pasal 50 Kesehatan Remaja: (1) Upaya Kesehatan remaja ditujukan untuk mempersiapkan remaja menjadi orang dewasa yang sehat, cerdas, berkualitas, dan produktif. (2) Upaya Kesehatan remaja dilakukan pada masa usia remaja. (3) Setiap remaja berhak memperoleh akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu dan terjangkau. (4) Upaya Kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), termasuk skrining kesehatan, kesehatan reproduksi remaja dan kesehatan jiwa remaja. (5) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, keluarga dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan Upaya Kesehatan remaja yang sesuai dengan standar, aman, bermutu dan terjangkau. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan remaja diatur dengan Peraturan Pemerintah Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan Program

Kesehatan Remaja di Indonesia dengan menggunakan pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) sejak tahun 2003. Pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) merupakan salah satu program pelayanan kesehatan primer yang dilakukan puskesmas dalam menangani berbagai masalah kesehatan yang dihadapi remaja. Remaja merupakan salah satu aset bangsa yang terus mengalami peningkatan. Selain itu, pengembangan PKPR di tingkat Rumah Sakit sebagai layanan rujukan juga telah dilakukan.

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas telah dikembangkan sejak tahun 2003. Sejak tahun 2009 diupayakan setiap kabupaten/kota minimal memiliki 4 Puskesmas mampu tatalaksana Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja dan di DKI Jakarta sebanyak 44 Puskesmas di DKI Jakarta telah menyelenggarakan PKPR tetapi implementasi program PKPR di tingkat puskesmas di DKI Jakarta belum memenuhi kriteria pelayanan remaja seperti yang ditetapkan karena belum cukupnya dukungan dana, sarana prasarana, tenaga, sedangkan kegiatan PKPR yang dilakukan masih terbatas pada penyuluhan di sekolah dengan materi kesehatan reproduksi remaja saja (Kenti dkk, 2016).

Program PKPR yang dapat dijangkau oleh remaja harus dapat mengakses seluruh golongan remaja diharapkan mampu menanggulangi atau mengatasi masalah-masalah remaja yang ada saat ini. Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan salah satu jenis program kesehatan berbasis sekolah yang sedang diterapkan di Indonesia. Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja dapat terlaksana dengan optimal apabila membentuk jejaring dan terintegrasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi swasta, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) terkait kesehatan remaja.

Pelaksanaan PKPR di Puskesmas mengacu kepada Buku Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Kemenkes, 2019). Petunjuk Teknis Penerapan Pembinaan Sekolah dan Madrasah Sehat, dan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 34 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Nomor 8 Tahun 2028 tentang Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah. PKPR di Provinsi DKI Jakarta diselenggarakan di dalam dan luar gedung Puskesmas. Di dalam gedung, dilakukan pemeriksaan klinis medis, konseling, skrining psikososial, dan layanan rujukan. Sementara di luar gedung, PKPR diselenggarakan melalui Usaha Kesehatan Sekolah dan Madrasah (UKS/M) pada satuan pendidikan, pelayanan kesehatan di pesantren, Lembaga Pembinaan Khusus Anak, dan Posyandu Remaja. Saat ini yang menjadi fokus dari cakupan pelaksanaan PKPR di wilayah DKI Jakarta adalah pelaksanaan skrining kesehatan anak usia sekolah dan remaja, dilakukan penilaian kesehatan mental emosional

menggunakan Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) yang bertujuan mendeteksi dini masalah mental emosional anak, yang terdiri dari penilaian gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, masalah teman sebaya, dan perilaku prososial.

Berdasarkan hasil evaluasi Kementerian Kesehatan hingga akhir 2021 terdapat 81,69% kabupaten/kota memiliki Puskesmas PKPR dan 31% diantaranya dianggap mampu melaksanakan PKPR. Kemenkes juga melakukan penilaian akreditasi ke 44 Puskesmas Kecamatan (PKC) di DKI Jakarta dan terdapat 24 PKC yang terakreditasi paripurna (Kemenkes, 2021). Saat ini yang menjadi fokus dari cakupan pelaksanaan PKPR di wilayah DKI Jakarta adalah pelaksanaan skrining kesehatan anak usia sekolah dan remaja, dilakukan penilaian kesehatan mental emosional menggunakan Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) yang bertujuan mendeteksi dini masalah mental emosional anak, yang terdiri dari penilaian gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, masalah teman sebaya, dan perilaku prososial.

Menggunakan perspektif 5M dan fungsi manajemen POACE, didapatkan bahwa 10 puskesmas di DKI Jakarta telah melaksanakan PKPR. Akan tetapi, tantangan yang dihadapi oleh puskesmas pada saat itu adalah kurangnya kompetensi dan jumlah sumber daya manusia yang mengelola serta fasilitas ruangan dan peralatan Kesehatan (Barida dkk, 2019). Kemampuan untuk melaksanakan PKPR ini tentunya diharapkan terus meningkat dengan cara mengatasi permasalahan-permasalahan yang dihadapi, sehingga peran PKPR menjadi lebih optimal untuk mampu mengatasi permasalahan remaja saat ini.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain studi *Mixed-Methods* dengan jenis sekuensial eksploratori. Tahap kuantitatif dilaksanakan sebagai fase awal untuk mengukur tingkat pemenuhan standar implementasi PKPR dan menganalisis hubungan antara kualitas program dengan indikator kesehatan dan perilaku berisiko remaja. Hasil-hasil kunci dari tahapan kuantitatif yang mengindikasikan adanya kesenjangan kemudian akan dieksplorasi secara mendalam pada tahap kualitatif. Lokasi penelitian berada di Puskesmas DKI Jakarta dengan populasi penelitian yaitu seluruh puskesmas di DKI Jakarta yang telah terakreditasi dan menyelenggarakan program PKPR secara aktif. Sampel pada penelitian ini dipilih melalui purposive sampling yang diperluas dengan snowball sampling hingga mencapai saturasi data. Sumber data pada penelitian ini berasal dari data primer yaitu kuisioner terstruktur dengan mewawancara Puskesmas terkait dan Dinas Kesehatan DKI Jakarta dan data sekunder dari dokumen resmi Dinas Kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Data Kunjungan Poli PKPR di DKI Jakarta Periode 1 Januari 2024-Okttober 2025

Puskesmas	Jumlah Kunjungan
Kecamatan Cempaka Putih	1.891 Kunjungan
Kecamatan Cengkareng	2.332 Kunjungan
Kecamatan Kembangan	28.602 Kunjungan
Kecamatan Palmerah	9.604 Kunjungan

Sumber: Dinkes DKI Jakarta

Tabel 2. Sebaran Jumlah Kasus Kekerasan di Provinsi DKI Jakarta

Kota	Jumlah Kasus
Kota Jakarta Selatan	451 Kasus
Kota Jakarta Timur	537 Kasus
Kota Jakarta Pusat	239 Kasus
Kota Jakarta Barat	480 Kasus
Kota Jakarta Utara	363 Kasus
Kepulauan Seribu	14 Kasus
Korban Laki-laki	350 Korban
Korban Perempuan	1.749 Korban

Sumber: Simponi PPPA

Tabel 3. Analisis Perbandingan Jumlah Kasus di DKI Jakarta antara Tahun 2023 dengan Tahun 2024

Kategori	Tahun 2023	Tahun 2024	Keterangan
Total	660	2084	Naik 1424
Kasus Kekerasan	kasus	kasus	(215.8%)
Wilayah dengan Kasus	Jakarta (177)	Jakarta (537)	Naik 360 kasus (203.4%)
Tertinggi Pertama	kasus)	kasus)	
Wilayah dengan Kasus	Jakarta (136)	Jakarta (480)	Naik 344 kasus (252.9%)
Tertinggi Kedua	kasus)	kasus)	
Bentuk Kekerasan	Bentuk Kekerasan	Kekerasan fisik	Beralih dari seksual ke fisik
Tertinggi Jumlah Kekerasan Fisik	252	870	Naik 618 kasus (245.2%)
Jumlah Kekerasan Psikis	247	841	Naik 594 kasus (240.5%)
Jumlah Kekerasan Seksual	281	840	Naik 559 kasus (198.9%)
Korban Usia 13-17 Tahun	168	552	Naik 384 korban (228.6%)
Korban Usia 25-44 Tahun	175	545	Naik 370 korban (211.4%)
Pelaku Suami/Istri Pelaku	118 kasus	354 kasus	Naik 236 kasus (200%)
Pelaku	79 kasus	326 kasus	Naik 247

Pacar/Teman	kasus (312.7%)
-------------	----------------

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kasus kekerasan yang sangat signifikan di Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2024, di mana terjadi kenaikan lebih dari 3 kali lipat (215.8%), dari 660 kasus pada tahun 2023 menjadi 2084 kasus pada tahun 2024. Lonjakan tajam ini mengindikasikan bahwa upaya promotif dan preventif, termasuk yang dilaksanakan melalui PKPR, belum mampu mengimbangi atau menekan risiko perilaku pada remaja.

Kelompok usia 13–17 tahun menjadi korban tertinggi (552 korban di tahun 2024), meningkat drastis hingga 228.6% dibandingkan tahun sebelumnya. Fakta ini menegaskan bahwa kelompok usia remaja (10–19 tahun, bahkan hingga 24 tahun menurut BKKBN) adalah sasaran utama yang paling rentan. Kerentanan ini didukung oleh data bentuk kekerasan yang didominasi oleh kasus Fisik (870 kasus), Psikis (841 kasus), dan Seksual (840 kasus). Tingginya kasus kekerasan psikis dan seksual menunjukkan perlunya intervensi kesehatan mental dan psikoedukasi yang intensif, yang merupakan salah satu mandat utama PKPR.

Data mengenai pelaku menunjukkan bahwa Pacar/Teman menduduki peringkat kedua tertinggi dengan 326 kasus, meningkat 312.7% dari tahun sebelumnya. Temuan ini memperkuat urgensi optimalisasi peran PKPR di ranah luar gedung (sekolah dan komunitas), sebab kekerasan terjadi dalam lingkaran sosial terdekat remaja. PKPR harus mampu memperkuat pembentukan Konselor Sebaya dan meningkatkan literasi remaja mengenai hubungan sehat, bukan hanya fokus pada edukasi kesehatan reproduksi di Puskesmas.

Meskipun PKPR telah dikembangkan sejak tahun 2003 dan di DKI Jakarta sendiri sudah ada Puskesmas yang terakreditasi paripurna, lonjakan kasus kekerasan ini menunjukkan bahwa PKPR secara sistemik belum optimal. Tantangan implementasi PKPR di Jakarta bersifat *klasik* dan persisten. DKI Jakarta telah mengidentifikasi kendala pada aspek dukungan dana, sarana prasarana, tenaga, dan sosialisasi (Manuaba, 2018). Dalam evaluasi umum PKPR juga menyimpulkan bahwa implementasi program seringkali belum optimal akibat kurangnya pelatihan dan keterbatasan dana (Mumtazah dkk, 2022). Fasilitas yang belum memadai, seperti tidak adanya ruang konseling khusus, dapat melanggar prinsip PKPR, yaitu kerahasiaan dan kenyamanan. Padahal, kasus kekerasan (terutama seksual dan psikis) membutuhkan jaminan kerahasiaan agar korban berani mencari pertolongan.

Pelaksanaan PKPR menuntut SDM kesehatan yang memiliki kompetensi konseling dan komunikasi yang khusus kepada remaja. Lonjakan kasus kekerasan yang didominasi oleh kekerasan psikis menyoroti perlunya peningkatan kompetensi petugas dalam penanganan masalah kesehatan

mental dan emosional (skrining SDQ). Selain itu, berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan tenaga kesehatan di salah satu puskesmas di DKI Jakarta menegaskan bahwa keterbatasan SDM juga dapat membatasi kegiatan promosi dan jangkauan pelayanan pada poli PKPR ini. Menurut informan, PKPR membutuhkan tenaga pelayanannya tersendiri dan khusus untuk menangani PKPR serta ruangan PKPR yang lebih tertutup mengingat remaja pun membutuhkan ruang aman dan nyaman untuk melakukan konseling. Hal ini sejalan dengan perlunya optimalisasi PKPR melalui jejaring yang terintegrasi dengan sekolah dan organisasi swasta, terutama untuk menjangkau korban/pelaku dari hubungan Pacar/Teman.

Untuk mengatasi lonjakan kasus dan menanggulangi masalah implementasi klasik tersebut, diperlukan optimalisasi peran PKPR yang terfokus pada hasil. Secara empiris, intervensi PKPR terbukti efektif dalam upaya pencegahan. Adanya perbedaan signifikan antara perilaku berisiko pada remaja yang mengakses layanan PKPR dibandingkan yang tidak mengakses (Wardhatul, 2024). Temuan ini membenarkan secara ilmiah bahwa peningkatan pemanfaatan dan kualitas PKPR berkorelasi positif dengan penurunan perilaku berisiko remaja, sehingga PKPR wajib dijadikan ujung tombak dalam pencegahan kasus kekerasan. Sedangkan, berdasarkan data yang dapat dilihat dan di akses di laman Dinas Kesehatan DKI Jakarta bahwa tidak semua puskesmas kecamatan memiliki poli PKPR tersendiri dan tidak semua puskesmas memiliki pengunjung pada poli PKPR.

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kasus kekerasan yang sangat signifikan di Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2024, di mana terjadi kenaikan lebih dari 3 kali lipat (215.8%), dari 660 kasus pada tahun 2023 menjadi 2084 kasus pada tahun 2024. Lonjakan tajam ini mengindikasikan bahwa upaya promotif dan preventif, termasuk yang dilaksanakan melalui PKPR, belum mampu mengimbangi atau menekan risiko perilaku pada remaja. Kelompok usia 13–17 tahun menjadi korban tertinggi (552 korban di tahun 2024), meningkat drastis hingga 228.6% dibandingkan tahun sebelumnya. Fakta ini menegaskan bahwa kelompok usia remaja (10–19 tahun, bahkan hingga 24 tahun menurut BKKBN) adalah sasaran utama yang paling rentan. Kerentanan ini didukung oleh data bentuk kekerasan yang didominasi oleh kasus Fisik (870 kasus), Psikis (841 kasus), dan Seksual (840 kasus). Tingginya kasus kekerasan psikis dan seksual menunjukkan perlunya intervensi kesehatan mental dan psikoedukasi yang intensif, yang merupakan salah satu mandat utama PKPR.

Data mengenai pelaku menunjukkan bahwa Pacar/Teman menduduki peringkat kedua tertinggi

dengan 326 kasus, meningkat 312.7% dari tahun sebelumnya. Temuan ini memperkuat urgensi optimalisasi peran PKPR di ranah luar gedung (sekolah dan komunitas), sebab kekerasan terjadi dalam lingkaran sosial terdekat remaja. PKPR harus mampu memperkuat pembentukan Konselor Sebaya dan meningkatkan literasi remaja mengenai hubungan sehat, bukan hanya fokus pada edukasi kesehatan reproduksi di Puskesmas.

Meskipun PKPR telah dikembangkan sejak tahun 2003 dan di DKI Jakarta sendiri sudah ada Puskesmas yang terakreditasi paripurna, lonjakan kasus kekerasan ini menunjukkan bahwa PKPR secara sistemik belum optimal. Tantangan implementasi PKPR di Jakarta bersifat *klasik* dan persisten. Di DKI Jakarta telah dilakukan identifikasi kendala pada aspek dukungan dana, sarana prasarana, tenaga, dan sosialisasi (Manuaba, 2018). Dalam evaluasi umum PKPR juga menyimpulkan bahwa implementasi program seringkali belum optimal akibat kurangnya pelatihan dan keterbatasan dana (Mumtazah dkk, 2022). Fasilitas yang belum memadai, seperti tidak adanya ruang konseling khusus, dapat melanggar prinsip PKPR, yaitu kerahasiaan dan kenyamanan. Padahal, kasus kekerasan (terutama seksual dan psikis) membutuhkan jaminan kerahasiaan agar korban berani mencari pertolongan.

Pelaksanaan PKPR menuntut SDM kesehatan yang memiliki kompetensi konseling dan komunikasi yang khusus kepada remaja. Lonjakan kasus kekerasan yang didominasi oleh kekerasan psikis menyoroti perlunya peningkatan kompetensi petugas dalam penanganan masalah kesehatan mental dan emosional (skrining SDQ). Selain itu, berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan tenaga kesehatan di salah satu puskesmas di DKI Jakarta menegaskan bahwa keterbatasan SDM juga dapat membatasi kegiatan promosi dan jangkauan pelayanan pada poli PKPR ini. Menurut informan, PKPR membutuhkan tenaga pelayanannya tersendiri dan khusus untuk menangani PKPR serta ruangan PKPR yang lebih tertutup mengingat remaja pun membutuhkan ruang aman dan nyaman untuk melakukan konseling. Hal ini sejalan dengan perlunya optimalisasi PKPR melalui jejaring yang terintegrasi dengan sekolah dan organisasi swasta, terutama untuk menjangkau korban/pelaku dari hubungan Pacar/Teman.

Untuk mengatasi lonjakan kasus dan menanggulangi masalah implementasi klasik tersebut, diperlukan optimalisasi peran PKPR yang terfokus pada hasil. Secara empiris, intervensi PKPR terbukti efektif dalam upaya pencegahan. Lalu adanya perbedaan signifikan antara perilaku berisiko pada remaja yang mengakses layanan PKPR dibandingkan yang tidak mengakses (Wardhatul, 2024). Temuan ini membenarkan secara ilmiah bahwa peningkatan pemanfaatan dan kualitas PKPR berkorelasi positif dengan penurunan perilaku berisiko remaja, sehingga

PKPR wajib dijadikan ujung tombak dalam pencegahan kasus kekerasan. Sedangkan, berdasarkan data yang dapat dilihat dan di akses di laman Dinas Kesehatan DKI Jakarta bahwa tidak semua puskesmas kecamatan memiliki poli PKPR tersendiri dan tidak semua puskesmas memiliki pengunjung pada poli PKPR.

DAFTAR PUSTAKA

- Siyoto S, Sodik M. Buku ajar kesehatan reproduksi. Yogyakarta: Nuha Medika; 2013.
- Rahma W, Dewi A. KAJIAN PROFIL PENDUDUK REMAJA (10-24 TAHUN): Ada apa dengan Remaja? Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan BKKBN; 2011.
- Kemenkes. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2019.
- Putri Mulia Hayati R, Ningsih R. Gambaran Perilaku Berpacaran pada Siswa SMA X Jakarta Barat. Jurnal Masyarakat Sehat Indonesia. 2022;[Volume dan Halaman tidak tersedia].
- UNESCO. International technical guidance on sexuality education In United Nations Educational Scientific and Cultural Organization SDGs [Internet]. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2018 [dikutip 26 Okt 2025]. Tersedia dari: [Tautan tidak tersedia].
- Rahmawati A, Haryanto T. Pengetahuan dan Perilaku Seksual Pranikah Remaja. Jurnal Komunikasi Kesehatan. 2017:45–61.
- Manuaba U. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja SMP dan SMA di Wilayah Eks-Kota Administratif Cilacap. Jurnal Ilmu-ilmu Kesehatan. 2018;[Volume dan Halaman tidak tersedia].
- Silitonga P. Cegah Seks Bebas pada Remaja, Orang Tua Pasti Bisa. Artikel Universitas Sumatera Utara, Fakultas Psikologi. 2019;5(7):2477–1686.
- Badan Pusat Statistik. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin, 2024. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2024. [dikutip 26 Okt 2025]. Tersedia dari: [Tautan tidak tersedia].
- Kementerian Kesehatan RI. Buku Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2019.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2023.
- Barida H, Nurmansyah MI, Sabilla S. Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2019. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia. 2019;7(2):100–108.
- Laila. Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Andalas Kota Padang. Jurnal Ilmu Kesehatan. 2021;7(1):112–122.
- Mumtazah S, Sulistiadi W. Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2022;21(5):358–362.
- Wardhatul Livia, Arifah I. Perilaku Seksual Berisiko Pada Remaja Mengakses Dan Tidak Mengakses Program Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Surakarta Indonesia. Prosiding Seminar Pascasarjana UNS 2023. 2024:334–345.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Data Kunjungan dan Data Diagnosa [Internet]. Jakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta; 2025 [dikutip 26 Okt 2025]. Tersedia dari: <https://dashboard-dinkes.jakarta.go.id/puskesmas>.
- Kementerian PPA. SIMFONI-PPA. Peta Sebaran Jumlah Kasus Kekerasan Menurut Provinsi Tahun 2025 [Internet]. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI; 2025 [dikutip 10 Mar 2025]. Tersedia dari: <https://kekerasan.kemenppa.go.id/ringkasan>
- Seli Nurhasanah, Titin Eka Augiantini. Pengaruh Edukasi Kesehatan Reproduksi dalam Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Seks Pranikah SMPN 02 Tanjung Raja Lampung Utara Tahun 2025. Jurnal Ners [Volume 9 Nomor 4 Tahun 2025]. <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners/article/view/48973/31381>.
- Lestyani et al. Hubungan Tingkah Pengetahuan Tentang Infeksi Menular Seksual dengan Perilaku Seks Bebas pada Remaja di SMK Negeri 1 Sragen. Jurnal Ners [Volume 9 Nomor 3 Tahun 2025]. <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners/article/view/47807/30119>