



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.194, 2018

KEMENKO-PMK. RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.

PERATURAN MENTERI KOORDINATOR BIDANG PEMBANGUNAN
MANUSIA DAN KEBUDAYAAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1 TAHUN 2018
TENTANG
RENCANA AKSI NASIONAL KESEHATAN ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA
TAHUN 2017-2019

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KOORDINATOR BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN
REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa pembangunan kesehatan pada kelompok anak usia sekolah dan remaja akan mengarah pada kemandirian dan peningkatan produktivitas mereka, sehingga akan berkontribusi besar pada kesejahteraan dan kemajuan bangsa;
- b. bahwa untuk pembangunan kesehatan pada kelompok anak usia sekolah dan remaja dapat terlaksana secara sistematis dan terarah, perlu menyusun Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2015 tentang Organisasi Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 8);
3. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2015 tentang Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 10);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan: PERATURAN MENTERI KOORDINATOR BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN TENTANG RENCANA AKSI NASIONAL KESEHATAN ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA TAHUN 2017-2019.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri Koordinator ini yang dimaksud dengan:

1. Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019 yang selanjutnya disebut RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja adalah dokumen yang memuat sasaran, strategi, indikator serta target prioritas, yang digunakan sebagai acuan oleh Kementerian, Lembaga dan Pemerintah Daerah dalam melaksanakan pencegahan dan menurunkan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja;
2. Menteri Koordinator adalah Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud ditetapkannya Peraturan Menteri Koordinator ini adalah sebagai pedoman dalam memberikan arah kebijakan, perencanaan, dan pelaksanaan program kesehatan anak usia sekolah dan remaja bagi Kementerian/Lembaga Pemerintah, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, sektor swasta, dan lembaga penelitian.

Pasal 3

Tujuan ditetapkannya Peraturan Menteri Koordinator ini adalah mencegah dan mengurangi jumlah permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja.

BAB III RAN KESEHATAN ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA

Pasal 4

- (1) Dengan Peraturan Menteri Koordinator ini ditetapkan RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan remaja Tahun 2017-2019 yang berlaku sampai dengan 31 Desember 2019.
- (2) RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan remaja Tahun 2017-2019, terdiri dari 5 (lima) strategi yaitu:
 - a. peningkatan pengetahuan dan keterampilan anak usia sekolah dan remaja terhadap 8 (delapan) isu kesehatan;
 - b. penguatan akses dan kualitas layanan kesehatan yang komprehensif bagi anak usia sekolah dan remaja;
 - c. penguatan kelembagaan peningkatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja;
 - d. peningkatan pengadaan dan penguatan informasi strategis; dan
 - e. peningkatan pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna.

- (3) RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019 sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri Koordinator ini.
- (4) Sistematika RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019 sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebagai berikut:
 - a. pendahuluan;
 - b. analisis situasi;
 - c. rencana aksi kesehatan anak usia sekolah dan remaja;
 - d. program dan kegiatan;
 - e. pendanaan; dan
 - f. monitoring dan evaluasi.

Pasal 5

RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019 dilaksanakan oleh Kementerian/Lembaga sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

BAB IV

GUGUS TUGAS

Pasal 6

- (1) Dalam rangka pelaksanaan RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019 agar berjalan terarah, terukur, dan terkoordinasi dengan baik, dapat dibentuk Gugus Tugas baik pada tingkat nasional, provinsi, maupun kabupaten/kota.
- (2) Susunan gugus tugas nasional, terdiri atas:
 - a. Tim Pengarah;
 - b. Tim Teknis; dan
 - c. Kelompok Kerja, yang terdiri atas:
 1. kelompok kerja bidang peningkatan pengetahuan dan keterampilan anak usia sekolah dan remaja terhadap 8 (delapan) isu kesehatan dikoordinasikan oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan;

2. kelompok kerja bidang penguatan akses dan kualitas layanan kesehatan yang komprehensif bagi anak usia sekolah dan remaja dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan;
 3. kelompok kerja bidang penguatan lingkungan pendukung dikoordinasikan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak;
 4. kelompok kerja bidang peningkatan pengadaan informasi strategis dikoordinasikan oleh Kementerian Komunikasi dan Informatika; dan
 5. kelompok kerja bidang pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna dikoordinasikan oleh Kementerian Pemuda dan Olah Raga.
- (3) Anggota kelompok kerja dapat melibatkan organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, lembaga penelitian, dan organisasi dari dan untuk anak usia sekolah dan remaja itu sendiri.
 - (4) Susunan gugus tugas nasional, akan ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Menteri Koordinator.
 - (5) Susunan gugus tugas provinsi sama dengan susunan gugus tugas nasional, namun terbatas pada lingkup provinsi dan akan ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Gubernur.
 - (6) Susunan gugus tugas kabupaten/kota sama dengan gugus tugas nasional, namun terbatas pada lingkup kabupaten/kota dan akan ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Bupati/Wali Kota.

BAB V

PENDANAAN

Pasal 7

- (1) Pendanaan pelaksanaan RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019 pada Kementerian

dan Lembaga, dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

- (2) Pendanaan pelaksanaan RAN Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Tahun 2017-2019 pada pemerintahan daerah provinsi, dan kabupaten/kota, dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah masing-masing.

BAB VI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Peraturan Menteri Koordinator ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri Koordinator ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 3 Januari 2018

MENTERI KOORDINATOR BIDANG
PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

PUAN MAHARANI

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 30 Januari 2018

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN I
PERATURAN MENTERI KOORDINATOR BIDANG
PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR TAHUN 2018
TENTANG
RENCANA AKSI NASIONAL KESEHATAN ANAK
USIA SEKOLAH DAN REMAJA TAHUN 2017-2019

RENCANA AKSI NASIONAL KESEHATAN ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA
TAHUN 2017-2019

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menjadi landasan semua perundang-undangan yang ada menjamin setiap orang berhak hidup sejahtera lahir, batin dan sehat. Kesehatan yang dimaksud adalah keadaan sehat, baik fisik, jiwa, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Undang-Undang yang ada juga menegaskan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai kebutuhan fisik, mental, spiritual dan sosial. Sementara untuk remaja, negara menjamin setiap dari mereka dapat memperoleh edukasi, informasi, dan layanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.

Kesehatan anak dan remaja mendapatkan perhatian khusus karena di tangan mereka terletak masa depan Indonesia. Sayangnya saat ini Indonesia sedang menghadapi tiga tantangan serius terkait kesehatan anak dan remaja yang menjadi sorotan dunia. Pertama, masih ada target *Millenium Development Goals* (MDGs) yang perlu ditindaklanjuti, terutama target MDGs Nomor 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu dengan menargetkan penurunan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015. Data tahun 2015 menunjukkan AKI berada pada angka 359 kematian per 100.000

kelahiran hidup. Sebagian dari penyumbang tingginya AKI adalah kelompok usia remaja. Sementara indikator pendukung MDGs Nomor 5 yaitu menurunnya angka melahirkan pada remaja perempuan di bawah usia 19 tahun, telah tercapai. Namun penurunannya landai (dari 51 per 1000 di tahun 2002/2003 menjadi 48 per 1000 di tahun 2015 untuk perempuan usia 15-19 tahun) sehingga kerja keras harus terus dan semakin ditingkatkan agar ada penurunan yang signifikan.

AKI pada remaja terkait erat dengan MDGs Nomor 4 yaitu menurunkan angka kematian bayi (AKB) yang merupakan tantangan serius kedua. Walaupun Indonesia telah berhasil mencapai target MDG Nomor 4, namun angkanya masih belum sesuai harapan (26,29 per 1000 kelahiran hidup) dan masuk dalam empat peringkat besar AKB tertinggi di antara negara-negara anggota ASEAN. Sementara pada ibu yang melahirkan di usia 20 tahun atau kurang, AKB menjadi jauh lebih tinggi atau 50 per 1000 kelahiran hidup.

Tantangan ketiga menyangkut target MDGs Nomor 6 yaitu menghentikan peningkatan prevalensi HIV yang saat ini telah mencapai 0,36% atau meningkat cukup tinggi jika dibandingkan dengan data dasar untuk MDGs sebesar 0,16% di tahun 2006. Sebagian kasus HIV dan AIDS yang ada berasal dari kelompok remaja dan secara konsisten terus bertambah jumlahnya. Capaian indikator pendukung MDGs Nomor 6 yaitu proporsi remaja usia 10-24 tahun dengan pengetahuan komprehensif HIV, walaupun telah terjadi peningkatan dibandingkan dengan tahun 2010 (11,40%) namun persentasenya saat ini baru 21,25% sehingga masih jauh dari harapan. Tantangan besar bagi remaja agar paham cara pencegahan HIV adalah masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap HIV dan AIDS di masyarakat. Menanggapi hal ini Indonesia berjanji melalui *ASEAN Declaration on Commitment: Getting to Zero New HIV Infections, Zero Discrimination, Zero AIDS-Related Deaths of 2012* untuk meniadakan kebijakan-kebijakan yang mendukung stigma dan diskriminasi. Semakin kompleksnya permasalahan AKI, AKB dan HIV dan AIDS pada remaja juga telah menjadi salah satu perhatian serius Komisi Hak Anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) saat dilakukannya peninjauan berkala kondisi anak Indonesia di tahun 2014. Hasil dari peninjauan berkala tersebut adalah serangkaian rekomendasi dan dorongan untuk segera ditindaklanjuti oleh Indonesia. Komisi Hak Anak PBB akan kembali melakukan peninjauan pada tahun 2019 termasuk

menelaah tanggapan Indonesia terhadap rekomendasi dan dorongan yang telah diberikan.

Pada tahun 2015 Indonesia juga telah menunjukkan komitmen yang tinggi guna memastikan segera teratasinya 3 isu yang menjadi sorotan dunia tersebut melalui kesertaan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) atau yang secara resmi bernama *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Mengubah Dunia Kita: Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan).

Di samping AKI, AKB dan HIV dan AIDS, rangkaian permasalahan kesehatan anak dan remaja yang disebabkan oleh perubahan biologis dan mental mereka sehingga berdampak pada pola hidup dan perilaku juga telah menjadi semakin panjang. Seperti masalah gizi, penggunaan zat adiktif (rokok, alkohol dan narkoba), sanitasi dan kebersihan diri, kesehatan jiwa ataupun penyakit tidak menular lainnya. Berbagai permasalahan kesehatan ini sebenarnya dapat dicegah jika saja anak dan remaja memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan. Kenyataan yang memprihatinkan adalah semakin melebarnya rentang usia mereka yang menghadapinya.

Perilaku dan pola hidup yang menyebabkan permasalahan kesehatan anak dan remaja sebenarnya terkait erat dengan kondisi sosial budaya di mana mereka berada. Misalnya saat anak masuk sekolah, terjadi perubahan signifikan dalam hidup mereka di mana sebagian besar waktu anak tidak lagi bersama keluarga. Anak mulai mengenal dan beradaptasi dengan lingkungan sekolah dan serta lingkungan lain di luar rumah. Dunia sekolah dan pertemanan di luar rumah selain memberi pengaruh yang positif, juga dapat berimbas negatif. Salah satu dampak buruk yang belakangan ini marak di media massa adalah perundungan, tawuran antar pelajar serta kasus-kasus kekerasan seksual yang terjadi pada anak dan remaja di luar rumah termasuk sekolah. Pelakunya dapat siapa saja mulai dari teman sebaya, saudara, tetangga, orang dewasa di sekolah hingga orang tidak di kenal. Kondisi memasygulkan ini membuat pemerintah mengeluarkan Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2014 tentang Gerakan Nasional Anti Kejahatan Seksual Terhadap Anak. Di tahun yang sama pemerintah juga mengeluarkan UU No. 35 tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak.

Pembangunan pesat pada segala bidang telah mendorong setiap anggota masyarakat usia produktif untuk berkontribusi dan terjun dalam dunia kerja. Hasilnya adalah kemajuan sosial, ekonomi dan teknologi yang sangat diperlukan Indonesia untuk bersaing dengan negara lain. Namun konsekuensi negatif dari keberhasilan pembangunan adalah terus meningkatnya jumlah anak dan remaja yang menunda hidup mandiri dan berlama-lama bergantung pada orangtua sehingga kemampuan berpikir asertif dan menyusun rencana hidup tidak terasah. Ditambah lagi perkembangan teknologi telah memberi kemudahan berkomunikasi dan akses terhadap beragam jenis informasi. Saat ini terutama di daerah urban, mayoritas anak dan remaja sudah memiliki alat telekomunikasi yang dilengkapi dengan akses internet. Di dalam dunia maya, informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan anak dan remaja agar dapat hidup sehat dan terencana sama banyaknya dengan informasi yang mendorong untuk melakukan perilaku berisiko.

Pada anak dan remaja dari keluarga prasejahtera, banyak dari mereka yang putus sekolah, karena desakan ekonomi. Guna memenuhi kebutuhan hidup mereka terpaksa bekerja atau dari bergantung pada orangtua tiba-tiba jadi memiliki penghasilan sendiri dan mendapat kebebasan untuk melakukan beragam hal. Sayangnya, anak dan remaja putus sekolah relatif tidak memiliki keterampilan untuk bekerja di sektor formal atau pekerjaan layak lainnya. Umumnya mereka hanya dapat bekerja di sektor informal yang kebanyakan bukan saja membuat remaja terpapar dengan beragam godaan untuk berperilaku berisiko, namun kondisi lingkungan di mana pekerjaan tersebut berlangsung dapat mengancam kesehatan dan keselamatan mental serta jiwa mereka.

Kondisi di atas memperlihatkan betapa serius dan besarnya permasalahan kesehatan anak dan remaja yang telah dimulai dari sejak anak memasuki bangku sekolah hingga remaja akhir atau usia 6-24 tahun. Terlebih Indonesia akan mengalami bonus demografi di tahun 2020-2030. Pada periode tersebut jumlah penduduk usia produktif (15-64 tahun) mencapai 69% dari total jumlah penduduk. Jika dimanfaatkan dengan baik, bonus demografi menjadi peluang emas untuk mencapai tingkat pembangunan sosial dan ekonomi yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan periode lainnya. Bonus demografi akan terjadi kurang dari 5 (lima) tahun lagi. Sebagian dari kelompok usia produktif

pada periode bonus demografi, saat ini berada dalam kelompok anak usia sekolah dan remaja.

Agar kondisi kesehatan anak usia sekolah dan remaja dapat mengalami perbaikan yang signifikan secara cepat, harus ada upaya masif dan berkelanjutan. Sesuai dengan komitmen Indonesia dalam SDGs, upaya komprehensif ini melibatkan bukan saja pemerintah namun juga organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, sektor swasta, lembaga penelitian ataupun organisasi dari dan untuk anak usia sekolah dan remaja itu sendiri. Dibutuhkan sebuah kebijakan yang mampu menjabarkan situasi permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja terkini secara rinci sebagai panduan strategis rencana aksi yang menyeluruh dan memastikan keterlibatan aktif semua pihak.

Berdasarkan penjabaran di atas, maka ditetapkan untuk menyusun Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja (6-24 tahun) untuk tahun 2017-2019. Bersama ini pula, Strategi Nasional Kesehatan Remaja 2005 dinyatakan untuk tidak digunakan lagi. Landasan perumusan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja ini adalah Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 dengan memperhatikan perkembangan kondisi terkini baik yang terjadi di dalam maupun luar Indonesia.

B. Pentingnya Anak Usia Sekolah dan Remaja

Anak usia sekolah adalah mereka yang wajib melaksanakan wajib belajar 12 tahun seperti yang tertuang di dalam RPJMN 2015-2019 dan termasuk dalam kelompok umur 6-18 tahun. Sementara remaja, sesuai dengan konsep *young people* yang dikeluarkan oleh PBB adalah mereka yang berusia antara 10-24 tahun. Konsep *young people* menurut PBB ini sebenarnya masih dapat dibagi menjadi dua yaitu *adolescent* (remaja awal) atau mereka yang berusia 10-19 tahun dan *youth* (remaja akhir) atau mereka yang berusia 15-24 tahun. Tahapan hidup kelompok anak usia sekolah dan remaja merupakan peluang terakhir dalam menyiapkan mereka menjadi orang dewasa yang sehat, cerdas, berakhlak mulia dan berhasil meraih potensi dirinya yang terbaik. Melakukan intervensi yang serius dan seksama pada kelompok anak usia sekolah dan remaja akan berkontribusi besar pada kesejahteraan dan kemajuan bangsa ini.

Analisis berdasarkan bukti dari berbagai negara di dunia menunjukkan bahwa :

1. Investasi upaya kesehatan, pendidikan dan penguatan keterampilan untuk anak usia sekolah dan remaja akan mengarah pada kemandirian dan peningkatan produktifitas mereka di kemudian hari.
2. Perilaku hidup sehat yang berlandaskan pada kesadaran terhadap Hak Asasi Manusia (HAM) yang didapat selama periode anak usia sekolah dan remaja akan terus berdampak pada kehidupan mereka saat dewasa.
3. Menunda usia perkawinan dan memberdayakan anak usia sekolah dan remaja untuk mampu membuat keputusan yang rasional dan bijaksana dalam memiliki dan mengatur jarak serta jumlah anak akan berdampak positif terhadap keluarga kecil yang sehat dan meredam pertumbuhan penduduk.

C. Tujuan Pembuatan Dokumen Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

1. Tujuan Umum

Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja bertujuan sebagai pedoman untuk memberikan arah pada semua pemangku kepentingan dalam penguatan kebijakan serta perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan anak usia sekolah dan remaja di tahun 2017-2019.

2. Tujuan Khusus

Secara khusus, bagi seluruh pemangku kepentingan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja ini bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan komitmen dan koordinasi dalam memastikan terpenuhinya hak-hak kesehatan anak usia sekolah dan remaja
- b. Meningkatkan pemahaman terhadap keberagaman situasi dan permasalahan kesehatan yang mengancam atau sedang dihadapi anak usia sekolah dan remaja termasuk beragam faktor pendukung yang mencakup kondisi demografis, sosial, budaya, politik serta ekonomi.
- c. Meningkatkan pemahaman terhadap kekuatan dan tantangan kebijakan yang ada sehingga dapat disempurnakan sebagai landasan yang kokoh dalam memayungi program dan layanan

termasuk penanganan isu-isu kesehatan yang sering dianggap sensitif.

- d. Memberikan arah dan motivasi untuk melakukan pengembangan dan penguatan program-program kesehatan anak usia sekolah dan remaja berbasis bukti serta merekomendasikan diperlukannya perhatian khusus pada kelompok anak usia sekolah dan remaja tertentu karena kebutuhan kesehatan yang spesifik.
- e. Mempromosikan pendekatan berbasis Hak Asasi Manusia (HAM) bagi anak usia sekolah dan remaja agar mereka mampu terlibat secara bermakna dan dapat menikmati hak-haknya sebagai manusia dan warga negara Indonesia.
- f. Merekomendasikan analisis berbasis bukti sebagai tumpuan penguatan kebijakan dan program yang tepat guna serta pengadaan data yang komprehensif dan diperbaharui secara teratur untuk memonitor perkembangan permasalahan dan efektifitas tanggapan yang diberikan.

D. Sasaran

1. Sasaran Langsung

Sasaran utama dari dokumen Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja adalah Kementerian dan Lembaga pemerintah maupun non-pemerintah yang terdiri dari organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, sektor swasta, lembaga penelitian ataupun organisasi dari dan untuk anak usia sekolah dan remaja itu sendiri.

2. Sasaran Tidak Langsung

- a. Orangtua, wali, tenaga pendidik atau orang lain yang secara langsung atau tidak langsung berperan dalam melindungi, memenuhi hak-hak, mendidik dan mengarahkan anak usia sekolah dan remaja.
- b. Setiap Anak usia sekolah dan remaja berusia 6-24 tahun dengan menghargai keberagaman latar belakang mereka baik jenis kelamin, gender, sosial, ekonomi, budaya maupun mereka yang

memiliki kebutuhan khusus atau berada di tempat/situasi khusus.

BAB II ANALISIS SITUASI

A. Situasi Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Kesehatan adalah modal dasar anak usia sekolah dan remaja untuk menimba ilmu, mengasah bakat dan keterampilan serta berkarya dengan maksimal. Namun realita menunjukkan cukup banyak masalah kesehatan yang harus dihadapi oleh mereka. Agar dapat merespons secara strategis permasalahan kesehatan yang mengancam anak usia sekolah dan remaja, maka penting untuk menganalisis berapa besar dan apa saja permasalahan kesehatan yang ada. Sebagai landasan penentuan isu kesehatan prioritas, digunakan tiga dokumen internasional berbasis bukti yang memberikan panduan isu-isu kesehatan remaja yang harus menjadi perhatian negara. Ketiga dokumen tersebut adalah:

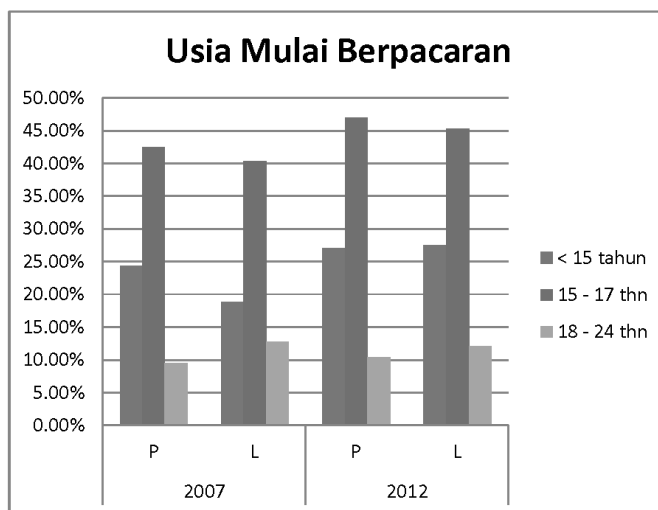
1. *Our Future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing* yang dikeluarkan oleh The Lancet, jurnal internasional kedokteran umum tertua di dunia,
2. *Health for the World's Adolescent. A Second Chance in the Second Decade* yang dikeluarkan oleh WHO, dan
3. *World Programme of Action for Youth (WPAY)* yang dikeluarkan oleh PBB sebagai panduan bagi para negara anggotanya untuk menjawab berbagai tantangan isu remaja termasuk kesehatan.

Berdasarkan ketiga dokumen tersebut dan realita permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja di Indonesia, maka ditetapkan 8 isu kesehatan prioritas. Delapan isu kesehatan prioritas tersebut spesifik terjadi pada anak usia sekolah dan remaja karena pada rentang usia tersebut terjadi perubahan sosial, fisik dan biologis yang berdampak pada perilaku berisiko mereka. Isu-isu kesehatan yang dimaksud dapat dihindari jika saja anak usia sekolah dan remaja memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan. Analisis situasi terkini terhadap 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja di Indonesia tergambar di bawah ini.

1. Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Grafik I menunjukkan dalam tempo 5 tahun usia mulai berpacaran telah menjadi semakin muda. Di tahun 2007 perempuan yang mulai berpacaran di bawah usia 15 tahun hanya

24,4%, sementara di tahun 2012 meningkat menjadi 27,1%. Sedangkan pada laki-laki, di tahun 2007 ada 18,9% yang mulai berpacaran dan di tahun 2012 menjadi 27,5%. Tren serupa diikuti mereka yang berusia 15-17 tahun di mana pada perempuan, di tahun 2007 ada 42,5% dan tahun 2012 menjadi 47,0%. Sementara pada laki-laki di tahun 2007 ada 40,3% dan tahun 2012 menjadi 45,3%.

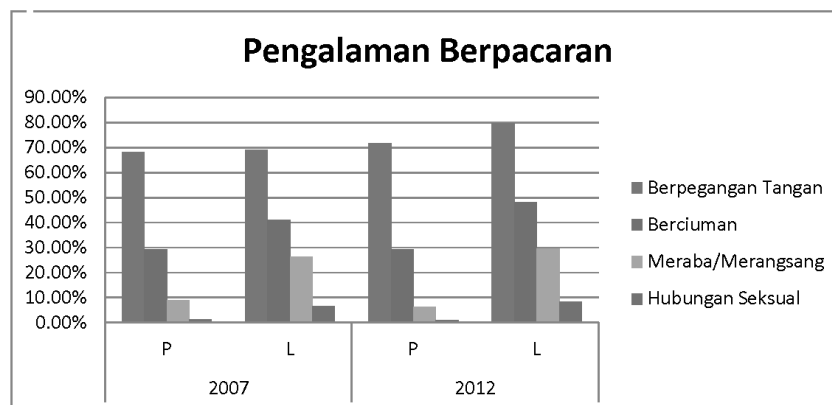


Grafik I: Usia Mulai Berpacaran (SDKI 2007 – 2012)

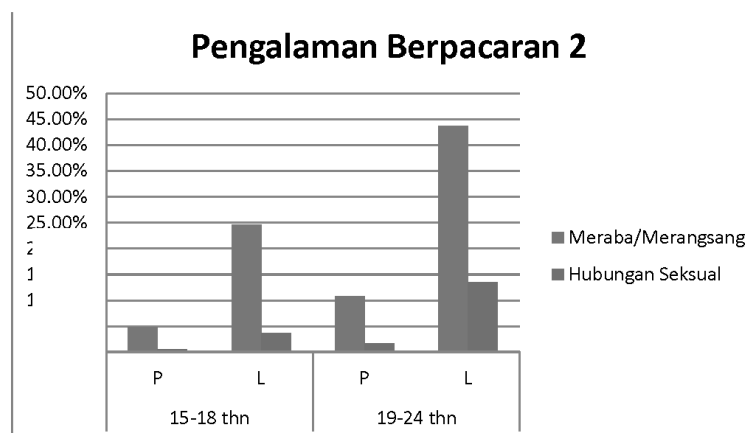
Jika melihat pada perempuan yang mulai berpacaran di usia 18 tahun ke atas di tahun 2007 ada 9,5% dan tahun 2012 telah meningkat menjadi 10,4%. Pada laki-laki dengan usia yang sama, di tahun 2007 ada 12,8% dan di tahun 2012 persentasenya telah menjadi 12,0%. Dari gambaran ini, umumnya remaja mulai berpacaran pada usia 15-17 tahun. Semakin mudanya usia berpacaran, membuka peluang berisiko terhadap kekerasan dalam berpacaran, kehamilan tidak diinginkan dan Infeksi Menular Seksual termasuk HIV dan AIDS.

Sementara jumlah remaja perempuan dan laki-laki tidak kawin usia 15-24 tahun yang memiliki pengalaman seksual mulai dari berpegangan tangan, berciuman, merangsang hingga berhubungan seksual juga meningkat. Grafik II, memperlihatkan semua pengalaman seksual menunjukkan tren meningkat baik pada remaja perempuan atau laki-laki. Jika ditelaah lebih jauh pada pengalaman

seksual yang dapat mengarah pada hubungan seksual berisiko, Grafik III memperlihatkan umumnya laki-laki lebih banyak melakukannya dibandingkan dengan perempuan. Pada kelompok usia 15-18 tahun, ada 4,77% perempuan dan 24,60% laki-laki yang dalam berpacaran telah meraba dan merangsang pacarnya. Dalam kelompok usia yang sama, pada perempuan ada 0,57% dan pada laki-laki 3,63% yang sudah berhubungan seksual. Sementara di kelompok usia 19-24 tahun, ada 10,74% pada perempuan dan 43,74% pada laki-laki yang telah meraba atau merangsang pacarnya. Di kelompok usia yang sama, pada perempuan ada 1,63% dan laki-laki 13,49% yang telah melakukan hubungan seksual.

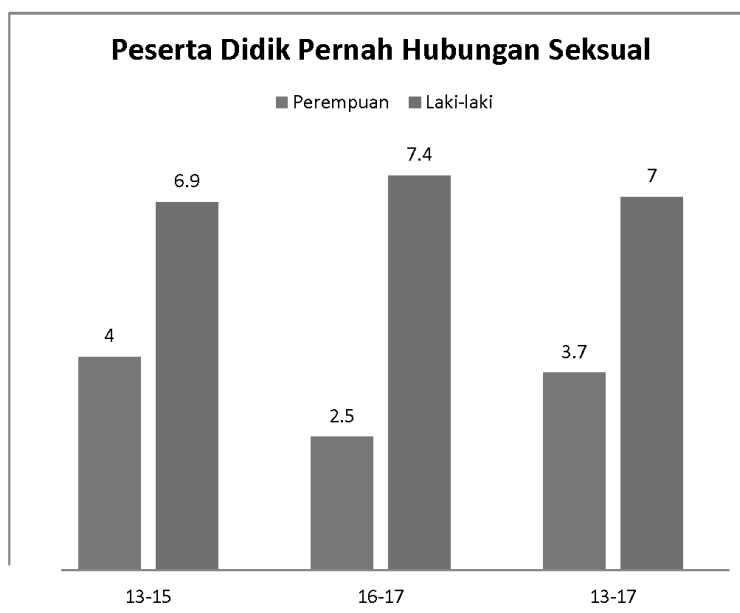


Grafik II: Pengalaman Berpacaran (SDKI 2007-2012)



Grafik III: Pengalaman Berpacaran 2 (SDKI, 2012)

Penelitian terakhir bahkan menunjukkan persentase usia sekolah yang pernah berhubungan seksual telah lebih tinggi lagi. Grafik IV memperlihatkan peserta didik perempuan usia 13-15 tahun yang mengaku pernah berhubungan seksual adalah 4% dan peserta didik laki-laki sebesar 6,9%. Sementara pada peserta didik usia 16-17 tahun ada 2,5% perempuan dan 7,4% laki-laki yang mengatakan pernah berhubungan seksual. Jika usia digabungkan atau peserta didik usia 13-17 tahun, maka terlihat ada 3,7% perempuan dan 7% laki-laki mengaku pernah berhubungan seksual. Melihat pada sebarannya, ada kecenderungan mereka yang telah berhubungan seksual lebih tinggi di wilayah selain pulau Jawa dan Sumatera.

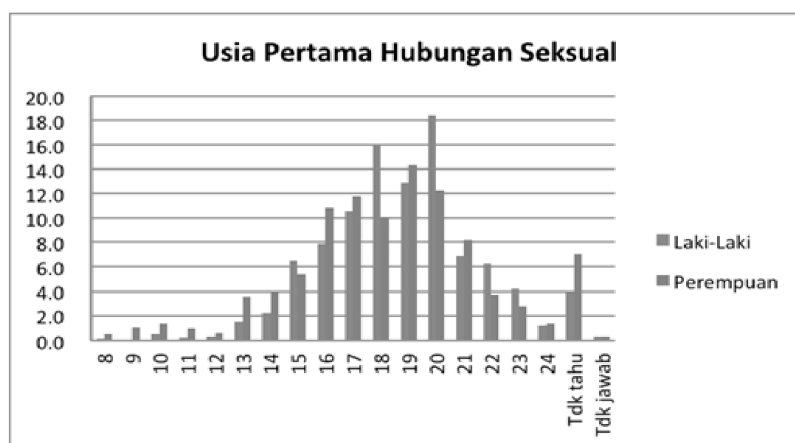


Grafik IV: Peserta Didik Pernah Hubungan Seks (GSHS, 2015)

Namun satu hal penting yang mengkhawatirkan adalah adanya anak yang sudah melakukan hubungan seksual pada usia kurang dari 10 tahun yang persentasenya adalah 1,5% pada perempuan dan 0,2% pada laki-laki (Grafik V). Terlepas dari jumlah dan jenis kelamin anak, hubungan seksual pada usia yang demikian muda dapat dijadikan indikasi awal terjadinya kekerasan seksual. Terkait dengan kekerasan seksual, kondisi yang sama

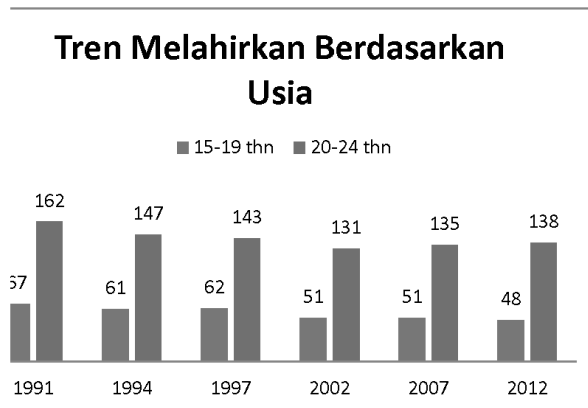
mengkhawatirkannya juga ditemukan dalam penelitian *Global School-based Student Health Survey (GSHS)* tahun 2015 di mana ada 4,5% laki-laki dan 3,2% perempuan yang menyatakan pernah dipaksa untuk melakukan hubungan seksual. Ke dua gambaran di atas mengindikasikan seriusnya permasalahan kekerasan seksual yang dialami oleh anak usia sekolah dan remaja.

Lebih jauh lagi, dari peserta didik laki-laki yang telah melakukan hubungan seksual, hanya 32% yang menyatakan menggunakan kondom dan 33,5% menggunakan kontrasepsi lainnya. Sedangkan data untuk peserta didik perempuan tidak tersedia. Rendahnya penggunaan kondom diantara mereka yang tidak menikah tetapi telah berhubungan seksual juga diperlihatkan dalam Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Di sana diungkapkan, dari remaja usia 15-24 tahun yang pernah berhubungan seksual, saat mereka terakhir melakukannya, hanya 18,4% remaja perempuan dan 27,4% remaja laki-laki yang mengatakan menggunakan kondom.



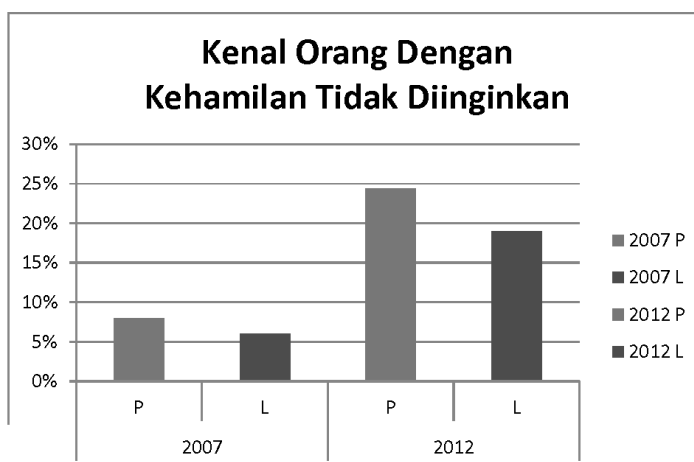
Grafik V: Usia Pertama Hubungan Seksual (RISKESDAS, 2010)

Pada remaja perempuan yang telah aktif secara seksual, mereka berhadapan dengan resiko kehamilan terlepas dari status perkawinan mereka. Saat ini angka melahirkan pada remaja perempuan usia 15-19 tahun masih 48 per 1000 kelahiran (Grafik VI). Jumlah ini tidak menurun jauh dibandingkan dengan tahun 2002/2003 yang mencapai 51 per 1000 kelahiran. Lebih jauh lagi, dari seluruh kehamilan yang dialami oleh remaja perempuan, ada sebagian yang sebenarnya tidak diinginkan.



Grafik VI: Tren Melahirkan Berdasarkan Usia (SDKI, 2012)

Tidak mudah untuk menanyakan langsung kepada kelompok usia 15-24 tahun, apakah pernah mengalami kehamilan tidak diinginkan. Namun saat pertanyaan diubah menjadi apakah mereka mengenal seseorang secara pribadi yang pernah mengalami kehamilan tidak diinginkan, data tahun 2007 menunjukkan ada 8% remaja perempuan dan 6% remaja laki-laki menjawab “ya”. Sementara data 2012 menunjukkan peningkatan lebih dari tiga kali lipat di mana 24,4% perempuan, dan 19% laki-laki menyatakan mengenal seseorang secara pribadi yang pernah mengalami kehamilan tidak diinginkan (Grafik VII).



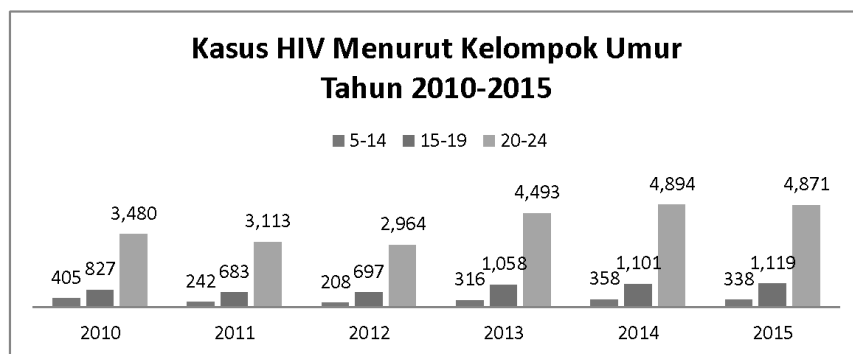
Grafik VII: Kenal Orang Dengan Kehamilan tidak Diinginkan (SDKI, 2012)

Berdasarkan kehamilan yang tidak diinginkan, ada sebagian remaja yang kemudian memutuskan untuk melakukan aborsi. Namun karena aborsi adalah tindakan ilegal, maka tidak ada informasi yang akurat mengenai jumlah aborsi yang terjadi di Indonesia. Prediksi di tahun 2000 yang masih berlaku hingga saat ini, memperkirakan setiap tahunnya ada sekitar 2.000.000 aborsi tidak aman dan sepertiganya dilakukan oleh anak (di bawah 18 tahun). Berdasarkan data di tahun 2012, 6 (enam) dari 10 (sepuluh) responden laki-laki usia 15-24 tahun menyatakan memiliki pasangan yang pernah menggugurkan kandungannya baik disengaja maupun spontan. Sementara 3 (tiga) dari 10 pasangan laki-laki tersebut, termasuk mereka yang mencoba melakukan aborsi tetapi gagal, menyatakan melanjutkan kehamilan mereka. Aborsi tidak aman bukan saja dapat menimbulkan beragam masalah kesehatan fisik maupun jiwa namun juga kematian. Data tahun 1995 memperkirakan 11% dari AKI disebabkan oleh aborsi.

AKI masih tetap merupakan masalah besar bagi Indonesia. Di mana data terakhir menunjukkan AKI adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup. Tingginya AKI yang ada sebagian merupakan hasil kontribusi dari ibu pada kelompok usia di bawah 24 tahun. Padahal perempuan usia kurang dari 19 tahun yang hamil, memiliki resiko kehamilan/melahirkan bermasalah bahkan meninggal yang jauh lebih besar dibandingkan dengan mereka yang hamil di usia 20 tahun atau lebih. Apalagi jika perempuan tersebut hamil di bawah usia 15 tahun, di mana resiko untuk meninggal akan menjadi beberapa kali lebih besar. Sayangnya saat ini belum ada data mengenai besaran AKI yang terjadi pada kelompok anak usia sekolah dan remaja. Namun secara asumsi, diperkirakan jumlahnya tidak sedikit mengingat cukup banyaknya anak usia sekolah dan remaja perempuan usia 15-19 tahun (13,8%) dan usia 20-24 tahun (62,4%) yang sudah berhubungan seksual. Sementara tingkat penggunaan kontrasepsi oleh perempuan menikah tidak terlalu tinggi atau hanya 47,6% pada usia 15-19 tahun dan 59,3% pada perempuan usia 20-24 tahun.

2. HIV dan AIDS

Saat ini Indonesia merupakan negara nomor 2 (dua) dengan kasus HIV baru terbesar di Asia dan Pasifik setelah Cina. Data terkini prevalensi HIV di Indonesia adalah 0,36%. dan belum menunjukkan penurunan. Khusus anak usia sekolah dan remaja, Grafik VIII menunjukkan perkembangan kasus HIV pada kelompok usia 5-24 tahun yang dilaporkan dalam 6 (enam) tahun terakhir. Kasus HIV pada kelompok usia 5-14 tahun adalah yang paling kecil karena potensi resiko mereka untuk tertular HIV juga kecil. Sebagian besar kasus HIV pada kelompok ini sepertinya berasal dari penularan ibu dengan HIV ke anak saat hamil atau melahirkan. Sebaliknya, jumlah kasus HIV yang paling banyak ditemukan adalah yang berasal dari kelompok usia 20-24 yang umumnya merupakan bagian dari sasaran program HIV untuk memastikan setiap orang yang berperilaku berisiko dapat mengakses layanan konseling dan test HIV serta mengetahui status HIV mereka.

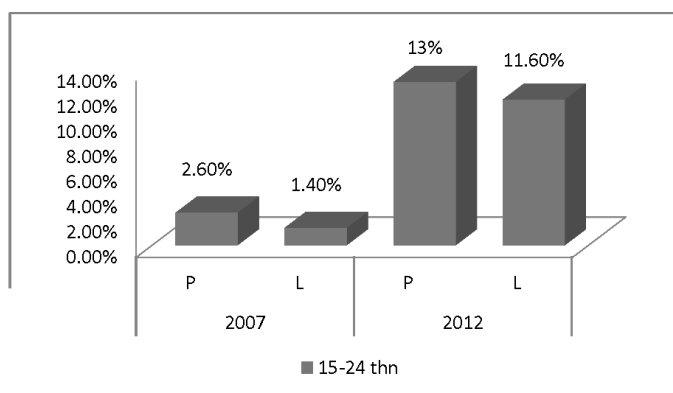


Grafik VIII: Kasus HIV Menurut Kelompok Umur Tahun 2010-2015 (Kemenkes, 2016)

Walaupun kasus yang dilaporkan tidak dapat mewakili jumlah sebenarnya mereka yang terinfeksi HIV, namun tren terus meningkatnya jumlah anak usia sekolah dan remaja yang terinfeksi HIV menunjukkan pentingnya edukasi HIV dan AIDS komprehensif bagi mereka bahkan sejak Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidaiyah (SD/MI). Berdasarkan Grafik IX di bawah, pada tahun 2007, hanya ada 2,6% remaja perempuan berusia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan HIV dan AIDS komprehensif sementara pada kelompok remaja laki-laki di usia yang sama, hanya ada ada 1,4%. Di tahun 2012 jumlah ini meningkat menjadi 13% pada remaja perempuan dan 11,6% pada remaja laki-laki.

Sedangkan data terakhir di tahun 2015, menunjukkan remaja usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif HIV dan AIDS kembali meningkat menjadi 21,25%. Walaupun data terus menunjukkan perbaikan, namun jumlahnya masih jauh dari memadai.

Pengetahuan Komprehensif HIV dan AIDS



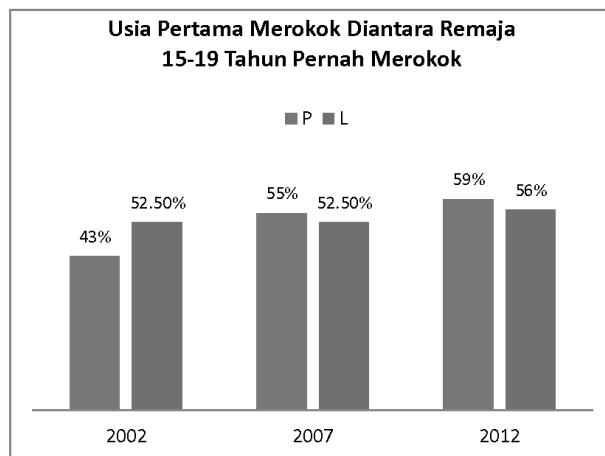
Grafik IX: Pengetahuan Komprehensif HIV dan AIDS (SDKI 2007 - 2012)

Menelaah program HIV dan AIDS, satu realita yang harus disikapi dengan bijaksana adalah kenyataan bahwa tidak semua orang melakukan hubungan seksual dengan lawan jenisnya. Penelitian terkait HIV dan AIDS di 11 provinsi dengan sampel waria sebanyak 1.089 orang, diketahui 5% dari mereka berusia 15-19 tahun dan 18% dari mereka berusia 20-24 tahun. Sementara dari 1.250 sampel lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), 9% berusia 15-19 tahun dan 27% berusia 20-24 tahun. Sementara dari 1.250 sampel lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), 9% berusia 15-19 tahun dan 27% berusia 20-24 tahun. Penting untuk memastikan akses informasi dan layanan kesehatan yang mudah bagi seluruh anak usia sekolah dan remaja tanpa diskriminasi.

3. Zat Adiktif
 - a. Rokok

Indonesia adalah negara dengan prevalensi perokok nomor 2 tertinggi di dunia. Hal ini tidak mengherankan karena bagi sebagian masyarakat, merokok adalah bagian dari gaya hidup bahkan di beberapa wilayah tertentu masih ditemukan balita

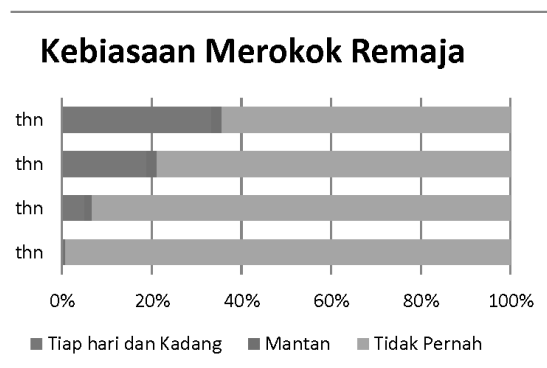
yang sudah merokok. Data perokok pemula usia 10-14 tahun naik dua kali lipat dalam 10 tahun terakhir dari 9,5% di tahun 2001 menjadi 18% pada tahun 2013. Berdasarkan segregasi gender perokok di tahun 2002, ada 43% perempuan dan 52,5% laki-laki usia 15-19 tahun yang mencoba merokok pertama kali sebelum usia 15 tahun. Persentase perempuan yang mencoba merokok pertama kali di usia yang sama pada tahun 2007 meningkat menjadi 55% sementara pada kelompok laki-laki, tetap di angka 52,5%. Sedangkan di tahun 2012, persentase perempuan yang mencoba merokok pertama kali sebelum usia 15 tahun kembali meningkat menjadi 59% dan laki-laki menjadi 56% (Grafik X).



Grafik X: Usia Pertama Merokok Diantara Remaja 15-19 Tahun Pernah Merokok (SDKI, 2012)

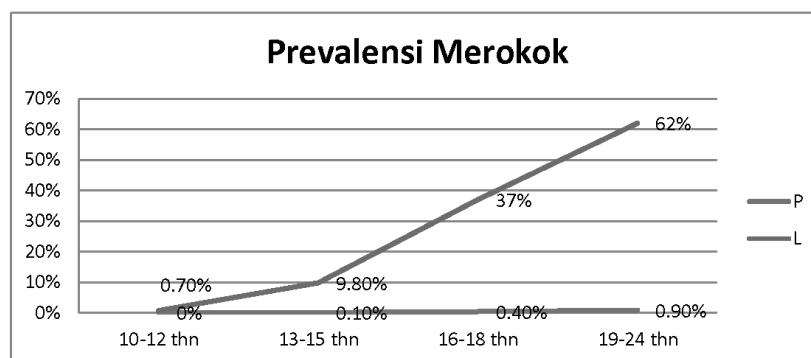
Semakin bertambah usia anak usia sekolah dan remaja, semakin meningkat pula jumlah mereka yang merokok setiap hari atau kadang-kadang. Pada kelompok usia 6-12 tahun jumlahnya hanya 0,4% sementara yang sudah berhenti merokok ada 0,4%. Namun pada kelompok usia 13-15 tahun jumlahnya sudah menjadi 5,1% dan hanya 1,5% yang menyatakan telah berhenti. Pada kelompok usia 16-18 tahun persentase mereka yang merokok setiap hari atau kadang-kadang makin meningkat menjadi 18,9% dan yang telah berhenti merokok hanya 2,2%. Sementara pada kelompok usia 19-24 tahun, ada 33,3%

menyatakan merokok setiap hari atau kadang-kadang dan hanya 2,3% yang menyatakan telah berhenti merokok (Grafik XI).



Grafik XI:Merokok Remaja (SDKI, 2012)

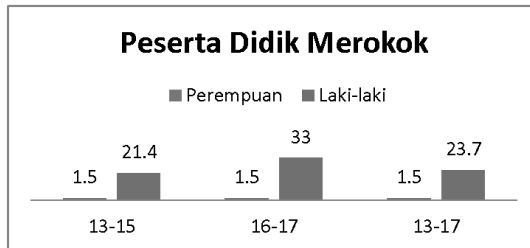
Grafik XII di dibawah menunjukkan bahwa prevalensi merokok pada remaja meningkat seiring dengan pertambahan usia. Hal ini terutama terlihat jelas pada kelompok laki-laki di mana yang tertinggi adalah kelompok usia 19-24 tahun yaitu sebesar 62%. Sementara pada kelompok perempuan, walaupun ada peningkatan, namun relatif landai atau hanya 0,90%.



Grafik XII: Prevalensi Merokok (RISKESDAS, 2013)

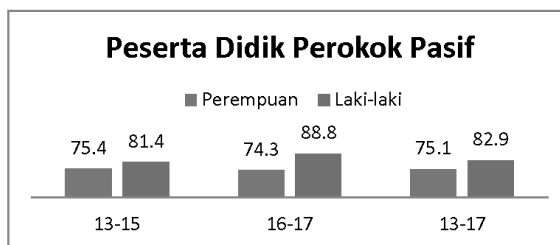
Terus meningkatnya persentase remaja perokok perempuan ditunjukkan dalam penelitian GSHS tahun 2015. Di sana terlihat perokok perempuan usia 13-17 tahun telah meningkat menjadi 1,50% jika dibandingkan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013. Sementara kondisi perokok laki-laki

di kelompok usia yang sama, relatif landai (Grafik XIII). Salah satu penyebab tingginya persentase anak usia sekolah dan remaja laki-laki dan perempuan yang merokok adalah karena masih lemahnya pengimplementasian Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Tembakau Bagi Kesehatan.



Grafik XIII: Peserta Didik Merokok (GSHS, 2015)

Di samping perokok aktif, ancaman rokok juga membayangi mereka yang tidak merokok namun karena kondisi lingkungan, terpaksa menjadi perokok pasif atau menghirup asap rokok dari perokok yang ada di dekatnya. Permasalahannya, dampak menjadi perokok pasif tidak kalah membahayakannya dengan dampak menjadi perokok aktif. Grafik XIV menunjukkan 75,1% remaja perempuan usia 13-17 tahun adalah perokok pasif. Sementara pada remaja laki-laki di usia yang sama, persentasenya lebih tinggi lagi atau sekitar 82,9%. Remaja laki-laki lebih terpapar pada asap rokok dimungkinkan karena lingkungan sosial remaja laki-laki berbeda dengan remaja perempuan.

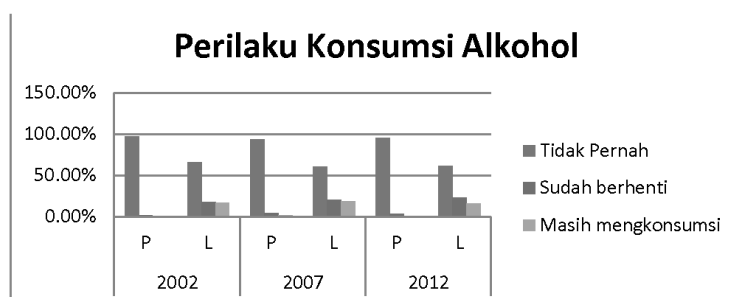


Grafik XIV: Peserta Didik Perokok Pasif (GSHS, 2015)

b. Alkohol

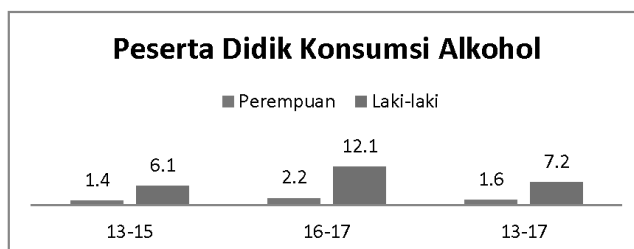
Selain rokok, zat adiktif lain yang membahayakan kesehatan anak usia sekolah dan remaja adalah alkohol.

Merujuk pada Grafik XV di tahun 2002, persentase perempuan usia 15-24 tahun yang mengkonsumsi alkohol adalah 0,9% dan yang sudah berhenti 1,7%. Sementara persentase untuk kelompok laki-laki di usia dan tahun yang sama adalah 16,80% dan yang sudah berhenti, 17,5%. Sedangkan di tahun 2012, persentase perempuan 15-24 tahun yang mengkonsumsi alkohol meningkat menjadi 1% dan yang sudah berhenti 3,5%. Persentase laki-laki di usia dan tahun yang sama adalah 15,80% dan yang sudah berhenti mengkonsumsi 22,90%



Grafik XV: Perilaku Konsumsi Alkohol (SDKI, 2012)

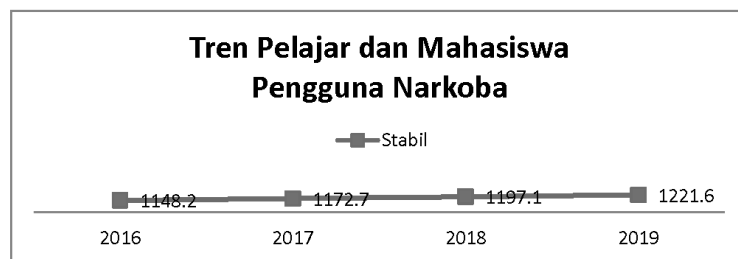
Pada penelitian lain yang difokuskan pada peserta didik usia 13-17 tahun, prevalensi perempuan mengkonsumsi alkohol jumlahnya telah semakin meningkat atau menjadi 1,6%. Sementara pada laki-laki prevalensinya sekitar 7,2%. Jika membandingkan antara peserta didik usia 13-15 tahun dengan peserta didik usia 16-17 tahun, terlihat tren peningkatan jumlah yang cukup signifikan dalam mengkonsumsi alkohol. Bahkan pada peserta didik laki-laki jumlahnya meningkat menjadi dua kali lipat sedangkan pada peserta didik perempuan telah hampir mencapai dua kali lipat (Grafik XVI). Sayang tidak ada informasi apakah alkohol yang dikonsumsi memang alkohol dengan merek dagang resmi, produksi rumahan atau racikan sendiri.



Grafik XVI: Peserta Didik Konsumsi Alkohol (GSHS, 2015)

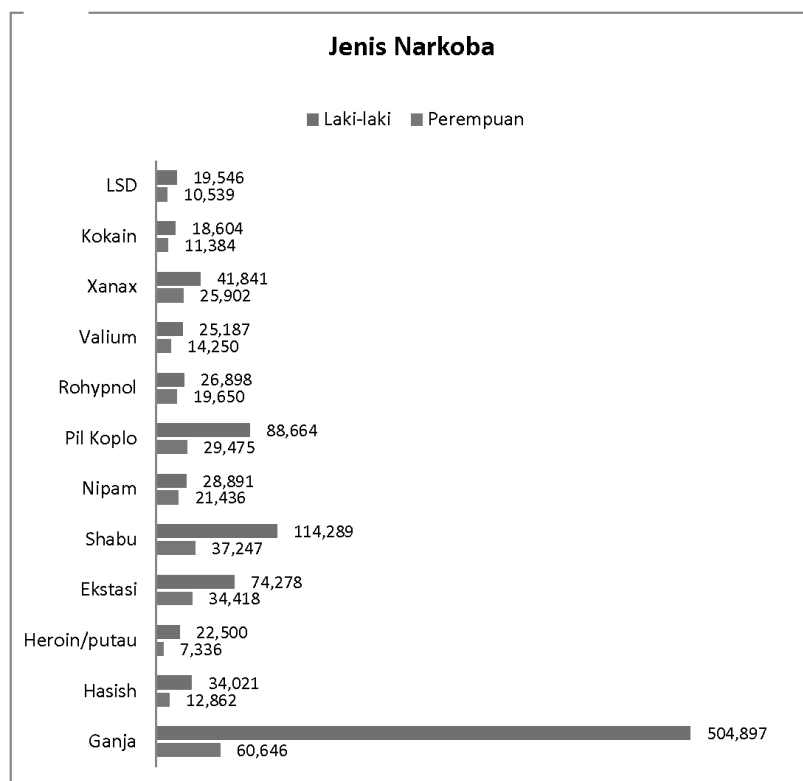
c. Narkotika dan Psikotropika

Hasil penelitian Badan Narkotika Nasional (BNN) di tahun 2014 terhadap pengguna narkoba di 17 provinsi, cukup mengkhawatirkan. Pada tahun 2016 dengan menggunakan perhitungan stabil, diperkirakan ada sekitar 4.713.600 orang yang menggunakan narkoba dan 1.148.200 orang diantaranya (27,5%) adalah pelajar dan mahasiswa. BNN menjelaskan lebih jauh bahwa usia pengguna narkoba termuda yang ditemui dalam penelitian ini adalah 11 tahun. Sementara estimasi BNN untuk pelajar dan mahasiswa hingga tahun 2019 masih dengan perhitungan stabil dapat dilihat dalam Grafik XVII. Sebagai catatan, mereka yang masuk dalam estimasi tersebut hanya anak usia sekolah dan remaja yang berstatus pelajar dan mahasiswa saja. Asumsinya jika memasukkan anak usia sekolah dan remaja yang tidak berada di institusi pendidikan, jumlahnya lebih tinggi lagi.



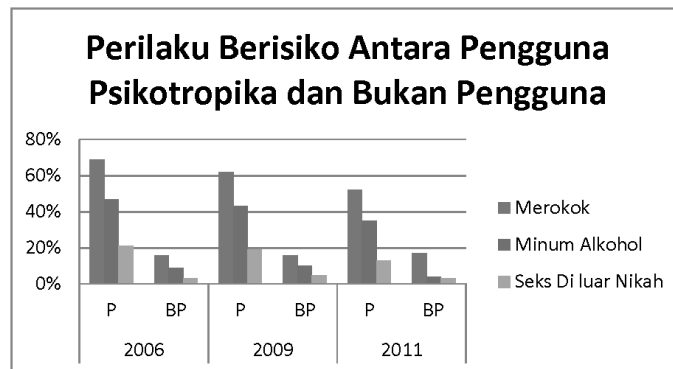
Grafik XVII: Tren Pelajar dan Mahasiswa Pengguna Narkoba (BNN, 20114)

Terkait jenis narkoba yang digunakan, Grafik XVIII memperlihatkan estimasi bahwa ganja adalah yang paling umum dikonsumsi di tahun 2014 diikuti oleh shabu dan pil koplo. Dari keseluruhan jenis narkoba yang teridentifikasi, jumlah pengguna pelajar/mahasiswa laki-laki memang jauh lebih banyak dibandingkan dengan perempuan.



Grafik XVIII: Jenis Narkoba (BNN, 2014)

Menurut BNN, jika pelajar/mahasiswa sudah mengkonsumsi psikotropika, maka kecenderungan mereka untuk juga melakukan perilaku berisiko lainnya meningkat. Dalam penelitian BNN di 16 provinsi (Grafik XIX), pada tahun 2006, diantara pengguna yang juga merokok/minum alkohol/melakukan hubungan seks di luar nikah secara berurutan adalah 69%, 47% dan 21%. Sementara pada bukan pengguna untuk data yang sama adalah 16%, 9% dan 3%. Pada tahun 2011 diantara pengguna yang juga merokok/minum alkohol/melakukan hubungan seks di luar nikah secara berurutan adalah 52%, 35% dan 13%. Sedangkan diantara bukan pengguna, jumlahnya secara berurutan adalah 17%, 4% dan 3%.

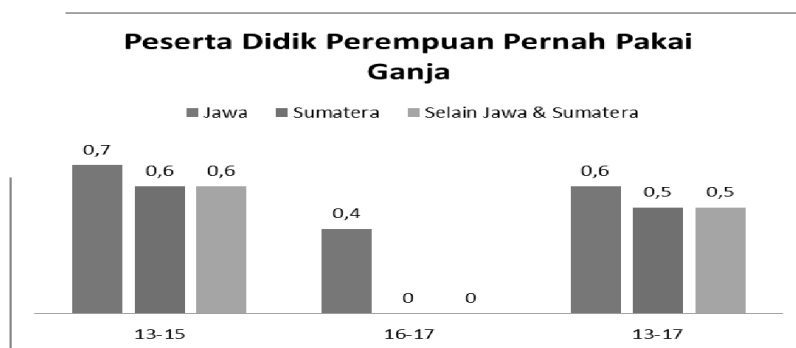


Grafik XIX: Perilaku Berisiko Antara Pengguna Psikotropika dan Bukan Pengguna (BNN, 2011)

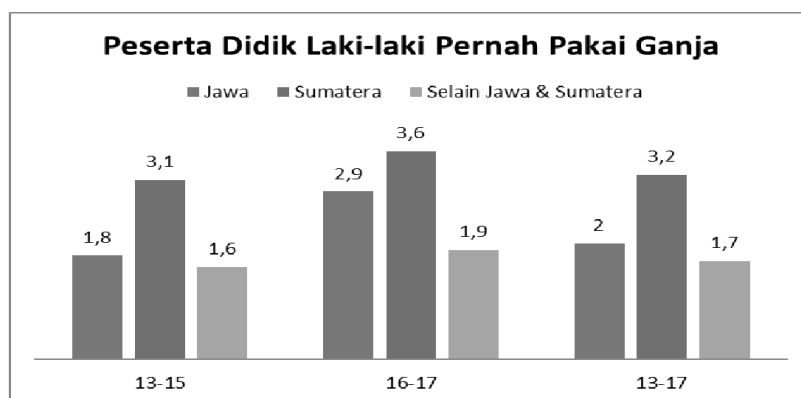
Temuan lain dari BNN adalah bahwa pelajar/mahasiswa penyalahguna psikotropika mempunyai risiko melakukan tindakan agresivitas sosial 3-4 kali lebih tinggi dibanding bukan penyalahguna. Tindakan agresif yang paling banyak dilakukan adalah berkelahi, terutama pada jenjang SMA. Selain itu mereka seringkali mudah merasa sedih, murung, sulit tidur, pernah mengalami kecelakaan sehingga pernah dirawat atau masuk gawat darurat. Risiko terhadap terganggunya aktivitas keseharian 2-3 kali lipat lebih tinggi pada pelajar/mahasiswa penyalahguna dibanding bukan penyalahguna. Hasil survei tahun 2011 menunjukkan bahwa salah satu efek menyalahguna psikotropika adalah terganggunya aktivitas dan prestasi di sekolah. Angka pelajar/mahasiswa yang pernah tidak naik kelas menjadi dua kali lebih besar pada penyalahguna psikotropika (17%) dibanding yang bukan penyalahguna (8%). Demikian juga dengan jumlah pelajar/mahasiswa dengan nilai di bawah rata-rata kelas, menjadi 2 (dua) kali lebih banyak pada penyalahguna psikotropika (7%) dibandingkan dengan mereka yang tidak menggunakan (3%).

Khusus penelitian pada peserta didik usia 13-17 tahun menunjukkan bahwa diantara mereka telah ada yang menggunakan ganja. Hal ini merupakan indikasi masih kurangnya keterampilan hidup sehat yang mereka miliki. Pada

peserta didik perempuan, ada sekitar 0,53% yang pernah menggunakan ganja. Sementara pada peserta didik laki-laki jumlahnya sedikit lebih tinggi atau sekitar 2,3% (Grafik XX dan XXI).



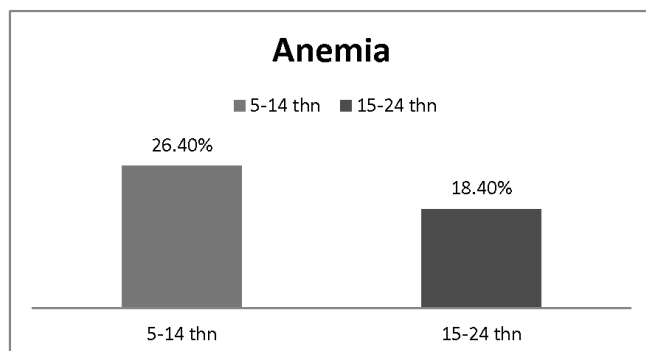
Grafik XX: Peserta Didik Perempuan Pernah Pakai Ganja (GSHS, 2015)



Grafik XXI: Peserta Didik Laki-laki Pernah Pakai Ganja (GSHS, 2015)

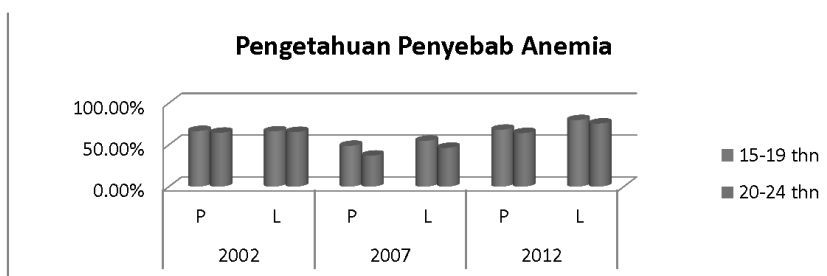
4. Gizi

Asupan gizi yang kurang baik karena minimnya kandungan vitamin dan mineral terutama zat besi dan B12 menjadi penyebab terjadinya anemia pada anak usia sekolah dan remaja. Grafik XXII di samping menunjukkan ada sekitar 26,4% anak berusia 5-14 dan 18,4% remaja usia 15-24 tahun yang mengalami anemia. Kondisi anemia pada anak usia sekolah dan remaja yang masih tinggi sebagian dikarenakan pengetahuan mereka tentang gizi dan pencegahan anemia yang masih rendah.

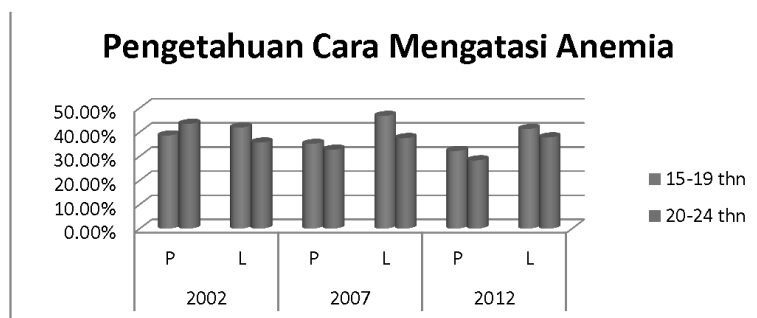


Grafik XXII: Anemia (RISKESDAS 2013)

Seperti dapat dilihat pada Grafik XXIII dan XXIV di bawah, perbandingan tingkat pengetahuan penyebab dan cara mencegah anemia antara tahun 2002-2012 memang telah menunjukkan peningkatan namun masih jauh maksimal. Kenyataan menarik adalah bahwa justru prevalensi remaja laki-laki dengan pengetahuan penyebab dan cara mengatasi anemia relatif lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi remaja perempuan.



Grafik XXIII: Pengetahuan Penyebab Anemia (SDKI, 2012)

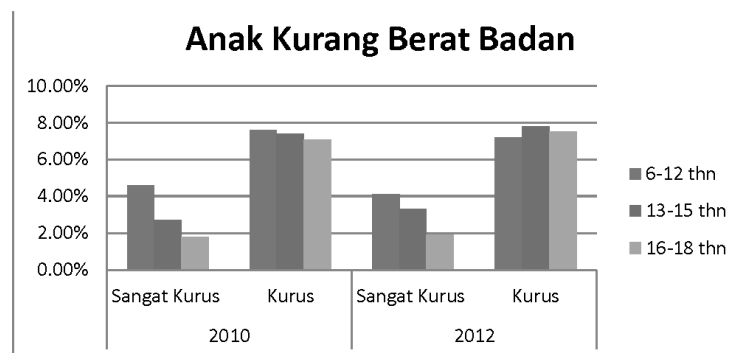


Grafik XXIV: Pengetahuan Cara Mengatasi Anemia (SDKI, 2012)

Satu hal yang perlu menjadi perhatian, baik pada remaja perempuan maupun laki-laki, ternyata prevalensi mereka yang memiliki pengetahuan cara mengatasi anemia yang cukup, relatif menurun dibandingkan dengan tahun 2002-2003 dan 2007. Kondisi ini cukup mengkhawatirkan apalagi Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sudah menginstruksikan pentingnya perbaikan gizi pada semua siklus kehidupan manusia terutama diantaranya pada remaja perempuan (Pasal 142).

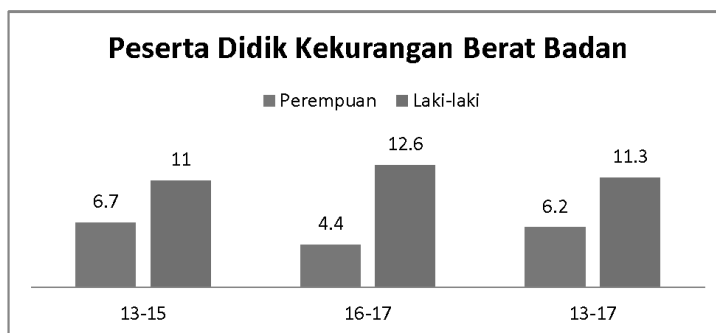
Permasalahan gizi umumnya mudah terlihat adalah dari ukuran fisik anak usia sekolah dan remaja. Berdasarkan Grafik XXV dibawah, anak usia 6-12 tahun yang sangat kurus, prevalensi mereka mengalami sedikit penurunan atau 4,6% di tahun 2010 menjadi 4% di tahun 2012. Namun pada usia yang lebih dewasa yaitu 13-15 tahun dan 16-18 tahun jumlahnya justru meningkat. Secara berurutan di tahun 2010 prevalensinya adalah 2,7% dan 1,8% sementara di tahun 2012 persentase mereka menjadi 3,3% dan 1,9%.

Sementara untuk anak usia sekolah yang kurus, jumlahnya jauh lebih tinggi dan cenderung meningkat kecuali untuk mereka yang berada pada usia 6-12 tahun. Pada anak usia 6-12 tahun yang kurus, persentase mereka di tahun 2010 adalah 7,6% dan turun menjadi 7,2% di tahun 2012. Sedangkan pada anak usia sekolah kelompok 13-15 tahun dan 16-18 tahun, jumlahnya meningkat di mana secara berurutan pada tahun 2010 adalah 7,4% dan 7,1% menjadi 7,8% dan 7,5%



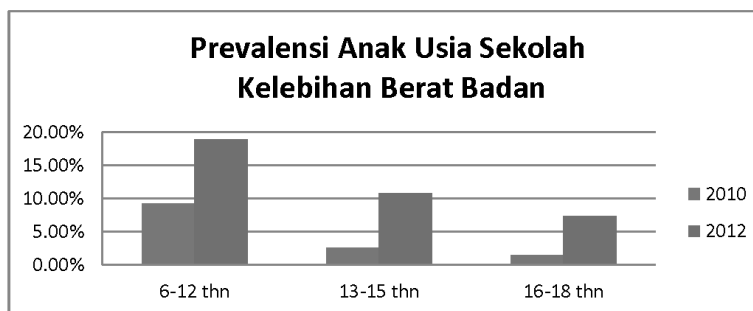
Grafik XXV: Anak Kurang Berat Badan (RISKESDAS, 2010 & 2013)

Melihat data terkini peserta didik usia 13-17 tahun yang ada di GSHS 2015, seperti tertera pada Grafik XXVI di bawah, prevalensi peserta didik perempuan usia 13-17 tahun yang kurang berat badan adalah 6,2% di mana sebarannya paling sedikit adalah mereka yang berada di pulau Jawa. Sedangkan pada peserta didik laki-laki di usia yang sama, prevalensi mereka yang kurang berat badan prevalensinya menjadi hampir dua kali lipat dari perempuan atau 11,4%. Perlu penelitian lebih jauh yang dapat menjelaskan mengapa peserta didik dengan berat badan kurang di tahun 2015 (GSHS, 2015), persentasenya relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan persentase anak usia sekolah di tahun 2013 (RISKESDAS, 2013) yang mencakup mereka yang berada di sekolah dan luar sekolah.



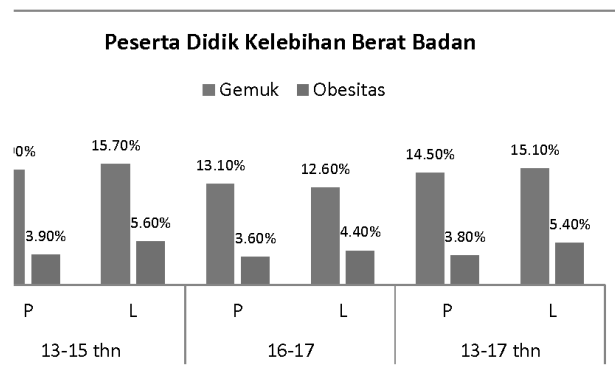
Grafik XXVI: Peserta Didik Kekurangan Berat Badan (GSSHS, 2015)

Namun pada remaja dengan kelebihan berat badan, seperti tergambar pada Grafik XXVII di bawah, ada kenaikan jumlah yang cukup signifikan pada setiap kelompok usia antara tahun 2010 dengan tahun 2012. Walaupun persentase tersebut menurun sejalan dengan bertambahnya usia mereka mereka. Pada anak usia 6-12 tahun, di tahun 2010 prevalensinya adalah 9,2% anak yang gemuk dan meningkat menjadi 18,8% di tahun 2012. Sedangkan pada kelompok usia 13-15 tahun dan 16-18 tahun di tahun 2010 secara berurutan terdapat 2,5% dan 1,5% anak gemuk yang pada tahun 2012 persentasenya menjadi 10,8% dan 7,3%.



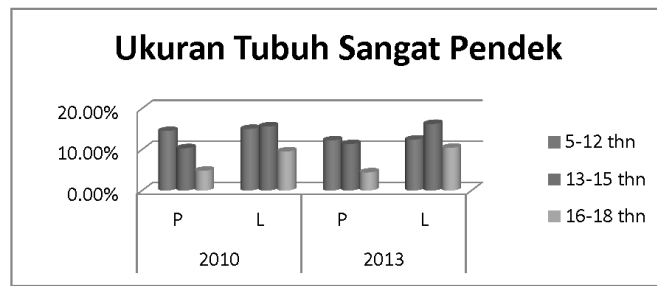
Grafik XXVII: Prevalensi Anak Usia Sekolah Kelebihan Berat Badan (RISKESDAS 2010 & 2013)

Dalam penelitian terkini terkait peserta didik usia 13-17 tahun (Grafik XXVIII), sepertinya ada kecenderungan peningkatan mereka yang memiliki kelebihan berat badan dibandingkan dengan data anak usia sekolah 13-18 tahun yang ada di RISKESDAS 2013. Di mana secara umum, peserta didik usia 13-17 yang gemuk adalah 15,10% dan yang obesitas adalah 5,40%.



Grafik XXVIII: Peserta Didik Kelebihan Berat Badan (GSHS 2015)

Sedangkan jika dilihat dari tinggi tubuh (Grafik XXIX), terjadi penurunan prevalensi anak laki-laki kelompok usia 5-12 tahun yang tubuhnya sangat pendek dari 15% di tahun 2010 menjadi 12,4% di tahun 2013. Sementara pada anak perempuan dari kelompok usia yang sama juga terjadi penurunan dari 14,5% di tahun 2010 menjadi 12,2% di tahun 2013. Namun pada anak laki-laki usia 13-15 tahun dan 16-18 tahun, mereka yang sangat pendek jumlahnya justru meningkat di mana secara berurutan pada tahun 2010 adalah 15,6% dan 9,5% menjadi 16,2% dan 10,4% di tahun 2012. Sedangkan pada anak perempuan usia 13-15 tahun terjadi peningkatan dari 10,3% di tahun 2010 menjadi 11,3% di tahun 2013. Namun untuk anak perempuan kelompok 16-18 tahun yang terjadi adalah sedikit penurunan dari 4,8% menjadi 4,4%.

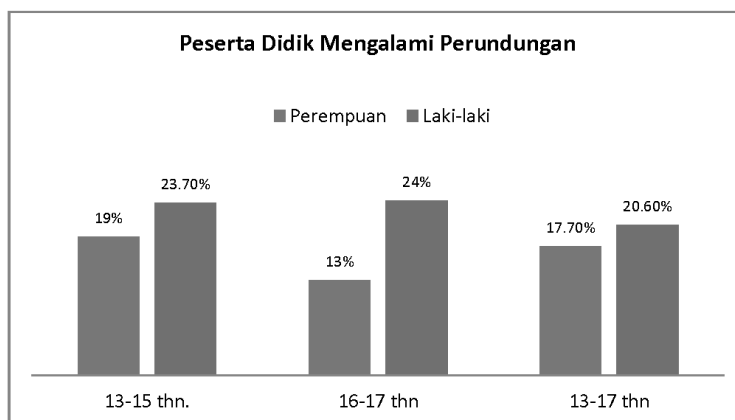


Grafik XXIX: Ukuran Tubuh Sangat Pendek, (RISKESDAS, 2013)

5. Kekerasan dan Cedera

Berdasarkan data GSHS 2015, cukup banyak peserta didik mengalami perundungan atau yang dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah *bullying* dalam 30 hari terakhir. Secara umum peserta didik laki-laki lebih banyak mengalami perundungan dibandingkan dengan peserta didik perempuan

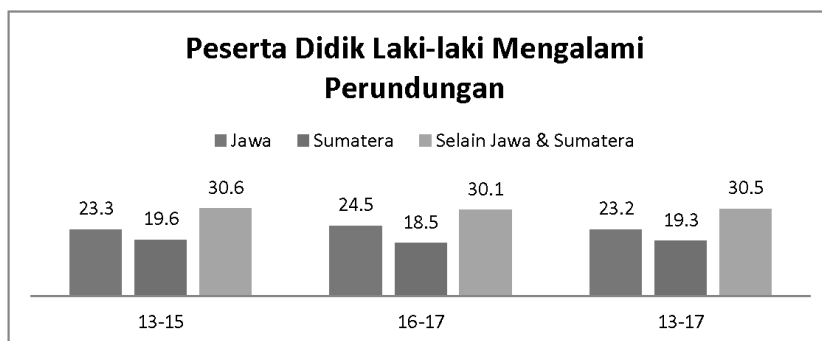
Khusus peserta didik usia 13-15 tahun yang mengatakan mengalami perundungan minimal sehari dalam kurun waktu 30 hari terakhir, prevalensinya sekitar 19% pada perempuan dan 23,7% pada laki-laki. Sementara untuk kasus yang sama di kelompok peserta didik perempuan usia 16-17 tahun, ada sekitar 13% dan 24,70% pada peserta didik laki-laki ada 24%. Secara kumulatif, peserta didik perempuan usia 13-17 tahun yang mengalami perundungan adalah 17,7% dan sementara pada laki-laki adalah 20,6% (Grafik XXX).



Grafik XXX: Peserta Didik Mengalami Perundungan (GSHS, 2015)

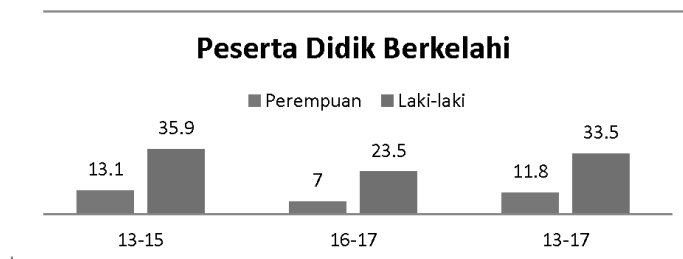
Ketidaksetaraan gender yang menyangkut senioritas dan kekuasaan di antara perempuan dan laki-laki serta di dalam gender itu sendiri merupakan penyebab dasar terjadinya perundungan pada peserta didik di sekolah. Sayang tidak ada data perundungan untuk

remaja usia 18-24 tahun. Namun agar respons terhadap permasalahan yang diberikan sesuai dengan konteks daerah tersebut, maka diperlukan penelitian lebih jauh apalagi umumnya prevalensi kasus perundungan terjadi lebih tinggi di wilayah selain Jawa dan Sumatera.



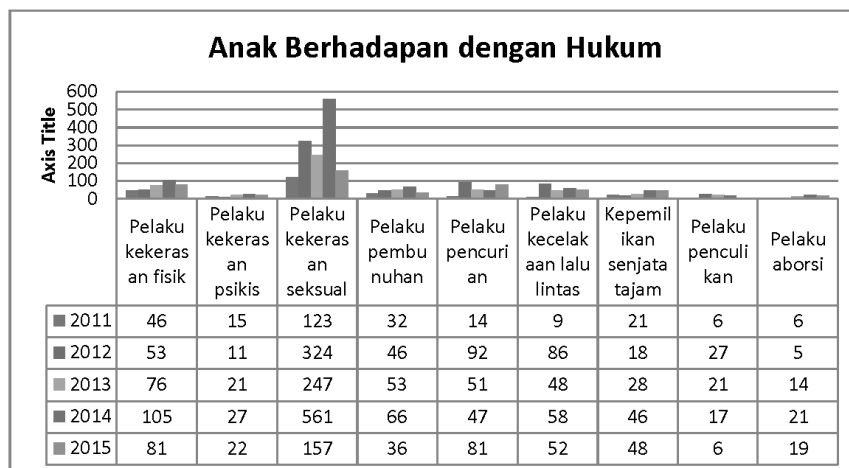
Grafik XXXI: Peserta Didik Laki-laki Mengalami Perundungan (GSHS, 2015)

Selain perundungan, kasus kekerasan lain yang kerap terjadi di sekolah adalah perkelahian. Kasus perkelahian ternyata tidak hanya didominasi oleh laki-laki seperti terlihat pada Grafik XXXII di bawah. Prevalensi peserta didik perempuan usia 13-17 tahun yang pernah berkelahi minimal 1 (satu) kali dalam 12 tahun terakhir adalah 11,8%. Sementara pada peserta didik laki-laki prevalensinya jauh lebih tinggi yaitu 33,5%. Jika ditelaah lebih jauh, perundungan yang dialami peserta didik usia 13-15 tahun, terlihat lebih tinggi dibandingkan dengan peserta didik usia 16-17 tahun. Di mana pada perempuan usia 13-15 tahun ada 13,1% yang mengatakan mengalami perundungan dalam 30 hari terakhir dan pada perempuan 16-17 tahun turun menjadi 7%. Sementara pada peserta didik laki-laki usia 13-15 tahun ada 35,9% yang menyatakan mengalami perundungan dalam 30 hari terakhir, dan turun menjadi 23,5% pada peserta didik laki-laki usia 16-17 tahun. Sama seperti perundungan, kasus perkelahian juga banyak dipengaruhi oleh konsep gender di dalam budaya di mana peserta didik itu berada. Kesamaan lain adalah realita bahwa kasus perkelahian juga cenderung lebih tinggi pada wilayah di luar Jawa dan Sumatera.



Grafik XXXII: Peserta Didik Berkelahi (GSHS, 2015)

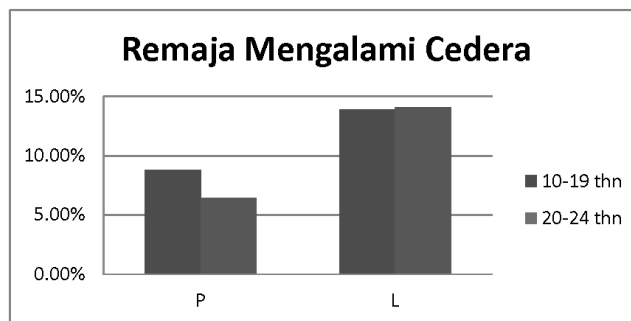
Sementara untuk kasus Anak yang Berhadapan dengan Hukum (ABH), Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) berhasil menghimpun data tahun 2011-2015 dengan gambaran seperti tertera di Grafik XXXIII di bawah. Menurut KPAI, ada 9 (sembilan) kategori ABH berdasarkan laporan kasus yang masuk yaitu (a.) Pelaku kekerasan fisik; (b.) Pelaku kekerasan psikis; (c.) Pelaku kekerasan seksual; (d.) Pelaku pembunuhan; (e.) Pelaku pencurian; (f.) Pelaku kecelakaan lalu lintas; (g.) Kepemilikan senjata tajam; (h.) Pelaku penculikan, dan (i.) Pelaku aborsi. Dari kesembilan kategori tersebut, permasalahan yang paling besar jumlah kasusnya jauh melampaui yang lain adalah anak yang menjadi pelaku kekerasan seksual. Bahkan di tahun 2014 jumlah laporan yang masuk mencapai 561 pelaku anak atau mereka yang usianya masih di bawah 18 tahun. Kondisi ini menunjukkan betapa krusialnya anak usia sekolah dan remaja mendapatkan pendidikan seksualitas yang komprehensif. Permasalahan ABH yang berhasil dirangkum oleh KPAI adalah berdasarkan laporan dan tidak menunjukkan besaran permasalahan yang sebenarnya dan diasumsikan jauh lebih besar.



Grafik XXXIII: Anak Berhadapan dengan Hukum (KPAI, 2016)

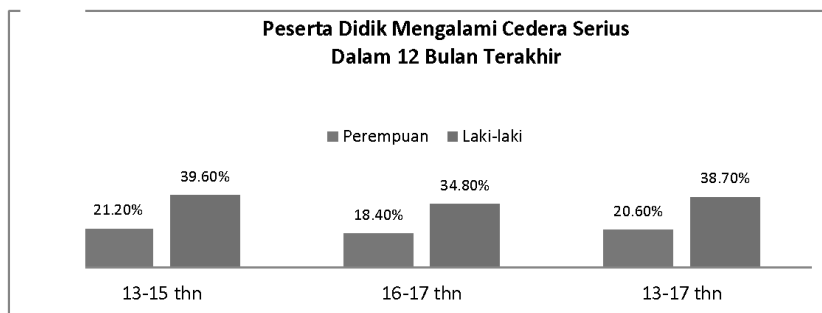
Terkait dengan cedera, terlihat pada Grafik XXXIV di bawah, persentase cedera pada laki-laki hampir dua kali lipat dibandingkan dengan perempuan. Pada perempuan kelompok usia 10-19 tahun dan 20-24 tahun, terdapat 8,80% dan 6,40% yang mengalami cedera. Namun pada kelompok laki-laki baik usia 10-19 tahun (13,90%) dan 20-24 tahun (14,10%) terlihat jumlahnya jauh lebih banyak. Jumlah

anak usia sekolah dan remaja laki-laki yang lebih banyak mengalami cedera dibandingkan dengan perempuan diasumsikan karena umumnya budaya di Indonesia lebih memberi kebebasan pada laki-laki untuk beraktifitas yang memberi peluang cedera lebih besar.



Grafik XXXIV: Remaja Mengalami Cedera

Kondisi ini juga dibuktikan dalam penelitian terhadap peserta didik usia 13-17 tahun (Grafik XXXV) di mana peserta didik usia 13-17 tahun yang mengalami cedera serius dalam 12 bulan terakhir ada 20,6% sementara pada laki-laki di usia yang sama ada 38,7%.

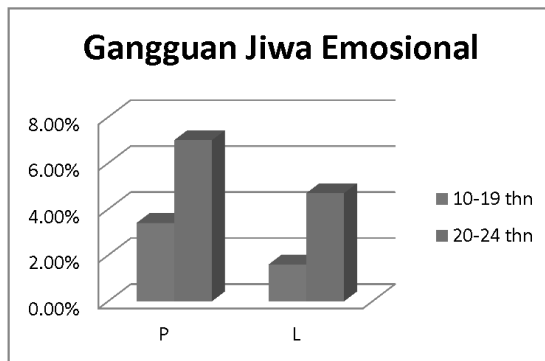


Grafik XXXV: Peserta Didik Mengalami Cedera Serius Dalam 12 bulan Terakhir (GSHS, 2015)

6. Kesehatan Jiwa

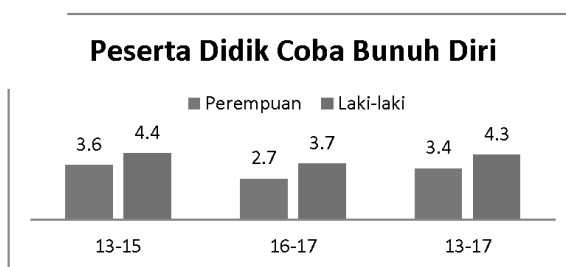
Berdasarkan data terakhir yang ada pada Grafik XXXVI di bawah, diketahui bahwa remaja laki-laki usia 10-19 tahun yang mengalami gangguan jiwa emosional berjumlah 1,6% dan pada usia 20-24 tahun ada 4,7%. Sementara pada perempuan usia 10-19 tahun, ada 3,4% yang mengalami gangguan jiwa emosional dan di kelompok usia 20-24 tahun ada 7%. Terlihat bahwa baik pada laki-laki maupun perempuan, dengan bertambahnya usia, maka semakin banyak pula yang mengalami gangguan jiwa emosional. Melihat pada

prevalensi perempuan yang mengalami gangguan jiwa emosional pada semua kelompok usia, secara signifikan lebih tinggi, mengindikasikan perlunya penanganan yang lebih spesifik pada anak usia sekolah dan remaja perempuan.



Grafik XXXVI: Gangguan Jiwa Emosional (RISKESDAS, 2013)

Salah satu bentuk kondisi jiwa yang tidak sehat dan dapat menyerang anak usia sekolah dan remaja adalah percobaan bunuh diri (Grafik XXXVII). Pada peserta didik perempuan usia 13-17 tahun, 3,4% diantaranya pernah mencoba bunuh diri minimal satu kali selama 12 bulan terakhir. Sementara pada peserta didik laki-laki di usia yang sama, ada 4,3% yang juga mencoba untuk bunuh diri minimal satu kali dalam 12 bulan terakhir. Realita yang perlu mendapat perhatian untuk diteliti lebih jauh adalah prevalensi peserta didik perempuan di luar pulau Jawa dan Sumatera yang mencoba bunuh diri, jumlahnya lebih tinggi dibandingkan dengan 2 (dua) wilayah lainnya tersebut.

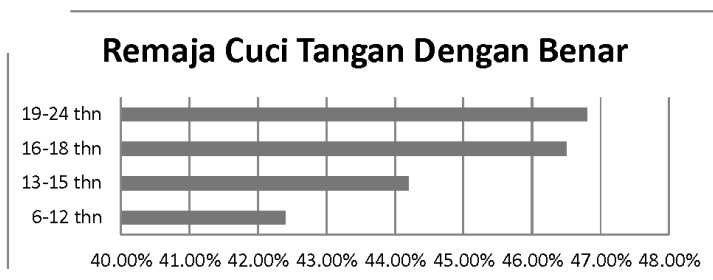


Grafik XXXVII: Peserta Didik Coba Bunuh Diri (GSHS, 2015)

7. Sanitasi dan Kebersihan Individual

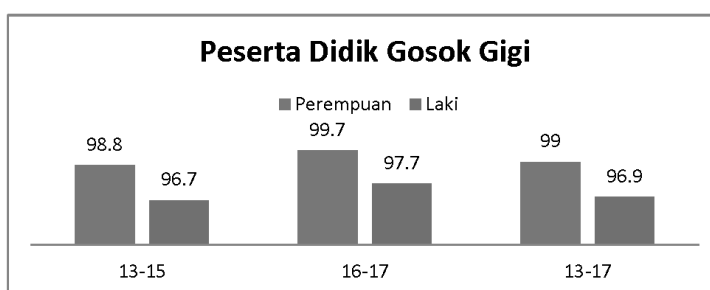
Cuci tangan dengan benar dapat dianggap sebagai perilaku yang sederhana. Namun pada kenyataannya, seperti terlihat pada Grafik di

samping, masih cukup banyak anak usia sekolah dan remaja yang belum mampu melakukannya dengan benar. Pada kelompok usia 6-12 tahun, masih ada 42,4% yang belum dapat melakukannya dengan benar. Sementara pada kelompok usia 13-15 tahun dan kelompok 16-18 tahun, masing-masing yang dapat melakukannya dengan benar baru 44,2% dan 46,5%. Sedangkan pada kelompok usia 19-24 tahun, hanya ada 46,8% yang dapat mencuci tangan dengan benar (Grafik XXXVIII).



Grafik XXXVIII: Remaja Cuci Tangan Dengan Benar (RISKESDAS, 2013)

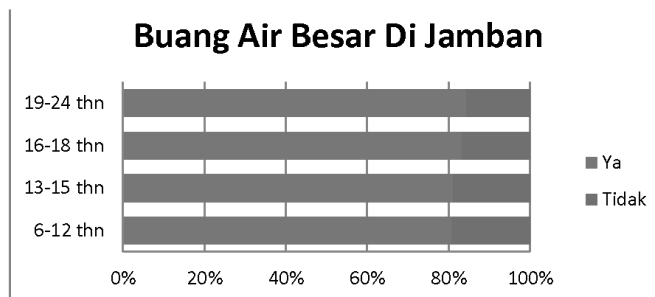
Selain mencuci tangan dengan benar, kegiatan dasar lain terkait kebersihan diri adalah keteraturan menggosok gigi setiap harinya. Berdasarkan penelitian pada peserta didik usia 13-17 tahun, terlihat masih belum semua peserta didik menggosok gigi minimal 1 (satu) kali sehari dalam kurun waktu 30 hari belakangan. Persentase peserta didik perempuan yang menggosok gigi minimal 1 (satu) kali dalam sehari ada 99% dan ini artinya masih ada 1% yang tidak menggosok gigi setiap hari. Sementara pada peserta didik laki-laki, persentasenya adalah 96,9% dan hal ini berarti masih ada 3,1% yang tidak menggosok giginya setiap hari (Grafik XXXIX).



Grafik XXXIX: Peserta Didik Gosok Gigi (GSHS, 2015)

Terkait dengan penggunaan jamban, ternyata masih cukup banyak anak usia sekolah dan remaja yang belum

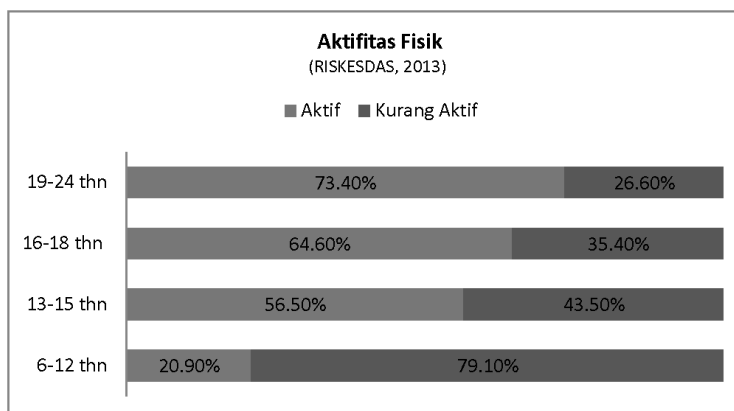
menggunakannya. Mereka yang belum menggunakan jamban untuk buang air besar paling banyak terdapat pada kelompok usia paling muda atau 6-12 tahun dengan jumlah 19,2%. Pada kelompok usia 13-15 tahun jumlahnya menjadi 18,9%. Sedangkan pada kelompok usia 16-18 tahun, prevalensinya sedikit menurun menjadi menjadi 16,6% dan pada kelompok usia 19-24 tahun masih ada 15,6% yang belum menggunakannya (Grafik XL)



Grafik XL Remaja Buang Air Besar di Jamban (RISKESDAS, 2013)

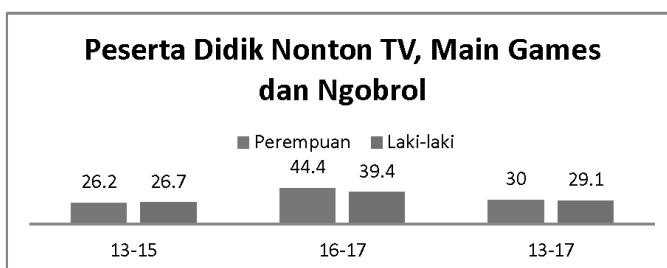
8. Penyakit Tidak Menular Lainnya

Salah satu penyebab utama penyakit tidak menular (PTM) lainnya adalah kurangnya aktifitas fisik. Sayangnya, jumlah anak usia sekolah dan remaja yang cukup aktifitas fisik masih jauh dari harapan. Di mana semakin muda usia, semakin kurang pula mereka yang dengan aktifitas fisik cupup. Grafik XLI di bawah memperlihatkan bagaimana di dalam kelompok usia 6-12 tahun hanya 20,9% yang dianggap cukup memiliki aktifitas fisik. Sementara pada kelompok usia 13-15 tahun, prevalensinya meningkat menjadi 56,5% dan kelompok usia 16-18 tahun meningkat lagi menjadi 64,6%. Sedangkan pada kelompok usia 19-24% sudah ada 73,4%.



Grafik XLI: Aktifitas Fisik (RISKESDAS, 2013)

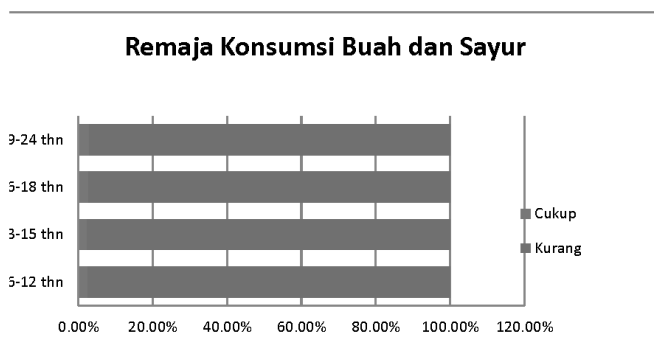
Hasil penelitian di atas, selaras dengan hasil penelitian pada peserta didik usia 13-17 tahun (Grafik XLII). Di sana terlihat hampir sepertiga peserta didik perempuan dan laki-laki gemar menghabiskan waktu minimal 3 jam setiap hari untuk menonton TV, main games atau mengobrol dengan teman. Pada kelompok usia 16-17 tahun persentasenya lebih tinggi sedikit pada perempuan dibandingkan laki-laki. Sementara pada kelompok usia 13-15 tahun relatif dapat dikatakan sama. Dapat disimpulkan bahwa dengan bertambahnya usia, perempuan cenderung lebih kurang beraktifitas fisik.



Grafik XLII: Peserta Didik Nonton TV, Main Games dan Ngobrol (GSHS, 2015)

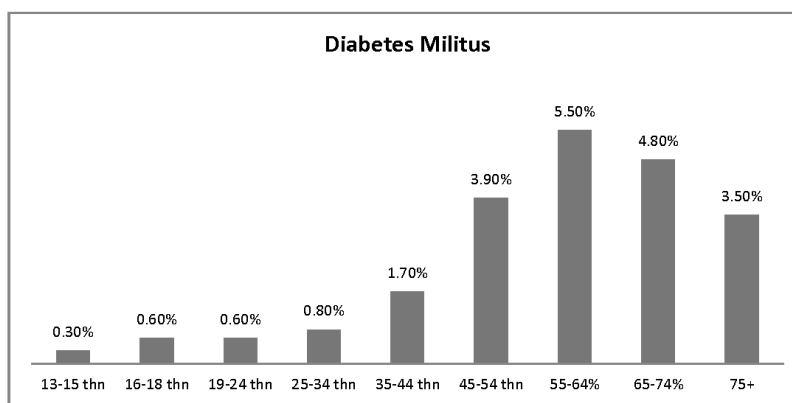
Selain kurangnya aktifitas fisik, penyebab PTM lainnya adalah kurangnya mengkonsumsi buah dan sayur. Keadaan saat ini cukup memprihatinkan karena hampir semua anak usia sekolah dan remaja belum mengkonsumsi buah dan sayur dalam jumlah memadai. Grafik XLIII memperlihatkan pada kelompok usia 6-12 tahun hanya 2,5% yang mengkonsumsi buah dan sayur dengan cukup. Sementara pada kelompok usia 13-15 tahun dan kelompok 16-18 tahun, masing-

masing hanya 2,4% dan 2,8% saja. Sedangkan pada kelompok usia 19-24 tahun hanya 3% yang mengkonsumsi buah dan sayur sesuai standar.



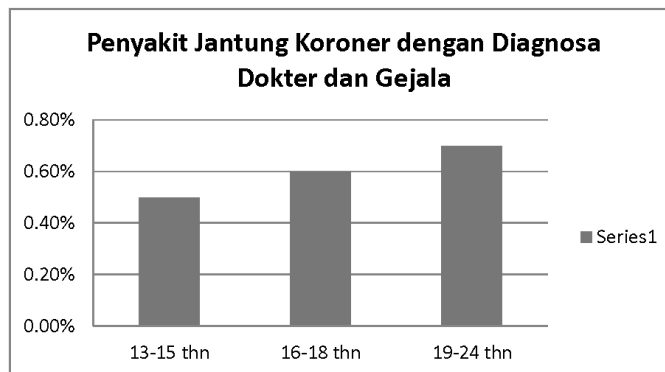
Grafik XLIII: Remaja Konsumsi Buah dan Sayur (GSHS, 2015)

Salah satu PTM yang banyak ditemui adalah Diabetes Mellitus (DM), Indonesia berada pada peringkat nomor 4 negara di dunia dengan jumlah penderita DM terbanyak. Saat ini DM merupakan penyebab kematian nomor 6 terbanyak di Indonesia dan menyumbang 4,2% kematian pada kelompok usia produktif 15-44 tahun. Walaupun umumnya DM menyerang usia produktif, namun Grafik XLIV memperlihatkan berdasarkan dokter dan gejala, sudah cukup banyak anak usia sekolah dan remaja yang terkena. Grafik XLIV menampilkan persentase DM pada semua kelompok usia guna memudahkan pemahaman. Dari grafik tersebut, terlihat sudah ada 0,3% anak usia 13-15 tahun yang terkena DM. Sementara pada kelompok usia 16-18 tahun dan 19-24 tahun, masing-masing terdapat 0,6% dengan DM. Dengan semakin meningkatnya usia pada anak usia sekolah dan remaja, mereka yang terkena penyakit ini juga meningkat jumlahnya. Dibandingkan dengan tahun 2007, persentase remaja usia 15-24 tahun yang terkena DM sepertinya meningkat dari 0,4% menjadi 0,6%.



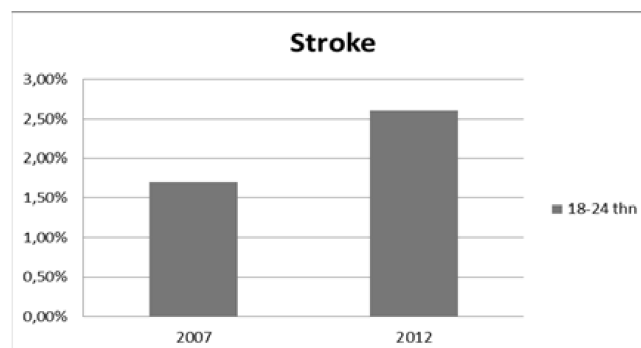
Grafik XLIV: Diabetes Militus Menurut Diagnosa Dokter dan Gejala (RISKESDAS, 2013)

Penyakit kardiovaskuler awalnya diketahui banyak menyerang usia paruh baya. Namun saat ini sudah menyerang mereka yang berada dalam kelompok anak usia sekolah dan remaja. Diantara penyakit kardiovaskular yang telah menyerang anak usia sekolah dan remaja adalah penyakit jantung koroner dan stroke. Seperti terlihat pada Grafik XLV, penyakit jantung koroner telah menyerang mereka yang berusia 13-15 tahun (0,50%). Jumlah mereka yang terkena juga meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Di mana pada kelompok 16-18 tahun terdapat 0,60% dan kelompok 19-24 terdapat 0,70% yang terkena jantung koroner.



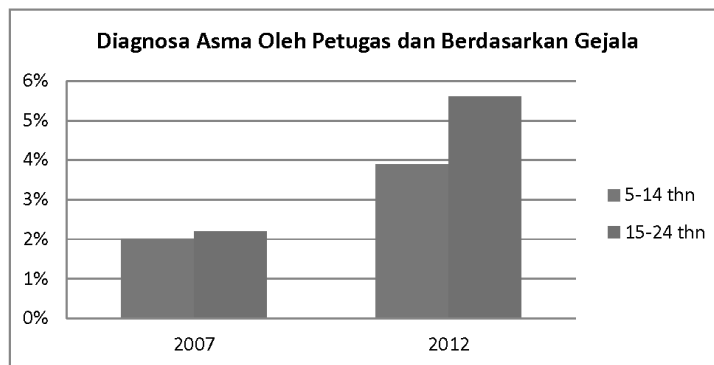
Grafik XLV: Penyakit Jantung Koroner dengan Diagnosa Dokter dan Gejala (RISKESDAS 2013)

Pada penyakit PTM lainnya yaitu stroke, kondisi yang tidak jauh berbeda juga terjadi. Telah terjadi peningkatan yang cukup signifikan dalam 5 (lima) tahun terakhir. Di mana pada tahun 2007, hanya ada 1,7% remaja berusia 18-24 tahun yang terkena stroke. Sementara pada tahun 2012 jumlahnya meningkat menjadi 2,6% (Grafik XLVI).



Grafik XLVI: Stroke (RISKESDAS, 2013)

Mengenai Penyakit Pernapasan Akut yang paling banyak ditemukan pada anak usia sekolah dan remaja adalah asma (Grafik XLVII). Pada tahun 2007, prevalensi menunjukkan 2,0% anak berusia 5-14 tahun dan 2,2% remaja berusia 15-24 tahun didiagnosis asma oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala. Seperti juga kecenderungan kebanyakan PTM lainnya, prevalensi mereka yang terkena asma meningkat di tahun 2013 menjadi 3,9% pada anak berusia 5-14 tahun dan 5,6% pada remaja yang berusia 15-24 tahun. Satu realita penting, pada masing-masing kelompok umur, jumlah mereka yang terkena asma meningkat 2 (dua) kali lipat hanya dalam kurun waktu 5 (lima) tahun.



Grafik XLVII: Diagnosa Asma Oleh Petugas dan Berdasarkan Gejala (RISKESDAS, 2013)

B. Kekuatan dan Tantangan Upaya Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Agar dapat merespons secara komprehensif 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja seperti tergambar di dalam analisis situasi di atas, maka melakukan analisis upaya yang telah dan sedang dilakukan baik oleh pemerintah maupun non-pemerintah pada tingkat nasional selama ini menjadi sesuatu yang esensial. Analisis upaya yang dimaksud mencakup kebijakan, sumber daya, organisasi serta komponen program dan layanan.

1. Kebijakan

Kebijakan yang ada di Indonesia secara khusus telah memberi fokus pada kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Namun dengan pesatnya perkembangan permasalahan, kebutuhan untuk menguatkan kebijakan yang ada menjadi kebutuhan yang harus

segera dipenuhi agar respons yang diberikan memadai dan komprehensif. Apalagi komitmen Indonesia di tingkat internasional untuk memberi perhatian dan menjawab berbagai tantangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja sudah sangat jelas. Hal ini ditandai dengan beragam kesepakatan internasional yang telah diratifikasi Indonesia seperti *Universal Declaration on Human Rights* (diratifikasi 10 Desember 1948), *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (diratifikasi 13 September 1984), *Convention on the Rights of the Child* (diratifikasi 9 September 1990), *Vienna Declaration and Programme of Action 1993* (ditandatangani 25 Juni 1993), *International Conference on Population and Development Programme of Action 1994* (disetujui tanggal 13 September 1994), *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (diratifikasi 30 November 2011) dan *ASEAN Declaration on Commitment: Getting to Zero New HIV Infections, Zero Discrimination, Zero AIDS-Related Deaths of 2012* (ditandatangani 17 November 2011).

Dalam rangka pemenuhan komitmen di dunia internasional, pada tahun 2014, Indonesia telah menerima banyak masukan dari Komite Hak Anak PBB untuk terus meningkatkan kualitas hidup anak Indonesia. Salah satu janji Indonesia tentang pemenuhan hak anak yang dianggap belum sepenuhnya oleh Komite Hak Anak PBB adalah tingginya angka perkawinan usia anak. Sekilas perkawinan usia anak tidak terkait dengan kesehatan, namun sebenarnya, perkawinan yang terjadi pada mereka yang usianya belum 18 tahun, dapat mempengaruhi kesehatan mental, seksual dan reproduksinya. Secara psikologis, perkawinan usia anak bisa berdampak negatif karena anak belum siap untuk berperan sebagai suami dan istri apalagi ibu dan ayah. Terlebih, perkawinan umumnya berimplikasi pada terjadinya kehamilan untuk memiliki keturunan. Sementara kehamilan pada usia anak sebagaimana dijelaskan dalam Situasi Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja di atas, berisiko jauh lebih besar terhadap kesehatan dan keselamatan ibu maupun bayi jika dibandingkan dengan perempuan yang hamil di atas usia 19 tahun. Kebijakan yang ada saat ini masih memberi ruang untuk terjadinya perkawinan usia anak. Memang, Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002

tentang Perlindungan Anak melarang dilakukannya perkawinan usia anak. Namun Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan menyisakan celah bagi terjadinya perkawinan usia anak karena memberi batas minimal usia 16 tahun bagi seorang perempuan untuk kawin. Akibatnya, anak perempuan usia 16-18 tahun menjadi rentan untuk mengalami atau dipaksa melakukan perkawinan. Upaya yang telah dilakukan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) untuk menekan prevalensi perkawinan usia anak adalah dengan terus mengencangkan pelaksanaan kabupaten/kota Layak Anak (KLA) yang tertuang dalam Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 12 Tahun 2011 tentang Indikator kabupaten/kota Layak Anak. Salah satu indikator KLA adalah insidens perkawinan pertama yang terjadi pada mereka yang berusia di bawah 18 tahun. Sejalan dengan program KLA, KPPPA juga terus memotivasi Kementerian dan Lembaga terkait untuk mensosialisasikan bahaya perkawinan usia anak. Namun disinyalir perkawinan di bawah usia 16 tahun masih tetap tinggi karena banyaknya perkawinan yang disamarkan sebagai perkawinan anak perempuan berusia di atas 16 tahun atau perkawinan tersebut tidak didaftarkan. Data juga menunjukkan Indonesia merupakan negara nomor dua dengan jumlah perkawinan usia anak terbanyak di ASEAN setelah Kamboja.

Dunia internasional juga memberi perhatian serius kepada Indonesia karena terus meningkatnya prevalensi HIV dan AIDS dan masih tingginya angka kematian ibu pada anak usia sekolah dan remaja. Jumlah kehamilan pada perempuan usia kurang dari 19 tahun dan kehamilan pada anak di luar perkawinan juga masih memprihatinkan, padahal, kondisi ini rentan untuk terjadinya aborsi tidak aman, perkawinan paksa hingga putus sekolah. Keadaan ini terjadi karena masih banyak anak usia sekolah dan remaja yang belum dapat mengakses edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam menjaga kesehatan Seksual dan Reproduksi. Sementara pelaksanaan layanan kesehatan yang ada di sekitar usia anak sekolah dan remaja masih banyak yang menstigma dan mendiskriminasi mereka. Nilai dan budaya sebagian masyarakat yang menganggap tabu untuk membicarakan isu-isu terkait

kesehatan Reproduksi komprehensif makin menyulitkan usia anak dan remaja untuk mendapatkan informasi dan layanan kesehatan yang lengkap dan akurat. Akibatnya, banyak anak usia sekolah dan remaja yang mencari sendiri informasi yang mereka butuhkan tersebut melalui internet atau lewat sumber-sumber informasi lain yang kurang dapat dipertanggungjawabkan. Mereka juga kerap mencoba mengobati diri sendiri atau meminta bantuan pada tenaga non profesional yang justru dapat menambah permasalahan kesehatan mereka atau bahkan membahayakan keselamatan jiwa mereka. Anak usia sekolah dan remaja yang mengalami perkawinan usia anak, kehamilan usia anak atau tertular HIV, tidak jarang mengalami diskriminasi dari lingkungan seperti dikucilkan atau hambatan akses terhadap pendidikan formal yang semestinya menjadi hak mereka. Berdasarkan kenyataan ini tidak mengherankan jika Komisi Hak Anak PBB merekomendasikan Indonesia untuk menguatkan kebijakan yang ada agar setiap remaja bisa mendapatkan informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif sesuai kebutuhan mereka. Disamping itu Komisi Hak Anak PBB juga merekomendasikan untuk menerbitkan kebijakan yang melindungi hak anak yang hamil, hak anak yang sudah harus menjadi ibu berikut anak-anak mereka serta memerangi diskriminasi terhadap mereka.

Dari sekian banyak kesepakatan internasional terkait kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang telah diratifikasi, masih tertinggal satu kebijakan penting yang belum menjadi komitmen Indonesia. Hingga saat ini Indonesia menjadi satu-satunya negara di Asia yang belum meratifikasi WHO *Framework Convention on Tobacco Control*¹⁴(FCTC) atau konvensi dunia untuk mengontrol produksi dan penggunaan tembakau bagi kesehatan. Akibatnya, desakan dunia agar Indonesia segera menandatangani kebijakan tersebut terus terjadi. Jika Indonesia meratifikasi FCTC, maka akan ada peningkatan pajak rokok yang cukup signifikan yang dapat menekan jumlah perokok terutama dari kelompok anak usia sekolah dan remaja karena harga beli yang tidak ramah terhadap mereka. Sementara belum meratifikasi FCTC, maka untuk melindungi kesehatan anak usia sekolah dan remaja, Indonesia mengandalkan Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan

Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Tembakau Bagi Kesehatan. Namun kebijakan ini sepertinya masih kurang mampu mengatur dengan ketat isi, pemasangan dan jam tayangan iklan rokok. Memang iklan rokok yang ada tidak lagi memperlihatkan orang sedang merokok, namun secara cerdas para produsen rokok menampilkan iklan-iklan yang dibungkus dengan gaya hidup yang sedang mode atau diidamkan oleh orang muda. Iklan-iklan rokok yang dibuat untuk mempengaruhi psikologis mereka yang melihatnya, merupakan sebuah tantangan tersendiri untuk ditertibkan.

Dalam pengentasan permasalahan zat adiktif, selain penguatan kebijakan terkait rokok, penguatan kebijakan terhadap narkoba dan alkohol juga sangat diperlukan. Kebijakan yang ada untuk narkotika dan psikotropika masih belum secara spesifik memberikan arahan yang rinci bagi pencegahan, perawatan dan rehabilitasi untuk anak usia sekolah dan remaja baik secara sosial maupun medis. Kebijakan layanan dan rehabilitasi ketergantungan obat, hanya ditujukan bagi mereka yang berusia 15 tahun ke atas. Selain itu cukup layanan rehabilitasi yang tersedia saat ini yang mempersulit akses bagi perempuan dengan ketergantungan narkoba. Padahal seperti yang tertuang dalam Situasi Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja di atas, pada tahun 2016 saja dengan skenario perhitungan stabil, terdapat sekitar 1.148,2 juta pelajar/mahasiswa perempuan dan laki-laki penyalahguna narkoba yang akan meningkat menjadi 1.221,6 juta di tahun 2019. Jumlah estimasi BNN tersebut jelas tidak sedikit apalagi jika ditambah dengan penyalahguna narkoba pada kelompok anak usia sekolah dan remaja yang tidak berstatus pelajar/mahasiswa.

Terkait alkohol, hingga sekarang belum ada kebijakan nasional yang khusus mengatur pengamanan alkohol dan dampaknya bagi kesehatan. Kondisi ini menyebabkan beberapa provinsi, kabupaten dan kota berinisiatif menyusun Peraturan Daerah (Perda) guna mencegah bahaya minuman beralkohol. Isi Perda yang ada bervariasi di antara daerah yang menerbitkan dan biasanya hanya dalam bentuk pelarangan serta kurang menyentuh pentingnya perlindungan dan pemberdayaan bagi anak usia sekolah dan remaja. Respons program yang komprehensif terhadap dampak konsumsi

alkohol berlebih termasuk rehabilitasi juga tidak menjadi prioritas karena ketiadaan payung hukum. Padahal kenyataan menunjukkan cukup banyak anak usia sekolah dan remaja yang secara sembunyi-sembunyi kerap mengkonsumsi alkohol. Bahkan karena hambatan untuk mengakses minuman beralkohol, data lapangan memperlihatkan tidak sedikit anak usia sekolah dan remaja yang meracik sendiri minuman beralkohol. Mereka menggunakan bahan-bahan yang mudah didapat seperti *methanol* yang justru menyebabkan keracunan bahkan kematian. Sebenarnya, mengkonsumsi bahan-bahan yang ada di sekitar untuk mendapatkan efek seperti yang dihasilkan zat adiktif, bukan sesuatu yang aneh di antara anak usia sekolah dan remaja. Contoh paling umum adalah menghirup aroma lem untuk kayu dan porselen merek tertentu yang memang mudah dijumpai di pasar. Kebijakan yang ada tentang zat adiktif sama sekali belum menyentuh penggunaan bahan-bahan yang mudah ditemui ini.

Berkaitan dengan tingginya angka kekerasan termasuk kekerasan seksual yang dialami oleh anak usia sekolah dan remaja, belum lama ini pemerintah telah menerbitkan beberapa kebijakan yaitu Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2014 tentang Gerakan Nasional Anti Kejahatan Seksual Terhadap Anak, Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak dan yang terakhir Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2016 Tentang Perlindungan Anak. Namun masih ada satu tantangan memprihatinkan yang belum diatur dengan jelas dalam kebijakan yang ada saat ini. Tantangan tersebut adalah banyaknya sinetron, acara hiburan dan film di televisi yang mengajarkan dan mendorong nilai-nilai kekerasan, pelecehan terhadap perempuan dan anak serta kurangnya penghargaan terhadap hak asasi manusia. Padahal bagi sebagian besar keluarga di Indonesia, televisi adalah media hiburan yang murah untuk dinikmati bersama terutama oleh anak di rumah. Akibatnya nilai-nilai buruk yang secara halus maupun terang-terangan diajarkan lewat media elektronik tersebut dengan mudah terinternalisasi dan ditiru oleh para pemirsanya dalam bentuk kekerasan dan perilaku berisiko.

2. Sumber Daya

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan minimal alokasi anggaran kesehatan dari total Anggaran dan Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) adalah 5% dan dari Anggaran dan Pendapatan Belanja Daerah (APBD) adalah 10% tidak termasuk gaji pegawai. Namun baru pada tahun 2016 ketentuan tersebut terpenuhi dan berdampak pada peningkatan anggaran kesehatan yang signifikan. Perkembangan positif ini menjadi landasan kokoh penguatan program dan koordinasi guna meningkatkan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Analisis lebih jauh terhadap pembagian alokasi anggaran kesehatan tahun 2016 adalah 79,2% untuk belanja pemerintah pusat dan 20,8% untuk alokasi daerah. Pada alokasi pemerintah pusat, 85,5% diperuntukkan untuk Kementerian atau Lembaga dan sisanya sebesar 14,5% untuk non Kementerian atau Lembaga. Khusus untuk Kementerian dan Lembaga, ada 3 institusi yang menjadi penerima utama yaitu, Kementerian Kesehatan (90,3%), Badan Koordinasi Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (5,4%) dan Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) (2,2%). Sementara sisanya (2,1%) dibagi di antara Kementerian dan Lembaga terkait lainnya.

Pembagian alokasi anggaran Kesehatan tahun 2016 yang terfokus pada Kementerian Kesehatan sudah sesuai jika ditinjau dari mandat kesehatan yang berada di Kementerian Kesehatan. Namun sayangnya belum tersedia penjabaran rinci berapa alokasi yang diberikan untuk penanganan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Sepatutnya alokasi tersebut juga menjadi semakin besar dan tidak mudah bagi Kementerian dan Lembaga lain untuk ikut menerima alokasi anggaran tersebut. Asumsinya hanya sedikit program kesehatan yang dilakukan oleh instansi pemerintah di luar Kementerian Kesehatan. Namun melihat peta belanja dari tahun-tahun sebelumnya terutama tahun 2015, hasilnya ternyata tidak seperti dugaan. Kondisi ini diketahui dari hasil analisis finansial terpisah terhadap belanja Kementerian dan Lembaga di tahun 2014 dan 2015 terkait program kesehatan anak usia sekolah

dan remaja yang khusus dilakukan guna kepentingan penyusunan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja ini.

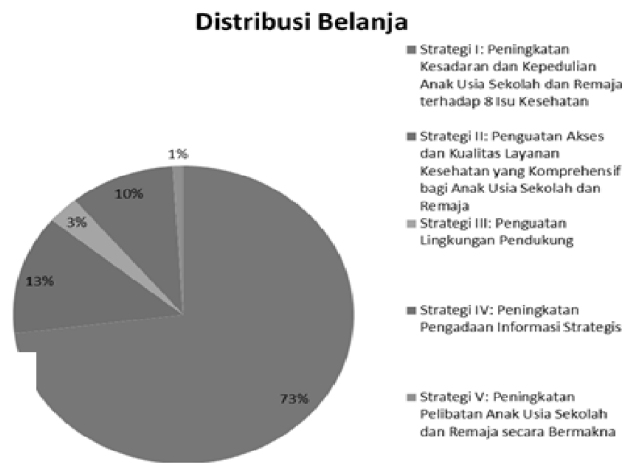


Grafik XLVIII: Anggaran 2015 untuk Kesehatan Anak usia sekolah dan remaja

Hasilnya memperlihatkan (Grafik XLIX) bahwa belanja program/kegiatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja ternyata jauh lebih besar dikeluarkan oleh Kementerian dan Lembaga selain Kementerian Kesehatan. Kondisi ini luput terekam karena informasi yang masuk ke Kementerian/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (KPPN/Bappenas) untuk rencana kerja Kementerian dan Lembaga hanya ada pada tatanan program utama saja dan bukan kegiatan rinci. Sementara pada program utama, isu yang muncul biasanya adalah isu yang menjadi mandat Kementerian dan Lembaga tersebut dan tidak terkait kesehatan. Namun saat ditelaah di sub program atau kegiatan baru terlihat bahwa program yang dilakukan juga menyentuh isu kesehatan. Padahal analisis finansial yang dilakukan tidak memasukkan anggaran yang dikeluarkan oleh organisasi non-pemerintah lokal dan internasional sehingga perkiraan jumlah total belanja diasumsikan lebih besar lagi.

Grafik XLIX menunjukkan bahwa Kementerian Kesehatan hanya membelanjakan 17% dari seluruh anggaran yang teridentifikasi untuk program/kegiatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Sementara jumlah belanja terbesar justru dikeluarkan oleh Kementerian dan Lembaga lain. Mengacu pada realita ini, dapat disimpulkan bahwa sebenarnya kepedulian yang besar terhadap kesehatan anak usia sekolah dan remaja sudah tertanam kuat di

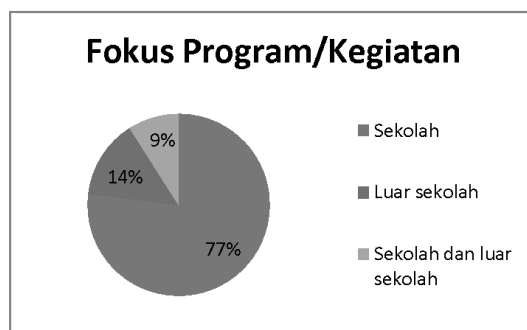
antara para pelaksana program pembangunan di Indonesia walaupun bukan mandat dan prioritas kerja mereka.



Grafik XLIX: Distribusi Belanja

Jika total belanja kesehatan anak usia sekolah dan remaja tahun 2015 dianalisis dengan menggunakan 5 strategi di dalam kebijakan *ini* (Grafik XLIX), terlihat bahwa 73% diperuntukkan bagi peningkatan pengetahuan dan keterampilan anak usia sekolah dan remaja terhadap 8 isu kesehatan. Besarnya belanja untuk program/kegiatan pencegahan permasalahan kesehatan dapat dipahami karena program/kegiatan preventif relatif mudah untuk dilakukan dan secara sederhana diharapkan berdampak bagi keberdayaan anak usia sekolah dan remaja untuk terhindar dari permasalahan kesehatan. Namun tanpa standarisasi prioritas, bentuk dan kualitas program/kegiatan, keluarannya dapat sporadis sehingga ada sebagian isu kesehatan yang sebenarnya sama pentingnya yang kurang mendapat perhatian dari para pelaksana program. Apalagi anggaran untuk pengaturan dan koordinasi program/kegiatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja sangat kecil (3%). Sementara anggaran penguatan akses dan kualitas layanan hanya 13% dan upaya peningkatan pengadaan informasi strategis hanya 10% dari total belanja. Sedangkan pelibatan bermakna anak usia sekolah dan remaja, belum dianggap prioritas atau hanya sekitar 1% dari belanja.

Pada saat analisis dilakukan terhadap lokasi program/kegiatan dilakukan (Grafik L), sebagian besar ternyata diimplementasikan di sekolah (77%). Dari sisi kemudahan, melaksanakan program/kegiatan di sekolah memang merupakan hal yang tepat. Namun terfokus hanya pada sekolah sebagai pintu masuk pemberdayaan semestinya menjadi hal yang patut dipertimbangkan. Sudah cukup banyak pengetahuan dan keterampilan lain yang wajib dicerna oleh anak usia sekolah dan remaja di institusi tersebut di samping realita bahwa tidak semua anak usia sekolah dan remaja ada di sekolah.



Grafik L: Fokus Program/Kegiatan

Selanjutnya, seperti tergambar pada Grafik LI dari belanja yang dilakukan, ternyata 99% ditujukan khusus untuk pelaksanaan program dan kegiatan saja. Hanya 1% yang dialokasikan untuk upaya pendukung seperti pengadaan/perawatan kendaraan, bangunan, perlengkapan atau pasokan barang. Sekilas strategi ini terlihat positif karena menunjukkan bagaimana alokasi dana nyaris semua ditujukan bagi implementasi program/kegiatan. Namun kondisi ini juga menunjukkan bahwa program/kegiatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja bukan prioritas sehingga tidak diperlukan investasi khusus yang mendukung keberlanjutan program secara jangka panjang. Kepedulian Kementerian dan Lembaga lain sepertinya belum diiringi dengan koordinasi dan dukungan nyata yang tepat guna sehingga efektifitas, efisiensi dan keluaran program/kegiatan tersebut juga tidak maksimal.

Analisis di atas, menunjukkan semakin mendesaknya penataan ulang pembagian peran dan tanggung jawab serta koordinasi para pemangku kepentingan agar anggaran dapat dimanfaatkan seefisien dan seefektif mungkin bagi program/kegiatan yang terstandarisasi

dan berbasis bukti. Diharapkan pada tahun 2019 telah tersedia mekanisme perencanaan, prioritas dan penganggaran finansial yang komprehensif dan akuntabel untuk setiap Kementerian dan Lembaga terkait guna mendukung kelima strategi mencapai kesehatan anak usia sekolah dan remaja sesuai harapan. Mekanisme ini diperlukan agar Kementerian dan Lembaga dengan mandat bukan pada kesehatan tetap dapat berkontribusi karena program dan kegiatan tertentu lebih efisien dan efektif jika berada di bawah koordinasi mereka.

Dampak negatif yang ditimbulkan akibat belum maksimal dan terfokusnya kebijakan, program, pengadaan data, pelibatan kelompok sasaran dan koordinasi terpinpin, adalah beban ekonomi yang tidak sedikit bagi Indonesia. Hasil analisis finansial yang dilakukan untuk tahun 2015 menunjukkan bahwa sebenarnya Indonesia pada tahun tersebut harus menanggung beban ekonomi yang berkisar antara RP 60.000.000.000.000 (enam puluh triliun Rupiah) sampai dengan 69.000.000.000.000 (enam puluh sembilan triliun Rupiah). Beban ekonomi negara terutama terjadi akibat jumlah tenaga kerja produktif yang hilang atau kapasitasnya menjadi tidak maksimal, biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan, perawatan dan rehabilitasi mereka yang sakit atau mengalami disabilitas serta biaya akibat waktu yang harus diluangkan oleh mereka yang merawat orang sakit.

Dari sisi sumber daya manusia, permasalahan utama adalah belum mencukupinya jumlah dan belum meratanya sebaran serta kompetensi tenaga kesehatan. Misalkan, Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat No. 54 Tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011–2025, menargetkan dokter umum pada tahun 2019 sebesar 45 per 100.000 penduduk. Namun hingga akhir tahun 2015, jumlahnya baru 16,06 dokter per 100.000 penduduk yang bahkan masih jauh dari target tahun 2014 sebesar 40 per 100.000 penduduk. Sementara persentase registrasi kerja dokter umum mencapai 84,12% di Wilayah Indonesia Barat (WIB), 14,45% di Wilayah Indonesia Tengah (WITA) dan sisanya atau sekitar 1,43% di Wilayah Indonesia Timur (WIT). Bukan saja sebaran yang sangat timpang, namun di WIB ada beberapa daerah yang jumlah dokter umumnya melebihi kebutuhan.

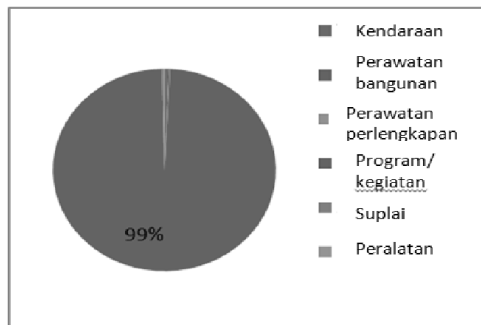
Kondisi yang sama juga terjadi pada dokter spesialis, selain jumlahnya yang belum mencukupi, keberadaannya juga berkumpul di WIB (85,31%) dan nyaris tidak ada di WIT. Berbeda dengan dokter umum dan dokter spesialis, jumlah bidan dan perawat relatif mencukupi bahkan untuk bidan sudah terjadi surplus. Sayangnya kuantitas yang ada tidak disertai dengan meratanya kualitas dan sebaran yang masih terpusat di WIB.

Terkait pelayanan dasar, hingga saat ini terdapat 9.754 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang terdiri dari 3.396 Puskesmas rawat inap dan 6.358 Puskesmas tanpa rawat inap. Berhubung sebaran dokter umum yang tidak merata, ada 38,53% Puskesmas memiliki dokter melebihi jumlah yang ditetapkan, 35,9% Puskesmas memiliki dokter umum dengan jumlah sesuai dan sisanya sebesar 25,57% Puskesmas, masih kekurangan dokter umum. Kekurangan dokter umum di Puskesmas pada setiap provinsi cukup bervariasi. Provinsi yang paling sedikit memiliki Puskesmas tanpa dokter umum adalah di DI Yogyakarta (0,83%) diikuti oleh Kepulauan Riau (1,54%) dan Kalimantan Utara (5,41%). Sementara provinsi yang paling banyak memiliki Puskesmas tanpa dokter umum adalah Papua Barat (65,74%), Maluku (60,12%) dan Sulawesi Barat (56,99%). Di DKI Jakarta sendiri sebagai ibukota negara, saat ini masih ada 21,60% Puskesmas yang kekurangan dokter umum.

Tantangan lain yang harus segera direspons adalah memastikan memadainya jumlah dan meratanya tenaga kesehatan mulai dari perawat hingga dokter spesialis yang ramah anak usia sekolah dan remaja. Kebijakan yang belum sepenuhnya memihak serta masih adanya nilai-nilai sosial budaya yang mendiskriminasi dan menstigma menjadi dua hambatan besar bagi tenaga kesehatan untuk ramah dan mampu memenuhi semua kebutuhan pelayanan kesehatan bagianak usia sekolah dan remaja.

Disamping tenaga kesehatan, sumber daya manusia lainnya yang bergerak baik secara langsung maupun tidak langsung dalam bidang kesehatan juga perlu ditingkatkan baik kualitas, kuantitas maupun pemerataan sebarannya di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini terutama mencakup tenaga pendidik di sekolah dan di luar sekolah yang mampu memberikan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) 8 isu kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan

dan tantangan yang dihadapi oleh anak usia sekolah dan remaja sehari-hari. Kemampuan mengidentifikasi dan melakukan analisis cepat kebutuhan mereka dapat menjadi tantangan yang tidak ringan terutama jika menyangkut isu-isu yang sensitif seperti korban atau pelaku kekerasan, perilaku berisiko terkait Kesehatan Seksual dan Reproduksi, penggunaan zat adiktif atau lingkungan yang mempengaruhi kesehatan mental mereka.



Grafik LI: Jenis Kebutuhan Belanja

3. Organisasi

Salah satu rekomendasi yang diberikan oleh Komite Hak Anak PBB adalah untuk memberi KPPPA kewenangan yang lebih besar dalam mengkoordinir dan mengevaluasi seluruh kegiatan terkait pengimplementasian Konvensi Hak Anak. Hal ini menjadi sangat penting mengingat masih cukup banyak organisasi yang dianggap belum sepenuhnya patuh terhadap kebijakan internasional yang telah diratifikasi oleh Indonesia tersebut. Terkait dengan kesehatan remaja, Kementerian Pemuda dan Olah Raga (Kemenpora) semestinya dapat mengambil peran yang sama dengan KPPPA dalam hal perlindungan dan pemberdayaan remaja usia 16-24 tahun yang merupakan bagian dari pemuda usia 16-30 tahun yang menjadi fokus kerja Kemenpora.

Masalah kurangnya kapasitas dan kewenangan organisasi juga dialami oleh Komisi Penyiaran Indonesia. Maraknya tayangan di televisi baik yang mengajarkan nilai-nilai kekerasan, pelecehan, perundungan atau ketidaksetaraan gender membutuhkan analisis para ahli yang kompeten untuk direspons dengan tindakan nyata. Para ahli yang sama juga dibutuhkan untuk mengarahkan produsen dan sutradara tayangan televisi agar mampu menghasilkan acara

yang menjunjung tinggi hak asasi manusia. Namun yang dilakukan sejauh ini baru sampai melaksanakan Undang-Undang No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi dengan cara menegur tayangan yang dianggap memuat visual pornografi atau memberi peringatan jika ada laporan keluhan dari masyarakat.

Terkait analisis situasi, sejak tahun 1999, Indonesia menerapkan sistem otonomi daerah yang memberikan kekuasaan kepada kabupaten/kota untuk mengelola wilayahnya dan kekuasaan untuk melakukan koordinasi kepada provinsi. Melalui desentralisasi maka setiap kabupaten/kota wajib memiliki kapasitas untuk melakukan analisis situasi agar dapat menyusun prioritas permasalahan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya. Namun hingga saat ini masih cukup banyak kabupaten/kota bahkan provinsi yang belum mampu melakukan hal tersebut dan bergantung pada arahan dari pusat yang biasanya bersifat umum. Kondisi yang tidak jauh berbeda juga terjadi di tingkat pengelolaan program sehingga kualitas dan kuantitas upaya penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja di kabupaten/kota masih terjadi disparitas dan belum standarisasi.

Pada program-program berskala nasional, koordinasi dan komunikasi yang erat antara tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota merupakan hal yang esensial. Bukan hanya untuk perencanaan dan pelaksanaan program, namun juga untuk kepentingan Monitoring dan Evaluasi (M&E). Akan tetapi hingga saat ini masih cukup banyak kesenjangan yang terjadi. Salah satu penyebabnya adalah belum meratanya ketersediaan sistem kerja berbasis teknologi terkini yang membuat cukup banyak wilayah masih melakukan pencatatan dan pelaporan secara manual sehingga menghambat kelancaran program.

Bahkan pada tingkat nasional ketersediaan dan kesesuaian data kesehatan anak usia sekolah dan remaja masih jauh dari memadai. Data-data yang didapat dari survey dan penelitian nasional umumnya masih menggunakan segregasi usia yang berbeda-beda dan sebagian tanpa segregasi jenis kelamin. Data untuk 8 isu kesehatan belum semuanya tersedia sehingga tidak mudah untuk mendapatkan gambaran utuh permasalahan pada anak usia sekolah dan remaja. Kurangnya koordinasi antara pelaksana program dengan

pelaksana survey dan penelitian menyebabkan sebagian data yang ada tidak sesuai dengan program dan kegiatan yang dilaksanakan. Akibatnya ada hambatan besar untuk menyusun target *outcome* (hasil) program dan kegiatan. Bahkan sebagian besar program dan kegiatan peningkatan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang dilakukan Kementerian dan Lembaga, hanya memiliki *output* (keluaran) tanpa ketersediaan *outcome* (hasil).

4. Komponen Program dan Layanan

Sudah cukup banyak pihak yang berkomitmen untuk meningkatkan derajat kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Pada institusi pemerintah, di tingkat pelayanan dasar sudah ada Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) melalui Puskesmas. Tujuannya untuk memastikan anak usia sekolah dan remaja mudah mendapatkan akses pelayanan promosi, pencegahan, pengobatan dan perawatan yang ramah dan sesuai dengan kebutuhan mereka. Namun jumlah Puskesmas PKPR yang berjalan baik masih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah anak usia sekolah dan remaja yang ada. Berdasarkan laporan rutin tahun 2016, baru terdapat 4.154 Puskesmas PKPR. Bukan hanya dari sisi kuantitas yang kurang, namun kelengkapan rangkaian pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang komprehensif juga perlu menjadi perhatian. Hingga saat ini, sebagian besar Puskesmas PKPR hanya terfokus pada layanan seputar permasalahan pubertas dan kesehatan reproduksi ringan saja seperti keputihan, rasa sakit saat menstruasi atau jerawat.

Dari sisi pemanfaatan, jumlah anak usia sekolah dan remaja yang menggunakan layanan Puskesmas PKPR ternyata masih rendah. Hambatan untuk mengakses layanan Puskesmas PKPR umumnya adalah (a.) jarak yang jauh dari rumah; (b.) biaya transportasi yang mahal; (c.) stigma Puskesmas sebagai tempat layanan kesehatan yang tidak ramah terhadap anak usia sekolah dan remaja; (d.) kekhawatiran isu privasi (takut dilaporkan ke orangtua atau guru); (e.) jam buka layanan yang tidak sesuai dengan waktu luang anak usia sekolah dan remaja, serta; (f.) Kondisi fisik (bangunan) dan sosial tempat layanan yang dirasa kurang nyaman. Sementara bagi kelompok anak usia sekolah dan remaja dengan

disabilitas, masih cukup banyak Puskesmas PKPR yang dirasa belum ramah terhadap penyandang disabilitas.

Pada tingkat promosi dan preventif, peran Puskesmas adalah memberikan pembinaan kepada sekolah-sekolah di wilayah kerjanya melalui kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Penyelenggaraan UKS sendiri wajib bagi setiap sekolah dan saat ini sedang diupayakan diperluas agar dapat mencakup Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) hingga Perguruan Tinggi (PT). Program yang dilakukan dalam UKS dikenal dengan Trias UKS yaitu, (a.) Pelayanan kesehatan di sekolah; (b.) Penyuluhan/pendidikan kesehatan di sekolah; dan (c.) Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah yang sehat. Di sekolah, selain melakukan pembinaan UKS, penjangkaran kesehatan, pemeriksaan kesehatan berkala dan imunisasi, Puskesmas juga memfasilitasi keberadaan Pendidik Sebaya yang di dalam program PKPR dikenal dengan sebutan Kader Kesehatan Sekolah. Sayangnya, dengan keterbatasan jumlah tenaga kesehatan yang ada, banyak Puskesmas masih belum mampu mendampingi seluruh UKS di wilayah kerja mereka sehingga UKS tersebut tidak berjalan maksimal. Kondisi ini sebenarnya sudah diantisipasi dalam Surat Keputusan Bersama (SKB) Menteri Dalam Negeri, Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan dan Menteri Agama tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah di tahun 2003, yang telah direvisi di tahun 2014 guna untuk mendorong kerjasama lintas sektor dan menutup kesenjangan yang ada. Namun keberadaan Peraturan Bersama tersebut tampaknya belum memberikan hasil seperti yang diinginkan.

Selain UKS, kegiatan lain yang potensial meningkatkan kapasitas anak usia sekolah dan remaja dalam hal keterampilan hidup sehat adalah Palang Merah Remaja (PMR) dan Praja Muda Karana (Pramuka) yang merupakan dua kegiatan ekstrakurikuler yang wajib ada di sekolah mulai dari tingkat SD/MI sampai dengan di PT. Baik PMR yang berada di bawah kewenangan Palang Merah Indonesia (PMI) maupun Pramuka yang berada di bawah Kwartir Nasional Gerakan Pramuka, juga menekankan pentingnya peranan Pendidik Sebaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan para peserta didik. Namun keberadaan PMR dan Pramuka di beberapa sekolah masih belum disertai dengan kegiatan

yang bermakna. Padahal kedua kegiatan ekstrakurikuler ini mengajarkan nilai-nilai kemanusiaan, pengetahuan dan keterampilan hidup sehat. Kendala terjadi biasanya karena kurangnya kepedulian pihak sekolah dan belum tersedianya kebijakan yang mewajibkan sekolah untuk melaksanakan PMR atau Pramuka sesuai standar tertentu.

Selain program-program kesehatan yang telah terintegrasi dengan baik ke dalam sistem sekolah mulai dari SD/MI sampai dengan SMA/MA bahkan PT, beberapa institusi pemerintah saat ini sedang menggalakkan program-program kesehatan tertentu di sekolah. Beberapa di antaranya adalah program Aku Bangga Aku Tahu (ABAT) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sebagai upaya pencegahan HIV dan AIDS bagi peserta didik di SMP sampai dengan PT (15-24 tahun). Promosi dan edukasi yang dilakukan oleh program ABAT sudah dapat mencakup seluruh provinsi walaupun baru menjangkau sebagian kecil kabupaten/kota dan sekolah yang ada di dalamnya. Informasi yang diberikan ABAT sangat penting karena data menunjukkan rendahnya tingkat pengetahuan komprehensif anak usia sekolah dan remaja terhadap HIV sehingga membuat mereka rentan melakukan perilaku berisiko terhadap penularan HIV dan AIDS.

Program lain yang saat ini juga sedang terus digencarkan adalah Generasi Berencana (Genre) yang difasilitasi oleh BKKBN dan ditujukan bagi remaja usia 10-24 tahun di SMP/MTs, SMA/MA dan PT. Tujuan program Genre adalah peningkatan kualitas remaja melalui akses informasi, pendidikan, konseling dan pelayanan kehidupan berkeluarga dengan penekanan menunda hubungan seksual hingga menikah, terhindar dari resiko HIV dan AIDS, Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA), menjadikan keluarga kecil bahagia dan sejahtera sebagai bagian dari cita-cita serta menjadi contoh dan sumber informasi bagi teman sebaya mereka. Seperti PKPR dan ABAT, Genre juga menggunakan pendekatan Pendidik Sebaya melalui Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) dan Pusat Informasi dan Konseling Mahasiswa (PIK-M) untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja yang disasar. Hingga saat ini program Genre sudah mampu menjangkau sebagian SMA dan PT yang ada di sebagian provinsi di Indonesia.

Selain program-program kesehatan di sekolah, program pemerintah yang di lakukan di luar sekolah juga sudah mulai banyak. Beberapa di antaranya adalah program promosi kesehatan dan preventif permasalahan penyakit yang dilakukan oleh Kemenpora. Dalam program ini Kemenpora menyalurkan dana kepada organisasi pemuda usia 16-30 tahun untuk menyelenggarakan kegiatan edukasi kesehatan di luar sekolah berdasarkan proposal-proposal yang diajukan kepada mereka dan disetujui. Sayangnya program ini belum memiliki arah dan capaian yang jelas termasuk kerangka kerja untuk berkoordinasi dengan Kementerian dan Lembaga terkait dalam memaksimalkan hasil. Kementerian Kesehatan sendiri saat ini sedang menggiatkan program CERDIK yang merupakan singkatan dari Cek Kesehatan Rutin, Enyahkan Asap Rokok, Rajin Aktifitas Fisik, Diet Seimbang, Istirahat Cukup dan Kelola Stres. Tujuan program CERDIK adalah untuk mencegah terjadinya atau mengelola Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain seperti penyakit ginjal, penyakit jantung atau diabetes mellitus. Selain di sekolah program CERDIK juga giat dilaksanakan di masyarakat melalui Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) yang peruntukannya memang khusus untuk PTM bagi mereka yang berusia 15 tahun ke atas. Pada Kementerian Agama, juga terdapat program Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) yang memberikan bantuan dana kepada pesantren-pesantren untuk mengembangkan Poskestren bagi warga yang ada di dalam dan juga sekitarnya. Sayang arah dan pengembangan Pokestren sering masih tersendat karena jumlah anggaran yang fluktuatif dan belum tersedianya rencana program secara tertulis yang jelas.

Selain di sekolah dan di masyarakat, PKHS juga perlu diberikan pada anak usia sekolah dan remaja yang karena satu dan lain hal untuk sementara waktu terpaksa berada di lingkungan tertutup. Mereka umumnya adalah anak usia sekolah dan remaja yang berada di Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) atau Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL). Muatan kerja yang sudah sangat banyak di Puskesmas membuat efektifitas PKHS di lingkungan tertutup tidak dapat maksimal jika dibebankan penuh pada mereka. Sementara mandat Kementerian Hukum & Hak Asasi Manusia dan Kementerian Sosial yang bukan pada kesehatan menjadi tantangan PKHS dapat

dilaksanakan secara mandiri oleh LPKA dan IPWL dengan mentoring dari Puskesmas terdekat. Kebijakan dalam bentuk SKB yang ada harus ditinjau ulang dan dikuatkan guna memastikan setiap anak usia sekolah dan remaja di lingkungan tertutup bisa mengakses PKHS dan layanan kesehatan yang sesuai. Apalagi keberadaan anak usia sekolah dan remaja di lingkungan tertutup merupakan bukti mereka perlu mendapatkan perhatian khusus karena rentan untuk melakukan perilaku berisiko terkait kesehatan.

Dengan keterbatasan dukungan dana yang biasanya bersumber dari lembaga donor dan keterbatasan sumber daya lainnya, biasanya program-program yang dilaksanakan oleh organisasi non-pemerintah hanya mencakup wilayah-wilayah tertentu di Indonesia dan dalam jangka waktu yang tertentu pula. Namun jika ditelaah lebih jauh, sudah banyak upaya yang mereka lakukan yang telah memberi hasil nyata bagi masyarakat dan khususnya anak usia sekolah dan remaja yang didampingi. Keberhasilan dan kontribusi yang telah diberikan oleh lembaga non-pemerintah ini seringkali luput dari perhatian karena jangkauan program yang terbatas. Hanya ada beberapa program dari organisasi non-pemerintah yang dapat teridentifikasi dengan baik karena wilayah kerjanya mencakup seluruh atau sebagian besar wilayah Indonesia serta relatif berkelanjutan karena telah tersedianya sumber dana yang relatif permanen. Lembaga non-pemerintah ini selain PMR dan Pramuka seperti yang telah dikemukakan di atas adalah program *Youth Centre* yang dimiliki oleh Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI).

Berhubung belum tersedianya arahan dan kepemimpinan yang menyeluruh, program-program kesehatan anak usia sekolah dan remaja baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun non-pemerintah cenderung berjalan sendiri-sendiri. Dampak dari kurangnya koordinasi, komunikasi dan sinergi menyebabkan tumpang tindih dan kesenjangan antar program yang kerap terjadi terutama pada tingkat pelaksanaan di lapangan. Ada beberapa isu kesehatan yang sepertinya sangat digemari untuk dijadikan fokus kerja oleh para pelaksana program sementara beberapa isu lainnya kurang mendapatkan perhatian. Contoh isu kesehatan yang dirasa masih kurang mendapat perhatian padahal merupakan penyebab utama meninggalnya anak usia sekolah dan remaja adalah

kecelakaan lalu lintas. Padahal pada tingkat kebijakan, selain tersedianya Undang-Undang No. 22 Tahun 2009 tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan, pemerintah juga telah mengeluarkan Rencana Umum Nasional Keselamatan Jalan Tahun 2011-2035 dan Instruksi Presiden No. 4 Tahun 2013 tentang Program Dekade Aksi Keselamatan Jalan. Namun sayangnya implementasi kebijakan-kebijakan yang telah komprehensif tersebut masih lemah.

Selain belum meratanya perhatian pelaksana program terhadap 8 isu kesehatan, kualitas program yang ada juga bervariasi bahkan beberapa cenderung mendiskriminasi kelompok tertentu atau membatasi informasi dengan alasan yang subjektif. Misal pada program HIV dan AIDS, kelompok remaja yang digeneralisasi rentan penularan HIV dan AIDS atau biasa dikenal dengan Populasi Kunci bisa mendapatkan akses yang lebih mudah untuk informasi dan layanan komprehensif terkait. Pada sisi pengelolaan program, masih terdapat program yang dilakukan tanpa berbasis bukti (*evidence based*) atau dengan pengelolaan yang seadanya sehingga tidak mudah untuk mengukur efektifitas dan keberhasilan program tersebut. Salah satu contoh dari program ini adalah edukasi kesehatan pada calon pengantin.

Terakhir, upaya yang belum maksimal dilakukan oleh banyak pemangku kepentingan adalah pelibatan bermakna anak usia sekolah dan remaja dalam penguatan kebijakan, pengembangan dan pelaksanaan program termasuk M&E yang terkait dengan mereka. Relatif baru ada tiga Kementerian/Lembaga yang mulai melibatkan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna. Pertama, seperti telah dikemukakan di atas adalah Kementerian Kesehatan melalui program PKPR dan ABAT, BKKBN melalui program Genre dan yang ketiga adalah KPPPA melalui program Forum Anak. Di dalam Forum Anak, KPPPA memfasilitasi anak untuk dapat didengar suara dan apresiasinya di samping juga memfasilitasi jejaring dan komunikasi di antara mereka. Forum Anak saat ini sudah ada di tingkat nasional hingga tingkat desa. Walaupun sebaran dan kualitasnya belum merata, namun setiap tahun perwakilan anak yang ada di dalam Forum Anak se Indonesia telah melakukan pertemuan termasuk memberikan masukan kepada pemerintah. KPPPA juga memfasilitasi keberadaan website khusus dari dan untuk anak

www.statusfan.com) yang dapat diakses oleh setiap anak. Website yang dibuat dengan gaya ceria anak ini diharapkan menjadi wadah anak untuk meningkatkan pengetahuan dan mengekspresikan diri.

BAB III

RENCANA AKSI KESEHATAN ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA

A. Arah Pembangunan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Arah pembangunan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dalam 3 tahun ke depan merujuk pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 yaitu untuk melindungi dan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat setiap anak usia sekolah dan remaja agar terwujudnya derajat kesehatan yang terbaik bagi mereka. Sementara landasan penyelenggaraan adalah perikemanusiaan, keberdayaan dan kemandirian secara adil, merata dan tanpa diskriminasi yang mengacu pada peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan anak usia sekolah dan remaja itu sendiri. Pembangunan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dilaksanakan melalui peningkatan upaya kesehatan mulai dari promosi dan edukasi kesehatan hingga pengobatan, rehabilitasi dan perawatan yang dilengkapi dengan penguatan lingkungan, kebijakan, pengawasan dan pengendalian mutu serta pendanaan kesehatan yang memadai. Seluruh upaya dilakukan dengan memperhatikan karakteristik terutama usia, jenis kelamin, gender, fisik dan jiwa anak usia sekolah dan remaja, kondisi keluarga dan masyarakat sekitar, epidemiologi penyakit, kondisi geografis, perubahan ekologi, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerja-sama lintas sektor.

B. Prinsip-Prinsip Utama

Prinsip-prinsip utama dalam Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja adalah sebagai berikut:

1. setiap upaya penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja harus memperhatikan dan menghormati harkat dan martabat anak usia sekolah dan remaja sebagai individu yang utuh dengan keberagaman latar belakang yang dimiliki termasuk diantaranya usia, gender, agama, pendidikan, tingkat ekonomi, suku bangsa, lokasi tempat tinggal dan status perkawinan.
2. tidak melakukan diskriminasi apapun bentuknya dan menjunjung tinggi HAM.
3. seluruh upaya meningkatkan kesehatan anak usia sekolah dan remaja harus diintegrasikan ke dalam program pembangunan di

tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

4. rangkaian upaya meningkatkan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dilakukan secara sistematis dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, pencegahan penyakit, pengobatan, perawatan, rehabilitasi hingga lingkungan pendukung.
5. upaya meningkatkan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dilakukan secara bersama-sama oleh institusi pemerintah, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, sektor swasta, lembaga penelitian dan organisasi dari dan untuk anak usia sekolah dan remaja.
6. anak usia sekolah dan remaja berperan aktif dan bermakna dalam seluruh upaya untuk meningkatkan kesehatan mereka mulai dari tingkat kebijakan hingga pelaksanaan kegiatan.
7. peraturan perundang-undangan dikuatkan untuk dapat mendukung penuh kesehatan anak usia sekolah dan remaja dengan selaras di semua tingkatan tanpa pengecualian.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Pelaksanaan Rencana Aksi Nasional ini ditujukan untuk mencegah dan menurunkan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja agar mereka siap menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif, baik sosial maupun ekonomi.

2. Tujuan Khusus

- a. meningkatkan kualitas, kuantitas, maupun cakupan upaya penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- b. melengkapi ketersediaan data dan informasi yang komprehensif agar setiap permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dapat diidentifikasi besaran dan sebarannya serta upaya penanggulangan yang dapat diukur pencapaian dan keberhasilannya.
- c. **meningkatkan lingkungan yang kondusif dan responsif.**
- d. meningkatkan peran serta setiap pemangku kepentingan termasuk pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara

bermakna mulai dari penguatan kebijakan hingga pelaksanaan kegiatan

D. Target Hasil

Diharapkan pada tahun 2019 terjadi peningkatan kualitas dan kuantitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja dengan membandingkan antara data dasar 2017, target untuk tahun 2019 dan realita yang terjadi pada tahun 2019. Disayangkan hingga tahun 2017, masih cukup banyak data dasar yang belum tersedia atau tidak tersegregasi secara konsisten berdasarkan usia dan jenis kelamin. Akibatnya untuk beberapa isu kesehatan, tidak mudah untuk melihat apakah ada perbaikan atau seberapa besar perbaikan yang terjadi dari upaya yang dilakukan pada periode 2017-2019. Namun sisi positifnya, hal ini menjadi masukan yang sangat penting untuk segera memastikan ketersediaan data yang lengkap dan spesifik dan yang secara teratur diperbaharui guna pemantauan dan perbaikan program secara berkelanjutan. Dengan memperhatikan semua tantangan data yang ada, maka target hasil Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja untuk tahun 2019 adalah:

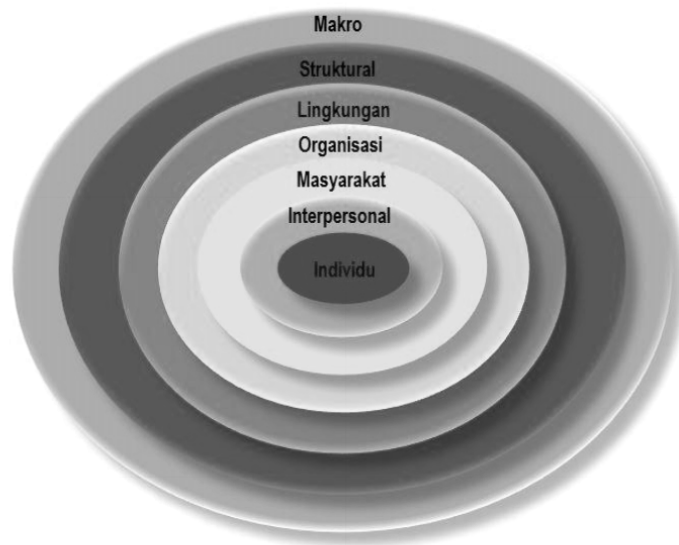
1. menurunnya angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun dari 48 per 1000 kelahiran di tahun 2014 menjadi 38 per 1000 kelahiran.
2. menurunnya persentase kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita usia subur (15-49 tahun) dari 7,1% di tahun 2014 menjadi 6,6%.
3. menurunnya persentase remaja perempuan usia 15-19 tahun yang menjadi ibu atau sedang hamil anak pertama dari 9,25% di tahun 2014 menjadi 9,1%.
4. menurunnya laju peningkatan prevalensi HIV dari 0,46 di tahun 2014 menjadi kurang dari 0,5%.
5. meningkatnya persentase orang usia ≥ 14 tahun dengan HIV dan AIDS yang memenuhi syarat ART menerima ART dari 17% pada tahun 2015 menjadi 40%.
6. meningkatnya persentase anak usia < 14 tahun dengan HIV & AIDS yang memenuhi syarat ART menerima ART dari 14% di tahun 2015 menjadi 80%.
7. menurunnya persentase merokok penduduk usia ≥ 18 tahun dari 7,2% di tahun 2013 menjadi 5,4%.

8. mempertahankan prevalensi obesitas penduduk usia \geq dari 15,4% di tahun 2013 menjadi 15,4%.
9. menurunnya prevalensi mereka yang meninggal karena kecelakaan lalu lintas menurun 50% dibandingkan dengan data tahun 2010.
10. menurunnya prevalensi penduduk usia \geq 15 tahun dengan gula darah tinggi dari 6,78% di tahun 2014 menjadi 6,27%.
11. menurunnya prevalensi tekanan darah tinggi pada usia $>$ 18 tahun dari 25,8% menjadi 23,4%.
12. menurunnya proporsi penduduk usia \geq 10 tahun dengan aktifitas fisik kurang dari 26,1% menjadi 24,8%.

E. Dasar Strategi Dalam Merespons Tantangan

Sebagai acuan untuk menetapkan strategi dalam merespon tantangan, terlebih dahulu harus diketahui faktor apa saja yang dapat mempengaruhi kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Dalam hal ini, WHO merekomendasikan penggunaan *Ecological Model* untuk memahami aspek-aspek yang berperan menentukan kesehatan remaja. Sebagai sebuah konsep kesehatan masyarakat, dasar pemikiran *Ecological Model* adalah bahwa motivasi dan edukasi saja tidak akan efektif untuk membuat seseorang mau memilih berperilaku sehat selama lingkungan dan kebijakan yang berlaku menghambat atau bahkan membuat orang tersebut tidak dapat memilih perilaku sehat tersebut. Inti dari konsep *Ecological Model* meyakini bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor pada tataran yang berbeda-beda yang juga saling mempengaruhi dan saling berinteraksi. Memotivasi dan mengedukasi seseorang untuk memilih perilaku sehat merupakan hal yang prinsipil. Namun untuk memastikan orang tersebut mengadopsinya, diperlukan lingkungan dan kebijakan yang mengusung nilai bahwa memilih perilaku sehat adalah solusi terbaik, termudah dan dan termurah.

Berdasarkan perspektif *Ecological Model*, maka faktor yang mempengaruhi kesehatan remaja dapat dikelompokkan ke dalam 7 tataran. Setiap faktor dapat memberi efek yang berbeda dari satu individu ke individu lainnya tergantung pada faktor apa saja yang paling kuat mempengaruhi dan apakah pengaruh yang diberikan bersifat positif atau negatif bagi kesehatan remaja yang bersangkutan. Ketujuh faktor yang mempengaruhi kesehatan anak usia sekolah dan remaja penggambarannya dapat dilihat pada skema di bawah ini.



Skema I: An Ecological Model for Adolescent Health and Development. (WHO).

1. Individu atau intrapersonal, merupakan pengaruh yang berasal dari kondisi yang ada pada anak usia sekolah dan remaja itu sendiri seperti usia, gender, pendidikan, pengetahuan, keterampilan, intelegensia dan keyakinan diri terhadap kemampuan yang dimilikinya.
2. Interpersonal, merujuk pada pengaruh yang diberikan oleh orang-orang yang ada di sekitar dan berinteraksi dengan anak usia sekolah dan remaja. Orang-orang tersebut biasanya adalah keluarga, teman sekolah, teman bermain, guru, saudara atau tetangga. Dengan perkembangan pesat informasi dan teknologi, maka hubungan interpersonal juga dapat terjadi melalui jaringan sosial di dunia maya. Apalagi pada saat ini telah banyak program-program aplikasi internet yang mudah diakses oleh siapa saja untuk dapat berkenalan dan bertatap muka dengan orang lain di bagian belahan dunia manapun. Hubungan interpersonal yang terjadi bukan saja memberi pengaruh lewat kata-kata dan perbuatan, namun juga berdampak pada kondisi finansial anak usia sekolah dan remaja yang bersangkutan.
3. Masyarakat. Pengaruh masyarakat yang dapat berdampak pada kesehatan anak usia sekolah dan remaja mencakup antara lain nilai dan norma yang berlaku di masyarakat, jaringan dan kedekatan

sosial diantara warga masyarakat serta keberadaan dan pengaruh yang diberikan oleh tokoh masyarakat dan agama terhadap masyarakat tersebut. Beberapa contoh dari pengaruh masyarakat misalnya nilai dan norma pada beberapa kelompok masyarakat yang menganggap merokok sebagai sebuah kebiasaan biasa sehingga anak merokok dianggap sebagai sebuah kewajaran bagi mereka. Kedekatan sosial diantara warga suatu masyarakat dapat mencegah terjadinya kekerasan karena mereka saling mengingatkan dan saling menjaga. Contoh lain adalah peran tokoh masyarakat dan agama di semakin banyak desa pada saat ini yang paham isu kesehatan seksual dan reproduksi sehingga berhasil mengadakan kebijakan lokal yang didukung masyarakat setempat tentang pencegahan terjadinya perkawinan usia anak.

4. Organisasi. Organisasi yang dimaksud di sini adalah semua institusi yang keberadaannya menyentuh kehidupan dan kesehatan anak usia sekolah dan remaja baik langsung maupun tidak langsung. Tentu saja jenis dan jumlah organisasi yang menyentuh dan mempengaruhi hidup anak usia sekolah dan remaja berbeda dari satu individu ke individu lainnya. Beberapa dari institusi yang dimaksud adalah keluarga (misal kesempatan yang diberikan keluarga untuk bermain dan bekerja), sekolah (etos sekolah), pemberi layanan kesehatan (ketersediaan, kelengkapan dan kesesuaian pelayanan) dan Lembaga Pembinaan Khusus Anak (etos edukasi, rehabilitasi dan pemberdayaan).
5. Lingkungan. Kondisi lingkungan yang bisa mempengaruhi kesehatan anak usia sekolah dan remaja dapat bermacam-macam seperti (a.) lingkungan fisik berupa bangunan, lingkungan perkotaan, lingkungan pedesaan, air dan sanitasi atau polusi; (b.) lingkungan sosial budaya, atau; (c.) lingkungan biologis seperti kuman dan virus yang banyak berkembang di dalam wilayah tertentu termasuk vektor penularnya.
6. Struktural. Pengaruh yang diberikan dalam struktural mencakup ketersediaan kebijakan yang mendukung atau menghambat anak usia sekolah dan remaja mampu mengakses informasi dan layanan kesehatan yang dibutuhkannya, penegakan hukum yang berlaku, nilai-nilai politis yang berlaku seperti rasisme, kesetaraan, sikap terhadap keadilan gender atau diskriminasi pada kelompok tertentu.

7. Makro, merupakan pengaruh yang berada pada tataran paling luar namun belum tentu pengaruhnya paling kecil terhadap kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Pengaruh pada tataran makro misalnya tingkat kesejahteraan negara, disparitas pendapatan penduduk, ada tidaknya perang, kericuhan atau ketidakstabilan sosial serta efek dari globalisasi (kemajuan informasi dan teknologi, perubahan iklim maupun dukungan dan tekanan dari dunia internasional untuk meningkatkan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja).

Sebagai implikasi penggunaan *Ecological Model*, intervensi yang dilakukan untuk merespon permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja tidak dapat terfokus pada satu upaya di satu tataran saja. Berbagai penelitian membuktikan bahwa intervensi program kesehatan yang menasar pada individu semata, hanya memberi dampak positif yang sementara. Program pendidikan atau pendampingan kesehatan untuk mengubah nilai dan perilaku seseorang akan memberikan hasil yang lebih menjanjikan saat kebijakan dan lingkungan sekitar ikut memberikan dukungan secara penuh.

F. Strategi Pelaksanaan 2017-2019

Berdasarkan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang didapat melalui perspektif *Ecological Model*, pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja dibagi kedalam 5 strategi utama yang terdiri dari:

1. Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Anak Usia Sekolah dan Remaja Terhadap 8 Isu Kesehatan

Edukasi kesehatan harus berorientasi pada pengetahuan dan keterampilan yang mencakup pemahaman dan penalaran informasi yang efektif serta efisien agar mampu mengambil keputusan secara bertanggung jawab dan memecahkan masalah secara kreatif dan produktif. Konsep edukasi kesehatan yang terfokus hanya pada teori, hafalan, larangan serta berlangsung satu arah, sudah tidak sesuai lagi untuk digunakan. Dengan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja, mereka juga memerlukan edukasi berkelanjutan untuk meningkatkan kemampuan bersikap asertif, tolong-menolong, tenggang rasa dan sikap yang bertanggung jawab terhadap lingkungan. Nilai-nilai kemanusiaan harus diberikan

dan disampaikan secara interaktif dengan sederhana serta jelas agar mudah dipahami dan diaplikasikan..

Konsep edukasi seperti tergambar di atas, dikenal dengan beragam istilah. Ada yang menyebutnya sebagai edukasi keterampilan hidup, ada pula yang menyebutnya dengan edukasi keterampilan kepribadian dan sosial. Guna kepentingan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja, proses edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan anak usia sekolah dan remaja terkait kesehatan akan disebut dengan istilah Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS).

Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat atau yang dalam bahasa Inggris dikenal dengan *Life Skills* adalah pendidikan untuk meningkatkan kemampuan psikososial seseorang untuk mampu memenuhi dan mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari secara efektif. Kemampuan psikososial yang dimaksud berorientasi pada aspek kejiwaan seseorang terhadap diri sendiri dan interaksi dengan orang lain serta lingkungan sekitar dalam konteks kesehatan. Kemampuan yang dimaksud meliputi 10 aspek yaitu: (a.) Empati atau kemampuan untuk memposisikan perasaan orang lain pada diri sendiri, bahkan untuk situasi yang tidak biasa dialami; (b.) Kesadaran diri atau kemampuan untuk mengenal diri sendiri tentang karakter, kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahannya termasuk keinginan dan ketidakinginan; (c.) Pengambilan Keputusan atau kemampuan yang dapat membantu dalam mengambil keputusan secara konstruktif dengan membandingkan pilihan alternatif dan efek samping yang menyertainya; (d.) Pemecahan masalah atau kemampuan yang memungkinkan kita dapat menyelesaikan permasalahan secara konstruktif di dalam kehidupan; (e.) Berpikir kreatif atau kemampuan untuk menggali alternatif yang ada dan berbagai konsekuensinya dari yang dilakukan atau tidak dilakukan dalam membuat keputusan atau menyelesaikan masalah; (f.) Berpikir kritis atau kemampuan menganalisa informasi dan pengalaman-pengalaman secara objektif; (g.) Hubungan interpersonal atau kemampuan yang dapat menolong saat berinteraksi dengan orang lain secara positif; (h.) Mengatasi emosi atau kemampuan keterlibatan pengenalan emosi dalam diri sendiri dan

orang lain sehingga menjadi sadar bagaimana emosi mempengaruhi tingkah laku dan dapat menjawab tantangan emosi secara tepat.

Dalam memastikan setiap anak usia sekolah dan remaja dapat tersentuh PKHS 8 isu kesehatan, maka kegiatannya akan dilakukan baik di sekolah maupun di luar sekolah. Di sekolah, PKHS 8 isu kesehatan akan diberikan mulai dari SD/MI, SMP/MTs, SMA/MA sampai dengan PT. Bagi yang tidak berada di sekolah, PKHS 8 isu kesehatan akan diberikan dan diintegrasikan dalam program-program yang ada di institusi lain seperti di pesantren, Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) atau di Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL). Selain itu PKHS 8 isu kesehatan juga akan diberikan dan diintegrasikan melalui program dan kegiatan terkait yang ada di masyarakat.

Agar orangtua (termasuk wali) dapat mendukung kesehatan anak usia sekolah dan remaja, maka mereka diharapkan mampu melakukan PKHS 8 isu kesehatan. Proses meningkatkan kapasitas orangtua akan dilakukan baik melalui kegiatan di sekolah atau luar sekolah termasuk di masyarakat.

2. Penguatan Akses Dan Kualitas Layanan Kesehatan Yang Komprehensif Serta Lingkungan Yang Mendukung Bagi Anak Usia Sekolah Dan Remaja

Upaya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup sehat anak usia sekolah dan remaja menjadi tidak optimal jika tidak disertai dengan ketersediaan pelayanan kesehatan yang komprehensif yang mudah diakses mereka. Oleh karena itu layanan kesehatan yang dimaksud harus tersedia di setiap wilayah Indonesia dan secara geografis mudah terjangkau dengan jam operasi layanan yang sesuai. Faktor yang tidak kalah pentingnya agar anak usia sekolah dan remaja mau menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia adalah jenis layanan yang sesuai dengan kualitas yang baik serta ramah terhadap mereka apapun isu kesehatan yang dihadapi. Dengan tingkatan permasalahan kesehatan yang berbeda-beda, mekanisme rujukan akan ditingkatkan sehingga layanan kesehatan yang lebih komprehensif dapat dengan mudah didapat.

Merujuk pada permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja tertentu seperti kecanduan zat adiktif, korban atau pelaku kekerasan atau kesehatan jiwa, maka yang dibutuhkan tidak cukup

hanya dengan pelayanan kesehatan biasa. Mereka juga membutuhkan layanan konseling, perawatan, terapi, pembinaan dan rehabilitasi. Layanan kesehatan pendukung ini akan terus dikuatkan termasuk dari sisi kualitas yang ramah anak usia sekolah dan remaja.

Tidak hanya pelayanan kesehatan preventif, kuratif dan rehabilitatif, namun, lingkungan yang mendukung agar anak usia sekolah dan remaja dapat hidup sehat juga akan terus disempurnakan. Keberadaan kantin sekolah yang memenuhi persyaratan atau dukungan pemenuhan kebutuhan dasar bagi penyandang disabilitas dan mereka yang masih berada dalam kelompok pra-sejahtera merupakan contoh dari beragam upaya perbaikan lingkungan pendukung.

3. Penguatan Kelembagaan dan Kemitraan

Dalam 3 tahun ke depan, kebijakan-kebijakan untuk memastikan akses bagi anak usia sekolah dan remaja terhadap pengetahuan, keterampilan dan layanan kesehatan yang komprehensif akan terus dikuatkan. Sementara kebijakan yang belum tersedia dan dianggap penting akan dikembangkan berdasarkan kebutuhan. Menguatkan kebijakan dengan kekuatan hukum kadang bukan sebuah proses yang sederhana karena harus mempertimbangkan kesiapan semua pihak untuk mendukung. Oleh karena itu, kebijakan-kebijakan yang belum dapat diadakan atau diperbaiki hingga akhir tahun 2019, diharapkan dapat mulai disosialisasikan, dibahas dan direncanakan mulai sekarang sehingga dapat diwujudkan pada periode 2020-2024.

Agar implementasi kebijakan dan harmonisasi antar program dapat berjalan dengan baik, maka koordinasi dan kemitraan diantara para pelaksana program akan terus dikembangkan dan ditingkatkan. Gugus Tugas termasuk Kelompok-Kelompok Kerja yang ada di dalamnya akan dibentuk pada setiap tingkatan sesegera mungkin setelah Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja ini disahkan. Baik Gugus Tugas maupun setiap Kelompok Kerja akan bertemu secara teratur minimal 2 kali dalam setahun untuk melaksanakan peran dan tanggung jawab mereka.

4. Pengadaan dan Penguatan Informasi Strategis

Pengadaan dan penguatan data kesehatan anak usia sekolah dan remaja secara nasional, provinsi maupun kabupaten/kota yang diperbaharui secara teratur merupakan hal prinsip yang akan dilakukan dalam 3 tahun ke depan. Koordinasi antara organisasi pelaksana program dengan lembaga penelitian dan pusat data akan terus ditingkatkan sehingga tersedia kelengkapan dan kesesuaian data yang disusun minimal berdasarkan segregasi jenis kelamin, usia dan wilayah geografis yang terstandarisasi. Dalam rangka melengkapi kebutuhan data yang belum tersedia, survey-survei nasional terkait akan diselenggarakan. Guna kepentingan pengukuran keberhasilan program kesehatan itu sendiri, maka sistem pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan teknologi terkini secara berjenjang di setiap pelaksana program dan secara horizontal di setiap tingkatan wilayah akan terus dikembangkan. Dalam tata kelola data yang ada, transparansi dan akuntabilitas data dan informasi pendukung akan terus dijaga. Verifikasi melalui mekanisme monitoring dan evaluasi program dan kegiatan diupayakan menjadi bagian yang terintegrasi dengan baik.

5. Pelibatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Secara Bermakna

Agar kebijakan dan program kesehatan bagi anak usia sekolah dan remaja yang ada tepat pada sasaran dan sesuai dengan kondisi serta kebutuhan, maka pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan. Upaya untuk meningkatkan keterlibatan bermakna anak usia sekolah dan remaja akan terus ditingkatkan. Agar kontribusi mereka dapat maksimal, maka perwakilan anak usia sekolah dan remaja yang dimaksud juga akan dipersiapkan guna memiliki kapasitas yang memadai. Institusi pendidikan dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) akan menjadi mitra yang penting untuk memastikan adanya wakil-wakil anak usia sekolah dan remaja dari beragam latar belakang yang kompeten menyuarakan dan memastikan kebutuhan mereka terpenuhi dalam kebijakan dan program terkait.

Pada tingkat pelaksanaan program dan kegiatan, jumlah Pendidik Sebaya/Kader Kesehatan akan terus ditingkatkan. Walaupun dalam 3 tahun ke depan mereka belum dapat menyentuh seluruh anak usia sekolah dan remaja namun diupayakan agar Pendidik Sebaya/Kader Kesehatan terpilih, dapat mewakili beragam

latar belakang anak usia sekolah dan remaja yang ada. Ke depannya Pendidik Sebaya/Kader Kesehatan tidak hanya terfokus pada mereka yang memiliki prestasi belajar yang baik saja, namun juga mencakup mereka yang berasal dari kelompok yang dianggap lebih memiliki perilaku berisiko.

G. Komponen Pendukung Keberhasilan Strategi

Guna memastikan keberhasilan pelaksanaan kelima strategi di atas, ada 9 komponen yang harus menjadi perhatian seperti yang tergambar dalam skema di bawah ini:



Skema II: *Implications for Policy and Programmes* (WHO)

1. Fokus tidak hanya individu. Sebagaimana rekomendasi Ecological Model, intervensi tidak akan memberi hasil yang maksimal jika fokus hanya ditujukan untuk meningkatkan keterampilan anak usia sekolah dan remaja saja. Program-program untuk menguatkan lingkungan pendukung dan kebijakan juga harus menjadi perhatian.
2. Perempuan dan laki-laki sama. Baik perempuan maupun laki-laki harus mendapat akses yang sama baik untuk pengetahuan, keterampilan maupun layanan. Misal, memberi pemahaman tentang pubertas yang dialami perempuan kepada anak usia sekolah dan remaja perempuan saja bukan langkah yang efektif. Dampaknya dapat membuat anak usia sekolah dan remaja laki-laki menjadi tidak paham terhadap apa yang dialami teman sebaya perempuan mereka dan lebih jauh lagi dapat mengurangi

rasa hormat mereka terhadap lawan jenisnya. Kondisi yang sama juga terjadi sebaliknya.

3. Perlindungan dan Pemberdayaan. Meningkatkan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja bukan hanya melulu melindungi mereka. Satu hal penting yang perlu dilakukan adalah meningkatkan keterampilan mereka agar mampu terhindar dari permasalahan kesehatan dan menolak pilihan perilaku yang berisiko.
4. Penguatan Advokasi. Meningkatkan kualitas dan kuantitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja secara komprehensif adalah tanggung jawab bersama. Oleh karena itu advokasi pada institusi yang tidak terkait langsung namun memegang peranan penting seperti Kementerian Keuangan dan Lembaga Legislatif perlu terus dilakukan baik oleh pemerintah maupun non-pemerintah. Demikian pula untuk terus mendorong perlibatan institusi yang selama ini belum atau kurang berperan namun sebenarnya potensial untuk berkontribusi.
5. Intervensi Target Lebih Efektif. Beberapa resiko dan faktor yang mempengaruhi sulit bahkan tidak dapat diubah seperti usia atau jenis kelamin. Namun resiko dan faktor lainnya, umumnya dapat diperbaiki seperti sikap atau nilai terhadap sesuatu. Misal keengganan usia sekolah untuk mengkonsumsi sayur dan buah yang dapat diubah dengan motivasi dan edukasi yang tepat. Oleh karena itu agar berhasil, maka target intervensi harus dipastikan tertuju pada kondisi yang memang dapat diperbaiki atau diubah.
6. Program Lebih Strategis. Perilaku berisiko terhadap beragam penyakit seringkali memiliki kesamaan faktor yang mempengaruhi sehingga sewajarnya strategi dan program menyoar pada kesamaan tersebut. Hal ini juga terjadi dalam 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang memiliki kesamaan yaitu perilaku mereka. Oleh karena itu, respons yang diberikan pada anak usia sekolah dan remaja sebagai individu juga serupa yaitu meningkatkan keterampilan hidup sehat mereka.
7. Replikasi Intervensi yang Berhasil. Banyak program berbasis bukti yang didokumentasikan berasal dari negara-negara maju

sehingga seringkali menimbulkan keraguan apakah tepat untuk diterapkan di Indonesia. Namun dengan pemahaman yang baik terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi di dalam konteks masyarakat dan budaya di bagian manapun di Indonesia, program-program berbasis bukti tersebut tetap dapat digunakan sebagai panduan untuk mengembangkan hal serupa.

8. Penguatan Kolaborasi Lintas Sektor. Banyaknya pemangku kepentingan yang berkontribusi untuk meningkatkan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja membuat kolaborasi dan koordinasi menjadi sangat penting. Mereka yang fokus utama kerjanya pada sektor kesehatan harus mampu melihat peran dan kontribusi pemangku kepentingan lain yang sekilas tidak terlalu terkait dengan kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Semua pihak harus dirangkul, diarahkan dan dikoordinasikan sehingga sehingga sekecil apapun peran yang dimiliki, mereka mampu memberikan kontribusi yang bermakna.
9. Gabungan Intervensi Jangka Pendek dan Panjang. Beragamnya faktor yang mempengaruhi kesehatan anak usia sekolah dan remaja menuntut dilakukannya kombinasi intervensi antara jangka pendek dan jangka panjang. Akan butuh waktu bertahun-tahun untuk terjadinya perbaikan struktur di Indonesia apalagi untuk melihat dampaknya. Sebaliknya, program peningkatan keterampilan hidup sehat anak usia sekolah dan remaja dapat memberikan hasil yang lebih cepat. Keluaran yang relatif lebih cepat terlihat hasilnya dan juga terukur sangat dibutuhkan untuk membuat para penentu kebijakan terpapar perkembangan kondisi permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja serta berkomitmen untuk bisa segera memperkuat kebijakan yang ada

G. Mekanisme Koordinasi dan Pelaksanaan

1. Koordinasi di Tingkat Nasional

Agar pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak usia sekolah dan remaja dapat berjalan secara terarah, terukur dan terkoordinasi dengan baik, maka dibentuk Gugus Tugas baik pada tingkat nasional, provinsi, maupun kabupaten/kota. Gugus Tugas

Nasional terdiri dari Tim Pengarah, Tim Teknis, dan Kelompok Kerja yang selanjutnya akan ditetapkan dalam Keputusan Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan yang sekaligus menjadi Ketua merangkap Anggota Tim Pengarah.

a. Tim Pengarah

Secara umum Tim Pengarah memiliki tugas sebagai berikut:

- 1) Merumuskan kebijakan, arahan, perencanaan dan pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.
- 2) Melakukan koordinasi dengan lembaga donor dan lembaga internasional guna mendukung dan menguatkan pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.
- 3) Melakukan koordinasi internal serta berkoordinasi dan berkomunikasi dengan Tim Teknis.

Keanggotaan Tim Pengarah adalah sebagai berikut:

- 1) Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
- 2) Menteri Kesehatan
- 3) Menteri Pendidikan dan Kebudayaan
- 4) Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional;
- 5) Menteri Dalam Negeri;
- 6) Menteri Sosial;
- 7) Menteri Agama;
- 8) Menteri Komunikasi dan Informatika;
- 9) Menteri Pemuda dan Olahraga;
- 10) Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak;
- 11) Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia;
- 12) Sekretaris Kabinet;
- 13) Kepala Badan Narkotika Nasional;
- 14) Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; dan
- 15) Kepala Badan Pusat Statistik.

b. Tim Teknis

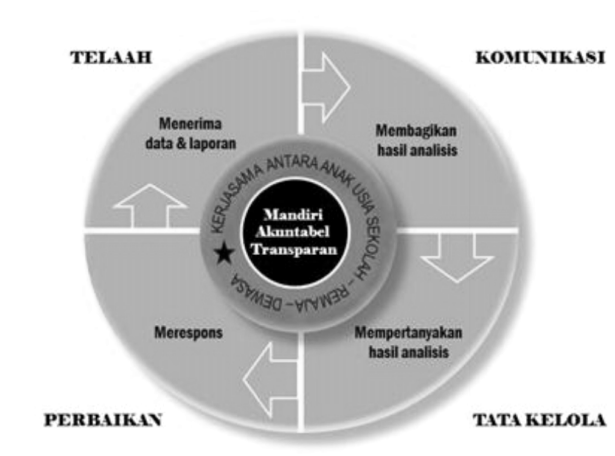
Sedangkan Tim Teknis secara umum memiliki tugas sebagai berikut:

- 1) Mengoordinasi dan melakukan sinkronisasi penyusunan program kerja Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja di instansi pemerintah dan non-pemerintahan yang terdiri dari organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, sektor swasta, lembaga penelitian dan organisasi anak usia sekolah dan remaja.
- 2) Mengoordinasikan penyusunan program prioritas dalam rangka pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.
- 3) Mengoordinasikan mobilisasi sumber dana, sarana dan daya dalam rangka pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.
- 4) Mengoordinasikan penyelenggaraan advokasi dalam rangka pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.
- 5) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi menyeluruh pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.

c. Kelompok Kerja

Guna memastikan hasil yang optimal, Tim Teknis akan membentuk 5 (lima) Kelompok Kerja yang masing-masing memiliki fokus salah satu dari 5 strategi Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja. Anggota Kelompok Kerja, selain Kementerian dan Lembaga adalah organisasi non-pemerintah terutama organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, lembaga penelitian dan organisasi dari dan untuk anak usia sekolah dan remaja itu sendiri. Pengaturan lebih lanjut mengenai daftar keanggotaan Kelompok Kerja akan ditentukan secara musyawarah oleh instansi pemerintah dan non-pemerintah.

Secara umum peran dan tanggung jawab ke-5 Kelompok Kerja dapat digambarkan seperti skema di bawah ini:



Skema III: Kerangka Kerja Kelompok Kerja

Setiap kelompok kerja diharapkan dapat bekerja secara mandiri, akuntabel dan transparan. Agar tidak terjadi bias kepentingan dalam pengambilan keputusan oleh para anggota, maka akan disusun mekanisme kerja tertulis yang jelas. Berhubung fokus Kelompok Kerja adalah untuk kepentingan kesehatan anak usia sekolah dan remaja, maka pelibatan mereka sebagai bagian dari anggota menjadi sebuah keharusan.

Secara umum, tugas setiap Kelompok Kerja dapat dibagi menjadi empat pokok tugas yaitu:

- 1) Menerima data dan laporan. Secara teratur Kelompok Kerja akan mengumpulkan, menganalisis, memverifikasi, dan mengevaluasi laporan proses dan keluaran dari program dan kegiatan untuk merespon 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang diselenggarakan oleh institusi pemerintah dan non-pemerintah. Kelompok Kerja juga akan menganalisis mekanisme dan etika kerja yang dilakukan dalam melaksanakan program dan kegiatan tersebut.
- 2) Membagikan hasil analisis. Hasil analisis Kelompok Kerja terhadap data dan laporan yang diterima, kemudian didiskusikan dengan melibatkan semua pemangku kepentingan yang ada. Langkah ini penting untuk (a.) mendorong keterbukaan dan kesamaan pemahaman diantara para pemangku kepentingan terhadap standar kinerja dan harapan terhadap tanggung jawab; (b.) menjaga

dialog yang interaktif diantara para pemangku kepentingan yang mungkin berbeda dalam cara pandang dan beban tanggung jawab; (c.) memfasilitasi proses pembelajaran bersama diantara para pemangku kepentingan yang beragam sehingga ada pemahaman yang baik terhadap posisi dan hambatan yang dialami oleh pelaksana program; (d.) menyusun rencana respons yang diambil terhadap masalah, dan; (e.) menginformasikan langkah berikutnya yaitu untuk pelaksana program dan tindakan mempertanggung jawabkan kinerjanya.

- 3) Mempertanyakan hasil analisis. Hasil analisis yang telah dikuatkan dengan hasil dialog bersama para pemangku kepentingan, kemudian dijadikan dasar untuk mempertanyakan keberhasilan dan tantangan yang dihadapi oleh pelaksana kerja. Dialog akan banyak membahas tata kelola program dan kegiatan di samping juga membahas faktor pendukung atau penghambat yang berasal dari luar. Pada akhirnya dialog akan merumuskan bersama upaya tindak lanjut yang harus dilaksanakan oleh pelaksana program dan kegiatan baik itu untuk meningkatkan atau mempertahankan keberhasilan, maupun untuk memperbaiki dan menghilangkan sumber kendala keberhasilan program dan kegiatan.
- 4) Merespons. Berdasarkan hasil diskusi dengan Kelompok Kerja yang bersangkutan, maka pelaksana program kemudian akan melaksanakan upaya tindak lanjut sesuai dengan kesepakatan bersama. Jika telah tiba waktunya, maka proses ini akan kembali berulang pada langkah pertama yaitu Kelompok Kerja menerima data dan laporan program serta kegiatan.

Dari 5 Kelompok Kerja yang ada, fokus dan penanggung jawab masing-masing Kelompok Kerja adalah sebagai berikut:

1. Kelompok Kerja bidang “Peningkatan Pengetahaun dan Keterampilan Anak Usia Sekolah dan Remaja Terhadap 8 Isu Kesehatan”.
 - a. Ketua : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
 - b. Sekretaris : Kementerian Agama

- c. Anggota : Instansi pemerintah, non-pemerintah dan perwakilan organisasi anak usia sekolah dan remaja
 2. Kelompok Kerja bidang “Penguatan Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan yang Komprehensif serta Lingkungan yang Mendukung bagi Anak Usia Sekolah dan Remaja”.
 - a. Ketua : Kementerian Kesehatan
 - b. Sekretaris : Kementerian Sosial
 - c. Anggota : Instansi pemerintah, non-pemerintah dan perwakilan organisasi anak usia sekolah dan remaja.
 3. Kelompok Kerja bidang “Penguatan Lingkungan Pendukung”.
 - a. Ketua : Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
 - b. Sekretaris : Kementerian/Badanm Perencanaan Pembangunan Nasional
 - c. Anggota : Instansi pemerintah, non-pemerintah dan perwakilan organisasi anak usia sekolah dan remaja.
 4. Kelompok Kerja bidang “Peningkatan Pengadaan Informasi Strategis”.
 - a. Ketua : Kementerian Komunikasi dan Informatika
 - b. Sekretaris : Badan Pusat Statistik
 - c. Anggota :Instansi pemerintah, non-pemerintah dan perwakilan organisasi anak usia sekolah dan remaja.
 5. Kelompok Kerja bidang “Pelibatan Anak Usia Sekolah dan Remaja Secara Bermakna”.
 - a. Ketua : Kementerian Pemuda dan Olah Raga
 - b. Sekretaris: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
 - c. Anggota : Instansi pemerintah, non-pemerintah dan perwakilan organisasi anak usia sekolah dan remaja.
2. Koordinasi di Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota

Pada tingkat Provinsi dan kabupaten/kota dibentuk Gugus Tugas Provinsi/Kabupaten/Kota dengan peran dan fungsi yang sama dengan Gugus Tugas pada tingkat Nasional namun terbatas pada lingkup Provinsi/Kabupaten/Kota yang dimaksud. Selain Tim Pengarah dan Tim Teknis, sesuai dengan struktur yang ada di tingkat nasional, dibentuk pula 5 Kelompok Kerja berdasarkan strategi. Dalam pelaksanaannya, dengan mempertimbangkan efisiensi dan efektifitas kerja, maka Gugus Tugas yang dibentuk dapat diintegrasikan ke dalam mekanisme sejenis yang sudah ada terlebih dahulu.

3. Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan program dan kegiatan, Gugus tugas akan memfasilitasi terjadinya koordinasi dan komunikasi yang baik di antara para pelaksana baik untuk program dari isu kesehatan yang sama, maupun yang berbeda. Koordinasi dan harmonisasi dengan program isu-isu pembangunan lainnya juga akan terus ditingkatkan karena semua bidang pembangunan walaupun tidak langsung pasti bersinggungan dengan kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Tujuannya bukan saja untuk memaksimalkan hasil dan menutup kesenjangan yang ada, namun juga untuk memastikan terjadinya mekanisme rujukan yang baik dan lengkap di setiap wilayah Indonesia.

Bagi organisasi yang ingin memulai program kesehatan anak usia sekolah dan remaja atau ingin menguatkan program kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang sudah dimilikinya, Gugus Tugas akan mengarahkan untuk menutup kesenjangan yang ada. Mereka juga akan dipandu untuk mematuhi standarisasi program yang telah di susun serta untuk melakukan koordinasi dengan semua pihak terkait.

BAB IV PROGRAM DAN KEGIATAN

Intervensi program dan kegiatan disusun berdasarkan 5 strategi intervensi dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan anak usia sekolah dan remaja serta 9 aspek yang mendukung keberhasilan kebijakan dan program. Namun disadari untuk mencapai hasil yang signifikan dan progresif, jangka waktu antara tahun 2017 sampai dengan 2019 tidak memberi ruang yang cukup untuk mewujudkan dan melaksanakan semua respon yang dibutuhkan. Oleh sebab itu, pada akhir Bab V ini, dijelaskan upaya penting yang belum dapat diwujudkan sampai dengan tahun 2019 sebagai panduan bagi para pemangku kepentingan untuk memberikan arahan di dalam RPJMN 2020-2024 serta turunan pelaksanaannya dalam Rencana Aksi Nasional Anak usia sekolah dan remaja 2020-2024. Periode 2017-2019 menjadi waktu yang tepat untuk persiapan program dan kegiatan yang belum terwujud tersebut.

A. Gambaran Intervensi Program

Setiap komponen program dan kegiatan yang ada tidak berdiri sendiri-sendiri, melainkan bergerak bersama dan saling mendukung laksana sebuah orkestra. Secara singkat orkestra komponen program dan kegiatan yang dimaksud dapat dirangkum dalam skema seperti di bawah ini.



Skema IV: intervensi holistik untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah dan remaja

1. Individu.

Pada tataran individu, anak usia sekolah dan remaja akan dikelilingi berbagai sumber informasi, penguatan keterampilan ketrampilan hidup sehat dan layanan kesehatan yang sesuai dan ramah terhadap mereka baik itu pengobatan, perawatan, terapi ataupun rehabilitasi terkait 8 isu kesehatan.

2. Sosial

Bukan hanya anak usia sekolah dan remaja saja, namun orang-orang yang dekat dengan mereka akan diberdayakan agar mampu memberikan dukungan positif. Keterampilan orangtua akan ditingkatkan agar mampu memberikan PKHS 8 isu kesehatan yang memadai kepada anak-anak mereka. Sementara untuk teman, kuantitas dan kualitas Pendidik Sebaya/Kader Kesehatan baik di sekolah maupun luar sekolah termasuk di lingkungan tempat tinggal mereka terus dikuatkan. Peran Pendidik Sebaya/Kader Kesehatan bukan untuk menggantikan peran guru, orangtua, wali atau konselor. Keberadaan Pendidik Sebaya/Kader Kesehatan adalah untuk mendukung teman sebaya memiliki pengetahuan dan keterampilan minimal yang dibutuhkan serta mengarahkan mereka untuk mencari tambahan pengetahuan dan keterampilan di tempat yang tepat. Mereka juga diharapkan dapat membantu teman sebaya mengakses layanan kesehatan yang tepat dan ramah remaja.

3. Lingkungan

Lingkungan fisik maupun non-fisik di mana anak usia sekolah dan remaja berada akan ditingkatkan agar benar-benar kondusif. Pada lingkungan fisik diantaranya, jalan yang aman dari kecelakaan, bangunan sekolah yang inklusif, sehat dan aman dari kekerasan, tempat layanan kesehatan yang inklusif, komoditas kesehatan yang sesuai atau memastikan rumah tinggal yang sehat. Sedangkan pada lingkungan non-fisik diantaranya lingkungan yang aman dari kekerasan, kawasan tanpa rokok, olah raga bersama atau bantuan ekonomi untuk yang pra-sejahtera.

4. Struktural

Agar upaya yang diberikan pada tataran individu, sosial dan lingkungan sesuai, terarah dan efektif, maka penguatan

kebijakan yang progresif dan komprehensif sangat dibutuhkan. Sejalan dengan penguatan kebijakan, program-program pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS), konseling dan layanan kesehatan juga akan ditingkatkan baik kualitas, kuantitasnya maupun kesesuaiannya dengan kondisi anak usia sekolah dan remaja. Fokus diberikan pada program-program berbasis bukti dan mereplikasinya dengan tetap memperhatikan keunikan wilayah kerja program.

Guna kepentingan pemantauan yang berkesinambungan, pengadaan dan penguatan program yang responsif serta untuk keperluan mengukur keberhasilan respon program dan kegiatan, maka pengadaan dan penguatan data menjadi sangat esensial. Bukan saja data harus dapat secara lengkap memberi gambaran perkembangan situasi kesehatan anak usia sekolah dan remaja, namun juga pengelolaannya menggunakan segregasi yang seragam seperti usia, jenis kelamin dan wilayah geografis. Penguatan jaringan telekomunikasi dan informatika terkini mulai dari tingkat desa hingga nasional menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam pengadaan dan penguatan data ini.

Seluruh penguatan kebijakan, program dan kegiatan yang dicanangkan tidak dapat maksimal jika tidak ada kepemimpinan, koordinasi, harmonisasi dan komunikasi yang fokus dan lancar diantara semua pemangku kepentingan. Pengadaan Gugus Tugas dan Kelompok Kerja Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja diharapkan dapat mengakomodir semua kebutuhan tersebut.

B. Program dan Kegiatan

1. Strategi I:

Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Anak Usia Sekolah dan Remaja terhadap 8 Isu Kesehatan

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Program I.1. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup sehat anak usia sekolah dan remaja serta orangtua mereka melalui institusi pendidikan.				
Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melaksanakan PKHS untuk pencegahan penyakit tidak menular di sekolah	Kemendikbud Kemenag Kemenkes	30%	40%	50%
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan kepada peserta Bimbingan Teknis (Bimtek) Sekolah Dasar Bersih Sehat.	Kemendikbud	102	102	102
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan pada seluruh peserta Bimtek Penumbuhan Budi Pekerti dari seluruh provinsi.	Kemendikbud	√	√	√
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan pada seluruh peserta didik yang mengikuti Sosialisasi Bahaya Narkoba.	Kemendikbud	950	950	950
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan pada seluruh peserta didik yang mengikuti Jambore Pramuka.	Kemendikbud	1.028	1.028	1.028

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan pada seluruh peserta didik yang mengikuti Pelatihan Dasar Kepemimpinan.	Kemendikbud	1.028	1.028	1.028
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan kepada seluruh peserta didik SMA yang mengikuti Lomba Siswa Tingkat Nasional.	Kemendikbud	2500	2500	2500
Memeberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta didik yang ikut Olimpiade Olahraga Nasional Siswa SMK.	Kemendikbud	500	500	500
Memeberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta didik yang ikut Olimpiade Sain Nasional Siswa SMK.	Kemendikbud	500	500	500
Memeberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta didik SD yang mengikuti Lomba Siswa Tingkat Nasional.	Kemendikbud	1500	1500	1500
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan kepada Guru Bimbingan dan Konseling (BK) SMA di 34 provinsi yang pertemuan nasional.	Kemendikbud	-	102	102
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta didik dan guru yang mengikuti Lomba	Kemendikbud	115	115	115

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Anak Berkebutuhan Khusus BERSERI (Bersih, Sehat, Ramah, Inklusif).				
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta didik dan guru yang mengikuti Festival Lomba Literasi Siswa Indonesia.	Kemendikbud	340	340	340
Mengintegrasikan PKHS 8 isu Kesehatan ke dalam Kurikulum Program Kekhususan di Sekolah Luar Biasa (SLB).	Kemendikbud	√	√	√
Mengintegrasikan PKHS 8 isu kesehatan ke dalam Pusat Layanan Autis di 28 provinsi.	Kemendikbud	√	√	√
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta didik yang ikut Perkemahan Pramuka Madrasah Nasional.	Kemenag	680	680	680
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta Pertemuan Penanggungjawab Pendidikan Madrasah tingkat Provinsi.	Kemenag	34	34	34
Mensosialisasikan PKHS 8 isu Kesehatan kepada Guru BK di MI, MTs da MA saat dilakukannya Bimbingan Teknis.	Kemenag	√	34	102

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Mengintegrasikan PKHS 8 Isu Kesehatan ke dalam Juknis Organisasi Siswa Intra Madrasah (OSIM).	Kemenag	√	√	√
Meningkatkan indeks pengetahuan Kesehatan Reproduksi bagi anak-anak usia sekolah dan remaja.	BKKBN	50	51	52
Meningkatkan Presentase Puskesmas yang Melaksanakan Kesehatan Olahraga bagi anak SD.	Kemenkes	40%	50%	60%
Meningkatkan jumlah provinsi yang memberikan PKHS Kesehatan Jiwa dan NAPZA kepada peserta didik tingkat SMA/MA.	Kemenkes	5 provinsi	19 provinsi	34 provinsi
Meningkatkan jumlah Puskesmas memberikan edukasi PKHS 8 isu kesehatan kepada orangtua peserta didik.	Kemenkes	2%	5%	7%
Meningkatkan ketersediaan Buku Raport KesehatanKu sebagai stimulan untuk dibagikan ke institusi pendidikan di tingkat kabupaten/kota.	Kemenkes	30%	30%	30%
Meningkatkan jumlah sekolah melaksanakan UKS secara aktif*	Kemenkes Kemendikbud Kemenag	240	340	340
Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang memberikan PKHS deteksi	Kemenkes	-	5%	10%

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
dini kanker payudara (SADARI) dan kanker serviks (vaksinasi), kanker anak dan Thalassemia				
Meningkatkan persentase SD/MI, SMP/MTs dan SMA/MA melaksanakan PMR aktif terintegrasi PKHS 8 isu kesehatan.	PMI Kemendikbud	25%	30%	35%
Meningkatkan jumlah Perguruan Tinggi (PT) melaksanakan Korps Sukarela PMI aktif yang menerapkan PKHS 8 isu kesehatan.	PMI	250	260	270
Meningkatkan jumlah kwartir ranting yang melakukan pembinaan satuan karya (Saka) Kencana terintegrasi PKHS 8 isu kesehatan pada anggotanya yang berasal dari gugus depan berpangkalan SMA/MA, PT, Pondok Pesantren dan Kewilayahan.	Kwarnas Pramuka	10%	25%	50%
Meningkatkan jumlah kwartir ranting yang melakukan pembinaan satuan karya (Saka) Bhakti Husada yang terintegrasi PKHS 8 isu kesehatan pada anggotanya yang berasal dari gugus depan berpangkalan SMA/MA, PT,	Kwarnas Pramuka	10%	25%	50%

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Pondok Pesantren dan Kewilayahan.				
Meningkatkan jumlah gugus depan yang berpangkalan SD/MI, SMP/MTs, SMA/MA dan PT yang mengintegrasikan kegiatan PKHS 8 isu kesehatan.	Kwarnas Pramuka	10%	25%	50%
Meningkatkan jumlah kabupaten/kota dengan orangtua peserta didik mengikuti Pendidikan Keluarga yang di dalamnya terintegrasi PKHS 8 isu kesehatan (kumulatif).	Kemendikbud	220	280	340
Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan (KTSP) terintegrasi PKHS 8 Isu Kesehatan.	Kemendikbud	√	-	-
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta Pekan Olahraga dan Seni Pondok Pesantren Nasional (POSPENAS) untuk Pesantren dan Madrasah Diniyah Takmiliah yang dilakukan 3 tahun sekali.	Kemenag	-	-	√
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh perwakilan Pondok Pesantren yang hadir di Hari Santri Nasional.	Kemenag	√	-	-

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta Perkemahan Pramuka Santri Nasional (PPSN) tahun 2018.	Kemenag	-	√	-
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh peserta Musabaqoh Qiroatul Kutub (MQK).	Kemenag	-	-	√
Memberikan orientasi PKHS 8 isu Kesehatan kepada seluruh penerima Program Beasiswa Santri Berprestasi (PBSB) per tahun.	Kemenag	√	√	√
Memastikan jumlah peserta olah raga yang difasilitasi di SD/MI, SMP/MTs dan SMA/MA, PT serta pendidikan non formal dan informal.	Kemenpora	17.00 0	17.00 0	17.00 0
Meningkatkan jumlah sekolah melaksanakan program anti Napza sebagai bagian dari pemenuhan hak anak atas kesehatan dalam Sekolah Ramah Anak.	KPPPA Kemenkes Kemendikbud Kemenag BNN	90%	100%	100%
Program I.2. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup sehat anak usia sekolah dan remaja serta orangtua mereka di luar institusi pendidikan.				
Meningkatkan jumlah tenaga terlatih perlindungan bagi ABH di Kementerian/Lembaga (K/L), Provinsi/Kabupaten/Kota	KPPPA	85	85	50

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
dan Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) yang mendapatkan orientasi PKHS 8 Isu Kesehatan.				
Meningkat presentase Lembaga Kesejahteraan Sosial(Panti/rumah singgah) yang melaksanakan PKSA (Program Kesejahteraan Sosial Anak) terintegrasi PKHS 8 isu Kesehatan.	Kemensos	50%	60%	70%
Meningkatkan jumlah Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) dan Lembaga Pembinaan Khusus Remaja (LPKR) yang mengintegrasikan PKHS 8 isu kesehatan bagi warga binaannya.	Kementerian Hukham	18	21	24
Meningkatkan jumlah provinsi yang telah melakukan sosialisasi dan promosi penggunaan quit line layanan konseling berhenti merokok yang telah ada.	Kemenkes	-	5 provin si	20 provin si
Meningkatkan persentase kelompok sasaran termasuk anak usia sekolah dan remaja yang mendapatkan promosi dan konseling kesehatan serta hak-hak reproduksi yang memenuhi standar.	BKKBN	15%	20%	25%

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Meningkatkan persentase PUS anggota Bina Keluarga Remaja (BKR) ber-KB.	BKKBN	75%	75,5%	76%
Meningkatkan persentase PUS, WUS, remaja dan keluarga yang mendapatkan informasi Kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga melalui media massa (cetak dan elektronik) dan media luar ruang, terutama media lini bawah (poster, leaflet, lembar balik, banner, media tradisional).	BKKBN	78%	80%	82%
Meningkatkan persentase PUS, WUS, remaja dan keluarga yang mendapatkan informasi program Kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga melalui tenaga lini lapangan.	BKKBN	59,1%	69,1%	79,1%
Meningkatkan jumlah pemuda kader yang difasilitasi dalam pendidikan kapasitas moral dan intelektual yang terintegrasi PKHS 8 isu kesehatan.	Kemenpora	200	250	300
Meningkatkan presentase fasilitas KB yang memiliki tenaga pelayanan KB yang memenuhi standar dalam melaksanakan promosi dan konseling kesehatan dan hak-hak reproduksi yang berkualitas.	BKKBN	47%	66%	85%

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Memastikan setiap pengaduan langsung permasalahan perempuan dan anak ke KPPPA yang ditindaklanjuti.	KPPPA	100%	100%	100%
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan kepada seluruh peserta Pertemuan Remaja dalam Jambore Ajang Kreativitas yang dilakukan setiap tahun.	BKKBN	√	√	√
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan kepada seluruh peserta Pentaloka Program Generasi Berencana (GenRe) Melalui Saka Kencana yang dilakukan setahun sekali.	BKKBN	√	√	√
Memberikan orientasi PKHS 8 isu kesehatan kepada seluruh peserta Kemah Bakti Saka Kencana yang dilakukan 1 tahun sekali.	BKKBN	√	√	√
Meningkatkan jumlah pemuda kader peserta pendidikan kepramukaan yang di dalamnya mengintegrasikan PKHS 8 isu kesehatan.	Kemenpora	5.600	5.600	5.600
Mengembangkan Posyandu remaja yang rutin memberikan PKHS 8 isu kesehatan bagi anak usia sekolah dan remaja serta edukasi peningkatan	Kemenkes	√	√	340

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
kemampuan orang tua dalam menanamkan PKHS 8 isu kesehatan.				
Meningkatkan persentase Kabupaten/Kota memiliki Korps Sukarelawan PMI aktif yang menerapkan PKHS 8 isu Kesehatan.	PMI	25%	30%	35%
Meningkatkan jumlah gugus depan berpangkalan kewilayahan yang mengintegrasikan kegiatan PKHS 8 isu Kesehatan.	Kwarnas Pramuka	10%	25%	50%
Meningkatkan jumlah LSM/Yayasan non pendidikan terorientasi pendidikan keluarga yang terintegrasi PKHS 8 Isu Kesehatan.	Kemendikbud	190	250	310
Meningkatkan jumlah provinsi memberikan orientasi edukasi PKHS 8 isu kesehatan pada seluruh peserta Pembinaan Program Kesehatan.	TP PKK Pusat	8	9	9
Memberikan orientasi edukasi PKHS 8 isu kesehatan untuk orang tua kepada seluruh peserta Rapat Konsultasi Nasional TP PKK untuk tingkat provinsi yang setiap tahun dihadiri oleh provinsi dengan perwakilan 3 kabupaten/kota yang	TP PKK Pusat	500	500	500

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
berbeda.				
Meningkatkan jumlah IDI provinsi yang melaksanakan sosialisasi tentang PKHS 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja.	PB IDI	12	12	10
Meningkatkan jumlah provinsi yang terakses Telepon Sahabat Anak (layanan telepon bebas biaya untuk digunakan anak saat membutuhkan bantuan mengatasi masalah).	KPPPA	10	34	-
Melakukan pelatihan pencegahan perkawinan usia anak	KPPPA	100	100	100
Melakukan pelatihan Pengasuhan Anak berbasis hak anak.	KPPPA	100	100	100
Meningkatkan jumlah PKK di 34 provinsi dan 514 kabupaten/kota yang melaksanakan pendidikan keluarga terintegrasi edukasi PKHS 8 Isu Kesehatan	TP PKK	√	√	√
Mengelola website dari dan untuk anak Indonesia termasuk untuk isu kesehatan.	KPPPA	√	√	√
Memastikan jumlah peserta olahraga usia dini dan lansia, olahraga penyandang cacat dan olahraga di lembaga permasyarakatan.	Kemenpora	3.400	3.400	3.400

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Meningkatkan presentase penduduk yang melakukan kegiatan olahraga.	Kemenpora	30.90 %	32.90 %	35%

2. Strategi II:

Penguatan Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan yang Komprehensif serta lingkungan yang mendukung bagi anak usia sekolah dan remaja

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Program II.1. Meningkatkan ketersediaan, akses dan kualitas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja.				
Meningkatkan persentase Puskesmas yang melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).	Kemenkes	35%	40%	45%
Meningkatkan persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 1, 7 dan 10.	Kemenkes	50%	55%	60%
Meningkatkan jumlah Puskesmas PKPR yang paripurna berdasarkan standar nasional PKPR	Kemenkes	√	√	514
Meningkatkan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) swasta melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja.	<ul style="list-style-type: none"> • Kemenkes • Organisasi Non Pemerintah 	10	13	16
Meningkatkan presentase remaja putri mendapat tablet tambah darah.	Kemenkes	20%	25%	30%

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Meningkatkan jumlah RS yang menyediakan layanan PKPR.	Kemenkes	√	√	5
Meningkatkan persentase Puskesmas yang menyediakan layanan konseling dan test HIV bagi remaja.	Kemenkes	43	53	63
Meningkatkan jumlah Puskesmas dengan pelayanan ramah anak.	<ul style="list-style-type: none"> • KPPPA • Kemenkes 	200	200	200
Meningkatkan persentase Puskesmas yang menyediakan layanan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS) bagi remaja.	Kemenkes	30	36	42
Meningkatkan persentase kabupaten/Kota yang memberikan layanan kesehatan deteksi dini kanker payudara (SADANIS) dan kanker pada anak	Kemenkes	-	2%	5%
Meningkatkan jumlah puskesmas yang memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	Kemenkes	2.800	5.600	6.000
Meningkatkan SDM terlatih Puskesmas Ramah Anak (PRA) (Jumlah SDM PRA Pegiat (Champion)).	KPPPA	225		
Melatih 1020 anggota Forum, Fasilitator, dan Pegiat PRA di Pusat, 10	KPPPA	400		

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Provinsi, dan 100 kabupaten/kota (Jumlah fasilitator PRA terlatih).				
Melatih 400 Pengelola PRA Puskesmas di 10 Provinsi (Jumlah Pengelola PRA yang terlatih Klaster Kesehatan Dasar dan Kesejahteraan).	KPPPA	400		
Meningkatkan SDM terlatih PRA (Jumlah Fasilitator PRA terlatih).	KPPPA	25		
Meningkatnya pemahaman pemangku kepentingan dalam pelaksanaan kebijakan Pemenuhan Hak Anak Atas Kesehatan dan Kesejahteraan (Jumlah pengelola Rumah Sakit terlatih Klaster Kesehatan Dasar dan Kesejahteraan).	KPPPA	136		
Program II.2. Meningkatkan ketersediaan layanan terapi dan rehabilitasi kesehatan/sosial peduli anak usia sekolah dan remaja.				
Meningkatkan persentase Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) dan Sumber Daya Manusia (SDM) yang kapasitasnya menguat dalam menyelenggarakan pelayanan dan rehabilitasi sosial sesuai standar nasional pengasuhan anak.	Kemensos	40%	45%	50%
Meningkatkan persentase fasilitas pelayanan kesehatan sebagai IPWL	Kemenkes	35%	40%	50%

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
pecandu narkoba yang aktif.				
Meningkatkan persentase Puskesmas PKPR yang menerapkan Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja.	Kemenkes	√	5%	10%
Meningkatkan jumlah Puskesmas yang melaksanakan pelayanan terpadu PTM	Kemenkes	30%	40%	50%
Meningkatkan persentase Puskesmas yang menyediakan layanan Perawatan Dukungan Pengobatan (PDP) HIV bagi remaja.	Kemenkes	15	19	24
Program II.3. Meningkatkan lingkungan yang sehat bagi anak usia sekolah dan remaja.				
Meningkatkan persentase tempat-tempat umum (Sekolah SD/MI dan SMP/MTs) yang memenuhi syarat kesehatan.	Kemenkes	54%	56%	58%
Meningkatkan persentase kantin sekolah yang memenuhi persyaratan dari seluruh kantin sekolah yang terdaftar.	Kemenkes	20%	26%	32%
Meningkatkan jumlah sekolah melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).	KPPPA Kemenkes Kemendikbud Kemenag	90%	100%	100%

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Meningkatkan jumlah sekolah melaksanakan UKS dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebagai bagian dari pemenuhan hak kesehatan anak atas kesehatan dalam Sekolah Ramah Anak.	KPPPA Kemenkes Kemendikbud Kemenag	90%	100%	100%
Meningkatkan jumlah sekolah melaksanakan program pangan jajan sehat dan kantin sehat sebagai bagian dari pemenuhan hak anak atas kesehatan dalam Sekolah Ramah Anak.	KPPPA Kemenkes Kemendikbud Kemenag	90%	100%	100%
Meningkatkan jumlah sekolah melaksanakan program sekolah Adiwiyata sebagai bagian dari pemenuhan hak anak atas kesehatan dalam Sekolah Ramah Anak.	KPPPA Kemendikbud Kemenag Kemen LH	90%	100%	100%
Melakukan pelatihan RASS (Rute Aman Selamat ke dan dari Sekolah).	KPPPA	25	25	25
Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melaksanakan Kebijakan KTR, minimal 50% sekolah.	Kemenkes Kemendikbud Kemenag	30%	40%	50%
Meningkatkan persentase penyandang disabilitas miskin dan rentan yang menerima bantuan pemenuhan kebutuhan dasar.	Kemensos	15.94 %	16.52 %	17.12 %

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Memberi bantuan pada anak miskin dan rentan untuk pemenuhan kebutuhan dasar mereka.	Kemensos	2.16%	2.14%	2.13%
Melaksanakan program Internet Sehat (memblokir website memuat konten pornografi).	Kemenkominfo	√	√	√
Meningkatkan jumlah SDM penggiat (champion) Pemenuhan Hak Kesehatan Anak di K/L, provinsi/kabupaten/kota dan Ormas.	KPPPA	124	124	102
Meningkatkan jumlah tenaga terlatih tentang Pemenuhan Hak Kesehatan anak di K/L, provinsi/kabupaten/kota dan Ormas.	KPPPA	212	212	212

3. Strategi III:

Penguatan kebijakan, kelembagaan, dan kemitraan.

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Program III.1. Menguatkan kebijakan, kesepakatan, kelembagaan dan pedoman kerja yang mendukung kesehatan anak usia sekolah dan remaja.				
Mengupayakan akses WHO Framework Convention on Tobacco Control.	Kemenkes	-	-	√
Menyusun kebijakan pengintegrasian PKHS ke dalam kurikulum (intrakurikuler, ekstrakurikuler dan	Kemendikbud	√	√	√

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
pembiasaan atau budaya sekolah) pendidikan dasar dan menengah.				
Melakukan revisi Undang-Undang No. 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak (penambahan pasal pengasuhan anak).	KPPPA	-	√	-
Menyusun pedoman PKHS 8 isu kesehatan bagi tenaga kesehatan, guru, kader kesehatan remaja, pengasuh anak.	Kemenkes	√	√	√
Melakukan penguatan kelembagaan Puspaga (Pusat Pembelajaran Keluarga).	KPPPA	50	50	50
Menyusun kebijakan Pemenuhan Hak Anak atas kesehatan dan kesejahteraan yang lengkap dan harmonis.	KPPPA	1	-	-
Meningkatnya pemahaman pemangku kepentingan dalam pelaksanaan kebijakan Pemenuhan Hak Anak Atas Kesehatan dan Kesejahteraan (Jumlah kesepakatan bersama antara KPPPA dengan K/L/SKPD dalam pelaksanaan kebijakan Pemenuhan Hak Anak Atas Kesehatan dan Kesejahteraan).	KPPPA	1	-	-

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Memastikan kelengkapan peraturan perlindungan bagi anak berhadapan dengan hukum di K/L, provinsi/kab/kota dan Ormas, memperhatikan hak kesehatan.	KPPPA	1	1	1
Memastikan ketersediaan kesepakatan bersama antara KPPPA dengan K/L/SKPD, organisasi non pemerintah, pusat kajian dan dunia usaha dalam pelaksanaan kebijakan perlindungan kekerasan terhadap anak.	KPPPA	2	2	2
Meningkatkan jumlah kebijakan pemenuhan kesehatan anak yang disusun, direview, dikoreksi dan difasilitasi untuk diharmonisasikan.	KPPPA	1	1	1
Meningkatkan jumlah kesepakatan bersama antara KPPPA dengan K/L/SKPD, organisasi non pemerintah, pusat kajian dan dunia usaha dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan anak yang ditindaklanjuti.	KPPPA	1	1	1
Meningkatkan jumlah kebijakan pemenuhan hak partisipasi anak yang disusun, direview, dikoreksi dan difasilitasi untuk diharmonisasikan.	KPPPA	2	2	2

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Meningkatkan jumlah kesepakatan bersama antara KPPPA dengan K/L/SKPD, organisasi non pemerintah, pusat kajian dan dunia usaha dalam pelaksanaan pemenuhan hak partisipasi anak.	KPPPA	8	7	8
Melengkapi kebijakan terkait data gender dan anak.	KPPPA	√		
Memastikan kelengkapan kebijakan bidang lingkungan hidup dan kerawanan sosial yang dihasilkan.	Kemenko PMK	75%	75%	100%
Memastikan kelengkapan Kebijakan Bidang Kesehatan, Kependudukan dan KB yang dihasilkan.	Kemenko PMK	75%	75%	100%
Memastikan kelengkapan kebijakan bidang pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak yang dihasilkan.	Kemenko PMK	75%	75%	100%
Program III.2. Meningkatkan koordinasi dan kemitraan antar pemangku kepentingan pada semua tingkatan.				
Meningkatkan koordinasi perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi lintas sektor untuk meningkatkan kesehatan keluarga, perempuan, anak.	Bappenas	√	√	√

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Meningkatkan presentase stakeholder dan mitra kerja yang mendapatkan advokasi melalui media, audiensi dan momentum Kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga (KKBPK).	BKKBN	86	88	90
Membentuk dan melaksanakan rapat kerja Gugus Tugas Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.	Kemenko PMK	4	4	4
Membentuk dan melaksanakan koordinasi Kelompok Kerja Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.	Kemenko PMK	4	4	4
Melaksanakan koordinasi Kelompok Kerja I (Kelompok Kerja Bidang Peningkatan Kepedulian dan Keterampilan Anak Usia Sekolah dan Remaja terhadap Kesehatan).	Kemendikbud	2	2	2
Melaksanakan koordinasi Kelompok Kerja II (Kelompok Kerja Bidang Penguatan Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan yang Komprehensif bagi Anak Usia Sekolah dan Remaja).	Kemenkes	2	2	2
Melaksanakan koordinasi Kelompok Kerja III (Kelompok Kerja Bidang	KPPPA	2	2	2

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Penguatan Lingkungan dan Pendukung)				
Melaksanakan koordinasi Kelompok Kerja IV (Kelompok Kerja Bidang Pengadaan dan Penguatan Informasi Strategis)	Kemenkominfo	2	2	2
Melaksanakan koordinasi Kelompok Kerja V (Kelompok Kerja Bidang Pelibatan Anak Usia Sekolah dan Remaja secara Bermakna (dikomunikasikan kembali).	Kemenpora	2	2	2
Meningkatkan pemahaman pemangku kepentingan dalam pelaksanaan kebijakan Pemenuhan Hak Anak Atas Kesehatan dan Kesejahteraan (Jumlah Champion pengelola TPA yang ramah anak yang terlatih KHA di 5 Provinsi).	KPPPA	200		

4. Strategi IV:

Pengadaan dan Penguatan Informasi Strategis

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Program IV.1. Meningkatkan ketersediaan data kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang komprehensif				
Menguatkan sistem pencatatan dan pelaporan berjenjang kondisi 8 isu kesehatan	Kemenkes	√	√	√

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
anak usia sekolah dan remaja yang komprehensif dan berbasis teknologi terkini.				
Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas.	Kemenkes	308	412	463
Mengadakan sistem aplikasi data yang terintegrasi dengan data K/L, Provinsi serta SIM Pimpinan.	<ul style="list-style-type: none"> • Kemensos • KPPPA 	0	1	0
Memastikan rekomendasi perbaikan pelaksanaan sistem data gender dan anak yang ditindaklanjuti (dokumen).	<ul style="list-style-type: none"> • Kemensos • KPPPA 	√	√	√
Meningkatkan jumlah SDM terlatih tentang sistem data terpilah, statistik gender dan anak di K/L dan provinsi.	KPPPA	375	375	375
Meningkatkan jumlah K/L dan provinsi yang difasilitasi dalam penyelenggaraan sistem data gender dan anak.	KPPPA	10	10	9
Meningkatkan jumlah K/L dan provinsi yang berkontribusi aktif dalam	KPPPA	4	4	4

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
penyelenggaraan sistem data gender & anak.				
Melakukan survey rutin kekerasan terhadap perempuan & anak.	KPPPA	√	√	√
Melakukan koordinasi dan kerjasama lintas K/L yang efektif untuk memastikan kesesuaian dan kebutuhan data.	Kemenkes BPS	√	√	√
Menguatkan indikator survei nasional agar sesuai dengan kebutuhan pemantauan 8 isu kesehatan usia sekolah dan remaja	Kemenkes BPS BKKBN	√	√	√
Menguatkan pendataan di Bapas, LPKA, LPKS, LP, LPKP dan IPWL dengan teknologi terkini dan indikator segregasi usia anak sekolah dan remaja serta jenis kelamin yang baku.	Kemenhukham Kemensos	√	√	√
Menguatkan Sistem Data Masyarakat (SDP) dengan indikator segregasi usia anak usia sekolah dan remaja serta jenis kelamin yang baku.	Kemenhukham	√	√	√
Menguatkan pendataan KPAI terkait 8 isu kesehatan dengan indikator dan segregasi usia serta jenis kelamin	KPAI	√	√	√

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
yang baku.				
Program IV.2. Memastikan tersedianya profil kesehatan anak usia sekolah dan remaja termasuk 8 isu kesehatan di semua tingkatan.				
Menyusun petunjuk teknis penyusunan profil kesehatan provinsi dan kabupaten/kota dengan memasukan 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja.	Kemenkes	√	√	√
Menyediakan publikasi tentang profil gender dan anak.	KPPPA	√	-	-
Meningkatkan jumlah K/L dan provinsi yang memiliki profil perlindungan bagi anak berhadapan dengan hukum.	KPPPA	9	11	12
Memastikan tersedianya data dan hasil analisis Pemenuhan Hak Anak Atas Kesehatan dan Kesejahteraan dengan memperhatikan dimensi kewilayahan (Jumlah K/L dan Pemda yang memiliki profil Pemenuhan Hak Anak Atas Kesehatan dan Kesejahteraan).	KPPPA	6	9	9
Melengkapi dokumen profil perlindungan bagi	KPPPA	1	2	1

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
ABH.				
Meningkatkan jumlah K/L dan Provinsi yang memiliki profil Pemenuhan hak partisipasi anak.	KPPPA	9	8	9
Memastikan ketersediaan dokumen profil pemenuhan hak partisipasi anak.	KPPPA	8	7	8
Program IV.3. Peningkatan transparansi dan akuntabilitas data dan informasi pendukung kesehatan anak usia sekolah termasuk peningkatan Monitoring dan Evaluasi.				
Meningkatkan jumlah publikasi kesehatan anak usia sekolah, minimal terbit 1 tahun sekali	Kemenkes	2 media cetak /elekt ronik	2 media cetak /elekt ronik	2 media cetak /elekt ronik
Meningkatkan jumlah kabupaten/kota yang menggunakan jaringan komunikasi data yang diperuntukan untuk e-kesehatan.	Kemenkes	154 kabu paten /kota	206 kabu paten /kota	257 kabu paten /kota
Meningkatkan jenis publikasi kesehatan remaja dikalangan tenaga kesehatan yang minimal terbit 1 tahun sekali.	PP IDAI	2	2	2

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Meningkatkan jumlah provinsi yang melaksanakan rekomendasi hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan pemenuhan hak partisipasi anak yang ditindaklanjuti.	KPPPA	8	7	8
Meningkatkan jumlah rekomendasi hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan pemenuhan hak kesehatan anak yang ditindaklanjuti.	KPPPA	7	7	7
Meningkatkan jumlah rekomendasi hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan perlindungan kekerasan terhadap anak yang ditindaklanjuti.	KPPPA	6	6	6
Meningkatkan jumlah rekomendasi hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan pemenuhan hak partisipasi anak yang ditindaklanjuti.	KPPPA	8	7	8
Meningkatkan jumlah rekomendasi hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan pemenuhan	KPPPA	7	7	6

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
hak kesehatan anak yang ditindaklanjuti.				
Meningkatkan jumlah rekomendasi hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan perlindungan kekerasan terhadap anak yang ditindaklanjuti (dokumen).	KPPPA	6	6	6
Menguatkan mekanisme monitoring dan evaluasi komprehensif berbasis teknologi di nasional, provinsi dan kabupaten/kota.	<ul style="list-style-type: none"> • Kemenkes • K/L sesuai wewenang 	√	√	√
Memastikan ketersediaan dokumen laporan pemantauan dan evaluasi pengembangan kerjasama dan kemitraan kepemudaan dan keolahragaan yang disusun tepat waktu.	<ul style="list-style-type: none"> • Kemenpora 	√	√	√

5. Strategi V :

Peningkatkan Pelibatan Anak Anak usia sekolah dan remaja secara Bermakna

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Program V.1. Meningkatkan pelibatan anak anak usia sekolah dan remaja dalam pengembangan kebijakan terkait.				

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
Jumlah organisasi kemasyarakatan atau dunia usaha yang memanfaatkan sumberdayanya untuk mendukung kesehatan anak anak usia sekolah dan remaja.	Kemenkes	2	2	2
Jumlah Forum Anak Kab/Kota yang Terbentuk dan Berfungsi di Kab/Kota (Jumlah Forum Anak yang terbentuk dan berfungsi di Kab/Kota).	KPPPA	170	√	-
<p>Program V.2.</p> <p>Meningkatkan pelibatan anak anak usia sekolah dan remaja dalam program-program kesehatan terkait secara bermakna mulai dari perencanaan hingga Monitoring & Evaluasi.</p>				
Jumlah fasilitasi rintisan dan pengembangan kemitraan kepemudaan dan keolahragaan.	Kemenpora	6	6	6
Jumlah organisasi kepemudaan, kepelajaran, dan mahasiswa yang terdaftar di Kemenpora	Kemenpora	170	170	170

Kegiatan	Penanggung Jawab	Target		
		2017	2018	2019
terorientasi PKHS 8 isu kesehatan.				
Meningkatkan jumlah program kesehatan anak-anak usia sekolah dan remaja yang menggunakan Pendidik Teman Sebaya.	BKKBN	1	1	1

C. Pekerjaan Rumah Penguatan Program dan Kegiatan

Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak usia sekolah dan remaja tahun 2017-2019 baru tersedia pada semester terakhir 2017 sehingga mengalami tantangan untuk dapat merespon permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja secara maksimal. Hal ini dikarenakan pada tahun 2015 Kementerian, Lembaga dan organisasi terkait telah selesai menyusun rencana strategis 5 tahun mereka. Dengan merujuk pada Analisis Situasi Kesehatan Usia Sekolah dan Analisis Upaya dan Tantangan Kesehatan Anak usia sekolah dan remaja, ada beberapa kebijakan, program dan kegiatan yang belum terakomodir. Agar pada tahun 2020-2024 kebijakan, program dan kegiatan yang tertunda pelaksanaannya pada periode ini dapat direalisasikan, maka berikut ini adalah daftar pekerjaan rumah yang juga perlu mendapat perhatian sejak saat ini sebagai persiapan.

1. Strategi I: Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Anak usia sekolah dan remaja terhadap 8 Isu Kesehatan.

Penting untuk melakukan kajian-kajian terhadap program preventif berbasis bukti dari berbagai belahan dunia yang berhasil mengatasi tantangan 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Kajian dilakukan untuk mendapatkan gambaran menyeluruh pokok-pokok bahasan yang perlu diketahui oleh anak usia sekolah dan remaja. Hasil kajian digunakan untuk meningkatkan program dan kegiatan promotif serta preventif

yang ada termasuk meniadakan program-program yang tidak berbasis bukti. Misal bagaimana meningkatkan kualitas edukasi HKSR Kesehatan Seksual dan Reproduksi yang komprehensif dan terstandarisasi di manapun proses edukasi tersebut dilaksanakan. Akses edukasi HKSR semestinya dapat diakses oleh setiap anak usia sekolah dan remaja. Data menunjukkan terus meningkatnya kasus kehamilan yang tidak diinginkan, pernikahan anak, Infeksi Menular Seksual, HIV&AIDS hingga pernikahan usia anak. Lebih jauh lagi, data KPAI memperlihatkan bagaimana jumlah kasus ABH yang terbesar adalah karena melakukan kekerasan seksual. Agar masyarakat tidak salah paham dan mendukung upaya promotif dan preventif yang komprehensif, maka kegiatan sosialisasi dan penguatan kepedulian perlu terus ditingkatkan.

Pada tingkat pelaksanaan program, guna mengantisipasi banyaknya pelaksana program yang menggunakan pendekatan PS, maka diperlukan standarisasi keterampilan minimum PS berdasarkan segregasi usia terlepas dari apapun isu kesehatan yang mereka emban. Dengan adanya standarisasi, maka pengukuran kinerja program berbasis PS juga dapat mudah dilakukan.

Standarisasi lain yang juga diperlukan adalah minimal pengetahuan dan keterampilan mereka yang secara profesional berperan memberikan PKHS 8 isu kesehatan. Hal ini penting agar PKHS 8 isu kesehatan dapat diberikan secara lengkap dan komprehensif. Koordinasi diantara para pelaksana program baik itu pemerintah maupun non-pemerintah sangat diperlukan.

2. Strategi II: Penguatan Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan yang Komprehensif bagi Anak usia sekolah dan remaja.

Program PKPR pada intinya telah menjamin pelayanan kesehatan komprehensif ramah bagi anak usia sekolah dan remaja dengan latar belakang apapun dan masalah kesehatan apa saja. Namun memang dalam pelaksanaannya karena pengaruh nilai-nilai budaya lokal, masih ada layanan PKPR dengan kualitas layanan yang belum maksimal. Bukan saja penting untuk ditingkatkannya Monitoring dan Evaluasi berjenjang, namun pelibatan organisasi anak usia sekolah dan

remaja untuk mendukung tersedianya kualitas layanan yang sesuai kebutuhan mereka juga diperlukan. Jejaring Puskesmas dengan organisasi anak usia sekolah dan remaja juga penting sebagai jalur promosi sosial keberadaan PKPR. Diharapkan, dengan merangkul organisasi anak usia sekolah dan remaja, maka mereka dapat dijadikan agen untuk menghapus stigma negatif Puskesmas di mata mereka seperti isu konfidensialitas, komunikasi yang tidak setara dan tidak ramah dapat dihilangkan.

Selain pelayanan kesehatan dasar, maka pelayanan kesehatan pendukung seperti layanan perawatan dan rehabilitasi dapat ditingkatkan kuantitas dan kualitasnya sehingga sesuai dengan kebutuhan anak usia sekolah dan remaja serta mudah diakses terlepas dari gender dan latar belakang sosal ekonomi mereka. Salah satu program yang pada tingkat implementasi masih melakukan pembedaan adalah program terkait HIV&AIDS. Pada banyak kasus, program pencegahan dan penanggulangan HIV&AIDS memberi kemudahan akses baik itu informasi maupun layanan kesehatan komprehensif kepada kelompok anak usia sekolah dan remaja yang digenaralisasi rentan terhadap penularan HIV&AIDS atau yang biasa di dalam program dikenal dengan istilah “Populasi Kunci”. Padahal data menunjukkan cukup banyak anak usia sekolah dan remaja dengan perilaku berisiko yang tidak termasuk dalam Populasi Kunci.

3. Strategi III: Penguatan Lingkungan Pendukung.

Perlu untuk mengkaji ulang secara hati-hati semua rekomendasi dan tekanan yang diberikan oleh dunia internasional terkait isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja termasuk rekomendasi Komite Hak Anak PBB. Mencoba mencari jawaban berbasis bukti dari negara-negara lain yang telah menerapkan kebijakan dan program yang belum sepenuhnya diadopsi oleh Indonesia serta mempertimbangkan dampak buruknya terhadap kualitas dan kuantitas anak usia sekolah dan remaja Indonesia jika kondisi yang sama terus dipertahankan. Salah satu contoh kebijakan dan program yang perlu segera diadakan adalah perawatan dan rehabilitasi bagi

pecandu rokok, alkohol dan narkoba anak usia sekolah dan remaja.

Masih terkait dengan kebijakan, adalah realitas anak usia sekolah dan remaja yang tidak dapat meneruskan pendidikan formal karena permasalahan kesehatan yang dihadapi seperti ketergantungan narkoba, kehamilan pada usia anak, pernikahan usia anak, terinfeksi HIV, kehamilan tidak diinginkan atau melakukan kekerasan. Stigma negatif yang diberikan karena mereka telah melakukan perilaku berisiko menjadi hambatan besar untuk tetap berada di bangku sekolah. Memang tidak ada kebijakan yang melarang, namun realita di lapangan, cukup banyak sekolah dengan satu dan lain cara berhasil menutup akses mereka untuk tetap bersekolah. Diperlukan kebijakan yang tegas untuk menghapus stigma dan diskriminasi ini.

Guna respons yang lebih komprehensif berdasarkan besaran dan sebaran masalah, maka penting untuk terus menguatkan mekanisme pemetaan dan koordinasi pemangku kepentingan beserta program dan kegiatan yang akan dilakukan. Pemetaan program diupayakan dapat menjangkau program dan kegiatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang biasanya tersembunyi di dalam program yang lebih besar yang tidak harus terfokus pada kesehatan. Data memperlihatkan program dan kegiatan seperti ini cukup banyak dilakukan oleh Kementerian dan Lembaga lain yang tugas pokok utamanya bukan pada kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Pemetaan diharapkan juga dapat menyertakan program-program belum maksimal pelaksanaannya karena tidak berada di bawah wewenang Kementerian Kesehatan sementara Kementerian atau Lembaga yang bersangkutan merasa kesehatan anak usia sekolah dan remaja bukan prioritasnya. Contoh adalah program PKHS 8 isu kesehatan di LPKA dan IPWL. Selanjutnya pemetaan juga penting untuk memasukkan program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh organisasi kemasyarakatan termasuk yang ditujukan dari dan oleh anak usia sekolah dan remaja.

Dari sisi organisasi pelaksana program dan kegiatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja, peran dan kewenangan KPPPA dan Kemenpora untuk dapat mengkoordinir semua isu terkait anak usia sekolah dan remaja perlu ditingkatkan. Mengingat beragamnya pemangku kepentingan yang terlibat dalam peningkatan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja, selain koordinasi institusi, program dan kegiatan, juga diperlukan koordinasi penganggaran yang transparan dan akuntabel. Sehingga anggaran yang tersedia dapat digunakan secara strategis, maksimal dan tidak tumpang tindih. Terkait dengan hal ini, penting untuk setiap pelaksana program dan kegiatan untuk memiliki mekanisme pencatatan dan pelaporan keuangan terinci yang transparan dan akuntabel.

Mekanisme koordinasi institusi, program dan penganggaran yang tertulis diperlukan sebagai landasan untuk kerjasama bagi semua. Koordinasi akan membuat sebaran respons menjadi merata di seluruh wilayah Indonesia dan saling mendukung. Salah satu contoh yang harus diluruskan untuk dua buah program yang tujuannya mulia namun yang menjadi janggal pada tingkat implementasi adalah program Puskesmas Ramah Anak yang dilakukan oleh KPPPA dengan PKPR yang dilakukan oleh Kemenkes. Program yang satu mewajibkan penerapan layanan yang peduli anak sementara program lainnya mewajibkan penerapan layanan peduli remaja. Solusi terbaik tentu saja menerapkan Puskesmas yang mampu peduli pada setiap individu terlepas dari gender, usia maupun latar belakang lain dari orang tersebut.

4. Strategi IV: Peningkatan Pengadaan Informasi Strategis

Pembenahan segregasi data sehingga tidak lagi berbeda-beda diantara pemangku kepentingan serta ketersediaan data yang sesuai dengan respons program yang diberikan menjadi fokus kerja Strategi IV hingga tahun 2019. Setelah upaya tersebut berhasil maka apa yang kemudian perlu dilakukan adalah penguatan kapasitas para perencana dan pelaksana program terutama di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk dapat membaca dan menganalisis data.

5. Strategi V: Peningkatan Pelibatan Anak usia sekolah dan remaja secara Bermakna

Perlu upaya dan kerjasama yang erat dari KPPPA dan Kemenpora untuk memotivasi dan menggerakkan Kementerian, Lembaga dan organisasi non-pemerintah dalam pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna. Baik itu untuk penguatan kebijakan maupun dalam setiap asepek perencanaan, implementasi dan Monitoring serta Evaluasi program dan kegiatan. Tentu saja baik orang dewasa maupun anak usia sekolah dan remaja yang terlibat perlu mendapatkan penguatan kapasitas sehingga komunikasi dan dialog diantara mereka dapat berjalan efektif.

BAB V
PENDANAAN

A. Kerangka Pendanaan

Guna keberhasilan pelaksanaan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak usia sekolah dan remaja, diperlukan dukungan pendanaan yang memadai. Sumber pendanaan tersebut berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja provinsi dan kabupaten/kota (APBD) serta bantuan dari pihak swasta, masyarakat dan mitra pembangunan internasional. Secara umum kerangka pendanaan akan ditujukan untuk:

1. Pengadaan dan peningkatan pendanaan untuk pengadaan materi standar PKHS 8 isu kesehatan untuk usia sekolah dan orangtua mereka hingga pengintegrasian dan pengimplementasiannya pada berbagai program dan kegiatan yang dilakukan di sekolah, institusi non-pendidikan hingga di masyarakat. Pendanaan yang memadai juga dialokasikan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas PS yang berperan untuk membantu teman-teman sebayanya memahami dan mengaplikasikan KHS serta guru, guru BK dan orang dewasa lain yang berperan sebagai pendidik dan fasilitator untuk PKHS 8 isu kesehatan.
2. Pengadaan dan peningkatan pendanaan untuk meningkatkan akses anak usia sekolah dan remaja terhadap layanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif peduli remaja yang mampu menangani atau melakukan rujukan sistematis permasalahan 8 isu kesehatan komprehensif tanpa diskriminasi apapun latar belakang anak usia sekolah dan remaja.
3. Pengadaan dan peningkatan pendanaan untuk menguatkan payung kebijakan yang mendukung setiap anak usia sekolah dan remaja memiliki keterampilan hidup sehat, kemudahan akses layanan kesehatan komprehensif yang peduli terhadap mereka serta lingkungan pendukung yang kondusif. Lebih jauh pendanaan yang memadai juga disediakan untuk terciptanya koordinasi menyeluruh baik diantara pemangku kepentingan, program maupun penganggaran itu sendiri.

4. Pengadaan dan peningkatan pendanaan untuk ketersediaan data dan informasi terkait kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang komprehensif dengan segregasi usia, gender, pendidikan dan wilayah geografis yang seragam pada semua tingkatan. Pendanaan yang memadai diupayakan agar untuk terus menguatkan ketersediaan data dan informasi berbasis informasi dan teknologi terkini.
5. Pengadaan dan peningkatan pendanaan untuk pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna dalam penguatan kebijakan serta dalam setiap aspek program dan kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas kesehatan mereka.

B. Penguatan Mekanisme Penganggaran

Mengantisipasi belum adanya koordinasi menyeluruh dan masih cukup banyak program dan kegiatan yang luput teridentifikasi berkontribusi merespons tantangan kesehatan anak usia sekolah dan remaja, maka perlu ada penguatan mekanisme penganggaran yang signifikan. Pendataan organisasi non-pemerintah di berbagai wilayah Indonesia hingga pelosok berikut potensi, pengalaman dan ketersediaan dana mereka untuk mendukung kesehatan anak usia sekolah dan remaja perlu dilakukan secara berjenjang. Sesuai dengan semangat kerja SDGs yang mewajibkan keterlibatan semua pihak, hasil pendataan adalah pemetaan menyeluruh kekuatan potensial yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung dan mengisi kekosongan kerja-kerja Kementerian dan Lembaga terkait. Hal ini terutama menyangkut isu-isu yang kerap dianggap sensitif oleh masyarakat sehingga untuk sementara waktu akan lebih efektif jika ditangani oleh organisasi non-pemerintah. Mekanisme penganggaran bagi organisasi non-pemerintah yang potensial agar bisa menerima saluran dana dari pemerintah secara transparan dan akuntabel perlu dikembangkan. Demikian juga dengan sub program dan kegiatan yang dilakukan oleh Kementerian dan Lembaga untuk meningkatkan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja namun tidak dapat terbaca di dalam program utama yang dilaporkan di KPPN/Bappenas. Jika program dan kegiatan tersebut terbukti memberi dampak positif, harus dipikirkan bagaimana mekanisme penganggarnya agar Kementerian dan Lembaga non kesehatan tersebut dapat tetap

melaksanakannya. Gugus Tugas akan mengupayakan untuk mendata sub program dan kegiatan tersebut baik yang tercatat maupun yang luput ada di dalam dokumen ini termasuk fokus isu kesehatannya, lokasi geografis dan besaran dana yang dialokasikan. Alokasi anggaran kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang tidak terlihat karena berada di bawah program/kegiatan non kesehatan tidak dapat lagi terjadi karena sulit untuk dikoordinasikan, dimonitor dan distandarisasi guna memaksimalkan hasil.

Penguatan mekanisme penganggaran juga perlu mencari jalan keluar yang paling efisien agar program dan kegiatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang paling tepat guna jika dilakukan oleh Kementerian dan Lembaga non kesehatan bisa dilaksanakan. Salah satu contoh adalah PKHS 8 isu kesehatan bagi anak usia sekolah dan remaja di LPKA dan IPWL. Jika hanya mengandalkan Puskesmas, maka kualitas PKHS yang diberikan sulit untuk maksimal karena Puskesmas juga harus membagi perhatiannya dengan institusi lain yang ada di wilayah kerjanya. Kondisi ini dapat diatasi jika Kemenhukham dan Kemensos yang menangani program-program rehabilitasi tersebut bisa mendapat alokasi anggaran yang memadai untuk mengintegrasikan program PKHS 8 isu kesehatan ke dalam LPKA dan IPWL. Tentu saja dalam pelaksanaannya, peran Puskesmas sebagai pembimbing menjadi sangat penting.

Berdasarkan peta pelaksana, program dan kegiatan serta penganggarnya, dapat disusun mekanisme dan alokasi penganggaran yang responsif dan sesuai prioritas. Diasumsikan upaya penguatan mekanisme penganggaran ini tidak dapat terselesaikan sepenuhnya di tahun 2019. Namun harus dapat dipastikan upaya ini berlanjut sehingga sebelum akhir tahun 2024 sudah tersedia mekanisme penganggaran yang efektif untuk mengoptimalkan kerja program dan kegiatan yang mampu menurunkan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja lebih jauh lagi.

C. Mobilisasi Sumber Daya Finansial

Guna merealisasikan penguatan kebijakan, program dan kegiatan peningkatan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja maka harus ada penambahan alokasi APBN dan APBD yang

sesuai yang disertai dengan strategi yang akurat untuk pemanfaatannya. Advokasi untuk penambahan alokasi akan dilakukan oleh Gugus Tugas dengan disertai analisis kebutuhan dan rencana respons. Di samping itu, mobilisasi dunia swasta untuk mendukung secara bermakna upaya peningkatan kualitas kesehatan anak usia sekolah dan remaja juga akan terus dilakukan baik oleh pemerintah maupun non-pemerintah. Isu strategis, analisis situasi dan usulan respons berbasis bukti akan menjadi dasar bagi sektor swasta untuk menentukan kontribusinya sehingga dapat memberikan hasil yang maksimal. Menyikapi peluang sektor swasta untuk berjejaring dengan organisasi non pemerintah, perlu ditindaklanjuti dengan pentingnya peningkatan kapasitas bagi organisasi non-pemerintah untuk memperkuat tata kelola organisasi dan keuangannya. Melalui tata kelola yang akuntabel dan transparan, kepercayaan sektor swasta untuk ikut berperan aktif akan semakin tinggi. Pada tingkat akar rumput, swadana program-program kesehatan oleh masyarakat termasuk usia sekolah serta remaja harus terus disuburkan. Dukungan pendanaan dan teknis jika dibutuhkan diupayakan mudah diakses oleh masyarakat.

Merealisasikan gambaran di atas menjadi sangat penting karena Indonesia saat ini sudah berada satu tingkat di atas negara-negara berkembang. Sehingga bantuan masyarakat global juga menjadi lebih terbatas. Oleh karena itu, Indonesia harus mampu secara strategis menggunakan dana bantuan luar negeri untuk uji coba program baru berbasis bukti atau menajamkan kebijakan dan tata kelola program yang ada. Dana bantuan luar negeri sudah semestinya tidak lagi digunakan untuk mendanai program-program rutin yang merupakan kewajiban pemerintah dengan didukung seluruh komponen masyarakat Indonesia. Walaupun secara jumlah mungkin telah berkurang, namun mobilisasi sumber daya keuangan yang ditujukan kepada masyarakat global akan terus dilakukan secara strategis terutama oleh Gugus Tugas.

BAB VI MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring adalah semua upaya pemantauan dan pengamatan secara terus menerus terhadap pelaksanaan program dan kegiatan. Sementara evaluasi program adalah serangkaian upaya terintegrasi untuk membandingkan kondisi pada awal program, tengah program dan akhir program. Baik monitoring maupun evaluasi diperlukan guna memastikan arah dan keluaran program sesuai dengan target dan sasaran yang telah ditetapkan. Mekanisme pelaksanaannya perlu disusun sesuai dengan mekanisme pengukuran, pelaporan, verifikasi dan kaji ulang yang merupakan bagian dari siklus penyusunan dan pemutakhiran Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja. Lebih jauh lagi, mekanisme pelaksanaan akan disesuaikan dengan perkembangan sosial, ekonomi, politik dan teknologi terkini baik secara nasional maupun global.

Agar monitoring dan evaluasi dapat memberikan hasil yang maksimal untuk penguatan dan penajaman fokus setiap program dan sinergitas antar program kesehatan anak usia sekolah dan remaja, maka perlu ada pembenahan alat dan mekanisme yang signifikan pada tahap awal pelaksanaan. Pelaksanaan pembenahan yang meliputi tiga aspek utama yaitu pengukuran, pelaporan dan verifikasi seperti digambarkan di bawah ini.

A. Pengukuran

Pengukuran keberhasilan akan melihat pada keberhasilan baik proses maupun output program-program yang diimplementasikan. Caranya adalah dengan melihat selisih yang ada dari data yang dijadikan informasi dasar saat awal pelaksanaan program pada tahun 2017 dengan data yang didapat saat berakhirnya masa berlakunya Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja ini. Dua aspek penting yang harus dipertimbangkan saat menyiapkan dan melaksanakan pengukuran adalah:

1. Definisi sasaran program

Masih belum adanya komitmen penuh terhadap siapa yang dimaksud dengan anak usia sekolah dan remaja dapat

memberikan dampak yang negatif bagi keberhasilan program. Sebagaimana diketahui, berdasarkan Peraturan Bersama antara Menteri Pendidikan Nasional Menteri Agama No. 04/VI/PB/2011 dan No. MA/111/2011 tentang Penerimaan Peserta Didik Baru Pada Taman Kanak-Kanak/RaudhatulAthfal/Bushanul Athfal dan Sekolah/Madrasah, telah ditetapkan bahwa calon peserta didik kelas 1 SD/MA telah berusia 7 tahun sampai dengan 12 tahun wajib untuk diterima dan paling rendah berusia 6 tahun. Pengecualian untuk mereka yang kurang dari 6 tahun, untuk dapat diterima di SD maka membutuhkan rekomendasi tertulis dari priskolog profesional (Pasal 5). Namun sayangnya pada tahap pelaksanaan, kebijakan tersebut ditafsirkan sebagian atau minimal usia masuk SD/MA adalah 7 tahun. Kondisi ini telah membuat anak berusia 6 tahun tidak masuk baik dalam pengelompokan anak usia pra-sekolah maupun usia sekolah. Harus ada sosialisasi ulang yang efektif terutama pada tingkat kabupaten dan kota sehingga semua pihak memahami bahwa yang dimaksud dengan kelompok usia sekolah mencakup mereka yang berusia 6 tahun. Sementara untuk definisi remaja, juga perlu didapatkan komitmen dari semua pemangku kepentingan tentang batasan usia remaja yang dimaksud. Apalagi Undang-Undang No. 40 Tahun 2009 tentang Kepemudaan memberi batasan usia 16-30 tahun yang berbeda dengan batasan usia yang diberikan oleh Kementerian dan Lembaga yang programnya terkait dengan kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Mengacu pada arahan dari PBB, maka batasan usia remaja atau young people adalah 10-24 tahun.

Dengan definisi sasaran program seperti yang dimaksud di atas, maka setiap pelaksana program pada semua tingkatan diharapkan segera menyesuaikannya. Sangat penting untuk memastikan setiap anak usia sekolah dan remaja dapat mengakses informasi dan layanan kesehatan yang mereka butuhkan dengan kualitas yang memperhitungkan kondisi fisik dan mental mereka yang masuk dalam kelompok usia tersebut.

2. Definisi target

Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Anak usia sekolah dan remaja ini disusun bukan saja untuk mencapai target yang

secara konkrit menunjukkan penurunan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dari tahun 2017 sampai dengan tahun 2019, namun juga untuk mendukung keberhasilan dari prioritas pembangunan nasional yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 dan khususnya Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019.

Oleh karena itu mengadakan dan melengkapi target yang sesuai dengan 8 isu permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja perlu segera dilakukan pada tahun pertama dan kedua pelaksanaan program dan mencakup target proses maupun target output. Target proses harus disusun berdasarkan kalkulasi baku yang telah disepakati bersama oleh setiap pelaksana program sehingga memiliki dasar yang sah dan terstandarisasi. Sementara untuk target output, kelengkapannya disusun bersama oleh instansi dan badan pemerintah yang melaksanakan survei-survei nasional terkait, dengan dukungan penuh dari para pelaksana program. Melalui cara ini maka setiap pelaksana program akan mampu menganalisis apakah strategi dan implementasi program yang dilakukan sudah sesuai dan memadai atau membutuhkan penyesuaian secara berkala guna memastikan target output dapat tercapai.

3. Definisi Indikator

Indikator merupakan persyaratan dasar untuk mengukur dan juga untuk melaporkan dan memverifikasi dampak dari pelaksanaan program dan kegiatan secara relatif terhadap target yang diinginkan secara kuantitatif. Mengadakan dan melengkapi indikator yang sesuai dengan 8 isu permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja perlu segera dilakukan pada tahun pertama dan kedua pelaksanaan program dan mencakup indikator output serta terutama indikator outcome. Khusus untuk indikator output harus disusun berdasarkan kalkulasi baku yang lebih luas daripada hanya sekedar memperlihatkan jumlah dan apakah suatu kegiatan sudah dilakukan atau belum. Indikator proses seharusnya dapat digunakan untuk melihat satuan batasan wilayah serta sebaran kegiatan yang

dimaksud di seluruh Indonesia. Melalui cara ini, analisis dapat dilakukan dengan mudah dan tanggapan bisa segera diberikan jika program dilaksanakan terfokus pada wilayah-wilayah tertentu saja. Fokus kesetaraan harus ditekankan terutama bagi wilayah-wilayah terpencil, terluar, terdepan dan terbelakang.

Sementara untuk memastikan semua indikator output yang sesuai tersedia, dengan difasilitasi instansi dan badan pemerintah yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan survey-survei nasional terkait, maka akan disusun dan disepakati bersama semua pelaksana program. Pemahaman akan indikator outcome yang digunakan menjadi sangat penting termasuk juga bagi instansi dan badan pemerintah maupun non-pemerintah yang peran dan tanggung jawab utamanya bukan pada kesehatan anak usia sekolah dan remaja. Sehingga setiap pelaksana program dapat menyusun strategi dan kegiatan dengan seksama untuk mendukung indikator dan target yang dianggap sesuai.

B. Pelaporan

Pelaporan aksi yang dilakukan pada tahun 2017-2019 terfokus pada:

1. Peningkatan kuantitas dan kualitas program dan kegiatan untuk merespons 8 permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja
2. Pencapaian penurunan 8 permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja.
3. Pemuktahiran sistem pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan teknologi terkini pada lintas tingkatan dari instansi atau badan yang sama. Demikian juga dengan pemuktahiran sistem pencatatan pelaporan dari instansi dan badan yang berbeda kepada penanggung jawab daerah yang bersangkutan. Pemuktahiran sistem pencatatan dan pelaporan ini sangat dibutuhkan untuk memastikan akurasi dan kelengkapan data serta mempersingkat secara bermakna waktu yang dibutuhkan dari pencatatan dan pelaporan di tingkat desa hingga nasional.

4. Peningkatan kinerja utama lainnya yang terkait dengan pembiayaan dan intervensi yang dilakukan.

Agar pelaporan dapat menjawab empat pokok fokus seperti yang tersebut di atas dengan memadai, maka dibutuhkan format pelaporan yang memberikan informasi tentang parameter-parameter yang dimaksud. Oleh karena itu format pelaporan harus terkoordinir penyusunannya sehingga semua pihak pelaksana program secara konsisten dapat memberikan laporan yang memperlihatkan dukungan terhadap target dan indikator yang sesuai. Format pelaporan juga harus mempertimbangkan kegiatan-kegiatan yang mendapatkan dukungan dana non-pemerintah atau dana dari lembaga donor/internasional yang dapat berbeda dari format pelaporan yang telah disepakati. Jika kondisi ini terjadi, maka format pelaporan tersebut harus tetap mencantumkan parameter yang wajib ada sehingga analisisnya dapat dengan mudah diintegrasikan dengan format pelaporan yang dianggap baku. Organisasi non-pemerintah yang melaksanakan program dan kegiatan dengan menggunakan dana non-pemerintah, harus melakukan koordinasi yang efektif agar hasil kerja dapat dilaporkan dengan baik dan ikut berkontribusi pada pencapaian nasional secara menyeluruh. Peran aktif Gugus Tugas dengan dibantu oleh Dinas terkait yang ada di provinsi dan kabupaten/kota untuk memotivasi dan merangkul organisasi non-pemerintah yang bekerja pada tataran lokal akan terus ditingkatkan.

Setiap pelaksana program dan kegiatan harus melaporkan hasil yang didapat kepada Gugus Tugas yang ada di tingkatannya pada tengah waktu pelaksanaan 2017-2019. Gugus Tugas pada tingkat nasional kemudian akan mengkompilasi semua pelaporan yang ada dan menyusunnya menjadi sebuah hasil pelaporan yang menunjukkan keberhasilan dan kendala yang terjadi pada setengah masa aksi yang dimaksud. Laporan menyeluruh selanjutnya akan dipakai untuk memberi umpan balik kepada setiap pelaksana program dan kegiatan untuk melakukan penyesuaian strategi, arah program maupun penganggaran.

C. Verifikasi

Tujuan dari Verifikasi di dalam Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Anak usia sekolah dan remaja adalah agar semua

pemangku kepentingan yang terlibat percaya dan yakin dengan hasil yang dicapai dan selanjutnya mampu menguatkan/menyesuaikan program dan kegiatan yang dilakukan ataupun dukungan dana yang disediakan. Verifikasi akan menunjukkan bahwa pengukuran dan pelaporan sesuai dengan persyaratan dan indikator-indikator yang telah ditetapkan. Terutama untuk program dan aksi yang mendapatkan dukungan dana non-pemerintah atau dari lembaga donor/internasional, verifikasi berfungsi sebagai landasan agar mereka dapat menyesuaikan dan melanjutkan fokus dukungan dana berdasarkan prioritas respons dan atau prioritas wilayah.

Fokus verifikasi akan terstandarisasi dan mencakup data kegiatan, data capaian, cakupan wilayah, sumber pendanaan dan asumsi yang dibuat dalam verifikasi. Sementara frekuensi verifikasi akan sejalan dengan proses pelaporan yaitu pada tengah waktu aksi di tahun 2017 dan akhir waktu aksi di tahun 2019. Verifikasi akan dilakukan oleh Kelompok Kerja yang ada di Gugus Tugas pada setiap tingkatan dan selanjutnya dirangkum oleh Kelompok Kerja dari Gugus Tugas di tingkat nasional. Guna memastikan kesahihan pelaksanaan verifikasi, maka Kelompok Kerja dianjurkan mengundang organisasi yang bukan merupakan anggota Kelompok Kerja dan berasal baik dari pemerintah ataupun non-pemerintah untuk terlibat penuh dalam pelaksanaan proses.

D. Peran dan Tanggung Jawab

Meningkatkan kemampuan untuk melaksanakan Monitoring dan Evaluasi bagi instansi dan badan pemerintah dan non-pemerintah yang memiliki program dan kegiatan terkait kesehatan anak usia sekolah dan remaja mulai dari tingkat kabupaten/kota hingga nasional merupakan hal yang wajib dilakukan. Harus ada standarisasi kapasitas minimal bagi instansi dan badan pemerintah dan non-pemerintah baik yang tertulis maupun tidak tertulis di dalam Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Anak usia sekolah dan remaja ini. Memiliki kapasitas minimal dalam melaksanakan Monitoring dan Evaluasi menjadi wajib karena bagi sebagian instansi dan badan pemerintah maupun non-pemerintah, Monitoring dan Evaluasi program dan kegiatan terkait kesehatan anak usia sekolah dan remaja masih merupakan tugas yang baru atau belum

terintegrasi dengan baik dalam keseluruhan program kerja. Oleh karena itu, pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi ini harus dilakukan sejalan dengan pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi yang telah dilakukan untuk pelaksanaan program dan kegiatan pembangunan lainnya yang menjadi mandat utama instansi dan badan pemerintah dan non-pemerintah tersebut.

Dalam pelaksanaannya, setiap instansi dan badan pemerintah maupun non-pemerintah terkait akan melakukan kegiatan Monitoring dan Evaluasinya sendiri-sendiri. Namun sebagaimana telah dikemukakan di atas, dengan mengacu pada besarnya permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang menjadi fokus serta banyaknya pemangku kepentingan yang berkontribusi membuat pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi harus dilakukan secara terkoordinasi, seksama dan menyeluruh. Selama masa aksi, setelah pelaksana program dan kegiatan menyerahkan laporan tengah program mereka kepada Kelompok Kerja dari Gugus Tugas secara berjenjang, akan dilakukan peninjauan bersama terhadap laporan yang masuk. Proses Monitoring dan Evaluasi dalam bentuk peninjauan terhadap laporan yang masuk, dianggap sebagai cara yang paling efisien dan terjangkau secara biaya. Tujuannya bukan saja untuk memantau arah, kendala dan capaian program serta kegiatan, namun juga memberi peluang yang sangat efektif untuk mencermati koordinasi dan sinergi antar program pada isu kesehatan yang sama ataupun yang berbeda. Proses Monitoring dan Evaluasi melalui data kuantitatif dan kualitatif menyeluruh dari indikator input dan proses ini juga akan memberi gambaran yang jelas terhadap kesenjangan yang ada.

Data dari penelitian rutin ataupun tidak rutin berskala nasional atau terfokus pada daerah prioritas yang telah terbukti kesahihannya akan digunakan sebagai pendukung dan pembanding untuk menentukan arah dan analisis lebih jauh keberhasilan program dan sinergitas diantara program-program yang ada. Oleh karena itu kerjasama yang baik dengan lembaga-lembaga penelitian ataupun lembaga donor/internasional yang juga melakukan penelitian guna kepentingan program yang didukungnya akan terus ditingkatkan. Hal ini diperlukan untuk memastikan tersedianya data terkini dari

seluruh indikator program kesehatan anak usia sekolah dan remaja serta kesamaan indikator dalam penelitian lintas waktu.

MENTERI KOORDINATOR BIDANG
PEMBANGUNAN MANUSIA DAN
KEBUDAYAAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

PUAN MAHARANI

LAMPIRAN II
PERATURAN MENTERI KOORDINATOR
BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN
KEBUDAYAAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR TAHUN 2018
TENTANG
RENCANA AKSI NASIONAL KESEHATAN
ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA
TAHUN 2017-2019

PERAN DAN TANGGUNGJAWAB INSTITUSI PEMERINTAH DAN NON
PEMERINTAH DALAM UPAYA PENINGKATAN KUALITAS KESEHATAN ANAK
USIA SEKOLAH DAN REMAJA

No.	Institusi	Peran dan Tanggung Jawab
1.	Kementerian Koodinasi Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan	Kebijakan dan koordinasi nasional
		<ol style="list-style-type: none">1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;4. Koordinasi dalam pengembangan kebijakan kesehatan anak usia sekolah dan remaja;5. Koordinasi dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi;6. Koordinasi pembahasan isu-isu anak usia sekolah dan remaja pada tingkat pusat;7. Pembinaan kerjasama antar Kementerian dan Badan negara dalam kebijakan kesehatan anak usia sekolah dan remaja;8. Peningkatan lingkungan kondusif;
2.	Kementerian Kesehatan	Program kesehatan anak usia sekolah dan remaja
		<ol style="list-style-type: none">1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja

		<p>anggota keluarga pegawai;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Mengembangkan program PKHS 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 5. Mengembangkan program pengobatan dan perawatan peduli anak usia sekolah dan remaja; 6. Penguatan sistem layanan kesehatan peduli anak usia sekolah dan remaja; 7. Berperan aktif dalam pembinaan dan perlindungan anak korban penyalahgunaan narkoba dan kekerasan serta anak berhadapan dengan hukum (kerjasama dengan Kepolisian, BNN, Kemenkumham, Kemensos dan KPP-PA); 8. Pengembangan program pengendalian permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 9. Pengembangan program surveilens permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 10. Pengembangan program informasi gaya hidup sehat bagi anak usia sekolah dan remaja; 11. Peningkatan lingkungan yang kondusif.
		<p>Penanggulangan HIV&AIDS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Koordinasi penanggulangan HIV&AIDS;

		<ul style="list-style-type: none"> 5. Peningkatan program surveillance perilaku; 6. Peningkatan kebijakan penanggulangan HIV&AIDS; 7. Peningkatan lingkungan yang kondusif;
3.	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan	<p>Pendidikan keterampilan hidup sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Mengembangkan kebijakan pendidikan pencegahan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja melalui jalur pendidikan formal dan non-formal; 5. Mengembangkan kurikulum PKHS 8 isu kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 6. PKHS bagi peserta didik mulai dari SD – SMA; 7. Edukasi pola asuh anak usia sekolah dan remaja bagi orangtua dan pendidik; 8. Kampanye/penyebarluasan pencegahan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja di kalangan sekolah, kampus dan lembaga pendidikan lainnya; 9. Aksesibilitas difabel dengan kota inklusi; 10. Peningkatan lingkungan kondusif;
4.	Kementerian Dalam Negeri	<p>Kebijakan dalam negeri</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Kebijakan desentralisasi dan alokasi pendanaan ditingkat pusat, provinsi dan

		<p>kabupaten/kota;</p> <p>5. Mendukung peran serta dalam membantu menangani stigmatisasi dan diskriminasi pada anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>6. Koordinasi organisasi kemasyarakatan dalam penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>7. Peningkatan lingkungan kondusif.</p>
5.	Kementerian Agama	<p>Pendekatan agama</p> <p>1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;</p> <p>2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>4. Kebijakan dan pedoman dalam program pencegahan dan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja di sektor keagamaan termasuk sekolah keagamaan;</p> <p>5. Pengembangan pola pembinaan dan program serta pemberian penghargaan program pencegahan dan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja di sektor keagamaan yang terintegrasi dengan program penyuluhan;</p> <p>6. Peningkatan lingkungan kondusif.</p>
6.	Kementerian Sosial	<p>Pelayanan dan rehabilitasi sosial</p> <p>1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;</p> <p>2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>4. Pelayanan sosial bagi anak usia sekolah dan remaja yang termarginalisasi, berkebutuhan khusus dan berhadapan dengan hukum;</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Pencegahan bagi anak usia sekolah dan remaja yang termarginalisasi, berkebutuhan khusus dan berhadapan dengan hukum; 6. Menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap anak usia sekolah dan remaja; 7. Berperan aktif dalam pembinaan dan perlindungan anak korban penyalahgunaan narkoba dan kekerasan serta anak berhadapan dengan hukum (kerjasama dengan Kepolisian, BNN, Kemenkumham, KPP-PA dan Kemenkes); 8. Peningkatan SDM pencegahan dan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dibidang sosial; 9. Peningkatan lingkungan kondusif.
7.	Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia	<p>Pengembangan hukum dan perundang-undangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Peningkatan penanganan dan penegakan hukum terhadap penyalahgunaan rokok, alkohol dan narkoba; 5. Pembinaan anak usia sekolah dan remaja di Bapas, LPKA dan LPAS tentang PKHS; 6. Peningkatan koordinasi dan kerjasama multi pihak, pembinaan pemasyarakatan anak usia sekolah dan remaja; 7. Memutus mata rantai peredaran dan penggunaan rokok, alkohol dan narkoba di Bapas, LPKA dan LPAS yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 8. Berperan aktif dalam pembinaan dan

		<p>perlindungan anak korban penyalahgunaan narkoba dan kekerasan serta anak berhadapan dengan hukum (kerjasama dengan Kepolisian, BNN, KPP-PA, Kemensos dan Kemenkes);</p> <p>9. Memutus mata rantai penularan HIV dan infeksi menular lainnya di lingkungan Bapas, LPKA dan LPAS yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>10. Peningkatan lingkungan kondusif.</p>
8.	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPP-PA)	<p>Pemberdayaan anak dan remaja perempuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Koordinasi dan fasilitasi upaya pemenuhan hak kesehatan anak dan remaja perempuan; 5. Koordinasi dalam upaya peningkatan akses dan layanan pencegahan, serta dukungan khusus untuk anak dan remaja perempuan; 6. Penguatan kebijakan pelibatan anak dan remaja secara bermakna dalam program pembangunan terutama pembangunan dibidang kesehatan (bekerjasama dengan Kementerian Pemuda dan Olahraga); 7. Berperan aktif dalam pembinaan dan perlindungan anak korban penyalahgunaan narkoba dan kekerasan serta anak berhadapan dengan hukum (kerjasama dengan Kepolisian, BNN, Kemenkumham, Kemensos dan Kemenkes); 8. Mendorong terwujudnya kota dan sekolah layak anak; 9. Mendorong lingkungan, keluarga dan masyarakat yang kondusif untuk

		<p>perlindungan perempuan terhadap kekerasan (terutama kekerasan seksual), HIV&AIDS dan ketimpangan gender melalui upaya pemenuhan hak anak;</p> <p>10. Peningkatan lingkungan kondusif.</p>
9.	Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional	<p>Kebijakan dan perencanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Integrasi isu Kesehatan anak usia sekolah dan remaja ke dalam RPJMN; 5. Integrasi pencegahan dan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja ke dalam strategi pengurangan kemiskinan; 6. Peningkatan lingkungan kondusif.
10.	Kementerian Komunikasi dan Informatika	<p>Penyebaran informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Strategi komunikasi dan sosialisasi kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 5. Kampanye media dan sosial tentang pencegahan dan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja secara nasional dan internasional; 6. Peningkatan lingkungan kondusif.
11.	Kementerian Ketenagakerjaan	<p>Kebijakan tenaga kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Kebijakan, pedoman teknis dalam rangka peningkatan program pencegahan dan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja di tempat kerja; 5. Pengembangan pola pembinaan perusahaan yang memiliki karyawan remaja atau karyawan yang merupakan orangtua anak usia sekolah dan remaja; 6. Koordinasi seluruh pemangku kepentingan dalam pelaksanaan program, sistem pelaporan dan monitoring & evaluasi disektor ketenagakerjaan; 7. Peningkatan lingkungan kondusif.
12.	Kementerian Pemuda dan Olahraga	<p>Pemberdayaan remaja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Penguatan kebijakan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja dikalangan pemuda; 5. Penguatan kebijakan pelibatan anak dan remaja secara bermakna dalam program pembangunan terutama pembangunan dibidang kesehatan (bekerjasama dengan KPPPA); 6. Program pencegahan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja melalui pemberdayaan pemuda; 7. Peningkatan lingkungan kondusif.

13.	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional	<p>Ketahanan keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Peningkatan edukasi reproduksi dan ketahanan keluarga bagi anak usia sekolah dan remaja sesuai tugas dan fungsi; 5. Penyebaran KIE kepada berbagai kelompok anak usia sekolah dan remaja; 6. Penyusunan dan pelaksanaan kegiatan penanggulangan masalah kesehatan reproduksi; 7. Promosi kesehatan layanan peduli anak usia sekolah dan remaja kepada anak usia sekolah dan remaja; 8. Peningkatan lingkungan kondusif.
14.	Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi	<p>Dukungan akses edukasi dan layanan pada daerah terpencil, terluar, terdepan dan terbelakang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Koordinasi ketersediaan edukasi dan layanan kesehatan bagi anak usia sekolah dan remaja pada daerah-daerah terpencil, terluar, terdepan dan terbelakang; 4. Memberi arahan untuk pemerataan ketersediaan edukasi dan layanan kesehatan bagi anak usia sekolah dan remaja pada daerah-daerah terpencil, terluar, terdepan dan terbelakang; 5. Memastikan ketersediaan infrastruktur pendukung agar setiap anak usia sekolah

		<p>dan remaja di daerah terpencil, terluar, terdepan dan terbelakang dapat dengan mudah mengakses edukasi dan layanan kesehatan yang sesuai dengan nyaman dan mudah;</p> <p>6. Peningkatan lingkungan kondusif.</p>
15.	Badan Narkotika Nasional	<p>Pengendalian narkotika dan psikotropika</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Koordinasi penanggulangan narkoba pada anak usia sekolah dan remaja; 5. Rehabilitasi anak usia sekolah dan remaja pengguna narkoba; 6. Meningkatkan kemampuan lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial pecandu Narkotika, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat; 7. Menyusun dan melaksanakan kebijakan nasional mengenai pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika; 8. Melaksanakan administrasi penyelidikan dan penyidikan terhadap perkara penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika pada anak usia sekolah dan remaja; 9. Memantau, mengarahkan dan meningkatkan kegiatan masyarakat dalam pencegahan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika dan Psikotropika Narkotika; 10. Berperan aktif dalam pembinaan dan

		<p>perlindungan anak korban penyalahgunaan narkoba dan kekerasan serta anak berhadapan dengan hukum (kerjasama dengan Kepolisian, KPP-PA, Kemenkumham, Kemensos dan Kemenkes);</p> <p>11. Memberdayakan masyarakat dalam pencegahan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika;</p> <p>12. Peningkatan lingkungan yang kondusif.</p>
16.	Biro Pusat Statistik	<p>Penguatan dan standarisasi data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Pengkajian, penyusunan dan perumusan kebijakan dibidang statistik; 5. Pengkoordinasian kegiatan statistik nasional dan regional kondisi kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 6. Penetapan dan penyelenggaraan statistik dasar kondisi kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 7. Penetapan sistem statistik nasional kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 8. Pembinaan dan fasilitasi terhadap kegiatan instansi pemerintah dibidang kegiatan statistik; 9. Peningkatan lingkungan yang kondusif.
17.	Kepolisian Republik Indonesia	<p>Ketahanan anak usia sekolah dan remaja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;

		<p>4. Kebijakan pencegahan dan penanggulangan kesehatan anak usia sekolah dan remaja bagi taruna/i dan prajurit remaja serta prajurit yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>5. PKHS bagi taruna/i dan prajurit remaja;</p> <p>6. Kebijakan proses penyidikan dan rujukan yang ramah anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>7. Edukasi pola asuh anak usia sekolah dan remaja bagi prajurit yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>8. Berperan aktif dalam pembinaan dan perlindungan anak korban penyalahgunaan narkoba dan kekerasan serta anak berhadapan dengan hukum (kerjasama dengan KPPPA, BNN, Kemenkumham, Kemensos dan Kemenkes);</p> <p>9. Menciptakan lingkungan kondusif bagi upaya peningkatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>10. Peningkatan lingkungan yang kondusif.</p>
18.	Komisi Perlindungan Anak Indonesia	<p>Perlindungan anak</p> <p>1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;</p> <p>2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <p>4. Koordinasi perlindungan anak;</p> <p>5. Peningkatan program pelaporan kasus anak;</p> <p>6. Peningkatan kebijakan perlindungan anak;</p> <p>7. Peningkatan lingkungan yang kondusif.</p>
20.	Komisi Nasional Perempuan	<p>Kebijakan dan pengawasan kesehatan perempuan</p> <p>1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;</p> <p>2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai</p>

		<p>yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;</p> <ol style="list-style-type: none">3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;4. Koordinasi perlindungan perempuan;5. Pengawasan perkembangan kondisi kesehatan perempuan;6. Peningkatan program perlindungan perempuan;7. Peningkatan program pelaporan kasus perempuan;8. Peningkatan kebijakan perlindungan perempuan;9. Peningkatan lingkungan yang kondusif;
21.	Sekretariat Kabinet	<p>Dukungan kebijakan</p> <ol style="list-style-type: none">1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;4. Dukungan kebijakan kepada Kementerian dan Lembaga negara terkait;5. Fasilitasi sidang kabinet sesi khusus kesehatan anak usia sekolah dan remaja;6. Peningkatan lingkungan kondusif.
22.	Palang Merah Indonesia	<p>Kesukarelawanan anak usia sekolah dan remaja</p> <ol style="list-style-type: none">1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai;2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja;4. Meningkatkan cakupan dan kinerja PMR di sekolah;5. Mengintegrasikan PKHS 8 isu kesehatan dalam program PMR;6. Peningkatan lingkungan kondusif.

23.	Praja Muda Karana	<p>Ketahanan anak usia sekolah dan remaja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Meningkatkan cakupan dan kinerja pramuka di sekolah; 4. Mengintegrasikan PKHS 8 isu kesehatan dalam program pramuka; 5. Peningkatan lingkungan kondusif.
24.	Asosiasi Profesi	<p>Pengabdian profesi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota; 2. Edukasi/penguatan pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Edukasi/penguatan pola asuh bagi orangtua yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 4. Program peningkatan kemampuan profesi; 5. Program riset kesehatan anak usia sekolah dan remaja terkait; 6. Program peningkatan kepedulian dan kemampuan profesi tentang kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 7. Peningkatan lingkungan kondusif.
25.	Organisasi kemasyarakatan	<p>Ketahanan masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PKHS bagi anak usia sekolah dan remaja anggota keluarga pegawai; 2. Edukasi pola asuh bagi pegawai yang memiliki anak usia sekolah dan remaja; 3. Advokasi penguatan kebijakan dan program kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang responsif; 4. Advokasi pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna dalam program pembangunan terutama bidang kesehatan; 5. Mengisi kesenjangan program pencegahan dan penanggulangan permasalahan

		kesehatan; 6. Peningkatan lingkungan kondusif.
26.	Organisasi dari dan untuk anak usia sekolah dan remaja	Ketahanan, peran serta dan kesukarelawananan anak usia sekolah dan remaja 1. PKHS bagi pegawai/anggota/relawan; 2. Edukasi pola asuh bagi orangtua pegawai/anggota/relawan; 3. Advokasi penguatan kebijakan dan program kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang responsive; 4. Advokasi pelibatan anak usia sekolah dan remaja secara bermakna dalam program pembangunan terutama bidang kesehatan; 5. Mengisi kesenjangan program pencegahan dan penanggulangan permasalahan kesehatan anak usia sekolah dan remaja; 6. Memotivasi jiwa kesukarelawananan dan kepedulian terhadap sesama; 7. Bermitra dengan pemerintah dalam memastikan kesesuaian kebijakan dan program kesehatan bagi anak usia sekolah dan remaja; 8. Peningkatan lingkungan kondusif.

MENTERI KOORDINATOR BIDANG
PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

PUAN MAHARANI