



**MODUL PSIKOLOGI REMAJA
(PSI 301)**

**MODUL PERTEMUAN 12
Remaja dan Kesehatan**

DISUSUN OLEH:

Aisyah Ratnaningtyas, M. Psi., Psikolog

Universitas
Esa Unggul

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2020

Sehat adalah keadaan sejahtera seutuhnya baik secara fisis, jiwa maupun sosial, bukan hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Remaja merupakan kelompok masyarakat yang hampir selalu diasumsikan dalam keadaan sehat. Padahal banyak remaja yang meninggal sebelum waktunya akibat kecelakaan, percobaan bunuh diri, kekerasan, kehamilan yang mengalami komplikasi dan penyakit lainnya yang sebenarnya bisa dicegah atau diobati. Banyak juga penyakit serius akibat perilaku yang dimulai sejak masa remaja contohnya merokok, penyakit menular seksual, penyalahgunaan narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA), *Human Immunodeficiency Virus - Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV-AIDS), kurang gizi, dan kurang berolahraga. Semua ini, yang akan mencetuskan penyakit atau kematian pada usia muda.

Banyak factor yang berhubungan dengan kebiasaan yang buruk bagi kesehatan dan kematian pada masa dewasa yang dimulai selama masa remaja. Beberapa tingkah laku juga memerlukan perhatian khusus karena memiliki potensi yang membahayakan selama masa remaja, misalnya penggunaan obat terlarang dan kerusakan neurologis yang disebabkan, dan demikian pula kombinasi yang mematikan antara obat terlarang dan menyeter.

Pada masa remaja terjadi perubahan baik fisis maupun psikis yang menyebabkan remaja dalam kondisi rawan pada proses pertumbuhan dan perkembangannya. Masa ini merupakan masa terjadinya proses awal pematangan organ reproduksi dan perubahan hormonal yang nyata. Remaja menghadapi berbagai masalah yang kompleks terkait dengan perubahan fisis, kecukupan gizi, perkembangan psikososial, emosi dan kecerdasan yang akhirnya menimbulkan konflik dalam dirinya yang kemudian memengaruhi kesehatannya. Remaja yang mengalami gangguan kesehatan berupaya untuk melakukan reaksi menarik diri karena alasan-alasan tersebut. Pencegahan terhadap terjadinya gangguan kesehatan pada remaja memerlukan pengertian dan perhatian dari lingkungan baik orang tua, guru, teman sebayanya, dan juga pihak terkait agar mereka dapat melalui masa transisi dari kanak menjadi dewasa dengan baik.

Siapakah yang termasuk dalam kelompok remaja?

Remaja dimengerti sebagai individu yang berada pada masa peralihan dari masa kanak ke masa dewasa. Peralihan ini disebut sebagai fase pematangan (pubertas), yang ditandai dengan perubahan fisis, psikis, dan pematangan fungsi seksual. Pada masa pubertas, hormon yang berhubungan dengan pertumbuhan aktif diproduksi, dan menjadikan remaja memiliki kemampuan reproduksi. Perkembangan psikologis ditunjukkan dengan kemampuan berpikir secara logis dan abstrak sehingga mampu berpikir secara multi-dimensi. Emosi pada masa remaja cenderung tidak stabil, sering berubah, dan tak menentu. Remaja berupaya melepaskan ketergantungan sosial-ekonomi, menjadi relatif lebih mandiri. Masa remaja merupakan periode krisis dalam upaya mencari identitas dirinya.

Ditinjau dari sisi bahwa remaja belum mampu menguasai fungsi fisis dan psikisnya secara optimal, remaja termasuk golongan anak. Untuk hal ini, remaja dikelompokkan menurut rentang usia sesuai dengan sasaran pelayanan kesehatan anak. Disesuaikan dengan konvensi tentang hak-hak anak dan UU RI no. 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, remaja berusia antara 10-18 tahun.

Penyebab Utama Kematian pada Masa Remaja

Tiga penyebab utama kematian di masa remaja adalah kecelakaan, bunuh diri, dan pembunuhan. Lebih dari setengah dari seluruh kematian pada masa remaja usia 10-19 tahun disebabkan karena kecelakaan dan kebanyakan berupa kecelakaan kendaraan bermotor, terutama pada remaja yang lebih tua. Kebiasaan mengemudi yang beresiko, seperti mengebut, tidak menjaga jarak yang cukup dengan mobil yang lain, dan mengemudi di bawah pengaruh alkohol atau obat terlarang lainnya, mungkin merupakan penyebab yang berpengaruh terhadap terjadinya kecelakaan-kecelakaan tersebut dibandingkan dengan kurangnya pengalaman menyetir.

Bunuh diri mencapai 6% dari seluruh kematian pada kelompok usia 10-14 tahun, 12 % pada usia 15-19 tahun, dan terus meningkat. Pembunuhan juga merupakan penyebab utama kematian pada remaja. Pembunuhan terutama tinggi di kalangan remaja laki-laki di Amerika kulit hitam, dan mereka memiliki kemungkinan 3 kali lebih besar terbunuh akibat tembakan senjata daripada karena penyebab alami lainnya.

Usia, Status Sosial-Ekonomi, Etnis, dan Jenis Kelamin

Antara bagian awal masa remaja (usia 10-14 tahun) dengan bagian akhir masa remaja (15-19 tahun), tingkat kematian remaja meningkat lebih dari 3 kali lipat sebagai akibat dari berubahnya penyebab kematian dengan perubahan ke arah penyebab kematian yang lebih diakibatkan oleh kekerasan. Remaja yang tinggal di lingkungan metropolitan yang miskin dan berpenduduk padat terutama cenderung menjadi korban pembunuhan. Perbedaan etnis muncul pada sejumlah kasus kematian remaja. Remaja laki-laki kulit hitam cenderung lebih banyak terlibat dalam pembunuhan sementara remaja laki-laki Amerika kulit putih cenderung melakukan bunuh diri. Pada masa remaja akhir, pembunuhan adalah penyebab kematian nomor 1 di kalangan laki-laki Amerika kulit hitam. Kemudian, tingkat kematian remaja laki-laki lebih dari 2 kali lipat lebih besar daripada tingkat kematian pada remaja perempuan, terutama karena keterlibatan mereka pada kecelakaan kendaraan bermotor.

KESEHATAN DAN PENYAKIT

a. Faktor-faktor Kognitif dalam Tingkah Laku Sehat Remaja

1. Konsep mengenai Tingkah Laku Sehat

Konsep mengenai kesehatan dan penyakit berkembang sesuai dengan tahap perkembangan kognitif yang dikemukakan oleh Piaget. Anak-anak berusia muda melihat kesehatan dan penyakit dengan cara yang lebih sederhana, menggambarkan perasaan-perasaan yang tidak jelas dan bergantung pada orang lain untuk menentukan apakah mereka sakit atau tidak. Ketika anak-anak menjadi lebih tuas, mereka mengembangkan konsep kesehatan dan mulai memahami bahwa kesehatan memiliki sejumlah penyebab. Pada masa remaja awal, beberapa orang masih belum menyadari adanya bermacam-macam penyebab kesehatan, dan relative memiliki pemikiran kongkrit mengenai penyakit. Pada masa remaja akhir, banyak individu yang sudah memiliki pemikiran formal operasional dan melihat kesehatan dengan cara yang lebih hipotesis dan abstrak. Mereka menjadi lebih cenderung menggambarkan kesehatan dengan menggunakan komponen psikologis, emosional, dan social dan menganggap bahwa tingkah laku mereka adalah hal yang penting bagi kesehatan mereka sendiri.

2. Keyakinan mengenai Kesehatan

Keyakinan yang dimiliki remaja mengenai kesehatan meliputi keyakinan mengenai kerentanan dan tingkah laku mereka. Remaja seperti halnya orang dewasa, seringkali menganggap remeh kerentanan mereka terhadap bahaya. Walaupun seringkali mereka menyadari bahwa tingkah laku seperti penyalahgunaan zat adiktif dan hubungan seksual yang tidak terlindungi adalah tingkah laku yang berpotensi membahayakan kesehatan, tetapi mereka sering meremehkan konsekuensi negative dari tingkah laku tersebut. Mereka juga mengharapkan kadang kala dengan tidak benar, bahwa resiko yang berhubungan dengan tingkah laku tertentu akan menurun ketika mereka bertambah tua.

3. Pengetahuan mengenai Kesehatan

Remaja pada umumnya tidak memiliki informasi yang memadai mengenai berbagai topic kesehatan dan memiliki kesalahan persepsi yang signifikan mengenai kesehatan. Remaja yang lebih muda memiliki pengetahuan yang lebih tidak akurat mengenai berbagai topic kesehatan, termasuk mengenai penyakit menular seksual dan penyalahgunaan obat terlarang, dibandingkan remaja yang lebih tua.

4. Pengambilan Keputusan

Keterampilan dalam pengambilan keputusan pada remaja yang lebih tua dan pada orang dewasa masih jauh dari sempurna. Kemampuan untuk mengambil keputusan pada remaja tidak menjamin bahwa keputusan seperti itu akan diambil dalam kehidupan sehari-hari, dimana luasnya pengalaman seseorang akan ikut berperan.

b. Faktor-faktor Sosial Budaya dalam Tingkah Laku Sehat Remaja

1. Variasi Kebudayaan dan Etnis

Dalam suatu kelompok terdapat perbedaan dalam kelompok itu sendiri, dalam hal kondisi hidup dan gaya hidup, dan bahwa perbedaan ini sangat dipengaruhi oleh kelas social, status sebagai imigran, keterampilan social, keterampilan berbahasa, kesempatan kerja, dan sumber daya social, seperti ketersediaan jaringan dukungan social yang berarti. Kemiskinan berhubungan dengan buruknya kesehatan pada remaja. Mekanisme yang menyebabkan buruknya kesehatan remaja yang tinggal di lingkungan miskin, antara lain: pendapatan, lingkungan keluarga, sekolah dan kelompok masyarakat, dan faktor-faktor psikologis. Pendapatan yang tidak cukup

memadai untuk memenuhi kebutuhan mendasar dapat membuat beberapa tingkah laku sulit dilakukan, misalnya dalam upaya memperoleh perawatan medis.

2. Keluarga dan Teman Sebaya

Keluarga adalah aspek dukungan social yang penting bagi kesehatan remaja. Tingkah laku sehat yang positif terutama dapat dilakukan bila remaja mengembangkan perasaan otonomi dalam konteks keluarga yang suportif. Sebagai tambahan, selain dengan memberikan dukungan social, orang tua dan saudara-saudara yang lebih tua adalah model penting bagi kesehatan anak dan remaja. Teman sebaya dan remaja lainnya juga memainkan peranan penting dalam tingkah laku sehat remaja.

MENINGKATKAN KESEHATAN

a. Bahaya Merokok

Upaya pencegahan masa kini pada remaja lebih berfokus pada cara menangani tekanan social dari keluarga, teman sebaya dan media.

b. Gizi

Rentang konsumsi gizi yang dianjurkan bagi para remaja dipengaruhi oleh kebutuhan remaja yang berbeda-beda, tingkat pertumbuhan mereka dan tingkat olah raga mereka. Tubuh beberapa remaja membakar energy lebih cepat daripada remaja lainnya. Salah satu konsep yang menjadi kunci adalah tingkat metabolisme basal (BMR), yaitu jumlah minimal energy yang digunakan individu dalam keadaan istirahat. Banyak remaja yang mengkonsumsi terlalu banyak lemak dalam makanan mereka.

c. Gangguan Makan

Ada 3 gangguan makan yang menonjol di masa remaja, yaitu obesitas, anoreksia nervosa, dan bulimia. Keturunan, set point, BMR, tingkat insulin, tingkat glukosa dalam darah dan olah raga merupakan aspek-aspek penting dalam memahami penyebab obesitas pada remaja. Kebanyakan remaja yang mengalami obesitas akan menjadi orang dewasa yang tetap mengalami obesitas. Anoreksia nervosa adalah gangguan makan karena adanya keinginan yang keras untuk mendapatkan tubuh yang kurus dengan cara mengalami rasa lapar yang menderitanya. Terutama menyerang remaja putrid. Bulimia adalah pola makan "berlebihan dan

memuntahkannya kembali” secara teratur. Faktor-faktor social, psikologis, dan fisiologis diyakini menjadi penyebab gangguan makan ini.

d. Olah raga

Para ahli sepakat bahwa anak-anak dan remaja masih belum cukup melakukan olah raga. Televisi dan sekolah-sekolah di AS dikritik karena memberi kontribusi pada buruknya olah raga yang dimiliki remaja. Kebanyakan remaja juga mengatakan bahwa orang tua mereka bukanlah model yang baik dalam mewujudkan latihan olah raga. Suatu kemungkinan yang menyenangkan adalah olah raga dapat membantu seseorang bertahan menghadapi stress.

STRES

Stres adalah respon individu terhadap keadaan atau kejadian yang memicu stress yang mengancam dan mengganggu kemampuan seseorang untuk menanganinya (coping). Tubuh pun berespon terhadap stress yang dialami oleh seseorang. Sindrom adaptasi umum (General Adaptation Syndrom / GAS) yang dikemukakan oleh Seyle menggambarkan efek umum pada tubug remaja akibat stress. GAS terdiri dari 3 tahap, yaitu: Peningkatan, Pertahanan, dan Kelelahan. Tidak semua stress itu buruk. Seyle menyebutkan stress yang baik sebagai “eustress”. Kritik yang ditujukan pada Seyle mengatakan bahwa kita juga perlu mengetahui factor-faktor seperti strategi penanganan stress yang dilakukan oleh remaja.

Faktor-faktor Lingkungan

Stres muncul karena suatu stimulus menjadi semakin berat dan berkepanjangan sehingga remaja tidak lagi bisa menghadapinya. Ada 3 tipe konflik yaitu approach-approach, avoidance-avoidance, dan approach-avoidance. Frustrasi terjadi jika remaja tidak dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Stres dapat muncul akibat kejadian besar dalam hidup maupun gangguan sehari-hari dalam kehidupan remaja.

Faktor-faktor Kepribadian

Pola tingkah laku Tipe A adalah sekelompok karakteristik-rasa kompetitif yang berlebihan, kemauan keras, tidak sabar, mudah marah, dan sikap bermusuhan – yang dianggap berhubungan dengan masalah jantung. Penelitian mengenai pola tingkah laku Tipe A pada anak-anak dan remaja menemukan bahwa anak-anak dan remaja dengan

pola tingkah laku Tipe A cenderung menderita lebih banyak penyakit, gejala gangguan jantung, ketegangan otot, dan gangguan tidur, dan bahwa anak-anak dan remaja dengan tipe A biasanya memiliki orang tua yang juga memiliki pola tingkah laku Tipe A.

Faktor-faktor Kognitif

Lazarus percaya bahwa pada remaja tergantung pada bagaimana mereka membuat penilaian secara kognitif dan menginterpretasi suatu kejadian. Penilaian kognitif adalah istilah yang digunakan Lazarus untuk menggambarkan interpretasi individu terhadap kejadian-kejadian dalam hidup mereka sebagai sesuatu yang berbahaya, mengancam, atau menantang (penilaian primer) dan keyakinan mereka apakah mereka memiliki kemampuan untuk menghadapi suatu kejadian dengan efektif (penilaian sekunder). Strategi pendekatan biasanya lebih baik daripada strategi menghindar.

Faktor-faktor Sosial Budaya

Akulturasi mengacu pada perubahan kebudayaan yang merupakan akibat dari kontak yang sifatnya terus menerus antara dua kelompok kebudayaan yang berbeda. Stres akulturasi adalah konsekuensi negatif dari akulturasi. Anggota kelompok etnis minoritas sepanjang sejarah telah mengalami sikap bermusuhan, prasangka, dan ketiadaan dukungan yang efektif selama krisis, yang menyebabkan pengucilan, isolasi sosial, dan meningkatnya stress. Kemiskinan juga menyebabkan stress yang berat bagi remaja dan keluarganya. Kondisi kehidupan yang kronis, seperti pemukiman yang tidak memadai, lingkungan yang berbahaya, tanggung jawab yang berat, dan ketidakpastian keadaan ekonomi merupakan stressor yang kuat dalam kehidupan warga yang miskin. Kemiskinan terutama dirasakan berat di kalangan remaja dari etnis minoritas dan keluarganya.

Ketahanan

Ada 3 karakteristik yang ditemukan dalam kehidupan anak-anak dan remaja yang dapat memiliki ketahanan di tengah kemalangan dan ketidakberuntungan, yaitu: a) keterampilan kognitif dan respon positif terhadap orang lain, b) keluarga ditandai dengan adanya kehangatan, keterikatan satu sama lain, dan ada orang dewasa yang memperhatikan, dan c) ketersediaan sumber dukungan eksternal.

Menangani Stres

a. Menghilangkan stress, mekanisme pertahanan dan penanganan yang berfokus pada masalah.

Kebanyakan remaja seringkali harus berhadapan dengan lebih dari satu stressor pada waktu yang bersamaan. Menghilangkan salah satu stressor dapat sangat menguntungkan bagi remaja. Pada kebanyakan kasus, strategi coping yang berfokus pada masalah lebih baik daripada strategi coping yang berfokus pada emosi dan penggunaan mekanisme pertahanan, terutama untuk menangani stress dalam jangka waktu yang panjang.

b. Berpikir positif dan *self-efficacy*

Hampir selalu, remaja seharusnya berpikir positif dan menghindari pemikiran yang negative. Sikap optimis menghasilkan perasaan *self-efficacy*. Khayalan mengenai diri sendiri yang positif dapat memperbaiki kehidupan remaja, namun penting untuk menjaga agar khayalan tersebut tidak menjadi berlebihan atau tidak realistis. Strategi sikap permisif yang defensif dapat juga membantu remaja menghadapi stress dengan efektif.

c. Sistem dukungan

Keterikatan yang dekat dan positif dengan orang lain-terutama dengan keluarga dan teman-secara konsisten ditemukan sebagai pertahanan yang baik terhadap stress dalam kehidupan remaja.

d. Berbagai strategi penanganan stress

Remaja sering kali dapat dan seharusnya menggunakan lebih dari satu strategi penanganan stress.

Mengapa perlu memperhatikan kesehatan remaja?

Pertumbuhan dan perkembangan yang pesat dari aspek fisis, emosi, intelektual, dan sosial pada masa remaja merupakan pola karakteristik yang ditunjukkan dengan rasa keingintahuan yang besar, keinginan untuk bereksperimen, berpetualang, dan mencoba bermacam tantangan, selain cenderung berani mengambil risiko tanpa pertimbangan matang terlebih dahulu. Ketersediaan akses terhadap informasi yang baik dan akurat, serta pengetahuan untuk memenuhi keingintahuan

mempengaruhi keterampilan remaja dalam mengambil keputusan untuk berperilaku. Remaja akan menjalani perilaku berisiko, bila keputusan yang diambil dalam menghadapi konflik tidak tepat dan selanjutnya menerima akibat yang harus ditanggung seumur hidupnya dalam berbagai bentuk masalah kesehatan fisis dan psikososial.

Beberapa alasan mengapa program kesehatan remaja ini perlu diperhatikan antara lain disebabkan:

1. Jumlah remaja di Indonesia lebih kurang 20% dari populasi;
2. Remaja merupakan aset sekaligus investasi generasi mendatang;
3. Upaya pemenuhan Hak Asasi Manusia;
4. Untuk melindungi sumber daya manusia potensial.

Bagaimana keadaan kesehatan remaja di Indonesia?

Remaja menghadapi masalah kesehatan yang kompleks, walaupun selama ini diasumsikan sebagai kelompok yang sehat. Dari beberapa survei diketahui besaran masalah remaja, sebagaimana ditunjukkan oleh data berikut: survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menunjukkan 17% perempuan yang saat ini berusia 45-49, menikah pada usia 15 tahun; Sementara itu, terdapat peningkatan secara substansial pada usia perempuan pertama kali menikah. Perempuan usia 30-34 tahun yang menikah pada usia 15 tahun sebesar 9%, sedangkan perempuan usia 20-24 tahun yang menikah pada usia 15 tahun sebesar 4% (BPS and *Macro International*, 2008).

Menurut survei kesehatan reproduksi remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007, persentase perempuan dan lelaki yang tidak menikah, berusia 15-19 tahun merupakan :

- Perokok aktif hingga saat ini: Perempuan: 0,7%; sedangkan lelaki: 47,0%.
- Mantan peminum alkohol: Perempuan: 1,7%; dan lelaki: 15,6%.
- Peminum alkohol aktif: perempuan: 3,7%; lelaki: 15,5 %.
- Lelaki pengguna obat dengan cara dihisap: 2,3%; dihirup: 0,3 %; ditelan 1,3%.
- Perempuan pertama kali pacaran pada usia <12 tahun: 5,5%; pada usia 12-14 tahun: 22,6%; usia 15-17 tahun: 39,5%; usia 18-19 tahun: 3,2%. Melakukan petting pada saat pacaran: 6,5%.

- Lelaki pertama kali pacaran pada usia <12 tahun: 5,0%; usia 12-14 tahun: 18,6%; usia 15-17 tahun: 36,9%; usia 18-19 tahun: 3,2%. Melakukan petting saat pacaran: 19,2%.
- Pengalaman seksual pada perempuan: 1,3%; lelaki: 3,7%.
- Lelaki yang memiliki pengalaman seks untuk pertama kali pada usia: <15 tahun: 1,0%; usia 16 tahun : 0,8%; usia 17 tahun: 1,2%; usia 18 tahun: 0,5%; usia 19 tahun: 0,1%.
- Alasan melakukan hubungan seksual pertama kali sebelum menikah ypada remaja berusia 15-24 tahun ialah: Untuk perempuan alasan tertinggi adalah karena terjadi begitu saja (38,4%); dipaksa oleh pasangannya (21,2%). Sedangkan pada lelaki, alasan tertinggi ialah karena ingin tahu (51,3%); karena terjadi begitu saja (25,8%).
- Delapan puluh empat orang (1%) dari responden pernah mengalami KTD, 60% di antaranya mengalami atau melakukan aborsi.

Kasus AIDS sampai dengan 31 Maret 2009 dilaporkan melalui laporan triwulan Direktorat jendral pengendalian penyakit dan pengendalian lingkungan (Ditjen P2PL), sebagai berikut:

- Persentase kumulatif kasus AIDS berdasarkan:
- Cara penularan: pengguna jarum suntik: 42%; heteroseksual: 48,4%; homoseksual: 3,7%.
- Kelompok usia: 15-19 tahun: 3,08%; 20-29 tahun: 50,5%.
- Provinsi dengan jumlah pasien AIDS terbanyak pada pengguna napza suntik adalah Jawa Barat, sebanyak 2.366 orang.
- Persentase kasus AIDS pada pengguna napza suntik di Indonesia yberdasarkan jenis kelamin, yaitu: lelaki: 91,8%; perempuan: 7,5%; tidak diketahui: 0,7%.
- Persentase kumulatif kasus AIDS pada pengguna napza suntik di yIndonesia berdasarkan golongan usia, yaitu: 15-19 tahun: 1,7%; dan 20-29 tahun: 64,7%.

Berdasarkan riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2007:

- Secara nasional persentase kebiasaan merokok penduduk Indonesia berumur >10 tahun sebesar 23,7%, lelaki 46,8%; dan perempuan: 3 %. Jika kebiasaan merokok ini dibagi menurut karakteristik usia responden, didapatkan data bahwa pada usia 10-14 tahun: 0,7%; usia 15-24 tahun: 17,3%.
- Prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes mellitus, dan tumor menurut karakteristik responden yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan, yaitu:
 1. Umur 5-14 tahun: asma: 1,2%; jantung: 0,2%; diabetes mellitus: 0%; tumor 1,0%.
 2. Umur 15-24 tahun: asma: 1,2%; jantung: 0,3%; diabetes mellitus: 0,1%; tumor: 2,4%.
 3. Prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes mellitus, dan tumor menurut karakteristik responden yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala:
 4. Umur 5-14 tahun: asma: 2%, jantung: 2,2%, diabetes mellitus: 0%.
 5. Umur 15-24 tahun: asma 2,2%, jantung: 4,8%, diabetes mellitus: 0,4%.
- Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur 15 tahun ke atas (berdasarkan *self reporting questionnaire-20*) menurut karakteristik responden 15-24 tahun adalah: 8,7%
- Prevalensi anemi menurut kelompok umur 5-14 tahun: 9,4%; 15-24 tahun: 6,9%.
- Prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut karakteristik yresponden usia 5-14 tahun: cedera akibat terjatuh: 78,4%; usia 15-24 tahun: cedera akibat terjatuh 47,9%.
- Prevalensi jenis cedera menurut karakteristik responden berusia 5-14 tahun: luka lecet 62,5%; usia 15-24 tahun: luka lecet 57,8%.
- Prevalensi kurang aktivitas fisik penduduk berusia ≥ 10 tahun ymenurut karakteristik usia: 10-14 tahun: 66,9%; 15-24 tahun: 52%. Sedangkan jika dilihat berdasarkan jenis kelamin lelaki: 41,4%; dan perempuan: 54,5%.

Tingginya perilaku berisiko pada remaja yang ditunjukkan oleh data di atas merupakan hasil akhir dari sifat khas remaja, pengetahuan remaja tentang kesehatan, nilai moral yang dianut, serta ada tidaknya kondisi lingkungan yang turut memengaruhi. Sebagai contoh bagaimana SPN akan menyebabkan kehamilan dan persalinan dengan

komplikasi, bayi yang dilahirkan dengan komplikasi, atau mengakibatkan KTD yang dapat menimbulkan kejadian aborsi yang menyebabkan kematian. Demikian halnya dengan penyalahgunaan napza yang dapat mengakibatkan terjadinya infeksi HIV yang selanjutnya menjadi AIDS dan akhirnya mengakibatkan kematian. Secara tidak langsung masalah kesehatan remaja tersebut turut menghambat laju pembangunan manusia (*human development*) di Indonesia, dan pencapaian pembangunan tujuan millenium (*millenium development goal*).

Apa yang telah dilakukan?

Penanganan masalah remaja dilakukan melalui kerjasama multi-sektoral dan multidimensional, dengan intervensi pada aspek preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang komprehensif.

Program kesehatan remaja sudah mulai diperkenalkan di puskesmas sejak satu dekade yang lalu. Selama lebih dari 10 tahun, program ini lebih banyak bergerak dalam pemberian informasi, berupa penyuluhan dan diskusi dengan remaja tentang masalah kesehatan melalui wadah usaha kesehatan sekolah (UKS), karang taruna, atau organisasi pemuda, dan kader remaja lainnya yang dibentuk oleh puskesmas. Petugas puskesmas berperan sebagai fasilitator dan narasumber. Pemberian pelayanan khusus kepada remaja yang disesuaikan dengan keinginan, selera, dan kebutuhan remaja belum dilaksanakan. Remaja yang berkunjung ke puskesmas masih diperlakukan selayaknya pasien lain sesuai dengan keluhan atau penyakitnya.

Melihat kebutuhan remaja dan memperhitungkan tugas puskesmas sebagai barisan terdepan pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat, puskesmas sebaiknya memberikan pelayanan langsung kepada remaja sebagai salah satu kelompok masyarakat yang dilayaninya. Pelayanan kesehatan remaja di puskesmas amat strategis dan dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien mengingat ketersediaan tenaga kesehatan dan kesanggupan jangkauan puskesmas ke segenap penjuru Indonesia seperti halnya keberadaan remaja sendiri, dari daerah perkotaan hingga terpencil perdesaan. Sesuai dengan kebutuhan, puskesmas sebagai bagian dari pelayanan klinis medis, melaksanakan rujukan kasus ke pelayanan medis yang lebih tinggi. Rujukan sosial juga dilakukan oleh puskesmas, misalnya penyaluran kepada

lembaga keterampilan kerja untuk remaja pasca penyalahgunaan napza, atau penyaluran kepada lembaga tertentu agar mendapatkan program pendampingan dalam upaya rehabilitasi mental korban perkosaan. Sedangkan rujukan pranata hukum untuk memberi kekuatan hukum bagi kasus tertentu atau dukungan dalam menindaklanjuti suatu kasus belum banyak dilakukan. Pelayanan komprehensif kepada remaja ini merupakan bentuk kerjasama berbagai sektor yang diawali dengan komitmen antar institusi terkait.

Bagaimana bentuk pelayanan kesehatan remaja?

Beberapa tahun terakhir mulai dilaksanakan beberapa model pelayanan kesehatan remaja yang memenuhi kebutuhan, hak dan selera remaja di beberapa propinsi, dan diperkenalkan dengan sebutan pelayanan kesehatan peduli remaja atau disingkat PKPR. Sebutan ini merupakan terjemahan dari istilah *adolescent friendly health services* (AFHS), yang sebelumnya dikenal dengan *youth friendly health services* (YFHS).

Pelayanan kesehatan remaja sesuai permasalahannya, lebih intensif kepada aspek promotif dan preventif dengan cara peduli remaja. Memberi layanan pada remaja dengan model PKPR ini merupakan salah satu strategi yang penting dalam mengupayakan kesehatan yang optimal bagi remaja kita. Pelayanan kesehatan peduli remaja diselenggarakan di puskesmas, rumah sakit, dan tempat-tempat umum lainnya di mana remaja berkumpul.

Hingga akhir tahun 2008, sebanyak 1611 dari 8114 puskesmas di seluruh Indonesia (22,39%) melaporkan telah melaksanakan PKPR dengan jumlah tenaga yang dilatih untuk menangani PKPR ini sejumlah 2866 orang. Sementara itu beberapa rumah sakit seperti rumah sakit Kariadi, Semarang, rumah sakit Fatmawati di Jakarta, dan rumah sakit Hasan Sadikin Bandung, telah melakukan pengembangan tim kesehatan remaja atau poliklinik kesehatan remaja.

Selain itu, beberapa badan donor telah memberikan dukungan bagi pendekatan pelayanan kesehatan peduli remaja. Di propinsi Jawa Barat, remaja di sekolah dilatih dan dibina oleh puskesmas menjadi konselor sebaya; di propinsi Papua dan Nusa Tenggara Timur (NTT) pelayanan bagi remaja dilaksanakan di luar gedung

puskesmas; Di beberapa propinsi lainnya petugas kesehatan dilatih agar kompeten dalam menghadapi masalah kesehatan remaja.

Jenis kegiatan dalam PKPR

Kegiatan dalam PKPR sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya, dapat dilaksanakan di dalam atau di luar gedung. Untuk sasaran perorangan atau kelompok, dilaksanakan oleh petugas puskesmas atau petugas lain di institusi atau masyarakat, berdasarkan kemitraan.

Jenis kegiatan tersebut meliputi:

1. Pemberian informasi dan edukasi¹.

- Dilaksanakan di dalam atau di luar gedung, baik secara perorangan atau berkelompok.
- Dapat dilaksanakan oleh guru, pendidik sebaya yang terlatih dari sekolah, atau dari lintas sektor terkait dengan menggunakan materi dari (atau sepengetahuan) puskesmas.
- Menggunakan metoda ceramah tanya jawab, *focus group discussion* (FGD), diskusi interaktif, yang dilengkapi dengan alat bantu media cetak atau media elektronik (radio, email, dan telepon/hotline, SMS).
- Menggunakan sarana komunikasi informasi edukasi (KIE) yang lengkap, dengan bahasa yang sesuai dengan bahasa sasaran (remaja, orangtua, guru) dan mudah dimengerti. Khusus untuk remaja perlu diingat untuk bersikap tidak menggurui serta perlu bersikap santai.

2. Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya.

Hal yang perlu diperhatikan dalam melayani remaja yang berkunjung ke puskesmas adalah:

- Bagi remaja yang menderita penyakit tertentu tetap dilayani dengan mengacu pada prosedur tetap penanganan penyakit tersebut.
- Petugas dari balai pengobatan umum, balai pengobatan gigi, kesehatan ibu dan anak (KIA) dalam menghadapi remaja yang datang, diharapkan dapat menggali

masalah psikososial atau yang berpotensi menjadi masalah khusus remaja, untuk kemudian bila ada, menyalurkannya ke ruang konseling bila diperlukan.

- Petugas yang menjaring remaja dari ruangan, dan juga petugas - loket atau petugas laboratorium, seperti halnya petugas khusus PKPR juga harus menjaga kerahasiaan remaja tersebut, dan memenuhi kriteria peduli remaja.
- Petugas PKPR harus menjaga kelangsungan pelayanan dan mencatat hasil rujukan kasus per kasus.

3. Konseling

Tujuan konseling dalam PKPR yaitu:

- Membantu remaja untuk dapat mengenali masalahnya dan membantunya agar dapat mengambil keputusan dengan mantap tentang apa yang harus dilakukannya untuk mengatasi masalah tersebut.
- Memberikan pengetahuan, keterampilan, penggalan potensi dan sumber daya secara berkesinambungan hingga dapat membantu remaja agar mampu:
 1. mengatasi kecemasan, depresi, atau masalah kesehatan mental lainnya.
 2. meningkatkan kewaspadaan terhadap isu masalah yang mungkin terjadi pada dirinya.
 3. mempunyai motivasi untuk mencari bantuan bila menghadapi masalah.

4. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

Dalam menangani kesehatan remaja perlu tetap diingat dengan optimisme bahwa bila remaja dibekali dengan keterampilan hidup sehat maka remaja akan sanggup menangkal pengaruh yang merugikan bagi kesehatannya. Pendidikan ketrampilan hidup sehat merupakan adaptasi dari *life skills education* (LSE). Sedangkan *life skills* atau keterampilan hidup adalah kemampuan psikososial seseorang untuk memenuhi kebutuhan, dan mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari secara efektif. Keterampilan ini mempunyai peran penting dalam promosi kesehatan dalam lingkup yang luas, yaitu: kesehatan fisis, mental, dan sosial.

Contoh yang jelas bahwa peningkatan keterampilan psikososial ini dapat memberi kontribusi yang berarti dalam kehidupan keseharian adalah keterampilan

mengatasi masalah perilaku yang berkaitan dengan ketidak sanggupaan mengatasi stres dan tekanan dalam hidup dengan baik. Keterampilan psikososial di bidang kesehatan dikenal dengan istilah PKHS. Pendidikan ketrampilan hidup sehat dapat diberikan secara berkelompok di mana saja, antara lain: di sekolah, puskesmas, sanggar, rumah singgah, dan sebagainya.

Kompetensi psikososial tersebut meliputi 10 aspek keterampilan, yaitu:

1. Pengambilan keputusan

Pada remaja keterampilan pengambilan keputusan ini berperan konstruktif dalam menyelesaikan masalah berkaitan dengan hidupnya. Keputusan yang salah tak jarang mengakibatkan masa depan menjadi suram.

2. Pemecahan masalah

Masalah yang tak terselesaikan yang terjadi karena kurangnya keterampilan pengambilan keputusan akan menyebabkan stres dan ketegangan fisis.

3. Berpikir kreatif

Berpikir kreatif akan membantu pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Berpikir kreatif terealisasi karena adanya kesanggupan untuk menggali alternatif yang ada dan mempertimbangkan sisi baik dan buruk dari tindakan yang akan diambil. Meski tak menghasilkan suatu keputusan, berpikir kreatif akan membantu remaja merespons secara fleksibel segala situasi dalam keseharian hidup.

4. Berpikir kritis

Merupakan kesanggupan untuk menganalisa informasi dan pengalaman secara objektif. Hal ini akan membantu mengenali dan menilai faktor yang memengaruhi sikap dan perilaku, misalnya: tata-nilai, tekanan teman sebaya, dan media.

5. Komunikasi efektif

Komunikasi ini akan membuat remaja dapat mengekspresikan dirinya baik secara verbal maupun non-verbal. Harus disesuaikan antara budaya dan situasi, dengan cara menyampaikan keinginan, pendapat, kebutuhan dan kekhawatirannya. Hal ini akan mempermudah remaja untuk meminta nasihat atau pertolongan bilamana mereka membutuhkan.

6. Hubungan interpersonal

Membantu menjalin hubungan dengan cara positif dengan orang lain, sehingga mereka dapat menciptakan persahabatan, meningkatkan hubungan baik sesama anggota keluarga, untuk mendapatkan dukungan sosial, dan yang terpenting adalah mereka dapat mempertahankan hubungan tersebut; Hubungan interpersonal ini sangat penting untuk kesejahteraan mental remaja itu sendiri. Keahlian ini diperlukan juga agar terampil dalam mengakhiri hubungan yang tidak sehat dengan cara yang positif.

7. Kesadaran diri

Merupakan keterampilan pengenalan terhadap diri, sifat, kekuatan dan kelemahan, serta pengenalan akan hal yang disukai dan dibenci. Kesadaran diri akan mengembangkan kepekaan pengenalan dini akan adanya stres dan tekanan yang harus dihadapi. Kesadaran diri ini harus dimiliki untuk menciptakan komunikasi yang efektif dan hubungan interpersonal yang baik, serta mengembangkan empati terhadap orang lain.

8. Empati

Dengan empati, meskipun dalam situasi yang tidak di kenal dengan baik, remaja mampu membayangkan bagaimana kehidupan orang lain. Empati melatih remaja untuk mengerti dan menerima orang lain yang mungkin berbeda dengan dirinya, dan juga membantu menimbulkan perilaku positif terhadap sesama yang mengalaminya.

9. Mengendalikan emosi

Keterampilan mengenali emosi diri dan orang lain, serta mengetahui bagaimana emosi dapat memengaruhi perilaku, memudahkan menggali kemampuan merespons emosi dengan benar. Mengendalikan dan mengatasi emosi diperlukan karena luapan emosi kemarahan atau kesedihan dapat merugikan kesehatan bila tidak disikapi secara benar.

10. Mengatasi stress

Pengenalan stres dan mengetahui bagaimana pengaruhnya terhadap tubuh, membantu mengontrol stres, dan mengurangi sumber penyebabnya. Misalnya membuat perubahan di lingkungan sekitar atau merubah cara hidup (*lifestyle*). Diajarkan pula bagaimana bersikap santai sehingga tekanan yang terjadi oleh stres yang tak terhindarkan tidak berkembang menjadi masalah kesehatan yang serius.

Dengan menerapkan ajaran PKHS, remaja dapat mengambil keputusan segera untuk menolak ajakan tersebut, merasa yakin akan kemampuannya menolak ajakan tersebut, berpikir kreatif untuk mencari cara penolakan agar tidak menyakiti hati temannya dan mengerahkan kemampuan berkomunikasi secara efektif dan mengendalikan emosi, sehingga penolakan akan berhasil dilaksanakan dengan mulus.

Dalam menghindari diri dari tindak kekerasan baik fisis ataupun mental, beberapa kompetensi dari *life skills* ini dapat membantu remaja mengambil keputusan agar dapat merespons ancaman atau tindak kekerasan tersebut. Kekerasan fisis termasuk kekerasan seksual dapat dihindari dengan berpikir kritis dan kreatif serta menggunakan komunikasi efektif untuk menghindari dan menyelamatkan diri dari ancaman tersebut. Kekerasan mental (tekanan, pelecehan, penghinaan) tidak menimbulkan akibat psikis apabila kompetensi *life skills* diterapkan seperti berpikir kreatif, pengendalian emosi dan komunikasi efektif.

Pelaksanaan PKHS di puskesmas di samping meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup sehat dapat juga menimbulkan rasa gembira bagi remaja sehingga dapat menjadi daya tarik untuk berkunjung kali berikut, serta mendorong melakukan promosi tentang adanya PKPR di puskesmas kepada temannya dan menjadi sumber penular pengetahuan dan keterampilan hidup sehat kepada teman-temannya.

Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya

Pelatihan ini merupakan salah satu upaya nyata mengikut sertakan remaja sebagai salah satu syarat keberhasilan PKPR. Dengan melatih remaja menjadi kader kesehatan remaja atau konselor sebaya dan pendidik sebaya, beberapa keuntungan diperoleh, yaitu kelompok ini berperan sebagai agen perubahan di antara kelompok sebayanya agar berperilaku sehat. Lebih dari itu, kelompok ini terlibat dan siap membantu dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi PKPR. Kader yang berminat, berbakat, dan sering menjadi tempat curhat bagi teman yang membutuhkannya dapat diberikan pelatihan tambahan untuk memperdalam keterampilan interpersonal relationship dan konseling.

Kesimpulan

Remaja bukanlah kelompok masyarakat yang tidak menghadapi masalah kesehatan. Perilaku berisiko yang dijalani akibat tidak tepatnya keputusan yang diambil pada masa remaja yang labil menghadapkan remaja kepada masalah kesehatan. Di Indonesia, laju masalah kesehatan pada remaja sebagai akibat perilaku berisiko jauh lebih cepat daripada penanganan yang dilakukan oleh banyak pihak. Koordinasi, integrasi dan sinkronisasi menjadi esensial bagi upaya penanganan masalah kesehatan pada remaja untuk menekan laju tersebut. Remaja dengan sifat khasnya dilibatkan secara aktif dalam tiap upaya, selain dididik sejak dini dan dibekali dengan pendidikan ketrampilan hidup sehat hingga terampil dalam mengembangkan potensi dirinya untuk hidup secara kreatif dan produktif. Remaja diberi kesempatan dan akses seluas-luasnya agar berperilaku positif dan sanggup menangkal pengaruh yang merugikan bagi dirinya sendiri maupun orang lain serta mampu menghadapi tantangan secara efektif dalam kehidupannya, sehingga pembangunan manusia dan tujuan pembangunan milenium dapat tercapai.

Penulis : Rinni Yudhi Pratiwi

Sumber : Buku *The^{2nd} Adolescent Health National Symposia: Current Challenges in Management*

Referensi

<http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/kesehatan-remaja-di-indonesia>

Santrock, J. 2016. *Adolescence*. USA: McGraw-Hill