

## **ANALISA FAKTOR RISIKO DAN STATUS KESEHATAN REMAJA INDONESIA PADA DEKADE MENDATANG**

**Siti Isfandari<sup>1</sup> dan Dina Bisara Lolong<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Peran Serta Masyarakat, Jl. Percetakan Negara No. 23  
Jakarta, Indonesia

<sup>2</sup> Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat  
Jl. Percetakan Negara No. 23 Jakarta, Indonesia

Email : [isfandari\\_24@yahoo.com](mailto:isfandari_24@yahoo.com)

### ***RISK FACTOR AND HEALTH STATUS OF INDONESIA YOUNG ADULTS : INDONESIA PICTURE OF NEXT DECADE***

#### ***Abstract***

*Adolescence is a life phase in which the future patterns of adult health are established. They are often thought of as a healthy group. However risky behavior which will shape the adult health status starts as well in this period. A focus on adolescence is central to the success of many public health agendas. There are lots of researches containing information on Indonesian adolescent health status and risk behaviours, but they are not systematically arranged. This article aims to synthesize results from researches of adolescent health status and risk behavior to get complete picture to obtain pictures of health risk behavior dan health status of Indonesian adolescents. To achieve the objective, adolescent health information in the published reports with special attention to Riskesdas 2007 and Riskesdas 2010 reports accompanied by other adolescent health publications are analyzed and interpreted. The results showed almost 90% of Indonesian adolescents are in good health condition. But some of them already have NCD such as diabetes, heart diseases, hypertension and emotional distress. The alarming aspect is the high prevalence of smoking and poor diet which could lead to the high prevalence of NCD in their adult life. Therefore different approach of health intervention should be applied for adolescent who already has health problems and those without health problems but with risky behavior. Primary Health Center (PHC) should be prepared to provide for adolescent health service especially reproductive health and health related to traffic accidents for promotion, prevention and rehabilitation as adolescent will be referred to PHC.*

*Key word : Indonesia, adolescent, health, service, risk*

#### **Abstrak**

Masa remaja merupakan salah satu periode yang menentukan pola pembentukan status kesehatan di masa dewasa. Mereka sering dianggap sebagai kelompok dengan kesehatan prima. Namun perilaku berisiko umumnya dimulai pada periode ini. Perhatian pada remaja merupakan salah kunci sukses keberhasilan program kesehatan. Strategi yang menempatkan remaja sebagai pusat akan menguntungkan remaja dan kesehatan mereka di masa dewasa. Cukup banyak penelitian yang memuat informasi kesehatan remaja, namun belum disusun secara sistematis. Tulisan ini bertujuan merangkum penelitian kesehatan remaja yang tersebar untuk mendapatkan gambaran lebih lengkap mengenai kesehatan remaja dan faktor risiko berdasarkan bukti dengan fokus utama pada hasil Riskesdas 2007 dan 2010 dilengkapi dengan hasil penelitian lain. Dilakukan analisa dan interpretasi terhadap laporan dan hasil penelitian. Diperoleh hasil 90% remaja Indonesia mempunyai kesehatan yang baik, tidak bermasalah kesehatan. Hanya 10% remaja yang memiliki masalah kesehatan fisik atau emosional. Hal yang memprihatinkan adalah tingginya prevalensi merokok, pola makan kurang serat dan kurang aktivitas fisik yang merupakan kontributor PTM di masa dewasa. Diperlukan intervensi yang berbeda bagi remaja tanpa masalah kesehatan dan dengan masalah kesehatan. Intervensi berupa kegiatan promosi dan promosi lebih ditujukan pada remaja tanpa masalah kesehatan namun berperilaku berisiko. Sedangkan pelayanan kesehatan bagi remaja dengan masalah kesehatan harus mulai menyediakan pelayanan mental emosional remaja, kesehatan reproduksi dan kesehatan lalu - lintas. Program modifikasi perilaku pro sehat dapat ditawarkan di pusat kesehatan.

Kata kunci: Indonesia, remaja, kesehatan, pelayanan, risiko

## PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan salah satu fase kehidupan saat fungsi fisik hampir mencapai puncaknya. Pada periode ini kesehatan fisik mencapai titik optimal, akan membentuk pola kesehatan di masa dewasa.<sup>1</sup> Dalam skala global, kesehatan remaja menempati posisi penting. Seperempat penduduk dunia berada dalam segmen remaja 10 – 24 tahun. Status kesehatan remaja masa kini akan menentukan gambaran status kesehatan penduduk dewasa dalam dekade berikutnya. Walaupun mereka mempunyai kesempatan memperoleh status kesehatan optimal, ternyata perilaku mereka tidak selalu mendukungnya. Penggunaan tembakau, penyalahgunaan napza, termasuk alkohol diawali pada usia ini. Kematian karena kecelakaan menempati urutan tertinggi pada golongan usia remaja. Perilaku berisiko yang dilakukan pada masa remaja, sangat berpengaruh pada kejadian penyakit kronis dalam dekade berikutnya.

Studi *global burden of diseases*<sup>2</sup> memperoleh hasil gangguan mental dan perilaku, penyakit sendi, dan penyakit tidak menular sebagai penyumbang terbesar beban penyakit remaja di Indonesia. Terdapat beberapa survey nasional dan khusus, serta publikasi tentang situasi kesehatan dan perilaku berisiko remaja Indonesia dalam dekade ini. Namun informasi masih tersebar. Diperlukan rangkuman dan kajian hasil survei dan publikasi agar dapat memberi gambaran lebih utuh status kesehatan remaja dan perilaku risiko mereka. Informasi yang diperoleh dapat bermanfaat bagi penyusunan program promosi, pencegahan dan pelayanan kesehatan. Artikel ini merupakan bagian dari studi Kajian pelayanan kesehatan remaja yang bertujuan memberi masukan perbaikan pelayanan kesehatan remaja.

## BAHAN DAN METODE

Pada tahap awal dilakukan studi literatur kesehatan remaja untuk mempelajari kerangka penulisan, mendapatkan gambaran situasi remaja secara global. Berdasarkan studi literatur, selanjutnya dilakukan identifikasi komponen penting kesehatan remaja yang berdampak panjang.

Diperoleh informasi ternyata remaja merupakan kelompok dengan status kesehatan prima, namun berperilaku risiko terhadap kesehatan di masa selanjutnya. Sebagai faktor risiko adalah perilaku merokok, alkohol, pola makan, aktivitas fisik, perilaku berlalu lintas dan distress emosional. Informasi status kesehatan berupa cedera dan penyakit tidak menular.

Tahap berikut melakukan kajian terhadap data remaja hasil laporan Riskesdas 2007 dan 2010, dilengkapi dan dibandingkan dengan hasil survey kesehatan yang lebih khusus, yaitu *global school health survey 2007 (GSHS)*<sup>3</sup>, *school based health survey (SBHS) 2005*<sup>4</sup> dan *global adult tobacco survey (GATS)*.<sup>5</sup> Konsep analisa untuk mengetahui posisi kesehatan remaja Indonesia dibandingkan remaja secara global berdasarkan survey kesehatan dan data pendukung. Diperoleh hasil informasi kesehatan remaja Indonesia dapat dibandingkan dengan situasi remaja global. Hasil dikategorikan menurut isu kesehatan yang berpengaruh pada remaja. Remaja dalam artikel didefinisikan mencakup usia 10 – 24 tahun.

## HASIL

Hasil disajikan menurut faktor risiko utama dan status kesehatan. Faktor risiko yang menjadi bahasan adalah merokok, konsumsi alkohol, pola makan, dan aktivitas fisik. Status kesehatan yang menjadi bahasan adalah penyakit tidak menular, termasuk distress emosional kesehatan reproduksi dan dampak kecelakaan remaja

Penggunaan tembakau sejak dini merupakan faktor risiko terjadinya PTM: hipertensi, jantung, stroke, kanker. Riskesdas 2007 dan 2010 menunjukkan prevalensi merokok usia remaja makin meningkat, prevalensi perokok tiap hari dari 17,3% menjadi 18,6%, dan prevalensi perokok dari 24,6% menjadi 26,6%. Studi GSHS mendapatkan satu perokok dari 10 respondennya yang berusia 13 – 15 tahun. Angka yang lebih kecil dibandingkan hasil Riskesdas dapat dijelaskan karena responden berasal dari kelompok usia lebih muda. Studi *Global Adult Tobacco Survey (GATS)*<sup>5</sup> menunjukkan prevalensi 29,2%, hampir serupa dengan kedua survei Riskesdas.

**Tabel 1. Prevalensi merokok remaja Indonesia Riskesdas 2007 dan Riskesdas 2010**

Usia 15 – 24 saat survei	Prevalensi (%)	
	Riskesdas 2007	Riskesdas 2010
Perokok tiap hari saat dilakukan survei	17,3	18,6
Perokok saat dilakukan survei	24,6	26,6
Usia mulai merokok tiap hari umur 10 – 14	17,8	20,3
Usia mulai merokok tiap hari umur 15 – 19	57,3	64,7
Jumlah rokok dihisap 12 batang per hari	24,6	31,6
Usia responden saat survei		
15 – 24	57,3	64,7
25 – 34	44,6	51,5
35 – 44	34,7	43,6
45 – 54	28,3	37,7
55 – 64	22,9	30,4
65 – 74	19,2	25,4
75 ++	15,9	20,4

RKD 2007 dan 2010<sup>6,7</sup> menunjukkan peningkatan prevalensi merokok di kalangan remaja. Fenomena yang ditunjukkan data Riskesdas 2007 dan 2010 adalah prevalensi mulai merokok usia 15 – 19 tahun semakin tinggi pada kohort yang semakin muda. Fenomena kedua adanya perokok baru yang mulai merokok tiap hari saat berusia 15 – 19 tahun pada golongan usia/ kohort 15 – 24 tahun saat dilakukan survei. Sedikitnya terjadi penambahan 7% perokok baru yang mulai merokok tiap hari pada usia 15 – 19 tahun.

Perilaku minum alkohol meningkatkan risiko kecelakaan<sup>8</sup>, salah satu penyumbang beban penyakit pada remaja<sup>2</sup>. Pertanyaan dalam Riskesdas 2007 belum dapat menentukan adanya perilaku adiksi alkohol. Namun informasi yang

diperoleh dapat menggambarkan besarnya konsumsi alkohol dalam 12 bulan dan 1 bulan sebelum survei. Prevalensi minum alkohol pada kohort usia 15 – 24 yang menjadi responden Riskesdas 2007 tahun lebih tinggi dibanding prevalensi Indonesia. Laporan Riskesdas 2007 mendapatkan hasil prevalensi tertinggi konsumsi alkohol terdapat di provinsi yang sudah diduga memiliki prevalensi tinggi dibanding provinsi lain karena terkait dengan budaya, yaitu Sulawesi Utara, NTT dan Papua. Prevalensi tinggi di Gorontalo agak menarik, namun tidak mengejutkan. Gorontalo merupakan provinsi dengan prevalensi perokok tertinggi di Indonesia<sup>3</sup>. Kedua perilaku tersebut termasuk dalam kategori adiksi<sup>9</sup>.

**Tabel 2. Karakteristik korban dan jenis kendaraan pada kejadian kecelakaan tahun 2011 - 2012**

Karakteristik	Tahun 2011	Tahun 2012	Keterangan
Usia korban			
- 16-20 tahun	845 (14,9%)	1466 (20%)	Meningkat 73%
- 21-25 tahun	882 (15,5%)	1114 (14,75%)	Meningkat 26%
Kendaraan yang terlibat Kec Lalu lintas			
- Sepeda motor	4325 (71%)	5710 (71%)	Meningkat 32%
- Mobil penumpang	826 (13,6%)	1202 (15%)	Meningkat 46%

Data kepolisian lalu lintas (Ditlantas) Metro Jaya dalam tabel 2 menunjukkan perbandingan proporsi korban kecelakaan jalan raya berusia muda pada tahun 2011 dengan tahun 2012. Pada tahun 2011 terdapat 14,9% korban kecelakaan berusia 16 – 20 tahun sejumlah 845, sedangkan pada tahun 2012, 20% korban kecelakaan berusia 16 – 20 tahun sejumlah 1466. Peningkatan proporsi kecelakaan usia 16 – 20 tahun sebesar 73% jauh lebih tinggi dibandingkan peningkatan proporsi pada golongan usia 21 – 25 tahun sebesar 26%. Jumlah kecelakaan sepeda motor jauh melebihi kecelakaan mobil penumpang.<sup>10</sup>

Prevalensi obesitas di kalangan remaja jauh lebih rendah dibandingkan prevalensi Indonesia menurut Riskesdas 2007. Walaupun demikian, hal ini harus mulai diperhatikan agar dapat dibuat kebijakan dan intervensi mencegah peningkatan di masa mendatang. Pola makan sehat dan aktivitas fisik merupakan salah satu cara mencegah obesitas. Riskesdas 2007 menunjukkan hampir sebagian besar remaja Indonesia belum melakukan pola makan sehat, ditunjukkan dengan rendahnya konsumsi sayur dan buah. Walaupun tidak separah pola makan, cukup tinggi prevalensi remaja Indonesia dengan aktivitas fisik kurang.

Kesehatan mental didefinisikan sebagai distress emosional. Merupakan situasi ketidakmampuan seseorang menangani tekanan yang dialami, sehingga menunjukkan perilaku menyimpang, seperti agresif, pasif atau menyendiri. Tekanan dapat berasal dari pekerjaan, keluarga, atau teman dan beban pelajaran di sekolah. Distress emosional dalam Riskesdas 2007 diperoleh menggunakan instrumen *Self Report Questionnaire* (SRQ)<sup>6</sup>, informasi kesehatan mental diperoleh dari *global school health survey* 2007 (GSHS)<sup>4</sup> dan *school based health survey* (SBHS) 2005<sup>5</sup>. Riskesdas 2007 merupakan survei kesehatan berskala Nasional, menggunakan sistem sampling menggambarkan level kabupaten, provinsi dan nasional. Responden Riskesdas 2007 kelompok usia 15 – 24 tahun. Sedangkan GSHS dan SBHS merupakan survei khusus siswa SMP kelompok usia 12 – 15 tahun. SBHS dilakukan pada tahun 2005 di Depok, merepresentasi situasi kesehatan kelompok usia 12 – 15 tahun di Depok. Sedangkan GSHS dilakukan pada tahun 2007 menggambarkan situasi kesehatan siswa SMP usia 12 – 15 tahun Indonesia.

**Tabel 3. Prevalensi dan proporsi distress emosional di Indonesia**

Status kesehatan mental	Prevalensi (%)
Usia 15 – 24	
Riskesdas 2007 (n= 142492)	8,7
Usia 12 – 15	
GSHS 2007 (n=2044)	8,6
SBHS 2005 (n=3116)	15,8

Tabel 3 menunjukkan berdasarkan Riskesdas 2007 terdapat sekitar satu di antara 11 remaja Indonesia berusia 15 – 24 tahun mengalami distress emosional. Studi GSHS dengan responden SMP berusia 12 – 15 tahun memperoleh prevalensi serupa. Namun studi pada pelajar SMP usia 13 – 15 tahun di Depok menggunakan instrumen GSHS mendapatkan prevalensi lebih tinggi 15,8%, atau satu dari 7 siswa SMP di Depok mengalami distress emosional. Dari ketiga studi tersebut dapat disimpulkan prevalensi distress emosional para remaja cukup tinggi, dengan kisaran dialami satu dari 7 hingga 11 remaja. Sehingga masalah kesehatan mental remaja sebaiknya mulai menjadi perhatian pemberi layanan kesehatan.

Informasi PTM diperoleh dari Riskesdas 2007. Penyakit asma, jantung, diabetes dan tumor diperoleh dari responden berusia 15 – 24 tahun melalui pertanyaan pernah didiagnosa atau mengalami gejala. Penyakit sendi dan stroke diperoleh dari responden berusia 18 – 24 melalui pertanyaan pernah didiagnosa atau mengalami gejala. Informasi DM dan TGT diperoleh dari pemeriksaan darah 24.417 responden usia 15 tahun atau lebih yang berdomisili di ibukota kabupaten kota, dan tidak hamil.

**Tabel 4. Prevalensi Penyakit Tidak Menular di Indonesia Riskesdas 2007**

Penyakit	Prevalensi (%)	
	Usia 15–24 (n= 142492)	Indonesia
Asma	2,2	3,5
Jantung	4,8	7,2
Diabetes	0,4	1,1
Tumor	2,4	4,3
DM *	0,6	5,7
TGT*	5,3	10,2
	<b>Usia 18 – 24 (n=95351)</b>	
Sendi	6,9	30,3
Stroke	1,7	8,3

\*berdasarkan hasil pemeriksaan darah dilakukan hanya di wilayah perkotaan yang dekat dengan laboratorium

Tabel 4 menunjukkan sebagian kecil remaja Indonesia sudah hidup dengan penyakit tidak menular (PTM). Terdapat 22 penyandang asma, 48 dengan penyakit jantung, 4 diabetes, 24 tumor dari 1000 remaja usia 15 – 24 tahun. Dari 1000 remaja berusia 18 – 24 tahun, terdapat 69 dengan penyakit sendi atau 17 dengan penyakit stroke. Definisi PTM yang digunakan dalam Riskesdas cukup longgar, yaitu pernah didiagnosa atau mengalami gejala. Terdapat 6 penderita DM atau 53 toleransi gula terganggu diantara 1000 remaja yang menjadi responden pemeriksaan darah yang dilakukan di ibukota kabupaten / kota. Interpretasi dari pemeriksaan darah harus secara hati – hati. Prevalensi yang tampaknya lebih tinggi disebabkan karena denominator lebih kecil.

MDG 5 berisi pencapaian cakupan akses kesehatan reproduksi. Kehamilan pada usia 15-19 tahun merupakan salah satu indikator kesejahteraan dan keberhasilan program kesehatan suatu negara.<sup>8</sup> Kelahiran usia dini didefinisikan sebagai kehamilan pada remaja usia 10 – 19 tahun. Riskesdas 2010 menemukan kejadian 1 kehamilan diantara 10.000 anak 10 – 14 tahun, walaupun data ini masih harus diverifikasi kembali. Kehamilan pada kohort usia 15 – 19 lebih tinggi, 2 dari 100 perempuan.

WHO menyatakan pengetahuan komprehensif dan benar tentang pencegahan dan penularan HIV / AIDS di kalangan remaja 15 – 24 tahun merupakan salah satu target pencapaian MDG's. berdasarkan Riskesdas 2007 dan 2010 terdapat peningkatan 10% remaja yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS Riskesdas 2010 menunjukkan, dari 60% menjadi 70% pada kelompok usia 15 – 24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS berdasarkan Riskesdas 2007. Walaupun cukup tinggi prevalensi yang pernah mendengar HIV/AIDS menurut Riskesdas 2007 dan 2010, namun pengetahuan mengenai penularan sangat rendah, hanya 14%. Pengetahuan benar pencegahan lebih baik, sekitar 50% menurut Riskesdas 2007. Riskesdas 2010 menunjukkan hampir 17% remaja dengan pengetahuan komprehensif.

## PEMBAHASAN

Dekade ini merupakan dekade dengan proporsi remaja tertinggi secara global. Seiring dengan kemajuan teknologi dan pelayanan

kesehatan, akan semakin banyak penduduk yang memasuki 'usia risiko' penyakit. PBB menyadari PTM tertinggi terkait dengan faktor risiko bersama, yaitu tembakau, alkohol, diet tidak sehat dan kurang aktivitas fisik berawal dari masa remaja<sup>11,12</sup>. Maka perilaku pro kesehatan sejak remaja merupakan point penting agar tercapai status kesehatan yang baik dalam dekade berikutnya. Dilakukannya perilaku pro sehat akan sangat membantu pencegahan timbulnya PTM dini, sehingga dapat menghemat anggaran biaya kesehatan negara. Tulisan membahas status kesehatan remaja berdasarkan laporan Riskesdas 2007 dan 2010, dilengkapi dengan penelitian lain dengan fokus pada fenomena yang diduga akan mempengaruhi indikator status kesehatan dekade mendatang, yaitu kesehatan mental, PTM, konsumsi alkohol, penggunaan tembakau, kesehatan reproduksi dan HIV / AIDS

WHO memperkirakan satu dari lima remaja di dunia akan mengalami distress emosional<sup>9</sup>. Riskesdas memperoleh angka lebih kecil, hampir 1 dari 10 remaja. Status kesehatan mental remaja merupakan informasi penting, karena dapat terkait dengan perilaku berisiko yang akan menjadi kontributor penyakit tidak menular dekade berikutnya<sup>13</sup>. Terdapat hubungan timbal balik antara kesehatan mental dan risiko PTM. Kesehatan mental meningkatkan risiko terhadap PTM, luka dan kecelakaan, sebaliknya PTM, luka dan kecelakaan juga berkontribusi terhadap distress emosional<sup>14</sup>. Penyalah-gunaan napza, merokok, konsumsi alkohol tidak terkontrol merupakan salah satu bentuk adiksi yang membutuhkan intervensi komprehensif aspek lingkungan sosial dan individu<sup>13</sup>. Selain itu masa remaja merupakan periode awal timbulnya masalah mental emosional.

WHO menyatakan 75% gangguan mental emosional terjadi sebelum usia 24 tahun, 50% timbul sebelum usia 14 tahun. Tidak kurang dari lima puluh persen dari *non fatal disability adjusted life years* (DALYs) di kalangan usia 10 – 24 tahun berasal dari kontribusi gangguan mental emosional, termasuk penyalah gunaan napza<sup>9</sup>. Dampak sosial distress emosional yang tidak tertangani cukup besar. Merebaknya tawuran di beberapa sekolah diduga terkait dengan distress emosional ketidak mampuan mengendalikan diri. Depresi sangat menurunkan kondisi kesehatan dibandingkan angina, arthritis, asthma, dan

diabetes. Ko-morbiditas penyakit kronis dengan depresi memperburuk kondisi kesehatan dibandingkan ko-morbiditas penyakit kronis dengan penyakit kronis lain tanpa depresi. Hal ini menunjukkan penanganan distress emosional dan depresi dalam program intervensi kesehatan di masyarakat sangat membantu mengurangi beban penyakit dan memperbaiki status kesehatan masyarakat termasuk remaja.<sup>15</sup>

Walaupun remaja diyakini sebagai kelompok dengan status kesehatan prima, namun laporan Riskesdas menunjukkan sebagian kecil sudah mengalami PTM. Definisi yang digunakan Riskesdas untuk PTM cukup longgar, yaitu pernah didiagnosa petugas kesehatan atau mengalami gejala. Hal ini bahkan lebih baik. Karena dapat mengantisipasi besarnya PTM di kalangan remaja bagi perancang kebijakan. Sehingga dapat dijadikan masukan bagi pengembangan pelayanan kesehatan remaja. Jika dideteksi sejak dini, PTM masih dapat diatasi dengan modifikasi perilaku dan faktor risiko. Namun penanganan PTM fase kronis pada remaja membutuhkan pemahaman perkembangan masa remaja bagi profesional kesehatan.<sup>1</sup>

Peningkatan prevalensi merokok dan usia perokok muda menyiratkan kurang berhasilnya pengendalian perilaku merokok di Indonesia. Hal ini mungkin disebabkan kurangnya dukungan pemerintah terhadap upaya pengendalian merokok, walaupun Kemkes dan LSM selalu berupaya mempromosikan pengurangan dan pencegahan merokok. Indonesia merupakan salah satu negara yang belum menandatangani *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), kesepakatan global untuk mengendalikan produk tembakau.

Hampir setengah dari perokok diperkirakan akan mati muda, karena terkena penyakit mematikan, diantaranya kanker, stroke dan jantung<sup>9</sup>. Upaya penurunan prevalensi merokok membutuhkan kerjasama lintas sektor, dalam koordinasi pemerintah daerah atau pemerintah pusat. Sampai saat ini masih terjadi perdebatan perlunya pemerintah turun tangan dalam upaya pengendalian merokok. Sektor industri rokok dipandang menyerap tenaga kerja dan menstabilkan kondisi politik, serta menyumbang pendapatan negara dari cukai rokok. Sementara sektor kesehatan berupaya keras menunjukkan biaya kesehatan yang harus dipikul pemerintah

jauh melebihi manfaat yang didapat dari cukai rokok.<sup>16</sup>

Beberapa tempat telah ditetapkan sebagai kawasan bebas rokok. Langkah ini diharapkan dapat mengurangi perokok muda atau memperlambat usia merokok, mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi, dan mendorong lebih banyak orang, terutama usia remaja berhenti merokok.<sup>17</sup> Usia awal merokok merupakan faktor penting bagi kelanjutan merokok. Lelaki yang merokok saat berusia di bawah 16 tahun lebih sulit berhenti dibanding yang mulai merokok pada usia lebih tua. Semakin tua usia mulai merokok, semakin mudah untuk berhenti.<sup>18</sup>

Dibandingkan negara lain, konsumsi alkohol di Indonesia cukup rendah. Hal ini diduga terkait dengan keyakinan. Sejumlah provinsi di luar Jawa memiliki prevalensi serupa dengan sejumlah negara yang mengalami masalah alkohol. Sulawesi Utara merupakan salah satu provinsi dengan budaya minum alkohol yang cukup kuat dengan prevalensi cukup tinggi.<sup>3</sup> Merupakan hal lumrah bagi masyarakat menggunakan waktu malam Sabtu dan Minggu bermabuk bersama kawan. Keluarga menganggap hal yang lumrah jika terjadi kekerasan rumah tangga yang dilakukan oleh suami mabuk. Namun pemerintah daerah Sulawesi Utara menyadari hubungan konsumsi alkohol berlebihan dengan kriminalitas, sehingga dibuat slogan 'Berhenti jo bagate' yang berarti berhenti bermabuk. Studi khusus remaja di 4 kota Surabaya, Medan, Jakarta dan Bandung dengan total responden 1116 mendapatkan 21% sampai 44% minum alkohol dalam 1 bulan sebelum penelitian.<sup>19</sup> Hasil studi ini tidak dapat digeneralisasi, namun dapat memberi informasi konsumsi alkohol pada kelompok remaja tertentu.

Konsumsi alkohol walau sedikit dalam waktu lama dapat menyebabkan sirosis hati, gangguan pankreas, kanker, penyakit kardiovaskular, gangguan kognitif dan bunuh diri.<sup>8</sup> Konsumsi alkohol dapat sebagai pemacu untuk melakukan hubungan seksual, melakukan tanpa kondom yang menjadi faktor risiko penyakit menular seksual atau HIV / AIDS. Hasil penelitian di kabupaten dan kota Jayapura 2006<sup>20</sup> pada remaja umur 15-24 tahun membuktikan adanya hubungan antara konsumsi alkohol dan hubungan seks. Umumnya mereka tidak menggunakan kondom bahkan ketika mabuk berani melakukan pemukulan

pada partnernya. Alkohol merupakan salah satu kontributor terjadinya kecelakaan. Oleh sebab itu pengemudi dengan konsentrasi alkohol melebihi standar hukum di dalam darah populer dengan istilah *drunk driving* merupakan pelanggaran hukum berat. Kecelakaan merupakan penyebab kematian tertinggi pada golongan usia 15 – 44 tahun menurut Riskesdas 2010.<sup>3</sup>

Secara global alkohol dan tembakau merupakan substansi adiktif yang diterima masyarakat. Di sebagian besar masyarakat non Muslim, alkohol merupakan bagian dari budaya dan industri. Sedangkan di Indonesia fenomena yang sama terjadi untuk tembakau. Keduanya merupakan industri menguntungkan, namun membahayakan kesehatan. Terobosan besar dilakukan oleh *Director General* WHO saat secara jelas menyatakan 3 *BIG*, yaitu *BIG ALCOHOL*, *BIG FAT* dan *BIG TOBACCO* merucapakan ancaman bagi kesehatan dan ekonomi.<sup>21</sup>

Informasi dari Riskesdas 2007 mengenai faktor risiko utama PTM memberikan sinyal agar dilakukan upaya lebih intensif terhadap pengendaliannya. Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas tidak besar, namun perlu mendapat perhatian. Kelainan berat badan seperti *overweight* dan *obese* dapat sebagai predisposisi pada beberapa kelainan yang berhubungan dengan metabolisme dan jantung. Dari 11 studi yang dilakukan oleh Reilly dan Kelly 2010<sup>22</sup> melaporkan kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kecil dan remaja terkait dengan risiko morbiditas kemudian kardiometabolik seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung iskemik, dan stroke dalam kehidupan dewasa kemudian.

Pola makan tradisional Indonesia dengan banyak sayur dan buah sudah tergantikan dengan menu import '*fast food*', minuman bersoda. Keluarga memegang peran penting membentuk pola makan anak dan remaja. Indonesia harus waspada jangan sampai terjadi epidemi obesitas. Pola hidup tinggi aktivitas fisik, diet sehat harus mulai dijalankan. Kerjasama lintas sektor sangat diperlukan. Diperlukan ruang terbuka nyaman dengan udara bersih untuk melakukan aktivitas fisik. Gerakan masyarakat mendukung pola makan tradisional banyak serat buah dan sayur dapat berkontribusi terhadap pencegahan obesitas.

Kecelakaan jalan raya penyebab utama kematian dan kecacatan remaja. Hasil vital

registrasi kematian 2007-2008<sup>23</sup> yang diwakili dari 4 provinsi: Lampung, Kalimantan Barat, Gorontalo dan Papua menunjukkan kematian karena kecelakaan lalu lintas termasuk 10 penyebab utama kematian di 4 provinsi tsb dari semua umur. Setelah dilakukan analisis menurut umur, ternyata kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kematian utama pada umur produktif laki-laki (15-44) untuk Lampung, Kalimantan Barat dan Papua dan nomor 2 untuk Gorontalo. Mengemudi secara aman, pemberian sanksi hukum berat terhadap pelanggaran larangan mengemudi dalam pengaruh alkohol dan obat serta kemudahan akses terhadap sarana transportasi umum merupakan saran WHO mengurangi kejadian kecelakaan jalan raya di kalangan remaja. Akses cepat kepada pelayanan trauma secara efektif dapat menyelamatkan nyawa remaja yang mengalami kecelakaan.<sup>9</sup>

Sebagai upaya untuk memperoleh sejauh mana pencapaian MDG's di Indonesia, Riskesdas 2010<sup>7</sup> memperoleh 2 kehamilan dari 100 remaja usia 15 – 19 tahun. Angka ini jauh di bawah estimasi WHO. Namun tetap diperlukan perhatian dari pelaksana kebijakan. Kehamilan pada usia remaja menjadi salah satu kontributor angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Karena pada usia tersebut fungsi reproduksi perempuan belum mencapai kematangan sempurna, semakin muda kehamilan, semakin tinggi risiko.

WHO merekomendasikan usia perkawinan minimal dan dukungan masyarakat mencegah pernikahan dini, serta akses terhadap alat kontrasepsi. Kedua hal tersebut diharapkan dapat mencegah dan menurunkan terjadinya kehamilan usia dini. Pelayanan antenatal berkualitas dan bidan trampil harus diberikan pada remaja hamil. Bahkan WHO merekomendasikan agar remaja diberikan kesempatan memilih untuk menggugurkan kandungannya sejauh diperbolehkan oleh aturan hukum.<sup>9</sup> Kalangan profesional kesehatan Indonesia sangat memahami usulan ini agar tidak terjadi pengguguran kandungan tidak aman yang membahayakan ibu dan bayinya.

Walaupun sudah banyak upaya dilakukan oleh Kemkes, Kemenaker, Kemhukham dan Kemendikbud dengan dukungan donor, tidak lebih 17 dari 100 remaja memiliki pengetahuan komprehensif penularan dan pencegahan HIV / AIDS menurut Riskesdas 2007 dan 2010. Angka

ini sedikit lebih rendah dibanding perkiraan WHO. Namun di beberapa provinsi dengan prevalensi HIV/AIDS terkonsentrasi, pengetahuan komprehensif cukup tinggi.

Program pencegahan HIV pada sub-populasi muda umur 10-24 tahun diarahkan pada program pemberian informasi dan edukasi a.l tentang pengertian dasar HIV, cara penularan dan pencegahan. Salah indikator monitoring dan evaluasi perubahan perilaku adalah persentase remaja yang dapat mengidentifikasi cara penularan dan pencegahan HIV secara benar. Survei Surveilans Perilaku 2004-2005<sup>24</sup> dilakukan survei perilaku pada pelajar SMA di dua lokasi: DKI Jakarta dan Surabaya dengan hasil hampir semua pelajar SLTA, laki-laki dan perempuan dalam studi ini pernah mendengar tentang HIV dan umumnya tahu cara penularan melalui sharing alat/jarum suntik. Tetapi hanya 1 dari lima pelajar SLTA laki-laki maupun perempuan mengetahui secara tepat keempat metode (ABCD) pencegahan HIV. Surveilans Terpadu Perilaku 2006 di Papua<sup>25</sup> menemukan bahwa makin muda melakukan hubungan seksual pertama kali, makin tinggi untuk kemungkinan penularan HIV. Remaja dengan umur 10-14 tahun yang melakukan hubungan seksual pertama kali akan mendapatkan penularan HIV dua kali dibanding umur 25+.

Sensitivitas tinggi terhadap aspek budaya daerah atau negara dalam pemberian materi kesehatan reproduksi harus dipertimbangkan. Diperlukan kerjasama dengan pihak keluarga remaja. Pemanfaatan media sosial dapat membantu penyebaran informasi pencegahan dan penanganan HIV / AIDS di kalangan remaja.

## KESIMPULAN

Secara umum remaja Indonesia mempunyai status kesehatan cukup baik. Tidak lebih dari 10% remaja memiliki masalah kesehatan, namun mereka memiliki perilaku berisiko yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan dalam dekade mendatang. Perilaku berisiko sangat berhubungan dengan faktor psikologis. Perbaikan status penduduk melalui program pencegahan perilaku risiko menggunakan metode pendekatan *client centered* dengan pemahaman karakteristik remaja, dapat membantu remaja melakukan perilaku pro sehat, dan modifikasi

perilaku bagi remaja dengan PTM fase dini. Sintesa hasil informasi kesehatan yang diperoleh dari Riskesdas 2007 dan 2010 disertai informasi pendukung dapat digunakan oleh Kementerian Kesehatan untuk mempersiapkan Puskesmas melayani kesehatan remaja dengan prioritas pada kesehatan reproduksi, kesehatan lalu – lintas serta kesehatan mental.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih saya tujukan kepada Bapak Dr dr Trihono, Kabadan Litbangkes yang memberi penugasan melakukan kajian kebijakan program pelayanan kesehatan remaja. Penugasan ini memberikan ide untuk menulis mengenai situasi kesehatan remaja Indonesia dan pelayanan yang dibutuhkan.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Susan M Sawyer SM, Afi fi RA , H Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health Lancet 2012; 379: 1630–40.
2. GBD profile: Indonesia. 2010, <http://www.healthmetricsandevaluation.org>.
3. Global School based Student Health Survey : Indonesia 2007 fact sheet.
4. Kusumawardani N & Suhardi. Behaviour health risk among adolescents : a school based health survey with focus smoking behaviour on male age 12 – 15 in Depok, west java, indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan vol 14 no 4 oktober 2011.
5. Global Adult Tobacco Survey : Indonesia report 2011.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan hasil riset Kesehatan Dasar RISKES-DAS Indonesia tahun 2007.
7. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan hasil riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Indonesia tahun 2010.
8. Suhardi. Preferensi peminum alkohol di Indonesia menurut Riskesdas 2007. Buletin Penelitian Kesehatan vol 39 no 4 desember 2011, 154 – 164.
9. WHO,2011. Young people: Health risks and solutions diakses dari [www.who.int/mediacentre/factsheets](http://www.who.int/mediacentre/factsheets), 12 juni 13.
10. Laporan Dinas Lalulintas Kepolisian Republik Indonesia, 2011 - 2012.
11. UN. Prevention and control of non-communicable disease. New York, NY: United Nations, 2010.

12. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011; 377: 1438–47.
13. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorr P. Mental health of young people: a global public-health Challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302–13.
14. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–77.
15. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, *Lancet* 2007; 370: 851–58.
16. Kosen S. Health and economic impact of tobacco use in Indonesia MOH Center for health services and technological research and development. National Institute of health research and development. Jakarta. Indonesia.
17. Susilowati D. Indonesian youth and cigarette smoking. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* vol 13 no 3 juli 2010 ; 237 – 246.
18. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB Age at smoking onset and its effect on smoking cessation *Addictive Behaviors* Volume 24, Issue 5, September–October 1999, 673 –677.
19. Kristanti CH M, Model intervensi pelayanan kesehatan reproduksi remaja di 4 kota. Pusat teknologi intervensi kesehatan masyarakat. 2011.
20. Marsum, Imbiri A, Peyom I. Rapid assessment on alcohol consumption and sexual behavior Adolescents age 15 – 25 in Jayapura City and Jayapura District in Papua Province, 2006.
21. WHO director general opening address at the 8<sup>th</sup> global conference on health promotion helsinki, finland, 10 june 2013, [www.who.int/dg/speeches/2013/health\\_promotion\\_20130610/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/).
22. Reilly JJ & Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *PubMed* 2011 Jul;35(7):891-8. doi: 10.1038/ijo.2010.222. Epub 2010 Oct 26.
23. National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health in Collaboration with World Health Organization and Provincial and District Health Offices. Report on Establishment of Sentinel Sites for Special Surveillance of TB Mortality in Four Provinces of Lampung, West Kalimantan, Gorontalo and Papua 2007-2008.
24. Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik. 2004-2005. Indonesia Survei Surveilans Perilaku 2004-2005.
25. Departemen Kesehatan dan Biro Pusat Statistik. Survei Surveilans Terpadu Perilaku dan di Papua 2006.