

DISTRES EMOSIONAL DI KALANGAN REMAJA DENGAN PENYAKIT KRONIS DI INDONESIA: TANTANGAN PROGRAM KESEHATAN REMAJA (*Emotional Distress Among Indonesian Youth with Chronic Disease: Challenge of Youth Health Program*)

Siti Isfandari¹

Naskah masuk: 1 Agustus 2013, Review 1: 13 Agustus 2013, Review 2: 20 Agustus 2013, Naskah layak terbit: 1 November 2013

ABSTRAK

Latar belakang: Distres emosional dan penyakit kronis merupakan kontributor tertinggi dari Years Life with Disabilities (YLDs) di Indonesia. Golongan Remaja usia 10–24 tahun merupakan kohort dengan proporsi tertinggi berdasarkan sensus penduduk 2010. Tujuan: Ingin diketahui sejauh mana mereka mengalami distress emosional dan penyakit kronis. Informasi kesehatan mereka menentukan gambaran status kesehatan Indonesia dalam dekade mendatang. Informasi diharapkan dapat memberi masukan bagi program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang sedang dikembangkan Kementerian Kesehatan. **Metode:** Dilakukan analisa variabel distress emosional dan variabel penyakit kronis dari data Riskesdas 2007. Analisa dibatasi pada kelompok umur 15–24 tahun. Distres emosional diperoleh dari penjumlahan skor ya dalam SRQ dengan cut off ≥ 6 . Informasi penyakit kronis dengan fokus pada penyakit jantung, stroke, asma, sendi dan diabetes diperoleh dari pertanyaan pernah di diagnosa atau mengalami gejala. **Hasil:** Sembilan di antara 10 remaja Indonesia mempunyai status kesehatan yang baik. Hanya 1 di antara 10 remaja Indonesia mengalami distress emosional dan atau penyakit kronis. Prevalensi distress emosional meningkat pada remaja dengan penyakit kronis, terlebih remaja dengan ko-morbiditas penyakit kronis. **Kesimpulan:** Sudah saat nya sektor pelayanan kesehatan memperhatikan aspek kesehatan jiwa remaja, terutama remaja dengan penyakit menahun. **Saran:** Selain berfokus pada prevensi dan promosi kesehatan, Pelayanan Kesehatan Remaja memberi perhatian pada aspek pelayanan kesehatan remaja, dengan penyediaan informasi, dan nara sumber serta pembuatan pedoman pelayanan.

Kata kunci: penyakit kronis, distress emosional, pelayanan kesehatan remaja

ABSTRACT

Background: Emotional distress and chronic diseases are the highest contributors of Year Life with Disability (YLD) in Indonesia. Youth age 15–24 comprised of 14% Indonesian population. It is important to have information on their mental health status and the magnitude of chronic disease they experience. The information is useful as inputs for estimating the disease burden in the years to come. **Objective:** Obtain information on the magnitude of emotional distress and chronic diseases among Indonesian youth. The information can be used as inputs for the health sector in designing health service for youth. **Method:** Emotional distress and chronic diseases data from 2007 Riskesdas were analysed using frequency to obtain the prevalence of emotional distress and several chronic diseases. Cross tabulation was performed to obtain the prevalence of emotional distress among youth with asthma, heart, diabetic, joint and stroke defined as ever diagnosed or having the symptoms. Emotional distress is defined as having score of more than 5 in the Self Report Questionnaire. Inclusion criteria was those age 15–24 years. **Results:** Nine out of ten Indonesian youth were free of emotional distress or chronic disease as defined. Only one out of ten youth experienced the condition. Emotional distress prevalence among youth with chronic disease is higher among those with chronic disease, the highest is in those with co-morbidity. **Conclusion:** It is time for health sector to give more attention for mental health especially youth with chronic diseases. **Recommendation:** In addition to prioritize on prevention and promotion, youth health service should also provide information, expert and resources as well as guidance on youth care.

Key words: chronic diseases, association, emotional disorders, youth health service

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbangkes RI. Jl. Percetakan Negara 23 A, Jakarta Pusat. Alamat Korespondensi: isfandari_24@yahoo.com

PENDAHULUAN

Dalam dekade ini, kelompok remaja 15–24 tahun (UN, 1985 ; Sawyer 2007) menempati proporsi cukup tinggi penduduk dunia. Pada awalnya dibandingkan dengan kelompok balita, perempuan dan lanjut usia, kelompok remaja diasumsikan sebagai kelompok dengan status kesehatan terbaik (WHO, 2011). Namun kematian dini disebabkan kecelakaan, bunuh diri, kekerasan, komplikasi kehamilan yang dapat dicegah, terjadi di kelompok remaja. Mereka juga menderita penyakit kronis, mental dan disabilitas (WHO, 2011). Penyakit serius di masa dewasa berawal dari perilaku masa remaja. Merokok, konsumsi alkohol, penyalahgunaan NAPZA, perilaku seksual, pola makan kurang serat, serta kurangnya aktivitas fisik yang berkontribusi pada kejadian penyakit kronis di masa dewasa (Patel V, 2007). Resolusi WHA mengenai *Youth and Health* pada tahun 2011 (WHA, 2011) menyatakan pentingnya perhatian pada kelompok remaja.

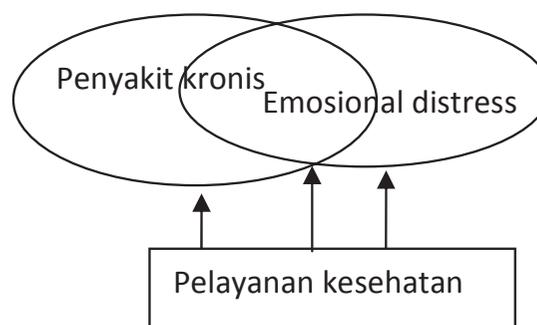
Kelompok remaja 15–24 tahun merupakan 14% penduduk Indonesia berdasarkan Sensus Penduduk (SP) 2010 dengan jumlah mendekati 41 juta penduduk. Pelayanan kesehatan remaja belum menjadi prioritas Kementerian Kesehatan hingga awal tahun 90 an. Prioritas masih diberikan pada penurunan Angka Kematian Bayi dan Anak (AKBA) dan Angka Kematian Ibu (AKI) serta pemberantasan penyakit menular. Kelompok remaja mulai mendapat perhatian lebih besar hampir bersamaan dengan peningkatan penularan HIV/AIDS sekitar akhir tahun 90 an. Saat angka penderita menunjukkan tingginya penularan penyakit ini di kalangan muda melalui hubungan seksual dan penggunaan jarum suntik bersama dari penyalahgunaan NAPZA suntik.

Peningkatan proporsi remaja bersamaan dengan penurunan penyakit infeksi, malnutrisi dan kematian bayi balita. Pola penyakit beralih pada kesehatan reproduksi, penyalahgunaan obat, kesehatan jiwa, obesitas dan penyakit kronis yang mulai muncul di masa remaja dan membutuhkan pendekatan baru. (UNICEF, 2007). Selain kelompok Ibu hamil dan Balita yang selama ini menjadi target utama pelayanan kesehatan, Kementerian Kesehatan Indonesia menyadari, kelompok remaja juga membutuhkan pelayanan kesehatan. Sejak tahun 2004, Kemenkes mengembangkan Pelayanan Kesehatan Ramah Remaja (PKPR). Remaja menghadapi risiko kehamilan dan tidak terbebas dari penyakit kronis. Masalah

mental emosional dan penyakit kronis merupakan salah satu penyumbang *Year of Life with Disability* di Indonesia. (GBD profile: Indonesia, 2010; Gore FM, et al. 2011). Analisa memfokuskan pada masalah distress emosional dan penyakit kronis di kalangan remaja menggunakan Riskesdas 2007. Karena berdampak pada kehidupan masa dewasa. Informasi yang diperoleh dapat menjadi masukan program pelayanan kesehatan mengembangkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan remaja.

METODE

Konsep Analisa



Riskesdas 2007 merupakan Survei Kesehatan Nasional dilakukan secara *cross sectional* menggunakan kerangka sampel SUSENAS 2007. Survei dilaksanakan di seluruh kabupaten di Indonesia pada tahun 2007. Informasi yang diperoleh dapat menggambarkan hingga level kabupaten. Terdapat 142492 Remaja berusia 15 sampai 24 tahun sebagai responden.

Definisi operasional

Informasi emosional distress ditanyakan kepada responden berusia 15–24 tahun menggunakan *A user's self reporting questionnaire* (WHO, 1994; Roosiermatie, 2012). Dikategorikan mengalami *distress emosional* jika memiliki skor ya ≥ 6 dari 20 pertanyaan selama satu bulan terakhir. Variabel distress emosional terdiri dari: 1) sakit kepala, 2) selera makan, 3) istirahat/tidur, 4) ketakutan, 5) ketegangan atau kecemasan, 6) tremor, 7) gangguan pencernaan, 8) berpikir jernih, 9) kebahagiaan, 10) sering menangis, 11) menikmati kegiatan sehari-hari, 12) dapat membuat keputusan, 13) melaksanakan kegiatan harian, 14) melakukan hal bermanfaat dalam

hidup, 15) kehilangan minat dalam berbagai hal, 16) merasa dihargai, 17) berpikir untuk mengakhiri hidup, 18) merasa lelah, 19) rasa tidak nyaman di perut, 20) merasa mudah lelah.

Variabel penyakit kronis yang di analisa adalah asma, sakit jantung, diabetes, sendi dan stroke. Variabel penyakit sendi dan stroke diperoleh dari responden berusia 18 tahun ke atas. Pertanyaan merujuk pada kejadian satu tahun sebelum pelaksanaan Riskesdas 2007/2008:

1. Asma diperoleh dari pertanyaan pernah di diagnosa dokter atau mengalami gejala nafas berbunyi, sakit dada, bangun pagi dengan rasa sakit di dada, *Dyspnea* tanpa sebab jelas.
2. Sakit jantung diperoleh dari pertanyaan pernah di diagnosa dokter atau mengalami gejala: 1) *cyanosis* saat menangis atau melakukan aktivitas lain, 2) sakit dada/*Dyspnea* saat tergesa-gesa/naik tangga/jalan/kerja keras/jalan 1 km, 3) berdebar-debar tanpa sebab, 4) *Dyspnea* saat tidur tanpa bantal.
3. Diabetes Mellitus diperoleh dari pertanyaan pernah di diagnosa dokter atau mengalami gejala banyak makan, *urinate*, minum, lemas, turun berat badan, atau minum obat Diabetes Melitus.
4. Penyakit sendi diperoleh dari pertanyaan pernah di diagnosa dokter atau mengalami gejala sakit, nyeri, kaku, bengkak di sekitar persendian, kaku di persendian setelah bangun tidur atau setelah istirahat lama yang timbul bukan karena kecelakaan.
5. Stroke diperoleh dari pertanyaan pernah di diagnosa dokter atau mengalami gejala pernah mengalami kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, atau pada otot wajah, atau gangguan suara/pelo secara mendadak.
6. Remaja didefinisikan sebagai kelompok berusia 15–24 tahun sesuai dengan definisi UN 1985.

Analisa data

Dilakukan analisa variabel terpilih dari data primer Riskesdas 2007. Menggunakan analisa deskriptif frekuensi untuk mengetahui besarnya permasalahan tiap kondisi, dan tabulasi silang untuk mengetahui asosiasi antara masing-masing penyakit kronis dengan distress emosional serta komorbiditas penyakit kronis dengan kejadian distress emosional.

HASIL

Distres emosional yang dialami oleh hampir satu dari 10 remaja atau 3 juta remaja, merupakan masalah kesehatan terbesar remaja di Indonesia. Sedangkan prevalensi penyakit kronis yang terdiri dari penyakit sendi, stroke, asma, jantung, dan diabetes kurang dari 7% atau berkisar antara 164.000 sampai hampir 1,4 juta. Informasi ini penting agar sektor kesehatan mulai memperhatikan fenomena ini, terlebih dengan diterapkannya SJSN pada tahun 2014.

Selanjutnya dilakukan tabulasi silang antara distress emosional dengan masing-masing kondisi dan ko-morbiditas penyakit kronis. Hasil tercantum dalam tabel 2,3 dan 4.

Tabel 2 menunjukkan keterkaitan penyakit kronis terhadap distress emosional yang dialami remaja. Distress emosional tertinggi dialami oleh remaja dengan penyakit jantung dan diabetes. Dialami oleh satu di antara tiga remaja dengan penyakit jantung dan diabetes. Sedangkan distres yang dialami remaja dengan penyakit asma, sendi dan stroke sedikit lebih rendah. Satu di antara 4 remaja dengan penyakit asma, sendi dan stroke mengalami distress emosional.

Sebagian kecil responden mengalami ko morbiditas, yaitu adanya penyakit lain yang menyertai penyakit utama. Informasi ko morbiditas pada remaja dapat membantu sektor pelayanan kesehatan mengantisipasi kebutuhan. Tabel 3 memperlihatkan sebagian besar remaja tidak menderita penyakit kronis. Hanya satu di antara 10 remaja mengalami satu kondisi penyakit kronis. Ko-morbiditas terbanyak hanya dialami oleh 2 di antara 100 remaja. Walaupun

Tabel 1. Prevalensi Distress Emosional dan Penyakit Kronis, Riskesdas 2007

Status kesehatan	Prevalensi (%)	Indonesia
Usia 15–24 (n = 142492)		
Distress emosional	8,7	11,6
Asma	2,2	3,5
Jantung	4,8	7,2
Diabetes	0,4	1,1
Usia 18–24 (n = 95351)		
Sendi	6,9	30,3
Stroke	1,7	8,3

Tabel 2. Prevalensi Distres Emosional Remaja dengan Penyakit Kronis, Riskesdas 2007

Status Kesehatan	Prevalensi Distres Emosional (%)
Usia 15–24 (n = 142492)	
Tidak berpenyakit asma	8,2
Berpenyakit Asma	25,1
Tidak berpenyakit jantung	7,3
Berpenyakit Jantung	34,3
Tidak berpenyakit diabetes	8,5
Diabetes	34,6
Usia 18–24 (n = 95351)	
Tidak berpenyakit sendi	7,4
Berpenyakit Sendi	25,3
Tidak stroke	8,6
Stroke	27,6

Sumber: Analisa data primer Riskesdas 2007

Tabel 3. Ko-morbiditas Penyakit Kronis Remaja, Riskesdas 2007

Status Kesehatan	Prevalensi
Usia 18–24 (n = 95351)	
Tanpa penyakit kronis	87,0
Satu penyakit kronis	9,8
Dua penyakit	1,8
Tiga penyakit	0,2
Lebih dari 3 penyakit	0,0

Sumber: Analisa data primer Riskesdas 2007

Tabel 4. Prevalensi Distres Emosional menurut Ko-morbiditas Penyakit Kronis, Riskesdas 2007

Status Kesehatan	Prevalensi Distres Emosional
Usia 18–24 (n = 95351)	
Tanpa penyakit kronis	6,4
Satu penyakit kronis	21,0
Dua penyakit	41,4
Tiga penyakit	54,0
Lebih dari 3 penyakit	58,0

Sumber: Analisa data primer Riskesdas 2007

secara angka tidak besar, namun jika di konversi dalam jumlah absolut terdapat hampir enam setengah juta remaja dengan satu penyakit kronis dan sekitar satu juta remaja mengalami ko-morbiditas penyakit kronis.

Tabel 4 menunjukkan sangat diperlukan penanganan distres emosional bagi remaja dengan penyakit kronis. Prevalensi distress emosional makin tinggi seiring dengan ko-morbiditas yang dialami remaja. Setidaknya satu dari lima remaja dengan satu penyakit kronis mengalami distress emosional. Sedangkan hampir 1 dari 2 remaja dengan ko-morbiditas penyakit kronis mengalami distress emosional.

PEMBAHASAN

Remaja mulai diperhatikan sebagai target intervensi kesehatan sejak terjadinya transisi demografi, yang diikuti dengan transisi epidemiologi. Pada periode itu prevalensi penyakit tidak menular mulai meningkat, sedangkan penyakit menular berkurang (Omran, 1971). Timbulnya penyakit tidak menular dapat dipercepat dengan perilaku berisiko, yang terkait erat dengan status mental emosional (Desjarlais, 2001; Patel, 2007). Perilaku berisiko sebagian besar dimulai pada periode masa remaja, seperti merokok, penyalahgunaan Napza dan alkohol (WHO, 2011). Penyakit tidak menular dan gangguan emosional termasuk dalam 10 penyakit penyumbang beban penyakit tertinggi (GBD, 2010). Informasi yang diperoleh dari data Riskesdas 2007 dapat digunakan untuk mengestimasi besarnya kasus pada periode berikutnya.

Hasil analisa memperoleh hasil prevalensi distress emosional remaja Indonesia 8,6%, sedangkan prevalensi nasional 11,6%. Menunjukkan masa remaja merupakan periode awal timbulnya masalah mental emosional. Hal ini mendukung pernyataan WHO yang menyebutkan 75% gangguan mental emosional terjadi sebelum usia 24 tahun, 50% timbul sebelum usia 14 tahun. Median usia kejadian awal (*onset*) kecemasan dan ketidakmampuan mengendalikan diri terjadi pada usia 11–15 tahun, sedangkan median usia *onset* penyalahgunaan Napza terjadi di usia 19–21 tahun. Gangguan mental emosional, termasuk penyalahgunaan obat berkontribusi 50% *non fatal* DALYs di kalangan usia 10–24 tahun. (WHO, 2011; Kessler RC, et al. 2005).

Program keterampilan kemampuan yang dapat membantu anak dan remaja menjalankan kehidupan, mengatasi masalah, sangat bermanfaat meningkatkan ketahanan mental remaja. Di Indonesia program semacam ini yang dilakukan secara sistematis dari tingkat nasional hingga ke tingkat kecamatan telah menjadi program dalam kegiatan Pramuka (Kompas, 14 juni, 2013), di mana peserta diajarkan keterampilan hidup. Kegiatan serupa dapat menjadi ekstra kurikuler di sekolah. Selain itu dukungan psikososial di sekolah dan di masyarakat yang mendukung kesehatan mental positif, memfasilitasi remaja berekspresi sangat membantu meningkatkan kepercayaan diri (WHO, 2001). Namun bila masalah emosional meningkat, diperlukan kemampuan petugas kesehatan yang peduli dan kompeten untuk mendeteksi dan menanganinya (Sawyer, 2007).

Analisa menunjukkan sebagian kecil remaja telah menderita penyakit kronis sendi, stroke, asma, jantung atau diabetes, dengan prevalensi berkisar antara 0.4% sampai 6.9% yang berarti hampir 1,4 juta remaja hidup dengan salah satu kondisi tersebut. Angka ini jauh lebih kecil dibanding negara maju dengan prevalensi 12%. Berbeda dengan penyakit kronis di usia dewasa yang dapat dicegah dengan perilaku sehat di masa remaja, penyakit kronis masa remaja tidak dapat dimodifikasi melalui perubahan gaya hidup (Sawyer, 2007). Informasi mengenai penyakit kronis yang dialami remaja dapat memberi masukan bagaimana sektor kesehatan di Indonesia dapat membantu remaja berfungsi optimal dengan kualitas hidup baik.

Remaja dengan penyakit kronis memikul beban dari penyakitnya, dan problem emosional (Sawyer, 2007). Prevalensi distress emosional pada remaja dengan penyakit kronis, sekitar 20%, hampir 3 kali lebih tinggi dibanding rekannya yang tidak menderita penyakit kronis. Remaja dengan ko-morbiditas penyakit kronis, memiliki prevalensi distress emosional lebih tinggi. Kajian literatur menyatakan remaja dengan penyakit kronis mempunyai prevalensi 2 sampai 3 kali lebih tinggi dibanding rekannya tanpa penyakit kronis (Sawyer, 2007).

Beban psikososial yang dipikul remaja dengan penyakit kronis dapat berasal dari diagnosis, stres pengobatan dan gangguan peran sosial, perasaan terpinggirkan (Olsson C, et al. 2003). Perubahan

rencana masa depan karena keadaan penyakit dapat memengaruhi kondisi psikologis mereka. Kerja sama antara keluarga, lingkungan sosial, sekolah, serta pelayanan kesehatan dapat membantu mereka lebih taat terhadap pengobatan, menyesuaikan dan menerima keadaan ini sehingga tetap dapat menjalani hidup produktif dan efektif (Sawyer 2005). Penanganan masalah distress emosional remaja dengan penyakit kronis dapat membantu perbaikan status kesehatan mereka. Suatu studi menunjukkan kelangsungan hidup pasien kanker yang mengikuti terapi kelompok lebih panjang dibanding pasien yang tidak mengikutinya. Studi lain menunjukkan ketaatan minum obat pasien diabetes dengan depresi dan kecemasan lebih rendah dibanding pasien diabetes tanpa kecemasan dan depresi (WHO, 2001).

Pelayanan kesehatan remaja dengan penyakit kronis membutuhkan pemahaman perkembangan remaja serta hubungan dinamis antara remaja, orang tua dan profesional kesehatan. Remaja membutuhkan otonomi dalam menangani kesehatannya. Salah satu cara yang dianggap dapat membantu mengembangkan otonomi tersebut adalah melibatkan remaja berpenyakit kronis dengan profesional kesehatan dalam setting pelayanan dewasa. (American Academy of Pediatrics, 2002; Rosen DS, et al. 2003; Bennett DL, et al. 2005).

Dukungan keluarga sangat mempengaruhi ketaatan berobat remaja dengan penyakit kronis. Diperlukan komunikasi yang baik antara orang tua dengan remaja agar lebih saling memahami. Remaja menginginkan otonomi lebih banyak terkait pengobatan yang dijalannya. Sedangkan orang tua merasa bertanggung jawab atas keadaan anaknya. Kemampuan penyesuaian orang tua dan anak sangat mendukung ketaatan berobat remaja. Penyesuaian yang baik membutuhkan kondisi mental emosional yang stabil. (Haynes RB, et al. 2001; Patterson JM. 1998). Maka pelayanan kesehatan remaja dengan penyakit kronis diharapkan lebih memberi keseimbangan kesempatan pada orang tua dan remaja untuk menyatakan pendapatnya terkait pengobatan yang dijalani (Sawyer SM. 1999).

Kesehatan remaja merupakan disiplin baru ilmu kesehatan. Selama ini sektor kesehatan terfokus pada kesehatan anak, ibu dan lanjut usia. Asosiasi internasional kesehatan remaja baru terbentuk pada

tahun 1987 (Sawyer, 2012). Oleh sebab itu belum banyak ahli kesehatan terlatih menangani masalah remaja. Masih dibutuhkan pelatihan tentang kesehatan remaja bagi praktisi klinis dan kesehatan masyarakat (Lloyd C, ed, 2005.; Chatterjee S. 2009).

Indonesia cukup baik merespons kesehatan remaja. Telah memiliki program Saka Bakti Husada (SBH) sejak 1983 dan Pelayanan kesehatan ramah remaja (PKPR) sejak 2004 dari Kemkes dan Sahabat remaja (Sahaja) dari BKKBN. Ketiganya memfokuskan pada kegiatan prevensi dan promosi kesehatan, terutama kesehatan reproduksi. PKPR merupakan program terbaru dari Kemkes yang kegiatannya diintegrasikan dalam kegiatan Puskesmas. Sampai saat ini hampir di semua kabupaten telah memiliki Puskesmas PKPR. Program kesehatan utama yang diberikan berupa promosi dan prevensi. PKPR menyebabkan program SBH yang juga berintegrasi dengan Puskesmas dan sudah cukup lama dilaksanakan meredup. Sedangkan Sahaja telah berganti baju menjadi Genre. Saat ini Genre telah memulai program dengan fokus berbasis keluarga di kabupaten (Kompas, 14 juni 2013). Semua program cukup baik jika dilaksanakan dengan konsep yang jelas dan sumber daya memadai. Namun diakui masih dibutuhkan sumber daya terlatih untuk melaksanakan program tersebut. (Kemkes, 2013; BKKBN, 2013)

DIY, salah satu provinsi dengan status kesehatan masyarakat terbaik, cukup sensitif menanggapi kebutuhan ini. Melalui *Memorandum of Understanding* antara Pemda Sleman dan Universitas Gadjah Mada, dengan pelaksana Dinas Kesehatan dan Fakultas Psikologi dikembangkan program penempatan psikolog di Puskesmas sejak tahun 2007. Pemerintah daerah menyadari sumber daya kesehatan di Puskesmas kurang terlatih menangani masalah remaja, sedangkan psikolog mempunyai ilmu tersebut. Program ini berkembang, sehingga semua Puskesmas di Kabupaten Sleman melaksanakannya. Program ini dirasakan bermanfaat, kemudian diadopsi oleh Pemda Kota DIY. Saat ini DKI Jakarta juga melakukan program penempatan psikolog di Puskesmas. Salah satu saran untuk memperbaiki program tersebut adalah diberikannya pembekalan mengenai ilmu kesehatan bagi psikolog yang akan ditempatkan di Puskesmas. Hambatan pelaksanaan program ini adalah pendanaan. Sampai saat ini program tersebut

berjalan berdasarkan MOU dengan pemerintah daerah. (Sofia Retnowati, 2011; Isfandari., 2012.)

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Status kesehatan remaja Indonesia sangat baik. Sembilan dari 10 remaja tidak memiliki penyakit kronis atau memiliki distress emosional. Kelompok ini merupakan target bagi kegiatan promosi berperilaku hidup sehat untuk mencegah terjadinya penyakit tidak menular di masa depan. Di antara topik prevensi dan promosi adalah pencegahan merokok, perilaku seks aman, pola makan sehat dan aktif berolah raga, serta berkesenian.

Sedangkan sektor pelayanan kesehatan harus mulai menyadari pentingnya pelayanan psikologis selain pelayanan fisik medis yang selama ini diberikan. Dibutuhkan pelatihan bagi tenaga kesehatan agar lebih memahami pasien remaja yang di satu pihak ingin mandiri, dan membutuhkan kerahasiaan, namun juga masih membutuhkan pendampingan. Pelayanan kesehatan remaja harus memperhatikan keseimbangan hubungan profesional kesehatan, orang tua, dan remaja dalam memberi penanganan remaja dengan penyakit kronis. Dukungan keluarga dan hubungan dengan lingkungan merupakan faktor yang harus menjadi perhatian bagi pemberi layanan kesehatan remaja dengan penyakit kronis. Salah satu alternatif yang dapat dilakukan adalah bekerja sama dengan organisasi profesional yang memahami perilaku remaja.

Saran

Selain berfokus pada promosi dan prevensi, Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang dikembangkan Kementerian Kesehatan agar dapat menyediakan program pelatihan, informasi dan menjadi narasumber berbagai aspek pelayanan kesehatan remaja, termasuk penyakit kronis dan kesehatan mental. Dalam pedoman yang dikembangkan agar lebih menekankan pelayanan integratif dengan keterlibatan interaksi teman, orang tua, pelayanan kesehatan dan remaja dengan penyakit kronis. Bagi daerah dengan sumber daya memadai agar dapat menjalin kerja sama dengan kelompok profesi yang mengenal dan memahami perkembangan remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. 2002. *A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs*. Pediatrics; 110: 1304–1306.
- Bennett DL, Towns SJ, Steinbeck KS. 2005. Smoothing the transition to adult care. *Med J Aust*; 182: 373–374.
- Chatterjee S. 2009. Consensus recommendations on course and curriculum on adolescent health at UG and PG medical education, 2009. *Indian J Public Health*; 53: 115–21.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. 1995. *World Mental Health: problems & priorities in low income countries*, Oxford University Press.
- GBD profile: indonesia. 2010, Tersedia pada: <http://www.healthmetricsandevaluation.org>
- Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. 2011. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*; 377: 2093–102.
- Haynes RB, Montague P, Oliver T, et al. 2001. *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications* (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, Oxford: Update Software.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*; 62: 593–602.
- Lloyd C, ed, for the Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries. 2005. *Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Olsson C, Bond L, Johnson MW, et al. 2003. Adolescent chronic illness: a qualitative study of psychosocial adjustment. *Ann Acad Med Singapore*; 32: 43–50.
- Omran AR. 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*; 49: 509–38.
- Patel V, Fischer AJ, Hetrick S, McGorry P. 2007. Mental health of young people: a global public health challenge, *The Lancet* vol 369, issue 9569, p 1302–1313, april 2007, abstrak diakses dari [www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736\(07\)60368-7](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(07)60368-7)
- Patterson JM, Garwick AW. 1998. *Coping with chronic illness. A family systems perspective on living with diabetes*. In: Werther GA, Court HM, editors. *Diabetes and the adolescent*. Melbourne: Miranova Publishers: 3–34.
- Rosen DS, Blum RW, Britto M, et al. 2003. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*; 33: 309–311.
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. 2012. Adolescent Health 1 Adolescence: a foundation for future health *Lancet*; 379: 1630–40 Published Online April 25, 2012 DOI:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.
- Sawyer SM, Bowes G. 1999. Adolescence on the health agenda. *Lancet*; 354 (Suppl. II): 31–34.
- Sawyer SM. 2003. Developmentally appropriate health care for young people with chronic illness: questions of philosophy, policy and practice. *Pediatr Pulmonol*; 36: 363–365.
- Sofia Retnowati. 2011. Psikolog puskesmas: kebutuhan dan tantangan bagi profesi psikologi klinis Indonesia. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- UNICEF. 2007. *Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries. Innocenti Report Card 7*. Florence, Italy: United Nations Children's Fund, Innocenti Research Centre.
- WHA64.28. 2011. *Sixty-Fourth World Health Assembly* Agenda item 13.16, Youth and health risks.
- WHO, 2011. *Young people: health risks and solutions* Tersedia pada: www.who.int/mediacentre/factsheets, (diakses 12 Juni 2013).
- WHO. 2002. *Adolescent friendly health services: an agenda for change*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 1994. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. Geneva.