

**POLA PENCARIAN PENGOBATAN DAN PERILAKU BERESIKO
REMAJA DI INDONESIA
(ANALISIS LANJUT DATA RISKESDAS 2007)**

***Patern On Health Seeking Behavior And Risk Behavior Among Adult In Indonesia
(Furher Analysis Data Riskesdas 2007)***

Ning Sulistiyowati*, Felly Philipus Senewe*

Abstract. Youth health problems were related to physical aspects and could lead to emotional and mental health problems, economy as well as social wellbeing. Fatality risk of adolescent pregnancy below age of 20 years to both the mother and the infant is 2-3 times higher than pregnancy of mother age 20 – 35 years. The objective of this analysis is to identify youth health status in Indonesia from health service responsiveness and expenditure aspect, access to health service, risk behavior and hygienic behavior. Health responsiveness aspect with highest judgement were accessibility (87,1%), friendliness (86,9%) and confidentiality (85,7%). Youth risk behaviors engaged were smoking (16,1%), alcohol consumption (59,6%), lack of physical activities (58,4%), not enough vegetable and fruit consumption (93,7%). Hygienic behavior were using soap before eating (72,6%), using latrine, using soap after defecation (70,6%) and teeth brushing every day (95,9%). Recommendation of this analysis is that support and attention from stakeholders such as parents, teachers and peers that youths should be responsible for their own actions is needed. Support from teacher and parents toward positive activities and reactivation of extracurricular activity.

Keywords: *Among adult, health status, responsiveness, behaviour*

PENDAHULUAN

Menurut WHO, remaja mencakup individu dengan usia 10-19 tahun. Sedangkan definisi remaja menurut survei kesehatan reproduksi remaja Indonesia adalah perempuan dan laki-laki belum kawin yang berusia 15-24 tahun, (Depkes, 2006). Menurut Depkes, ciri perkembangan remaja dibagi menjadi tiga tahap yaitu masa remaja awal (10-12 tahun), masa remaja tengah (13-15 tahun) dan masa remaja akhir (16-19 tahun). Masa remaja merupakan masa transisi yang unik dan ditandai oleh berbagai perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja yaitu usia 10-19 tahun, merupakan masa yang khusus dan penting, karena merupakan periode pematangan organ reproduksi manusia dan sering disebut masa pubertas. Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak ke masa dewasa. Perubahan fisik pada masa remaja ditandai dengan munculnya tanda-tanda seks primer, dan tanda-tanda seks sekunder, (Depkes, 2001-a).

Perubahan kejiwaan pada masa remaja meliputi perubahan emosi, dan perkembangan intelegensia. Perilaku mencoba hal baru dapat berakibat pada

pergaulan yang bebas, seks pranikah dan jatuh pada ketergantungan NAPZA termasuk rokok dan alkohol. Beberapa keadaan yang berpengaruh buruk pada kesehatan remaja yaitu masalah gizi (anemi dan pertumbuhan terhambat), masalah pendidikan (buta huruf), masalah lingkungan dan pekerjaan, masalah seks dan seksualitas (penyalahgunaan seksual) dan masalah kesehatan reproduksi remaja (aborsi), (Depkes, 2001-a).

Masalah kesehatan reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, ekonomi dan kesejahteraan sosial. Kehamilan remaja usia kurang dari 20 tahun memberi risiko kematian ibu dan bayi sebanyak 2-3 kali lebih tinggi dibanding kehamilan pada ibu berusia 20-35 tahun. Derajat kesehatan fisik remaja belum optimal. Sekitar 35% remaja puteri menderita anemia dan sebagian di antaranya juga menderita kurang energi kronis, (Depkes, 2001-b)

Informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja sampai sekarang ini masih belum memadai. Ada kecenderungan remaja di perkotaan lebih berisiko penyakit

* Peneliti pada Puslitbang Ekologi & Status Kesehatan

tidak menular dibandingkan dengan remaja di perdesaan. Dengan fasilitas dan ketersediaan makanan yang cukup dengan tingkat ekonomi yang lebih baik maka cenderung anak remaja makin gemuk/obesitas, serta risiko terjadi penyalahgunaan obat terlarang dan penyalahgunaan seksualitas maskin meningkat.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 merupakan riset berbasis masyarakat yang dilaksanakan oleh Balitbangkes Depkes RI pada tahun 2007. Riset ini didasarkan pada kebutuhan informasi dasar untuk Indonesia tentang berbagai indikator kesehatan yang menjadi komitmen global maupun nasional seperti indikator dalam *Millenium Development Goals*, Grand Strategy Depkes, Renstra Depkes dan Standar Pelayanan Minimum bidang kesehatan. Riskesdas telah dilaksanakan di seluruh Provinsi di Indonesia.

Data yang dikumpulkan meliputi data kesehatan masyarakat dan biomedis (pengambilan darah). Pengumpulan data Riskesdas dilakukan dengan berbagai cara yaitu wawancara, pengukuran, pemeriksaan, dan pengambilan spesimen darah. Data ini dianalisis secara deskriptif untuk mengetahui beberapa indikator kesehatan yang telah dicapai. Sumber data Riskesdas 2007, dan Susenas Kor 2007. Adapun tujuan dari analisis ini adalah untuk mengetahui pola pencarian pengobatan dan perilaku berisiko remaja di Indonesia.

BAHAN DAN CARA

Metode analisis dimulai dengan mengidentifikasi beberapa variabel yang dapat dihasilkan dari sumber data tersebut. Data yang sudah digabung antara data Susenas Kor 2007 dan Riskesdas 2007 dilakukan analisis deskriptif dan krostabulasi antara beberapa variabel. Data Susenas Kor 2007 dilakukan perhitungan-perhitungan dan analisis untuk setiap variabel yang telah ditentukan. Analisis menggunakan software program analisis yang ada.

Populasi adalah seluruh remaja (laki-laki dan perempuan) di Indonesia. Sampel adalah semua remaja dalam blok

sensus yang merupakan sampel Riskesdas seluruh Indonesia. Variabel-variabel dalam analisis ini meliputi: ketanggapan pelayanan, pembiayaan kesehatan (rawat jalan dan rawat inap), demografi: umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, perkotaan/perdesaan, provinsi, dan sosial ekonomi (kemiskinan), akses pelayanan kesehatan/upaya kesehatan berbasis masyarakat-UKBM, dan terdapat Fasilitas kesehatan, perilaku berisiko: merokok, minum alkohol, makan sayur/buah, melakukan aktifitas fisik, mencuci tangan, menggosok gigi dan perilaku higienis

HASIL

Data yang dianalisis adalah data kelompok umur 10-24 tahun sebanyak 253.382 jiwa. Analisis dilakukan untuk mengetahui karakteristik demografi remaja, prevalensi penyakit menular, prevalensi penyakit tidak menular, kesehatan mental (usia 15 tahun ke atas), kesehatan mata, kesehatan gigi dan mulut, status gizi dan pola konsumsi, ketanggapan pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan (rawat inap dan rawat jalan), akses ke pelayanan kesehatan, perilaku berisiko, perilaku higienis, prevalensi anemia pada remaja, kadar yodium dalam urin (Excretion Iodium Urine/EIU) (usia 10-12 tahun) dan kesehatan lingkungan remaja.

Karakteristik demografi remaja

Distribusi frekuensi karakteristik remaja menurut kelompok umur paling banyak kelompok umur 20-24 tahun (28 persen), dan paling sedikit kelompok umur 13-15 tahun (22 persen). Distribusi menurut jenis kelamin relatif sama, menurut klasifikasi daerah ternyata remaja lebih banyak berada di perdesaan (56 persen). Menurut status perkawinan sebanyak 13 persen remaja sudah kawin dan sebesar 0,6 persen remaja sudah cerai, sedangkan menurut tingkat sosial ekonomi lebih banyak remaja yang tingkat sosial ekonomi rendah/miskin (kuintil 1 dan 2) (Tabel 1).

Distribusi frekuensi remaja menurut tingkat pendidikan paling banyak

pendidikan Tamat SD (31 persen) dan yang sudah diperguruan tinggi sebesar 1,5 persen. Sedangkan menurut pekerjaan paling banyak masih bersekolah (53 persen). (Tabel 2). Pada Tabel 3 ditunjukkan menurut provinsi paling banyak di provinsi pulau Jawa sekitar 13,7-17,5. persen

Distribusi remaja menurut tingkat sosial ekonomi keluarga ditemukan makin rendah umur lebih banyak ditemukan pada kuintil 1 dan 2 (miskin). Menurut jenis kelamin sedikit lebih banyak pada laki-laki, lebih banyak yang miskin (q1 dan q2) pada remaja di pedesaan dan menurut status perkawinan banyak pada remaja yang sudah cerai mati atau cerai hidup.

Ada remaja yang berusia 10-12 tahun sudah menikah (0,3 persen) dan diantaranya sudah cerai mati atau cerai hidup pada usia 13 tahun ke atas. Menurut jenis kelamin ternyata banyak remaja perempuan yang sudah kawin (21 persen) dibandingkan laki-laki. Remaja yang tinggal di daerah pedesaan lebih banyak yang sudah menikah (15 persen) dibandingkan remaja di perkotaan. Kalau menurut tingkat sosial ekonomi tidak terlalu berbeda remaja yang miskin (q1 q2) maupun kaya (q4 dan q5). Secara keseluruhan remaja di Indonesia sudah menikah sebesar 13 persen dan

remaja sudah cerai mati 0,1 persen atau hidup sebesar 0,5 persen.

Makin bertambah usia makin tinggi tingkat pendidikannya, dan remaja yang dipedesaan lebih banyak yang berpendidikan rendah. Secara keseluruhan remaja yang berpendidikan rendah (di bawah SD). Pada Tabel 7, terlihat lebih banyak remaja tidak bekerja (17 persen) dibanding yang bekerja. Remaja yang sudah bekerja sejak usia muda (usia <19 tahun) sebesar 22 persen. Banyak remaja di pedesaan bekerja sebagai petani/nelayan. Sedangkan menurut status perkawinan, remaja yang sudah bercerai mati atau cerai hidup lebih banyak bekerja sebagai petanitani, nelayan atau buruh.

Ketanggapan pelayanan kesehatan

Ketanggapan pelayanan kesehatan ditanyakan mengenai pengalaman remaja pernah di rawat inap atau rawat jalan, paling banyak mengatakan mudah dikunjungi (87 persen), keramahan petugas kesehatan (87 persen) dan kerahasiaan (86 persen) (Tabel 1). Sedangkan ketanggapan rawat jalan paling banyak remaja mengatakan keramahan petugas (89 persen), kerahasiaan (86 persen) dan kejelasan informasi (86 persen) (Tabel 2).

Tabel 1. Persentase karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi RT dengan Ketanggapan Rawat Inap di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	KETANGGAPAN RAWAT INAP							
	Lama tunggu	Ke ramah an ptps	Kejelasan info	Ikut dlm keputusan	Ke rahasiaan	Bebas memilih	Ke bersih an	Mudah dikunjungi
a. Kelompok umur								
- 10-12 thn	84,2	88,7	86,6	84,9	87,2	85,3	84,1	88,0
- 13-15 thn	85,1	87,9	85,5	84,7	85,5	83,8	83,9	87,5
- 16-19 thn	83,0	86,2	83,2	83,5	84,7	83,2	81,6	86,5
- 20-24 thn	84,0	86,0	84,4	83,7	85,6	83,6	82,8	86,9
b. Jenis kelamin								
- Laki-laki	83,8	86,4	84,4	83,7	85,7	83,9	82,4	87,1
- Perempuan	84,1	87,2	85,0	84,2	85,6	83,8	83,4	87,1
c. Klasifikasi daerah								
- Perkotaan	82,7	85,8	84,1	83,5	85,0	83,2	82,7	87,0
- Pedesaan	85,6	88,2	85,6	84,8	86,6	84,8	83,4	87,2
d. Tingkat Sosek RT								
- Kuintil 1	84,0	86,5	84,0	82,7	84,4	82,7	82,9	87,1
- Kuintil 2	82,1	85,7	83,8	82,8	84,3	82,0	81,9	86,1
- Kuintil 3	83,9	87,9	84,8	84,8	86,1	83,6	82,8	87,0
- Kuintil 4	83,5	86,4	85,1	83,8	85,3	83,6	82,1	86,6
- Kuintil 5	86,5	87,8	86,1	86,1	88,0	87,2	85,2	88,8
INDONESIA	84,0	86,9	84,8	84,0	85,7	83,8	83,0	87,1

Tabel 2. Persentase karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi RT dengan Ketanggapan Rawat Jalan di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	KETANGGAPAN RAWAT JALAN						
	Lama tunggu	Ke ramah an ptgs	Ke jelasan info	Ikut dlm kepurusan	Ke rahasia an	Bebas memilih	Ke bersih an
a. Kelompok umur							
- 10-12 thn	84,2	90,0	86,1	84,4	85,9	85,3	85,1
- 13-15 thn	83,8	89,2	85,9	84,1	85,9	84,5	84,3
- 16-19 thn	83,9	89,2	85,7	84,1	86,2	84,5	84,0
- 20-24 thn	83,9	88,6	85,8	84,2	86,2	84,5	84,6
b. Jenis kelamin							
- Laki-laki	84,3	89,1	85,6	84,0	85,8	84,7	84,3
- Perempuan	83,7	89,3	86,1	84,3	86,3	84,7	84,7
c. Klasifikasi daerah							
- Perkotaan	82,2	88,5	85,9	84,1	86,3	84,6	84,8
- Perdesaan	85,3	89,7	85,8	84,3	85,9	84,8	84,3
d. Tingkat Sosek RT							
- Kuintil 1	83,3	88,4	85,2	83,4	85,2	83,7	83,6
- Kuintil 2	82,7	88,3	84,8	83,1	85,0	83,4	83,2
- Kuintil 3	85,2	89,5	86,3	84,7	86,5	85,7	85,4
- Kuintil 4	84,1	89,7	86,1	84,4	86,4	84,4	85,0
- Kuintil 5	85,2	91,0	87,8	86,2	87,9	87,5	86,6
INDONESIA	84,0	89,2	85,9	84,2	86,1	84,7	84,5

Tabel 3. Persentase karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi RT dengan Sumber Biaya Rawat Inap di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	SUMBER BIAYA RAWAT INAP				
	BIAYA SENDIRI	ASKES/JAM SOSTEK	ASKESKIN/ SKTM	DANA SEHAT	LAIN: JKPemda, perusahaan
a. Kelompok umur (tahun)					
- 10-12	68,7	17,0	14,6	2,5	6,0
- 13-15	68,9	16,2	13,3	3,0	6,8
- 16-19	74,3	14,4	12,2	1,9	6,8
- 20-24	76,5	11,9	10,7	1,7	7,8
b. Jenis kelamin					
- Laki-laki	72,2	15,4	12,1	2,2	7,9
- Perempuan	74,2	13,1	12,2	2,0	6,4
c. Klasifikasi daerah					
- Perkotaan	71,5	18,2	10,3	1,7	8,3
- Perdesaan	75,8	8,5	14,7	2,7	5,4
d. Tingkat Sosek RT					
- Kuintil 1	71,0	6,4	20,3	3,7	6,0
- Kuintil 2	75,5	9,4	14,3	2,5	7,0
- Kuintil 3	73,8	12,8	12,2	2,3	7,5
- Kuintil 4	74,9	16,7	9,3	1,4	6,5
- Kuintil 5	71,4	24,5	5,5	0,7	8,2
INDONESIA	73,3	14,1	12,2	2,1	7,1

Pembiayaan Kesehatan (Rawat Inap dan Rawat Jalan)

Pembiayaan kesehatan selama di rawat inap sebagian besar remaja mengatakan dibiayai sendiri (74 persen) dan dapat tanggungan Askes/Jamsostek (14 persen). Menurut jenis kelamin dan pembiayaan kesehatan tidak ada perbedaan antara remaja laki-laki dan remaja perempuan terhadap sumber biaya rawat

inap. Remaja di Perkotaan lebih banyak menggunakan biaya dari Askes/Jamsostek pada saat Rawat Inap. Semakin tinggi tingkat ekonomi Rumah Tangga Remaja tinggal semakin meningkat penggunaan sumber biaya untuk rawat inap yang berasal dari Askes (Tabel 3). Pola sumber biaya Rawat Inap hampir sama dengan Rawat Jalan.

Tabel 4. Persentase karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi RT dengan Sumber Biaya Rawat Jalan di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	SUMBER BIAYA RAWAT JALAN				
	BIAYA SENDIRI	ASKES/JAM SOSTEK	ASKESKIN/SKTM	DANA SEHAT	LAIN: JKPemda, perusahaan
a. Kelompok umur (tahun)					
- 10-12	76,1	8,9	9,0	2,1	5,2
- 13-15	76,5	8,6	8,8	2,2	5,3
- 16-19	79,7	7,8	7,4	1,7	5,4
- 20-24	80,8	8,3	5,9	1,6	4,6
b. Jenis kelamin					
- Laki-laki	77,7	8,7	7,7	1,9	5,5
- Perempuan	79,0	8,2	7,7	1,9	4,7
c. Klasifikasi daerah					
- Perkotaan	77,6	10,5	5,7	1,4	6,0
- Perdesaan	79,0	6,9	9,2	2,2	4,4
d. Tingkat Sosek RT					
- Kuintil 1	76,1	6,5	11,8	2,4	4,8
- Kuintil 2	79,4	6,8	9,0	2,2	4,3
- Kuintil 3	79,9	7,8	7,0	1,8	4,9
- Kuintil 4	79,7	9,9	4,8	1,5	5,5
- Kuintil 5	78,1	12,1	3,6	1,1	6,1
INDONESIA	78,4	8,4	7,7	1,9	5,1

Akses ke pelayanan kesehatan

Akses remaja ke pelayanan kesehatan sebesar 29 persen, paling banyak pada kelompok umur 20-24 tahun (31 persen) dan 10-12 tahun (31 persen), banyak pada perempuan, dan tinggal di perkotaan sebesar 29 persen (Tabel 4).

Selanjutnya ketersediaan fasilitas kesehatan Rumah Sakit (98 persen) dan Polindes (96 persen), sedangkan untuk akses ke Rumah sakit dan Polindes (99 persen) sementara akses ke UKBM sebesar 42 persen (Tabel 5).

Tabel 5. Persentase karakteristik remaja dengan Akses ke Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	AKSES KE PELAYANAN KESEHATAN	
	YA	TIDAK
a. Kelompok umur (tahun)		
- 10-12	30,5	69,5
- 13-15	26,3	73,7
- 16-19	26,7	73,3
- 20-24	31,2	68,8
b. Jenis kelamin		
- Laki-laki	26,5	73,5
- Perempuan	31,0	69,0
c. Klasifikasi daerah		
- Perkotaan	29,2	70,8
- Perdesaan	28,5	71,5
INDONESIA	28,8	71,2

Tabel 6. Persentase karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi RT menurut Terdapat Fasilitas Kesehatan dan Akses ke pelayanan kesehatan di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	TERDAPAT FASILITAS KESEHATAN DAN AKSES KE PELAYANAN KESEHATAN			
	RUMAH SAKIT	POLINDES	RS DAN POLINDES	AKSES KE UKBM
a. Kelompok umur (tahun)				
- 10-12	98,1	96,4	99,1	44,7
- 13-15	98,0	96,4	99,1	40,1
- 16-19	98,1	96,4	99,1	37,3
- 20-24	98,0	96,0	99,1	44,6
b. Jenis kelamin				
- Laki-laki	98,0	96,5	99,1	39,5
- Perempuan	98,0	96,1	99,1	44,1
c. Klasifikasi daerah				
- Perkotaan	98,2	96,8	99,4	35,6
- Perdesaan	97,8	95,9	98,9	46,7
d. Tingkat Sosek RT				
- Kuintil 1	98,1	96,4	99,0	46,5
- Kuintil 2	98,1	96,5	99,2	44,9
- Kuintil 3	98,1	96,3	99,1	41,8
- Kuintil 4	98,0	96,2	99,2	38,6
- Kuintil 5	97,8	96,1	99,2	32,8
INDONESIA	98,0	96,3	99,1	41,8

Perilaku Berisiko pada Remaja

Pada Tabel 7, ditunjukkan perilaku berisiko pada remaja yakni kebiasaan merokok saat ini (16 persen), meminum alkohol (60 persen), aktifitas fisik yang kurang (58 persen) dan konsumsi buah dan sayur yang kurang dari 5 porsi (94 persen). Menurut kelompok umur kebiasaan merokok saat ini paling banyak umur 20-24 tahun, lebih banyak pada laki-laki, dan tidak berbeda menurut klasifikasi daerah dan tingkat sosial ekonomi. Remaja minum alkohol hampir merata pada semua kelompok umur, lebih banyak pada laki-laki, dan tidak berbeda menurut klasifikasi daerah dan tingkat sosial ekonomi. Aktifitas fisik kurang banyak di umur muda, banyak di perkotaan, dan pada tingkat sosial ekonomi tinggi. Konsumsi buah dan sayur kurang 5 porsi tidak terlalu berbeda menurut karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi.

Perilaku Higienis pada Remaja

Pada Tabel 8, ditunjukkan perilaku higienis atau perilaku hidup bersih dan sehat dari remaja mengenai cuci tangan pakai sabun sebelum makan (73 persen), kebiasaan buang air besar di jamban (73 persen), mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar (71 persen), dan menggosok gigi setiap hari (96 persen). Untuk perilaku higienis menurut kelompok umur ditemukan makin bertambah usia perilaku makin baik. Menurut jenis kelamin biasanya perempuan mempunyai perilaku lebih baik dari laki-laki. Menurut klasifikasi daerah ternyata remaja di perkotaan lebih berperilaku higienis dibandingkan remaja di perdesaan. Selanjutnya menurut tingkat sosial ekonomi makin kaya makin baik perilaku higienis.

Tabel 7. Persentase karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi RT menurut Perilaku berisiko di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	PERILAKU BERISIKO			
	MEROKOK SAAT INI	MEMINUM ALKOHOL	AKTIFITAS FISIK (KURANG)	KONSUMSI BUAH DAN SAYUR (KURANG 5 PORSI)
a. Kelompok umur (tahun)				
- 10-12	0,9	43,2	71,3	93,2
- 13-15	5,7	56,3	58,8	93,9
- 16-19	22,3	61,4	54,7	94,1
- 20-24	32,3	60,0	50,0	93,6
b. Jenis kelamin				
- Laki-laki	31,1	60,8	55,9	93,7
- Perempuan	1,3	43,9	60,9	93,8
c. Klasifikasi daerah				
- Perkotaan	15,5	59,3	63,2	93,8
- Perdesaan	16,6	59,9	54,6	93,6
d. Tingkat Sosek RT				
- Kuintil 1	16,3	61,1	56,5	94,6
- Kuintil 2	16,3	58,3	57,1	94,1
- Kuintil 3	16,6	61,0	56,5	93,8
- Kuintil 4	15,8	56,7	59,5	93,0
- Kuintil 5	15,4	61,0	62,7	92,4
INDONESIA	16,1	59,6	58,4	93,7

Tabel 8. Persentase karakteristik remaja dan tingkat sosial ekonomi RT menurut Perilaku Higienis di Indonesia, Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK REMAJA	PERILAKU HIGIENIS			
	CUCI TANGAN PAKAI SABUN SEBELUM MAKAN	BIASA BAB DI JAMBAN	CUCI TANGAN PAKAI SABUN SETELAH BAB	MENGGOSOK GIGI SETIAP HARI
a. Kelompok umur (tahun)				
- 10-12	68,3	69,7	63,6	92,4
- 13-15	71,7	71,5	69,9	96,3
- 16-19	74,2	74,3	73,3	97,5
- 20-24	75,7	75,2	74,9	97,3
b. Jenis kelamin				
- Laki-laki	69,8	71,9	66,9	95,0
- Perempuan	75,4	73,7	74,2	96,8
c. Klasifikasi daerah				
- Perkotaan	78,3	88,9	80,5	97,6
- Perdesaan	68,1	60,0	62,7	94,6
d. Tingkat Sosek RT				
- Kuintil 1	69,2	61,7	65,5	94,6
- Kuintil 2	71,5	68,5	69,0	95,7
- Kuintil 3	72,4	74,3	70,7	96,4
- Kuintil 4	74,7	79,9	73,9	96,8
- Kuintil 5	78,3	87,9	78,0	97,6
INDONESIA	72,6	72,8	70,6	95,9

PEMBAHASAN

Kualitas sumber daya manusia (SDM) antara lain ditentukan dua faktor yang satu sama lain saling berhubungan, berkaitan dan saling bergantung yakni pendidikan dan kesehatan. Kesehatan merupakan prasyarat utama agar upaya pendidikan berhasil, sebaliknya pendidikan

yang diperoleh akan sangat mendukung tercapainya peningkatan status kesehatan seseorang. Oleh karena itu Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan titik berat pada upaya promotif dan preventif didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas, menjadi sangat penting dan strategis untuk mencapai derajat kesehatan

yang setinggi-tingginya. Demikian penegasan Menkes DR. Dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP., ketika membuka Rapat Kerja Nasional Usaha Kesehatan Sekolah (Rakernas UKS) ke-7 di Solo tanggal 3 Desember 2004.

Lebih lanjut Menkes menegaskan, UKS bukan hanya dilaksanakan di Indonesia, tetapi dilaksanakan di seluruh dunia. Karena itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mencanangkan konsep sekolah sehat atau Health Promoting School (Sekolah yang mempromosikan kesehatan). Health Promoting School adalah sekolah yang telah melaksanakan UKS dengan ciri-ciri melibatkan semua pihak yang berkaitan dengan masalah kesehatan sekolah, menciptakan lingkungan sekolah yang sehat dan aman, memberikan pendidikan kesehatan di sekolah, memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan, ada kebijakan dan upaya sekolah untuk mempromosikan kesehatan dan berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Masalah kesehatan yang dihadapi oleh anak usia sekolah dan remaja sangat kompleks dan bervariasi. Pada anak usia TK dan SD biasanya berkaitan dengan kebersihan perorangan dan lingkungan seperti gosok gigi yang baik dan benar, kebiasaan cuci tangan pakai sabun, kebersihan diri.

Pada anak usia SLTP dan SMU (remaja), masalah kesehatan yang dihadapi biasanya berkaitan dengan perilaku berisiko seperti penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya), Kehamilan yang Tak Diinginkan, Abortus yang tidak aman, Infeksi Menular Seksual termasuk HIV/AIDS, Kesehatan reproduksi Remaja, Kecelakaan dan trauma lainnya. Berkaitan dengan hal itu, pelaksanaan UKS di tingkat TK dan SD berbeda dengan tingkat SLTP dan SMU. Pelaksanaan UKS di SLTP dan SMU lebih difokuskan pada pencegahan perilaku berisiko yang biasanya sering dilakukan remaja sesuai dengan ciri dan karakteristiknya yang selalu ingin tahu, suka tantangan dan ingin coba-coba sesuatu hal yang baru serta penanganan akibatnya.

Untuk mengantisipasi hal tersebut, sejak beberapa tahun terakhir Departemen Kesehatan telah memberikan perhatian khusus terhadap masalah kesehatan remaja

antara lain dengan mengembangkan konsep "Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja" (PKPR) yang secara proaktif mendorong dan meningkatkan keterlibatan dan kemandirian remaja dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatannya.

Menurut Menkes, berdasarkan pengalaman pelaksanaan program kesehatan di sekolah melalui UKS dapat memberikan daya ungkit yang nyata dikarenakan selain jumlahnya yang besar, mereka juga merupakan sasaran yang mudah dicapai karena terorganisir dengan baik dan sangat cepat menerima informasi dalam pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat. Oleh karena itu, UKS merupakan wadah atau kendaraan yang telah digunakan oleh berbagai program kesehatan seperti kesehatan ibu dan anak, gizi, pemberantasan penyakit menular (P2M), Kesehatan Lingkungan, Pengobatan, Promosi Kesehatan dan lain-lain untuk mempercepat pencapaian tujuan program.

Gubernur Jawa Tengah H. Mardiyanto, dalam sambutannya menyatakan, program UKS sangat penting untuk membudayakan perilaku hidup sehat pada anak sekolah yang lebih lanjut diharapkan menjadi agen pembangunan, agen pembudayaan perilaku hidup sehat di lingkungan keluarganya.

Dengan membudayanya perilaku hidup sehat tersebut diharapkan menjadi daya dorong bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara menyeluruh. Oleh karena itu Pemerintah Provinsi Jawa Tengah tetap menaruh perhatian sekaligus harapan terhadap suksesnya pelaksanaan program UKS antara lain diwujudkan dalam bentuk dukungan dana APBD Provinsi, demikian pula dengan Kabupaten/Kota juga memberikan dukungan dana dari masing-masing APBD-nya. Selain itu pihak sekolah juga memberikan dukungan dana melalui APBD Sekolah yang bersangkutan.

Dengan dukungan dana tersebut, diharapkan pelaksanaan program pokok UKS yang dikenal dengan Trias UKS yaitu Pendidikan Kesehatan, Pelayanan Kesehatan dan Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat dapat dilaksanakan secara efektif dan optimal. Agar UKS yang merupakan upaya

terpadu program dan sektor yang melibatkan empat departemen lebih maksimal daya guna dan hasil gunanya, kiranya perlu adanya rumusan yang jelas mengenai batas kewenangan antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota.

Saat ini di Indonesia terdapat sekitar 47 juta orang remaja (10-19 tahun) atau 23 persen dari seluruh penduduk, lebih besar dibanding kelompok bayi dan anak-anak, dewasa, serta lanjut usia. Dr Peter Xenos dari East-West Center menyebut boom kaum remaja ini sebagai youth bulge yang ditandai dengan aneka masalah perilaku pengambilan risiko (risk taking behavior) seperti seks premarital, kehamilan remaja, dan penggunaan produk yang membahayakan kesehatan, seperti rokok, alkohol, dan narkotika/psikotropika.

Masalah remaja (usia >10-1,9 tahun) merupakan masalah yang perlu diperhatikan dalam pembangunan nasional di Indonesia. Studi analisis mengenal kecenderungan kesehatan, mengestimasi bahwa pada tahun 2005 Indonesia akan menjadi negara dengan proporsi populasi usia kurang 15 tahun terbesar, dan diduga mencapai 30,02% pada tahun 2000. Masalah remaja terjadi, karena mereka tidak dipersiapkan mengenai pengetahuan tentang aspek yang berhubungan dengan masalah peralihan dari masa anak ke dewasa. Masalah kesehatan remaja mencakup aspek fisik biologis dan mental, sosial. Perubahan fisik yang pesat dan perubahan endokrin/ hormonal yang sangat dramatik merupakan pemicu masalah kesehatan remaja serius karena timbulnya dorongan motivasi seksual yang menjadikan remaja rawan terhadap penyakit dan masalah kesehatan reproduksi, kehamilan remaja dengan segala konsekuensinya yaitu: hubungan seks, pranikah, aborsi, PMS & HIV-AIDS serta narkotika, dll.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa masih lemahnya upaya pengendalian merokok pada remaja di Indonesia telah mengakibatkan peningkatan prevalensi perokok laki-laki umur 15-19 tahun dari 13 persen pada SKRT 1980 menjadi 23 persen pada SKRT 1995. Model penyuluhan untuk pengendalian merokok pada remaja, yang diberikan melalui program pencegahan di sekolah (School prevention program) yang

mendayagunakan dokter sebagai pendidik, belum dikembangkan suatu model penyuluhan secara tetap. Buku penyuluhan yang digunakan dimodifikasi dari buku penyuluhan untuk remaja tentang manfaat hidup tanpa merokok dan dampak negatif merokok bagi kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Distribusi frekuensi karakteristik remaja menurut kelompok umur paling banyak pada kelompok umur 20-24 tahun (28 persen). Distribusi menurut jenis kelamin relatif sama. Menurut klasifikasi daerah ternyata remaja lebih banyak berada di perdesaan (56 persen). Menurut status perkawinan sebanyak 13 persen remaja sudah kawin dan sebesar 0,6 persen remaja sudah cerai. Lebih banyak remaja yang tingkat sosial ekonomi rumah tangganya rendah/miskin (kuintil 1 dan 2). Distribusi frekuensi remaja menurut tingkat pendidikan paling banyak pendidikan Tamat SD (31 persen) Sedangkan menurut pekerjaan paling banyak masih bersekolah (53 persen).
2. Ketanggapan pelayanan kesehatan paling banyak mengatakan mudah dikunjungi, keramahan petugas kesehatan dan kerahasiaan berkisar 86 persen. Begitu pula dengan ketanggapan rawat jalan. Pembiayaan kesehatan selama di rawat inap sebagian besar remaja mengatakan dibiayai sendiri (73 persen) dan dapat tanggungan Askes/Jamsostek (14 persen)
3. Akses remaja ke pelayanan kesehatan sebesar 29 persen, dan paling banyak pada kelompok umur 20-24 tahun pada remaja perempuan, dan tinggal di perkotaan sebesar. Ketersediaan fasilitas kesehatan Rumah Sakit dan Polindes hampir sama (98 persen).
4. Perilaku berisiko pada remaja yakni kebiasaan merokok saat ini (16 persen), meminum alkohol (60 persen), aktifitas fisik yang kurang (58 persen) dan konsumsi buah dan sayur yang kurang dari 5 porsi (94 persen). Perilaku higienis atau perilaku hidup bersih dan

sehat dari remaja mengenai cuci tangan pakai sabun sebelum makan dan kebiasaan buang air besar di jamban (73 persen), mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar (71 persen), dan menggosok gigi setiap hari (96 persen).

Saran

1. Lebih banyak remaja yang tinggal di perdesaan sehingga perlu lebih diperdayakan remaja perdesaan dengan kegiatan yang bermanfaat.
2. Akses remaja ke pelayanan kesehatan di perkotaan tinggi, hal ini bisa dimanfaatkan untuk pendekatan program-program inovatif (penyuluhan mengenai perilaku beresiko, dan kespro);
3. Masih tinggi perilaku beresiko remaja minum alkohol sehingga harus lebih ditingkatkan pengawasannya di sekolah-sekolah, keluarga dan teman bermain.
4. Aktifkan kembali remaja pada kegiatan-kegiatan ekstrakurikuler

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kapuslit dan PPI Ekologi dan Status Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Litbang Depkes RI: Panduan penyusunan proposal – protokol, penilaian proposal dan laporan akhir penelitian, tahun 2005

- Badan Litbang Depkes RI: Pedoman wawancara Riskesdas dan Kuesioner RKD07.RT dan RKD07.IKD. tahun 2007
- Badan Litbang Depkes RI: Protokol penelitian Riskesdas tahun 2007
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan ORC Macro, 2003, Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007: Ringkasan Hasil, Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- David W. Kaplan, Kathleen A. Mammel, 1991: Interrelation of High Risk Adolescent Behavior, in "Current Pediatric Diagnosis and Treatment", William E Hatraway, et al (eds), Prentice Hall – International, INC (1991), page 215 – 243.
- Depkes, 2001-a: Yang perlu diketahui petugas kesehatan tentang Kesehatan Reproduksi, Departemen Kesehatan RI, 2001.
- Depkes, 2001-b: Program kesehatan reproduksi dan pelayanan integratif di tingkat pelayanan dasar. Departemen Kesehatan RI, 2001.
- Depkes, 2005a: Strategi Nasional Kesehatan Remaja, Direktorat Kesehatan Keluarga, DiJen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI 2005, Jakarta.
- Depkes, 2005b: Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas, Direktorat Kesehatan Keluarga, DiJen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI 2005, Jakarta.
- Depkes, 2006: Status Kesehatan Masyarakat berbasis gender, Balitbangkes, DiJen Bina Kesmas, Departemen Kesehatan RI, Desember 2006.
- Depkes, 2007: Modul Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI 2007, Jakarta.
- Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Depkes RI tahun 2005.
- Susenas 2007, Pedoman Pencacah Kor dan kuesioner VSEN2007.K, Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta 2007
- WHO 2003, Millenium Development Goals, World Health Organization – Geneva 2003.